

Mișcarea Medicală

LUNARĂ

PUBLICAȚIE MEDICO-CHIRURGICALĂ
REVISTĂ ANALITICĂ ROMÂNEASCĂ

SUMARUL

	<u>Pag.</u>
BCU Cluj / Central University Library Cluj	
<i>Cronica</i> de <i>Dr. M. Cănciulescu</i>	237
Oculistul Dr. Iosif Fabricius — Cu prilejul împlinirii a 100 ani de la nașterea lui de <i>Dr. I. Glăvan</i> , Oradea Mare	243
Cercetări asupra calcemiei în afecțiunile tiroidiene de <i>Prof. Dr. C. I. Parhon</i> și <i>Dr. I. Ornstein</i>	249
Asupra evacuării extemporanee a uterului gravid prin rachi-anestezie de <i>Dr. H. Silberman-Galați</i>	254
Sur deux cas d'erythremie familiale (maladie de Vaquez) par le <i>Docent Dr. M. Cănciulescu</i> et <i>M-zelle R. Hirsch</i>	261
Anafilaxia alimentară (Studiu fizio-patologic și încercări de desensibilizare pe 3 cazuri clinice) de <i>Dr. I. Vasilescu</i>	266
Neoplasm localizat la extremitatea superioară a stoma- cului de <i>Dr. Emil St. Graur-Cluj</i>	271
Un caz de hiperostoză marcată a ambelor gambe de <i>Dr. V. Herișan-Ploești</i>	276
Două observațiuni de febră puerperală de <i>Dr. V. Dumitrescu</i> — R-Sărat	278
Razele infra-roșii în terapeutică de <i>Dr. I. V. Bistriceanu</i>	280
Formular de terapeutică ginecologică de <i>Dr. Al. Crdini- ceanu</i>	284

(Urmare pag. II-a cop.)

II.

MIȘCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

Actualități medicale

Pag.

Fisio-patologie: Reflexul sinusului carotidian asupra inimii și oaselor de *H. Hering* — Acțiunea schimbărilor psicho-fizice asupra hipertonicilor de *Fahrenkamp* — Sclerosă și hipertonia arterelor inervate de *Ricker* — Acțiunile neregulate ale inimii de *Wenckebach* — Ascultația esofagiană a inimii de *Bondi* — Nevritele cronice uremigenice fără hipertensiune de *Guy Laroche* — Astmul anafilactic de *Richet* — Sero-floculația în paludism de *Bourdelleș și Liegeois* — Leiastenii de *Loeper* — Gastroragiile splenomegaliei de *R. Gregoire și E. Weil* — Un semn obiectiv al apendicitei cronice de *Buchman* — Reumatism acut peritoneal de *Lesné și Launay* — Febra atropinei de *Alyçon* — Toxinfețiunile poliviscerale digestive de *Ed. Antoine* — Durerea xifoidiană și valoarea sa diagnostică de *Silva-Mello* — Edemul acut pulmonar neurotonic de *Daumer* — Osteopatia de *Ischok* — Leziunile arterei pulmonare de natura reumatismală de *Chiary* — Proba glicemiei morfinice în insuficiența suprarenală de *Targoevici* — Hemotripsia hemoragipară de *E. Weil* — Proba hiper-hipoglicemiei insulinice de *Moutier și Cannes* 290

Terapeutică: Terapeutică astmului prin eliminare de *Richet* — Helioterapia și tuberculoza pleuro-pulmonară de *Roussel* — Hiposulfitul de magneziu în stările de șoc de *Boissel* — Relațiile între afecțiunile sinusului și boalele pulmonare de *Raoul* — Radioterapia simpaticului în afecțiunile cardio-vasculare de *Delherm și Beau* 303

III.
BCU Cluj / Central University Library Cluj

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — SOCIETĂȚI ȘTIINȚIFICE

Societatea română de dermatologie și sifilografie — București
Sedința din 16 Iunie 1929 261

Societatea de oto-neuro-oculistică — București Sedința din 23 Iunie 1930 264

Societatea română de oto-rino-laringologie Sedința din 10 Decembrie 1929, 14 Ianuarie, 4 Februarie, 1 Aprilie, 6 Mai și 3 Iunie 1930 266

Societatea de pediatrie — București Sedința din 1 Iulie 1930 267

Societatea de pediatrie — Iași Sedința din 28 Aprilie, 26 Mai și 26 Iunie 1930 269

B. — PUBLICAȚIUNI MEDICALE

Buletinul medico-terapeutic No. 5, 6—7 | 1930 271

Clujul medical No. 7, 8, 9 | 1930 272

Ginecologie și Obstetrică No. 1—2 | 1930 274

Noua revistă medicală No. 3 și 4 | 1930 275

Revista de hidrologie, climatologie, fisioterapie și dietetică No. 1—6 | 1930 276

Revista medico-chirurgicală dela Iași No. 6 | 1929 278

Revista științelor medicale No. 7 și 8 | 1930 279

Revista sanitară militară No. 1 | 1930 281

(Urm. pap. III-a cop.)

Mișcarea Medicală

L U N A R Ă

PUBLICAȚIE MEDICO-CHIRURGICALA
REVISTĂ ANALITICĂ ROMÂNEASCĂ

Comitet de Patronaj:

Prof. C. Angelescu — Prof. I. Cantacuzino — Prof. C. Daniel
Prof. D. Danielopolu — Prof. D. Gerotă
Prof. C. Levaditi — Prof. I. Nanu-Muscel — Prof. A. Teohari

Director:

Docent D-r M. Cănciulescu

Comitet de Redacție:

Anat. Patologică: Prof. T. Vasiliu.
Bacteriologie: Doc. D. Combiescu —
D. Hess-Leoneanu.
Cancer: Conf. A. Babeș — Conf. I. Jianu
Chirurgie: Prof. I. Iacobovici — M.
Baculescu — Conf. T. Nasta.
Chimie biologică: V. Ciocâlțeu.
Dermato-Sifilografie: Prof. S. Nicolau
— V. Drăgoescu.
Căi digestive: Doc. Pavel — Conf. Simici
Endocrinologie: Prof. C. Parhon.
Farmacie: D-r. N. Petrescu.
Farm.-Terapeutică: Conf. G. Băltăceanu
Genito-Urinare: Doc. A. Daniel.
Gin.-Obstetrică: Doc. E. Mateescu-I.
— Doc. A. Poenaru.
Infecțioase: Prof. M. Ciuca — Conf.
T. Mironescu.
Laborator clinic: R. Hirsch.

Med. Exper.: S. Nicolau (Inst. Pasteur)
Medicina legală: Conf. M. Kernbach.
Medicina Militară: Gl. A. Vasilescu —
Col. G. Diamandescu.
Neurologie: Doc. St. Drăgănescu —
Conf. D. Paulian.
Nutriție: Doc. I. Daniel — Doc. G.
Litarzeck — Doc. C. Radoslav.
Oftalmologie: Prof. D. Michail.
Pat. Internă: Prof. I. Hațieganu.
Parasitologie: Prof. G. Zotta.
Pediatrică: Prof. M. Manicatile —
Anghel Daniel.
Fizioterapie: Doc. P. Niculescu.
Radiologie: Prof. D. Negru — Doc.
A. Georgescu — Doc. E. Lazeanu.
Tuberculoza: Doc. S. Iagnov. — T.
Voiculescu.

Secretar de Redacție: D-r. I. Rosenstein.



SOMMAIRE

L'oculiste Dr. Iosif Fabricius (*à l'occasion de 100 ans depuis sa naissance*) par le Dr. I. Glăvan-Oradea.

Recherches sur la calcémie dans les affections thyroïdiennes par le Prof. Dr. C. I. Parhon et le Dr. I. Ornstein.

Sur l'évacuation extemporanée de l'utérus gravide par la raché-anesthésie (*proc. Paul Delmas*) par le Dr. H. Silberman-Galați.

Deux cas d'érythémie familiale par le Docteur Dr. M. Canciu-Ilescu et M-zelle R. Hirsch.

L'anaphylaxie alimentaire (*étude physio-pathologique et essais de desensibilisation dans 3 cas cliniques*) par le Dr. J. Vasilescu.

Neoplasme localisé à l'extrémité supérieure de l'estomac par le Dr. Emil N. Graur-Cluj.

Un cas d'hyperostose marquée des deux jambes par le Dr. V. Herişan-Ploesti.

Deux observations de fièvre puerperale par le Dr. V. Dumitrescu-R. Sărat.

Les rayons infra-rouges dans la thérapeutique par le Dr. I. V. Bistriceanu.

Formulaire de thérapeutique gynécologique (*les organes génitaux internes*) par le Dr. Al. Crăiniceanu.

* * *

INHALT

Okulist Dr. Iosif Fabricius (*Gellegentlich der Erfüllung 100 Jahre von seine Geburt*) von Dr. I. Glăvan—Oradea Mare.

Untersuchungen über die Kalkemie in den Störungen der Thyreoidea von Prof. Dr. I. Parhon und I. Orenstein

Über die plötzliche Entleerung des graviden Uterus mit Rachianästhesie von Dr. H. Silberman—Galați.

Über zwei Fälle von Erithraemia familiaris (*Vaquez'sche Krankheit*) von Doz. Dr. M. CănciuIlescu u. Frl. Dr. R. Hirsch.

Alimentäre Anaphylaxie (*Phisio-pathologisches Studium und Desensibilisierung-Versuchungen bei 3 Klinische Fälle*) von Dr. I. Vasilescu.

Neoplasma bei der obigen Extremität des Magens localisiert von Dr. E. Graur—Cluj.

Ein Fall von Hypersotosis der beiden Beine von Dr. V. Herişan—Ploesti.

Zwei Fälle von Febra Puerperalis von V. Dumitrescu—R. Sărat.

Infra-rot Strahlungen in der Therapeutik von Dr. I. V. Bistriceanu.

Gynekologische Therapeutik von Dr. Al. Crăiniceanu.

PIPERAZINE MIDY

GRANULEE
EFFERVESCENTE

PIPERAZINE
MIDY

LE PLUS SÛR

DISSOLVANT
DE
L'ACIDE URIQUE

Antiseptique Urinaire

2 a. 4 Cuilleres a cafe
par jour

LABORATOIRES MIDY

4, Rue du Colonel
Moll
PARIS

Bi-borate
de soude

Citrate de
Lithine

Citrate de
Potasse

92%

40%

20%

8%

Solubilités comparées de l'acide urique

Agents généraux pour la Roumanie
J. E. BUCUR & Co. 8 Str. Mece et
BUCAREST IV

Cardan

EXCELENT

ANTIPIRETIC ȘI ANALGEZIC

EFACT RAPID ȘI INTENS ÎN TOATE MALADIILE FEBRILE,
ÎN GRIPĂ ȘI ÎN TOATE AFECȚIUNILE ÎNSOȚITE DE DURERI

Ambalaj original: Tub cu 10 și flacon cu 25 comprimate de 0,50 ctgr

KRESIVAL

SIROP CONTRA TUSEI

în toate maladiile provenite din răceală,
ca și în toate afecțiunile acute și
cronice ale organelor respiratoare

EXPECTORANT PLACUT ȘI AGREABIL ✱ FOARTE MULT APRECIAT

AMBALAJ ORIGINAL: ÎN STICLE DE 125 ȘI DE 500 grame.



Bayer-Meister-Lucius

SECȚIA FARMACEUTICA — BIROUL ȘTIINȚIFIC
I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT
LEVERKUSEN a. Rh.

Specimene și literatură gratuit prin reprezentații generali pentru România

„PHARMA“-STUDERUS & Co.
BUCUREȘTI 2, Strada Spiru Haret No. 5.

C R O N I C A

D-l Dr. I. Glăvan, medic primar al serv. de ochi dela Oradea, va publica în revista noastră în numere succesive Istoricul oftalmologiei în țara românească.

Inceputul îl face cu „Oculistul Dr. Iosif Fabricius”, a cărui viață și operă descrisă în anul acesta cu „Prilejul împlinirii a 100 ani dela nașterea lui” și în revista aceasta, „Mișcarea Medicală”, care apare la Craiova, locul de activitate timp de 50 ani a acestui mare chirurg și neîntrecut oculist român, este cu atât mai bine venită la timp și loc potrivit.

Profesor în interval și al clinicei oftalmologice dela Școala de medicină din București a lui Davila, D-rul Iosif Fabricius practică numai la Spitalul Preda din Craiova dela 1870-1888, între alte operații pe ochi, nu mai puțin de 1256 extracții de cataractă senilă; jaima lui trecând hotarele țării până departe, (ii veneau bolnavi până și din Asia Mică), a făcut pe celebrul Proj. Bilroth dela Viena să zică despre el: „dacă aveți pe un Fabricius acolo, numai aveți nevoie de mine”.

În „Cercetări asupra calcemiei în afecțiunile tiroidiene”, D-nii Prof. Dr. C. I. Parhon și Dr. I. Ornstein expun rezultatele obținute în dozarea calciului sanguin la 30 cazuri cu sindromul lui Basedow și 10 cazuri cu insuficiență tiroidiană.

Luându-se ca cifre normale 10-12 mgr. la sută, ei au găsit la primii că: în 18 cazuri calcemia a variat între 0.100 și 0.120 și în 10 cazuri că ea a fost sub cifra 0.100; iar la insuficienții tiroidieni din 10 cazuri: că la 6 calcemia a variat între 0.100 și 0.108, iar la 4 sub 0.100; cea ce ar însemna că la acești bolnavi în general calcemia s'a menținut în limite normale sau s-a coborât puțin sub aceste limite; dar menținerea către limita maximă a cifrelor normale a fost în mai mare proporție la basedowieni, iar tendința de scădere spre și sub limita inferioară a cifrelor normale a fost mai accentuată la mixoedematoși; sau mai rezumativ: calciul sanguin are tendința a se menține sau a crește la hipertiroidieni și a scade la hipotiroidieni.

Aceste date se verifică în acelaș sens în cercetările și ale altor autori, cari s-au ocupat cu această chestiune, făcând observațiuni sau experiențe pe subiecți (oameni și animale) hipertiroidați sau etiroidați.

Concluziile trase pentru asemenea cercetări delicate vor avea desigur și mai mare valoare dacă dozările făcute la mulți indivizi vor fi repetate la același individ, o cifră putând fi ușor influențată la un moment dat de diverși factori necontrolabili.

Specialiștii știu desigur ce este Procedeeul lui Paul Delmas de evacuare extemporanee a uterului gravid prin rachi-anestezie.

D-l Dr. H. Silberman, secundar al maternității conduse de d-l Dr. D. Lazăr la Galați, publică 4 obs., din cari se vede că lipsa de inocuitate n-a mai fost absolută pentru copilul, care moare în obs. II, și nici pentru mama, căreia în obs. II o inerție uterină secundară i-a pus viața în pericol, în afară că i-a pricinuit o ruptură foarte întinsă a colului în obs. II și III; și nici ușurința lăudată de autor iarăși nu se pune în evidență, cât timp dilatația colului nu se face complet (obs. IV), și cât timp de asemenea colul revine la fiecare contracțiune uterină (obs. II) și jenează manevra.

Sunt desiluzii, pe cari și ceilalți specialiști le întâlnim în practica noastră și cari ne-au făcut de mult să nu cerem oricărei metode să ne dea mai mult decât cea ce poate.

D-rii M. Cănciulescu și R. Hirsch publică 2 noi cazuri de boala lui Vaquez, la cari caracterul familial (frate și soră) le mărește interesul precum și încercarea de tratament cu substanța: clorhidrat de fenilhidrazină, care constituie până în prezent încercarea terapeutică cea mai reușită.

Autorii promit a prezenta din nou observațiile cu efectele tratamentului propus.

Toți cunoaștem greutatea recunoașterii alimentului sau substanței, care determină fen. de anafilaxie alimentară; încercările de desensibilizare prin procedeele generale, cari se opun precipitării sau floculației coloidale sunt urmate de mai eficace și mai rapid succes atunci când, cunoscând cauza, recurgem dela început la substanță, prin a căreia administrare în doze minime și progresiv crescând, facem organismul să o suporte în cantități din ce în ce mai mari, cea ce autorul face în obs. II cu chinină și în obs. III cu bere; dar atunci când nu putem prinde cauza fenomenelor de intoleranță alimentară este indicat a recurge, precum o face autorul, D-l Căp. Dr. I. Vasilescu, în obs. I, la procedeele meselor totale vaccinate în credința că în aceste mese minime precursorii se va găsi alimentul direct incriminat sau măcar substanța verină cu el.

D-l Dr. Emil Graur, asistent al Institutului de radiologie din Cluj, publică obs. unui neoplasm localizat la extremitatea superioară a stomacului, și demonstrează nevoia de a recurge în asemenea localizări la examenul bolnavului cu raze nu numai în poziție verticală sau orizontală, ci mai ales în poziție înclinată (sistem Trendelenburg), având grije a mai apăsa asupra fundului stoma-

cului, pentru a aduce mai sigur substanța spre extremitatea superioară și a evidenția astfel mai clar o imagine lacunară sau festonată.

Cazul de hiperostoză marcată a ambelor gambe, ce publică D-l Dr. Herișanu și în care procesul de hiperostoză poartă asupra ambelor oase ale gambelor ar fi mărit interesul rarității lui printr'o cercetare radiologică și a altor oase lungi din organism, precum și prin punerea în mișcare a diverselor procedee de reactivare a unei infecțiuni sifilitice, la nevoie prin instituirea chiar a unui tratament de probă, leziune locală sau proces de distrofie generală încă putând fi sub dependența unui sifilis hereditar distrofic.

D-l Dr. V. Dumitrescu, medicul spitalului Dumitrești din jud. R.-Sărat, publică 2 observațiuni de febră puerperală, din cari reese că o febră puerperală, ca să se producă, nu este nevoie numai decât ca agentul cauzal să fi fost introdus din afară, el putând a fi preexistat latent în organism; precum și că nu numai streptococul poate determina o infecție puerperală, ci și alt microb, precum în specie gonococul.

Ce sunt razele infra-roșii și care este întrebuințarea lor în terapeutică, adică foto-termo-terapia expune D-l Dr. I. Bistriceanu, eminent specialist în materie și pe a cărui primă parte din cartea sa, *Electricitatea medicală*, a recenzat-o în No. 3/1930, al revistei noastre, D-l Dr. D. Paulian.

Razele infra-roșii, cu lungime de undă peste 7000 unități (angstromi), sunt la partea cealaltă a spectrului solar (ale cărui culori dela roșiu la violet au lungimea de undă dela 7000 la 4000), de razele ultra-violete (cu lungime de undă sub 4000 unități); ele sunt dotate cu proprietăți termice, de aceea acțiunea lor fiind termică, congestivă și sedativă (iar nu stimulentă sau distructivă chimică ca a celor ultra-violete sau actinice), le indică în tot felul de nevralgii, mialgii, hidartrose, revărsări pleuro-pulmonare, stări de excitație nervoasă, obesitate (pentru un efect sudoripar), turburări circulatorii periferice, acro-asfixia, răcirea extremităților, sinusitele fronto-maxilare și etmoidale.

În paginile de terapeutică ginecologică, D-l Dr. Crăinițeanu expune clar și succint tratamentul afecțiunilor organelor genitale interne la femeie.

Se continuă cu redarea din Noua lege sanitară a părților privitoare la exercițiul medicinei, la specializarea și la colegiile medicale.

Asupra colegiilor medicale D-l Dr. Cănciulescu face reflecțiuni dictate de învățămintele trase dupe efectuarea de către breșla medicală a celor dintâi atari alegeri, la cari sunt chemați să participe toți medicii țării.

Cadrul specificului medical românesc continuă a chema în galleria lui portrete și mai reușite; mai reușite și din partea pictorului și din partea capului expus.

Dr. M. Cănciulescu.

Klimakton «Knoll»

Influențează causal
și simptomatic

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Perturbațiunile menopauzei

prin

acțiunea sa simultană
asupra sistemului nervos
și celui glandular.

Conține : Ovaraden pur 0.03 gr., Thyraden.
pur 0.006 gr., Bromural 0.15 gr., Calcium-
Diuretin 0.15 gr., restul masa zaharată.



KNOLL A-G.
Ludwigshafen a. Rhein.

Ambalajiu original
cu 20 sau 50 bucați bonbonifiate
de 3 ori zilnic câte 3 bucați.

REPRZENTANȚA ȘI DEPOSIT :

M. TATARSKI, STR. ISVOR 43, SECT. VI BUCUREȘTI.

OCULISTUL Dr. IOSIF FABRICIUS

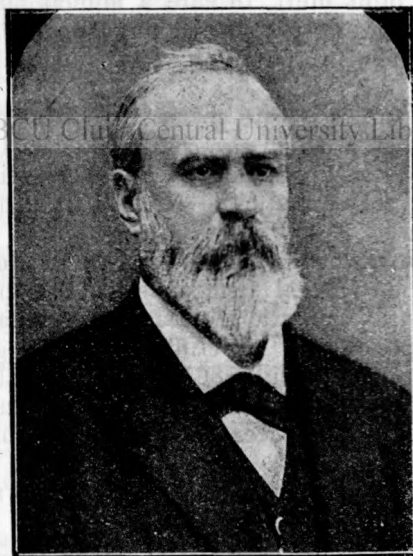
Cu prilejul împlinirii a 100 de ani dela nașterea lui.

de

I. GLĂVAN

Medic Primar al Serviciului de boli de ochi, de la Spitalul de Stat din Oradea.

La 24 Mai, anul curent, s'au împlinit 100 de ani dela nașterea cunoscutului oculist al Olteniei, Dr. Iosif Fabricius, care a luat parte ca luptător activ, la începuturile medicinei noastre și al cărui nume a fost cinstit în toată Oltenia și ținuturile de peste Dunăre, de unde veneau bolnavi să-și vindece bolile de ochi la Craiova, unde practica.



Fiu al unui preot protestant din Brașov, Fabricius a primit o educație aleasă în familie și o frumoasă cultură generală în școlile din orașul său natal, unde și-a făcut studiile liceale.

A urmat cursurile Facultății de Medicină din Viena și în anul 1855, a obținut titlul de doctor în medicină și chirurgie și magistru în oftalmologie și ginecologie.

În anii 1855—57 a fost asistent al Profesorului von Dumreicher și în acest timp s'a perfecționat cu deosebire în arta chirurgicală.

A frecventat, pentru scurt timp, și clinicile din Paris, unde s'a ocupat cu deosebire de chirurgie oculară și în luna Iunie 1858, s'a reîntors în orașul său natal.

A practicat medicina în Brașov numai până la 1859, an în care s'a dus la București.

Nu se știe precis care a fost motivul pentru care Fabricius a trecut granițele țării sale, e probabil însă că l'a atras spre București activitatea medicală care începuse să se desfășoare în jurul școlii de medicină a lui Davila și mai ales dorința de a-și începe practica într'o țară unde se putea face mult pe tărâmul acestei științe, care era în fașe.

La București trece cu succese examenul de liberă practică a medicinei și este numit, în acelaș an, medic primar al Spitalului Central din Craiova. Prin această numire Eforia Spitalelor civile, sub a cărei conducere era și Spitalul Craiovei, a făcut o bună alegere în persoana lui Fabricius, care era cotate în București drept unul dintre chirurgii de seamă și printre cei mai iscusiți oculiști.

În Septembrie 1859, se duce pentru prima dată la Craiova și începe să desfășoare o frumoasă activitate medicală în acest oraș, pe care l'a iubit mult, în care a muncit timp de 30 de ani și de care nu s'a mai despărțit nici după moarte, căci rămășițele pământești ale lui Fabricius au fost înmormântate în acest oraș.

După 8 ani, în 1867, este chemat în București și este numit medic primar al secției chirurgico-oculistiche, dela Colțea.

Cele două servicii fuseseră separate până aci, cel chirurgical condus de Fiala, cel oculistic de Kugel. În urma unui conflict ivit între Davila și Fiala, acesta fusese mutat la Craiova*) și astfel serviciul chirurgical rămase fără conducător în anul 1867.

În acelaș timp Kugel demisionează din postul de medic primar al serviciului oculistic și pleacă la Constantinopol, în cât rămâne liber și postul lui, iar clinica oftalmologică dispăre din programul de vară (din anul 1867—68) al Școlii de Medicină.

În aceste împrejurări este chemat Fabricius la București, din ordinul lui Davila (care era Efor) și este numit șef al celor 2 servicii unite.

În curând cele două servicii s'au separat din nou și Fabricius

*) Originea conflictului era următoarea: Într'un articol din ziarul „Românul” dela 8 Iunie 1867, o parte din profesorii școlii de medicină au atacat pe Davila, numindu-l „Hidra dela Lerna”. Acesta, în situația lui de Efor, face inspecție Spitalelor pe neștiute și destituie, suspendă și mută 9 medici ai Spitalelor Efoirei. Între aceștia era și Fiala, pe care l'a mutat la Craiova.

Un memoriu-protest, elaborat de cei lezați în drepturile lor și la care s'a asociat și un mare număr de comercianți și notabili din București, spune că Davila a făcut destituirea, suspendarea, permutarea și blamarea medicilor noaptea, între orele 1—2, comunicând hotărîrea luată printr'un dorobanț.

(Gomoiu: din Istoria Medicinii în România, pag. 1127 și 1131).

a rămas numai cu serviciul oftalmologic și cu catedra dela Școala de Medicină, care i s'a încredințat în anul următor.

În această situație a desfășurat o activitate rodnică în București, luând parte activă la ședințele tuturor societăților medicale.

În urma stăruințelor lui Fabricius, clinica oftalmologică este trecută în buget ca fundamentală pentru anul 1869, (până aci fusese numai complimentară) și catedra se declară vacantă. Peste o lună, Fabricius a fost numit profesor și a funcționat în această calitate, până spre sfârșitul anului, când a părăsit Bucureștii, pentru a se reîntoarce la Craiova.

Între timp Fiala fusese adus din nou la București, iar Craiovenii, pe de o parte având nevoie de un medic bun, pe de alta neputându-se despărți așa ușor de Fabricius, hotărâsc să-l readucă și ocazia n'a întârziat să se arate.

Prin donația lui Teodor Preda a luat ființă, în anul 1870, Spitalul care-i poartă numele. În anul precedent deschiderii lui, consiliul comunal al orașului Craiova a votat, în unanimitate, în ziua de 23 August, chemarea lui Fabricius la conducerea Spitalului. Iată, după „Monitorul Comunei” din 13 Noembrie 1869, decizia consiliului comunal:

„Domnul ajutor de primar, Rezeanu, arată că între cele dintâi demarșe pentru deschiderea Spitalului Preda, este numirea unui medic experimentat, de ale cărui cunoștințe să se povățuiască comuna la organizarea lui, și spre acest sfârșit, informându-ne asupra dispozițiilor doctorului Fabricius, are știință pozitivă că D-sa primește funcțiunile de medic, roagă consiliul a decide asupra oportunității numirii sale. D-l ajutor de primar Economu se rostește că d-l Fabricius, ale cărui mari servicii sunt în mintea tuturor cetățenilor, cât a fost medic al orașului, să se numească îndată, și să i se facă cunoscut la București, spre a nu se angaja în altă parte.

Ne mai luând nimenea cuvântul se pune la vot numirea D-lui Dr. Fabricius ca medic la Spitalul Preda și se primește cu unanimitatea voturilor. Se pune la vot fixarea apunțamentelor medicului Fabricius și consiliul, cu unanimitatea voturilor, fixează lei vechi 1000 pe lună; condiționamente ca acest onorariu să i se răspundă din momentul deschiderii, adică al funcționării Spitalului, pentru care va mijloci un osebit aviz”.*)

Hotărîrea consiliului comunal din Craiova, a fost adusă la cunoștința lui Fabricius împreună cu un apel al cetățenilor acestui oraș, fapt care l'a măgulit mult și care l-a determinat repede să renunțe la situație pe care și-o crease în Capitală.

Spre sfârșitul anului 1869 se înapoiază la Craiova, organizează Spitalul Preda și, odată cu începutul anului viitor, începe și el activitatea în acest nou așezământ.

La 1 Martie 1872, a fost numit și medic al ospiciului Madona-Dudu, din Craiova¹⁾ unde, prin ideile sale noi și prin trata-

*) Dr. Verzesu și Dr. Ștefănescu: Istoric și dare de seamă a activității Spitalului Preda, din Craiova, dela fundațiune. Craiova, 1906, pag. 11.

1) D-rii Verzesu și Ștefănescu: op. cit.

mentul uman, a înțeles că bătaia trebuie desființată din ospiciu, ceiace a rămas în mîntea tuturor oamenilor timpului ca o faptă foarte frumoasă.

În timpul războiului dela 1877-78 a fost numit medic șef al tuturor Spitalelor din Craiova și pentru destoinicia și priceperea lui în conducere guvernul l'a onorat cu două înalte ordine.

A murit la 18 August 1888, în Craiova și, conform dorinței exprimate în timpul vieții, a fost înmormântat în pământul acestui oraș, pentru prosperitatea căruia muncise 30 de ani aproape, în cei mai frumoși ani ai vieții.²⁾

Fabricius a fost un bun chirurg, dar activitatea lui cea mai de seamă n'a fost desfășurată în acest domeniu, ci într'al oftalmologiei. Numele lui de oculist desăvârșit a trecut granițele țării și orbi din insulele Ionice, din Anatolia și diferite regiuni ale peninsulei balcanice și-au recăpătat vederea la Craiova, operați de Fabricius. În cariera lui a dat vederea la peste 3000 de orbi.³⁾

Următoarea împrejurare ne arată în deajuns cât știuse Fabricius să se impună ca oculist în Oltenia și cât era de apreciat la București. Având de tratat un prea mare număr de bolnavi de ochi a cerut în anul 1867, să i se facă în Craiova o secție mare de boli de ochi și totodată să se înființeze o școală de boli de ochi în această localitate. Dorința lui a fost împărtășită conducătorilor Craiovei, care au hotărît s'o susțină până la realizarea ei. BCU Cluj / Central University Library Cluj

În virtutea dreptului pe care-l avea autoritatea Craioveană⁴⁾, împreună cu sfatul Spitalului, Primăria Craiovei a cerut Eforiei Spitalelor civile din București, cu petiția No. 2343 din 1867, înființarea școlii de boli de ochi, cerere care a fost susținută și de Ministerul de Interne cu No. 1785 din 1867, către Eforie. În schimb administrația craioveană făgădui-se un ajutor bănesc Eforiei, care se pare că era într'o situație financiară grea.

Nu știu care era planul de organizare al Școlii de boli de ochi pe care o cerea Fabricius. Deasemenea nu știm care au fost piedicile puse la realizarea acestui plan, e probabil însă că n'a putut lua ființă nici școala, nici secția mărită de boli de ochi, din cauza plecării lui Fabricius la București, chiar în acest an.

2) Soția sa, în vârstă de 90 ani, trăiește la Brașov. A avut un băiat, Iosif Fabricius, care este în vârstă de 65 ani și este Profesor onorar, de ginecologie, la Viena și o fată, care a fost măritată cu D-rul G. Milețiciu, care trăiește în Craiova.

3) D-rii Vernescu și Ștefănescu: op. cit. pag. 12.

4) Art. 46 din regulamentul pentru Spitaluri, al Eforiei, spune: „Spitalul Craiovei și Spitalurile ce se vor face în alte orașe ale Vlahiei vor fi sub privegherea și băgarea de seamă a sfaturilor alcătuite de Ot cărmuitorul județului și de doi mădulari ai magistratului. Aceste sfaturi se vor coresponderisi cu Eforia și îi vor da socoteala, odată pe lună, de starea și trebuințele Spitalelor ce se vor afla în județul fiecărui”.

(Alex. Gălășescu: Eforia Spitalelor civile. București, 1899).

Pentru ca să dăm un slab exemplu despre activitatea lui Fabricius din Spitalul Preda, vom cita următoarea statistică (publicată de D-nii D-ri Vernescu și Ștefănescu), despre operațiile executate în acest Spital între anii 1870—1898:

- 1256 extracții de cataractă senilă.
- 145 discizii pentru cataracte moi.
- 237 iridectomii pentru leucom.
- 55 iridectomii pentru glaucom.
- 21 stafiloame operate.
- 17 pterigioane excizate.
- 2 puncții pentru hidroftalmie.
- 14 blefaroplastii pentru ectropion.
- 6 " " " epiteliom al pleoapei.
- 19 enucleații ale bulbului.

Din timpul cât a fost medic al Spitalului Central din Craiova, n'am găsit decât o singură statistică publicată în anul 1863, (Mon. Med. pag. 102): A operat 21 de ochi la 13 persoane, toate cu cataractă senilă. A făcut extracția cristalinului de 19 ori, de 12 ori simplă, de 7 ori combinată cu iridectomie. A avut o panoftalmie. Într'un caz a aplicat metoda, nou pe atunci, a lui von Graefe (extracție liniară și scoaterea în bucăți a cataractei, cu lingura). În acest caz a avut o panoftalmie. Într'un caz a făcut scoborârea cataractei.

În sfârșit ca să ne dăm seama despre reputația de care se bucura Fabricius în cercurile medicale din apusul Europei, vom cita următoarea întâmplare: D-l Dr. Bömchis, din București, (dela care definem această informație) bolnav ca copil, a consultat pe Profesorul Billoth din Viena, care l'a primit cu vorbele: „Dacă aveți pe un Fabricius acolo, nu mai aveți nevoie de mine”.

Neodormin «Knoll»

**Nou calmant și
somnifer cu in-
tensitate medie.**



Nu produce un stadiu de excitație. N'are efect consecutiv ca amețeli, etc. Distanță mare între doza terapeutică și cea toxică. Nu este un derivat al acidului barbituric.

Derivat al acizilor grași absolut inofensiv.

(α -isopropil- α -brom-butiramidă.)

Rp. 1 ambalaj original cu 10 dragee.

Ca sedativ se dau de mai multe ori pe zi câte 1 dragee. Pentru a produce adormirea se iau seara 1—2 dragee, fără a le mesteca, cu puțină apă.



KNOLL A.-G., FABRICI CHIMICE, LUDWIGSHAFEN/RHIN.

Reprezentanță și Depozit:

M. TATARSKY, B^d. Elisabeta 39, BUCUREȘTI I.

MIȘCAREA MEDICALĂ

PUBLICAȚIE MEDICO-CHIRURGICALĂ

CERCETARI ASUPRA CALCEMIEI IN AFECȚIUNILE TIROIDIENE (MIXEDEM, SINDROMUL LUI BASEDOW ETC.)

de

Prof. Dr. C. I. PARHON și Dr. I. ORNSTEIN

Rolul biologic al calciului, la organismele superioare mai cu seamă, este considerabil. Acest element influențează creșterea, activitatea sistemului nervos, fenomenele osmotice ale organismului, ia o parte largă la edificarea scheletului, etc. Metabolismul său e influențat de glandele endocrine.

Rolul parațiroidelor din acest punct de vedere este indiscutabil.

Dar ar fi o eroare să se creadă că acești corpusculi intervin în mod exclusiv în metabolismul calciului. Și alte glande endocrine au partea lor și încă de mult unul din noi, într'o lucrare împreună cu Papinian¹⁾ a afirmat că glanda tiroidă intervine în asimilarea calciului și că ovarul are din acest punct de vedere un rol antagonist.

Într'o lucrare împreună cu Urechia²⁾ unul din noi a crezut a putea să afirme că acțiunea glandei tiroide în tratamentul eczemei se exercită prin intermediul influenței asupra metabolismului calciului, opiniune pe care Léopold Lévi și H. de Rothschild, o împărtășesc de asemeni. Acești doi autori atribuie iónului calciu un rol important în constipația celor atinși de insuficiență tiroidiană. De asemenea unele fenomene osteomalacice au putut fi puse pe seama ipertiroidiei (Hoenicke, etc.).

Unul din noi (Ornstein) a inclinat a crede că modificările vitezei de sedimentare sub influența glandelor endocrine se datoresc variațiunilor electroliților sângelui. Toate aceste motive fac ca studiul calcemiei în afecțiunile glandei tiroide să ofere un real interes și ne-au condus a ne ocupa noi înși-ne cu studiul calcemiei în *sindromul lui Basedow* pe deoparte; în *mixedem* și *insuficiența tiroidiană* în general pe de alta.

Am studiat calcemia în 30 de cazuri din primul sindrom și în 10 din ultimul.

Dăm aci rezultatele obținute de noi:

1) Notă relativă la acțiunea corpului tiroid și a ovarului în asimilațiunea și desasimilațiunea calciului: *România Medicală* No. 11 și 12. 1904.

2) C. Parhon și C. Urechia, Note sur l'emploi du chlorure de calcium dans le traitement de l'eczéma. C. R. Soc. Biol. T.—LXIII p. 457 1907.

Numărul de ordine.	Nume	Vârsta	Sex	Metabolism bazal	Calcemie	Observați
1	N. O.	32	f.	+53%	0.113 ⁰⁰	Fără tratament
2	P. U.	40	f.	+35%	0.085	Idem
3	T. U.	45	f.	+23%	0.098	Idem tremurături însemnate
4	I. N.	48	f.	+96%	0.103	Fără tratament
5	D. A.	43	f.	+46%	0.100	Idem formă ușoară Puls 120
6	I. E.	25	f.	+22%	0.096	Radioterapie
7	E. C.	42	f.	+70%	0.096	Fără tratament
8	T. E.	40	f.	+69%	0.102	Idem
9	T. R.	50	f.	+32%	0.110	Idem
10	N. I.	32	f.	+30%	0.097	Electroterapie
11	L. A.	29	f.	+23%	0.097	Fără tratament
12	E. R.	37	f.	+48%	0.110	Tratament cu iod
13	T. E.	20	f.	+37%	0.107	Fără tratament
14	A. N.	30	b.	+42%	0.096	Electroterapie
15	O. F.	58	f.	+20%	0.090	Tratament cu iod
16	T. E.	48	f.	+40%	0.107	Radioterapie
17	C. A.	37	f.	+20%	0.102	Turburări psihice
18	L. I.	40	f.	+30%	0.098	Fobii obsesiuni
19	D. E.	42	f.	+15%	0.100	Tratament cu iod
20	I. L.	22	b.	+56%	0.110	Fără gușe
21	C. N.	30	f.	+30%	0.110	Fără tratament
22	M. L.	25	f.	+20%	0.105	Idem
23	X. O.	27	b.	+16%	0.108	Idem
24	M. A.	42	f.	+52%	0.102	Idem
25	R. M.	60	f.	+53%	0.099	Tratament cu iod
26	M. E.	49	f.	+46%	0.099	Fără tratament
27	L. I.	20	b.	+25%	0.104	Tratament cu iod
28	I. A.	21	f.	+70%	0.100	Fără tratament
29	L. E.	32	b.	+15%	0.110	Idem
30	M. D.					em

De asemeni am studiat calcemia în 10 cazuri de mixedem sau insuficiență tiroidiană. Rezultatele au fost cele ce urmează mai jos:

Rezultă din aceste cercetări că în 18 din cele 30 cazuri de sindromul lui Basedow, calcemia a variat între 0.100 și 0.120. În alte 10 ea a fost sub cifra de 0.100. (Variațiunile în jos au fost de altfel puțin însemnate, un singur caz atingând cifra de 0,85, în celelalte oscilând între 0,90 și 0,99%₀).

Intr'un singur caz calcemia serică a trecut ușor de 0,120 (0.130%₀).

Reese deci că sero-calcemia în acest sindrom oscilează în general în limitele normale sau se coboară foarte ușor sub aceste limite.

Numărul de ordine	Nume	Vârsta	Sex	Metabolism bazal	Calciul	Observații
1	M. S.	50	f.	-11%	0.084	Mixedem tipic.
2	B. R.	18	f.	-32%	0.098	Insuficiență tiroidiană
3	M. E.	53	f.	-22%	0.096	Mixedem tipic
4	E. T.	22	b.	-12%	0.100	Insuficiență tiroidiană
5	L. I.	17	b.	-8%	0.100	Insuficiență tiroidiană
6	M. M.	52	f.	-17%	0.110	Mixedem ușor accentuat
7	G. D.	40	f.	-4%	0.118	Mixedem astm
8	E. S.	51	f.	-16%	0.110	Mixedem
9	M. A.	24	b.	-25%	0.110	Mixedem clasic infantilizm pu- erilizm mintal
10	D. S.	53	f.	-28%	0.093	Mixedem miocardită

În ce privește insuficiența tiroidiană și mixedemul, am găsit oscilațiuni între 0.100 și 0.108 în 6 cazuri, iar în restul de 4 am găsit cifre sub 0.100 și anume între 0.084 și 0.098.

Rezultă deci că în genere variațiunile au fost în limitele normale și destul de frecvent ceva sub aceste limite.

Calcemia a mai fost studiată în sindromul lui Basedow și în acela al insuficienței tiroidiene și de alți autori.

Astfel în primul sindrom *Billinghamer* găsește calcemia mărită într'un caz. *Herzfeld* și *Lubowski* de asemeni găesc o creștere ușoară, iar *Leicher* o găsește diminuată. O scădere ușoară a fost notată de asemeni de *Keplin*.

Mai de curând (1925) *Herzfeld* și *Neuberger* au studiat cu metoda lui *Ward* 19 cazuri de sindromul lui Basedow (admițând ca cifre normale 10—12 mlgr. ‰). În 37% din cazurile lor calcemia a oscilat între aceste limite, în 31,5%, a întrecut limita superioară, iar în 31,5% a fost de desubtul celei inferioare.

La rândul lor *Costex* și *Schteingart* la 17 indivizi cu metabolismul bazal crescut găesc calcemia între 9% (2 cazuri) și 12,8 (un caz). Un alt caz prezenta calcemia de 12,4. În celelalte 13 oscila între 9 și 12%.

Waldorp și *Trelles* găesc din contră hipercalcemie în 26 cazuri cu metabolismul bazal crescut, iar *Montanori* găsește că 80% din cazurile de hipertiroidism prezintă o creștere a calcemiei (și o scădere a potasemiei).

La o bolnavă a cărei observație am publicat-o cu *D-na Caraman* (sindrom basedowian cu sclerodermie) calcemia a fost normală (0.109). Într'un alt caz de sindrom Basedowian cu vitiligo, a cărei observație am publicat-o cu *M. Derevici*, calcemia a fost găsită ceva crescută 0,124%.

Csépai și *Pellaty*, mai de curând găesc deasemenea calcemia normală în majoritatea cazurilor de sindromul lui Basedow. Pe 11

cazuri examinate de ei, calciul seric a fost de 2 ori de 9,9% și 9,5%. In celelalte 9 a trecut de 10% maximul fiind de 11,5%.

Acești autori găsesc că parathormonul mărește calcemia mai mult la basedowieni (și hipertiroidieni în general), de cât în afară de aceste stări.

Calcemia eria de asemeni normală într'un caz de sindromul lui Basedow clasic ce l'am studiat de curând și care prezenta semnul lui Chvostek, dar nu atingea de cât cifra de 0,092% într'un caz de adenom tiroidian cu fenomene ipertiroidiene.

In cazul de sindrom basedowian infantil studiat de curând de *Scherechewski*, calcemia eria normală.

Din totalul cazurilor studiate reese că sero-calcemia poate fi uneori scăzută, alteori crescută, rămânând însă în limitele normale în majoritatea cazurilor de sindromul lui Basedow.

De altfel creșterile sau scăderile sunt în general puțin importante.

S'a studiat de asemeni calcemia la animalele ipertiroidizate. *Sarvonat* și *Roubière* au găsit-o mărită la câinii hipertiroidizați, pe câtă vreme *Leicher* găsește la om, că tratamentul tiroidian coboară cifra serocalcemiei. *Aub* observă însă contrariul după tratamentul tiroidian la omul normal.

Experimental *Uchida*, unul din noi cu D-na *Derevici*, D-ra *Triřon*, *Blinov*, au constat de asemeni o creștere a calcemiei la animalele ipertiroidizate. D-ra *Lavrenenko* obținu din contră o scădere.

Cercetările încă inedite pe cari unul din noi le-a făcut împreună cu M. Cahane, arată o scădere a calciului ionic la animalele injectate cu tiroxină.

Vom spune de asemeni că *Scordo* și *Franchini* au găsit că basedowienii elimină o mai mare cantitate de calciu decât indivizii normali și că *Aub*, *Bauer*, *Heath* și *Ropes*, ajung mai de curând la aceleași concluziuni.

Fowles găsește de asemeni că eliminarea calciului la basedowieni merge paralel cu cea a azotului, cantitatea fiind crescută pentru calciu, când ea e deasemeni crescută pentru azot.

Modificări asemănătoare se observă în ipertiroidia terapeutică și experimentală. Astfel *Schiff*, *Sinhuber*, *Nissipescu*, *Maria Parhon*, *Schaffer*, au găsit o creștere a eliminării calciului.

Totuși cu doze mici, *Silvestri* susține a fi observat la omul normal o retenție a calciului, iar *Moraczewski* la un acromegal a notat aceleași fenomene sub influența tratamentului tiroidian, care a exagerat retenția deja existentă.

Adăugăm de asemeni că *Sarvonat* și *Roubière* dozând calciul din oase și părțile moi la cobaii ipertiroidizați, au găsit o pierdere din primele și o creștere în ultimele.

Pierderea calciului din oase și dinți explică unele fenomene osteomalacice întâlnite în câteva cazuri de sindrom basedowian, precum și alterațiuni osoase observate de *Mouriquand* și *Michel*, la animalele ipertiroidizate.

Unul din noi împreună cu *Cahane* au găsit pe de altă parte, conținutul în calciu micșorat de cele mai multe ori (5 din 8 cazuri), la animalele ipertirodizate, iar ultimul autor a găsit din contră o creștere a calciului în majoritatea cazurilor (5 din 7), în ficatul animalelor ipertirodizate.

În ceea ce privește calcemia la animalele etiroidate, *Maria Parhon* a găsit-o scăzută (la berbecii etiroidați). Astfel în sângele total proaspăt s'a găsit o cantitate de 0.071; 0.068 și 0.071 (media = 0.070‰) la martori și de 0.054; 0.049; 0.056 (media = 0.053‰) la etiroidați.

În sângele uscat cifrele respective au fost de 0.38; 0.35; 0.36; (media = 0.36‰), de 0.28; 0.26; 0.29 (media 0.27‰).

Nisinura găsește de asemeni o scădere a calcemiei după etiroidectomia experimentală. Unul din noi împreună cu D-na *Derevici*, la câinele etiroidat, *D-ra Werner* la berbecii etiroidați, găsesc mai de curând o tendință la creșterea calciului seric.

După *Leites* tiroidectomia ar determina o creștere a calcemiei iar *Rabinovitsch*, la om găsește după această intervenție o scădere a calciului sanguin. În nici unul din cele 6 cazuri ale sale, nu s'au observat simptomele tetaniei, nici țesut paratiroidian în porțiunea extirpată, totuși autorul e înclinat să creadă că această scădere este datorită traumatismului paratiroidelor.

În cazurile acestui autor este vorba de extirpări parțiale ale tiroidei.

La om în 7 cazuri cu metabolismul bazal scăzut *Castex* și *Scheitengart*, găsesc de 2 ori calciul ceva scăzut (9 și 9.4%), iar în restul de 5 calciu seric a fost găsit normal.

Într'un caz recent de idioție mixoedematoasă observat de unul din noi, calciu seric era deosemeni scăzut.

D-na Cernățianu Ornstein a găsit serocalcemia normală, într'un caz de mixoedem asociat cu psoriasis.

Studiul eliminării calciului în mixoedem e foarte puțin înaintat. *Haushalter* și *Guerin* au găsit într'un caz o pierdere importantă a acestui element prin urină, dar materiile fecale n'au fost examinate și nu s'a făcut un studiu al bilanțului acestui corp în sensul strict al cuvântului (calciu ingerat comparat cu cel eliminat prin urină și fecale). Mai de curând *Aub*, *Bauer*, *Heath* și *Ropes*, găsesc că în mixoedem eliminarea calciului este scăzută.

Studiul calciului din organe în mixoedem sau la animalele etiroidate de asemeni rămâne în cea mai mare parte de făcut.

Unul din noi împreună cu *G. Dumitrescu* n'a găsit o deosebire netă din acest punct de vedere în creerul animalelor etiroidate față de martori.

Din totalul datelor ce am expus reese că glanda tiroidă influențează metabolismul calciului și că unele din efectele funcțiunii normale sau defectuoase a acestui organ pot fi explicate prin acest mecanism.

Mai multe chestiuni de amănunt referitoare la relațiunile glandei tiroide cu schimburile elementului de care vorbim vor necesita încă cercetări noi.

Maternitatea Spitalului Israelit Galați
Medic-Primar Dr. Dimitrie Lazăr

ASUPRA EVACUĂRII EXTEMPOREANEE A UTERULUI GRAVID

PRIN

RACHI-ANESTEZIE (PROC. PAUL DELMAS)

de

DR. HENRICH SILBERMAN

Medic Secundar

Mișcarea obstetricală franceză a fost și este încă, dela răsunătoarea comunicare făcută societății de obstetrică din Montpellier în Februarie 1928, de către profesorul **Paul Delmas**, sub impresiunea metodei sale.

De atunci neîncetat se observă în dările de seamă ale societăților de specialitate francez și întrucâtva și în alte țării latine, contribuțiuni și observațiuni clinice relative la aplicarea procedului profesorului **Delmas**.

Originalitatea acestui procedeu constă în posibilitatea de a evacua uterul gravid, nu importă la ce vârstă a sarcinii, la termen sau înainte de termen, deci chiar cu un col complet închis, sub influența rachi-anesteziei, atunci când indicațiunile de evacuare rapidă există, fie din partea mamei: eclampsism, eclampsie, placenta praevia, ruptură prematură de membrane cu infecțiune consecutivă, strâmtorări de basîn, t. b. c. avansată, leziuni cardiace necompensate, etc., fie din partea copilului și în primul rând suferința sa intrauterină.

Rachi-anestezia în obstetrică a avut perioade de valorificare și perioade de declin și impulsul actual se datorește în bună parte tocmai școlii obstetricale franceze în frunte cu **Doleris**, **Forgue**, **Lantuejoul**, **Delmas**.

În ce constă acest procedeu? Într'o dilatare, mai mult sau mai puțin rapidă a colului uterin prin sistemul **Rizzoli-Demelin**, digital mai întâiu, manual mai apoi (a cărei detaliere o vom face în cursul observațiunilor clinice de mai jos), după efectuarea anesteziei rachidiene lombo-sacrale. dilatare făcută posibilă

prin acest fapt însuși și urmată de o evacuare imediată a uterului, fie prin versiune internă, fie printr'o aplicațiune de forceps, (dacă capul este suficient de bine angajat pentru a permite acest lucru). Placenta și anexele sunt extrase imediat sau sunt lăsate să se expulseze spontan.

Indicațiunile operatorii rămân aceleași (din contră limitate), tehnica singură diferind de cele de până acum.

Contraindicațiile aplicării metodei s'ar reduce la stări cicatriciale ale colului uterin de diverse naturi, obstacole ce se opun evacuării pe căile naturale (tumori, etc.) și hypotensiunea arterială post-hemoragică extrem de pronunțată.

Observațiunile clinice aduse în urma comunicării profesorului Delmas, care dă 40 succese depline din cele 40 observațiuni ale sale, nu sunt toate îmbucurătoare și dacă entuziasmul nostru după comunicarea procedului amintit mai sus, era mare, nu am putea spune acelaș lucru astăzi, când pe deoparte concluziunile altor autori, iar pe de alta rezultatul cazurilor ce am reușit a aduna până în prezent (în număr de patru deocamdată), au făcut ca acest entuziasm să scadă foarte mult, lucru explicabil după învățămintele culese în urma celor patru observațiuni clinice de mai jos. BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru a nu mai reveni în fiecare observațiune, vom aminti la începutul acestora că procedeul întrebuițat de noi a fost acel preconizat de Delmas și anume: dilatație digitală (Rizzoli-Demelin), degetul indicator apoi și celelalte degete fiind mișcate ca o pendulă, până când se poate face dilatație manuală (pumnul mișcat în dreapta și în stânga ca cheea într'o broască, în urmă dinainte înapoi), până se ajunge la dilatația mai mult sau mai puțin completă a colului; toate aceste manopere se efectuează 10—15 minute după anestezia rachidiană în regiunea lombo-sacrală cu sol. de novocaină (2 cazuri), scurocaină (1 caz) și syncaină (1 caz).

OBS. I. — Femea I. F. (N. reg. Mat. 75/928), 20 ani, primipară aproape de termen. Eclampsism; evacuarea uterului după R. A. Copil viu; post-partum normal.

Data probabilă a nașterii 25—30 Sept. 1928; presentație cefalică, cord foetal + 150 pe minut, col lung, închis (travaliu neînceput), R. A. cu 0,10 ctg. novocaină, în reg. lombo-sacrală (5/IX/928).

Dilatațiunea digito-manuală în 5—7 minute; ruptura de membrane, versiunea internă, extracția copilului circa 10 minute.

Placenta și anexele se expulsează spontan, complete, după 15 minute. Uter, col, vagin, perineu, intacte; fenomenele de eclampsism (albuminurie 20%,

cephalee, oedeme, t. art. max: 16; mn. 10 (Vaquez), cedează treptat pînă la plecarea lehuzei din serviciu, (a 8-a zi).

Concluziuni: graviditate la termen la o primipară cu fenomene de eclampsism; dilatația colului, versiunea internă și extracția foarte ușoară după R. A. Copil viu, 3500 gr.; integritatea tractului genital.

Obs. II. — J. K. (N. reg. Mat. 116/929), 35 ani, primipară la termen; început de travaliu; ruptură prematură de membrane; rigiditate cu edem al colului; aplicațiune de forceps după R. A. Copil mort (asfixie).

Inercările de dilatare ale colului sunt penibile; după 8 minute se obține o dilat. aproape completă (colul își revine la fiecare contracțiune uterină). Două incizii pe col: la 11^o și 5^o de câte 2 cm.; se aplică foarte greu forcepsul și se extrage copilul după 15 minute; extracție manuală de placentă; sutura colului; perineul intact. Trei ore dela nașetre, o hemoragie puternică, prin inerție uterină secundară, care pune viața lehuzei în pericol; se injectează 1 cmc. pituglandol în colul uterin; toate celelalte mijloace obișnuite sunt deasemenea puse în joc: tamponament strâns cervico-vaginal, masaj uterin trans. abdominal, ser fiziologic, ol. camph. coff. A doua zi (25/1/929). bolnava este complet remontată; lehuzia ușor febrilă (37. 8-38, 3.).

Concluziuni: Rigiditate cu contractură a colului uterin; aplicațiune de forceps laborioasă, deși după R. A.; durata extracțiunii 15 minute; hemoragie puternică post-partum prin inerție uterină secundară, jugulată. Rupturi întinse ale colului; copil mort.

Obs. III. — F. M. (N. reg. Mat. 131/IV/), 28 ani, secundipară, la termen. Placenta praevia centrală; hemoragii. Versiune internă, extracția copilului, viu, după R. A. cu scurocaină (0,08 ctg.). Extracție manuală de placentă și anexe. Rupturi pe col.

Mijloacele obișnuite de tratament în placenta praevia, nu au dat rezultate (ruptură largă de membrane, balon); R. A. se face cu o sol. de scurocaină extemporanee, în lichidul cephalo-rachidian; dilatația completă a colului se obține în 15 minute; versiunea internă și extracția în circa 20 minute; rupturile de col (la 3^o și 6^o), se refac cu catgut; perineul și vaginul întregi. Ese din serviciu după 16 zile de căutare.

Concluziuni: Pacienta praevia centrală, la termen; versiune internă și extracție, după R. A. relativ ușoare; copil viu; lehuzia ușor febrilă.

Obs. IV. — Femea L. S. (N. reg. Mat. 143/929), 34 ani, primipară, graviditate mens. VIII. Coma eclamptică; basin în general strâmtorat; versiune internă, extracție după R. A. cu syncaină; craniotomie pe capul reținut; extr. manuală de placentă; deces după 4 zile cu fenomene uremice.

Nici un examen de urină în timpul gravidității; la examen (14/IV/929), uter contracturat; auscultația negativă; col lung, închis; oedeme generalizate; albuminurie intensă; stertor; d. p. sub p. 10, 5 cm.; t. art. 28 Mx., 12 mn.; venisecție (500 gr.), chloral în clismă, 4 gr. Evacuarea uterului după R. A. cu o dilatație ce trece greu de „5 lei”. În post-partum o psihoză; ser glucozat 40%, regim hidric; afebrilă.

Concluziuni: Eclampsie masivă, la o primipară în luna VIII. Versiune ușoară, extracție grea, craniotomie, după R. A. cu syncaină (0,08 ctg.); tractul genital întreg; sfârșit letal după 4 zile, cu fenomene uremice.

Avem la început impresiunea, că metoda prof. Delmas este în adevăr seducătoare, obstetricianul ne mai fiind redus la o

inactivitate descurajantă de cele mai multe ori, neputând întreprinde nimic, atâta timp cât colul uterin rămâne și se încăpăținează a rămânea incomplet deschis; așa ar fi fost dacă nu ne-am fi lovit: a) de lipsa de inocuitate absolută pentru mamă și copil, și b) de convingerea că ușurința descrisă de autor nu este regula.

Nu avem experiența decât a 4 observațiuni clinice și nu putem avea pretențiunea unor concluziuni prea absolute; totuși socotim că inocuitate absolută pentru mamă și copil nu există. Lăsând deoparte posibilitățile de accidente datorite anesteziei rachidiene, accidente imediate (cari sunt și cele mai grave) și tardive (cephalee și pareze diverse etc.), pe cari noi nu suntem obișnuiți să le observăm în serviciul maestrului nostru, D-l Dr. D. Lazăr, în urma măsurilor de precauțiune luate, și pe cari nu le-am avut de înregistrat nici în observațiunile noastre (parturientele comportându-se tot timpul intervențiunii admirabil), rămân totuși riscurile, imediate și tardive, pentru mamă, datorite rupturilor uneori foarte întinse ale colului uterin și infecțiunii veșnic posibile, în urma manoperelor intra-uterine (vezi obs. II și III); dar ceea ce ni s'a părut mai grav, este posibilitatea de a surveni o inerție uterină secundară, post-partum, cu hemoragii ce pun viața lehzurilor în pericol (vezi obs. II). Noi am reușit să salvăm femeea din obs. citată, însă autorii ca Le Lorier și Metzger, dau cazuri de hemoragii prin acelaș mecanism cu sfârșitul letal. Care ar putea fi explicațiunea acțiunii rachide anesteziei, asupra producerii acestor inerții uterine?

Metzger pare să dea următoarea: prin R. A. se produce o hipertonie uterină puternică, cu o lipsă de hemoragie imediată (fapt observat în operațiunile caesarienei corporale prin R. A. când buzele inciziei uterine sunt exangue din cauza acestei hipertonii). Prin acest fapt trombozlee fiziologice din sinusurile uterine, nu se mai pot efectua și în momentul (uneori mai repede, alte ori mai tardiv), când acțiunea R. A. încetează, se produce o relaxare a mușchiului uterin cu o hemoragie puternică, consecutivă. Să fie cazul și în observațiunea noastră, sau este numai o simplă coincidență?

Șansa de supraviețuire a copiilor pare oarecum redusă, și este explicabil, având în vedere extracțiunea prin versiune internă pe care o efectuăm de cele mai multe ori. Dacă la o presentațiune pelvienă urmată de o naștere spontană, mortalitatea copiilor este mai mare decât în presentațiunile occipitale, este dela

sine înțeles că cu atât mai mult, această mortalitate să fie mărită, la un col incomplet și rapid dilatat și care are tendința să revie asupra-și.

Din cele patru cazuri personale, am obținut doi copii vii (a căror sănătate este și actualmente perfectă). Moartea copilului din obs. IV nu poate fi pusă pe seama metodei, deoarece ascultațiunea prealabilă dăduse un rezultat negativ, — (reamintesc că este vorba de o comă eclamptică, cu o intoxicație gravidică puternică), — așa că în acest caz prin nici un alt procedeu nu am fi obținut un copil viu. În obs. II însă, unde am făcut o aplicațiune de forceps, moartea copilului a survenit cu multă probabilitate în urma hemoragiei meningeae, datorită presiunii la care au fost supuse lingurile forcepsului prin intermediul colului uterin contracturat și strâns colat de forceps.

În ceea ce privește ușurința descrisă de autor și observată și în alte câteva observațiuni succesive, (**Vesian, Solal, Béghin, Laugièrè, Balard, Mahon** și alții), noi nu o putem împărtăși cu totul. Am fi făcut-o dacă ne-am fi oprit la prima observațiune, care în adevăr ne-a dat impresiunea perfecte facilități și inocuități. Este o observațiune care se suprapune în totul celor citate de **Paul Delmas**: rapiditate, ușurință pentru operator, insensibilitate pentru mamă și inocuitate absolută pentru mamă și copil. Ce puteam cere mai mult? doar ca să avem aceleași rezultate și în viitor, lucru care spre părerea noastră de rău nu s'a întâmplat, și observațiunile II și IV dovedesc cu prisosință aceasta.

În obs. II, deși colul avea o dilatațiune cât aproape „5 lei”, R. A. nu a reușit decât cu foarte mare greutate să permită o dilatare incompletă, colul revenind mereu la fiecare contracțiune uterină. Încercarea de a efectua în acest caz o versiune internă, ni s'a părut imposibilă și am fi avut și riscul de a deplasa o prezentațiune ce se preta mai bine unei aplicațiuni de forceps, efectuată totuși atât de laborios!

Observațiunea III ne-a permis să aplicăm procedeu **Paul Delmas**, într'un caz de placenta praevia, la o secundipară la termen, cu un traveliu incipient, cu o hemoragie puternică, ne-învingă de mijloacele obișnuite întrebuintate în asemenea împrejurări (tamponare cervico-vaginală, balon, ruptură largă de membrane). Este singura observațiune în care am întrebuintat scurocaina (0,08 ctg.), făcând o soluțiune extemporanee cu lichidul cefhalo-rachidian al bolnavei. Dilatațiunea s'a efectuat

relativ ușor, însă incomplet (în 12 minute). Capul mobil ne-a permis o versiune ușoară și o extracțiune la fel; (s'a produs în acest caz două rupturi pe col, una până la domul vaginal, suturate cu catgut). Actualmente femeia din această observațiune revăzută, este în perfectă stare, prezintă o graviditate de câteva săptămâni.

În observațiunea IV, colul s'a pus dela început până la sfârșitul intervențiunei unei dilatări ușoare și am avut norocul unei versiuni relativ facile, probabil din cauza volumului redus al foetului (2100 gr.).

Coincidența face ca în obs. II și IV să fi avut de aface cu primipare în vârstă (34—35 ani). Să fie oare elementul rigiditate (de natură infecțioasă în obs. II), care să fi intervenit, făcând atât de grele amândouă intervențiunile? Doar **Coll de Carrera** subliniază că ori care ar fi cauza, colul sub R. A. se dilată cu o extremă ușurință, devine suplu, fapt pe care noi nu l'am putea afirma ca fiind regulă.

Ceeace pare neîndoios este extrema ușurință a manoperelor vagino-vulvo-perineale, regiuni cari capătă o suplețe remarcabilă, fapt de altfel observat în chirurgia acestor regiuni de către acei cari întrebunțează anestezia rachidiană.

Și acum ne vom permite să tragem unele încheeri cari am dori să fie confirmate de observațiuni ulterioare în părțile lor bune și infirmate în cele rele, spre binele obstetricii și a obstetricienilor:

Procedeu lui **Paul Delmas**, este fără îndoială un progres în therapeutica obstetricală, care trebuie aplicat, după ce **indicațiunile au fost cu mare îngrijire fixate**, ținând seama de starea parturientei, de starea și volumul copilului.

Este un procedeu a cărui tehnică diferă de toate celelalte procedee întrebunțate până acum pentru golirea rapidă a uterului: (dilație digito-digitală Bonnaire, sub ether sau chloroform, baloane, divulsoare ale cölului, inciziuni, caesariană vaginală).

Este un procedeu care cu toate riscurile ce prezintă, nu trebuie cu totul eliminat din arsenalul therapeutic obstetrical, dar care tocmai din aceleași motive este de întrebunțat acolo unde o rațiune majoră, în interesul urgent al mamei și copilului îl cere, pentru golirea neîntârziată a uterului cu șanse de reușită.

Trebue privit și primit ca un mijloc remarcabil, în comparație cu incertitudinea mijloacelor obișnuite întrebunțate la a-

ceastă evacuare imediată și numai după ce alt mijloc mai puțin riscat nu-î poate fi substituit.

Nu ar fi de dorit să existe în lumea medicală dela noi convingerea unei extreme ușurințe și lipsă de răspundere față de o metodă excepțională, la care e bine să recurgem numai în cazul când riscurile acesteia ne apar mai mici decât acelea la cari am expune parturienta, neîntrebuințând-o.

BIBLIOGRAFIE

1. Paul Delmas :Sur les rach-analgésies. — Bul. Obst. et Gy. Montpellier 1926 No. 4
2. Paul Delmas et Coll de Carrera : ...Analgésie rachid, et version par manoeuvre interne idem.
3. M. Beghin :Accouch. selon la methode de Delmas chez une éclampsique Bul. de la Soc. de Lille Oct. 1928.
4. Paul Sappey :Ev. extemp. de l'uterus pour pl. praevia selon la méthode de Paul Delmas Lyon. Avril 1928.
5. Marcel Metzger :Quelques obs. d'acc. dystociques sous R. A. idem.
6. Balard et Mahon :Rach. anesthés et évacuation de l'uterus Gy. et Obst. No. 2 | 1929.
7. Coll de Carrera :La méthode de Delmas dans le trait. du pl. praevia. Bul. de la Soc. de Montpellier 5 | 1929.
8. Paul Delmas :Un an de pratique d'évac. extemp. de l'uterus en fin de grossesse. Bul. de Montpellier No. 5 | 1929.
9. E. Macias de Torres :Le proc. „Paul Delmas“ d'évac. rapide de l'uterus à terme. Presse Médicale No. 18. 2 | III | 1929.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

VIN BRAVAIS

**(KOLA, COCA, CACAO, Tannates de
Caféine, Cocaine & Théobromine).**

*Cel mai puternic tonic, nutritiv și stimulent în
afecțiunile cardiace, nervoase, anemie, rachitism,
chlorosă, debilitate, convalescență, etc.*

Literatură și eşantioane medicale :

J. E. BUCUR — BUCUREȘTI 4

Strada Mecet No. 8.

SUR DEUX CAS D'ERYTHREMIE FAMILIALE *) **(Maladie de Vaquez)**

présentés par

Docent Dr. M. CANCIULESCU et **M-elle Dr. R. HIRSCH**
Medecin chef de l'hôpital Asistante au laboratoire
Filantropia d'hygiène
de Craiova

I. Cas. Fl. F. 26 ans, garçon de boutique, célibataire, excepté du service militaire pour „sclérodémie des extrémités supérieures et de la face (congénitale)”.

Antécédents héréditaires. Rien de particulier dans le passé pathologique des parents, aucune maladie constitutionnelle, pas de syphilis, ni de tuberculose; ils vivent et jouissent d'une parfaite santé; la mère, obèse de 104 kgr. à présent, avait avant le mariage la gracilité de sa fille actuelle.

La mère a eu 9 grossesses: 5 enfants vivent, 3 sont morts, 1 avortement provoqué.

Des 5 enfants, qui vivent, celui-ci est le quatrième né et sa soeur, affectée de la même maladie, est l'aînée; les 3 autres sont bien portants.

Tous ont souffert de paludisme, comme tous les habitants du quartier, entouré de marais.

Antécédents personnels. Fièvre paludéenne dès les premières années.

Histoire de la maladie. Depuis son sixième mois les parents ont été frappés par la coloration plus vive, rouge des mains et de la face, la coloration avait été précédée par une eruption de petites vésicules, qui en crevant laissaient sourdre une sérosité; l'éruption revenait chaque année dans les mois chauds et la coloration des extrémités se faisait de jour en jour plus vive.

Il se rappelle avoir toujours et beaucoup transpiré aux mains et aux pieds; pendant les mois froids il sentait des picotements, de l'engourdissement et la rougure des extrémités augmentait, pour pâlir lorsque le malade était exposé au chaud; une main abaissée rougissait davantage.

Avec l'âge, les téguments des mains et des pieds prenaient un aspect vernissé sur le dos, calleux sur la paume et la plante.

Etat présent. Le malade ne se plaint de rien; toutes ses fonctions se passent normalement.

De taille moyenne et d'aspect maigre il pèse 55 kgr.

Les téguments de la face d'un rouge plus vif au menton, aux lèvres, aux pommettes et au nez de même que sur le dos des mains (un peu moins aux pieds) rappellent l'aspect dit „enluminé” des malades atteints d'erythémie; la coloration rouge respecte en période de calme les oreilles, s'étend sur les

*) Communication faite à la *Soc. Médicale des hôp. de Bucarest* dans la Séance du 21 Mai 1930 dans la présence de Mr. H. Vaquez, prof. à la Fac. de Médecine de Paris et membre de l'Académie de Médecine, qui assiste à la Séance.

côtés du cou et de la nuque, couvre le dos des mains et des pieds et s'arrête au-dessus des poignets et des chevilles d'un côté, à la matrice des ongles de l'autre côté.

La couleur rouge de ces segments tranche sur la coloration blanche du reste de la peau, mais celle-ci présente un réseau foncé qui lui donne l'aspect aréolaire des syphilides pigmentaires; d'autres taches de couleur marron se trouvent sur les côtés du cou en contact immédiat avec les parties rouges.

La peau retractée sur le rebord des paupières inférieures les met en léger ectropion.

Sur la face d'extension des coudes et des genoux la peau se ride en plis fins (comme si l'épiderme était trop long); répandus sur tout le corps on remarque de multiples petits points ou taches d'aspect nacré lichenoïde,

Les doigts effilés sont comme figés en cire rose-vermeil et onctueux: la peau des paumes et des plantes épaissie, constitue une sorte de crasse humide: elle s'est retractée en creusant la paume des mains.

Sur les parties rouges on voit de nombreuses étoiles angitéléctasiques.

Les ongles de couleur grise-jaunâtre et d'aspect mat, friables, tombés plusieurs fois manquent à certains doigts.

Les muqueuses sont très rouges, celles des lèvres, des paupières et de la bouche; les gencives fongueuses saignent facilement; sur les joues et aux coins de la bouche il y a de nombreuses taches blanches leucoplasiques; de nombreux vaisseaux fins et d'un rougeif serpentent sur le palais.

Somatique. Le pouls bat à 72, régulier; les bruits du coeur normaux comme timbre et intensité; claquement au foyer de la pulmonaire.

La tension artérielle avec le Pachon-Gallavardin:

Br. dr. 13 $\frac{1}{2}$	Ind. — 5 (6)
Br. gauche 13 $\frac{1}{2}$ — 9 (9 $\frac{1}{2}$)	„ — 3
Jambe dr. $\frac{1}{3}$ supér 16 $\frac{1}{2}$ — 8	„ — 7 (8)
„ g. „ „ 18 — 8	„ — 8 (9)
„ dr. „ infér. 13 — 9	„ — 4
„ g. „ „ 13 — 8	„ — 3

Examen du sang :

Au doigt: Globules blancs 12.000.

„ rouges 10.000.000 (pas altérés de forme, coloration et dimensions normales).

Hématoblastes 700.000

Hémoglobine 80 $\frac{0}{0}$

Val. glob. 1—0,40

Formule: Lymph. 17 $\frac{0}{0}$, Mono. 7 $\frac{0}{0}$, polyn. neutroph. 71 $\frac{0}{0}$,
(dont 2 macropolycytes), éos. 4 $\frac{0}{0}$, baso. 1 $\frac{0}{0}$.

Formule Arneht : préd. des polyn. type II et III.

Viscosimétrie: 7.

Au code: Globules blancs: 10.000.

„ rouges: 7.000.000

Hématoblastes: 500.000

Hémoglobine: 80 $\frac{0}{0}$

Coagulabilité 8', Rétraction complète en 18 h.

Formule: L. 20 $\frac{0}{0}$; Mono. 7 $\frac{0}{0}$; Polyn. neutr. 67 $\frac{0}{0}$.

Eos. 5 $\frac{0}{0}$; Basophiles 1 $\frac{0}{0}$.

Viscosimétrie: 5,5.

Résistance globulaire: hématies avec plasma R. max. 4

R. min 5

hématies déplasm. 3.5

4,0

La réaction Wassermann négative.

Durée de saignement: doigt 1'-2', oreille 2'.

Les urines: traces d'albumine, glucose absente; nombreux cristaux de phosphate amoniac-magnésien et d'oxalate de chaux.

Examen du fond de l'oeil: petites taches d'hémorragies périmaculaires et périrapillaires, les veines un peu dilatées.

La muqueuse du larynx de coloration normale; celle du nez est rouge et saigne facilement.

Poumon: la respiration soufflante dans les régions hilaires; de fines crépitations aux basses. La plaque radiographique montre un dessin broncho-vasculaire accentué.

La rate percutable sur 10 cm., palpable dans la respiration profonde, semble dure.

Le foie mesure 9-10 cm. sur la ligne mamelonnaire, 14 cm. sur la ligne axillaire.

II-ème Cas. M-me A. W. 31 ans, la soeur du malade dont traite la première observation, l'ainée des 9 enfants, a été vue par nous en 1928, mais sa maladie méconnue a été prise alors pour une dyscrasie hémorragipaire sanguine à cause des hémorragies gingivales et de la gingivite explosive très avancée.

Menstruée à 16 ans, elle a eu depuis les règles normales, mais peu abondantes; mariée elle n'a pas eu d'enfants; de taille gracile, elle pèse 41 kgr. et présente l'aspect d'une jeune fille.

L'histoire de sa maladie est semblable à celle de son frère: dès ses premiers mois elle a présenté sur le dos des mains ces vésicules qui crevaient en laissant sourdre de la sérosité et ses parents se sont aperçus de la coloration rouge de la face, des mains et des pieds.

Seulement cette couleur rouge s'est montrée et restée moins foncée que celle de son frère; l'altération de la peau a moins évolué; en échange ses téguments se sont montrés plus fragiles; ils présentaient des écorchures au moindre traumatisme et des cicatrices s'en suivaient (elle en porte la trace sur les jambes) en se faisant très lentement; de même ses gencives fongueuses saignaient plus facilement, saignements qui ont un peu diminué depuis l'installation des règles.

Son organisme s'est développé moins bien; les organes génitaux sont restés en état rudimentaire; l'utérus est infantile.

Les organes fonctionnent bien; la malade n'accuse aucune sensation subjective désagréable, à part de l'engourdissement au froid.

Rien de particulier du côté des poumons, sinon que sur la plaque radiographique le dessin broncho-vasculaire est plus accentué.

Le coeur normal; la rate légèrement percutable, le foie ne dépasse pas les fausses côtes; le rein ectopique; la tension artérielle se trouve dans les limites normales, mais de même que chez son frère les chiffres sont en légère asymétrie sur les mêmes segments.

L'examen du fond de l'œil montre les vaisseaux turgescents, les veines dilatées, de traces d'hémorragie.

Les analyses du sang au doigt: 9.000.000, gl. blancs 14.000, Hémoglobine 80⁰/₀, hémato blastes 400.000; coagulabilité 7'; durée du saignement 2'; formule hémoleucocytaire: polynucléaires neutrophiles 72⁰/₀.

Les hématies sont de forme, dimensions et coloration normales.

La réaction de Wassermann est négative.

Le urines ne contiennent pas d'albumine ni du sucre.

Devant les symptômes, que présentent ces deux malades, nous croyons nous trouver devant la maladie de **Vaquez**, c'est à dire devant ce syndrome dont la première observation fut rapportée par **M. le Prof. Vaquez** en 1892 à la Société de biologie, et qui consiste dans une polyglobulie rouge vraie, primitive, chronique, maladie qui présente comme substratum anatomique un retour vers l'état foetal de la moëlle osseuse, maladie qui n'a pas une étiologie unique mais dont les causes toxiques ou infectieuses multiples semblent capables d'agir moins par leur nature que par une action d'irritation faible et prolongée, favorisée, peut-être par une réactivité particulière de la moëlle osseuse (**Lutembacher**).

La maladie est actuellement trop connue pour insister; nous nous permettons seulement d'attirer l'attention sur sa coïncidence chez deux membres de la même famille, ce qui peut à juste raison leur conférer le caractère familial.

Étant donnée la précocité d'apparition des symptômes, dès les premiers mois de la vie, l'on peut se demander si ce sont des formes congénitales précoces ou des formes précocement acquises.

Pour la congénitalité plaident encore les quelques stigmates que la malade présente.

Nous ne faisons que signaler le paludisme que ces malades ont présenté dès le début, maladie tout ont souffert tous les membres de la famille, comme d'ailleurs tous les habitants de leur quartier entouré de marais.

Des 5 autres observations d'erythémie que l'on a publié chez nous (la cinquième nous appartient aussi) *) dans trois d'entre elles l'on a signalé de même le paludisme.

Nous mentionnons de même les notions plus récentes de la constatation de l'hématozoaire dans la moëlle justement chez les patients atteints de paludisme chronique et dont la formule sanguine montrait — à l'encontre de la mononucléose de rigueur — une polynucléose, de même que l'absence de la splénomégalie et du

*) Mişcarea Medicală No. 10 (Octombrie) 1929.

parasite dans le sang chez ces paludéens chroniques avec polynucléose.

Etant donnée la réserve que M. le Prof. Vaquez même garde vis à des notions étiologiques, il serait hasardeux d'insister davantage.

Nous avons l'intention d'appliquer à ces deux malades le traitement par le chlorhydrate de phenylhydrazine d'après les règles que Mr. le Prof. Vaquez a exposées récemment à l'Académie de médecine de Paris et d'en suivre les résultats „le microscope à la main” comme il s'exprimait encore hier.

Nous avons tenu à vous présenter les malades avant, et nous les ferons comparaître devant vous après le traitement.

OPOTHERAPIA ASOCIATĂ PANGLANDINE

COUTURIEUX

EXTRACT GLANDULAR TOTAL

in capsule keratinisate.

Indicațiuni: *Mixoedemul, infantilismul, acromegalia, gigantismul, la copii.— Obesitate, turburări gastro-intestinale, circulatoare, nervoase, exoftalmie gută, maladia lui Adison, turburări hypofisare, ovariene, senilitate precoce, la adulți.*

LABORATOIRES CH. COUTURIEUX, PARIS

18, Avenue Hoche.

Literatură și eşantioane medicale:

J. E. BUCUR — BUCUREȘTI 4

Strada Mecet No. 8.

ANAFILAXIA ALIMENTARA

(Studiu Fizopatologic și Incercări de desensibilizare pe 3 cazuri clinice)

de

Medic Cpt. Dr. I. VASILESCU

Sindromul anafilactic este în prezent un subiect de actualitate, studiul lui fiind larg debătut într'o recentă ședință a Soc. Medic. a Spit. din Paris, la care au luat parte Tznack, Flandin, Richet-fiul și Jausion.

Odată cu memorabilele lucrări ale lui Widal, cari au deschis vast câmp anafilaxiei, o parte din clinicieni au făcut și fac încă abuz de langaj, considerând **sindrom anafilactic** orice **choc** cu tablou clinic asemănător, datorit unei intoxicațiuni, sau de cauză necunoscută (eclampsie, epilepsie, etc.).

De aceea este necesar să știm ce este o **anafilaxie** și să nu ne depărtăm de principiile pe cari le-a stabilit **Besredka**; pentru ca să fie anafilaxie, trebuie să avem un aport de substanță sensibilizantă (Antigen), iar serul persoanei anafilactizate să fie capabil de a transmite sensibilitatea unui individ nou".

Antigenul, în general o proteină, pătrunde în organism pe cale cutanată, intra-venoasă, pulmonară sau digestivă; sensibilizarea se instalează dintr'o dată, sau prin acțiunea repetată a antigenului și ori de câte ori organismul va mai veni în contact cu el, va reacționa prin sindromul anafilactic.

Diagnosticul trebuie pus pe baza unor criterii **clinice** (reacțiune promptă față de antigenul sensibilizant), **biologice** (cuti-reacție, intradermo-reacție), și **terapeutice** (supresia agentului incriminat, metoda antichoc, desensibilizare specifică), singurele cari ne pot da siguranța că suntem în fața unui sindrom anafilactic pur.

Patogenia acestei curioase manifestări morbide a fost explicată printr'o mulțime de teorii fanteziste, cari nu trădau decât insuficiența cunoștințelor noastre în această materie. Totuși s'a

ajuns a se explica în bună parte **anafilaxia** cu ajutorul **teoriei coloidale**, capabilă de a da cheia turburărilor de care ne ocupăm, prin **floculația lichidelor** humorale din organism, provocată de diverse cauze.

De altminteri **pruritul**, manifestare anafilactoidă de primul ordin, a putut fi provocat experimental la câine, ori de câte ori s'a inoculat un flocculat în circulație, flocculatul fiind reprezentat printr'o suspensiune de **sulfat de bariță** — substanță chimică în stare de extremă diviziune, incapabilă de a provoca o acțiune chimică, dar care nu poate lucra decât mecanic grație proprietăților ei fizice.

Pornind dela această metodă experimentală se admite că în clinică anafilaxia apare ori de câte ori precipitațiunea humorală va lua naștere. Intoxicațiile alimentare sau medicamentoase, autointoxicații (stercoremii, diabet), disfuncțiuni hepato-renale, etc. Sunt atâtea cauze cari pot ocaziona **distrugerea coloidelor plasmatiche** și prin urmare formarea în sânge a unui flocculat mai mult sau mai puțin abundent.

Manifestările anafilactice devin mai frecvente cu vârsta și aceasta se explică prin faptul că la începutul vieții coloidalele humorale sunt de o mare stabilitate; târziu numai, sub influența **infecțiunilor** și a **intoxicațiilor** ce au vătămat tubul digestiv, filtrul epitelial devine mai fragil și proteinele microbiene sau alimentare îl trec cu ușurință, împregnând mediul interior și sensibilizându-l.

Din **terapeutică** îndreptată contra anafilaxiei (regim preventiv, medicație antianafilactică, desensibilizare specifică), un singur metod, orb și empiric — **sângerarea** — se acordă perfect cu teoria coloidală, în multe cazuri dând bune rezultate. Prin sângerare abundentă se face o scădere bruscă a T. A. și secundar se produce o osmoză dela lichidele interstițiale spre vasele unde circulă sângele, pentru a restabili tensiunea. Prin acest aport de **coloide tissulare**, se aduce plasmei circulante noi proprietăți, cari fac să înceteze reacția de floculație și sindromul anafilactic să dispară.

Cazuri clinice.

1) D-na S... în etate de 64 ani, are o criză de **urticarie** survenită brusc și fără cauză evidentă la 15. X. 929.

Antec. patologice recente: Se reține o gastrită alimentară cu 8-10 zile mai înainte, ocazionată de un prânz abundent și variat în care alcoolurile nu au fost crutate.

După administrarea unui purgativ salin și un regim hidric, criza dispăre complet după 24 ore. Considerându-se vindecată, pacienta revine grăbită la regimul obicinuit, dar câteva ore mai târziu face o **criză mai intensă** cu urticarie gigantă, prurit intens și ușoare dureri articulare. Puls mic, repede și aproape filiform numără 120 bătăi pe minut.

De teama unei noi recidive se menține regimul hidric și dă mai târziu peptonă Witte (0.50 ctgr.), cu 1 oră înaintea unei ovo-lacto-carnată.

Terapeutică instituită se arată ineficace, urticaria apărând la orice tentativă de a reveni la regim substanțial și variat.

Din cauza imposibilității de a găsi alimentul nociv, recomand bolnavei ca înainte de a lua masa să ingereze o infimă cantitate din fiecare aliment ca va compune cina. Cu practica acestor **messe totale vaccinate**, desensibilizarea se operează încet și pe fiecare zi bolnava a văzut utircaria diminuând în intensitate până la complecta ei dispariție, aproximativ după 18 zile de tratament.

Incontestabil că indigestia alimentară avută cu ocazia acelei mese copioase, joacă rol important în declanșarea crizei urticariene. E foarte probabil că mucoasa tubului digestiv congestionată a împiedecat filtrul epitelial să se opună trecerii marilor molecule de proteine alimentare, și acestea intrate în medii sanguine au determinat **precipitațiunea coloidelor**, exteriorizată cliniceste prin fenomenul de sensibilizare-urticaria.

De ce oare au trecut 8—10 zile până la apariția crizei, după gastrita alimentară? Se pare că aci e vorba de o adevărată **perioadă de incubație** necesară organismului pentru sensibilizare și coloidelor să capete aptitudinea de a se precipita când vin în contact cu antigenul alimentar sensibilizat.

Cazul II. D-1 C... magistrat în etate de 42 ani, face o gripă gastro-intestinală în Februarie 1930.

A. H. C. diateză artritică, mama obeză și gutoasă, tatăl mort de diabet.

Art. patol. personale nimic important de reținut afară de frecvente afecțiuni banale ale căilor respiratorii superioare.

Se dă tratament antigripal între care niște cachete antinevragice cu chinină. Două ore după ingerarea unui asemenea cachet, pacientul face o criză de sensibilizare caracterizată prin **prurit intens generalizat**, însoțit de plăci mari **eritematoase** și de tumefierea pleoapelor superioare. Mă previne că același lucru se întâmplă din copilărie, ori de câte ori ia chinină.

Suprimându-se medicamentul, criza dispăre în 20 ore.

Nu încapă îndoială că este vorba de o idiosincrazie medicamentoasă față de chinină. Până acuma nu intra în grupa fenomenelor de sensibilizare, azi însă e **considerată ca o anafilaxie**, sensibilitatea fiindu-ne transmisă prin hereditate sau determinată de un antigen vecin chininei.

Se desensibilizează organismul prin doze minime (0.01 ctgr.) de chinină, administrate cu 1 oră înainte de luarea unui cachet de 0,50 ctgr.

Vindecarea se obține la 2 săptămâni după începutul curei de desensibilizare specifică, bolnavul putând lua chinină după nevoie.

Cu ocazia acestei idiosincrazii, atragem atenția asupra **specificității riguroase** a vaccinării antianafilactice și cum bine spune **Richard Jahiel** (*Presse Méd.* 51/930), cazurile cari reacționează bine la peptonoterapie se explică printr'o **identitate fortuită** a peptonei cu agentul vaccinant.

Se poate admite și teza contrarie, adică atunci când administrăm sistematic peptonă, am putea vătăma pacienților, prin **adăogarea în plus a unei substanțe anafilactizante**, deci susceptibilă de a augmenta floclularea coloidelor.

Ca măsură practică vom căuta pe cât posibil să găsim alimentul vaccinat, adică tocmai pe acela care determină criza anafilactică, dar care administrat în doze **infinitesimale** vindecă pe pacient în mod sigur.

Cazul III. Tot în Ianuarie 1930, mi se prezintă un curios caz de urticarie la un ofițer care face acest sindrom de sensibilizare ori de câte ori bea o cantitate mică de bere. Accidentul a apărut de 2 ani, fără să aibă nici o cauză apreciabilă și a survenit în mod brusc, după o masă camaraderească.

Nu-mi este la cunoștință dacă până în prezent s'au publicat alte cazuri de anafilaxie la bere, dar desigur că urticaria este produsă prin același procedeu de floclulație a coloidelor, determinat de pătrunderea în sânge a marilor molecule de proteine vegetale ce intră în constituția berei.

Se face **cutireacția** cu câteva picături de bere aplicate pe o sacriificațiune a antebrațului drept; 12 ore mai târziu apare pe locul scarificat un **halo eritemato-papulos** de mărimea unei piese de 2 lei și însoțit de prurit intens local.

Cuitreacția a fost negativă față de un alt alcool (vin alb) sau o proteină animală (lapte), ceea ce demonstrează specificitatea anafilaxiei la bere. Ca tratament încerc desensibilizarea specifică, recomandând pacientului ca 1 oră înainte de luarea unei cantități mai mare de bere, să ia 5 cc. din acest lichid.

Cu acest procedeu vindecarea se obține încet, progresiv și definitiv.

Și în prezent, ofițerul își permite luxul să ingereze bere în cantitatea obicinuită fără nici un inconvenient.

* * *

Din expunerea cazurilor clinice și a considerațiunilor de ordin general (clinic, patogenie și terapeutic), putem să tragem concluzia că pentru a vindeca un sensibilizat trebuie să căutăm

a modifica starea humorală cu ajutorul unei proteine apropiate. Când suntem în imposibilitate de a găsi antigenul alimentar, recurgem la metoda micilor mese totale vaccinate sau căutăm să producem o hiperleucocitoză artificială, leucocitoza părând să participe în mare măsură la constituirea humurilor organice.

Ca agent leucocitogen recurgem la injecția intramusculară de oleu cânepă (Paris Médical, No. 24/1930), cum recomandă Aug. Lumière, atunci când criza nu cedează la hiposulfid de magneziu, care se administrează intramuscular (10 cc. sol. 10—16%) sau per os în comprimate (0,50 ctgr.) 4—6 pe zi. (G. Bissel: Presse Méd. 40/930).

UROFORMINE

GORBET

COMPRIMÉS 0,50
AMPOULES 2^{cc} & 5^{cc}

**ANTISEPSIE
GÉNÉRALE**

VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...

Agent pour la Roumanie: Mr R. DUNOD
103, Strada Toamnei. — Bucarest

Institutul de Radiologie al Facultății din Cluj
Director: Profesor Dr. D. Negru.

NEOPLASM LOCALIZAT LA EXTREMITATEA SUPERIOARA A STOMACULUI

de
Dr. EMIL ST. GRAUR
Asistent.

Localizarea cancerului la nivelul părții superioare a stomacului și mai ales la marea tuberozitate gastrică, e destul de rară, iar tabloul clinic e cu totul necaracteristic.

În afară de cancerul subcardiac al stomacului, tipul anatomic descris de **Jacquier-Brêt** în teza sa, s-a mai pus în evidență de **Cain, J. H. Marchand** și **Augier**, o altă formă anume cancerul mării tuberozități gastrice.

În urma publicației acestor autori, au apărut ulterior alte cazuri asemănătoare, publicate de **Mareschal, Loupault, André Cain** și **Oury, Lăzeanu**, punându-se astfel la punct simptomatologia radiologică.

Din punct de vedere clinic, simptomele cari predomină în această localizare a cancerului, sunt următoarele: a) **Disfagia** care apare de cele mai multe ori tardiv și se instalează în mod progresiv, sau poate brusc. Durerea ce o provocă, silește pe bolnav de a se limita în alimentare. Uneori se observă regurgități sau adevărate crize de vomă; b) **Starea Generală** a bolnavului în urma inaniției, merge spre declin, observându-se o slăbire progresivă, anemie și decolorarea a tegumentelor. Alterarea atât de accentuată a stării generale, ne atrage atenția, ca să ne îndreptăm cercetările noastre înspre presupunerea unui neoplasm. Prezența sângelui în scaun întărește și mai mult această bănuială. c) **Examenul fizic** în majoritatea cazurilor, nu ne dă nici un rezultat.

Examenul radiologic rămâne singurul mijloc care să ne dea adevăratul diagnostic, condiționat numai dacă acest examen este făcut complet, căci altfel se pretează și el la greșeli de diagnostic.

După cum foarte bine insistă Lăzeanu în articolul publicat în „**Journal de Radiologie**“, anumite condițiuni se cer pentru ca să evităm, eventualele erori de diagnostic, și anume:

1) Examenul radiologic să fie condus de un clinician, care ar trebui să indice sediul probabil al leziunii, bine înțeles dacă această e posibil.

2) Examenul radiologic să fie complet; bolnavul să fie examinat atât în poziția verticală, orizontală cât mai ales în cea înclinată.

Atât Cain cât și ceilalți autorii, insistă foarte mult asupra faptului, că examinarea bolnavului numai în poziția orizontală (în afară de cea verticală), este cu totul insuficientă, de oarecă substanța opacă nu umple în întregime polul superior al stomacului. Ei recomandă examinarea bolnavului în poziția înclinată a lui Trendelenburg, când vom obține imagini atât de clare, cari contrastează foarte mult în comparație cu cele obținute în poziția verticală și orizontală.

În ce privește **aspectul radiologic**, aceasta variază de la caz după întinderea leziunii.

În general se observă că pasajul esofagian este normal, dar deseori poate exista o stază. Dacă cancerul e localizat numai la marea tuberozitate a stomacului, atunci vom observa o lacună (lipsă de umplere) neregulată și dințată care se interpune între cupola diafragmatică și substanța opacă.

Această lacună variază ca sediu și întindere, putând fi localizată numai spre dreapta sau stânga, sau să cuprindă, și partea superioară a marei și micii curburi.

Sunt cazuri descrise când această imagine lacunară, care după Cain pare a fi caracteristică cancerului marei tuberozități gastrice, a fost trecută cu vederea, de oarece examenul radiologic s'a făcut numai în poziția verticală.

Când leziunea e mult întinsă, diagnosticul se poate pune mai ușor.

Din cele descrise până aci, se vede că tabloul clinic este cu totul neclar și se pretează la greșeli de diagnostic; aceasta e datorită desvoltării cancerului sub cupola diafragmatică, făcând ca simptomele clinice să fie atât de neprecise. Examenul radiologic ne clarifică complet, dacă acest examen e executat corect.

La **Institutul de Radiologie din Cluj**, am avut ocazia ca să întâlnim un caz de neoplasm localizat la extremitatea superioară a stomacului, care se deosebește de al autorilor precitați, de oarece

în cazul nostru e vorba de un stadiu mai avansat; în afară de marea tuberozitate gastrică, cuprindea partea superioară a marei și mici curburi, confirmat de altminteri prin intervenția opera-torie. Am crezut că ar fi interesant publicarea acestui caz, al cărui tablou clinic și aspect radiologic, îl redăm pe scurt în cele ce urmează.

În ziua de 28 Aprilie a. c., se prezintă la consultațiile Institutului nostru, bolnava M. Sofia, în etate de 55 de ani, de profesiune casnică, cerând exami-narea radiologică a tubului digestiv.

În antecedentele heredo-colaterale, nu găsim nimic remarcabil. Boala ac-tuală datează cam de un an și jumătate; a început cu dureri vagi în regiunea epigastrică și cu constipație. Durerile nu erau totdeauna în legătură cu alimentația.

Începând cu luna Ianuarie 1930, bolnava simte dureri din ce în ce mai accentuate, mai ales la nivelul vârfului apendicelui xifoid. Tot în acest din urmă decurs, a început a prezenta semne de disfagie, cari s'au accentuat mai ales în ultima lună; din când în când imediat după mâncare vărsa.

N'a prezentat în tot decursul boalei, nici hematemeză și nici melenă. Starea generală în ultimul timp s'a înrăutățit foarte mult, bolnava pier-zând în decurs de trei luni zece kilograme.

Tegumentele sunt palide; sistemul musculo-adipos e redus.

Din partea plămânului, cordului, ficatului, splinei, rinichiului și sistemului nervos nu se constată nimic deosebit.

La palpate se constată o ușoară senzibilitate dureroasă în regiunea epi-gastrică, fără a se putea palpa vre-o tumoră.

Se procedează la examenul radiosopic. Se examinează bolnava în poziția verticală.

La nivelul plămânilor și cordului nu se constată din punct de vedere radiologic, nimic deosebit.

Administrându-se substanță opacă lichidă, se constată că aceasta trece ușor prin esofag, oprindu-se la partea sa inferioară; aici se observă un grad de stază nu prea accentuat, făcând ca esofagul să ne apară mai dilatat, într'un grad moderat. Porțiunea cardiacă esofagiană e strâmtată, alungită și incurbată în spre stânga, având un aspect piriform.

Stomacul se umple treptat cu substanța opacă. Bula de gaz e foarte mică, iar partea sa superioară nu vine aplicată direct pe cupola diafragmatică; la partea inferioară la nivelul orizontal format de substanța opacă, această margine e neregulată, având un aspect sdrențuit.

La partea superioară a micii curburi, imediat sub cardiacă, se observă o scobitură având o mărime cam de trei cm.; pe marea curbură a stomacului, în regiunea sa superioară și mijlocie, se observă de asemeni trei până la patru scobituri, de diferite mărimi, dând un aspect colțurat (festonat).

Calibrul stomacului la acest nivel e foarte redus, având o lățime de două degete și un aspect cilindroid.

În rest stomacul nu prezintă nimic anormal.

Peristaltismul la nivelul scobiturilor descrise de pe marea și mica curbură e dispărut; în restul stomacului există. Evacuarea se face normal

Se face o radiografie (Vezi figura alăturată).



Se examinează bolnava în poziția lui **Trendelenburg**, unde ne apare foarte clar, o imagine lacunară ce se interpune între cupola diafragmatică și substanța opacă, fiind mai ales mai accentuată mai ales la periferie. Partea superioară a stomacului ne apare mai strâmtată.

Din cele descrise mai sus, rezultă că avem deaface cu un neoplasm al stomacului, care după evoluția clinică, pare a se fi localizat mai întâi pe marea tuberozitate a stomacului, infiltrând apoi porțiunea superioară a stomacului de jur împrejur.

În examinarea făcută în poziția verticală, se observă că bula de gaz era foarte mică și neregulată înspre diafragm, iar pe de altă parte o sdrențuire la nivelul superior orizontal al substanței opace; aceasta ne-a făcut să bănuim că și polul superior al sto-

macului este prins, care bănuială s'a confirmat când am examinat bolnava în poziția înclinată a lui Trendelenburg.

În urma insistenței din partea bolnavei, de a fi operată, se internează în **Clinica chirurgicală** de sub conducerea D-lui **Prof. Jacobovici**.

Intervenția se face de către D-l **Dr. Fodor Marin**, asistent al acestei clinici, în ziua de 1 Mai a. c. Diagnosticul radiologic se confirmă întru totul; față de întinderea leziunii, neputând fi vorba de o rezecție, se închide cavitatea abdominală. După două săptămâni bolnava părăsește serviciul.

Din cele expuse până acum, drept concluzie avem de reținut că examenul radiologic trebuie făcut atât în poziția înclinată, făcând o presiune asupra fundului stomacului pentruca substanța opacă să umple partea superioară, cât și în poziția înclinată a lui Trendelenburg, atunci când avem cea mai mică bănuială că ar fi vorba de o localizare neoplazică la nivelul mare tuberozității gastrice.

L I T E R A T U R A

ASMAN: Die Klinische Rontgendiagnostik, 1928, Verlag Springer, **Cain André, I. H. Marchand et Augier:** Le cancer de la grosse tubérosité gastrique. La Presse Medicale, 4 August 1928; **Cain André et Oury:** Deux nouveaux cas du cancer de la grosse tubérosité gastrique. Arch. d. Mal. d. L'appareil Digestif Nr. 8, 1929; **Dr. Chaoul:** Stierlins Klinische Rontgendiagnostik, 1928; **Duval Roux Bécélère:** Radiologie Clinique du tube digestif, Masson, 1927; **Lazeanu:** A propos du cancer de la grosse tubérosité gastrique, Journal de Radiologie, Nr. 4, 1930; **Marshall R.:** Nouvelles observations de cancer de la Grosse tubérosité gastrique, Presse Medicale, 13 Oct. 1928; **Soupault R.:** Un cas de cancer de la grosse tubérosité, Arch. d. Mal. d. L'appareil Digestif, Nr. 3, 1930.

UN CAZ DE HIPEROSTOZA MARCATA A AMBELOR GAMBE

de

Dr. V. HERIȘAN-Ploești.

Patologia osoasă prezintă alături de afecțiunile bine definite, un număr infinit de cazuri excepționale, mai mult sau mai puțin izolate asupra cărora observațiunile clinice, examenele anatomice și încercările patogenice, își găsește vecinic un teren apt de studii.



Fig. I. — Fotografie.]

Cazul de mai jos p ar and a prezenta un interes atât din punctul de vedere clinic, c t eventual  i din interesul unei stabiliri a patogeniei, f ar  a trage vreo concluzie, îl voi cita.

Obs.:—Pacientul D. C. de 32 ani, de profesie negustor ambulant, se prezintă la consulta ie, în vederea trat rei durerilor intense pe cari le acuză în gambe. Examinat prezintă tumefac ia marcată a ambelor gambe, cari au



Fig. II. — Radiografie.

forma a unor cilindre, cu ambele extremit ti bine vizibile, conturul  i grosimea termin ndu-se în mod brusc. La palpate se percepe un strat muscular mult redus. La cea mai redusă compresiune se simte duritatea osoasă. Pacientul acuză dureri intense în gambe, mai accentuate după cel mai mic efort. Declară că dela v rsta de 16 ani a început a acuza dureri vagi, cari cu timpul au luat un caracter agravant. Tumefac ia ambelor gambe a remarcat pela v rsta de 19 ani, tumefac ia cu un caracter longitudinal  i progresiv.

Ca stare generală se prezintă bine. Somatic nu prezintă nimic anormal. Nu- i reaminte te de a fi suferit în trecut de vr'o maladie infecto-contagioasă.

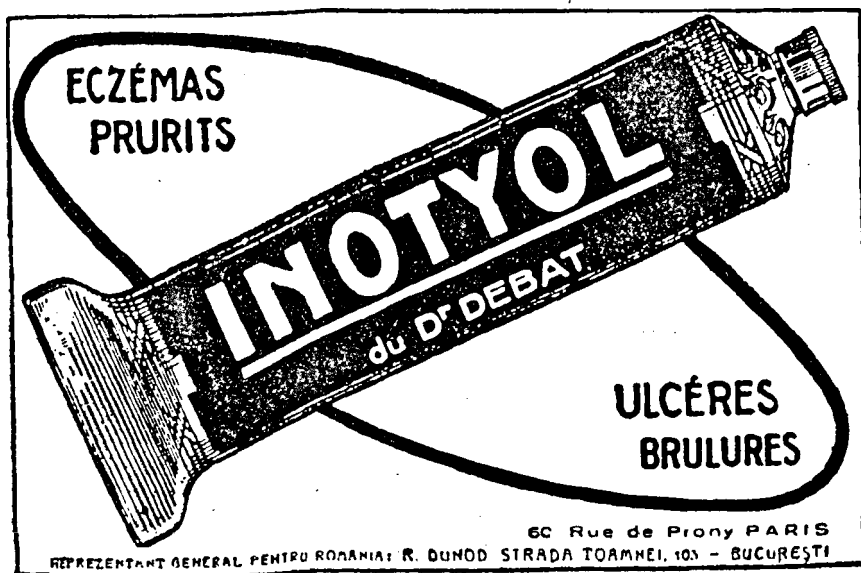
Ca ant. heredo-col: Tatăl mort pe front, mama prezintă o ușoară exoftalmie și tumefacția tiroidei, frați și surori sănătoși. Din punct de vedere subiectiv, pacientul se prezintă redus de intelect; nu a putut termina nici-o clasă primară. Vorbește târâgănat și alene. Prezintă o apatie generală.

Bordet-Wassermann negativ.

Examenul radiografic denotă prezența unui proces mare de hiperostoza, care include traectul ambelor oase al gambelor. Hiperostoza prezintă o capacitate omogenă, cu travee osoase perceptibile. Tibia prezintă vizibil pe radiografie numai ambele epifize, mult decalcificate, și câte o mică porțiune din diafiza alăturată, care se perde în mod difuz în masa de hiperostoza. Restul diafizei tibiale este imperceptibil. Peroneul se prezintă ca o bandă opacă, intensă, omogenă, cu un traect neregulat și ușor curbat.

Pornind dela ipoteza că distrofia aceasta ar putea fi în legătură cu maladia Basedov a mamei și întărit mai mult pe apatia și intelectul redus al pacientului, l-am supus la un tratament operativ poliglandular. După 3 săptămâni pacientul a remarcat o atenuare a durerilor din gambe. Apatia și obosala se mențin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Spitalul Dumitrești (jud. R-Sarat)

DOUA OBSERVAȚIUNI DE FEBRA PUERPERALA

de

Dr. V. DUMITRESCU

Obs. I. Femeia Lina Crintea, văduvă, de 28 ani, din com. Dumitrești, intră în serviciul nostru în ziua de 3 Decembrie 1928, cu următoarele fenomene:

Febră 38², plus 130, plin regulat, hemoragie uterină importantă, cefalee, amețelă, micșorarea vederii.

Bolnava a născut un copil în ziua de 5 Noembrie a. c., la început sănătos, 23 zile dela naștere a fost bine, dela această dată, lohiile s'au oprit brusc și a început a apărea în mod progresiv simptomele descrise mai sus.

Bolnava bine dezvoltată, robustă, are 2 copii sănătoși; a avut o naștere prematură și un avort în a 3-a lună. Aceste 2 din urmă fiind posibil să fie cauzate de sifilis.

Este foarte important de remarcat, în raport cu boala ei actuală, faptul că în luna Iulie a. c. adică în a III lună a sarcinei, a fost tratată tot în serviciul nostru timp de 17 zile pentru un flegmon sub-maxilar destul de serios. Imediat la intrare se indică două tratamente: unul antihemoragic prin irigațiuni calde intra-uterine de 2 ori pe zi și injecții cu hemostil; altul cu injecții de electrorgol zilnic.

După 8 zile, starea generală s'a ameliorat mult: bolnava se simțea bine și avea poftă de mâncare. E de notat că febra a persistat 38 zile între 37 și 38⁷ cu tot electrorgolul practicat zilnic; febra foarte neregulată, având remisiuni când dimineața, când seara.

În ziua de 6 Ianuarie 1929, bolnava face brusc un crisipel al feței destul de pronunțat, dar care cedează în patru zile prin comprese locale boricate și seroterapie streptococică.

Trebuie să notăm faptul că în acest timp nu am avut nici în comună, nici în spital crisipel.

La 13 Ianuarie temperatura scade definitiv și bolnava este perfect sănătoasă; copilul a murit de septicemie de 50 zile.

Care este etiologia acestei febre puerperale; pentru a o putea găsi, trebuie să stabilim un raport între afecțiunea de care a suferit bolnava în timpul gravidității sale, despre care am vorbit mai sus și febra sa puerperală. După vindecarea sa de flegmonul sub maxilar, a rămas probabil o mică infecțiune latentă, care după naștere s'a deșteptat și a provocat febra puerperală.

Dece n'am admite o streptococie latentă după cum există și alte infecțiuni latente. În favoarea acestei etiologii avem faptul important că s'a deșteptat în timpul boalei sale erisipelul feței,

care se poate considera ca o criză streptococică provocată de infecția latentă. E de notat faptul important că febra puerperală aci s'a dezvoltat după 23 zile dela naștere în opozițiune cu debutul clasic care există la câteva zile după naștere. Astfel în urma acestei observațiuni putem considera o formă de febră puerperală de natură endogenă, adică aceea care apare după deșteptarea unui focar latent de Streptococie.

Obs. II. Femeia Alexandra Gh. Strâmbei, de 30 ani, menajeră, din com. Dumitrești, intră în serviciul nostru în ziua de 17 Octombrie 1928, cu următoarele fenomene: febră 39⁰, puls 120 plin regulat, abdomenul balonat și dureros, fața congestionată, limba saburală, cefalee, amețeală și dureri vii la pulmonul drept, aceste simptome datează de 15 zile și au apărut la 7 zile dela naștere, când au încetat lochiile.

Femeia bine dezvoltată n'a avut nici un avort; are un copil de un an sănătos.

Ca tratament se face zilnic injecțiuni intravenoase cu electrargol, irigații uterine cu apă iodată și ventuze cu sânge la baza pulmonului drept; fenomenele merg descrescând și la 26 Octombrie bolnava iese complet vindecată. De remarcat faptul că fenomenele descrise s'au accentuat în mod intermitent, la 2 zile.

Un fapt foarte important este, că noul născut a făcut la câteva zile dând următoarele simptome: fața palidă ca paiul, mucoasele decolorate, naștere o oftalmie gonococică.

Care e cauza acestei febre puerperale? Aci sunt condus a stabili un raport între afecțiunea noului născut și afecțiunea mamei sale pentru a conchide că, cu multă probabilitate infecția puerperală este de natură gonococică.

Se știe că infecția puerperală de natură colibacilară, este perfect demonstrată și dacă colibacilul pătrunde peretele intestinal, în circulația generală că dacă dă o septicemie, cu atât mai ușor gonococul pătrunde în această circulație ca să dea o altă septicemie. Septicemia gonococică este perfect demonstrată.

Bazat pe aceste considerațiuni, ne putem permite, să admitem posibilitatea, în cazul de față, că infecția puerperală să fie datorită gonococului; încât și gonococul s'ar putea înscri în cadrul etiologic al febrii puerperale.

Și aci avem a face cu o infecție endogenă.

* * *

CONCLUZIUNI. Ace te două observații dovedesc precis:

1) Că febra puerperală poate să fie provocată și de o infecție endogenă, care a existat în mod latent în organism; și care s'a deșteptat după naștere.

2) Că această infecție poate să fie și de altă natură, decât cea streptococică.

RAZELE INFRA-ROȘII ÎN TERAPEUTICĂ

de

Doctorul I. V. BISTRICEANU

Utilizarea razelor infra-roșii, zise și termice sau calorice, poartă denumirea în practica medicală de *foto-termo-terapie*.

Administrarea acestora în tratamentul diferitelor boale a început în ultimii ani, mai ales în țările germane, să ia o extindere tot mai mare — iar în prezent să fie tocmai la modă și în alte părți.

Dar mai întâi să vedem sau mai bine să ne amintim ce sunt razele infra-roșii și ce proprietăți au ele ?

Un fascicol de lumină albă ce ne vine dela soare sau orice sorginte, dătător de energie luminoasă, poate fi descompus cu ajutorul unei prisme de cristal, în elementele sale componente, adică o gamă de culori, cari poartă denumirea de *spectrul solar*. Descompunerea sau descrierea lor se produce din cauza variabilității unghiului de refracție ce-l au diferitele culori la trecerea prin prismă.

Spectrul e constituit din 7 bande de culori, dispuse întotdeauna în aceeași ordine, după cum urmează: *violet, indigo, albastru, verde galben, orange și roșu*.

Trecerea dela o culoare a spectrului la alta se face prin un număr infinit de culori nuanțe, ceiace nu permite ochiului, de a putea bine distinge, unde se termină o culoare și unde începe alta.

La baza oricărui fenomen luminos subsistă vibrațiunile eterului cosmic, produse prin electronii solari sau ai corpului incandescent, cari vibrațiuni impresionează retina noastră și ne dau senzația de lumină.

Lumina se propagă deci prin vibrațiuni sau unde sferice ale eterului cosmic cu o viteză de circa 300.000 km. pe secundă.

Fiecărei culori spectrale îi corespunde o anumită lungime de undă cu care se propagă.

Unitatea de măsură a acestor lungimi de undă e angstromul, care reprezintă $1/10.000$ mm.

Culorile spectrului solar au lungimile de undă cuprinse între 4000—7000 angstromi.

Lungimile de undă cresc spre roșu (7000) și scad spre violet (4000), raportându-ne la scara spectrală a culorilor.

Toate aceste culori sunt radiațiuni luminoase *vizibile*, deci capabile, de-a impresiona retina ochiului nostru și ne interesează întru câtva și din punct de vedere medical, deoarece se utilizează uneori

(îndeosebi verdele și albastru ca sedativ, roșu ca excitant) în tratamentul diferitelor boale sub denumirea de *chromo-fototerapie*.

Există însă și alte iradiațiuni spectrale, *invizibile*, dincolo de banda violetă, cu lungimi de undă descrescânde, ce scoboară până la 1030 angstromi.

Acestea sunt iradiațiile actinice sau ultraviolete, a căror utilizare în practica medicală e astăzi bine cunoscută și poartă denumirea de *actinoterapie*.

Dincolo de banda roșie a spectrului există o altă serie de iradiații invizibile cu lungimi de undă mereu crescânde, dela 7000 angstromi în sus, putând ajunge până la 3.140.000 angstromi. Aceste iradiații sunt cunoscute sub denumirea de *raze infra-roșii, calorice sau termice*.

Orice sorginte incandescent, dătător de energie luminoasă, produce și o cantitate variabilă de raze infra-roșii.

Lămpile cu filament de tungsten dau o proporție de 98%, iradiații calorice, 6% iradiații luminoase și numai 1% iradiații actinice.

Arcul de cărbune, care utilizează incandescența aerului între 2 creioane de cărbune produc 85% raze infra-roșii, 10% raze luminoase și 5% raze ultraviolete.

Razele infra-roșii, când se lovesc în calea lor de un obstacol, o parte din ele se transformă în căldură, iar o altă parte, proporțional cu transparența obiectului în cauză, încearcă să-l traverseze.

Razele infra-roșii cu lungime mare de undă au un coeficient de penetrabilitate cu mult mai ridicat decât razele cu lungime de undă mai scurte, cum ar fi razele ultra-violete.

Razele infra-roșii emise de corpul solar traversează aproape în întregime atmosfera interplanetară și ajung în proporție de 80% până la scoarța pământului, în timp ce cele ultra-violete numai 7%.

Sticla albă de grosime potrivită e deasemeni ușor străbătută de razele cu lungime mare de undă.

Lichidele, dispuse în un strat de-o anumită grosime, absorb o oarecare proporție din iradiațiile termice. Serul sanguin și protoplasma celulară posedă aceleași proprietăți fizice.

Puterea calorică și fluxul luminos al razelor infra-roșii emise de o lampă incandescentă sunt invers proporționale cu patratul distanței.

Razele infra-roșii proiectându-se pe suprafața unui organism, o parte din ele se transformă în contact cu tegumentele, în *energie termică*, iar altă parte cu lungime de undă mai mare, pătrunde mai profund și se transformă deasemeni în energie termică, a 3-a parte mai profund, etc., așa fel că organismul adică segmentul iradiat primește eșalonat în profunziune, o egală distribuție de căldură, realizându-se cu alte cuvinte o *quasi-diatermie penetrantă*, care activează chiar asupra organelor profunde, ceea ce nu se poate obține prin simpla căldură de contact.

Acțiunea biologică a razelor infra-roșii e deci o acțiune *termică, congestivă, sedativă* și nu stimulentă chimică sau distructivă uneori ca aceea a razelor ultra-violete.

Sub acțiunea razelor infra-roșii se produce o vaso-dilatație, adică hiperemie manifestă. Vasele capilare se congestionează, numărul de globule roșii cresc concomitent cu apariția imediată a unei leucopenii de scurtă durată.

Tot sub influența razelor infra-roșii se produce o activare în secreția glandelor sudoripare, cari concură la eliminarea produselor toxice.

Băile generale de raze calorice au o veritabilă acțiune sedativă-calmantă, uneori ușor deprimantă.

Prin acțiunea prelungită a băilor generale, organismul pierde din greutate, numărul de globule roșii scade, eliminările calcice și apoase sporesc, apetitul și forțele fizice diminuează. O probă destul de eloquentă asupra necesității de-a se cunoaște bine tehnica aplicării lor.

În practica medicală întrebuițăm ca surse de raze infra-roșii, lămpile cu filament incandescent.

Se poate utiliza de ex. un radiator-reflector sau o lampă cu filament de tungsten, de 500—1000 lumini putere.

Lămpile Sollux, un puternic generator de raze infra-roșii, au găsit la noi ca și aiurea, o largă aplicare în practica fiziо-terapeutică.

Razele infra-roșii prezintă un mare și îndoit interes din punct de vedere al indicațiilor lor terapeutice.

În primul rând ele pot servi în oarecare măsuri ca un corectiv de atenuare a acțiunii — uneori prea violente — a razelor ultraviolete.

Diferiți autori în dorința de-a obține o lumină de-o compoziție cât mai apropiată de aceea a razelor solare, au adăugat la stativul lămpilor de cuarț cu vapori de mercur și o lampă incandescentă generatoare de raze infra-roșii.

În al doilea rând aceste raze, cu lungimea mare de undă, pot fi utilizate cu deosebit succes, grație efectelor lor termice, în tratamentul unui important număr de boale.

Aplicațiunile de raze infra-roșii acționează favorabil în combaterea diferitelor manifestări dureroase și servesc ca un excelent agent terapeutic în tratamentul multor *nevralgii* (reumatice ori a frigore), *lumbago*, *sciatica*, *algii intercostale*, *artrite*, etc.

Hidartrozele articulare și chiar *epanchamentele pleuro-peritoneale* beneficiază în largă măsură de iradiațiile termice sau infra-roșii.

Băile generale de raze infra-roșii exercită o notabilă acțiune sedativă asupra sistemului nervos, ceea ce a determinat numeroși autori, să recurgă la administrarea lor cu folos în tratamentul stărilor de nervosism și anxietate.

În tratamentul *reumatismului cronic* cu localizări multiple, aplicațiunile de raze infra-roșii se practică cu un deosebit succes.

Acțiunea sudoripară a razelor calorice justifică utilizarea lor în tratamentul *obesității*.

Dar cine n'a auzit sau cetit de efectele adeseori incomparabile ale băilor de lumină caldă în tratamentul diferitelor *turburări circulatorii periferice*, în *acro-asfixia* și *hipotermia* extremităților la pătrâni în arteritele obliterante ale membrelor, *sinuzitele fronto-maxilare* ori *etmoidale* și altele.

Literatura medicală streină abundă în numeroase publicațiuni asupra eficacității razelor infra-roșii și în tratamentul altor afecțiuni, dar acestea trebuie încă să aștepte confirmarea timpului și avizul favorabil al mai multor practicieni din diferite țări.

SIROPUL NEUROTONIC

BCU Cluj / **GHEORGHIU** Cluj

TONICUL NERVILOR ȘI AL MUȘCHILOR

APROBAT DE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

cu No. 16.091 1929 conform Jurnalului Consiliului Sanitar Superior
din 23 Martie 1929

INDICAȚIUNI TERAPEUTICE:

Surmenaj intelectual, fizic și moral, Anemie, Melancolie, Timiditate, Neurastenii, Impotență, etc.

TONIC și APERITIV

CONȚINUTUL 200 C. M. C.

DEPOZIT

FARMACIA ȘTEFAN GHEORGHIU

CRAIOVA — JUSTIȚIEI, 32 **TELEFON 814**

FORMULAR DE TERAPEUTICĂ GYNECOLOGICĂ

de

Dr. AL. CRAINICEANU

Şef de lucrări la Clinica Gynecologică a Fac. de medicină din Bucureşti

DEVIATIUNILE UTERINE.

Congenital cea ce e mai rar, dar mai ales sarcina și subinvoluția uterului, infecțiunile, distrophiile, pot face ca poziția uterului să se schimbe, producând o serie de turburări. De fapt uterul poate lua tot felul de pozițiuni. În mod teoretic acestea se împart în:

Anteversiune. — Organul în întregime e căzut înainte, așezat înapoia pubelui. Colul privește sacrul, în fundul de sac posterior. Dificultatea de scurgere a secrețiunilor normale produce aproape de regulă o metrită. Versiunea poate fi reductibilă sau ireductibilă, după cum palpeul bimanual poate redresa situația acestui organ. Turburările vesicale, micțiunile frecvente, senzațiunea de greutate în pelvis, tenesmele, durerile, turburările nervoase, digestive (pe cale reflexă) constituiesc simptomele.

Tratament. — Injecțiunile vaginale calde, băi de șezut. Tamponae sau ovule cu thygenol, ichtiol. Masaj. Dacă pozițiunea e reductibilă sau ireductibilă portul unui inel (Dumontpallier, Hodge) e indicat. Portul acestuia comportă îngrijiri atente, igienice, din partea bolnavei. În orice caz, pesarul trebuie păstrat luni de zile, iar bolnava revăzută de medic. A prescrie preparațiunii cu arsenic, quinquina, strychnină. Insuccesul acestui tratament pune în discuțiune fixarea operatorie — de care vorbim mai departe.

ANTEFLEXIUNE.

Se caracterizează prin exagerarea anteflexiunii normale. E des combinată cu o stenoză a colului, cea ce complică tabloul clinic. Amenoreea, dysmenoreea, turburările vesicale și rectale sunt accentuate. Durerile, sterilitatea, avortul sunt consecințele comune ale leziunii.

Tratament. — 1) Curetajul uterului e indicat de unii autori.

Dilatarea se poate obține și prin Hégăruri. La 3—4 zile se introduce 3—4 numere consecutive, cari merg crescând. După câteva luni de tratament se obține o redresare a uterului și o ameliorare, dacă nu o vindecare a bolnavei. Obişnuim a începe tratamentul cu laminarii și a-l termina prin Hégăruri. La acest tratament principal se poate adăoga: Injecțiuni calde antiseptice, lavmente și supozitorii calmante, masaj uterin.

RETROVERSIUNEA SI RETREFLEXIUNEA.

Recunosc aceleaș cauze. Ca symptome: tenesme vesicale și rectale, constipație, dureri, sterilitate, fenomene digestive și nervoase foarte accentuate (mai ales în retroflexiune). Palpeul bimanual permite ușor a face diagnosticul și a vindeca dacă situațiunea este reductibilă sau aderentă.

Tratament. — A) A trată întâiu metrîta prin mijloacele obișnuite (Pozzi) Masajul e indicat chiar în retropozițiunile aderente unde adesea ori combinat cu tratamentul rezolutiv al metrîtei poate modifica aceste aderențe și ale desface. Odată metrîta ameliorată sau și uterul mobilizat trebuie fixat în bună pozițiune. Aceasta se poate obține prin:

a) Pesaruri (Dumontpallier sau Hodge). Metoda pesarurilor nu poate fi aplicată decât la persoane cari se pot îngriji cu atențiune. Astfel în fiecare zi dimineața și seara a lua o injecțiune vaginală cu.

Licnare Labarracque 500 gr.

2 linguri la un litru.

Bolnava va purta pesarul câteva luni, fiind revăzută de medic. I se va recomnadă o centură abdominală.

b) Prin tratament chirurgical de care vorbim mai departe.

Tratamentul chirurgical al deviațiunilor uterine.

A) Operațiuni pe ligamentele rotunde:

1) Operațiunea Alquié-Alexander-Adam. Metoda de scurtare extra-peritoneală nu e de utilizat decât în Germania din cauza simplităței. e mai puțin utilizată în țările latine, fiind acuzată de frecvente recidive.

2) Scurtarea intra-peritoneală a lig. rotunde (metodă de elecțiune). Procedeuł Doleris-Richelot cu incluzia parietală a lig. rotunde este procedeuł cel mai recomandabil.

După laparatomie se face o ansă a lig. rotunde, care este atrasă printr'o butonieră făcută în peretele abdominal. Aceste două anse ligamentare sunt suturate pe fața anterioară a liniei mediane.

Prin procedeuł Dartigues-Baldy se face scurtarea printr'o ansă retro-uterină. E mai puțin utilizat.

B) Histeropexiile abdominale (fixarea corpului sau a colului (Deibet) sunt mai puțin recomandabile, din cauza complicațiunilor în gestațiune.

PROLAPS GENITAL.

Prolapsul uterin este precedat de prolapsul peretului anterior (colpocel anterior și cystocel) și de al peretului posterior (colpocel posterior și rectocel). Inainte chiar de scoborîrea acestor pereți, femeile resimt o senzațiune de greutate în regiunea perieaeală, nevoi frecvente de a urină, micțiuni involuntare. Mai târziu se observă descinderea organului între coapse. Colul și pereții vaginali prezintă leziuni datorite fiecărei de coapse și infecțiunilor adăugate.

Tratament medical. — Multe prolapsuri ar fi de evitat dacă femeile ar rămâne culcate mai multă vreme după naștere. (Faure-Siredey). Prolapsul la început și mai ales care urmează scurtă vreme dupe naștera e pasibil de un tratament medical cu rezultate bune uneori. Astfel: Masajii locale, pesare sunt de utilizat cu condițiunea unei bune îngrijiri și posibilitatea ca pesarul să găsească încă un sprijin suficient în perineu și în pereții vaginali. Fără acest

sprijin necesar, pesarele fac mai mult rău decât bine. Ele destind mai mult țesuturile făcând compresiuni pe vezică, uretre, rect.

Tratament chirurgical. — Este de elecțiune. Procedul de utilizat este în raport cu gradul prolapsului. Dacă colul este ipertrofiat și alungit, amputațiunea lui cât mai sus e indicată. În principiu intervențiunea următoare corespunde nevoilor de restaurare anatomică.

a) Colporafia anterioară. Din peretele vaginal se face exereza unui lambou ovalar sau dreptunghiular. Vesica este împinsă înainte iar marginile secțiunii sunt reunite prin fire separate.

b) Calpo-perineorafie posterioară cu miorafie ridicătorilor ânali, reprezintă desigur timpul cel mai important al operațiunii, restabilind mijlocul cel mai important de susținere al uterului: perineul.

c) Redresarea uterului și restabilirea direcțiunii primitive se obține prin o ligamentopexie sau hysteropexie. Acest timp considerat de unii ca accesoriu e mult uzitat în Germania. În cazul femeilor bătrâne procedul Le Fort (cloazonarea vaginului) dă bune rezultate.

INVERSIUNEA UTERINĂ.

Se distinge inversiunea simplă când uterul întors asupra lui însăși (ca un deget de mână) își conservă situația vaginală și inversiunea cu prolaps când vaginul apare la vulvă. Cauza puerperală e cea mai frecventă (cordon scurt, inerție uterină, placenta aderentă). Corpii fibroși uterini, cari tind să se enucleeze pot deasemeni produce o inversiune.

Stenoza colului e congenitală sau câștigată (nașteri, cicatrice, cauterizări). Dysmenoreea sterilitatea, turburări vesicale, rectale, digestive pe cale reflexă constituiesc simptomele.

Tratament medical: Dilatațiuni cu laminarii în zilele ce preced menstruația. (Sau dilatațiuni mai puțin preferabile cu Hégaruri).

Tratament chirurgical: Stomatoplastie cu evidarea comisurală a colului (Pozzi).

METRITE.

Symptome funcționale: a) durerea; b) leucoreea (constituie fenomenul cel mai constant); c) turburări menstruale. Febra e variabilă; de obicei metritele cronice evoluiază apiretic. Cernice fizice: corpul uterin uneori mărit, dureros, iar colul prezintă leziuni, pseudo-eroziuni, ulcerăriuni, etc. (A face examenul secrețiunii).

METRITE ACUTE.

- 1) Repaus în pat.
- 2) Punga cu gheață pe abdomen.
- 3) În caz de dureri acute supozitorii cu:

Extract Thebaic	0,03 etg.
„ belladonă	0,01 etg.
Unt de cacao	Q. S. pentru un supozitor,
- 4) Băi de șezut calde 30—40° emoliente sau ușor antiseptice. În caz că

secrețiunile sunt fetide, (metrite puerperale, etc.) injecțiunile vor fi antiseptice cu apă oxigenată (12 vol. 200 gr. la litru).

6) A introduce, dacă bolnava tolerează, tampoane cu glicerină sau ovule glicerinate simple.

7) Injecțiuni hypodermice sau intra-musculare cu collargol, electrargol.

3) Vaccinoterapie (vezi cap. salpingo-ovaritelor).

Deci, în perioada acută a malădiei e preferabil a abține la un tratament activ asupra organului.

METRITILE CRONICE.

Metrita catarală este caracterizată prin ipersecrețiune care poate fi: seroasă, muco-purulentă, purulentă.

In catarul seros:

Injecțiuni vaginale alcaline sau ușor astrigente, căldute:

Tanin în pulbere 150 gr.

O lingură supă la 2 litri apă.

sau

Alun pulverizat 100 pr.

O lingură la 2 litri apă.

Tratament local: rari atingeri ale mucoasei uterine cu T-ra Iodi. **Tratamentul general** este important: A prescrie tonice, oleum jecoris, glicerofosfati, arsenic, etc.

In catarul muco-purulent:

a) Injecțiuni calde, vaginale, ușor antiseptice sau alcaline (Bicarbonat de sodiu, Licuare Labarracque).

b) Tampoane vaginale cu glicerynă și ichtiol 19% sau protargol 4%.

E mai practic a utiliza ovule glicerinate cu aceste substanțe. A aplica în fiecare seară unul, dupe injecțiunea vaginală.

Față de insuficiența acestor metode se va utiliza tratamentul local.

c) Dilatațiuni prudente cu laminarii subțiri. A face atingeri ale mucoasei uterine cu ajutorul unui „porte-tampon“ (o tije de metal terminată în formă de șurub unde se înfășură puțină) cu diverse topice ca:

Acid lactic 10%.

sau

Protargol 5%

sau

Creozot 4 gr.

sau

Nitrat de argint 1/30.

d) Sau a introduce în cavitatea uterină o meșă iodoformată, care se va ține 24 ore, refăcându-se la 2—3 zile. Meșa se poate îmbibă cu alte substanțe, de pildă:

Creozot 1 gr.

Glicerină 30 gr.

e) Metoda creioanelor antiseptice e recomandată de unii autori. Astfel:

Iodoform 20 gr.
 Gumă arabică
 Glicerină pură
 Amidon

} în 2 gr.

A amesteca și diviză în 10 creioane. Se va aplica 2 pe săptămână.

În comerț există creioanele „Chaumel“ la cari sunt încorporate substanțe antiseptice, caustice, emostatice, etc. Astfel sunt creioane cu Protargol, Colargol, Iodur de sodiu, ergotina etc., dintre cari medicul își va alege.

f) Metoda instilațiilor intra-uterine cu seringă Braun este apreciată de mulți gynecologi și a fost recomandată mai ales de Pozzi. A injecta cel mult 2 cmc. în mod lent, retrăgând din când în când siringa. Se obținune bune rezultate cu:

Creozot pur
 Glicerină
 Alcool

} în 15 gr.

sau T-ra Iodi. Aceasta în metrita puerperală dă excelente rezultate (C. Daniel).

Vaccinoterapie: vezi capitolul salpingo-ovaritelor.

Catarul purulent. — Recunoaște în marea majoritate a cazurilor ca origine, infecțiunea gonococică. Este rebelă la tratament. A prescrie:

- a) Injecțiuni vaginale cu Hypermanganat de Potasiu $1/4000$.
- b) Injecțiuni intra-uterine cu Hypermanganat de Potasiu cu sonda cu dublu curent.
- c) Instalațiuni nitra-uterine cu soluțiuni diverse de săruri de argint ca: protargol 50/0, nitrat de argint $1/50$, colargol $1/10$, acid picric 10/0, glicerină creozotată $1/20$, Formol $1/20$ (Faure-Siredey).
- d) Meșe intra-uterine cu substanțele de mai sus.
- e) Curetajul uterin trebuie aplicat cu prudență și când e aplicat trebuie urmat de pansamente intra-uterine.
- f) Vaccin antigonococic.

METRITA COLULUI.

De cele mai multe ori metrita colului este asociată cu metrita corpului — așa încât suntem obligați a trata întreaga mucoasă uterină după metoda de mai sus. Infecțiunea gonococică se localizează la col producând leziuni ipertrofice, deformațiuni, pseudo-erosiuni, erosiuni, ulcerăriuni. E o cauză de sterilitate.

Tratament. — a) Injecțiuni vaginale calde cu Hypermanganat de K $1/4000$.

b) Ovule cu protargol 40/0 de aplicat seara.

c) Cauterizării intra-cervicale. Acestea trebuiesc făcute dupe expresiunea colului, prin care căutăm a goli cavitătea cervicală de secrețiunile aderente de col. Cu ajutorul unei pense prevăzută cu un tampon de vată vom presa colul dinapoi înainte, pe fața posterioară așa încât repetând această manevră de mai multe ori, obținem evacuarea secrețiunii. Cauterizările pot fi făcute cu: glicerină creozotată $1/10$, nitrat de argint $1/20$, T-ra Iodii, clorur de zinc $1/20$. Acestea vor fi făcute de 3 ori pe săptămână.

Erosiunile vor fi atinse cu T-ra Iodi, clorur de zinc $1/10$ sau cu causticul Neofilhos, cu care mai ales se obțin excelente rezultate (Richelot).

Atunci când leziunile sunt înaintate, colul fiind foarte mărit, deformat, etc., tratamentul medical constă în cauterizațiuni profunde cu Thermo-cauterul (utilizând un specul special de lemn), făcându-se 5-6 cauterizări de 1 cm. profunziune în jurul cavității cervicale. Causticul Néofilhos e deasemeni de recomandat, trebuind să fie aplicat pe leziuni, până se produce o escară neagră (3—5 minute de aplicațiune).

Tratamentul chirurgical e indicat în leziunile ireparabile ale colului. Există un mare număr de procedee, dintre cari cele mai recomandabile sunt: Procedul Schröder, Simon Marekwald, Bouilly, Pouey-Forgue.

TRATAMENTUL HIDROMINERAL AL METRITELOR.

Ape cloruro-sodice. Stațiuni în **România:** Ocenele Mari, Slănic-Prahova, Oglinzi, Ocna Sibiului, Băile Turda. În **Franța:** Biàritz, Briscous, Salies de Béarn. **Austria:** Ischl, Hall, Gmunden. **Germania:** Reichenhall. **Italia:** Salso-Maggiore, Acqui.

Ape alcaline. Stațiuni. **România:** Boboc. **Franța:** Vichy. **Germania:** Fachingen, Apolinaras. **Ceho-Slovia:** Bilni, Ceho-Slovia.

Alcaline Sărate: Stațiuni, **România:** Borca, Covasna, Cozia, Stoiceni. **Franța:** Châtel-Guyon, St. Nectarie, La Royat, Bourboule. **Germania:** Elster, **Ungaria:** Füred.

Băi de nomol. **România:** Techir-ghiol, Lacul Sărăt, Amara, Budacki, Bucaz. **Franța:** Dax, Aix, les Bains. **Ceho-Slovia:** Franzesbad, Marienbad. **Italia:** Acqui.

(Va urma).

II.

MIȘCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

Actualități medicale

Fizio - Patologie.

CIRCULAȚIE. — 1. — Fiziologia și patologia tensiunii.

H. E. HERING: „Die Karotissinusreflexe auf Herz und Gefäße von normal physiologischen, pathologisch-physiologischen und Klinischen Standpunkt". (Reflexul sinusului carotidian asupra inimii și a vaselor din punct de vedere fiziologic, fizio-patologic și clinic). 1927, Steinkopf, Dresden și Leipzig.

Hering a descoperit faptul, că până în prezent reflexul din regiunea sinusului carotidian care era considerat ca urmare a apăsării vagului, vine din lărgirea rădăcinei carotidei interne.

Apăsarea sau numai atingerea sinusului carotidian, are o acțiune cronotropă negativă asupra inimii și în al doilea rând are o acțiune depresorie asupra vaselor. Căile reflexe merg dela o ramură nervoasă din sinusul carotidian la nervul glossofaringian, pe care Hering îl numește sinusul nervilor (Sinus nerven). Funcțiunea lui este analoagă cu a nervului depresor, dând un reflex de apărare pentru tensiunea arterială din creier. Cele două perechi de nervi aortici și sinusali, acționează nu numai ca depresor asupra tensiunii ridicate, ci ei regulează tensiunea și oprește o scoborâre prea mare (Blutdruckzügler).

Acest fel de regulare al tensiunii este de mare importanță în insuficiența inimii. Chiar la schimbări pasive ale poziției corpului, ei regulează tensiunea.

Cercetări recente făcute de elevii lui Hering pe animale, arată că dacă se întrerupe acțiunea celor patru nervi cari înfrânează ridicarea tensiunii, se instalează o tensiune ridicată de durată. Cu aceste experiențe s'a obținut rezultatul că *putem produce o tensiune ridicată de durată, fără vre-o leziune. Și în urmă această tensiune ridicată duce la o dilatație și hipertrofie a inimii, chiar fără o acțiune de muncă a animalului.*

În această stare există o predispoziție la scoborârea tensiunii, *căci ca o reacție paradoxală, la mișcări și la excitațiuni ale pielei, tensiunea scade (Koch, Mies, Nordmann).*

Prin eteroscleroza regiunii sinusului carotidian, reflexul devine mult mărit. Digitala, dispneea și insuficiența cardiacă, dau și ele tendința la un reflex mărit. La tensiune mare, acțiunea reflexă cores-

punde înălțimii tensiunii. Excitațiunii prea mari a sinusului carotidian duc la o pierdere a cunoștiinței prin scăderea prea mare de tensiune.

Importanța reflexului sinusului carotidian a fost confirmată prin controlări clinice (Schroeder, Holtmeier).

FAHRENKAMP: „*Die psycho-physischen Wechselwirkungen bei den Hypertonie-Erkrankungen*”. (Acțiunea schimbărilor psiho-fizice asupra bolnavilor hipertonicici). 1927, Verlag I. Springer, Berlin.

Fahrenkamp măsoară de trei ori pe zi tensiunea la hipertonicici și formează astfel curba de tensiune. În nefroscleroză se observă o tensiune foarte mare continuă, care în curbă de tensiune arată foarte mici scăderi. Odihna, dieta și medicamentele nu influențează cu nimic tensiunea ridicată. Acele cazuri însă de nefroscleroză cari după odihnă spirituală și corporală, sau după o cură cu Diuretină (Calcium-Diuretin 3—5 gr. pe zi), manifestă remisuni (dela 240 la 180 mm. Hg.), au o prognosă bună și un mers relativ bun. Altfel de tablou prezintă „hipertonia” în arterioscleroză. Curba tensiunii arteriale ne arată cifre mari până la 300 mm. Hg., cu remisuni foarte mici. Sub influența tratamentului se observă scăderi, intermisuni ale tensiunii și uneori poate ajunge chiar până la normal. Prin aceste curbe se poate delimita hipertonia esențială sau genuivă, la cari remisuniile fie ele chiar mici, sunt rare. Cifrele normale din timpul zilei sunt schimbate cu altele ridicate cari denotă o tensiune mărită, și cu altele cari arată oscilațiuni diferite chiar în cursul unei zile. Prin supărări, enervări, excitații se pot obține cifre maxime, iar după odihnă și liniște observăm efecte contrarii. Tensiunea scade până la normal. Urcări și scoborări de tensiune apar brusc fără nici o influență terapeutică. Caracteristic este deci lăbilitatea. Mai departe Fahrenkamp desvoltă influența acțiunii psihice asupra tensiunii, care la hipertonicici este mai mare și mai puternică ca la cei sănătoși. La hipertonicici o mărire a excitației grăbește o nouă mărire a tensiunii.

Fahrenkamp recomandă împreună cu alți autori, tratamentul psihic. Pe când Goldscheider, Roemheld și alții, se feresc din această cauză a lua tensiunea prea frecvent. Fahrenkamp din contră vede în curba oscilației tensiunii, un ajutor important în diagnosticul diferențial și un control asupra acțiunii diferitelor mijloace terapeutice.

G. RICKER: *Sklerose und hypertonie der innervierten Arterien*. (Sclerosă și hipertonia arterelor inervate). 1927, Verlag I. Springer, Berlin.

Ricker își conduce atenția pentru explicarea sclerosei și hipertoniiei în două direcțiuni cari influențează pereții vaselor și anume: în primul rând nervii arterelor și apoi asupra curentului sângelui în pereții vaselor. Ultimul are două căi, odată circulă lichidul din capilarele adventiției în peretele vasului și al doilea străbate lichid prin endoteliul intimei din peretele plasmiei, al sângelui ce circulă în lumenul vasului. Țesătura arterelor este influențată după Ricker de relațiunile dintre nervii vaselor și lichidul care circulă prin pereții

vaselor. *Arterele trebuiesc considerate ca organe neuro-musculare* a căror excitare atinge în primul rând sistemul nervos. Urmările acestor excitări sunt la început numai de natură funcțională, excitația de constricție a mediei aducând o stasă în drumul curentului adventiției și circulația paralizată a curentului țesăturilor aduce condițiile necesare pentru schimbarea structurii pereților vaselor.

După Ricker se bazează arterio-hypertonia, pe o schimbare de funcțiune a inervării vaselor terminale (arteriale și capilare), a cărei acțiune primară se petrece în nervi și urmarea în musculatura vaselor.

Vasele sclerosate cari nu mai sunt complet excitate din punct de vedere al constricției, uneori sunt părtașe la actul complicat al excitației prin sistemul nervos. Așa dar când avem împreună sclerosă și hipertonie, nu însemnează că ele sunt identice, căci fiecare în parte prezintă o stare ireparabilă cu urmări caracteristice, hipertonia este însă datorită unei excitațiuni funcționale a vaselor mici în anumite regiuni.

Reacțiunea acestor arteriole sunt la fel cu acelea ale capilarelor. Ricker nu se sprijină deci pe o fiziologie și patologie a capilarelor.

II.— Turburări în ritmul cardiac.

WENCKEBACH und WINTENBERG: „*Unregelmässigen Herzstätigkeit*”. (*Acțiunile neregulate ale inimii*). 1927, Verlag Engelmann, Leipzig.

Această carte constituie un tablou complet în cece privește rezultatele experimentale și clinice obținute în electrocardiografie.

Dela început autorii remarcă foarte clar, că formele grele de boli de inimă cari duc sigur la un sfârșit mortal, pot arăta un examen electrocardiografic normal. Cu toate acestea, din fiecare capitol al cărții, reese importanța electrocardiografiei pentru diagnosticul clinic. Cele trei părți importante ale cărții sunt: 1) *excitațiunile heterotope*; 2) *turburările în conducerea excitației*; și 3) *fibrilațiunile și flatern ale inimii*. (Flimmern und Flattern).

Din heterotopiile active, din extrasistole și tachicardia paroxistică, se despart heterotopiile pasive, pe cari *Lewis* le denuște *escaped beats*, adică sistole de compensație (Ersatzsystolen). Când se întâmplă ca excitația sinusală să rămână multă vreme neactivă, atunci apar ele, ca impulse ektope de primă valoare, apar de obicei în ganglionii atrio-ventriculari și se recunosc în prescurtarea intervalului A—V și în prescurtarea perioadelor camerilor. În capitolul „Extrasystole” pe lângă enunțarea diferitelor forme de aparițiune și a dezvoltării fiecărei teorii în parte, se mai dezvoltă progresele făcute de școala vieneză la acest capitol, căpătând un loc apreciabil „*blocarea de apărare*” (Schutzblockierung) după *Kaufmann* și *Rothberger*, *pararitmusul* de *Rothberger* și *Winterberg*, etc., etc.

Cliniceii extrasistolelor i s'a rezervat un capitol special. Intreg capitolul se încheie cu o expunere magistrală a tachicardiei paroxistice cuprinzând tabloul clinic, patogenesa și tratamentul. Turburările în conducerea excitației sunt pe larg discutate, cu toate diferențierile cari există. Teoriile „tărăgănirii conducerii” (Seitungsver-

zögerung) a lui *Wenckebach*, teoria *latentiei* a lui *H. Straub*, *Mobitz*, teoria membranoasă cu toate controversele sunt pe larg discutate. Marele capitol al fibrilațiunilor și flatern conține pe lângă tablouri clinice și terapie, pagini multe despre părerile cari iau emis relativ la aceste fibrilațiuni, *teoria mișcării circulatorii (Mines)* și teoria etapelor a lui *Boer*. Apoi se revine asupra părerilor lui *Wenckebach* asupra pulsului alternant și capitolul terminal se tratează pulsul paradox. Ca terapie în acțiunea neregulată a inimii se dă chinidina, cu rezultate satisfăcătoare. Cartea constituie o perfectă punere la punct pentru cunoscători și conține o bibliografie de 1084 numere. Pentru începători, cartea nu este recomandabilă.

III. — Metodă clinică.

S. BONDI: O monografie despre „*Herzhinterwand und öso-phageale Auskultation*”. (*Ascultația esofagială și peretele posterior al inimii*). 1927, Verlag Springer, Berlin.

Bondi descrie pe larg rezultatele acestei metode. În insuficiența mitrală, se naște în timpul sistolei camerei, un sgomot tare și aspru un suflu ușor sau nu putem percepe nici un suflu. Acest sgomot în peretele posterior al auriculului stâng, chiar când la vârf se aude nu este datorit sgomotului produs de circulația sângelui prin ostii îngustate, ci el ia naștere din cauza isbirii a cantității de sânge în peretele auricular, care prin curentul circulatoriu invers e pus în stare de vibrație (*Wandanprallgeräusch*).

EPPINGER, KISCH und SCHWARZ: O monografie despre „*Versagen des Kreislaufes*”. 1927, I. Springer, Berlin.

Care cuprinde toate studiile și observațiile făcute de autori în ultimii ani. Pentru lămurirea chestiunii cari factori sunt importanți și i-au parte la apariția insuficienței circulatorii, autorii de mai sus cred că învățătura mecanică a nefuncționării bine a forței vis-à-tergo nu mai este singura mulțumitoare. Multe ne învață să căutăm *cauza acestor turburări primare în periferie*.

Eppinger și colaboratorii săi înțeleg prin circulația periferică, metabolismul periferic (dinamica protoplasmatică) care este în strânsă legătură cu cauzele hemodinamice a turburărilor circulatorii.

Ca criteriu important pentru aprecierea puterii de funcțiune servește influența acțiunii muncii (*Arbeitsleistung*) asupra aparatului circulator. Autorii au putut arăta că la bolnavii de inimă, întrebuințarea de oxigen este mărită nu numai în timpul săvârșirii lucrului, ci chiar multă vreme după încetarea lucrului, deci în general foarte mult mărite față de cei sănătoși. Asemenea metabolismul bazal este la cardiaci mult mărit. Acestea se datorește unei greșeli în economia schimburilor nutritive cari se petrec în mușchi.

În realitate la cardiaci resinteza acidului lactic — care se formează în timpul activității — în glicogen este mult paralizată și puterea de tamponare micșorată. Din această cauză organismul e în pericol de a deveni mai mult acid și poate din această cauză apare dispnea.

Această situație greșită a mersului nutritiv în mușchiulatura

periferică este însoțită de turburări circulatorii cari pentru inimă constituiesc o mare împovărare. Această activitate de lucru (Arbeitsleistung) la cardiaci pot să aducă uneori o mărire a volumului pe minut (Herzminutenvolumens), alții o mărire a curentului circulatoriu al sângelui.

Circulația mărită la înapoierea sângelui către inimă, cum o arată autorii, este o cauză importantă în apariția astmului cardiac.

Turburările cari se petrec în circulația periferică, aduc mai târziu la încetinire a circulației, la o mărire a tensiunii în regiunea capilară și în sfârșit la formarea edemului. Cu aceste date importante în patogenesă, insuficiența cardiacă intră în rândul patologiei nutriției.

Sistemul cardio-vascular este subordonat în organismul întreg schimburilor chimico-fizicale.

Doctor I. Rosman.

Craiova

GUY LAROCHE et J. SERANE: Les néphrites chroniques urémigènes sans hypertension artérielle. — (Nefrite cronice uremigenice fără hipertensiune arterială). — Presse méd. No. 25, p. 419, 1930.

Au observat în ultimii ani 160 cazuri de nefrite cronice uremigenice fără hipertensiune arterială. La toți bolnavii au controlat starea funcțională a rinichiului prin proba de eliminare a phenolsulfonftaleinei sau a căutării coeficientului Ambard, și au găsit la o parte din bolnavi o azotemie inferioară la 0,45 uree dar o micșurare a eliminării phenolsulfonftaleinei; în această fază a nefritei uremigenice, rezultatele terapeutice sunt foarte bune. La un alt grup de bolnavi cu azotemie între 0,45—1 gr. uree, a obținut cu ajutorul tratamentului o micșurare a ureei, dar constanta lui Ambard și eliminarea fenolsulfonftaleinei, nu a fost mult influențată. Cu semne urinare, acești azotemici hipotensivi aveau albuminurii, uneori se găseau numai urme de albumină și rare hematii. Semnele cardio-vasculare erau absente; în majoritatea cazurilor presiunea era inferioară celei normale, hipotensiunea privea maxima. Ca simptome generale la acești bolnavi s'au găsit turburări digestive, semne de insuficiență hepatică (ficat mare, stare cholemică, urobilinurie) și fenomene nervoase: astenie și oboseală, nevralgii, myalgii, cefalee și dispnee de efort, datorite probabil sensibilității sistemului nervos, toxinelor uremice, dat fiind intensitatea reacțiilor nervoase în crizele uremiei.

Autorii au observat o ameliorare a asteniei în nefritele azotemice fără hipertensiune în urma curei hidrominerale dela Saint-Nectar. Cred că infecțiile sau intoxicațiile cele mai diferite, gripa, infecțiile rino-faringiene, sunt la origina acestor nefrite hipotensive azotemice. Probabil se adaugă la leziunile de nefrită incipientă parcelară și leziuni ale supra renalelor și ale ovarelor și tiroidei care contribuie la producerea hipotensiunii.

Grație tratamentului simptomatic și patogenic, nefritele hipotensive se pot ameliora și chiar vindeca.

Există diferite grade de azotemii, unele mari și progresive, altele incipiente curabile.

R. H.

CHARLES RICHEL (fils): L'Asthme anaphylactique. — (Astmul anafilactic). — Ann. de méd. No 5, 1930.

Autorul insistă asupra frecvenței astmului anafilactic. Pentru moment avem: *astmul anafilactic*, în care agentul toxic este totul, *astmul constituțional* sau esențial în care terenul e totul iar agenții fizici, chimici nu sunt specifici în izbucnirea crizei, și *astmul reflex* punctul de plecare este o spină iritativă nazală, bronhică sau pulmonară.

Din punct de vedere clinic avem 3 feluri de astm anafilactic. 1) Alimentar, ce e foarte rar. 2) Astm bacterian în care găsim o hipersensibilitate la proteinele bacteriene, și 3) Astmul inhalator, cel mai frequent, în care antigenul pătrunde prin căile respiratorii.

Această etiologie precizată prin clinică este dese-ori confirmată prin cuti sau intra-dermoreacția, dar cel mai puternic argument al etiologiei anafilactice a astmului este desensibilizarea specifică. Suprimând cauza se suprime criza de astm.

R. H.

B. LE BOURDELLES et R. LIEGEOIS: La sero-floculation du paludisme (réaction de Henry); son intérêt clinique. — (Sero-flocularea în paludism, interesul său clinic). — Soc. méd. des Hopit. de Paris, No. 27, 1929, p. 1199.

Autorii comunică rezultatele clinice generale privitoare la 400 seruri la cari au făcut sero-reacția paludismului a lui Henry. Această reacție ar fi specifică a infecției palustre și e bazată că afară de antigenul venit din afară există antigen de origină internă, din umori, din țesuturile noastre sub influența diverșilor agenți infecțioși sau alții.

În paludism *endogenii* sunt pigmentii paluștri. Dacă se pune în contact melanina coroidiană și sărurile ferice organice cu serurile paludeene avem o floculație specifică. Autorii găsesc în paludism în evoluție în 87% melano-floculația pozitivă, în splenomegalii de origină paludică în 37 cazuri, 37 reacții pozitive, la 37 bolnavi suspecți de paludism, de reinfecție, fără leziuni viscerele melano-floculația s'a arătat pozitivă la 16 bolnavi. La 82 indivizi ce au suferit cu 10 ani din urmă de paludism și nesupuși reinfecției ulterioare reacția a fost negativă. (Paludismul se vindecă fără sequele la cei repatriați).

În 200 seruri normale sau cu alte leziuni nepaludice reacția a fost negativă. Această reacție prezintă interes din punct de vedere al diagnosticului în cursul paludismului evolutiv și în decelarea etiologiei unor scleroze viscerele. Va servi în viitor ca guide therapeutic, se va ști când organismul e săturat de chinină și când se poate înceta administrarea chininei.

Din punct de vedere epidemiologic, reacția lui Henry va stabili un index serologic în țările cu endemie palustră, alături de indexul hematologic. Din punct de vedere al patologiei generale alergia palustră apare ca o imunitate antigenică și ca o hipersensibilitate endogenică. Se atrage atenția asupra endogenilor în patologia generală.

R. H.

LOEPER et BAUMANN: La Ictériémie. — (Icteria). — Presse médicale No..../1929.

Autorii descriu un nou sindrom caracterizat printr'o astenie a sistemului muscular neted dela nivelul tractusului digestiv și al aparatului circulator; prin urmare sindromul constă din semnele unei hipotonicități gastro-intestinale (turburări dișeptice, clapotaj gastric precoce, stomac foarte dilatat care sub ecran se golește foarte repede, constipație, abdomen moale, clapotaj cecal) unite cu acelea ale hipotensiunii arteriale (puls foarte amplu cu tensiunile scăzute).

Se mai adaugă: o fatigabilitate excesivă a bolnavilor, pe care cel mai mic sport îi epuisează, inaptitudine la orice fel de lucru fizic sau intelectual, amețeli, răcirea extremităților, înfățișarea unui individ deprimat, indolent; apoi: dilatația quasi permanentă a pupilei, relaxarea scrotului, încetinea reflexului pilomotor.

Cauzele acestui sindrom: o predispoziție hereditară (sifilis hereditar sau altă diateză familială), o boală gravă (obișnuit o boală infecțioasă) care a influențat organele vieței de relațiune și tot complexul endocrinian.

Tratamentul: un regim bogat în albumine, medicamente mio-tonice (uzara, hipofisa, ergotina, quasia), galvano-faradisația, hidroterapie rece, ape clorurate magneziene.

Dr. M. C.

RAYMOND GREGOIRE et P. EMILE WEIL: Les gastrorrhagies de la splénomégalie. — (Gastroragiile splenomegaliei). — Arch de Mal. de l'App. digestif. No. 6, Iunie 1928, pagina 601.

Autorii aduc rezumatul a cinci observațiuni de gastroragii survenite la indivizi în aparență sănătoși și la cari examenul clinic arată o splenomegalie.

Ceace caracterizează aceste hematemesse este apariția lor neașteptată și abondența pierderii de sânge.

Asupra interpretării acestor cauze, autorii nu precizează nimic pozitiv socotind toate interpretările hipotitice. Alterația sistemului port găsit într'una din observații n'a fost găsit în celelalte. Amintesc hipotesa unei alterații sanguine cari la anumite splenomegalii au dat hematemesse. Autorii nu se asociază interpretării din urmă.

Fără să rezolve chestiunea într'un fel, se mulțumesc a semna aceste hemoragii și să pună în gardă pe medici că înainte de a se grăbi cu diagnosticul de ulcer gastric latent, la un individ în aparență sănătos, trebuie cercetată și splina care poate arăta o mărire până atunci necunoscută.

Dr. I. Rosenstein.

P. J. BUCHMAN: Un symptome objectif de l'appendicite chronique. — Presse Medic. No. 65, 1930.

În afecțiunile organelor abdominale din fosa iliacă dreaptă, diagnosticul este dificil din cauza vecinătății cu apendicele, a creerului, organelor anexe uterine, ureterului, etc.

Din simptomele descrise până acuma în apendicita cronică,

nici unul nu este patognomonic, nici chiar atrofia musculară a $\frac{1}{4}$ inf. drept al peretului abdominal sau radio diagnosticul.

Pe 3500 cazuri operate, autorul a putut constata un nou semn al apendicitei cronice, obiectiv și aproape patognomonic: *dilatația activă a pupilei drepte*.

Această *anisocorie* a fost remarcată prima oară de Moskovicz și înainte de a o pune pe socoteala apendicitei cronice, Buchman se asigură că este independentă de orice altă leziune viscerală, (afecțiuni pleurale, pulmonare sau lez. ale s. nervos central).

Dilatația papilară dispare 2—7 luni după operație. În 6% din cazurile observate dilatația a fost de partea stângă. Anisocoria e mai frecventă la femei din cauza unei simpaticotonii mai accentuată decât la bărbat.

Dilatațiunea activă a pupilei este în funcțiune de excitația simpaticului; urmărind trunchiul acestui nerv de partea dreaptă, vom observa că în jurul apendicelui vermicular formează un *plex abundent*. Nici un alt organ din cavitatea abdominală inferioară nu este inervat de o rețea așa de abundentă și aceasta este rațiunea pentru care anisocoria se observă numai în apendicita cronică. În inflamațiile cronice ale acestui organ, rețeaua simpatică se dezvoltă exagerat și orice iritație (toxică sau mecanică pe trunchiul nervului simpatic se va transmite ramurilor sale în care intră mușchiul dilatator al pupilei și mușchiului Müller.

Anisocoria stângă, observată în 6% din cazuri s'ar datorii unor variațiuni de traect a simpaticului în etajul inferior abdominal.

În mezenterul din vecinătatea apendicelui se observă uneori fire simpatiche neformate destul de abundente. În cursul ablațiunei apendicelui trebuie rezecat și acest mezenter, din cauza acestor fibre rămânând post-operator dureri în zona apendiculară. Așa s'ar explica clasicile *apendicite fără apendice*.

Dr. I. Vasilescu.

E. LESNÉ et CL. LAUNAY: Rhumatisme articulaire aigu à forme péritonéale. — (Reumatism articular acut, formă peritoneală). — Bull. de la Soc. de Pédiatrie, No. 1, Ian. 1930, pag. 19.

Formele peritoneale ale reumatismului articular acut sunt extrem de rare și pretează la erori de diagnostic și foarte adesea la intervențiuni inutile. Autorii comunică observația unui copil de 8 ani, care prezintă o astfel de formă de reumatism și la care se puseseră diagnosticul de peritonită pneumococică.

Natura reumatismală a fost stabilită prin:

1. Acțiunea quasi-imediată a salicilatului.
2. Apariția frecăturilor pericardice.
3. Survenirea la 15 zile după maladie a unui reumatism articular tipic.

Autorii atrag atenția asupra acestor forme — cari uneori pot fi la debutul maladiiei și cari pot îndrepta diagnosticul pe căi greșite.

Dr. I. Rosenstein.

ALFONSO ALRÇON (Mexique): La fièvre de l'atropine. — (Febra atropinică). — Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, No. 2, Fevr. 1930, pag. 82.

În cursul cercetărilor sale asupra dispepsiei transitorii a sugărilor, autorul a întrebuițat atropina în doze minime. A observat la unii sugaci, după administrarea atropinei, o ridicare bruscă a temperaturii însoțită de hyperemie cutanată generalizată, de uscarea mucoasei bucale, agitație și ușor spasm laringeu.

Hypertermia poate ajunge la 40 și 41,5° și se manifestă câteva minute după administrarea alcaloidului și dispăre cu supresiunea sa. Se pare că febra atropinică apare la sugacii mai mici de două luni și într'o proporție redusă — copii având o toleranță ridicată. Autorul explică această febră atropinică în modul următor: Sugarul fiind un vagotonic congenital, atropina va lucra repede ca paralisant vagal și ca excitant simpatic. Prin excitația simpaticului se stimulează secreția tiroidiană.

Aceasta duce la o exagerare de metabolism, la o accelerare a arderilor și consecutiv la hypertermie. În mod secundar se adaugă supresiunea sudoarei și hiperemia cutanată, cari sunt expresia excitației parasimpaticului.

Dr. Rosenstein.

Dr. EDOUARD ANTOINE: Les toxiinfections polyviscérales d'origine digestive: Le syndrome entéro-urinaire et le syndrome entéro-hépatique en constituent les manifestations cliniques les plus fréquemment associées. — Le Journal médical français, No. 3, 1930, Fila 76.

Autorul arată că după descripția sindromului entero-renal de către Heitz-Boyer, aceste cazuri au devenit f. frecvente. În geneza lor infecțiunile (septicemiile) și intoxicațiunile (toxiemiile) de origine digestivă, joacă un rol foarte mare. Cele mai frecvente efecte ale lor sunt complicațiile renale (sindrom entero-renal) hepatice și biliare (entero-hepato-biliare). Poarta de intrare a infecțiunilor și toxinelor este întreg tubul digestiv în special însă intestinul. Germenii cei mai frecvenți sunt colibacilul, enterococul, apoi pseudo diftericul și streptococul.

Expune pe larg calea de pătrundere (venoasă-portală-limfatică), cauzele ajutătoare pentru a expune pe larg complicațiile renale și hepato-biliare.

Dr. Teodoru.

A. Da. SILVA-MELLO (Rio de Janeiro): La douleur Xiphoidienne et sa valeur diagnostique. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition No. 7, 1930.

Autorul trece în revistă numeroasele puncte dureroase descrise de diferiți autori, arătând în special părerea lui Melchior, care susține că aceste puncte sunt rezultatul autosugestiei — *Psihogenetice* (Boos). — Ele nu corespund în cea mai mare parte organului, sunt reflexe.

Arată marea importanță a sugestiei în descrierea lor — de aci marea lor variabilitate.

Arată că semnificația unui punct dureros este întotdeauna o

problemă de diagnostic diferențial și nu constituie o dată patognomică.

Describe un punct Xifoidian, care după autor indică o leziune a organelor etajului superior (duoden, vezicule biliare, stomac), rămâne ca prin cercetări și examene să se localizeze afecțiunea.

Enumără numeroase observații în care acest semn a făcut fără alte simptome de multe ori să se evidențieze operator leziuni duodenale.

Dr. Teodoru.

ED. DAUMER: L'œdème aigu du poumon de cause neurotonique. — (Edem acut al plămânului de cauză neurotonică). — Soc. med. de Hopit. No. 15, 1930, pag. 1327.

În această comunicare importantă din punct de vedere clinic, fizio-patologic, etiologic și terapeutic, autorul insistă asupra frecvenței edemului pulmonar datorii unei turburări al echilibrului vago-simpatic, care modifică condițiile de inervare ale rețelei vasculare ale plămânului și are ca consecință o turburare a permeabilității endoteliului capilar. Comunică observația unei bolnave care prezenta crize de edem pulmonar noaptea, bolnava care în timpul zilei nu avea dispnee, crize anginoase sau crize de edem pulmonar, când făcea vre-un efort, arată integritatea funcțională a inimii și a aortei.

Crizele ce le prezenta erau datorite unei turburări neuro-tonice și beladona și extractul thyroidian, medicamente vago-simpatice au contribuit la dispariția crizelor.

În unele cazuri, crizele de edem pulmonar care se repetă, se asemănă cu tabloul clinic al edemului pulmonar, datorit insuficienței ventriculare stângi, sau aortitei, dar în realitate sunt datorite hiperexcitabilității vagului sau excitației reflexe a firișoarelor ce aparțin vagului. În edemul pulmonar experimental adrenalinic asistăm la o insuficiență ventriculară stângă, consecutivă hipertensiunii arteriale datorită probabil excitației simpaticului și excitației firișoarelor pulmonare a vagului, și poate unui reflex cardiac care are ca consecință un exudat seros în alveole, în urma excitației firelor vagului.

Vazodilatație și exudația edematoasă sunt datorite firelor vazomotorii ale vagului, fapt ce se observă și în edemul pulmonar acut al anafilaxiei experimentale, accidente datorite excitației vagului. Analizând mecanismul edemului pulmonar la cei cu leziuni de aortită sau cu insuficiență ventriculară stângă cred că este o reacție neurotonică favorizată de hipertensiunea arterială, și de temperamentul neuro-tonic al individului.

Sperăm că și la cardiaci tratamentul neuro-tonic modifică aptitudinile reacționale ale sistemului nervos, organic să dea și rezultate funcționale interesante. Autorul insistă asupra acțiunii eficace a t-rei de belladona în edemul acut al plămânului chiar când e de origină aortică complicată de insuficiența ventriculului stâng, XX picături au o acțiune sedativă netă, asupra fenomenelor pulmonare.

Recomandă a se face și injecții sub-cutanate cu atropină când dorim a obține o acțiune vago-paralitică.

Dr. R. Hirsch.

G. ISCHOK: L'osteopathie. — (L'osteopația). — Presse Med. No. 80, 1930.

Un mijloc de a induce în eroare mulțimea ignorantă și cu care au să lupte medicii sunt osteopații care în America fac o sectă anumită. Still este fondatorul acestei doctrine cari crede că toate boalele acute și cronice sunt datorite deplasării cartilajelor, oaselor și ligamentelor coloanei vertebrale și astfel ar avea loc o presiune și turburări circulatorii în diferite părți a corpului. Grație unui anumit masaj și a unei presiuni pe coloana vertebrală se obține vindecarea leziunilor viscerale diferite și a bolilor infecțioase. Sunt puncte anumite ale coloanei vertebrale ce trebuiesc masate și cari corespund la anumite boli, astfel în boli infecțioase se va masa 1—4 vertebră cervicală, în boli de ochi 2 vertebre cervicale până la a 3 dorsală, bolile de cord dela prima cervicală până la a 5 dorsală. Osteopații moderni asociază acestui masaj și un tratament dietetic și hidroterapic.

În unele universități americane se dădeau chiar diplome osteopailor, doctori în osteopație ce au dreptul să practice fără a prescrie medicamente.

Sunt regiuni în America unde osteopații se bucură de mari privilegii în dauna medicilor. Dar osteopații cu tratamentul lor tragicomic sunt o plagă socială căci în loc de a vindeca, împiedecă tratamentul rațional al boalelor, de cei ce au drepturi câștigate să-l facă.

Dr. R. Hirsch.

CHIARY: Veränderungen in der Arteria pulmonalis bei Herzfehlern chemaitsehen Urruprungs. — Leziuni ale arterei pulmonare în leziuni cardiace de natură reumatizmală. — Klinische Woch. No. 40, 4 Oct. 1930, pag. 1862.

Autorul studiază din punct de vedere anatomo-patologic, modificările ce le prezintă orificiul și peretele arterei pulmonare la bolnavi care au sucombat în urma unei endocardite reumatismale și care clinic prezentau simptome de insuficiență a arterei pulmonare. Găsește macroscopic o mărire a orificiului pulmonarei și pe perețele arterial mici depresiuni ca bobul de mei, de culoare gris-albicioasă ce fac contrast cu colorația sîdefie a peretelui arterial.

Microscopic în aceste depresiuni găsește o infiltrație celulară formată din celule conjunctive tinere, leucocite și polynucleare, aceste focare se așează între lamelele elastice ale mediei, și în adventicia. În unele locuri fibrele elastice ale mediei au dispărut. Dilatația orificiului pulmonarei este datorită probabil măririi presiunii în mică circulație, iar aceasta cu modificările histopatologice ale mediei dau clinic insuficiența arterei pulmonare, ce se poate asemăna cu insuficiența aortei de natură sifilitică consecutivă leziunilor mediei.

În leziunile de mezo-pulmonită ce studiază, autorul nu găsește leziuni sifilitice ale aortei, nici alte semne de sifilis. Crede că sunt leziuni de natură reumatizmală, dat fiind că le-a găsit la bolnavi cu endocardite reumatismale.

Dr. R. Hirsch.

RENE TARGOWIA: L'épreuve de la glycémie morphinique dans l'insuffisance surrénale, sa valeur. — (Proba glicemiei morfince în insuficiența suprarenală, valoarea sa). — Presse med. No. 61, 1930, pag. 1077.

Studiul variațiilor zahărului din sânge oferă un interes practic pentru clinician, decelând unii din factori ce intervin în turburările metabolismului hidrocarbonatelor (ficatul, supra-renala, pancreasul, sistemul neuro-vegetativ și de aci indicațiile terapeutice.

Printre metodele glicemiei comparate, glicemia morfinică prezintă un interes particular și constituie un text utilizabil în clinică.

La om injecția sub-cutanată de morfină determină o ridicare a glicemiei, cu 0,20 gr. la ‰ la individul normal. Peste 0,20 hiperglicemia morfinică este exagerată și sub 0,20 este micșorată.

Astfel determinăm zahărul înainte de morfină și o oră după injecție.

Se găsește o probă glicemică negativă în insuficiența suprarenalelor.

Dat fiind că regularea hidraților de carbon în organism este un fenomen complex în care intervine factori multipli (hepatici, renal, supra-renal, vagotonic, tisular), ca această probă să fie datorită insuficienței supra-renale, trebuie ca excitabilitatea neuro-endocrinică și glicogeneza hepatică să fie normală.

În insuficiența hepatică proba glicemiei morfince este dubioasă.

Avem și reacții de hiperglicemie la morfină exagerate, în hiperfuncțiuni supra-renale, la hipertensivi, acestea cer noi cercetări. Stările de hiperemotivitate, stările de hiperexcitabilitate simpatică sunt însoțite de o exagerare a hiperglicemiei la morfină.

Din punct de vedere practic: proba glicemiei morfince negative constituie un semn al insuficienței supra-renale, când nu avem o insuficiență tiroidiană importantă.

Dr. R. H.

EMILE WEIL: L'hémotripsie hémorragipare. — (Hemotripsii hemoragipare). — Le sang No. 4, 1930, pag. 392.

Autorul arată interesul practic al cunoașterii hemoragiilor secundare (ce le numește hemotripsi hemoragipare) și explică mecanismul lor. Un accident sau act chirurgical determină o hemoragie la un individ și aceasta este urmată de hemoragie, secundară după 6, 12, 24 ore și uneori după o săptămână. Hemoragia primă este interstițială, ca să fie hemoragipară ea poate avea loc în mucoase.

Hemoragia primă deslănțuește o stare hemoragipară, o purpură hemoragică, ce evoluează mult timp, dând o anemie, febră neregulată și apoi bolnavul se restabilește complet sau cu persistența de mici accidente hemoragice.

Aceste hemoragii se produc la hemogenici și hemofilici. Hemoragia constituie o stare de instabilitate sanguină și orice choc, emoție, răceală, infecțiuni, intoxicații alimentare sau medicamentoase pot pe un asemenea teren să realizeze crize hemoragice.

La hemofilici hemoragiile apar după 6, 12 cel mult după 24 ore, probabil din cauza incoagulabilității sanguine.

Hemoragia primă poate fi importantă, uneori câteva picături de sânge din țesutul celulelor sub-cutanat sunt suficiente pentru a da accidente.

Disproporție între cauză și efect se observă în astm, urticarie, etc. Incubația este constantă dela 6 ore la câteva zile.

Deci hemoragia primă joacă rolul unui antigen ce determină modificări sanguine capabil de a da pe un teren special hemoragipar o stare hemoragică.

Hemogenia și hemofilia este terenul hematic unde are loc hemoragiile secundare.

Pathogenia acestor fenomene este mai complexă ca discrazie sanguină, ca și pathogenia astmului, astfel hemogenicii sunt hepatici latenți, și sistemul lor vago-simpatic este atins și glandele cu secreție internă asemenea, în cât se pot observa diferite manifestații clinice ale hemotripsiei la hemogenici. Hemoragii minime pot determina la hemogenici anemii grave, hemoglobinurii, icter hemolitic, fapte ce se vor comunica ulterior.

R. H.

FRANÇOIS MOUTIER et LEON CAMUS: L'épreuve de l'hyper-hypoglycémie insulinique provoquée chez les sujets normaux et dans les syndromes pathologiques, (maigreurs, obésité, diabète). — (Proba hiper-hipoglycemiei insulince provocate la indivizii normali și în obesitate, debilitate, diabet). — Arch. des malad. de l'app. dig. No. 3, 1929.

Caută a găsi un test spre a studia sensibilitatea umană normală la insulină. Au asociat la proba clasică a hiperglycemiei provocate prin absorbția glucozei, o injecție simultană de insulină. Au făcut aceste cercetări la normali, la indivizii slabi, la obeși și diabetici.

Această probă permite de a aprecia acțiunea hipoglycemiantă a insulinei.

Proba a fost cu totul inofensivă la cei slabi, la cari glycemia rămâne normală în general. Intensitatea reacției la insulină variază dela un individ la altul. Disthiroidienii au reacționat moderat, deasemenea simpaticotonicii.

Paradiabeticii, cei slabi, obeșii au reacționat cu intensitate ca și diabeticii.

Din studiul ce l-au făcut asupra modificărilor curbei de hiperglycemie provocată și injecția de insulină reese reacții paralele cu cele ce au observat în hiperglycemia provocată simplă.

Cu ajutorul acestei probe se poate compara în clinică acțiunea insulinei de proveniență diferită.

Dr. R. H.

Terapeutică.

CHARLES RICHEL (fils): Thérapentique de l'Astme par élimination. — (Terapentica astmului prin eliminare). — Ann. de méd. No. 5, 1930, pag. 524.

Cu ajutorul interogatorului, al profesiunii și a locuinței bolnavului și cu simțul critic al medicului putem fi îndrumați a ști cauza astmului și a o îndepărta.

- 1) Se vor elimina animalele din jurul astmaticului.
- 2) Se vor suprima blănurile, se va analiza regimul alimentar unii nu tolerează anumite alimente, se va elimina praful, cu aspiratorii de praf și une-ori se va elimina agenții toxici profesionali schimbând chiar meseria.

Această terapie prin eliminare în astm ne permite de a pune un diagnostic precis și de a constitui o metodă terapeutică.

R. H.

ROUSSEL: Héliothérapie et tuberculose pleuro-pulmonaire. — (Héliothérapie și tuberculoza pleuro-pulmonară). — *Journal de Radiologie et d'électrologie* No. 2, Febr. 1929.

Helioterapia constituie un prețios adjuvant al curei de aer în tratamentul tuberculozei pulmonare. Acțiunea sa, la care participă diferitele radiațiuni solare, este de ordin și local și general. Se pare totuși, că acțiunea generală a Helioterapiei primează și că în tuberculoza pulmonară ea influențează în primul rând terenul.

Helioterapia se poate practica ori și unde, dar ea întâlnește totuși la munte și la mare, condițiuni favorabile speciale.

Totuși marea nu convine de cât unui restrâns număr de tuberculoși, iar muntele prezintă oare cari contraindicații, toate dictate de forma clinică a afecțiunii.

Aplicată în doze moderate, la cazuri bine definite clinicește, și conform unei tehnici riguroase și produse, helioterapia nu dă neajunsurile de cari deseori este făcută responsabilă.

Statisticile numeroase dovedesc superioritatea efectului ei în tuberculozele externe, mai mult ca în cele viscerale, iar în tuberculoza pulmonară ea lucrează mai eficace în formule ușoare.

Indicațiunile se bazează mai puțin asupra stărei anatomice a leziunilor, și mai mult asupra caracterului, mai mult sau mai puțin evolutiv al lor.

Tuberculoza adeno-mediastinală, formele pleurale și cortico-pleurale, infiltrațiunile discrete și formele închise, constituiesc indicațiunile de predilecție.

Formele extensive constituiesc o contraindicație și bolnavii vor trebui — înainte de a fi supuși helioterapiei — să facă dovada stabilității leziunilor lor.

Dr. L. Eskenasy.

G. BOISSEL: L'hyposulfite de magnésium dans les états de choc. — (Hiposulfitul de magneziu cu stările de șoc). — *Presse médicale*, No. 40, pag. 670, 1930.

Autorul raportează bunele rezultate ce a obținut în câteva stări manifeste anafilactice (precum coșise spasmodice) și alte stări ceva mai îndepărtate, dar cari sunt presupuse a fi dictate tot de formațiunei unui floculat plasmatic (precum urticaria a frigore, eczema cronică, purpura), cu hiposulfitul de magneziu, a cărui acțiune antianafilactică a introdus-o în terapeutică, *Lumière* în 1928.

Metoda constă în a administra pe gură 4—6 comprimate pe zi de hiposulfid de magneziu dosate a 0.50 ctgr. pe comprimat, timp

de câteva zile sau câteva săptămâni; sau în injecții intramusculare în doză de 10 ctmc. din soluția 10 la sută, repetate la 4 zile.

Medicamentul mai ales în injecții poate suprima criza pe loc în felul adrenalinei sau al efedrinei, iar administrat câtva timp cu sau fără pauze, s-a dovedit a avea o acțiune preventivă durabilă.

Se pare că rezultatele obținute cu hiposulfitul magneziu depășesc pe cele date de hiposulfitul de sodiu administrat chiar intravenos și ele sunt utilizabile pe o scară și mai variată de afecțiuni (de notat sedația dispneei astmotiforme la tuberculozii fibro-azeoși evolutivi); și ele fac tranziția la și mai remarcabilele efecte obținute cu hiposulfitul dublu de aur și sodiu.

Dr. M. C.

RAOUL C.: Les relations entre les affections du sinus et les maladies pulmonaires. — Annales des maladies de l'oreille, du nez de la gorge, Iunie 1920, pag. 5.

E o chestiune care interesează deopotrivă pe practicianul general și pe specialist și a făcut obiectul unei discuțiuni într'o ședință din Martie a. c., a colegiului medical din Filodelfia.

Sunt expuse punctele de vedere și confruntate experiențele internistului cu ale rinologului, bronhoscopistului și radiologului.

Așa spre exemplu bronsectazia are dupe internist, foarte adesea o origină sinusală mai ales la copil. Tot sinusului bolnav se datoresc multe bronsectazii etichetate greșit la tuberculoze sau cazuri de tuse, bronșită sau astm/bronchial.

Infecțiunea se comunică pe cale limfatică dela sinus la plămân, iar în astm nasul ar fi punctul de plecare al unui reflex. Tratamentul preconizat de rinolog trebuie să fie în primul rând medical și numai în caz de insucces, intervenția se impune.

Opinia bronhoscopistului e că marea majoritate a cazurilor de bronsectazie prezintă cu adevărat și leziuni sinusale însă condițiunea sinusală și cea bronchială sunt concomitente mai degrabă decât cauzală una în raport cu cealaltă.

Tratamentul vizează sinusul bolnav și lavajul bronhiilor prin drenaj bronhoscopic, de oarece epiteliul ciliar al păreților bronchiari fiind distrus, evacuarea secrețiilor nu se mai poate face spontan.

Radiologul stăruie mai ales asupra sinusitelor infantile ignorate, pe care o radiografie corectă le evidențiază.

Dr. L. Segal.

L. DELHERM et HENRI BEAU: La Radiothérapie du Sympathique dans certaines affections cardio-vasculaires. — Radioterapia simpaticului în anumite afecțiuni cardio-vasculare). — Journal de Radiologie, Tome XIV, No. 7, Juillet 1930.

Autorii studiază în articolul lor efectele radioterapiei în maladia lui Raynaud, în arterita obliterantă, în angina de piept, în anumite turburări ale ritmului cardiac, și în turburările vasculare datorite hipertensiunii arteriale.

Ei amintesc observațiunile a anumitor cazuri de turburări vasculare tratate prin radioterapie de autori, ca: Barcat, Newcomet,

Philipps, Bienvenme, Borak, Delherm, Beau, Schröof, etc., în cazuri de maladia lui Rainand, în Trombo angeita obliterantă, în claudicația intermitentă, în gangrena și hiposfixia extremităților, etc., aducând în sprijinul afirmațiilor lor de evidență ameliorare, și 11 cazuri de observațiuni personale diverse, observațiuni în care tratamentul radiotherapeutic face să înceteze accesele de sincopă și de asfixie locală, amendând mult simptomele dureroase.

Radioterapia nu redă arterelor rigide elasticitatea, și nici permeabilitatea arterelor trombosate; deci oscilațiunile la Pachon, dar atenuază sau suprimă spasmul arterial și dilată colateralele, astfel că fenomenele de claudicație cedează, durerea se micșorează sau dispăre, iar culoarea și temperatura locală a membrelor devin normale.

Care este mecanismul fiziologic al acțiunii razelor X asupra vaselor sanguine, se întreabă autorii? Și ei răspund prin 2 ipoteze:

1) *Hipoteza humorală* a lui Laugeron și Desplats, cari socotesc că ameliorarea obținută în anumite cazuri de claudicație intermitentă, iar datorita iradiației regiunii dorso lombare prin mecanismul unor anumite modificări de secreție a glandelor supra renale.

Dar, cu drept cuvânt se întreabă autorii, respingând această ipoteză, la ce ar ține atunci ameliorarea circulației membrelor superioare, dupe iradiația regiunii cervico-dorsale?

Ei răspund cu cea de a doua ipoteză.

2) *Hipoteza simpatică*, datorită căreia s'ar produce în toate cazurile o modificare a tonusului simpatic.

Că razele X au o acțiune neîndoioasă asupra simpaticului, reiese spun autorii din faptul că:

a) Radiațiunile coloanei vertebrale dau anumite reacțiuni simpatică (cefalee, oboseală, greață, crize sudorale, etc.).

b) Ele provoacă în mod indubitabil variații în formula leucocitară (hypoleucocitoză a polinuclearelor).

c) Ele provoacă o alcaloză care s'ar datora unei acțiuni frantrice asupra simpaticului.

d) Ele provoacă o scădere constantă a glicemiei, corespunzătoare unei scăderi a tonusului simpatic.

Technica recomandată de autori în conducerea radioterapiei, este:

Iradiația trebuie să poarte asupra regiunii cervico dorsale în toate cazurile de turburări ale membrelor superioare, și asupra regiunii dorso-lombare în cazurile de turburări ale membrelor inferioare. Ei mai recomandă a se iradia după necesitate toate regiunile vascularizate (reg. lui Scarpa, poplitee, axilară), iar în angina de piept direct asupra muschiului cardiac, sindromul augor fiind considerat ca rezultând din hiperexcitabilitatea plexului cardiac.

Autorii recomandă a se face 3 ședințe de iradiații pe săptămână de câte 400 R. cu pauze de 3 săptămâni între fiecare serie, respectând distanța fecală de 25 cm. de filtrul de aluminiu de 5 m. m.