

451454

CLUJUL MEDICAL

REVISTĂ MEDICALĂ LUNARĂ

COMITETUL DE REDACȚIE

PROF.-AGR. DR. G. BILAȘCU, PROF.-AGR. DR. M. BOTEZ, PROF.-AGR.
DR. T. GANEA, PROF.-AGR. DR. C. GRIGORIU, PROF. DR. I. HAȚIEGAN,
PROF. DR. I. IACOBОВICI, PROF.-AGR. DR. D. MICHAÏL, PROF. DR. I. MINEA,
PROF. DR. I. MOLDOVAN, PROF.-AGR. DR. D. NEGRU, PROF.-AGR.
DR. I. NIȚESCU, PROF.-AGR. DR. V. PAPILIAN, PROF. DR. C. URECHIA,
PROF.-AGR. DR. TITU VASILIU.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

190- 3. Sibiu
11. 107

ANUL II.

Nr. 1. IANUARIE 1921.

BCU Cluj-Napoca



BCPER201902871

REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA:
CLINICA OFTALMOLOGICĂ CLUJ, ROMÂNIA.

SUMARUL No. I.

	Pag.
PROF. DR. I. HAȚIEGANU. O nouă încercare de clasificare a nefritelor	1
DR. I. STOICHIȚIA. Cercetări asupra nefritelor paludice	6
PROF. DR. D. MICHAIL. Operația cataractei la Clinica Oftalmologică din Cluj	10
DR. S. BARIȚIU. Tratatamentul intravenos cu urotropină în febra tifoidă	19
DR. V. URȘU. Asupra unui caz de eclampsie	20
DR. RHEINDT. Un caz de reinfecție sifilitică	23
PROF. DR. I. IACOBOVICI și DR. ȚEPOSU. Raport anual de operațiile Clinicei Chirurgicale din Cluj pe anul 1920	25
Societați Medicale	44
Revista cărților	50
Actualitatea terapeutică	57
Știri universitare și medicale	59



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorii vor trimite Redacției revistei articolele scrise citeț și numai pe o singură pagină. Costul clișeeelor va privi exclusiv pe autori. Administrația revistei va înștiința imediat pe autori asupra costului clișeeelor, iar autori vor înainta Administrației costul, înainte de apariția articolului.

* * *

Extrasele de lucrări vor fi cerute de autori odată cu articolele trimise. iar costul lor privește exclusiv pe autori. Administrația revistei îi va înștiința la timp de costul acestor extrase.

* * *

Abonamentele la revistă se fac *numai pe un an întreg* și încep dela No. 1.
Costul abonamentul anual este de 100 lei. Pentru Studenți abonamentul este de 40 lei. Abonamentul se achită anticipat.
Un număr separat costă 15.



O nouă încercare de clasificare anatomo-clinică a nefritelor cronice

de PROF. Dr. IULIU HAȚIEGANU

Clasificarea nefritelor cronice a trecut prin atâtea modificări, încât medicul practician se lovește de-o mare greutate în diagnosticarea deosebitelor forme de nefrită. Nu dispunem nici astăzi de un sistem de clasificare bine precizat și determinat, deși lucrul acesta are nu numai un interes științific, ci și un interes practic. O dificultate constituie apoi faptul, că pecând clinica franceză face o împărțire pe bază strict simptomatică și funcțională, cea germană, bazându-se pe criterii anatomo-patologice, stabilește o clasificare strict histo-patologică.

Castaigne luând în considerație mai mult tabloul clinic al acestor boale, distinge, după simptomul dominant: nefrita cronică *albuminoasă*, *hidropigenă*, *hipertensivă* și *hidrurică*. Această clasificare este și astăzi acceptată și întrebuințată în clinica zilnică.

Nefritele cronice albuminoase se caracterizează prin *albumină multă* în urină, eliminarea normală a coloranților, prin absența retențiunii de cloruri, de azot, și lipsa hipertensiunii arteriale.

În *nefritele cronice hidropigene* predomină *edemul provocat de retenția clorurilor*, fără să se declare semne de hipertensiune și retenție de azot. *Nefritele cronice hipertensive* se trădează prin *hipertensiune arterială* și *hipertrofia cordului*, fără ca celelalte funcțiuni renale să fie deranjate în mod simțitor. În *nefritele cronice hidrurice* este o *poliurie constantă* pronunțată, cu o *retenție considerabilă de azot*. În majoritatea cazurilor acestei forme însă, sunt lezate aproape toate funcțiile renale, constatându-se retenția de cloruri, retardarea coloranților și fenomene de hipertensiune arterială.

Widal, bazat mai mult pe cercetări funcționale, luând în seamă materiile retenționate, vorbește de *nefrită cloruremică* și *azotemică*, forme cari corespund nefritei hidropigene și hidrurice a lui *Castaigne*.

Școala germană, — pornind dela cercetările anatomo-patologice ale lui *Virchow* și dela observațiile clinice ale lui *Senator*, dela cari avem până astăzi în practica zilnică numirea de „*nefrită parenchimatosa* și *interstițială*“ — a inaugurat, în anii din urmă, o grupare pe o bază *patogenetică și anatomo-patologică*.

Clasificarea patogenetică a lui *Aschoff* fiind foarte complicată și greoaie, nu a putut pătrunde în

uzul practicii curente. *Aschoff* deosebește patru grupe mari, în cari încadrează toate afecțiunile renale:

- I. Nefropatii consecutive turburărilor de nutriție;
- II. „ „ „ „ circulație;
- III. „ „ „ „ dezvoltare;
- IV. „ „ „ „ inflamatorii.

Această grupare patogenetică fiind dificilă, în clinica germană s'a încetățenit tot mai mult clasificarea preconizată de *Vollhard* și *Fahr*. Acești autori au pornit dela cercetările lui *Aufrecht* și *Schlafer*, cari pentru prima dată au diferențiat din punct de vedere topic *nefritele tubulare* și *vasculare*, — după cum este lezat sistemul tubular ori glomerular. Cercetările anatomo-patologice făcute în cea mai strânsă legătură cu observația clinică au contribuit mult la cunoașterea boalelor renale și mai ales la diagnosticul topic al nefritelor. Deși nu e trasă cu precizie linia de demarcație, din punct de vedere anatomopatologic între inflamații și degenerații, totuși o astfel de clasificare este admisibilă. *Vollhard* pe de altă parte, dupăcum domină procese degenerative, inflamatorii sau sclerotice și dupăcum sediul acestor leziuni este în epiteliul renal, în vasele glomerulare sau renale, deosebește, din punct de vedere anatomoclinic: *nefrozele* cu procese degenerative în epiteliul tubular, *nefritele* cu leziuni inflamatorii în vase (glomerulonefrite) și în țesutul interstițial (nefrite interstițiale) și *sclerozele* cu procese atero-matoase în vasele renale și în sistemul glomerular.

În *nefroze* procesul degenerativ, necrozant se localizează în sistemul biologic tubular, deci s'ar putea vorbi de o nefrită tubulară, epitelială. Această alterație se manifestă primitiv ori secundar asociindu-se cu leziunile grave glomerulare. Glomerulii fiind centrul nutritiv al epiteliului tubular, lezarea lor gravă produce o degenerescență, necroză epitelială, provocând astfel *nefroze secundare*, cari sunt de-o natură mai serioasă decât cele primitive.

În etiologia nefrozelor figurează, pe lângă agenți chimici (sublimat), mai ales sifilisul, tuberculoza, graviditatea, difteria. Albuminuriile boalelor infecțioase sunt datorite unei nefroze pasagere ușoare. *Nefroza primitivă* se caracterizează prin *albuminurie* abondentă, *granulații de lipoizi anisotropi*, oligurie, cilindrurie, elemente renale, *retenție de cloruri cu hidropizie* tip renal, *lipsa fenomenelor de hipertensiune ar-*



terială și de hipertrofia cordului, eliminarea normală a coloranților și ureei. Rar face anurie și uremie. Formele primare sunt rare, mai ales se ivesc la *nefroze secundare*, în combinație cu glomerulonefritele cronice și subacute.

Mai dese sunt glomerulonefritele, caracterisate prin proces inflamatoriu, localizat în glomeruli. În etiologia acestora joacă rol mai ales toxiinfecții generale.

Pe când însă nefrozele se prezintă în cursul evoluției boalelor infecțioase, glomerulonefritele debutează mai ales după evoluția boalei. Faptul acesta ne face să credem, că aceste nefrite nu sunt condiționate de agentul boalei primare, ci, pe căile limfatice, de infecții secundare cu streptococi. Glomerulonefritele se caracterizează prin *hematurie, hipertensiune arterială și hipertrofia cordului, azotemie, oligurie, retardarea eliminării coloranților, diminuarea capacității de diluție și concentrație*. Dacă la leziunea glomerulară se adaugă *degenerescența epiteliului renal*, tabloul clinic se completează cu semnele nefrozei, în special cu *albuminurie* mai pronunțată și *hidropizie*. Formele acesta, după cum dominează afecțiunea glomerulară ori tubulară, dau cele mai variate tablouri clinice. Glomerulonefritele difuze cu o obliterație mai mult sau mai puțin completă a sistemului glomerular duc la o leziune profundă epiteliială, dând astfel *nefritele mixte*, în care, pe lângă semnele leziunii sistemului vascular, se desenează în mod evident afecțiunea epiteliului renal prin albuminurie, hidropizie tip cardio-renal de o lungă durată ori ireductibile. Aceste forme mixte sunt foarte dese și se combină în modul cel mai caleidoscopic.

A treia formă a nefritelor cronice este *scleroza renală*, la care anatomopatologiceste avem *procese sclerotice, ateromatoase și degenerescență hyalină în aparatul vascular renal*. Ateroscleroza interesează mai ales *vasele aferente* glomerulare. În etiologia sclerozelor renale joacă un rol important scleroza arterială, cum și anumite boale de nutriție (diabet, gută, intoxicații cronice cu alcool, nicotină). În cazurile, în cari scleroza este mai mult o localizare în rinichi a arteriosclerozei, domină *fenomele cardioarteriale*, vorbim de o *hipertensiune simplă*, sau *scleroză benignă*.

Această formă se caracterizează prin hipertensiune arterială, hipertrofia cordului, albuminurie foarte ușoară, cantitate normală de urină cu lipsă de elemente renale, evoluție lentă și moarte prin cord ori apoplexie fără intoxicație renală. Dacă procesului sclerotic i se adaugă un factor inflamator și unul degenerativ, datorit pe de-o parte unor cauze inter-

curente, iar pe de alta procesului primar, se declară tabloul clinic al *sclerozei maligne*.

Pe lângă scleroza generală și profundă a micilor arterii renale se prezintă alterații inflamatorii în țesutul renal și degenerescența epiteliului tubular în urma obliterării progresive a glomerulilor. Scleroza malignă se caracterizează, afară de *fenomenele cardioarteriale*, prin *azotemie, retinită, cahexie, poliurie* și diminuarea capacității de diluție și concentrație.

Sclerozele maligne primare mai greu se pot diferenția de *sclerozele secundare*, cari se dezvoltă insidios, pe baza unei glomerulonefrite ori nefroze. În scleroza secundară, afecțiunii inflamatorii glomerulare și degenerative tubulare i se atașează sclerozarea vaselor renale și mai ales a vaselor aferente. Numai existența în *antecedente a unei glomerulonefrite ori nefroze, vârsta, anemia, cahexia profundă*, prezența fenomenelor de hipertensiune arterială, raritatea acceselor prodromice, (apoplexie), predominarea simptomelor uremice, *albuminuria pronunțată* cu elementele formate multe, ne vor ajuta în diferențierea *sclerozei secundare* de scleroza originară malignă.

Clasificarea lui Castaigne și Widal și cea a lui Vollhard și Fahr sunt acceptate în cele două literaturi. Căutând literatura franceză și cea germană, medicul practician cu greu se poate orienta și de aceea nu poate urmări cercetările publicate în aceasta direcție. O parte întrebunțează vechea terminologie virchowiană, vorbind și mai departe de nefrite parenchimatose și interstițiale, iar cealaltă parte întrebunțează gruparea lui Castaigne și Widal, — ceea ce constituie o greutate în discuțiile făcute la patul bolnavului. Nici una, nici alta din aceste două clasificări, așa-zicând clasice, nu dă o nomenclatură, din care să rezulte atât alterațiile anatomopatologice, cât și tabloul clinic al boalei. De aceea trebuie să ne silim a stabili o nouă terminologie, așa fel, încât între denumire, alterația anatomopatologică și aspectul clinic să fie o relațiune cât se poate de intimă.

Numirea câtă să înglobeze leziunea anatomopatologică și forma clinică. Aceiaș etiologie figurând la diferite alterațiuni renale, acelaș simptom fiind consecința diferitelor alterații renale și aceeaș leziune renală producând deosebitele semne clinice, trebuie să admitem, că nici clasificarea simptomatologică a lui Castaigne, nici cea funcțională a lui Widal, nici cea patogenetică a lui Aschoff, nici cea anatomopatologică a lui Vollhard nu sunt satisfăcătoare pentru determinarea tuturor formelor clinice. Albuminuria se întâmpină în toate nefritele, în provocarea hipertensiunii și hidropiziei joacă rol important și cauze extrarenale. Clasificarea lui Widal pe baza unor corpuri retenționate nu este reală, căci retenția nu este esența

deranjării funcționale a rinichilor. — Funcțiunea renală variază și după deosebitele stadii ale fiecărei nefrite în parte. Clasificarea pură anatomopatologică confundă adeseori procese de categorii deosebite. Împărțirea lui *Vollhard* deși în aparență cuprinde punctul de vedere anatomopatologic, funcțional și clinic, totuși în denumirile sale nu exprimă destul de plastic tabloul clinic, care frapează în prima linie pe medicul practician. Noțiunea unei boale trebuie să înglobeze nu numai simptomele clinice dominante, ci și modificările anatomopatologice și patofiziologice. Trebuie să năzuim spre o clasificare corespunzătoare patologiei clinice și anatomiei renale. Nu este însă destul a stabili simptomul dominant, ci trebuie să căutăm felul alterațiilor histopatologice: numai astfel vom avea posibilitatea să semnalăm tipul, gradul și stadiul nefritei cronice:

Iată de ce credem, că va satisface atât cerințele științifice, cât și practice, o clasificare combinată, drept rezultat a cercetărilor clinice franceze și germane. Numirea boalei să exprime cât se poate de plastic caracterul fundamental și astfel medicul practician, în posesia acestei nomenclaturi, să se poată bine orienta. Combinând principiile de grupare ale lui *Castaigne* cu cele ale lui *Vollhard*, credem că am reușit a obține o clasificare a nefritelor cronice care, deși nu are pretenția de a fi perfectă, este totuși potrivită și satisfăcătoare.

Ne-am simțit îndreptățiți la această încercare în urma experienței de câțiva ani și observațiilor din prezent ale clinice noastre, cari cuprind aproape 100 cazuri de nefrite cronice urmărite din acest punct de vedere. Am menținut ca bază a clasificării, leziunea anatomopatologică după *Vollhard*, pe care am completat-o, caracterizând-o cu nota simptomatică principală după *Castaigne* și *Widal*. Astfel, deja după numire ne vom da seamă de modificările anatomopatologice și de tabloul clinic dominant, care nu este altceva decât exteriorizarea turburărilor funcționale renale. Nici aceasta împărțire anatomoclinică nu poate să cuprindă toate varietățile și intensitățile anatomopatologice și toate formele clinice. De altfel, nu aceasta este important în clinică, ci pe lângă vederea alterațiunii principale anatomopatologice, evidențierea caracterului dominant al prezentării și evoluției tabloului clinic. Numirea să ne pună imediat în cunoștința localizării generale anatomice și a prezentării tabloului clinic, și astfel ne vom putea da seamă de etiologia, progresivitatea, posibilitatea de recidivă a boalei, despre turburările funcționale, repercuperările asupra aparatului cardiovascular și asupra întregului organism, — tot atâtea chestiuni foarte importante în aprecierea unei nefrite cronice.

După cum domină procese degenerative, inflamatorii și scleromatoase, noi vorbim de *nefroză*, *nefrită* și

scleroză, iar acestea le divizăm pe bază simptomatică, după sindromul, care domină tabloul clinic. Astfel, combinând clasificarea lui *Vollhard* și *Fahr* cu a lui *Castaigne* și *Widal*, obținem o grupare, care ne dă informații atât asupra modificărilor anatomopatologice, cât și asupra manifestării clinice.

Nefroza este caracterizată în general prin *albuminurie mare* și *granulații de lipoizi*, *tensiune arterială normală*, *lipsa hematurii*. Albuminuria intensă cu absența hematurii și hipertensiunii arteriale — ~~diagnosticul de nefroză. Aceste semne fiind constante, ele formează caracterul nefrozei, așa încât nu e nevoie, să caracterizăm nefroza cu aceste semne, deoarece numirea de nefroză le înglobează.~~ Aceste nefroze, din punct de vedere clinic, se pot prezenta cu un edem generalizat tip renal ori fără acest edem. Astfel, credem, că putem vorbi de *nefroză hidropigenă* și *anhidropigenă*. Unii considerau hidropizia și anhidropizia ca două faze în evoluția acestei afecțiuni. Deși admitem că în cursul unei nefroze anhidropizia și hidropizia se pot succeda, totuși facem această grupare în conștiința faptului, că există nefroze, în cari edemul nu se produce în tot cursul boalei. (Intoxicații cu sublimat.)

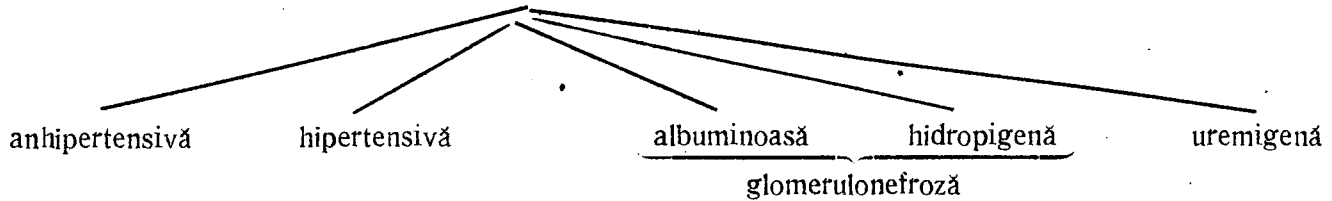
Vom vorbi deci de nefroză

hidropigenă și

anhidropigenă

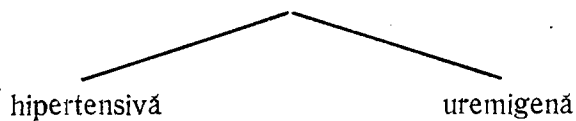
Glomerulonefritele difuze sunt caracterizate prin *hematurie* și *hipertensiune arterială*, — semne prezente în toate cazurile de glomerulonefrită difuză și cari dau diagnosticul anatomic al boalei. Din punct de vedere clinic le grupăm după simptomul dominant, care în multe cazuri va fi în relație intimă cu gradul de alterație a vaselor glomerulare. Dacă alterația glomerulilor va permite circulația sangvină, aparatul vascular și epitelial tubular renal va funcționa și nota cea mai pronunțată a boalei va fi *hipertensiunea arterială*. În aceste cazuri vom vorbi de *glomerulonefrită hipertensivă*. Trebuie să amintim aci cazurile de glomerulonefrită, în cari lipsește hipertensiunea, nefiind lezați toți glomerulii. Aceste glomerulonefrite parțiale din punct de vedere anatomoclinic se pot defini cu numirea de glomerulonefrită anhipertensivă. Dacă leziunea anatomopatologică a vaselor glomerulare este mai profundă, se desvoltă în mod imperios degenerescența epitelului tubular și astfel, avem pe lângă fenomene de hipertensiune intensă și fenomene uremice, cari vor da nota dominantă a tabloului clinic și vor permite diferențierea de *glomerulonefrită albuminoasă*, *hidropigenă* și *uremigenă*. În aceste cazuri putem vorbi și de glomerulonefroază.

Vom vorbi deci de *glomerulonefrită cronică*



A treia grupă principală o formează *scleroza*, caracterizată prin *poliurie* și *fenomene cardioarteriale*. Aceste scleroze se diferențiază din punct de vedere clinic, după cum predomină semnele de hipertensiune arterială ori de retenție de azot în *scleroză hipertensivă* cu o evoluție lentă și cu simptome mai mult cardioarteriale și *scleroză uremigenă* cu o evoluție mai rapidă și cu simptome mai mult renale. Scleroza poate fi primitivă ori secundară, cu tabloul clinic aproape identic. Scleroza secundară se dezvoltă mai ales pe baza unei glomerulonefrite.

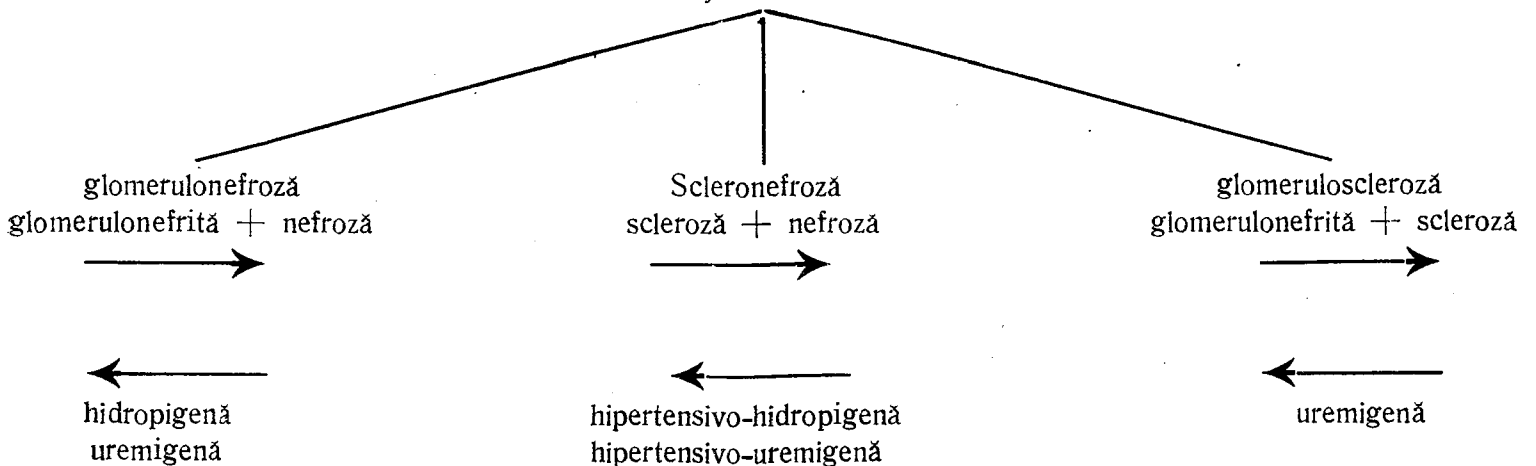
Vom vorbi deci de *scleroză primitivă secundară*



Cu mult mai grea este clasificarea în cazurile

când aceste trei forme se combină. Atunci simptomele clinice se vor succeda, după cum se combină aceste alterații anatomopatologice ori după cum domină leziunea unui sau altui sistem biologic renal. Astfel, unei nefroze i-se poate atașa glomerulonefrită ori scleroză, când după o stare de hidropizie vor succeda simptome de hipertensiune și uremie. Scleroza se poate combina cu nefroză, când fenomenele de hidropizie se vor prezenta la un bolnav cu o hipertensiune arterială exagerată. Sclerozei se poate asocia o glomerulonefrită, când fenomenele de hipertensiune se completează cu semne de uremie. Aceste *nefrite mixte* evoluează cu o simptomatologie foarte variată, încât gruparea lor pe bază anatomoclinică implică mari greutatea. Cunoscând însă caracterele principale ale nefrozei, glomerulonefritei și sclerozei, aproape în toate cazurile vom fi în posibilitatea de-a bănui o nefrită mixtă.

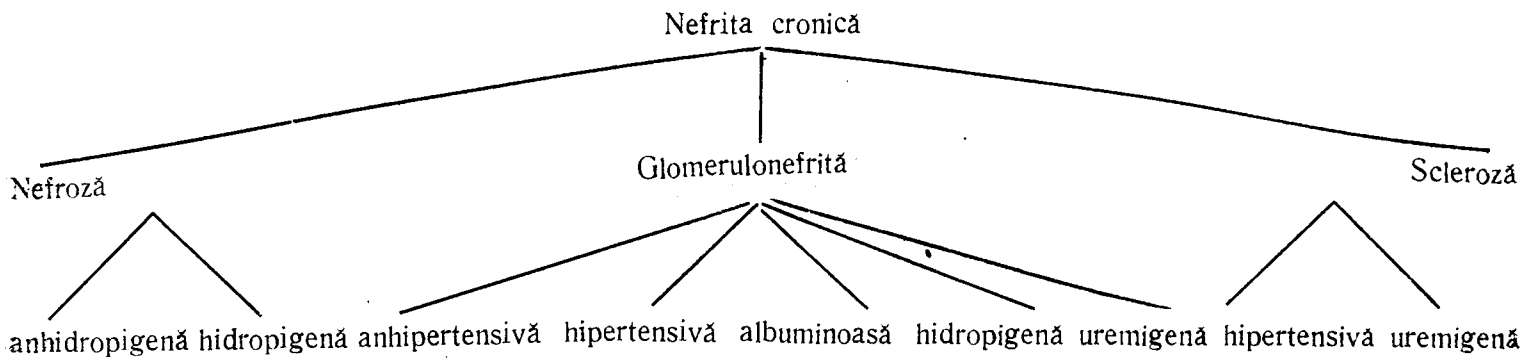
Vom vorbi deci de *nefrite mixte*



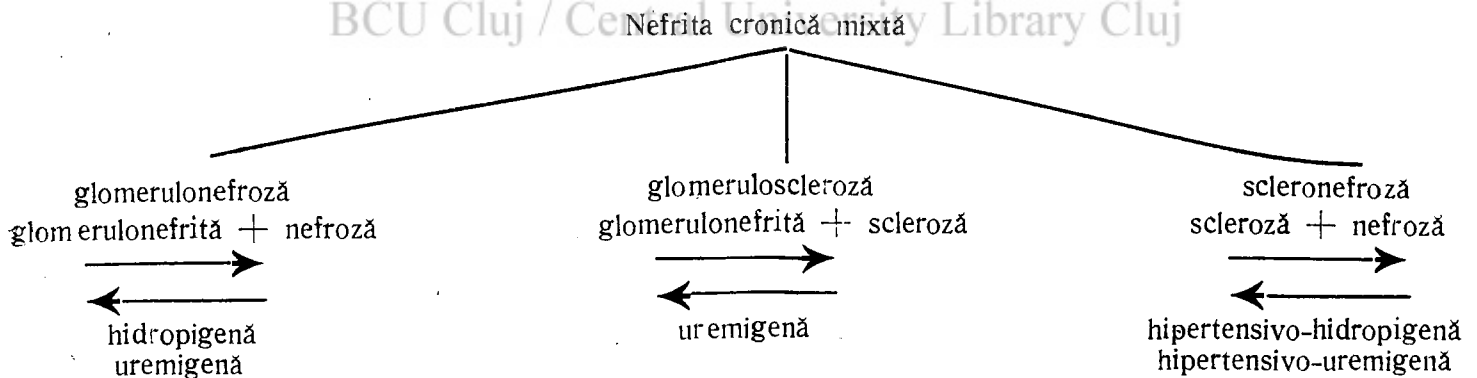
Vedem din această grupare, că aceste nefrite mixte din punct de vedere clinic sunt caracterizate mai ales prin fenomenele asistoliei renale, hidropizie, uremie și dau cele mai grave aspecte clinice prin faptul, că lezează deodată ori succesiv, cele două sisteme biologice renale, aparatul glomerulo-vascular și tubular.

Dacă recapitulăm cele enunțate, credem că putem formula următoarea schemă:

Această grupare a nefritelor cronice, făcută pe baza experienței clinice franceze și germane, ne-a servit foarte bine în practica clinică de toate zilele. Din numire suntem în stare a cunoaște alterația anatomo-patologică și simptomul dominant și astfel a ne înfățișa cu ușurință întreg tabloul clinic; ba, mai mult, putem trage concluziuni importante din punct de vedere prognostic și terapeutic.



BCU Cluj / Central University Library Cluj



Această clasificare anatomoclinică este suficientă aproape în toate cazurile de nefrită cronică. Ni se va obiecta că e meșteșugită. Este meșteșugită ca orice clasificare de sigur; dar este nu mai puțin necesară pentru o orientare precisă și sigură, cum și pentru încadrarea felurilor aparițiilor clinice. Deși nu este o congruență perfectă între leziunile anatomopatologice și simptomele clinice, clasificarea aceasta anatomoclinică ne dă lămuriri asupra simptomului clinic dominant, — două date, cari interesează mai mult pe medicul practician la stabilirea tratamentului și prognosticului.

Lucrarea de față nu are pretenția de-a rezolvi în mod definitiv această mare problemă; ea este însă începutul unei lucrări bazate pe observații clinice și cercetări de laborator. Această clasificare a rezultat din constatarea, că prin întâlnirea celor două școli amintite discuția asupra acestei chestiuni devenea imposibilă tocmai din cauza clasificărilor atât de divergente. O clasificare care să se impună pentru toată lumea medicală și care să facă posibilă discuția și scrutarea, se va dobândi numai prin armonisarea rezultatelor științifice ale școalei franceze și germane. Doresc ca aceasta lucrare să fie o modestă rândunică în această direcție.

CLINICA MEDICALĂ DIN CLUJ

Director: PROFESOR DR. IULIU HATIEGAN.

Contribuțiuni la studiul nefritelor paludice.

de Dr. I. STOICHIȚIA, asistent.

Dintre numeroasele complicațiuni și forme de manifestare ale paludismului, leziunile renale nu sunt cele mai rare. Nefritele cauzate de paludism, se prezintă cu mult mai des de cum s'ar crede și e curios că în literatură medicală mai nouă, abia găsim câteva publicațiuni, cari se ocupă cu această complicație serioasă a paludismului, deși chestiunea este încă departe de a fi pe deplin lămurită.

Datele autorilor, cari s'au ocupat în special cu paludismul, diferă mult în privința frecvenței nefritelor paludice, iar interpretarea lor este foarte variată. În timp ce unii nu admit existența lor, alții o privesc ca o raritate, iar majoritatea autorilor citează un număr exagerat de cazuri. Astfel *Frerichs* dintr'un mare număr de paludici observați pe malul Friez, printre cari forme grave, cu ascită și cahecsie, nu a găsit nici un singur caz cu nefrită. *Munk* din 1000 cazuri de paludism, în nici unul nu a observat nefrită. *Levy* din 933 de cazuri de paludism, a găsit nefrită abia în câteva, tot astfel și *Bohn*. *Ziemann*, în marea sa monografie despre paludism, citează un singur caz, observat de el, la o malarie quartană. *Haidenhain*, care a avut ocazia să observe în Marienwerder o serie de epidemii de paludism, nu a găsit niciodată nefrită, pe când în ultima epidemie aproape tot al doilea caz prezenta și nefrită.

Bamberger din 1623 de cazuri de nefrită, abia în 13 (0.8%) găsește nefrită paludică.

În schimb, autori ca *Bartels* (Kiel), *Kelsch* și *Kiener* (Algeria), *Soldatow* (Bulgaria), *Alkinson* și *Wood*, *Remi-Picci*, *Bowmann*, și *Flensburg* (Suedia), observă destul de des în paludism diferitele forme ale nefritei. *Rosenstein* spune că, din totalitatea cazurilor de nefrită observate de el în Dantzig, 23% aveau ca etiologie paludismul. Acelaș autor, în partea nordică a Olandei, regiune eminentă paludică, a observat foarte rar cazuri de nefrită malarică, iar în partea sudică a țării, unde paludismul survine mai rar, a găsit foarte multe cazuri complicate cu nefrită. Cazurile observate de el, au fost nefrite acute, cu simptome bine pronunțate (oligurie, hematurie, albuminurie etc.), cari apăreau mai ales în formele cotidiene de paludism, când stadiul de transpi-

rație al accesului paludic lipsea. Durata a variat între 2 săptămâni și 4 luni; nu a observat nici un caz trecut în stare cronică, precum nici cazuri mortale. Crede că este vorba de o localizare a paludismului în rinichi.

În ce privește chestiunea frecvenței nefritei în diferitele forme ale paludismului, observațiile făcute sunt mai omogene. *Mollow* a găsit nefrită paludică în 4 cazuri de malarie terțiană, 1 caz de infecție mixtă, terțiană și quartană și în 5 cazuri de tropică. *Moore*, a observat în 68.7% din totalitatea cazurilor de malarie tropică, nefrita și numai excepțional în formele terțiane. *Jancsó*, din 1958 de cazuri de paludism, toate între anii 1888—1904 în Clinica medicală din Cluj, a găsit la 31 (1.5%) nefrită paludică. Din aceștia 3 au avut paludism formă terțiană, 3 formă quartană, 1 formă mixtă, iar restul forma tropică. În 2 cazuri a constatat o degenerescență amiloidă, în 13 nefrită cronică, iar în 14 cazuri nefrită acută. A avut și 3 cazuri mortale, verificate la autopsie.

În ce privește interpretarea nefritelor paludice, nu s'a ajuns încă la o părere unitară. Unii autori (*Rosenstein*, *Erdélyi*, *Kurz*), cred că este vorba de o localizare a paludismului în rinichi, iar alții (*Schilling*, *Jancsó*, etc.) susțin că ar fi o consecință a infecției paludice.

Dacă analizăm datele, atât de variate, ale autorilor citați, cu privire la frecvența, formele și interpretarea nefritelor paludice, pare curios faptul, că o chestiune atât de nelămurită încă, în timpul din urmă, s'a dat cu totul uitării. Războiul mondial, prin estinderea neobișnuită a paludismului pe diferitele fronturi, ne-a dat un material de observație extraordinar de mare, iar mijloacele de explorațiune clinică de cari dispunem acum, ne fac posibilă diagnosticarea sigură și precisarea naturii acestor nefrite, iar prin aceasta însăși clarificarea chestiunii, ce ne preocupă. Se naște deci dela sine întreba ea, decă nu cumva, tocmai prin studiarea mai amănunțită, pe baza unui material mai bogat și cu mijloace mai perfecționate, a etiologiei și formelor nefritelor paludice, s'a ajuns la constatarea, că observațiile autorilor mai vechi au fost greșite și că nefritele, cari survin în paludism nu au nimic a face cu paludismul.

Întrebarea pusă a rămas fără nici un răspuns, și acesta este motivul, care ne-a îndemnat să ne ocupăm de aceasta chestiune și să comunicăm observațiile noastre în aceasta materie.

Observațiile noastre se referă la un material de 70 de paludici, tratați în clinica noastră dela I. XI. 1919—I. XII. 1920, adică în decurs de 13 luni. Citez numai cazurile, în cari diagnosticul clinic a fost verificat și prin aflarea hematozoarului în sângele periferic. Din

aceste 70 de cazuri, infecții cu plasmodium vivax (terțiană), au fost 66, cu plasmodium praecox (tropică) au fost 4; forme de quartană nu am avut.

Din totalitatea cazurilor observate: 32 au intrat în serviciu dela 1. XI. 919—1. IX. 920, adică într'un interval, de 10 luni, iar restul de 38, dela 1. IX.—1. XII. 920, deci într'un interval de 3 luni. Formele tropice, au venit toate în intervalul din urmă. Se observă, deci, că majoritatea paludicilor s'au prezentat în toamna anului 1920, când am avut o afluență neobișnuită de paludici și la consultațiile gratuite ale clinicei, ceea ce ne arată că avem a face cu o endemie de paludism.

Din cele 70 de cazuri, am observat *albuminurii* simple, trecătoare, fără vreo lezare mai însemnată a rinichilor (fără elemente renale, hematii sau cilindrii. Funcțiune renală normală.), la 10 cazuri (10.4%), iar în 6 cazuri (5.6%) am găsit leziuni renale importante, cu simptome clinice bine pronunțate (edeme, albuminurie, hematurie, cilindri etc.)

Nu insist asupra cazurilor cu albuminurie simplă, ele fiind trecătoare și dispărând odată cu suprimarea acceselor paludice. Mă opresc la cele 6 cazuri cu nefrită, din cari 5 au survenit în curs de 3 luni, cu ocazia endemiei din toamnă, iar unul singur în decursul verii. Dacă luăm numărul nefritelor observate în toamnă și le raportăm la totalul paludicilor tratați în acel interval, avem un procent de 13.1%. Din totalul nefritelor (147) tratate în acest interval în clinica noastră, 4% au fost paludice.

Diagnosticul acestor cazuri a fost pus, nu numai după antecedentele bolnavilor, după frisoanele observate și alte simptome clinice, ci s'au precizat prin examenul minuțios al sângelui, găsindu-se în toate cazurile hematozoarul, leucopenie și o mononucleosă relativă, astfel că diagnosticul pus este mai presus de orice îndoială.

Originea paludică a nefritei, în cazurile amintite, o probează pe deoparte survenirea ei în decursul acceselor paludice, și lipsa totală a unui alt element toxi-infectios în antecedentele bolnavilor, precum și rezultatele terapeutice miraculoase obținute prin tratamentul cu chinină. În ce privește forma clinică a nefritelor paludice observate de noi, am avut 4 cazuri de glomerulonefroză cronică.

Cele dintâu nu se deosebiau întru nimic de formele, cari se observă în genere după scariatină: prezentau simptome evidente ca albuminurie ($\frac{1}{3}$ —1%₀₀ Esbach), hematurie, edeme palpebrale, ușoară hipertensiune arterială (120—140 după Riva-Rocci), diminuare a capacității de eliminare a lichidelor, a forței de concen-

trație și diluare, retardare în eliminarea coloranților, etc. Nefrita s'a declarat la 4—8 săptămâni după primele accese paludice. A fost tratată numai cu chinină, ne administrând nici un alt medicament, pe lângă un regim în faza primă hidric-lactat, în faza a doua lacto-vegetarian.

În câteși 4 cazuri am obținut o vindecare completă, care a urmat la 4—8 săptămâni după instituirea tratamentului specific. Vindecarea nefritei o dovedește dispariția permanentă a tuturor simptomelor renale citate, iar vindecarea paludismului o probăm, prin dispariția simptomelor clinice, suprimarea acceselor palustre, revenirea volumului splinei la normal și prin examenul repetat al sângelui, în care nu s'a mai găsit hematozoarul, numărul leucocitelor a revenit la normal, sau a chiar crescut, iar mononucleoza a dispărut, tabloul leucocitar fiind normal.

Cele 2 cazuri de glomerulonefroză, prezentau tabloul nefritelor cronice mixte, având edeme extinse, oligurie, albuminurie pronunțată (4—6%₀₀ Essbach), în sediment hematii, foarte mulți cilindrii hialini și granuloși, celule renale, hipertensiune arterială, hipertrofie a cordului stâng. Probele funcționale ne arată, pe lângă o diminuare și retardare a eliminării lichidelor, a forței de concentrație și diluare, și o retenție a clorurilor.

Tratamentul a fost același, ca și în cazurile acute. O vindecare completă nu s'a putut obține; după un tratament de 7—10 săptămâni, am ajuns însă la o ameliorare considerabilă. Pe când după un tratament obișnuit cu regim, diuretice, nu s'a văzut nici o ameliorare, starea continuând să rămâie aceeași; după instituirea tratamentului cu chinină, pe care l'am combinat și cu albastru de metilen, pe lângă un regim mixt, a început diureza, edemele s'au micșorat și în urmă au dispărut cu totul, cantitatea de albumină a scăzut considerabil, iar elementele renale s'au împuținat. Vindecarea paludismului la acești bolnavi a fost probată prin rezultatul aceluși examinări precise ale sângelui, ca și în cazurile acute.

Țin să accentuez în acest loc, că în toate cazurile am avut de a face cu paludism formă terțiană, spre deosebire de autorii citați, cari au observat nefritele cu deosebire în formele tropice ale paludismului.

Pentru clarificarea și dovedirea celor espuse, comunic în întregime 2 observații: cea dintâu, a unui bolnav cu paludism terțian și glomerulonefroză cronică.

Observația I.

Elevul de liceu N. A. R., de 16 ani, din Cojocna, intră în serviciu la 12. X. 920 pentru frisoane repetate.

În antecedentele heredo-colaterale, nimic important. A fost totdeauna sănătos, n'a suferit de nici o boală infecto-contagioasă. Boala actuală datează de 7 săptămâni, când a început brusc cu friguri, cari l'au ținut cam 2 ore și au fost urmate de călduri și transpirație. După acces, care a durat în total cam 6 ore, se simțea relativ bine, își continua ocupațiile, până a doua zi, când, aproximativ la aceeași oră, accesul îi revenea. Primele 2 săptămâni a avut frisoane în fiecare zi. Atunci a luat câteva prafuri de chinină, după cari s'a simțit mai bine. Accesele au devenit mai rare, apărând numai la câte 2 zile. Ultimul acces cu o zi, înainte de intrarea în spital. Bolnav de statură mijlocie, bine dezvoltat, țesutul muscular, celulo-adipos potrivit. Tegumentele palide. Prezintă ușor oedem al pleoapelor. Sistemul nervos, aparatul circulator, respirator, normale. Abdomenul normal, nesenzibil la palpație. Ficatul de mărime normală, nedureros. Splina ușor mărită, se palpează pe 2 lățimi de deget sub falsele coaste, de consistență dură. La examenul microscopic al sângelui, constatăm prezența unui mare număr de hematizoari tip terțian (*plasmodium vivax*). Reacția Wassermann din sânge negativă. Numărul leucocitelor 5500.

Tabloul leucocitar :

Polinucleare neutrofile 69%
 Mononucleare 19%
 Limfocite 9%
 Metamielocite 2%

Examenul urinei: Urina de culoare galbenă deschisă, cu hârtia de turnesol dă reacție acidă. Densitatea specifică 1015. Albumină ++, zahăr=0, puroi=0. În sedimentul centrifugat se găsesc leucocite, foarte multe globule roșii de sânge și câțiva cilindrii hialini. Dosagiul albuminei după Essbach $\frac{1}{2}$ %. Urea în sânge 0.13%. Tensiunea arterială (Riva-Rocci) 125 130.

Diagnosticul: *paludism formă terțiană, glomerulonefrită acută paludică.*

Instituim tratamentul cu chinină după prescripțiunile lui *Nacht*, combinat cu injecțiuni subcutanate de adrenalină.

Bolnavul este apucat seara după intrarea în spital de un puternic frison, care ține cam $2\frac{1}{2}$ ore, prezintă ascensiune de temperatură 39° C, transpiră abundant, iar după 6 ore temperatura cade la normal. Bolnavul acuză cefalee.

13. X. Se dă $\frac{1}{4}$ mgr. adrenalină subcutanat din o soluție 1:1000. După $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, 1, 2 și 3 ore se administrează câte 0.20 ctgr sulfat de chinină pe cale bucală.

14. X. Frisonul nu se repetă. Bolnavul prezintă la ora obișnuită ascensiune termică 38° C, are transpirații. După 5—7 ore temperatura normală.

15. X. Aceiași terapie. Temperatura normală. Subiectiv bine. Seara se dă regimul lui *Strauss*, necesar pentru determinarea funcțiunii renale. Bolnavul îngerează o mâncare preparată din 2 ouă și 1 gr. sare, 100 gr. pâine cu unt și 200 ccm. ceai.

16. X. Același tratament. Frisonul un se mai repetă. Temperatura normală.

După ce la ora 6 și 7 dimineața i-se ia urina, primește o cantitate de 1000 gr. ceai. Urinează în porțiuni separate la ora 8, 9, 10 și 11. Se dă 100 gr. pâine albă, 100 gr. caș cu 1 gr. sare. Urinează la ora 1. Îngerează o mâncare din 3 ouă, 1 gr. sare și 1 măr. Urinează la ora 3. La ora 4 primește 100 gr. pâine albă, 100 gr. caș și 1 gr. sare. Urinează la ora 5 și 7 d. a. Porțiunile de urină astfel eliminate se examinează, măsurându-li-se cantitatea

și densitatea specifică. Se determină cantitatea chlorurilor și ureei în diferitele porțiuni.

Astfel facem deodată examinarea forței de acomodare, a capacității de diluție și concentrație a rinichilor, dimpreună cu capacitatea eliminării ureei și chlorurilor.

Se obține următorul rezultat:

Ora	Cantitatea	Densitatea specifică	Chlorurii la %	Urea la %
8	81 ccm.	1015	1'17%	0'73%
9	102 „	1015	1'10 „	0'75 „
10	103 „	1015	1'15 „	0'63 „
11	75 „	1015	1'18 „	0'82 „
1	101 „	1015	1'15 „	0'90 „
3	135 „	1015	1'18 „	0'79 „
5	130 „	1015	1'16 „	0'96 „
7	140 „	1015	1'17 „	1'00 „
Total	867 „			
	maximal	1015	1'18	1'00
	minimal	1015	1'10	0'63

Observăm deci, o întârziere și insuficiență a eliminării lichidelor, o abolire totală a capacității de diluare și concentrare. Eliminarea chlorurilor și a ureei se face în mod aproape normal. Maximul de eliminare pentru chloruri la ora 11, pentru uree la ora 7; minimumul de eliminare pentru chloruri ora 9, pentru uree ora 10. Rezultatul probei funcționale prezintă tipul glomerulonefritei acute, cu o turburare funcțională destul de însemnată.

17. X. Se suspendă tratamentul început, pentru 4 zile. Se dă 0.05 ctgr. albastru de metilen subcutan. Prima urină colorată apare după $\frac{1}{2}$ oră. Diureza 1600 ccm.

18., 19., 20. X. Temperatura continuă să fie normală. Frisoanele nu s'au mai repetat. Tumefierea pleoapelor dispărută. Bolnavul se simte bine. Ultimul rest de albastru de metilen se elimină după 59 ore. Diureza, 1400, 1600, 1800 ccm.

21. și 22. X. Temperatura normală. Subiectiv bine. Se dă din nou chinină în modul arătat. Examenul urinei: Albumină în urme. În sediment puține globule roșii de sânge. Cilindri nu se mai găsesc. În sângele periferic nu se mai găsește hematozoarul. Diureza 1600, 1400 ccm.

23—29. X. Bolnavul se simte bine. Se suspendă din nou chinina. Temperatura normală. În sângele periferic, după examene repetate nu se găsește hematozoarul. În urină albumină nu este, la microscop foarte puține globule roșii de sânge. Diureza se menține.

30. X.—9. XI. Se dă din nou chinină, diureza crește la 2000 ccm. Temperatura normală. Bolnavul face plimbări.

10. XI. Temperatura normală. Bolnavul petrece ziua întreagă în afară de pat. Examenul urinei ne dă o urină clară, fără albumină, în sediment nimic patologic. În sânge hematozoari nu se găsesc. Bolnavul este concediat pentru 2 săptămâni. Părăsește serviciul.

25. XI. Intră din nou în serviciu. În timpul absenței s'a folosit de toate libertățile, a alergat, a mâncat orice. Frisoanele nu s'au mai repetat. S'a simțit perfect de bine.

Oedeme nu prezintă. In sânge hematozoari nu găsim. Urina clară, acidă, densitatea specifică 1025. Albumină, zahăr, puroi nu prezintă. In sediment nimic patologic.

26. XI. Se face o nouă probă a funcțiunii renale cu următorul rezultat :

Ora	Cantitatea	Densitatea specifică	Chlorurii la ‰	Urea la ‰
8	250	1005	0.10‰	0.24‰
9	790	1002	0.01‰	0.12‰
10	196	1006	0.20‰	0.38‰
11	80	1011	0.80‰	0.40‰
1	88	1023	1.1‰	0.14‰
4	104	1024	1.1‰	0.75‰
7	108	1025	1.2	0.96‰
Total	1616			
maximal		1025	1.2 ‰	0.96
minimal		1002	0.01 ‰	0.12

(Rivà-Rocci) 150—155. Urea in sânge 0.26‰, Reacțiunea Wassermann din sânge negativă.

Rezultatul probei funcțiunii renale :

Ora	Cantitatea	Densitatea specifică	Chlorurii la ‰	Urea la ‰
8	67 ccm.	1020	0.70 ‰	0.62 ‰
9	70 „	1020	0.90 „	0.60 „
10	64 „	1020	0.80 „	0.81 „
11	40 „	1020	0.85 „	0.90 „
1	65 „	1020	0.70 „	0.68 „
3	16 „	1020	0.71 „	0.79 „
5	110 „	1020	0.76 „	0.68 „
7	116 „	1015	0.72 „	0.73 „
Total	548 „			
maximal		1020	0.90 ‰	0.90 ‰
minimal		1015	0.70 ‰	0.60 ‰

Eliminarea lichidelor se face deci în mod normal, diluția și concentrația a devenit normală.

Dosagiul ureei în sânge 0.15‰

Tabloul leucocitar : Polinucleare neutrofile 75‰

Mononucleare 2‰

Linfocite 21‰

Metamielocite 2‰

1. XII. Părăsește serviciul complet vindecat.

In rezumat : Avem a face cu un caz de paludism formă terțiană, cu glomerulonefrită acută. Atât paludismul, cât și nefrita s'au vindecat complet prin tratamentul cu chinină și adrenalina.

Cazuri asemănătoare am avut în total 4.

Observația II.

Bolnavul Z. I. de 14 ani, din Soporul de-Câmpie (jud. Cojocna) intră în serviciu la 4. X. 920 pentru oedeme generalizate și dispnee. Antecedentele heredo-colaterale fără importanță. Neagă boli infecto-contagioase. Pretinde că până la îmbolnăvirea prezentă a fost totdeauna sănătos. Boala actuală a debutat insidios înainte cu o săptămână. Bolnavul a observat că i-se tumefiază fața, apoi gambel, iar mai pe urmă întreg corpul, încât nu a mai putut umbla și a fost nevoit să zacă. La vr'o câteva zile s'a declarat o tusă chinuitoare și respirația i-a devenit tot mai dificilă.

Bolnav de statură mijlocie, potrivit dezvoltat. Prezintă oedeme considerabile pe întreg corpul. Are ascită. Sistemul nervos normal. Aparatul respirator : asupra pulmonilor respirație aspră, cu foarte multe raluri ronflante și sibilante. Aparatul circulator nimic, în afară de o accentuare al sgotului al 2-lea pulmonar. Abdomenul foarte balonat, conține lichid liber. Ficatul și splina nu se pot palpa. Urina de culoare galbenă portocalie ; cu hârtia de turnesol dă reacție acidă. Densitatea specifică 1015. Albumină † † † †, zahăr=0, puroi=0. In sediment leucocite, multe globule roșii de sânge, foarte mulți cilindri hialini și granuloși Cantitatea albuminei după Essbach 2‰. Tensiunea arterială

Avem deci o retenție a lichidelor, o abolire completă a capacității de diluție și concentrație, cu o ușoară retenție de chloruri. Corespunde tipului nefritelor mixte.

Diagnosticul : *glomerulo-nefrosă hidropigenă.*

7. X. Se prescrie un regim hidric-lactat declorurat. La interior digitală + cafeină + diuretină.

8. X. Se dă 0.05 ctgr. albastru de metilen subcutan. După 1/4 de oră apare cea din tui urină colorată. Persistă aceeași stare.

9—12. X. Starea generală neschimbată. Diureza 1000, 1200 ccm.

14. X. Bolnavul are după amiazi o urcare bruscă de temperatură : 39°3 C., însoțită de o ușoară senzație de frig. Din partea organelor interne, nici o schimbare. Urina foarte hemoragică. Conține o enormă cantitate de globule roșii de sânge. După 6—7 ore temperatura cade la normal. Hematozoari nu se găsesc.

16. X. După amiazi ascenziune termică : 39°4 C., nici frison, nici senzație de frig. Din partea organelor interne, nimic deosebit. Urina, hemoragică. In sângele periferic se găsește un mare număr de hematozoari tip terțian Se începe tratamentul cu chinină după Nocht.

17.—21. X. Temperatura normală. Diureza se urcă la 1800 ccm. oedemele încep să diminueze. Bolnavul se simte mai bine. Dosagiul albuminei după Essbach 1 1/2 ‰.

22.—26. X. Temperatura normală. Diureza se menține. Oedemele aproape dispărute. Albumina după Essbach 1‰ Urea în sânge 0.29‰. Tensiunea arterială (Rivà-Rocci) 110—115.

28—30. X. Temperatura normală. Diureza 2000 ccm. Hematozoari în sângele periferic nu se mai găsesc. Oedemele cu desăvârșire dispărute. Albumina după Essbach 0.8 ‰. In sediment multe globule roșii de sânge, câțiva cilindri hialini.

7—9. XI. Se dă în locul chininei, albastru de metilen 3×0.20 pe cale bucală. Starea generală bună.

15. XI. Oedemele total dispărute. Bolnavul se simte bine, face plimbări. Nu tușește. Dispnee nu are. Albumină

după Essbach 0.8‰. În sedimentul urinei globule roșii de sânge, 4—5 pe un câmp microscopic. În sângele periferic, după examene repetate nu se găsesc hematozoari. Bolnavul părăsește serviciul.

Rezumând observația, constatăm că avem a face cu un individ submediocru ca inteligență, care în antecedentele personale, nu ne dă nici un indiciu cu privire la boala de care suferă. Originea paludică a acestei nefrite o probează însă în deajuns faptul că, pecând prin tratamentul obișnuit cu diuretice și regim strict, nu s'a obținut un rezultat satisfăcător, îndată ce i-am administrat chinină, diureza a devenit mai abundentă, edemele au diminuat rapid, iar cantitatea de albumină și elemente renale a scăzut. O vindecare complectă nu s'a putut obține, — nefrita este cronică; — am ajuns însă la ameliorare considerabilă. Credem, că în cazul de față avem a face cu un paludic vechiu, care avea un paludism latent ce s'a manifestat în decursul șederii în spital. Cazuri asemănătoare am avut în total 2.

Ca rezultat al observațiilor noastre, se impun următoarele concluziuni:

1. *Nefritele sunt o complicație destul de frecventă a paludismului: le găsim într'un număr destul de însemnat și în formele terțiane, nu numai în cele tropice.*

2. *Ele survin cu deosebire sub formele glomerulare acute, cari pot însă trece în stare cronică. Agențul patogen — hematozoarul și toxinele lui — este deci glomerulotrop.*

3. *Prin tratamentul rațional cu chinină se obține de obicei vindecare complectă, în cazuri acute, ameliorări considerabile în cele cronice. Acțiunea chininei se poate privi ca specifică.*

4. *Survenirea mai deasă a nefritelor paludice în decursul epidemiilor pare a fi cauzată de o toxicitate mai vie a hematozoarului în aceste epidemii.*

CLINICA OFTALMOLOGICĂ DIN CLUJ

Operația Cataractei la Clinica Oftalmologică din Cluj.

(Cercetări statistice, terapeutice și optice)

de PROF.-AGR. DR. D. MICHAIL
Directorul Clinicei.

Clinica Oftalmologică din Cluj este astăzi cel mai important centru ocular al Ardealului. Clientela sa crește zilnic tot mai mult față de trecut, fiindcă dacă împrejurările trecutului au contribuit ca lumea suferindă de ochi să fie îndreptată spre Buda-Pesta, dreptatea

istoriei face ca astăzi, această clientelă să revie în întregime, și spre folosul ei, centrului său natural: Clujul.

În aceste împrejurări, Clinica Oftalmologică din Cluj prin faptul că este în același timp o instituțiune de învățământ superior menită să dea directive, simte ca o datorie să lămurească pentru publicul medical ardelean în special, anume probleme oculistice de largă importanță socială pentru țară.

Aceste lămuriri directive la găsim cu atât mai mult îndreptățite cu cât în Ardeal există deja mai multe centre oculistice embrionare cari nu așteaptă decât specialiștii tineri, energici și bine pregătiți, pe cari sunt sigur că în curând îi vom putea avea și am dori ca experiența noastră întinsă a celor cari conducem clinici universitare să poată servi ca jaloane directive pentru practica zilnică a tuor acestor tineri specialiști.

Sunt pe de altă parte în Ardeal, oculiști cu trecut, mai numeroși ca în vechiul regat, elevi ai diferitelor școli străine, cari aplică în mod izolat tehnice terapeutice din cele mai variate și disparate și cari totuși n'au ajuns din experiența lor la concluziuni științifice bine cristalizate în diferitele probleme ale oftalmologiei. Acestor din urmă specialiști, cercetările Clinicii Oftalmologice din Cluj, bazate pe un material bogat și bine studiat le poate iarăși servi spre lămurire.

Printre problemele de căpetenie ale oftalmologiei care interesează cu deosebire pe oculiști este chestiunea cataractei sub toate aspectele sale clinice. Deși progresele făcute cu deosebire în tratamentul cataractei sundestul de mari, totuși cataracta prezintă zilnic atâtea puncte noi și nelămurite încât, orice lucrare nouă bazată pe fapte și experiențe este tot-d'auna bine venită pentru cei ce se interesează de aproape de evoluția atât de miraculoasă din ultimul timp a oculisticei. În articolul de față voi căuta să schițez în lineamente generale chestiunea cataractei așa cum s'a prezentat la Clinica Oftalmologică din Cluj în cursul anului 1920 și voi pune în evidență punctele noi câștigate în aceasta direcție din experiența unui an.

*

Date statistice generale

În cursul primului an (1920) de când conduc Clinica Oftalmologică din Cluj am avut ocaziunea să operez și să studiez cu asistenții mei, mai ales din punct de vedere operator și optic un număr de 143 cataracte aparținând la 138 bolnavi.

După aspectul lor clinic putem împărți aceste cazuri în următoarele grupe:

1. Cataracte senile	103 cazuri
2. „ secundare	10 „
3. „ juvenile și congenitale	14 „

Tratamentul intravenos cu urotropină în febra tifoidă.

de Dr. SEPTIMIU BARIȚIU asistent.

Până în prezent nu dispunem de un ser sau vaccin specific în febra tifoidă, deși unii cercetători ne relatează rezultate favorabile obținute cu ser antitific și vaccin.

Atât principiile teoretice ale acestei terapii, cât și efectul ei sunt însă dubioase. Nefiind pe de-o parte unitate în alegerea dozării, iar pe de altă parte existând diferite forme de întrebuițare (intravenos, subcutanat) nu avem — în acest tratament — o statistică unitară. Mai sunt în dezavantajul acestei terapii și perturbațiunile locale și generale (infiltrațiuni, urticaria, afecțiuni pulmonare, nefrite, artrite, neuralgii, collaps, emoragie) observate după tratamentul de vaccin și ser. La nesiguranta acestei terapii contribuie și greutatea indicațiunii, întrucât tratamentul acesta nu se poate aplica în toate cazurile. Afară de aceste considerațiuni, rezultatele obținute prin vaccin și ser nu se pot considera ca efecte specifice, pentru că astfel de rezultate au fost obținute de nenumerați autori cu heterovaccin (coli, staphylococcus etc.) De altfel, atât vaccinul, cât și heterovaccinul, aplicate intravenos sau subcutan, produc reacțiuni puternice (hiperpirexie, căderea bruscă a temperaturii, emoragie) adeseori periculoase pentru bolnav.

Schmidt și Saxl au întrebuițat injecțiile intramusculare de lapte, al căror efect însă, atât asupra mersului boalei, cât și a duratei ei, este minimal.

Lüdke a încercat cu produse de albumină (deuteralbumoză) și a obținut rezultate identice.

Vedem, deci, că nici sero-vaccinul, nici proteino-terapia, n'au dat rezultate multumitoare.

Acest fapt a condus la cercetări chimico-terapeutice, cari caută să ne dea o terapie precoce, intensivă și sterilizantă.

Dintre preparatele chimice, s'a aplicat mai întâi piramidonul, care influențează asupra centrului regulator termic, dar nu influențează nici decum mersul boalei.

Albastrul de metilen, ca tratament antitific, are dezavantajul, că efectul e tardiv, întrucât afebrilitatea completă urmează numai în a 21-a zi dela îmbolnăvire. Efect antipiretic nu are, ci numai oarecare efect antitoxic.

Jacobs a aplicat, în tratamentul febrei tifoide, la 21 cazuri, neosalvarsanul în doza 0'15—0'30 gr. cu efect vizibil asupra febrei și duratei boalei.

Chauffard a fost primul, care a aplicat urotropina, în tratamentul febrei tifoide. Urotropina (hexamethylen tetramină $[(CH_2)_6(NH_2)]_4$, după cum știm, este de reacțiune neutră, în apă se disolvă bine. Se întrebuițează și astăzi cu preferință, ca desinfectant al căilor urinare, fiindcă în urină acidă se dublează în formaldehyd. Dedublarea în formaldehyd fiind lentă, stomacul îl suportă, se poate administra săptămâni de-arândul, nu iritează rinichii.

Conduși de însușirea aceasta a urotropinei, unii autori au încercat aplicarea ei la diferite boale, de ex: Sachs în tratamentul anginei necrotice — Plaut-Vincenti, cu injecții intravenoase de urotropină și amintește ameliorare și căderea temperaturii la normal, — adeseori în forma critică — dispariția membranelor false, a inflamațiunii amigdalelor și a ganglionilor limfatici regionali. El a aplicat urotropina în doze crescânde. Siegfried Plaschkes a aplicat urotropina în cazurile de malaria tertiana. El a observat, încă în 1916, influența urotropinei asupra temperaturii și din controlul sângelui, dispariția formelor tinere ale plasmodiilor. Acțiunea antimalarică a urotropinei este cunoscută, deci, încă din 1916, în literatura germană. Urotropina s'a mai întrebuițat de O. Sachs în tratamentul sifilisului, administrând'o (intern, intravenos, intramuscular) în doze crescânde. El ne amintește câteva cazuri de sifilis recent, la cari a observat dispoziția exantemelor maculoase, dispariția tuturor simptomelor externe, după 2—3 injecții intravenoase sau intramusculare.

Chauffard, condus de principiul, că urotropina este un desinfectant și că se evacuează, o parte prin bilă, o parte prin urină, a preconizat tratamentul cu urotropină în febra tifoidă. Autorul italian G. Malan, în „Gazetta degli Ospitali“ 1912, Nr. 31, ne dă o statistică a cazurilor tratate după Chauffard. Din 31 cazuri, 21 au fost tratate cu urotropină. Din cele 10 tratate fără urotropină, a constatat 3 cazuri vindecate, 2 vindecate după recidivă și 5 cazuri mortale. Din cele 21 cazuri, tratate cu urotropină, 17 cazuri vindecate, 2 după o recidivă și 2 mortale.

La clinica noastră din Cluj de asemenea am întrebuițat tratamentul intravenos cu urotropină în doze crescânde, începând: în ziua întâia cu 2 gr. și continuând cu 3 gr, administrând în total 15—21 gr. de urotropină.

Tratamentul acesta l-am aplicat în 12 cazuri, și anume:

a) la 3 bolnavi primiți în prima săptămână a boalei;

b) la 6 primiți între ziua 7—10;

c) la 2 primiți în a doua săptămână a boalei;

d) unul primit în săptămâna a treia. Din totalitatea cazurilor: 9 au fost confirmate prin tabloul clinic și reacțiunea Widal, două prin hemocultură și unul diagnosticat clinic.

a) Din primele trei cazuri: în două, tratamentul cu urotropină n'a influențat nici durata, nici evoluția boalei, iar al treilea a sucombat, în săptămâna a doua, în urma unei complicațiuni de pneumonie.

b) Din cele 6 cazuri tratate din ziua a 10-a a boalei, la 2 cazuri s'a observat scăderea temperaturii în ziua a 14-a, la unul în mod critic, la celalalt în mod litic; la celalalte 4 cazuri, temperatura a scăzut între ziua a 16-a și a 20-a, la un caz în mod critic, la celalalte în mod litic.

c) Dintre cele două cazuri la două săptămâni, la unul temperatura a căzut prin liză în ziua a 18-a la celalalt caz, în ziua a 33-a. În tot decursul tratamentului, temperatura a făcut oscilațiuni mai pronunțate și s'a observat o ameliorare, în starea generală tifică.

d) În ultimul caz intrat după trei săptămâni, tratamentul n'a avut nici o influență, temperatura scăzând numai după ziua a 54-a.

La două din cazurile amintite sub a) s'a observat recidivă, în care însă, aplicat fiind tratamentul, recidiva a evoluat în 4—6 zile.

Concluzia observațiunii noastre este: *timpul cel mai potrivit al tratamentului cu urotropină este cel între 7—10 zile. Sub 7 zile urotropina n'are decât influență parțială, totuși e bine să se aplice, deoarece starea generală a bolnavului se ameliorează simțitor. Mai pronunțat este deci efectul urotropinei, dacă se aplică în săptămâna a doua a boalei, influențând în mod favorabil evoluția boalei și într'un procent considerabil grăbește deferoescența.* În recidive am observat, că e bine să se aplice tratamentul chiar din prima zi, deoarece el influențează atât temperatura, cât și durata recidivei.

Tratamentul cu urotropină aplicat intravenos este cu atât mai recomandabil, cu cât nu produce nici un fel de complicațiuni, iar din mica statistică a observațiunii noastre reiese, că rezultatele lui — sunt multumitoare.

Astfel, urotropina o putem considera ca un sterilizant, desinfectant, înzestrat cu capacitatea chimică de-a acționa favorabil asupra evoluției febrei tifoide, mai ales dacă este administrată la sfârșitul săptămânei prime și începutul săptămânei a doua.

CLINICA GYNECOLOGICĂ ȘI OBSTETRICALĂ DIN CLUJ

Director: PROF. DR. GRIGORIU C.

Asupra unui caz de eclampsie

de Dr. V. URSU, asistent I. al Clinicei.

Ne permitem a descrie un caz de eclampsie din Clinica de Gyn. și Obst.

Observație:

Femeia gravidă Ana Pal, etate 18 ani, necăsătorită, servitoare, intră în Clinică la 12 Sept. 920, pentru că de 2 zile are contracțiuni spasmodice sub forma de accese, în jumătatea stângă a feței.

Antecedente heredit. Fără importanță.

Ant. pers. Nimic important, în special neagă orice maladie anterioară, sifilis, epilepsie etc. Menstruația la 13 ani, se repeta la 28 zile, durează 7 zile, fără dureri sau turburări generale.

Ultima menstruație la 15 Ian. 919; prima mișcare fetală a simțit-o prin lunie:

În tot timpul sarcinei n'a avut nici un inconvenient, până acum 2 zile, când brusc i-a apărut în jumătatea stângă a feței contracții spasmodice: cari țineau câte-va secunde, fără pierderea cunoștinței, precedate de o „aura“ sub forma unui nod în laringe, și urmată de sialoree. Aceste accese repetându-se destul de des, la intervale de 10—15 minute (în intervalul cărora nu avea nici un inconvenient) o decid să se interneze în Clinică.

Status presens. Starea generală a pacientei este bună, de înălțime mijlocie, musculatură potrivită; sistemul osos normal dezvoltat. Pielea prezintă pigmentație pe față (cloasma), pigmentarea intensă a areolelor mamelilor, și a liniei albe. Nu prezintă edeme ale pleoapelor și nici a gambelor.

Corpul tiroid *neipertrofiat*, nu se simte bine la palpație. Conjunctivele culoare normală, pupila reacționează bine la lumină și acomodare.

Reflexele rotuliane exagerate. Examenul urinei făcut la 13. IX este negativ pentru albumină și zahăr; în depositul căpătat prin centrifugare nici un element renal.

Bassinul.

Diametrele:

spina iliacă 26 cm.
creasta iliacă 29 cm.
trocanterele 31 cm.
Conj. extern 20 cm.

Examen obstetrical.

Prezentare craniacă, capul mobil la strâmtoarea superioară, bătăile cordului fetal la stânga și sub ombilic. Fundul uterului la egală distanță între ombilic și apendice xifoid (4 lat. deget. supra ombilic), la dreapta părți mici fetale. Uterul moale, nu are contracții.

Prin tact vaginal se constată, un col lung, conic, moale; orif. intern închis, regulat, punctiform. Prin fundurile de sac se simte capul ce e mobil și balotează. În resumat este o sarcină la sfârșitul lunii a VIIIa.

13. IX. 920.

Descrierea acceselor. (contracțiunilor din jumătatea feței).

Accesul debută printr'o o „aura“ analoagă bulei hysterice, aura ce bolnava ne-o anunță ca prevestitoare a accesului. Apoi imediat se declară contracțiuni în jumătatea stângă a feței, contracții tonice la început apoi clonice, rezezi. Comisura bucala stângă e deviată mult la stânga și puțin însus. Convulsia globilor oculari la stânga și în sus.

Nu are contracții în maseteri, bolnava nu-și mușcă limba. În timpul accesului starea psihicului este subconștientă. Când este prinsă de acces în poziție sezândă nu cade jos. Contracții nu se observă în restul corpului. După acces are o ușoară stare de stupeoare din care își revine imediat. Se observă în acest timp și o sialoree foarte abondantă.

Gravida nu are *cefalee*, nici înainte nici după acces; nu are turburări în vedere, nici durere epigastrică (Chaussier) nici vomismente, în fine nici un fenomen premonitoriu de eclampsie. Toată ziua accesesele se repetă la intervale regulate de 20—30 minute, având aceleași caractere, fără ca starea generală să se re-

simtă. În intervalul acceselor se constată bine o pareză în partea stângă a feței; reflexele rotuliene foarte exagerate de ambele părți.

La ora 10 seara, convulsiile se întind la mâna stângă și piciorul stâng, consistând în contracții clonice mai mult de mică amplitudine. Starea psihică devine încoștientă în timpul acceselor, cări se îndesesc din ce în ce mai mult, până când la ora 11 seara se declară accese clasice de eclampsie, accese ce se succed unul după altul cu mare intensitate, cu mușcarea limbii, cu pierderea cunoștinței, cu coma.

Accesele devin apoi subintrate, fața și buzele extrem de cianosate, vinele gâtului preeminente, un lichid spumos ușor sanguinolent ese cu abondanță pe onficiile bucal și nasale.

Respirația stertoroasă; la auscultarea pulmonilor semne de edem pulmonar acut. Pulsul accelerat (peste 100) bine bătut. Temperatura ridicată (38⁰⁰). La examen extern și intern se constată că gravida nu se găsește la începutul facerei.

La ora 11^{1/2} pm se face o venesectie abondantă (peste 800 gr. sânge), injecție cu morfină 001 ctgr. care se repeta de 3 ori la interval de 15. Accesele continuă, mai rare, tot așa de puternice, de durată mai mică.

Se mai face o clismă cu cloral 4 gr; inhații de cloroform.

Dela ora 12—3 accesele se îndesesc din 10 în 10 minute, cu aceleași caractere, fără a fi influențate de tratament, decât în ceace privește intensitatea (mai ales prin cloroform).

Starea generală foarte gravă, puls mic și frecvent, cianosă, stare comatoasă, edemul pulmonar ce amenință cu asfixia; cordul foetal se preepe slab.

Ținând seamă de faptul că canalul cervical era închis complet, și starea generală a pacientei foarte alarmantă, în interesul mamei și a copilului se decide intervenția chirurgicală cât mai rapidă.

Operația la ora 3.20' am. 14. IX. 920. Operator: dl Proi. Grigoriu C. asistat de dr Ursu.

Narcosa cu cloroform. La începutul narcosei se declară o simcopă respiratorie din care pacienta își revine după câte-va minute de respirație artificială.

Se face secțiunea cesariană clasică; se extrage un făt profund asfixiat (care nu-și mai revine cu toate încercările) apoi se extrag placenta cu membranele foetale. Se închide uterul prin suturi profunde și superficiale, înfundându-le prin o sutură seroseroasă.

Urmările post-operatorii. După intervenție accesele continuă foarte des, din 5 în 5 minute. Nu au însă caracterul de generalizare. Se limitează mai mult la față (partea stângă), la mâna stângă și la piciorul stâng, ce prezintă un semn Babinsky net. Deviația globilor oculari la stânga când debutul accesului e la partea stângă a feței, sau la dreapta când debutul e la dreapta (debutul ultim l'am constatat foarte rar).

La 6 ore după operație, examenul urinei ne dă nu nor ușor de albumină, iar după centrifugare în câmpul microscopului se constată foarte mulți cilindri granuloși, lialini, celule renale etc. Zahăr nu se găsește.

Accesele continuând la ora 7. am, se administrează o clismă cu cloral 3 gr. Starea aproape aceias, accesele continuă dese, în interval bolnava are câteva clipe de ușoară luciditate. Ora 2 pm. se face o injecție intravenoasă cu cu ser de gravidă normală 10 cc.

Ora 4 pm. Intravenos 10 cc. sânge defibrinat de gravidă normală.

Ora 8 pm. 20 cc. sânge defibrinat de gravidă normală.

Accesele în toată ziua după acelaș tip (negeneralizate), stare subconștientă și chiar ne răspunde cu greutate cum o cheamă.

15. IX. 920.

Ora 9 am. Abdomenul ușor balonat, retenție de urină; cordul slab se menține cu digalen, camfor etc. Clisma evacuatoare. Noaptea și ziua de 15 IX. a. m. starea gravă continuă, are 15 accese limitate la față și mâna stângă.

Ora 10 am. Se face puncție lombară, se extrage 15 cc. lichid cefalorachidian. Tensiunea lichidului mică; reacția globulinelor (Pandy) negativă.

Examenul ureei și clourilor în sânge și liq. cef. rachidian în decursul accesului, ne dă următoarele cifre:

I. Lichid cef. rachidian:

urea 0.68‰ (normal 0.25—0.35)
cloruri 11‰ (" " " 6‰)

II. În sânge:

urea 0.90‰ (normal 0.20—0.50).
cloruri 7.5‰ (3—5 gr.‰)

Clorurii dosati cu clorurimetrul Strauss.

Urea cu aparat Litre:

Ambele examene făcute în labor. Clin. Med.

Ore 5 pm. Pulsul slab, stare semicomatoasă; evacuare intestinală spontană; accesele rare (3 la număr toată după amiaza). Se mai face o puncție lombară. se extrage 10 cc. lichid în care timp are un acces.

16 IX. 920. injecții cu digalen, ol. camforat. Bolnava are senzația de durere.

Dimineata se face intravenos 20 cc. sânge defibrinat de lăuză normală (care se găsea la 2 zile după naștere).

Pare că starea generală e mai bună, vorbește, cere apă. Pulsul bun După amiazi are 2 accese (unul la 4 pm. altul la 8 pm 17. IX. Tonice cardiace.

Intravenos se administrează iarăși 20 cc. sânge defibrinat. de vază normală (ce se găsea la 14 ore după naștere).

Nu mai are nici un acces.

18. IX. Injecție intravenoasă cu 20 cc. sânge de fibrinat de lăuză normală, are un ușor acces de opresiune în timpul injecției.

Nu are niciun acces.

19. IX. Nici un acces.

20. IX. idem

21. IX. idem

22. IX. Starea generală bună, are apetit, uripează spontan, pulsul bun.

23. IX. Se scot agrafele. Reunire perprimam.

În zilele următoare; din ce în ce se reconfortează, apoi părăsește patul vindecată.

Resumând acest cas putem spune următoarele: este vorba de o gravidă la care au apărut accese tipice de eclampsie. Acest cas are totuși câteva particularități care-l deosebesc de casurile obișnuite:

I. Premergător acceselor tipice de eclampsie, se constată cu 3—4 zile înainte accese de contracții spasmodice localizate în 1/2 stângă a feței, după cum s'a descris mai sus.

II. La bolnava noastră în tot timpul cât a fost observată, înaintea facerei și în plină fasă eclamptică, nu s'a putut găsi indicații care să ne denote o afecție renală. Elemente renale și ușoară albuminurie s'a constatat 24 ore după operație.

III. În cazul nostru, cu tot tratamentul aplicat ce se obișnuiește în majoritatea casurilor: a) tratament conservativ b) trat. radical consistând în rapida evacuare a conținutului uterin, timp de mai bine de 48 ore, accesele au continuat aproape cu aceeași intensitate.

IV. Ținem să remarcăm că în cazul descris, cum de altfel s'a putut constata și de alți autori, că corpul tiroid nu numai că nu era hipertrofiat cum se întâmplă în casurile de sarcină, ne-a făcut impresia cel puțin clinicește că ar fi mai mic ca normal.

V. Ca simptom clinic iarăși de remarcat este și sialorea abondantă care s'a putut constata la bolnava inoastră în zilele premergătoare acceselor eclamptice, simptom ce-l găsim destul de evidențiat în alt tip de intoxicație gravidică ca hyperemesis gravidarum.

VI. De observat mai este faptul că accesele eclamptice au apărut înainte și independent de începutul contracțiilor uterine, căci cum am arătat mai sus, bolnava nu se găsea în travaliu. Prin urmare cazul nostru în-

preună cu altele descrise în literatură stă în contradicție cu ipoteza emisă de unii autori (*Dienst etc.*) cari afirmă că eclampsia nu ar fi alt ceva decât o inundare a organismului cu fibrin ferment produs leucocitar care invadează organismul la începutul contracțiilor de facere. (Vezi în detaliu lucrarea dr. *Grigoriu C.* și *Bienenfeld* în *Wiener. Klin. Wochenschr.* 910. No. 38 și *Spitalul* 910. No. 21.)

VII. Căutând a ne da seama de câte-va semne clinice particulare ce bolnava a presintat, ar fi de remarcat *contractiile premonitorii* ce pacienta le-a avut în $\frac{1}{2}$ stângă a feței. Am putea admite că aceste contracții au fost cauzate de aceiaș cauză ce mai târziu ne-a produs accesele clasice de și chiar dacă acestea nu s'ar fi produs am fi avut forma frustă de eclampsie. (Eclampsie ohne Anfälle descrise de *Heinrichsdorff*, *Seitz*, *Schikelé* etc.)

De reținut faptul că în cazul nostru accesele au continuat câtă-va vreme și după golirea uterului. Aceasta s'ar explica astfel: deși origina toxinei gravidice (placenta, foetus) s'a eliminat din org. matern, totuși, datorit faptului că organismul fusese inundat de o cantitate destul de mare de aceste toxine — probă gravitatea casului nostru la care eliminarea lor completă a durat câteva zile — accesele eclamptice deși pe o scară nu tot așa de intensă ca la început au continuat me:sul lor.

S'ar putea totuși afirma până la oare care punct și această ar veni în sprijinul altor teorii cari susțin că eclampsia ar fi datorită și altor cauze afară de acea a toxinelor fabricate de produsul concepțiunii. Dintre aceste teorii unele localizează cauza primară a eclampsiei în disfuncțiunea glandelor cu secreție internă și anume: *teoria tiroidiană*, *teoria paratiroidiană* în care se presupune că ar fi o insuficiență a paratiroidelor ce favorizează convulsiile, *teoria suprarenală* ce ar explica hipertensiunea sanguină, *teoria ovariană* și în special a *corpului galben* a cărei partizan în timpul din urmă e *Westermarck* (*Arch. f. gyn.* Bd CX Hft 3) bazat pe casuri clinice (așa un cas de eclampsie cu o molă hidatiformă ce coincide cu un Kist al corpului galben; 4 casuri de eclampsie vindecate prin extirparea corpului galben etc.) Alții pun eclampsia pe sama turburărilor *ipofisare* și în fine *Sellheim* care susține *teoria mamară* a cărui principiu îl vom expune mai departe. La teoria lui *Dienst* (expusă mai sus) trebuie să adăogăm că „în nici un cas cantitatea de fibrinogen și fibrin ferment la eclampsie un e mărită în raport cu acea a gravidelor și născătoarelor normale“ (*Grigoriu C* și *Brenenfeld*. Loc. cit.)

VIII. De remarcat iarăși, în cazul nostru că secreția mamară fără să fi fost complet sistată, a fost totuși post partum mult mai inferioară ca normal, deși glanda mamară părea clinic normal dezvoltată.

IX. Ținem să mai atragem atenția ca examenul determinării clorurilor și ureei ne-au dus la același rezultat, de altfel cunoscut că în casurile de eclampsie cantitatea de uree, cloruri în sânge e mărită. Noi am determinat cantitatea de cloruri și uree și din lichidul cefalorachidian și am găsit ca și aci atât clorurii cât și urea e mai marită ca normal, deși nu pe o scară destul de mare. Această mărire în ligidul cefalorachidian a ureei și clorurilor s'a mai găsit și la alt cas de eclampsie și fără a putea anticipa asupra acestui rezultat, pare totuși că acest fapt ar sta în concordanță cu rezultatele determinării ureei și în casurile de epilepsie unde s'a găsit cantitatea de uree mărită (*Laurès et Gascart*). S'ar putea foarte bine ca sub imboldul excitației ureice asupra centrilor mot ori — natural acest lucru nefiind primul movens al eclampsiei — să determine accesele convulsive.

X. Din punct de vedere al tratamentului în cazul nostru avem următoarele de spus: tratamentul aplicat a fost cel chirurgical propriu zis, lucru motivat de faptul că bolnava (am repetat mai sus) nefiind nici cel puțin la începutul facerei, o golire a uterului „per vias naturales“ atât de repede, cum se cerea în cazul nostru de indicația vitală pentru mamă, nefiind posibilă s'a recurs la „sectio cesarea“ clasică care de altfel a mai fost executată și de alți autori nu numai în casuri analoge (eclampsie înainte de facerei) dar și la eclamptice cu facerea începută (dilatara și chiar începutul expulsiei) cu rezultate statistice. superioare celor lalte tratamente *Sarvey*, *Reuben-Peterson*, *Winter*, *Freundl* etc.

Tehnica utilizate de noi a fost cea obișnuită, afară doară că după aplicarea celor 2 suturi, profundă și superficială pe peretele uterin s'a făcut o sutură sero-seroasă (*Vanverts et Pancot*. *Gyn. et Obst.* 1920. No 4.)

Urmările post-operatorii au fost fără complicații, deși în cazul nostru nu am ținut cont de condiția ce unii autori o cer în efectuarea secției cesariene, aceia ca canalul cervical să fie la început de dilatare pentru ca coagulii de sânge din uter să se poată drena în afară. Acest lucru nu a fost în cazul nostru — în care canalul cervical era complet închis — și totuși mersul post-operator a fost din cele ideale. Credem deci că nu e necesar în efectuarea cesarienei clasice ca gravida să se găsească la începutul facerei și canalul să fie permeabil.

XI. De remarcat că insuccesul ce golirea uterului a avut față de accesele eclamptice cari au continuat și după operație aproape cu aceiaș violență, s'a încercat între alte tratamente (sângerare, metoda *Stroganoff*) și tratamentul preconizat de alți autori, anume puncția lombară să putem afirma că am avut un rezultat eficate. Ținând seama de starea gravă a bonavei și continuu

aceiași după golirea uterului ne-am gândit un moment și la tratamentul indicat de *Sellheim*: extirpația gl. marmare, bazat pe teoria că toxina ar pleca din însăși gl. marmare. sau prin intermediul ei.

Ne-am oprit totuși dela acest tratament și am încercat un altul care ni s'a părut că ar putea să dea un rezultat în cazul nostru atât de desperat. Cunoscut este că în timpul din urmă că și în alte cazuri de auto-intoxicație gravidice (hiperemesis gravidarum, corea gravid, prurit etc.) s'a încercat și de multe ori cu succes *seroterapia*. Acest tratament este bazat pe faptul că în aceste cazuri toxina gravidică (lizinele) nu ar găsi anticorpii necesari neutralizării lor în organism. Aceasta s'ar motiva, pe lângă alte cercetări cunoscute deja, și de faptul pe care și noi l'am constatat că serul eclampticelor față de celulele embrionare (placentă) se găsește în stare de inferioritate din punct de vedere al autolizei cu serul de gravidă normală.

Deci prin introducerea de ser sau sânge defibrinat dela gravide normale, sau lăuze imediat după facere, în organismul eclampticelor, acești anticorpi fiind în cantitate suficientă ar neutraliza în totul sau în parte aceste lizine eclamptice. Conduși de această idee, am injectat și în cazul de față, în câteva rânduri ser și sânge defibrinat de gravidă și leuză normale. Aceste injecții intravenoase au fost suportate fără accident și fără a putea afirma cu siguranță, totuși putem spune că am avut impresia că, în cazul nostru dezolat, acest mijloc seroterapeutic a avut un efect bun și vom căuta a-l întrebuiți și în alte cazuri de eclampsie.

Aducem mulțumiri dlui Prof. Dr. Grigoriu pentru îndrumările și sfaturile date.

CLINICA DERMATO-VENERICĂ DIN CLUJ

Director-Suplinitor: Adjunct Dr. CORIOLAN TĂTAR.

Un caz de reinfecție sifilitică

de Dr. RHEINDT, preparator al Clinicei

Legea veche stabilită de Ricord, care spune că sifilisul nu se poate transmite omului decât o singură dată, dând imunitatea pentru întreaga viață nu s'a putut menține, când s'au verificat primele cazuri de reinfecție sifilitică. Atunci a început să se sguode această teorie în urma experimentelor făcute pe maimuțe, mai întâi de Metchnikoff și Roux, de Neisser și Landsteiner la Viena. Cazurile de reinfecție au început să fie și mai aparente cu introducerea tratamentului modern prin salvarsan. În orice caz, astăzi însă nu mai considerăm toate aceste cazuri publicate de reinfecție ca veritabile. O parte

mare din ele trebuie privite ca recidive de o categorie aparte. Între acestea se vor considera mai ales eroziunile noi și indurațiunile unei scleroze epitelizate de curând; tot aici intră și papulele apărute în regiuni care nu coincid cu locul primei scleroze. Frapante sunt mai ales în astfel de cazuri intervalele relativ scurte dintre sfârșitul tratamentului și apariția afecțiunii noi. Pentru acest motiv este posibil ca în condițiuni deosebit de predispozante, în locul sifilomului primar și în teritoriul său limfatic, — dacă doza întrebuițată n'a fost satisfăcătoare, — să rămână o cantitate de spirocheți, într'un organism care nu se mai poate considera ca sifilitic. Și acești spirocheți după un anumit timp pot se determina o recidivă.

În acest caz trebuie ca și reacțiunea Wassermann la începutul afecțiunii a doua să fie negativă.

Din aceste observațiuni tragem concluziile că: astăzi trebuie să fim cu foarte mare precauțiune față de cazurile presupuse de reinfecție. Dacă numărul cazurilor veritabile de reinfecție este restrâns, aceasta se explică după Neisser în felul următor: 1. Numărul bolnavilor sifilitici, nevindecați, este cu mult mai mare decât se considera până acuma, după cum ne indică cercetările serologice. 2. Așa numitele momente externe, cari fac ca oamenii în vârstă în general, să fie mai puțin expuși infecțiunii decât tinerii au importanță. Mai departe trebuie la o comparație a frecvenței dintre primele infecțiuni și dintre reinfecțiuni, să nu confruntăm numai cifrele absolute și împrejurările în cari se realizează pe de o parte infecțiunile, pe de alte parte reinfecțiunile; ci să avem în vedere, că bărbați necăsătoriți sunt mai tare expuși infecțiunii decât cei căsătoriți. Afară de aceasta, procentul necăsătoriților este mai mare și proporțional cu cerințele sexuale crește și pericolul contagiunii, prin faptul că vin în contact mai des cu prostituatele și cu diferite categorii de femei ușor accesibile, în timpce, bărbații însurați nu numai că sunt mai precauți dar și situația financiară le permite să întrețină legături durabile și constante. Pe de altă parte însă, studiile făcute arată că reinfecțiunile nu sunt tocmai așa de rare, după cum se crede de obicei. Următoarele condițiuni sunt necesare pentru fixarea unui diagnostic sigur. Trebuie să se stabilească cu precizie existența primului sifilis. La a doua infecțiune însă nu e de ajuns numai prezența unui șancru, — din cauza asemănării tabloului clinic la recidive, — ci și reacțiunea Wassermann pozitivă, pentru că aceste simptome pot perzista dela infecția primară; mai departe e foarte natural ca în mod practic între prima și a doua infecțiune să treacă un interval de timp de mai multe luni sau ani, pentru că în general cu durată mai mare și posibilitatea vindecării este mai mare. Însăși reinfecțiunea trebuie să aibă un decurs ca

o infecțiune sifilitică normală, deci să îndeplinească următoarele condițiuni:

1. Posibilitatea unei infecțiuni sifilitice trebuie să fie constatată.

2. După latența obișnuită trebuie să apară o afecțiune primară diagnosticată în mod ireproșabil clinicește și prin examenul spirochetelor și la un alt loc decât leziunea primară, pentru că altfel ar exista posibilitatea de a o confunda cu o reindurație a infecțiunii primare.

3. În decursul timpului obișnuit să se producă tumefierea ganglionilor regionali ajungând la formă tipică.

4. În timpul incubăției normale reacțiunea Wassermann să devină pozitivă din negativă.

5. Apariția unui exantem primar tipic. Aceste condițiuni joacă un rol foarte important din punctul de vedere al diagnosticului diferențial al reindurațiunii și al superinfecțiunii, asupra căror cerințe majoritatea autorilor sunt de acord.

În legătură cu considerațiunile de mai sus prezint următorul caz de reinfectie din clinica noastră.

Observație:

I. K., de 22 ani de profesie funcționar financiar, intră în clinică la 25 aprilie 1919. — Tatăl mort din cauze necunoscute. Mama și doi frați sănătoși. Bolnav de 4 săptămâni, când a apărut pe gland o ulceratiune pe care a tratat-o după ordonanța medicală cu apă fenicată și tinctură de iod.

Starea prezentă:

Bolnavul de statură mijlocie; starea generală satisfăcătoare. Tegumentele prezintă urmele unor excoriațiuni. Mucoasele vizibile puțin palide. În șanțul balanoprepuțial aflăm trei ulceratiuni având diametrul de 0.5—1.5 cm. Baza ulceratiunilor e curată, are o colorațiune roșie intensă, sclipitoare. Marginele netede îndurate asemenea și baza prezentând o colorațiune roză-brună de șuncă. Ganglionii inguinali prezintă o tumefiere redusă, totuși tipică. Examenul microscopic: Spirochaeta pallida pozitivă, Reacția Wassermann negativă. Face tratament elasic cu mercur și neosalvarsan.

La 20. Octobre 1920, după 18 luni se prezintă din nou la clinică, pentru o leziune în șanțul balanoprepuțial acoperită cu o membrană sanioasă secretând un ser clar, transparent. Leziunea a apărut la 2 săptămâni după un contact sexual avut la începutul lunii Septembrie. La statul unui prieten a întrebuintat faină de porumb. După 3 săptămâni apar dureri persistente de cap mai accentuate noaptea.

Starea prezentă:

Desvoltarea mijlocie, nutriția bună. Cefalea perzistă. În șanțul balanoprepuțial aflăm o ulceratiune, având diametrul de 1.5 cm. Marginele ulceratiunii se pierd pe nesimțite în țesuturile învecinate. Centrul ulceratiunii e acoperit cu o membrană albă gălbuie slănoasă, lăsând liber la margine o zonă circulară de culoare roșie, care se acoperă cu un ser clar. Marginele ulceratiunii sunt la pipăit dure, asemenea și baza ulceratiunii de o consistență cartilaginoasă. Deslipind membrana slănoasă apare o suprafață roșie-brună sângerândă, și un ser transparent, suprafața este netedă. Examenul microscopic ne arată numeroși spirocheți, iar examenul anatomopatologic ne prezintă tabloul tipic al unui sifilom. Pe lângă aceasta aflăm în șanțul balanoprepuțial trei cicatrice rotunde palide, care corespund leziunilor primare din anul trecut. Ganglionii inguinali sunt tumefiați, mai ales în partea dreaptă, indolenți, mobili. Ganglionii cubitali palpabili.

Tegumentele normale. Mucoasele vizibile sclipicioase, de culoare normală. Reacțiunea Wassermann intens pozitivă: ++++ Bolnavul e supus unui tratament cu Argint Salvarsan de Sodiu. Durerile de cap mai pronunțate. După 4 ore dela prima injecție de Ag. Salv. Na 0.10 (la 22. X.) aflăm la ultramicroscop numeroși spirocheți, 10—16 pe câmp.

Temp. 38.5. Frison. După 25 de ore dela prima injecție nu mai aflăm spirocheții într'un preparat colorat după Giemsa și la ultra microscop. La 26. X. Ag. Salv. Na 0.15. Temp. 37. La 27. X. Spirocheta negativ. Ulceratiunea prezintă tenăția la vindecare. La 30. X. Ag. Salv. Na 0.15. Temp normal. La 3 XI. Ag. Salv. Na. 0.15 La 8. XI. Ag. Salv. Na. 0.20. La 10. XI. sifilomul este epitelizat, consistența diminuată. În același timp ganglionii inguinali sunt micșorați. Reacțiunea Wassermann a lichidului cefalorachidian și a sângelui negativă.

Observațiunii de mai sus putem spune că acest caz corespunde postulatelor pentru stabilirea unui diagnostic de reinfectie sifilitică. Izvorul infecției e cunoscut. Examenul microscopic și anatomopatologic ne adevă esc că e vorba de un sifilom primar clasic plasat într'un loc intact până în acest moment. Ganglionii regionali prezintă tabloul tipic al boalei. La int area în clinică (la 20. X.) bolnavul ne arată o seroreacție Wassermann intens pozitivă: ++++, care corespunde evoluției clinice întrucât e vorba de o infecție care datează dela începutul lui Septembrie. Fiind supus tratamentului manifestațiunile secundare nu și-au putut face apariția. Totuși avem în tabloul clinic un simptom prețios, care anunță apariția simptomelor secundare și anume: cefalea. Acest simptom observat foarte des ca simptom prodromal aparțiunei leziunilor secundare, un simptom, care dovedește generalizarea boalei. De asemenea pledează pentru diagnosticul pus faptul, că reacțiunea Wassermann intens pozitivă la intrare devine negativă în decurs de trei săptămâni în urma administrării de 0.75 gr. Agsalv Na intravenos. În cazuri de sifilis secundar react. Wassermann nu se poate influența în mod așa de eclatant cu un tratament antisifilitic, fie acela chiar compus din preparate arsenicale. Faptul că analiza la bolnavul nostru a deviat în timp așa de scurt servă ca un simptom prețios în diagnosticul făcut la bolnavul de față.

Diagnosticul făcut în 1919 nu a putut fi fals din simplul motiv, că el a fost probat prin evidențierea treponemilor palizi în secrețiunea ulceratiilor și prin tumefierea ganglionilor inguinali, prin analiza negativă a sângelui. Este aproape sigur, că la bolnav, în urma tratamentului, care se poate considera ca un tratament abortiv în sensul sterilizației magna, boala s'a vindecat complet, ne lăsând după sine o imunitate. Tocmai în cazuri cărora se aplică tratamentul abortiv al sifilisului, e dată posibilitatea mai frecventă pentru o nouă infecțiune.

Inregistrăm acest caz, ca unul care apare după un tratament abortiv, contribuind prin aceasta la studiul reinfectiunilor sifilitice.

CLINICA CHIRURGICALĂ DIN CLUJ.

Director Prof. Dr. I. IACOBVICI.

RAPORT ANUAL

de operațiile făcute la Clinica Chirurgică din Cluj, dela 1 Ianuarie 1920, până la 31 Decembrie 1920.

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia				Starea la eșire		Observații
				Generală	Rachidiană	Locală	Vindecat	Status quo	Mort.	
1. Craniu și față										
1	Craniectomie	10	3 Fractura bazei craniului 1 Fractura transversală a craniului cu leziunea durei mater și abces cerebral 1 Abces cerebral 1 Epilepsie Jackson 1 Infundarea osului parietal cu hemiplegie stângă 1 Tumoare cerebelară 1 Fractura osului zigomatic cu plăgi contuze craniene 1 Fractura cominutivă a parietalului, temporalului, occipitalului: Hernie cerebrală. Hematom	1		9	6	1	3	
2	Craniectomie și sutura maxilarului inf.	1	Fractura bazei craniului, orbitei drepte și maxilarului inf.	1					1	
3	Trepanația sinusului frontal	3	1 Sinusită frontală. Abces cerebral. Meningită 2 Empiem al sinusului frontal	2		1		2		1
4	Trepanația sinusului maxilar prin fosa canină	1	Sinusita maxilarului superior	1				1		
5	Evidarea mastoidei	10	Mastoidite	9		1		10		
6	Evidarea mastoidei și trepanația temporalului	3	Mastoidită cu abces cerebral	3						3
7	Cheiloplastie	10	Buză de epure	3		7		10		

Nr. curent	Operația	Nr. operatiilor	Diagnoza	Anestezia			Starea la eșire			Observații
				Generală	Rachidiana	Locală	Vindecat	Status quo	Mort.	
17	Amigdalectomie	2	Hypertrofia amigdalei	—	—	2	2	—	—	
18	Extragere de eschile	5	1 Osteomyelita maxilarului sup. . 4 Osteomyelita maxilarului inf. .	—	—	5	5	—	—	
19	Incisie-Raclaj	5	2 Osteoperiost. maxilar inf. . . . 2 Plagă craniană supur. 1 Flegmon perimastoid	—	—	5	5	—	—	
20	Raclaj-Termocauterizare	3	2 Carcinom a maxilar inf. 1 Acnee hipertrofică a nasului .	—	—	3	3	—	—	
21	Proteză maxilară	2	1 Fractura maxilar inf. 1 Rezecția maxilar inf. pentru epiteliom	—	—	2	2	—	—	
22	Reducere de luxații	7	Luxații maxilar inf.	7	—	—	7	—	—	
Total		133		38	—	95	122	3	8	
2. Gât.										
1	Strumectomie	25	17 Strume simple 2 " recidivate 3 " parenchimatoase 1 " noduloasă 1 " cistică 1 " exophtalmică	—	—	25	24	—	—	
2	Pharingectomie laterală	2	1 Neoplasm al amigdalei și rădă- cinei limbii 1 Neoplasm al amigdalei	—	—	2	—	—	12	
3	Tracheotomie	3	1 Corp străin în trachee 1 Strictura trachei 1 Oedema laringelui post salvar- san	—	—	3	2	—	11	
4	Evidarea ganglionilor, carotidieni și supra claviculari	1	Neoplasm al ganglionilor caroti- dieni	—	—	1	1	—	—	

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia			Starea la eșire			Observații
				Generală	Rachi-diană	Locală	Vindecat	Status quo	Mort.	
5	Evidare ganglionară	1	Ganglioni, canceroși submentali .	—	—	1	1	—	—	
6	Excisie-Plastie	1	Cicatrici vicioase în reg. cervicală post combustie	—	—	1	1	—	—	
7	Incisie-Drenaj	38	2 Tyreoidită acută supurată 2 Abces în reg. cervicală 3 Flegmon difuz al gâtului 1 Periadenită supurată a gâtului 30 Adenite cervicale supurate	12	—	18	38	—	—	
8	Extirpare	2	1 Lipom pe linia mediană a gâtului 1 Chist hidatic al corpului tiroid .	—	—	2	2	—	—	
9	Biopsie	2	Neoplasm cervical	—	—	2	—	2	—	
Total		75		12	—	63	69	2	4	
3. Torace.										
1	Resecție costală Pleurotomie Drenaj	14	10 Empyem toracic 1 Neoplasm toracic supurat 1 Chist hidatic intrapulmonar supurat 1 Corp strein (tub de dren.) în cavitate de empyem toracic 1 Baciloza coastei VII.	4	—	10	13	—	1	
2	Pleurotomie Drenaj	3	Empyem toracic	—	—	3	2	—	1	
3	Toracotomie	4	Empyem toracic	1	—	3	4	—	—	
4	Amputația mamelei. Cura radicală	7	5 Epiteliom al mamelei 2 Adeno-fibrom degenerat al mamelei	4	—	3	7	—	—	
5	Extirpare parțială a mamelei	3	2 Morbul Peget 1 Tbc. mamelei	—	—	3	3	—	—	

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia			Starea la eșire		Observații
				Generală	Rachi-diană	Locală	Vindecat	Status quo	
6.	Extirpare	5	1 Fibrom al mamelei 1 Lipom al omoplatului 3 Lipom toracal	1	—	4	5	—	—
7	Incisii Drenaj	56	54 Mastite 1 Adenită axilară cu flegmon subpectoral 1 Abces costal	55	—	1	56	—	—
8	Omoplastie-Tiersch	1	Plagă granuloasă neepitelizată post. amput. mamelei.	—	—	1	1	—	—
Total		93		65	—	28	91	—	2
4. Coloana vertebrală.									
1	Laminectomii	2	1 Tumoră medulară în segm. VII. cerv. și II. dors. 1 Fractura coloanei vertebrale	2	—	—	—	—	2
Total		2		2	—	—	—	—	2
5. Membre superioare.									
1	Desarticulație intercapsulo-toracică	1	Sarcom al brațului și umărului st.	1	—	—	1	—	—
2	Desarticulație umerală st.	1	Zdrăbirea accidentală a brațului dr.	1	—	—	1	—	—
3	Resecția capului umeral. Capsulorafie	—	Fractură deschisă a umerului st.	1	—	—	1	—	—
4	Desarticulații de degete (metacarpofalangeene).	11	2 Gangrena inelar dr. 2 Spina ventosa deg. IV. st. 3 Panarițiu deg. arătător st. 1 Panarițiu gangr. deg III. st. 1 Neoplasm deget mijlociu st. 2 Anchiloză vicioasă a deget mijlociu st.	1	—	10	11	—	—

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia			Starea la eșire		Observații
				Generală	Rachit-diană	Locală	Vindecat	Status quo	
5	Desarticulația metacarp IV și V.	2	1 Gangrena mânei dr. 1 Osteomielita metacarp	—	—	2	2	—	—
6	Amputația antebrăului st.	2	Plagă contuză cu distrugerea antebrăului st.	2	—	—	2	—	—
7	Amputația mânei	1	Zdrobire accidentală a mânei	1	—	—	1	—	—
8	Osteotomie	1	Fractură vicios consolidată a radiului	1	—	—	1	—	—
9	Reduceri de luxații	66	2 Luxație și fractură umerală stângă 34 Luxații umerale 29 „ a cotului 1 „ recidivată a humer.	66	—	—	66	—	—
10	Reducere sângerândă	1	Luxație posterioară și laterală a cotului d.	1	—	—	1	—	—
11	Artroplastie și interpoziție de tegumente	1	Anchiloză vicioasă a cotului st.	1	—	—	1	—	—
12	Resecție	2	1 Artrită bacilară a cotului st. 1 Osteomyelita ulnei	1	—	1	2	—	—
13	Sutura N. Median Eliberarea N. cubital Sutura osoasă a radiului	1	Pseudoartroza antebrăului. Secțiunea complectă a. n. median. Cicatrice compresivă a. n. cubital	1	—	—	1	—	—
14	Extragere de eschile	10	1 Fractura cominutivă a extrem. sup. cu luxația anterioară a capului humeral 1 Fractura deschisă a radiului 1 „ „ a ulnei 1 „ „ a cubitalului 1 „ „ a antebrăului 3 osteomyelită humerală 2 „ „ antebrăului	10	—	—	10	—	—

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia			Starea la esire			Observații
				Generală	Rachidiana	Locală	Vindecat	Status quo	Mort.	
15	Ligatura A. brachiale de eschile	1	Piagă prin armă de foc, cu distrugerea brațului dr.	1	—	—	1	—	—	
16	Evidare ganglionară	2	Adenite bacilare ale axilei	2	—	—	2	—	—	
17	Sutură de tendon	1	Secțiunea tendonului indicelui st.	—	—	1	1	—	—	
18	Plastie cu lambou abdominal Resecție de cicatrici	1	Cicatrici vicioase ale palmei dr. contractura degetelor post combustie	1	—	—	1	—	—	
19	Transplantare liberă de tegumente Debridare	1	Cicatrici vicioase a degetelor mânei st.	1	—	—	1	—	—	
20	Extirpare	4	1 Lipom pendular al brațului st. 1 Lipom humeral dr. 1 Hygrom fosa cubitală dr. 1 Hygrom al mânei st.	—	—	4	4	—	—	
21	Biopsie	1	Neoplasm al degetului mijlociu mânei st.	—	—	1	—	1	—	
22	Mobilizare	1	Anchiloza cotului dr.	1	—	—	1	—	—	
Total		113		94	—	19	112	1	—	
6. Abdomen și păretele abdominal.										
1	Gastrostomie	2	Stricturi filiforme ale esofagului cu stricturi cicatriciale ale stomacului	—	1	1	1	—	2	
2	Laparatomie exploratrice	3	Epiteliom gastric inoperabil	—	1	1	2	1	2	
3	Pilorectomii	5	1 ulcer piloric în evoluție 1 Neoplasm piloric cu stenoză 3 Neoplasm piloric fără stenoză	—	5	5	—	—	—	

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia				Starea la eșire		Observații
				Generală	Rachidiana	Locală	Vindecat	Status quo	Mort.	
4	Resecție mediogastrică	1	Epiteliom al corpului stomacului .	—	1	—	—	—	1	
5	Suturi de ulcere și gastro-enteroanostomoză posterioară . .	3	Ulcere gastrice perforate și peritonite generalizate	—	3	—	1	—	2	
6	Suturi. Gastrectomii și Gastro-enteroanastomoză posterioară .	5	Ulcere perforate cu peritonită localizată	—	2	—	2	—	3	
7	Exclusia pilorului, procedeul Biondi	1	Ulcer piloric în evoluție	—	1	—	1	—	—	
8	Exclusia pilorului, procedeul Tomalonescu	3	Ulcere pilorico-duodenale în evoluție	—	3	—	3	—	—	
9	Gastro-enteroanostomoză anterioară	2	1 Ulcer peripiloric cu perigastrită 1 Neoplasm piloric cu perigastrită	—	2	—	2	—	—	
10	Gastro-enteroanestomoză posterioară	7	Epiteliom piloric inextirpabil	—	5	2	6	—	1	
11	Gastroentero-anastomoză posterioară	64	21 Stenoze pilorice benigne	—	61	3	58	—	6	
			25 Ulcere pilorice cu stenoze și aderente							
			3 Ulcere pilorice caloase							
			2 Ulcere stomacale							
			1 Stenoză duodenală							
			5 Neoplasm stomacal inextirpabil							
			5 Ulcer duodenal							
1 Stomac bilocular										
2 Perigastrite cu aderente										
12	Gastro-enteroanastomoză posterioară cu enteroanastomoză y.	1	Hernie internă strangulată a ileonului sub o gură de gastro-enteroanastomoză post Volvulus al ileonului în jurul mesenterului	1	—	—	1	—	—	
13	Exclusie completă a unei anse de intestin subțire	2	Fistule stercorale	—	2	—	1	—	1	
14	Exclusie unilaterală a colonului și ileo-colostomie	3	1 Epiteliom al colonului transvers 1 Tbc. stenoizantă a colonului transvers 1 Baciloza coecului	—	3	—	3	—	—	

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia			Starea la eșire		Observații
				Generală	Rachidiana	Locală	Vindecat	Status quo Mort.	
15	Resecții de colon	2	1 Hernie inguinală dr. prim alunecarea colonului ascendent și cec. 1 Anus contra naturii	—	2	—	2	—	
16	Resecția intestinului subțire . . . Entero-anastomoză	13	1 Strangularea ileonului cu perforație și necroză Hernie obturatorie 1 Eventerație traumatică 3 Volvulus intestin subțire 4 hernii inguim. incarcerate 2 Hernii crurale cu aderențe 2 Stenoze bacilare ale ileonului	1	9	3	11	—	2
17	Laparatomie și înfundare de ulcerării	5	1 Plagă abdom. penetrantă Perforație intestinală 2 Perforație intestinală cu peritonită generalizată 1 Plagă penetraută abdominală cu hemoragie internă și plaga intestinului gros 1 Perforație intestinală traumatică și peritonită	1	4	—	3	—	2
18	Laparatomie, detorsiune, ecopexie și distrugere de bride cicatriciale	7	1 Volvulus 3 Volvulus al cecului 1 Peri sigmoidită 2 Volvulus intestinal	—	6	1	6	—	1
19	Anus contra naturii	5	2 Epiteliom inextirpabil al rectului 1 Epiteliom al sigmoidului, ileus chronic 2 Hernii crurale strang. cu gangrena intestinului	—	2	3	3	—	2
20	Laparatomie exploratrice	10	1 Chist vegetant ovarial dr. Ascită 1 Perihepatită 1 Neoplasm retroperitoneal inextirpabil 2 Peritonită generalizată 1 Neoplasm piloric in oper 1 Pericholecistită perforată 1 Neoplasm al epiploonului inoperabil 1 Pancreatită hemoragică acută	1	5	4	4	3	3

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia			Starea la eșire			Observații		
				Generală	Rachi- diană	Locală	Vindecat	Statusquo	Mort.			
21	Cura radicală a herniei diafragmatice	1	Hernia diafragmatică strangulată post plagă de războiu	—	1	—	—	—	1			
22	Splenectomie	1	Ruptura splinei. Hemoragie internă	—	1	—	1	—	—			
23	Hepatotomie ideală	4	Chist hydatidic al ficatului	—	1	3	3	—	1			
24	Incizie Drenaj	2	Pericholecystită supurată	—	1	1	1	—	1			
25	Cholecystectomie	2	1 Cholecystită. 1 Cholelitiază	—	2	—	2	—	—			
26	Choledochotomie	1	Angiocolită cronică	—	1	—	1	—	—			
27	Cholecystostomie	1	Angiocholecistită. Obstrucția canalului choledoc. Icter	—	1	—	1	—	—			
28	Cholecystopexie	1	Cholecistită. Icter grav	—	1	—	—	—	1			
29	Apendicectomii	72	14 Apendicite perforate	10	55	7	11	—	—			
			4 „ gangrenoase				4	—	—			
			28 „ acute enterogene				28	—	—			
			2 „ cu peritonite				2	—	—			
			13 „ localizată				13	—	—			
			3 Abcese apendiculare				3	—	—			
30	Omfalectomie și cura radicală	8	8 Apendicite herniare	—	4	—	8	—	—			
			4 Hernii ombilicale				—	4	—	—		
			1 „ incarc.				—	1	—	7	—	1
			1 „ liniei albe				—	1	—	—	—	—
			2 „ epigastrice				—	1	1	—	—	—
			48 Hernii inguinale stângi				16	16	21	48	—	—
31	Herniotomii cura radicală	202	70 „ „ drepte	10	23	37	70	—	—			
			24 „ „ bilaterale				2	12	10	24	—	—
			7 „ scrotale st				2	2	3	7	—	—
			5 „ „ drepte				—	4	1	5	—	—
			6 „ inguin. recidiv.				—	4	2	6	—	—
			7 „ „ incarc. st.				1	2	4	7	—	—
			10 „ „ „ dr.				2	4	4	10	—	—
			6 „ crurale stângi				—	1	5	6	—	—
			8 „ „ drepte				—	2	6	8	—	—
			1 „ recidiv. incarc.				—	—	1	1	—	—
			1 „ crurală dr. incarc.				—	—	1	1	—	—
			6 „ prin alunecare				3	3	—	6	—	—
			3 „ eventerații				1	1	—	3	—	—

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia			Starea la ieșire		Observații
				Generală	Rachidiana	Locală	Vindecat	Status quo Mort.	
32	Incisii-Drenaj	4	2 Abces al peretelui abdominal 1 Peritonită localizată 1 Traect fistulos al păretelui abdominal	1	1	2	4	—	
Total				52	296	95	403	436	
7. Rect și regiunea anală.									
1	Cura radicală a emoroizilor	30	Emoroizi	3	27	—	30	—	
2	Cura radicală a prolapsului anal. Rectoplicatură și fixarea rectului	7	Prolaps anal	2	5	—	7	—	
3	Refacerea anusului	1	Atresie anală	1	—	—	1	—	
4	Refacerea sfincterului anal. Sutura fistulei vesico-rectale	1	Ruptura sfincterului anal prin ac- cident Fistulă vesico-rectală	—	1	—	1	—	
5	Extracție	1	Corp străin deasupra anusului, îndărăptul pubisului	—	1	—	1	—	
6	Termocauterizare	33	2 Condilome perianale 1 Ulcer tbc al rectului 1 Fistulă tbc ano-uretrală 27 Fistule rectale 2 Condilome acuminate	18	6	9	33	—	
7	Incisii Raclaj Drenaj	23	4 Abces fistulizat sacral 6 Flegmon fesier 1 Caries al osului sacral 12 Abcese perianale	9	1	13	23	—	
Total				33	41	22	96	—	

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia			Starea la eș ire			Observații
				Generală	Rachi- diană	Locală	Vindecat	Status quo	Mort.	
8. Organe genito-urinare la bărbați.										
1	Nefrotomie stângă	1	Pionefroză calculoasă	1	—	—	1	—	2	
2	Decapsularea rinichiului	1	Rinichiu hypogenetic dureros	1	—	—	1	—	—	
3	Lombotomie Drenaj	1	Phlegmon perirenal	—	1	—	1	—	—	
4	Talie hypogastrică cu închiderea completă a vesicii	7	2 Calculi vesicali diverticulari in-clavați 4 Calculi vesicali 1 Carcinoma uretrii Retenție de urină	3	4	—	6	—	—	
5	Talie hypogastrică cu închiderea completă a vesicii	4	3 Calculi vesicali 1 Calcul vesical format pe' un glonț de șrapnel (plagă de războiu)	1	2	—	4	—	1	
6	Talie hypogastrică. Cystostomie Drenaj	3	1 Infiltrație de urină a spațiului Retzius 1 Ruptura vesicii cu infiltrație de urină a spațiului Retzius 1 Fistulă urinară hypogastrică și perineală. Corp strein vesical. pionefroză	—	3	—	2	7	—	
7	Avivare. Sutura vesicii în două straturi	4	Fistulă vesicală hypogastrică	—	—	4	4	—	1	
8	Litotriție	1	Calcul vesical	—	1	—	1	—	—	
9	Prostatectomii	15	14 Hypertrofia prostatei 1 Adeno-carcinom al prostatei	—	15	—	13	—	—	
10	Uretrotomie int.	5	Stricturi uretrale filiforme	—	—	5	5	—	—	
11	Sutura uretrei Plastie	5	Ruptura uretrei	—	—	1	1	—	—	

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia			Starea la esire		Observații
				Generală	Răchidiana	Locală	Vindecat	Status quo	
12	Extragere	1	Calcul uretral inclavat	—	—	1	1	—	—
13	Circumcizii	18	Phimoză	2	—	16	18	—	—
14	Cura radicală	8	Parafimoză	5	—	3	8	—	—
15	Ampulația penisului și loidarea ganglionilor ingumiali	2	Carcinoma penisului	—	2	—	2	—	—
16	Cura radicală. Procedeul Storp	16	15 Hydrocel 1 Hematocele	4	5	7	16	—	—
17	Cura radicală	5	2 Chist al cordonului 3 Varicocele	—	2	3	5	—	—
18	Orchidopexie	3	Criptorchidie	1	—	2	3	—	—
19	Epididimectomie	2	Epididimită bacilară	—	1	1	2	—	—
20	Castrare unilaterală	6	4 Baciloză testiculară 1 Abces testicular 1 Criptorchidie	1	4	1	6	—	—
21	Extirpare	2	Chist al glandei Bartolini	—	—	2	2	—	—
22	Incisii largi-Drenaj	9	1 In filtrație de urină perineală, scrotală, coapsei, hypogastrică cu necroza scrotului 5 Abcese ale glandei Cooper 3 Flegmon perineal	8	—	1	9	—	—
Total		115		27	41	47	110	1	4
			9. Organe genitale la femeie.						
1	Ovariectomie	2	1 Chist torsionat al ovarului 1 Chist ovarian	—	1	1	2	—	—
2	Anesectomie	1	Sarcină extra-uterină	—	1	—	1	—	—
3	Isterectomie Abdominală totală	2	1 Mola hydatiformă degenerată 1 Fibrom uterin	—	2	—	2	—	—
Total		5		—	4	1	5	—	—

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia			Starea la ieșire		Observații
				Generală	Rechizitană	Locală	Vindecat	Status quo	
10. Membre inferioare.									
1	Desarticulație interileo abdominală	1	Sarcom al coapsei stângi	1	—	—	1	—	1
2	Desarticulație coxofemorală	3	1 Gangrena coapsei dr. 2 Osteomyelita coapsei	3	—	—	2	—	—
3	Desarticulație Chopart	1	Necroză de congelatie a piciorului dr.	—	1	—	1	—	—
4	Desarticulația degetului mare dela picior	5	Gangrena degetului mare dela picior	2	1	2	4	—	—
5	Amputația coapsei	15	1 Gangrena coapsei 2 Pyartrita genun. st. 3 Zdrobirea accidentală a coapsei 4 Osteomyelită acută a femur. cu septicemie 2 Artrită bacilară cu distrucția genunchelui	9	6	—	12	—	—
6	Amputație osteoplastică Gritti	2	1 Caries piciorul st. 1 Gangrena gambei st.	—	—	—	—	—	—
7	Amputația gambei la locul de elecție	18	6 Caries al piciorului 2 Artrita bacilară tibio tarsiană 3 Gangrena senilă a piciorului 2 Zdrobire accidentală 1 Osteomyelita gambei și maleolei dr. 1 Ulcer al gambei st. 2 Bont vicios 1 Osteomyelita gambei	5	13	—	17	—	1
8	Amputația degetelor piciorului dr.	1	Plagă prin accident cu zdrobirea degetelor piciorului dr. . . .	—	1	—	1	—	—
9	Osteotomie supracondyliană	3	2 ¹ Anchiloză genunch. st. 1. Fractura femurului dr.	—	1	—	1	—	—

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia			Starea la eșire		Observații
				Generală	Rachi-diană	Locală	Vindecat	Status quo	
10	Osteotomie cu sutură osoasă . . .	1	Fractura femurului st. rău consolidată Calus vicios	—	1	—	1	—	
11	Reducere pe cale sângerândă . . .	1	Luxație coxo-femorală congenitală	1	—	—	1	—	
12	Reduceri de luxatii	8	Luxații coxo-femorale	8	—	—	8	—	
13	Artrotomia genunchelui	6	3 Artrită supurată a genunchelui 2 Osteomyelita coapsei gambei și genunchelui 1 Plagă prin arină de foc a genunchelui	4	2	—	6	—	
14	Sutura rotulei	1	Fractura rotulei	—	1	—	1	—	
15	Rezecția epifizei femorale și tibiale	1	Anchiloza genunch.	—	1	—	1	—	
16	Resecția genunchelui	7	Anchiloză vicioasă a genunchelui	2	5	—	7	—	
17	Resecție osoasă	2	Bont vicios al coapsei	—	2	—	2	—	
18	Astragalectomie cu secțiunea tendonului Achile și scurtarea tendon. peroneu lat.	6	3 Picior strâmb. 2 Picior equino-valgus 1 Picior equino-varus paralizic	1	5	—	6	—	
19	Artrodeză tibiotarsiană	2	Polyomielită cu paraliză membr. inf. și picior strâmb	1	1	—	2	—	
20	Trepanația tibiei	2	Estracție de măduvă osoasă	—	—	2	—	2	
21	Extragere de eschile și rezecții atipice	36	8 Osteomyelita coapsei	16	20	—	34	2	
			15 " gambei						
			1 " gambei cu corp strein, gionte de armă de foc (plagă de războiu)						
			2 Osteomyelita piciorului						
			3 Fracturi deschise femur.						
			4 " " ale gambei						
1 " " a gambei cu extragere de proiectil									
1 Distrugerea prin accident a metatars. IV—V.									
1 Fractură deschisă maleolară dr.									

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia			Starea la eșire			Observații
				Generală	Rachidiana	Locală	Vindecat	Status quo	Mort.	
22	Extragere de corpi streini	3	1 Proectil în artic. tibia tarsiană 1 Proectil în tibia 1 Corp strein în tendon. Achile	—	1	2	3	—	—	
23	Extirpare de deget supra numărarea la picior	2	2 Degete supranumerare	—	2	—	2	—	—	
24	Incizii-Raclaj Resecții parțiale	17	3 Artrite tbc fistulizate a genunch 2 Baciloză sacro-iliacă 5 Caries al piciorului 1 „ metatars I—II. 2 „ artic. gen. st. 2 Abces rece gambă	8	2	7	15	2	—	
25	Cura radicală Ligat Art. femorale Art. poplitee. Extirpare	3	1 Anevrysm al Art femorale 2 Anevrysm 1 Art. poplitee	—	3	—	3	—	—	
26	Cura radicală Resecția safenei	4	3 Varice al membr. inferior. 1 Varice al gambei	—	3	1	4	—	—	
27	Cura radicală	1	Hemangiom întins al membr. inferior	—	1	—	1	—	—	
28	Tenotomie și Redresare	16	6 Pes equino varus 5 Picior varus 4 Picior strâmb 1 Contractura gen. dr.	16	—	—	16	—	—	
29	Largi debridări Drenaj	8	5 Flegmon al gambei 3 Gangrenă gazoasă a gambei	6	2	—	8	—	—	
30	Extirpare de tumori superficiale	7	1 Sarcom al gambei 1 Neoplasm picior dr. 1 Lipom coapsa dr. 2 Chist sebaceu al coapsei 1 Fibro-sarcom al gambei 1 Hygrom fosa poplitee	—	1	6	7	—	—	
31	Evidarea ganglionilor inguinali	17	2 Adenite tbc. inguinale 3 Gangl. inguin. canceroși 11 Adenite inguinale 1 Ganglioni inguinali sarcomatoși	3	4	10	17	—	—	
32	Incizii-Drenaj	16	Adenite inguinale supurate	16	—	—	16	—	—	
Total		216		107	79	30	204	6	—	

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia			Starea la eșire			Observații	
				Generală	Rachi- diana	Locală	Vindecat	Status quo	Mort.		
11. Aparate gipsate și Extensii											
1	Corset mare Minerva	5	Spondilită cervicală								
2	Corset mijlociu	32	Morbul Pott								
3	Pat gipsat	3	Morbul Pott cu paraplegie								
4	Bandaj gipsat mare pentru membre inferioare	78	58 Coxotuberculoze 8 Luxații coxofem. cong, reduse 3 Luxații coxo fem. cu fractura colfemoral 7 Fractura femurului 1 Fractura basinelului și coapsei st. 2 Paralizie spastică infantilă 1 Deformația basinelului prin atitudini vicioase Scolioză. Picior equiu. 2 Anchiloza genunchelului cu reția epifizei femor și tibiale 7 Anchiloza genuch cu redresare parțială 12 Anchiloza genunch. cu redresare parțială 3 Caries al artic genunchelului cu raclaj 25 Artrite bacilare ale genunchelului 21 Artrite bacilare tibio tarsiene 14 Fracturi închise ale gambei 11 Caries al piciorului 3 Baciloză male olară 6 Picior strâmb. Astragalectomie 2 Polyomielită cu paralizia membr. inf. și picior strâmb Artrodeză tibio tarsiană 16 Picior strâmb cu tenotomie și redresare 5 Fractura deschisă a gambei. Extragere de eschile								
5	Bandaj gipsat mijlociu pentru membre inferioare	211									
6	Guttierre Maisoneuve	7	3 Artrită traumatică 4 Fractura gambei								

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia			Starea la eșe i			Observații
				Generală	Rachii-diană	Locală	Vindecat	Status quo	Mort.	
7	Bandaj gipsat mare pentru membre superioare	45	2 Fractura deschisă a humerului 1 „ omoplatului 4 Subluxația humerului cu fractura colului humeral 6 Fractura colului humeral 30 Fractura humerului 1 Luxație posterioară și laterale a colului. Artrotomie 1 Anchiloză vicioasă a cotului. Artrodeză							
8	Bandaj gipsat mic pentru membre superioare	68	32 Fractura radiului 14 „ cubitalului 18 „ olecranului 4 „ cominutivă a antebrațului cu extragere de eschile							
9	Aparat gipsat Imobilizare	18	Fractura claviculei							
10	Atele și bandaje gipsate	30	Diverse fracturi							
11	Extensie Bardenhauer	60	25 Fractura femurului 5 „ colului femoral 1 Pseudo artroză femurului cu contractură 2 Fractură bilaterală a coapselor 6 Fractura gambei 5 Tumoare albă a genuchelui cu contractură 6 Fractura colului humeral 10 Fractura humerală							
Total		467								
12. Diverse intervenții chirurgicale.										
1	Incizii Drenaj	671	168 Abcese calde 260 Panariții 16 Abcese subperiostale 6 Spina ventosa 5 Scurtarea frenului limbei 216 Furunculi	671	—	—	671			

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia			Starea la esire		Observații
				Generală	Rachidiana	Locală	Vindecat	Status quo	
2	Extirpare	136	48 Aterom 15 Chist dermoid 5 Chist sinovial 32 Lipom 8 Papilom 7 Hygrom 5 Angiom 16 Nevi	—	—	236	136	—	—
3	Cura radicală	22	Unghii incarnate	—	—	22	22	—	—
4	Largi debridări Drenaj	215	Fegmoane	215	—	—	215	—	—
5	Estracții de eschile și corpi streini	116	18 Osteomyelite 98 Corpi streini	80	—	36	116	—	—
6	Excizii Plastii	28	Cicatrici vicioase	—	—	28	28	—	—
7	Termocauterizare	34	2 Fistule Antrax	34	—	—	34	—	—
8	Estragere de dinți	36	Caries dentar	—	—	36	36	—	—
9	Reduceri de Luxații	20	Diverse Luxații	20	—	—	20	—	—
10	Puncții. Injectie de glicerina jodoformată	239	161 Abcese reci 42 Adenite bacilare 36 Artrite bacilare	239	—	—	239	139	100
11	Reamputații	8	Amputații accidentale	8	—	—	8	—	—
Total		1525		1128	—	497	1425	100	—

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. curent	Operația	Nr. operațiilor	Diagnoza	Anestezia			Starea la ieșire			Observații
				Generală	Rachidiană	Locală	Vindecat	Status quo	Mort.	
Recapitulare.										
1	Operații de mare chirurgie	1291	430	461	400	1212	17	62	
2	Operații de mică chirurgie	1525								
	Total	2816								
3	Bandaje	467								
	Total general	3283	Procentul mortalității 4, 80%.							

Directorul Clinicei

Profesor: *Dr. Iacobovici.*

Medic secundar

Asistent: *Dr. Emil Teșosu.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Societatea Științelor Medicale din Cluj.

Sedința din 30 Octombrie 1920

După dările de seamă făcute de președintele Societății, dl. Prof. Dr. Iacobovici și secretarul general, dl. Prof. Dr. T. Vasiliu, asupra activității bogate a societății în anul întâiu, remarcându-i-se rolul educativ științific românesc a medicilor români de aici, lipsiți până acum de cultura medicală românească se procedează la alegerea noului comitet.

Sunt aleși:

Președinte: Prof. Dr. I. Iacobovici.

Vicepreședinți: Dr. Bianu și Dr. Totoianu.

Secretar general: Prof. Dr. T. Vasiliu.

Redactor: Dr. Gh. Popoviciu.

Secretari de ședință: Dr. Câmpeanu, Dr. Bolintineanu, Dr. V. Popoviciu și Dr. Voicu.

Cassier: Dr. Hângănuș.

Bibliotecar: Dr. I. Pușcariu.

Ședința din 6 Noembrie 1920

PROF. DR. URECHE: Glicosuriile în sifilisul latent al nevraxului. În decursul sifilisului latent al nevraxului, manifestat uneori numai prin turburări pupilare, alteori prin neurastenii, alteori prin radiculite, se constată în 6.8% din cazuri glicosurie. Glicosuriile sunt ușoare, transitorii și fără nici un alt simptom de diabet, se modifică uneori prin tratament antisifilitic, în schimb tratamentul antidiabetic nu are nici o influență. Glicosuriile sunt probabil de natură cerebrală, produse prin o placă de meningită în spațiul interpeduncular, unde se află centrul simpatic al glicosuriei.

D-șoara DR. E. FILIPESCU: Rachianestezia în ginecologie. Anestezia rachidiană datorită profesorului Toma Ionescu, s'a întrebuințat în 207 cazuri de operații mari și altele mai mici din clinica ginecologică, din Cluj dovedindu-se ca unul din cele mai bune mijloace de anestezie, și superior celui cu cloroform. Technica: în regiunea dorso-lombară (vert. XII. dors. — I. lomb.) se injectează după puncție: 4—5 ctgr. stovaină și 2 mlgr. strichnină. — Cauzează liniște abdominală, relaxează complet mușchii

penineului. Aproape nu are contraindicații. Nu dă complicații postoperatorii, în afară de ușoare cefalalgii în unele cazuri, cari dispar prin urotropină, sau punctia lombară. Nu s'a văzut paralizia bășiceii. Eșuare numai în 2—3 cazuri. Anestezie incompletă în 5—6 cazuri.

Discuția.

PROF. DR. MICHAIL: La București a observat în 2 cazuri de rachianestezie o paralizie a mușchilor drepti externi, cu evoluție benignă.

PROF. DR. IACOBVICI: Lui Toma Ionescu i se datorește numai introducerea rachianesteziei superioare. La unul din cazurile amintite de dl. Prof. Michail s'a constatat sifilis, iar paralizia s'a vindecat prin tratament antisifilitic. N'a văzut niciun caz de paralizie a dreptilor externi provocată de rachianestezie.

DR. GOIA: *Malaria pernicioasă.* În cursul războiului s'a văzut că nu dispunem de cunoștințe exacte despre formele din acest grup, toate de caracter cronic. Formele dintâiu erau de terțiană apoi a prevalat forma tropică. Soldații întorși acasă nevindecați au servit ca surse noi de infecții. Serviciile sunt pline.

Prezintă un pacient de 20 ani, cu tumefierea extremităților și anemie. La primire era bolnav de 2 săptămâni cu frisoane. După 2 ore de la internare prezentase colaps și enteroragie; culoarea era teroasă. La primire nu s'au găsit plasmodii; la 6 ore după primire: forme semilunare, hematii 430,000, hemoglobină 20%. După injecții intravenoase cu chinină scaunele diareice au încetat. La prezentare: restabilit, hematii 4. milioane; în tot timpul afebril. Diagnosticul: malarie pernicioasă emoragică.

Discuția.

PROF. DR. MICHAIL: La examenul oftalmoscopic al pacientului a găsit papilele de paloarea atrofiei nervului optic la tabetici. Citează cazuri de atrofie a papilei după emoragii abundente și este de părere să se urmărească încă și cazul acesta în acest sens.

PROF. URECHE: Atrage atenția asupra formelor grave de malarie laalienați, citând 3 cazuri de demență precoce cu plasmodii, cu formă de rezistență în sânge, fără ascensiune termică.

PROF. DR. T. VASILIU: Formele de malarie sunt altele azi, ca înainte de războiu. Atrage atenția asupra tratamentului în Anglia. Dozele de chinină obișnuite la noi sunt mult inferioare celor necesare. Englezii dau 3 grame pe zi.

PROF. DR. HAȚIEGAN: Dozele mari nu se pot da timp îndelungat, împiedecând lupta organismului. Recomandă 1 gr. pe zi, timp de 1—2 luni.

DR. RĂDULESCU: *Note preliminare asupra operației boalei lui Pott la adulți, cu modificări personale în*

operația lui Albee, care constă în imobilizarea coloanei vertebrale prin operație, evitând corsetele. Albee crapă la nivelul gibosității apofizele spinoase și pune crăpăturilor un zăvor de siguranță din tibia. Modificările aduse ulterior de Tuffier, Mayo, Calvé și Gallaut constau în maniera cum așază grefonul tibial. Găsește, că e mai la îndemână a se lua grefonul din coastă. În plus coasta îi oferă tocmai curbura necesară. Și-a construit singur instrumentația, un fereștrău. Operația: Incizia pielii, desfacerea masei musculare de apofizele spinoase. Crăparea acestora în două, vertical, cu un fereștrău circular electric, etalarea celor 2 jumătăți de spine, ca foile unei cărți; pe această suprafață osoasă întinsă se pune grefonul costal căpătat cu ajutorul unui fereștrău circular dublu, care taie din coastă un grefon compus din periost, os compact și os spongios cu măduvă. — Grefonul se menține cusându-se stratele musculare, tendinoase și aponevrotice pe deasupra. Bolnavul e ținut în decubitus ventral 15—20 zile. Se pune o lună în corset de gips. Urmările operațiunii sunt simple și bune, după cum reese din expunerea celor 7 cazuri deja operate, cari prezentaseră grave turburări medulare.

Discuția.

PROF. DR. IACOBVICI: Felicită pe domnul Dr. Rădulescu pentru simplificarea metodei, care reprezintă un imens progres în tehnica ei.

DR. GEORGHE POPOVICIU: *Mișcări stereotipe în formă de tic, după tuse convulsivă.* Copil de 4 ani, rachitic; de dezvoltare fizică-psihică întârziată, din azilul de copii din Cluj.

Din Decembrie 1919 până în Februarie 1920 a suferit de tuse convulsivă, în urma ei de o bronșită cronică, vindecată în decursul verii. Din Ianuarie a. c. prezintă mișcări de spasmus nutans, rotatorius, de tic de Salaam, și mișcări săltărețe, săvârșite din poziție turcească, cu mâinile răzimate de genunchi, variându-le aproape fără întrerupere ziua întregă. Pe cele rotatorii le continuă și în somn. Mișcările se ivesc la copii neurastenici, histerici, imbecili, rachitici, fără alte complicații. În cazul de față crede însă, că ele sunt cauzate de tuse convulsivă, o etiologie neremarcată până acum. Rolul ei îl deținește prin imbecilizarea copilului, și prin mișcările executate pentru a produce tusea și a scădea dispnea. Aceste mișcări pe fondul degenerativ au dat naștere mișcărilor descrise. Copilul și înainte era, deși mai puțin pronunțat, întârziat în dezvoltare. De aceea cazul nu e îndeajuns de clar. De remarcat însă că aceleași mișcări s'au mai prezentat la alți 7 copii din azil, asemenea după tuse convulsivă.

DR. URUSU: *Incercări de seroterapie în cancer.* Pacientă de 54 ani, cu cancer uterin, invadând para-

metrul și fundul de sac. Caz inoperabil. Se încearcă tratamentul cu ser de capră proaspăt, ca într'un caz de vindecare în Anglia. Prima injecție 5 cm³, a 3-a zi 10 cm³, subcutanat. După 10 zile 1 cm³, intravenos, apoi de 3 ori 10 cm³ intravenos, fără reacție. La 5 zile după ele 10—15 cm³ intravenos cu ușoară reacție. Din nou 1 cm³, apoi 10 cm³ cu reacție puternică de anafilaxie. A 2-a zi, reacția repetându-se după 15 cm³, continuă cu doze mai mici. Rezultatul: durerile și scurgerile par diminuate, tumoarea pare a nu crește, ca la alte cazuri netratate. Nu putem afirma că are o acțiune vindecătoare prea puternică.

Discuția.

PROF. DR. GRIGORIU: Azi teoriile mai noi caută cauza cancerului în deranjările secrețiunii interne a diferitelor organe. S'a afirmat de un autor american că ar fi căpătat rezultate bune cu injecțiile de ser de capră, noi din cazul nostru nu putem afirma.

DR. FILIPESCU: *Caz de ulcer perforat al pilorului vindecat prin gastro-entero-anastomoză.* Prezentat în clinică 36 ore după perforație. Abdomen balonat, fața ipocratică. Dr. Rădulescu face închiderea ulcerului și curățirea abdomenului. După 3 săptămâni vindecat. Apărând apoi simptomele de debut, piroșis etc., se face gastro-entero-anastomoză post. Pilonul era strâns aderent de ficat și pancreas. În 12 zile vindecare. Statisticile arată 65% mortalitate, chiar după 18 ore de la debut.

Discuția.

PROF. DR. IACOBVICI: Chestia e actuală. Balfour spune că ulcerul cauterizat și tratat nu mai trebuie gastro-entero-anastomozat. Alte trei cazuri, tot din clinica chirurgicală, arată, că tratamentul simplu nu e suficient. Operația trebuia făcută în 2 timpi, altfel nu ar fi fost suportată.

DRD. GLĂVAN: *Ulcerle corneene observate în Clinica Oftalmologică din Cluj.* V. Nrul 10 al „Clujului Medical“ 1920.

Discuția.

PROF. DR. MICHAIL: Medicii noștri practicieni sunt în mare parte ignoranți în oftalmologie, iar autoritățile nepăsătoare. Avem un procent enorm de orbi în țară, iar măsurile sunt neexistente.

PROF. DR. IACOBVICI: *Volvulus al cecului.* Este vorba de un bolnav, care prezintă toate simptomele unei ocluzii intestinale. La operație s'a constatat un volvulus al cecului. S'a făcut colopexie și apendicectomie.

DR. BĂRLEA: *Un caz de necroză a maxilarului, vindecat prin metodă conservativă.* Pacientul de 25 de ani, prezentat în serviciu cu tumefierea maxilarului inferior, gingia inflamată, fistulată, începând din jurul pre-

molarului și caninului stâng până la cei dreapți. Sonda conducea la os denudat și sgronturos. La radiografie: zonă de destrucție osoasă în jurul molarului I. inf. stâng. Necroza a debutat prin durere violentă în molarul I. inf. stâng. Un tehnician încercând s'o extragă, o fracturase la gât. Vindecarea se obține numai prin extracția rădăcinii acesteia.

Discuția.

PROF. DR. BILAȘCU: Intervenționistii în cazul acesta ar fi îndepărtat dinții și părți din maxilar.

Sedința din 20 Noembrie 1920

DR. GĂLAN: *Un caz de urticarie cronică.* Pacienta prezintă o erupție generalizată de papulo-vezicule, cu conținut seros, însoțită de un prurit intens mai accentuat la epocile menstruale. Leziunile evoluează 6—8 săptămâni. Boala durează de 16 ani, refractară tuturor tratamentelor. Wassermann negativ. Examenul sângelui în genere nu prezintă nimic patologic.

Discuția.

PROF. DR. GANE: Recomandă tratamentul cu peptonă, antianafilactic.

PROF. DR. URECHE: Dată fiind coincidența între menstruație și agravarea pruritului, recomandă opoterapia suprarenală, superioară tratamentului cu adrenalina, încercat.

DR. GĂLAN: *Cancer pe bază lupică tratat cu raze Röntgen.* Pacienta de 50 ani cu ulcerăriune pe față, dezvoltată pe bază lupică, diagnosticată de cancer. Wassermann negativ. I se aplică timp de 5 zile tratamentul cu raze Röntgen în doze de eritem. După 3 săptămâni țesutul necrozat se elimină și începe granulația și epitelizarea.

Discuția.

PROF. DR. IACOBVICI: Tratamentul chirurgical ar fi avut rezultate mai grabnice.

DR. TĂȚAR: Tratamentul cu raze a fost indicat prin originea lupică a cancerului.

DR. URSU: *Două cazuri de malformațiune a organelor genitale la femei.* Prima femeie prezintă o aplasie a organelor genitale. Nu a avut niciodată menstruație. La orificiul vaginal un condilom. Vaginul adânc de 2 cm., abia cuprinde un deget; în părțile laterale prin țesutul rectal se simt cele două ovare. Nu prezintă semne de insuficiență ovariană. I se va face operația lui Baldouin.

Al doilea caz e de uter bicorn. Femeia gravidă în a 7-a lună. Cazul este de importanță obstetricală, întrucât femeile cu vicii de conformație de obicei nu duc sarcina la termen.

DR. E. ȚEPOSU: *Un caz de prostatită operată în do timp.* Prostatită acută cu retenție urinară, cu febră mare

și stare generală foarte rea. Din cauza relei funcționări a rinichilor intervenția chirurgicală s'a făcut în 2 timpi. În primul timp cistotomie suprapubiană, în al doilea timp prostatectomie după 2 săptămâni. Rezultatul satisfăcător. După 3 săptămâni bolnavul cu starea generală foarte bună.

DRD. A. VOINA: Cancer al limbei. Pacientul de 40 ani, prezentând, pe lângă simptome precise de neoplasm, reacțiunea Wassermann intens pozitivă, face întâi tratamentul antisifilitic, fără vreun rezultat în starea cancerului. Va trece în serviciul clinice chirurgicale.

Sifilom primar pe teren lupic. Pacientul de 18 ani, cu afecțiune lupică a nasului, a obrazului stâng și a buzei superioare și cu un sifilom primar, așezat în afecțiunea tuberculoasă, în umghiul stâng al gurei.

Diagnosticul confirmat prin examen bacteriologic. Este al 4-lea caz de sifilom primar, pe teren tuberculos, descris în literatură.

PROF. DR. GANE: Un nou tratament local în enterita disenteriformă. Tratamentul constă în clisme cu soluție Dakin diluată 1:4, precedate de un purgativ (Ot. de ricin). Tratamentul a fost aplicat la copii, între 3 luni și 5 ani, și la soldați, dintre cari unul cu diagnosticul confirmat prin examenul bacteriologic. Vindecarea s'a realizat mai repede, ca prin oricare alt tratament. Avantajul tratamentului constă în faptul că nu coagulează albuminele și atacă direct microbii.

PROF. DR. NEGRU: Incercări de radiografie a uterului: Prezintă un clișeu și 2 filme, pe care se văd imaginerile uterului și ovarelor la un cadavru. Radiografiile au fost făcute în condițiuni comparabile cu procedeul filmului intravaginal pe viu, pe care-l va experimenta ulterior, și pe care-l expune în trăsături generale. Prezintă și schița unei pense vaginale porte-film în acest scop. Insistă asupra necesității basculei anterioare a uterului, pentru a-l aplica pe film, și care trebuie realizată prin acțiunea combinată a pensei și a cilindrului compresor foarte înclinat.

DRA. DR. M. CUPCEA: Revistă anuală a tratamentului conjunctivitei blenoragice din Clinica Oftalmologică din Cluj.

La noi conjunctivita blenoragică este de 7-ori mai frecventă decât în Franța, și înspăimântător de des urmată de complicații. Se impune instruirea moașelor și surorilor de ocrotire, și internarea forțată a bolnavilor.

DR. HĂNGĂNUȚ: Sondaj precoce după intoxicație cu sodă caustică. Sondajul s'a început 6 zile după intoxicare, cu rezultat rapid.

Discuția.

PROF. DR. HAȚIEGAN: Bolnavii lăsați, după obiceiul de până acum, 4—6 săptămâni după intoxicație

fără sondaj, sunt expuși la stricturi imposibil de penetrat. Sondările precoci să se facă deocamdată în clinici, fiindcă pot da perforațiuni.

Dr. Gh. Popoviciu.

Reuniunea Anatomică

(Institutul de Anatomie-Patologică din Cluj)

Sedința dela 11 Decembrie 1920

PROF. DR. TITU VASILIU. Cancer al stomacului, al pancreasului al capsulei suprarenale stângi, metastaze în ganglionii hilului ficatului și ganglionii mezenterici.

Interesant este prezența acestei tumori canceroase după cum se dovedește și la microscop, deodată în mai multe organe, unde ar putea fi primitivă. Sunt mai multe cancere primitive? Prof. Babeș a arătat că se întâlnește această coincidență. Aici istologia arată că este vorba de un cancer primitiv al stomacului cu metastaze în celelalte organe și anume: prezența de celule rotunde, asemănătoare celulelor fundului stomacului.

PROF. DR. VASILIU T. Tuberculoza ovarelor, a ganglionilor mezenterici și tracheo-bronșici.

Arată importanța cazului prin raritatea tuberculozei primitive a ovarului. Chiar tuberculoza hematică cazeoasă a ovarului este foarte rară.

PROF. DR. T. VASILIU. Hipertrofia și dilatarea inimii. Tromb vital în ventricolul stâng, plămân cardiac, infarct plămânul drept.

Demonstră piesele microscopice și arată că hipertrofia inimii este datorită unei inflamațiuni cronice intestinale. Nu există leziuni valvulare. Este vorba de un om de 22 de ani, bolnav de 6—7 luni înainte. Nu se poate explica această hipertrofie prin o adevărată hiperplazie și hipertrofie a musculaturei inimii. Hipertrofia este datorită țesutului conjunctiv interstițial (Babeș).

PROF. DR. T. VASILIU. Peritonită canceroasă: cancer al prostatei cu metastaze în mezenter.

Prezintă organele și piesele microscopice dela un caz cu o tumoră de mărimea unei nuci în prostată. Metastazele sunt de-alungul mezenterului la inserția lui.

PROF. DR. TITU VASILIU vorbește și demonstrează piesele atât macroscopice cât și microscopice dela cazul cu *Meningită cisticercotică*. Cazul a fost prezentat și la Soc. Șt. Med. Cluj.

Se prezintă piesele dela un uter gravid.

Ședința dela 10 Ianuarie 1921

PROF. DR. TITU VASILIU. Cancer al rectului cu metastaze în pelvis metastaze în măduva osoasă și ficat.

Piese macroscopice nu mai există, au fost demonstrate la timp. Examenul ulterior microscopic a arătat metastaze în măduva osoasă formate din tuburi celulare cubico-cilindrice. O hiperplazie a măduvii osoase. Faptul important pe care-l demonstrează, este o metaplazie mădulară a splinei și o metaplazie în țesutul pericanceros în pelvis și mai cu osebire în jurul coccisului. Această metaplazie o demonstrează prin colorații cu dimetilparafenilen diamin (R. Schultze). Din această cauză arată că această afecțiune: *metastaze canceroase ale măduvei osoase*, este o aleucemie mielogenă, trebuind să intre în cadrul mielozelor. Cauza ar fi mecanică, țesutul medular fiind înlocuit prin metastazele canceroase.

2) *Melanosarcom al ficatului*, plecând dela o tumoră a ochiului ce fusese extirpată mai înainte. Un ficat enorm, 7.500 kgr., negru cu noduli rotunzi, ombilicați, albi în această masă mare, compactă, neagră. Istologia arată că aceste tumori albe sunt *sarcome fuziforme*, compacte. Masa neagră este formată din celule melanice cu un caracter endotelial, ce se infiltră printre celulele hepatice ce se mențin încă, contrar de ce se petrece în tumorile albe. Deci 2 feluri de tumori în acest organ.

PROF. DR. T. VASILIU, prezintă 2 cazuri de *encefalită epidemică*. În creier hemoragii punctiforme extrem de abundente; hiperemia meningelor. Istologic: manșoane perivascularare, noduli inflamatori. (Au fost prezentate și la Soc. Șt. Medicale în colaborare cu Prof. Hațiegan).

M. CHERNBACH. Piesele dela cazul cu angiocolită calculoasă cu ascarizi inclavați. Se face demonstrația că ascarizii pătrund în timpul vieții (Cazul s'a publicat cu Prof. Titu Vasiliu la Soc. Șt. Medicale).

Reuniunea de Ginecologie și Obstetrică din Cluj.

Sub președinția dlui Profesor Dr. Grigoriu C., directorul clinicii de Obstetrică și Ginecologie din Cluj se țin la fiecare 2 săptămâni, în ziua de Miercuri, la 5^{1/2} pm. în localul clinicii, ședințe de specialitate.

Ședința din 20 Ianuarie 1921

PROF. DR. GRIGORIU. Peritonită fetală la un nou născut. O multipară care a născut spontan și la termen un copil asfixic, care cu toate încercările de a fi

adus la viața sucombă. Necropsia a arătat o peritonită fetală serofibrinoasă și o pleurită seroasă dreaptă, fără nici o altă anomalie. Mama neagă orice maladie în timpul sarcinei. Wassermanul mamei negativ. Culturile și frotiurile din lichidul peritoneal al copilului au rămas negative.

PROF. DR. GRIGORIU. Injecțiile cu lapte matern nefiert intravenos în obstetrică. Arată încercările făcute în clinica sa cu ajutorul injecțiilor de lapte matern nefiert injectat intravenos în diferite afecțiuni (cancer, infecțiuni puerperale). A observat rezultate negative în neoplasme și rezultate încurajatoare în cazurile de infecțiuni puerperale. Cercetările continuă.

DR. EMA FILIPESCU. Asupra sarcinelor extra uterine tratate în clinica obstetricală din Cluj. În 17 luni s'au operat 15 cazuri, dintre cari la 7 s'au practicat histerectomii totale, la 3 subtotale și la 5 extirpația trompei respective.

DR. EMA FILIPESCU. Asupra tratamentului infecției puerperale. Recomandă ca tratament mai nou sulfatul de cupru amoniacal preconizat de Noire, precum și injecțiile cu lapte cari se practică în clinica din Cluj.

DR. VOICU. Asupra injecțiilor cu lapte. Face o comunicare-referat asupra tehnicii și rezultatelor acestor injecții cu lapte.

DR. V. URȘU. Un caz de uter didelf cu sept vaginal, graviditate. Facere matură.

Această comunicare va face obiectul unui articol în Clujul Medical.

DR. V. URȘU: Un caz de placenta accreta. Presintă obs. unei multipare, cu facerile anter. normale. — La facerea actuală placenta neexpulsându-se se face o extracție manuală, constatându-se placenta destul de aderentă de peretele uterin. Post-partum a fost caracterizat prin ochii sanguine mai mult ca normal.

A fost deci un caz de *pl. accreta* cu aderențe destul de întinse.

Diagnosa s'a făcut după ce s'a introdus mâna în uter, semnele descrise ca inerente acestei afecțiuni — ca: metrita anterioară, sângerări în sarcină, aderența la celelalte faceri, durerile fixe și generalizate abdominale, nu s'au observat.

Se face o dare de seamă de lucrările ultime asupra acestei chestii, insistând asupra patogeniei, anat. pat. și tratamentului.

DR. V. URȘU: Un caz de kist idatic pelvian.

Nulipară, 22 ani, intră în clinică cu temperatură și infiltrat în Douglas.

Menstruația la 13 ani, repetată la 28 zile, ține 3—4 zile fără inconvenient. Debutul maladiei actuale: acum 2 ani a observat o tumoare indoloră care creștea în bazin.

De 3 săpt. a crescut repede, cu dureri și temperatură mare.

Se constată abdomenul balonat cu defansă, cu o matitate până la ombilic, matitate ce nu e influențată de decubit.

Tumoarea e dureroasă la palpare, fluctuentă, face impresia de o pelviperitonită închistată.

Ex. ginecologic. Uterul în anteversie-flexie, în conjurat pe laturi și îndărăt de un infiltrat difuz, sensibil la palpare, cu părți dure și altele moi, fluctuente. Pacienta are pollakiurie și disurie, constipată, febricitează între 37°—39°. Nici o tumoare apreciabilă a org. abdominale și toracice.

Puncția în Douglas fiind pozitivă pentru puroi, se face *colpotomie* posterioară. Se scurge o cantitate mare de puroi și se elimină membrane groase ce ne face a bănuși că avem a face cu membrana germinativă a unui kist idatic supurat, lucru confirmat anatomopatologic. Examenul sângelui dă oarecare grad de eosinofilie 6—7%. Accidente urticariene în antecedente nu a avut. Urmările post operatorii bune, bolnava părăsește peste 1 lună clinica cu plaga vaginală vindecată, rămânând încă un infiltrat în basin ce se ridică până la sinfisă.

Societatea Studenților în Medicină din Cluj

Ședința de aniversare din 31 Octombrie 1920.

Dl I. Țețu, președintele societății, în cuvântul de deschidere face un scurt istoric al societății înființate la 13 Noembrie 1919, arată greutățile cu cari a avut de luptat, zugrăvește psihologia organizațiilor studențești și schițează câteva momente importante din viața societății.

Dl V. Bidu, secretar general, face darea de seamă despre activitatea societății pe anul școlar 1919—20, cu considerațiuni asupra situației administrative și științifice.

Dl Prof. Hațiegan, vorbind în calitate de fost decan al Facultății, scoate în evidență rolul important jucat în viața medicală din vechiul Regat de Societatea Studenților în Medicină din București, care poate servi de exemplu Societății Studenților în Medicină din Cluj. Această societate încă în decursul primului an de viață a adus contribuții prețioase la educația medicală a studențimii din Cluj, completând educația dela catedră. Face apel la solidaritatea frățească și profesională a studențimii medicale, care va trebui să fie veșnic straja iubirii de neam.

Dl Prof. Negru, ca prodecan al Facultății, aduce urări societății, care pe lângă educația științifică va

trebui să se năzuiască să fie veșnic o școală de patriotism. Dă asigurarea că decanatul facultății va avea în vedere nevoile materiale ale societății, căreia îi va da tot sprijinul de care va avea nevoie.

Dl Aurel Voina ține o disertație despre „Rolul social al medicului”, arătând importanța covârșitoare a medicului în toate branșele vieții sociale și insistând mai ales asupra activității medicilor igienisti. Ca încheiere *dl Țețu* proclamă membrii de onoare ai societății pe domnii profesori: Sexil Pușcariu, fost rector al universității, Iuliu Hațiegan, fost decan al facultății de medicină, V. Babeș, C. Levaditi, Mina Minovici, I. Moldovan și pe dnii doctori Vasile Bianu și Marius Georgescu.

*

La 7 Noembrie se face alegerea comitetului pe anul școlar 1920—21 în felul următor: președinte Aurel Voina, vicepreș. Mihail Macavescu, secretar gen. Cornel Radu, bibliotecar Ioan Draia, casier Andrei Crișan, secretari de sedință Ioan Gavrilă, Ioan Trifan și Dumitru Zeana, membrii în comitet: Alexandru Dacian, Mariu Fodor, Emanoil Săvean și Liviu Telia.

*

Ședința din 27 Noembrie 1920

Dl Dogariu, prezentând un bolnav cu „Buză de epure și gură de lup” afară de considerațiuni generale asupra acestei malformațiuni dă explicațiuni privitoare la procedeul operator, a cărui înțelegere se facilitează de prezentarea unor planșe.

Dl Macavescu prezintă un caz, de „Tumoare cerebeloasă”. E vorba de un copil de 7 ani, la care diagnosticându-se o tumoare cerebeloasă se supune tratamentului operator, tumoarea este însă inextirpabilă din cauza volumului considerabil. Se prezintă piesa.

Dl Pocrean face unele „Considerațiuni asupra alcoolismului rural”. Arată dezastrele produse de această redutabilă maladie socială și schițează un plan după care crede că s'ar putea duce o luptă eficientă contra acestui flagel.

*

Ședința din 18 Decembrie 1920

Dl M. Săceanu demonstrează un bolnav care prezintă „Dischromie congenitală”. E vorba de un caz, de albinism parțial, interesant prin faptul, ca fără considerațiuni anamnestice nu s'ar putea diferenția de vitiligo.

Dl Ștefan Brașcu vorbește despre „Sufleurile anemice”. Face o privire generală asupra suflurilor extracardiace, referindu-se apoi la o serie de bolnavi ai Clinicii Medicale, cari au determinat această comunicare.

A. V.

Revista cărților

Lacapère et Laurent: Le traitement de la syphilis par les composés arsenicaux, vol. 224 pg. (Paris, Masson, 1920.)

În Franța cartea aceasta, care a ajuns repede la a doua ediție, se bucură de un mare succes. În ultimul timp au fost precizate câteva puncte de detaliu în tratamentul general al sifilisului. Astăzi tratamentul preventiv și tratamentul sifilisului nervos sunt la ordinea zilei; pe de altă parte în ultimul timp s'au pus în circulație compuși noi, pe cari ni-i face cunoscuți Lacapère în această carte, care este un guide practic pentru toți cei ce voiesc să trateze sifilisul prin metodele cele mai recerte. Arată valoarea comparată a diferitelor medicațiuni antisifilitice și a diferitelor preparațiuni arsenicale (atoxyl, hectină, salvarsan — arsenobenzolneosalvarsan — novoarsenobenzol — galyl, luargol, sulfarsenol), trece în revistă incidentele și accidentele posibile și dă principiile generale ale aplicațiunilor tratamentului. Faptul că nu se referă la salvarsanul argentic — silbersalvarsan — se explică prin lipsa de contact cu publicațiunile germane.

Ronchèse: La réaction Bordet-Wassermann pour le diagnostic de la syphilis, vol. 212 pg. (Masson, 1919.)

Expune bazele reacțiunii și metoda primitivă, trece în revistă metodele principale propuse pentru a înlocui metoda lui W.; face apoi studiul metodic al reacțiunii, după care urmează un studiu critic al principalelor metode. Dă lămuririle necesare conduitei bune a unei reacțiuni. Exprimă marea încredere în valoarea considerabilă a seroreacțiunii B.—W. la care însă (pentru a-și păstra creditul de care s'a bucurat până acum) trebuie să se evite cauzele de eroare, cari fac uneori ca acelaș ser să dea rezultatele cele mai contradictorii. În ultimii ani s'au făcut lucrări importante asupra acestei probleme, dar publicațiunile sunt împrăștiate prin diferite reviste. Meritul cel mare al autorului este, că publicând această lucrare — care este cea mai completă monografie a acestei reacțiuni — face o operă eminentemente utilă. Insuși autorul a adus multe contribuții la metodele de serodiagnostic.

E. Riecké: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, fünfte Auflage. Jena 1920. (856 pg.)

În decursul războiului am fost lipsiți de produsele artei grafice germane și deabia de puțină vreme au reînceput să pătrundă și la noi periodice și cărți germane. Tratatul acesta, care din 1908 până astăzi a ajuns la ediția a cincia, are incontestabilul avantaj de a fi rezultatul colaborării unora dintre cei mai distinși profesori germani ca: Buschke, Ehrmann, Riecké, Riehl, Tomaszewski etc. În partea I Riehl, dela Viena face dermatologia generală. Ceilalți colaboratori ai săi tratează câte un capitol mare din dermatologia specială. Boalele venerice sunt semnate de Bruhus și Buschke. Un capitol aparte se cupă cu metodică röntgenterapie în dermatologia practică, chestiune extrem de importantă, întrucât razele X ocupă un loc de frunte tocmai în terapeutila celor mai rebele afecțiuni cutanate. O tabelă sistematică dă indicațiuni precise asupra tehnicei aplicabile fiecărei dermatose în parte. Fiecare articol e succedat de o bogată bibliografie, sistem admirabil, care facilitează mult cercetările. Dealtcum se pare că anii de război n'au fost favorabili progresului dermatologiei nici în Germania, ca nici în alte țări.

Volumul este imprimat cu foarte mare îngrijire pe hârtie de cretă și împodobit cu un lux de aproape 400 de figuri excelent executate, astfel că se respectă și acel desiderat, ca tratatelor de dermatologie să li se dea cât mai mare atenție și în ceea ce privește execuția tehnică.

A. Voinea.

Medic Major Dr. V. Dinulescu: Conjunctivita granuloasă în Basarabia (Tipografia „Universală“ București 1920.)

Într'o interesantă broșură dl Dr. Dinulescu dă date prețioase asupra trachomului în Basarabia.

Fiind șeful unei infirmerii de ochi, în orașul Bălți, în 1918, a avut ocazia să vadă 1023 de bolnavi de ochi și urechi, dintre care 307 eravi trachomatoși. A examinat acest număr de bolnavi în timp de 5 luni. Bolnavii erau în cea mai mare parte cu forme grave și în majoritate erau evrei; câțiva dintre ei erau orbi, pentru că nu avuseseră unde să se trateze.

În Iunie 1918 trecând la Chișinău, ca medic-șef al infirmeriei de ochi din acel oraș, a continuat cercetările relativ la răspândirea trachomului între civili și militari. Din 4260 de consultații, câte a dat la infirmerie, a găsit 307 de trachomatoși. Cei mai mulți erau din nordul Basarabiei, unde numărul evreilor e mare și în general cam toți erau dela sate.

Examinând elevetele unei Școale de fete din Chișinău a găsit din 500 un număr de 70 de granuloase —; iar la Azilul orfanilor de război, din acelaș oraș, din 240 de copii, 84 erau trachomatoși.

A îngrijit în infirmerie, 2077 de trachomatoși. Aceștia erau recrutați dintr'un Corp de Armată care numără cam vro 61.872 de soldați, deci procentul militarilor trachomatoși e cu mult mai mic decât al civililor.

Atrage atenția asupra lipsei de spitale în Basarabia, în care să fie căutați bolnavii de ochi și asupra lipsei de cunoștințe în boalele de ochi, a medicilor basarabeni; specialiștii în boli de ochi nu cunosc trachomul.

Face un scurt tablou al celor 4 faze ale boalei, pe care le-a stabilit împreună cu Dl Profesor Dr. Michail, în urma multor cercetări anatomo patologice, făcute în anii 1914—1916. Arată cât de importante sunt măsurile luate în primele 2 faze ale boalei, când se poate vindeca radical și recomandă ca mijoc sigur și cel mai bun, de tratare: *raclajul*.

Pentru bolnavii civili crede că, înainte de a se construi Spitale județene de ochi, a căror întârziere aduce un mare rău poporului, medicii toți trebuie să-și îndrepte privirile spre această boală și în clientela lor să nu neglijeze declararea cazurilor de trachom. Cere ca toți medicii funcționari să facă un mic stagiu la spitalele de ochi, ca să învețe să trateze această boală.

I. Glăvan.

Revista Revistelor

Medicina Internă

Petrén: Diabetes studien. (Archiv für inere Medizin.) Bd. 51. H. 2. 1918.

Constată, că prin ajungerea la aglicozurie în diabet se ridică în mod considerabil toleranța față de hidrații de cărbune. La stabilirea toleranței procedeează prin eliminarea succesivă a cantității de hidrați de carbon, astfel se delăturează acidoza și se stabilește zi de zi toleranța. În loc de lapte administrează smântână și după ce susține aglicozuria două săptămâni, ridică treptat doza de pâine cu 20 gr. În cazurile grave accentuează și el reducerea albuminoidelor, nefiind permis un metabolism azotat exagerat. Stabilește, că unde toleranța la început este 40 gr. de hidrocarbonate, reușește de obicei ridicarea acestei toleranțe la 100 gr. Prin ridicarea toleranței se aduce o ameliorare reală boalei. Tratatamentul de regim este astfel nu numai simptomatic, ci rațional. Deși boala este constituțională nevindecându-se trebuie totuși să admitem și momente funcționale.

I. Hațiegan.

Allen: Etude expérimental du diabète. (Idem.)

A încercat la câini pancreatectomizați deosebite regi-muri. Regimul de hidrocarbonate la început este bine tolerat, ceea ce se observă și la om la începutul boalei, supra-alimentând animalul, perde această capacitate compensatorie. Dacă pancreasul e extirpat în mai multe ședințe și în lungă vreme animalul devine mai repede și mai intensiv diabetic. Probabil și la om se face în etapă și în lungă vreme alterația pancreasului. Prin supra-alimentare se produce un surmenaj endocrin și diabetul cânelui se agravează. Reducerea hidraților de carbon și a proteinelor influențează bine diabetul până la o vreme, când cu toată reducerea aceasta se produce un declin în toleranță. Pentru agravarea diabetului sunt responsabile greșelile de regim.

I. Hațiegan.

E. Salén: Einige Bemerkungen über die Diabetes acidose. (Archiv für inere Medizin 1918 Bd. 51. H. 2.)

Aduce câteva observații relativ la acidoza diabetică și indică un procedeu de determinare cantitativă potrivit pentru practica clinică. Acetonuria trebuie substituită cu numirea de *acidoză* introdusă în clinică de Norden. În provocarea acidozei rolul cel mai important îl are acidul oxybutyric, iar acetonul și acidul diacetic (total aceton) joacă un rol mai mic. Raportul între acetonul total și acidul oxybutyric este 1:5 — 1:10. Fiind acidul oxybutyric în cantitate mai mare în urină Magnus-Levy a propus calcularea acidozei din urină prin determinarea amoniacului în urină. Variind acest raport și fiind dată posibilitatea, că numai acidul oxybutyric este mărit fără prezența acetonului se impune definirea cantitativă a tuturor acestor corpuri, dacă voim să avem gradul real al acidozei. Descrie procedeu lui Engfeldt modificat de el, cu ajutorul căruia în 3 ore se face determinarea corpurilor acetone.

I. Hațiegan.

Chauffard: La cycle de la cholestérine dans l'organisme. (Annales de Médecine. 1920. T. VIII. Nr.)

Arată prin cercetări clinice detaliate, că cholesterina se aglomerează în glanda suprarenală și în deosebite boale arată relațiuni cantitative deosebite, prezentând în scleroza arterială cea mai mare cantitate. În bilă cholesterina este reflexul cantitativ al cholesterinemiei, fapt important din

punct de vedere al patogenesei litiazei biliare. Bila conține mai multă cholesterină în graviditate, pneumonie, nefrită cronică, diabet. Cholesterina pe lângă ciclul normal are și un ciclu maternofetal, iar ficatul nu numai o excretează, ci o și oxidează. Acidul cholalic din bilă este probabil o componentă oxidată a cholesterinei.

I. Hațiegan.

Lumière: Avitaminose et inanition. (Bulletin de l'Académie de Médecine 30 Nov. 1920.)

Dacă alimentația este lipsită de vitamine se prezintă o hipofuncție digestivă și o hipotonie a organelor digestive. Vitaminele conțin agenți excitomotori și excitosecretori ai aparatului gastrointestinal. În lipsa acestora fragmentarea alimentelor nu se poate duce la îndeplinire și astfel asimilația este imposibilă, aminalele mor de inaniție. Fenomenele avitaminozei sunt similare cu cele ale inaniției. Aceste simptome sunt: slăbirea, astenia, hipotermia, convulsii spasmodice laterale ale capului, scaune verzi, sanghinolente, accidente paralitice și cerebeloase. Lumière a reușit să producă la porumbi fenomene paralitice și cerebeloase prin hipalimentație extremă și exces de inaniție. Astfel demonstrează, că inaniția face simptomele în avitaminoze. În inaniția pură aceste fenomene nu se prezintă epuizându-se organele esențiale și astfel nu e timp pentru dezvoltarea lor. Avitaminoza nu este altceva, decât o formă particulară de inaniție.

I. Hațiegan.

Fohr, Sohlern: Über Darmblutungen. (Medizinische Klinik Nr. 20. 1920.)

Autorul susține teza, că enteroragia nu e decât un simplu simptom, a cărui etiologie adeseori e foarte greu de precizat, căci enteroragia, în afară de afecțiunile intestinale banale ca: ulcerațiuni, tumori, hemoroizi, ocluzii intestinale, tromboze, embolii, se atașează la cortegiul simptomatic și al altor afecțiuni mai rare; astfel survine în policitemia rubră, arterioscleroză, endarterită luetică, în etc.

În concluzie: apariția unei enteroragii să fie un imbold pentru a examina minuțios toate aparatele pentru a institui un tratament corespunzător.

I. Goia.

Erwin Becher: Über Unterschiede in Leukocyten u. Erythrocyten gehalt des Blutes an verschiedenen Stellen der Gefäßsystem u. deren Ursachen und Bedeutung. (Medizinische Klinik Nr. 42. 1920.)

Numerotând leucocitele în sângele luat din capilare (deget) și în sângele luat din vase mari (vena cubit.) află, că în capilare numărul e mai ridicat. Acest lucru îl explică prin faptul, că leucocitele în torrentul circulator se înșiră de-alungul peretelui vascular, iar eritrocitele la mijloc.

Cum capilarele reprezintă o suprafață mare și curentul saughin circulă cu mică viteză, leucocitele se acumulează de-alungul pereților. Diferință mai pronunțată e între numărul leucocitelor din venele mari și capilarele organelor interne.

I. Goia.



B. Moyinhen. *Diagnosticul și tratamentul ulcerului cronic al stomacului.* (The British Medical Journal 13 Dec. 1919.)

Autorul numără ca simptome clasice ale ulcerățiunii gastrice: *durerea*, ce survine în legătură cu ingerarea alimentelor; *vărsăturile*, cari apar după durere, și e un simptom mai rar ca durerea; *hematemeza* e mult mai rară, de cum se crede în general — survine cam în $\frac{1}{4}$ din cazuri.

Radioscopia ocupă locul suveran ca metodă de diagnostic — pozitivă în 90 %.

Autorul nu atribuie mare importanță chimismului gastric.

Tratament: În cazuri de hiperchlorhidrie s-o reducem. Vindecarea ce se obține prin tratament medical nu e durabilă, fiindcă se produc cicatrice. Tratamentul ideal e cel chirurgical și la punctul acesta recomandă gastrectomia parțială și numai când aceasta nu e posibilă, să se facă gastroenteroanastomoză.

I. Goia.

I. L. Kantor. *Tratamentul ankilostomiazii prin tubaj intestinal* (American. medic. asoc. Presse Medicale No 11.

Autorul preconizează un tratament sigur, eficace și mai rapid ca cele întrebuintate până acum.

Procedeu se împarte în 3 faze:

I. Introducerea sondei duodenale, care se verifică prin extragerea de bilă sau suc intestinal cu reacție, alcalină.

II. Injecțăm 3 cmc. de oleu de chenopodă cu o siringă de 30 cmc., urmată de injecție de aer.

III. După 6 minute injecțăm 60 cmc. de soluție caldă saturată de sulfat de magnezie pentru a evacua vermifugele și a evita intoxicația. Se scoate tubul. Imediat are scaun bolnavul — evacuându-se a mare cantitate de viermi.

Intoxicații s'au produs cu 5 cmc. de oleu de chenopodă.

I. Goia.

Dos. Walter Dweig. *Hematemeze după gastroenteroanastomoză.* (Mediz. Klinik. 1920.)

Autorul consideră gastroenteroanastomoză simplă, ca un procedeu inutil în tratamentul ulcerului gastric. În urma acestei operațiuni adeseori survin ulcerățiuni peptice în ansa intestinală sau — ceea ce e și mai periculos — hematemeze abondente. Proveniența acestora ar fi condiționată de prezența unui ulcer peptic — sau hemoragia s'ar face din ulcerul vechiu.

Din statistica ce o prezintă rezultă, că hematemeza survine aproape exclusiv după gastroenteroanastomoză. Din cauza aceasta autorul formulează ca tratament clasic al ulcerului gastric, tratamentul medical. Dacă acest tratament e insuficient, recomandă intervenția chirurgicală. Ca intervenție ideală consideră resecția ulcerului cu îndepărtarea pilorului și resecția unei părți din fundus (tuberositate). Dacă nu ar fi posibilă aceasta, din punct de vedere tehnic, se recomandă exclusia pilorului după Eiselsberg, iar gastroenteroanastomoză să fie eliminată ca procedeu chirurgical.

I. Goia.

Prof. Albu. *Despre urmările angiocolitei enterogenice.* (Mediz. Klinik No 11. 1920.)

Hipalimentația din război a cauzat o mulțime de cazuri de angiocolită enterogenă, iar angiocolita pare a fi

cauza numărului mare de atrofii galbene acute și subacute ale ficatului. La formele subacute de atrofii galbene survine destul de des ascită și anasarc. Ca efect al hipalimentației se poate considera și colecistita și angiocolita deasă, care produce calculi biliari. Dovadă este frecvența litiazei biliare la indivizi sub 20 de ani. Drept aceea la gastralgii de lungă durată, cari survin la indivizi tineri, totdeauna trebuie să ne gândim și la posibilitatea unei îmbolnăviri a căilor biliare.

I. Stoichiția.

F. Widel și Et. May. *Un caz de icter infecțios cu gonococi.* *Tratament prin ser antigonococic.* *Vindecare.*

(Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hopitaux de Paris) No 27—1921.

Relatează un caz de icter infecțios grav la o femeie, care prezenta o artrită blenoragică și unde natura gonococică a icterului a fost probată prin hemocultură, care a arătat prezența gonococului în sânge. Bolnava avea frisoane dese, acensiuni termice, o stare generală foarte gravă și erupțiuni de pete maculoase pe tegumente. A fost tratată cu injecții de ser antigonococic, cari s'au dat zilnic intravenos în cantitate de 40—50 cmc. în 400—500 cmc. de ser fiziologic. Injecțiile se făceau încet în decurs de 20—30 minute. În decursul injecțiilor survineau mici accidente, ca cafalee, accese de dispnee, cianoză etc., cari însă erau trecătoare. După 5 injecții bolnava se vindecă complet, dispare atât eritemul cât și artrita.

În literatură sunt semnalate 5 cazuri asemănătoare, din cari 4 au sucombat. Tratamentul indicat deci merită a fi practicat în toate cazurile.

I. Stoichiția.

André Bergé et Jean Robert. *Péritonite aigue a forme enteritique.* (Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hopitaux de Paris. No 36. 1920.)

În peritonitele acute constipația e regulă și diareea se observă numai în unele forme speciale ca accesorie.

Autorii publică un caz de peritonită generalizată de origine genitală — probabil consecutivă unui avort — care a evoluat cu aparență unei enterite aproape choleriforme: diareea precoce, abondentă, 15—20 scaune seroase, verzui, fetide pe zi.

Acest tablou, care ocupă planul întâi al scenei clinice, apoi faptul, că semnele proprii peritoneale erau atenuate, a contribuit ca să se insisiste asupra diagnosticului de enterită acută și să se întârzie intervenția chirurgicală, care făcută mai curând ar fi salvat bolnava.

Existența unei diaree mai mult sau mai puțin abondente este o particularitate cunoscută a peritonitelor pneumococice și a peritonitelor septice, putride cu intoxicația profundă a organismului.

În fața unui asemenea tablou clinic, pentru evitarea unei erori de diagnostic regretabile, să ne gândim întotdeauna și la posibilitatea unei peritonite acute formă enteritică.

D. Nicolae.

Henri Dufour. *Lésions osseuses articulaires précoces dans le rhumatisme hémorragique.* (Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hopitaux de Paris.) No 32., 1920.

Prezintă o placă radiografică a articulației mânei drepte provenită de o la un bolnav atins de reumatism blenoragic. La o lună și jumătate după debutul afecțiunii, se constată o decalcificare cu dispariția interliniilor articulare diferitelor oase ale carpului.

Localizarea primitivă a infecțiunii pe extremitățile osoase articulare în poliartrita gonococică permite să explicăm trei din particularitățile ei, cari se opun net reumatismului articular acut și anume:

1. Fixitatea specială în unele articulații, în opoziție cu poliartrita reumatismală unde avem o mobilitate esențială.
2. Caracterul intens al durerii spontane, chiar și când e imobilizată articulația.
3. Localizarea punctelor dureroase în anume părți ale scheletului articular, când căutăm durerea prin palpație.

Dumitru Nicolae.

Urologie

Prof. L. Casper: *Mijloacele și procedeele prostatectomiei cu reducerea posibilă a complicațiilor.* Soc. urolog. Berlin, din 3 iunie 1919, publ. Zeitschr. für Urologie, 1919. pg. 493.

Autorul spune că hipertrofia de prostată prin complicațiile ei, ca: cystită, pyelită ascendentă cu pyelonefrită, scleroză renală, hemoragii grave ale prostatei, abcese prostatice, infarcte, embolii, miocardită (în urma supurației continue) scurtează viața la mulți bătrâni.

Trece în revistă diferitele procedee de tratament chirurgical și se declară aderent al procedeeului supra-pubian după Freyer, la care recidivele sunt foarte rari. Îi reproșează totuși acestui procedeu mortalitatea prea mare ce-o are, după diferiți autorii 4—33%, iar ca medie 10%.

Cele mai dese cauze ale morții în prostatectomie sunt: embolia, miocardita, chock-ul, pneumonia, atrofia renală, hemoragia și infecția.

a) *Embolia și chock-ul* din fericire sunt mai rari. Vasele rupte din loja prostatei infectate predisun la formarea trombilor-embolie, totasemenea un cord obosit cu pereții vaselor sanguine alterați, predisun la formarea trombilor în interiorul curentului sanguin. — Șocul operator se poate evita prin recurgerea la narcoza generală (eter, chloroform.)

b) *Pneumonia și slăbirea cordului.* (miocardită) sunt în strânsă legătură. Uneori slăbirea cordului: miocardită, arterioscleroză sunt primare, altă dată pneumonia primară se asociază acestei slăbiri a cordului. Predisun la pneumonie 2 momente: 1) zăcutul prea îndelungat pe spate (hipostasă) și 2) respirația insuficientă, care vine de obicei după talie hipogastrică. Crede, că pentru a preveni slăbirea cordului după operație —

trebuie îndepărtată narcoza generală (eter și chloroform, și propune anestezia locală, metoda parasacrală, căreia se adaugă injecții de novocaină la locul de intervenție. Cu acest procedeu a obținut rezultate excelente.

c) Prostatectomiile sunt amenințate de un mare pericol în caz că rinichii nu funcționează bine, întrucât la prostatici căile urinare sunt întotdeauna ascendent infectate. Propune înaintea operației o controlare minuțioasă a funcțiunii renale și în multe cazuri o cistostomie preventivă, sau sondă a demeure care timp de 8 zile îmbunătățește funcțiunea renală. *Un rezultat continuu negativ al rinichilor față de florizină sau eliminarea coloranților este o contra indicație absolută a operației.*

d) *Hemoragia* este deasemenea de temut în prostatectomie și poate surveni în decursul operației sau imediat după operație.

Autorul afirmă că singurul mijloc de-a preveni hemoragia este de-a se injecta în jurul prostatei o soluție de novocaină cu suprarenin. Efectul e surprinzător, țesutul edemațiat va permite o decolare perfectă a prostatei și hemoragie minimală (prin comprimare și anemizare). Toate celelalte mijloace întrebuințate contra hemoragiei au rămas fără rezultat.

e) *Infecția*, este cauza celor mai multe victime postoperatorie. Fiind beșica întotdeauna infectată trebuie să căutăm ca urina să fie evacuată cât mai iute din beșică și loja prostatei cu vasele sanguine proaspăt lezate. De aceea autorul recomandă călduros *drenajul vesicii prin perineu*, în modul următor: După scoaterea prostatei prin talie hipogastrică, loja prostatei se va tampona și comprima bine — Cu o pensă curbă închisă pătrundem din loja prostatei în spre perineu, până se simte la câțiva cm. de-asupra anusului — Se incizează perineul deasupra pensei și cu ajutorul acesteia introducem un tub de dren în beșică. Deasupra închidem beșica complet. Vindecarea urmează mai repede și fără complicații, iar bolnavul va fi tot timpul uscat.

Discuție: *Dr. Ringleb:* Spune că din 94 Prostatectomii supra pubice a perdit 4. La început a făcut o alegere minuțioasă a cazurilor de operat, mai târziu încurajat de rezultatele avute a recomandat intervenția — dacă se mai putea aștepta o vindecare — și numai după aceea îi dădea bolnavului cateterul în mână. Crioscopia n'o întrebuințează întotdeauna; face determinarea azotului din sânge.

Crede că la procedeele supra pubice cauza mortalității mari este tehnica greșită. Operează cu anestezie locală și apoi Kelen (Eterrausch) Incisia mucoasei perepărui post. vesical o crede primejdioasă, de aceea propune părăsirea cuțitului și înapoarea la unghia degetului: tot asemenea propune a se face enuclearea prostatei începând din uretră. După deschiderea vesicii introduce

degetul în uretră, rupe părțile uretrei sub comisura anterioară a prostatei și enuclează strict intracapsular. În asemenea cazuri hemoragia și chock-ul sunt foarte mici. Este contra drenajului perineal folosit de Fuller și Israel. Crede că cu o tehnică bună mortalitatea la prostatectomiile supra pubine se poate menține la 5%.

A. Freudenberg: Crede a fi găsit remediul contra hemoragiei post prostatectomie prin întrebunișarea preparatului Calcium chloratina siceum, în soluție de 6%. Înaintea operației introduce o cantitate de 199 cm³ în vesică și o lasă cc. 10—20 minute. Imediat la începutul operației se îndepărtează soluția și vesica se umple cu aer. Loja prostatei se va tampona cu tifon iodoformat bine îmbibat în soluția de 6% chlorur de calciu, iar deasupra acestuia se aplică drenul de gumă alui Freyer. Restul cavității vesicale deasemenea va fi tamponat cu tifon iodoformat, îmbibat cu soluție de 6% chlorur de calciu. După 24 ore se îndepărtează drenul Freyer precum și tifonul din cavitățile vesicale. După 48—72 ore se scoate tamponul din loja prostatei, înmuindu-l în apă oxigenată. La toate soluțiile de spălarea vesicii se va adăuga Chlorur de Calciu. A tratat astfel 23 cazuri cu admirabile rezultate și recomandă călduros procedeul. Crede că chlorurul de calciu pe lângă proprietatea stiptică, are un efect direct tonisant asupra organismului și efect bun asupra acțiunii cordului.

Pentru enuclearea prostatei crede a fi degetul cel mai bun instrument.

Rumpel: Afirmă că prognoza prostatectomiilor depinde de stadiul în care se găsește boala la operație. Trebuie să ne năzuim de-a opera numai când avem rinichi intacti. Crede să nu fim prea entuziasmați de anestezia locală, și după aceasta se produc complicații pulmonare.

Principalul lucru în operație este o exactă enucleare. Face o incizie cu cuțitul în mucoasa orif. intern uretra deasupra cateterului și apoi enuclează cu degetul. Tamponază bine loja prostatei. Inchide plaga abdominală până la tubul de dren. După 3 zile îndepărtează tamponul din loja prostatei. Drenul vesical îl lasă 12—14 zile, când aplică o sondă a demeure uretrală. O deosebită importanță trebuie dat tratamentului post-operator. E contra drenajului perineal propus de Casper, având singuri câteva cazuri de fistule rebele după această metodă.

Bötsner: Recomandă anestezia lumbară chiar la pacienții bătrâni și slăbiți.

Federmann: Crede foarte potrivit procedeul lui Casper de-a infiltra țesutul periprostatic înainte de operație cu sol. de novocain — suprarenin, fiindcă împiedică hemoragia și ușurează găsirea adevăratului strat de enucleare. Găsește bun și drenajul perineal și l'a aplicat cu rezultat bun.

Stutsin: Spune că nu Dr. Linnartz-Oberhausen a introdus anestezia locală în prostatectomii, cum a afirmat Prof. Casper, ci în 1914 Carrol. W. Allen în New-orleans medical and Sargey Journal Vol. LXVI. No. 8 a publicat o lucrare în acest sens, deasemenea tot acesta a preconizat și injecția peri-prostatică cu novocain-suprarenin.

K. Toposu.

Biologie

I. Nageotte: *Grețe cu țesut mort: origina substanței fundamentale a țesutului conjunctiv.* Comptes rendu Soc. Biol. 1916—17. Paris.

Autorul susține că substanța fundamentală a țesutului conjunctiv este un cuagul albuminoid al mediului interior. Ea nu este vie, ci rezultă din activitatea protoplasmelor vii ce se găsesc în ea, prin fenomene fizico-chimice asemănătoare metamorfismului. Protoplasmele vii o precipită, o modifică, prin fermenții secretați de ele. Ea provine astfel din fenomenele secretorii, e furnizată direct de humorile organismului, problema originii sale e aceeași ca și a formării plasmei sanguine. Iar în 1919 în urma obiecțiilor lui Laguesse, dovedește că substanțele intercelulare în ele însuși nu trăesc, însă sunt capabile să-și manifesteze proprietățile lor fizice atât timp cât organizația lor n'a fost distrusă.

Apoi trece pe tărâmul grefelor cu țesut mort. După multe experiențe la animale, controlate histologic, cu grefoane omorâte în alcool și formol conchide: că aparatul conjunctiv al grefonului mort persistă și se reunește perfect de țesuturile vii. Substanța fundamentală a țesutului conjunctiv moartă prin origina sa servește de *schelă* fenomenelor vii ce se petrec între grefonul mort și țesuturile vii. Macrofagele curăță toate elementele celulare moarte din grefon, apoi fibroblastele vii pătrund în locul celor ridicate, reînviind grefonul. Viața grefonului se completează prin apariția fibrelor conjunctive și stabilirea circulației.

Bétancès: *Contribuții noi la studiul granulațiilor azurofile.* Comptes rendus Soc. Biol. Paris.

Prin faptul că granulațiile azurofile pot exista sau pot lipsi în orice formă celulară, cu excepția celulelor fixe ale unor țesuturi și unele celule din organele hematopoetice și din sângele periferic — a ceste granulațiuni, nu pot constitui un element morfologic al structurii lor și rămân independente de vrăsta celulei. Granulațiunile sunt deci produsul unei funcțiuni celulare, secretorie, constantă, însă nu continuă în aceiași celulă. Mononuclearele care au azurofile multe sunt susceptibile să îndeplinească o funcție superioară, mai sigură decât rolul polinuclearelor în fogacitoză, prin faptul că prezintă o mare sensibilitate, vis-à-vis de unele substanțe străine intro-

duse în organism. Această funcție a polinuclearelor mai are rol și în alte fenomene vitale: nutriție, resorpție, apăsare, numitole.

M. Chernbach.

Oftalmologie

Prof. Lagrange: Des opérations décompressives dans le traitement du glaucome chronique. (Archives d'Ophthalmologie Novembre 1920.)

După un timp de 16 ani, de când a recomandat oftalmologilor procedeul lui, în tratamentul glaucomului cronic, Profesorul Lagrange, într'un articol recent, vine cu multe date ca să documenteze superioritatea sclerecto-iridectomiei asupra celorlalte procedee și în special asupra trepanației lui Elliot.

Aducând noi date relativ la anatomia topografică a regiunii limbului și a unghiului irido-cornean, susține că niciodată nu poate fi lezat corpul ciliar sau corneea, în sclerecto-iridectomie, iar lamboul conjunctival, expus perforației de multe ori, în trepanația lui Elliot, rămâne totdeauna intact. Fistula creată asigură o filtrare de lungă durată și în condiții bune.

Statisticile defavorabile operației lui Lagrange sunt datorite faptului că autorii n'au respectat aplicarea procedurii numai în glaucomul cronic, ci l'au aplicat în toate formele de glaucom.

Interesul cel mare pe care-l prezintă această lucrare constă în faptul că Lagrange aduce observații ale bolnavilor urmăriți, sau revăzuți între 1—16 ani. Acesta este un fapt important, de oarece în toate statisticile operației lui Elliot, nu se găsesc bolnavi urmăriți mai mulți ani de-a rândul, nici chiar într'ale lui. Prin urmare operația lui Lagrange, care a asigurat filtrarea lichidelor din camera anterioară timp de 15—16 ani, ne apare ca superioară aceleia a lui Elliot prin însăși acest fapt, chiar de nu am mai ține seama că ea evită infecțiile, iritele și enucleațiile, pe care de mulțori le necesită trepanația sclero-corneană.

Cere să se respecte aplicarea procedurii lui numai în glaucomul cronic și ca, oridecâteori s-a vorbeste de operația lui și a lui Elliot, autorii să se raporteze la cazuri observate într'un timp egal și după mai mulți ani, nu ca până acum. Lagrange e sigur că superioritatea operației lui nu va mai lăsa nici o urmă de indoială.

I. Glăvan.

Dr. F. Terrien: L'allongement tendineux dans le strabisme. (Archives d'Ophthalmologie Decembre 1920.)

Autorul recomandă un procedeu simplu, care spune că i-a dat rezultate frumoase oridecâteori l'a întrebuițat, în operațiile de strabism. Este procedeul lui Hibbs, pentru alungirea tendonului lui Achile, aplicat la tendoanele mușchilor ochiului.

Operația, care nu necesită nici o sutură, constă din următorii 2 timpi:

1. După incizia mucoasei apucăm cu două croșete de strabism tendonul mușchiului drept pe care voim să-l alungim și-l întindem.

Facem 2 incizii perpendiculare pe direcția fibrelor tendonului, una aproape de inserția lui sclerală, cealaltă la 4-5 milimetri mai înapoi, sau și mai departe, după gradul corecției pe care voim s'o facem. Fiecare din aceste incizii nu interesează decât 2 treimi din lățimea tendonului.

2. Dela extremitatea fiecărei din incizii facem câte o nouă incizie, paralelă cu marginea tendonului, deci perpendiculară pe cea dintâi și pe care o oprim la o distanță cam de 2 milimetri de fiecare incizie perpendiculară.

În modul acesta se obține o alungire de cel puțin de 3 ori cât distanța cuprinsă între cele 2 incizii perpendiculare.

Procedeul a fost aplicat în strabismele accentuate și vechi și nu s'a constatat niciodată nici insuficiență, nici parezie musculară, a mușchiului secționat, ca la tenotomia simplă.

I. Glăvan.

Dr. G. Weill: Du rôle de la hernie du corps vitré dans certains états glaucomateux. — (Archives d'Ophthalmologie Decembre 1920.)

Geneza hipertensiunilor oculare fiind azi încă un punct întunecat în oftalmologie, orice contribuție adusă la acest subiect este importantă.

Weill a observat mai mulți ani de-a rândul glaucoame pasagere, pe care le-a pus pe seama herniei vitrosului în camera anterioară. A putut să se asigure de acest lucru utilizând zilnic tonometrul și microscopul cornean, cu lampa lui Gullstrand care-i arăta, de câte ori era tensiunea oculară mărită, că e vorba de hernierea vitrosului în camera anterioară.

Corpul vitros, susținut în loc, la partea anterioară, de sistemul cristalinian, poate în anumite ocazii să treacă în camera anterioară. În luxațiile și subluxațiile cristalinului, în contuziunile ochiului, în operațiile de cataractă, se crează lacune și puncte slabe, pe unde vitrosul poate trece în camera anterioară, dând totdeauna, după cum a observat Weill, hipertensiune.

Aceste constatări sunt încă un argument pentru evitarea herniei vitrosului în operația de cataractă, de care trebuie să se țină seamă.

I. Glăvan.

Prof. F. De Lapersonne: Declaration obligatoire du trachome. (Archives d'Ophthalmologie Decembre 1920.)

Chestiunea combaterii trachomului, atât de arzătoare azi în toată Europa, îi preocupă mult pe Francezi încă din timpul războiului trecut, când și-au dat seama de pericolul ce-l prezintă extinderea boalei.

Raportul făcut de Prof. Lapersonne. Academiei de Medicină din Paris, relativ la situația de azi a trachomului în Franța și la mijloacele de combatere, printre care declarația obligatorie este cel mai de seamă, este plin de date importante.

Intr'un scurt istoric arată că până azi n'avem nici o siguranță în cece privește existența unui agent patogen al boalei, totuși probele experimentale arată în mod sigur *originea infecțioasă și contagioasă a boalei.*

Înainte de războiu nu era răspândit trachomul în Franța decât pe coastele Mediteranei și la nord unde

veneau în contact cu lucrătorii belgieni. La Paris procentul bolnavilor era cam de 0.50%.

În timpul războiului, dându-și seama că armata numără foarte mulți trachomatoși, care se îmbolnăveau dela trupele aliate cu care veniau în contact, Francezii au cerut aliaților să întreprindă o luptă comună contra boalei totuși nu s'a putut face mult, așa încât după războiu situația trahomului în Franța este cam următoarea: *la Marsilia* Prof Aubaret spune că *proporția granuloșilor*, la spitalul Hôtel Dieu, este cam 15% din totalul bolnavilor ce se prezintă la consultații. Din 100.000 de școlari ce frecventează școlile din Marsilia, Aubaret a găsit aproape 4000 de granuloși. La Paris numărul trachomatoșilor este cu puțin mai mare ca înainte de războiu, iar în nordul Franței procentul e mare, dar nu se poate spune precis cât este, din lipsă de statistici ale regiunii.

Profesorul Lapersonne crede că boala se poate combate ușor de oarece nu este așa densă populația în Franța și pe de altă parte trăește în condiții favorabile de igienă — Cere obligativitatea declarării boalei, ca un prim mijloc eficace, iar printre măsurile cele mai de seamă, pe cari le vede că trebuie luate, sunt:

Examenul ocular al imigranților din colonii, din țările balcanice și din Belgia. Oricine intră în Franța trebuie să fie examinat de un oculist și alături de certificatul de vaccin să se ceară fiecărei persoane și unul al examenului ochilor.

În centrele mari industriale să se facă dispensare unde să fie îngrijiți trachomatoșii.

În școli inspecțiile oculistice să se multiplice și dacă sunt mulți școlari bolnavi să se creeze clase de trachomatoși, complet izolate.

I. Glăvan.

Dermatologie și Sifiligratie.

Darier: *Cas de creeping disease (larva migrans) contracté à Paris* (Annales de dermatologie et de syphiligraphie nr. 3—1920).

Afecțiune extrem de rară. Darier mărturisește, că n'a mai văzut nici un caz la consultațiile dela Saint Louis. Frecventă în Norvegia, Rusia și Siberia. Agentul patogen e probabil larva de hypoderma bovis. Leziunea constă într'o dără roșie și proeminentă, sinuoasă, edematoasă, pe fața dorsală a mâinii. Examenul mixoscopic arată că agentul patogen se află situat în corpul papilar.

A. Voina.

Bodin: *Sur le traitement du bubon chancrueux par la méthode de Fontan.* (Idem).

Imediat ce apare fluctuația se face o puncție cu bisturiul, realizând o deschidere de 1—1½ cm. Se videază colecția prin presiune, se spală abundant cu soluție de hypermanganat de potasiu 1/4000 până când lichidul apare clar. Se umple apoi buzunarul vidat cu vâselină iodoformată 10%, făcând uz de un injector obișnuit. Pentru a împiedeca ieșirea topicului se aplică o rondelă de emplastru, adesiv cu oxid de zinc. Când operația răușește, cicatrizarea completă se face în 6 zile. În caz de eșec se deschide larg

cavitatea abcesului și se tratează ca de obicei. Metoda aceasta a dat un succes de 91% lui Dubreuilh și de 68% lui Bodin.

A. Voina.

Lévy-Bing et Gerbay: *Des conditions permittant l'abortion de la syphilis* (Idem, nr 8—1920).

Notiunea, că abortiunea sifilisului este posibilă prin tratamentul arsenical, astăzi nu mai este contestată. Există însă discuțiuni asupra condițiilor cari permit această abortiune. Pentru majoritatea sifiligrafilor abortiunea este posibilă atât timp cât reacțiunea W. nu este încă pozitivă. Autorii evidențiază faptul, că data aparițiunii pozitivității co-răspunde cu o perioadă fixă, calculată dela data contaminării. „Perioada critică“ adică perioada în care seroreacțiunea poate să fie pozitivă, îndolnică sau negativă durează numai 8 zile și este cuprinsă între a 37-a și a 45-a zi dela data contaminării. Observațiile autorilor au condus la următoarea concluzie: „Un tratament arsenical, întreprins la un bolnav cu nu șancru sifilitic poate produce abortiunea sifilisului, dacă tratamentul începe înainte zilei a 38-a, socotind timpul dela data contaminării“.

A. Voina.

Chatellier: *Mort par le Novarsenobenzol.* (Idem nr. 4—1920.)

Bolnav robust de 25 ani. La 5 August primește 0.75 gr. novarsenobenzol. În acelaș timp s'au injectat alți 3 bolnavi fără accidente. La 7 August normal. La 8 August dimineața subdelir, cefalee. La ora 3 p. m. aceiaș zi coma cu trismus, crize epileptiforme. Se administrează adrenalina 1/4 miligram. Anurie totală. La ora 10 p. m. moarte.

A. Voina.

Jeanselme: *Syphilis et encéphalite léargique.* (Académie de médecine, 2. III. 1920.)

Prof. Jeanselme citează observațiunea unui bărbat, care înainte cu 11 ani a fost îngrijit la Saint Louis pentru un accident primar și doi ani mai târziu pentru orchită sifilitică. Actualmente acelaș bolnav prezintă unele simptome, pe baza cărora Dr. Druelle pune diagnosticul de sifilis cerebral. R. W. în lichidul cefalorachidian pozitiv. Jeanselme este însă frapat de un fapt neobișnuit: Somnolența continuă a bolnavului și toate celelalte semne clasice ale encefalitei letargice conduc la acest din urmă diagnostic. Concluzia: Dacă înde cursul unei epidemii de encefalită survin tulburări nervoase la un bolnav presupus cu sifilis cerebral să nu pierdem din vedere posibilitatea existenței encefalitei mai ales că ambele boale au un tablou simptomatic asemănător.

A. Voina.

Lacapère et Decrop: *Le syndrome malin dans la syphilis.* (Paris médical Nr. 10—1920.)

Un factor de importanță capitală în evoluția sifilisului este hypotenziunea sanguină. Ea prepară leziunile ulceroase necrotice, gangrenoase: sifilisul se manifestă prin accidente destructive. Injecțiunile arsenicale ridicând presiunea și regenerând masa sanguină are nu efect suveran. Există o strânsă legătură între distribuția geografică a paludismului și a sifilisului cu determinațiuni cutanate maligne.

A. Voina.

Schulmann: *La syphilis des glandes endocrines.* (Paris médical Nr. 22—1920.)

Glandele endocrie — dată fiind irigația lor sanguină abundentă — oferă un teren de cultură foarte propice pentru sifilis. Capsulele suprarenale au o deosebită afinitate pentru treponema, astfel se explică patogenia numeroaselor cazuri de maladia lui Addison apărând în perioada secundară sau terțiară. Sifilisul tiroidian ne explică etiologia unui anumit număr de cazuri de gușe exoftalmică. Leziunile pancreatice sunt foarte frecvente la sifilisul ereditar. În sifilisul testicular pe de o parte se poate vicia spermatogeneza, iar pe de altă parte poate fi alterată secrețiunea internă a glandei ajungând la tulburări funcționale asemănătoare cu cele realizate de castrățiunea chirurgicală. În tratamentul specific se va ține seama de medicațiunea opoterapică.

A. Voina.

Actualitatea Terapeutică

Medicină Internă

Tratamentul cu ser convalescent în bronchopneumoniile gripale a fost aplicat de *Sänborn* în 101 cazuri grave de bronchopneumonie gripală. A administrat la adulți 100 cc. iar la copii câte 50 cc. și a obținut rezultate mulțumitoare. După 1—2 doze administrate în interval de 8—24 ore i s'au vindecat multe cazuri (67%). Rezultatul favorabil este obținut când acest tratament este administrat în primele 3 zile ale boalei. (Mediz. Klinik Nr. 4. 27. I. 1921.)

Tratamentul edemelor renale sau cardiace cu extract tiroidian a fost întrebuințat de *Molnar* cu bune rezultate și fără nici un accident. El recomandă cu deosebire în cazurile în cari celelalte diuretice dau o diureză insuficientă. Administrează 2 tablete de tiroidină Richter pe zi (1 tabletă = 0.5 gr. extract). Citează un caz căruia i s'a administrat 7 tablete fără inconveniente. (Mediz. Klinik Nr. 8. 24. II. 1921.)

Tratamentul gripei prin salipirină este recomandat de *Otto Küttner*. Dozajul prescris este administrarea a două doze de 0.5 gr. la interval de 2 ore pentru adulți. La copii și la bolnavii debili doza recomandată este redusă la jumătate.

Tratamentul oxyurilor vermiculari prin carbonat de bismut este preconizat de *Leoper* și a obținut rezultate foarte bune. Se obține dispariția din fecale atât a paraziților cât și a ouălor lor. Dozajul recomandat: 10 gr. administrat 2 zile consecutiv. (Progres Medical. Paris 1920.)

Tratamentul diabetului zaharat prin glucopan este recomandat de *Emil Lenk*. Glucopanul fiind un amestec de amino-acizi, din care diabetul își poate

forma atât zahărul cât și corpii acetonati, a dat rezultate mulțumitoare în tratamentul diabetului. Autorul îi atribuie chiar o acțiune specifică; căci face să dispară în scurt timp din urină atât zahărul cât și corpii acetonati. Toleranța sa este incomparabil mai mare ca a tratamentului de până acum. Se întrebuințează în doze de 50 gr. prealabil dizolvat în $\frac{1}{2}$ litru apă sau ceai fierbinte. Cantitatea aceasta este luată în decurs de 12 ore în 5—6 reprize. (Se poate procura dela Fabrica chimică Rotmund Haas din Darmstadt).

(Mediz. Klinik Nr. 2. 13. I. 1921.)

Dr. Bariț.

Urologie

Tratamentul tuberculozei vezicale. Prof. *Casper* spune că în cazurile unde procesul bacilar este întins asupra mucoasei vezicale, putem obține vindecarea prin extirparea rinichiului tuberculos, în cazul că dela acesta pleacă procesul vesical: Singurul mijloc sedativ este morfina. O extirpare totală a vesicii în urma bacilozei vezicale înaintate a practicat-o autorul în 2 cazuri, cu o ameliorare de 2 ani. Cura de tuberculină a rămas fără rezultat.

Cistita tuberculoasă nu e permis să se trateze cu spălături vezicale, ci numai cu instilații (Guyon). Pentru ameliorarea simptomelor grave, autorul recomandă călduros procedeele lui *Holländer*, anume: intern iodurul de potasiu și câteva minute după aceea să se injecteze în bescică o emulsie oleioasă de calomei. Iodidul de mercur care se formează pe mucoasa vesicală are un efect ușor caustic și acestuia se mai adaugă efectul mai accentuat al iodului. Autorul adaugă emulsiei de calomel și ceva g iacol și recomandă următoarea formulă, care i-a dat rezultate satisfăcătoare: *Rp. Calomel 2,0; Gaiacol 5,0; Olei oliv. stivil. 100,0* MDS. 1—2 ori săptămânal se va injecta în vesică câte 10 gr. și se va lăsa mai multă vreme.

Într'un caz de tuberculoză vesicală circumscriptă, a avut un bun rezultat prin diatermie (coagularea focarului).

(Zeitschr. für Urologie XIV. Nr. 7. 1920.)

Mercurochromul 220 ca nou germicid în infecțiile căilor urinare a fost recomandat de *Gardner*.

Medicamentul se întrebuințează într'o soluție de 10% în următoarele afecțiuni: 1. vechi pyelite, se va spăla basinetul de 2 ori pe săptămână, 2. cystite cronice, după spălarea vesicii se va injecta în vesică 30 gr. din această soluție, 3. blenoragie, 4. injecții pe zi, 4. șantru moale, sub formă de comprese umede sau alifii de 5%. Cele mai bune rezultate le-a obținut în: cystită, pielită.

(Gaz. des Hopitaux Nr. 74. 1920.)

Tratamentul prin Yarten a ulcerului moale este recomandat de *Otto Nast*.

Tratamentul constă în injecțiuni de soluție de Yarten de 5%. Se recomandă mai întâi a se lăsa bubonul pentru maturitate și apoi a se trata cu această soluție întocmai ca un abces rece, îngrijind ca acul să pătrundă prin țesut sănătos.

(Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 23. 1920.)

Tratamentul cystitei cu argint coloidal recomandat de *H. Kotler*.

Casper a recomandat în tratamentul cystitelor *collargolul* în legătură cu spălăturile vesicale; anume la sfârșitul unei spălături vesicale de acid boric sau hypermanganat de potasă a injectat în vesică câte 10 gr. collargol în soluție de 10% și a lăsat-o mai multă vreme pentru acțiune. Rezultatele obținute au fost satisfăcătoare.

Autorul întrebându-l acest metod, cu succese frumoase îl recomandă călduros. El injectează soluție de 1% argint kolloidal, după o prealabilă golire a vesiceii, fără a-i fi premers vreo spălătură vesicală.

Tot asemenea comunică autorul frumoase rezultate după injecțiile intravenoase de electrargol, în cazuri de pyelită.

(Korresp. Blatt für Schweizer Ärzte Nr. 70 1919.)

Tratamentul „slăbirei vezicale” a soldaților prin reducerea sărei și apei din alimentație este recomandat de *von Hülsen*. Autorul afirmă că în majoritatea cazurilor această maladie o formează polyuria, care este urmarea unei prea mari încărcări cu chlorur de sodiu (sare) a alimentației soldaților, cu scop de-ai da un gust mai pronunțat.

Afirmă că o reducere simțitoare a cantității de sare și apă din mesele soldaților, vor avea ca efect vindecarea acestei „slăbiri vezicale”.

(Münch. med. Wochenschrift. Nr. 9. 1918.)

Dr. Teșosu.

Oftalmologie

Tratamentul chemoterapic al trachomului este recomandat de *N. Sculco* (Cantazaro-Italia) cu nepeta citriodora, un ferment vegetal eminentemente parasitotrop al trachomului, care ar vindeca deci afecțiunea fără alterațiuni cicatriciale. Preparatul este trimis de autor în cutii cu câte 10 pansamente, iar oculiștiiilor li se trimite gratuit la cerere pe adresa de mai sus.

(La clinique ophtalmologique Nr. 1. 1921.)

Injecțiile de lapte în retinite și mai ales în cele albuminurice. *Heine* le recomandă intramuscular cu

lapte proaspăt, steril, în doze de 3—10 cm c. repetate cu rezultate satisfăcătoare. Din 17 cazuri tratate, 11 au avut ameliorări vizuale, iar în 4 cazuri progresiunea a fost oprită. Le-a întrebuițat cu rezultat favorabil și în simptomele cerebrale ale nefreticilor.

(La clinique ophtalmologique Nr. 1. 1921.)

Injecțiile de aolan Müller (cascină) și metoda Pondorf (tuberculină) în scrofuloza oculară. *Pelteșohn* a practicat comparativ ambele metode. A injectat aolan în doză de 1 cmc. cu rezultate mai mult ameliorante, în metoda Pondorf se face la braț sau la pulpă pe o suprafață cât o monedă de 5 lei o scarificație ușoară pe care se freacă câteva picături de tuberculină Koch spre a da o vaccinare. A obținut cu această din urmă metodă rezultate foarte încurajatoare. Eficacitatea metodei se mărește când se repetă vaccinarea și este cu atât mai bine dacă reacția locală este intensă. Uneori autorul asociază amândouă metodele.

(La clinique ophtalmologique Nr. 1. 1921.)

Aspirația corpului vitros în flocoanele plutitoare ale vitrosului a fost recomandat cu siringa de *Zur Nedden*. Se practică fără pericol de deslipire a retinei dacă se extrage numai $\frac{1}{3}$ din vitros. Puncția se face la 5—6 mm. de limb, radiar, de preferință infero-temporal sau și supero-temporal când se repetă. A obținut rezultate bune în hemoragii traumatice ale vitrosului, recente sau vechi, în opacități datorite uveitelor sau retinitelor (când nu există iritabilitate inflamatorie). Operația se repetă după un interval de 3 săptămâni în aceste cazuri. A obținut efecte și în infecții ectogene prin traumatisme perforante, în cari cazuri aspirația trebuie făcută cât mai precoce și mai des repetată chiar în aceeași zi, înainte de apariția fenomenelor de panoftalmie. În aceste cazuri aspirația trebuie făcută direct prin plagă.

(La clinique ophtalmologique Nr. 1. 1921.)

Dispozitiv pentru corectarea presbiției la vânători. *Capper* recomandă modelul lui *Cheval*, consistând dintr'o lentilă corectoare a presbiției prevăzută cu un diafragm care se poate adapta cu ușurință la cutia culasei dela pușcă. Un capușon metalic protejă lentila în timp de ploi și ninsoare.

(La clinique ophtalmologique Nr. 1. 1921.)

Dr. D. Michail.

Dermato-Sifilografie.

Tratamentul trichofitiei cu vaccin și röntgenterapie. *Krall Kurt* și *Bruck* tratează trichofitiile cu vaccin și cu Röntgen. Ca vaccin se întrebuițează trycophitina ori trychon-ul, care se află în comerț. Tratamentul este

următorul: se administrează subcutanat 1 cm³ dintr'o soluție de trycophitină 1:50, soluțiune în apă fenicată de 1/4%.

La 3—4 zile doza devine mai concentrată, dându-se injecții din soluția 1:30, 1:10, 1:5 iar la urmă trycophitină curată. Injecțiile se fac la braț.

Reacțiune generală este foarte rar. În locul injecției se prezintă o papulă eritematoasă, care dispare în câteva zile. După prima injecțiune se observă o ameliorare, infiltratul devine mai moale, mai succulent și se reduce complet după 6—8 săptămâni, adică după 10—12 injecții, fără alt tratament. Rezultatele sunt și mai bune, când aplicăm local comprese cu Burow diluat și epilăm teritoriul bolnav.

Dacă se dispune de Röntgen se aplică asupra teritoriului bolnav o doză de la 8—12X. În urma acestei cantități de raze are loc o epilație și o rezorbțiune și mai rapidă, (3—6 săptămâni).

Este important diagnosticul microscopic înainte de începerea tratamentului.

Tratamentul purperei hemoragice prin injecțiuni de lapte. Dölken injectează lapte sterilizat proaspăt în cantitate de 5 cm³ intrafesier. Rezultatele sunt surprinzătoare: după primă injecție deja nu mai apar noi hemoragii.

Injecțiuni de terpentină în tratamentul blenoragici acute. Klingmüller administrează dintr'o soluție oleioasă de 20% (olei tereb. rectificat 2'0 g.: olei oliv. 18'0 gr.) la prima injecție 1/2 cm³, adică 10 centigrame de terpentină; după 4—5 zile urcă doza la 20 de centigrame. Injecția se face sub creasta iliacă pe periost. După prima injecție se prezintă o reacțiune generală, (până la 39°) care scade în ziua următoare. Local se prezintă foarte rar infiltrații. Cu o tehnică bună abcesele sunt excluse.

Secrețiunea purulentă diminuează în 2-3 zile, apoi se clarifică. Asociind acest tratament cu tratamentul local se obține o vindecare mai rapidă.

Rezultate foarte bune a observat și în complicații; la epididimite, la prostatite, unde după prima injecție încetează durerile insuportabile. Local se aplică metodele obișnuite, comprese reci și *Arzberger*.

Când e vindecată o blenoragie? Drexler, crede că o curgere suspectă sau alte complicațiuni se pot cu precizie diagnostica prin reacțiunea consecutivă unei injecții intravenoase de 0'1 arthigon și 40 ser fiziologic. Pentru ca reacțiunea să fie tipică trebuie să cauzeze o reacție generală (temperatură) — și o reacție locală în leziunea suspectă.

Iadahssohn și *Gross* după încetarea tratamentului local și general așteaptă 2-3 săptămâni, și dacă după acest interval nu se prezintă scurgere face o injecție cu o soluție de lugol diluată (tra. iodi 20. Kalii jodati 2. apă distil. 400.). Dacă vindecarea nu este completă se prezintă din nou scurgere. Această metodă se poate aplica la 3-4 zile după încetarea tratamentului. Rezultatele sunt aproape sigure.

Odstreil acționează asupra uretrei cu iod în stare născândă. Procedul e complicat și fără importanță practică. *Ziher* face după încetarea tratamentului local dilatare ad maxim cu dilatatorul lui Kollmann. Paralel administrează vaccin intravenos. Acest procedeu e cel mai sigur.

La toate aceste procedee secrețiunea uretrală se examinează trei zile — una după alta.

Dr. D. Tătaru.

Știri Universitare și Medicale

Donații

Domnul Profesor Bogrea dela Universitatea din Cluj a donat revistei „Clujul Medical“ suma de 2000 lei.

*

Domnul Dr. Lappner, originar din România, și medic practician în America, a trimis Administrației revistei „Clujul Medical“ un cec de 200 lei și o scrisoare în care arată că revista noastră este citită acolo cu multă dragoste românească.

Catedre vacante

La Facultatea de Medicină din Cluj s'au declarat vacante, pe ziua de 1 Februarie 1921 catedrele de: Medicină legală, Oto-rino-laringologie și Dermato-sifiliografie. Candidații la aceste catedre vor trebui să depună actele necesare la Ministerul Instrucțiunii Publice în timp de 2 luni dela data de mai sus.

Reviste medicale noi

S'a anunțat apariția a 2 noi reviste medicale românești. Prima este „Sănătatea Publică“, organ al Inspectoratului igienic din Cluj, care pe lângă că va fi un buletin oficial, necesar tuturor medicilor funcționari va trata și pune la punct și multe chestiuni de igienă socială.

A 2-a va fi „Revista Sănătății“ a Societății Studenților în medicină din Cluj. Scopul ei va fi să trateze chestiuni medicale de ordin general, pe înțelesul maselor populare, către care se va îndrepta în primul rând.

Ambele vor fi cu atât mai bine venite cu cât boalele fac astăzi ravagii mari în populația noastră. Sperăm că vor fi bine primite atât de lumea medicală cât și de marele nostru public și că vor umple un gol bine simțit în publicistica medicală română.

Diverse

DI Prof. Dr. Guiart dela Lyon a sosit la Cluj spre a-și începe cursul de „Istoria Medicinii“ pe care îl va ține în semestrul acesta.

*

DI Prof. Dr. Guiart dela Lyon a început cursul său de „Istoria Medicinii“ cu „Istoria Medicinii la Egipteni“ în ziua de Marți, 15 Martie ac. la ora 6. pm. în sala de conferințe a Bibliotecii Universitare din Cluj. Dsa își continuă regulat lecțiile în fie-care Marți și Vineri la aceeași oră și în aceeași sală. Credem inutil a mai atrage atențiunea lumii noastre medicale să frecvențeze aceste frumoase și interesante lecții ale unuia dintre străluciții maiștri ai medicinii franceze. Lecțiile Dsale sunt însoțite de bogate și frumoase proiecțiuni electrice demonstrative.

*

Senatul universitar din Cluj a decis să se invite la această Universitate cei mai de seamă reprezentanți ai științei medicale franceze, spre a-și expune cercetările lor științifice la Facultatea de Medicină. S'a cerut în acest scop Ministerului Instrucțiunii Publice fondurile necesare.

*

DI Prof. Dr. Levaditi a expus în semestrul trecut studenților în Medicină și unui numeros public care i-a urmărit prelegerile, cercetările sale personale asupra: turbării, poliomielitei epidemice, encefalitei letargice, sifilisului și fagocitozei. Prelegerile, urmate de proiecțiuni cinematografice explicative și de prezentări de numeroase preparate, au format ciclul unor foarte interesante conferințe. Pentru marele public Dsa a ținut câteva conferințe de popularizare a științei și de profilaxie, a boalelor venerice, urmate de reprezentații cinematografice.

*

Domnul Prof. Dr. Levaditi a început să expună la Societatea de Biologie din Paris o serie de cercetări științifice făcute asupra encefalitei letargice la Institutul de Medicină Experimentală din Cluj pe care-l conduce.

*

A apărut primul volum de Anatomie descriptivă a Dlui Prof. Dr. V. Papilian. Pe lângă marele serviciu pe care Dsa îl face studenței, în momentul când lipsa cărților streine și prețurile exagerate îngreuiază atât de mult studiile, are și meritul de a fi dat în românește primul tratat de anatomie descriptivă (tehnica disecției).

*

„Annales internationales de neurologie“ proiectează pentru anul acesta publicarea unei serii de fascicole, cuprinzând lucrările de neurologie, redijate de savanți din toate țările aliate. Una dintre fascicole este destinată lucrărilor neurologiștilor români. Domnii Profesor Dri Minea, și Ureche dela Facultatea de Medicină din Cluj au fost invitați să colaboreze. DI Prof. Dr. C. Levaditi este însărcinat cu redactarea fascicolului.

*

În Monitorul Oficial No 211 din 24 Decembrie 1920 s'a publicat noul Regulament al Facultății de Medicină și al învățământului farmaceutic din Cluj. În Monitorul Oficial No 241 din 4 Februarie 1921 s'a publicat și rectificarea unor articole apărute greșit la prima publicare.

*

Asociația Profesorilor Universitari din Cluj a început o serie de conferințe publice. S'au anunțat dela Facultatea de Medicină conferințele Dilor Profesori: Dr. Botez M., Pamfil Gh., Michail D. Ureche C. și Nițescu I.

*

Societatea de Biologie, filiala Cluj, a luat ființă în luna ianuarie a. c. alegându-și următorul comitet pe anul 1921:

Președinte: DI Prof. Dr. Călugăreanu.

Secretar: DI Prof. Dr. Botez M.

Casier: DI Prof. Dr. Nițescu I.

Prima ședință științifică a avut loc la 3 Februarie a. c. când au făcut comunicări Dnii Profesori: Dr. I. Minea, M. Botez, D. Michail și I. Nițescu.

Redactarea notelor a fost încredințată Dilor Profesori Racoviță și Jeannel. Ședințele societății vor urma regulat odată pe lună, în prima Joi a fie cărei luni, în amfiteatrul Institutului de Fiziologie, la ora 9 seara.

*

Din inițiativa Dilor Colonel Dr. Bădescu și Dr. O. Apostol au început să se țină șezători săptămânale la Spitalul Militar din Cluj. Se țin conferințe cu subiecte de igienă sau din Istoria neamului nostru pentru bolnavi, sanitari și publicul care participă. Programul este completat cu recitări, cântece populare, lecturi, etc. Șezătorile sunt sprijinite de medici și studenți în medicină. S'au anunțat până acum și conferințele câtorva dintre Dnii Profesori universitari.

*

În luna Februarie a. c. revista noastră împlinind un an de existență, va apare ca un număr festiv.

