

CLUJUL MEDICAL

REVISTĂ MEDICALĂ LUNARĂ

RAPORT

de activitatea Institutului antirabic din Cluj în anul 1932

de
Prof. Dr. M. A. BOTEZ și Dr. VIRGIL RĂDULEȚ
directorul Institutului medicul secundar al Institutului

Cu acest raport de activitate a Institutului Antirabic din Cluj în anul 1932 se ajunge la al zecelea raport, întocmit și publicat de unul din autori — în calitatea sa de director al Institutului — cu colaborării săi.

Evident, că în aceste zece rapoarte, întocmite și publicate dela anul 1923 până la 1932 inclusiv, se găsește un material considerabil, căruia trebuie să i-se deie toată atenția studiindu-l și utilizându-l pentru binele general.

În anumită măsură s'a și făcut. Publicațiile Institutului de Patologie Generală și Experimentală din Cluj, făcute atât în românește cât și în franțuzește, datele puse la dispozițiunea Societății Națiunilor constituiesc confirmări, că materialul acesta considerabil, odată adunat, se studiază și se utilizează.

Dar măsura, în care se studiază și se utilizează nu-i nici cea dorită, nici completă.

În viitor, unul din autori, prin dubla sa situație de director atât al Institutului de Patologie Generală și Experimentală cât și al Institutului antirabic din Cluj, va întreprinde alte studii și va indica utilizările posibile ale acestui material.

* * *

În anul 1932 s'au prezentat, pentru tratament, la Institutul antirabic din Cluj 4807 persoane. Din acestea: 4189 au urmat tratamentul complet, 274 au întrerupt voluntar tratamentul, 9 au refuzat tratamentul, 2 au sosit cu rabie declarată la Institut; iar la 101 tratamentul a fost neindicat și la 232 tratamentul s'a întrerupt, animalul suspect dovedindu-se ulterior sănătos.

Din totalul de 4189 persoane au fost 2561 bărbați și 1628 femei.

După etate s'au prezentat:

Până la 10 ani	998 persoane
Între 11—20 ani	986 "
" 21—30 "	784 "
" 31—40 "	646 "

Între 41—50 ani	363 persoane
" 51—60 "	249 "
" 61—70 "	119 "
" 71—80 "	44 "

Proveniența virusului a fost dela:

Câine	în 3579 cazuri
Pisică	" 256 "
Bovine	" 213 "
Om	" 70 "
Porc	" 39 "
Cal	" 10 "
Oaie	" 10 "
Lup	" 6 "
Capră	" 3 "
Diverse animale în 3 cazuri.	

S'au prezentat la tratament:

În 1 ^a zi după infecția presupusă	66 persoane
" a 2 ^a " " " "	668 "
" " 3 ^a " " " "	1117 "
" " 4 ^a " " " "	711 "
" " 5 ^a " " " "	448 "
Între a 6—10 zile	829 "
" 11—20 " " " "	228 "
" 21—30 " " " "	86 "
" 1—6 luni " " " "	37 "

S'au prezentat din:

Alba	148 pers.	Miercurea Ciuc	6 pers.
Alba Iulia	15 "	Cluj (J)	230 "
Arad (J)	223 "	Cluj (C)	448 "
Arad (C)	58 "	Târgoviște	1 "
Argeș	1 "	Făgăraș (J)	50 "
Bacău (C)	1 "	Făgăraș (C)	1 "
Bihor	238 "	Gorj	3 "
Oradea	78 "	Hofin (J)	1 "
Brașov (J)	37 "	Hunedoara	215 "
Brașov (C)	31 "	Deva	17 "
Câmpulung (J)	1 "	Maramureș	150 "
Carăș	112 "	Sighet	38 "
Oravița	1 "	Mehedinți	3 "
Cernăuți (J)	1 "	Mureș	125 "
Cetatea Albă (J)	2 "	Tg.-Mureș	43 "
Ciuc	20 "	Năsăud	48 "

Bistrița	15 pers.	Dej	32 pers.
Odorheiu (J)	157 "	Soroca (J)	2 "
Odorheiu (C)	3 "	Târnava Mare	108 "
Putna	1 "	Sighișoara	19 "
Sălaj	253 "	Târnava Mică	98 "
Zălau	14 "	Blaj	37 "
Satu Mare	146 "	Timiș Torontal	289 "
Baia Mare	17 "	Timișoara	28 "
Severin	141 "	Trei Scaune	68 "
Lugoj	23 "	Sft. Gheorghe	7 "
Sibiu (J)	109 "	Turda (J)	75 "
Sibiu (C)	32 "	Turda (C)	15 "
Someș	154 "		

Total . . . 4189 "

Și în anul 1932, ca și în anii precedenți, constatăm, că partea vestică a regiunii, efectiv servită de Institutul anti-rabic din Cluj prin numărul, comparativ, mare de persoane, cari au urmat tratamentul antirabic, indică difuziunea virusului rabic în ea. În același timp ținem să accentuăm din nou, că răspândirea virusului rabic e în creștere atât în partea centrală cât și în partea sudică și estică a acestei regiuni. Pentru a evidenția și mai mult realitatea și exactitatea acestor afirmări e bine să examinăm tabloul următor al rezultatelor examenelor microscopice făcute la Institutul de Patologie Generală și Experimentală.

JUDEȚUL	C r e e r i			
	Pozitivi	Negativi	Alterați	Total
Alba	18	5	2	25
Arad	25	6	13	44
Bihor	34	13	7	54
Brașov	7	3	1	11
Carăș	8	5	7	20
Ciuc	3	1	1	5
Cluj	37	15	5	57
Făgăraș	4	—	1	5
Hunedoara	25	6	3	34
Maramureș	4	4	1	9
Mureș	32	16	5	53
Năsăud	8	1	2	11
Odorheiu	10	4	2	16
Sălaj	33	12	11	56
Satu-mare	12	5	2	19
Severin	8	1	1	10
Sibiu	10	6	1	17
Someș	18	6	2	26
Târnava-mare	9	1	2	12
Târnava-mică	18	2	2	22
Timiș-Torontal	55	14	7	76
Trei-scaune	4	1	1	6
Turda	19	4	2	25
TOTAL	401	131	81	613

Se vede prea bine din nrul rezultatelor pozitive ale examenelor făcute difuziunea virusului rabic în părțile indicate.

De ex.: județul *Timiș-Torontal* se prezintă cu 55 rezultate pozitive din 76 de examinări; județul Arad cu 25 din 44; Bihor cu 34 din 54; Sălaj cu 33 din 56 și apoi: județul Cluj cu 37 din 57; județul Someș cu 18 din 26; județul Turda cu 19 din 25 și în fine: județul Mureș cu 32 din 53; județul Odorhei cu 10 din 16; județul Brașov cu 7 din 11; județul Sibiu cu 10 din 17; județul Hunedoara cu 25 din 34.

Aceste fapte nu suferă multe comentarii.

Din nenorocire, — deși de atâți ani stăruim, arătând înfînderea răului atât prin rapoartele oficiale cât și prin aceste publicate; nu vedem — nici cel puțin o oarecare atenție din partea organelor de stat; necum organizarea profilaxiei în totul indicate.

Această atitudine nu va putea avea ca urmări: nici diminuarea griiei continue a conducerii Institutului de Patologie Generală și Experimentale și a Institutului Antirabic de a perfecționa metoda de vaccinare și nici încetarea urmării extensiunii virusului rabic în regiunea în mijlocul căreia ne găsim și lucrăm. Se va continua atât o operă cât și cealaltă.

Mortalitatea totală a fost de 0.23 % *

Mortalitatea redusă „ „ „ 0.04 % **

Pentru a condiționa și deci a facilita interpretarea acestor coeficienți de mortalitate prezentăm și următoarele două tabele:

(Vezi tabela No. I și II).

În fine, găsim, în deosebi, cu totul indicat și util să dăm și un rezumat *** al observațiilor clinice a persoanelor sucombate de rabie atât în cursul tratamentului cât și după terminarea tratamentului.

I. Sucombați în decursul tratamentului

1. S. M. (1460) de 18 ani (Timiș-Torontal). Mușcat în 3 V. 1932 de un câne (C) la bărbie și mâna stângă (încolțituri superficiale multiple. Plăgile n'au fost cauterizate și nici desinfectate. Se prezintă la tratament în ziua treia după mușcătură. Primele simptome de turbare apar în 26 V. și bolnavul sucombă în 28 V. 1932.

Incubația 23 zile; durata boalei trei zile.

*) Mortalitatea totală a fost în: 1923 = 0.72 %; 1924 = 0.40 %; 1925 = 0.56 %; 1926 = 0.57 %; 1927 = 0.17 %; 1928 = 0.29 %; 1929 = 0.67 %; 1930 = 0.39 %; 1931 = 0.30 %.

** Mortalitatea redusă (după 15 zile dela terminarea tratamentului) a fost în: 1923 = 0.16 %; 1924 = 0.30 %; 1925 = 0.30 %; 1926 = 0.36 %; 1927 = 0.03 %; 1928 = 0 %; 1929 = 0.03 %; 1930 = 0.03 %; 1931 = 0.11 %.

*** Rezumatul mai conține și date clinice cu privire la persoanele prezentate la Institut cu fenomene de rabie și la cele sucombate în urma unui tratament incomplet.

Tabela No. I.

Anul 1932	Regiunile de intrare a virusului :					
	Extrem. cefal.	Membre sup.	Membre inf.	Contact	Total	%
Morți în timpul tratamentului .	6	—	—	—	6	0,14
Morți în intervalul de 15 zile după terminarea tratamentului . .	1	1	—	—	2	0,04
Morți după 15 zile dela terminarea tratamentului .	—	2	—	—	2	0,04
Morți total:	7	3	—	—	10	0,23

Mortalitatea generală: 0,23.

Mortalitatea specială: 0,04.

Tabela No. II.

1932

Categorii	Regiunile de intrare a virusului														
	Extrem. cefal.			Membr. sup.			Membr. inf. și trunchii			Contact			Total		
	Tratați	Morți	%	Tratați	Morți	%	Tratați	Morți	%	Tratați	Morți	%	Tratați	Morți	%
A.	43	3	6,97	395	2	0,50	269	—	—	397	—	—	1104	5	0,45
B.	13	—	—	145	—	—	89	—	—	110	—	—	357	—	—
C.	127	4	3,14	1099	1	0,09	1102	—	—	400	—	—	2728	5	0,18
Total	183	7	3,82	1639	3	0,18	1460	—	—	907	—	—	4189	10	0,23

O altă persoană mușcată de același câne, care a urmat tratamentul antifirabic, trăiește.

2. B. A. (1535) de 4 ani (Arad). Mușcat în ziua de 5 V. 1932 de un câne (C) la față (o încolțitură și zgărieturi superficiale multiple). Leziunile n'au fost cauterizate și nici desinfectate. Se prezintă la tratament a patra zi după mușcătură. Primele fenomene de turbare apar în 3 IV. și bolnavul sucombă în 1 VI. 932.

Incubația 26 zile; durata boalei 2 zile.

3. D. V. (1600) de 31 ani (Arad). Mușcat în 11 V. 1932 de un câne (A) la nara dreaptă (una încolțitură profundă). Leziunea n'a fost cauterizată și nici desinfectată. Se prezintă la tratament a doua zi după mușcătură. Primele fenomene de turbare apar în 1 VI. și bolnavul sucombă în 4 VI. 932.

Incubația 20 de zile; durata boalei 4 zile.

4. M. I. (2173) de 6 ani (Sibiu). Mușcat în 20 VI. 932 de un câne (C) la cap, față, ambele antebrățe și ambele mâni (incolțituri superficiale și profunde multiple — vreo 45—50 leziuni). Plăgile n'au fost cauterizate, dar au fost desinfectate și pansate. Se prezintă la tratament a treia zi după mușcătură. Primele fenomene de turbare apar în 14 VII. și copilul sucombă în 17 VII. 932.

Incubația 24 de zile; durata boalei 4 zile.

Alte două persoane mușcate de același câne, care a urmat tratamentul antifirabic, trăiesc.

5. B. I. (3198) de 5 ani (Hunedoară). Mușcat în 11 VIII. 932 de un câne (C) la pavilionul urechii stângi (una încolțitură profundă). Plaga n'a fost cauterizată și nici desinfectată. Se prezintă la tratament a zecea zi după mușcătură. Primele fenomene de turbare apar în 3 IX. și copilul sucombă în 5 IX. 932.

Incubația 23 zile; durata boalei 3 zile.

O altă persoană mușcată de același câne, care a urmat la timp tratamentul antifirabic, trăiește.

6. S. M. (4518) de 14 ani (Târnava-Mică). Mușcat la 1 XII. 932 de un câne (A) la buza superioară (o încolțitură superficială). Leziunea n'a fost cauterizată și nici desinfectată. Se prezintă la tratament a doua zi după mușcătură. Primele fenomene de turbare apar în 17 XII. și bolnavul sucombă în 19 XII. 932.

Incubația 17 zile; durata boalei trei zile.

O altă persoană mușcată de același câne, care a urmat tratamentul antifirabic, trăiește.

II. Sucombați în intervalul de 15 zile după terminarea tratamentului

1. Z. C. (2902) de 2^{1/2} ani (Timiș-Torontal). Mușcat în VIII. 923 de un câne (A) la față și ambele brațe (incolțituri superficiale multiple). Leziunile au fost desinfectate și pansate. Se prezintă la tratament a cincea zi după mușcătură. Primele fenomene suspecte de turbare apar în 9 IX. și copilul sucombă în 13 IX. 932.

Incubația 38 zile; durata boalei 5 zile.

2. M. P. (3016) de 63 ani (Maramureș). Mușcată în 10 VIII. 932 de un câne (C) la mână și antebrațul stâng (incolțituri superficiale multiple). Leziunile n'au fost

cauterizate și nici desinfectate. Se prezintă la tratament a treia zi după mușcătură. Primele fenomene de turbare apar în 30 VIII. și bolnava sucombă în 1 IX. 932.

Incubația 21 zile; durata boalei trei zile.

Alte două persoane mușcate de acelaș câne, care au urmat tratamentul antirabic, trăiesc.

III. Sucombați după 15 zile dela terminarea tratamentului

1. M. I. (1687) de 16 ani (Năsăud). Mușcată în 18 V. 932 de un câne (A) la mâna dreaptă și antebrațul stâng (o încolșitură profundă și superficiale multiple). Plășgile n'au fost cauterizate și nici desinfectate. Se prezintă la tratament a treia zi după mușcătură. Primele fenomene de turbare apar în 4 IX. și bolnava sucombă în 7 IX. 932.

Incubația aproape 4 luni; durata boalei 4 zile.

2. K. P. (4042) de 76 ani (Ciuc). Mușcat în 10 X. 932 de un câne (A) la policele mânei stângi (două zgărieturi superficiale). Leziunile n'au fost cauterizate și nici dezinfectate. Se prezintă la tratament a șasea zi după mușcătură. Primele fenomene de turbare apar în 14 XI. bolnavul sucombă în 17 XI. 932.

Incubația 35 zile; durata boalei 4 zile.

Alte patru persoane mușcate de acelaș câne, care au urmat tratamentul antirabic, trăiesc.

IV. Veniți la Institut cu fenomene de turbare

1. M. M. (2846) de 7 ani (Sălaj). Mușcată înainte cu o lună de un câne (C) în regiunea calcaniană stângă (una încolșitură superficială). Leziunea n'a fost cauterizată și nici desinfectată. Primele fenomene de turbare apar în 2 VIII. (după o lună) și copila sucombă în 5 VIII. 1932.

Incubația o lună; durata boalei 4 zile.

2. G. E. (3008) de 51 ani (Timiș-Torontal). Mușcată în 24 VI. 932 de un câne (C) în regiunea submentonieră (o încolșitură superficială). Leziunea n'a fost cauterizată și nici desinfectată. Primele fenomene de turbare apar în 9 VIII. și bolnava sucombă în 13 VIII. 1932.

Incubația 50 zile; durata boalei 5 zile.

V. Sucombați în urma unui tratament incomplet

1. D. Gh. (1925) de 3 ani (Timiș-Torontal). Mușcat în 2 VI. 632 de un câne (C) în regiunea nazală (două zgărieturi superficiale). Leziunile n'au fost cauterizate și nici desinfectate. Se prezintă a patra zi după mușcătură la tratament, pe care însă nu-l termină, întrerupându-l în 11 VI. (i s'au prescris 25 zile de tratament. Primele fe-

nomene de turbare apar în IX. și copilul sucombă în 4 IX. 932.

Incubația 3 luni; durata boalei 3 zile.

* * *

Vaccinul a fost preparat — ca și în trecut — de Institutul de Patologie Generală și Experimentală al Facultății de medicină din Cluj. După cum se știe, metoda de preparare e o metodă eclectică. Se utilizează atât măduva cât și masa encefalică. Măduva se utilizează după metoda Pasteur începând cu o vechime de patru zile. Masa encefalică se utilizează după metoda Babeș-Pușcariu modificată. Incălzirea începe la 45 grade și se urcă numai la 60 grade.

Atât rezervele de măduvă cât și de masă encefalică se păstrează în glicerină sterilă.

Serul fiziologic întrebuițat la prepararea vaccinului e actualmente fenicat 0.50%.

Examenle microscopice s'au făcut — după cum am indicat — deasemenea în Institutul de Patologie Generală și Experimentală.

Clinica Ginecologică și Obstetricală din Cluj
Director: Prof. Dr. CRISTEA GRIGORIU

CONTRIBUȚIUNI LA ACTUL EJACULĂRII OBTINUTĂ CU DIFERITE SUBSTANȚE

de

Docent Dr. I. VOICU și Dr. I. PETRESCU

Experimentând acțiunea diferitelor substanțe asupra ovarelor și încurajați de unele rezultate obținute, la îndemnul Dlui Profesor Dr. Grigoriu, am căutat efectul acestor substanțe și asupra glandelor sexuale masculine. Am observat anume că unele din aceste substanțe influențează net actul de erecție și în special actul ejaculării. În consecință ne-am propus a urmări efectul acestor substanțe asupra ejaculării.

Erecția este un fenomen reflex care are un centru lombo-sacrat, cu căi centripete și căi centrifugi. Un centru mai apropiat ar fi în ganglionul hipogastric, reflex determinat de excitații periferice (sensoriale) și centrale (cerebrale). Prin urmare erecția este un fenomen fiziologic nervos care are ca efect o vazo-dilatație a corpilor cavernoși și în consecință erecțiunea penisului. În mod normal fenomenul de erecție într'un act sexual este urmat de ejaculare.

Cardiazol-Efedrină «Knoll»

cupează astmul,

indicat în deosebi la astm cronic cu altera-
țiuni ale inimii drepte, astm bronchial cu stări de
bradicardie sau hipotonie, bronhită astmatică, emfizem,

combate insuficiența circulației,

dă rezultate foarte bune la
colaps al vaselor, insuficiență cardiovasculară, bradi-

cardie, bloc al inimii, scăderea tensiunii sanguine,

minusdecompensație, intoxicații, ca

profilactic înaintea

narcozei.

Picături Cardiazol-Efedrină «Knoll» . . ambalaj original cu 10 gr.

10% 1,5%

Tablete Cardiazol-Efedrină «Knoll», ambalaj original cu 10 bucăți.

0,1 gr. 0,015 gr.

Fiole Cardiazol-Efedrină «Knoll» à 1,1 cm³

0,1 gr. 0,015 gr

ambalaj original cu 6 bucăți.



Ca doză medie se dă de 2-3 ori pe zi câte 10-20 picături, sau câte 1/2-1 tab-
letă. Subcutanat sau intramuscular se dau 1-2-3 fiole pro die. Administrarea
intravenoasă la cardiopatii organice decompensate este absolut contraindicată.

KNOLL A.-G., Fabrici de produse chimico-farmaceutice, LUDWIGSHAFEN/RIN
Reprezentanță și Depozit: M. Tatarsky, Str. Isvor 43^{bis}, București VI.

ENOBARYUM

MEDIU DE CONTRAST R
EXAMEN RADIOLOGIC AL
TRACTULUI GASTRO-
INTESTINAL



ANTACID



CU SI FARA BELADONA
HYPERACIDITATE,
GASTRITA HYPERACIDA
ULCER GASTRIC, DUODEN.

HERBACHOL

CEAI: CHOLELITHYAZA
CHOLANGITA, STAZA
HEPATICE, ICTER



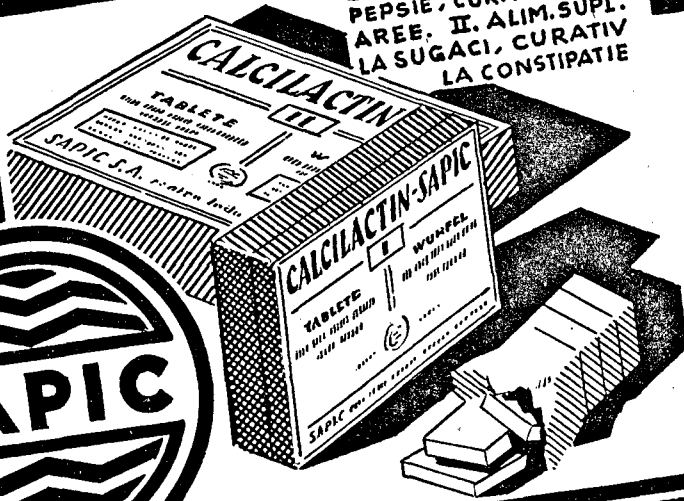
DEXTROPUR

HYPOFUNCTIUNEA
HEPATICA CU GLU-
COGENOLYZA AC-
CENTUATA



CALCILACTIN

I. ALIM. SUPL. LA DIS-
PEPSIE, CURATIV LA DI-
AREE. II. ALIM. SUPL.
LA SUGACI, CURATIV
LA CONSTIPATIE



TUMELEN



SAPIC

S.A. PT. INDUSTRIA CHIMICA

KOPE

Ejacularea este un fenomen reflex determinat de excitațiile nervilor sensitivi ai penisului și care are ca rezultat o activitate exagerată contractilă și secretorie a testiculului, epididim, veziculele seminale și prostata și în consecință emisiunea de spermă din uretră în jețe sacadate și ritmice. Se descrie un centru medular lombo-sacrat cu căi centripe și căi centrifuge. Calea centrifugă este formată din filete nervoase care se desprind din segmentul IV—VI, ls., trec prin lanțul simpatic pentru a se distribui la veziculele seminale, sfincterul uretral și mușchii bulbo-cavernoși. Se mai descrie de Gley un filet nervos simpatic numit de el pe drept motiv nerv vezicular, iar nu nerv ejaculator, fiindcă excitația lui nu dă ejacularea ci numai contractiunea veziculelor seminale și emisiunea de lichid seminal din uretră. Calea centripetă ar fi constituită din nervii sensitivi ai penisului și mucoasei uretrei. Ca un proces premergător ejaculării ar fi acumularea de spermă în veziculele seminale. Se mai știe că în timpul ejaculării iau parte următoarele organe: întâiu prostata apoi canalele deferente și în urmă veziculele seminale fapt observat de Broesike.

Autorii clasici Roger, Gley și alții admit secreția conținută a spermei, exagerându-se în timpul coitului secreția testiculului, canalelor deferente, veziculelor seminale și prostata, în tocmă cum secreția bilei este exagerată în timpul digestiei. Lichidele cresc în cantitate, pun organele respective în tensiune, dând loc la excitații mecanice care să se exercite asupra acestor organe și care pe cale reflexă să declanșeze ejacularea. Am spus că sperma este secretată continuu între actele de coit, fiind exagerată în timpul actului de coitare; iar din punerea în tensiune a organelor citate de lichidele secretate de ele însuși, dar nu depozitate, ar lua naștere o excitație mecanică care pe cale reflexă să declanșeze ejacularea. Adăugăm însă că nu e suficient numai o pură tensiune mecanică produsă de aceste lichide ci e necesar să fie în același timp și excitante ale acestor organe, lucru care se poate dovedi foarte ușor pe cale experimentală. O altă condiție care se cere din partea acestor lichide este ca să fină viața spermatozoizilor și să și excite mișcările spermatozoizilor. Am experimentat influența diferitelor substanțe asupra spermatozoizilor atât în vitro cât și în vivo cu diferite soluții alcoolice, cu urină de femeie gravidă, cu ser sanguin de femeie gravidă, cu diferite seruri fiziologice, cu extras de alil și am observat că spermatozoizii pe lângă alte proprietăți biologice au proprietatea de *fototropism negativ*.

Pentru a controla acest act al ejaculării precum și ordinea în care aceste organe iau parte în actul ejaculării și influențarea acestui act prin diferite substanțe, ne-am propus a face lucrarea de față. Pentru motive bine întemeiate, ne-am ales materialul principal șobolanii masculi pentru că sunt singurele animale masculine la care funcțiunea spermatogenică este constant periodică; pentru că vezi-

culele seminale sunt foarte bine dezvoltate și deci ușor de lucrat și pentru că prin prezența acestor vezicule seminale la aceste animale, producerea actului de ejaculare are mare analogie cu actul ejaculatoriu dela om și în fine sunt ușor de procurat.

Protocoloale de experiențe

Cercetări pe șobolani și cobai

În lipsa mijloacelor materiale redăm numai rezultatele obținute.

A) Excitații mecanice

Excitațiile mecanice se fac pe 5 șobolani cu greutatea între 150—210 gr. arată că în 4 cazuri nu se obține erecție, secreție de lichid din uretra sau ejaculare, iar la 1 caz s'a observat o ușoară emisiune de lichid clar incolor, însă la microscop nu s'a constatat spermatozoizi.

B) Excitații electrice (curent faradic)

Experiențele pe 4 animale arată că ejacularea n'are loc, înafară de cazul când se excită prostata sau baza veziculelor seminale.

C) Injecții subcutanate de extras testicular

a) Cobai adulți decapitați

Decapitarea pe 4 cobai, după care se injectează imediat extras testicular subcutan, duce la ejaculare mai rapidă decât în cazul când nu s'ar face injecții.

b) Cobai adulți nedecapitați

Experiențele făcute pe 4 cobai arată că ejacularea pare să se producă însă prin injecții în cantitate mare de extras testicular.

c) La șobolani

Experiențele au fost făcute pe 26 șobolani:

I. grupă pentru a se vedea efectul narcozei asupra ejaculării, experiențe ce demonstrează că excepțional s'ar produce o ușoară emisiune de lichid cu spermatozoizi prezenți;

II. grupă pt. a dovedi efectul extrasului testicular administrat subcutan exp. ce arată că ejacularea se produce în intensitate după cum administrăm o cantitate mai mare sau mai mică de extras testicular, depinzând în mod evident de vârsta și constituția animalului (vigilantă).

Din 7 șobolani numai unul n'a ejaculat.

III. *grupă*: pe 2 șobolani fără narcoză am încercat să obținem ejacularea — însă fără rezultat, animalele fiind foarte agitate și greu de observat.

IV. *grupă*: la 4 șobolani se leagă cele două canale deferente lângă ves. seminale și se injectează subcutan extras testicular. Ejacularea n'are loc.

V. *grupă*: la 4 șobolani se leagă can. def. și apoi se injectează subcutan extras testicular. Ejacularea are loc.

VI. *grupă*: 6 șobolani la cari se rezeacă ves. seminale și se fac injecții cu extras testicular subcutan la diferite intervale de timpuri după rezecție constatându-se că ejacularea nu mai are loc după un interval mai lung dela extirparea ves. seminale.

VII. *grupă*: se pun ligaturi pe canalele deferente și se fac apoi injecții cu extras testicular subcutan. Ejacularea are loc în toate cazurile, iar intensitatea ejaculării crește cu mărirea segmentului intern al canalelor deferente.

D) Injecții sub tunica vaginală a testiculilor

a) Extras nediluat. 5 șobolani la cari li se injectează extras testicular nediluat nu produce ejacularea; la 1 șobolan însă s'a produs ejacularea.

b) Injecții cu extras testicular diluat pe 3 șobolani arată că ejacularea are loc.

c) Injecții cu liquor foliculi sub tunica vezicală — experiențele pe 6 șobolani arată că ejacularea se produce.

Injecție cu sol. ser fiziologic

a) In prostată

La 4 șobolani nu se produce ejaculare, însă are loc emisiunea de lichid din uretră fără spermatozoizi; la alții însă se produc numai ușoare contracțiuni a trenului posterior.

b) In vesiculele seminale

Experiențele pe 4 șobolani arată cu ejacularea s'a produs.

c) In canalele deferente

Experiențele au fost făcute pe 8 animale reușind să producem ejacularea, intensitatea ejaculării depinzând de injecțiile cari se fac concomitent în ambele canale sau numai lateral. Am reușit să producem 2x6 (6 în un singur canal) ca să zicem numere — consecutiv a 12 injecții în canalele deferente.

d) In epididim

Injecțiile la 3 animale arată că ejacularea se produce destul de prompt.

e) Sub tunica vaginală a testiculului

Experiențele au fost făcute pe 30 animale ducând la concluzia că ejacularea se poate produce, intensitatea depinzând de vârsta și constituția fiziologică a animalului. La cele bătrâne cu organele genitale (testiculi, prostata, ves. seminale) ejacularea era foarte redusă sau nu se producea de loc.

f) Injecții subcutane cu sol. ser fiziologic

Experiențele pe 5 animale arată că ejacularea nu se poate obține chiar cu cantități masive de soluție.

g) Injecții sub tunica vaginală a testiculului după sensibilizarea genitală prin injecții subcutane cu urină dela femee gravidă.

Experiențele demonstrează că injecțiile repetate zilnic timp de câteva zile (8—12 zile) produce o mai rapidă declanșare a actului de ejaculare.

Injecțiile cu alte substanțe

a) Experiențele făcute cu apă destilată pe câteva animale duc la concluzia: injecțiile cu apă destilată pare să nu producă ejacularea.

b) Experiențele făcute cu ser glucozat pe 4 animale cu sol. ser glucozat injectată sub t. vaginală pare să nu producă ejacularea; concluziile sunt rezervate.

c) Experiențele făcute cu gumă arabică pe 3 animale duc la concluzia că injecțiile cu sol. gumă arabică nu produc ejacularea.

d) Injecțiile cu parafină lichidă sub tunica vaginală făcute pe 3 animale duc la concluzia că ejacularea n'are loc.

e) Injecțiile făcute cu urină de femee gravidă pe 3 șobolani ejacularea pare să n'aibă loc.

f) Injecția cu ser sanguin, femeie gravidă făcute pe câteva animale concluziile sunt rezervate în sensul că ejacularea n'are loc.

g) Injecții subcut. cu sol. alcool 70% făcute pe câteva animale, pare să ducă la concluzia că ejacularea are loc.

Discuția rezultatelor

A) Excitații mecanice

Rar se poate întâmpla ca prin acest mod, pensare, înțepături, strângere între degete, să se obțină o oarecare reacție din partea trenului posterior sau emisiune de lichid din uretră, fără să se constate vreodată prezența spermatozoizilor în acest lichid.



SELVADIN

Calciu brenzcatechindisulfonat acid de calciu și sodiu (sare complexă de calciu)

Pentru tratamentul cu calciu în injecții în hipocalcemie, turburări vagosimpatice, anafilaxie, congestie și afecțiuni exudative, hemoragii, dermatoze.

Atât local cât și general foarte bine suportat.

AMBALAJE ORIGINALE:

Cutii cu 2 și 10 fiole à 5 cc.
Cutii cu 1 și 5 fiole à 10 cc.



„Bayer“
I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
LEVERKUSEN a. Rh.

AMPHOTROPIN-SOLUȚIE

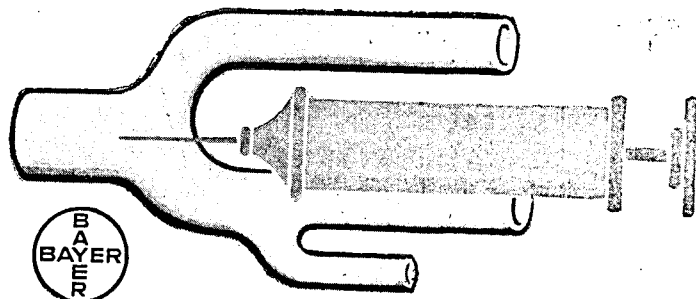
Injecțiuni intravenoase

Efect antiseptic puternic asupra bazi-
netului și

căilor urinare

ameliorare surprinzător de rapidă
chiar și în pielite și cistite cronice
rezistente oricărui tratament.

Bolile infecțioase ale vezicii și
căilor biliare se modifică favorabil.
Adjuvant însemnat în meningită.



„Bayer“

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.

AMBALAJE ORIGINALE:

1 fiolă de 20 cc.
cutii cu 5 fiole de 20 cc.

Mostre și literatură prin reprezentanții generali pentru România:
„PHARMA“ Studerus & Co., București I, Str. Brezoianu 53.

Ovacliman „Richter“

suprimă suferințele femeilor în menopauză.

Tratament de substituție prin: Extract de ovar.

Sedațiunea sistemului nervos central și vegetativ prin: Brom și Calciu.

Regularea funcțiilor cardio-renale prin: Teobromina.

Suprimarea spasmelor vasculare prin: Papaverina.

Toate acestea conținute în Ovacliman.

Dozarea: 3 ori 1-3 tablete pe zi după caz.

Tratamentul modern al Hipofuncțiunii overelor

ANTEOVIN

GLANDUANTIN (hormonul izolat din lobul anterior al hipofizei)

GLANDUBOLIN (hormon folicular).

Tablete și fiole pentru injecțiuni.

Pt. intensificarea funcțiilor organelor genitale

GLANDUANTIN

Hormonul izolat din lobul anterior al hipofizei.

Tablete (150 unități).

Fiole (100 unități).

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

BUCUREȘTI III
Str. Aurel Vlaicu 70

Gedeon Richter

BUCUREȘTI III
Str. Aurel Vlaicu 70



FARA TEAMA DE IODISM

COLLO-IODE DUBOIS

cu iodhidrați
de acizi aminați

realizează un progres
terapeutic indiscutabil

Asupra Jodopeptonilor ◀ Jodurilor Alcaline ◀ Soluțiilor de Jod

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

Eșantioane medicale și literatură la:

Reprezentantul general pentru România, PAUL ILUTZA, - Str. Olari, No. 23 - București IU

B) Excitații electrice

Singurul organ care a reacționat mai net și în același timp producându-se eliminarea de lichid spermatic au fost lobi prostatei; mai puțin net dar fără eliminarea de lichid spermatic au fost vezicula seminală. Nu s'a observat ejacularea în cazul excitării canalelor deferente, epididim și testicol, s'a observat însă o reacție progresivă a trenului posterior pe măsură ce excitațiile electrice se apropiu de regiunea vezico-prostatică. Pare că excitațiile electrice mai degrabă să împiedece ejacularea decât s'o declanșeze. O regiune mai sensibilă poate fi socotită regiunea vezico-prostatică explicată prin faptul că la acest nivel există un plex nervos destul de abundent.

C) Injecții subcutanate cu extras testicular

a) La cobai prealabil decapitați, injectând extras testicular subcutanat, ejacularea are loc într'un interval de 5—15 minute. La animalele unde s'a făcut decapitarea și unde s'a injectat extras testicular, în timpul observat de o jumătate de oră, ejacularea nu s'a produs. Prin urmare este evidentă acțiunea extrasului testicular asupra ejaculării, influențând probabil direct centrul lombo sacrat.

b) La cobai nedecapitați injectând extras testicular subcutanat, ejacularea se produce într'un interval mai lung de cât în cazul cobailor decapitați, ceea ce pledează evident pentru existența unui centru superior inhibitor. Acest fapt ar putea să explice și motivul pentru ce la unele specii de insecte în timpul coitului, femela decapitează masculul.

c) Cele mai multe experiențe s'au executat pe șobolani sub narcoză. Am observat că ejacularea la aceste animale este cu atât mai ușor de declanșat, cu cât animalul este în mai deplină activitate sexuală, și cu atât mai mult cu cât se găsește în perioada de rut. Joacă rol și starea lui fiziologică: cu cât e mai rău dezvoltat, cu atât funcțiunea sexuală este mai redusă, organele genitale deasemenea sunt reduse. Șobolanii bătrâni și rău dezvoltați reacționează foarte greu sau deloc. Doza minimă de injectat de extras testicular este 0,5 ccm. și cea maximă 2—3 fiole; timpul în care fenomenul de ejaculare are loc este dela 2—20 minute. Doza și timpul de producere a ejaculării depinde de constituția fiziologică a animalului, de vârstă, de activitatea sexuală și perioada de rut. Faptul că ejacularea fără narcoză nu s'a putut produce nici după o oră, dar în același timp ejacularea nu s'a produs sub narcoză fără a injecta extras testicular, ne dovedește acțiunea stimulentă a extrasului testicular asupra ejaculării. Dacă se leagă cele 2 vezicule seminale la emergența lor și ulterior — în aceeași ședință — se administrează injecții subcutane de extras testicular, ejacularea are loc, însă cu jet redus și dacă mai adăugăm că după câțva timp dela rezecția veziculelor seminale cu injecții subcutane de extrase testiculare se poate obține ejacularea, ne dovedește că aceste organe interesate pot funcționa separat într'o ejaculare și că fiecare dintre aceste organe își au contribuția lor într'o măsură și ordine bine stabilită. Luând cele două canale deferente imediat lângă veziculele seminale, ejacularea prin injecții de extrase testiculare nu are loc, adăugăm că nu se observă nici o emisiune de

lichid în speță lichid vezicular. Punând diferite ligaturi pe canale deferente la distanțe variabile, observăm că ejacularea este cu atât mai lungă ca durată și cantitate cu cât ligatura este mai departe de veziculele seminale, fapt ce pare se dovedească că aceste canale au o enervație segmentară ca și intestinul, existând poate și centri nervoși în peretele acestor canale. Rezecând veziculele seminale și dacă încercăm să producem ejacularea prin acest mod — cu injecții de extras testicular — după o lună dela extirparea lor, actul ejaculatoriu nu mai are loc chiar dacă încercăm să dăm doze mari de extras testicular. De oarece ejacularea are loc atunci când injectăm extras testicular, imediat după ligatură sau rezecția veziculei seminale dar cu jet redus, și nu se mai poate determina după un timp mai îndelungat dela extirparea acestor organe, dovedește că aceste vezicule seminale nu sunt organe de depozitarea spermei pentru că altfel ar fi trebuit să nu obținem în nici unul dintre aceste cazuri nici o ejaculare, dar trebuie să admitem că în lipsa acestor vezicule seminale lichidele spermatice, în speță sperma, suferă modificări importante. Acest fapt mai dovedește rolul pe care-l joacă vezicula seminală într'o ejaculare: o ejaculare pentru a se produce identic ca în mod normal, trebuie inevitabil și prezența veziculelor seminale. De remarcat este că ejacularea în aceste cazuri, deși nu are loc, totuși în canalele deferente se pot pune în evidență spermatozoizi tot așa de viguroși și tot așa de mulți ca și normal, chiar atunci când recoltarea spermatozoidilor din canalele deferente este obținută după o lună dela rezecția veziculelor seminale. Faptul însă că puterea de reproducere în cazul rezecției veziculelor seminale este diminuată sau dispărută și deși există spermatozoizi, ne face să credem că veziculele seminale influențează această diminuare sau dispariție a puterii de reproducere, în sensul că vezicula seminală în mod normal, determină formarea jetului ejaculatoriu și în același timp asigurând depunerea spermei în vagin — fenomen pe care-l vom discuta într'o lucrare mai pe larg —; lipsind aceste două elemente în actul ejaculării, fatal puterea de reproducere trebuie să sufere.

D) Injecții sub tunica vaginală a testicului cu extras testicular diluat:

Dacă se fac injecții concomitente sub ambele tunici vaginale, ejacularea are loc, în timp ce injecțiile cu extras testicular nediluat nu produce ejacularea. Din acest punct de vedere trebuie admis că joacă rol diluția în care se dă acest extras, deoarece extrasul testicular nediluat injectat în cantități diferite mici și mari nu produce ejaculare. Este cunoscut modul de acțiune al extrasului în diluții mari acționând într'un fel, fie că activează fie că inhibează și altfel se comportă în diluții mici.

E) Injecții cu liquor foliculi sub tunica vaginală a testicului:

Este cunoscută acțiunea lichidului folicular asupra spermatozoidilor în sensul că îi imobilizează și aici pare că natura a pus mijloace de asigurare a speciei — și chiar produce cu sperma un cuagul ireversibil atribuindu-i-se acestui fenomen un caracter specific, constituind reacția *Lillie*. Aceste injecții făcute sub tunica vaginală produc ejacularea; explicarea o putem da prin aceea că el conține electroliți care să favorizeze ejacularea, excitând terminațiile nervoase din peretele acestui organ.

F) Injecții cu ser fiziologic:

a) *In prostată*, cu această ocazie am observat că testiculul deseori suferea mișcare de ascensiune, fapt care ar putea se dovedească o oarecare influență a prostatei asupra testiculilor adecă să influențeze testiculul prin secretul ei intern sau pe cale reflexă nervoasă. Atunci în ejaculare organul care se sesizează în primul rând ar fi prostata și aceasta după cum am spus pe cale endocrină sau reflexă să influențeze testiculul și acesta la rândul lui tot pe cale endocrină să și exercite acțiunea asupra veziculelor seminale pentru ca din cooperarea acțiunilor lor să se producă maximul de activitate secretorie adăugată la excitarea nervoasă cu rezultat final ejacularea. În acest scop ar mai pleda și faptul că o excitație electrică pe prostată produce ejacularea. Cum? De sigur prin intermediul testiculului sau printr'un reflex nervos. Tot în acest sprijin vine și proba cu injecții de extras testicular subcutan în cazul ligaturii celor 2 canale prostatice neobținându-se ejacularea nici cu 3—4 fiole extras testicular.

b) *In veziculele seminale* ceea ce este interesant este faptul că emisiunea de lichid vezicular are loc ca și în cazul lobilor prostatei, numai dacă se injectează în ambele vezicule, fenomen care are loc identic și la testiculi. Explicarea acestui fenomen e destul de grea, credem totuși că este vorba de principiul simetriei. De observat este că în aceste experiențe se producea o erecție puternică a penisului și în canalul uretral se găsea dopul format de secreția veziculelor seminale, fără a fi prezenți și spermatozoizi — examenul microscopic — nu poate fi vorba de o acțiune pur mecanică a serului fiziologic forțând secretul să părăsească lumenul organului, fiindcă emisiunea de lichid s'a făcut nu imediat, ci după un timp oarecare dela injecție — ci de o excitație fiziologică a veziculelor de către serul fiziologic în sensul că excită terminațiile nervoase din peretele acestor organe. Injecțiile cu albastru de metilen, pe lângă alte probe spuse aici, demonstrează izbitoare că veziculele seminale își varsă secretul într'o ejaculare în rândul ultim.

Aerophagie și consecințele

AEROPHAGYL

*Bromat de calciu
Citrat de sodiu-(CH²)⁶Az⁴*

2-4 comprimate dizolvate în apă în decursul mesei la amiazi și seara.

Gastro-enterite, entero-colite, auto-intoxicațiuni,
fermentație gastro-intestinală

CARBONESIE

(Carbune activ — Magnesia — CO³CA)

3-4 cachete în decurs de 24 ore.

Tuberculoze toate formele, stări de denutriție și carență

AZOTYL

*Lipoid splenic și biliar. Gomenol camphor
și menthol iradiat.*

Pilule: 1-2 în timpul mesei în puțină apă.
Ampule: 1 injecție la zi ori la 2 zile, intramuscular.

Sedativul netoxic a tusei rebele

CODOFORME BOTTU

Sirope în 24 ore { Copii tineri: 2-4 lingurițe de cafea.
" mari: 2-4 " de desert.
Adulți: 2-4 linguri de supă.
Comprimate: { Adulți: 5-8 timp de 24 ore.
Copii: 2-3 " " 24 "

Enterite — Apendicite — Intoxicațiuni

BIOLACTYL

(Ferment lactic)

Comprimate: 4-5 comprimate pe zi în timpul mesei în puțină apă zaharată.
Lichid: Copii 1/2 de flacon înaintea mesei de amiazi și seara într'un stert
păhar de apă zaharată.
Adulți: 1/2 flacon înaintea mesei de amiazi și seară, într'o treime de
păhar de apă zaharată.
Sugari: 2-6 lingurițe de cafea pe zi în apă zaharată.

Afecțiunile căilor respiratorii

CREOPHOSAN

(Fosfat Pinard creosotat și gaiacolat)

Adulți: 3 linguri de supă pe zi.

Copii: 3 lingurițe de desert pe zi.

La sifilis în toate formele și stadiile lui

BIVATOL

Seare bismutică în soluțiune uleioasă

Ampule: 6 ctgr. bismut metalic pe 2 cc. 1 injecție intramusculară la 3-5 zile.

Astenie prin insuficiență ori dezechilibru glandular.
— Creștere prea rapidă. — Surmenage fizic și intelectual. — Convalescență

CRINOSTHENYL

Comprimate: până la 8 pe zi (adulți)

Ampule: 1 injecție subcutanată pe zi.

Sirope: 1-2 lingurițe de cafea ori desert în timpul mesei.

Neurasthenie, Nevrose, Maladii consumptive, Tuberculoză

CALCIGENOL

Fosfat de calciu în suspensie coloidală.

Lichidă: 3 lingure de supă pe zi.

Extract opoterapic total

ENDOCRISINES FOURNIER

(Ovar — Tiroidă — Orhitina)

Poliglandular M. — Poliglandular F.

Posologia moderată { 1-3 comprimate pe zi.
1 ampulă pe zi.

Rachitism, toate formele tuberculozei, limfatism, carie dentară, creștere dificilă, alaptare, fracturi

CALCIGENOL IRRADIÉ

Fosfat de calciu coloidal + Vitamina D.

Lichid: 2-3 linguri de supă pe zi.

Insuficiența ovariană. — Amenorrhee. — Turburări de menopausă. — Sterilitate. — Vomismențele incoercibile a gravidității.

GYNOESTRYL

Foliculină cristalizată

Ampule: 1 pe zi ori la 2 zile.

Picături: 50-100 gute pe zi.

Comprimate: 2-4 pe zi.

REPREZENTANT GENERAL PENTRU ROMÂNIA:

RENÉ DUNOD

BUCUREȘTI, STRADA TOAMNEI 103.

IODAMÉLIS

Iodo-Iodură de Potasiu și Hamamelidină

Specific
CARDIO-VASCULAR
TOTAL

la
ARTERIO-SCLEROTICI
Uricemici. Hiperviscoși
la
HIPERTENSIVI VENOȘI
Cyanotici. Varicoși

DOZELE :

De la 20 la 40 picături
la căle 2 mese principale
3 săptămâni pe lună.

LABORATOIRES J. LOGEAIS BOULOGNE SUR SEINE PRES PARIS

Exclusivitate generală pentru România: **Drogueria „STANDARD”, 2, Strada Zorilor, București**

névralgies rebelles...

maïodine...

existe
maintenant en
ampoules
de

20^{cc}

une ampoule par jour
Tolérance absolue

laboratoires **J. Logeais** 22^{bis} rue de silly
boulogne sur seine ■ près paris ■

Exclusivitate generală pentru România: **Drogueria „STANDARD”, 2, Strada Zorilor, București**

c) *In canalele deferente.* Și aici e de observat același fenomen anume deși în aceste cazuri se manifestă o oarecare reacție din partea regiunii perineo rectale atunci când se injectează într-o singură parte, totuși manifestarea netă și producerea ejaculării nu are loc decât încazul când se injectează simetric. Experiența arată că dacă se injectează ser fiziologic în aceste canale și consecutiv obținem ejaculare și dacă din nou venim să injectăm ser fiziologic în veziculele seminale și prostată numai obținem emisiune de lichid din uretră ceea ce ne dovedește 2 fapte, că în ejaculare organele respective s'au golit și pentru a intra din nou în activitate le trebuie un anumit timp de refacere fiziologică pentru a răspunde în mod activ la excitanți. Făcând injecții nenumărate de 2 ori 6 cu ser fiziologic se pot obține tot atâtea ejaculări, bine înțelese, destul de variate în cantitate și durată, fenomen care ne arată că canalul deferent este enervat și excitat local, datorită modului său de enervație segmentară cu maximum de excitabilitate într'un punct variabil pe care l-am putea situa la treimea internă a canalului deferent. Aceste observații adică producerea nenumăratelor ejaculări prin nenumărate injecții se suprapune identic cu cele obținute la cazurile cu injecții subcutane de extras testicular după ce s'au făcut ligaturi pe canalele deferente cu deosebirea că extrasul testicular acționează mai mult central decât local (excitând secreția testiculară).

Altă observație, dacă se face 12 injecții în cele 2 canale și dacă după aceea venim să injectăm din nou ser fiziologic în cantități ceva mai mari, vedem că ejacularea este slabă sau nu mai are loc, fapt care dovedește că în ejaculare trebuie considerat și mișcările prezente ale spermatozoidilor cari pot prin însuși mișcările lor microscopice să producă un deranj în echilibrul electrostatic sau eventual chiar o mișcare de ansamblu cu efect de excitație asupra organelor în care se găsesc. În același timp trebuie admis efectul excitant al spermei. Un fapt de reamărcat care se poate observa în timpul acestor ejaculări obținute prin injecții cu ser fiziologic pe canalele deferente este următorul: numai 2—3 ejaculări din numărul total, erau ejaculări însoțite și de formarea dopului penian, în cari cazuri ejacularea este tipică cu jete sacadate și ritmic, deci într-o ejaculare în care manifestarea să aibă loc identic ca în mod fiziologic, inevitabil trebuie să ia parte și veziculele seminale. Celelalte ejaculări la care veziculele seminale nu și-au putut da contribuția lor înseamnă că noi am căzut în momentul în care veziculele seminale erau în stadiul de refacere, dar am putut să producem excitarea canalelor deferente și deci eliminarea de spermă. Acest fapt dovedește că ejacularea ar putea avea loc și în cazul neparticipării veziculelor seminale atâta vreme cât ansamblul acestor organe nu suferă, pentru că am văzut în cazurile anterioare cu rezecția veziculelor se-

minale că ejacularea nu mai este posibilă; implicit trebuie să admitem un organism care acuma suferă în urma îndepărtării acestor vezicule.

d) *In epididim.* Injecțiile în acest organ, fie că sunt date de o singură parte fie de ambele părți în mod alternativ sau concomitent, ejacularea este promptă și tipică. De nenumărate ori am observat că aci ejacularea este mai rapidă și mai intensă decât în cazul ejaculării obținute prin injecții cu ser fiziologic în canalele deferente. Mai sensibil pare se fie capul epididimului unde ejacularea este foarte rapidă și tipică, aceste fapte ne fac să admitem existența unui centru-nervos local în epididim și mai ales capul epididimului.

e) *Sub tunica vaginală a testicolului.* Aici este de notat și mai mult producerea ejaculării exclusiv numai în cazurile de injecție în ambii testicoli, deci legea simetriei este aplicată și la aceste organe și aici doza de injecție depinde de mărimea, de vârsta animalului și perioadele de rut. La șobolanii bine dezvoltati și în plină activitate sexuală doza pentru a produce ejacularea este circa 0,1 cmc; la cei slăbănogi și rău dezvoltati 0,5 cmc; la cei bătrâni cantități de 0,5—0,7 nu au nici un efect asupra ejaculării, dacă însă totuși să întâmplă ejacularea, atunci timpul în care are loc ejacularea este mult mai îndelungat — după o jumătate de oră. Deasemenea timpul în care se produce ejacularea este variabil și depinde de vârsta de mărimea și de rasa animalului (noi am folosit 2 soiuri de rase de șobolani albi). Timpul mediu pentru producerea unei ejaculări în aceste cazuri este 5—20 minute. Mai toate experiențele au fost făcute pe animale sub narcoză, am încercat însă și la animale fără narcoză obținând ejacularea într'un singur caz însoțită de formarea dopului penian, însă dificultatea mare este că animalul este agitat în același timp impresiile venite din afară poate să suprimă sau să inhibeze actul ejaculării — frica. De reamărcat este că în câteva cazuri s'au obținut printr'o singură injecție sub tunica vaginală, ejaculări succesive tipice cu jete și ritm sacadat, repetându-se în 3 rânduri, fenomen observat și la câteva din cazurile cu extras testicular subcutane. De sigur aici joacă mare rol după cum am spus, starea fiziologică și sexuală a animalului. Prin urmare aceste două moduri de a obține ejaculări cu extras testicular și ser fiziologic produc și se comportă în ce privește apariția și modul ejaculării aproape identic și unul și alta din cele două substanțe au o doză anumită și un timp anumit pentru producerea ejaculării și într'un caz și într'altul ejacularea prin jetele sacadate și ritmul său sunt analoage, în cât nu poate fi vorba de o acțiune cu totul diferită acestor două substanțe pentru că altfel n'am fi obținut aceleași rezultate și manifestate identic — ambele acționând pe cale nervoasă.

Una din experiențele care dovedește complet această afirmare sunt cazurile în care s'a făcut rezecția veziculelor seminale și la care apoi s'a injectat extras testicular subcutan unde ejacularea nu s'a mai produs, la fel în cazurile cu animale cu rezecția veziculelor seminale injectându-se ser fiziologic sub tunica vaginală ejacularea nu s'a mai produs. Mai mult, am amintit la experiențe, că injecțiile succesive de extras testicular subcutane urmate de injecție de ser fiziologic sub tunica vaginală grăbește producerea ejaculării: este vorba deci de adăugarea acțiunii acestor substanțe și care nu pot fi decât analoage, acțiuni de cooperare. O dovadă că injecțiile sub tunica vaginală testiculară nu acționează în mod pasiv trecând ca un curent prin canalele deferente, uretră. Explicarea este următoarea: în doze mari la șobolanii bătrâni pentru ce nu are loc ejacularea, de ce când se injectează aceleași doze de apă destilată, extras testicular, ser glucozat, sau ser fiziologic concentrat nu are loc ejacularea, mai izbitor și care susține punctul nostru de vedere este următorul fapt: se injectează ser fiziologic sub tunica vaginală a ficăruia testicol și ejacularea are loc, se recoltează apoi lichidul spermatic din canalele referente se găsesc spermatozoizi prezenți, fără ca numărul și forma lor să sufere mai mult decât să pune legătură pe canalele deferente și dacă se injectează ser fiziologic sub tunica vaginală a testicolului el se resoarbe fără ca ejacularea să se producă.

f) *Injecții subcutane cu ser fiziologic.* În aceste cazuri deși au fost alese animalele cele mai potrivite scopului nostru, totuși ori câtă cantitate de ser am fi injectat, ejacularea n'a fost posibilă, fie că animalul a fost sau nu sub narcoză. am încercat la câteva cazuri pe șobolani și pe iepuri injecții intravenoase cu ser fiziologic și unde ejacularea pare să nu aibă loc. Aceste experiențe trebuiesc numai amintite fără a aduce la o concluzie din care motiv, experiențele fiind în număr mic, le-am omis. Se pune însă aci întrebarea cum acționează serul fiziologic asupra actului de ejaculare, mai bine zis acționează el pe cale vasculară, influențând centrul mădular sau influențează local pe cale reflexă. Este cunoscută acțiunea stimulentă celulară a sodiului, astfel se cunoaște acțiunea Clorurii de sodiu 7 la mie asupra spermatozoizilor, este singura soluție care pe lângă faptul că conservă vitalitatea spermatozoizilor, dar în același timp exagerează mișcările lor, spermatozoizii sunt foarte agitați. Alți ioni ca Natriu, Ceziu, Litiu excită mișcările spermatozoizilor moderat, Caliu, Rubidiu, Amoniu distruge spermatozoizii, iar Zincul și Cobaltul pare să excite funcțiunea spermato-genetică. Amestecul acestor ioni de acțiune opusă în cantități egale face ca acțiunea lor separată să fie suprimată. Un alt fapt care se cunoaște este următorul: PH-ul lichidelor testiculare, epididim, canale deferente, vezicule seminale, prostata, sunt diferite, cel testicular și prostatic este alcalin, cel din

epididim și canalele diferite este acid. Se mai știe că mobilitatea spermatozoizilor este favorizată de PH-ul alcalin în speță de cel prostatic și distrusă de acizi; acest PH este influențat de funcțiunea internă testiculară și PH-ul la rândul său influențează formarea de oxidaze, ori este cunoscut că orice spermatozoid mobil este prevăzut cu oxidaze, fără oxidaze mobilitatea spermatozoizilor nu există. Aceste oxidaze ar fi secretate de epiteliul seminal; sunt unii autori cari afirmă că în timpul ejaculării mobilitatea spermatozoizilor este la maximum, cu alte cuvinte PH-ul s'a modificat în sensul că a devenit alcalin. Plecând dela aceste date cunoscute, putem spune, că serul fiziologic acționează astfel: sau este absorbit pe cale vasculo-limfatică și interstițială și care se elimină în regiunea locală și în acest mod poate ca celulele epiteliale secretoare de oxidaze se fie excitate în funcțiunea lor și în acest scop să producă un maximum de activitate locală și de mobilitate a spermatozoizilor, pe lângă faptul că sodiul excită direct mișcările spermatozoizilor în același timp modificându-se și PH-ul iată realizate deci 2 elemente necesare ejaculării, modificarea PH-ului și mobilitatea mare a spermatozoizilor, rămâne însă mai greu de explicat reacția din partea organelor veziculelor seminale, canale deferente prostată. Din acest punct de vedere este cunoscută acțiunea neuro-vasculo-motorie a soluției de Clorură de Sodiu izotonică, de ce n'am putea admite și aci același lucru. Probabil că influențează mai mult starea fiziologică a organelor sexuale. O altă explicație care s'ar putea da ar fi următoarea: Am spus că în timpul ejaculării se produce un maximum de activitate al organelor în cauză, secreția devine abundentă, tensiunea crește și prin acest mod poate să ia loc o excitație mecanică care pe cale reflexă se declanșeze ejacularea; în concluzie trebuie ținut seama de tensiune și modificarea PH-ului a acestor lichide produse de electroliții, în plus sau minus existenți. Ori aceste condiții vedem că le găsim realizate prin injecții cu ser fiziologic; excludem deci excitațiunea pur mecanică a serului fiziologic injectat sub tunica vaginală, cu atât mai mult cu cât injecțiile cu apă destilată ser glucozat, soluție de gumă arabică, parafine lichide, nu produc ejaculare în afară de cazul injecției cu parafină lichidă unde s'a observat ușoare erecții ale penisului, fenomen care ar pleda pentru susținerea părerii că ejacularea ar fi cauzată de plenitudinea acestor organe în special vezicula seminală. Noi însă bazați pe observațiile făcute admitem că soluția de ser fiziologic izotonică pe lângă faptul că cele două condiții necesare ejaculării amintite mai sus PH-ul și producerea tensiunii acestor organe sunt realizate el excită în același timp direct filetele nervoase din peretele fin al acestor organe.

g) *Injecții sub tunica vaginală a testicolului după sensibilizarea genitală prin injecții subcutane cu urină de femeie gravidă.* Fiindcă observațiile noastre erau făcute pe

OPOTHERAPIE ASSOCIÉE

ADRÉPATINE

SUPPOSITOIRES
POMMADE

HÉMORROÏDES

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20 RUE DU LAOS - PARIS (15^e)

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

șobolani de aceeași vârstă și deopotrivă de desvoldați, totuși prin injecții de ser fiziologic sub tunica vaginală nu se obține ejacularea, fapt care ne-a făcut să ne gândim dacă nu cumva este în joc perioada de rut. Pe o serie de câteva animale am injectat în acest scop urină de femeie gravidă timp de 5—12 zile obținând sensibilizarea funcțională sexuală pusă în evidență atât microscopic cât și macroscopic. În adevăr am observat că la aceste animale sensibilizate, ejacularea se obține într'un timp mai scurt mai mult am folosit în acest scop și animale impubere care după un timp anumit am putut produce ejaculare, pe când la marțorul său nici nu poate fi vorba de spermatozoizi și cu atât mai mult de actul ejaculării, iată deci că perioada rutului are o importanță considerabilă în producerea actului ejaculatoriu.

G) Injecții cu alte substanțe:

Apă destilată, ser glucozat, gumă arabică, parafină lichidă, urină și seruri sanguine de gravidă injectate sub tunica vaginală a testiculului nu produce ejacularea.

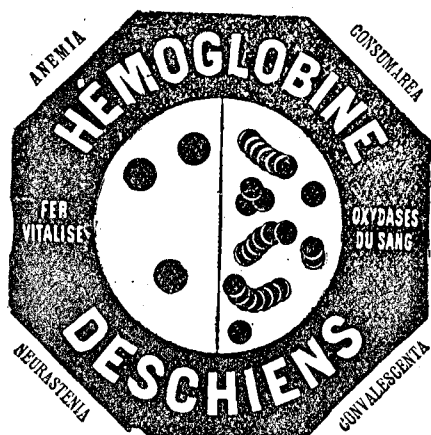
Cu injecții de soluție alcoolică 70% la cobai am putut obține ejaculare, la iepuri însă aceste injecții n'au dat nici un rezultat.

Rezumat:

În mod experimental noi am putut obține ejacularea la aceste animale prin injecții în diferite moduri: extrasul testicular injectat sub cutan și sub tunica vaginală produce ejacularea; serul fiziologic și liquor foliculi injectate numai sub tunica vaginală pot să producă ejacularea; soluția alcoolică administrată subcutan deasemenea produce ejacularea.

În ce privește acțiunea extrasului testicular, ea este netă asupra ejaculării, fie că e dat întregu subcutan, fie că e dat diluat sub tunica vaginală a testicolului, acțiunea lui manifestându-se în mod net la animalele sub narcoză și mai puțin la cele fără narcoză (la cobai ejacularea după câteva ore). În toate aceste experiențe trebuie ținut seama de speța animalului, de rasă și de faza sexuală în care se găsesc aceste animale. Doza maximă care produce ejacularea 4—5 fiole la cobai pe cale subcutană, 1—2 fiole la șobolani, iar doza minimă 2—4 fiole la cobai și 0,5—1 cmc. la șobolani. Timpul după care se produce ejacularea la fel depinde de speța animalului de rasă și de perioada sexuală a animalului, acțiunea lui s'ar putea explica fie că acționează asupra testicolilor excitând funcțiunea lor și prin secretul lor intern și să declanșeze ejacularea influențând centrul ejaculator, fie că activează organele sexuale producând maximum de activitate. Noi credem însă că acțiunea lui se exercită direct mai mult central decât local. Alte substanțe ca liquorul foliculi și serul fiziologic produc ejacularea poate nu atât influențând central cât local, din

acest punct de vedere poate fi în joc un proces fizico-chimico-biologic, anume modificarea PH -ului local al acestor lichide maximum de activitate al acestor organe punerea în tensiune însoțită ulterior de excitație mecanică care se producă ejaculare pe cale reflexă. O condiție necesară acestor substanțe: trebuie să fie excitante ale țesuturilor și în același timp excitanți ai spermatozoizilor. Local din punerea în activitate a canalelor deferente, a veziculei seminale, a prostatei admitem neîndoios existența unui fenomen pur mecanic hidraulic în sensul că în timpul ejaculării, premergător, se produce o vazo dilatație, o o lărgire a canalelor deferente, a pediculelor lobilor prostatici și a veziculelor seminale și a canalului uretral posterior, formându-se în modul acesta un vid, o pompă aspiratoare care prin modul acesta să ajute absorbția lichidelor din organele citate și ulterior să fie expulsate de contracțiunea mușchilor perineo rectali și în același timp relaxarea sfincterului uretral. În ce privește dozele de injecție cu ser fiziologic sub tunica vaginală ele sunt următoarele: 0,5—0,7 cmc. doza maximă și doza minimă 0,1—0,2 cmc., timpul este variabil: 2—3 minute până la 20—30 minute, în aceste cazuri ca și în cazul extrasului testicular, ejacularea ca timp și ca durată depinde de speța animalului, de rasă, de vârsta și perioada de rut a animalului. Serul fiziologic injectat subcutan nu produce ejacularea. Poate prin modificarea pe care o suferă pe această cale nu e apt să producă ejaculare contracțiunile musculare a mușchilor perineo rectali. Ejacularea cu jeturi sacadate și ritmice este identică atât în cazul procedurii cu extrasul testicular cât și în cel cu ser fiziologic, aceasta dovedește pe lângă alte argumente că ejacularea obținută cu ser fiziologic sub tunica vaginală este de ordin activ și de loc pasiv, mecanic, așa cum ușor s'ar putea crede. Din observațiile făcute asupra spermatozoizilor remarcăm proprietatea fototropică negativă a spermatozoizilor. Pentru a fi în deplin acord cu modul de acționare a acestor substanțe, trebuie să admitem că în mod experimental și cu multă probabilitate în mod fiziologic, într'o ejaculare, se produce întâiu o erecție care este determinată atât de un element nervos local cu punct de plecare de la tegumente sau penis cât și de la nivelul organelor sexuale testicol, canale deferente, prostată și vezicule seminale. Premergător actului ejaculatoriu este o exagerare secretorie a organelor citate iar local se produce o tensiune puternică a acestor organe dată de lichidele secretate și concomitent un vid la nivelul regiunii vezico-prostatice. Absorbția lichidelor de această pompă combinată cu contracțiunile musculare a veziculelor seminale, canalelor deferente și prostatei; excitarea acestei regiuni de către spermă și atunci când maximum de potențial ajunge să învingă rezistența sfincterului uretral are loc expulsia spermei în mod sacadat și ritmic prin intervenția mușchilor perineo rectali.



OPOTERAPIE HEMATICA

SIROPUL DESCHIENS

cu Hemoglobina

INLOCUESTE CARNE CRUDA SI FIERUL

Doza: 1 lingură de supă înainte fiecărui mese.

Reprezentant-Depozitar: DILLAN, 4, Str. Eugeniu Carada, BUCAREST.

Concluzii:

1. Excitațiile mecanice asupra testiculului, canalelor deferente și veziculelor seminale nu dau nici o reacție.

2. Excitațiile electrice cu curent faradic asupra testiculului, epididim, canaluri deferente, vezicule seminale și prostată nu produc ejacularea ci mai degrabă o împiedecă. Se produce totuși o reacționare din partea trenului posterior cu maximum de excitabilitate în regiunea vezico-prostată.

3. Injecțiile subcutane cu extras testicular la cobai adulți decapitați produc ejacularea mult mai rapid și în cantitate mai mică administrate de cât la cobai adulți nedecapitați, ceea ce ar pleda pentru existența unui centru superior inhibitor (centru admis de unii autori).

4. Extrasul testicular injectat subcutan în doze de 1—2 fiole la șobolani sub narcoză produce ejacularea, acționând probabil direct asupra centrului lombo-sacral.

5. Extrasul testicular diluat, administrat sub tunica vaginală a testiculului produce ejacularea acționând probabil și asupra terminațiilor nervoase simpatice din perețele acestor organe.

6. Extrasul testicular nediluat injectat sub tunica vaginală a testicolului nu produce ejaculare, putând chiar s-o inhibeze.

7. Injecție cu soluție de ser fiziologic injectat în ambii lobi ai prostatei, în veziculele seminale produce emisiuni de lichid respectiv al acestor organe din uretră.

8. Serul fiziologic izotonic administrat în cantități mici sub tunica vaginală a testiculelor, în epididim și canalele deferente produce ejacularea acționând probabil prin excitarea terminațiilor nervoase simpatice din perețele acestor organe.

9. Injecțiile subcutane cu ser fiziologic hipo, izo și hipertonic subcutan nu produc ejacularea.

10. Lichiorul foliculi injectat sub tunica vaginală produce ejacularea,

11. Urina de renee gravidă pare să accelereze ejacularea după administrare de ser fiziologic sub tunica vaginală a testicolului.

12. Apa destilată, ser glucozat hipo, izo și hipertonic, guma arabică, urina și serul sanguin de femeie gravidă nu produce ejaculare.

13. Injecții cu parafină lichidă sub tunica vaginală a testicolului nu produce ejacularea doar de cât o ușoară erecție a penisului: ar avea deci o acțiune excitantă mecanică asupra erecției, fenomen care ar pleda pentru părerea producerii erecției în mod mecanic de lichidele organelor sexuale.

Sanatorul Dr. Koleszár Cluj

IONTOFOREZA CU CLORHIDRAT DE HISTAMINĂ ÎN TRATAMENTUL REUMATISMULUI MUSCULAR¹

de

Dr. KOLESZÁR LADISLAU

și

Dr. OSVÁTH LUDOVIC

Înainte de a trece la tratamentul acestei îmbolnăviri musculare credem că este de folos a reaminti câteva date referitor la etiologia și patologia acestei boli.

Ce este o mialgie? Nu este altceva decât o durere localizată într'un mușchi oareșicare. Este o leziune funcțională a mușchiului fără indicațiuni asupra cauzei sau asupra schimbărilor anatomice petrecute în el. Este deci un sindrom căruia îi aparțin toate durerile musculare indiferent de cauza care le-a produs.

¹ Comunicat la Societatea Științelor Medicale la data de 24. III. 1934.

Mialgiile se pot împărți în primare și secundare. Primarele sunt acelea cari poartă numele de mialgii reumatice. Mialgiile secundare sunt cauzate de factori diferiți cari se găsesc înafara mușchiului, fimp ce cauza mialgiilor primare trebuie căutată în mușchiul îmbolnăvit. Mialgiile secundare pentru motivul că sunt cauzate de îmbolnăviri extramusculare, sunt numite mialgii simptomatice (*Deutsch*).

Ce este reumatismul? *Kopits* sub aceasta denumire înțelege mialgia, artralgia, neuralgia primitivă sau combinația acestora polialgia, la cari se poate exclude leziunea anatomică și infecțiunea.

Ce este etiologia mialgiei reumatice? Unii cred că ar fi vorbă de o vasoconstricție (*Schulhof, Peritz, Benzur* etc.) *Straus* crede că indivizii cu constituție vasolabilă sunt predispuși. *Bergmann* susține că ar fi vorbă de o predispoziție fisulară locală. Vasoconstricția ar avea ca consecință o acumulare a produșilor de desasimilație prin încetarea circulației. *Schade* crede că ar fi vorbă de un proces coloidal ireversibil, *Bárány* susține că s'ar produce substanțe coloidale cu molecule mari cari nu s'ar putea elimina prin circulația încetinită.

După aceasta mică recapitulare trecem la adevărul nostru subiect, la tratamentul mialgiilor reumatice.

Metodele de tratament se pot împărți în 3 grupe mari:

1. Masajul.
2. Terapia prin agenți fizici (căldura etc.)
3. Tratamentul cu derivate.

Toate trei au ca scop de a produce hiperemie și prin aceasta a dezintoxica mușchiul. Masajul produce un efect incontestabil binefăcător dacă este făcută de mână expertă. Este important de a nu se limita numai la teritoriul dureros, ci a se extinde și în jurul acestei teritorii. Acțiunea e hiperemie, aducând în același timp o activare a circulației limfatice pe acel teren.

Trendelenburg, Ebbecke, Lewis și alții au examinat pe amănunt toate aceste procedee terapeutice și au ajuns la următoarea concluzie: efectul terapeutic este produs de substanțe cari se produc în piele și cari din punct de vedere fiziologic arată proprietatea histaminei. Histidina prin decarboxilare se transformă în interiorul pielei în histamină. Deci nu procedeul nostru fizic sau medical are acțiune hiperemizantă, ci histamina care se produce în urma acestei intervențiuni terapeutice. *Lewis* a găsit o serie întreagă de substanțe cari au proprietăți asemănătoare cu cea a histaminei pe care le-a numit „H-substanțe” și dintre cari puterea cea mai mare hiperemizantă o are chiar histamina.

Deutsch a pornit din următoarea indicațiune. Dacă sub acțiunea diferitelor procedee se produce histamină în interiorul pielei, ce ar fi dacă substanța sintetică s'ar introduce pe o cale oarecare în teritoriul dureros? El a introdus întâiu în injecțiuni intracutane, mai târziu în injecțiuni

intramusculare histamina, făcând o soluțiune de 1 la 1000. El a obținut prin această metodă directă ameliorări evidente însă pe lângă efectul bun a observat și unele inconveniente datorite difuziunii rapide a substanței injectate. A observat tachicardii și chiar și pierderi de cunoștință. Pentru a înlătura resorbția rapidă a histaminei și pentru a ajunge la o metodă cât mai ușor tolerabilă, s'a servit de proprietatea aceia a histaminei de a se comporta ca ion față de curentul electric în soluțiune apoasă. Aceasta constituie adevărul ou alui *Columb* scrie *Laqueur*, admirând concepția și logica lui *Deutsch*.

Histamina se separă la separațiunea argininei și lizinei. Este un aminoacid cu reacțiuni bazice puternice. Se separă din histidină prin decarboxilare. Proprietățile bazice sunt legate de nucleul imidazol. Este o substanță cristalizată, cu gust dulce, alcalin, se combină foarte ușor cu clorhidrații formând săruri solubile.

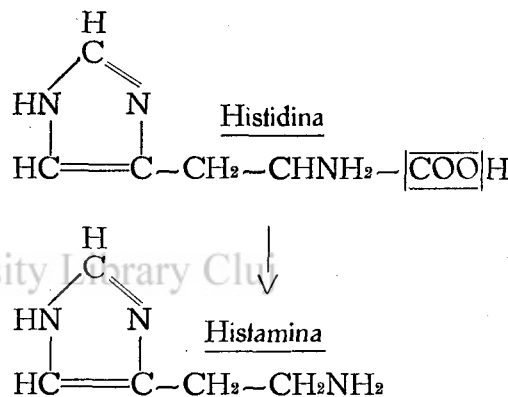


Fig. I.

Acțiunea ei fiziologică. Este principiul activ al ergofinei, produce contracțiunea musculaturii uterine și a mușchilor nejezi. Probabil că face parte din hormonul hipofizei. Nu poate lipsi din alimentația omului adult. 1 mgr. injectat subcutan produce contracțiunea uterului, se contractă la fel mușchii bronhiilor celor mai mici. Se produce secreție abundentă în stomac, pancreas, salivă, lacrimi. Histamina produce excitațiunea nervilor splanchnici.

Pentru iontoforeză ne servim de clorhidratul de histamină în soluție de 1—10,000 : 1—1.000,000 după mărirea suprafeței ce dorim să supunem acțiunii. În caz de băi histaminice ne servim de diluții mai mari: iar pentru a trata un teritoriu mai redus ne folosim de o concentrațiune mai mare. Histamina se comportă ca un ion cu încărcare pozitivă și se deplasează dinspre polul pozitiv spre polul negativ. Ajuns în piele, desvoltă acțiune dublă. În primul rând pe teritoriul unde a ajuns histamina, fie că a fost introdusă pe cale electrică sau prin injecție, se produce o vasodilatație. În al doilea rând prin acțiunea ei excitantă se pornește din țesuturi o transvazare de lichid interstițial și ca urmare pielea se va îngroșa, se vor forma plăci de

Anemie — hemoragii

HEMOSTYL

de Dr. ROUSSEL
(ser hemopoetic de cal)

Flacoane=ampule: 1—2 amp. pe zi per os.
Sirop: 2—3 linguri pe zi.

Algii, Neuralgii, Odontalgii, Gripă, Menstrualgii, Migrenă

NÉALGYL

Chloralopirina, fenacetină, cafeină, hexametilentetramină.

Comprimate: 2—8 pe zi.

Anemie profundă — creștere dificilă

HEPAMOXYL

de Dr. ROUSSEL
(ser hemopoetic — ficat fetal — suc embryonar)

Flacoane=ampule: 1—2 amp. pe zi per os.
Sirop: 2—3 linguri pe zi.

Angine — arsuri — ulcerațiuni

NEOL

(ozon în stare născândă)

Gargară: 2 linguri de supă într'un păhar de apă.
Pansamente: 1 parte Neol, 4 părți apă.

Dermatose fără supurație

INOTYOL

(Pomadă, poudră, ovule, supositor)

Anemie — convalescență

PANCRINOL

(ficat, splină, rinichiu, suprarenale)

Flacon=ampule: 2—3 amp. pe zi.
Sirop: 2—3 linguri pe zi.

Dermatose supurative — furunculosa — acnee

INOSEPTA

(Pomadă cu antivirus)

Prevenirea infecțiilor — jugularea septicemiilor

PYOFORMINE

(puroi aseptici + uroformină)
nu dă șoc — nici dureri

1—2 ampule în 24 ore în injecțiuni intramusculare

Constipație cu toate formele ei. — Regulator al bilige-
niei. — Stimulent al secrețiunii hepatice.

LACTOBYL

Extract biliar depigmentat, extract total al glandelor in-
testinale, cărbune poros iperactiv, ferment lactic selec-
ționat, extract citoplasmic al laminariei flexicaulis.

Comprimate: 2—6 pe zi.

Furunculosa — anthrax — flegmon

THIOPHYL

(Tratament intern)

3—9 pilule pe zi în intervalul meselor.

Arthritism, Gută, Gravelă, Rheumatism, Deficiență
hepatică și renală

LYSARTHROL

Uroformina — benzoat de lithină — extract renal

Granule: 3—4 lingurițe de cafea cu vârf pe zi înain-
tea meselor, dizolvate într'un $\frac{1}{2}$ păhar apă rece.

Boalele venelor, hemorhoizi, varice, flebite

VEINOTROPE M. și F.

Parathiroidă, suprarenală, hipofisă, pancreas, glandele
genitale și extract de hamai, nucă vomică și marron de Indii.

Comprimate: 3—5 pe zi.

REPREZENTANT GENERAL PENTRU ROMÂNIA:

RENÉ DUNOD

BUCUREȘTI, STRADA TOAMNEI 103.

urticarie cari confluează în așa numite quadle. Mărimea acestor quadle corespunde cu mărimea anodului. Bolnavul în acest timp simte o mâncărime care ține câteva minute. După aceasta se desvoltă a doua fază a acțiunii specifice și anume în jurul plăcii urticate numită quadlu se înroșește pielea. Aici n'a ajuns histamina ci numai pe cale nervoasă se formează hiperemia. Acesta este așa numitul axonreflex histaminic. În acelaș timp histamina pătrunde în profunzime hiperemizând țesutul subcutanat și mușchii. Este interesantă în aceasta privință observația lui Zsedényi din Clinica Bakay. El a făcut iontoforeză cu histamină în timpul operației de hernie. După ce a făcut ligaturile asupra punctelor sângerânde, a aplicat la amândouă lături plăci imbibate în histamină pe piele. Pe lângă un număr redus de miliamperaj (8—10 miliamperi) și într'un timp relativ scurt după 5—8 minute a observat următoarele. În urma iontoforezei cu histamină s'au produs din nou hemoragii, chiar și atât de remarcabile încât a fost nevoie de aplicarea de noi ligaturi. Într'un caz cu totul idenfic, plaga a fost adrenalinizată și a aplicat 15 ligaturi noi. Aceste hemoragii în urma aplicării histaminei încep în piele, trec în țesutul subcutanat și în urmă în straturile profunde. Diferitele straturi încep să sângereze aproape în acelaș timp.

Prin aceasta a fost dovedită în mod evident atât hiperemia profundă care se extinde la vasele cele mai mici favorizând arteriolele, cât și puterea mare de penetrare a histaminei. În timp de 2—2 și jumătate minute ajunge histamina până la stratul muscular. Din aceasta experiență ne putem convinge că histamina produce dilatația vaselor celor mai mici, cari sub acțiunea adrenalinei s'au contractat producând un efect antagonist.

Bettmann a făcut experiența pe animale cu iontoforeză. A iontoferizat la un animal iodură de potasiu, unui animal al doilea iodură de potasiu în soluție cu histamină. Omorând animalele și făcând secțiuni din partea iontoforizată a observat că la animalul al doilea au penetrat mult mai adânc sărurile de iod găsindu-se chiar și în cantitate mai mare.

Technica iontoforezei este cât se poate de simplă. Ne trebuie o sursă electrică de unde putem primi curent galvanic. Deutsch s'a servit de un aparat cu pile uscate. Cu acest aparat portativ pe lângă un voltaj de 60—80 de volți se poate obține 20—25 miliamperi. Noi ne servim de un aparat foarte simplu care transformă curentul electric de luminat — 220 volți — în curent continuu cu un voltaj și miliamperaj regulabil.

Polul pozitiv — anodul — este prevăzut cu o agrafă în care se prinde placa de metal care se înconjoară cu un tifon imbibat în soluția de histamină. Aici trebuie să amintim că sunt foarte bune foilile lui Katexon puse în comerț de fabrica Schering și cari nu sunt altceva decât o hârtie de filtru impregnată cu histamină. Pe o lature este pre-

parată cu pudră fină de aluminiu făcând prin aceasta placa conducătoare. Hârtia se umețează și se aplică pe locul dureros, cu fața metalică în sus. Metodă foarte bună și ușor realizabilă este cea de care ne servim noi cu flanela imbibată în soluția de histamină. În ecest caz avem nevoie de o placă conducătoare care să fie din aluminiu. Subliniem aceasta, pentru că aluminiul este singura substanță care nu emite ioni cari ar putea irita pielea.

Polul negativ este prevăzut cu un mâner care înfășurat într'o flanelă, umețată cu apă se dă în mâna bolnavului.

Aplicăm histamina pe teritoriul dureros: e foarte important să nu vină în contact pielea cu conductorul descoperit sau cu agrafa descoperită căci produce arsuri cari se vindecă foarte greu. La fel este important să nu vină pe catod — polul negativ — histamină căci prin eliberarea ionilor de clor cari iau un drum invers cu cel al ionilor de histamină, s'ar putea produce arsuri chimice.

Curentul să fie de 8—14 miliamperi cu voltajul corespunzător. Timpul de expunere variază după individ și după teritoriul pe care o aplicăm. Pentru a produce un efect bun în mușchii superficiali ajunge 8—10 minute pentru a atinge ce, profunzi 10—15'. Noi am făcut ședințe prelungite de 30', cu rezultat foarte bun în mialgiile cronice renitente la ședințe mai scurte.

Subiectiv, bolnavii simt imediat după aplicarea metodei o ameliorare însemnată. În unele cazuri după 2—3-a ședință se produce o exacerbare trecătoare a durerilor. În general spasmul dureros al mușchilor dispare după prima ședință datorită acțiunii hiperemizante. Bolnavii simt o căldură foarte bună, mișcările devin mai libere, aproape cu toții ne spun că parcă ar fi unse articulațiile. Această senzație durează 6—23 ore când repetăm din nou ședința. De cele mai multe ori după a 2-a 3-a ședință durerea dispare complet. Noi recomandăm bolnavilor să facă mișcări în intervalul nedureros.

Ce principii ne conduc în aplicarea iontoforezei?

1. Aplicăm în primul rând asupra punctului cu durere spontană.
2. Să acoperim cu anodul imbibat în histamină teritoriul cât se poate de mari.
3. Urmează punctele dureroase la presiune, și cele dureroase la mișcări active și pasive.

Comparând efectele hiperemizante cu cele produse de diatermie, avem de remarcat în favoarea iontoforezei următoarele. Diatermia acționează cu o hiperemie care durează atât timp cât timp acționează curentul electric. Immediat după sistarea tratamentului cedează hiperemia. La iontoforeză căldura produsă prin hiperemie este la maximul cam 2¹/₂—3 ore după terminarea ședinței pentru a ceda variind dela individ la individ după 6—24 ore,

Afară de mialgiile reumatice se poate aplica cu un efect foarte bun în atralgiiile reumatice. O bună parte din acestea se vindecă și cealaltă parte care nu se poate decelara ca vindecată — bine înțeles leziunile anatomiche intraarticulare nu se pot corecta — își găsesc cel mai bun sedativ în iontoforeză.

Neuralgiile acute se pot influența favorabil, iar cele învechite cel puțin după observațiile noastre nu se pot de loc. Afară de aceste indicații se poate folosi cu rezultat foarte bun în mialgiile secundare.

Mialgiile și atralgiiile traumatiche constituie indicație absolută pentru iontoforeză. Acestea după o singură ședință devin nedureroase.

După aceasta rezumăm observațiile noastre câștigate la tratamentul celor 120 de bolnavi tratați cu histamină pentru diferite algii, cu circa 1300 de ședințe.

Torticolis sau mai bine zis mialgii ale gâtului am observat 11 cazuri, toate vindecate perfect într'un timp scurt, de 2—3 ședințe. Dintre aceste 11 cazuri, 3 au fost traumatiche.

Mialgii perihumerale (omalgii) am avut 3 cazuri. Toate cazurile au fost vechi, câștigate între 15 și 2 ani. Aici am avut nevoie de ședințe prelungite 30' și un număr de 10—25 de tratamente. S'au vindecat perfect.

Lumbago, 9 cazuri. Este foarte interesantă observația că histamina influențează foarte ușor aceasta formă. Multe se vindecă într'o singură ședință. Dl. Dr. *Herskovits* atribue faptul așezării mai superficiale a acestor mușchi.

Mialgiile intercostale traumatiche și reumatice se vindecă ușor. Noi am avut 4 cazuri, toate vindecate.

Am încercat la durerile postoperatorie după operația *Caldwell-Luc* pentru sinusurile maxilare. A avut un efect foarte bun calmant.

Am avut 15 cazuri cu atralgii. 12 vindecați, 3 ameliorați.

Am obținut rezultat bun la durerile boltei piciorului cauzate de piciorul plat.

Am încercat unui bolnav cu astm să-i aplicăm histamină pentru a produce contracțiunea mușculaturii bronchiilor mici. Am aplicat în jurul întregului torace placa cu histamină fără să obținem vre'o schimbare.

	Vindecat	Ameliorat	Statu quo.	TOTAL
Mialgii	60	3	2	65
Contuziuni musculare . .	4	—	—	4
Ischias și pseudoischias .	1	3	1	5
Atralgii	12	3	—	15
Artr. deformantă	1	1	1	3
Poliartrita mâinei	3	—	—	3
Dureri occipito-frontale și parietale de orig. reum. fără leziuni sinusale .	—	5	2	7
Neuralgii	—	—	2	2
Picior plat	—	3	—	3
Astm	—	—	1	1
Turb. labirintice	—	7	2	9
Total	81	25	11	117

Trebuie să amintim un accident care nu l'am citit în literatură. Unei bolnave cu dureri musculare interscapulare



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

CALCOLEOL

RACHITIZME
DEMINERALIZAȚIE
SCROFULOZE

DRAGELE ȘI GRANULE
GLUTINIZATE
INALTERABILE ȘI FĂRĂ MIROS
GUST AGREABIL

TURBURĂRI
ALE CREȘTEREI
AVITAMINOZE

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21 rue Chaptal, Paris 9^e

i-am aplicat histamină. În ziua următoare s'a prezentat cu edeme ale pleoapelor și ale feței. La examenul cordului și rinichilor nu i-am găsit nimic. Negăsind cauza acestei complicații, trebuie să admitem că este vorba de o hipersensibilitate față de histamină. După 24 ore edemele i-au dispărut. Histamină nu i-am mai încercat.

Trebuie să mai atragem atenția asupra palpitațiilor ce se pot prezenta în cursul, s'au după ședință. E bine dacă în aceste cazuri micșorăm timpul de expunere.

Rezumând cele spuse până acum putem stabili următoarele: Iontoforeza cu clorhidrat de histamină este indicată în primul rând la mialgii, cărora le este specific. În al doilea rând vin artralgiile și pe urmă neuralgiile. Aceste sunt indicațiile tipice. Indicațiunile atipice: furunculii, carbunculi, ulcere varicoase ale gambei. În aceste afecțiuni n'am avut ocazia de a încerca efectul.

Contraindicațiile: dacă polii nu sunt bine acoperiți se pot produce arsuri cari se vindecă foarte cu greu. Tachicardia nu constituie un accident grav. Dacă facem iontoforeză asupra capului să fim atenți de a deschide și închide în mod lent curentul. Se pot produce amețeli prin iritațiunea labirintului.

Ca încheiere Vă prezentăm un bolnav care suferă de reumatism perihumeral din timpul războiului. De 16 ani ambele umere sunt dureroase la orice mișcare. Dimineața când se scoală durerile sunt și mai accentuate. Mișcările mâinilor din cauza durerilor au fost limitate. Nu-și putea de exemplu ridica mâna deasupra capului. A încercat fără nici un rezultat balneo- și fizio-terapia. Diatermia în loc să-i aducă ameliorare i-a mărit durerile. Din luna Ianuarie a. c. urmează tratament la noi. După a 6-a ședință simte deja o ameliorare care i-se menține. Acum după 20 de ședințe este complet vindecat, lucrează și se antrenează fără să simtă vre'o neplăcere.

Onorata Societate! Suntem convinși că acest procedeu constituie o armă utilizabilă în lupta contra reumatismului dacă indicațiile sunt perfecte. *Laqueur*, care este un admirator al metodei și se folosește de ea pe o scară înfinsă spune următoarele: Iontoforeza cu clorhidrat de histamină este metoda efectivă contra reumatismului muscular, iar cazurile cari nu sunt influențate favorabil de aceasta metodă nu se pot atribui tratamentului greșit ci indicației greșite, căci comportarea bolii față de aceasta metodă ne servește ca indiciu precis de diagnostic.

Spitalul Județean din Turda
Director: Dr. V. CENARIU

SECȚIONAREA URETERULUI DREPT, EXTIRPAREA PARȚIALĂ A VEZICEI URINARE ÎN TIMPUL INTERVENȚIUNII GINECOLOGICE

Vindecare

de

dr. G. SEBESTYÉN
medic secundar

În ziua de 29 Decembrie 1933, se prezintă în serviciul nostru o bolnavă (M. M. 1009—1933/34) cu un abdomen foarte mare și greutate în respirație, în mers și slăbiciuni generale. Este de 42 ani, căsătorită, cu o naștere normală. Neagă avorturi și boli venerice. Menstruată la 17 ani, de atunci are la 4 săptămâni, timp de 3—4 zile fără nici o neplăcere. Ultima înainte cu 3 săptămâni.

Boala actuală datează de 3 ani și s'a început insidios prin creșterea abdomenului și slăbiciuni generale. Alte fenomene nu prezenta în tot timpul evoluției boalei până în ultimele zile, când începu să aibă fulburări respiratorii.

La examen obiectiv se constată, că limita organelor toracice, este deplasată în sus. Urina nu conține elemente patologice, cantitatea ei zilnică este 1200—1300 cc. Abdomenul are o circumferință de 118 cm. În interiorul lui se palpează o rezistență dură, puțin elastică, complect mată, multifloculară, cu suprafețe netede. Aceasta rezistență umple complect cavitatea abdominală și este fixă, limita superioară la apendicele xifoid, la dreapta se confundă cu matitatea ficatului, la stânga umple pe jumătate zona lui Traube. La examen genital se palpează colul uterin, fixat, de consistență și mărime normală. În Douglas se palpează o rezistență dură fixă, organele genitale interne nu se pot izola de rezistența intra-abdominală. Capacitatea vezicii urinare este de 200 cc., Reacția Wassermann din sânge este negativă. Tabloul sanguin nu arată nimic deosebit. Afebrilă; puls puțin frecvent. Membrile inferioare nu sunt edemate. Tensiunea arterială este 7—12. Pe baza fenomenelor se face diagnostic de chistom ovarian și se propune intervenție imediată.

Intervenția se face în rachianestezie. Incizie mediană dela apendicele xifoid până la simfiză. Peretele abdominal subțiat, musculatura atrofiată. După deschiderea cavității abdominale se evidențiază chistomul multiflocular de consistență dură. Masa intestinală, stomacul și organele din bazin mic sunt acoperite de el. Prezintă aderențe mari cu peretele abdominal anterior, cu anzele intestinului subțire, stomac și colon. Cecul cu apendicele atrofiat, se află între doi lobi ai chistomului. Polul inferior umple complect bazinul mic, iar organele genitale interne și vezica nu se pot evidenția. Desfăcând aderențele după două ore de

Magnesium-Perhydrol

Pentru tratamentul intern al acidităților la hyperaciditate, dispepsii de fermentație, obstipație cronică, acetonuric.

Acțiune generală favorabilă

la autointoxicațiuni, precum și la angina pectorală dispeptică.

PREZENTATIE ȘI AMBALAJ:

In pulbere de 25%

Ambalaj original cu 25, 50 și 100 gr.

Tablete de 0,5 gr.

Ambalaj original cu 20 și 50 tablete.

E. MERCK-DARMSTADT

E. MERCK

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pernaemon

Extract de ficat pentru injecțiuni

FORTE

Efect absolut sigur la anemia pernicioasă (ipercromică). Liber de albumine, prin urmare nici un accident. 1 ccm înlocuiește aproximativ 500 gr ficat proaspăt administrat per os.

FORTE: Este de 5 ori mai concentrat.
Lunar 1-2 zile de injecții.

Anemia pernicioasă

Ventraemon

Preparat stomacal,

conține în afară de pepsină „factorul intrinsec” (Castle) absolut necesar pentru hemopoieză. Tablete și pulbere.

Mostre și literatură prin reprezentanța generală:
DROGUERIA „ROYAL” S. A. CLUJ

N.V.ORGANON, OSS (Holland)

operație, blocul este îndepărtat din cavitatea abdominală.

La intervenție organele genitale interne, fundul vezicii urinare, împreună cu orificiul ureteral drept se îndepărtează, fiindcă ele formează un bloc cu chistomul. Ureterul drept secționat la nivelul încrucișării cu artera uterină. Cavitatea vaginului larg deschisă.

Indepărtarea acestor organe împreună cu chistomul, ne-am convins ulterior, a fost mai ușoară, decât eliberarea lor de tumoare. În primul rând, aceste organe în parte erau degenerare așa, încât fără prezența chistomului nu puteau funcționa în condițiuni bune. În al doilea rând, pentru eliberarea lor ar fi trebuit să prelungim operația cel puțin cu o oră și eventual desprinderea lor din interiorul chistomului nu ar fi fost cu succesul dorit. Deci când am procedat la implantația ureterului drept în vezică și autocystoplastie, am finit în evidență condițiunile cele mai bune de funcționare ale organelor de mai sus și starea de sănătate a bolnavei. Inplantația ureterului am făcut-o în partea posterioară și superioară a peretelui vezicii, prin fistula artificială făcută cu bisturiul, am tras bontul ureteral în cavitatea vezicii. Spintecând bontul în două, l'am fixat prin 4 suturi de mucoasa vezicală. Vezica am refăcut-o prin autocystoplastie simplă, suturând plaga vezicală în direcție antero posterioară în trei etaje. În sfârșit operația am terminat-o prin închiderea cavității vaginale, fixarea ureterului înplatat de seroasa vezicii și extraperitonizarea întregului câmp operator. După aplicarea unui drenaj Mikulic am suturat peretele abdominal și în vezică am pus un cateter Petzer.

În ziua a 7-a după intervenție măsurând capacitatea vezicii urinare am aflat-o de 60 cc. În a 10-a 80 cc. la 2 săptămâni 110 cc., iar în a 19-a zi când părăsește spitalul vindecată, de 150 cc.

Bolnava nu a avut urină cu sânge decât în primele 24 ore. Trătat postoperator consta din tonici cardiaci și generali, desinfectante urinare și pansament zilnic.

Chistomul este de 15 kg. cu conținut consistent; desfăcându-l am aflat în el toate organele lipsite din bazin mic, făcând corp cu el, plecat din ovarul drept.

În caz de secționarea ureterului în micul bazin, tratamentul suveran este reînplantația lui în vezică. Metoda a fost introdusă în chirurgie de Navaro și Bazy în 1893. Adecă fixarea bontului renal al ureterului secționat în perețele vezical în așa fel, ca funcționarea orificiului nou creat să fie cât se poate apropiată de normal, iar bontul vezical să fie scos complect din funcțiune. Este foarte important ca ureterul implantat să nu fie prea tracționat și să fie bine extraperitonizat. Intervenția originală a fost modificată de mai mulți autori însă deosebirea între aceste metode constă numai în modul de fixare al bontului ureteral în interiorul vezicii. Noi am făcut-o după metoda originală.

În urma tracțiunii ureterului înplatat asupra vezicii

ușor se produce dislocarea vezicii, deaceea profesorul Witczel recomandă fixarea vezicii urinare de peritoneu sau de mușchiul psoas. Aceasta fixare noi nu am făcut-o.

După intervenție, vezica trebuie scoasă din funcțiune cel puțin pe timp de 8 zile. Sutura necesară să fie făcută cu fire cari se pot absorbi ușor în organism, fiindcă în așa fel putem evita complicațiunile ulterioare. Noi am făcut-o cu mătasă, fiind plaga mare am avut nevoie de sutură foarte tare.

În cazul nostru aceste puncte importante au fost respectate numai în parte. După 6 săptămâni la control bolnava a fost foarte bine fără nici o neplăcere.

Lucrare din Clinica Urologică din Cluj
Director: Prof. Dr. EMIL ŢEPOSU

AMPHOTROPINA, ÎN TRATAMENTUL PIELONEFRITELOR ACUTE ȘI CRONICE

de

Dr. I. DANICICO
șef de lucrări

Amphotropina este o soluție de urotropină în concentrație de 40%, combinată cu acid camforic; în comerț se află ambalată în fiole de câte 20 cmc; doza zilnică variază între 20—60 cmc., ceea ce corespunde la 8—24 gr, urotropină pe 24 ore.

Preparată pe baza indicațiunilor lui Oppenheimer (1929), amphotropina ne dă posibilitatea unei terapeutici cu doze masive de urotropină, fără ca să aibă, în schimb, efectul nociv al urotropinei simple, administrată per os, sau în injecții. Acest rezultat se datorește prezenței acidului camforic din compoziția amphotropinei, acid care prin acidifierea mediului favorizează dedublarea urotropinei în formaldehidă și amoniac și prin aceasta face să se evite acțiunea iritantă a urotropinei pure, nededublate, asupra mucoasei arborelui urinar. Dedublarea urotropinei, de altă parte, face ca acțiunea desinfectantă a medicamentului — în funcție de cantitatea formaldehidă rezultată din dedublare — să fie cu atât mai mare.

De cât orice considerațiuni teoretice, faptele clinice sunt acelea cari ne pot da măsura adevărată a nocivității unei substanțe: bolnavii cu pielonefrită, cu cistită, cari numai cu mare greutate suportă doza de 1,5 gr. urotropină per os, sau aceeași doză în injecții intravenoase, prezentând uneori și la această doză semne de iritație a mucoasei arborelui urinar, suportă fără nici un inconvenient 8—24 gr. urotropină administrată sub formă de amphotropină; din contră, sub acțiunea amphotropinei se amendează și fenomenele renovezicale (polachiurie, dizurie etc.),

datorite procesului inflamator. Iar cât privește acțiunea terapeutică, în puseurile de pielonefrită acută — spontană, sau episod al unei infecții generale, ca și pielonefrita provocată printr'un examen urologic — întreg cortajul simptomatic poate fi jugulat în curs de 24—72 ore. Așa, R. Oppenheimer, pe 31 de cazuri de pielonefrite acute tratate cu amphotropină, în 23 cazuri obține coborîrea critică a temperaturii în nu mai puțin de 1—3 zile; deasemenea mai comunică rezultate foarte bune în 4 cazuri de pielonefrite la gravide și 7 cazuri de pielonefrită survenind la urinari cu stază pielică sau vezicală. În pielonefrita cronică, Lurmann, din serviciul Prof. Volhard, pe 40 cazuri, în 32 cazuri a reușit să realizeze vindecarea, atât în sens clinic, cât și în sens bacteriologic. Toate acestea constituie tot atâtea succese, pe cari până acum, în materie de pielonefrită, nu le-a realizat nici o altă substanță și poate nici chiar procedeele biologice (vaccino-sero- și antivirus-terapia).

Nu mai puțin adevărat însă, că, și terapia cu amphotropină își are eșecurile ei: cazurile de pielonefrită acută, și mai ales pionefroză, cu substrat organic (obstacol în evacuarea căilor urinare), vor fi numai pasager influențate de această terapeutică; pielonefritele cronice, susținute de aceeași cauză, încă vor continua să rămână purtătoare de microbi; cele 8 cazuri ale lui Lurmann, în cari terapeutică cu amphotropină n'a dat ca rezultat sterilizarea urinei, intră în această categorie. Numai obstacolul (vas anormal, calcul, ptoză renală, hipertrofia prostatei, stricturi uretrale, etc.) ridicat, ar putea să aducă vindecarea definitivă. Dar nici în aceste din urmă cazuri amphotropina nu este inutilă: jugulând puseurile de pielonefrită, ne dă regază pentru o bună preparare a bolnavului, intervenția poate fi făcută în condițiuni mult mai propice; iar după intervenție, făcută pentru una din cauzele mai sus enumerate, amphotropina ne dă posibilitatea unei desinfecții complimentare, fără care poate mersul post operator n'ar fi destul de neted.

Iată, deci, cum amphotropina poate, la un moment dat, să realizeze o terapeutică suverană prin ea însuși, sau ajutând și complectând măsurile noastre de ordin chirurgical.

Dar revenind la faptele clinice, să vedem ce am putut noi să observăm.

* * *

În serviciul Dlui Prof. Teșosu, amphotropina se întrebuințează de mai bine de un an. Grație amabilității Cassei Bayer-Meister-Lucius, ne-a fost pusă la dispoziție substanță pentru aproape 20 bolnavi; pe lângă aceștia alții și-au procurat singuri substanța. Vom relata aici numai câteva din cazurile observate, vre-o 30 în total.

Într'o comunicare făcută la Societatea Științelor Medicale, Dl Prof. Teșosu, subsemnatul și Drul Bruda (ședința din luna Iunie 1934), am atras atențiunea asupra eficacității amphotropinei în pielonefritele acute cu b. coli. Dintre acestea amintim aici 3 cazuri: 1 caz de obstrucție prin calcul renal în migrație și 2 cazuri de pielonefrită acută colibacilară la gravide.

Obs. I. — Dr. Al. V., 59 ani. De 3 zile criză renală stig., însoțită de frisoane și febră. Controlul radiologic arată un calcul în migrație. Urinile turburi cu b. coli. Se instiue un tratament cu amphotropină, 20 cmc. pe zi, și ceaiuri diuretice. După 3 injecții consecutive, temperatura revine la normal, calculul se elimină spontan.

Obs. II. — S. I. 21 ani, gravidă în luna a 6-a. De 3 luni dureri vagi în lombe; de o zi frison, urini turburi și micțiuni frecvente. Cromocistoscopie (22. III. 1934) urini turburi. Mucoasa vezicii congestionată pe întreaga suprafață. Funcțiunea cromosecretorie deficitară de ambele părți; deficit mai pronunțat în dr. În urină puroi și albumină pozitiv (+ +); b. coli. Tratamentul cu neosalvarzan și piridium, instiuit pe timp de 6 zile, nu dă nici un rezultat. După 3 injecții de amphotropină, 20 cmc. pe zi, în schimb febra imediat revine la normal, iar fenomenele reno-vezicale încă se liniștesc. Sarcina a putut fi dusă până la termen.

Sărurile de Bismuth, mai puțin toxice, sunt tot așa de eficace prin
SIFILIS ca și Arsenobenzolele

Intramuscular
FIOLE DE

IODO-BISMUTHATE de QUININE
FRAISSE

FURNISOR
AL ASISTENȚEI PUBLICE

Formata:
Iodobismuthate de Chintă: 0 gr. 30.
Uat de lemn sterilizat: 3 ca.

N. B. — Tratamentul obișnuit 15 fiole, din care una la trei zile.

LABORATOIRES FRAISSE, 8 Rue Jasmin, PARIS (XVI^{ème}) *Mostre și literatură.*

Reprezentant-Depozitar pentru România: J. DILLAN, 4, Strada Pitar-Moșu. — BUCUREȘTI

Obs. III. — M. B. 18 ani. Gravida luna a 7-a. In ultimele 3 săptămâni dureri în lombe; de o săptămână micțiuni frecvente și dureroase; de o zi ascenziune de temperatură până la 40°. Cromocistoscopie (15. V. 1934): urina turbure; capacitatea 100 cmc. Mucoasa puternic congestionată. Funcțiunea cromosecretorie și dinamism pieloureteral, deficitare în dr., normale în stg. La cateterismul ureteral dr. se constată retenție pielică, în urina din bazinetul dr. b. coli. Cateterism à demeure. Cu toate acestea frisonul se mai repetă încă 2 zile consecutiv. Amphotropina în a 3-a zi de frison: Temperatura revine la normal și prin 5 injecții consecutive se menține la normal. Un puseu nou în ziua de 28. V., e jugulct din nou cu injecții de amphotropină, de astă dată fără cateterism. In luna Iulie naștere normală.

In primul caz amphotropina a putut să juguleze un puseu de pielonefrită survenind în timpul migrației unui calcul; în celelalte 2 cazuri amphotropina aproape singură a putut să combată puseurile de pielonefrită favorizate de prezența unei gravidității.

Efectul amphotropinei e poate mai evident în stările de puseuri de pielonefrită acută pe bază de leziuni urogenitale cronice (nisip renal, hidronefroza, prostatite cronice etc.), stări în cari, dată fiind vechimea leziunilor, adesea e compromisă și funcțiunea renală. In special în aceste din urmă cazuri (alterarea funcțiunei renale), doza de 8—24 gr. de urotropină ar părea excesivă, capabilă să agraveze deficitul funcțional. Or, tocmai aceste cazuri se pare că profită în măsura cea mai mare de efectul curativ al amphotropinei: jugulând infecția, amphotropina dă posibilitatea restabilirii echilibrului funcțional, acolo unde acesta a fost perturbat de exacerbarea procesului inflamator.

Obs. IV. — D-ra R. F. 63 ani. Turburări gastro-intestinale cari datează de mai mulți ani. De 1 an și jumătate și turburări urinare (polachiurie și urini turburi) cu puseuri intermitente de febră. Ultimul puseu febril, care datează de o săptămână, e de intensitate mai mare prezentând, pe lângă frisoane, și greață, vărsături și inapetență. Tratată întâi de un medic de provincie, nu observă nici o ameliorare; la sfârșitul săptămânei cheamă în consult pe Dl Prof. Teșosu. D-sale, pentru o mai bună observație, o internează în serviciu. La intrare (1. XII. 1933) temperatura 38.9°; starea generală destul de rea; în flancul stg. tumoră palpabilă și sensibilă; urina piurică cu b. coli; ureea în sânge 1.5‰. Instituiam tratament cu amphotropină 20 cmc. zilnic, injecții de glucoză și insulină¹. Timp de 2 săptămâni bolnava rămâne subfebrilă, frisoane însă nu mai prezintă și starea generală se ameliorează în mod evident. Controlul urinei la 2 săptămâni arată încă o ușoară piurie, cu prezență de b. coli; ureea în sânge, la aceasta dată, se găsește la cifra normală de 0.38‰. Un mic puseu de recrudescență la 6 săptămâni dela intrarea în serviciu, care e însă jugulat în mod eficace cu injecții de amphotropină. Tratamentul apoi continuat, combinat fiind și cu vacin, face ca bolnava să părăsească serviciul, la 2 luni dela intrare, complet afebrilă și într-o stare obiectivă și subiectivă foarte bună. O leziune organică, ploza rinichiului stg., n'a permis și o vindecare în sens bacteriologic; intervenția, care se impunea în aceste cazuri, n'a fost acceptată de bolnavă.

¹ Noi obicinuim să administrăm 50—100 cc de glucoză, soluție 20‰, intravenos, și 10—20 unități insulină subcutanat în mod concomitent; nici odată mai puțin de 1 gr. glucoză pură pe o unitate de insulină.

Obs. V. — C. S. 62 ani. Veche entero-renală; a făcut cure multiple la Călimănești. In ultimul timp turburări urinare mai pronunțate, ascenziuni de temperatură, inapetență și vărsături. La intrare (23. V. 1934), temperatura 38.7°, urinile puternic piurice și ușoară albuminurie, ureea în sânge 1.26‰. Se instiue tratament cu amphotropină, glucoză și insulină, ca și regim bogat în hidrați de carbon și fructe. De cu a 2-zi temperatura revine la normal și rămâne normală pe tot timpul șederei în spital, timp de o lună; fenomenele subiective încă se ameliorează; iar cât privește fenomenele obiective, azotemia scade la 0.60‰ uree; urinile în schimb rămân turburi. Vârsta și starea adipoasă a bolnavei nu ne-au permis explorarea radiologică a arborelui urinar; credem însă că e vorba de leziuni organice profunde.

Obs. VI. — G. A. 32 ani. Crize de nisip renal dela vârsta de 28 ani. De 1 an crize de pielonefrită cu frisoane și ascenziuni febrile; în urină b. coli și stafilococi. Observat în serviciu în repetate rânduri (20. VI.—23. VI. 1931; 8. XII. 1933.—12. I. 1934; 14. I.—12. II. 1934; 19. III.—28. IV. 1934), a putut fi urmărit cu multă atențiune. La radiografia simplă, rinichii se prezintă impregnați cu săruri; nici o leziune în plus la urografie intravenoasă. La cromocistoscopie tablou de cistită cu mucoasa impregnată cu săruri calcaro-fosfatice; funcțiunea ușor deficitară de ambele părți. In urină depozite abundente de fosfați, b. coli și stafilococi. Toate acestea arată o alterațiune profundă a rinichilor. Puseurile foarte violente și frecvente de pielonefrită, repetându-se aproape săptămânal, sunt jugulate numai cu amphotropină, așa în cât bolnavul, la părăsirea serviciului, s'a aprovizionat cu fiole de amphotropină pentru eventualitatea repetării crizelor.

Din punct de vedere urologic, e însă interesantă cea de a 3-a categorie observată de noi, cea a cazurilor cari fac fenomene de infecție urinară după explorări urologice (cateterismul vezical, cistoscopie, cateterism ureteral, dilatări la stricturați etc.), infecții de cele mai multe ori redeşteptate și nu provocate, fiind vorba de obicei de vechi urinari. Sunt cazurile din cari se recrotează revindicatorii. Or, în aceste cazuri, până mai eri, eram destul de dezarmați; cu amphotropina, desinfectant urinar puternic, astăzi am câștigat o armă eficace, fenomenele septice și în în aceste cazuri putând fi jugulate în nu mai mult de 24 ore, iar explorările sub protecția amphotropinei pot fi continuate fără nici-o stânjenire. In aceasta categorie intră următoarele 2 observații:

Obs. VII. — V. D. 38 ani. Vechi prostatic; uretrită cronică. O simplă sondare a vezicii îi provoacă un puseu de pielonefrită. In urină floră mixtă în care și b. coli. Trei injecții de amphotropină readuc la normal febra. Tratăm apoi uretrita și prostatita cronică cu spălături, dilatări și diatermie. Puseul de pielonefrită nu s'a mai repetat.

Obs. VIII. — R. I. 54 ani. Intră în serviciu în ziua de 11. IV. 1934 pentru hematurii puternice. Pe bază de radiografie simplă se stabilește diagnosticul de calcul coraliform dr. și calcul ureteral inferior stg. O simplă examinare cistoscopică, făcută cu cea mai mare precauțiune posibilă, îi provoacă frison și ascenziuni de temperatură. Trei injecții succesive de amphotropină jugulează fenomenele de pielonefrită. Bolnavul a putut fi operat pentru calcul în două ședințe succesive.

* * *

Aceste trei categorii de pielonefrită — pielonefrită acută spontană, puseuri acute în pielonefrita cronică și pu-

Re-mineralizeaza cu

SIROPUL FELLOWS

FER

SODIU

POTASIU

FOSFOR

MANGANEZ

CALCIU

pentru a triumfa asupra importantelor pierderi de materii minerale, provocate de infectiuni acute ca: bronșita acută, coryza, debilitatea bătrâneții și stări postoperatorii.

Siropul Fellows conține toate elementele esențiale într'o soluțiune bine stabilită. Metabolismul celular neechilibrat, provocat de un conținut mineral sărăcit este repede învins, când aceste elemente sunt procurate într'o formă pe care corpul o poate repede asimila.

Siropul Fellows îndeplinește aceasta în mod efectiv. De aceea el devine unul din cele mai valoroase preparațiuni pentru astfel de cazuri.

Doza recomandată: De trei ori pe zi câte o linguriță bine amestecată cu apă.

Eșantioane la cerere

Preț vechi pentru public . Lei 175.—
Preț nou redus pentru public Lei 135.—

Exclusivitatea generală pentru România:
DROGUERIA "STANDARD"
Str. Zorilor 2, București I

Validol-ul

calmează și înviorează

deci indicat: în sincope și în
turburările nervoase; mai ales în
nevrosele cardiace.

Forme terapeutice: Soluție, perle à 0.2 g.
și în comprimate conținând 4 picături.

Optochinum

basicum

vindecă

Pneumonia

Din 4 în 4 ore câte 0.2 g. concomitent
cu un regim lactat sever.

Forme terapeutice: Pulbere, Perle à 0.05
și 0.1 g., Capsule Ciclodurat à 0.2 g.
Ciocolată à 0.05 g.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co., FRANKFURT a. M., Verkaufsbüro: Mannheim-Waldhof
Reprezentanța pt. România: RUDOLF FOREK, București III. Str. General Eremia Ciurulescu 9.

seuri de pielonefrită provocată prin explorări urologice — constituie materialul practic în care amphotropina și-a arătat eficacitatea în mod foarte evident. Cum însă, în materie de pielonefrită aproape regulat e vorba de un factor favorizant — o anomalie, o leziune organică, graviditatea, sindromul entero=renal — și eficacitatea tratamentului cu amphotropină va fi în funcție de acești factori: oricâteori stările fiziologice (nașterea, restabilirea echilibrului gastro=intestinal), sau intervențiunea chirurgicală (cateterismul uretral a demeure, nefropexia, extirparea calculului, etc.), vor permite eliminarea factorului favorizant, tot de atâtea ori acțiunea amphotropiei va fi eficace și definitivă. Nici amphotropinei, ca de altfel oricărui tratament medicamentos, să nu-i cerem, decât ceea ce poate; cazurile noastre, de altfel, dovedesc îndeajuns că, în pielonefrite, amphotropina poate mai mult decât oricare alt medicament cunoscut până actual.

Concluzii:

1. *Amphotropina, combinație de urotropină și acid camforic, e una din cele mai bune desinfectante urinare cunoscute până în prezent și cel mai eficace mijloc de jugulare a puseurilor de polinefrită acută.*

2. *Amphotropina, deși conține urotropină în cantitate mare, poate fi administrată în cantitate echivalentă de 8—24 gr. urotropină pură, fără ca să fie dăunătoare organismului.*

3. *Nici hiperazotomia nu constituie contraindicație pentru tratamentul cu amphotropină în injecții; din contră, amphotropina jugulând infecția, dă răgaz organismului pentru restabilirea echilibrului funcțional, proces care mai poate fi ajutat prin tratamentul cu glucoză=insulină și regim bogat în hidrați de carbon și fructe.*

Clinica Ginecologică și Obstetricală din Cluj
Director: Prof. Dr. CRISTEA GRIGORIU

ACȚIUNEA PERISTALTOGENĂ A SERULUI HYPERTONIC ADMINISTRAT INTRA-RECTAL

de
Dr. GHERCULESCU TOMA

Din publicațiile lui *M. Gosset, L. Binet și Petit* se cunoaște importanța câștigată de serul clorurat hipertonic sub formă de injecții intra=venoase în ocluziile intestinale.

Dar acest prețios medicament mai poate fi administrat și în alt mod: pe cale rectală acționând cu totul diferit, jucând desigur un rol mai modest, dar de cele mai multe ori foarte util în pareza intestinală post=operatorie care poate lua câteodată o formă foarte gravă.

Mijloacele întrebunțate pentru combaterea parezei intestinale sunt numeroase ca și eșecurile.

Fiind inspirat de un articol al D-rului *Clavele* din clinica Prof. Tixier dela Lyon, asupra administrării serului clorurat hipertonic pe cale intra=rectală în pareza intestinală post=operatorie, am experimentat această metodă care este de o extremă simplitate în clinica Gynecologică și Obstetricală din Cluj de sub conducerea D-lui Prof. *Cristea Grigoriu*.

Serul hipertonic umple o mare lacună terapeutică.

Voi expune condițiile în care a fost întrebunțat, rezultatele frumoase pe care le-am obținut, avantajile și contraindicațiile.

1. *Modul de întrebunțare* este de o extremă simplitate. Am folosit soluția de 20% clorur de sodiu. Lavajul nu este dat sub formă masivă, se întrebunțează aparatul clasic pentru Goutte=à=goutte rectal à la Mourphy.

Goutte=à=goutul se reglează pentru una sau două picături la secundă. Se administrează astfel urmând vrâsta și efectul dorit o cantitate de 100—200 cc.

Efectul se produce în câteva minute. Se obține mai întotdeauna înaintea administrării a 200 cc. contracțiuni vii intestinale.

De cele mai multe ori în sfertul de oră ce urmează bolnavul are scaun mai mult sau mai puțin abundant.

Lavajul se poate repeta de 2—3 ori pe zi la nevoie.

Metoda nu prezintă inconveniente, doar o colică puțin dureroasă, care este repede compensată printr'o ușurare intensă pe care o simte bolnavul torturat de colica de gaze.

În terapeutică curentă ne folosim de sonda rectală. Aceasta dă câte odată rezultate excelente. Dar rezultatele introducerii unei sonde rectale sunt foarte inconstante și se poate spune că este de multe ori insuficientă, chiar inexistentă în cel puțin $\frac{2}{3}$ a cazurilor.

Modul de acțiune. Acțiunea lavajului hipertonic poate fi dublă; o acțiune generală de rechlorurație și o acțiune locală asupra peristaltismului intestinal.

Acțiunea generală e discutată. *Küss* crede că o soluție hipertonică nu este absorbită de intestin decât atunci când a devenit izotonică.

Dar acțiunea principală a serului hipertonic este de a ridica, a excita peristaltismul intestinal în stare de parază.

Din acest punct de vedere acțiunea lavajului hipertonic este manifestă. Se poate explica prin trecerea apei din mediul interior în intestin, rezultând un fenomen asemănător cu ceia ce se obține la unele purgative.

Avantajul acestei medicațiuni asupra purgativelor, asupra injecțiunii de hypofiză, de pilocarpină este de a nu provoca un peristaltism generalizat și poate fi dozat după dorință — e de ajuns de a opri goutte=à=goutul când efectul dorit s'a obținut.

Pentru a putea preciza modul de acțiune a serului hipertonic injectat intra=rectal, am experimentat pe o serie de 6 câini, acțiunea sa peristaltogenă.

Toate experiențele noastre au fost efectuate pe câini de cel puțin 15—20 Kgr., în anestezie generală cu eter.

Pentru a înregistra mișcările intestinale, am recurs la un procedeu destul de simplu și puțin șocant pentru animal.

După laparotomie, se practică pe bordul liber a unei anse intestinale o breșă de 1—2 cm prin care se introduce un mic balon de cauciuc alungit. Enterotomia se închide în jurul balonului introdus. Acest dispozitiv este legat printr'un tub de cauciuc c'un manometru elastic a lui Marey prin intermediul căruia se înscriu variațiile presiunii exercitate asupra balonului intestinal.

Ansa astfel preparată poate fi repusă indiferent în abdomen sau în afara abdomenului pe un grup de comprese imbibate în ser cald. Acest ultim procedeu ne-a părut mai exact, pentru că se opune la inscripția mișcărilor respiratorii.

Acest dispozitiv experimental ne-a permis să studiem: modul de apariție și caracterul contracțiilor intestinale provocate de serul hipertonic injectat intra-rectal, fie pe animalul sănătos, fie pe animalul în stare de ocluzie.

Am utilizat de cele mai multe ori soluția de ser 20% pentru 100. Am injectat intra-rectal destul de lent 100 cmc după o pauză de 20—30 minute dela administrarea serului apare pe cilindru de înregistrare o curbă regulată de contracțiuni scurte, având o amplitudine nu prea mare.

Efectul este de 10—15 minute.

Pe animalul în stare de ocluzie, am căutat care este acțiunea peristaltică a soluției hipertonică injectată intra-rectal. Am întrebuițat dispozitivul descris mai sus cu o singură modificare. După laparotomie se aplică pe o ansă intestinală un fir gros, nu prea strâns; apoi ceva mai jos de ligatură practicăm o enterotomie prin care se introduce balonul de cauciuc gol.

Soluțiile de clorur de sodiu sunt tot atât de active în diversele perioade ale ocluziei artificiale intestinale, dar acțiunea sa slăbește cu cât ocluzia devine mai veche, devenind inconstantă în stadiul terminal al ileusului.

În rezumat serul hipertonic injectat intra-rectal posedă ca și serul hipertonic injectat intra-venos o acțiune peristaltică manifestă. Ea este reprezentată la animalul sănătos, printr'o grafică determinată și întotdeauna identică.

Pe animalul în ocluzie, efectul este aproape același cu mici variațiuni de ritm, exceptând perioada terminală a ileusului unde acțiunea peristaltică devine capricioasă și inconstantă.

În serviciul nostru, am utilizat metoda în mai bine de 30 cazuri, fie imediat după intervenție sau după mai multe zile dela intervenție.

În afară de peritonitele adevărate franșe cu evoluție mai mult sau mai puțin acută, serul clorurat hipertonic este indicat mai ales în stările peritoneale cari nu merită numele de peritonită și cari sunt datorite reacțiilor plastice ale

seroasei peritoneale, în jurul focarelor inflamatorii mai mult sau mai puțin violente. De exemplu: anumite pelvi-peritonite sau în reacțiunile reziduale în jurul abceselor apendiculare drenate, mai ales aceste stări par să beneficieze de lavajul hipertonic. Atonia intestinală care rezultă, provine în parte datorită jerei mecanice, ale anșelor cari se găsesc aglutinate, în parte unui oarecare grad de paralizie a fibrelor motorice datorită infecțiunii atenuate și localizate la peritoneu.

După cum se știe, această atonie are ca efect o retenție de gaze și de materii și ca urmare o resorbție de produse toxice, care aduce bolnavul într'o stare de neliniște permanentă. În astfel de cazuri se încearcă toate remediile cunoscute ca laxative și chiar purgative, medicamentele antispasmodice ca atropina, fie din contra medicamente având o acțiune electivă experimental dovedită asupra fibrei intestinale ca puitrina.

Încercăm după cum se știe băile de căldură, ori dacă se obține din când în când oarecari rezultate, cred că pot afirma că eficacitatea lavajului cu ser hipertonic e incomparabil mai constantă și mai rapidă și fără pericol.

Cine dintre chirurgi n'a asistat în fiecare zi la suferințele operațiilor pe abdomen datorită colicei de gaze post operatorie?

SANOCRYSIN și OLEO-SANOCRYSIN

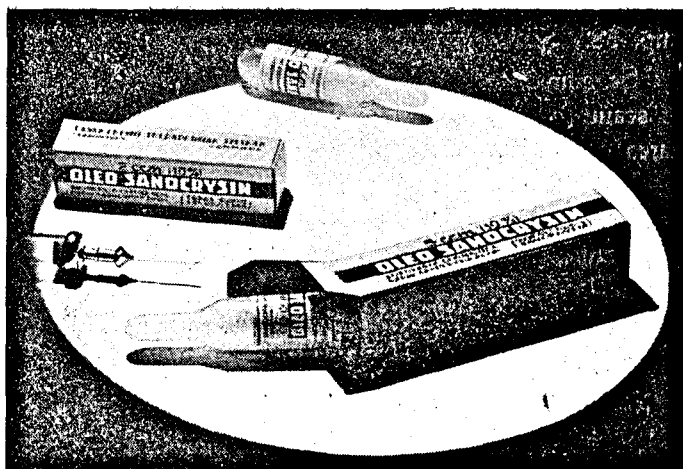
(I. V.)

(I. M.)

Sarea originală de aur pentru tratamentul:

Tuberculozel pulmonare
Dermatotuberculoză
Tuberculoză laryngiană
Maladii articulare

Sprrijinită pe aproximativ 1500 rezultate clinice.



Reprezentant pentru România:

„DROGUERIA STANDARD” S. A. R.

Str. Aristide Demetriade No. 2 (fostă Zorilor) București I.

Desigur, acestea sunt fără gravitate în general, după 36—48 ore, mai precoce la copil. Dar când operația a fost de lungă durată și mai complexă și a necesitat explorațiuni mai întinse, atunci bolnavul este predispus la oarecare pareze intestinale, colica de gaze se prelungește timp de câteva zile, în timp ce operatul suferă, se agită, se enervează, are insomnie etc.

Pentru a se putea constata acțiunea serului hipertonic voi prezenta numai două foi de observație. Anestezia în trebuințată a fost numai rachianestezia cu stovaină.

Observația I-a. — Anexită bilaterală.

Bolnava P. L. de 35 ani. Operată la 14 Noembrie 1931, sub rachianestezie. Hysterectomie abdominală sub-totală cu drenaj Mikulicz.

În prima zi după intervenție nimic anormal. A doua zi bolnava devine agitată, se plânge de colici foarte dure-roase. Meteorism destul de accentuat. Puls 120. Temperatura 37°. Se introduce sonda rectală fără efect. Se fac injecțiuni cu stychnină și postlobină fără succes. Se face o clizmă evacuatoare tot fără efect. După o pauză de 4 ore se face un lavaj cu soluție 20% clorur de sodiu 200 cc., apar contracțiuni vii intestinale, are scaun destul de copios și emisiune de gaze. Meteorismul s'a redus, bolnava se simte bine.

Voi semnala, pentru a termina o observație par-chirurgicală: Lăuza C. L. de 23 ani, este adusă în serviciul nostru cu Salvarea.

A născut cu 7 zile înainte, prefinde că de atunci n'a avut scaun nici emisiune de gaze. Abdomenul destins cu matitate în flancuri.

Fundul uterului la două degete sub ombilic.

Canalul cervical întredeschis pentru 2 degete.

În cavitatea uterină se palpează resturi placentare. De când a născut nu a avut scaun cu toate încercările, ca purgative, clizme, cari au rămas fără efect. Puls 120, temp. 38°. Starea generală rea.

Se administrează ser hipertonic, după care bolnava are scaun din abundență. După o săptămână dela evacuarea cavității uterine părăsește clinica vindecată.

Experimentând această metodă în mai bine de 30 cazuri n'am avut decât două semi-eșecuri.

Rezultatele frumoase pe care le-am obținut, m'au determinat să cercetez modul său de acțiune.

Bibliografie:

Küss: Injections intrarectales salées. Bull. de Soc. de chir. de Paris 1928.

Roger: Les solutions hypertonic de chlorure de sodium. Presse medicale, 6 Juin 1928.

Gross et Brissot: Injections de serum salé. Bull. Soc. de chir. 1929.

BLENORAGIA ÎN LUMINA UNOR ACHIZIȚIUNI MAI RECENTE

de

Dr. VALER CIMOCA
docent universitar.

Blenoragia este o boală socială, prea bine cunoscută, o boală pentru combaterea căreia s'a recurs la mijloacele cele mai variate, fără de-a se ajunge până în zilele noastre la o metodă sigură, rapidă, cu un caracter curativ general. Tentațiunile terapeutice au realizat progrese însemnate de-alungul ultimelor decenii, este incontestabil, însă și astăzi, cu toate achizițiunile acestea, adeseori suntem vizați a adopta un tratament polipragmatic, perseverent căutând să împărtășim clienții noștri de acțiunea sinergetică a diferitelor substanțe chimice, acțiune care este sprijinită și de intervențiuni instrumentale, fizicale, cu o influență favorizantă asupra mersului în general a afecțiunii gonococice.

Noi medicii, cât și publicul, cunoaștem prea bine evoluția capricioasă a blenoragiei în ce privește durata ei, punându-ne uneori la încercare toate rezervele cunoștințelor noastre.

În lucrarea de față nu am intențiunea de a face o expunere completă asupra tuturor inovațiunilor mai recente, ci mă limitez de a releva câteva observațiuni, cari nu sunt suficient cunoscute în materie de blenoragie.

Numeroasele observațiuni ne autorizează să susținem că actualmente tratamentul blenoragiei este format prin chimioterapie, sub diferite forme de aplicațiune și prin tratamentul fizical și instrumental. Da, este perfect adevărat, însă în practică cu tot arsenalul nostru terapeutic bogat, ne izbim de greutăți în aparență invincibile. În cazurile acestea speciale sigur că trebuie să recurgem la toate resursele terapeutice, pentru a ne ajunge scopul nostru final.

În marea majoritate a cazurilor tratamentul blenoragiei se rezumă la chimioterapie, care chiar singură ne poate oferi vindecări complete și uneori surprinzător de rapide, cu condiția ca tratamentul să fie condus în mod rațional.

Tratamentul rațional al blenoragiei nu numai că permite o stingere rapidă a infecțiunii blenoragice dar el ne pune la adăpostul atâtor complicațiuni, care amenință bolnavul la fiecare pas.

Pentru a respecta aceste două desiderate se impun o serie de condițiuni, atât din partea bolnavului cât și din partea medicului.

În primul rând ordonăm bolnavilor noștri o viață moderată lipsită de orice abuz, care ar putea declanșa o iritațiune în sfera urogenitală. Reglementăm regimul, care va fi lipsit de asemenea de substanțe iritante. Pe de altă parte

bolnavul va aplica diferitele antiseptice locale cât și cele interne după instrucțiunile detaliate pe care le primește de la medic. Aici remarc că nu ne putem mulțumi numai cu prescripția sol. antiseptice destilate, pentru injecțiuni uretrale, care se vor practica în mod periodic din partea bolnavului, ci noi medicii suntem obligați a demonstra tehnica injecțiilor uretrale, ca prin o aplicațiune rațională să putem preveni pericolul complicațiilor, cari se datoresc în mare parte aplicațiilor vicioase.

Afecțiunea blenoragică adeseori este agravată și de tratamentul local, aplicat de către medic, fie că, concentrația medicamentului este prea mare, ori substanța medicamentoasă nu este bine tolerată sau, cea ce se observă și mai des, presiunea cu care se fac spălăturile largi este prea ridicată. Alteori, respectând toate condițiunile utilizând un medicament neiritativ cu o concentrațiune redusă și cu o presiune care nu trece limita admisă, scurgerea persistă de-a fi foarte intensivă, cu tot tratamentul vaccino sau proteino terapeutic; în astfel de împrejurări este recomandabil, după cum ne arată experiența practică, de a sista orice tratament local, uretral, administrând bolnavilor un antiseptic urinar cu o acțiune calmantă asupra procesului inflamator, ca după 3—5 zile să observăm o diminuare însemnată a secrețiunei uretrale. Dintre antisepticele cele mai eficace prescriem, *Gonotropin* „Hygea” — asupra căreia o să revenim îndată, acest produs farmaceutic fiind de o dată mai recentă și relativ insuficient cunoscut.

Nu aș putea să înaintez în expunerea mea fără să subliniez încă un fapt care este constat adeseori de medicii practicieni și de noi specialiștii. În practica de toate zilele după o diagnoză precisă și prealabilă de blenoragie acută sau chiar subacută, imediat după primele spălături largi se constată o accentuare a secrețiunei patologice, cu toate regulile respectate; în astfel de împrejurări la începutul tratamentului este recomandabil de a face uz de sol. foarte diluate 1/20—30.000, a căror acțiune va fi sprijinită prin administrarea pe cale bucală de *Gonotropin*. Aici sigur că vaccinoterapia și ea este justificată și mai ales în mod combinat cu *Electrargol* în sens alternativ.

Ținând cont de aceste reacțiuni deosebite, în foarte multe cazuri la începutul sau în decursul tratamentului vom putea preveni o agravare a boalei, sau chiar complicațiunile, cari se produc cu cea mai mare ușurință.

Pe cât este de ușor diagnosticul blenoragiei, pe atât este de dificil tratamentul ei, deoarece fiecare caz aparte trebuie apreciat. Tratamentul propriu zis, executarea lui, este legată de prea mari dificultăți, dar cu atât mai mult se cer cunoștințe mai vaste pentru conducerea tratamentului de care depinde evoluția boalei, durata acesteia și mai ales vindecarea fără complicațiuni și fără consecințe tardive. Atunci când tratamentul este condus bine, ținând seama de toate considerațiunile amintite mai sus, în marea majoritate

ritate a cazurilor bolnavii sunt salvați de suferințele tardive cari astăzi încă figurează într'un procent impunător.

Cred la locul său de a ataca aici și un alt punct sensibil din programul terapeutic al blenoragiei și anume acela care privește tratamentul intern. Părerile autorilor în această privință nu sunt tocmai în concordanță.

Janet și un număr însemnat de autori susțin necesitatea tratamentului intern numai în cazurile de blenoragie cu complicațiuni, astfel la cistitele blenoragice, deci din considerațiuni curative.

Numărul mare al cazurilor pe care le-am observat, mă determină să susțin că chimioterapia internă pe cale bucală, are un rol important nu numai în tratamentul ei și în prevenirea complicațiilor blenoragice asupra cărora am insistat mai sus.

Complicațiunile cauzate de o infecțiune gonococică se pot preveni prin administrarea de diferite medicamente, între cari excelează *Gonotropina*, care figurează în arsenalul nostru terapeutic de o dată mai recentă și care astăzi începe să fie aplicată pe o scară foarte întinsă, grație proprietăților sintetice pe care le întrunește, *Gonotropina* conținând alături de antiseptice urinare (albastru de metilen, hexametilentetr.) și substanțe cu acțiune sedativă, antifrodisiacă (camfor monobr.) și spasmolitică (*novatropin* și papaverină).

Gonotropin „Hygea” se aplică cu succes în toate fazele blenoragiei și mai ales în afecțiunile gonococice acute și subacute totale. Din motivele mai sus amintite ea se prescrie în tot cursul blenoragiei având o acțiune curativă și preventivă în același timp.

Concluziuni :

I. Blenoragia este o boală foarte frecventă, cu o evoluție variabilă și care adeseori se complică.

II. Complicațiunile blenoragiei în parte se datoresc clientului, pedeață parte medicului.

III. Complicațiunile în blenoragie pot fi evitate de multeori atunci când clientul este pus în curent cu cauzele provocătoare, cari se pot evita și atunci când medicul aplică un tratament rațional.

IV. Tratamentul chimioterapic pe cale bucală joacă un rol important în tratamentul blenoragiei.

V. Dintre substanțele chimioterapeutice, cari se administrează pe cale bucală, *Gonotropin* „Hygea” este un produs farmaceutic prin excelență, cu o acțiune curativă și preventivă, în tratamentul blenoragiei și complicațiilor sale.



COMPTES-RENDUS DES ARTICLES ORIGINAUX DU No. 9, 1934

Prof. Dr. M. A. BOTEZ et Dr. VIRGIL RĂDULEȚ: Rapport de l'activité de l'Institut antirabique de Cluj pendant l'année 1932.

Doc. Dr. I. VOICU et I. PETRESCU: Etudes expérimentales sur l'éjaculation obtenue à l'aide de différentes substances.

Les auteurs basés sur 143 expériences faites sur des rats, des cobayes et sur le lapins, exposent largement la façon dont ils ont obtenus l'éjaculation avec extrait testiculaire injecté sous-cutané, sans la tunique vaginale des testicules. Ils eurent les mêmes résultats en injectant du serum physiologique et du liquor folliculi sous la tunique vaginale.

Dr. LADISLAU KOLÉSZAR et Dr. L. OSVÁTH: Iontophorèse avec chlorhydrate d'hystamine dans le traitement du rhumatisme musculaire.

Le traitement est indiqué en premier lieu dans les myalgies dans lesquelles il est spécifique; ensuite viendront les arthralgies et les névralgies. Ce sont les indications typiques.

Les indications atypiques sont: les furoncles, les caroncules, les ulcères variqueux de la jambe. Dans ces affections je n'ai pas eu l'occasion d'essayer l'effet.

Contreindications: si les pôles ne sont pas bien recouverts, se produisent facilement des brûlures qui guérissent très difficilement. Si on fait ionophorèse sur la tête il faut prendre garde d'ouvrir et de fermer lentement le courant pour éviter les vertiges ou des irritations du labyrinthe.

Dr. G. SEBESTYÉN: Sectionnement de l'uretère droit, extirpation partielle de la vessie urinaire pendant l'intervention gynécologique: guérison.

Dr. I. DANICICO: Amphotrophine dans le traitement des piélonéphrites aiguës et chroniques.

1. L'atropine, combinaison d'urotropine et acid camphré, est un des meilleurs désinfectants urinaire connus jusqu'à présent et le moyen le plus efficace de jugulation des poussées de polinéphrite aiguës.

2. L'Amphotrophine, malgré son grand contenu d'urotropine, peut être administré en quantité équivalant à 8—24 gr urotropine pure, sans être dangereuse à l'organisme.

3. Ni la hyperazotémie ne constitue une contreindication pour le traitement avec amphotrophine comme injections; au contraire, l'amphotrophine en jugulant l'infection,

laisse à l'organisme le temps nécessaire d'établir l'équilibre fonctionnel, procès qui peut être aidé par un traitement avec glucoze-insuline et un régime riche en hydrate de carbon et des fruits.

Dr. GHERCULESCU T.: L'action péristaltogène de serum hypertonique administré intra-rectale.

La parésie intestinale est un incident post opératoire qui peut prendre parfois une allure grave. Nombreux sont les moyens employés pour combattre, nombreux sont aussi les échecs. Il semble que les solutions hypertoniques de chlorum de sodium administrées intra-rectales combrent une importante lacune dans cette thérapeutique.

Doc. Dr. V. CIMOCA: La blennorrhagie dans la lumière des acquisitions plus nouvelles.

GRUNDRISS DER ORIGINALARBEITEN

Nr. 9, 1934.

Prof. Dr. M. A. BOTEZ und VIRGIL RĂDULEȚ: Bericht über die Tätigkeit des Pasteurinstitutes Cluj im Jahre 1932.

Doz. Dr. I. VOICU und Dr. I. PETRESCU: Experimentelle Versuche über Ejakulationen, die durch verschiedene Substanzen erzielt werden können.

Die Autoren stützen sich auf 143 Versuche, die sie bei Ratten, Meerschweinchen und Kaninchen anstellten. Sie erörtern in ausführlicher Weise, dass sie nach subcutaner Verabreichung von Hodenextrakt und Injektion desselben unter die Tunica vaginalis testiculi Ejakulationen erzielten. Das Gleiche gelang auch durch Injektion von physiologischer Kochsalzlösung oder Follikelflüssigkeit unter die Tunica vaginalis.

Dr. LADISLAUS KOLESZÁR und Dr. LUDWIG OSVÁTH: Iontophorese mit salzsaurem Hystamin in der Behandlung des Muskelrheumatismus.

Sie ist in erster Reihe bei Myalgien angezeigt, die spezifischer Natur sind, ferner bei Arthralgien und schliesslich auch bei Neuralgien. Dieses sind die typischen Indikationen. Atypische Indikationen sind: Furunkulose, Karbunkel, Unterschenkelgeschwüre nach Krampfadern. Die Versuche der Autoren beziehen sich nur auf die erstere Klasse. Kontraindikationen: Wenn die Pole nicht gut gedeckt sind, was zu schwer heilenden Brandwunden führen kann. Wenn wir die Iontophorese am Kopfe anwenden, müssen wir sorgsam darauf achten, den Strom langsam ein- und auszuschalten, da sonst durch Reizung des Labyrinthes heftiger Schwindel auftreten kann,

Effinirea remarcabilă a flolelor de

„CALCIUM SANDOZ“

Primul preparat de Calciu cu o aplicație intramusculară indoloreă (până la 80 cm³ zilnic).

Observațiunile terapeutice se bazează pe mai mult de 600 de comunicări științifice.

FORME:

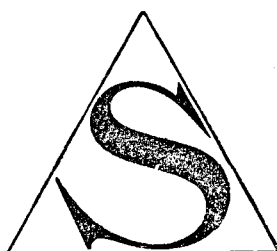
Pulvere
Tablete de ciocolată
Tablete efervescente
Ampule de 5 și 10 cm³

Depozitul la București:

Drogheria D. Nestor, Str. Șepcari 6.

Depozitul la Cluj:

Drogheria „Royal“, Piața Unirii 26.



Chemische Fabrik Basel **SANDOZ** fost Sandoz Schweiz

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Uretrită,

Parametrită,

Inflamații anexiale

Un tampon cu ANTIFLOGISTINE menține o căldură umedă timp de mai multe ore. Conținutul urcat de glicerină al ANTIFLOGISTINEI, proprietatea ei plastică, calitățile ei osmotice, antibactericide și calmante, designează întrebuințarea ei la diferitele tratamente ale inflamațiilor acute și cronice ale organelor bazinului.

Mostre și literatură gratuit.

ANTIPHLOGISTINE

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

Drogheria „STANDARD“ 2, Str. Zorilor, București.

Dr. G. SEBESTYÉN: Durchtrennung des rechtsseitigen Urethters und teilweise Exstirpation der Harnblase während einer gynäkologischen Operation.

Der Autor veröffentlicht einen von ihm operierten Fall, der mit völliger Heilung endete.

Dr. I. DANICICO: Amphotropin bei der Behandlung akuter und chronischer Pyelonephritiden.

Der Autor wandte obiges Präparat in zahlreichen Fällen an und gelangt zu folgendem Schlusse: Amphotropin, eine Kombination von Urotropin und Kamphersäure ist eines der besten bisher bekannten Desinfektantien der Harnwege und das geeignetste Mittel zur Beseitigung der Anfälle bei Polynephritis acuta.

Obgleich Amphotropin in grosser Menge Urotropin enthält, kann es in Dosen verwendet werden, welche 8—24 Gramm reinem Urotropin äquivalent sind und ist seine Gabe für den Organismus völlig unschädlich.

Selbst Hyperazotämie bildet keine Kontraindikation gegen seine Verwendung in Injektionen; es dämmt im Gegenteil die Infektion ein und gewährt dem Organismus eine Frist, um sein funktionales Gleichgewicht wieder zu erlangen. Dieser Vorgang kann durch Verabreichung von Traubenzucker und Insulin, sowie eine an Kohlehydraten und Früchten reiche Kost unterstützt werden.

Dr. T. GHERCULESCU: Über die Peristaltik-anregende Wirkung intrarektal verabreichter hypertotonischer Kochsalzlösung.

Die Darmparese, welche nach Operationen auftreten kann, ist eine Komplikation, welche das Leben des Patienten oft ernstlich bedroht. Manchmal gelingt es, sie zu beseitigen; fast ebenso oft aber nicht. Installationen von hypertotonischer Kochsalzlösung in das Rektum führen oft zu vollem Erfolge.

Doz. Dr. V. CIMOCA: Die gonorrhoe im Lichte neuer Errungenschaften.

REVISTA REVISTELOR.

IV. BOLILE NOUNĂSCĂTULUI

Desvoltarea treptată a pediatriei, dând o importanță din ce în ce mai mare primei vârste din copilărie, a asigurat o expansiune crescândă cercetărilor asupra noului născutului. În Franța studiul copilului din primele zile a luat pentru unii extensiunea unei noi ramuri de medicină, fiind chiar confundată cu puericultura. Sub influența acestor fapte, cât și în special din cauza proporției excesive a mortalității în primele zile după naștere în România, lucrările românești ce studiază această perioadă au crescut în timpul din urmă atât ca număr, cât și ca însemnătate.

Balint (1920) cercetează azotul rezidual la nou-născuți, aducând în același timp contribuțiuni la problema infarctului uric. În primele zile, în majoritatea cazurilor, a găsit valori mărite de N rezidual în sânge. În legătură cu aceasta se explică formarea infarctelor de aciduric din majoritatea cazurilor. Mărirea azotului rezidual se datorește descompunerii proteinei (prin distrugerea de celule) în primele zile.

Saragea (1922—23) se ocupă de modificările evolutive ale sângelui la embrion, făt și noul născut.

Numeroase lucrări contribuie la problema patogeniei și terapiei icterului noului născutului. Așa *Grigoriu-Filipescu* (1922) bazează pe cercetări personale, cred să poată afirma că icterul noului născutului este de origine epatică. Apariția icterului depinde de nutriție. Ea este cu atât mai intensă, cu cât alimentația este mai precoce și mai bogată în albumine eterogene. Colostrul, prin compoziția sa este mai iritant pentru celula epatică ca laptele mamei, și e probabil că el se comportă ca o eteroalbumină.

Slobozianu, în parte cu *Herscovici* (1925), arată variațiunea bilirubinemiei în icterul noului născutului și tratamentul acestuia prin atofan. În genere concentrația bilirubinemiei în serul sanghin al celor ce suferă de icterus neonatorum, nu este mai mare de $\frac{1}{10.000}$ (determinat prin metoda lui Haselhorst). Într'un singur caz de icter, prin obstrucția căilor

biliare, $\frac{1}{8000}$. Maximum de bilirubinemie între ziua a 3-a și 9-a după naștere. Se pare că concentrația bilirubinei nu are legături cu durata sau intensitatea icterului. Insuficiența ficatului n'a putut fi observată, decât în icterul simptomatic al noului născutului. În urină urobilină și bilirubină dela început, până la sfârșitul icterului. Diazoreacția (directă) retardată. Tratament prin activarea funcțiunii excretorii a celulei hepatice, cu atofan (tratamentul lui *Brugsch* la adulți). Prin acest tratament concentrația bilirubinei din sânge scade în câteva zile la normal (dela $\frac{1}{10.000}$ la $\frac{1}{15.000}$ la $\frac{1}{100.000}$ la $\frac{1}{150.000}$). Vindecare până în a 12-a zi, când copilul părăsește clinica, 79% față de 32% netratați. Atofanul se dă în soluție de 0.65 gr. pe 100 gr. poziune gumoasă 3x5 cm³ pe zi, sau ca supozitorii de 0.10 gr. atofan, 2x pe zi. Rezultat asemănător cu icterosan, 1 cm³ 2x pe zi intrafesier, și la prematurii și debili. Celula epatică este capabilă la toți aceștia să secrete, după substanțele coleretice, o cantitate mai mare de substanțe icterice, ca fără ele.

Ciortea (1923) arată, prin cercetările sale, că secreția mamară a noului născutului este datorită acțiunii unui hormon de origine probabil placentară, care sensibilizează glanda și că această secrețiune nu este influențată prin febra alimentară.

Georgescu (1923) publică 1 caz de distocie prin ascită a fătului, de origine sifilitică. *Ursu* (1924) 1 caz de distocie prin mare chist renal și ascită a fătului, probabil de origine sifilitică.

Zaharescu-Karaman (1923) descrie 1 caz de cefalematome multiple la un prematur de origine probabil sifilitică, fiind cauzele mecanice excluse. *Slobozianu* (1924) publică 2 observațiuni asupra arteritelor ombilicale primitive la noului născutului; polinucleoză marcată, în formă generalizată. *Mann* (1926) insistă în teza sa, asupra emoragiilor obstetricale ale sistemului nervos central la noului născutului. De aceeași problemă se ocupă *Slobozianu-Jonescu* (1927) în legătură cu un caz observat la un noului născut, care după o facere spontană a prezentat în timpul vieții semnele de emoragie cerebrală (gemete, nu sugea, turburări de respirație, accese de cianoză). Mort ziua a 3-a. La autopsie diagnosticul se confirmă. Dilatația intensă a vaselor cerebrale. Pe ambii lobi occipitali, dar mai ales pe lobul drept, un focar emoragic, subarahnoidian. Pe fața superioară a emisferului stâng al cerebelului un coagul sanghin, care ocupă și jumătatea inferioară a cerebelului. În același timp se găsește o idronefroză stângă, datorită unei atrezii a extremității superioare a ureterului, pe o distanță de 1 cm., sub inserția în basinet. Alterațiuni

istologice corespunzătoare. *Slobozianu-Georgescu* studiază modul de producere a ulcerărilor multiple ale tegumentelor capului la născut. Ea se explică prin compresiunea capului într'un basîn îngust, prezentând spine sciatiche proeminente. Aceste ulcerări trebuie desinfectate și bine îngrijite, pentru a se evita infecțiile care pot surveni cu deosebire în cazurile de infecție a căilor genitale ale femeii.

Slobozianu-Ierșcovici (1928) arată că pronosticul emoragiilor cerebrale, nu poate fi făcut decât cu foarte mari rezerve. Se observă numeroase vindecări. De un rău pronostic este asfixia albă, stările grave care nu se ameliorează în 3—4 zile, convulsivile tonice, emoragiile cerebrale tardive. Intre 5 cazuri tardive 4 au sfârșit cu moartea. Prematuritatea și sifilisul predispun la emoragii cerebrale. Emoragiile intratoriale sunt mai grave, ca cele supratentoriale. Pronosticul îndepărtat: sunt turburări nervoase de origină obstetricală, cari persistă chiar câțiva ani și cari se vindecă, și sunt altele cari apar mai târziu, în plină sănătate și rămân definitive. *Kernbach* descrie 4 cazuri de moarte naturală la copii de sub 1 lună, de origine vasculară. Unul de 4 săptămâni, rachitic, mori brusc. La autopsie lipsa de continuitate a osului temporal drept, cu ematom. Nici o leziune traumatică externă. Al 2-lea copil de 8 zile, mori repede în cursul nopții. Copilul este ilegitim, mama de 16 ani. La autopsie endocardită vegetantă. În al 3-lea caz, copilul prematur, născut în luna 8-a cu idropzie generală, congestie. Tromboză a cordonului ombilical, însoțită de un infarct al ficatului. Tromboze și în vasele placentei. Cazul al 4-lea: copil născut prematur la începutul lunii a 8-a, găsit îngropat. Gâtul tăiat, cordonul nelegat. În plămâni sifilis gomos și arterioscleroză. Ar putea fi vorba de un infanticid sau de o moarte naturală, înainte de naștere.

Banu-Ierescu-Negrescu (1923) cercetează chimismul gastric la 20 copii născuți alăptați la sân. Data apariției secreției gastrice complete trebuie pusă primele zile după naștere. Mucoasa gastrică secretă după $1\frac{1}{2}$ oră în raport cu alimentarea, acidul clorhidric nu apare decât $1\frac{1}{2}$ oră după supt. Acizii combinați apar cu o cifră destul de ridicată, $\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ oră după primul examen. Aceste cifre cresc treptat, atingând un maximum după 1— $1\frac{1}{2}$ oră, pentru a scădea apoi și a atinge un minimum la sfârșitul digestiei (3 ore). Aciditatea totală este reprezentată în prima parte a digestiei prin acizi combinați; în același timp cu apariția acidului clorhidric liber, aciditatea totală crește paralel până la sfârșitul digestiunii. Acidul lactic constant.

Slobozianu-Munteanu, Gonța-Munteanu (1926) preconizează ca mijloc de tratament al diareelor acute ale copiilor de sân născuți administrarea de substanțe absorbante. În diareele copiilor de sân acidificarea conținutului intestinal prin acid lactic, produs în urma fermentației anormale, cu deosebire a lactozei, poate fi neutralizată prin ingerarea așa ziselor substanțe absorbante ca silicatul de aluminiu, amestecat fie cu fosfat tribazic de calciu, fie cu cărbune animal. Ele fac să dispară aciditatea scaunelor, și în consecință colicele și scaunele lichide și frecvente cauzate prin ea. Numărul și consistența fecalelor, cât și pH-ul, devin normale. Într'o lucrare recentă, *Slobozianu* (1929) înlocuiește în formula veche pe care o propusese, eterul cu benzoatul de sodiu. Formula lui nouă este: bol alb și fosfat tribazic de calciu a 15 gr., benzoat de sodiu 1 gr., sirop 30 gr., apă dist. 270 gr., de 5 ori pe zi câte 10 cm³.

Slobozianu (1924) insistă asupra îngrijirii copiilor prematuri și debili, asupra patogeniei febrei tranzitorii, a născutului, în legătură cu un caz observat, cât și asupra unui caz de poliartrită gonococică cu pseudoparaliză a membrului superior drept, plus oftalmie gonococică primitivă la născut. La a 2-a puncție 30 cm³ puroiu cu gonococi în lichidul articular al genunchiului, cu deosebire însă cotul și pumnul. La alte trei zile, tumefierea genunchiului drept. Radiografie: periostită la nivelul treimeii inferioare a umărului, a marginii externe a cubitului, treimea superioară, osteită a extremității superioare a cubitului. Polinur-

cleoză (infecție?, proteinoterapie?). Wassermann negativ. Tratament local, vaccin și proteinoterapie, plus tratament antisifilitic din cauza originii probabil sifilitice a leziunii membrului superior, analog celor 2 cazuri vechi similare ale lui *Finkelstein*, la cari de altcum de asemenea nu putea fi sigur dovedită participarea probabilă a sifilisului.

Minovici-Zaharescu-Karaman-Sava (1925) studiază patogenia circulațiilor cordonului fetal. La femeia gravidă în diferite vârste ale sarcinii, moartea primitivă violentă este suspectată ca atare, care a sur-prins femeia în plină sănătate și copilul în plină dezvoltare. Autopsia în situ a găsit circulații ale cordonului feților. Moartea fătului contemporană cu a mamei. Circulații unice, sau duble ale cordonului, cât și modificarea atitudinii membrilor superioare sau inferioare. Nu este o întâmplare, sau artificiu de preparare a situației cordonului și a membrilor, căci uterele gravide extrase au fost întâiu fixate în lichidul fixator și apoi secționate. Circulațiile trebuie privite ca o consecință a mișcărilor exagerate din cauza suferinței fătului, provocată prin asfixie. Circulațiile există numai din jumătatea a 2-a a sarcinii (din 5 cazuri câte unul din luna 5, 7, 8, — 2 cazuri aproape de termen). Dela data evoluției fiziologice, grație căreia fătul își pune craniul la nivelul segmentului inferior în formațiune (finea lunii a 6-a), orice schimbare de atitudine a fătului și de situație a cordonului, nu mai poate fi explicată decât prin mișcările ce le-ar ocaziona suferința fătului și acestea vor fi cu atât mai puțin limitate, cu cât tonicitatea mușchiului uterin și a pereților abdominali va fi mai slăbită prin sarcini multiple, sau când ar exista o cantitate mai mare de lichid amniotic ca normal.

Gofcu (1925) face interesante studii comparative asupra compoziției chimice a născuților umani sau animalii.

Nicolaiescu (1926) publică date asupra mielogenezei fătului uman

BIOTONICUM

ROBORANS-TONICUM-STOMACHICUM

este o compoziție cu un gust foarte plăcut de **Liquor manganozaharat de fer** cu 5% de glicerofosfat de Na cu și fără Arsen.

O sticlă de 250 gr. suficient pentru 7 zile
costă Lei 85.—

In special indicat:

la toate formele de **Anemie** (Fe, Mn) **Maladii nervoase** (Po) neurastenii; **Tulburări digestive** - neuroză și ulcer gastric; **Stările de slăbire și extenuare**; **Ezeme cronice** (As); **Terapia nespecifică a tbc.** (impușinarea secrețiilor prin mangan).

LA CERERE EȘANTIOANE GRATUITE!

Farmacie la Primărie O. ALESI Sebeș—Alba

de 6 luni. Fibrele endonevraxiale, mielinizate, aparțin sistemelor receptoare, sistemelor comisurale ale axei medulo-bulbo-metencefalo-mesencefalo-diencefalice, sistemului paleocerebelos, sistemului vechiu de asociere a bandelei longitudinale posterioare, unui anumit număr de fibre extrapiramidale descendente și sistemului de nervi motori. Sistemele de fibre, cari încă nu sunt mielinizate până la luna a 6-a, aparțin formațiunilor filogenetice mai recente, cum sunt sistemul piramidal și sistemele neocerebeloase. Comparațiunea dezvoltării etajelor nevraxiale intratelencefalice, demonstrează unicitatea anatomică a diverselor segmente ale sistemului nervos central. Această unitate anatomică constituie în realitate substratul unei fiziologii, unicitare din punctul de vedere al marilor teleologisme ale organizațiunei nervoase. Sistemul receptor și efector al segmentelor intratelencefalice este adaptat unei fiziologii precoce a segmentului și comisurile precizate asigură bilateralitatea precoce și utilă a acestei activități de segment. Organizația anatomică bilaterală este la baza activității vegetative a segmentelor numite. Sistemele comisurale de asociație a axei nervoase rezidă la baza activităților automate sincinetice și tonigene. Precocitatea diverselor funcțiuni vegetative, depinde de maturitatea anatomică a formațiunilor cari o condiționează, și, din acest punct de vedere studiile de mielogeneză pot aduce date foarte importante.

Slobozianu (1926) pune la punct câteva chestiuni din terapeutică noulăscutului, a plăgii cordonului ombilical, vărsături, diaree, eriteme fesiere, stomatită albicantă, ragadele sânilor, coriza, bronșita, bronchopneumonia.

Manicatide-Rusescu descriu un caz al boalei lui Friedjung, numită de Woringer scleredem genito-suprapubian al noulăscuților. Începutul ziua a 6-a după naștere, în regiunea pubică. Edem renitent, elastic, triunghiular. Baza orizontală a triunghiului între os pubis și ombilic, laturile plicele inghinale, extindere asupra scrotului ziua a 16-a; de pe scrot se retrage iar, dar rămâne edemul pubian propriu zis.

Slobozianu (1928) arată tratamentul profilactic al infecției ombilicale. Manicatide-Cajal, Popoviciu insistă asupra terapiei, inclusiv rezultatele cele mai noi în tratamentul noulăscutului. Slobozianu, dă tratamentul asfexiei noulăscuților cu adrenalina, pituitrină, lobelină, întru trebuință de diferiți autori prin diferite căi de administrație și în combinațiuni variate.

Slobozianu-Herscovici (1929) studiază infecțiile bronchopulmonare ale noulăscuților. Publică 2 cazuri pulmonare ale mamei, 3 cazuri de infecție intrapartum, prin aspirațiune de lichid și mucozități septice, și 1 caz produs prin infecție extrauterină. Aceiași autori determină greutatea, talia și bustul la făt și noulăscuții la termen. Din examenul a 125 noulăscuți din cari 78 prematuri, ajung la următoarele constatări: Indicele „Geli” (Pirquet) crește în timpul vieții intrauterine. Lungimea membrilor inferioare se mărește (de la 1—13 cm. la 6 luni, la 16—21 cm. la termen). La făt bustul este mult mai lung ca membrele inferioare. Raportul lui Manouvrier $\left(\frac{\text{lungimea membrilor inf.}}{\text{lungimea bustului}}\right)$ crește în raport cu membrele inferioare. „Gelidusi” $\left(\frac{\text{greutate}}{\text{bust}}$) este slab la 6 luni din cauza absenței țesutului adipos.

De dată recentă Slobozianu (1929) insistă asupra cercetărilor sale mai vechi privitoare la terapia icterului noulăscuților, a diareelor primitive, cât și asupra profilaxiei infecției ombilicale prin pansament cu alcool 75°, asociat cu AgNO₃.

Rezumat: Cercetările autorilor români stabilesc mărirea azotului rezidual în sângele noulăscuților, arată originea epatică a icterului noulăscuților și tratamentul acestuia cu atofan, studiază emoragiile cerebrale a lor, cât și alte leziuni obstetricale, chimismul gastric cu privire la data de

aparitie a factorilor acidității, indică tratamentul diareelor acute ale noulăscuților cu substanțe adsorbante, analizează originea și caracterul diferitelor leziuni ale primelor zile, scleredemul genitosuprapubian (Woringer, Friedjung), condițiile fiziologice, probleme de interes embriologic etc. (Balint, Grigoriu-Filipescu, Slobozianu, Zaharescu-Karaman, Banu, Minovici, Manicatide etc.).

Bibliografie:

- Balint A.: Jahrb. f. Kinderheilk. V. 93.
 Saragea F.: Rev. obst. ginec. pueric. 1923, pg. 251.
 „ C. r. Soc. Biol. 1922. Febr., Iulie.
 Grigoriu Cr. E. Filipescu: Cluj. Med. 1922 pg. 276.
 Slobozianu H.: Rev. obst. ginec. pueric. 1925, pg. 76.
 „ Arch. f. Kinderheilk. V. 77, pg. 58.
 „ P. Herscovici: C. r. Soc. Biol. 1925 Martie.
 „ Nourrisson, 1925, pg. 373.
 Herscovici P. J.: Contribuțiuni la studiul patogeniei și tratamentul icterului noulăscuților. Teză. București 1925.
 Ciorlea A.: Cluj. Med. 1923, pg. 23.
 Georgescu M.: Rev. obst. ginec. pueric. 1923, pg. 25.
 Ursu V.: „ „ „ „ 1924, pg. 43.
 Zaharescu-Karaman: Rev. obst. ginec. pueric. 1923, pg. 113.
 Slobozianu H.: Soc. de Anat. Patol. 1924.
 „ Soc. obst. și ginec. 16 Apr. 1925.
 Mann E.: Hemoragii obstetricale ale sistemului nervos central la noulăscut. Teză, București. 1926.
 Slobozianu H., N. T. Ionescu: Rev. obst. ginec. pueric. 1927. V. 7. pg. 168.
 Slobozianu H., M. Georgescu: Spitalul 1927, pg. 9.
 „ P. Herscovici: Clinica No. 6, 1928.
 Kernbach M.: Cluj. Med. 1928, pg. 430.
 Banu-Herescu-Negrescu: Bull. Soc. Méd. Hôpit. Bucarest, 1923 Oct.
 Slobozianu H., E. Munteanu: C. r. Soc. Biol. V. 95. 1926, pg. 757; Nourrisson 1927, No. 1.
 Gonja E. Munteanu: Tratamentul diareelor acute ale copiilor de sân cu substanțe adsorbante. Teză. București 1926.
 Slobozianu H.: Nourrisson 1929. Martie.
 „ Rev. obst. ginec. pueric. 1924, pg. 40, 238-1925 Oct.
 Minovici M., N. Zaharescu-Karaman, V. Sava: Rev. Șt. Med. 1925, pg. 733.
 Gojcu P. D.: Studii comparative asupra compoziției chimice a noulăscutului uman și animal. Teză. București, 1925.
 Nicolaescu J.: Spit. 1926. pg. 47, 92.
 Slobozianu H.: Rom. Med. 1926. No. 2, pg. 4.
 Manicatide M., A. Rușescu: Bull. Soc. Méd. Hôpit. Bucarest, 1927. An. 9. No. 1 pg. 1.

V. ALTE BOLI

a) Bolile căilor respiratorii

Între lucrările vechi, cele ale lui Nica, Pallanz, Mirinescu (1878—93) se ocupă de pneumonii, pleureziile purulente și tratamentul lor, cât și de infecțiunile bronchiale la copii. Mai târziu Nestor (1906) studiază splenopneumonia, Alexandrescu forma prelungită a pneumonici, Hirsch pleurezia la copii, Gane (1913) pleurezia scrofibrinoasă în febra recurentă a copiilor.

În perioada postbelică *Gane* (1919) arată, că pleurezia seroasă este mai frecventă între 0—2 ani, ca cea purulentă și poate fi prima manifestare a tuberculozei la copii. *Slobozianu* (1920) studiază epidemiologia și seroterapia afecțiunilor pulmonare, arătând efectul injecțiilor intrapulmonare de ser antipneumococic, cât și leziunile pulmonare la asistență, produse prin aceste injecții. *Cajal* (1924) întrebuințează auto-seroterapia în bronchopneumonia copiilor, paralel tratamentului simptomatic, în 57 cazuri din cari 42 gripale, după pojar, 4 în cursul tusei convulsive; 55 vindecate, 2 cazuri mortale, unul cu leziuni pulmonare vaste, nefrită acută, uremie, otită, celalalt ipotrofic. În cazurile de după pojar rezultatele sunt mai puțin rapide. Doza la copii din primele vârste este 3 cm³. Auto-serul provoacă defervescență, modifică fenomenele locale și dă vindecare, prevenind complicațiunile. *Slobozianu* (1925) descrie gome sifilitice în plămâni și ficatul unui făt mort, macerat. *Eisenberg* studiază pleureziile mediastinale, la copii.

Cănculescu (1926) descrie o variațiune anatomo-clinică nouă a sclerozelor pleuro-pulmonare stângi, forma infundibulară. Este un sindrom, constituit de asociația unei afecțiuni sclerozante a plămânului stâng, cu modificări importante din partea infundibulului pulmonar (comunicată cu *Eschenazy* încă în 1919—20). Sclerozele pleuro-pulmonare pun inima în contact mai intim cu peretele toracic, sau o fixează pe loc, sau o mișcă din loc, trăgând-o la dreapta sau stânga. Artera pulmonară se dilată, ventriculul drept se flexează, se produce un sindrom tricuspidian terminal și în sfârșit o insuficiență cardiacă totală, definitivă. Radiologic dilatația arcului mijlociu pulmonar și imaginea de coeur en sabot. Anatomopatologic: dilatația hipertrofică a cordului drept, cu sau fără scleroza arterei pulmonare. Aspect clinic: a) semne de scleroză pleuro-pulmonară localizată la stânga sau cu predominanță la stânga, b) deformațiuni toraco-vertebrale (emitoracele stâng, turtire înapoi și înăuntru, tracție sub clavicula stângă, lărgirea primelor spații intercostale, scoborirea rebordului costal stâng, deformarea coloanei vertebrale în formă de scolioză dorsală superioară concavă spre stânga), c) semne cardiace (pulsajie anormală, violentă, sistolică la nivelul spațiului II. intercostal stâng, răsunet intens al timpului II. în diastolă, pulsajie în mai multe spații intercostale). Caracter grafic: inscripția undei auriculare A, dovadă de energia de contracțiune a urechiușei; constatarea undei S de închidere, pe V al flebogramei și pe linia descendentă a cardiogramei (regim de mare presiune sanghină). Platoul susținut al infundibulogramei, dă dovadă de poziția pulsajiei (inscripția în decubit net dorsal), fără înclinare pe stânga. Obținerea curbei, integrale pe infundibul și deformate, nesușinite, pe regiunile inferioare ale ventriculului. Ventriculul drept formează partea cea mai mare a suprafeței anterioare, extremitatea supremă a șanțului interventricular anterior, împinsă pe fața posterioară, ventriculul stâng redus la o fâșie mică, terminată la vârful inimii, vârf ridicat în sus și constituind imaginea radiologică a inimii en sabot. Infundibulul pulmonar dilatat în ventricul, ocupă treimea superioară a marginii stângi a conturului ventricular și răspunde la spațiul II. intercostal. Șanțul interventricular anterior începe pe fața posterioară, la 2 cm. de marginea stângă a feței, sensibil dedesubtul și la oarecare distanță de urechiușa stângă, conturează marginea stângă a inimii la 2 cm. sub orificiul valvular pulmonar, descriind o curbă cu concavitatea privind la stânga și merge să împartă vârful inimii în 2 porțiuni: una superioară, aparținând ventriculului stâng și alta inferioară și mai înăuntru, fiind de ventriculul drept, — bifiditate a vârfului care determină imaginea en sabot. Cele 2 curburi (a. superioară cu concavitatea spre dreapta, la marginea stângă a inimii și b. inferioară, în sens opus) arată imaginea mișcării de forsiune, exercitată asupra bazei. Radiografia: inimă de tip vertical, datorită redresării marginii stângi a inimii. Pulsajii poartă asupra ventriculului drept. Ortodiagrama: în arcul ventricular 2 forme de pulsajii suprapuse, cele superioare de amplitudine mai mare. Evoluția ca în sclerozele pleuropulmonare obișnuite. Diagnostic: pulsajie normală din spațiul II. intercostal stâng. Anatomia patologică:

leziuni pleuropulmonare, deformațiuni toraco-rachidiene, dilatațiunea ampulară a infundibulului, care cu timpul ar putea da o dilatație anevrismală dacă dilatația nu s'ar întinde la întreaga cavitate ventriculară a orificiului pulmonar, tricuspidal și a urechiușei drepte și n'ar conduce la o insuficiență cardiacă totală; dilatarea orificiului pulmonar notată. Mecanism fiziopatologic patogenetic. Sindromul determinat prin mișcarea la forsiune excesivă asupra bazei, forsiunea îndreptată spre stânga și înapoi. Prin ea se aduce pe fața posterioară a inimii extremitatea superioară a șanțului interventricular anterior și cu aceasta o porțiune din ventriculul drept, care este infundibulul pulmonar. Cauzele: a) procese de scleroză pulmonară stângă hilară, de origină tuberculoasă, b) deviații scolioțice esențiale ale coloanei vertebrale dorsale superioare. Mecanismul dilatării: regim de mare presiune în sistolă, vicii circulatorii, constituția anatomică, situația infundibulului, excentralizarea cavității infundibulare din axul arterei pulmonare. Dilatația infundibulului poate da o lărgire a orificiului pulmonar.

Mann, Rothbaum, se ocupă în tezele lor (1926) de sindromul cortico-pleural la copii și auto-seroterapia în bronchopneumoniile infantile. *Schesser* arată eficacitatea cresivalului în tracheo-bronchite, cu deosebire la copii exudativi. *Slobozianu* (1927) descrie 1 caz de bronchopneumonie congenitală. *Giușcă* arată încercările făcute prin oxigenoterapie în bronchopneumonia și tusea convulsivă la copii. *Benion* (1928) studiază valoarea seroterapiei antipneumococice în pneumonii și bronchopneumoniile infantile.

Leitner arată rezultatele obținute în 8 cazuri cu tratamentul prin optochină al empiemelor pneumococice (metoda lui *Gralka*). Tratamentul trebuie inaugurat cât mai precoce posibil, primele puncții, plus injecție trebuie repetate la interval de 3—4 zile. Spălarea cavității pleurale cu optochină 0,5% pare a fi foarte avantajoasă. În caz de empieme mai mari trebuie întrebuințată, în locul seringii de 10 cm³, cea de 20 cm³, pentru a scurta durata intervenției. Să nu se depoziteze, de frica intoxicației cu optochină, doze prea mici de ale acesteia. 25 mgr. pro kgr. se pot injecta în cavitatea pleurală chiar la copii de sân de tot fineri! Este foarte important ca pielea să fie bine îngrijită la locul injecției. La copii de sân mici, sau copii mai mari neliniștiți, cu scop de a cruța cordul, este bine să se injecteze înaintea primelor 2 intervenții, ulei camforat, hexeton, sau cardiazol.

Mai recent *Ionescu* (1929) descrie 1 caz de bronchopneumonie schimbând granulia la 1 sugaci, cu mai multe puseuri. Vindecare completă după 16 luni durată. Cutireacția tuberculinică persistent negativă. Antecedente indemne de tuberculoză. Radiografia: granulie, ceace arată cât de circumspect trebuie făcut diagnosticul. *Maurer* aduce contribuțiuni la studiul bacteriologic al bronchopneumoniei infantile. Între 26 cazuri germenii izolați sunt stafilococi, streptococi, pneumococi, diplococi catarali, enterococi, o singură dată micrococi tetragenii. Emocultura 12 ori pozitivă (1 singur germen: streptococi, diplococi catarali, pneumococi, enterococi). Importanța terenului este capitală pentru desvoltare.

În ce privește leziunile otorinolaringologice, *Donescu* studiază abscesul retrofaringian (1900). *Immervol* (1907) descrie cazul unui copil sufocat în urma intrării unui bob de fasole în trachee. *Galian* (1912) se ocupă de problema vegetațiilor adenoidice. *Popoliță* (1923) atrage atențiunea asupra frecvenței otitelor maladiilor infecțioase acute, remarcând benignitatea lor când sunt tratate la timp. Surditatea este, mai presus de toate, o urmare a otitelor ignorate și neglijate. Complicațiunile cerebrale otogene sunt extrem de rare. *Alexandrescu* aduce contribuțiuni la studiul otitei latente în prima copilărie.

Dumitriu (1924) descrie cazul unui copil de 16 ani, prezentând leziuni crustoase în interiorul urechei drepte, cari au fost precedate de 2—3 zile printr'o paralizie facială de tip periferic a aceleiași laturi. Lipsa de otită. Bolnavul mai avea pupilele neegale, aceea a laturii drepte fiind mai dilată, secrețiunea sudorală spontană fiind scăzută și cea

provocată prin pilocarpină retardată de latura dreaptă. După dispariția leziunilor crustoase paralizia facială continuă să persiste.

Rabinovici, Oncescu-Beșteley, Ciulei, Bacevarova, se ocupă în tezele lor (1925—27) de polipoza nazală recidivantă și deformantă la copii, oțita medie catarală și oțita medie supurată la copiii mici. *Pancu* (1927) arată frecvența oțitei medii acute gripale la copiii sub 4 ani (dintre 100 copii gripați 29 oțite medii acute).

Eliescu arată că ozonogenul *Iacobovici-Pamfil* (ipocloriți de un filtru mai stabil, mai ieftini ca alte substanțe și ușor de mânuit) reduce consistența, cantitatea puroului și virulența microbului, mult mai repede ca apa oxigenată. Fefiditatea secreției dispărută în 24 ore. Nu irită mucoasă auriculară, nu produce simptome subiective neplăcute, este un bun siccativ al secreției, diminuându-o în 5—9 zile. Nu produce fenomene de intoxicație, aducând vindecarea cu cicatrizarea timpanului în 12—16 zile. Nu aduce niciodată cronicitate, întrebunțat corect. *Slobozianu-Tețu* publică 1 caz de ematom supurat al septului nazal la 1 sugaci de 10 zile.

Brestoiu (1927) studiază în teza sa tratamentul ipertrofiei amigdalice prin diatermocoagulare. *Costandache-Toma* publică 2 cazuri de oțită supurativă, cauzată prin bacilul lui Eberth. Autovaccinul a dat rezultate foarte bune. *Fotiade* (1928) arată rezultatele personale obținute în extracția corpiilor streini tracheo-bronchici. *Segal* (1929) descrie 2 cazuri de flebită a sinusului cavernos, de origine rinogenă cu apariția bruscă a fenomenelor și tabloul complet al simptomatologiei. *Constantinescu* arată că la 40 elevi surdo-muși cu incontinență urinară, ariera intelectuală, epilezie, examenul de laborator (formula leucocitară — Nageotte, reacțiile Wassermann, Pandy și Nonne-Appelt, cât și reacția coloidală a lichidului cefalorachidian) adesea a depistat ca etiologie sifilisul.

In rezumat, lucrările românești constituie prețioase contribuțiuni asupra diferitelor leziuni pulmonare și otorino-laringologice, cât și tratamentul lor (seroterapia, metoda lui *Gralka* în empiemele pneumocice, ipocloriții de filtru mai stabil, *Iacobovici-Pamfil*, în oțite etc.). Se descrie o variațiune anatomo-clinică nouă a sclerozelor pleuro-pulmonare, cu modificări importante din partea infundibulului pulmonar (*Cănciulescu-Eschenazy*).

Bibliografie:

- Nica C. G.*: Considerațiuni asupra pneumoniei la copii. Teză. București 1878.
Pallanz A.: Pleuresia purulentă și tratamentul ei la copii. Teză. București 1886.
Mirinescu M.: Contribuțiuni la studiul infecțiilor bronchiale la copil. Teză. București 1893.
Nestor N.: Spitalul 1906.
Alexandrescu C.: Pneumonia, forma prelungită la copii. Teză. București 1906.
Hirsch: Contribuțiuni la studiul pleuritei la copii. Teză. Iași 1911.
Gane T.: Soc. Biol. T. 79, pg. 865.
 „ „ Pleuresia serofibroasă între 0—2 ani. București. Ed. Göbl. 1919.
Slobozeanu H.: Paris méd. 1920.
Cajal M.: Bull. Mém. Soc. Hôp. Bucarest 1924, pg. 16.
Slobozeanu H.: Soc. Anat. Pat. 1925.
Eisenberg A. M.: Pleuresiile mediastinale posterioare la copii. Teză. București 1925.
Cănciulescu M.: Rev. Șt. Med. 1926 pg. 861.
 „ „ „ „ „ „ „ 665.

Mann W.: Sindromul corticopleural la copii. Teză. București 1926.
Rothbaum M.: Autoseroterapia în bronchopneumoniile infantile. Teză. București 1926.

- Schesser M. I.*: Rom. Med. 1926, pg. 6.
Slobozianu H.: Soc. Anat. Patol. 18 Febr. 1927.
Giușcă C. V.: Incercări de oxigenoterapie subcutanată, în bronchopneumonie și tusea convulsivă la copii. Teză. București 1927.
Benion I. G.: Valoarea serului anti-pneumococic în bronchopneumonii și pneumonii la copii. Teză. București 1928.
Leitner F.: Jahrb. f. Kinderheilk. V. 119, 1928.
Ionescu O. V.: Rev. Șt. Med. 1929, pg. 482.
Maurer M. I.: Contribuțiuni la studiul bacteriologic al bronchopneumoniilor infantile. Teză. București 1929.
Donescu N.: Câteva cuvinte asupra abceselor calde retrofaringiene în spitalul de copii, observate dela 1880—1900. Teză. Buc. 1900.
Immervol: Bul. Soc. Med. Nat. 1907—8.
Galian D.: Spit. 1912, pg. 273.
Popoliță N.: Cluj. Med. 1923, pg. 281.
Alexandrescu L.: Contribuțiuni la studiul otitelor latente în copilărie. Teză. București 1924.
Dumitriu V.: Spit. 1924, pg. 352.
Rabinovici I.: Contribuțiuni la studiul polipozei nazale recidivante și deformante la copii. Teză. Iași 1925.
Oncescu-Beșteley P.: Oțita medie catarală la sugaci. Teză. București 1925.
Ciulei V. I.: Oțita medie supurată latentă la sugaci. Teză. București 1926.
Bacevarova M.: Oțita medie supurată la copiii mici. Teză. București 1927.
Slobozeanu H.-I. Tețu: Soc. Oto-rino-laring. 7 III. 1927.
Iancu G.: Cercetări asupra frecvenței oțitei medii acute gripale la copiii sub 4 ani. Teză. Cluj 1927.
Eliescu P.: Contribuțiuni la tratamentul supurațiilor acute ale urechei. Teză. Cluj 1927.
Brestoiu G.: Tratamentul ipertrofiei amigdalice prin diatermocoagulare. Teză. București 1927.
Costandache I.-A. Toma: Rev. Med. Chir. 1927, pg. 435.
Fotiade V.: Rev. Șt. Med. 1928, pg. 427.
Segal L.: Mișc. Med. 1929, Nr. 1.
Constantinescu M. F.: Rev. Șt. Med. 1929, pg. 388.

Gh. P.

INFORMAȚIUNI.

Al șaselea curs internațional de înaltă cultură medicală al Fundației Tomarkin, ținut la Merano la 9—22 Septembrie.

Se aduce la cunoștința medicilor, că dela 9 la 22 Septembrie a. c. se ține la Merano în Italia al șaselea curs internațional de înaltă cultură medicală al Fundației Tomarkin.

Cursurile se țin sub înaltul patronaj al Alteței Sale Regale Principele Filibert Duce de Pistoia și vor avea următoarele specialități:

Boli de inimă; Probleme privind nutriția; Boale de Copii; Boli gastro-intestinale; Medicină Socială; Conferințe libere.

Conferențiarii sunt următorii:

Boli de inimă: Prof. Dr. Danielopolu, Prof. Dr. Ferrata, Prof. Dr. Jagic, Prof. Dr. Lichtwitz, Dr. Ravault, Prof. Dr. Reiter, Prof. Dr. Schmidt, Prof. Dr. Wolhard, Dr. A. Weber, Prof. Dr. Wenkebach, și Prof. Dr. Zondeck.

Probleme privind nutriția: Prof. Dr. Bertarelli, Prof. Dr. Bircher-Benner, Prof. Dr. Foa, Prof. Dr. Sbarsky.

Boli de copii: Prof. Bochini, S. E. de Blasi, Prof. Dr. Cohen, Prof. Dr. Dustin, Dr. Lepine, Prof. Dr. Levaditi, Prof. Dr. Loevenstein, Park Wiliam.

Boli gastro-intestinale: Prof. Dr. Bence, Prof. Cas-tellani, Prof. Dustin, Prof. Savy, Prof. Singer, Prof. Dr. Strauss, Prof. Thannhauser.

Medicină Socială: Ing. Albertine, Prof. Ragazzi, Gr. Fabri, Prof. Cemelli, Prof. Lepine, Prof. Morelli, Prof. Sanarelli.

Conferințe libere: Prof. Blum, Prof. Blumenthal, Prof. Burian, Prof. Ferrata, Prof. Fichera, Prof. Fried-lander, Prof. Gilbert, Prof. Jagic, Prof. Kerl, Prof. Koranyi, Prof. Laquer, Prof. Löwenstein, Prof. Neuberg, Prof. Picinini, Dr. Ravault, Prof. Stern, Prof. Tannhauser și Prof. Wagner Jauregg.

Dat fiind pedeoparte importanța științifică a cursurilor iar pe de altă parte ținând seama că programul este pre-văzut cu o bună parte artistică (Maestrul Pietro Mascagni dirijează concertele) sfătuim pe confrăți să participe în număr cât de mare.

Informațiuni complimentare se pot lua zilnic la Asociația Generală a medicilor Str. Isvor 16, Telefon 37542.

*

Primul congres național asupra maladiilor contagioase ce se va ține la Craiova în zilele de Vineri 26, Sâmbătă 27 și Duminecă 28 Octombrie 1934 sub Înaltul Patronaj al Majestății Sale Regelui Carol II

PROGRAM

Ziua I-a 26 Octombrie 1934

Ora 10 Dimineața: Parastas la Biserica Domnească Sft. Dumitru, pentru odihna sufletelor marilor îndrumători în lupta contra boalelor contagioase din România, precum și a medicilor răpuși în războiu din cauza boalelor contagioase.

Ora 11 dim. Teatrul Național: Deschiderea Congresului sub președinția D-ului Ministru al Sănătății.

Ora 13: Dejunul.

Ora 15: Vizitarea Spitalelor: Th. I. Preda și Boale Contagioase din Craiova.

Ora 16 Palatul Ad-tiv: Conferință asupra orga-nizării actuale în lupta contra boalelor contagioase

Ora 20: Masa.

Ora 21: Reprezentație festivă la Teatrul Național în onoarea Domnilor congresiști.

Ziua II-a 27 Octombrie 1934

Ora 9 dim. Palatul Ad-tiv: **Difteria.** Concluziuni asupra felului cum trebuie conceput azi tratamentul preventiv și curativ al Difteriei.

Ora 11 dim.: Vizitarea spitalului Filantropia.

Ora 13: Dejunul.

Ora 15 Palatul Ad-tiv: **Febre exantematice.**

Ora 21: Masa.

Ziua III-a 28 Octombrie 1934

Ora 9 dim. Palatul Ad-tiv: **Date noi asupra meningococului și tratamentul Meningitei cerebro-spinale epidemice.**

Regulamentul congresului

Domnii Raportori, precum și Domnii Medici cari doresc a face comunicări, sunt rugați a trimite rapoartele și comunicările în extenso neapărat până la 15 Octombrie 1934, iar anunțarea lor până la 1 Octombrie 1934, pe adresa Președintelui Comitetului din Craiova, Dr. A. Metzulescu, la Spitalul de Boale Contagioase. Atunci se va ține adevăratul program.

Domnii Raportori sunt rugați a expune lucrarea în maximum 15 minute, iar comunicările se vor expune în 5 minute.

Deasemeni, Domnii Medici cari vor lua parte la discuțiuni, vor lua cuvântul tot numai 5 minute.

Taxa de Congres este de 100 lei de persoană.

Inscrierile se pot face chiar de acum, adresate Spitalului de Boale Contagioase din Craiova.

Comitetul își rezervă dreptul eventual pentru oarecare modificări în program, pentru succesul deplin al Congresului.

*

Lucrările pregătitoare pentru întocmirea Catalogului de Presă din România pe 1935, au început.

Toate ziarele și revistele, cari nu figurează în partea redacțională a catalogului pe 1934 și cari doresc să fie trecute în catalogul de presă pe 1935, vor binevoi să trimeată cu întoarcerea poștei, datele exacte despre tariful lor, precum și câte un exemplar de probă, editorului catalogului: Agenției de publicitate Rudolf Mosse S. A. Bul. Brătianu No. 22, București I.

Trecerea în partea redacțională a catalogului are loc în mod gratuit.

*

Congresul anual al societății române de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie se va ține în acest an la Cluj în zilele de 14—16 Octombrie.

Se vor prezenta și discuta următoarele rapoarte în legătură cu Ereditatea:

1. *Profesor Marinescu și Agregat Ionescu-Sisești*: Bolile nervoase ereditare și familiale.

2. *Profesor L. Ballif*: Bolile mintale ereditare și familiale.

3. *Dna Dr. Cernăuțeanu-Ornstein*: Bolile endocrine ereditare și familiale.

4. *Profesor Ștefănescu-Goangă*: Psihologia experimentală și studiul vieții psihice.

5. *Dr. G. Preda*: a) Ereditatea și psihismul; b) Psihologia experimentală și psihiatrică.

6. *Profesor C. Parhon*: Profilaxia și igiena mintală în România.

Orice informațiuni în legătură cu congresul se vor cere *Dlui Dr. Teofil Dragomir*, șef de lucrări la clinica neurologică CLUJ, Str. Dr. V. Babeș 63.

*

Se aduce la cunoștința publicului medical, că în laboratorul Clinicii Ginecologice și Obstetricale din Cluj, după mari eforturi și sacrificii s'a organizat conform cerințelor moderne o secțiune pentru executarea reacțiilor biologice: reacțiunea precoce a sarcinii și titrarea hormonilor sexuali.

Reacțiunea de sarcină precizează sarcina, după toate statisticile și experiența noastră, cu 98,7% deja la a 8-a zi după oprirea menstruației. Pentru reacțiune se trimite urina de dimineața (gravida să nu ia nici un medicament în preziua recoltării) luată cu sonda, însă și prin micțiune spontană corespunde cerințelor. Cantitatea urinei e de 50 cmc. ce se trimite laboratorului într'un flacon bine curățit (nu e nevoie să fie steril), pentru distanțe lungi (provincie) e necesar a adăuga la această cantitate de urină 3 picături soluție de tricresol agitând conținutul.

Răspunsul se poate avea la 48h dela recepțiunea materialului, în cazuri urgente și la mențiuni, chiar după 24h. Pentru provincie răspundem telegrafic. Costul reacțiunii e 100 lei pentru Cluj iar pentru provincie 120 lei.

Titrarea hormonilor sexuali precizează diagnosticul de molă hidatiformă, chorioepiteliom și clarifică tabloul clinic de meno=metroragii, amenoree și oligomenoree (hiper= sau hipo=hormonale) precum și diferitele stadii ale climacteriului, sterilitatea indicând tratamentul. Pentru această analiză se trimite laboratorului urină de dimineața în cantități de 150 cmc. luând toate precauțiunile de mai sus (vezi reacția de sarcină). Data recoltării este intermenstrul; în cazuri de amenoree sau metroragii ce datează de mai mult timp se poate recolta ori când.

Răspunsul analizei e dat la 7 zile după recepțiunea materialului. Costul acestei reacțiuni e 300 Lei.

Pentru orice reacțiune taxa se trimite deodată cu urina de analizat.

Dr. George Purge
șeful laboratorului de
analize biologice a Clinicii
Ginecologice și Obstetricale
din Cluj, Str. Mico 3.

*

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

Redacția „Clujul Medical“

*

AVIZ. La revista „Clujul Medical“ se pot face traduceri de articole medicale din limba română în cea franceză și germană, din limba germană în cea franceză și din limba maghiară în germană! Prețul e 100 lei pagina scrisă la mașină, plătitibil la preluarea traducerii.

CORAMINE "CIBA"

CARDIOTONIC ȘI EUPNEIC

solubil în apă, administrabil în injecțiuni și pe cale bucală.
Injecție neiritantă. Efect rapid, momentan și îndelungat
Ușor administrabil. Dozare exactă. Indicațiuni multiple.

Stări acute de colaps Insuficiență cardiacă.
Turburări respiratorii Intoxicări narcotice.
Slăbiciune circulatorie postoperativă.

Fiole de 1,7 cmc, cutia cu 5 și 20 bucăți.

Fiole de 5,5 cmc, cutia cu 3 bucăți.

Picături: flaconul cu 15 cmc.

SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE À BÂLE, (SUISSE)
Reprezentant pentru România: L. Bogoi, Str. Lucaci 74, București.

PERPARIN
CHINOIN S.A.

Efect
rapid
sigur
de lungă
durată!

Aceeași acțiune nu
se poate obține, decât
cu o combinație a pa-
paverinei, cu diferite alte
antispasmodice.

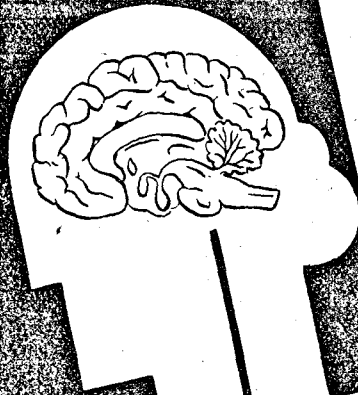
UN NOU ALCALOID SINTETIC

TABLETE • INJEȚIUNI • PULVERE

Acțiune antispasmodică de
3 (xxx) ori mai puternică!
Toxicitate de 9 (xxx xxx xxx)
ori mai redusă!
EFTIN!

LITERATURA ȘI MOSTRE LA DISPOZIȚIA
DLOR MEDICI PRIN REPREZENTANȚA
GENERALĂ:

FREDERIC SPODHEIM & CO
BUCUREȘTI • 2 • BDUL ELISABETA 55



In
turburări funcționale
ale
ovarelor

PROLAN

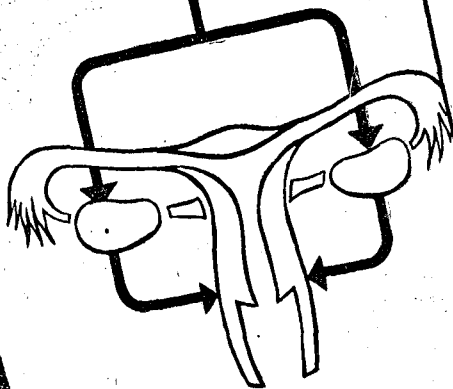
Hormon standardizat din lobul anterior de hipofiză

Pentru stimularea funcțiilor ovariene
în amenoree, oligomenoree, infantilism,
sterilitate, dismenoree.

Indicat și în cașexie hipofizară și în afecțiuni congestive.

AMBALAJE ORIGINALE:

Cuții cu 5 fiole de 100 unități șobolani + 5 fiole de 2 cc apă sterilizată
Cuții cu 1 fiolă de 500 unități șobolani + 1 fiolă de 5 cc apă sterilizată
Cuții cu 5 fiole de 500 unități șobolani + 5 fiole de 5 cc apă sterilizată



UNDEN

Hormon ovarian standardizat

Tratament cu scopul de a înlocui secrețiunea
foliculare insuficientă sau complet absentă.

Turburări de menopauză, oligomenoree, amenoree.

AMBALAJE ORIGINALE:

Cuții cu 5 fiole de 2 cc cu câte 100 unit. șoareci
Cuții cu 25 fiole de 2 cc cu câte 100 unit. șoareci
Flacon cu 15 dragele de câte 100 unități șoareci

Pentru tratamentul clinic se recomandă o întrebuintare al-
ternativă de Prolan și Unden corespunzătoare gradului de
secrețiune hormonală (în prima jumătate a perioadei inter-
menstruale Prolan, în a doua Unden).



»Bayer«

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen a. Rh.