

CLUJUL MEDICAL

REVISTĂ MEDICALĂ LUNARĂ

Clinica Oto-rino-laringologică a Facultății de Medicină din Cluj
Director: Prof. Dr. G. BUZOIANU

COMENTARIUL ASUPRA 61 CORPI STREINI TRAHEO-BRONHO-ESOFAGIENI

de:
Prof. Dr. G. BUZOIANU
și
B. M. TĂRNĂVEANU

Noțiuni preliminare.

Îmbolnăvirile prin corpi streini a căilor aeriene și digestive superioare, constituiesc prin relativa lor frecvență, prin multiplele aspecte sub cari se pot prezenta și prin complicațiunile grave pe cari le pot produce, un important capitol al specialității oto-rino-laringologice.

Problema extracției acestor corpi streini, atât de dificilă în era premergătoare traheo-bronhoscopiei și esofagoscopiei, a fost rezolvată în modul cel mai salutar posibil prin introducerea acestei metode endoscopice care permite explorarea directă a traheei, bronhiilor și esofagului în condițiuni optime atât pentru operator cât și pentru bolnav.

La ambulanța clinicei oto-rino-laringologice din Cluj s'au prezentat între 1—I 1935 și 1—VIII 1939 — deci într'un interval de patru ani și jumătate — un număr de șaizeci și unu bolnavi la cari s'a pus diagnosticul de corp strein în trahee, bronhii sau esofag. Corpii streini esofagieni au fost mai frecvent întâlniți; din șaizeci și una cazuri 45 aparțin esofagului și numai 16 traheei și bronhiilor, adică un procent de 75% în favorul celor dintâi.

Sexul. În statistica noastră se constată o predominanță spre cel feminin (34 la 27). În cazul corpiilor streini ai căilor aeriene, sexul nu implică decât o mică diferențiere, atât cel masculin cât și cel feminin (27 la 18). Aceasta se explică prin frecvența mai mare a intoxicațiunilor cu sodă caustică — implicit a stenozelor esofagiene post-caustice, în sexul feminin; ori stenozele post-caustice chiar relative, favorizează fixarea corpiilor streini (alimentari sau de altă natură) în lumenul esofagian.

Etatea. Limită de vârstă nu există, îmbolnăvirile prin corpi streini putând surveni la orice etate. Este

însă preferată vârsta copilăriei. Astfel din totalul de 61 cazuri 41 au fost copii și numai 20 adulți.

Natura. Din punct de vedere al naturii lor, am întâlnit corpi streini de proveniență animală (fragmente de oase, carne, cartilagii), vegetală (boabe, sâmburi, semințe, fragmente de fructe) sau minerală (monede, nasturi, cuie, ace, capsule metalice). Toți corpiii streini esofagieni și majoritatea celor traheo-bronhici au provenit din exterior prin cavitatea bucală, numai doi corpi streini ai căilor aeriene au luat naștere incidental cu ocazia diferitelor intervenții chirurgicale.

Localizarea. Observațiunile clinice au arătat că locul de predilecție al corpiilor streini esofagieni este treimea superioară a esofagului, restul nefiind intere-

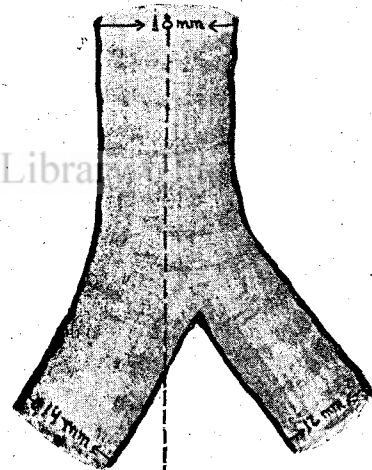


Fig. 1.

Figură schematică în mărime naturală reprezentând diferențele care există între bronhia stângă și cea dreaptă.

sat decât în cazuri mai rare, datorită sau unei stenoze ce se află la acel nivel, sau încercărilor anterioare de extracție cari au avut ca rezultat împingerea elementului strein în jos. Din cele 45 cazuri de corpi streini esofagieni observate în clinica noastră, în 32 localizarea a fost în treimea superioară a esofagului, iar în 13 în restul acestui conduct. Dintre acestea din urmă în 12 cazuri am avut stenoze esofagiene post-caustice iar în unul corpul strein a fost împins în treimea mijlocie a esofagului prin tentative anterioare de extracție.

Corpii streini traheo-bronhici se pot localiza în oricare segment al căilor aeriene: spațiul subglotic, bifurcația traheei, bronhiile principale și secundare. Există însă anumite regiuni cari prin particularitățile lor ana-

tomice devin locuri de predilecție. Acestea sunt bifurcația traheei și bronhia dreaptă. În regiunea bifurcației traheea este alungită în sens transversal și prezintă lateral cele două orificii bronhice, din cari cauzează un obstacol în calea corpurilor streini. Bronhia principală dreaptă este preferată celei stângi, având un diametru mai mare (14—12 mm față de 12—9 mm), un orificiu de deschidere mai larg și un unghi de deviație mai mic (24° față de 45°), ceea ce face ca această bronhie să pară a fi nu bifurcația ci continuarea traheei. Localizarea corpurilor streini în bronhiile secundare este rară. Unul sau două cuie extrase au fost astfel implantate încât corpul cuiului era alunecat în bronhiile secundare, pe când foarea cuiului era situată încă în lumenul bronhiei principale. Dintre corpii traheo-bronhici extrași, șapte au fost situați în bron-

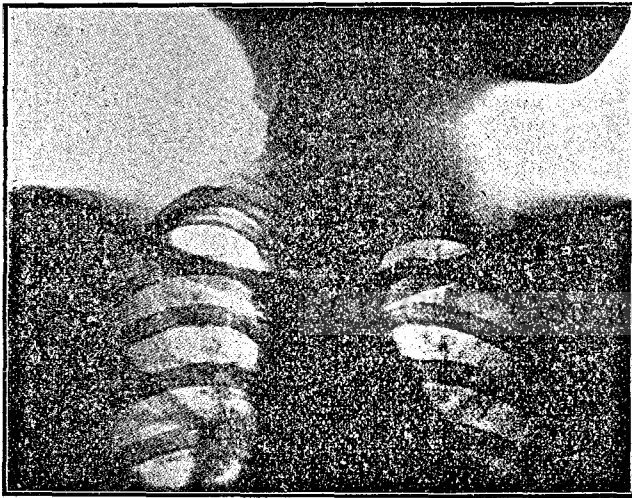


Fig. 2.

Aspectul radiografic a două monede de 2 lei, perfect suprapuse, inclavate în treimea superioară a esofagului.

hia dreaptă, trei în trahee și cinci în bronhia stângă.

Diagnosticul.

În stabilirea diagnosticului am pus o mare importanță pe datele furnizate de anamneză, evoluția boalei, simptomele clinice și mai ales examenul direct al căilor aeriene și al esofagului.

Anamneza. Aceasta ne-a procurat date precise asupra corpului strein și a vechimei sale în organism. În cazul corpurilor streini esofagieni ne-am interesat de actul deglutiției și eventualitatea existenței unei stenozes esofagiene — de obicei post-caustice. Ne-am interesat întotdeauna de eventualitatea unor tentative anterioare de extracție cari adesea pot fi cauza unor complicațiuni locale sau generale mai mult sau mai puțin grave și cari, pe lângă periclitarea vieții bolnavului, în necunoștință de cauză pot cădea în sarcina noastră. În determinările pulmonare cronice cu o etologie ne-

determinată, am cercetat întotdeauna în direcția unui corp strein.

Simptomatologia clinică. Simptomele clinice nu sunt specifice și constante, variind cu localizarea și caracterele corpurilor streini. La corpii streini esofagieni am observat de obicei prezența sindromului esofagian: disfagie, durere și regurgitare. Mai des a fost întâlnită disfagia, iar regurgitarea este singurul simptom observabil la copiii mici. În cazul corpurilor streini ai căilor aeriene, un element situat în căile aeriene superioare se caracterizează prin: dispnee, tuse cu expectorație și alterarea voci. Un corp traheal poate produce prin spasm glotic asfixie mecanică sau reflexă și consecutiv moartea bolnavului. Corpii streini localizați în căile aeriene inferioare au o simptomatologie diferită. Elementele mici, hidrofobe nu produc semne evidente până la ivirea complicațiilor. Corpii mari sau hidro-

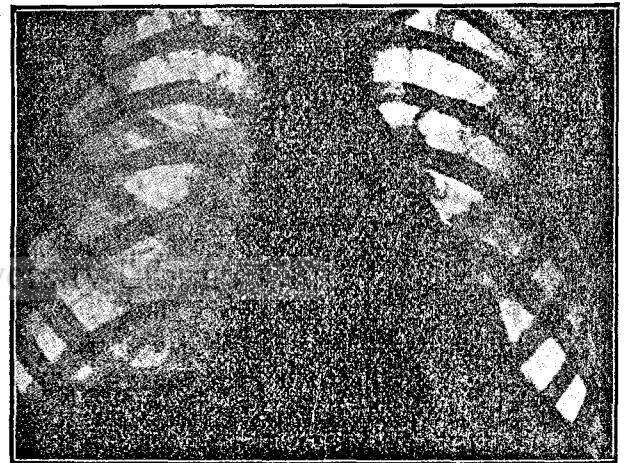


Fig. 4.

Aspectul radiografic al unui cui de bocanc inclavat în bronhia stângă.

fili se caracterizează prin: dispnee, scăderea amplitudinii respiratorii de partea afectată, diminuarea sonorității pulmonare și abolirea murmurului vezicular. Cu cât obstrucția e mai accentuată cu atât semnele sunt mai evidente.

În toate cazurile am procedat la măsurarea temperaturii bolnavului, care ni s'a prezentat pentru eventualitatea unui corp strein, febra indicându-ne prezența unui proces inflamator în organism de cele mai multe ori în legătură de cauzalitate cu corpul strein. Deci o temperatură ridicată peste normal este un semn de quasi-certitudine al complicațiilor cauzate de corpii streini.

Evoluția. Evoluția unui corp strein al căilor aeriene diferă după caracterele și localizarea lui, putând fi: acută, subacută sau cronică. Evoluția acută este dată de un element cu un caracter septic, hidrofil sau

volum inițial mare. Se pot produce accidente inflamatorii sau accidente asfixice. Cu cât corpul strein este mai septic iar obstrucția mai completă, cu atât complicațiunile vor fi mai grave și mai precoce. Evoluția subacută este datorită prezenței corpurilor streine cu o septicitate redusă sau de dimensiuni mai mici, cari pot stagna în organism un timp mai îndelungat, complicațiunile survenind mai târziu. Evoluția lentă este cauzată mai ales de elementele metalice, cu o suprafață netedă și volum mic, cari trec neobservate uneori ani de zile, producând tardiv complicațiuni pulmonare cronice. Câteodată examenul pulmonar executat în altă direcție arată prezența unui corp strein necunoscut până atunci. Alteori, această evoluție cronică imită pe aceea a tuberculozei incipiente.

Corpii streini esofagieni pot produce în evoluția lor complicațiuni imediate sau tardive, după cum corpul

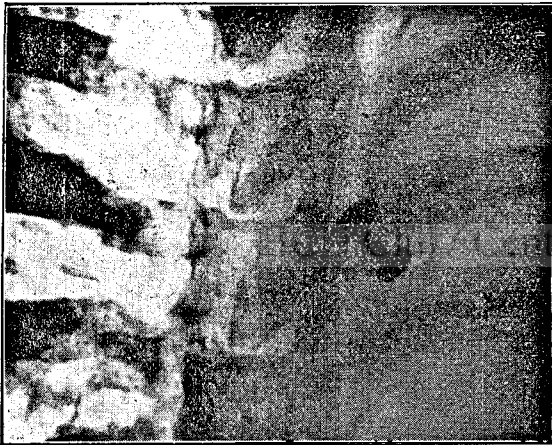


Fig. 4.

Aspectul radiografic al unui corp strein (buton de cămașă) înclavat în bronhia stângă.

este ascuțit sau neted. Avem plăgile esofagiene, cari sunt punctul de plecare al esofagitelor acute superficiale, ulceroase sau flegmonoase, oricare dintre ele putând produce mediastinite. Apoi perforațiuni esofagiene cari pot fi urmate sau de inflamația țesutului mediastinal sau de perforațiuni vasculare ori fistule esofagiene complicate de supurațiuni pleuro-pulmonare.

Examenul direct. Examenul direct al căilor aeriene și al esofagului l-am făcut cu ajutorul examenului radiologic și endoscopiei exploratorii, cari ne-au furnizat datele cele mai importante de diagnostic. Rolul radiologiei în descoperirea și localizarea corpurilor streine a fost important, mai ales atunci când am avut de a face cu un element radio-opac, când acest examen ne-a confirmat diagnosticul clinic pus și ne-a arătat sediul exact al corpului strein, fapt care ușurează mult intervenția. Întotdeauna când am presupus existența unui

corp strein traheal, bronhic sau esofagian iar acesta n'a putut fi pus în evidență prin metodele arătate, am trecut la endoscopia exploratorie, care s'a dovedit a fi cel mai sigur mijloc de diagnostic și care — în caz de pozitivitate — a devenit în același timp mijlocul de tratament. Traheo-bronhoscopia și esofagoscopia nu prezintă nici o contraindicație, ele trebuind executate ca metodă exploratorie întotdeauna când presupunem existența unui corp strein sau ne cere bolnavul acest examen, ca metodă terapeutică întotdeauna când s'a pus diagnosticul de corp strein al căilor aeriene sau esofagului.

Tratamentul.

Am căutat să extragem corpul strein cât mai repede și pe cât posibil cu păstrarea integrității anatomice și fiziologice a căilor aeriene și esofagului. În toate cazurile am recurs la o extracție endoscopică, deci pe



Fig. 5.

Radiografie anterioară pulmonară în care se vede un corp strein esofagian (capsulă metalică dela ghată) situat în treimea superioară a acestui conduct.

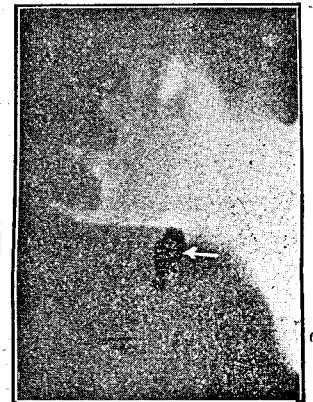


Fig. 6.

Radiografia laterală a corpului strein din figura 5.

cale naturală, ea fiind complet inofensivă dacă se face sub controlul vederii și de un operator abil, cu o practică suficientă. În privința timpului de intervenție, endoscopia trebuie executată imediat ce s'a pus diagnosticul.

Din punct de vedere al instrumentului, clinica otorino-laringologică din Cluj dispune atât de endoscopul tip Chevalier Jackson, cât și de cel tip Brunnings. Pentru examenul endoscopic al căilor aeriene am preferat să utilizăm endoscopul lui Chevalier-Jackson care ne dă o mai bună vizibilitate a câmpului operator, endoscopul lui Brunnings folosindu-l mai ales pentru intervențiile pe cale directă executate asupra esofagului. În general se poate utiliza cu același succes orice endoscop care se găsește la îndemână.

Grosimea tubului de utilizat diferă după etate.

De asemenea și anestezia. La copii operăm fără anestezie. La adulți întrebuițăm anestezia locală. Poziția bolnavului preferată de noi este în decubit dorsal, cu capul dat pe spate și susținut de un ajutor. Această poziție dă posibilitatea unei mai ușoare imobilizări a bolnavului și în același timp este mai puțin obositoare pentru acesta din urmă.

În cazul corpilor streini ai căilor aeriene am preferat bronhoscopia superioară totdeauna celei inferioare ultima neutilizând-o decât atunci când bolnavul a fost anterior traheotomizat sau când — din cauza asfexiei produse de un edem subglotic ori spasm glotic — am fost siliți să facem o traheotomie de urgență pentru a salva viața bolnavului.

După introducerea endoscopului în căile aeriene sau esofag restul intervenției a variat de la caz la caz după situațiunea ce s'a prezentat, putând spune din acest motiv că reușita operației se datorește întotdeauna ingeniozității operatorului. Scopul prim al acestei

Redăm foile de observație ale cazurilor studiate în clinica noastră.

Cazul 1: P. I., sex m., 5 ani. Semință de dovleac inclavată în bronhia principală dreaptă de 2 zile. Extras prin bronhoscopie inferioară, fără anestezie cu tub Brünning's. Vindecare. (1935: Prof. Buzoianu-Dr. Ionescu-Dr. Teodorescu).

Cazul 2: O. P., sex m., 3 ani. Boș de fasole în bronhia principală dreaptă de o zi. Extras fragmentar prin bronhoscopie superioară, fără anestezie, cu tub Chevalier-Jackson. Vindecare. (1936: Prof. Buzoianu-Dr. Ionescu-Dr. Teodorescu).

Cazul 3: M. I., sex m., 3½ ani. Monedă de un leu în treimea superioară a esofagului de 3 zile. Impinsă în stomac în timpul esofagoscopiei cu ajutorul tubului Brünning's. Eliminare după 3 zile. Vindecare. (1936: Prof. Buzoianu).

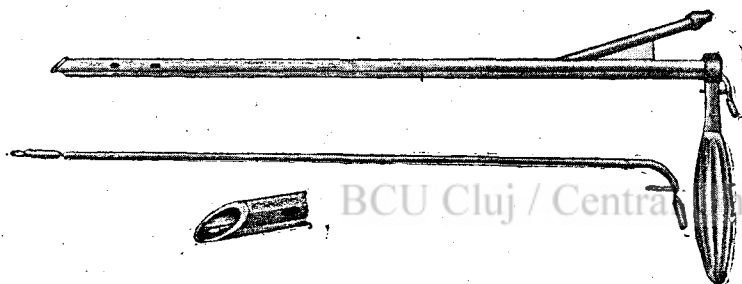


Fig. 7.

Tubul de endoscopie tip Chevalier-Jackson utilizat în clinica O. R. L. din Cluj. Dedeșubt se poate vedea poziția lămpii electrice fixată la extremitatea distală a endoscopului.

intervenții nefiind extracția ci reperarea corpului strein, se înaintează întotdeauna încetul cu încetul și cât se poate de prudent în interiorul traheei, bronhiilor sau esofagului, examinându-se cu minuțiozitate fiecare câmp ajuns în vizibilitatea ochiului, curățându-se cu grijă, prin tamponare, toate secrețiunile întâlnite și cari pot ascunde sub ele elementul căutat. În cazul bronhoscopiei o atenție deosebită trebuie acordată punctului de sprijin al bronhoscopului, acesta trebuind să fie deschizătura superioară a toracelui și nu laringele, când pot surveni complicațiuni neplăcute (edem subglotic). Odată reperat, extracția se face ușor și relativ repede cu ajutorul diferitelor pense de forme variate cari ușurează în primul rând însăși manopera de extracție, iar în al doilea rând scoaterea în totalitate a corpilor streini.

După intervenție am ținut bolnavul sub observație până când ne-am asigurat de completa lui vindecare. În cazul existenței unor complicațiuni pre-operatorii am tratat această complicație.

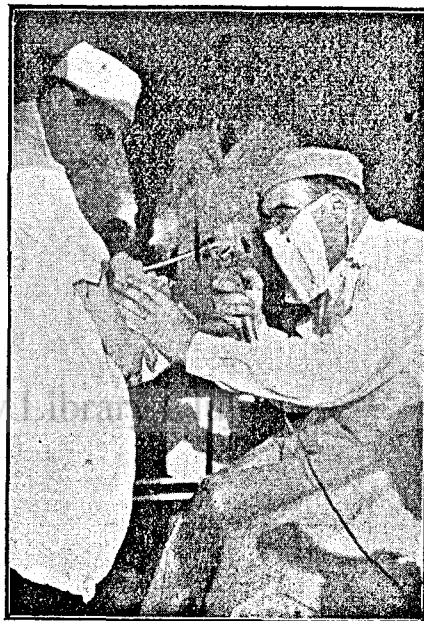


Fig. 8.

Endoscopia în clinica oto-rino-laringologică din Cluj. În timp ce endoscopul se introduce în căile aeriene sau esofag, capul bolnavului e menținut în poziție favorabilă de un ajutor iar alte două ajutoare prepară tamponatele stiletelor endoscopice.

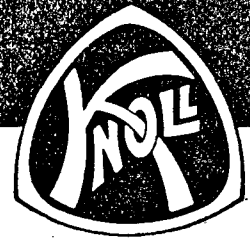
Cazul 4: M. I., sex m., 3 ani. Monedă de un leu în treimea superioară a esofagului de 6 zile. Extrasă prin esofagoscopie fără anestezie cu ajutorul tubului Brünning's. (1937: Prof. Buzoianu-Dr. Ionescu-Dr. Teodorescu).

Cazul 5: R. B., sex m., 5 ani, Monedă de un leu în treimea superioară a esofagului de 7 zile. Extrasă prin esofagoscopie fără anestezie, cu tub Brünning's. Corpul strein ascuns într-o plică a mucoasei peretelui posterior. Vindecare. (1935: Prof. Buzoianu-Dr. Teodorescu-Dr. Weinstein).

Cazul 6: D. A. sex f., 4 ani. Monedă de un leu în treimea superioară a esofagului de o zi. Extrasă prin esofagoscopie, fără anestezie, cu tub Brünning's. Vindecare. (1936: Prof. Buzoianu).

Cazul 7: G. R., sex f., 13 luni. Nasture metalic în treimea superioară a esofagului de 26 zile. Extras prin esofagoscopie, fără anestezie, cu tub Brünning's. Vindecare. (1936: Prof. Buzoianu).

Veritol



Noul

**remediu al circulației
și al colapsului**

Acționează repede și durabil,
mai puțin brusc, dar cu o durată
mai lungă decât adrenalina.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Hipotensiune • Colaps
în stările generale de epuizare,

în cursul lăuziei, convalescenței;
în intoxicații, maladii infecțioase;
înaintea, în cursul și după operații.

Lichid: Flacoane de 10 gr.

Fiole: Cutii de 5 bucăți.

Knoll A.-G., Fabriki chimice, Ludwigshafen/Rin

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.

Hormonul folicular cristalizat

Glanduholin

Tablete de 100, 300 și 1000 unități internaționale.

Fiole de 100, și 20.000 unități internaționale, în soluție apoasă.

Fiole de 1000, 10.000 și 50.000 unități internaționale, în soluție uleioasă.

**Hormonul antehipofizar gonadotrop
extras din urină de gravidă**

Glanduantin

Fiole și tablete, titrate pe unități.

Fiole de 100 unități.

Tablete de 150 unități.

Remediul sigur al durerilor de orice natură

Veropyron

pulbere și tablete

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
BUCUREȘTI

BUCUREȘTI V. Str. Logofătul Tăut 99

Cazul 8: I. P., sex f., 3 ani. Monedă veche ungurească de 20 filleri în treimea superioară a esofagului de 5 zile. Extras prin esofagoscopie cu tubul Brünning's, fără anestezie. Vindecare. (1937: Prof. Buzolanu).

Cazul 9: B. R., sex f., 36 ani. În timpul unei bronhoscopii executate pentru biopsie vârful unei pense extractoare se desface și rămâne în trahee. Este extras imediat. Rezultatul biopsiei: prezumție sifilis. (Prof. Buzolanu-Dr. Csillag).

Cazul 10: F. C., sex f., de 2 ani. Nasture militar metalic în treimea superioară a esofagului de 4 zile. Extracție prin esofagoscopie cu tub Brünning's, fără anestezie. Vindecare. (1937: Prof. Buzolanu-Dr. Ionescu-Dr. Csillag).

Cazul 11: C. O., sex f., 5 ani. Monedă de 2 lei în treimea superioară a esofagului de 4 zile. Extracție prin esofagoscopie fără anestezie cu tub Brünning's. Vindecare. (1937: Dr. Ionescu-Dr. Cotul).

Cazul 12: P. B., sex f., 8 ani. Monedă de doi lei în treimea superioară a esofagului de o zi. Extrasă prin esofagosco-

Cazul 16: T. M., sex f., 64 ani. Fragment alimentar — gât de pasăre (cocoș) — în treimea superioară a esofagului de 3 zile. Extras prin esofagoscopie, anestezie locală, cu tub Brünning's. Vindecare. (1937: Dr. Ionescu-Csillag).

Cazul 17: P. G., sex f., 5 ani. Monedă de doi lei în treimea superioară a esofagului de o zi. Extrasă prin esofagoscopie, fără anestezie, cu tub Brünning's. Vindecare. (1937: Dr. Ionescu-Târnavăanu).

Cazul 18: P. S., sex f., 8 ani. Ploneză cu dublă valvă metalică și floare de carton în bronhia principală dreaptă de 6 zile. Extrasă prin bronhoscopie superioară, fără anestezie, cu tubul Chevallier-Jackson. Vindecare. (1937: Prof. Buzolanu-Dr. Gârbea).

Cazul 19: B. L., sex f., 6 ani. Cui mic de bocanc în bronhia principală dreaptă de două săptămâni. Extras prin bronhoscopie superioară, fără anestezie, cu tubul Chevallier-Jackson. Vindecare. (1937: Prof. Buzolanu-Dr. Naghi, Dr. Bogdan).

Cazul 20: K. F., sex m., 5 ani. Cui mare de bocanc în bronhia principală dreaptă, de 6 săptămâni. Abces pulmonar



Fig. 9.

Endoscopul introdus în căile aeriene sau esofag, văzut din spate

pie fără anestezie, cu tub Brünning's. Vindecare. (1937: Dr. Ionescu-Cotul-Târnavăanu).

Cazul 13: A. T., sex f., 33 ani. Placă de os inclavată în trahee de 6 luni. Extracție prin traheoscopie superioară, anestezie locală, cu tub Chevallier-Jackson. Vindecare. (1937: Prof. Buzolanu-Dr. Ionescu-Dr. Maghlar).

Cazul 14: P. C., sex m., 8 ani. Sâmbure de cireasă în treimea mijlocie a esofagului, de 2 zile. Stenoză esofagiană post-caustică. Tentative anterioare de extracție nereușite. Extras prin esofagoscopie, fără anestezie, cu tubul Brünning's. (Prof. Buzolanu-Dr. P. Bogdan-Dr. H. Popescu).

Cazul 15: I. T., sex m., 3 ani. Boabă de fasole în bronhia principală dreaptă de 4 zile. Tentative anterioare de extracție, nereușite. Traheotomie de urgență (asfixie completă). Extracție prin bronhoscopie inferioară, fără anestezie, cu tubul Chevallier-Jackson. Vindecare. (1937: Prof. Buzolanu-Dr. Bogdan-Dr. H. Popescu).

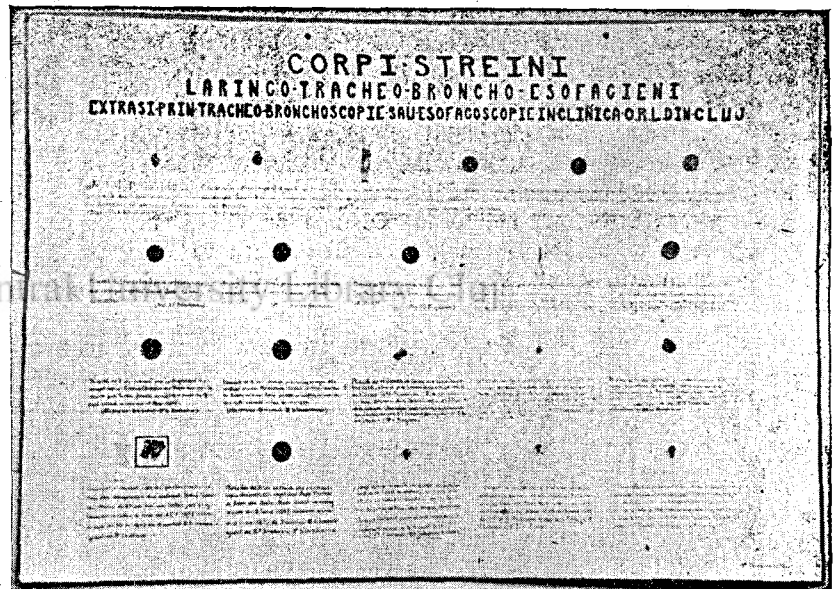


Fig. 10.

O parte din corpi streini laringo-bronho-esofagieni extrași în clinica O. R. L. din Cluj.

drept consecutiv. Tentative anterioare de extracție nereușite prin traheobronhoscopie inferioară. Stare generală gravă, 39°. Extracție prin bronhoscopie inferioară cu tubul Chevallier-Jackson, fără anestezie. (1937: Prof. Buzolanu-Dr. Gârbea-Dr. Popovic). Transpus la clinica Infanțilă. Părinții nu vor să-l lase în tratamentul clinic și-l duc acasă. N'a fost urmărit.

Cazul 21: B. A., sex f., 2½ ani. Monedă de un leu în treimea superioară a esofagului de o zi. Extracție prin esofagoscopie, fără anestezie, cu tubul Brünning's. Vindecare. (1937: Prof. Buzolanu-Dr. Bogdan).

Cazul 22: M. I., sex m., 10 ani. Semință de dovleac în bronhia principală stângă de zece zile. Extracție prin bronhoscopie superioară cu tubul Chevallier-Jackson, fără anestezie. Vindecare. (1937: Prof. Buzolanu-Dr. Teodorescu-Dr. Salamon).

Cazul 23: M. M., sex f., 56 ani. Fragment de măr în treimea superioară a esofagului de patru zile. Extras prin esofagoscopie, cu anestezie locală, cu tub Brünning's. Vindecare. (1937: Dr. Bodea).

Cazul 24: N. T., sex f., 3 ani. Monedă de 2 lei în treimea superioară a esofagului de cinci zile. Extras prin esofagoscopie, fără anestezie, cu tubul Brünning's. Vindecare. (1938: Prof. Buzoianu-Dr. Magiari).

Cazul 25: O. M., sex f., 5 ani. Cui mic de bocanc în bronhia stângă de 3 săptămâni. Extras prin traheo-bronhoscopie superioară, fără anestezie, cu tubul Chevalier-Jackson. Vindecare. (1938: Prof. Buzoianu-Dr. Teodorescu).

Cazul 26: M. M., sex f., 27 ani. Tub dilatator de cauclic introdus prin orificiul de traheotomie, în trahee, se desprinde și cade în trahee. Extras prin traheoscopie inferioară, fără anestezie, cu tubul Brünning's. (1938: Dr. Teodorescu).

Cazul 27: P. A., sex m., 15 ani. Sâmbure de prună în treimea sup. esofagului de o zi. Extras prin esofagoscopie, fără anestezie, cu tub Brünning's. Vindecare. (1938: Prof. Buzoianu-Dr. Csillag).

Cazul 28: M. T., sex m., 8 ani. Monedă de 20 lei în treimea sup. a esofagului de o zi. Extras prin esofagoscopie, fără anestezie, cu tub Brünning's. (Prof. Buzoianu-Dr. Popovici).

Cazul 29: M. S., sex m., 8 ani. Nasture metalic în treimea superioară a esofagului de o zi. Extras prin esofagoscopie, fără anestezie, cu tub Brünning. Vindecare. (1938: Prof. Buzoianu-Dr. Gârbea).

Cazul 30: L. Z., sex m., 6 ani. Capsulă metalică de la gheată, în treimea sup. a esofagului de 4 zile. Extras prin esofagoscopie, fără anestezie, cu tub Brünning's. Vindecare. (1938: Prof. Buzoianu-Dr. Târnavăanu-Dr. Csillag).

Cazul 31: S. A., sex m., 10 ani. Cui mic de bocanc în bronhia dreaptă de 3 săptăm. Bronho-pneumonie consecutivă. Extras prin bronhoscopie sup. fără anestezie, cu tub Ch. J. Vindecare. (1938: Prof. Buzoianu-Dr. Csillag).

Cazul 32: C. T., sex m., 4 ani. Monedă de 2 lei în treimea sup. a esofagului de 3 zile. Extras prin esofagoscopie, fără anestezie, cu tub Brünning's. Vindecare. (1938: Prof. Buzoianu-Târnavăanu-Magiari).

Cazul 33: B. M., sex f., 3 ani. Monedă de un leu în treimea sup. a esofagului. Tentative anterioare nereușite, de extracție. Extras prin esofagoscopie, fără anestezie, cu tub Brünning's. Vindecare. (1938: Prof. Buzoianu-Bodea).

Cazul 34: O. P., sex f., 1½ ani. Monedă de un leu în treimea superioară a esofagului de 6 zile. Mediastinită consecutivă. Esofagoscopia exploratorie, fără reperarea corpului strein. Moarte prin mediastinită. (1938: Dr. Teodorescu).

Cazul 35: V. A., sex f., 30 ani. Fragment de os în treimea mijlocie a esofagului. Tentative anterioare nereușite, de extracție. Prin esofagoscopie cu anestezie locală, în timpul încercărilor de extracție, corpul strein este împins în stomac. Vindecare. (1935: Dr. Naghi).

Cazul 36: T. E., sex f., 41 ani. Fragment mare alimentar în treimea sup. a esofagului, de o zi. Extracție prin esofagoscopie, cu tub Brünning's, după anestezie locală. Vindecare. (1936: Dr. Teodorescu).

Cazul 37: K. I., sex m., 26 ani. Fragment alimentar în treimea mijlocie a esofagului, de 2 zile, pe bază pe stenoză esofagiană post-caustică. Extras prin esofagoscopie, fără anestezie, cu tub Brünning's. Vindecare. (1936: Dr. Ionescu).

Cazul 38: B. B., sex m., 18 ani. Fragment alimentar în treimea mijlocie a esofagului, de o zi. Stenoză esofagiană post-caustică. Extras prin esofagoscopie cu anestezie locală, cu tub Brünning's. Vindecare. (1936: Dr. Ionescu-Cotul).

Cazul 39: F. A., sex f., 3 ani. Fragment alimentar în treimea mijlocie a esofagului, de 2 zile. Stenoză esofagiană

post-caustică. Extras prin esofagoscopie, fără anestezie, cu tub Brünning's. Vindecare. (1937: Dr. Ionescu-Dr. Târnavăanu).

Cazul 40: D. M. D. sex f., 5 ani. Monedă de 5 lei în treimea sup. a esofagului de 1 zi. Esofagoscopie, fără anestezie, împingerea corpului strein în stomac. Eliminarea după 2 zile. Vindecare. (1937: Dr. Gârbea).

Cazul 41: B. A. sex m., 86 ani. Fragment alimentar în treimea superioară a esofagului de o zi. Extras prin esofagoscopie, anestezie locală, cu tub Brünning's. Vindecare. (1937: Dr. Teodorescu).

Cazul 42: P. A. sex m., 13 ani. Fragment alimentar în treimea sup. a esofagului de o zi. Extras prin esofagoscopie, fără anestezie, cu tub Brünning's. Vindecare. (1938: Dr. Magiari).

Cazul 43: V. B., sex f., 36 ani. Fragment alimentar în treimea sup. a esofagului de 2 zile. Extras prin esofagoscopie, anestezie locală, cu tub Brünning's. Vindecare. (1938: Dr. Magiari).

Cazul 44: W. M., sex f., 30 ani. Fragment alimentar în treimea mijlocie a esofagului de 3 zile. Stenoză esofagiană post-caustică. Esofagoscopie, anestezie locală, cu tub Brünning's. Corpul strein este împins în stomac. Vindecare. (1938: Dr. Magiari).

Cazul 45: M. A., sex f., 30 ani. Fragment alimentar în treimea mijlocie a esofagului de o zi. Stenoză esofagiană post-caustică. Esofagoscopie, anestezie locală, cu tub Brünning's. Corpul strein împins în stomac. Vindecare. (1938: Dr. Magiari).

Cazul 46: L. I., sex f., 35 ani. Fragment alimentar în treimea mijlocie a esofagului de 4 zile. Stenoză esofagiană post-caustică. Extras prin esofagoscopie, anestezie locală, cu tub Brünning's. Vindecare. (1938: Dr. Magiari).

Cazul 47: S. F., sex m., 33 ani. Fragment alimentar în treimea mijlocie a esofagului de o zi. Stenoză esofagiană post-caustică. Esofagoscopie, anestezie locală, cu tub Brünning's. Corpul strein este împins în stomac. Vindecare. (1938: Dr. Magiari).

Cazul 48: F. A., sex f., 30 ani. Fragment alimentar în treimea mijlocie a esofagului de 2 zile. Stenoză esofagiană post-caustică. Extras prin esofagoscopie, anestezie locală, cu tub Brünning's. Vindecare. (1933: Dr. Magiari).

Cazul 49: G. A., sex m., 12 ani. Sâmbure de prună în treimea superioară a esofagului de 3 zile. Extracție prin esofagoscopie, fără anestezie, cu tub Brünning's. Vindecare. (1939: Prof. Buzoianu-Dr. Ghițuleasa, Rădoescu).

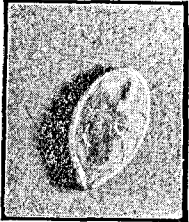
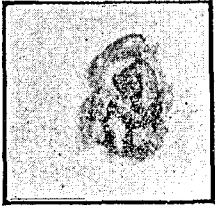
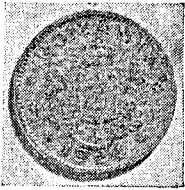
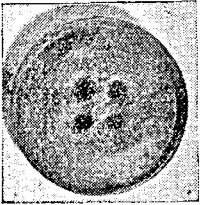

Cazul 50: F. I., sex m., 14 ani. Ac + fragment de vată în bronhia stângă. Pneumonie, pleurezie, hemoptizii spontane consecutive. Bronhoscopie superioară cu tub Chevalier-Jackson după anestezie locală. Hemoragie fulgerătoare, exitus. (1939: Prof. Buzoianu-Dr. Gârbea-Dr. Csillag).





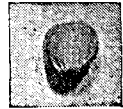

Cazul 51: B. St., sex m., 14 ani. Buton de cămașă în bronhia stângă de 4 zile, extras prin bronhoscopie superioară, cu tub Chevalier-Jackson, după anestezie locală. Vindecare. (1939: Prof. Buzoianu-Dr. Bodea-Dr. Rădoescu).

Cazul 52: R. S. sex m. 34 ani. Fragment alimentar (carne) inclavat în treimea superioară a esofagului de o zi. Extras prin esofagoscopie, cu tub Brünning's, după anestezie locală. Vindecare (1939: Dr. Magiari).

Cazul 53: R. M. sex m. 3½ ani. Monedă de un leu inclavat în treimea sup. a esofagului de 3 zile. Extrasă prin esofagoscopie, cu tub Brünning's, fără anestezie. Vindecare. (1939: Prof. Buzoianu Dr. Bodea, Dr. Rădoescu).

Cazul 54: F. O. sex m. 8 ani. Două monede de 2 lei inclavate în esofag de 3 zile. Extrase prin esofagoscopie cu

CORPUL STREIN	Natura corpului strein	Cazul		Etatea	Localizarea	Durata inclavării	Modalitatea de extracție	Tubul utilizat	REZULTAT
		Sexul							
	Semință de dovleac	1 m	5	Bronhia dr.	2 zile	Bronhoscopie inf.	Brünnings	Vindecare	
		22 m	10	Bronhia stg.	10 zile	Bronhoscopie sup.	Chevalier J.	Vindecare	
	Bob de fasole extras fragmentar	2 m	3	Bronhia dr.	1 zi	Bronhoscopie sup.	Chevalier J.	Vindecare	
	Monedă de un leu	3 m	3½	Esofag	3 zile	Esofagoscopie	Brünnings	Vindecare	
		4 m	3	„	6 „	„	„	„	
		5 m	5	„	7 „	„	„	„	
		6 f	4	„	1 zi	„	„	„	
		21 f	2½	„	1 „	„	„	„	
		33 f	3	„	5 zile	„	„	„	
		34 m	1½	„	6 „	„	„	„	Exitus prin mediastinită
		53 m	3½	„	3 „	„	„	„	Vindecare
58 f	2	„	3 „	„	„	„	„		
	Nasture metalic	7 f	1,3	Esofag	26 zile	Esofagoscopie	Brünnings	Vindecare	
		29 m	8	„	1 zi	„	„	„	
	Monedă de 20 filleri	8 f	3	Esofag	5 zile	Esofagoscopie	Brünnings	Vindecare	
		61 f	1½	„	21 „	„	„	„	

CORPUL STREIN	Natura cor- pului strein	Cazul	Sexul	Etatea	Locali- zarea	Durata inclavării	Modalitatea de extracție	Tubul utilizat	REZULTAT
	Fragment de pensă bronho- scopică	9 f	36		Trahee	—	Traheo- scopie superioară	Chevalier J.	Vindecare
	Nasture militar metalic	10 f	2		Esofag	4 zile	Esofago- scopie	Brünnings	Vindecare
	Placă de os	13 f	33		Trahee	7 luni	Tracheosco- pie sup.	Chevalier J.	Vindecare
		57 m	27		Esofag	7 zile	Esofago- scopie	Brünnings	„
	Monedă de 2 lei	11 f	5		Esofag	4 zile	Esofago- scopie	Brünnings	Vindecare
		12 f	8		„	1 zi	„	„	„
		17 m	5		„	1 „	„	„	„
		24 f	3		„	5 zile	„	„	„
		32 m	4		„	3 „	„	„	„
		54 m	8		„	3 „	„	„	„
	Sâmbure de cireasă	14 m	8		Esofag	21 zile	Esofago- scopie	Brünnings	Vindecare
		59 f	37		„	1 zi	„	„	„
	Bob de fasole	15 m	3		Bronhia dr.	4 zile	Bronho- scopie inf.	Chevalier J.	Vindecare
		55 m	7		„	5 „	Bronho- scopie sup.	„	„

Tratamentul cauzal

al tuturor turburărilor circulatorii ale vârstei prin
hormonul circulator standardizat

Padutin

Acțiune vasodilatatoare electivă asupra vaselor periferice.

Regularea circulațiunii.

Fiole, picături drageuri.

Pentru tratamentul simptomatic

al anginei pectorale și arteriosclerozei, în
turburările tensiunii sanguine

Jocapral

Vasoregulator bine tolerat.

Ameliorarea subiectivă rapidă și influențare obiectivă a
fenomenelor arteriosclerotice.

» Bayer «



LEVERKUSEN

FURUNCULI și CARBUNCULI

TRATAMENTUL SE BAZEAZĂ PE DOUĂ PRINCIPII:

1. De-a păstra teritoriul înconjurător strict aseptice.
2. De-a grăbi colicvația abceselor cu ajutorul medicației.

Intrebuințarea Antiphlogistinei corespunde în mod ideal ambelor cerințe. Ea realizează un pansament antiseptic cu proprietăți termice, osmotice și decongestive.

Este o complectare de dorit la injecțiuni și alte aplicațiuni terapeutice.

ANTIPHLOGISTINE

Mostre și literatură se trimit gratuit.

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

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Extenuare funcțională
și stări supraexcitative
Insomnie nervoasă
Depresiuni
Turburări vasomotrice

CALCIBRONAT

(Ca. Br. Lactobionat)

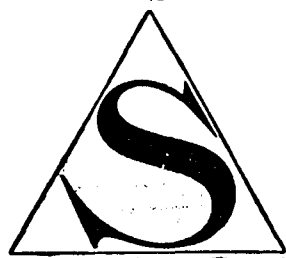
BUCUREȘTI: Drogueria D. Nestor, Str. Lipscani 102

CLUJ: Drogueria „Royal“, Piața Unirii 26.


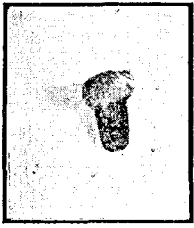

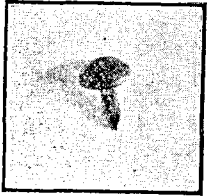

Cutii de aluminiu cu 10 doze efervescente
1—3 tablete pe zi.



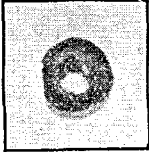
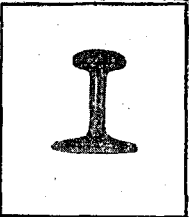

Cutii de tinichea cu 100 gr. granulat
1—3 linguri de supă la zi.

Ampule cu 5 și 10 ccm.



SANDOZ A. G., BASEL, SCHWEIZ

CORPUL STREIN	Natura corpului strein	Cazul		Etatea	Localizarea	Durata inclavării	Modalitatea de extracție	Tubul utilizat	REZULTAT
		Sexul							
 Fig. 22.	Gât de pasăre (cocoș) (Fragment alimentar)	16 f	64		Esofag	3 zile	Esofagoscopie	Brünnings	Vindecare
 Fig. 23.	Pioneză cu dublă valvă	18 f	8		Bronhia dr.	6 zile	Bronhoscopie sup.	Chevalier J.	Vindecare
 Fig. 24.	Cui mare de bocanc	20 m	5		Bronhia dr.	42 zile	Bronhoscopie inf.	Brünnings	Abces pulmonar preoperator. Neurmărit
 Fig. 25.	Cui mic de bocanc	19 f	6		Bronhia stg.	14 zile	Bronhoscopie sup.	Chevalier J.	Vindecare
		31 m	10		Bronhia dr.	21 „	„	„	„
		25 f	5		Bronhia stg.	20 „	„	„	„
 Fig. 26.	Fragment de măr (corp străin alimentar)	23 f	56		Esofag	4 zile	Esofagoscopie	Brünnings	Vindecare

CORPUL STREIN	Natura cor- pului strein	Cazul	Sexul	Etatea	Locali- zarea	Durata inclavării	Modalitatea de extracție	Tubul utilizat	REZULTAT
	Sâmbure de prună	27	f	15	Esofag	1 zi	Esofago- scopie	Brünnings	Vindecare
		49	m	12	„	3 zile	„	„	„
	Monedă de 20 Lei	28	m	8	Esofag	1 zi	Esofago- scopie	Brünnings	Vindecare
	Capsulă metalică	30	m	6	Esofag	4 zile	Esofago- scopie	Brünnings	Vindecare
	Buton de cămașă	51	m	14	Bronhia stg.	4 zile	Bronhosco- pie sup.	Chevalier J.	Vindecare
	Tub dila- tator de cauciuc	26	f	27	Trahee	1 zi	Traheosco- pie inf.	Brünnings	Vindecare

tub Brünnings, fără anestezie. Vindecare (1939: prof. Buzolanu-Dr. Bodea-Dr. Gârbea-Rădoescu-Ciplea).

Cazul 55: P. V. sex m. 7 ani. Bob de fasole în bronhia dreaptă de 3 zile. Extras fragmentar prin bronhoscopie superioară, cu tub Chevalier-Jackson, fără anestezie. Vindecare (1939: prof. Buzolanu-Dr. Bodea-Rădoescu).

Cazul 56: R. L. D. sex f. 3 ani. Fragment de peatră inclavat în treimea mijlocie a esofagului, pe bază de stenoză esofagiană post-caustică, incompletă. Extras prin esofagoscopie, cu tub Brünnings, fără anestezie. Vindecare. (1939: prof. Buzolanu-Dr. Crintea-Magiari).

Cazul 57: M. D. sex: m. 27 ani. Fragment de os inclavat în treimea mijlocie a esofagului, pe bază de stenoză esofagiană cicatricială incompletă, de 7 zile. Extras prin esofagoscopie, cu tub Brünnings, după anestezie locală. Vindecare (1939: Dr. Magiari).

Cazul 58: C. M. sex f. 2 ani. Monedă de un leu în treimea superioară a esofagului de 3 zile. Extrasă prin esofagoscopie, cu tub Brünnings, fără anestezie. Vindecare. (1939: Prof. Buzolanu-Dr. Cotu-Rădoescu).

Cazul 59: B. I. sex f. 37 ani. Sâmbure de cireșă inclavată în treimea mijlocie a esofagului, pe bază de stenoză esofagiană. Extras prin esofagoscopie, cu tub Brünnings, după anestezie locală. Vindecare. (1939: Dr. Magiari).

Cazul 60: P. Gh. sex m. 25 ani. Monedă cehoslovacă inclavată în bronhia stângă de 2 ore. Extrasă prin traheo-bronhoscopie superioară, cu tub Chevalier-Jackson, după anestezie locală. Vindecare. (1939: prof. Buzolanu-Dr. Gârbea-Rădoescu).

Cazul 61: K. M. sex f. 1½ ani. Monedă de 20 fileri inclavată în treimea sup. a esofagului de 3 săptămâni. Tentative anterioare de extracție nereușite. Extrasă prin esofagoscopie, cu tub Brünnings, fără anestezie. (1939: prof. Buzolanu-Dr. Gârbea-Rădoescu-Magiari).

Redăm, în mărime naturală, o parte din corpii streini traheo-bronho-esofagieni extrași în clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj.

Considerațiuni clinice.

În general, putem afirma că am avut un material relativ bun de corpi streini, lipsiți de asperități. Greutatea operatorie pentru corpii streini esofagieni nu a constat atât în extracția cât în reperarea corpului strein. În majoritatea cazurilor, reperajul corpului strein s'a făcut destul de repede. În altele, câmpul operator a fost greu de examinat din cauza abundenței secrețiilor, cari ascundeau corpul strein vizibilității și cari au fost îndepărtate printr'un tamponament prelungit ce a cerut multă răbdare din partea operatorului. În cazul 5, din cauza inclavării corpului strein într'o plică a mucoasei esofagiene, numai o îndelungată cercetare ne-a dus la descoperirea acestuia. În cazul 3, din cauza unui reflex de vomă care are ca rezultat desinlavarea corpului strein și reflux de suc gastric în stomac, elementul căutat trece în stomac, fapt confirmat prin examenul radiologic. Din aceste cauze întotdeauna când esofagosopia nu ne dă nici un rezultat și mai ales când avem de a face cu corpi radio-opaci, este bine

să repetăm examenul radiologic, căci se prea poate ca aceștia sau să fi trecut în stomac, sau să fie ascunși într'o plică a mucoasei esofagiene. În șase cazuri, în timpul manoperelor de extracție corpii streini au fost împinși în stomac.

În majoritatea cazurilor am extras corpii streini traheo-bronhici prin traheo-bronhoscopie superioară. În cazul 9, corpul strein a fost produs accidental în decursul unei traheoscopii executate pentru biopsie. În timpul extracției biopsiei, vârful pensei extractoare s'a desfăcut rămânând în trahee. Intotdeauna înaintea unei endoscopii, este bine să controlăm cu atenție instrumentarul necesar, căci dacă articulațiile pieselor de extracție sunt insuficiente, riscăm în timpul manoperelor de extracție a corpului strein să fim puși în fața a doi corpi streini în loc de unul. Instrumentarul lui Chevalier-Jackson este superior în această privință, cârligele penselor de extracție articulându-se lângă mâner și nu la extremitatea distală ca la vechile pense tip Brünnings.

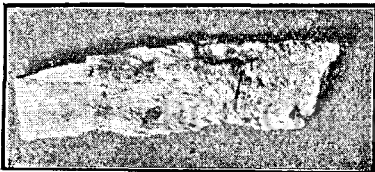
Complicațiuni post-operatorii nu s'au observat.

Mortalitatea datorită traheo-bronhoscopiei și esofagoscopiei a fost în acest interval de timp de 1 la 61. Aceasta se explică prin instrumentarul de care dispunem actualmente și prin grija pe care o depunem în efectuarea intervenției operatorii.

Cazul mortal constituie un element de reflecție și învățăminte. El aparține unui elev de 14 ani care înghițise cu 40 de zile înainte un ac cu gămălie inclavat în bronhia stângă. După 30 zile dela aspirație bolnavul face o bronho-pneumonie și suportă apoi tentative infructuoase de extracție. Zece zile după aceste tentative bolnavul este adus în clinică. Se constată acul în bronhia stângă, bronho-pneumonie stângă, hemoptizii repetate anterioare. Ultima hemoptizie o are în tren, în drum spre clinică. Temperatura 39°. Acul a fost reperat înfipt deacurmezișul în bronhia stângă. La prima atingere pentru desinlavarea capătului cu gămălie, face o hemoragie care nu mai poate fi oprită cu nimic. Probabil o escară vasculară de vecinătate datorită infiltrației inflamatorii și traumatismul produs de ac, sau de tentativele anterioare de extracție, s'a detașat în mod ireparabil prin mobilizarea acestui ac. Necropsia nu s'a făcut. Ce reese de aici? Dificultatea extracțiilor la bolnavii infectați și traumatizați anterior prin manopere infructuoase de extracție. Corpul strein bronhic sau esofagian trebuie extras imediat după inclavarea sa, șederea lui prelungită în unul dintre aceste organe determină modificări inflamatorii ale mucoasei sau ale pereților în întregime, și a țesuturilor din vecinătate, determinând infecțiuni regionale ori generale cari pot fi mortale chiar înaintea ablațiunii corpului strein. Corpul

strein bronho-esofagian trebuie scos pe cât posibil imediat după aspirație ori deglutiție. Urgența acestei extracțiuni poate fi uneori extremă prin fenomenele de asfixie mecanică locală ori spastică glotică la distanță pe cari le poate provoca. Vom fi prudenți, vom fi foarte atenți, la toți bolnavii cari au suferit tentative infructuoase de extracție anterioară. Aceștia sunt cei mai periculoși pentru accidente care pot veni din cauza unor traumatizări cari modifică rezistența pereților organului în regiunea în care corpul strein este fixat.

În afară de acești corpi streini traheo-bronho-esofagieni am avut în clinica noastră un singur corp strein laringian — placă de os — care a fost extras cu ajutorul unei pense hipo-faringiene prin laringoscopie indirectă. Este vorba de bolnavul S. I. de 70 ani, care înainte cu 6 săptămâni a înghițit un os care i s'a oprit în gât. De atunci simte o continuă jenă în această regiune. Examinându-l (1935: prof. Buzoianu) se constată la nivelul laringelui prezența unui corp strein înfipt în ambele benzi ventriculare. După cocainizare, se procedează la extracția lui.



(Fig. 32).

Corp strein laringean — placă de os — extras sub laringoscopie indirectă.

Este curios faptul că bolnavul a suportat acest corp strein în laringe timp de câteva săptămâni fără să prezinte alte simptome decât o ușoară senzație de durere.

Din cele expuse putem trage următoarele *concluzii*:

Corpii streini ai traheei, bronhiilor sau esofagului, prin complicațiunile grave pe cari le pot da și prin temporizarea extracției lor pot fi fatali pentru viața bolnavului.

Imbolnăvirile prin corpi streini survin mai des la copii. Acești corpi provin de obicei din exterior pr'n cavitatea bucală.

Diagnosticul se bazează pe antecedente, evoluția boalei și simptomele clinice — cari ne indică posibilitatea existenței unui corp strein în căile aeriene și esofag și pe examenul radiologic și endoscopia exploratorie cari ne confirmă cu certitudine diagnosticul clinic pus.

Cel mai sigur mijloc de diagnostic este endoscopia exploratorie, care trebuie executată întotdeauna când suspectăm existența unui corp strein.

Orice turburare pulmonară persistentă nespecifică și fără o cauză evidentă impune mai ales la copil cercetarea bronhoscopică pentru depistarea unui eventual corp strein permeabil la raze.

Tratamentul constă în extracție prin ajutorul endoscopiei, care executată la timp, cu un instrumentar corespunzător și de un operator abil, este metoda ideală de extracție.

Contraindicații împotriva acestei metode nu există.

Modalitatea de extracție variază dela caz la caz, din cauza diferitelor posibilități de inclavare a corpurilor streini în interiorul căilor aeriene și esofagului și din cauza naturii lor extrem de variate.

Mortalitatea în manoperile endoscopice de extracție arată în diferite statistici un procent variabil în general mic, mult scăzut față de mortalitatea pe care o cauzau acești corpi streini în epoca pre-endoscopică. Ea este în raport cu felul corpului strein, cu vechimea inclavării lui, cu fenomenele locale inflamatorii și cu eventualitatea traumatismelor suferite prin tentativele anterioare infructuoase de extracție.

După intervenție dacă avem complicațiuni datorite stagnerii elementului strein în interiorul organismului, trebuie să tratăm până la vindecare completă leziunea respectivă.

Bibliografie

- G. Buzoianu: Corp strein al bronhiilor drepte (semință de dovleac) extras prin traheo-bronhoscopie. *Soc. șt. medicale Cluj 11 Ianuarie 1936 Clujul Medical pag. 179, Martie 1936.* — G. Buzoianu: Corpi streini ai esofagului (monede) extrași prin esofagoscopia la copii de 5 ani și 3 ani. *Soc. Șt. Med. Cluj 11 I. 1936 Clujul Medical pag. 179 Martie 1936.* — G. Buzoianu: Corp strein intralaringean (placă de os) inclavată în benzile ventriculare de șase săptămâni. Extrasă prin laringoscopie indirectă. *Soc. Șt. Med. Cluj. Clujul Medical pag. 180 1936.* — G. Buzoianu: Corpi streini ai căilor aero-digestive superioare extrași prin bronho-esofagoscopia. „Spitalul” Aprilie 1936. — Gârbea Șt.: Corp strein în bronșia dreaptă — asfixie — traheotomie de urgență — extracție — vindecare. *Revista Șt. O. R. L. Nr. 1. 1938.* — Tărnăveanu B.: Corpii streini esofagieni extrași în clinica O. R. L. din Cluj între anii 1935—1938. *Rev. Șt. O. R. L. Nr. 2 1938. pag. 117—133.* — Tărnăveanu B.: Corpii streini ai căilor aeriene extrași în clinica O. R. L. din Cluj între 1 I, 1935 și 1 VI 1938. *Rev. Șt. O. R. L. Nr. 4. 1938 pag. 298—316.* — G. Buzoianu: Traheo-bronhoscopia în diagnosticul și tratamentul afecțiunilor pulmonare. *Revista Științelor oto-rinolaringologice Cluj Nr. 1. Ianuarie 1938 pag. 76.*

Ovarium Panhormon *Henning*

Hormon iolicular + Extract total

în fiole și drageuri de 100, 1000, 10.000 și 50.000 ME

Preparat de hormon ovarian obținut pe cale naturală.
Conține în afară de hormonul folicular toate substanțele active ale ovarului, importante ca componente catalizatoare și activante precum și ca factori stimulanți ai metabolismului.

Cutii 3 și 6 fiole 1 cc. — Flac. 10 drageuri

Eftin și Activ

Codex S. A. R., Calea Șerban Vodă 41, București

MOLLE

POMADA DESITIN FĂRĂ
OXID DE ZINC ȘI TALC

ARSURI INTINSE
PLĂGI CUPERDERI
DE SUBSTANȚĂ
PLĂGI ATONE
OSTEOMIELITE

Se întinde ca pensament
în strat gros sau se
toarnă direct în cavitate

TUB 40 g., 100 g. și
— CUTII 1/2 Kgr.

POMADA

ANALGEZIC - CICATRIZANT

PLĂGI • ARSURI
IRITAȚIUNI CUTA-
NATE • ULCERE

Pastă de
Ol. Jecor cu
ZnO. și Talc

TUB MIC, MARE ȘI
CUTII 1/4 Kg.

PUDRĂ

PUDRĂ GRASĂ ADESIVĂ
PE BAZĂ DE OL. JECORIS
ABSOARBE SECREȚIUNILE

IRITAȚIUNI
SUPERFICIALE
TRANSPIRAȚIE
TOALETA
SUGARILOR

CUTII METAL MICI ȘI
MARI ȘI PLIC. 100 g.

DESITIN

cu vitamine naturale A+D

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București.

Clinica Medicală Cluj, Secția de boli pulmonare
Directorul Clinicii Prof. I. HAȚIEGANU

CÂTEVA CONSIDERAȚIUNI ASUPRA GRANULAȚIUNILOR BACILULUI TUBERCULOS

de:

Dr. P. CHIPER și Dr. I. GRAUR

Diagnosticul tuberculozei pulmonare nu mai întâmpină astăzi dificultăți.

Clinica, radiologia și laboratorul ne furnizează destule elemente capabile de a preciza aproape în toate cazurile maladia.

Rămân însă o mulțime de chestiuni neclare mai ales în ce privește aspectul clinic, evolutiv și prognostic al bolii.

De foarte multe ori leziuni cu manifestare ascultorică de mică importanță și cu aspect radiologic minim evoluează cu semne generale alarmante, asemănătoare unei toxinfecțiuni acute; în altele, leziuni mari cu destrucții importante ale parenchimului pulmonar, cu semne fizice și radiologice mult prea evidente, evoluează sub aspectul unei boli cu totul latente în care simptomatologia deabia se desenează.

Între aceste 2 aspecte — să zicem extreme — se situează o scară întregă.

Noțiunile de alergie, anergie, starea de rezistență a organismului etc. sunt destul de cunoscute; desigur că altfel evoluează boala pe un organism virgin de cât pe altul infectat.

În ultimul timp se acordă o mare atenție sistemului vegetativ.

S'a căutat să se explice aceste aspecte deosebite ale uneia și aceiași boli prin cantitatea materialului infectant.

Cu drept cuvânt în afară de elementele biologice ale organismului infectat, elemente oarecum probabile, trebuie să luăm în considerație și cantitatea infecțiunii.

Nu e tot acelaș lucru o infecție bruscă și masivă cu alta repetată și în cantități mici; prima este capabilă — indiferent aproape de starea biologică a organismului — de adevărate ravagii, până când cea de a doua nu numai că nu produce boala, dar chiar imunizează organismul.

Bacilul Kockh — ca și alți microbi — nu poate să fie absolut identic — cu alte cuvinte virulența bacilului nu poate să fie una și aceeași pentru orice sursă.

Virulența bacilului tuberculos a fost studiată în fel și chip. Numereși autori au arătat că într'adevăr animalele de experiență reacționează diferit la diferite surse umane, însă au ajuns la concluzia că totuși nu există un paralelism real între gradul acestei virulențe

pentru animal și gravitatea maladii umane. Alții însă afirmă că ar exista un oarecare paralelism întrucât formele ulceroase evolutive ar da culturi mai virulente decât celea provenite dela surse cu forme fibroase puțin evolutive.

»Orice bacil tuberculos în afară de virulența proprie în legătură intimă cu ramura căreia aparține, mai are o virulență relativă față de organismul în care trăește; această virulență relativă este aceea care ne interesează și această virulență variază probabil cu starea organismului infectat. Ar fi interesant de știut să se studieze virulența bacililor eliminați de unul și acelaș bolnav în diferite momente ale afecțiunii: în perioada acută, în perioada terminală etc. Dar această chestiune nu a interesat pe oamenii de laborator». (Jeurissen)

Cum se recunoaște virulența bacililor tuberculoși?.

Numărul mare de bacili eliminați nu înseamnă că ei sunt și virulenți, căci sunt prea numeroase cazurile când bolnavi cu o stare generală minunată, elimină cantități colosale de bacili, iar alte cazuri când numărul acestora este mic și totuși starea generală este profund alterată. Și apoi eliminarea bacililor nu este constantă și egal împărțită în toate porțiunile sputei.

Dar chiar dacă se face omogenizarea sputelor se constată o foarte mare variație în eliminarea bacililor chiar la acelaș bolnav. Deci numărul bacililor eliminați nu are nici o valoare căci rezultatele sunt variabile dela o zi la alta și chiar dela o oră la alta.

S'a propus chiar diverse scări pentru a compara abundența sau raritatea bacililor cum ar fi scara lui Gaffky sau a lui Denoeyer care se întrebuintează mai ales la Davos.

S'a căutat să se obțină câteva date studiind morfologia bacilului; Loewenstein a crezut că poate să stabilească o relație între dispoziția bacililor în interiorul leucocitelor și rezistența subiecților; această fagocitoză care se observă de altfel foarte rar în spute, ar fi după el de un prognostic favorabil (Calmette).

S'a acordat o anumită însemnătate diferenței de lungime, căci unii sunt scurți și groși iar alții lungi și subțiri.

Carl Spengler (Davos) atribuie formelor lungi și subțiri din care chiar a făcut un tip special «bacillus tub. humano longus» o virulență mai mare pentru om și pentru iepurii de casă.

Unii sunt pal'd colorați (cei lungi), alții sunt intens colorați (cei scurți).

S'a căutat apoi să se explice legătura ce există între aspectul omogen și cel granulat, căci bacili colorați cu metoda Ziehl Neelsen apar când uniform și

omogen colorați iar câte odată sunt colorați inegal având părți mai transparente.

Părțile transparente seamănă cu niște granule ceiace a făcut pe Spengler să-i considere a fi spori. Babeș îi considera ca fiind corpusculi metacromici, Metchnikoff, Roman ca material de rezervă.

Chestiunea nu este tranșată și astăzi se crede că aceste formațiuni nu sunt altceva, decât mici mase de substanță protoplasmatică, având caracterul lipoidelor (granulații gramofile a lui Much), Kolle și Wassermann, Calmette.

În ce privește semnificația anatomoclinică a acestor granulații, unii autori (*Berthier, Piery și Mandoul* *) cred că acești bacili granulați ar fi forme de degenerescență și se întâlnesc de preferință în formele cu evoluție lentă sau la sfârșitul perioadelor acute.

Alții (*Bzançon și Rollot*), spun că: bacilii omogeni și scurți sunt forme mai avansate, *Pissavy și Robinne* spun că tuberculozele evolutive sunt date și de bacilii granuloși și de bacilii lungi negranuloși.

Până aici nu se poate acorda nici o importanță diagnostică sau prognostică aspectului bacililor.

La al VII-lea congres național francez de tuberculoză, *Leuret și Caussimon* ajung la alte concluzii: bacilii lungi omogeni și granuloși dau forme congestive foarte active; cei scurți omogeni și granuloși se găsesc în forme destructive. După acești autori bacilii granulați nu ar fi forme îmbătrânite, degenerate ci forme cu activitate bacilară și poate chiar forme de reproducție.

Stanislas Bühn *) expune în *Die Tuberkulose* următoarele în această privință.

1. Bacilii lungi și omogeni se găsesc la oamenii tineri care sunt tuberculoși de mai mult timp dar la care de câțiva timp (1—7 luni), a apărut o exacerbație.

2. Bacilii lungi și granuloși se găsesc la vechii ftizici la care boala durează de mult timp (forme staționare sau cronic progresive).

3. Bacilii scurți și omogeni se găsesc în cazuri recente de tuberculoză terțiară.

4. Bacilii scurți și granuloși se găsesc în ftizii fibroase sau fibrocazeoase care durează de mult timp cu un caracter cronic benign.

5. Bacilii omogeni lungi și scurți se găsesc în forme exudative acute și cu mers rapid sau când apar complicații cum ar fi tuberculoza intestinală, bacilii granuloși lungi și scurți se găsesc în forme benigne cu mers foarte cronic.

6. Dacă tratamentul este eficace, bacilii își schimbă

forma și iau aspectul segmentat. În cazuri inverse, forma lor rămâne neschimbată.

După cum se vede din relatările de mai sus, din analiza atentă a bacilului tuberculos și în special a granulațiilor sale se pot face, oarecari considerațiuni asupra virulenței cât și asupra formei tuberculozei pulmonare.

Metoda obișnuită de colorație — *Ziehl Neelsen* — nu este suficientă pentru asemenea analize căci cu această metodă granulațiile apar prea palide sau nu apar de loc.

Există însă suficiente metode de colorare prin care granulațiunile apar foarte distinct. Toate își au origina în metoda *Gramm*. Dintre acestea cele mai întrebuițate sunt ale lui: *von Betegh, Much* cu modificarea adusă de *A. Kirchenstein* și în special metodele de colorare ale lui *Luisi, Spengler* modificată de *Fontès*.

Le vom descrie pe ultimele două ca fiind cele mai simple.

Metoda lui *Spengler* modificată de *P. Spehl*:

Se colaborează timp de 2—3 minute la cald sau 15—20 minute la rece cu un amestec preparat chiar atunci din trei părți de fuxină fenicată (*Ziehl*) și 2 părți violet de gențiana.

Alcool cu acid picric (soluția apoasă saturată de acid picric 60 alcool 40) un minut.

Decolorează cu acid azotic slab 1 la 6.

Apoi cu alcool 60.

Colorează timp de un minut cu alcool plus acid picric (vezi mai sus).

Spală cu apă. Usucă.

Bacilii sunt colorați în roz, granulațiile în negru iar fondul în galben palid.

Are un defect că preparațiile se decolorează rapid.

Metoda lui *Fontès*.

Se colorează prin fuxina fenicată *Ziehl* până la emisie de vapori.

Se spală cu apă curentă.

Se colorează cu kristal violet fenicată sau cu violet de gențiana fenicată timp de 2 minute.

Fără să se spele se adaugă soluție *Lugol* care se varsă și se repetă încă odată.

Se decolorează cu alcool acetonă (2 părți de alcool absolut plus o parte acetonă).

Se spală cu apă curentă.

Se recolorează cu albastru de metilen diluat.

Se spală cu apă. Se usucă.

Bacilii apar constituiți din 2 părți: o parte protoplasmatică colorată în roșu (ca la *Ziehl*) și granulațiile colorate în violet închis. Fondul colorat albăstrui.

Aceste metode sunt foarte sensibile și fidele.

*) citați după *Calmete și Jeurissen*.

*) citat după *Jeurissen*.

Cu ajutorul lor putem face colorații admirabile. În citirea preparatelor se recomandă un ocular Nr. 2 care ne arată bacili mai mari și deci și granulațiile mai distincte.

Tentați de lucrarea lui *Jeurissen* apărută în *Revue dela Tbc.* No. 4 din Aprilie 1838, am căutat nu atât să verificăm cât să ne facem o opinie personală asupra importanței acestor granulații ale bacilului tuberculos în legătură cu forma boalei.

Jeurissen a ales metoda următoare: a numărat granulațiile din prima sută de bacili întâlnită pe preparat, aranjându-i pe grupe.

Bacili conțin 1—2—3...8 și mai multe granulații. Pe cei cari conțin 8 sau mai multe granulații i-a aranjat în aceeași grupă. Pe cei cu o granulație într'o grupă, pe cei cu 2 granulații în altă grupă, pe cei cu 3 granulații în a treia grupă și așa mai departe; pe acei bacili cari conțin 8 sau mai multe granulații (9—10—12) i-a aranjat în grupa 8 ne mai făcând grupe separate pentru cei cu 9—10 sau mai multe granulații.

De exemplu grupa 1-a 10, gr. II. 20, gr. III. 25, gr. IV. 20, gr. V. 10, gr. VI. 5, gr. VII. 7, gr. VIII. 3, ceia ce înseamnă că în sputa respectivă s'au găsit 10 bacili cu o singură granulație, 20 bacili cu 2 granulații, 25 bacili cu 3 granulații, 20 bacili cu 4 granulații, 10 cu 5 granulații, 5 cu 6, 7 bacili cu 7 gr. și 3 bacili cu 8 sau mai multe granulații și a propus ca această formulă să se numească formula granulară care în cazul de mai sus are aspectul următor:

10
20
25
20
10
5
7
3

Dar după cum însuși remarcă: »este greu de a compara două expectorații după asemenea serii de cifre și a conchide mărirea sau micșorarea în granulații a bacililor. Într'adevăr nu putem stabili o formulă granulară normală cum o face *Arneht* pentru polinucleare și de a trage concluzii prin comparație dintr'o deviație în sensul de pauci sau plurigranular. Și nu putem scoate în relief diferențele prezentate de două formule granulare de cât prin media lor aritmetică«.

Și atunci propune media granulară adică rezultatul raportului dintre numărul total al granulațiilor dela 100 de bacili împărțiți cu 100.

În cazul nostru ales mai sus media granulară ar fi 3,58 adică:

$$\frac{(1 \times 10) + (2 \times 20) + (3 \times 25) + (4 \times 20) + (5 \times 10) + (6 \times 5) + (7 \times 7) + (8 \times 3)}{100}$$

sau

$$\frac{10 + 40 + 75 + 80 + 50 + 30 + 49 + 24}{100} = \frac{358}{100} = 3,58$$

Astfel se concentrează într'o singură cifră care se poate foarte bine compara cu altele.

Jeurissen a fost surprins de faptul că observând medii granulare dela mai mulți bolnavi a constatat că în linii mari, mediile granulare ridicate corespund la forme fibroulcerose, iar cele mai joase la fibrocarioase extensive; formele difuze nodulare se apropie când de una când de alta după tendința evolutivă. Cu altele cuvinte într'o formă nodulară fără simptome, neevolutivă sau regresivă, vom avea o medie granulară mare, iar în formele nodulare evolutive vom găsi o medie granulară mică, sau în linii și mai mari formele cu o medie granulară ridicată arată o puternică reacțiune fibroasă, o bună apărare și o stare generală satisfăcătoare; iar mediile granulare mici sunt caracteristice pentru un proces destructiv și extensiv, unei rezistențe organice reduse și unei stări generale mediocre.

După părerea acestui autor »media granulară nu arată decât activitatea locală pulmonară a focarului tuberculos, iar semnele generale arată puterea infectantă și intoxicantă a bacililor; — o ameliorare locală va fi semnalată printr'o mărire a mediei granulare, o agravare locală se va manifesta printr'o diminuare a acestei medii granulare fără raport obligat cu modificările stării generale, care modificări sunt în funcțiune de întregul organism, — »În general însă modificarea în bine a stării locale pulmonare (medie granulară mare) merge paralel cu starea generală; și invers dacă starea locală pulmonară se înrăutățește (medie granulară mică) și starea generală se va altera.

Starea generală a unui organism tuberculizat o putem aprecia într'o măsură oarecare prin sedimentarea globulelor roșii.

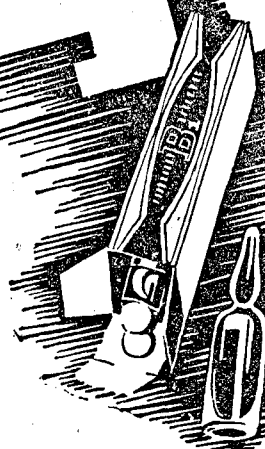
Între aceste două-media granulară și sedimentarea globulelor roșii — *Jeurissen* constată că există paralelism: când una crește (media granulară) cealaltă scade (sedimentarea globulelor roșii).

Cercetările noastre s'au mărginit la un număr de 25 bolnavi aleși cu variate forme de tuberculoză pulmonară, în diferite faze ale aceleiași forme, și cu vechimea boalei deosebită.

Vom face o scurtă expunere a tuturor cazurilor după care vom încerca să stabilim concluziile.

I. T. I., 24 ani, bolnavă de 4 ani. Debut acut trecător. Fenomene pulmonare f. neînsemnate timp de 3 ani. De un an

B1



BETABION

Merck

= vitamină B₁ pură, cristalizată (Aneurin)
**In nevralgii (sciatică etc.), herpes
zoster, polinevrite, myeloză funi-
culară, diabet.**

Tablete de 0,001 gr. fiole de 0,002 g. „forte“
(fiole) de 0,01 gr.

E. MERCK — DARMSTADT

„CHIMIROMAN“ București I str. T. G. Massaryk 32

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CHOLERETIC
DESENSIBILIZANT
— DIURETIC —

DYCHOLIUM

Acid dehidrocholic

TOATE INSUFICIENȚELE HEPATICE
ICTERE
LITIAZE BILIARE
MIGRENE
OLIGURII

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

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

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



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

sunt mai exprimate, de 3 săpt. toate suferințele sunt mai accentuate și la intrarea în serviciul clinicei prezintă: tbc. fibrocaceoasă cavitată supra scizurală dreaptă, dând impresia că acest infiltrat este de dată recentă.

B. K. în spută pozitiv, subfebrilă. Starea generală medie. Sedimentare orară 110 biorară 129. Media granulară (M. Gr.) este=2,49.

II. R. F., 25 ani. Boala datează de 1 an, cu debut insidios. Înainte cu 4 luni fenomenele pulmonare și generale sunt mai accentuate. La intrarea în serviciu prezintă o tbc. fibrocaceoasă bicavitată dr., o cavernă fiind situată în lobul superior drept, iar alta în cel inferior.

M. Gr. = 2,27.

III. O. N., 25 ani, debut insidios în Aprilie 1938. În Iulie 1938, este internat într'un sanatoriu cu lobită dreaptă superioară excavată. — Se creiază atunci un pneumotorace, care însă nu ameliorează starea bolnavului, întrucât plămânilor este suspendată de o aderență apicală. La intrarea în serviciu starea generală este submediocră fiind mult debilitat și cu simptome de intoxicație bacilară.

Sedimentarea globulelor roșii (S. G. R.) orară 71. M. Gr. = 2,34.

IV. O. O., 22 ani, bolnav de 1 an. Debut insidios cu subfebrilități și astenie, inapetență și mici hemoptizii, scădere în greutate. La intrarea în Sanatoriu se constată tbc. fibrocaceoasă bilaterală cavitată stângă. Starea generală bună.

S. G. R.: orar 51, la 2 ore 80. M. Gr.: 2,77.

V. B. I., 18 ani. Boala recentă cu debut acut înainte cu o lună. La intrarea în serviciu, prezintă tbc. fibrocaceoasă (f. c.) cavitată incipientă la baza plămânului stâng. Starea generală bună. Afebril.

S. G. R. orară 43, biorară 70. M. Gr. 1,80.

VI. C. Gr., 30 ani. Bolnav de 4 luni, cu debut acut: febră, tuse și expectorație muco-purulentă. Înainte de internare cu 4 săpt. o hemoptizie, iar fenomenele de mai sus sunt mai alarmante. La internarea în Sanatoriu prezintă: tbc. f. c. bilaterală, cavitată dreaptă cu tendință la fibrozare. Simfiză pleurală bilaterală. Subfebril, starea generală satisfăcătoare.

S. G. R. la o oră 64 la 2 ore 92. M. Gr. 3,1.

VII. G. C., 27 ani. Boală recentă înainte cu 2 luni. La intrarea în serviciu tbc. f. c. cavitată recentă stângă.

S. G. R. orar: 86, biorar 120. M. Gr. 2,29.

VIII. Z. R., 49 ani. Boală veche de 3 ani. La internare prezintă o stare generală destul de bună afebrilă. Pulmonar prezintă tbc. f. c. bilaterală cavitată dreaptă. Toate leziunile sunt cu caracter fibros.

S. G. R. orar: 97, biorar 118. M. Gr. 3,93.

IX. F. M., 27 ani. Boala este veche de 2 ani, atunci i s'a instituit un pneumotorace artificial stâng pentru tbc. f. c. ca-

vită stângă, complectat apoi cu operația Iacobaeus, întrucât pneumotoraxul nu era complect. După 1 an de relativă stare bună, la diferite examene care le face imaginea cavitată reapare, iar pneumotoraxul are tendința să se simfizeze. Se internează în Clinică unde i se institue un olcotorax antisimfizar și compresiv. La 2 luni dela reinternare starea bolnavului este f. bună, afebril, tusea și expectorația se mențin însă.

S. G. R. orar 22, biorar 47. M. Gr. = 3,23.

X. D. M., 23 ani. Boala datează de 2 luni cu debut insidios. La internare prezintă un infiltrat suprascizural drept excavat. Starea generală bună. Subfebrilități. Raluri foarte discrete și limitate asupra lobului superior drept.

S. G. R. La o oră 79, la 2 ore 103. M. Gr.: 3,60.

Se creiază un pneumotorax care decolează destul de bine $\frac{2}{3}$ superioare din plămânilor drept obținându-se un colaps electiv asupra vârfului care însă nu este complect liber, fiind menținut prin câteva aderențe. Starea bolnavei după instituire se ameliorează simțitor, este complect afebrilă, crește rapid în greutate și la 2 luni dela crearea pneumotoraxului, cu mare greutate se poate face media granulară din cauza numărului redus de bacili.

M. Gr. 4,20.

XI. V. A. 24 ani. Boala este veche de 4 ani. La acea epocă a fost internat în Sanat. Cl. cu diagnosticul de infiltrat infraclavicular drept excavat, cu bacili prezenți în spută și i se recomandă cură de repaos și cryoterapie. În urma acestui tratament se simte bine timp de 3 ani, după care însă simptomele de suferință pulmonară reapar. Se reinternează cu diagnosticul tbc. f. c. cavitată dreaptă, discretă nodulară perihilară stângă. Starea generală bună, afebril.

S. G. R. La o oră 27, la 2 ore 57. M. Gr. 2,56.

XII. P. P., 30 ani. Debutul boalei înainte cu 5 ani. În ultima vreme se agravează f. mult. La internarea în serviciul Clinicei prezintă o tbc. f. c. cavitată bilaterală întinsă, iar la ascultație raluri abundente asupra ambilor plămâni. Subfebril.

S. G. R. la o oră 81, la 2 ore 106. M. Gr. 1,91.

XIII. C. V., 32 ani. Bolnav de 6 luni cu debut insidios, scădere în greutate, inapetență, tuse și expectorație muco-purulentă. La intrarea în serviciu prezintă o tbc. f. c. cavitată bilaterală. Starea generală alterată. Subfebrilă.

S. G. R. orar 68, biorar 98. M. Gr. 2,91.

XIV. C. D., 59 ani. Boala datează de 8 luni. La internare diagnostic: tbc. f. c. bilaterală cavitată dreaptă cu emfizem al bazilor. Complect afebril, starea generală mulțumitoare.

S. G. R. la o oră 79, la 2 ore 95. M. Gr. 3,12.

XV. P. E., înainte cu 3 ani tbc. f. c. cavitată stângă. Se creiază pneumotorace artificial, complectat cu rezecție de aderențe. Timp de un an evoluție bună. Apare o bilaterizare cavitată pentru care se creiază un pneumotorax artificial și în dreapta.

Starea generală bună. Afebrilă sau ușor subfebrilă. M. Gr. 3,22.

XVI. S. E., 24 ani. Boala datează de 7 luni. La intrarea în serviciu prezintă radiologic tbc. f. c. cavitară stângă cu pneumotorace artificial și cu o diseminare micronodulară în ambele câmpuri cu mari oscilațiuni termice, cu o astenie pronunțată, transpirațiuni nocturne, inapetență.

S. G. R. la o oră 35, la 2 ore 71.

M. Gr. 2,39.

XVII. B. A., 24 ani. Vechimea boalei 3 ani, în momentul internării situația se prezintă astfel: radiologic se constată o lobită dreaptă superioară excavată, retractată. Starea generală a bolnavei bună, mică subfebrilități, zile întregi afebrilă.

S. G. R. la o oră 35, la 2 ore 61.

M. gr. 2,65.

XVIII. D. C., 16 ani. Boala a debutat înainte cu 5-6 luni. La internare prezintă tbc. f. c. cavitară stângă. Se instituie Pn. art., care ne dă o colaborare incompletă a plămânului care este suspendat. Se face rezecție parțială a aderențelor și se obține oarecare ameliorare a colapsului, pentru ca la scurtă vreme, imaginea cavitară să la aspectul de cavernă suflată, sub care aspect se menține și în momentul observației noastre. Este subfebrilă, starea generală relativ bună, prezentând însă o paliditate destul de pronunțată a tegumentelor.

M. Gr. 2,65.

XIX. D. A., 35 ani. Tbc. f. c. cav. stg. Pn. artif. incomplet. Se face rezecție parțială a aderențelor după care se obține o ușoară ameliorare a colapsului, imaginea cavitare însă persistă. Deși este afebrilă, în starea generală nu se constată nici o ameliorare, iar simptomele pulmonare persistă dintre care tusea și expectorația sunt exprimate.

M. Gr. 2,60.

XX. P. A., 22 ani. Boala destul de recentă datând de câteva luni. Se internează în Sanatoriul militar Lăculețe pentru o leziune cavitară în lobul superior drept, pentru care i se instituie un Pn. art. obținându-se un colaps incomplet, lobul superior fiind suspendat de aderențe. La intrarea în sanatoriul nostru, starea generală foarte bună, afebril.

S. G. R. orară 17, biorară 39.

M. Gr. 3,15.

XXI. M. A., 20 ani. Bolnavă de 3 ani, debut insidios cu inapetență, scădere în greutate, tuse mai ales dimineața.

De 4 luni fenomenele se accentuează, are subfebrilități, tușește și expectorează muco-purulent. La intrarea în Sanatoriul se constată tbc. f. c. cav. bilaterală. Starea generală alterată.

S. G. R. orar 48, biorar 78.

M. Gr. 2,54.

XXII. A. E., 29 ani. Bolnavă de 1 an. Debut insidios cu o stare de oboseală, subfebrilități, tuse și expectorație muco-purulentă. La intrarea în serviciu i se constată tbc. f. c. cav. bilaterală. Starea generală bună.

S. G. R. după o oră 55, biorar 89.

M. Gr. 2,87.

I se instituie Pn. art. bilateral și după 8 luni imaginile

cavitate dispar în stânga, în dreapta persistă încă fiind mai mici. Starea generală foarte bună.

M. Gr. 2,90.

XXIII. S. A., 36 ani. Boala e veche de 2 ani. La internare se constată lobită dreaptă superioară excavată retractilă cu simfiză pleurală. Se practică o toracoplastie extrapleurală paravertebrală cu rezecția parțială a primelor șase coaste. Starea generală destul de bună înainte de intervenție se alterează după aceasta, având temperatură înaltă, tuse și expectorație abundentă, simptome care nu cedează la toate tratamentele; mai mult bolnavul face și o diseminare homolaterală către bază și în acest timp se găsește M. Gr. 2,34. Sucombă.

XXIV. N. M., 20 ani. Bolnavă de 6 ani debut insidios cu mici hemoptizii, inapetență, scădere în greutate, transpirații subfebrilități. Se instituie un Pn. art. drept care apoi e abandonat din cauza apariției de lichid în cavitatea pleurală care prin rezorbția rapidă produce o simfiză. Timp de 2 ani se simte bine. La 4 ani dela debut reapare tusea și expectorația muco-purulentă, are febră, slăbește. La intrarea în Sanatoriu se constată o tuberculoză fibrocazeoasă multicavitară bilaterală.

S. G. R. orară 8, biorar 15.

M. Gr. 2,57. Sucombă.

XXV. O. M., 21 ani. Bolnavă de 1 an, debut brusc cu febră, cu tuse și dureri toracice, precum și o hemoptizie și deci și o stare generală alarmantă; după 5-6 zile toate fenomenele cedează și rămâne cu subfebrilități. La intrarea în sanatoriu prezintă tbc. f. c. cavitară dreaptă discretă nodulară stângă. Starea generală alterată.

S. G. R. orar 70, biorar 100.

M. Gr. 2,24.

Din expunerea pe scurt a cazurilor se impun provizoriu (din cauza numărului relativ mic) următoarele concluzii;

1. În formele fibrocazeoase cavitare mai recente media granulară variază între 2-3.
2. În formele fibrocazeoase mai vechi cu tendințe la fibrozare, media granulară tinde și trece de 3.
3. În formele tratate cu pneumotorace artificial, media granulară se învâрте în jurul cifrei 3.
4. În tuberculoze cu totul recente cum ar fi infiltratele excavate sau nu, media granulară este mai aproape sau chiar sub cifra 2.
5. În formele vechi fibroase însă cu puseuri evolutive, media granulară are tendințe să se micșoreze.
6. Tratamentul pare a avea o influență bună asupra mediei granulare în sensul că îi mărește valoarea destul de apreciabil.

În linii mari concluziile noastre sunt asemănătoare cu ale lui *Jeurissen*.

Concluziile noastre se pot exprima și mai scurt astfel:

- a) Formele recente = medii granulare mici în jurul și sub 2.

b) Formele fibrocazeoase obișnuite = medii granulare între 2 și 3.

c) Formele fibrocazeoase cavitare fibrozate sau cu tendințe la fibrozare = media granulară dela 3—4.

Deși metoda este migăloasă și rezultatele date sunt câte odată în neconcordanță cu concluziile de mai sus, rămâne însă o metodă ce nu ar trebui neglijată căci ne furnizează de multe ori un element în plus pentru a aprecia starea locală pulmonară a bolii, apreciere de care depinde aproape întotdeauna conduita terapeutică.

CONTRIBUȚIUNI LA TRATAMENTUL TUBERCULOZEI PRIN VACCINARE CU BACILI VII VIRULENȚI (Metoda Dr. Kutschera-Viena)

de
Dr. OCTAVIAN SONEA
și
Dr. VICTOR APOSTOLEANU
Brașov

În nota preliminară publicată în Revista Spitalelor Nr. 9 din Sept. 1938 am schițat*) punctele esențiale ale concepției metodei Dr.-ului Kutschera.

Metoda preconizează provocarea de lupus cutanat artificial prin sacrificării și aplicarea de cultură vie și virulentă de bacili Koch tip uman. Autorul preferă chiar bacili izolați și cultivați din sputa bolnavului respectiv.

Lupusul artificial ca și lupusul spontan are o înrăurire binefăcătoare asupra evoluției tuberculozei pulmonare prin ridicarea pragului imunității organismului.

Imunitatea conferită prin vaccinul B. C. G. este eficace atâta timp cât sistemul limfatic este impregnat cu acești bacili.

O localizare tuberculoasă, după legea lui Marfan, nu exercită acțiune protectoare decât atâta timp cât în leziune, chiar sclerotată, mai sunt bacili încă vii.

Provocarea de lupusuri în mod periodic are de scop nu numai menținerea unei stări de imunitate ci prin stimularea întregului angrenaj al sistemului de apărare tisulară și umorală, să provoace ridicarea pragului imunității la un nivel cât mai ridicat, cel puțin temporar.

* * *

Întrebuințarea de bacili cât mai virulenți nu prezintă nici un pericol. De altfel bacili cu virulența atenuată nici nu provoacă leziuni lupoide. Bacilii virulenți

*) Dr. V. Apostoleanu: Un tratament nou în tbc. Rev. Spitalelor Nr. 9, Sept. 1938.

provoacă leziuni verucoase ori lupoide sau mixte, cu tendință la vindecare spontană, după o perioadă de stare ce variază între 1—3 luni.

Acțiunea supra focarelor tbc. este nulă sau minimă. Nici odată nu s'a observat o generalizare a infecțiunii provocată de aceste vaccinări.

Bacilii virulenți se obțin prin izolarea lor din sputa bolnavilor. Mediul de cultură cel mai indicat este mediul lui Löwenstein modificat de Dr. Kutschera. Modificarea constă în schimbarea de proporție a sărurilor componente și adăogarea în plus de ser uman*).

Bacilii se dezvoltă în colonii vizibile începând din a 10—15-a zi. Cultura poate fi întrebuințată la 25—30 zile dela însemnare când coloniile sunt bogat dezvoltate. Coloniile tinere sunt mai virulente și sunt de preferat la vaccinare.

Technica vaccinării. Locul de elecție este pielea feselor. Se face o toaletă riguroasă a tegumentelor spălându-se cu un tampon cu eter și apoi cu altul cu alcool.

Scarificația: cu vârful unui bisturiu ascuțit se fac scarificații în linii orizontale și altele perpendiculare la distanțe de 1—2 mm una de alta, pe o suprafață de 5x5 cm. Profunzimea scarificațiilor să atingă dermul și să se oprească în momentul când se pare că începe să sângereze.

Ser fiziologic steril: se picură cu pipetă Pasteur în diferite puncte a suprafeței scarificate 3—5 picături de ser. Serul fiziologic se întrebuințează cu scopul de a înlesni emulsionarea culturii de bacili.

Bacilii Koch vii, din cultură cât mai recentă și mai exuberantă se recoltează aseptice cu ansa de platină. Dozarea cantității de bacili nu are mare rol. De obicei se încarcă ochiul ansei cât suportă. (Intensitatea lupusului depinde de virulența bacililor și nu de cantitatea lor). Se aplică pe suprafața scarificată. Cu o spatulă sau chiar latul bisturului cu care s'a făcut scarificația, se freacă cultura de bacili amestecată cu ser fiziologic și se apasă și se întinde pe suprafața scarificată.

Pansamentul: se aplică 4—5 foițe de tifon suprapuse de mărime 10x10 cm., peste suprafața scarificată. Se fixează cu leucoplast în cruce. Pansamentul se păstrează 3—4 zile, după care se poate înlătura.

Reacțiuni postvaccinale.

Reacțiune locală și regională: tegumentele scarificate în primele 24 ore devin roșii, congestionate cu

*) Detalii asupra tehnicii de preparare a mediului și de izolare a bacililor din spută după Dr. Kutschera, le trimitem cu plăcere celor ce se vor adresa autorilor la Brașov str. Regele Carol 3.

Prin badijonare cu

MYKOCID

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

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

Indicațiuni:

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

Pitiriza versicoloră, eritasmă, eczemă marginată, favusul, mi-
crosporia și onichomicosele.

Un preparat:

HYGEA S. A. R. CLUJ

LABORATOR PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE

STR. CERNĂUȚI No. 9.

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

0,30 gr.

SULFAZOL

TABLETE PENTU UZUL INTERN

0,20 gr. Chlorhydrat de sulfonamido-chrisoidină

0,10 " p—Aminobenzen-sulfonamidă

0,30 gr. pe tabletă.

Indicat în:

Afecțiuni streptococice, stafilococice și colibacilare

SCARLATINĂ
ENDOCARDITĂ LENTĂ
FEBRĂ PUERPERALĂ

AVORTURI SEPTICE
FACERI COMPLICATE
TROMBO-FLEBITE

IRIDO-CICLITE, etc.

AMBALAJE:

TUBURI cu 10 și 20 tablete

CUTIE cu 100 tablete (Spital)

HYGEA S. A. R. CLUJ

LABORATOR PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE

STR. CERNĂUȚI No. 9.

un mic chenar congestiv perifocal. După 2—3 zile roșaja scade în intensitate pentru ca după 10—15 zile să reînceapă o roșajă mai intensă, semnul de debut al eflorescenței lupoide.

Ganglionii inghinali uneori se tumefiază și se mențin dureroși 3—5 zile.

Reacțiune generală: uneori bolnavul se resimte prin o stare subfebrilă care îi provoacă o ușoară moleșală, uneori inapetență, toate durând abia 2—3 zile. Tusa și expectorația nu se modifică.

Modificări morfologice sanghine. La 1.2 ore după vaccinare se observă de obicei o hiperleucocitoză de 4—5000 peste cifra normală. Cazurile de leucopenie ce se întâlnesc mai rar nu constituiesc un criteriu de pronostic defavorabil.

Formarea lupusului. Eflorescențele tuberculoase apar la 10—15 zile dela scarificație și ajung la maturitate în 30—35 zile. Aceste eflorescențe pot fi lupoide, când suprafața lor este netedă, roșietică și verucoasă, când suprafața lor este scorfoasă, ichtiotică, de aspect brun murdar. Durata lupusului este variabilă dela 1—9 și chiar mai multe săptămâni, după care crustele uscate se fărâmițează sau cad în lambouri și suprafața tegumentelor rămâne pigmentată brun, culoare ce poate dura chiar câțiva ani. Lupusul rămâne localizat numai la suprafața scarificată, neîntinzându-se niciodată în vecinătate nici reinoculări la distanță.

Inocularea lupusului chiar cu bacili foarte virulenți nu reușește la bolnavii complet anergici. Fenomenul acesta s'ar putea interpreta ca fiind analog cu absența reacției pozitive la tuberculină la aceleași organisme. Deasemenea nu reușește inocularea de lupus când se întrebuintează surse de bacili cu virulență prea mică.

Repetarea vaccinării. În caz că inocularea nu a prins, se poate repeta scarificarea pe tegumentele sănătoase la un interval de 8—10 zile. În caz că s'a format un lupus fie lupoid fie verucos se așteaptă stingerea lui, adică revenirea tegumentelor la culoarea brun pigmentată. Așteptarea poate să dureze 2—9 săptămâni sau chiar mai mult, după care se poate repeta inocularea.

Numărul de vaccinări necesare pentru a obține rezultate definitive este în funcție de forma boalei. Se pot face vaccinări indefinite atâta timp cât mai sunt focare active în pulmoni. S'au văzut cazuri vindecate după 5—6 vaccinări precum și cazuri vindecate abia după 10—15 vaccinări.

Indicații: Tuberculoza pulmonară, intestinală, osoasă, seroasă, laringeie, ganglionară, articulară, etc.

Contra indicații: de acest tratament nu vor beneficia cașecticii, granulile și formele galopante. În

aceste cazuri, de fapt vaccinul nici nu provoacă lupus. Vaccinarea cu această metodă nu are nici o influență dăunătoare asupra leziunilor în orice stadiu ar fi și orice formă anatomică ar prezenta.

Are marele avantaj față de tratamentele chimice sau alte tratamente biologice pentru că sunt excluse reacțiunile de focar, agravările, iritățile și leziunile diferitelor organe cum se întâmplă cu tratamentul prin săruri de aur.

Nu s'a putut constata niciodată bacilemiei secundare inoculării acestui vaccin.

Lupusul provocat este inofensiv.

Tuberculoza pielii prin lupusul provocat evoluează mai benign decât a lupusului natural. Ce e drept nici imunitatea conferită nu este egală.

De aceia o cură de vindecare necesită o repetare a inoculării variabilă dela caz la caz.

Metoda aceasta are ceva înfricoșetor la prima vedere. Ea însă este complet inofensivă pentru bolnavi.

Nu se poate aplica însă, sub nici un motiv cu titlu preventiv la persoanele sănătoase sau fără leziuni clinice.

Influența asupra evoluției boalei și a leziunilor:

După primele lupusuri se remarcă schimbări însemnate în mersul boalei: astenia, febra, transpirațiile nocturne, inapetența se ameliorează și treptat dispar. Fenomenele steto-acustice se modifică în bine, imaginile radiologice se limpezesc. Baciloscopia devine negativă la intervale variabile dela debutul tratamentului. Viteza de sedimentare a hematiilor scade treptat ajungând după un anumit timp la normal. Leucocitoza scade deasemenea la normal. Reacția de fixare a complementului devine în'ens pozitivă, semn al înmulțirii anticorpilor imunizatori. În cazurile grave în care vaccinarea e fără efect reacția de fixare este și rămâne negativă.

Banda de coagulare Weltmann variază spre normal.

Sensibilitatea la tuberculină crește, spirometria deasemenea. După vaccin apariția hemoptiziilor chiar în formele fibroase nu s'a observat nici odată.

Redăm mai jos următoarele observațiuni clinice:

1. Bolnavul T. S., 22 ani, necăsătorit.

Imbolnăvit în Iulie 1937 afecțiunea a început cu tuse, junghi în regiunea supra scapulară dreaptă, expectorație m copurulentă, febră 38° seara, lipsa apetitului, jenă respira orle, oboseală la efort, transpirații nocturne, scăderi în greutate.

În Octombrie 1937 hemoptizie de circa 150 grame sânge pur.

Internat în spital la 18 Ianuarie 1938 bolnavul de contituție slabă cu starea generală rea, spută muco-purulentă foarte abundentă, vocea alterată; Examinat prezintă:

Clinic: ploaie de cracmente umede în spațiul supraspi-



OPOTERAPIE HEMATICA

SIROPUL DESCHIENS

cu Hemoglobina

INLOCUEȘTE CARNE CRUDĂ ȘI FIERUL

Dosaj : 1 Ugeră de supt înainte fiecărui mese.

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

nos și sub clavicula stângă. Raluri cavernuloase în regiunea interscapulo-vertebrală superioară stângă.

radiologic: obscuritate neomogenă cu caracter exudativ ocupând $\frac{2}{3}$ din suprafața pulmonului stâng și regiunea perihilară dreaptă.

biologic: sputa pozitivă
sedimentarea globulară (Fahreus) 29.
leucocitoza 13.000 pe m/m cub.

La 18 Ianuarie 1938; Vaccinat după metoda descrisă cu formarea unui lupus verucos. La două ore după vaccin se observă creșterea numărului leucocitelor cu încă 4.000 ajungând la 17.000 pe m/m cub. Această leucocitoză scade după câteva ore. Prima și a doua zi temperatura bolnavului crește cu câteva diviziuni. Deasemenea 3 până la 4 zile după vaccin se observă un eritem pe locul vaccinat, care dispare în a 5—6 zi lăsând locul eflorescenței bacilare care începe în a 10—15 zi (leucocitoza post vaccinală, febra și eritemul de câteva zile constituie „fenomenele post vaccinale imediate”).

La circa una lună după vaccin bolnavul își simte starea îmbunătățită, crescut în greutate cu 4.600 kgr.

La 25 Februarie 1938 revaccinat

Examinat la 3 Aprilie 1938 se constată:
clinic: atenuarea și rărirea cracmentelor umede.
radiologic: tendințe la fibrozare.

biologic: sputa tot pozitivă,
sedimentarea globulară (Fahreus) 15,
leucocitoza 10.500 pe m/m cub.

Bolnavul a scăpat de sub observațiile noastre.

2. Bolnavul B. V. 26 ani, necăsătorit.

Data îmbolnăvirii necunoscută. Primul simptom o hemoptizie în Octomvrie 1937. După aceia iusă, febră, astenie pronunțată, scăzând treptat în greutate.

La 11 Ianuarie 1937: internat în spital: febră 3,0°, stare generală rea, spută muco-purulentă, transpirații nocturne, astenie; Examinat prezintă:

clinic: cracmente umede în spațiul supra-spinos interscapulovertebral și sub-clavicular stâng, precum și în axila stângă.

radiologic: obscuritate neomogenă cu caracter ulcero-fibros extensiv ocupând treimea superioară a câmpului pulmonar stâng. Reacție hilară în aceiaș parte.

biologic: sputa pozitivă,
sedimentarea globulară (Fahreus) 21,
leucocitoza 8.500 pe m/m cub.

Vaccinat la 18 Ianuarie 1938. Fenomenele post vaccinale

apropiate cele normale. La 11 zile după vaccin începe a înflori un lupus lupoid.

La 3 Aprilie bolnavul are ușoară hemoptizie datorită insolajiei intempestive dormind în camașă la soare.

Examinat la 17 Aprilie prezintă:

clinic: fenomenele ascultatorii notabil modificate în bine.
radiologic: tendință pronunțată spre sclerozarea focarului.
biologic: sputa negativă,
sedimentarea globulară (Fahreus) 13,
leucocitoză 6.400 pe m/m cub.

La 18 Aprilie, 3 Iunie și 25 August revaccinat cu formare de lupusuri verucoase și lupoide.

Reexaminat la 20 Septembrie prezintă:

clinic: cracmentele sau rărit, au prins un caracter de crepitațiuni uscate.

radiologic: traveuri firboase fine,
biologic: analiza sputei negativă,
sedimentarea globulară (Fahreus) 6,
leucocitoza 7.000 pe m/m cub

Mult ameliorat: banda de coagulare Weltmann normală.

3. Bolnavul G. I., 23 ani, necăsătorit.

Afecțiunea datează din Ianuarie 1938 evoluând rapid cu febră peste 38,5, scădere rapidă în greutate, inapetență, transpirații nocturne, pulsul între 100 și 120, astenie pronunțată.

Internat în spital la 18 Aprilie 1938 cu stare generală rea, spută bogată, febră, astenie.

Examinat prezintă:

clinic: cracmente umede în fosele suprastinoase și sub-claviculare de ambele părți.

radiologic: marmorajie intensă cu aspect estompat (evolutiv) ocupând aproape în întregime ambele câmpuri pulmonare mai ales cel drept.

biologic: analiza sputei pozitivă,
sedimentarea globulară (Fahreus) 31,
leucocitoza 17.000 pe m/m cub.

La 18 Aprilie: prima vaccinare. Fenomenele post vaccinale imediate lipsesc. Se formează un lupus verucos care durează 7 săptămâni.

La 3 Iunie revaccinat cu acelaș absență a fenomenelor post vaccinale.

Examinat la 20 Iunie prezintă:

clinic: subiectiv ușoară amendare a tusei, febrei și transpirațiilor.

Obiectiv: o rărire a cracmentelor și o limitare a procesului.

radiologic: marmoraje cu caracter net, cu tendință la sclerozare.

biologic: baciloscopia pozitivă,
sedimentarea globulară (Fahreus) 22,
leucocitoza 14.000 pe m/m cub.

Ameliorat. Bolnavul plecând din localitate nu l'am putut urmări.

4. Bolnavul R. A., 26 ani, necăsătorit.

Afecțiunea datează dela 25 Iunie 1937 debutând cu hemoptizie. După o spitalizare de 3 luni bolnavul se simte ameliorat.

Reluându-și ocupațiile în Ianuarie 1938 starea i se înrăutățește progresiv până la 1 Aprilie când este internat în spitalul nostru cu stare cașectică, febră 39,4, tuse, expectorație muco-purulentă, transpirații nocturne, lipsa completă a apetitului.

Examinat clinic prezintă: cracmente umede și raluri cavernuloase pe toată întinderea pulmonului drept, și jumătatea superioară a celui stâng.

radiologic: opacitate neomogenă ce nu se clarifică în tuse la ambele $\frac{1}{2}$ superioare pulmonare, mai ales în dreapta.

biologic: baciloscopia pozitivă,
sedimentarea globulară (Fahreus) 14,
leucocitoza 8.200 pe m/m cub.

La 9 Aprilie, 3 Iunie și 25 August 1938 revaccinat. Fenomenele post vaccinale apropiate cele obișnuite.

Se formează lupusuri lupoide și verucoase.

Examinat la 15 Septembrie 1938 prezintă:

clinic: subiectiv; fenomenele patologice dispărute, crescut în greutate 9 kgr.

obiectiv: ralurile cavernuloase dispărute, cracmentele rărite cu tendințe de uscare.

radiologic: diminuare evidentă a opacității vârfurilor.

biologic: baciloscopia pozitivă,
sedimentarea globulară 9,
leucocitoză 8.000 pe m/m cub.

Ameliorare apreciabilă. Pentru continuarea tratamentului s'a internat într'un sanatoriu din Moldova.

5. Bolnavul N. O., 21 ani, necăsătorit.

Afecțiunea datează din 1936 instalându-se insidios cu tuse, expectorație, febră, transpirații nocturne, scăderi în greutate, astenie progresivă. Boala a evoluat până la escavație cu tot tratamentul urmat.

La 28 Martie 1938 internat în spital prezintă:

clinic: suflu amforic cavernos în fosa suprascapulară stg. și cracmente umede după tuse în această fosă. Deasemenea cracmente în fosa suprascapulară dreaptă.

radiologic: o cavernă de mărimea unei plese de 100 lei în stânga, infraclavicular și extern. În dreapta obscuritate neomogenă cu aspect ulcerofibros ocupând vârful pulmonar unde se observă și o mică cavernă.

biologic: baciloscopia pozitivă,
sedimentarea globulară 24,
leucocitoză 10.400 pe m/m cub.

La 1 Aprilie, 3 Iunie și 25 August 1938 vaccinat.

Fenomenele post vaccinale apropiate cele obișnuite.

Examinat la 20 Septembrie se constată:

clinic: subiectiv: scăderea asteniei, creșterea apetitului, cu dispariția celorlalte fenomene patologice.

obiectiv: suflu cavernos se percepe încă. Cracmentele perifocale mult diminuate și rărite.

radiologic: o apreciabilă subțiere a pereților caverneleor.

biologic: baciloscopia pozitivă,
sedimentarea globulară (Fahreus) 18,
leucocitoza 9.500 pe m/m cub.

Mult ameliorat, continuă tratamentul.

6. Bolnavul M. I., 24 ani, necăsătorit

Data îmbolnăvirii necunoscută.

Afecțiunea debutează cu tuse, junghjuri în regiunea suprascapulară stângă, transpirații abundente nocturne, febră, lipsa apetitului, expectorație bogată muco-purulentă, astenie.

Internat în spitalul nostru la 30 Martie 1938 cu aceleași simptome și febră 38,5, bolnavul prezintă:

clinic: în stânga cracmente umede pe toată întinderea pulmonului în spate, în fosa subclaviculară și în axilă. În regiunea suprascapulară stângă, raluri cavernuloase. În dreapta cracmente umede în fosa suprascapulară regiunea hilară și fosa subclaviculară. Prezintă deasemenea o Kerato-conjunctivită flictenulară ce datează de circa $1\frac{1}{2}$ lună.

radiologic: obscuritate neomogenă în ambele jumătăți superioare pulmonare. Puternică reacție hilară.

biologic: baciloscopia pozitivă,
sedimentarea globulară 33,
leucocitoza 14.000 pe m/m cub.

La 4 Aprilie vaccinat.

Fenomenele post vaccinale imediate cele obișnuite.

La 9 zile după vaccin începe a înflori un lupus verucos.

La câteva zile după vaccin o puternică reacție ganglionară inguinală de partea vaccinată. Leziunile kerato-conjunctivitei se agravează.

La 7 Mai kerato conjunctivita complet vindecată.

La 25 Mai, 10 Iulie și 30 August 1938 revaccinat.

Examinat la 25 Septembrie se constată:

clinic: subiectiv: revenit la greutatea normală, apetitul recâștigat, astenia dispărută ca și celelalte fenomene patologice.

obiectiv: nu se mai remarcă nici o urmă de Kerato-conjunctivită. Pulmonar dispariția tuturor fenomenelor steto-acustice.

radiologic: limpezirea câmpului pulmonar cu instalarea de traveuri fibroase fine.

biologic: baciloscopia negativă,
sedimentarea globulară normală,
leucocitoza 7.000 m/m cub,
banda ce coagulare Weltman normală.

Vindecat, părăsește spitalul cu recomandăția de a urma un tratament ajutător de consolidare.

7. Bolnavul C. C. 26 ani necăsătorit.

Afecțiunea datează de 5 ani începând cu dureri toracice, spută, oboseală la efort și mai apoi hemoptizii repetate. S'a internat într'un sanatoriu unde a stat 4 luni.

Venit în spitalul nostru la 12 Martie 1938 bolnavul de constituție debilă, apetitul diminuat, subfebril, tușește, are o laringită ce datează de 3 săptămâni.

Examinat prezintă:

clinic: raluri de bronhită la ambele vârfuri, precum și cracmente profunde.

Frecături pleurale la baza stângă.

radiologic: câmpurile pulmonare ușor umbrite la vârfuri. Reacție hilară bilaterală.

biologic: spută negativă,
sedimentarea globulară (Fahreus) 14, leucocitoza 9.600 pe m/m cub.

La 4 Aprilie, 25 Maiu, 10 Iulie, 30 August 1938 vaccinat cu formare de lupusuri verucoase și lupolde.

Examinat la 25 Septembrie se constată:

clinic: subiectiv, dispariția tuturor fenomenelor patologice.

obiectiv: dispariția tuturor fenomenelor steto-acustice la vărfuri. Persistența frecăturilor pleurale la bază.

radiologic: Fină scleroză la vărfuri.

biologic: baciloscopia negativă.

sedimentarea globulară normală.

Weltmann normal.

Vindecăt.

8. Bolnavul D. A. 30 ani necăsătorit.

Afecțiunea datează din 1925 debutând cu pleurezie sero-fibrinoasă dreaptă.

În 1930 hemoptizie cu dureri toracice, febră 37,5—38°, tuse și expectorație moderată. După un repaos de 3 luni își reia activitatea tratându-se ambulatoriu cu: Tuberculo-mucina Weleminski, Calciu, săruri de aur, tuberculină. Încercându-i-se pneumotorax în 1932 nu reușește din cauza aderențelor.

În Septembrie 1937 face o artrită sterno-claviculară bacilară dreaptă, cu început insidios, puțin dureroasă cu tumefierea regiunii și roșeața pielii.

Întrat în tratamentul nostru la 15 Ianuarie 1938 bolnavul de constituție medie, subfebril, puțin spută, apetitul conservat prezintă:

clinic: cracmente umede în fosa suprascapulară și subclaviculară dreaptă. La articulația stenoclaviculară dreaptă se observă o tumefiere de mărimea unei 1/2 mandarine, roșie, puțin dureroasă, ușor fluetuentă.

radiologic: opacitatea neomogenă de tonalitate sub medie la vârful pulmonar drept. Leziunea sterno-claviculară nelizibilă din cauza procesului pulmonar.

biologic: baciloscopia negativă.

sedimentarea globulară 14.

leucocitoza 9.500 pe m/m cub.

La 18 Ianuarie 1938 vaccinat.

Fenomenele post vaccinale apropiate obișnuite.

La 11 zile după vaccin înflorește un lupus verucos.

La 25 Februarie și 18 Aprilie 1938 revaccinat.

După acest ultim vaccinar tumora sterno-claviculară crește, devine fluctuantă, apărând pete violacee pe ea.

La 8 Maiu 1938 se face o puncție cu un ac cu lumenul de circa 3—4 m/m. Se extrage 15 cm cubi puroi grău murdar grunzos. Se introduce 5 cm cubi de soluție Marian.

La 15 Maiu și 22 Maiu 1938 același puncție cu aceeași extracție și același introducere.

La 30 Maiu 1938 puncția repetată se extrage foarte puțin puroi. Nu se mai introduce soluția Marian. Tumora fiind către vindecare, pielea își recapătă culoarea, astfel că la 2 Iunie artrita e complet vindecată.

La 3 Iunie și 25 August 1938 iarăși revaccinat.

Reexaminat la 25 Septembrie se constată:

clinic: subiectiv, dispariția tuturor fenomenelor patologice.

obiectiv: cracmentele umede devenite uscate. Tumora stenoclaviculară dreaptă vindecată, rămânând o mică proeminență dură nedureroasă.

radiologic: Traveuri fibroase la vârful drept. Articulația sterno-claviculară nelizibilă.

biologic: baciloscopia negativă.

sedimentarea globulară normală

leucocitoza normală

Weltmann normal.

Vindecăt.

Concluziuni

Cercetările noastre cuprind 8 observațiuni personale. Din rezultatele obținute: 3 vindecări, 3 ameliorări, 2 cazuri staționare (perduți de sub observație), putem trage următoarele concluzii:

Metoda este inofensivă, nu provoacă reacțiuni de focar, nu agravează starea generală a bolnavului ci din contra.

Pe când celelalte tratamente biologice și chimioterapice au indicații restrânse și precise, metoda aceasta nu are nici o restricție; chiar cazurile disperate nu se agravează, în cazul cel mai rău vaccinul nu prinde.

Este o metodă ușor de aplicat și foarte bine suportată de bolnavi. Metoda este compatibilă cu un tratament ambulatoriu. Rezultatele bune însă se obțin mai ușor și mai repede dacă nu se neglijează cura sanatorială și celelalte tratamente ajutătoare: calciterapia, vitamine etc.

Lucreare din Sanatorul „Dr. Koleszár” Cluj
Director: Dr. KOLESZÁR LADISLAU

VALOAREA ȘI APLICAREA VITAMINELOR ÎN OTO-RINO-LARINGOLOGIE

de
Dr. JOÓ ȘTEFAN

Succesul cel mai strălucit al medicinei în zilele noastre este fără îndoială dezvoltarea și clarificarea rapidă a problemei vitaminelor. La începutul cercetărilor se știa numai atât, că prin aceste substanțe se pot vindeca »avitaminozele« deci rachitismul, scorbutul, cheratomalacia și beriberi, care sunt datorite lipsei complete, sau aproape complete a vitaminelor din hrană. Dela descoperirea lui *Eijkmann*, care a elucidat cauza boalei beriberi (1897), trebuiau să treacă aproape 4 decenii, până ce în ultimii ani — după un șir îndelungat de experiențe — grație dezvoltării impetuoase a biochimiei s'a putut determina compoziția chimică a diverselor vitamine. Prin experiențele și observațiunile făcute cu preparatele pure de vitamină, am ajuns să cunoaștem cel puțin până la un anumit grad acțiunea fiziologică a vitaminelor și rolul pe care-l îndeplinesc în funcțiunile vitale ale organismului.

Aceste cercetări au arătat, că vitaminele pe lângă combaterea avitaminozelor joacă un rol covârșitor în procesele fiziologice și chimice, care se desfășoară în organism. Ele regulează funcțiunea protoplasmii, a nucleului celular și permeabilitatea celulelor, favori-

zează înmulțirea lor, intervin în calitate de catalizatori în procesele fermentative. În trecutul apropiat am crezut, că ajunge dacă introducem atâta vitamină în organism, cu cât suntem în stare să împiedecăm apariția avitaminozelor. Astăzi știm deja, că această cantitate nu este nici pe departe suficientă. Vitaminele prin acțiunea lor asupra vieții celulare măresc rezistența organismului în fața tuturor factorilor nocivi exteriori, fie vorba de infecție, toxine sau de orice altceva. Cu alte cuvinte putem spune, că vitaminele veghează asupra integrității și sănătății corpului nostru. *Jusatz* a dovedit, că în avitaminoze dispare puterea bactericidă a sângelui. În sensul definiției lui *Szent-Györgyi* aceea este cantitatea optimă de vitamină ce trebuie introdusă în organism, pe lângă care sănătatea nu se mai poate potența, adică organismul arată rezistența maximă față de agenții nocivi externi și corespunde mai bine tuturor pretențiilor impuse. Cantitatea de vitamină astfel stabilită întrece însă cu mult pe aceea, care este necesară pentru combaterea avitaminozelor.

În sensul concepției lui *Szent-Györgyi* putem înțelege ușor, de ce se obțin prin aplicarea vitaminelor rezultate așa de excelente în atâtea boli. Mai ales în maladiile infecțioase s'a ajuns la rezultate remarcabile, deși acestea nu sunt avitaminoze, ci în aceste cazuri este vorba numai de o carență parțială a organismului în vitamină, de o așa numită *ipovitaminoză*. Precum am văzut însă, organismul numai cu un conținut optim în vitamină este în stare să opună o rezistență perfectă față de infecțiuni. Organismul în stare de *ipovitaminoză*, dacă este atins de o infecțiune sau alt agent nociv, nu va putea rezista și se îmbolnăvește. Prin administrarea vitaminelor redăm organismului conținutul lui optim în vitamină, îl scoatem din starea de *ipovitaminoză* și astfel mărim rezistența naturală. În felul acesta se explică rezultatele terapeutice excelente obținute. Este deci foarte important ca și organismul sănătos să primească cantitatea optimă de vitamină, pentru că prin aceasta crește rezistența lui naturală și se îmbolnăvește mai greu. Astăzi se poate considera ca un fapt sigur, că dincoace de avitaminozele exprimate, mai există toate gradele ale carenței în vitamină — ale *ipovitaminozei* — ce poate provoca o serie întreagă de simptome și stări patologice deseori cu totul atipice. *Szent-Györgyi* într'o lucrare recentă dezvoltă, că drumul cercetărilor viitoare, care promite mai mult, duce în câmpul larg ce se întinde între sănătate și avitaminoze în domeniul astăzi încă puțin cunoscut al *ipovitaminozelor*.

Vitaminele se aplică ca în celelalte ramuri ale medicinei și în *oto-rino-laringologie*. Scopul lucrării de față este de a aduna aceste rezultate, adăogând

experiențele și observațiunile personale. Expunerea o voi începe cu grupa vitaminelor *liposolubile*.

I. Vitaminele liposolubile.

Vitaminele A și D.

Din punctul nostru de vedere acțiunea cea mai importantă a vitaminei A este *protecția epitelului*, din care motiv se mai numește și vitamina *protectoare a epitelului*. În cazul când vitamina A lipsește, celulele epiteliale ale pielii și mucoaselor arată tendințe de cornificare: astfel crește permeabilitatea straturilor epiteliale superficiale față de microbi și consecința va fi scăderea rezistenței organismului. Vitamina A previne apariția infecțiilor bacteriene prin protecția epitelului mucoaselor. În domeniul *oto-rino-laringologiei* în caz de *ipo- sau avitaminoză A*, mucoasa fină și sensibilă a *urechii medii*, nasului, *sinusurilor feței* și a *gâtului* nu mai poate rezista microbilor care și în mod normal se aflau acolo, dar până acum erau nepatogeni. Microbii pătrund prin mucoasa slăbită și apare *otita*, *rinita* și *sinusita*. Epiteliul ciliat al *laringelui* și *bronșiilor* se comportă la fel și reacționează prin *laringită* și *bronșită*. În urma lipsei vitaminei A în laringe pot apare alterațiuni pachidermice. Prin administrare de vitamină A, până la o anumită măsură putem preveni bolile de mai sus. Dacă boala a apărut deja, întărirea mucoasei și restabilirea funcțiunii ei fiziologice face ca organismul să poată înfrunta mai ușor infecția. Este deci foarte important, ca mai ales organismul în dezvoltare, care are nevoie de vitamină A în plus și pentru creștere să capete cantitatea optimă de vitamină A: 3—5 mg. pe zi. (Stepp). Cercetările lui *Schneider* au arătat, că în toate infecțiunile cantitatea vitaminei A din sânge scade față de valoarea obișnuită și paralel cu ameliorarea progresivă se ridică iar la nivelul normal.

Lipsa de vitamină A se poate acoperi pe lângă hrană (lapte, unt, ouă, ficat) prin izvorul cel mai bogat în vitamină A (și D), prin untura de pește. Ea conține vitaminele A și D în formă naturală, în proporție fiziologică, din acest motiv și pentru ieftinătatea ei corespunde mai bine scopului. În caz de nevoie astăzi putem deja da bolnavilor vitaminele A și D în stare pură sub formă de picături. Acțiunea tonizantă și întăritoare a razelor ultraviolete cel puțin în parte este cu siguranță datorită faptului, că aceste raze sunt în stare să transforme provitamina pielii în vitamină D. Noi am aplicat cu succes razele ultraviolete mai ales în cazuri de otite medii postgripale rebele și anergice, unde amenința mastoidită; organismul și-a recâștigat tendința de vindecare naturală.

Importanță deosebită are mai nou tratamentul *local* al diferitelor plăgi cu vitaminele A și D. *Löhr*

FELLOWS

SIRUP DE FOSFAT

contine săruri minerale importante ca: fer, sodiu, potasiu, mangan și fosfor. O rețetă care de mai bine de 60 de ani a fost prescrisă pentru satisfacție și siguranță. "FELLOWS" este un produs fabricat sub o riguroasă supraveghere și calitatea sa mereu aceeași, este garantată prin minuziozitatea preparării sale.

Exclusivitatea Generală pentru România:

"DROGUERIA STANDARD" S.A.R.

București I., Str. 5ft. Ionică 7

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TION
GLUCONAT DE CALCIU 10%
ANTIREUMATIC
LITIUMLIFONAFENAT
ANTISIFILITIC
DR. OERIU
THIOTARTRAT DE BISMUT
REUMATISM CRONIC
REUMATISM ACUT
SCIATICĂ
LUMBAGO
INTRAMUSCULAR NEDŪREROS
INTRAVENOS
ANTISIFILITIC BISMUTHIOLUBIL PERFECT TOLERAT FIOLE DE 1 CC.
APROBAT DE ONOR. MINIST. SĂNĂTĂȚII CU N° 30176
APROBAT DE ONOR. MINIST. SĂNĂTĂȚII CU N° 226
APROBAT DE ONOR. MINIST. SĂNĂTĂȚII CU N° 6340
APROBAT DE ONOR. MINIST. SĂNĂTĂȚII CU N° 142207

TILOR
BALANEȘCU-OERIU
DITHIOXYBENZOAT DE SODIU ȘI AUR
INDICAT ÎN:
INTRAVENOS SAU INTRAMUSCULAR
TUBERCULOZA PULMONARĂ
LARINGITE TUBERCULOASE LUPUS

"LABORATORUL TION" DR. OERIU

Reprezentanța A. GROZEA & Co. — București — Str. Doamnei 21

Telefon 4.69.70 — 4.69.53

a fost primul, care în tratamentul plăgilor a introdus pe bază științifică untură de pește; drept că și în această chestiune putem spune, că nu există nimic nou sub soare, pentru că deja Romanii și în urma lor mai ales popoarele nordice au folosit deja în mod empiric untura de pește, însă mai târziu metoda s'a uitat.

Untura de pește aplicată *local* prin conținutul ei în vitaminele A și D excită diviziunea celulară, (acțiune regenerativă) protejează țesuturile tinere (acțiune protectoare) și împiedecă înmulțirea microbilor (acțiune desinfectantă). Această acțiune citofilactică probabil se datorește faptului, că vitamina A animează respirația celulară. În urma aplicării untorei de pește, părțile necrotice din fundul plăgilor se detașează mai rapid, plaga se curăță și mai ales este accelerat procesul de granulație și de epitelizare. Cu untură de pește sau cu alifii, care conțin această substanță s'au obținut rezultate mai bune, ca prin vitaminele pure A și D. Acest lucru în parte se explică prin faptul, că untura de pește pe lângă vitamine mai conține lecitine, iod, fosfor și sulf în stare coloidală, care au un efect desinfectant și vindecător, afară de aceasta se pare, că doza optimă de vitamină nu este identică cu cea maximă, deci peste o anumită limită acțiunea nu se mai poate potența. Vitaminele A și D trebuie să se găsească într'o anumită proporție fiziologică ca în untura de pește, pentru că altfel prin antagonism își scad reciproc efectul.

Noi în bolile de nas, gât și urechi întrebuițăm untură de pește pură, *Desitin molle* și pudră de *Desitin* (conțin untură de pește sub formă de alifii și de praf). Alifiile cu untură de pește se pretează foarte bine pentru umplerea cavităților osoase întinse ce rămân după *antrotomii*, pentru accelerarea granulației și a procesului de vindecare. De când însă după procedeul lui *Koleszár* (vezi: Mschr. Ohrenheilk. 1937, No. 11) cavitatea osoasă o umplem cu un lambou muscular viu și plaga o închidem per primam, nu mai avem de lucru cu plaga osoasă, care se vindecă așa de încet. În cazurile septice și procesele subperiostale întinse din fericire rare, unde plaga nu se mai poate închide per primam, aplicăm untură de pește. Afară de acestea, după operație *vindecarea și cicatrizarea timpanului și a urechei medii* o favorizăm prin untură de pește introdusă în conductul auditiv extern. În *otite medii acute*, după încetarea complectă a inflamației și supurației am putut influența în mod favorabil cicatrizarea timpanului și recăștigarea elasticității lui normale prin untură de pește introdusă în ureche. În tratamentul *otitelor medii cronice*, pe lângă alte medicamente folosim untură de pește și pudră de *Desitin*. La *sinusite cronice* prin tampoane îmbibate cu untură de pește și introduse în nas, tindem să refacem și să

vindecăm mucoasa bolnavă. După *amigdalectomie* cicatrizarea plăgilor o favorizăm printr'un praf, care pe lângă alte substanțe conține și pudră sterilă de *Desitin*.

Am lăsat la urmă aplicarea vitaminelor A și D în tratamentul *ozenei*. Nenumăratele procedee terapeutice, care au fost încercate în contra acestei maladii neplăcute, dovedesc mai bine, că etiologia ozenei încă nu este clarificată. Nu este intenția mea să expun teoriile, care explică producerea ozenei, mă voi limita numai la tratamentul ei prin vitamine. *Glasscheib* a susținut ca primul, că ozena nu este altceva, decât o avitaminoză A și D. Sunt într'adevăr câteva fapte de ordin teoretic și experimental, care pledează pentru această ipoteză. Din punct de vedere anatomo-patologic ozena este caracterizată printr'o atrofie a mucoasei nasale, a țesuturilor moi subjacente (glande, vase etc.) și chiar a scheletului osos. În multe locuri epiteliul ciliat al mucoasei dispare și este înlocuit prin epiteliu cornificat (metaplazie). La animalele de experiență ținute la un regim complect lipsit de vitaminele A și D, *Glasscheib* a observat atrofia mucoasei și a oaselor nasale; aspectul isto-patologic al mucoasei bolnave a fost asemănător cu alterațiunile mucoasei care se constată la ozena umană. Pe de altă parte cunoaștem rolul epiteliu-protector al vitaminei A. *Glasscheib* a dat bolnavilor 2x5 picături de *Vogan* (vitamină A) pe zi și *Vigantol*, ori untură de pește. Luând în considerare teoria infecțioasă a ozenei, *Glasscheib* mai injectează săptămânal pe cale subcutanată câte 0,2 cmc dintr'un vaccin preparat din autolizatul de bacili *Perez*, *Löwenberg* și pseudodifterici. A obținut rezultate bune și după observația lui, procesul până la vindecare trece prin 3 stadii: crustos, purulent și mucos. *Griebel*, *Birkholz* și alții au controlat metoda lui *Glasscheib*. Ei au pus zilnic bucăți de tifon îmbibate cu *Detavit* (vitamine A + D) în meatul inferior (după nevoie de o parte sau în amândouă părțile) și după câteva ore însuși bolnavul le îndepărta. Afară de aceasta ei au mai administrat săptămânal câte 3 injecții de vitamină B., pentru că astfel crustele s'ar detașa mai ușor. În general ei au obținut rezultate favorabile. Metoda lui *Glasscheib* am încercat-o și noi în mai multe cazuri de ozenă. Am introdus zilnic tampoane de vată îmbibate cu untură de pește ori *Desitin molle* în meatul inferior și mijlociu și după 2—3—4 ore bolnavul însuși le îndepărta. Intr'adevăr secreția fetidă după un timp a încetat, crustele s'au detașat, altele nu s'au format și mucoasa până la o măsură anumită s'a recăștigat aspectul normal. Tratamentul trebuie însă continuat zilnic luni de rând, pentru că în scurt timp după neglijarea terapiei, boala recidivează. Vindecări definitive și complete nu am văzut. Marele avantaj al metodei constă în

Acțiune dezinfectantă polivalentă în infecțiuni intestinale

CARBARGYRE

cărbune

argint

Cărbune și argint asociate într'un complex coloidal de o putere absorbantă ridicată

ABSORBANT

ANTITOXIC

ANTIINFECȚIOS

INDICAȚIUNI:

**Sindrom entero-renal toxic și infecțios — colibacilurie —
infecțiuni intestinale — fermentațiuni — colite — diaree.**

Laboratoires Marceau, A. Grigaut & A. Boutroux, Pharmaciens, 7. Avenue Marceau, Paris XIV^e

BCU Cluj / Central University Library Cluj
 Mostre și literatură trimite la cerere
 Exclusivitatea pentru România: M. TATARSKY, București, I
 Str. Sf. Apostoli, 21. Tel. 3.57.85

simplicitatea ei, oricare practician o poate executa cu ușurință. În cazurile ușoare și de gravitate mijlocie rezultatul este satisfăcător atât din punctul de vedere al bolnavului cât și al medicului. În cazurile grave, avansate nu am văzut ameliorări prea pronunțate; în aceste cazuri operația lui *Eckert-Möbius* și mai ales cea a lui *Lautenschläger* poate aduce rezultatele dorite.

II. Vitaminele idrosolubile

1. Grupa vitaminei B.

a) Vitamina B₁.

În bolile de nas-gât-și urechi vitamina B₁ ne aduce servicii reale mai ales în *paraliziile postdifterice*. Paraliziile postdifterice ale *vălului moale și ale corzilor vocale*, după datele din literatură dispar repede sub influența vitaminei B₁. Noi am aplicat cu succes vitamina B₁ într'un caz de paralizie postdifterică gravă a acomodajiei. Se mai poate încerca terapia cu vitamină B₁ în *paraliziile faciale*. Natural printr'un examen se vor exclude afecțiunile urechii; dacă paraliza este de natură otică, cel mai important lucru este tra-

tamentul urechii. Mai nou *Baer* aplică cu succes vitamina B₁ în otitele foarte dureroase și în otoscleroză: durerile dispar repede, iar vâjâiturile penibile din otoscleroză dispar. *Baer* mai administrează vitamina B₁ în anosmii și pentru combaterea durerilor după amigdalectomie (împreună cu vitamină C în doze miasive). *Alföldy* aplică vitamina B₁ în nevritele acustice (infecții, diabet, nevrite salvarsanice).

b) Grupa vitaminei B₂.

Lipsa vitaminei B₂ are influență asupra funcțiunii întregului organism, fără să aibă însă până în prezent vreo importanță otologică. Numai pentru curiozitate amintesc experiențele interesante ale lui *Miller* și *Rhoads*, care printr'un regim lipsit de vitamină B₂ au putut provoca la câini o boală numită »black-tongue-disease«, foarte asemănătoare cu agranulocitoza (stomatită ulceroasă, granulopenie pronunțată). După acești autori în etiologia agranulocitozei ar avea rol important și avitaminaza B₂. În această maladie se dau cu rezultate bune preparate de ficat, care conțin vitamină B₂. Cercetările lor încă nu au fost confirmate de alții.

2. Vitamina C.

Vitamina C este indispensabilă în procesele fundamentale ale organismului, în respirația celulară și diversele sinteze. În caz de avitaminoză C — astfel în scorbut — organismul pierde complect rezistența naturală față de infecțiuni și devine foarte susceptibil la orice boală infecțioasă. Acțiunea antiinfecțioasă a acidului ascorbic se datorește în parte acțiunii lui favorizante asupra funcțiunii celulare. Intervin însă și alte proprietăți: În caz de infecțiuni vitamina C declanșează o reacțiune leucocitară, o leucocitoză, care are mare rol în vindecare. Cercetările lui *Jusatz* au dovedit, că acidul ascorbic mărește puterea bacterică a sângelui. În timpul producerii anticorpilor, organismul are nevoie de foarte multă vitamină C; această cantitate mărită este folosită de celulele sistemului reticulo-endotelial, care desfășoară o activitate exagerată. După experiențele lui *Jeney și Gagyi* acidul ascorbic împiedică și în vitro dezvoltarea bacilului difteric. *Toshio* a observat același lucru cu bacilul tusei convulsive.

Din punctul nostru de vedere are importanță și proprietatea emostatică a vitaminei C. *Stepp* și colaboratorii atribuesc emostaza la 3 acțiuni: 1) acidul ascorbic scade foarte mult permeabilitatea peretelui vascular, (*Gefässabdichtung*) și din acest motiv se pretează mai ales pentru combaterea emoragiilor capilare și parenchimatoase; 2) are acțiune excitantă puternică asupra producerii trombocitelor în măduva osoasă; 3) *Kühnau* a stabilit, că vitamina C activează trombina.

Cercetătorii au stabilit în mod unanim, că toate afecțiunile infecțioase febrile decurg cu o consumație crescută de vitamină C. Cu toate că organismul capătă cantitatea optimă de vitamină C (40—50 mg pe zi), totuși apare ipovitaminoza, așa numită *ipovitaminoză relativă*. Această consumație crescută de vitamină C este proporțională cu gravitatea infecției și cu durata perioadei febrile. (*Armentano*). Paralel cu gradul ipovitaminozei scade rezistența și tendința de vindecare a organismului. Numeroasele cercetări ale lui *Schroeder* au dovedit, că în bolile infecțioase și febrile cantitatea vitaminei C din sânge (8—12 mg %, în mod normal) se coboară adânc sub nivelul normal. Deficitul de vitamină după natura și gravitatea bolii oscilează între 800—10.100 mg. Deoarece cunoaștem funcțiunea indispensabilă a vitaminei C în activitatea celulară, putem înțelege cauza ipovitaminozei relative. În stările infecțioase și febrile toate celulele organismului luptă contra microbilor. Pentru a putea susține această luptă, schimburile celulare și în consecință consumația de vitamină C trebuie să fie mult crescute.

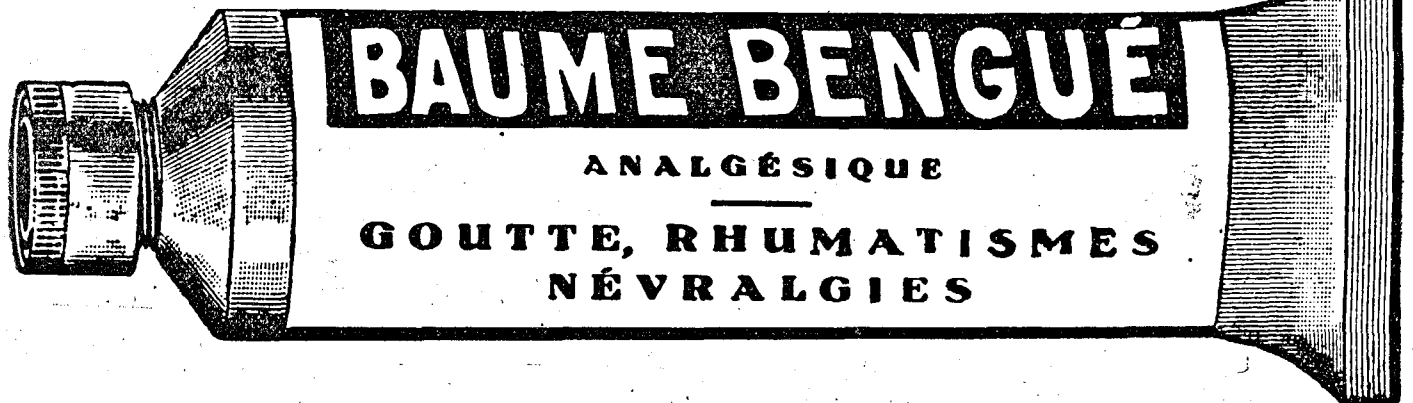
Cercetările istochimice interesante ale lui *Leblonc, Giroud și Tonutti* au dovedit, că în cazul când un complex celular sau organ începe o activitate sporită, se poate pune în evidență vitamina C și acolo, unde până atunci nu erau nici urme. Am văzut, că pe lângă această acțiune generală de întărire a rezistenței, acidul ascorbic mai are o acțiune quasi semispacifică antiinfecțioasă, datorită leucocitozei reacționale și măririi puterii bactericide a sângelui. Din acest motiv este important ca și organismul sănătos să primească cantitatea optimă de vitamină C, pentru că astfel devine mai rezistent la infecții, iar organismul deja infectat trebuie să primească și el cantitatea crescută de vitamină, ca să se poată combate boala cu succes.

Ipovitaminoza relativă cauzată prin infecții nu se poate preveni prin depozitarea prealabilă în organism — »pentru timpurile grele« — a unei mari cantități de vitamină C. Organismul sănătos are un prag optim de saturație și dacă cantitatea de vitamină introdusă trece de această limită, surplusul în cea mai mare parte se elimină prin urină, iar restul este distrus prin oxidafie. Către exterior schimburile celulare se fac prin intermediul organului lui *Golgi*, dispus în jurul nucleului. Acest organ este un sistem reticular foarte fin constând din proteine și lipoizi, care în stare de repaus a celulei ca și sistemul capilar are o întindere foarte mică. În momentul ce celula intră în activitate mai intensă, rețeaua fină se întinde extraordinar, pentru a putea satisface metabolismul ridicat. Rețeaua fină lasă să intre în celulă numai cantitatea strict necesară de substanțe nutritive. *Tonutti* prin experiențe istochimice a demonstrat, că și din vitamina C nu poate intra decât cantitatea necesară, orice surplus fiind respins; din acest motiv nu se poate depozita vitamină C în organism.

Operația și narcoza măresc și ele consumația de vitamină C a organismului. Înainte și după operațiunii este importantă administrarea vitaminei C, pentru că lipsa ei cauzează friabilitatea țesuturilor. În cicatrizarea plăgilor rolul principal îl are țesutul conjunctiv. Fibroblaștii secretă o substanță fundamentală intercelulară: colagenul, care fixează celulele și fibrele conjunctive și asigură rezistența cicatricelor formate. Vitamina C dirijează producerea colagenului. Când vitamina C lipsește, se produce prea puțin colagen și țesuturile devin și friabile. În țesuturile friabile ale animalelor scorbutice *Lammann și Ingalls* au găsit mulți fibroblaști și fibre, dar foarte puțin colagen.

Mai demult existența ipovitaminozei C a fost numai presupusă, fără însă să o poată pune în evidență; astăzi dispunem deja de metode destul de sigure. În principiu, determinarea se bazează pe capacitatea de

Composition: Menthol Salicylate de Méthyle-Lanoline



Mostre și literatură trimite la cerere exclusivitatea pentru România
„DROGUERIA STANDARD” București I Str. Sft. Ionică 8.

reducere puternică a acidului ascorbic și eliminarea lui prin urină; vitamina C se recunoaște în urină prin proprietatea ei reductoare. Din punct de vedere practic corespunde mai bine metoda lui *Tillmans* simplificată de *Jetzler* și *Niederberger*; o soluție de dichlorfenol indofenol arată puterea de reducere a acidului ascorbic din urină. În condițiuni normale, urina conține așa de puțină vitamină C, încât această mică cantitate în 95% a cazurilor nu e în stare să desfășoare vreo activitate reductoare. Pe de altă parte urina conține și alte substanțe reductoare ca cisteina, glutatión, tiosulfai, care falsifică rezultatul. Din acest motiv, punerea directă în evidență a acidului ascorbic din urină nu arată nicidecum valorile adevărate. O imagine fidelă asupra conținutului de vitamină C a organismului câștigăm numai atunci, dacă mai întâi executăm proba de saturație: administrăm pe cale bucală sau parenterală 300 de mg de vitamină C și după 4—6 ore examinăm cantitatea de vitamină din urină. În acest caz capacitatea reductoare a urinei este datorită numai vitaminei C; deci dacă puterea de reducere a urinei nici acum nu este încă satisfăcătoare, se poate afirma, că este vorba de o ipovitaminoză C și în consecință vom administra atâta timp acidul ascorbic până ce proba de saturație nu arată o capacitate de reducere perfectă și o saturație optimă. Deficitul mare de vitamină C, ce apare în bolile infecțioase îl controlăm la fel prin proba de saturație și cu ajutorul ei determinăm cantitatea necesară de vitamină ce trebuie dată.

Vitamina C are un câmp vast de aplicație și în bolile de nas-gât și urechi. În cercetările noastre și noi am întrebunțat metoda cu dichlorfenol-indofenol a lui *Jetzler-Niederberger* completată cu proba de saturație. Am stabilit, că bolile infecțioase febrile din

specialitatea noastră sunt însoțite de un deficit important în vitamină, de o ipovitaminoză relativă. Lipsa de vitamină se urcă paralel cu gravitatea și durata infecțiunii. Deficitul de vitamină, care apare în otitele medii acute, amigdalitele catarale și foliculare (Baer) nu este prea mare și se poate compensa repede. Amigdalitele necrotice și pseudomembranoase grave, după cum am constatat în mai multe cazuri, sunt asociate de o consumație enormă de vitamină, așa că abia în câteva zile am reușit să saturăm organismul prin doze mari de vitamină C. În abcesele amigdalene am constatat un deficit mare de vitamină favorizat și prin alimentația insuficientă în urma greutății în deglutiție. Baer a descris deficitul de vitamină și în amigdalitele cronice. În difterie toți autorii semnaleză o ipovitaminoză C foarte ridicată; bolnavilor noștri le dăm și noi cantități mari de acid ascorbic și am putut constata efectele lui favorabile. În cazul otitelor medii grave și în mastoidite am observat un deficit însemnat de vitamină C; același lucru putem spune despre sinusitele maxilare, frontale, etmoidale acute și despre pansinusite.

Intervențiunile oto-rino laringologice: antrotomia, amigdalectomia, operația radicală a sinusurilor nasale, cauzează o consumare crescută de vitamină C; deficitul cel mai mare l'am găsit în cazul antrotomiilor și operațiilor radicale Caldwell-Luc; amigdalectomiile din cauza repercursiunilor generale mai reduse ale intervenției, cauzează o ipovitaminoză mai moderată. În toate aceste maladii infecțioase și intervențiuni, deficitul de vitamină a crescut paralel cu gravitatea cazului; când a început ameliorarea, organismul avea nevoie de mai puțină vitamină, deci a scăzut și consumul vitaminei C, ca la urmă să revie la normal.

Morelli, Buschan și Fritz au aplicat vitamina C cu rezultate bune la *stomatitele ulceroase* și diverse *gingivite*. Aceste observații le putem confirma și noi. Afară de acestea noi am mai administrat cu succes acidul ascorbic în *stomatite și gingivite medicamentoase grave*. (H_2O_2 , clorură de zinc, Hg, iod). În aceste cazuri am administrat vitamină C în doze masive: 500 de mg pe zi, timp de câteva zile pe cale intramusculară. Local, pe lângă badijonările obișnuite cu soluțiuni slabe de $AgNO_3$ (4%) și gargarisme cu ceaiu de romaniță, mai aplicăm sub formă de insuflații pudra de *Desitin*, pentru a pune și acțiunea epitelioprotectoare și regeneratoare a vitaminei A tot în serviciul vindecării; în caz de nevoie prescriem bolnavilor și untură de pește. În mod similar procedăm la *glositele neplăcute și cronice* cauzate de alimente ori condimente. În aceste cazuri este suficient dacă dăm vitamină C sub formă de lămâie. (2 pe zi). Local aplicăm badijonări cu sol. de $AgNO_3$ și pudră de *Desitin*, iar pe cale bucală untură de pește. Rezultatele favorabile obținute în tratamentul stomatitelor și glositelor le atribuim acțiunii sinergice favorizante a vitaminei A și C asupra funcțiunii celulare.

În tratamentul *faringitelor acute și cronice* *Baier* a introdus vitamină C. A avut rezultate bune. *Haas* într-o lucrare descrie, că el însuși suferea de ani de zile de o faringită cronică recidivantă și cu vitamină C a reușit să se vindece. Ambii autori consideră faringita ca o boală cauzată prin lipsa vitaminei C. Pe baza cunoștințelor noastre actuale, etiologia mai ales a faringitelor cronice nu este pe deplin clarificată. În majoritatea cazurilor este o afecțiune secundară, cauzată prin inflamația cronică a sinusurilor nasale propagată în mod secundar la faringe, sau mai rar sediul focarului primitiv este amigdala inflamată. Când nu se poate depista un asemenea focar primitiv, se presupune o predispoziție constituțională a mucoasei la inflamații. Ca factori favorizanți contează fumul, praful, aerul umed etc. Cu tratamentul faringitei prin vitamină C ne-am ocupat și noi și de fapt într-o parte a cazurilor, mai ales unde în nas nu am găsit alterațiuni morbide, am putut pune în evidență o ipovitaminoză C. Rezultatele favorabile sunt datorite acțiunii excitante a vitaminei C asupra funcțiunilor celulare. Pe lângă vitamină C pentru întărirea mucoasei sensibile am aplicat local pudră de *Desitin*, iar intern untură de pește. Natural, când sunt focare sinusale ori amigdaliene, tratamentul acestora este pe primul plan. De aceea administrarea vitaminelor o combinăm întotdeauna cu terapia cauzală și astfel am obținut rezultate mai bune ca prin aplicarea separată a celor două metode.

Cunoscând acțiunea emostatică a vitaminei C, am încercat aplicarea ei în *epistaxe*. Am dat 500 de mg

deodată intravenos. Emoragia se oprește mai repede, dar tamponajul nasului și cauterizarea vasului plesnit trebuiesc executate totuși în toate cazurile pentru a putea asigura vindecarea durabilă. Se mai poate administra vitamină C în emoragii parenchimatoase: *gingivoragii și emoragii post tonsillectomiam*.

După părerea lui *Baer* epistazele simptomatice (în boli infecțioase: gripă, malarie, scarlatină), unde emoragia se produce per rhexim sau per diapedesim, sunt datorite unei ipovitaminoze C.

În ce privește aplicarea vitaminei C, în cazuri mai ușoare cantitatea necesară de vitamină am acoperit-o prin hrană și anume mai ales prin lămâie, portocală și conopidă crudă, care pe lângă lămâie este sursa cea mai bogată de vitamină C. Dacă prin alimente, fie din cauza funcționării insuficiente a tubului digestiv — foarte frecventă în infecții — fie din cauza deficitului prea mare nu am putut introduce cantitatea necesară de vitamină, atunci am dat preparate de vitamină C sub formă de injecții.

În starea actuală a cercetărilor cam atâtea ar fi de spus despre raporturile oto-rino-laringologice ale vitaminelor. Este însă probabil, că în măsură ce cunoștințele noastre despre vitamine se vor înmulți, câmpul lor de aplicațiune se va lărgi și pentru specialitatea noastră.

Vitaminoterapia nu influențează deloc valoarea intervențiunilor noastre medicamentoase și chirurgicale acestea își mențin locul lor neclintit în arsenalul nostru curativ.

Concluziuni :

1. Aplicarea vitaminelor în O. R. L. este negreșit indicată. Ele îmbogățesc numărul metodelor noastre terapeutice. O acțiune specifică nu putem aștepta dela această terapie. Prin introducerea de vitamine, combatem însă ipovitaminoza relativă totdeauna prezentă în maladiile infecțioase febrile și în operațiuni, iar astfel în mod indirect pe cale nespecifică ridicăm rezistența organismului și tendința lui de vindecare. Marele avantaj al vitaminoterapiei constă în faptul, că lucrează cu substanțe, care și în mod normal circulă în organism exercitând acolo funcțiunea lor importantă. Pericolul unei supradozări nu amenință niciodată.

2. Vitaminele A și D le putem aplica local cu rezultate bune în tratamentul plăgilor și ozenei. Prin aplicarea lor internă întărim mucoasele, încât acestea se îmbolnăvesc mai greu sau se vindecă mai ușor.

3. Din grupa vitaminei B, importanță practică are numai vitamina B_1 în paralizii postdifterice și ale nervului facial.

4. Aplicarea vitaminei C este indicată în toate infecțiunile și intervențiunile oto-rino-laringologice. În plus-

se mai poate folosi cu succes în cazurile de stomatite, gingivite medicamentoase și în faringite.

Bibliografie

Alföldy F.: Orvosi Hetilap, 1939, No. 10. — *Alken E.*: Die Anwendung von Vitamin-C bei urologischen Erkrankungen. Dtsch. med. Wschr. 1938, No. 14. — *Baer M.*: Dtsch. med. Wschr. 1937, No. 19. — *Baer M.*: Tonsillektomie und Vitamin-C. Mschr. Ohrenheilk. 1938, No. 4. — *Baer M.*: Mschr. Ohrenheilk. 1938, No. 7 și Mschr. Ohrenheilk. 1939, No. 1. — *Buschan H.*: Vitamin-C-Kuren in der odontostomatologischen Praxis. Zahn aerztl. Rundschau. 1936, No. 52. — *Fritz S.*: Kinderaerztl. Praxis. 1937, No. 12. — *Denker A., Albrecht W.*: Lehrbuch der Krankheiten des Ohres und der Luftwege. Jena, 1932. — *Glas-scheib*: Behandlung der Ozaena. Mschr. Ohrenheilk. 1936. — *Goth E.*: A vitaminok és jelentőségük az orvosi gyakorlatban. Budapest, 1938. — *Góth E.*: A szervezet C-vitamin forgalma kóros körülmények között. O. H. 1938, No. 35. — *Griebel*: Th. Berichte. 19. 6. No. 11. — *Haas J.*: Pharyngitisbehandlung mit Vitamin-C. Dtsch. med. Wschr. 1937, No. 44. — *Jeney, Gagyí*: O. H. 1938, No. 31. — *Krauter H.*: Mécanisme de l'action cicatrisante de l'huile de foie de morue. La Presse médicale. 1938 No. 12. — *Morelli G.*: Stomatitis ulcerosa und ihre Behandlung. Zeitschr. Stomatologie. 1937, No. 35. — *Schneider E.*: Die Vitamine in der Chirurgie. Stuttgart, 1937. — *Schroeder H.*: Über einige wichtige Probleme des Vitamin-C Stoffwechsels. Dtsch. med. Wschr. 1938, No. 14. — *Stepp, Kühnau u. Schroeder*: Die Vitamine und ihre klinische Anwendung. Stuttgart, 1937. — *Szent-Györgyi A.*: Neuere Ausblicke der Vitamintherapie. Dtsch. med. Wschr. 1937, No. 48. — *Wüllner*: Tierexperimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von China-Redoxon auf die Blutkterizidie und Diurese. Münch. med. Wschr. 1938, No. 21.

Publicațiunea Laboratorului de analize medicale chimice și bacteriologice Dr. Mager și I. Kallós, Arad.

HYPERTONIA ȘI ACIDUL URIC DIN SÂNGE

de
IOSIF KALLÓS
biochimist, Arad

Ridicarea exagerată a tensiunii arteriale poate incrimina diferite cauze. Astfel vom găsi în unele ca-

zuri afecțiuni ale rinichilor drept cauză a ridicării tensiunii, de altă dată turburări în funcționarea sistemului nervos, apoi maladii ale sistemului vascular, disfuncții ale glandelor endocrine etc., etc., astfel că medicul de multe ori se află în dilemă când e vorba să fixeze o cauză sau alta. Din aceste motive e numai binevenit orice dat nou, ce ne poate apropia de deslegarea acestei chestiuni.

Profesorul *Hasenfeld* face deosebire între hipertonie și hipertensiune, înțelegând sub prima acele cazuri când la diferitele măsurări găsim diferite valori, până când la hipertensiune valorile ridicate s'au permanentizat.

Deoarece afecțiunile rinichilor sunt acelea care cauzează mai des ridicarea tensiunii, în astfel de cazuri se impune totdeauna în primul rând examinarea amănunțită a funcției renale. Astfel vom căuta dacă urina conține albumină și elementele renale, apoi dozăm și azotul rezidual din sânge. Dacă toate aceste analize ne arată raporturi normale, și nici în alte organe nu găsim cauza ridicării tensiunii, ne mulțumim cu diagnosticul de »hipertonie esențială« adevărată hipertonie de origine necunoscută. Sunt autori cari toate cazurile de hipertensiune le consideră de origine renală, alții însă văd în afecțiunile renale nu cauza ci urmarea hipertoniilor. Care teză e cea adevărată, încă nu se poate spune; la tot cazul rinichii reprezintă un factor foarte important în hipertonie.

Prin lucrarea prezentă doresc să atrag atențiunea celor competenți asupra unei metode sensibile de a examina rinichii bolnavi.

Mă ocup de mult timp în mod amănunțit cu chestiunea producerii acidului uric în organism. În practica medicală curentă s'a înrădăcinat credința că prin dozarea acidului uric din urină și mai ales din sânge ne putem convinge despre cantitatea de acid uric ce

RECALCIFIEREA ORGANISMULUI

TRICALCINE

TUBERCULOZE
FRACTURI-ANEMIE
SCROFULOZE

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21. Rue Chaptal, Paris IX^e

ALĂPTĂRI
CREȘTERI
SARCINĂ

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

se formează în organism. Experiențele mele m'au convins, că aceasta nu e adevărat. Cantitatea de acid uric din urină merge paralel cu conținutul în purine al alimentelor consumate, deci vom găsi mult acid uric în urină după consumare de alimente bogate în purine și invers. Iar dacă am voi să ne convingem despre producția de acid uric în organism prin dozarea lui din sânge, greșala ce am comite-o ar fi și mai mare.

Pentru dozarea acidului uric (a. u.) am un metot propriu al meu, cu ajutorul căruia se poate doza exact a. u. din oricare secreție umană. Astfel am aflat și dozat a. u. în lichidul cefalo-rachidian, lacrimi, salivă, bilă, suc-gastric, fecale, spermă, precum și în lichidul pleural și al articulației genunchiului. În special m'am ocupat cu dozarea a. u. din salivă, secreția care se poate recolta mai ușor și am ajuns la convingerea că din cantitatea de a. u. din salivă ne putem orienta mai bine asupra producției de a. u. a organismului. Astfel la un individ cu producție normală de a. u. vom găsi în salivă, pe stomacul gol, 2,5—3,5 mgr.% a. u. și anume în mod caracteristic vom găsi totdeauna aceeași cantitate de a. u. la același individ. Cea mai mare cantitate de a. u. aflată pe stomacul gol a fost 12 mgr.%. Aceștia suferă de diateză urică, și în parte acuză dureri articulare, mai ușoare sau mai grave, sau au simptome cari ne fac să bănuim existența de calculi renali. Cea mai mică valoare aflată a fost de 0,9 mgr.%. Indivizii, la cari s'au aflat valori mai mici decât normale acuză aproape fără excepție dureri reumatice.

Am considerat de important să stabilesc dacă este un paralelism între a. u. din sânge și cel din salivă: analize numeroase și exacte m-au convins, că nu este. În decursul acestor analize am ajuns la constatarea că în împrejurări normale cantitatea de a. u. din sânge nu sporește nici odată, iar când o aflăm totuși sporită, *aceasta ne arată totdeauna o deficiență a funcției renale*. Individul cu funcția renală normală are 2—4,5 mgr % a. u. în sânge. Dacă aflăm cantități mai mari, aceasta ne arată deja o leziune renală. Pe baza acestei observații am început să studiez valorile a. u. din sângele celor ce suferă de tensiune arterială ridicată, și în numeroasele cazuri studiate am aflat de cele mai multe ori a. u. sporit peste 4,5 mgr.%, chiar și atunci când în urină nu s'a aflat nici albumină nici cilindri, ba nici azotul rezidual din sânge nu trecea peste normal. Sporirea a. u. din sânge mi-a bătut la ochi analizând sângele nefriticilor, iar pe de altă parte am putut constata și aceea că acolo unde erau acuze urice nete, a. u. din sânge nu era sporit. Deoarece după cei mai mulți autori, la acei ce sufer de tensiune art. ridicată, mai curând sau mai târziu se îmbolnăvesc și rinichii, mi s'a părut logic să presupun că în prima

fază de aceea am găsit albumină în urina hipertensivilor cu a. u. sporit în sânge, deoarece la început se îmbolnăvește numai aceea parte a rinichilor, care secretă sărurile, până când partea ce secretă albumina e deocamdată intactă. Dozarea azotului rezidual nu e potrivită pentru constatarea unor alterațiuni atât de subtile, deoarece la acesta limita valorilor socotită de normală e atât de mare (20—50 mgr.%), încât dozarea lui nu poate fi considerată ca având aceeași sensibilitate ca și dozarea a 2—4,5 mgr.% a. u. Ultima e deci de 10 ori mai sensibilă pentru identificarea unei stări morbide a rinichilor.

Aproape la toți indivizii cu diagnosticul de »hypertonici esențiali« am putut constata, cu ajutorul dozării a. u. din sânge, un început de îmbolnăvire a rinichilor. În urma acestui fapt multe hipertonii esențiale, de origine necunoscută, trebuiesc considerate tot ca având o origine renală. E de prisos să subliniez importanța clinică a acestei constatări.

În cazuri mai puține am aflat valori normale de de a. u. în sânge, deși aveau tensiunea art. ridicată. La aceștia tensiunea art. nu era stabilă, ci de multe ori scădea la normal fără nici un tratament. Aceștia ar fi hipertonicii profesorului Hasenfeld. Dozarea a. u. din sânge are să fie potrivită pentru diagnosticul diferențial dintre hipertonie și hipertensiune, întru — cât la indivizii cu tensiune art. permanent ridicată și a. u. din sânge îl vom găsi permanent sporit.

Metoda mea de dozare a acidului uric este următoarea :

Reactivi: 1. Reactivul pentru a. u. Se pregătește în felul următor: disolvăm 25 gr. Wolfram de sodiu în 100 cmc. apă, și îi adăugăm 20 cmc. acid fosforic 80%. Fierbem cca o oră, adăugându-i din când în când apă, ca să nu scadă prea tare, apoi la sfârșit completăm cu apă dest. la 250 cmc. Se poate folosi și dacă are o colorare slab albastră. Acest reactiv, ținut la temperatura camerei se poate folosi mai mulți ani. 2. Carbonat de sodiu 20%. 3. Na OH 20%. 4. Soluție de Kaliumfericyanid 1/1000 normal. 5. Acid trichloracetic 20%.

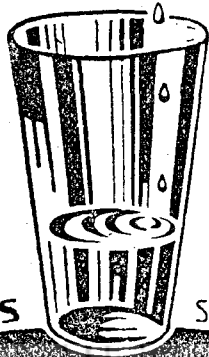
Din serul sanghin luăm 2—3 cmc. căruia îi adăugăm tot atât acid trichloracetic 20%, filtrăm printr'un filtru mic. Punem din filtrat 1 cmc într'o eprubetă mai mare, îi adăugăm 1 cmc. carbonat de sodiu, apoi 3 pic. din reactivul pentru a. u. și 3 pic. din NaOH 20%. Așteptăm 5—8 minute până-ce vedem că culoarea albastră nu se mai intensifică. Acum punem reactivul Kaliumfericianid într'o biuretă cu gradații de 1/100 cmc. și picurăm atâta din ea, până ce lichidul

CHLORO - CALCION

Laboratoires Michels - 4-bis, rue du Colonel Moll, Paris

O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ.
80 PICĂTURI SAU 1/2 LINGURIȚĂ DE CAFEĂ = 1GR. $CaCl_2$

Hemostatic
Recalcifiant DIRECT
Dechlorurant ASSIMILABIL



LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS

STR. PRECUPETII - VECHI N° 1, BUCUREȘTI 3.

La
anemie

Henacit

Flacoane cu 50 gr. praf

Cuții cu 6 fiole a 3 cmo.

Tuburi cu 20 tablete a 1 gr.

UZINELE CHIMICO-FARMACEUTICE ROMANE
UFAROM S.A.R. CLUJ

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

albastru se decolorează. Acum calculăm după formula următoare: de ex. am folosit 0,22 ccm.

$$\frac{0,22 \times 100 \times 2}{11} = 4,0 \text{ mgr\% acid uric.}$$

Rezumat: dozarea acidului uric din sânge e o metodă de aprox. 10-ori mai sensibilă decât dozarea azotului rezidual, pentru a pune în evidență chiar și mici deficiențe ale funcțiunii renale. Valori de peste 4,5% de acid uric trebuie considerate ca patologice. Cu ajutorul dozării a. u. din sânge în multe cazuri vom putea indentifica multe »hypertonii esențiale« ca având origină renală.

COMPTE RENDUS DES ARTICLES ORIGINAUX DU No. 9 - 1939

Prof. Dr. G. BUZOIANU et B. TÂRNĂVEANU: **Commentaires sur 61 corps étrangers trachéo-œsophagiens.**

Les auteurs traitent la problème des corps étrangers de la trachée, des bronches et de l'œsophage, en relation avec 61 cas observés dans la Clinique O. R. L. Cluj. Parmi ces corps étrangers, 45 ont été enclavés dans l'œsophage, 7 dans la bronche droite, cinq dans la bronche gauche et trois dans la trachée. Ils indiquent la trachéo-bronchoscopie et l'œsophagoscopie comme étant d'une part le plus sûr moyen de diagnostic, d'autre part comme la méthode idéale pour l'extraction des corps étranger, trachéo œsophagiens.

Dr. P. CHIPER și Dr. S. GRAUR: **Quelques considérations sur les granulations du bacil tuberculeux.**

Les auteurs recherchent sur 25 malades la relation existante entre les formes de la tuberculose pulmonaire et les granulations du bacille de Koch.

Dr. O. SONEA et Dr. V. APOSTOLEANU: **Contributions au traitement de la tuberculose par la vaccination des bacilles vivants virulants. (Methode du Dr. Kutschera-Wien).**

Les recherches des auteurs comprennent 8 observations avec 3 guérisons, 3 améliorations, 2 cas stationnaires (perdus de sous observation). Conclusions: La méthode est inoffensive, ne provoque pas de réactions au foyer, et n'aggrave pas l'état général du malade, mais au contraire. Tandisque les autres traitements biologiques et chimiothérapeutiques ont des indications restreintes et précises, cette méthode n'a aucune restriction; même la vaccination ne reussi pas les cas

désespérés ne s'aggravent pas. C'est une méthode facilement applicable et est fort bien supportée par les malades.

Elle est compatible avec un traitement ambulatoire. Cependant on obtient les bons résultats plus facilement et plus rapidement, si l'on ne neglige pas la cure de sanatorium et les autres traitements: calcium thérapie, les vitamines, etc.

Dr. STEPHAN JOÓ: **La valeur et l'emploi des vitamines en oto-rino-laringologie.**

1. L'application des vitamines en O. R. L. est sans doute indiquée. Elle enrichit le nombre de nos méthodes thérapeutiques. Cependant nous ne pouvons pas attendre une action spécifique de ce traitement. En introduisant les vitamines nous combattons l'hypovitaminose relative, existante toujours dans les maladies infectieuses fébriles et dans les opérations.

Nous augmentons ainsi indirectement par voie non spécifique la résistance de l'organisme et son tendance à la guérison. Le grand avantage de la vitaminothérapie est dans le fait qu'elle agit par des substances qui normalement circulent dans l'organisme exerçant leur fonction importante.

Le danger d'une surdose ne menace jamais.

2. Nous pouvons employer localement les vitamines A et D avec de bons résultats dans le traitement des plaies et de l'ozène.

Par leur application interne nous fortifions les muqueuses, celles-ci tombent ainsi plus difficilement malades ou guérissent plus facilement.

3. Dans le groupe de la vitamine B, ce n'est que la vitamine B qu'a une importance dans les paralysies postdiphthériques et celles du nerf facial.

4. L'application de la vitamine C est indiquée dans toutes les infections et les interventions oto-rino-laryngologiques. De plus elles peuvent être utilisées avec succès dans les cas de stomatites, gingivites medicamenteuses et dans les pharyngites.

J. KALLOS biochimiste, Arad: **Hypertonie et acid urique du sang.**

L'auteur dans son etude conclut que l'augmentation de l'acid urique dans le sang signifie toujours l'état pathologique des reins.

Cette réaction est à peu pres dix fois plus sensible que le dosage de l'urée dans le sang, employé dans le même but. Les valeurs au dessus de 4,5 mgr. % sont deja patologiques. Dans beaucoup de cas a l'aide de cette reaction on est arrivé de prouver l'origine nephrogen de certains hypertensionnés dit »essentielles«.

L'auteur fait connaitre sa methode nouvelle et sensible du dosage de l'acid urique dans le sang.

GRUNDRISS DER ORIGINALARBEITEN

No. 9—1939.

Prof. Dr. G. BUZOIANU und B. TÄRNÄVEANU: Bemerkungen über 61 tracheo-broncho-ösophagealen Fremdkörper.

An der Hand von 61, in der oto-rhino-laryngologischen Klinik von Cluj, beobachteten Fälle, besprechen die Verfasser die Frage der tracheo-broncho-ösophagealen Fremdkörper. Von den obigen Fremdkörper, waren 45 im Ösophag, 7 im rechten, 5 im linken Bronchus und 3 in der Trachee. Die Verfasser sind der Meinung, dass für die Behandlung der broncho-tracheo-ösophagealen Fremdkörper, die beste Methode die instrumentelle Extraktion sei.

Dr. P. CHIPER und DR. I. GRAUR: Einige Betrachtungen über die Granulationen des Tuberkelbacillus.

Die Verfasser untersuchten bei 25 Kranken die Beziehungen, welche zwischen den verschiedenen Formen der Lungentuberkulose und den Granulationen des Erregers bestehen.

Dr. OCTAVIAN SONEA und Dr. V. APOSTOLEANU: Beiträge zur Behandlung der Tuberkulose mit Vaccinierung mit lebenden virulenten Bacillen. Methode Dr. Kutschera-Wien.

Die Versuche der Autoren umfassen 8 persönlich beobachtete Fälle. Aus den Ergebnissen: 3 Heilungen, 3 Besserungen, 2 unbeeinflusste Fälle, (welche nicht mehr weiter beobachtet werden konnten) ziehen sie folgende Schlüsse: Die Methode ist ungefährlich, bewirkt keine Herdreaktionen, verschlechtert das Allgemeinbefinden des Kranken in keiner Weise, sondern bessert es sogar. Während die anderen biologischen und chemiotherapeutischen Verfahren nur beschränkte und genaue Indikationen besitzen, hat diese Methode keine Kontraindikationen; sie kann auch in verzweifelten Fällen versucht werden, da sie den Zustand des Kranken nicht verschlechtert und im schlechtesten Falle die Vaccinierung nicht gelingt.

Die Methode ist leicht auszuführen und wird von den Kranken gut vertragen.

Sie kann auch bei ambulatorischer Behandlung durchgeführt werden. Gute Resultate erzielt man aber am und leichtesten und schnellsten, wenn man auch die Sanatoriumskur und die übrigen unterstützenden Behandlungsweisen (Calciumtherapie, Vitamine u. s. w.) nicht vernachlässigt.

DR. ȘTEFAN JOÓ: Der Wert und die Anwendung von Vitaminen in der Oto-Rhino-Laryngologie.

Der Verfasser gelangt zu folgenden Schlüssen: Die Verabreichung von Vitaminen in der Oto-Rhino-Laryngologie ist ohne Zweifel angezeigt. Hiedurch werden die therapeutischen Methoden wesentlich vermehrt. Spezifische Wirkung können wir von dieser Behandlung nicht erwarten. Durch die Einführung der Vitamine bekämpfen wir jedoch die relative Hypovitaminose, die bei allen fieberhaften Infektionskrankheiten vorhanden ist, vor dem operativen Eingriffe und erhöhen so in indirekter Weise und auf nicht spezifischen Wege die Resistenz des Organismus und seine Heilungsbereitschaft. Ein grosser Vorteil der Vitaminbehandlung liegt in der Tatsache, dass wir Substanzen verabreichen, welche ja auch normaler Weise im Organismus vorhanden sind und dort ihre wichtige Funktion ausüben. Die Gefahr einer Überdosierung besteht niemals.

Die Vitamine A und D können wir lokal mit guten Ergebnissen in der Behandlung von Wunden und der Ozaena anwenden. Durch ihre interne Verabreichung stärken wir die Schleimhäute, so dass diese seltener erkranken, beziehungsweise leichter heilen. Aus der Gruppe der B Vitamine hat nur das Vitamin B praktische Bedeutung bei postdiphtherischen Paralysen und Lähmungen des Nervus Facialis.

Die Anwendung von C-Vitamin ist bei allen Infektionen und Operationen im Bereiche der Oto-Rhino-Laryngologie angezeigt. Ausserdem kann es mit Erfolg auch bei Stomatitis, medikamentöser Gingivitis und Pharyngitis verwendet werden.

JOSEF KALLOS, Arad: Hypertonie und Blutharnsäure.

Verfasser behauptet in seinem Aufsatz, dass ein erhöhter Blutharnsäurespiegel immer eine Funktionsstörung der Niere anzeigt. Diese Methode ist zehnmahl empfindlicher als die für diese Zwecke allgemein gebräuchliche Restnitrogenbestimmung. Werte über 4,5 mgr. % sind schon pathologisch. In vielen Fällen ist es Verfasser gelungen die Ursache der sogenannten »essentiellen« Blutdrucke auf eine Nierenerkrankung zurückzuführen. Verfasser teilt seine neue Methode zur Bestimmung der Harnsäure im Blut mit.

Clinica Oftalmologică din Cluj
Director: Prof. Dr. D. MICHAÏL

TRATAMENTUL ULCERULUI CORNEEAN

de
Dr. NICULAE ZOLOG

Intre afecțiunile infecțioase ale corneei, ulcerile constituiesc prin frecvența și gravitatea lor, un capitol care merită o deosebită atențiune din partea practicianului nespecialist. Într'adevăr, toate statisticile cari privesc activitatea diverselor servicii de oculistică arată un procent considerabil de afecțiuni corneene atât la bolnavii ospitalizați cât și la cei care frecventează diferitele ambulatorii, iar între aceste boli ulcerile figurează într'un număr impresionant.

Diferitele domenii de activitate industrială, comercială sau agricolă expun — cu toate mijloacele de protecție propuse sau chiar impuse — la o serie întreagă de leziuni corneene cari toate pot duce la acea redutabilă boală cunoscută sub numele de ulcer serpiginos.

În cele ce urmează ne vom ocupa mai ales de tratamentul acestei boli în lumina celor mai noi cercetări și ținând seama de progresele chimioterapiei, terapiei fizice și biologice. Ne vom ocupa mai ales de acele mijloace terapeutice cari sunt accesibile aproape fiecărui practician și cari nu necesită decât utilajul pe care azi îl posedă imensa majoritate a medicilor, făcând o succintă prezentare a metodelor, cari dacă încă n'au fost pe deplin verificate și n'au intrat pentru totdeauna în uz, deschid perspective noi, unele chiar îmbucurătoare, în vindecarea acestei grave afecțiuni.

Pentru a delimita net subiectul ne vom ocupa în cele ce urmează numai de ulcerul serpiginos al corneei și ulcerile traumatiche, lăsând pe seama altora ulcerul trahomatos, flictenular, rodens etc.

Pentru a putea aplica cu maximum de efect terapeutica noastră trebuie să accentuăm dela început că diagnosticul afecțiunii trebuie pus cât mai exact. Pentru aceasta nu este de prisos a schița pe scurt elementele esențiale pentru punerea unui diagnostic cât mai precis și evitarea unor greșeli grosolane.

Ulcerul corneean începe printr'o infiltrație de culoare alburie după care urmează o pierdere de substanță care se întinde atât în suprafață cât și în profunzime. Întinderea lui în suprafață se precizează colorând corneea cu o soluție de 1/100 fluoresceină bazică. Când este produs de traumatisme corneene cu corp străin dela început se constată lipsa de substanță. Conjunctivele sunt congestionate și adesea se observă un adevărat chemozis al conjunctivei bulbare. Irita și ciclița

se instalează repede și consecutiv lor ipopionul în camera anterioară.

Ca simptome subiective se semnalează dureri oculare, hemicranii, fotofobie, lăcrămare, frisoane, etc.

În expunerea tratamentului ulcerelor corneene ne vom conduce în alegerea metodelor mai ales de experiența și directivele Prof. Michail în clinica Oftalmologică din Cluj, adăugând la acestea metodele cari au primit mai des sufragiul celor cari le-au verificat.

Tratamentul ulcerelor corneene este: I. local și II. general.

Cel dintâi prezintă astăzi atâtea variante încât este într'adevăr greu a alege una. Cu aceeași metodă se pot vedea consemnate cele mai miraculoase vindecări sau cele mai lamentabile eșecuri în mâinile diferiților autori.

Tratamentul local este: A) medicamentos, B) fizic, C) chirurgical și D) biologic.

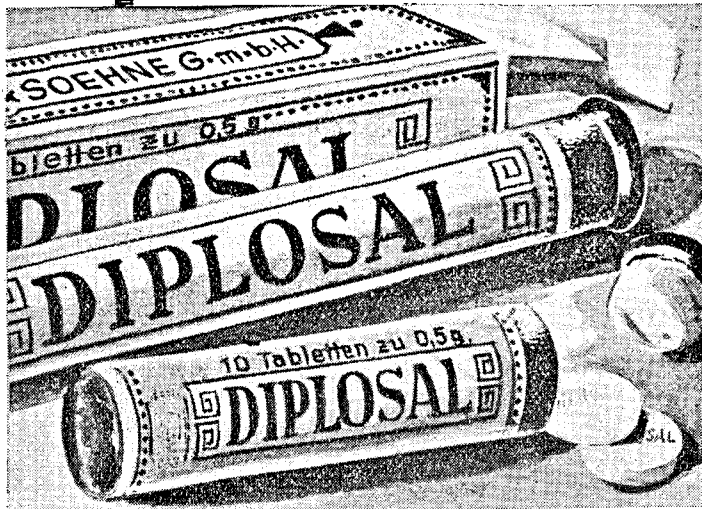
A) *Tratamentul medicamentos.* După Van Lint se tratează ulcerul cu ipopion, ulcerile atone, herpesul corneean și ulcerul rozător astfel: se anesteziază corneea cu o picătură de cocaină 2/100 și se colorează ulcerul cu fluoresceină pentru a-i vedea net limitele. Cu ajutorul unei sonde, căreia i se înfășoară la o extremitate puțină vată și care se îmbibă cu tinctură de iod proaspătă, se atinge întreaga suprafață ulcerată, fără a o depăși. Acest tratament se aplică tot a doua zi dimineața. În afară de aceasta se aplică de două ori la zi oxid galben de mercur în alifie de 2% dimineața și seara. În zilele când se fac cauterizări cu tinctură de iod nu se aplică dimineața precipitatul de mercur, pentru a evita formarea iodurei de mercur, care este foarte iritantă pentru ochiu.

O metodă mixtă chirurgicală și medicamentoasă este a se cura suprafața ulcerului pentru a elimina masele necrotice și apoi aplicarea de clorură de aur și tanin ambele în concentrație de 5%.

Collargolul 5% și argirolul 15—20% sunt utilizabile cu folos pentru acțiunea lor bactericidă. Insistăm a se utiliza aceste concentrații cari deși în aparență mari, sunt absolut indispensabile și nu sunt nocive pentru țesuturile oculare.

Intre medicamentele cari s'au impus de mult și au rezistat timpului este optochina care după majoritatea autorilor este cea mai eficace. Cazurile ușoare se pot trata numai cu optochin în pastă s'au picături. Iată formulele după care se prescrie:

Rp. Optochin 0,10
Aq. dest. ad. 10,0
D. S. sol. 1%



10 comprimate
20 comprimate

DIPLOSAL

(ester salicilic al acidului salicilic)

Pentru

tratamente

cu acid salicilic

de lungă durată

Nu provoacă transpirația
atât de penibilă.

In reumatism muscular
Pomadă de Diplosal

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

AMIGDALITE
CRONICE SI ACUTE
LARINGITE, FARINGITE
STOMATITE, GINGIVITE

GARGARISME

CHAUVIN

TOATE INFLAMATIUNILE
NASULUI A FARINGELUI
NASAL SI BUGAL

ANTISEPTOL

RHINO-FARINGITE, SINUZITE, HIPERTROFIA
CORNETELOR, VEGETATIUNI ADENOIDE ATITE

MENTOL, CAIENOR, EUCALIPTOL,
CLORETON OL PARAFINOL

Se vor face gargarisme cu o
lingușita la un pahar cu apă

Se vor face de 2-3 ori
pe zi câte o gargară cu apă

Se vor face de 2-3 ori
pe zi câte o gargară cu apă

Mostre gratuite la cerere PAUL ILUTZA STR. OLARI 23, BUCURESTI IV

Rp. Optochin bazic. 1 ctgr.
 Vazelin 4 gr.
 Oleu paraffin. 1 gr.
 și
 Oxicianură de Hg 3 mgr.
 Vazelin. 4 gr.
 Parafină lichidă 1 gr.
 Se amestecă cele două alifii.

Picăturile se instilează tot la două ore, după unii autori chiar la intervale de 40 minute. *Stargard* recomandă utilizarea optochinei în toate leziunile corneene traumatiche pentru a preîntâmpina apariția ulcerului serpiginos. În lipsa optochinei se poate utiliza chinina.

Pacalin recomandă aplicarea locală de alifie cu optochin 2% albastru de metilen 1% cu lanolină și vazelină în părți egale, și dionină 5% în soluție, alifie sau chiar injecții subconjunctivale împreună cu oxicianură de mercur 0,005:1. La acest tratament se adaugă spălături ale sacului conjunctival cu diferite soluții antiseptice ca soluție hipertonică de sulfat de magneziu (timp de 5 minute tot la 3—4 ore) sau oxicianură de mercur 1/5000.

După comportarea tensiunii intraoculare va trebui să utilizăm în tratamentul ulcerului corneean mi-driatic sau miotice.

Iată schema lui Bivona:

1. Când tensiunea intraoculară e normală:
 - a) Dacă irisul nu e iritat, atropina e de prisos.
 - b) Când e iritat este necesară.
2. Tendință la hipertensiune:
 - a) Midriaticele contraindicate.
 - b) De utilizat miotice.
3. Pericol de perforarea ulcerului:
 - a) Dacă ulcerul are sediul central se aplică mi-driatic.
 - b) Dacă e periferic, miotice.

B) *Tratamentul fizic* în ulcerul corneean dispune azi de un impresionant număr de posibilități. Se poate spune chiar că tratamentul medicamentos a devenit un adjuvant al acestuia.

Între aceste mijloace cel mai vechiu și care s'a impus mai mult este cauterizarea ulcerului, mai ales la periferia lui în așa numitele sprâncene de infiltrație. Cauterizarea se practică cu grijă pentru a nu altera și țesuturile sănătoase din jur. Unii autori recomandă a se încălzi și usca numai suprafața ulcerului fără a produce o cauterizare propriu zisă. În lipsa unui galvano-cauter se poate foarte ușor improviza un cauter, încălzind de repetate ori la o lampă de spirit un stilet

fin de căi lacrimale până la roșu cu care se poate apoi cauteriza, încălzi și usca suprafața ulcerată.

În legătură cu galvano-cauterizarea trebuie să menționez că, de când s'a făcut constatarea, că un ulcer perforat, din cauza modificărilor tensionale intraoculare probabil, nu mai progresează, se utilizează de unii autori așa numita galvano-cauterizare perforantă centrală sau periferică. *Veselyi* a construit un cauter cu vapori care se utilizează și în Clinica Oftalmologică din Cluj și căruia *Reid* i-a adaptat un termometru.

În afară de termoforul electric sau altă modalitate de încălzire care se face transpalpebral (câte o jumătate de oră de 2—3 ori la zi) *Shann* a construit un termofor care aplicat un minut direct pe corneea produce o temperatură de 156° Fahrenheit, capabilă a distruge unii germeni patogeni, fără a altera țesuturile oculare.

În ultimul timp tot mai numeroase sunt aprecierile favorabile asupra efectelor bune ale razelor ultraviolete aplicate local în tratamentul ulcerelor corneene. Se fac ședințe de iradiere în număr de 5—20 după necesitate și rezistența ulcerelor. Durata unei ședințe este de 10—20 minute la distanța de un metru și cu un curent de 5 A. Se mai poate utiliza cu folos razele Roentgen 4—5 ședințe a 1 H sub un filtru de 5Al.

C) Între mijloacele chirurgicale practicabile în orice parte putem cita tarsorafiea mediolaterală mai ales în ulcerele grave; curățarea suprafeței ulcerului și acoperirea lui cu o punte de conjunctivă bulbară care previne perforarea și prin vascularizarea care urmează produce rezorbția infiltrației.

Pentru a produce ipotonia atît de favorabilă cicatrizării se practică paracenteza care are avantajul că nu lasă cicatrici în plin țesut corneean ca în cazurile de cauterizări perforante.

D) S'au pus mari nădejdi în terapia ulcerului serpiginos cu seruri, după ce s'a găsit că pneumococul este adesea agentul lui producător, recomandându-se tratamentul general și local cu ser antipneumococic. În ultimul timp tipizarea pneumococilor a dus la descrierea a peste 20 tipuri de pneumococi dintre care tipul 4 ar fi cel cauzator al ulcerului. Nici tratamentul specific cu serul tip 4 n'a dus la rezultate prea îmbucurătoare. În cazuri disperate se vor utiliza totuși aceste seruri și în instilații conjunctivale.

Prin răspândirea tot mai mare a vitaminelor s'a încercat și în oftalmologie tratamentul local cu vitamine înafară de tratamentul general din cazurile de carențe. *Heinsius* a demonstrat în mod experimental că ulcerele provocate la iepuri se epitelizează mai repede prin aplicarea locală de vitamină A. Pornindu se dela aceste constatări experimentale s'a utilizat în di-

ferite ulcerării corneene cu succes, untura de pește aplicată sub forma de picături în sacul conjunctival. Deoarece din cauza mirosului său caracteristic nu este acceptată bucuros de pacienți s'a înlocuit cu diferite preparate vitaminice. *Heinsius* utilizează alifia de *Vogan 2%* preparată de casa Bayer. În clinica oftalmologică din Cluj utilizăm combinația de vitamină A și D pusă în comerț de casa Byla sub numele de Vitadone. Amintesc doar că dintre hormoni aplicarea locală de adrenalina 1/1000 și unguente cu insulină 3—4% s'au recomandat de câțiva autori.

Descoperirea așa numiților »tréphones« de Carrel, extrași din embrioni și leucocite și cari se pare că au calitatea de a accelera repararea țesuturilor, printr'o diviziune kariokinetică rapidă a celulelor reparatoare, deschide și pentru oftalmologie și în special în tratamentul ulcerelor corneele perspective *îmbucurătoare*.

II. Tratamentul general în ulcerul serpiginos consistă în aplicarea piretoterapiei prin injectarea intramusculară de 8—10 cmc lapte steril. Această injecție se va repeta la 2—4 zile. Nu se va trece peste 7 zile căci pot surveni accidente anafilactice. Cu acelaș folos și obținându-se chiar temperaturi mai ridicate se pot utiliza injecții cu levură de bere după procedeul profesorului *Urechia*, deasemenea seroterapia paraspecifică cu ser antidifteric (2000 unități) vaccinul antitific sau antișancros (Dmelcos). Cu toate controversesele se vor utiliza și serurile specifice antipneumo-stafilo — sau streptococice.

Deoarece ulcerale corneene afectează adesea persoanele a căror stare generală este deficientă, vom tonifica bolnavii prin regim, aerajie, administrație de tonice, vitamine etc.

Piretoterapia o vom combina cu utilizarea a diferite dezinfectante generale injectate ca cianura de mercur, *Deseptil*, *Rubiazol*, *Prontozil* etc.

Burnham a obținut rezultate excelente prin injecții ipodermice de pilocarpină. Se începe cu doza de 6 mgr zilnic majorând doza progresiv. Doza maximă admisă este 25 mgr. Se supraveghează cu atenție reacția bolnavului oprind majorarea dozei când apar fenomene de intoleranță. Această medicație se însoțește de ingerare de iod, brom, iar local se va aplica argiro și atropină. Se mai poate utiliza autoseroterapia, și injecțiile de insulină (15—20 unități la zi).

Pentru a completa tratamentul ulcerului este necesar să amintim de așa numitul tratament al stării locale preexistente (May). Se va supraveghea sacul lacrimal care adesea este rezervoriul microbial și atunci când este inflamă și purulent îl vom trata prin spălături antiseptice cu nifrat de argint 1% sulfat de zinc 1% acid boric 3% sau la nevoie poate fi chiar extirpat.

Se va supraveghea întotdeauna starea amigdalelor, dinților și sinusurilor cari adesea pe lângă iritații conjunctivale pot întârzia vindecarea leziunilor corneene.

Se va aplica pansament asupra ochiului afectat atât timp cât ulcerajia corneeană persistă.

Desigur că nu vom putea aplica la un bolnav tot arsenalul terapeutic înșirat mai sus. În cazurile ușoare de ulcere posttraumatice, după extracția de corp strein instilațiile de optochin sunt suficiente. Indată ce pericolul ulcerului serpiginos e iminent se vor utiliza la maximum toate mijloacele ce ne stau la dispoziție.

SOCIETĂȚI MEDICALE

SOCIETATEA ȘTIINTELOR MEDICALE DIN CLUJ

Sedința din 6 Mai 1939

Prezidează: Prof. Dr. M. STURZA, președinte

Dr. Adalbert Lakatos: Sciatică de origine dentară.

Autorul insistă în primul rând asupra importanței unui diagnostic etiologic în sciatică, căci tratamentul pur simptomatic adesea nu dă rezultate. Majoritatea sciatalgiilor zise esențiale reacționează favorabil la tratamentele medicamentoase (inj. cu iod, inj. epidurale și perineurale cu ser novocainat, etc.) și fizice (termoterapie generală ori locală, radioterapie, unde scurte, etc.), într'un număr oarecare de cazuri însă toate aceste tratamente eșuază și în aceste din urmă cazuri trebuie căutată o altă etiologie decât frîgul. O astfel de etiologie este cea dentară, ca și în cazul prezentat de autor. E vorba de o pacientă a Clinicii neurologice din Cluj, care vine în Clinică pentru dureri cu caracter sciatalgic, datând din Aug. 1938. Toate tratamentele încercate în provincie, precum și tratamentul încercat în prima săptămână după intrarea ei în Clinica neurologică, au eșuat. Procedându-se atunci la un examen general detaliat, se descopere o serie de dinți alterați, după extracția cărora, la scurt timp (aproximativ la o săptămână) durerile bolnavei au început să cedeze, iar după 3 săptămâni a părăsit Clinica, aproape complet vindecată.

Autorul insistă asupra importanței examenului complet al unor asemenea bolnavi, chiar dacă dâșii nu-și amintesc să fi avut cândva dureri dentare. Tot ca focare posibile de infecție, trebuie considerate și amigdalele, apendicele și la femei și organele genitale interne.

Prognosticul sciatalgiilor de natură dentară este în general mai bun decât al sciaticelor esențiale fără etiologie precizată, întrucât acestea din urmă rezistă timp îndelungat la cele mai variate tratamente.

Dr. P. Bruda, Drd H. Popescu: Derivația urinei pe cale perineala după distrucția totală a uretrei. (Apare în articol).

Prof. Dr. Gr. Benetato și P. Ciurdariu: Contribuțiuni noi la studiul senuitații. (Influența vârstei asupra potasiului tisular și sanghin).

Din datele obținute de autori pe șobolani și indivizi senili rezultă că în stare de senescență are loc un deranj profund în metabolismul potasiului, caracterizat prin creșterea potasiului sanghin și scăderea celui tisular.

Aceste constatări subliniază încă odată corelația între senilitate și insuficiența suprarenală, care se caracterizează de asemenea prin hiperpotasemie și scăderea K-lui din țesuturi.

Corelația între senilitate și insuficiența suprarenală a fost relevată pentru prima dată cu ocazia cercetărilor pe cari unul din autori le-a făcut asupra solubilității proteinelor tisulare, arătând că atât în insuficiența suprarenală cât și în senilitate survine o insolubilizare accentuată a proteinelor protoplasmice.

În ce privește interpretarea rezultatelor obținute, ea poate fi făcută în felul următor:

Hiperpotasemia animalelor senile ar putea fi explicată prin permeabilitatea mărită a globulelor roșii pentru potasiu, sau prin mobilizarea K-lui din țesuturi.

Faptul că mărirea K-lui sanghin este însoțită de scăderea celui tisular, justifică presupunerea, după care hiperpotasemia senililor se datorește cel puțin în parte, mobilizării potasiului din țesuturi.

Trecerea potasiului din țesuturi, presupune o prealabilă transformare a lui din forma nedifuzabilă, sub care se găsește în țesuturi, în cea ionizată din sânge. Aceasta din urmă, acumulându-se în cantități prea mari în sânge, are acțiune toxică asupra inimii și asupra organismului în întregime.

Dacă ținem seamă de faptul că K-ul tisular nedifuzabil joacă un rol important în activitatea musculară, reprezentând în general forma biologic activă a potasiului, iar hiperpotasemia are un efect toxic, putem explica prin diminuarea potasiului tisular și creșterea celui sanghin, cel puțin în parte, scăderea capacității funcționale a organelor senile.

Dr. Liviu Modran: **Noul tratament al Actinomicozei după Profesor Neuber.**

Actinomicoza e o afecțiune parazitară cronică, caracterizată prin infiltrațiuni lemnoase extensive, cari se ramolesc în unele locuri, formând abcese, cari se deschid formând fistule, prin cari se scurge un puroiu puțin abundent, amestecat cu grăunțe galbene caracteristice, constituite din filamente parazitare.

Având în vedere modul de transmitere al infecțiunii, — izvorul principal de infecție îl constituie gramineele, — ori țara noastră fiind eminentă o țară agricolă, însemnează că numărul cazurilor de actinomicoză trebuie să fie mult mai mare, decât cifra pe cari ni-o dă statistica și că, combaterea acestei boli are o importanță deosebită pentru noi.

În tratamentul actinomicozei dispuneam de 3 metode de tratament:

1. *Chemoterapia.* În cadrul acestora Iodura de K. reprezintă medicația cea mai veche, utilizată încă din 1885 de Thomassen. Nocard recomandă dozele masive de 4—12 gr. pe zi.

2. *Tratamentul chirurgical.*

Se pot face incizii pentru deschiderea abceselor actinomicotice atât cu bisturiul, cât și cu termo sau electrocauterul.

3. *Tratamentul fizioterapic.*

Atât Roentgenterapia, cât și Radiumterapia au dat frumoase rezultate în tratamentul actinomicozei. S'a încercat diatermocoagularea și procedeul electro-chimic al lui Gautier, fără însă a se putea înregistra rezultate prea concludente în favoarea lor.

Cu toate aceste variate și multiple mijloace terapeutice de cari dispunem în tratamentul actinomicozei, nici unul nu e infailibil, ba putem spune, că de multe ori avem eșecuri cu sfârșit letal.

În 1929 Eduard Neuber a introdus în tratamentul actinomicozei o nouă metodă: vaccino-terapia, ale cărei rezultate strălucite le-a publicat în diferite lucrări.

În 1931 el aplică cutireacția cu vaccin în diagnosticul actinomicozei. Această reacție el o face în diluții diferite: 1, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{5}$, $\frac{1}{10}$, $\frac{1}{50}$, $\frac{1}{500}$, $\frac{1}{1000}$; din fiecare diluție injectează 0,1 cc. intracutan. Rezultatul reacției îl citește după 48 de ore; o reacție pozitivă se manifestă la locul injecției prin un infiltrat consistent și un halo eritematos. Neuber nu e primul care a aplicat cutireacția în actinomicoză, căci înaintea lui în 1928 a introdus-o Area Leao, dar el a scos din interpretarea acestei reacții un îndrumător prețios pentru vaccino-terapie. Cutireacția exteriorizând starea de alergie a bolnavului, Neuber a indicat ca doza inițială 0,1 cc. din diluția de vaccin, ce a dat încă o evidentă reacție pozitivă. Creșterea dozelor se face treptat la 4—5 zile. Neuber pune mare însemnătate pe reacțiile în focar, cari trebuie să fie totdeauna vizibile, altfel tratamentul nu-și ajunge scopul. În total, în decursul unei serii, administrează 12—15 injecții la interval de 4 zile. Dacă această primă serie n'a dat deplină satisfacție, după un interval de 8—10 săptămâni institue o nouă serie de vaccin.

La început, în tratament, el întrebuița autovaccinul, pe care îl prepara singur din culturile de actinomicos. Deoarece aceste culturi sunt destul de greu de făcut, nereușind oricui și oricând, în timpul din urmă s'a folosit de un vaccin polyvalent, preparat din 6—10 varietăți de actinomicos, de către Institutul de Seruri și Vaccinuri Dr. Papay din Budapesta.

Observând că în multe cazuri de actinomicoză, din cauza stării de anergie în care se află bolnavul, cutireacția e negativă, pentru a înlătura această stare și a repune din nou organismul slăbit în stare de alergie, a întrebuițat ca roborant injecțiile intramusculare cu Solganal B. oleosum al casei Schering. Doza inițială era 0,01 g. Urcând doza tot la 4—5 zile, se putea ajunge până la doza maximă de 0,5 gr. În decurs de 8—12 săptămâni cât ținea o serie, se poate administra în total 3—5 gr. de preparat. Medicamentul e tolerat f. bine și bolnavul câștigă 5—12 kgr. în greutate. Mai târziu pentru a activa tratamentul cu vaccin, Neuber a combinat acest tratament cu aur (Solganal B. oleosum) + vaccin, în toate cazurile de actinomicoză, obținând rezultate mult mai rapide.

Până în prezent, pe o statistică de 62 de cazuri de actinomicoză, n'a avut eșec decât în 5 cazuri, cari la instituirea tratamentului erau într-o stare f. gravă. În toate celelalte cazuri (57), a obținut vindecarea după una, sau mai multe serii de tratament.

Pe lângă acest tratament, Neuber a preconizat în cazurile grave, injecții cu ser de convalescent, 4—6 injecții tot a 4—5-a zi, în cantitate de 40—80 cc. El a tratat până în prezent 6 bolnavi, obținând efecte bune cu acest procedeu.

Se mai pot face în cazurile grave de actinomicoză transfuzii de sânge dela convalescent, injectându-se de 5—6 ori săptămânal câte 300—500 cc.

Până în prezent la Clinica Dermato-Venerică s'au tratat 7 cazuri după metoda profesorului Neuber. În 4 din ele s'a obținut vindecarea: 2 cazuri de actinomicoza limbii, 1 caz de actinomicoză cervico-facială și 1 caz de actinomicoza buzelor. În 1 caz de actinomicoză cervico-facială s'a obținut o ameliorare evidentă, bolnavul fiind încă în curs de tratament. În 2

cazuri tratamentul n'a avut nici o influință: 1 caz de actinomicoza peretelui abdominal și 1 caz de actinomicoză cervicofacială.

Numărul prea mic al cazurilor nu ne poate îndreptăți la o concluzie categorică; în orice caz metoda profesorului Neuber, a adus un real progres în terapia actinomicozei.



SOCIETATEA ROMÂNĂ DE ANTROPOLOGIE CLUJ

Sedința din 2 Iunie 1939.

Prezidează Dl Prof. Dr. V. PAPILIAN.

Prof. R. Vuia: Dare de seamă asupra Congresului Internațional de Antropologie de la Copenhaga.

Autorul după ce descrie în frumoase imagini drumul și localitățile vizitate, dă cetire următorului raport, pe care l-a trimis M. E. N. și Rectoratului Universității din Cluj:

„Având în vedere faptul că am fost autorizat din partea rectoratului Universității să reprezint Universitatea noastră la Congresul Internațional de Antropologie și Etnologie, ce s'a ținut acest an la Copenhaga, țin de a mea datorie să vă prezint un scurt raport asupra acestui congres și a participării mele.

Congresul s'a ținut între 1 și 6 August la Copenhaga. Au fost reprezentaji 35 guverne, 177 Institute și Societaji, din 47 țări. Numărul total al participanților a fost 655.

Din România s'a anunțat participarea a 8 persoane, ca reprezentanți ai: Academiei Române (Dl Prof. G. T. Popa), Societății Regale Române de Geografie (Dl Luca Sturza, Ministrul României la Copenhaga), Societății Române de Antropologie din Cluj (Dnii: Prof. V. Vapilian cu Dna Doc. Ctin Velluda și Asistent I. Făcăoaru), Universității din Cluj (Prof. R. Vuia), Muzeului Etnografic din Cluj (Prof. R. Vuia) și asistent Oct. Vuia).

Dintre aceștia a participat numai subsemnatul și Dsoara Lufza Netolizka. A fost în deosebi regretabil că nu a putut participa nici unul dintre antropologii noștri, deși mulți dintre ei au avut lucrări de valoare asupra problemelor rasiale la Români.

Cele mai multe dintre persoanele arătate mai sus nu au putut participa, deoarece nu li s'a acordat nici un ajutor din partea statului. Având în vedere importanța participărilor la Congresele Internaționale, atât din punct de vedere științific cât și din punct de vedere al propagandei noastre în străinătate, ar fi de dorit să se institue un organ central în cadrele Ministerului Educației Naționale, care să organizeze și să asigure participarea specialiștilor autorizați la Congresele Internaționale. Aceasta și pentru faptul că țări mai mici au fost mai bine reprezentate decât noi. O participare mai numeroasă ar fi fost de dorit la acest congres, deoarece se pun foarte multe probleme rasiale și etnice, care interesează nu numai din punct de vedere științific, dar și politic.

Congresul a avut următoarele secțiuni: a) Antropologie Fizică, b) Psihologie, c) Demografie, d) Etnologie, f) Sociologie și Religie, g) Linguistică și Scrisul.

Dintre aceste secțiuni mai importante au fost: secția antropologică, etnologică și etnografică, la care s'au făcut cele mai multe comunicări. Secția etnografică a avut și subsecții după continente.

Ca subiect principal al discuțiilor au fost propuse

pentru secția antropologică: a) Relațiunile mutuale de înrudire la rasele fosile și b) Propagația geografică a tipurilor de sânge la om și în regnul animal. Pentru secția etnologică: origina și dezvoltarea agriculturii și a cr șterii vitelor. Pentru secția etnografică: păstoritul și nomadismul. Credințe și obiceiuri agrare.

Temele din domeniul agriculturii și creșterii vitelor au fost propuse pentru că Danemarca în a cărei capitală s'a ținut congresul este o țară prin excelență agricolă.

Având în vedere aceste subiecte propuse, subsemnatul am ales și făcut 2 comunicări din acest domeniu și anume: a) Haute culture en terrasses en Transylvanie: b) Coutumes agraires chez les Roumains.

Prima comunicare a stârnit un interes deosebit. În ea am încercat să dovedesc că Românii și în regiunile muntoase înalte se ocupă cu agricultura și deci sunt un popor agricol și nu numai de păstori, cum au încercat să ne prezinte alți autori cu interese vădit politice. Această comunicare a fost cerută să fie publicată în întregime în „Folk-Liv”, jurnal internațional de etnologie și folclor european, ce apare sub auspiciile Academiei Gustav Adolf în Stockholm. Am făcut 2 propuneri acceptate de Consiliul Permanent al Congresului și anume: a) Să se facă demers pe lângă guvernele respective ca să se institue rezervațiuni, după modelul parcurilor naționale, pentru monumentele naturii și pentru a păstra intact de orice influență viața unui popor a cărui existență și civilizație este amenințată și ar fi de dorit să fie păstrată în interesul științei. Astfel de rezervațiuni să se prevadă pentru Vede în Ceylon, Papuași în Guinea Nouă, Australieni în Nord-Vestul Australiei, Pigmei în Congo, Boșimani și Hotentotii în Africa de Sud și Eskimoși în Groenlanda.

Congresul a și ales o Comisie Internațională însărcinată să studieze această problemă și să facă propunerii pentru executarea ei. b) Să se înființeze o nouă secție a Congresului pentru Muzeologie, Bibliografie și Organizare de Institute pentru specialitățile reprezentate la Congres.

Am fost ales ca membru în 2 Comisiuni Internaționale: a) Comisia pentru studierea învățământului antropologic și etnologic în țările reprezentate la Congres, b) Comitetul permanent pentru studii termenilor antropologici și etnologici.

Ambele Comisiuni au fost instituite la propunerea mea făcută la Congresul Internațional de Antropologie și Etnologie ce s'a ținut în 1934 la Londra.

După citirea raportului, autorul prezintă în extrase o serie din lucrările congresului, de diferiți oameni de știință, insistând asupra celor mai importante și punându-le la dispoziția membrilor Societății noastre, cari ar fi dornici să le consulte întrucât în aceste lucrări s'au pus o mulțime de probleme de mare importanță și actualitate, ca de exemplu: problema grupelor sanghine.

Doc. Dr. Axente Iancu și Drd. Elena Russu: O pereche de gemeni univitelini.

Gemenii se divid în 2 categorii: bivitelini și univitelini. Numărul nașterilor gemelare raportate la nașterile normale diferă foarte mult după statisticile făcute de diverși autori. În general se găsește o sarcină bigemelară la 78—90 sarcini normale, gemenii bivitelini fiind mai frecvenți ca cei univitelini. Primii rezultă din:

Fecundarea a 2 ovule. Apert spune, că ar fi o hiperfuncție a ovarului. Ovulele pot proveni ori fiecare separat din câte un ovar fie ambele din același ovar. Ovulele pot ajunge la maturitate deodată.

1. Partizanii *suprafecundației* susțin, că fecundarea se poate face la interval de câteva zile sau săptămâni în orice caz interval mai mic ca perioada intermenstruală. (Se citează exemplul unei femei albe care naște gemeni, unul alb și unul mulatru).

2. Fecundarea simultană efect a 2 ovule mature în același timp.

3. Prin *superfetație* se înțelege fecundarea distanțată a celor 2 ovule și în acest caz pot surveni 2 posibilități: ori se nasc deodată unul la termen și unul e mai mic. ori se naște I-ul la termen și după câteva luni alții la termen.

Gemenii bivitelini pot fi de sexe diferite, pot să nu semene nici fizic, nici mental, nici morbid; cauza neasemănării ar putea consta și în atavism.

Exemplu: din 2 gemeni bivitelini născuți de o mamă sănătoasă tata fiind însă sifilitic: un băieț moare la 2 săptămâni cu sifilide pustulo-scuamoase, iar fetița în vârstă de 12 ani trăește și este sănătoasă.

Gemenii univitelini rezultă din fecundarea unui singur ovul. De obicei aceștia seamănă mult între ei căci provin din același ovul și spermatozoid.

Lémery (1724) a fost primul, care a susținut, că 1 ovul poate conține 2 germei.

Darste a experimentat la păsări — Lereboullet la pești a obținut experimental monștrii dubli.

Blanc a obținut rezultate analoage schimbând direcția axei embrionului.

Relativ la formarea gemenilor univitelini sunt mai multe teorii.

1. T. Lovati și Veit susțin, că ar fi datorită fecundării 1 ovul cu 2 nuclei.

2. T. Polispermicii afirmă, că ar rezulta din fecundarea 1 ovul de mai mulți spermatozoizi.

3. T. Broman susține că ovulul ar fi fecundat de 1 spermatozoid cu 2 centrosomi (ceea ce se găsește însă mai frecvent la sifilitici, dealtfel după unele statistici și gemenii univitelini se găsesc mai frecvent la ei).

4. F. Fernandez, Z. Sobota, Newman spun, că ar fi datorită segmentației în faza blastodermică sau în epoca embrionară a ovulului normal fecundat de un spermatozoid tot normal. Nu se știe însă ce conțin aceste ovule, ce proprietăți au, pentru a se segmenta așa.

Etiologie.

S'au cercetat mai mulți factori ca:

Rasa. La germani găsim cei mai mulți gemeni, apoi urmează slavii și la urmă latinii. Nu sunt oare în raport sarcinile gemelare cu fecunditatea?

Latitudinea nu prea are importanță ci mai mult regiunea sau țara respectivă. De exemplu Rusia la 50 nașteri normale are o pereche de gemeni, în Irlanda la 64, Norvegia 81 și Franța 85.

Epoca. Cristelli a observat mulți gemeni în Neapole după războiul de unde înainte de război în 1914 erau 3‰, gemenii după război între anii 1916—21 cifra lor s'a ridicat la 8—29‰. El o explică prin dificultatea materială și restricțiile alimentare suferite în Italia. S'au făcut statistici în același sens și în Franța dar nu s'a observat același lucru.

Vârstele la care survine mai des e 21—28 ani.

Din statistica Clinicii Obstreticale din Bordeaux rezultă că din 72 nașteri gemelare 15 au fost univiteline și 57 biviteline.

La Multipare sunt mai frecvenți gemenii.

Ereditatea constituie un factor foarte important, ca predis-

poziție pentru gemeni. În antecedentele ereditare, personale sau colaterale găsim gemeni mai ales din partea mamei.

Degenerescențe: sifilis, alcool, neuroze, toxice, microbiene: f. tifoidă, bronșite repetate, hemoptizii.

Fournier, Bar, Couvelaire și Hutchinson susțin că în totdeauna la univitelini să se caute sifilisul mai des în a 2-a generație.

În antecedentele mamelor prezentând nașteri gemelare deseori găsim avorturi spontane, copii morți la vârstă mică. Gemenii univitelini de obicei sunt identici ca sex (observat prima dată de Viardel). La naștere au adesea greutate ceva mai mică ca cei bivitelini dar între ei au o greutate asemănătoare. Au asemănare fizică, fizionomie ochi, ten, asemănări la gust, uneori chiar și amprentele digitale seamănă f. mult. S'ar putea zice că ar fi un singur individ în 2 exemplare.

Asemănări patologice: reacționează la fel față de agenții morbizi cu aceiași evoluție a bolii, pot uneori diferi însă caracterele câștigate sub influența mediului. De multe ori asemănarea e atât de perfectă încât și părinții îi deosebesc cu greu. Se pot totuși identifica prin:

1. Ampretele digitale.

2. Măsurători comparate antropologice care pot diferi puțin.

Bul. Soc. Antr. Paris 1927 citează 2 băieți univitelini la 1-ul apar dinții la 9 luni, la celalalt la 10 luni, la 1 an fiecare are 10 dinți.

Asemănări în maladiile organice.

Gemenii univitelini reacționează identic în majoritatea cazurilor la boli, căci de multe ori infecția se face deodată și bacilii găsesc un teren identic.

Ex. Trousseau citează cazul a 2 frați gemeni din Marsilia, ambii aveau astm. Apare la unul o oftalmie reumatismală și era sigur că și fratele său care trăia la Vilna suferea în același timp de aceeași boală — fapt confirmat prin scrisoarea celuilalt.

Gornelia de Lange în: „a contribution to the pathology of identical wins“ descrie 3 perechi de gemeni.

I. Pereche de prematuri născuți cu 6 săptămâni înainte de termen — la 2 săptămâni fiecare prezintă vărsături cu stenoză pilorică. Ambii operați în același zi — se vindecă. E de remarcat, că o mătușă din partea mamei a fost tratată de aceiași afecțiune.

II. per. de gemeni cari în primele luni au hernie inghinală bilaterală ambii.

III. per. de gemeni cu cranii natiform și ușoară hidrocefalie.

Mme Linossier la Soc. de Pediatrie din Paris prezintă cazul a 2 gemeni univitelini, ambii cu scorbut.

Dubreuil descrie gemeni prezentând buză de epure, unul în stânga altul în dreapta: o malformație „en miroir“.

Stransky citează cazuri de osteogeneză imperfectă și lipsa tibiei la ambii gemeni.

Sir Francis Galton a făcut anchete și studii la gemeni și a găsit asemănări de idei și judecată considerabilă chiar și o telepatie.

Sransky a observat apariția acelorași psihoze la gemenii univitelini, chiar dacă debutul lor se manifestă la vârste diferite (citează un caz de gemeni cu afazie).

Drei Ionașiu, Lungu și Cupcea comunică 2 gemeni univitelini, ambii prezentând fenomene caracteristice schizofreniei I-ul schizofrenic iar celalalt schizoid.

În unele cazuri sunt deosebiri în dezvoltare și în patologia gemenilor, cari pot fi datorite unor leziuni intrauterine

de ex.: unul din gemeni suferă un traumatism cerebral, hemoragie cerebrală care poate avea repercusiuni asupra vieții ulterioare.

Moreau în „Psihologia morbidă” descrie 2 frați gemeni cari se aseamănă f. mult fizic ambii au idei fixe, se simțeau persecutați, aveau halucinații auditive, aveau aceiași inamici cari prin mijloace identice voiau să-l distrugă. După câteva luni fără cauze apreciabile se vindecă spontan deși erau separați printr-o distanță de câțiva km.

Observație:

O pereche de gemeni născuți la 26 VI 1938. S. L. născut primul și imediat după nașterea lui mama face o hemoragie puternică. Al 2-lea S. G. fiind în prezență podalică a fost extras destul de dificil după $\frac{1}{4}$ de oră, fiind cianotic și asfixiat, s'a recurs imediat la băi alternante calde și reci până și-a revenit copilul.

Ambii au fost alăptați de mamă. La 6 săpt. au început ambii să tușească au făcut tusă convulsivă. I-ul o formă ceva mai ușoară. Nu avea schimbări în inspirația caracteristică (reprise). Al 2-lea a făcut o formă mai severă, avea și vărsături, în plus acesta a mai făcut și o piodermie.

Dela 4 luni laptele de mamă fiind insuficient sunt alimentați mixt.

În ziua de 9 XI 1938 adică $4\frac{1}{2}$ l. primul cântărește 6050 iar al 2-lea 5950. La 6 l. apar la ambii primii dinți.

În prezent copiii au 11 luni. Primul cântărește 9350 gr. lg. 77 cm., iar perimetrul cefalic $45\frac{1}{2}$; II-lea 9200 gr. lg. 76 cm. iar perimetrul cefalic 46 cm.

Ambii au ochi albaștri, tegumentele puțin bronzate, părul de culoare blondă, aproape aceiași nuanță, conformația nasului, gurii, bărbiei și a pavilionului urechii identice. Au amândoi limbă geografică, ca fizic sunt greu de deosebit, doar al II-lea e ceva mai palid.

În prezent ambii au 6 dinți și se ridică în picioare I-ul e mai cuminte, mănâncă de toate și e mai liniștit; al II-lea e mai vioiu, mai neastâmpărat, la mâncări e mai mofuros refuză pireul de cartofi, fasole etc.

Actualmente ambii tușesc; la ascultație la I-ul se aud raluri de bronșită, sibilante și ronfante, al doilea are o bronșită difuză.

Ambii au fost vaccinați, I-ul a făcut o reacție puternică și o diseminare a vaccinului pe întreg umărul drept și pe spate se văd pustule vaccinale. La al II-lea nu se observă nimic deosebit (afirmativ).

E de remarcat, că în familia tatălui a mai fost o pereche de gemeni (fratele tatălui a avut 2 băieți cari ambii s'au făcut marinari — unul mort într'un accident, celălalt trăiește.

Se observă deci în cazul de față o pereche de gemeni despre care noi credem că sunt univitelini cari seamănă foarte mult ca fizic, se constată un paralelism în dezvoltarea morfologică cu o mică divergență în evoluția bolilor pe cari le fac. Totuși prezintă însă și o mică discordanță sub raportul nuanței intensității în evoluția bolilor făcute, a gustului și a preferinței față de componentele alimentare și o ușoară deosebire de temperament.

Bibliografie

Bouros-Simonne: Contrib. a l'étude de la grossesse géométrale These 1925. — Defaut C.: Contrib. a l'étude des jumeaux. — Nysenhauz: Contrib. a l'étude de la grossesse gémellaire. — Stransky: Beiträge zur Willings pathologie (Monats-

schrift für Kinderheilkunde 1930 Nov. — Drii Ionașiu-Lungu-Cupcea: Psihopatologia gemenilor. Buletinul eugenic și biopolitic. — P. Nobécourt: Le Concours medical, tm. 60. Nr. 14, 2 Avril 1939 pag. 944.

Ședința din 16 Iunie 1939

Prezidează Dl Prof. Dr. V. PĂPILIAN.

Doc. Dr. Axente Iancu: **Mortalitatea sub un an esalonată pe categorii de vârstă (zi, săptămâni, luni) în județele: Cluj, Someș, Turda, Târnava Mică și Năsăud.**

Prof. I. Marfan¹⁾ susține că în Franța la începutul secolului al XX-lea din 1000 copii cari s'au născut, aproximativ 160 au suferit în primul an (48 în prima lună, și 19 în primele 5 zile); 50 în anul al 2-lea; 25 în cel de al 3-lea; 17 în anul al 4-lea; 13 în anul al cincilea; 56 dela 5—10 ani; 34 dela 10—15 ani. Mortalitatea generală a fost de 22:1000 locuitori; iar cea a adulților de 11:1000. Mortalitatea copiilor în primul an al vieții a egalat pe cea a bătrânilor cari au atins ori depășit 80 ani.

După acest autor copilul moare în primele zile din cauza debilității congenitale și a sifilisului congenital, cauze anterioare nașterii; iar după primele zile principali factori ai enormei mortalități a primei copilării sunt afecțiunile căilor digestive și turburările de nutriție a căror formă cea mai gravă este reprezentată prin atrepsie.

În primele patru săptămâni, statisticele amintesc, ca și cauze principale de mortalitate: debilitatea congenitală, turburările digestive, atrepsia, convulsiunile, afecțiunile pulmonare și sifilisul; dela 1—12 luni: afecțiunile digestive și atrepsia constituie cauza a 40—50:100 din decese.

Prof. I. Marriott subliniază cu drept cuvânt importanța ce revine interdependenței dintre infecții și starea de nutriție în prima copilărie. Sugarii cărora li-se administrează un regim alimentar inadecvat fie sub raport cantitativ fie sub cel calitativ, devin subnutriți și foarte susceptibili la infecții, pe de altă parte iarăși infecțiile producând vărsături, diaree, destrucție celulară, metabolismul augmentat ori o diminuare a secrețiilor gastro-intestinale afectează starea de nutriție. Sugarul și copilul mic din prima vârstă sunt mai susceptibili la infecțiile rinofaringelui, a urechii medii, a tractului urinar în raport cu vârstele mai înaintate și aceste din urmă exercită un efect dăunător evident și important asupra nutriției organismelor puțin rezistente. Din aceste motive autorul american consacră în tratatul său referitor la alimentația copilului (Prof. Williams Mc Kim Marriott: Infant. Nutrition. London. Henry Kimpton, 1930) un capitol aparte infecțiilor comune (Common infections) ca rinofaringita, otita medie, mastoidita, pielita, tuberculoza și sifilisul congenital (pag. 272—287).

După statistica Prof. lui Finkelstein (Lehrbuch der Säuglingskrankheiten, Springer, Berlin 1924) rezultă că din 100 decese din cauza „emacierii”, „diareei” și gastro-enteritelor („Breachdurchfall”) abia 13 interesează anul al 2-lea și aproximativ abia 4 cazuri revin anului 3 de viață, iar 70—80 în schimb ating vârsta sugarului. Din mortalitatea totală din primul an al vieții $\frac{3}{4}$ au suferit pe urma unor afecțiuni cari direct ori indirect pornesc dela organele digestive. Acestei oribile mortalități îi corespunde o mortalitate și mai urcată, ce nu poate fi exprimată în cifre.

¹⁾ Prof. Dr. A. B. Marfan: Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants, du premier âge. 3-e édition. Masson. Paris 1920 (De atunci a apărut și ediția a IV-a).

Stransky (Eugen Stransky: Sozialhygiene im Säuglings und Kleinkindesalter, cu o prefață de Hofrat Prof. Dr. Leopold Moll, Deuticke, Leipzig in Wien, 1929) susține că în timp ce mortalitatea sugarilor în toate Statele de cultură ale lumii se află într-o permanentă scădere, mortalitatea noilor născuți (după dânsul perioada de nou născut în sens mai larg este prima lună, iar în sens mai restrâns primele 1—2 săptămâni) în schimb a putut fi influențată numai foarte puțin ori aproape de loc. Autorul mai reproduce și o statistică de a lui *Rott* din care rezultă că mortalitatea infantilă în prima lună este cea mai mare; cea din a doua lună reprezintă abia $\frac{1}{3}$ a celei anterioare, pentru că și pe mai departe mortalitatea să scadă progresiv din lună în lună.

O constatare analogă rezultă și din statisticele americane după cum și din una din Amsterdam. Totuși sunt mai multe statistici printre care și cea a lui *Hecker* din München, în sensul căroră, în luna a 12-a s'ar înregistra iarăși o accentuare a mortalității. Totuși se vede ca fenomenul să fie interpretat printr-o greșită înregistrare a vârstei; prin înglobarea la mortalitatea din luna a 12-a, a mortalității unor sugari mai în vârstă, a căror etate ar fi necunoscută. Deci această augmentare este considerată ca fiind falsă și se menține dispoziția de a constata o continuă și progresivă scădere a mortalității începând dela naștere și mergând până la finea primului an al vieții.

Debré, Joannon și Cremieu-Alcan ocupându-se de metodele adoptate pentru studiul rezultatelor unei anchete internaționale făcută în mai multe țări ale Europei și formulând o ordine cronologică a mortalității sugarilor, constată, că mortalitatea din prima săptămână este de regulă superioară celei din semestrul al doilea, și că în majoritatea districtelor, mor mai mulți copii în cursul primelor șapte zile ale vieții decât în ultimele șase luni ale primului an. Mortalitatea aceasta primohedomadară ori precoce este relativ urcată în districtele cu o mortalitate infantilă totală scăzută.

Din aceste câteva date sumare rezultă totuși importanța eșalonării pe vârste a mortalității infantile din primul an al vieții, ce fac subiectul prezentei comunicări.

Intr'una din ședințele anterioare (*Soc. Română de Antropologie din 27 Ianuarie 1939*) noi ne-am fost ocupat de mortalitatea infantilă sub un eșalonată pe vârstele cronologice din județul Cluj, dar raportând-o la 1000 născuți vii. De data aceasta mortalitatea cronologică a sugarilor sub un an este discutată în raport cu 100 morți sub un an și analizăm situația sub acest raport în cele 5 județe studiate pe anii 1932—1937.

MEDIUL RURAL

		O-I zi	1—6 zile	7—29 zile	1—5 luni	6—11 luni
Cluj	1936	3,72	17,16	20,57	35,23	23,31
	1937	3,94	14,14	20,84	38,49	22,56
Someș	1936	4,29	17,86	17,19	41,07	19,57
	1937	2,07	18,75	17,97	39,15	22,03
Turda	1936	2,30	18,57	18,37	40,06	20,68
	1937	2,58	14,28	16,87	38,92	27,32
Târnava-Mică	1936	1,69	15,53	20,90	40,67	21,18
	1937	2,65	15,64	21,20	37,56	22,90
Năsăud	1936	2,74	15,70	17,68	37,34	25,—
	1937	2,49	13,93	19,50	38,70	25,36

MEDIUL URBAN

Cluj	Cluj	1936	15,32	13,02	11,87	35,24	24,51
		1937	8,82	18,23	14,11	34,70	24,11
	Huedin	1936	13,63	22,72	18,18	36,36	9,09
		1937	4,34	13,04	17,38	21,73	43,47
Someș	Dej	1936	—	12,50	12,50	53,12	21,87
		1937	6,88	16,82	20,68	37,93	17,24
	Gherla	1936	—	25,—	12,50	6,50	—
		1937	6,66	6,66	22,66	40,—	20,—
Turda	Turda	1936	—	15,50	13,79	48,27	22,41
		1937	—	20,96	27,41	21,96	30,64
Târnava Mică	Blaj	1936	—	6,66	13,33	20,—	60,—
		1937	—	9,00	9,00	36,36	45,45
	Dic. St. Martin	1936	—	8,33	41,66	41,66	8,33
		1937	—	8,57	21,42	14,23	35,71
	Dumbrăveni	1936	12,50	—	37,50	25,—	25,—
		1937	33,30	33,33	33,33	—	—
Năsăud	Bistrița-	1936	—	22,22	33,33	27,77	16,65
		1937	—	33,33	13,33	33,33	20,—
	Năsăud	1936	—	9,09	18,18	18,18	54,54
		1937	—	16,66	16,66	13,33	13,33

Din tabloul nostru rezultă că cea mai mare mortalitate din 1-a zi în anii 1936—37 a prezentat-o în mediul rural județul Someș, apoi în ordinea decrescândă județele: Cluj, Năsăud, Turda, Târnava-Mică.

Cea mai urcată mortalitate din zilele de 1—6 a fost în județul Someș, apoi în ordine scăzândă urmează: Turda, Cluj, Târnava-Mică și Năsăudul.

Cea mai urcată mortalitate în zilele de 7—29 a fost în Târnava-Mică, apoi în ordinea decrescândă urmează județele: Cluj, Năsăud, Turda și Someș.

La categoria mortalității dela 6—11 luni îl deține județul Năsăud, urmându-i în ordinea decrescândă județele: Turda, Târnava-Mică, Năsăud și Cluj.

Locul de frunte la grupa mortalității dela 6—11 luni îl deține județul Năsăud, urmându-i în ordinea decrescândă județele: Turda, Cluj, Târnava-Mică și Someș.

Pentru județele Cluj și Năsăud mortalitatea din primele 6 zile este aproape identică cu cea din prima lună scăzând primele 6 zile; pentru Someș și Turda mortalitatea din primele 6 zile depășește mortalitatea din restul primei luni (3 săptămâni) iar în Târnava-Mică mortalitatea dela 7—29 zile depășește pe cea din primele 6 zile.

Una din caracteristicile situației dela noi mi-se pare a fi faptul că mortalitatea dela 1—5 luni pentru toate cele 5 județe este mai mare decât mortalitatea dela 1—29 zile, deci decât cea din prima lună scăzând prima zi. Nu rezultă deci pentru regiunea studiată de noi, tendința de scădere a mortalității sugarilor cu avansarea în vârstă, așa după cum acest fapt a fost stabilit în statisticele germane, americane, cea din Amsterdam, etc.

Deasemenea și mortalitatea din cel de al 2-lea semestru al vieții depășește pe cea înregistrată pentru primele 6 zile — în opoziție cu faptele constatate pentru districtele cercetate de anchetele internaționale în țările din Europa unde situația era chiar inversată. Mortalitatea infantilă din vârsta dela 6—11 luni este mai mare și decât cea dela 7—29 zile în schimb mai scăzută decât cea dela 1—5 luni.

Scrutând situația din mediul urban al aceluiași județe constatăm că mortalitatea din prima zi a vieții este cu mult mai mare în mediul urban decât în cel rural.

Intre diferitele grupe cronologice din mediul urban se con-

stată aproape același corelație între oalăță ca și pentru mediul dela țară cu deosebirea însă că fluctuațiunile dela un an la altul și dela un oraș ori târg la altul sunt mai accentuate.

Prof. Dr. V. Papilian și Dr. V. Preda: Cercetări experimentale asupra modificării grupelor sanghine in vitro.

Autorii au reușit să transforme in vitro grupele sanghine prin adăugarea substanțelor farmaco-dinamice folosite în studiul sistemului vegetativ. Ei au ajuns la următoarele concluzii: Grupele A și B prezintă cele mai multe posibilități de modificare, fără ca totuși să se schimbe vre-o dată între ele. Grupa cu cea mai mare fixitate este grupa O, fixitate verificată și cu ajutorul iradierilor. Este vorba de un fenomen biologic dat fiind că în cele mai multe cazuri (62,29%) probele n'au suferit nici o modificare. Alt argument ce pledează în favoarea acestei teze este că la aceleași probe unele substanțe au produs modificarea iar altele nu. Ar exista de fapt 2 grupe sanghine primare și anume: grupa A și grupa B, care nu se schimbă nici odată între ele. Celelalte două grupe ar fi grupa nouă A și nouă B, după cum aglutinabilitatea este mărită sau diminuată.

Prof. Dr. V. Papilian și Dr. I. G. Russu: Studiul modificării grupelor sanghine la bolnavi.

Intr'o lucrare anterioară Prof. Papilian, Doc. Velluda și Drd. F. Antonescu au demonstrat experimental că puterea de aglutinare a serului asupra globulelor roșii poate fi modificată prin acțiunea diferitelor substanțe. Ca o continuare a cercetărilor de mai sus s'a căutat să se vadă dacă grupele sanghine pot fi modificate în diferite împrejurări in vivo.

În lucrarea de față, s'a studiat această posibilitate de schimbare a grupelor sanghine la bolnavii cu tumori maligne. În acest studiu s'au urmărit două chestiuni: I. proporționalitatea diferitelor grupe sanghine la bolnavii cu tumori maligne în momentul ospitalizării, indiferent dacă mai înainte au fost tratați sau nu — adică bolnavi vechi sau numai incipienți — precum și II. repartiția grupelor pe forme de tumori.

S'a determinat grupa sanghină la 100 (una sută) indivizi de ambele sexe (prin metoda aglutinării pe lamă a lui Best-Vincent).

Rezultatul este cuprins în următorul tablou:

Grupa	AB	A	B	O
%	53%	25%	22%	0%

Repartizate pe felul tumorilor aspectul proporțiilor centesimale se prezintă în felul următor:

	AB	A	B	O
Epiteliome (85%)	45%	21%	19%	0%
Sarcoame (10%)	4%	3%	3%	0%
Tiroidită (1%)	1%	—	—	—
Papilom vezical (1%)	—	1%	—	—
Tumora laringo-faringiană (1%)	1%	—	—	—
Hipertrofie de prostată malignizată (1%)	1%	—	—	—
Lupus cancerizat (1%)	1%	—	—	—

Din cele două tablouri se remarcă în primul rând lipsa completă a grupului O, ceea ce nu poate fi datorită unei simple coincidențe avându-se în vedere numărul determinărilor; iar în al doilea rând se observă predominanța grupei AB în toate formele de tumori maligne, putem admite deocamdată că tumorile au o influență asupra modificării proprietății de aglutinare a globulelor roșii.

În a 2 a parte a lucrării am urmărit în timp o serie de bolnavi sub acțiunea tratamentului cu radium, röntgen și chirurgical. Dintre aceștia șase au suferit modificări ale grupei sanghine.

Aceste modificări pot fi divizate în 2 mari grupe: 1 schimbare completă a grupei s'a obținut la trei bolnavi și anume: a) în momentul ospitalizării bolnavul are grupa A, i se face tratament cu radium (ace) timp de 21 zile fără a suferi modificări ale grupei sanghine, apoi alte 26 zile se continuă tratamentul cu radium și la determinare bolnavul prezintă grupă AB.

b) grupa B în momentul ospitalizării, bolnavul urmează un tratament de 6 ședințe röntgenterapie în timp de 30 zile, după care o nouă determinare de grupă dă grupa AB.

c) grupa AB în momentul ospitalizării, după 11 zile o nouă determinare indică grupa B. În acest interval n'a primit nici un tratament, cu 2 luni înainte însă a urmat tratament cu radium.

2. Grupe în curs de modificare s'au obținut la trei bolnavi; și anume: a) bolnavul în momentul ospitalizării era din grupa AB. După 21 de zile, în care timp i se face un tratament cu doze mari de radium, o nouă determinare de grupă îl arată tot din grupa AB, dar aglutinarea cu A se face foarte târziu.

b) Bolnav din grupa AB; la 30 de zile, în care interval s'a urmat un tratament cu doze mari de raze X (röntgenterapie), o nouă determinare îl situează tot în grupa AB, dar aglutinarea cu A este foarte întârziată.

c) Bolnav din grupa AB în momentul ospitalizării, cu remarcă însă că aglutinează foarte încet cu A. Urmează un tratament cu radium și după 10 zile o nouă determinare îl situează în grupa AB fără nici o remarcă.

Din datele de mai sus se reliefează în primul rând posibilitatea schimbării grupelor sanghine sub influența unor factori externi, în speță tratamentul cu radium și raze X; apoi este de reținut faptul că se găsesc treceri între grupele AB-A, AB-B și invers, fără a fi obținut nici măcar o trecere între A și B.

REVISTA REVISTELOR

MEDICINA INTERNĂ

Experiențe cu Paspal, în tratamentul Astmului
de Dr. R. Friedländer, Berlin. — Referat din „Ars Medici”. No. 6/1937.

Autorul stabilește că, actualmente terapia astmului tînde să posedă o medicațiune eficientă în timpul accesului și anume o terapie care să renunțe la cunoscutele încercări de lungă durată și adeseori fără efect, că să se orienteze pe cât posibil mai repede către vindecare. Cele mai multe antiastmatice combat numai accesul sau amendează simptomele grele. Altele

activează mai cu seamă o punere la punct a întregului organism. O poziție excepțională o are aici Paspal.

Autorul a făcut dela început obișnuitele scarificații superficiale a 1 cm. și a triturat cu Papast mica picătură de sânge atât timp până ce s'a format o crustă pergamentoasă. Repetarea a urmat regulat la obișnuitele intervale, iar cele 10 inoculări nu au fost nici odată depășite, după cum recomandă însuși inventatorul produsului. S'a renunțat la întrebuițarea altor medicamente, întrucât un efect curativ fără Paspal nu era în perspectivă. El a întrebuițat Paspal la 27 bolnavi și a stabilit în aproximativ 96% din cazuri, o influență favorabilă marcată obiectiv și subiectiv.

La sfârșit autorul se îndreaptă către așa numita „reacțiune”. Acele pustule ce apar uneori pe locul scarificației, i se par că sunt semne favorabile, întrucât și pacienții raportează aproape întotdeauna după aceste simptome, despre o ameliorare subiectivă. În orice caz, accentuează autorul, succesul depinde de corecta tehnică a scarificației.

Procedee moderne pentru explorarea sistemului nervos. Les procédés modernes d'exploration du système nerveux). De *André Plichet*. Le bulletin medicale No. 31, 1937, pag. 507.

Autorul arată importanța lucrărilor făcute de Babinsky în 1912 asupra reflexelor tendinoase și osoase. Arată progresele incontestabile făcute în domeniul semiologiei nervoase în ultimii ani, pentru localizarea leziunilor cerebrale și medulare, unele justificabile pentru intervenții chirurgicale. Studiul l. c. r. a permis diagnosticul meningitelor tbc. cerebro-spinale și evoluția emoragiilor cerebrale și a luesului nervos.

Măsurarea presiunii l. c. r. a permis o nouă metodă în explorarea afecțiunii or sistemului nervos prin manopera lui Queckenstedt-Stookey care este întrebuițată în toate centrele mari neurologice. Descrie tehnica probei manometrice lombare a lui Queckenstedt-Stookey și diferitele probe cari se pot face cu ea precum și importanța ei.

Arată tehnica și importanța encefalografiei, ventriculografiei în diferitele afecțiuni medicale — tumori etc. — ale creierului.

Semnaleză o nouă metodă pentru explorarea sistemului nervos—metoda electroencefalograma.

Proprietățile și aplicațiile terapeutice ale ozonului. (Les propriétés et les applications thérapeutiques de l'ozone). De *Gaston Lyon*. Le bulletin medicale No. 32, 1937 pag. 537.

Introdus în terapeutică la 1890, însă întrebuițarea lui a fost limitată. Aubourg are meritul de a fi arătat aplicațiile multiple ale ozonului. Ozonoterapia poate să vindece numeroase afecțiuni la cari alte tratamente sunt ineficace. Proprietățile biologice ale ozonului sunt bine demonstrate. Deoparte are o mare putere bactericidă și oxidantă, antiparazitar și o acțiune stimulantă.

Ozonul poate fi întrebuițat în afecțiuni medicale: plăgi atone, flegmoane gazoase, supurații cronice. În dermatologie: piodermită, furuncul, prurit. În otologie: mastoidite.

Aubourg citează un caz de colibaciloză acută tratată prin diferite metode toate ineficace, aplicând tratamentul cu ozon, a obținut deja în a doua zi scăderea temperaturii iar a treia zi starea generală foarte bună, bolnava putând chiar să părăsească patul.

Ozonoterapia se poate face sub formă de dușuri, băi locale și generale, injecții intramusculare, spălături duodenale (Aubourg).

Atebrin și Plasmochin în tratamentul și controlul malariei. De *Seckinger*. — Am. J. Trop. Med. 1935 Vol. 15, pag. 631.

Într-o regiune din Georgia grav infectată, rezultă din cercetarea sângelui la copii de școală din 6 districte o morbiditate de 80,1%. Din această cauză s'a administrat în anii 1933 și 1934, 3 zile pe săptămână câte 0,01 Plasmochin în timpul sezonului. În același ani toate cazurile care din punct de vedere microscopic și clinic trădau malarie, au fost tratate cu o cură de 5 zile Atebrin câte 3 tablete pe zi. Cura cu Plasmochin a avut un efect foarte bun asupra purtătorilor de gameși. O comparație dintre zona tratată și una netratată a arătat că la sfârșitul lui 1933 indicele malaric din zona tratată era de 10,9% iar în aceea netratată de 60,3%, tratându-se apoi în Octombrie 1933 și zona netratată cu Atebrin. În prima jumătate a anului 1934 nu a fost o deosebire mare între aceste două regiuni, dar în sezonul avansat malaric s'a arătat că în zona tratată abia în Octombrie, exista un indice parazitărilor de 28,8% pe când în zona tratată în mod regulat indicele era de numai 8,8%.

Atebrin s'a dovedit eficace mai ales în sterilizarea purtătorilor de paraziți (reducere cu 96,8% în apogeul sezonului).

Deasemenea numărul persoanelor cu tablou negativ din zona tratată era mai mare ca în cea netratată.

Acastă măsură poate fi considerată ca un succes deplin și din punct de vedere epidemiologic.

Rezultate clinice cu Ephetonin liquidum compositum Merck de: *Dr. Erwin Müller* (dela secțiunea internă a lazaretului Neur ode) Deutsche med. Wochenschrift 1938 No. 10, Pag. 359.

Autorul a încercat acțiunea Ephetoninei Liq. compositum asupra mai multor bolnavi. S'a administrat în special pentru prevenirea și înlăturarea turburărilor circulatorii în cursul maldiilor infecțioase. Cercetările amănunțite au arătat că Ephetonin liq. comp. depășește cu mult adrenalina în ceea ce privește durata și durabilitatea efectului. Mai oferă față de adrenalina și preparatele asemănătoare adrenalinei, avantajul de a putea fi administrat cu doze precisă pe cale bucală, fără a diminua prin aceasta eficacitatea și perfectă tolerabilitate. Cu doze izolate de 8—10 picături s'a putut obține o perfectă susținere a circulației în infecțiuni (pneumonie, gripă, difterie, etc.). În turburări care lasă să se întrevadă o participare preponderentă a inimii, — sub formă de miocardită, s'au arătat ca foarte eficace doze de 8—10 picături la intervale de 2—3 ore. O ameliorare subiectivă și obiectivă a apărut foarte repede. Ameliorarea obiectivă a putut fi constatată și pe electrocardiogramă.

CLAUDEN-ul în tratamentul emoragiilor pulmonare de: *Dr. Adam Stupnicki*.

Fiecare emoragie pulmonară nu reprezintă numai un pericol imediat de viață, ci și pericolul întinderii tuberculozei în părțile încă sănătoase ale pulmonului. Combaterea emoragiei trebuie să fie rapidă și energică. Printre numeroasele mijloace recomandate, Clauden-ul merită în primul rând a fi menționat ca hemostatic fiziologic cu efect sigur și rapid.

Am reușit să opresc în scurt timp și emoragiile pulmonare grave, după administrarea pe calea intravenoasă de 10—20 ccm. odată sau de două ori pe zi, eventual în combinație cu administrarea pe calea intramusculară. Nu am putut observa efecte secundare de orice natură, neplăcute pentru bolnavi. Totuși, în administrarea intravenoasă e indicată injectarea încet și cu precauțiune.

Pentru prevenirea unei emoragii noi afară de măsurile fizicale obișnuite și înainte de toate calmarea psihică, tabletele de Clauden erau foarte eficiente. Administram 2 tablete dimineața și 2 tablete seara înainte de masă cu puțină apă. La necesitate se măresc dozele. Dar și la bolnavi cu tendință la emoragii pulmonare și cari adeseori știu să prezică data acestora, tabletele Clauden s'au dovedit ca profilactic eficiente.

DERMATOLOGIE

Leziunile oculare ale boalei lui Besnier-Boeck-Schaumann. Sindromul lui Heerfordt. (Les lésions oculaires de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. Le syndrome de Heerfordt) de L. M. Pautrier. Archives D'Ophthalmologie Tome 2 No. 8. 1938, pag. 689.

Ațăturii de formele frecvente ale boalei lui Besnier-Boeck-Schaumann: cutanate, osoase, ganglionare, pulmonare, există un tip particular al extremității cefalice, cu predominanță parotidiană, oculară și nervoasă, putându-se însoți de alte manifestări cutanate, ganglionare și viscerale ale afecțiunii. Acest tip are o evoluție specială: ușoară febră, uneori cefalee și prostrație, cari relevează caracterul probabil infecțios al bolii.

Inglobarea sindromului lui Heerfordt la boala lui Besnier-Boeck-Schaumann, extinzând în mod considerabil domeniul ei, pune în discuțiune o mulțime de probleme și în special cea a etiologiei afecțiunii. Dermatologiiștii încă n'au ajuns de acord asupra acestei chestiuni, pe când unii susțin originea datorită bacilului tuberculos bovin, alții sunt adepții unei infecțiuni autonome încă necunoscute.

Cunoașterea sindromului lui Heerfordt ne aduce noi achizițiuni; posibilitatea unei regresii și vindecări spontane la nivelul parotidiei, nervilor feței și ochiului. Dacă vederea uneori rămâne grav compromisă, aceasta e datorită faptului că ochiul organ f. complex și delicat, nu poate să ajungă la o restituție ad integralum ca celelalte organe.

În concluzie autorul recomandă ca: orice caz de sindrom al lui Heerfordt să fie studiat ca o boală a lui Besnier-Boeck-Schaumann, făcându-se examenul minuțios al tegumentelor, ganglionilor, radiografia plămânilor și oaselor extremităților, cât și examenul isto-patologic al leziunilor cutanate.

Dr. Liviu Modran

Măsurarea temperaturii în teritoriul Akrocianozei și al Lupusului vulgar. (Temperaturmessungen im Bereich von Akrozyanose und Lupus vulgaris) de Hellmut Hecht-Hamburg. Dermatologische Wochenschrift. No. 45—1938.

La temperatura normală de 20—21°C se observă temperaturi joase în sfera acrocianozei. Aceste temperaturi în unele cazuri sunt numai puțin peste temperatura aerului înconjurător.

Dacă se ține timp de 5 minute în apă de 18°C, scoboară temperatura tegumentului și se apropie de cea a apei. Această temperatură joasă se menține timp de 20 de minute dela îndepărtarea apei, fără a se observa tendința de recăștigare a temperaturii inițiale. Prin această experiență se stabilește existența unei disfuncțiuni arteriale, frigul producând un spasm arterial.

Și fără schimbări ale condițiilor externe pot temperaturile mâinilor să scoboare mult. Ca rezultat al cercetărilor se deduce o lipsă a funcțiunii de protecție a pielii în stare de cianoză cronică, față de influențele externe ale frigului. Aceste

temperaturi joase dela nivelul teritoriilor acrocianoze, explică predispoziția acestora pentru diferitele forme de tuberculoză. Alterările pielii se explică prin oprirea metabolismului datorită temperaturii scăzute și încetinirea transportului sângelui.

La măsurările porțiunilor pielii interesate de lupus, în comparație cu porțiunile sănătoase din jur, s'a remarcat temperatura joasă a pielii bolnave. Deosebit de caracteristic și probabil în legătură cu tendința de expansiune a lupusului vulgar, a fost observat în două cazuri în apropierea pielii bolnave, în țesutul sănătos din jur, temperaturi joase în acelaș grad ca și în focarul cu lupus.

Deci măsurările dau ca rezultat, că Lupusul vulgar din punct de vedere al termometriei e o inflamație rece a pielii, ceea ce pledează în sensul unei participări reduse a aparatului vascular cutanat.

Cercetările termometrice la cele două afecțiuni: lupusul vulgar și akrocianoza, au arătat că la ambele stă la bază o evidentă alterare a circulațiunii pielii, care constituie pentru akrocianoză un factor predispozant pentru tuberculoză.

Dr. Liviu Modran

OTO-RINO-LARINGOLOGIE

Asthme et Nez de: Dr. J. Courbin. Revue de Laryngologie, Otologie, Rinologie. Juillet Aout Nr. 7—1938.

Pentru a nu desfigura cadrul și ideile autorului în expunerea unei probleme complexe de patologie generală și de specialitate ca astmul și nasul, vom păstra planul de redare în sensul vederilor autorului.

Partea întâi

Limitele subiectului. În introducerea autorul arată complexitatea problemei datorită nasului și rino-faringelui.

Astmul. definiție. Astmul este o reacțiune morbidă, caracterizată prin turburări respiratorii, spasmodice și secretorii, fiind datorit mai multor factori. **Limitele** acestei afecțiuni sunt foarte largi datorită prezentării plurimorfe, de aceea pentru depistarea lor ne servim mai ales de spasm și eozinofilie.

Condițiile patogenice sunt asociate, condiții locale și terenul (sistemul neuro-umoral) apendicite cronice, hepatisme, enterocolită, helmintiaza, colecistita cronică, retro-versiunea, metritele, fibromul, dau mai ales leziuni nasale (cari sunt cele mai frecvente), asociate cu factorul nervos, umoral sau artritric pot determina sindromul astmatiform.

Partea doua

Nasul și terenul astmatic. Pe teren nervos o afecțiune nasală poate determina toate manifestățiunile de astm pe cale directă prin secrețiunile din rino-faringe prin intermediul stomacului sau al inimii. Pe teren umoral prin obstrucția nasală și hipohematoză consecutivă (artritric denuțrit), prin turburări mecano-chimice cu hipotonicitate a musculaturii toracice și prin sensibilizarea (prin inhalajie).

Nasul ca fixator al reacțiunilor astmatice.

Fragilitatea ereditară. Debilitatea naso-bronșică a lui Florand (distrofie a mucoasei aeriene). Hiperestezia mucoasei cu tendință la turburări secretorii.

Fragilitatea câștigată prin inflamațiuni repetate duc la hiperestezizarea mucoasei, deasemenea diferiți corpi iritanți.

Leziunile nasale. După unii autori ar fi $\frac{1}{3}$ dintre astmatici cu leziuni nasale ca: deviație de sept, rinită cronică, hipertrofia cornetelor, polipoza, etmoidita, sinechiile, plintenii sep-

tali, rinita vaso-motorie, atrezia narinelor, faringita, amigdalita hipertrofică, atrofică, catarul supurat al cavumului, perforația septului și sfenoidita.

O atenție specială trebuie dată deviațiilor superioare numite astmatogene și contactului muco-mucos dintre cornetul mijlociu și sept (demonstrabile prin reflexul naso-facial exagerat). De asemenea substanțe iritante astmatogene: polen, parfumuri, diferite proteine.

Factori mecanici (praf, fum) chimici, fizici cari pot determina o leziune nasală sunt susceptibili să producă astmul pe un teren proptic.

Partea treia.

Astmul nasal. Acesta se prezintă sub două forme: a) astmul de sensibilizație (polinoza sau al fânului) b) Coriza aperiodică (anafilactic sau horse asthma, coloidoclastic sau a frigore, nervos și în fine mixt).

Tratamentul astmului. Acesta se împarte în două categorii: Medicațiunea nasală a crizei (Bonnain).

În afară de criză care se poate sintetiza în următoarele puncte:

1. Tratarea terenului.
2. Tratarea hipersensibilității locale (nasale).
3. Suprimarea factorilor declanșatori ai crizei.
4. Terapeutică desensibilizantă specifică în coriza spasmodică.

Prin urmare tratamentul chirurgical al leziunilor sau hipersensibilizarea căilor aeriene nu sunt decât elemente terapeutice dintr'un ansamblu general de îngrijiri, de aceea trebuie să se facă eforturi terapeutice complexe.

Dr. G. Cotul.

INFORMAȚIUNI

Cursuri internaționale de perfecționare medicală la Berlin.

Academia berlineză de perfecționare medicală organizează, în toamna anului 1939, următoarele cursuri de perfecționare medicală:

1. Cursuri de perfecționare în ortopedie, (dela 11 la 16 Septembrie). Inscrierea 50. — Rm.
2. Lecțiuni asupra tuberculozei, (dela 22 la 27 Septembrie), Inscrierea 50. — resp. 25. — Rm.
3. Cursuri de perfecționare în afecțiunile cardiovasculare, (dela 2 la 7 Octombrie). Inscrierea 50.—Rm.
4. Influența timpului, a anotimpurilor și altor factori asemănători asupra omului sănătos și bolnav, (dela 9 la 14 Octombrie). Inscrierea 50. — Rm.
5. Bolile pielii și bolile venerice cu considerațiuni asupra cosmeticei, (dela 9 la 14 Octombrie). Inscrierea 75. — Rm.
6. Importanța radiologiei în medicina internă, (dela 16 la 21 Octombrie). Inscrierea 60. — Rm.
7. Chirurgia maladiilor întratoracice, cu conside-

rațiuni speciale asupra tuberculozei pulmonare, (dela 16 la 19 Octombrie). Inscrierea 80. — Rm.

8. Săptămână de perfecționare în obstetrică și ginecologie, (dela 23 la 28 Octombrie). Inscrierea 50.—Rm.

9. Cursuri de perfecționare pentru oto-rino-laringologi, dela 25 Septembrie la 7 Octombrie). Inscrierea 150. — resp. 100. — Rm.

10. Cursuri propedeutice resp. de specializare în Homeopatie, (dela 9 la 28 Octombrie).

11. Cursuri speciale în toate domeniile medicinei cu facultatea de examen la patul bolnavului sau în laborator, care au loc la fiecare trei luni. Pentru cursuri domnii medici sunt rugați a aduce dinainte la cunoștință dorințele lor, pentru a putea întocmi un program precis până la venirea lor.

Cursurile sus amintite, sub No. 1—10 se vor preda în limba germană, cursurile speciale se vor preda de asemenea în alte limbi.

Cereți programele și informațiuni detaliate la secretariatul dela Berliner Akademie fuer aerztliche Fortbildung, Berlin NW 7 Robert Koch Platz 7 (Kaiser Friedrich Haus).

Medicii străini precum și medicii germani cari locuiesc în străinătate, beneficiază de o reducere de 60% asupra tarifului de cale ferată germană (Deutsche Reichsbahn). Servindu-se de mărci blocate (Registermark), medicii străini vor putea reduce în mod considerabil cheltuelile lor de ședere în Germania. În scopul acesta li se recomandă a se pune, înainte de plecare, în legătură cu o bancă din țara lor.

*

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

Redacția Clujului Medical«.

*

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

*

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

Administrația.

RESYL

Eterul glicero-gaiacolic

in toate bolile de răceală

Preparat de gaiacol ușor resorbabil și cu acțiune rapidă

Picături de Resyl:

se dozează exact; cu întrebuințare practică și economică.

Tablete de Resyl:

se administrează ușor, stimulează pofta de mâncare, au o acțiune sigură.

Fiole de Resyl:

injecțiuni nedureroase, bine tolerate, pentru acele cazuri unde o medicație pe cale bucală nu este recomandabilă.

AMBALAJ: Picături, flacon cu 20 g.— Tablete, flacon cu 20 tablete.

Fiole, Cutie cu 10 fiole à 2,3 cc.

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle
Reprezentant pentru România: NICOLAE BARNA, farmacist, București III, str. Romană 55 c.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LITION
GLUCONAT DE CALCIU 10%
APR. DE ONOR. MIN. SĂNĂTĂȚII CU N° 30476
ANTIREUMATIC
LITIUMLIFONAFENAT
DE CALCIU 10%
INTRAMUSCULAR NEDUREROS
SI INTRAVENOS
DR. OERIU
THIOTARTRAT DE BISMUT
ANTISIFILITIC
REUMATISM CRONIC
REUMATISM ACUT
SCIATICĂ
LUMBAGO
INTRAMUSCULAR NEDUREROS
INTRAVENOS
APROBAT DE ONOR. MINIST. SĂNĂTĂȚII CU N° 2260
ANTISIFILITIC
BISMUT HIDROXIDUL
PERFECT TOLERAT
FIOLE DE 1 CC.
INJECTII INTRAMUSCULARE
APROBAT DE ONOR. MINIST
SĂNĂT. CU N° 142207
LITION
BALANE CU OERIU
DITHIOXYBENZOAT DE SODIU ȘI AUR
INDICAT ÎN:
INTRAVENOS SAU INTRAMUSCULAR
TUBERCULOZA PULMONARĂ
LARINGITE TUBERCULOASE LUPUS
APROBAT DE ONOR. MINIST. SĂNĂTĂȚII CU N° 6540

„LABORATORUL TION” DR. OERIU

Reprezentanța A. GROZEA & Co. — București — Str. Doamnei 21

Telefon 4.59.70 - 4.69.58

In tratamentul tuturor afecțiunilor consecutive unei funcțiuni de desintoxicare turburate sau slabe a peretelui intestinal

Torantil

Preparat standardizat pentru tratamentul stărilor de intoxicație alergice și intestinale:

Colită,
Colită ulceroasă,
Ulcer gastric,
Ulcer duodenal,

Astma bronșial,
Urticaria,
Coriză potenică,
Acnee.



»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

AMBALAJE ORIGINALE:

Intramuscular: Cutie cu 5 fiole Torantil + 5 fiole apă dist. steril.
Pe cale bucală: Flacon cu 20 drajeuri.

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

Preparatul pur de VITAMINĂ D

Vigantol

Se distinge prin efectul său infailibil, inocuitatea, insipiditatea și eficacitatea sa. In turburările metabolismului fosfo-calcic al sistemului osos. Pentru a stimula odontogeneza și pentru a ușura erupțiunea dinților. Pentru ameliorarea tabloului calcic în spasmodiile și alergice.

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

E. Merck
DARMSTADT

„ROMIGEFA” S.A.R. București I. Str. Brezoianu 53
Sucursala: Cluj, Calea Motoilor 18.

„CHIMIROMAN”
București I. Str. Th. G. Masaryk 32