

CLUJUL MEDICAL

REVISTĂ MEDICALĂ LUNARĂ

Comitetul de Redacție:

Prof. Dr. I. Aleman / Prof. Dr. V. Băreni / Prof. Dr. Gr. Benetato / Prof. Dr. V. Bologa / Prof. Dr. M. Botez / Prof. Dr. Buzolanu / Prof. Dr. I. Drăgolu / Prof. Dr. I. Goia / Prof. Dr. C. Grigoriu / Prof. Dr. I. Guiart (Lyon) / Prof. Dr. I. Hațieganu / Prof. Dr. M. Kernbach / Prof. Dr. I. Manța / Prof. Dr. D. Michail / Prof. Dr. I. Minea / Prof. Dr. I. Moldovanu / Prof. Dr. D. Negru / Prof. Dr. V. Papilian / Prof. Dr. Al. Pop / Prof. Dr. Gh. Popoviciu / Prof. Dr. Sturza / Prof. Dr. C. Tătaru / Prof. Dr. E. Teposu / Prof. Dr. C. Urechia / Prof. Dr. T. Vasiliu

No. 5.

1 MAIU 1940.

ANUL XXI.

REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA: CLINICA DERMATOLOGICĂ CLUJ, ROMANIA

SUMARUL

Prof. Dr. G. Buzolanu: Necesitatea revizuirii regulamentului militar din punctul de vedere otologic ...	227	Dr. Liviu Modran: O aniversare în presa medicală românească ...	248
Conf. Dr. L. Daniello și Dr. N. Bumbărescu: Calcifieri pleurale ...	230	Compte rendus des articles originaux ...	249
Dr. Ștefan Gârbea și Dr. Ad. Lakatos: Sciatică gravă, rebelă la orice tratament medicamentos și fizioterapie vindecată prin amigdalectomie ...	236	Grundriss der Originalarbeiten ...	250
Dr. I. Lasz și Dr. E. I. Steuer: Contribuțiuni la problema migrenei tireogene ...	237	Societăți Medicale ...	251
Conf. Dr. C. C. Veluda: Cum se învâja anatomia altădată ...	241	Revista cărților ...	263
		Revista revistelor: Medicina internă 264, Urologie 264, Venerologie 264, Dermatologie 266, Oto-rino-laringologie 267, Chirurgie ...	267
		Informațiuni ...	268

RUBIAZOL

CHIMIOTERAPIA, ATOXICĂ ȘI FĂRĂ ACCIDENTE,
A STREPTOCOCHILOR SIMPLE ȘI ASOCIATE

PREVENTIV { REALIZEAZĂ O ADEVĂRATĂ IMUNITATE CHIMICĂ CONTRA STREPTOCOCULUI
CURATIV { VINDECĂ TOATE MALADIILE PROVOCATE SAU AGRAVATE DE STREPTOCOC
ACȚIONEAZĂ ȘI ASUPRA STAFILOCOCHILOR
GENERALIZATE, MENINGOCOCHILOR ȘI COLIBACILURIILOR

ERISIPEL — SEPTICEMIE — BACTERIEMIE — GRIPĂ — SCĂRLATINĂ — PNEUMONIE — BRONCHO-PNEUMONIE — PLEURESIE — ANGINE — STREPTO-DIFTERIE — OTITE — MASTOIDITE — MENINGITE — FLEGMOANE — DERMATITE — PIELONEFRITE — CISTITE — COLIBACILOZE —
NICI O TOXICITATE

1. Trebuie intervenit imediat administrând doze suficiente.
2. Tratamentul va fi continuat încă câteva zile după dispariția simptomelor infecțioase.

COMPRIMATELE

sunt singure suficiente aproape în toate cazurile.

Adulți: 6—12 pe zi.

Copii: jumătate doză.

FIOLE

de 5 cc.=0 gr. 25, sunt injectabile exclusiv pe cale intramusculară.

Adulți: 2—3 pe zi.

Copii: jumătate doză.

In afecțiunile cu caracter grav, nu ezitați să administrați doze de 15—20 comprimate pe zi, cea mai ridicată posologie putând fi depășită, fără să prezinte vre-un inconvenient.

LABORATOIRES Dr. ROUSSEL — PARIS

EȘANTIOANE ȘI LITERATURĂ:

LABORATORUL FARMACEUTIC „LUTETIA“ S. A. R. 103. STR. TOAMNEI — BUCUREȘTI III. TELEFON 2.21.38.

UROCARMIN

PENTRU TRATAMENTUL și PROFILAXIA INFECȚIUNILOR CĂILOR URINARE
COLORANT AZOTIC CU ACȚIUNE BACTERIOSTATICĂ

(bacilul coli, strepto și stafilococ, proteus, etc.)

EFECTE NEINFLUENȚATE DE REACȚIUNEA URINEI.

Tablete: tuburi cu 20 și 50 tablete

AKROFOLLIN

DERIVAT SINTETIC AL HORMONULUI
FOLICULAR CU ACȚIUNE ENERGICĂ ȘI
DURABILĂ

FIOLE: 1000, 10.000 și 50.000 U.

DRAGEURI: 1000 și 5000 U.

(1. U. = 1,100.000 mg. de 17 propionat de oestradiol)

AKROLUTIN

DERIVAT SINTETIC AL HORMONULUI
CORPULUI GALBEN

FIOLE: 0,5, 2 și 5 U. I.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA“ S. A. R.

București I, Str. Sf. Constantin, 4.

BCU (Institutul de Seruri și Vaccinuri Cluj)

„DR. I. CANTACUZINO“

Splaiul Independenței No. 103, București VI.

SERURI

- Ser antidifteric (250-500-1000 și 2000 unități pe cm³)
- antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong etc.)
- antistreptococic
- antigangrenos și monovalent (V. Septic. B. Perfringens, oedematiens B. histolytic, B. Sporogenes).
- antimeningococic polyvalent și monovalent (Tip. A, Tip. B, Tip. C și Tip. D.)
- antitetanic (200—400—600—800 unități pe cmc).
- anticărbunos
- antipneumococic polyvalent și monovalent (Tip. I., Tip. II și Tip. III.)
- antipoliomyelitic
- antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
- antiscalatinos (streptococ hemolitic).
- normal de cal și bov.

VACCINURI

- Vaccin antistreptococic.
- antistafilococic.
- antigonococic
- antipneumococic
- antitifo-paratific.
- antiholeric.
- contra tusei convulsiva (Bordet-Gengou).
- anticoli.
- antigrippal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis).
- Bulion Vaccin-poli-microbian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).

Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică și scarlatinoasă (streptococ hemolytic) Filtrat de stafilococ; Filtrat de streptococ; Principiu lytic (bacteriofag); anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.

Tuberculină brută; Antigen melitic (Boquet și Nègre); pur și diluat; Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene; Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor; Ser hemolytic anti-oale; Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om); Toxină pentru reacția Dick; Toxină pentru reacția Schick; Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol și Kaha; Antigen pentru reacția Frei; Medii de cultură solide și lichide. Secțiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice și chimice. Examine chimice de sânge (uree, glicoză etc.). Examine de materii fecale. Analize de urină, suc gastric etc. Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag. — O broșură conținând instrucțiuni pentru întrebuințarea serurilor și vaccinurilor, precum și toate informațiile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile și vaccinurile cu eficacitate perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cel mai târziu după 3 luni dela data expirării eficacității.

EȘANTIOANE ȘI LITERATURĂ LA CERERE

DEPOZIT PERMANENT:

„DROGUERIA STANDARD“ S. A. R.

STRADA SFÂNTUL IONICA 8, BUCUREȘTI I

CLUJUL MEDICAL

REVISTĂ MEDICALĂ LUNARĂ

NECESITATEA REVIZUIRII REGULAMENTULUI MILITAR DIN PUNCTUL DE VEDERE OTOLOGIC

de

Medic Locotenent în rezervă Dr. G. BUZOIANU
 Profesor de clinică oto-rino-laringologică.
 Președintele societății române de oto-rino-laringologie.

Încă din anul 1937 ne-am isbit de concepția nemotivat prea îngăduitoare a instrucțiunilor cuprinse în regulamentul militar cu privire la aptitudinile fizice pentru serviciile armatei din punctul de vedere otologic. În vremea aceea ne străduiam să dăm publicului medical românesc cu deosebire studenților în medicină și medicilor practicieni un instrument de studiu scris în românește relativ la patologia auriculară. Ajutat de colaboratorii noștri în clinica din Cluj, am găsit astfel timpul necesar redactării primului volum de otologie apărut în 1937 în limba română. Dar la alcătuirea capitolului boalelor de urechi în raport cu aptitudinile militare am constatat însă o deosebire importantă între regulamentele noastre sanitare militare și între regulamentele celor două importante națiuni continentale europene: franceză și germană. Instrucțiunile asupra aptitudinilor fizice pentru serviciul militar în România ni s'au părut excepțional favorabile pentru o categorie de otopați în detrimentul serviciului militar și deci al țării noastre. În Franța și în Germania instrucțiunile sunt mai restrictive și credem mai drepte adică mai apropiate de realitatea evidentă a faptelor de patologie otică în raport cu posibilitățile serviciului militar. Dat fiind însă că regulamentul românesc în vigoare era totuși o realitate materială am fost obligat să menționez în volumul nostru de otologie¹⁾ instrucțiunile cuprinse privind specialitatea bolilor urechii. N'am neglijat să notez cu toate acestea care este diferența între instrucțiunile regulamentului nostru militar și între instrucțiunile regulamentelor militare franceze. Fără a fi pronunțat un singur cuvânt de protest în această privință, paralela pe care am făcut-o scriind asupra felului cum triarea militară a otopaților se execută în România și în Franța scotea în relief o deosebire importantă care poate fi atribuită în defavoarea

¹⁾ G. Buzoianu: Elemente de otologie 1. vol. 504 pag. Cluj 1937.

serviciului militar român. În adevăr scrisul nostru de atunci a căutat să pună în lumină îngăduința prea mare a instrucțiilor regulamentului militar român față de otopați.

În 1937 eram însă într-o vreme de liniște și pace europeană fără amenințări imediate prea clare de furtună războinică. Capitolul boalelor urechii în raport cu serviciul militar, scris în otologia noastră, atunci nu pretindea deci o revizuire urgentă a regulamentelor militare sanitare, dar menționa o toleranță asupra căreia o restrângere »nu va întârzia desigur să se producă și în țara noastră« (Otologia menționată pag. 495).

În ultima vreme începând odată cu efectuarea concentrărilor în țara noastră adică începând cu primăvara anului 1939 ne-am lovit din nou teribil de discordanța care există între regulamentul militar cu privire la otologie și între situația reală a bolnavilor otici. Aceste fapte au reactualizat cu un interes imediat compararea între ceea ce fac alți țări în această privință și ceea ce facem noi. Și când pronunțăm cuvintele alți țări ne gândim la popoarele de cultură și de veche civilizație cari ne pot servi încă în multe privințe, călăuze spre progres.

Pentru Franța găsim de exemplu notate regulamentele militare cu privire la otologie în manualele de interes practic imediat curent și putem face astfel ușor compararea cu literalele regulamentului nostru sanitar militar. (*Laurens*¹⁾, *Moulouquet*²⁾).

Dacă facem această comparare ajungem repede la concluzia care poate provoca unele emoții că regulamentul nostru militar otologic manifestă o prea mare îngăduință față de bolnavii auriculari. Îngăduința relativă la modalitățile de clasare a otopaților, în serviciile auxiliare sau relativă la modalitățile de dispensă definitivă de serviciul militar.

Cari sunt aceste prea largi îngăduințe? Să luăm sistematic afecțiunile urechii mijlocii și pe cele ale urechii interne și să expunem în scurt rezumat deosebirile dintre legislația sanitară militară română și cea franceză cu privire la otologie.

Afecțiunile urechii mijlocii. În România otita

¹⁾ *Laurens*: Oto-rhino-laryngologie du médecin praticien. p. 469. Paris.

²⁾ *Moulouquet*: Manuel d'expertise en otologie. Masson un vol. 102 pag (pagina 88). 1933 Paris.

medie supurată cronică unilaterală poate alcătui motiv de dispensă după amânările legale dacă este rebelă la tratament în spital.

Otitis medie cronică supurată bilaterală constituie un motiv de reformă dacă după amânările legale și tratament în spital este rebelă la tratament (art. 36).

Evidarea petro-mastoidiană chiar când este unilaterală motivează reforma (art. 39); simpla trepanație mastoidiană (antrocclulotomia maximă) intră în prevederile art. 37, după care repartizarea la diferite servicii militare se face în raport cu starea auditivă care rămâne după vindecarea operatorie.

În legislația străină. Otitele supurate acute chiar complicate de mastoidită necesită un examen ulterior din cauza terminării lor variabile. Repartizarea se face ulterior după gradul audicienței.

Otitele cronice însoțite de osteită ori colesteatom motivează amânarea sau reforma temporară. Reforma definitivă nu se acordă decât atunci când otoreea era bilaterală și numai în raport cu gradul surdității bilaterale înaintate.

Otoreele fără osteită și fără colesteatom însoțite de scurgeri mucoase ori muco-purulente intermitente sunt compatibile cu serviciul activ. În cadrele auxiliare nu se repartizează decât cazurile însoțite de o hipoacuzie sub limitele cerute de serviciul activ. Otitele cicatriciale merg la serviciul activ ori auxiliar în raport cu hipoacuzia pe care o determină.

Evidarea petro-mastoidiană merge deasemeni la diferitele servicii în raport cu hipoacuzia care rămâne după ea.

Afecțiunile urechei interne. În România după art. 38. al regulamentului în ființă labirintitele cronice și vertijul lui Menière constituiesc motive de reformă.

În legislațiile sanitare străine labirintitele supurate ascultă de aceleași reguli pentru trierea bolnavilor ca și supurațiile urechei medii pe care le înscălesc. Labirintitele cronice nesupurate uni-ori bilaterale însoțite de vertij și șgomote subiective sunt luate în considerare numai după gradul surdității pe care-l produc și în raport cu rezultatele clinice ale explorărilor vestibulare și neurologice.

* * *

Din această rapidă schemă asupra modalităților de clasare a oamenilor otopași în țara noastră pentru serviciul militar în raport cu alte țări constatăm dintr'odată o deosebire evidentă. Ori cât am căuta să găsim o explicație a acestei diferențe, deocamdată nu izbutim.

Nu se pare atât de rațională și atât de dreaptă indicația legislației sanitare franceze în această privință

a trierei otopașilor încât nu ezitam a recomanda adoptarea acestor norme de conduită pentru clasificarea otopașilor militari la noi.

În adevăr în Franța evidarea petro mastoidiană nu poate constitui un motiv de reformă prin ea însăși. Evidarea petro-mastoidiană merge obișnuit la serviciul auxiliar după gradul surdității care rămâne, nu numai după faptul că un om a suferit o intervenție operatorie.

Deasemeni otitele cronice sunt repartizate la diferite servicii mai ales după gradul hipoacuziei și nu după faptul că nu cedează la un tratament prelungit, — cunoscându-se în această privință câte defecte poate prezenta sau mai bine zis câte piedici are un astfel de tratament prelungit în diferite spitale. Este aci o supapă defectuoasă care trebuie reparată. Altfel ea poate servi acolo unde este lipsă de bunăvoință terapeutică la sustrageri neîngăduite.

În fine adoptarea următoarelor reguli cu privire la repartizarea în raport cu gradul surdității este iarăși o simplificare rațională a trierii otopașilor:

a) *surditatea totală unilaterală este compatibilă cu serviciul auxiliar,*

b) *surditatea unilaterală incompletă este compatibilă cu serviciul activ,*

c) *surditatea totală bilaterală era motiv de reformă.*

În vremea noastră a războiului total când întreaga națiune ia parte la luptă, surditatea totală bilaterală sau surditatea bilaterală accentuată trebuie repartizată pentru un serviciu auxiliar în interiorul țării. Când însăși premilitarii, femeile, copiii în organizațiile lor de cerșetari, străjerii, balila sunt încă apși pentru a aduce diferite servicii țării în timp de războiu nu putem admite ca un om care a suferit o trepanație mai largă a mastoidei, sau un om căruia îi curg urechile de peste 20—30 de ani intermitent, timp în care a fost apt pentru diferite servicii civile profesioniste, să fie definitiv scutit de îndatorirea pe care o au ceilalți pentru țară.

Căci în adevăr am fost pus în ultima vreme în următoarele circumstanțe. Diferiți oameni cu otoree cronice concentrați vin și cer reformă pentru serviciul militar. În conștiința noastră de oameni cari ne iubim țara murmurăm că aceștia cărora le curge mai mult ori mai puțin intermitent urechea din copilărie și-au văzut nestingeriți de lucru, de ocupația lor până în prezent iar cu ocazia concentrărilor invoacă o boală pe care o consideră incompatibilă cu serviciul militar sub diferitele lui aspecte, ocrotiți de un regulament prea blajin.

Este vorba aici și de conștiința noastră medicală

care nu poate admite aceste ușurințe nici din punctul de vedere științific profesionist în defavoarea patriei.

O otită supurată cronică gravă (colestatom, perforație în membrana lui Shrapnell, osteită intensă) trebuie sau operată imediat cum este cazul în general pentru a obvia eventuale complicațiuni endocraniene sau este susceptibilă cu serviciul activ ori auxiliar după gradul surdității pe care o provoacă.

Știm că se va argumenta faptul că un hipoacuzic nu poate la un serviciu auxiliar al armatei să păzească un pod sau un depozit de munițiuni. Dar nu e nevoie de acești oameni pentru astfel de servicii auxiliare. Li se pot încredința alte lucrări: de birou, curieri, în orice caz servicii auxiliare de o importanță mai restrânsă unde putem economisi un om mai apt în alte direcțiuni.

În fine s'ar putea reproșa că otoreiciei ar incomoda spitalele prin prezența lor pentru tratament. Dar întrebarea care se pune aici este următoarea: acești otoreici cronici cu scurgere continuă ori intermitentă sunt necesari pentru un tratament de ospitalizare? În viața lor civilă ei stau oare internați în spitale pentru otoreea lor? Nu. Ei pot urma tratamente ambulatorii putându-și exercita profesiunea ori serviciul lor, sau pot urma tratamente executate personal după indicația medicului, rămânând să fie supravegheați de medic la fiecare două-trei săptămâni. Rămâne numai ca medicul în deplină conștiință curată să facă acest triaj al otoreicilor serioși și a celor simpli. Sarcina aceasta nu este grea. Ea constituie chiar o chestiune de îndatorire medicală și în cazul trierei otopaților militari și o problemă patriotică.

În fine chestiunea trierii oamenilor suferinzi de labirintită după criteriul regulamentului nostru, lasă deschisă poarta largă pentru repartizări ori scutiri nedrepte. Căci o labirintită parțială, una circumscrisă, ori una cicatricială care se poate întâlni adesea la otoreici cronici ar fi după litera regulamentului actual motive de reformă. În această privință legislația străină conține criterii mai drepte din punctul de vedere al adevărului științific și al apărării drepturilor armatelor când fixează drept criteriul de triere gradul surdității, examenul vestibular și datele neurologice.

Nu mai vorbim de faptul că atrofia unui pavilion este la noi motiv de repartizare în serviciul auxiliar. Întrebăm de două ori pentru ce? pentru ce? dacă auzul e normal.

Acelaș lucru putem spune în domeniul rinologic dacă considerăm sinusurile feții. Articolul 34 consideră pansinuzitele motive de reformă. Credem că această conduită este prea binevoitoare. Ele pot constitui motive pentru serviciul auxiliar dacă sunt rebele la tratament ceea ce este rar, iar nu reforma.

În timpul concentrărilor din Martie 1939 am putut constata scutirea definitivă a unui comerciant pentru că avea o deviație de sept. Regretăm că nu i-am însemnat datele pentru că acest caz ridicol în justificare stigmatizează unele ușurințe strigătoare.

Cât ne privește personal am avut de suferit în străfundul eului nostru medical deoarece indicațiile de repartizare în diferite servicii ale armatei pe cari le-am dat diferiților otopați s'au izbit de litera regulamentului actual.

Imi voi lua curajul motivat, de a susține că această apăsare a conștiinței noastre medicale trebuie să fie solidară cu injustiția pe care o suportă colectivitatea românească întreagă dacă aceste criterii vor mai avea șansă de a rămâne în ființă în serviciul sanitar al armatei noastre.

Dacă Franța fără eminamente bine încheată, unitară, de puternice tradiții are criterii mai restrictive de triere a otopaților ne întrebăm cum putem noi în România, cu o unitate mai puțin bine fortificată decât a Franței să fim prea toleranți, prea largi.

Regulamentul militar otologic poate încuraja nedrept diferite tendințe centrifuge în lumea celor chemați să-și facă datoria către patrie din mediile noastre minoritare destul de importante, sau din mediile în care ideia națională poate fi din cauza vicisitudinilor trecute ale neamului nostru încă în oarecare suferință.

Este nedrept ca un om să dea totul pentru țara lui, viața însăși, averea lui, să-și părăsească însăși căminul pentru a fi intact la postul datoriei și altul pentru faptul că i curge inofensiv o ureche de peste 10 ani, sau altul care a suferit o evidare petro-mastoidiană să nu dea nimic țării sale rămânând acasă. Întreaga noastră ființă spirituală ne impune în împrejurările internaționale prin care trecem să cerem cu autoritatea trecutului nostru de realizări modeste dar evidente, revizuirea actualului regulament militar otologic. O facem în numele conștiinței profesionale și pentru țară, în folosul patriei.

Pentru unii otopați se impune o nouă categorie de auxiliari la serviciile fără importanță militară mare în interiorul țării. Ea poate fi realizată cu un efort neînsemnat față de imensele servicii pe cari le ar aduce o mulțime recuperată, profitoare pe nedrept a unor situații de comoditate injustă. Asupra acestor chestiuni în ultima vreme am căutat să ne împlinim îndatorirea publicând aceste reflecții mai pe larg în revista »*Spitalul*«¹⁾ din Oct. 1939 și în »*Revista Știin-*

¹⁾ Gh. Buzoianu: Otologia în războiu „Spitalul” Octombrie 1939.

telor *Oto-rino-laringologice*^{*)} (Revue des sciences oto-rhino-laryngologiques).

Noi înșine considerăm că aceste publicații nu pot fi suficiente pentru a promova o schimbare necesară. De aceea ne-am impus pe lângă acele studii să batem cu deferență necesară dar și cu tăria convingerii reale și drepte, la înșăși poarta ideilor cari sunt mai rapid în contact cu forurile de competență sanitară și militară. A atrage numai atenția asupra următoarelor două principale concluzii:

a) *necesitatea revizuirii regulamentului militar otologic,*

b) *necesitatea revizuirii integrale a tuturor otopașilor clasificați după vechiul regulament,* este pentru noi acum o îndatorire ineluctabilă pe care o prezentăm în interesul țării noastre în conformitate dreaptă cu toate datele științifice actuale ale otologiei moderne. Ne exprimăm acum ca și altă dată credința că această revizuire nu va întârzia să vină. O cere în afară de interesele comune, înșăși tendința noastră continuă spre progres: tendința de a fi cel puțin la același nivel cu țările occidentale înaintate atât din punctul de vedere al organizării armate cât și din acela al dezvoltării sanitare.

CALCEFIERI PLEURALE

de

Conf. Dr. L. DANIELLO și Dr. N. BUMBĂCEȘCU

Având ocazia să observăm, în secția de boli pulmonare a clinicii medicale din Cluj, câțiva bolnavi cu calcefieri pleurale, credem că nu este lipsit de interes să redăm aceste observații, însoțindu-le de câteva considerațiuni generale, cu atât mai mult cu cât în literatura românească consultată de noi, nu am găsit asemenea publicații. Pe de altă parte etiologia și patogenia calcefierilor pleurale nu este încă definitiv stabilită, iar prezența lor poate cauza greșeli diagnostice la ecran.

Obs. 1. — S. T., în vârstă de 43 ani, se internează în secția de boli pulmonare a clinicii medicale la 12 Martie 1940, pentru dispnee la efort, oboseli, dureri în hemitoracele drept. La examenul fizic se constată; o asimetrie toracică evidentă, cu umărul drept căzut și regiunea pectorală din această parte înfundată. Excursiile respiratorii mult reduse în dreapta. Tot

*) Gh. Buzoianu: *L'otologie pendant la guerre.* Revista Științelor Oto-rino-laringologice. (Revue des Sciences Oto-Rhino-Laryngologiques). 1 Ianuarie 1940.

acolo, submatitate anterioară, matitate posterolaterală, respirație mult diminuată, cu raluri bronșice și câteva subcrepitante la bază.

Examenul radioscopic, din față și profil, pune în evidență în câmpul pulmonar drept o formațiune umbroasă având aspectul unei frunze în posteroanterior, a unei carafe în transvers drept, net delimitată, de intensitate supracostală neomogenă și cu incrustațiuni calcare mai ales către periferie. Toată această formațiune se găsește situată mai mult postero-lateral. În rest câmpurile pulmonare se prezintă cu desemnul peribroncho-vascular mai accentuat. Mediastinul este ușor împins către stânga, descriind împreună cu coloana vertebrală o curbă cu concavitatea la dreapta.

Radiografia No. 1 și 2 fixează acest aspect cu totul particular.

O puncție exploratoare, făcută în plină matitate, produce bolnavului o durere vie, iar acul nu poate înainta, întâlnind o rezistență dură, ce dă senzația că se lovește de o platră.

În antecedentele bolnavului găsim că înainte cu 23 ani, în timpul războiului mondial, a fost rănit în regiunea umărului drept (probabil o schiță de obuz). Fiind internat într'un spital i-s'a constatat un hemotorace drept, pentru care s'au făcut mai multe puncții, evacuându-se în medie 1000 cc. La câteva luni de zile părăsește spitalul, fiind reformat. De atunci a rămas cu oboseli, dispnee la efort și dureri la baza hemitoracelui drept, pe care le simte mai ales în anotimpurile reci și umede.

În baza antecedentelor și a examenului obiectiv am pus diagnosticul de hemotorace închistat și calcefiat, consecutiv traumatismului suferit în război.

Obs. 2. — H. I., în etate de 52 ani, se internează în secția noastră la 14. X. 1936, pentru oboseli, dispnee la efort și dureri la baza hemitoracelui stâng.

La examenul pulmonar se constată, o reducere a mișcărilor respiratorii în stânga, cu submatitate la baza hemitoracelui, respirație mult diminuată și raluri bronșice difuze. Radioscopic se constată o simfiză pleurală bilaterală, destul de întinsă, cu umbrirea bazelor pulmonare, mai accentuată la stânga, unde se pun în evidență o serie de formațiuni calcare, de intensitate supracostală, neregulate, cu aspectul unei ghirlande care se desfășoară dintr'o tulpină, ce pare a fi implantată în simfiza pleurală. (Radiografia No. 3).

Capacitatea vitală este redusă la 2200 cc. B. K. în spută negativ, viteza de sedimentare a hematiilor și urina normală. Simfiza pleurală este datorită unei vechi pleureziei serofibrinoase pe care a avut-o.

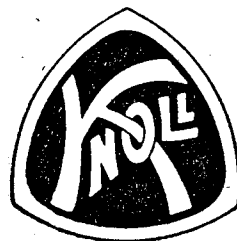
Obs. 3. — M. S., în vârstă de 35 ani, consultă secția de boli pulmonare în 4. I. 1936, pentru debilitate generală, oboseli, dispnee la efort și tusă.

La examenul clinic se constată o discretă asimetrie toracică, cu amplitudinea respiratorie mai redusă în dreapta, submatitate asupra vârfurilor pulmonare, cu respirație înăspriată și raluri bronșice mai evidente după tusă. Radioscopic pe lângă o tuberculoză fibrocazoasă fibrozată a lobilor superiori cu simfiză costomarginală dreaptă, se constată interclivohilar în dreapta, prezența unei plăci calcare, de formă aproape dreptunghiulară, destul de bine delimitată de parenchimul pulmonar, omogenă și de intensitate aproape costală (vezi radiografia No. 4).

Puncția făcută la nivelul acestei formațiuni rămâne ne-



OCTINIUM



Corp cu unitate chimică - Nealcaloid.

Spasmolitic nou cu un dublu mod de acțiune:

Suprimarea spasmelor:

- 1) prin relaxarea directă a fibrei musculare netede;
- 2) prin excitarea simpaticului compensând astfel toate stările de hipomotilitate și hipersecreție datorite hiperexcitabilității parasimpaticului, în domeniul tubului digestiv și al celorlalte organe vegetative, fără a produce paralizia sistemului cholinergic (contrar atropinei!).

În doze mari are o acțiune excitantă centrală — deci nu e narcotic!

Dragee

Fiole

Lichid

Supozitorii

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN PE RIN

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

INSUFICIENȚA HEPATO-BILIARĂ
și consecințele sale dispar prin:

Felagol - tablete

cholagog — antiseptic — desinfectant

HIPOACIDITATEA și ACHILIA GAS-
TRICĂ pot fi remediate prin

Betacid mite și forte

tablete

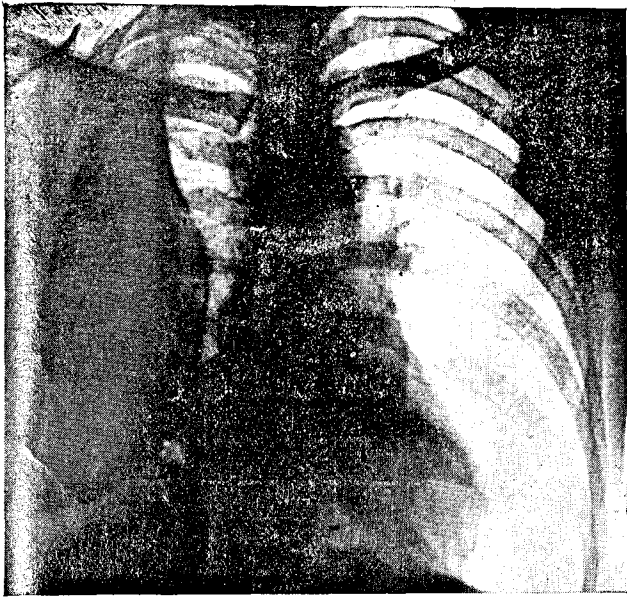
IN ANEMII DE ORICE NATURĂ,
introduceți în organism fier sub formă de
sare feroasă (ferro), cea mai ușor asimi-
labilă și efice

Ferroconstans

Nu irită stomacul!
Nu strică dinții! 3 ori pe zi 1-2 tablete

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
BUCUREȘTI

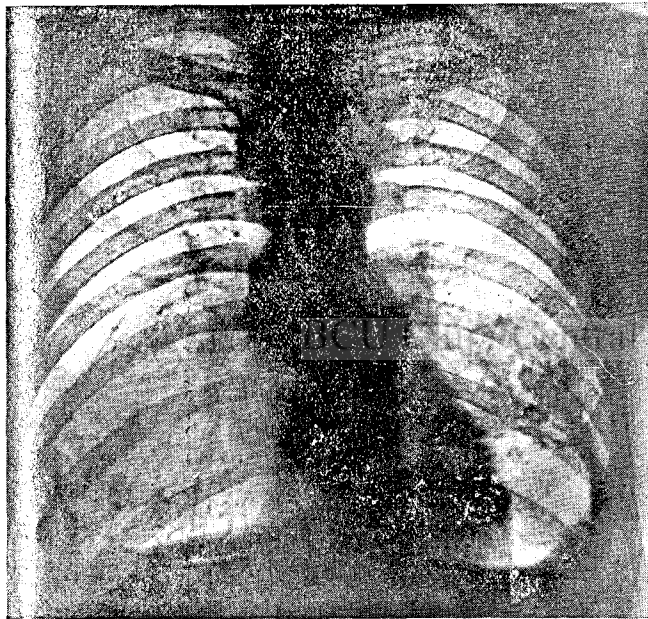
BUCUREȘTI V. Str. Logofătul Tânt 99



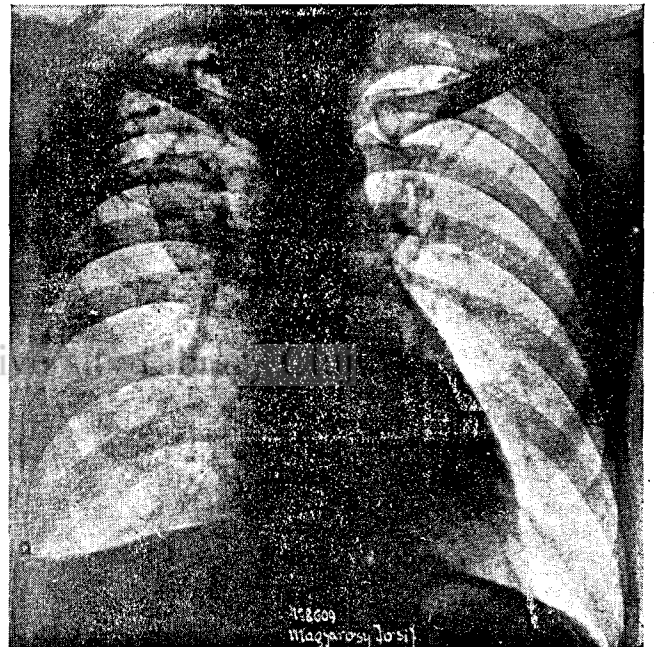
Radiografia No. 1.



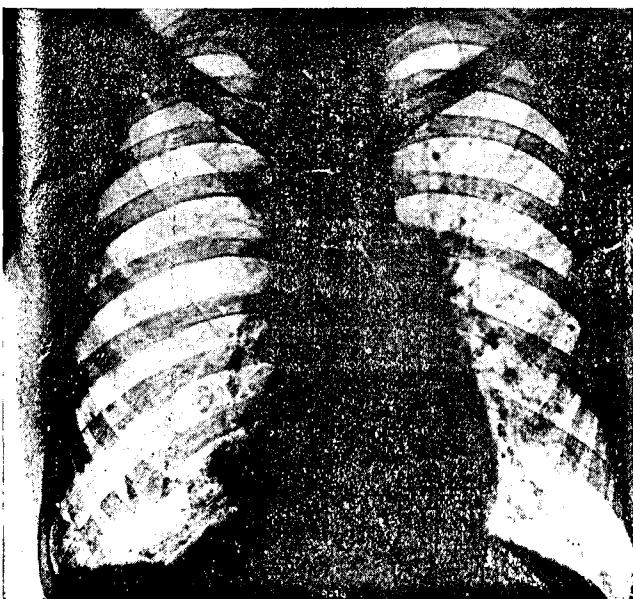
Radiografia No. 2.



Radiografia No. 3.



Radiografia No. 4.



Radiografia No. 5.



Radiografia No. 6.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



gativă și ea provoacă bolnavului o durere destul de mare în momentul când acul atinge placa calcară.

În antecedente găsim că la vârsta de 27 ani, a avut o pleurezie serofibrinoasă dreaptă, pentru care a stat mai multă vreme în sanator, executându-i-se cu această ocazie câteva puncții evacuatoare.

Obs. 4. — I. B., student în vârstă de 26 ani. Cu ocazia unui examen pulmonar, făcut în Oct. 1938, în vederea unui certificat de sănătate, i se constată o retracțiune a hemitoracelui drept, cu expansiune respiratorie nulă, matitate cu vibrațiuni toracice, abolite, silențiu respirator de aceiaș parte.

Radioscopic se constată o umbră masivă și omogenă a hemitoracelui drept, cu mediastinul ușor împins la stânga, cu desemnul perobroncho-vascular mult accentuat și câțiva noduli denși în pământ pulmonar stâng. Bănuindu-se prezența unei colecții, se face o puncție exploratoare și se extrage un lichid gros, de aspect cremos, ușor gălbui și lucitor. Examenul bacteriologic al lichidului este negativ, dar la cel biochimic se pune în evidență o foarte mare cantitate de colesterolină, așa cum se întâlnește în pleurezile chiliforme. După mai multe evacuări, în cantitate totală de peste 4000 cc. se constată pe pleura parietală numeroase incrustațiuni calcare, de formă și întindere variabilă, după cum se poate constata pe radiografia No. 5.

La o anchetă minuțioasă cu privire la trecutul patologic bolnavul recunoaște că, aproximativ cu 10—11 ani înainte a suferit de pneumonie complicată de o pleurezie purulă, pentru care a stat mai multă vreme la pat. S'a refăcut cu oarecare greutate, a rămas ceva mai debilitat, dar a putut să și vadă de ocupații fără nici un inconvenient.

Obs. 5. — M. G., este văzut de noi în 30. XI. 1937. În antecedente, prezintă o pleurezie înainte cu câțiva ani de zile. La examenul radioscopic se constată în stânga, o serie de incrustațiuni calcare pleurale, ce formează un fel de bandă, neomogenă, paralelă cu peretele toracic, ce se întinde dela caviculă până în porțiunea mijlocie a câmpului pulmonar. De aceeaș parte bolnavul are și o simfiză pleurală. (vezi radiografia No. 6).

Calciferile pleurale sunt cunoscute încă din vremea primilor anatomiciști (*Morgani*), ele au fost studiate mai complet de anatomo patologii secolului trecut (*Andal*, *Cruveilhier*, etc.). Cele mai multe din aceste publicații au fost reunite în teza lui *Poulalion* și studiate mai deaproape de *Tuffier*, *Jardry* și *Gy* (907).

În clinică, ele sunt cunoscute numai dela introducerea sistematică a examenului radiografic în afecțiunile pulmonare și sunt mai des semnalate dela 1930 încoace. Numărul total al cazurilor de calcifieri pleurale din literatura consultată de noi, se ridică la aproximativ 150.

Calciferile pleurale sunt mai des întâlnite la bărbați decât la femei (3:1), fapt datorit probabil traumatismelor toracice produse în cursul războiului trecut, după care se observă o sporire a cazurilor de acest gen.

Stuhl, *Camendron* și *Marçès*, făcând examinări

sistematice la invalzii de război, au adunat 50 cazuri de calcifieri pleurale, constatând în antecedentele a 32 de bolnavi, prezența unui traumatism toracic, urmat de hemotorace. Se pare deci că hemotoracele traumatic are un rol de primă importanță în formarea calcifierilor.

La examenul radioscopic, calcifierile pleurale, apar ca umbre opace, suprapuse câmpurilor pulmonare, având de obicei o structură neomogenă, întindere și aspect variabil. Forma lor este diferită dela caz la caz: »os de seiche«, stalactită, frunză și aspecte nodulare variate sunt cele mai des întâlnite.

Gandy deosebește plăci calcare (cu o serie întregă de subdiviziuni) și chiste cu pereți calceiași.

Localizarea calcifierilor pleurale este deasemenea foarte diferită, ea fiind mai des întâlnită la nivelul unde pleura face curvuri, cum sunt fundurile de sac, scisurile și aderențele. De regulă ele se întâlnesc în apropierea șanțului costo-vertebral. *Gandy* și *Baize* au încercat să explice această localizare, ca fiind datorită stagnerii mai multă vreme a lichidului în porțiunile declive, în legătură cu poziția bolnavului avută în timpul boalei. Această ipoteză nu poate explica formarea calcifierilor în regiunea apicală, anterioară, interlobară, etc., localizări ce au fost descrise de diferiți autori.

În cazurile de traumatisme toracice, urmate de hematoame, dezvoltarea calcifierilor se face de obicei în vecinătatea locului de pătrundere al proiectilului, ca și cum locul de rănire sau glonțul însăși ar servi ca punct de plecare. (*Stuhl*, *Camendron* și *Marçès*).

După *Lamarque* și *Bétouillière*, aspectul calcifierilor ar fi în legătură cu natura colecției, cele aseptice dând forme regulate, pe când cele infectate dau formațiuni neregulate.

De obicei calcifierile pleurale se găsesc unilateral; sunt descrise însă și cazuri de calcifieri bilaterale. (Obs. 2).

În regulă generală, incrustațiunea calcară interesează numai porțiuni de întindere variabilă a pleurei, se cunosc și cazuri când toată pleura este prinsă, formând un fel de carapace în jurul plămânului.

Grosimea calcifierilor pleurale variază dela câțiva milimetri până la 2—3 centimetri, consistența lor variază și ea dela stadiul hialin către cel cartilagos sau calcar.

Vechii anatomiciști considerau aceste formațiuni ca oase pleurale, azi se știe însă, că acest lucru nu este exact, întrucât structura lor istologică nu este asemănătoare cu a osului, ea fiind formată din fascii

cole de fibre conjunctive, în care se găsește înglobată o substanță calcară amorfă sau granuloasă.

După cei mai mulți autori, punctul de plecare l-ar forma stratul subendotelial al pleurei parietale, ceea ce nu corespunde totdeauna realității, întrucât se cunosc și calcefieri ale pleurei viscerale, fapt care ar pleda în favoarea altei păreri în sensul căreia, punctul de plecare al calcefierilor ar fi vechile exudate pleurale pe cale de organizare.

Histo-patologia calcefierilor pleurale încă nu este perfect cunoscută. Se crede că ele se dezvoltă într'un țesut fibros, puțin sau de loc vascularizat, care suferă o degenerescență hialină, analoagă țesutului cartilajinos, în care se depun apoi sărurile calcare. Această evoluție anatomică, fibroasă, hialină și calcară este în parte confirmată și de studiul plăcilor calcare, în care, către periferie, se pun în evidență porțiuni calcare dense, centrul lor având uneori un aspect net hialin. Calciul necesar acestor depozite calcare ar veni din sânge, ele găsindu-se la bolnavii care prezintă o hipercalcemie, lucru contestat de unii autori.

Cauza cea mai frecventă a calcefierilor pleurale pare a fi hemotoracele traumatic (plăgi de război). În această privință statistica lui *Stuhl*, *Camendron* și *Marqès* este semnificativă:

Hemotorace traumatic	32 cazuri
Pleurezie exudativă tuberculoasă	12 »
Empiem	2 »
Pneumotorace	3 »
Cauze necunoscute	2 »

Pleurezia serofibrinoasă bacilară se pare că favorizează într'o măsură apreciabilă formarea calcefierilor pleurale. După *Ulrici*, vechii pleuretici ar face calcefieri în 3,5% a cazurilor, pe când *Oldenberg* găsește numai o proporție de 0,2%.

Pleureziile purulente sunt și ele o cauza de formare a acestor calcefieri; după unii autori ele ar fi mai frecvent întâlnite în antecedentele bolnavilor cu calcefieri decât reacțiile lichidiene aseptice.

Practica tot mai întinsă a pneumotoracelui artificial cât și complicațiile acestuia, dă loc la formarea de calcefieri pleurale.

Vârsta la care apar aceste calcefieri este de regulă cea adultă sau înaintată, fiind necesar un timp adeseori destul de lung, pentru depozitarea sărurilor calcare. Sunt însă cazuri când ele se formează destul de repede așa cum au observat *Gandy* și *Couder* la un bolnav unde calcefierea s'a produs în timp de 8 luni după un hemotorace; *Camendron* a observat producerea calcefierii la un an dela accident. Se știe că ganglionii tuberculoși se calcefiază uneori în 5—6 luni de zile.

Calcefierile pleurale sunt bine suportate, adeseori clinic latente și ele sunt descoperite numai cu ocazia unui examen radiologic făcut întâmplător sau la la autopsie. Alteori ele evoluează cu semnele clinice ale unei simfize pleurale, producând dureri toracice, dispnee la efort, alterarea moderată a stării generale. Obiectiv se constată semne de retracție toracică, submatitate sau matitate cu diminuarea uneori până la dispariție a murmurului vezicular.

Diagnosticul clinic al acestei afecțiuni este foarte greu. El se poate face numai prezumtiv în baza unui interogator amănunțit cu privire la trecutul pulmonar al bolnavului: hemotorace, pleurez'e, prezența semnelor de retracție toracică, uneori foarte evidentă, cât și cu ajutorul unei puncții exploratoare, la care bolnavul acuză în cele mai multe cazuri o durere vie în momentul atingerii calcefierii, iar acul se lovește de o rezistență dură, lucru semnalat de toți autorii și confirmat și de noi.

Diagnosticul de siguranță nu se poate stabili decât în baza unui examen radio'ogic, mai ales radiografic, care trebuie executat atât din față cât și din profil.

Diagnosticul diferențial față cu calcefierile intrapulmonare se face cu ajutorul examenului radiosopic, căci rotind bolnavul în jurul axului său, reușim să așezăm calcefierile tangențial față de plămân. În cazurile de bioase se poate recurge la secțiunile tomografice, care ne precizează adâncimea calcefierilor sau la stereoradiografie. Acelaș lucru se poate spune și despre ganglionii calcefiați, cât și despre calcefierile costale, acestea având de obicei formă și localizări caracteristice. Chistele idatice sau cele dermoide calcefiate se pretează deasemenea la confuzii, ce se pot evita dacă se ține seamă de istoria clinică a cazului și se face un examen radiologic atent.

Prognosticul calcefierilor pleurale este în genere bun, bolnavii tolerând afecțiunea timp îndelungat fără nici o acuză subiectivă sau cu acuze minime. Alteori calcefierile sunt foarte întinse și însoțite de simfize pleurale, care pot să ducă la turburări ale cordului drept ce pot merge până la asistolie. În cazurile, când la formarea calcefierilor pleurale este o pleurezie purulentă fistulizată, bolnavul sfârșește prin caxecsie cu amiloidoză.

SEPTOPLIX

COMPRIMATE

— 1162 F —

paraminofenilsulfamidă

PROFILAXIA ȘI TRATAMENTUL
STREPTOCOCCIILOR
MENINGOCOCCIILOR
GANGRENEI GAZOASE



CHIMIOTERAPIA
GONOCOCCIILOR

ȘI TUTUROR INFECȚIUNILOR



98, Rue de Sèvres
— PARIS (7^e) —

Propaganda Medicală

“ **THÉRAPLIX** ”

str. Anastasie Simu 6
BUCUREȘTI III

SCIATICA GRAVĂ, REBELĂ LA ORICE TRATAMENT MEDICAMENTOS ȘI FIZIOTERAPIC VINDECATĂ PRIN AMIGDALECTOMIE

de

Dr. ȘTEFAN GĂRBEA și Dr. AD. LAKATOS

P. J., 51 ani, preot jud. Mureș a fost internat în serviciul clinicii neurologice în două rânduri pentru dureri accentuate în regiunea sacrată și membrul inferior stâng.

Antecedentele heredo-colaterale: fără importanță.

În *antecedentele personale* găsim date importante numai după 20 ani, când a avut nenumărate amigdalite 6 ani în șir. La 25 ani a suferit o infecție gonococică pe care a tratat-o până la vindecare.

În timpul răboșului a suferit de reumatism poliartricular făcând de atunci pusee nenumărate în fiecare an.

Boala actuală datează din luna Martie 1939 și a debutat lent prin dureri ușoare în regiunea sacrată, cari se produceau numai la mișcări.

La câteva săptămâni, durerea și-a schimbat sediul trecând în partea posterioară a coapsei stângi și devenind insuportabilă cu ocazia oricărei mișcări. Bolnavul este sfătuit de un medic să se ducă la băile Săn Georgiu, unde nesimțindu-se bine se internează în serviciul clinicii neurologice, la data de 2 VIII 1939.

După datele clinicii neurologice, obiectiv bolnavul prezintă plica feșieră mai ștearsă și coborâtă în raport cu dreapta.

Punctele lui Valleix ușor sensibile. Lassègue slab pozitiv. Reflexul achilian și medio plantar stâng abolit. În rest, examenul neurologic negativ.

Examenul urinei negativ.

R. W. în sânge negativ.

Puncția lombară: Pandy și Nonne-Appelt ușor opalescente.

R. W. pozitiv cu 0,5 cc.

I-se aplică tratamentul următor: jodură de sodiu 5% și ultratermie. Injecție perineurală cu 10 cc. novocaină cu 100 cc. ser fiziologic cald.

Injecție epidurală cu 0,10 ctgr. novocaină diluată în 20 cc. ser fiziologic cald

Infiltrație cu aer dealungul nervului pe fața posterioară a coapsei.

Cu tot tratamentul, bolnavul continuă să aibă dureri și mai mari.

I-se face și o extracție de molar cu granulom.

Face 4 ședințe de radioterapie profundă.

A primit în total 48 injecții de Natriu jodat 5%.

Termină o serie de 5,25 gr. Neosalvarsan.

Părăsește clinica nevîndecat la 24 IX 1939.

După o lună bolnavul revine în clinica neurologică, unde i-se constată semnele de sciatică mult mai accentuate. Prezintă o contractură paravertebrală accentuată în stînga. Durerile îl obligau ca în stațiune verticală trunchiul să fie flectat înainte și mersul foarte dureros cu flexiune (salutând) la fiecare pas.

Coloana dorso-lombară proemină înapoi în loc de lordoză și prezintă o scolioză cu concavitatea spre dreapta.

Radlografiia coloanei dorso-lombare din față și din profil nu arată nimic patologic. I-se aplică 8 ședințe de radioterapie profundă fără nici o ameliorare.

În acest timp având dureri mari primește injecții cu

amidosan, novalgin, najodin, Betaxin, etc. cari ameliorează durerile numai temporar.

I-se face o injecție suboccipitală cu 1 1/2 cc. lipiodol descendent. După 12 ore tot lipiodolul se găsește în fundul de sac dural cu aspect normal.

Lichidul scos prin puncție suboccipitală n'a mai prezentat opalescență la reacțiile albuminurice. R. W. este negativ.

După injecția de lipiodol a avut dureri mari de cap cedând mult în schimb durerile de sciatică.

După o zi însă durerile reapar cu intensitatea lor de mai înainte.

Este trimis serviciului clinicii O. R. L. unde i-se constată următoarele: arcadele dentare cu aspect normal, mucoasa bucală la fel. Prezintă amigdalită cronică criptică bilaterală.

Rinoscopie anterioară: ușoară rinită cronică cu deviația septului nasal. Sinusurile feței au aspect radiologic normal. Auricular nimic deosebit.

I-se recomandă amigdalectomia având în vedere sciatica. (prof. Buzoianu).

I-se face amigdalectomia 16 XI 1939 cu oarecare dificultate, amigdalele fiind ascunse și scleroase.

După operație bolnavul prezintă dureri de sciatică mai accentuate ca înainte. I-se administrează intravenos novalgină.

După 2 zile dela operație bolnavul se simte mai bine, durerile de sciatică au devenit suportabile, încât nu mai primește nici un calmant.

După alte 2 zile spre surprinderea lui, bolnavul se simte și mai bine, durerile paroxistice de sciatică au dispărut, rămânând o durere surdă.

Primește și injecții cu electrarzol; starea generală fiind bună, părăsește clinica la 1 Decembrie 1939.

* * *

Importanța extraordinară a infecțiilor de focar, în special amigdaliene, nu se mai discută.

După toate statisticele de până acuma infecțiile de focar cele mai frecvente se întâlnesc în domeniul specialității: O. R. L. și Stomatologice. Infecțiile amigdaliene și sinusale cad pe primul plan.

O amigdală ascunsă între stâlpii ei, care nu prezintă nimic la aspectul macroscopic, poate să fie cauza atâtor complicații în organism așa că indicațiile îndepărtării amigdalelor sunt extrem de multiple:

Aceste indicații se extind din ce în ce mai mult la cele mai variate afecțiuni, datorită rezultatelor evidente și deseori surprinzătoare pe care le dă o amigdalectomie a cărei tehnică este atât de simplă atunci când este executată în anumite condiții de care trebuie să țină cont specialistul.

Indicațiile sunt locale și generale.

Locale: sunt în primul rând amigdalitele acute catarale și amigdalitele acute pultacee, cari se repetă periodic sub influența variațiilor atmosferice, cari ar mări virulența microbilor ascunși în cripte.

Flegmoanele periamigdaliene repetate cari chinuesc atât de mult pe bietul bolnav lovindu-i la fie-

care repetiție rinichiul sau alt organ, care își trădează suferința mai curând sau mai târziu.

Amigdalitele cronice hipertrofice sau scleroase cari dau adenita cervicală cronică amigdaliană; tusa amigdaliană; fetiditatea respirației, otalgii fugace, purtători de germen ca bacilii diferici; micozele amigdalene, supurațiile intra amigdalene etc.

Indicațiile regionale cele mai frecvente ar fi: faringite cronice, cataruri tubare, laringite cronice, otite cronice etc.

Indicații generale: reumatismul articular sub toate formele lui.

Afecțiuni cardio vasculare; afecțiuni renale; turburări gastro-intestinale; turburări nervoase: coreea, nevralgiile occipitale etc.

Gușa (*Brown*) Autointoxicați de origină amigdaliană cu dureri vagi dorso-lombare, astenie, somnolență, cefalee.

Anumite subfebrilități de luni dispar după amigdalectomie.

Turburările în starea generală, debilitatea generală, încă indică operația. O operație care nu trebuie să scape, sunt conjunctivitele recidivante și flictenulare (*Toth*).

Toate indicațiile amigdalectomiei înșirate mai sus au fost confirmate de cercetători de seamă prin numărare statistici.

Contra indicații operatorii sunt: afecțiuni acute ale amigdalelor, afecțiuni acute de vecinătate: nasale, bucale, uriculare. Anomaliile vasculare ce se pun în evidență prin inspecția și palparea faringelui.

Contraindicații generale ar fi: bolile sângelui și ale vaselor, hemofilia, hipertensiunea esențială; menstruația, graviditatea, diabetul și tuberculoza pulmonară și laringeană.

Aceste restrânse contraindicații nu trebuie să ne împiedece de-a executa amigdalectomia la toate cazurile cu afecțiuni, cari nu cedează la tratamentul obișnuit.

Mai bine să facem o operație inutilă care nu dă nici un inconvenient decât să lăsăm un permanent focar de infecție în organism cu posibilități de manifestare morbidă.

Cazul cu sciatică descris mai sus prezintă o importanță excepțională, nu numai pentru faptul că toate tratamentele înșirate au rămas fără rezultat, dar cazuri de sciatică rebelă, care să cedeze prin amigdalectomie sunt rar întâlnite în literatura de specialitate până în prezent.

Acest caz este o dovadă evidentă în plus că medicul oricărei specialități, trebuie să aibă în vedere

amigdalele ca focar de infecție atunci când în anumite afecțiuni nu obține rezultatele dorite cu mijloacele terapeutice pe care le are la îndemână.

CONTRIBUȚIUNI LA PROBLEMA MIGRENEI TIREOGENE

de

Dr. I. LASZ chirurg și Dr. E. I. STEUER neurolog

În ciuda vastelor și multiplelor investigații pentru elucidarea etiologiei și patogeniei migrenei, o serie de probleme își așteaptă clarificarea și rezolvarea lor. Din complexul nosologic al migrenei s'a deprins deja demult un grup al așa numitelor migrene simptomatice, la cari durerea apărea ca un simptom al unei noxe externe, sau al unei afecțiuni generale și cu încetarea cauzei producătoare dispărea și durerea hemicraniană. Un alt grup al migrenelor genuine a fost izolat de alți autori, unde rolul preponderant îi revine predispoziției constituționale. Într'adevăr și la migrenele simptomatice trebuie să presupunem un factor constituțional sau contribuțiuni organice (*organisches Engegenkommen*) deoarece cauzele declanșante ale migrenei simptomatice (lues, intoxicațiuni, nefrită, arterioscleroză, tumoră cerebrală etc.) produc hemicranie numai la un mic procent al bolnavilor. Cercetările etiologice de mai târziu au restrâns și mai mult noțiunea migrenei esențiale: căci la migrena ce survine la gutași, în turburări de nutriție și biliare, în stări alergice, se poate vorbi la fel de factori exogeni.

Unii autori concep migrena ca o entitate mai vastă încadrându-i și octavo-crisele, vertijul lui Meniere, afaziile periodice, cefalalgiile menstruale periodice. (*Richter, Matzdorff*). Hereditatea și debutul bolii în tinerețe sunt factori importanți în determinarea etiologiei. Însă observațiuni mai amănunțite ne conving că și aceștia au numai valoare relativă căci ereditatea homologică survine în migrenă numai la un grup restrâns.

Alți autori au constatat că constituția alergică ar fi ereditară (*Gavin, Balveat*). Majoritatea autorilor (*Strumpell, Christiansen*) cred că e vorba de o tară ereditară generală în care în afară de migrenă ar intra epilepsia, psihopatia, Basedowul etc.

Încercarea de a considera migrena din punct de vedere etiologic ca unicăcauzală a eșuat, așa că autorii (*Hauptmann, Hurtmann și Hoffmann*) vorbesc de un sindrom migrenos, având o poli etiologie.

Aceasta corespunde chiar poligeniei enunțate de *Curschmann* (Poligenie der Organneurosen). Pe lângă

variația multiplă a factorilor etiologici, se validează din ce în ce mai mult rolul, adică importanța constituției, căci la o constituție anumită, apare reacțiunea migreniformă, chiar dacă sunt prezente și cauzele declanșante. Așa se vede, ca acești factori declanșanți variază și după regiune geografică, astfel diateza urică, care la autorii francezi și englezi joacă mare rol, la germani abia vine în considerațiune. (*Curschmann*). Glanda tiroidă, ca factor etiologic al migrenei la fel, se poate observa numai în regiuni cu strumă. Studierea constituției migrenice, la fel n'a dus la rezultate definitive. Părerea autorilor variază foarte mult în privința aceea, dacă e similiară cu constituție epileptică, sau nu. Fapt este, că aceste două tablouri clinice se prezintă adesea la aceeași familie, ori chiar la acelaș caz (*M. Ulrich, Pagniez, Flatau, Vallery-Radot și Hamburger*), ne mai vorbind de punctele intime asemănătoare între aceste două tablouri. Coincidența între epilepsie și migrenă poate surveni nu numai la epilepsia genuină ci și la cea simptomatică, ceea ce a fost observat de unul dintre noi, la cazul de mai jos:

4 X. 1936. Maria Ch. 40 ani, măritată, având 2 copii. La un frate mai bătrân, la vârsta de 12 ani în urma unei insolajii apar două accese epileptice, unul după altul, care de atunci (aproape 40 ani) nu s'a repetat. La pacientă primul acces epileptic s'a prezentat în 1925 la vârsta de 32 ani și care la început s'a repetat la fiecare 3 luni, pe urmă mai frecvent și de obicei în timpul menstruației. În anul 1930 la Clinica din Cluj i-se constată un lucș, și i-se aplică un tratament specific, care pe urmă s'a repetat de mai multe ori, până ce sângele a devenit negativ. Din anul 1933 crizele epileptice au dispărut și în locul lor s'au prezentat hemi cefalalgii intense drepte. Înaintea accesului aproape 2 zile bolnava era somnolentă, convulziunile tonico-clonice au apărut fără aură, convulziunile fiind urmate de vărsături. În timpul hemicraniei bolnava vedea peștișori de aur, pe urmă simțea balonari și greață. Examinând lichidul cefalorahidian (în 1937) acesta se prezintă la Wassermann, Sachs-Georgi, Müller intens. pozitiv, la Goldsol: 1, 1, 2, 3, 4. N. Ormomastix: 1, 2, 3, turburare, 4, 5, 6, precipitare. Am aplicat o malarioterapie cu 8 accese febrile. După aceasta migrena a dispărut și în anul 1938 lichidul a devenit negativ.

La bolnava noastră deci pe un teren cu tară epileptică a survenit o epilepsie sifilitică, pe urmă migrenă. Crizele epileptice au fost secundate de vomimente, iar migrena de tulburări oculare, flimmerscotom. Avem impresia, că epilepsia simptomatică la ameliorarea s. bstratului luetic se prezintă ca echivalent (migrena), iar la sanarea lichidului cefalorahidian dispăre și migrena. Cu toate acestea o mare parte a autorilor nu consideră migrena, ca echivalentă epilepsiei, ci ca o formă de reacție specială cu o constituție aparte (*Matzdorff*). Cauza declanșantă în etiologie n'are decât un rol sensibilizant lângă constituție și numai ma-

nifestarea simultană a acestor doi factori duce la migrenă. În felul acesta dispăre și diferențierea între migrena genuină și simptomatică, se înțelege mai bine apariția tardivă a migrenei și dacă agentul sensibilizant dispăre spontan sau prin terapie și migrena se vindecă.

Între factorii sensibilizanți joacă mare rol și sistemul endocrinian și contribuțiunea lor s'a arătat deja de mult în ipotezele etiologice ale migrenei. În primul rând sistemul hipofizo-genital stă în centrul cercetărilor în urma observațiilor numeroase, cari au arătat, că prima apariție a migrenei, repetarea și dispariția acceselor stă în strânsă legătură cu fazele generative (pubertate, menstruație, climacteriu). Afară de asta atât autorii vechi, cât și cei noi au studiat permanent rolul glandei tiroide. Așa *Hertoghe, L. Levi, Rotschild, Parhon* etc. admiteau în etiologia migrenei hipotireoză. *Ortner* amintește, că în hipotireoză survine adesea migrena, iar autorii americani, *O Sullivan și Raybin* cercetând metabolismul bazal, la bolnavi cu migrenă — fără mixoedem — au găsit adesea un metabolism scăzut (între -12 și -23) și care după administrare orală de tireoidină s'a ameliorat. După părerea lui *Vallery-Radot și Hamburger* se pare că existența migrenei legată de insuficiența tiroidiană (migraines thyroïdiennes) e dovedită.

Migrena la hipertireoză s'a observat numai în cazuri rare, la Basedow survine numai cefalalgia necaracteristică (*Pollak*). După *A. Kocher* cefalalgia în Basedow, la fel ca toate algiiile corpului e foarte rară, în schimb migrena previne adesea Basedowul. *Vallery-Radot, Hamburger, L. Levi și Jacobsen* au observat migrena la Basedow, pe când *Flatau, Mendel, Sterling* au observat simptome hipertireotice transitorii în timpul acceselor hemicranice. *P. Vallery-Radot și Hamburger* n'au văzut niciodată migrenă la hipertireoză și nici simptome de hipertireoză la migrenă. În schimb *Gruber și Kogerer* au observat, că la 58% a cazurilor cu migrenă gravă tipică metabolismul bazal a fost mărit (peste 15%) și că strumectomia a avut o influență frapantă asupra migrenei, până când radio-terapia a dat rezultate mult iferioare. *Gruber și Kogerer* au denumit această migrenă — cu metabolism bazal accentuat — migrena tireogenă.

Observațiunea noastră de mai jos aparține la fel categoriei migrenei tireogene și pare a documenta corelația, ce ar exista între migrenă și hipertireoză.

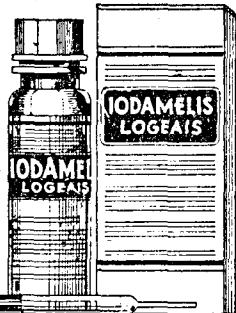
Charlotte M. 36 ani, văduvă. Tare ereditare în familie n'au survenit, de boli mai grave în copilărie n'a suferit. neagă boli venerice. Menstruație la 17 ani, urmează regulat, a avut 6 nașteri, 5 copii trăesc și sunt sănătoși. Bărbatul a murit de tuberculoză.

IODAMELIS

LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE



20-50 PICĂTURI
la cele două mese

MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII

TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE

MALADII
ALE NUTRIȚIUNII



2-6 COMPRIMATE
pe zi

OPO-IODAMELIS

LOGEAIS

DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE ȘI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

ASTENII ALE VĂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

ASOGIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS, CU ACȚIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE



FORMULA „F”

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Ovar	0 gr. 05
Ante-ipofiză	0 gr. 005
Benzoat de dihidro-foliculină	40 U. I.

In comprimate drageificate

Eșantioane și literatură la cerere:



FORMULA „M”

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Orchitină	0 gr. 10
Ante-ipofiză	0 gr. 005

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Eșantioane și literatură la cerere
Depozit permanent:

»DROGUERIA STANDARD« S. A. R. BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8.

Boala actuală a debutat înainte cu 8 ani, când după a 4-a năștere i s'a tumefiat gâtul, fiind la început dureros apoi a început să crească. De atunci a devenit mai nervoasă, fără simptome mai serioase. Durerile de cap au început acum 3 ani, pe partea dreaptă a capului, dureri foarte intense în formă de spasm, cari la început au survenit mai rar, la 3-5 luni, devenind apoi din ce în ce mai frecvente. De aproximativ 4 luni apar de 2-3 ori săptămânal. A devenit mai nervoasă, a scăzut în greutate (12 kg. într'un an) și pe lângă durerile de cap au apărut palpitații, dispnee, transpirații, insomnie și starea generală rea.

Starea prezintă 5 VII. 1933. Femeie de talie mijlocie, constituție pînăcică, tegumentele și mucoasele vizibile de aspect normal. Tesutul subcutanat flasc, sistemul muscular normal dezvoltat. Capul de configurație normală, hemicranii drept la percuție sensibil. În intervalul dintre crize ambele fețe sunt simetrice, ușoară exoftalmie. Pupilele sunt egale rotunde, reacționează bine la lumină și acomodajie. Reflexele conjunctivale și corneale pozitive, mișcările globilor în toate direcțiile libere, nistagmus nu se observă. Fundul ochiului și câmpul vizual normal. Limba scoasă tremură intens, dantura, faringele normale, reflexul faringian pozitiv. În partea stângă a gâtului, în locul corespunzător lobului stâng tiroidian, se observă o tumoretă de mărimea unui pumn mai mic, cu suprafața ușor neregulată, mobilă, bine izolată de organele din jur, care este moale la palpație, mișcându-se sincron cu tracheea la deglutiție și care la presiune nu este senzibilă. Tracheea dislocată înspre dreapta. Pe deasupra tumorii venele sunt turgescente, și la ascuțite struma prezintă un suflu vascular. Câmpurile pulmonare sunt normale, la percuție și ascultație nimic deosebit. La radioscopie infiltrații perihilare cu hiluri mărite. Șocul apical în al V-lea spațiu intercostal stg., înăuntrul lăzii mameelonare. D. R. 3,2 cm., D. L. 6,5 cm., D. D. 11, cm. Suflu sistolic asupra vârfului inimii. Pulsul 12. Tensiunea arterială 150-80.

Electrocardiogramă: S2-T2 ușor scăzut, P2-P3 decompus, P4 inv. negativ. Ficatul, splina nu se palpează, abdomenul și genitalele nu prezintă nimic deosebit. Tonusul și forța extremităților normale, brațele întinse prezintă tremurături fine continue, de oscilațiune mică. Refl. xele bicipitale, radiale, ulnare ale extremităților sup. pozitive, Meyer, Léry neg. Refl. abdominale slabe, patelare și achiliane de ambele laturi sunt egale, vii. Babinski, Oppenheim, Mendel-Bechterew, Rossolimo neg. Romberg neg. Mersul, grațul normal, inteligența la fel, emotivitatea puțin labilă, dar fără vre-o anormalitate psihică. Urina: Alb, Zahăr, bilirubin, urobilinogen neg. Sângele: Hematii 4200000, leucocite 8200, neutrofile 58%, eosinofile 10%, limfocite 26%, mono 5%. Metabolism bazal plus 59%, Wassermann neg.

Accesul survine pe neașteptate, sub forma unor dureri mari hemicraniene drepte, rața se înroșește, conjunctiva se injectează, pupilele se strâmtează. Iși simte fața dreaptă și urechea tumefiată. Tumefacția aceasta este câteodată vizibilă. Tot în timpul accesului se poate observa, că tonusul feței drepte este scăzut, șanțul naso labial șters, ploapa dreaptă e decăzută, nu-și poate încreși fruntea. Această stare trece după acces cam la 1-2 ore. Aceșele pot apare în oricare timp al zilei și durează cam 8-10 ore. În timpul accesului are greață totdeauna, câteodată varsă, turburări vizuale nu are. Între timp apar accese de tahicardie paroxistică, ce durează 2-3 zile, cu un puls de 150-160.

Epicriză. În rezumat la o pacientă de 36 ani, în legătură cu o graviditate s'a format o strumă pe latura stângă a gâtului. În familia părintei tare ereditare epileptice sau migrenoase nu s'au putut despista. Struma la început n'a produs turburări mai importante, însă a crescut din ce în ce mai mult. Simptomele nervoase au apărut abia cu 3 ani, mai înainte, sub forma de neliniște, slăbiciune, cefalalgii unilaterale, cari la început au apărut mai rar, cu intervale de luni de zile, apoi progresând permanent, prin faptul, că accesele au devenit mai atroce și se repetau mai deseori. Se accentuează la fel palpitația și tremurătura, inapetența și scăderea în greutate. Probabil, că în acest timp (circa cu 3 ani mai înainte) struma a început să degenereze și din simpla strumă nodulară sa făcut o strumă nodosă basedowificată (*Aschoff, Sudeck*), sau un adenom toxic (*Plummer*) dând un tablou clinic corespunzător unui sindrom de hipertireoză. Pe lângă simptomele hipertireozei (exoftalmie, tremurături, tahicardie, transpirație, accentuarea metabolismului bazal) au apărut și simptomele migrenei simptomele manifeste basedowiene fiind precedate, de o hemicranie intensă dreaptă, cu înroșirea feței, greață, vărsături, mioză, adică semne simpaticoparalitice asociate de parază facială transitorie. Luând în considerare starea gravă a bolnavei, am indicat intervenția chirurgicală care a fost executată de unul din noi (*Lasz Juliu*) după o pregătire prealabilă de 10 zile cu sol. Lugol.

Operația s'a făcut în anestezie locală cu novocaină. Incizia pielii după Kocher, se secționează straturile musculare superficiale și profunde, se leagă art. tiroidiana sup., după care se enuclează tumora, ce pleacă din lobul stg. de mărimea unui pumn de adult. Izolarea se face ușor, fără vre-o hemoragie mai considerabilă. Tumora era situată în parte sub claviculă și în parte sub stern, prelungindu-se mult înapoia traheei.

Restabilirea se face bine, afară de intervenția unei retenții de urină cecece a survenit reeori și înainte de operație care însă n'a avut nici un substrat anatomic, și care dispăre abia după 2 săptămâni.

Examenul istologic: (Institut de Anat. Pat. Cluj) prezintă un țesut tiroidian cu acini dilatați, cari sunt plini cu coloid. Între acești acini există și acini atrofiați compriși de masa coloidală. Proliferația epitelială nu este.

Două zile după operație cefalagiile au dispărut complet și timp de luni de zile nu s'au prezentat. Semnele hipertireozei au dispărut numai la 10 zile.

La această bolnavă semiologică într'adevăr domina migrena, care dat fiind că a apărut în ordine cronologică după apariția strumei, cu metabolism bazal accentuat — și care s'a vindecat prin strumectomie, aparține fără îndoială în categoria migrenelor tireogene.

Din punct de vedere semiologic, mai trebuie amintită paralizia facială, periodică-sincronă cu accesul, care

este destul de rară (*Curschmann*) și care se poate explica probabil cu o leziune a sistemului simpatic. Localizarea cefalalgiei la migrenă de obicei e variată și în majoritatea cazurilor trece și la partea cealaltă. La pacienta noastră hemicrania a apărut totdeauna la dreapta și n'a trecut niciodată la stânga. Luând în considerare, că struma era de partea opusă, se pune întrebarea, dacă nu se poate găsi vreo corelație între strumă și hemicrania contralaterală. *Harigton, Rein* etc. au dovedit strânsa legătură, ce există între tensiunea sinusului carotidian și cantitatea sângelui ce trece prin corpul tiroidian. după care glanda tiroidă joacă rol de rezervor sanghin (după *Harigton* shunt). Se poate presupune, că struma din partea stângă a prevenit hemisferul stâng de un aflux mai mare de sânge, până când la dreapta afluxul se poate manifesta liber și astfel pe lângă vazodilatația reflexă, dilatația se accentuează și mecanic și prin urmare se actualizează criza. Afară de aceasta, natural se poate, că hemisferul drept să aibă un prag de excitabilitate mai scăzut ca hemisferul stg. astfel senzibilizarea ce duce la migrenă, se manifestă mai ușor și mai bine.

Cazul nostru documentează hotărât, că la aceea categorie a bolnavilor cu migrenă, unde se poate dovedi o activitate tiroidiană mărită, hipertireoză poate avea rolul unui factor declanșant. Terapia chirurgicală duce la dispariția crizelor de migrenă. Dispariția migrenei după experiența noastră, previne după strumectomie dispariția semnelor hipertireotice.

Literatură:

Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten 6. Aufl. — *Curschmann* in *Mohr und Staehel* n Handbuch der Inneren Medizin Bd. 5, III. Aufl. — *Pollak*: Der Kopfschmerz und seine Behandlung — *H. Schlesinger* Basedowsche Krankheit in der Neuen Deutschen Klinik herausg. — *F. și G. Klemperer*, Bd. 2. — *Hartmann și Hoffmann* Der Kopfschmerz Ibid. Bd. 5. — *A. Kocher*: Morbus Basedow in *Kraus Brugsch* Spezielle Pathologie und Therapie Bd. 1. — *O. Sullivan și T. Raybin*: Vergleichende Prüfung verschiedener Migränbehandlungen, Schw. Med. Wochenschrift. 67. — *Matzdorff*: Formenreichtum und Grenzen des Migränkreises, Nerv. narzt Jg. 10. — *v. Storch*: Über die Behandlung des Migränanfalls Ibid. — *Schorf*: Aetiologie und Therapie des Migräns Fortschritte Neur. etc. Jg. 11. — *Christiansen* in *Roger-Widal-Teissier*: Nouveau Traité de de Medicine vol. 21. — *P. Valléry-Radot și Hamburger*: Les Migraines. — *Gruber și Kogerer*: Über thyreogene Migräne Med. Kl. 1939/30. — *Strümpe'l*: Lehrbuch der inneren Medizin 26 Aufl.

Institutul de Anatomie Descriptivă și Topografică
Director: Prof. V. PAPILIAN

CUM SE INVĂȚĂ ANATOMIA ALTĂDATĂ

de

Conferențiar Dr. C. C. VELLUDA

Studentii cari fac Anatomie azi, nu-și dau seama prin ce greutate a trecut acest învățământ.

Azi cadavrele sunt puse la dispoziția studiului fără nici o restricție, asistenți bine pregătiți le stau la dispoziție, un material bogat de studiu: manuale, piese, muzee, planșe, proiecții etc. face să se înțeleagă și să se asimileze cât mai bine materia, înlesnindu-se studiul ei.

Greutățile prin care a trecut acest învățământ altădată, nu a fost întrecut decât de focul sacru și de amorul pentru acest studiu, care a permis acestor precursori să pună la dispoziția posterității un material bogat și bine studiat, pe care azi studenții nu fac decât să-l asimileze, procurându-li se pentru aceasta toate înlesnirile.

De fapt, o învățătură propriu zisă Anatomică nu s'a început decât atunci când se diseca public și când cadavrele erau puse la dispoziția celor interesați în condiții mai ușoare, adică pe la anul 1300 când *Mondinus* sau *Mondini di Luzzi*, primul a putut diseca în aceste condiții.

Până atunci se învăța anatomia numai »*Ex cathedra*« repetându-se învățăturile lui *Galien* din veacul al 2-lea care nu disecase decât animale.

E drept însă că permisiunea de a se diseca cadavre, fusese dată deja din secolul al XIII-lea în Italia de către *Frederich al II* care interzicea exercițiul chirurgiei acelorora care nu au studiat anatomia cel puțin pe un cadavru.

Această dispoziție nu și-a atins însă scopul, în primul rând pentru că ea nu privea decât o parte a Italiei, iar în al doilea rând din cauza opoziției *Papilor*.

Opoziția nu era cum s'ar crede de ordin pur religios, ea avea de fapt ca substrat o altă cauză. Cruciații care purtau pe atunci războaie, aveau obiceiul de a fierbe cadavrele tăiate în bucăți și apoi a trimite în parte oasele celui mort, în lipsa posibilității de a expedia corpul întreg. Acesta era un obicei foarte răspândit pe atunci și chiar azi el este practicat printre unii chinezii din California.

Mulți nobili din armata lui *Barbaroza* au fost tot astfel pregătiți și aceasta chiar sub zidurile Romei; însuși cadavrul împăratului a fost tot la fel preparat. La fel cu acela al regelui *Ludovic cel sfânt*, care a murit în Tunis, ca și cu cel al lui *Filip cel Înțelept* a

cărui oase pregătite în acelaș mod se odihnesc la St. Denis.

Desigur că în acel timp acest obicei a dat naștere la tot felul de abuzuri, ceiace a făcut pe Papa Bonifaciu al VIII-lea să le arunce chiar o anatemă.

Totuși nu numai Facultățile primeau dreptul de a disece, dar chiar și particulari ca *M. Angelo* care se servea de cadavre pentru lucrările lui artistice, precum și *Realdus Columbus* care cerceta prin diseceție, cauza morții înalților prelați.

Totuși, localizarea acestui drept ca și marile restricții care se puneau pentru obținerea unui cadavru, face ca să considerăm începuturile acestui studiu mai târziu, atunci când majoritatea facultăților obținuse dreptul de a disece public cadavrele, puse la dispoziția lor în scop de învățământ.

Folosirea pe o scară mai generală a cadavrelor pentru diseceție și deci o sistematizare a învățământului anatomic prin acestea se obțin însă treptat, iar oferirea cadavrelor în acest scop se generalizează cu timpul și la celelalte facultăți de Medicină.

Astfel la 1376 acest drept a fost acordat facultății din Montpellier de către ducele de Anjou fratele regelui Carol al V-lea. La 1430 începe diseceția la facultatea din Padua, la 1482 la Universitatea din Tubingen și abia în 1495 se disece primul cadavru la facultatea de Medicină din Paris. De aci încolo treptat se generalizează acest uz și în restul facultăților mai mici; ultimele cari le-au adoptat fiind facultățile din Anglia.

Să nu se creadă însă că odată acordat acest drept procurarea de cadavre era ușoară și că deci abundența lor ar echivala pe cea actuală.

Numărul cadavrelor pe care aveau dreptul să le folosească aceste facultăți în primul rând era limitat prin ordonanțe; procurarea cadavrelor foarte grea, iar spaima de a fi disecat după moarte, superstițiile, ca și antipatia populației față de anomiști, au fost suficiente cauze pentru ca mult timp învățământul anatomic să sufere prin lipsa de cadavre.

În primul rând nu se permitea diseceția decât a condamnaților la moarte și numai a criminalilor, cari oricât de ușor s'ar fi condamnat la moarte și s'ar fi executat pe atunci, în orice caz numărul acestora nu putea fi decât mic. Între altele *Padua* de exemplu nu admitea la diseceție decât pe criminalii care nu erau din acel oraș. *Ferrara* și *Bologna* nu acorda decât un singur cadavru anual. Pe de altă parte cadavrele nu trebuiau decapitate, ci spânzurate sau strangulate; acolo unde nu era acest obicei, trebuiau intervenții care nu totdeauna dădeau rezultate.

Astfel Mondinus deși a scris o carte de Anatomie nu a disecat în viața lui decât 3 cadavre, anatomistul

Corteze se plângea deasemeni de a nu fi disecat decât două cadavre în 24 ani.

Când se afla că va fi o execuție procurorul Universității ținea consiliu cu studenții în medicină și baccalaureații decidând a reclama cadavru, care nu totdeauna era acordat.

Superstițiile, credințele religioase și ura contra anomiștilor mai ales, făcea ca Anatomia să fie o meserie desonorabilă, iar anomiștii ocolii.

Spaima pe care numele anatomistului Rolfiuk de exemplu o inspira poporului, făcea pe mulți păcătoși să se roage ca după execuție să nu fie puși la dispoziția lui Rolfiuk.

Pentru a se menaja susceptibilitățile poporului în materie de credință, unele facultăți îndeplineau formalități înainte și după diseceție. Astfel la începutul diseceției se puneau fel de fel de peceți pe fruntea și pe pieptul cadavruului declarându-l prin aceasta material didactic, iar îngroparea resturilor se făcea cu oarecare ceremonial la care asista profesorul cu toți elevii.

Se înțelege că în asemenea condiții, lipsa de cadavre era mare, din care cauză se ducea o goană ne bună pentru procurarea lor.

Pentru a vă da seama ce înseamnă aceasta voi da câteva exemple.

Marele anatomist *Andre Vésale* reformatorul anatomiei numit și Luther al Anatomiei după mărturisirile lui și a contemporanilor, jefuia cimitirele și curțile bisericesti, desgropând morții sau furând după spânzurători cadavrele de criminali. Din această cauză a trebuit să părăsească țara datorit persecuțiilor pentru zelul său anatomic. Pentru a feri cadavrele furate *Vésale* le ascundea sub pat sau dormea chiar cu ele săptămâni întregi. Părăsind țara (Belgia) se refugiază la Paris, unde continuă furtul de cadavre din cimitirul des Innocents sau dela Montfaucon, cu toată paza și rigoarea legilor.

Acest furt de cadavre nu era însă un fapt izolat, făcut de un pasionat al Anatomiei ca *Vésale*; el se practica pe o scară foarte întinsă și la alte facultăți. Astfel la Montpellier *Felix* și *Thomas Platter* povestesc amănunțit cum furau în timpul nopții cadavrele proaspăt înhumate, dintr'o mănăstire apropiată, St. Denis.

Să nu credeți că era prea simplă această operație. Din relatările acestora aflăm că erau nevoiți a ridica pământul, ce e drept proaspăt, cu mâna până ce dădeau de cadavru; că se duceau noaptea înarmați cu săbiile pentru orice risc și că transportarea lor până la locul de destinație era foarte grea, fiind nevoiți a înșela prin tot felul de tertipuri vigilența portarului cetății, și mai greu era transportul cadavrelor până la locul de destinație. În acest timp de multe ori trebuiau să

Heming[®]

Intestinel

Pancreas. Duoden. Săruri biliare Carbo. anim.

Turburări digestive. Balonare.
Flatulență. Dispepsie intestinală.
Umflarea diafragmei (Roemheld)
Catar putrid.

3 ori pe zi câte 2-4 drag. înainte sau
în timpul meselor.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MOLLE

POMADA DESITIN FĂRĂ
OXID DE ZINC ȘI TALC

ARSURI INTINSE
PLĂGI CUPERDERI
DE SUBSTANȚĂ
PLĂGI ATONE
OSTEOMIELE

Se întinde ca pansament
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.

PUDRA

PUDRĂ GRASĂ ADESIVĂ
PE BAZĂ DE OL. JECORIS
ABSOARBE SECREȚIUNILE

IRITAȚIUNI
SUPERFICIALE
TRANSPIRAȚIE
TOALETA
SUGARILOR

CUTII METAL MICI ȘI
MARI ȘI P.L.C. 100 g.

DESITIN

cu vitamine naturale A+D

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

se bată cu săbiile. Totuși furtul continua cu toată paza care se luase de mânăstiri.

Depozitarea lor avea loc în diferite case particulare complice cu aceștia.

Acest obicei de a se ascunde cadavrele în case particulare unde se și diseca, a durat mult timp. Chiar și la Paris în ultimul secol găsim case știute și tolerate, transformate în camere de disecție.

În Anglia unde restricția a domnit până la începutul sec. XIX se organizase adevărate societăți pentru procurarea de cadavre.

Pentru a vă face o idee mai precisă la ceea ce a dus lipsa de cadavre în Anglia, voi relata câteva fapte.

Furtul de cadavre nu mai era o simplă întâmplare comisă de unii interesați ai Anatomiei ca Vésale și alții, el devenise o industrie rentabilă, cu care se ocupau nu numai anumiți indivizi, ci se organizase adevărate societăți secrete din care făceau parte alături de criminali, derbedei și excroci, medicii și profesorii universitari, totul tolerat de autorități.

Se mersese până acolo încât medicii își deghizau servitoriile pe care i trimeteau să fure cadavre.

Cu toții furam, mărturiseau medicii celebri ca *Liston A. Cooper* și *Andrew Moir*. *Liston* pe atunci student organiză o astfel de expediție, când reuși să fure dintr'un mormânt ajutat de câțiva amici, corpul unui marinar aproape sub ochii înmărmuriți ai logodnicii mortului, care încă nu părăsise mormântul.

Se expediau cadavrele astfel furate și în provincie, în diferite centre medicale, în butoaie și lăzi suspecte dar bine plătite.

Îndrăzneala studenților și medicilor devenise extraordinară; familia mortului pentru a feri cadavrul de furt, întărea mormântul cu blocuri de piatră, ziduri de ciment sau grilaje solide care dădeau acestuia un aspect de cușcă de fiare să batice. Mai mult, primele zile, până se considera cadavrul impropriu a fi disecat din cauza putrefacției, se păzea mormântul de membrii familiei sau persoane angajate, înarmate. Cu toate acestea se fura încă, mormintele erau atacate de bande la fel înarmate; se relatează că în Irlanda prin 1830 în cimitirul din *Glasnevin*, un mormânt este atacat de o bandă care respinsă de apărători sămbătă, banda reveni marți mai bine înarmată, schimbându-se mai bine de 60 focuri.

O aventură stranie se întâmplă unui student cu cadavrul unui oarecare *Henderson* îngropat la *Leven*. În timpul transportului fiind nevoit să facă o pauză într'un han din drum, s'a întâmplat ca tocmai atunci să se cerceteze hanul de poliție în căutarea unor spărgători. Studentul de frică de a nu se descoperi ce

conține sacul, l-a ascuns într'un pat dintr'o cameră alăturată, sub cuvertură. Ori s'a întâmplat ca mortul să fi fost chiar fostul proprietar; ne închipuim figura văduvei care când să se culce, descoperi în sac chiar pe soțul ei, înmormântat cu tot cortegiul câteva zile înainte.

Altădată un văduv își găsi cadavrul soției sale într'un sac pe drumul cimitirului, sac lăsat de frică, de vre-un novice în materie.

Fapte de acestea se relatează cu zecile, ceea ce a făcut pe un fabricant *Bridgman* să patenteze un coșciug inviolabil al cărui desen și prospect a avut mare publicitate prin ziare.

În fiecare noapte vocea păzitorului anunța că s'au furat cadavre, scria *Chataubriand* în »*Memoires d'outre tombe*«. În 1826 la *Liverpool* într'o remisă s'au găsit 33 cadavre, pregătite a fi expediate în provincie.

Se poate închipui în asemenea condiții ura populației contra medicilor, dar mai ales a chirurgilor și a anatomistilor. Aceștia erau mătratați pe străzi, înjurați chiar loviți cu pietre nescăpând de cele mai multe ori decât fugind sau apărați de poliție; alteori li se incendiau casele sau bunurile lor.

Acest scandal a făcut ca să se ridice voci în parlament ca a celebrului chirurg *Cowper*, care a arătat că contra plății se poate obține cadavrul oricărei persoane, indiferent de clasa socială. Astfel s'a recunoscut pe masa de disecție chiar corpul lui *Sterne* autorul »*Voyajului sentimental*«.

Pentru cadavrele procurate astfel se plăteau sume mari, astfel anatomistul *Hunter* a plătit pentru cadavrul uriașului *O'Beirn* 500 lire sterline.

Aceste societăți erau susținute și de școlile de Anatomie dela care primeau onorarii extraordinare; dacă unii dintre membrii acestor societăți ajungeau în pușcărie, aceștia primeau în plus suplimente săptămânale. În Anglia a eastă stare de lucruri a durat până la 1828, deci 150 ani după ce Franța acordase facultăților și școlilor de Anatomie toate cadavrele nereclamate, așa cum se practică și azi.

Dar faptele nu s'au oprit aci. Ademeniți de câștigul destul de frumos realizat cu acest comerț, în anul 1828 la *Edimburg*, doi tâlhari *Burke* și *Hare*, ademeneau oamenii nevoiași de pe străzi îi îmbătau și apoi îi omorau pentru a-i vinde anatomistilor, cu o livră bucată (200—250 fr.). Nu mai puțin de 16 crime au fost mărturisite de ei, dar cele nemărturisite? Una din aceste crime a fost descoperită prin intermediul unui student, care a recunoscut la disecție cadavrul unei prostituate pe care o văzuse în ajun. Cercetările au dus la descoperirea criminalilor care au fost omoriți și

disecați public. Scheletul lui Burcke figurează și azi la un muzeu din Edimburg*).

Profesorul de anatomie Robert Knox, de care se admitea că trebuia să fi știut despre aceasta, întrucât cadavrele disecate aveau urme de violență, a fost destituit. A trebuit deci să vină acest penibil incident pentru ca de aci încolo și Anglia să acorde pentru disecție, toate cadavrele nereclamate, lucru care la celelalte facultăți exista deja de 100 - 150 ani.

În general începând numai din secolul al XIX-lea în Anglia putem vorbi de o distribuție organizată și oricum suficientă a cadavrelor pentru învățământ.

Cum se învăța Anatomia în acest timp?

Până la 1300 când încep să dea cadavre pentru disecție, Anatomia se preda din studiile depe animale, ex-catedra, rezumându-se la învățăturile lui Gallien. Acest sistem a continuat însă și după aceea, căci penuria de cadavre pe care am văzut-o nu permitea încă o învățatură apropiată de cea de azi și nici de cea din sec. 18—19; pe de altă parte s'a continuat încă mult timp să se răspândească ex-catedra, învățămintele lui Gallien, chiar acolo unde se puteau diseca cadavre.

Mondini di Luzi despre care am amintit, are meritul că încă de atunci făcea demonstrații publice, nu predica ex-catedra, deși rămase tot la învățăturile lui Gallien.

De altfel manualul redactat de Mondinus s'a predat aproape 200 de ani, căci chiar la începutul secolului al XVI-lea îl găsim predându-se la Tübingen și Würzburg.

În acest manual se recunoștea după nomenclatură influența Arabă care a dominat peste 7 secole în învățământ. Manualul ilustrat cu diferite figuri arată influența superstițiilor ce admitea pe cea a constelațiilor asupra diverselor părți ale corpului. Ele erau false și fanteziste, denotând puținele cunoștințe de anatomie care erau la aceea dată.

Cu apariția lui Vésale în prima jumătate a secolului al XVI-lea, lucrurile se mai schimbă. Învățăturile lui Gallien în cea mai mare parte eronate, sunt cu succes combătute de Vésale care încetul cu încetul se substituie lor.

Cu toate acestea marea înrăurire pe care a exercitat-o Gallien în decursul a 13 secole de învățământ anatomic, nu putea fi înlocuită așa ușor. Cultul pentru el era așa de mare, încât atunci când disecția demonstra ceva care era contrar celor susținute de el, se mer-

*) Mai precis dintre aceștia numai Burke a fost omorât, celalt Hare, deși la fel de vinovat, a fost eliberat din închisoare și expulzat, ca unuia ce l s'a promis aceasta, dacă va divulga și va declara totul, conform legilor Irlandeze în vigoare.

gea în a se susține, existența unei anomalii decât că ar fi fost eronat Gallien. De aceea chiar și după apariția primilor mari anatomici reformatori *Vésale*, *Eustachi* și *Fallope* care constituiau *triumviratul anatomic* și care alături de alții dovedeau prin disecție adevăruri incontestabile, găsim totuși încă mulți anatomici care o bucată bună de vreme, rămăseseră în cea mai mare parte la învățăturile lui Gallien. Existau pe aceea vreme în ce privea învățământul nu numai facultățile în care se dreda anatomia ci și cursuri libere. Pe atunci se diseca public și studenții trebuiau să asiste numai, la disecție. A diseca nu era permis. Alături de studenți se găsea și lume particulară, în special din înalta societate, multe femei, călugări, etc. Pe atunci lumea se interesa de tot ce putea să-i cultive. Alături de filosofie, științe, găsim anatomia, retorica, logica etc. Azi pe specialiștii secolului nostru nu-i mai interesează decât partea lor mică și restrânsă.

Există chiar și un soi de anatomici voiajori care colindau orașele oriunde găseau cadavrul vreunui executat, pe care îl și demonstau asistenței. Se percepeau deasemeni taxe speciale cum cele bunăoară de azi, când am dori să vizităm o panoramă prin bălciuri.

La Montpellier de exemplu se plătea în renaștere 12 monezi de argint pentru un student și 15 pentru particulari.

În unele centre cum de exemplu la Montpellier, în timpul lui Rabelais, profesorul însărcinat a »*interpreta istoria corpului omenesc*« primea pentru munca sa 5 fr. (1 ecu); surplusul din taxele pe care fiecare și le plătea pentru locul pe care-l ocupa, erau destinați diferitelor formalități făcute cu disecția ca: Prosector 20 bani; pentru vasul în care se depuneau intestinele 5 bani, pentru servitori 18 bani, pentru femeia care a dat cearceaful cu care a transportat cadavrul 2 bani, pentru vinul care a servit la spălat cadavrul 2 bani, pentru candela care a veghiat la căpătâiul cadavrului în ajunul disecției 16 bani, pentru șorțul și halatul folosit la disecție 7 bani, pentru lumânări, săpatul șanțului, chemarea preoților 9 bani, pentru servitorul Universității care a preparat sala 5 bani, pentru soția lui care a spălat apoi sala 5 bani, pentru copiii lor care au mai dat ajutor și au mai fost trimiși încoace și încolo 4 bani, pentru preoți și ajutoare 150 fr. pentru alți preoți care au însoțit mortul și săracii cari urmau dricul 9 bani, pentru preotul dela spitalul unde a murit omul 2 bani, pentru cei ce l-au transportat la Anatomie 4 bani, etc. etc. în care trebuie să socotim și parastasul.

Se diseca în primul an de cursuri, asistența era obligatoare pentru toți bacalaureații, aceștia alegeau

un camarad numit *archidiacon* pe care-l însărcinau cu procurarea cadavrelor, cu prepararea celor necesare pentru lecția profesorului, cu repetarea acesteia la aspiranții în medicină, asigurându-se că aceștia au înțeles. Deci un fel de preparator de azi.

Cursurile de anatomie nu erau urmate cum am spus numai de viitorii medici, ci de toți pe care îi interesa această știință, filosofi, preoți, doamne, lume particulară de tot felul, dar mai ales chirurghi.

Nu se putea pe de altă parte în sec. XVI nimeni înscrie care nu va proba că posedă cunoștințe suficiente de *logică și filosofie*. Se interzicea candidaților la medicină să fie înscriși, dacă cădeau la această probă, până când nu erau în stare să discute convenabil.

Pe atunci domnea o mare animozitate între Medici și Chirurghi. Primii erau cei adevărați și cărora li se dădeau toate onorurile, ceilalți erau complectamente desconsiderați, nefiind primiți în casta lor, iar facultatea neadmițându-i în sânul ei.

Aceștia nu erau decât simpli meseriași, pe când ceilalți savanți. Explicația era că, chirurgia în general era în mâna bărbierilor. Pentru ca un chirurg să fie admis în casta medicilor se cereau o serie de formalități didactice și sociale care îngreuiau enorm admisibilitatea acestora.

Cu toate acestea chirurgia fără anatomie nu se putea face, de aceea aceștia fugeau cum puteau dela prăvălie pentru a asista benevol la disecție. *Boyer* între alții și *Dubois*, prim medicul lui Napoleon și al doilea primul mamoș al împărătesei, au ieșit din bărbieri. Norocul lui *Boyer* a fost că atelierul în care lucra era visavis de școala de medicină și că avea un stăpân înțelegător. Acesta îi permitea între un ras și bărbierit să se repeadă peste drum pentru a asista la disecție. După câțiva timp s'a observat prezența asiduă a acestui băiat, care manifesta o vie dorință a se instrui. Studenții întreținură conversații cu el, dându-i apoi în grije ascuțitul scalpelului și îngrijirea pieselor. Cum tânărul neofit dădu dovadă de o remarcabilă instrucție și o mare abilitate în a diseca, îl numiră demonstrator oficial. Intre timp însă nu părăsi meseria de bărbier, căci prin înțelegere cu maestrul său, duminicile și sărbătorile când era aglomerajie la ras și tuns, el lucra în prăvălie, iar în restul zilelor demonstra anatomia.

După o muncă asiduă de 5 ani obținu medalia de aur dela colegiul de chirurgie, iar anul următor admis ca elevul spitalului *Charité* unde 50 ani a făcut gloria sa.

La fel ca *Boyer* s'au ridicat *Dubois*, *Dessault* etc.

Toți aceștia făceau ca și *Petit*, *M. Sul*, *Didier* etc., și cursuri libere de anatomie la care asistau studenții,

medicii și persoane particulare dornice a se instrui după voință.

În general învățământul anatomic prin disecție progresează din ce în ce rămânând însă până în veacul al XIX (1830) un studiu care se făcea nu numai la facultăți ci și liber, de medicii care profesau acest învățământ oriunde puteau, casele particulare servindu-le de cele mai multe ori și de sală de curs și de disecție. Nimeni nu se interesa de unde și cum își procurau aceste școli cadavrele. În urma reclamațiilor vecinilor și a mirosului care se împrăștia de acolo s'a interzis aceste cursuri în casele particulare afectându-se săli speciale în diferitele școli și facultăți.

La Paris de exemplu se putea la începutul secolului al XIX învăța anatomia în numai puțin de 6 centre oficiale înafară de cele libere.

La aceste școli libere au predat profesori remarcabili cari ulterior au devenit profesori la facultatea de Medicină ca: *Sappey*, *Pajot*, *Robin*, *Denonvillier*, *Jarjavey* etc. Intre alții *Duverney* în Franța izbutește prin erudiția sa și mai ales prin felul spiritual de a face cursurile de anatomie să atragă multă lume mai ales din societatea înaltă, iar prin intermediul lui *Bosquet* educatorul *Dauphinului* să fie numit profesorul de anatomie al acestuia. În această situație a putut face mult pentru anatomie.

Unii profesau gratuit, cei mai mulți contra unei taxe. Animozitățile însă care domneau între ei din cauza studenților care simpatizau cu unii sau cu alții a făcut ca guvernul să le desființeze. Desigur că și aici a intervenit și invidia colegilor, profesori la facultatea de medicină, care nu le convenea, cum a fost cazul cu *Pajot* de exemplu, ca acesta care preda cursuri plătită să fie audiat de 300 elevi, în timp ce la școlile oficiale unde se preda gratuit să nu fie decât numai câțiva.

Iată câteva relatări din evoluția acestui învățământ, a cărui istoric pe cât de interesant pe atât e de instructiv, mai ales pentru generațiile actuale.

Bibliografie

J. A. Fort: Anatomie Descriptive et Dissection Paris-Vigot, 1902. — *Hyrtl*: Handbuch der Anatomie de Menchen, Viena, 1878. — *Rauber-Kopsch*: Lehrbuch der Anatomie, Leipzig 1906. — *Roth M.*: Andreas Vesalius; Paris 1886. — *Cabanès*: La vie d'étudiant, Paris. — *Pailleton M. L.*: Le Vieil Edinburg, Revue Universelle, 1937.

Pentru prepararea laptelui calcic

CALCILACTIN

Tablete

„Sapic”

Calcilactin I.

Calcium lacticum
Amyl. oryzae

**Alimentație suplimentară
și medicală pentru sugari
dispeptici și diareici.**

Calcilactin II.

Calcium lacticum
Amyl. maidis
Zahăr

**Alimentație suplimentară
pentru sugari constipați.
Alimentație de durată
ideală pentru sugari.**

Mostre și literatură trimite la cerere:
Departamentul științific
SAPIC
BUCUREȘTI VI. Str. Cazărnel 89.

O ANIVERSARE IN PRESA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

de
Dr. LIVIU MODRAN

Revista »Spitalul« se găsește în al 60-lea an de existență neîntreruptă. O adevărată sărbătoare pentru medicina română și în special pentru presa medicală românească. Revista Spitalul este cel mai vechi periodic medical românesc și o sărbătoare a lui, este o sărbătoare a tuturor.

Societatea Regală Română de Istoria Medicinii a sărbătorit într'un cadru solemn, în ziua de 25 Februarie a. c. aniversarea a 60 de ani de existență ai revistei Spitalul.

A luat parte la această sărbătorire elita medicală românească și reprezentanții periodicelor medicale, cari cu toții au ținut să aducă prinosul lor de recunoștință Nestorului presei medicale românești.

Ședința solemnă a fost prezidată de dl Agregat Dr. C. Poenaru-Căpălescu, cel mai în vârstă membru din comitetul de redacție al revistei. Printre cei prezenți a fost și dl Dr. C. Vasiliu-Ploiești, unul dintre cei trei fondatori încă în viață ai revistei. (Ceilalți doi sunt: Dr. V. Bianu și Dr. I. V. Ștefănescu).

Dacă mergem pe firul vremii înapoi, când acum 60 de ani, 24 de studenți în medicină mânați de un foc sacru launtric, au pus bazele revistei Spitalul într'o chilioară a Spitalului Colțea, atunci ochilor noștri li-se arată un lung și măreț șir de volume, în paginile cărora pâlpăește sclipirile minții și roadele muncii încordate a unei pleiade întregi de predecesori, dintre cari mulți nu mai sunt printre noi și de existența cărora ne vorbește »Spitalul«, — mărturie nepieritoare a sbuciumului lor spre mai bine transmis urmașilor drept pildă vie.

Revista »Spitalul« s'a născut din entuziasmul tinereții și dorul de muncă al mediciniștilor romani de acum 60 de ani, — dar cari erau pătrunși de seriozitatea și greutatea misiunii pe cari și-o impuneau — îi lăsăm să vorbească ei înșiși: »Știm că ne impunem o sarcină din cele mai dificile, totuși ca fineri, sperăm că depunând toată energia și toată activitatea noastră vom face ca revista de față să fie o lucrare serioasă și care să merite încurajarea și sprijinul oamenilor ce se interesează de progresele medicinei«. »Spitalul« s'a menținut și-a prosperat dealungul celor șase decenii, datorită tot entuziasmului și spiritului de muncă dezinteresată a altor generații de tineri.

Cu drept cuvânt a spus dl Pamfil Șeicaru în discursul rostit cu ocazia acestei aniversări: »Revista

Spitalul reprezintă un capital moral; 60 de ani de continuitate într'o țară a tuturor discontinuităților; 60 ani de încăpățanată voință pe aceeași linie de direcție, într'o țară a tuturor zigzagurilor«.

Apariția regulată lunară a revistei Spitalul n'a fost întreruptă decât în decursul marelui războiu, dar încă înainte de încetarea lui, în timpul retragerii din Moldova, marele animator de totdeauna al medicinei românești dl Dr. Victor Gomoiu împreună cu alți confrăți tineri, printre cari și dl Prof. Dr. P. Tomescu, au readus la lumină din nou »Spitalul«.

În decursul celor 60 de ani de existență, revistei Spitalul i-a fost dat să vadă apărând și dispărând, multe încă în fașă fiind, numeroase periodice medicale românești. Dealtfel multe din periodicele românești apar ca ciupercile după ploaie, — i-se pare cuiva că este cineva, numai decât scoate o revistă, sau dacă un confrate dintr'o specialitate a scos o revistă, spre a nu se lăsa mai pre jos, scoate și el una. Fruct al megalomaniei, sau cel puțin al unei lipse totale de autocritică, cele mai multe din aceste periodice sunt predestinate unei existențe efemere și fără importanță. Sau sunt, sau nu sunt, tot atâta înseamnă. Într'adevăr e izbitor de jenant să vezi apărând o mulțime de periodice medicale românești, cari nu-și pun nici cel puțin elementara întrebare, că o să aibă mai mulți cititori decât colaboratori? Se poate spune cu drept cuvânt că la noi se citește mult mai puțin, în raport cu cât se scrie.

Inceputurile medicinei noastre sunt legate de revista »Spitalul«. Din paginile lui s'au adăpat serii după serii de medici, în scrisul coloanelor lui și-au format pana și și-au croit drum, cele mai multe din somitățile noastre medicale. În cadrele revistei Spitalul și-au dat mâna studenți în medicină și doctori cu experiența vârstei și profesiunii, formând un tot unitar, necesar nu numai pentru consolidarea unei armonii între generații, dar contribuind totodată la prosperarea revistei. Creștinios acestei tradiții, actualul comitet de redacție se compune din 30 de medici și 30 de studenți în medicină.

»Spitalul« a înfruntat cu eroism greutățile începutului, a știut să lupte cu toate vicisitudinile, pe cari cei 60 de ani pe cari i-a parcurs i le-a pus în cale; și a triumfat cu fiecare an ce s'a scurs, pentru a ajunge la sărbătoarea de acum, ce constituie putem zice, o adevărată sărbătoare a medicinei românești. Căci o putem spune fără nici un motiv de reticență, că puține reviste străine se pot mândri cu o vârstă așa de respectabilă ca cea a Spitalului.

Într'adevăr cea mai mare mândrie pentru »Spitalul«, este trecutul său și de acest trecut putem fi mândri cu toții.

Nu pot să mă abțin a nu spicui câteva din frumoasele cuvinte, rostite de Drul Marius Constantinescu secretarul de redacție al revistei: »Aniversarea de azi, a acestor șase decenii de dâră rezistență și de încordată muncă, ne este cea mai scumpă sărbătoare. La popasul pe care-l facem azi, gândul se întoarce înapoi la acei cari fondatori sau colaboratori, au lăsat o parte din sufletul lor în această revistă... Spitalul a trăit prin viața celor cari au ostenit la propășirea lui... Bătrâni și tineri, un întreg lanț de generații, legați prin același ideal și uniți prin cultul muncii, au depus strădanie și-au purtat generațiilor viitoare un patrimoniu științific național».

Da, revista Spitalul reprezintă pentru noi un patrimoniu științific național, de care trebuie fiecare din noi să ne îngrijim, în marginile posibilităților și aptitudinilor fiecăruia.

Puterea de viață a revistei Spitalul se datorește tinereții, — cel mai mare bun al vieții. Revista »Spitalul« a știut să păstreze secretul vecinicei tinereți. Deși cel mai bătrân dintre periodicele românești, totuși a rămas cel mai tânăr.

»Spitalul« a fost fondat de studenții în medicină, existența lui s'a contopit cu cea a Societății Studenților în Medicină din București și el trebuie să rămână al studenților în medicină, căci aceasta a format elixirul existenței lui dealungul celor 60 de ani.

Cred foarte nimerit a releva în coloanele acestei reviste, propunerea făcută de dl Prof. Dr. P. Tomescu în România Medicală, cu ocazia unui articol jubiliar la adresa »Spitalului«, ca revista »Spitalul« să devină revista tineretului medical din cele trei centre universitare.

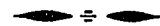
Cred că această realizare ar fi foarte folositoare,

atât pentru formarea tineretului medical din punct de vedere al lucrărilor științifice, cât și prin faptul că ar contribui la schimbul de idei între diferitele școli, formând o mentalitate mai unitară în corpul medical românesc.

»Spitalul« revista studenților în medicină, cum s'a intitulat în primul ei număr apărut în Ianuarie 1881, să fie de azi înainte revista studenților în medicină din întreaga țară.

Cu rădăcinile adânc înfipte în trecutul medicinei românești și cu frunzișul pururea verde de seva tinereții, »Spitalul« va putea dura peste decenii. Generații după generații vor trece din mână în mână focul sacru al dorului de muncă și răspânditor de știință, ce va lumina paginile »Spitalului«.

Revista »Clujul Medical«, pătrunsă de un adânc respect pentru trecutul glorios al Nestorului periodicelor medicale române, urează din suflet revistei Spitalul: »o tinerețe fără bătrânețe... și mereu spre excelsior!



COMPTES RENDUS DES ARTICLES ORIGINAUX DU No. 5—1940

Prof. Dr. G. BUZOIANU: *La nécessité de la modification du règlement militaire sanitaire otologique.*

Du point de vue militaire l'otologie a une importance dans les circonstances suivantes:

a) dans la révision et le classement des malades otopathes.

RECALCIFIEREA ORGANISMULUI

TRICALCINE

TUBERCULOZE
FRACTURI-ANEMIE
SCROFULOZE

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21-Rue Chaptal-Paris IX

ALĂPTĂRI
CREȘTERI
SARCINĂ

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

b) dans le traitement des affections otiques survenues pendant la durée du service militaire.

Le problème du classement des otopathes exige certaines connaissances pour dépister le simulateur uni ou bilatéral. La question de la répartition dans différents services de l'année est importante pour l'auteur car en Roumanie la répartition s'effectue d'après un critère trop large en comparaison de la France par exemple.

L'auteur propose le classement suivant :

surdité unilatérale totale service actif.

surdité unilatérale totale service auxiliaire

surdité totale bilatérale, service auxiliaire à l'intérieur du pays.

Aujourd'hui quand une nation entière est au service de l'armée pendant la guerre, que les femmes et les enfants sont mobilisables dans les services auxiliaires, il est naturel qu'une diminution de l'audition ne soit plus considérée comme une cause de dispense totale. On plaide pour l'adoption des principes des règlements sanitaires des pays occidentaux.

Conf. Dr. L. DANIELLO et Dr. N. BUMBĂCESCU: **Calcifications Pleurales.**

Après avoir fait un court exposé sur les calcifications pleurales par rapport à quelques observations cliniques, les auteurs insistent sur l'évolution très lente des calcifications et sur l'importance de l'examen radiologique et spécialement sur celle de l'examen radiographique qui doit être exécuté non seulement du côté postéro-antérieur, mais aussi du côté transversale.

Dr. ȘT. GÂRBEA et Dr. A. LAKATOS: **Guérisson par, amygdaléctomie d'un grave cas d'ischias rebelle à tout traitement médicamenteux et physique.**

Les auteurs décrivent le cas d'un prêtre quinquagénaire, qui souffrait d'un grave ischias et chez lequel avaient été vainement essayé toutes les méthodes jusque là connues. Des douleurs insupportables le forcèrent à une position verticale et à une imitation statique de singe. Après l'extirpation des tonsilles qui n'ont montré aucun état anatomopathologique, le malade bénéficia d'une guérison dans l'espace d'une semaine.

Dr. I. LASZ et Dr. D. I. STEUER: **Contributions du problème de la migraine thyroïdienne.**

Les nouvelles recherches ont démontré, que la migraine n'est pas une maladie unitaire, mais une forme de réaction, qui se manifeste, si chez un individu, de constitution correspondante existent aussi cau-

ses déclenchantes et sensibilisantes. Parmi les causes sensibilisantes joue un rôle important la glande thyroïde. Grubes et Kogerer ont démontré, que l'accentuation du métabolisme basal est fréquent chez les malades migraineuses et l'intervention chirurgicale (strumectomie) est très efficace.

Chez une malade âgée de 36 ans, il y a 8 ans au cours d'une grossesse se forma un goître à la partie gauche du cou, lequel a grossi avec le temps. Il y a 5 ans le goître avait dégénéré une migraine apparaît sous forme des accès hémicraniens droits, plus tard signe de hypertiroïdisme exophtalmique, tremblement, tachycardie, accentuation du métabolisme basal (59%) et amaigrissement. Après l'opération d'abord la migraine puis l'hypertiroïdisme ont guéri.



GRUNDRISS DER ORIGINALARBEITEN

No. 5—1940.

Prof. Dr. G. BUZOIANU: **Die Notwendigkeit einer Revision der militärischen Bestimmungen auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde.**

Die Bedeutung der Otologie besteht von militärdienstlichem Standpunkte in :

- a) Überprüfung und Zuteilung der Ohrenkranken.
- b) Behandlung der im Militärdienste entstandenen Ohrenaffektionen.

Die Zuteilungsfrage verlangt genaue Kenntnisse über die Erkennung der ein-oder beiderseitigen Simulanten.

Da bei uns in Rumänien, die Zuteilung der Ohrenkranken an den verschiedenen Dienstgruppen geschieht, im Vergleiche zu dem in Frankreich üblichen Vorgehen, auf dem Grunde von zu breiten Kriterien, empfiehlt der Verfasser folgende Klassifikation :

Einseitige, partielle Taubheit-tauglich zum Frontdienste.

Einseitige totale Taubheit-tauglich zum Hilfsdienste.

Beiderseitige totale Taubheit-tauglich zum Hilfsdienste im Hinterlande. Heute, wo im Kriegsfall, die ganze Nation, Frauen und Kinder, mobilisiert werden, darf die Schwerhörigkeit keinen Grund zur Enthebung vom Militärdienste bilden.

Conf. Dr. L. DANIELLO und Dr. N. BUMBĂCESCU: **Pleuraverkalkungen.**

Nach dem die Verfasser über mehrere eigene Beobachtungen von pleuralen Verkalkungen kurz berichten, stellen sie Betrachtungen an über den beson-

deren Wert der Röntgenuntersuchung, besonders der Aufnahmen in frontala und Querstellung für die richtige Diagnose dieser nicht zu seltenen Veränderung.

Dr. ȘT. GÂRBEA und Dr. A. LAKATOS: Heilung einer schweren und hartnäckigen Ischias, die jeder medikamentösen und physikalischen Behandlung trotzte, durch Amygdalectomie.

Die Autoren beschreiben den Fall eines 51-jährigen Pfarrers, der an einer schweren Ischias litt und bei welchem alle bisher bekannten Heilmethoden ohne Erfolg versucht worden waren. Unerträgliche Schmerzen zwangen ihn zu vertikaler Lagerung und Nachahmung der Haltung von Affen beim Gehen. Es bestand eine beträchtliche paravertebrale, linksseitige Kontraktur mit nach Vorne gerichtetem Winkel; die dorso-lumbare Wirbelsäule zeigte eine Wölbung nach hinten und zwar an statt einer Lordose eine gegen rechts gerichtete Skoliose zu sehen.

Durch Extirpation der Mandeln, welche klinisch keinen pathologischen Befund zeigten, gelang die Heilung des Kranken innerhalb einer Woche.

Dr. I. LASZ und Dr. E. I. Steuer: Beiträge zum Probleme der thyreogenen Migräne.

Wie die neueste Erfahrung gezeigt hat, ist das Migrän keine einheitliche Erkrankung, sondern eine Reaktionsform, die dann zu manifesten Symptome führt, wenn neben entsprechender Konstitution auch auslösenden Ursachen spielt die Schilddrüse eine wichtige Rolle. Gruber und Kogerer haben nachgewiesen, dass eine Grundumsatzsteigerung bei Migränikern häufig ist und bei diesem sog. thyreogenem Migrän die Operation (Strumektomie) eine erfolgreiche Behandlungsmethode darstellt.

Es wird die Krankengeschichte einer 36 J. Patientin mitgeteilt, bei der vor 8 Jahren im Anschluss an einer Gravidität auf der linken Halsseite eine Struma entstand, welche im Laufe der Jahren allmählich grösser wurde. Vor 5 J. degenerierte die Struma, es traten Kopfschmerzen in Form von rechtsseitigen hemikranischen Anfällen mit transitorischer Fazialisparese dann Basedowsymptome: Exophthalmus, Tremor, Tachycardie, Grundumsatzsteigerung (+59), und Abmagerung auf. Nach der vorgenommenen Operation heilte zuerst das Migrän, dann die Hyperthyreose.

SOCIETĂȚI MEDICALE

SOCIETATEA ȘTIINTELOR MEDICALE DIN CLUJ

Sedinta din 27 Ianuarie 1940.

Prezidează: Prof. Dr. M. STURZA președinte.

Conf. Dr. P. Vancea: **Încercări de chimioterapie în trachom.**

Primele încercări de chimioterapie în trachom au fost făcute de americanii Loe și Ltan în Februarie 1938 cari au publicat mai multe cazuri de vindecări la copii. De atunci, observațiile s'au înmulțit. Pol Richards, Wessely Förster, Phyllip Thygeson au făcut cunoscut rezultatele pe care le-au obținut la 12 copii indieni suferind de trachom activ cu ipertrofiie foliculară și panus, notând în toate cazurile o ameliorare surprinzătoare după 4½ luni de tratament cu sulfamide. Această ameliorare era caracterizată prin dispariția foliculilor trachomatoși și oprirea aparentă a activității procesului cornean.

Cercetările mele personale în această chestiune au început în Mai 1939 și au fost făcute pe 55 bolnavi cari-au fost observați timp de 5 luni (Mai—Septembrie 1939).

După evoluția și forma clinică a trachomului, acești bolnavi pot fi grupați astfel:

42 cazuri trachom folicular,

2 cazuri trachom difuz fără granulații, caracterizat numai printr'o îngroșare difuză a mucoasei tarsului și a fundului de sac superior,

12 cazuri de cheratită trachomatoasă, infiltrație epitelială și panus vascular. Patru din acești din urmă bolnavi, prezentau înafară de infiltrația corneană, ulcerații situate la limita inferioară a panusului.

În aceste încercări terapeutice m'am servit de 2 derivate sulfamidate: Sulfazol „Hygea” și Rubiazol.

Bolnavii au fost grupați în 5 serii: Bolnavii din prima serie au primit o doză zilnică de 4 comprimate de 0 gr. 30 sulfazol sau rubiazol timp de 8 zile, pauză 4 zile, apoi din nou sulfamide 8 zile și așa în mod alternativ, tratament, pauză, timp de 4 luni. Bolnavii din cea de a 2-a serie au primit înafară de sulfazol per os, sulfazol în aplicații locale sub forma unei pomezi de 5%, cei din seria 3-a numai sulfazol în pomadă, bolnavii din seria 4-a au primit sulfazol per os după curetajul îngrijit al granulațiilor trachomatoase, iar cei din seria 5-a au fost tratați prin masajul granulațiilor urmat de aplicarea locală de pomadă cu sulfazol.

Chiar din primele zile, am notat în toate cazurile o ameliorare surprinzătoare caracterizată prin dispariția tulburărilor subiective, a durerilor cheratice și îmbunătățirea A. V. fără ca totuși să pot constata o schimbare anatomică apreciabilă. Abia mai târziu se poate observa o mai mare înlădire a pleoapelor, desinfiltrarea țesuturilor, reducerea hiperplaziei papilare, micșorarea secrețiilor conjunctivale și mai ales tendința la cicatrizare a ulcerelor și clarificarea panusului. Reducerea evidentă a granulațiilor nu este vizibilă decât după aproximativ 3 luni, în general din momentul în care bolnavul a ingerat o cantitate totală de 60—70 gr. sulfazol „per os”.

Bolnavii tratați chirurgical și prin sulfamide, au prezentat o evoluție dintre cele mai fericite caracterizată mai ales prin dispariția rapidă a fenomenelor reacționale după curetaj și cicatrizarea în condițiuni optime a conjunctivei prin intermediul acțiunii chimice a sulfamidei care se adaugă acțiunii



mecanice a actului chirurgical. Bolnavii din seriile 4 și 5 astfel tratați au fost vindecați de trachomul lor într'un interval de timp de 4—6 săptămâni.

Din aceste încercări rezultă că efectul terapeutic al produsilor sulfamidați asupra trachomului este înafară de orice discuție. Prima concluzie care se impune în mod hotărât este transformarea sigură și considerabilă a prognosticului complicațiilor corneene ale trachomului.

Prof. Teșosu, Dr. Bruda și Dr. Popa: Un caz de epiteliom al rinich'ului stg. operat.

Ne permitem să prezentăm în fața Domniilor Voastre, un caz de cancer renal, operat recent în Clinica Urologică, care prezintă unele particularități întâlnite foarte rar în asemenea afecțiuni.

Bolnava R. F., de 39 ani, casnică, din comuna Coșava, jud. Severin, este internată în ziua de 10 Decembrie 1939 în serviciul Clinicii Urologice.

Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

În antecedentele personale găsim că a suferit la vârsta de 6 ani de pojar iar la 10 ani, de scarlatină.

Până la debutul bolii actuale, nu a suferit de vreo altă afecțiune a aparatului uro-genital.

Boala actuală, datează, după afirmațiile bolnavei de 4 luni, debutând în mod insidios printr'o indispoziție generală cu diminuarea progresivă a forțelor fizice, și o durere continuă, profundă și abia perceptibilă în flancul stâng și regiunea lombară stângă.

Acestor fenomene însă, nu le-a dat nici o importanță până în 2 Noembrie — adică după 2 luni de la debut, când în mod spontan, fără a se fi expus vreunui efort oarecare, constată prezența unei ușoare hematurii timp de 2 zile. Concomitent durerile lombare se accentuează mai mult, are febră și senzație de vomitare.

După 2 zile, aceste fenomene dispar, pentru a reapare după 3 săptămâni, cu o intensitate și durată mult mai mare.

De data aceasta constată în flancul stâng și prezența unei formațiuni tumorale puțin dureroasă la presiune.

Cu aceste fenomene se internează în clinică.

Bolnava e debilă, cântărește 52 kgr. ușor anemiată. Temperatura 37,2°, pulsul 76.

Cord, tub digestiv, sistem osos și sistem nervos, integr.

Polul inferior al ambilor rinichi se palpează, sensibilitatea la presiune fiind mai mare la stânga.

Ureea în sânge 0,34‰; Constanta Ambard 0,061; Urina ușor hematurică cu urme de albumină.

În sediment: săruri amorfice, hematii și celule descuamative.

La examenul cromo-cistoscopic se constată o ușoară congestie a vezicii, orificiul ureteral stâng injectat, fără contracțiuni și fără eliminare de colorant. Orificiul ureteral drept normal, cu dinamism și funcțiune cromo-secretorie normală.

În pielografia ascendentă bilaterală, se constată tabloul următor: în dreapta: nefrograma mărită situată sub rebordul costal, descinzând până la nivelul crestei iliace. Imaginea pielocaliculară anormală. Ureterul deviat înspre coloana vertebrală descrie o mică crosă în $\frac{1}{3}$ inferioară, având concavitate înăuntru.

În stânga: conturul nefrogramei la fel puțin mărit, în parte mascat de gaze — are situație normală.

Imaginea pielocaliculară cât se poate de interesantă. Forma de pâlnie a bazinetului modificată, contur neregulat.

Calicele flecare prezintă o dilatație, fiind de contur bine delimitat — lipsindu-le ramificațiile papilare. Au suprapuse alte formațiuni umplute cu substanță de contrast. Deasupra marginii superioare a coastei a 12-a, se constată câteva umbre ovalare cu margini șterse, de aspectul cavernelor pline cu secreție purulentă, fără a fi umplute de substanță de contrast. Ureterul puțin deviat înspre coloana vertebrală are traect normal.

În fața acestui tablou, care prin nimic nu pledează pentru tumora renală, modificările prezentate în imaginea pielografică pledând mai mult pentru o pioniroză închisă, bazați și pe lipsă de tumoră în flancul stâng, palpându-se doar numai polul inferior al rinichiului stâng, având în vedere hematuria, durerea și lipsa de eliminare a substanței colorante din stânga, se decide lombotomia exploratoare.

Op. Prof. Teșosu, ajutor Dr. Bruda și Dr. Popa.

Anestezie intra-rahidiană cu Novocaină.

Se face lombotomie stângă cu rezecția ultimei coaste. Intrând în loja renală, găsim grăsimea para-renală infiltrată înspre polul superior și mult mai vascularizată. Rinichiul e mărit de volum, alungit și lobat în $\frac{1}{3}$ mijlocie și superioară. Defășurarea grăsimii și eliberarea polului superior se face cu mare greutate.

În fața modificării exterioare a rinichiului, care pledează pentru un neoplasm renal, decidem și executăm nefrectomia. Drenăm cu 2 tuburi de cauciuc și mai multe meși și închidem parțial plaga.

Mers postoperator cât se poate de bun, bolnava părăsind clinica cu plaga vindecată în 23 Ianuarie 1940.

Piesa extirpată prezintă un neoplasm dezvoltat la polul superior al rinichiului, invadând în parte și basinetul, proeminând în calicele superior și mijlociu, unde toate papilele sunt transformate în țesut friabil, tumoral. În restul rinichiului nici o modificare în corticală și medulară.

Am prezentat acest caz pentru a arăta manifestarea puțin comună a bolii, lipsind simptomele clasice de diagnostic. Forma rară a neoplasmului situat la polul superior, și pentru demonstrarea pielografiei ascendente, cu totul necorespunzătoare imaginii obișnuite dată de cancerul renal.

Prof. Dr. Ioan Goia, Dr. A. Moga, Dr. P. Vancea: Considerațiuni în legătură cu un caz de boala lui Feer-Swift-Setter.

Autorii prezintă un caz cu această boală rară la noi, numită și acrodinie infantilă. În literatura românească n'am găsit decât un singur caz publicat în teza lui Rădoi.

K H. de 9 ani, din Bistrița, intră în Clinica Medicală II din Cluj în ziua de 30 Nov. 1939 pentru hipertensiune arterială, albuminurie, o serie de turburări nervoase, cardiace, digestive și alterarea stării generale.

În antecedente, la 6 ani a prezentat un exantem urticariform care timp de 6 săptămâni apărea și dispărea dimineața și pe care un medic l-a considerat de scarlatină. La 8 ani a suferit de turburări digestive caracterizate prin febră, constipație și vărsături cari au dispărut după un tratament cu lactoferment. La aceeași vârstă tuse convulsivă.

Boala pentru care a fost internat în Clinică a început în Oct. 1938, în mod insidios cu dureri de cap, cari apăreau de 2—3 ori pe săptămână și țineau 1—2 ore, inapetență, slăbire în greutate, indispoziție generală și enureză nocturnă. Medicul curant îl tratează la început pentru debilitate generală apoi pentru paraziți intestinali.

Starea bolnavului se agravează în mod brusc în ziua de 27 II. 1939. Deodată se prezintă vărsături, câteva scaune diareice și o stare de stupeoare care durează foarte puțin timp. După aceea bolnavul rămâne cu vărsături, dureri de cap și o stare de somnolență. Medicul consultat îl constată în afară de simptomele acestea și rigiditatea cefei și îi face diagnosticul de meningită tuberculoasă.

Bolnavul este internat într'un spital din București unde rămâne 5 săptămâni. În acest interval de timp prezintă pe lângă simptomele de mai sus și febră care oscila între 37—39° timp de 2 săptămâni — când temperatura a revenit la normal — tachicardie (108—132 pe minut), mai târziu apar și dureri abdominale generalizate, eliminându-se prin scaun un fel de mucomembrane.

Se fac numeroase puncții lombare dintre care primele au dat un lichid sanghinolent, în care nu s'a putut pune în evidență bacilul Koch, nici prin inoculare la cobai.

La 23 zile dela internare se face un examen al fundului de ochi și se constată aspectul de „Neuroretinită albuminurică”. Atunci se examinează pentru prima dată urina și se constată o densitate de 1016. albuminurie 0,33 grame ‰, în sediment cilindri hialini, rari cilindri granuloși. Urea în sânge 0,30 grame ‰. Tensiunea arterială: maxima 22, minima 18 cm. Hg. Într'un consult se stabilește diagnosticul de scleroză renală și se face un prognostic infaust. Bolnavul în acest timp este foarte slab, somnolent, are mereu vărsături.

Având în vedere prognosticul stabilit, bolnavul este dus de părinți acasă unde rămâne timp de 1 lună. În acest interval copilul devine foarte nervos, prezintă niște mișcări și atitudini bizare, părinții observă că adeseori se lovește cu pumnul. Constipația se accentuează și prin scaun elimină mucomembrane mari, unele de 40 cm. lungime. Are dureri abdominale, rareori temperatura se ridică până la 37,1°. Cantitatea de urină variază între 200—700 cm. cubi, cu o densitate de 1004—1014, tensiunea arterială 18—11. După 2 săptămâni starea generală prezintă o ușoară îmbunătățire.

Pe la sfârșitul lunii Aprilie 1939 — la 2 luni după agravarea boalei — copilul este internat în spitalul Colentina, unde se stabilește diagnosticul de *Nefrită hipertensivă*. Este supus unui regim declorurat cu foarte puțin lichid. Se fac în spital o serie de examinări:

R. Wassermann în sânge: negativă.

Leucocitoza 14.000.

Tablou sangvin:

Polinucleare neutrofile:	68%
Limfocite:	16%
Monocite:	14%
Eozinofile:	2%

Tensiunea arterială: 17 $\frac{1}{2}$ —13.

În urină albumină pozitiv (0,25 grame la ml); în sediment cilindri hialini.

Metabolismul bazal +20%.

Electrocardiograma arată o tachicardie sinusală cu unda T. negativă în toate 3 derivațiile.

Starea bolnavului, începe să se amelioreze. Durerile abdominale dispar, deasemenea și eliminarea de mucomembrane încetează, se constată o creștere în greutate. Părăsește spitalul după aproape 4 săptămâni, și rămâne 22 zile acasă, unde ameliorarea continuă, așa încât pacientul pentru prima dată poate face 5—6 pași pe jos. Tensiunea arterială a scăzut la 16.

OPOBYL

COMPOZITIE

Extract hepatic-
Săruri biliare
Bolds și Combretum
Podophyllin
și Evonimin.

FARMACODINAMIE

Colagog reductor al
funcțiilor entero-
hepatice.
Decongestiv al fici-
tului și intestinului.

INSUFICIENȚE HEPATICĂ ȘI BILIARĂ

Ictere, Hepatite și Ciroze,
Angiocolite și Colecistite,
Litiază biliare, Enterocolite,
Constipații cronice,
Stări hemoroidare.

Mod de Intrebuițare :

Una la două dragel la începutul sau
la sfârșitul meselor, de 2 sau 3 ori
pe zi.

Laboratoires A. BAILLY
15, 17, Rue de Rome, PARIS (8^e)

Reprezentant: J. LIEUZE, & J. POL, București III. Str. Vrajitoarei 9.

Pleacă la Viena unde stă sub tratamentul Doc. Dr. Kahler o lună de zile. La Viena avându-se în vedere că examinările au arătat funcțiunile renale bune (puterea de concentrare a rinichilor depășea cifra de 1030), hipertensiunea a fost atribuită unei afecțiuni a vaselor cerebrale (Gefäßverengerung), simptomele renale fiind consecința și nu cauza ei. Se instituie un regim mixt, tratament cu injecții vaccineurin, dar tensiunea crește la 21—22,5 pentru maxima și atunci pacientul pleacă acasă. De remarcat că până ajunge la Viena pozițiile bizare pe care le lua copilul erau atribuite durerilor abdominale. Atunci se observă că deși nu are dureri, el ia atitudini curioase de ex. cu genunchii încrucișați și capul plecat pe genunchi.

Acasă continuă tratamentul început la Viena și se constată o ameliorare a stării generale, dar e foarte nervos, tensiunea maximă variază între 21—23 cm. Hg. Pe la 1 VIII. 1939 devine neliniștit, începe să vorbească fără control, reapare rigiditatea cefei. I se face o puncție lombară lichidul extras fiind clar; i se face dg. de iritație meningeală. Copilul rămâne într'o stare de torpoare, dar după câteva ore apar mișcări convulsive (epileptiforme), după aceea prezintă faze de obnubilare, alternând cu faze de luciditate, dar cu turburări de memorie care în 3 zile. Tensiunea arterială ajunge la 24. Albuminuria 3‰ Essbach. După câteva zile i se extrag niște dinți (focare de infecție), după aceea în decurs de 8 zile se produce o ameliorare rapidă, T. A. scade la 12—15, albuminuria dispare. În

2 luni crește în greutate 9 kg. și devine aproape sănătos. După 37 zile însă reappare albumina din când în când în mod trecător. Mai târziu începe să crească tensiunea până la 22 $\frac{1}{2}$, albuminuria devine permanentă. În Nov. 1939 are din nou cefalee, nervozitate și un fel de „mişcări coreiforme”, apar vărsături, oligurie (dens. 1013—1028), albuminuria ajunge la 5 $\frac{0}{100}$ -Essbach.

În această stare copilul este internat în Clinică.

Examenul obiectiv. Statura corespunzătoare vârstei. Tegumentele palide, țesutul celulo-adipos aproape complect dispărut, musculatura mult redusă. Scheletul osos intact, ganglionii nu sunt măriți, temperatura normală.

Exoftalmie moderată. Pupilele egale, centrale, rotunde, cu reacții bune. Reflexele patelare păstrate. Bolnavul nu poate sta pe picioare, nu poate face nici câțiva pași (hipotonie musculară foarte pronunțată). În pat adeseori la poziții bizare: fie în chip „de Ghandi” sau cu genunchii încrucișați și capul rezeamat pe genunchi, sau poziție de „Mahomedan” sau de „cocoș de pușcă”. Adeseori prezintă mișcări care se aseamănă cu acelea din choree, alteori se lovește cu pumnul în coapsa sau brațul de partea opusă.

Din partea aparatului respirator nu se constată nimic patologic.

Aparatul circulator: Vârful inimii bate în al 6-lea spațiu intercostal stâng, deplasat puțin înafara liniei mamelonare. Aria matității precardiace mărită mai ales în sens longitudinal. Sgomotele cardiace destul de clare, totuși se aude un ritm de galop; frecvența ritmului cardiac 140 pe minut. Pulsul egal, ritmic, destul de bine bătut. Tensiunea arterială 23—16 $\frac{1}{2}$ cm. Hg.

Electro-cardiograma: tachicardie sinuzală. Unda P și intervalul P-R normale. Segmentul S. T. II—III deplasat în jos, unda T. I-III negativă.

Din partea aparatului digestiv și a glandelor anexe nu se constată nimic obiectiv. Splina nu este mărită.

Urina galbenă, clară, densitatea 1010; albumină „ad fundum petens”, purul și zahăr negativ. În sedimentul urinar cilindri granuloși și hialini.

În sânge Reacția Wassermann negativă, urea 0,52 grame $\frac{0}{100}$. Clorurii 500 miligrame $\frac{0}{100}$. Viteza de sedimentare a globulelor roșii după 1 oră=10, după 2 ore=23.

Examenul radiologic pulmonar nimic deosebit, inima pare ușor mărită, în deosebi ventriculul stâng. Stomac, duoden radiologic normal. Tranzitul intestinal mult întârziat.

Funcția lombară: se extrage un lichid xantocromic, R. Pandey pozitiv, Nonne Appelt negativă. Trei (3) elemente celulare pe lama Fuchs Rosenthal.

Examenul ocular se face la 3. XII. 1939: se constată în ambele părți leziuni întinse care ocupă electiv polul optic retinian. Aceste leziuni consistă în pete albe de o morfologie foarte variată; unele ca niște picături altele în formă de dungi dispuse în formă de stea în jurul maculei, cele mai numeroase prezentându-se însă sub aspectul unor adevărate placarde ocupând zona dintre maculă și papilă. Contururile discului optic nu se observă și vasele par înecate într'un nor. Reglunea peripapilară edemățată, prezintă discrete focare hemoragice punctiforme. În dreptul ecuatorului, există focare de chorio-retinită, unele recente, altele în plină evoluție sau în curs de cicatrizare. Arterele foarte subțiri, tensiunea arterială retiniană, după tehnica lui Bailliarat peste 60 mm Hg. Indicele lui Fritz peste 20, tensiunea oculară normală. Câmpul vizual strâmtat concentric cu un intens scotom paracentral. Vederea O. D. 1/8, O. S. 1/4.

În fața acestui tablou s'a pus dg. de: *Retinită a hipertensiunii arteriale.*

Mersul boalei: Bolnavul a fost internat prima dată în Clinică dela 30. XI.—21. XII. 1939. În acest timp el prezintă, în afară de simptomele descrise mai sus, o inapetență foarte pronunțată, refuzând zile întregi aproape orice aliment; constipație, o stare de depresiune psihică și indiferență față de părinți chiar, oligurie și albuminurie intensă.

La 7. XII. se institue tratamentul cu Raze X asupra supra-renalilor, sinusului carotidian și hipofizei. Tensiunea arterială scade progresiv până la 16—13 cm Hg. După a 4 ședință. În același timp se produce o stare de depresiune psihică și mai pronunțată din care cauză se întrerupe tratamentul.

Considerațiuni. Autorii insistă în primul rând asupra Dgs. în acest caz. Pelegrinajul bolnavului prin diferite servicii spitalicești atât în țară cât și la Viena au dus la tot aștepta diagnosticuri, din cauza lipsei simptomelor vaso-motorii periferice, care au făcut să se dea boalei numele de acrodinie. În cazul acesta este o acrodinie fără simptome periferice, ceace ne reamintește prin analogie scarlatina fără exantem. Turburările nervoase atât de complexe, simptomele digestive, tachicardia și hipertensiunea la un copil de 9 ani permit să se stabilească cu certitudine diagnosticul de boala lui Feer. Asupra etiologiei domnește și azi o incertitudine absolută. Dintre diferitele teorii emise, cea infecțioasă, pare mai apropiată de adevăr. Leziunile anatomice se localizează în anumiți centri nervoși și interesează și sistemul simpatic, de multe ori în întregime. Simptomele clinice sunt expresia acestor leziuni.

Deși tabloul clinic este caracteristic, chiar și în absența fenomenelor de „acrodinie” cazul prezentat este deosebit de interesant datorită anumitelor particularități și anume: Tabloul clinic este dominat de hipertensiunea arterială, care atinge un nivel cum nu a fost descris în nici unul din cazurile publicate (23—24 pentru maximă, 17—18 minimă). Adaugând la aceasta albuminuria, care de obicei este slabă ori lipsește, precum și simptomele cardiace, ne găsim în fața unui „sindrom cardio-renal” care a putut induce în eroare observatorii anteriori.

Electrocardiograma, când a fost înregistrată, a fost găsită întotdeauna normală. Modificările constatate în acest caz, unice deci, pot fi în legătură fie cu repercursiunea hipertensiunii permanente asupra circulației coronariene (insuficiență coronariană) sau este datorită unor sufuziuni sanghine în miocard. Existența acestora a fost pusă în evidență la autopsie de unii autori.

Autorii insistă însă asupra aspectului interesant al fundului de ochi, care cadrează cu constatările generale.

Radioterapia a dat rezultate mulțumitoare, se fac rezerve însă asupra evoluției ulterioare.

Notă. Pacientul a mai fost internat în Clinică din nou în 2 rânduri în lunile Ianuarie și Februarie 1940. Starea generală s'a ameliorat foarte mult, tensiunea a scăzut la normal, albuminuria a dispărut complect încât pentru câteva săptămâni, copilul a devenit aproape complet sănătos. Mai târziu tensiunea a început să crească din nou, ajungând la 19. Părăsind a 3-a oară clinica, face o gripă în urma căreia sucombă.

Prof. Dr. Gh. Popoviciu și Dr. Oct. Pop: Două cazuri de acrodinie infantilă.

În România acrodinia este foarte rară și pare a se fi înmulțit de dată mai recentă. Înaintea celor 2 cazuri văzute de autori, nu s'a mai descris decât 1 singur caz. După data observațiilor autorilor, s'au mai văzut și de alți autori încă 3-

DURERI

La dureri mari

(Nevralgii, colici, cancer, dureri postoperatorii).

Pentru pregătirea narcozei

**Pentru calmarea iritațiilor
tusive**

EUKODAL Merck

Fiole de 0,01 și 0,02 g ./. Tablete de 0,005 g
Supozitoare de 0,02 g .

E. MERCK • DARMSTADT

Reprezentanța generală: **CHIMIROMAN**, Farmacist Liviu Bancu,
BUCUREȘTI I str. T. G. Masaryk 32

BCU Cluj / Central University Library Cluj

STANNOXYL

FURUNCULOZA

și toate maladiile cu stafilococi, antrax,
ulcior la ochi, abces al sânului, acnee.

Produs cu bază de staniu și oxid de
staniu preparat după lucrările științifice

de A. Frouin.

LABORATOIRES ROBERT ET CARRIÈRE
1 et 1 bis, Avenue de Villars, PARIS (VII-e)

DEPOZIT PERMANENT:

„DROGUERIA STANDARD“ S. A. R. BUCUREȘTI I, Str. Sf. Ionică No. 8

cazuri. La acestea s'ar mai putea adăoga 2-3 cazuri a autorilor, văzute în ultimii ani, cari n'au prezentat decât o simptomatologie incompletă și nesigură, plus un caz al autorilor observat după încheierea lucrării ae față. Cu excepția primului caz din România observat în 1932, la București, unde în prealabil s'au înregistrat epidemii destul de mari de exantem miliariform, complicat uneori cu encefalite, cât și o epidemie relativ mare de paralizie infantilă, toate cazurile s'au observat recent (cu excepția unui singur caz din 1931, semnalat abia acum) în Nord-Vestul țării, unde au survenit numai mici epidemii sau cazuri sporadice de paralizie infantilă și encefalite.

Cele 2 cazuri observate de autori au prezentat simptomatologia aproape clasică în complexul lor. Într'unul din cazuri s'a observat în plus o hidrocefalie ușoară cu hipertensiunea lichidului cefalorahidian, fără reacțiuni celulare sau chimice nenormale (în tot cazul zahărul ridicat spre limita superioară normală), producându-se o ameliorare bruscă după encefalografie și autoliticoterapie; la proba ortostatică (Danielopolu, cu atropină 9/10 mgr.) și la proba cu adrenalină (făcute ambele în stadiul de ameliorare a boalei), s'a constatat o hipersimpaticotonie cu ușoară tendință la vagotonie.

P-ul sanghin a fost găsit scăzut, Ca-l sanghin la limita inferioară a nivelului normal, zahărul sanghin mărit în acelaș caz (copil de 1 $\frac{3}{4}$ ani), care prezenta totodată o ușoară mărire a tensiunii sanghine și a tahicardiei față de cazul al 2-lea (de 1 an 5 luni), în care (determinat într'o fază de regresione a boalei, mai înaintată ca în cazul No. 1) P-ul sanghin a fost mai ridicat (la limita inferioară a nivelului normal), Ca-ul sanghin la limita superioară a valorii normale și zahărul sanghin ușor scăzut. Biochimia cazului 1 este mai mult rahitică, ceea ce ar putea pleda până la un punct pentru originea rahitică a hidrocefaliei din acest caz (în tot cazul cu lipsa altor simptome clinice tipice de rahitism, față de simptomele osoase accentuate rahitice din cazul 2 fără hidrocefalie).

Prof. Dr. G. Popoviciu: **Acrodinia infantilă** (conferință).

Se dă o punere la punct a cunoștințelor actuale asupra acrodiniei, în cece privește etiologia, simptomatologia, evoluția, prognosticul, complicațiile, formele clinice, diagnosticul, anatomopatologia, patogenia și tratamentul boalei. În genere boala se caracterizează prin coexistența unui sindrom paroxistic dureros și sudoral, cu un sindrom psihic și tahicardie. De cele mai multe ori ea prezintă o simptomatologie bogată: manifestări cutanate, în special eriteme permanente de aspect scarlatinos la mâni și picioare (cu mâncărime, sudori profuze, macerațiuni, eventual cianoză și descuamații); turburări neuromusculare, cu dureri vii, ipotonie până la incapacitatea de a umbla și sta; turburări circulatorii în special tahicardie și mărire a presiunii arteriale; tristețe, insomnie sau inversiunea ritmului somnului.

Conform cunoștințelor actuale etiologia infecțioasă este cea mai verosimilă. Se poate incrimina un virus neurotrop filtrabil încă neidentificat. Este prudent să se facă o izolare a bolnavilor pe câteva săptămâni. Relațiile acrodiniei cu gripa, boala lui Little sunt puțin probabile, par puțin strânse cele cu paralizia infantilă și indirecte cele cu encefalita acută. Simptomele numai în parte se pot explica prin participarea sistemului endocrin, în special a suprarenalei. Cele mai multe manifestări clinice sunt în legătură cu turburările sistemului neurovegetativ, ale cărui leziuni inflamatorii deși discrete, totuși s'au găsit la autopsie. Simptomele mai necesită cercetări farmacodinamice și de laborator, cari probabil vor arăta rolul

simpaticului și parasimpaticului în turburările produse. Alterațiunea cerebrală interesează în special diencefalul și regiunea subtalamică (ventriculul al 3-lea), unde se găsesc nuclei vegetativi, cari reglementează schimbările organice, diferite turburări de metabolism și tonusul muscular.

Acrodinia este o pansimpatică prin leziuni nedestructive (Péhu-Dechaume-Boucomont). Alături de rolul factorilor infecțioși se poate admite o predispoziție a sistemului organovegetativ, combinată cu o carență în vitamina B₁ și B₂ (B₆).

Dr. Macavei și Dr. Fodor: **Melanosarcom secundar al ficatului**. (Comunicat la ședința din 13, I. 1940).

Este vorba de o femeie în vârstă de 47 ani, care întră în serviciul clinicii Medicale I din Cluj. Boala pentru care vine în clinică a debutat înainte cu 3 luni, de când bolnava observă că începe să slăbească, să piardă din greutate și mai ales în forțele fizice. Cam la 1-2 săptămâni i-a apărut o tumefacție în epigastru însoțită de senzația de greutate și presiune, fără dureri, tumefacție care a devenit tot mai mare, ajungând până la dimensiunile actuale. De 2 săptăm. se simte în balonată după alimentație fără să albă dureri. Pofta de mâncare e ușor diminuată, scaunul regulat.

La ex. obiectiv constatăm că tegumentele sunt puțin mai palide, țesutul celulo-adipos și muscular reduse, bolnava este emaciată. gl. nu sunt prinși, sistemul osos intact.

Pulmonar și cardiac nu găsim nimic patologic.

Abdomenul este balonat, ne frapează bombarea regiunii epigastrice. Dacă privim cu atenție observăm și o ușoară circulație colaterală. La palpate dăm de o rezistență destul de întinsă care cuprinde în întregime hipocondrul drept, regiunea epigastrică, depășind - în stânga cu trei degete linia mediană iar în jos se întinde până la două degete deasupra ombilicului. Suprafața acestei rezistențe de o consistență mai mult dură este în general regulată, prezentând în dreapta ușoare neregularități.

În partea declivă a abdomenului semne de lichid liber (la intrarea în clinică nu era).

Splina nu este mărită.

În urină nu se găsesc elemente patologice.

După acest sumar examen ne dăm seama că ne găsim în fața unui ficat mare, dur, regulat, nedureros la presiune.

Afecțiunile care pot să dea un tablou clinic asemănător sunt destul de numeroase și anume:

În *sifilisul hepatic terțiar* ficatul este sensibil, de cele mai multe ori hepatomegalia acompaniindu-se de splenomegalie. Suprafața ficatului este neregulată (fofe ficel). În majoritatea cazurilor sunt prezente și adenopatiile. Reacția B. W. și un tratament ex juvenibus ne dau certitudinea unei hepatomegalii sifilitice - ceiace la cazul nostru n'am putut verifica.

În *limfogranulomatoză* putem întâlni forme hepatice pure dând loc la o hepatomegalie izolată fără participarea și a ggl. în mod vizibil la procesul limfogranulomatos. Evoluează însă întotdeauna cu febră ondulantă, prurit și o stare generală relativ bună, având o evoluție mai lungă.

Ficatul cardiac poate să ne dea dificultăți de diagnostic, în formele de asistolie hepatică pură, când semnele insuficienței cardiace pot fi foarte reduse. La un examen amănunțit punem însă în evidență fenomene cari ne indică leziunea cardiacă: dispnee ușoară, cianoză, tuse nocturnă, tahicardie, arătându-ne calea adevăratului diagnostic.

Lipsind febra, leucocitoza polinucleară ca și durerea atât

de caracteristice în *abcesul amibian* înlăturăm și această posibilitate.

Excludem deasemenea *ficatul amiloid* care e de o consistență mai moale și unde leziunile cele mai pronunțate le avem din partea aparatului renal, albuminurie intensă și edeme.

Chistul hidatic central poate să ne dea hepatomegalie asemănătoare. Există însă o serie de probe biologice R. Weinberg-Pârvu, R. Cassoni, euzinofilia a căror negativitate ne indică cu destulă precizie că în cazul nostru nu poate să fie vorba despre o *echinococoză* hepatică.

Evoluția senilă, slăbirea pronunțată a bolnavei în forțe fizice și greutate ne face să excludem și *cirozele*, simptomatologia pledând pentru un *proces tumoral malign*, cancer primitiv sau secundar sau sarcom hepatic.

Cancerul primitiv al ficatului este f. rar, în cancerul sec. găsim de obiceiul punctul de plecare dela stomac, mamelă etc. În cancerurile hepatice de obiceiul ficatului este neregulat, evoluează uneori cu icter. În cazul nostru fără să avem icter avem o urină de culoare închisă neagră.

Căutând însă pigmenți biliari vedem că sunt absenți.

Am făcut atunci cercetări în altă direcție; colorii asemănătoare ale urinei întâlnim în porfirinurie care evoluează însă cu exanteme la cel mai mic contact al tegumentelor cu razele solare, producându-se o dermatită exfoliativă, după aceea în alcaptonurie când urina la emisie este de culoare normală, expusă însă la soare sau adăogându-i-se alcaline se înegrește.

În cazul de față, urina, clară la emisie observăm că se înegrește dacă stă puțin la aer sau dacă-i adăogăm perclorură de fier. Este vorba de *melanurie*, un important simptom patognomic în tumorile melano-sarcomatoase când pigmentul melanic eliminat sub formă de melanogen, în prezența aerului se oxidează, transformându-se în melanină. Bănuiala pe care am avut-o în urma acestor constatări, anume, că ne găsim în prezența unui melano-sarcom al ficatului ne este confirmată de afirmația bolnavei că înainte cu 6 ani a fost operată la ochiul drept, enucleindu-i-se acest ochi. Interesându-ne la clinica oftalmologică unde s'a făcut operația aflăm într'adevăr că bolnavei i s'a făcut enuclearea pentru un melano-sarcom al coroidiei.

Melano-sarcomul hepatic prt. este excepțional. Aproape tot atât de rar este și cel sec. Melano-sarcomele metastatice urmează de obiceiul la un interval de 1—2 ani după extirparea tumorii primitive care pote fi sau o tumoră a coroidiei sau un nev pigmentar. Sunt însă descrise cazuri când apariția metastazelor este considerabil întârziată 5—6 ani, ca în cazul nostru. Explicația acestor metastaze tardive este dificilă. Cu noscută fiind însă greutatea cu care se dezvoltă tumorile conjunctive în teritoriul venei porte ne putem gândi că a fost nevoie de un factor declanșant favorabil care a permis metastazei tumorale latente să se desvolte în ficat după atâta vreme.

Simptomatologia clinică a melano-sarcomului este identică cu tabloul clinic pe care îl prezintă bolnava noastră. Evoluția este rapidă, moartea survenind în câteva luni.

Din punct de vedere anatomo-patologic întâlnim două forme, una în care ficatul este dur, foarte mult mărit, cu suprafața netedă și forma nodulară.

Avem așa dar ca punct de reper în stabilirea diagnosticului melanuria identificarea tumorii primitive și antecedentele bolnavei.

Cunoaștem însă încă o metodă nouă, sigură și utilă, capabilă să ne dea elemente valoroase de dg. în melano-sar-

INDICAT ÎN

scorbut, tuberculoză,
graviditate, perioada de
alăptare, pneumonii, ulcere
gastro-intestinale, astm,
hemoragii, intoleranță în
tratamentele arsenobenzolice,
auroterapie, etc.



mărește rezistența fizică
la eforturi și maladii in-
infecțioase.

FORME DE AMBALAJ:

INJEȚII, 0.05, 0.10, 0.5

TABLETE-SOLUȚIE

UZINELE CHIMICO-FARMACEUTICE ROMÂNE
UFAROM S. A. R. Cluj.

come și toate afecțiunile hepatice în general. Este puncția hepatică.

Această metodă a fost inaugurată în clinica noastră mai de mult de dl Prof. Hațieganu care a utilizat-o în hepatita lentă reușind să pună în evidență streptococi în cazurile unde hemocultura era negativă.

Această puncție în scop de diagnostic citologic o facem în cazuri de tumori pentru prima dată și într'adevăr ne-a dat rezultate foarte bune și interesante cari confirmă diagnosticul clinic. În materialul recoltat, întins pe lame și colorat prin May-Grünwald-Giemsa am pus în evidență numeroase celule hepatice și tumorale. Acestea din urmă se prezintă sub forma unor celule mari al căror nucleu este alcătuit dintr'o rețea bogată de cromatină, 2—3 nucleoli, uneori vacuole iar protoplasma abundentă, basofilă, fiind presărată cu o cantitate mare de pigmenți negri brunii, sub formă de granule de mărimi variabile.

Trebuie să fim foarte prudenți în interpretarea pigmentului melanic din celule, pentru că în cirozele atrofice și degenerescențele grăsoase găsim uneori formațiuni de granule pigmentare, cari colorate cu Sudan III sau roșu neutru ne arată că este vorba de degenerescență grăsoasă și atrofiă pigmentare de celule hepatice. Nu trebuie să pierdem din vedere nici cirozele pigmentare în cari găsim o abundență mare de pigment feruginos. Simptomatologia cirozel însă și prezența icterului, iar în cazuri dubioase colorarea acestui pigment în verde-albastru prin ferrocianură înlătură orice posibilitate de eroare.

Când pigmentul melanic este în cantitate mică îl punem ușor în evidență prin impregnare cu nitrat de argint.

Puncția hepatică făcută cu anumite precauțiuni nu prezintă nici un pericol. Ea ne oferă posibilitatea unui diagnostic citologic foarte interesant și important. Actualmente formează obiectul unor studii la noi în clinică pentru a vedea valoarea ei în diagnosticul și al altor afecțiuni hepatice.

Am ținut să comunicăm acest caz având în vedere atât raritatea lui cât și mil'ales pentru a atrage atenția asupra puncției hepatice, această nouă metodă de diagnostic.

Sedința din 9 Martie 1940.

Prezidează: Prof. Dr. MARIUS STURZA, președinte.

Prof. Dr. Iuliu Moldovan, Dr. O. Comșia și Dr. N. Maier: **Reticulina, mecanism de acțiune și indicațiunile terapeutice.**

Dr. Leonida Pop: **Reticulina în tratamentul bolilor cutanate.**

Dr. Radu, Dr. Leza, Dr. Milota: **Reticulina în stările alergice ale copilăriei.**

* * *

Comunicările au apărut în Clujul Medical Nr. IV—1940, consacrat Reticulinei.

Sedința din 23 Martie 1940.

Prezidează: Prof. Dr. MARIUS STURZA, președinte.

Doc. Dr. I. Voicu: **Câteva rezultate obținute cu „Reticulina Prof. Dr. I. Moldovan“ în oedemecloze, dermatoze gravidice, iperemexă gravidică și ipertensiune arterială.**

Conf. Dr. I. Gavrilă: **Reticulina în boala serului.**

Prof. Dr. Buzoianu și Dr. Gârbea: **Comentarii asupra acțiunii Reticulinei în domeniul oto-rino-laringologiei.**

Prof. Dr. Al. Pop și Dr. Păpai: **Reticulina în tratamentul endarteritei obliterante.**

Prof. Dr. I. Goia: **Considerațiuni asupra tratamentului cu Reticulină în astmul bronșial, migrenă și urticarie**

Prof. Dr. I. Minea și Dr. A. Lakatos: **Despre influența Reticulinei asupra reacțiunii locale și generale a intercărilor noastre seroterapice.**

Conf. Dr. C. Stanca: **Reticulina și întrebuințarea ei în gynecologie și obstetrică.**

Prof. Dr. I. Hațieganu: **Observații clinice cu Reticulina.**

Prof. Dr. M. Sturza: **Câteva comunicări asupra efectelor Reticulinei în ipertensiuni și stări alergice.**

Comunicările au apărut în Clujul Medical Nr. IV—1940, consacrat Reticulinei.

REUNIUNEA ANATOMICĂ DIN CLUJ

Sedința din 11 Noiembrie 1939.

Prezidează Dl Prof. Dr. Titu Vasiliu

Prof. Dr. G. Buzoianu și Drd. B. Târnăveanu: **Cancer amigdalofaringian la un copil de 3 ani.**

Copiii G. I. de 3 ani, este adus la clinica O. R. L. din Cluj în 20. VI. 1939, pentru o tumefacție dură, neregulată, latero-cervicală dreaptă acompaniată de dificultăți în alimentație.

Antecedente heredo-colaterale și personale: fără importanță.

Istoricul boalei actuale: boala datează de peste 6 luni. A început cu o amigdalită acută, vindecată. După câțiva timp, părinții constată din partea copilului sănătos în aparență, dificultăți de alimentație și o tumefacție latero-cervicală dreaptă cu tendință de dezvoltare continuă.

Examen general. Starea generală puțin alterată. Câțiva ganglioni latero-cervicali drepti în partea superioară a regiunii carotidiene și în zona retro-angulo-maxilară de aceeași parte produc o deformare latero-cervicală evidentă.

Examen buco-faringoscopic. Regiunea amigdaliană dreaptă tumefiată și deformată. Amigdala dreaptă enorm hipertrofiată,

Siropul de Splenarmone Vitaminat

Energic reconstituant general și antianemic de prim ordin

având hormoni hepato-splenici, extract de mucoasă gastrică și supra-renale, acizi aminați, excitanți ai sucurilor digestive și vitamina B.

Adulți: 6-8 lingurițe pe zi.

Copii: 2-3 lingurițe pe zi.

VITADONE

Vitamina A. și D. titrate fiziologic

Concentrație nouă:

Soluție uleioasă per os (50.000 u. i. de Vitamina A. și 10.000 u. i. de Vitamina D. de cc.)

10 până la 20 picături pe zi (în loc de 20 până la 60)

Soluție injectabilă 20.000 u. i. de Vitamina A. și 20.000 u. i. de Vitamina D. de fiecare fiolă a 2 cc.

Indicațiuni:

ÎN TUBERCULOZĂ

Iși mărește acțiunea prin:

ameliorarea stărei generale; amendarea semnelor clinice, radiologice și bacilare; scoborârea curbei de seroflocație a lui Vernes; mărirea procentului de cholesterolemie; ameliorarea formulei sanguine și în toate indicațiunile untorei de pește, pe care o înlocuește integral.

Les Etablissements BYLA, 26 av. de l'Observatoire, PARIS

Reprezentant General pentru România:

GEORGES VERGLAS, Str. Precupeții Vechi, No: 1. — BUCUREȘIT III.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

Calcibronat

(Ca. Br. Lactobionat)

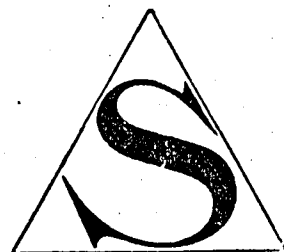
BUCUREȘTI: Drogueria D. Nestor, Str. Lipscani 102

CLUJ: Drogueria „Royal”, Piața Unirii 26.

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

Cutii de finichea cu 100 gr. granulat
1-3 linguri de supă la zi.

Ampule cu 5 și 10 ccm.



SANDOZ A. G., BASEL, SCHWEIZ

cu suprafața prinsă într-o ulcerăție întinsă, neregulată și sângerândă. Infiltrație tumorală dură, a vălului și piliferilor de același parte, infiltrație care se întinde în jos până la nivelul hipofaringelui, în sus până la rino-faringe. Amigdala stângă normală. Tușeul rino-faringian arată existența unui buchet adenoidian.

Examen biopsic. În 21. VI. se practică o biopsie în plină amigdală dreaptă. Rezultatul examenului histo-patologic: „se observă la suprafața un epiteliu iar dedesubt țesut limfoid caracteristic amigdalian. În câteva porțiuni între epiderm și țesutul amigdalian se observă un țesut malpighian cu aspect de perle epiteliale. Este un carcinom spino-celular” ss. prof. Dr. Titu Vasiliu. (Buletin No. 7452/B în 23. VI. 1939 al Institutului de Anatomie Patologică din Cluj). La 1. VII. se extirpă parțial tumora amigdaliană și se trimite un nou fragment biopsic pentru examen histologic. Rezultatul: „carcinom spino-celular”. ss. Prof. Dr. T. Vasiliu. (No. 7481/B din 1. VII. 1939)

Copilul este dirijat la Institutul Radiologic pentru aplicarea locală de radioterapie profundă.

* * *

Observația clinică redată constituie un nou document în constatarea că tumorile maligne nu respectă vârsta copilăriei, oricât de fragedă ar fi ea. Această observație este interesantă dintr-un triplu punct de vedere:

1. *Vârsta fragedă a copilului.* Neoplasmul copililor sunt afecțiuni foarte rare; Acest caz este primul pe care îl constatăm în decurs de 5 ani la un număr de aproape 50000 de bolnavi noi, cari s'au prezentat la clinica din Cluj. Această raritate, oricât de mare ar fi, ne îndreptățește de a spune, că: neoplasmul nu menajează nici o vârstă.

2. *Localizarea procesului neoplazic.* La copii, amigdala palatină este sediul frecvent al hipertrofiilor cronice inflamatorii. La adulți și la bătrâni, localizarea unui neoplasm în regiunea amigdaliană este o constatare rară. Raportul la iritațiile mecanice și inflamatorii frecvente ale amigdalei, la primul aspect este bizară constatarea rarității neoplasmelor amigdaliene atât pentru adulți cât și pentru bătrâni. Observația prezentată are prin urmare un dublu caracter de raritate; raritate în ceea ce privește vârsta și raritate în ceea ce privește sediul anatomic, pe care-l prezintă.

3. *Aspectul histologic al neoplasmului.* Aspectul histologic al acestui neoplasm amigdalian infantil este acela al unei tumori epiteliale de tip spino celular. Această formă este rezistentă. Prognosticul pentru acest bolnav este foarte grav, eventuala ameliorare după fizioterapie nefiind decât temporară și de durată scurtă. Apariția acestui neoplasm la un copil constituie un factor de gravitate; pentru că după observațiile culse până în prezent tumorile maligne ale copililor au o evoluție mult mai malignă decât neoplasmul adulților. Supraviețuirea nu poate dura mai mult de doi ani. Aflându-ne în fața unui neoplasm amigdalofaringian întins, unde nu se poate interveni operator, singurul tratament indicat sunt mijloacele fizioterapice.

Prof. Dr. G. Buzoianu și Drd. B. Târnavăanu: Tumoră cilindromatoasă a vălului palatului.

Bolnava F. S. de 29 ani, se prezintă la clinica oto-rino-laringologică din Cluj în 26 Iunie 1939.

Antecedente colaterale și personale: fără importanță.

Istoricul bolii actuale. Boala datează de 6 ani, de când

bolnava observă apariția unui nodul în partea dreaptă a vălului palatului, nodul care de atunci a crescut lent dar continuu.

Examen buco-faringoscopic. La nivelul vălului palatului se observă prezența unor tumori de dimensiunile unui ou de găină, cu porțiunea de implantare sesilă, de consistență mai mult moale decât dură, dând o senzație tactilă netă de tumoră osoasă. Cuprinde în același timp regiunea palatului dur și aceea a vălului moale de partea opusă.

Tratament. Operația constând în ablația tumorii a fost executată în 27 Iunie, de Dl prof. Buzolanu și Dr. Rădoescu. Bolnava așezată în poziția Rose, se aplică anestezia buco-regională cu novocaină, se incizează mucoasa se decolează și se extirpă tumora în totalitate. Se trimite un fragment pentru examenul biopsic histologic.

Rezultatul examenului histo-patologic. Din secțiunile făcute se văd insule de celule, în majoritate rotunde, cu dispoziție aproape epitelială, fără să fie strict atașate unele de altele. Aceste insule sunt dispuse în jurul unei cavități cu structură capilară, unele limfatice, altele sangvine. Este o tumoră care nu poate fi exact încadrată și a cărei origine epitelială sau conjunctivă nu este precisă. Putem să o considerăm ca un endoteliom cilindromatos (ss. Prof. dr. T. Vasiliu. Buletinul Institutului de Anatomie Patologică, Cluj, No. 1/7484 din 1. VII. 1939).

Vindecarea bolnavei a survenit repede, în decurs de 15 zile.

* * *

Cilindromele sunt entități anatomo-clinice speciale din grupul tumorilor, cu localizări variabile. Cilindromele vălului palatin, relativ rare, sunt localizarea cea mai frecventă a acestor tumori la nivelul căilor digestive.

Macroscopic sunt tumori bine delimitate, incapsulate, prezentând o alternanță de zone de consistență dură sau elastică. Cele ale vălului palatin au adesea un caracter de suprafață multilobulată.

Originea acestor tumori este submucoasă și țesutul celular subcutan când ele se formează la nivelul pielei. La această profunzime relativă adevăratul punct de plecare al proliferării cilindromatoase este țesutul glandular. Clinic au o semnificație diferită. După unii ar fi o stare precanceroasă (tumori mixte cu evoluție cilindromatoasă) după alții o stare canceroasă (epitelioma bazicelulară sau forma atipică totală).

Cilindromele dau numai excepțional metastaze ganglionare ori sangvine. Evoluția lor este extrem de lentă, ea cuprinzând cifre între 5—20 ani. Această evoluție este cu atât mai scurtă, cu cât predomină elementul epitelial.

Recidivele post-operatorii sunt frecvente. Din această cauză trebuie o asiduă supraveghere a bolnavilor operați pentru a putea surprinde noul proces cilindromatos într-o fază incipientă.

Prognosticul cilindromelor este variabil. Ele nu sunt tumori benigne, dar nu se pot încadra nici în grupa tumorilor maligne. Ar fi o etapă între tumorile benigne propriu zise și epiteliome. Cilindromul agravează prognosticul unei tumori mixte și atenuază prognosticul unei epiteliome.

Tratamentul este în primul rând chirurgical, operator. Este necesară extirparea totală a tumorii, pentru a putea preveni recidivele. În caz de recidivă se indică asociația chirurgiei cu radioterapie sau mai bine radioterapie. În clinica O. R. L. din Cluj s'a observat în anul 1936 un cilindrom al mezostructurei, care a invadat sinusurile maxilare și etmoidale și la care s'a practicat operația transmaxilo-nasală. Bolnavul o-

COLLO-IODE

"DUBOIS"

EN
GOUTTES ET AMPOULES
RHUMATISME • GOUTTE • SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS, PARIS
Seul concessionnaire pour la Roumanie
PAUL ILUTZA, Bucuressti IV, Str. Olari, 23

perat și vindecat, a fost controlat tot la șase luni. Până în prezent nu prezintă recidive (G. Buzolanu și D. Ionescu: caz prezentat la Reuniunea Anatomică din Cluj 1936).

Prof. Dr. Titu Vasiliu și Dr. Ioan Roman: Asupra unui caz de actinomicoză hepatică.

Autorii prezintă un caz de actinomicoză hepatică, pro-

venit din serviciul Clinicii Chirurgicale. Este vorba de un individ de 23 ani, care intră în serviciul clinicii chirurgicale în 16. X. 1939 și sucombă în 30. X. 1939 cu diagnosticul clinic: abces hepatic, stenoză pilorică prin bride, insuficiență hepatică. În clinică s'a făcut un drenaj cu meșă și tub a ficatului.

La autopsia făcută în Institutul de Anatomie Patologică (6129 A), se găsește un ficat mărit ca volum. În jurul vezicii

billare și a marginii anterioare a ficatului se găsesc membrane fibroase. La secțiune, în parenchimul hepatic se văd numeroase insule, de formă rotundă, destul de bine delimitate de țesutul din jur și varînd ca mărime dela cea a unei alune până la cea a unei portocale. Aceste formațiuni nodulare au o culoare galbenă, iar structura lor este asemănătoare cu a unui fagure de miere. La presiune din ochiurile acestor formațiuni se scurge un lichid purulent vâscos, de culoare galbenă-cenușie. În plămân se găsesc deasemea câțiva mici noduli de culoare galbenă-cenușie, de consistență mai dură și având un conținut purulent. În restul organelor, în afară de o hiperemie pronunțată, nu se găsesc leziuni.

Culturile făcute din abcesele hepatice au pus în evidență ciuperci din genul *actinomicetes bovis*.

Actinomicoza se întâlnește în ficat cam în 20% a cazurilor de actinomicoză umană. Se poate prezenta sub forma unor abcese mici, de mărimea unor gămăli de ac, însă au fost descrise și formațiuni mai mari, ajungând până la mărimea unui punct.

În ceea ce privește patogeniza acestei afecțiuni se știe că actinomicoza ficatului este foarte rar primară și cei mai mulți autori nici nu admit acest lucru, menționând că locul de pătrundere este întotdeauna prin altă parte a organismului, putând însă trece neobservat. Există și posibilitatea pătrunderii pe calea tubului digestiv, ajungând la ficat prin căile biliare, sanghine sau limfatice.

Autorii cred că și în acest caz este vorba de o pătrundere pe cale digestivă și prezintă cazul, atât pentru a arăta greutatea diagnosticului clinic și chiar anatomo-patologic, cât și pentru întinderea mare a leziunilor.

Prof. Dr. D. Michail și Dr. Lavinia Russu: Asupra proliferărilor conjunctive papilare și semnificarea lor în patologia retinei.

Autorii studiază cazul unui bolnav de 68 ani, cărui cu un an mai înainte a început să-i scadă progresiv vederea ochiului sau stîng, pentru ca ulterior să-i apară dureri oculare de aceeași parte, sub formă de accese din ce în ce mai accentuate. Examenul ocular al bolnavului le-a arătat că ochiul său stîng, care era fotofob și lăcrimos, avea vederea și câmpul vizual dispărute, corneea aburită de un edem epitelial, pupila în mîrliază mijlocie și imobilă, irisul atrofic, intens vascularizat și cu sinechii pigmentare posterioare de partea nasală, tensiunea oculară 60 mm (OD = 24 mm) și fundul ochiului neluminabil. RW negativă. Constatând că tratamentul pilocarpinic rămâne inactiv asupra durerilor ochiului afectat, autorii au procedat la intervale de câte 5—6 zile la executarea a 3 injecții retrobulbare de câte 1 cc. alcool 80%, pe cari le-au făcut după o prealabilă anestezie retrobulbară cu novocaină. Durerile oculare violente persistând și după injecțiile de alcool, au practicat enucleația ochiului afectat care a fost și ea urmată după 5 zile de un hematom al orbitei. Acesta a necesitat întredeschiderea unui colț al plăgei conjunctivale cu evacuarea colecției sanguine, după care vindecarea s'a produs rapid, admîșnând aplicarea protezei în condițiuni excelente. Examenul istologic a arătat autorilor că globul ocular enucleat prezenta în general leziunile caracteristice oricărui glaucom înaintat. Ceeace constituia însă particularitatea interesantă a cazului era faptul că întreaga escavație glaucomatoasă a papilei era plină cu un țesut neformat, collagen fasciculat, presărat cu rare celule conjunctive stelate și cu secțiuni de capilare sanguine, care străbăteau ne regulat întreaga masă neformată ce avea aspectul mixomatos.

Această masă de țesut neformat era delimitată de partea vitrosului printr-o bandă subțire de țesut mai dens, prevăzută cu o mai accentuată infiltrație de celule conjunctive tinere, reprezentând zona germinativă a neoformației și totodată și direcția de invaziune. Țesutul neformat al părții papilare trecea de marginea escavației, pentru a constitui o lamă discoidă peripapilară, așezată imediat înaintea limitantei interne a retinei, pentru a se pierde subțindu-se progresiv spre ecuatorul globului. În zona sa preretiniană acest țesut neformat avea o structură mai densă, mai celulată, mai vascularizată și prezenta legături vasculare cu straturile interne ale retinei, atât în apropierea marginii papilei cât și la oarecare distanță de ea. La acele nivele limitanta internă a retinei era perforată, iar ramusculile vasculare retinene, la pătrunderea lor în lamă proliferativă preretiniană, se divizau într'un număr important de ramusculi vasculare secundare, dând acelei regiuni a neoformației un aspect angiomatos. La același nivel, prin retracția țesutului proliferativ preretinian se observa cutarea accentuată a limitantei interne și atracția spre vitros, în chip de cort, a straturilor interne ale retinei. La periferia și înaintea acestui strat neformat preretinian ne găseau discrete revărsate sanguine. Retina, în afară de aderențele sale cu neoformația de dinaintea ei, prezenta o stare de atrofie caracteristică stărilor glaucomatoase, un aspect chistic degenerativ al straturilor sale granulare și mai ales importante alterațiuni ale vaselor sale, care în parte erau complet obstruate printr'un proces endarteritic, iar în parte aveau pereții enorm îngroșați și hialinizați, iar lumenul redus. Nervul optic la rândul său prezenta același caracter atrofic, având în plus leziuni tipice ale unei tromboze a vinei centrale a retinei, însoțită de alterațiuni importante ale pereților arterei centrale a retinei. Afecțiunea cazului a început deci sub aspectul unui glaucom grav subacut unilateral, care s'a dovedit secundar unei tromboze a vinei centrale a retinei. Ceeace constituia însă cu adevărat leziunea istologică interesantă și rară a cazului, care merită să rețină atenția este neoformația care umplea escavația glaucomatoasă a papilei întinzându-se preretinian în jurul papilei, până în apropierea ecuatorului globului. Aspectul neoformației era perfect asemănător celeia asupra căreia a insistat în ultimul timp Salzman, denumind-o „proliferare conjunctivă prepapilară“.

Formațiuni asemănătoare au mai fost descrise și figurate înaintea lui Salzman și de alți autori ca: Becker, Purtscher, Roemer, Parsons, Behr, Gilbert, Leber, Cards, A. Fuhs, Elschnig, Benedek, Hippel, Wehrli și Fleischer, dar toți acești autori nu au dat formațiunii vre o importanță deosebită.

Salzman are deci meritul de a fi acordat cel dintâi acestei neoformațiuni un rol mai puțin banal. El a arătat că această neoformație, pe care a găsit-o de 19 ori pe 100 ochi glaucomatoși, apare de predilecție în ochii cu glaucom primitiv, cu deosebire în faza absolută, cât și în ochii cu glaucom secundar, provocat mai ales prin tromboza vinei centrale a retinei și a atribuit apariția sa leziunilor vasculare grave ale vaselor centrale ale retinei. În același ordine de idei el mai arată că neoformația are un caracter conjunctiv și nu glial și că vascularizația ei își ia origina fie din ramificațiile mai fine ale vaselor papilare, fie din vasele stratului granular intern al retinei. Încheind lucrarea sa, același autor arată că această neoformație papilară constituie puntea de trecere dintre glaucom și retinita proliferantă a glaucomului. Cercetând 35 ochi glaucomatoși din colecția de preparate microscopice a clinicii din Cluj, autorii nu au găsit formațiunea asupra căreia a insistat Salzman decât într'un singur caz, procentajul cazurilor lor fiind astfel de 3% față de cel de 20% al cazurilor autorului.

din Graz. Relevând procentajul scăzut al statisticii lor, autorii se întreabă dacă împrejurările atmosferice, igienice, alimentare și altele ale țării noastre sunt acelea care sunt defavorabile apariției acestei leziuni. Controlul colecției de preparate anatomico-patologice a clinicii din Cluj le-a mai arătat pe de altă parte că, deși numărul cazurilor de glaucom secundar trombozei vinei centrale a retinei a fost apreciabil, totuși nu au putut constata prezența neoformației preretiniene decât într'unul singur dintre aceste cazuri. Căutând explicația acestui fenomen ei găsesc că, există incontestabil o legătură strânsă între apariția neoformației și leziunile vasculare, dar că pentru ivirea sa, leziunile vasculare nu trebuie să se limiteze exclusiv la parcursul optic al vinei centrale a retinei, ci să intereseze întregul pachet arterio-vânos al vaselor centrale ale retinei și în ramificațiile lor papilo-retiniene. Privind cazul lor prin această prismă patogenică, autorii constată asemănarea izbitoră care există între leziunile istologice ale cazului, și acelea ale retinitei exudative externe. Și într'una ca și în cealaltă dintre aceste manifestări patologice au constatat existența unei neoformațiuni cu aspect conjunctiv, apariția alterațiilor importante a.e. pereților vasculari, a neoformațiilor vasculare cu aspect pseudo-angiomatos și emoragic, ambele leziuni evoluând cu stări glaucomatoase grave, care au necesitat enucleația. Dar, în timp ce în retinita exudativă externă leziunile interesează cu deosebire vasele coroidei, care prin corio-capilara sa nutrește straturile externe ale retinei, în neoformația preretiniană a cazului lor leziunile interesează în chip dominant atât trunchiurile mari ale vaselor centrale ale retinei, cât și ramurile lor terminale retiniene, care nutresc tocmai straturile interne ale retinei. În aceste împrejurări anatomice clinice atât de asemănătoare autorii se întreabă, dacă nu cumva un proces vascular asemănător, inflamator-degenerativ, provoacă retinita exudativă externă atunci când el se localizează pe vasele coroidei și neoformația preretiniană atunci când leziunile domină pe vasele retinei, aceste două tablouri anatomico-clinice aparent diferite nereprezentând în realitate decât două fețe ale unui proces patologic retinian unic.

Făcând această constatare autorii sunt înclinați să admită, că alături de procesul deja cunoscut al retinitei exudative externe trebuie să existe și un proces perfect similar al retinitei exudative interne și că ceea ce face să apară când unul când celalt dintre aceste aspecte este numai localizarea procesului inflamator-degenerativ când pe sistemul vascular coroidian, când pe cel retinian.

Retința proliferantă pe care Salzmann ține să o lege cu glaucomul prin intermediul neoformației preretiniene, pe care a descris-o, n'ar reprezenta astfel decât o simplă variantă a retinitei exudative interne.

Autorii admit totuși că o deosebire de structură și de etiologie ar putea să existe totuși între retința proliferantă și ceea ce el înclină să denumească retința exudativă internă, în sensul că, retința proliferantă apărând de predilecție la adolescență și în vârsta tânără, ar putea fi provocată de cele mai deseori de un proces infecțios, în special sifilitic sau tuberculos, dominând în ea proliferarea glială, în timp ce retința exudativă internă apărând în vârsta adultă sau la bătrânețe, ar putea să fie ocazionată de cauze mai ales autotoxice și de infecțiuni metastatice de origine focală, dominând în ea proliferarea conjunctivă, ambele afecțiuni având însă ca punct de plecare straturile interne ale retinei.

Autorii declară în fine, că au ținut să prezinte studiul acestui caz rar de afecțiune retiniană, pentru că așa cum ne

afilăm astăzi, în zorii unei remanieri radicale a patologiei retiniene, cred interesant să arunce în desbaterea problemei faptele rare, menționate totuși să constituie inele de legătură între capitole de afecțiuni, care au părut până acum ca neavând nici o afinitate între ele.

REVISTA CĂRȚILOR

K. Zieters: Grundriss der Geschlechtskrankheiten. Ediția III, prelucrată de Dr. Georg Birnbaum, profesor la Facultatea de Medicină din Königsberg. Editura Georg Thieme-Leipzig 1938. 213 pagini. Costul legată 4,90 R. M. Se poate comanda prin Librăria H. Welther Sibiu, Str. Regina Maria 28.

O carte bună cu toată evoluția și liniei nu e niciodată perimată. Aceasta vrea să o dovedească și cartea de față, deși prima ediție a „Noțiunilor despre Bolile Venerice“ a marelui dermatolog dela Würzburg Profesorul Karl Zieters a apărut în 1919, iar a II-a după scurt timp în 1921, totuși după 17 ani Profesorul de dermatologie dela Königsberg G. Birnbaum, a ținut să scoată o nouă ediție a cărții maestrului său, însă la punct cu noile achiziții în domeniul patologiei și tratamentul bolilor venerice.

La începutul cărții se face o privire generală asupra importanței bolilor venerice pentru individ, colectivitate și națiune; se arată mijloacele de prevenire a lor și modul de recunoaștere din timp și cât mai rapid în caz de îmbolnăvire. După o statistică recentă cifra îmbolnăvirilor venerice într'un an în Germania, se ridică la 250.000, dintre aceștia 78% suferă de blenoragie, 20% de sifilis și 1,4% de șancru moale.

După aceste noțiuni generale foarte folositoare despre bolile venerice, se trece la expunerea sistematică a fiecărei boli în parte.

Primul act este rezervat blenoragiei, celei mai dese dintre infecțiunile venerice. Se face expunerea agentului patogen: gonococul lui Neisser, cu toate noțiunile de microbiologie necesare. Se trece la studiul blenoragiei la bărbat, cu toate complicațiunile posibile. O largă descriere este rezervată tratamentului gonoreei la bărbat, care este expus în mod atât de clar, încât orice medic practician poate învăța din carte, cum să-și conducă tratamentul după situațiunea fiecărui caz în parte.

Blenoragia la femele este expusă concis, dar sistematic, tratamentul ei i-se acordă deasemenea o deosebită atenție.

După acestea sunt tratate în capitole speciale: Blenoragia rectală, conjunctivita blenoragică, cât și celelalte determinări la distanță ale infecțiunii gonococice. Expunerea blenoragiei se termină cu un capitol, consacrat profilaxiei infecțiunii.

Separat sunt expuse uretritele neblenoragice, iar într'un alt capitol condilomele acuminate.

Șancrul moale și complicațiunile lui sunt expuse pe scurt, dar îndeajuns pentru necesitățile unui medic practician.

Linfogranulomatoza inghinală subacută benignă, sau boala lui Nicolas-Favre, este deasemenea tratată într'un capitol special.

Mai mult din jumătatea cărții este consacrată sifilisului. Toate capitolele sifiligrafiel sunt expuse. Astfel se începe cu studiul sifilisului experimental, serologia sifilisului și imunitatea și alergia infecțiunii sifilitice.

Sunt studiate pe rând toate cele trei faze ale sifilisului, cu descrierea leziunilor caracteristice fiecărei perioade.

Se face după aceasta o descriere a alterațiilor specifice după fiecare organ în parte. Astfel se descriu leziunile aparatului circulator, ale aparatului locomotor, ale sistemului nervos central și periferic, ale organelor de simț, ale aparatului digestiv și glandelor anexe și ale aparatului uro-genital.

Sifilisul congenital este expus și el destul de minuțios.

O mare extindere în raport cu mărimea cărții, este acordată tratamentului sifilisului. Sunt descrise principiile generale ale tratamentului antisifilitic, după aceea sunt expuse pe rând: Tratamentul mercurial, bismutic, arsenical, cu iod și malarioterapia. Un alt capitol se ocupă cu tratamentul local al leziunilor sifilitice.

Cartea se încheie cu câteva noțiuni despre prognosticul și profilaxia infecțiunii sifilitice.

Venerologia de față prin expunerea concisă și clară a subiectului, prin expunerea sistematică a tratamentului fiecărei infecțiuni în parte, este de un mare folos pentru orice medic, fiind un îndrumător prețios și sincer, în tratamentul bolilor venerice, cari prin numărul mare al îmbolnăvirilor, constituiesc un pericol social.

Dr. Liviu Modran

REVISTA REVISTELOR

MEDICINA INTERNĂ

Despre tratamentul specific al tuberculozei, cu considerațiuni speciale asupra Thytebanului Schering.

(Über die spezifische Behandlung der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung des Thyteban-Schering) de *Dr. Georg Schröder-Schömborg*. Deutsches Tuberkulose-Blatt Nr. 3—1940, pagina 45.

Autorul a tratat cazuri grave de tuberculoză pulmonară, la cari pe lângă tratamentul general a făcut un tratament combinat cu Thyteban și un preparat de aur (Solganal B. oleosum, sau Neosolganal). Din cazuistica expusă se poate observa, că acest tratament a fost instituit chiar în cazuri disperate și cu toate acestea s'au obținut rezultate bune terapeutice, dacă bine înțeles au fost sever observate toate prescripțiunile tratamentului general al tuberculozei.

Se recomandă ca la început cazurile de tuberculoză, cărorora vrem să le aplicăm un tratament combinat de Thyteban și solganal, să fie internate într'un sanatoriu pentru o mai bună observație a efectului terapeutic. Dacă boala s'a ameliorat, poate fi continuat tratamentul ambulatoriu, — chiar și în cazul când bolnavul și-a rețut ocupațiunea.

Tratamentul atingându-și scopul îl putem suspenda, iar după o pauză de 6—9 luni este recomandabil ca el să fie reluat.

Dr. Liviu Modran

UROLOGIE

Despre tratamentul cu hormoni al hipertrofiei de prostată. (Zur Hormonbehandlung der Prostatahypertrophie) de *Docent Dr. F. Bühler-Bonn*. Klinische Wochenschrift Nr. 11—1940, pag. 254.

Tratamentul conservativ al hipertrofiei de prostată cu hormoni, până în prezent se mărginește la stadiul I și II al boalei, unde s'au obținut rezultate bune pe un mare număr de cazuri.

În stadiul III al hipertrofiei cu retenție urinară pronunțată, tratamentul se va mărgini deocamdată, la cazurile unde intervenția chirurgicală nu poate avea loc, din cauza bătrâneții înaintate sau a altor afecțiuni concomitente.

În toate cazurile, atât în stadiul I și II, cât mai ales în stadiul III al hipertrofiei, se recomandă chiar dela început să se administreze doze mari de hormoni, căci numai în acest mod după experiențele autorului se poate ajunge la un rezultat sigur. Într'un caz de hipertrofie de prostată gradul III, s'a reușit după administrarea a 500 mg. de Testoviron să se reducă retenția de urină dela 1200 cmc. la 100 cmc. și să se înlăture anuria incipientă.

Scopul tratamentului hormonal în viitor, trebuie să devină profilaxia hipertrofiei de prostată la cei predispuși. Pentru atingerea acestui țel, va trebui de aci încolo să se acorde o mai mare importanță factorilor constituționali și predispozanți, prin aceasta se vor putea recunoaște diferite tipuri constituționale, la cari hormonoterapia profilactică se impune.

Dr. Liviu Modran

VENEROLOGIE

Limfogramulomatoza Nicolas-Favre extra-genitală, cu observația unui caz de localizare cervico-linguală. (Lymphogrammatose de Nicolas-Favre extra-genital, com a observação de unu caso de localização cervico-lingual) de *J. Ramos e Silva*. Archivos de Dermatologia e Syphillografia de São Paulo Nr. 3—4 1938, pag. 87.

Autorul la început, insistă asupra importanței ce o prezintă boala lui Nicolas-Favre. Arată statistica însoțită de o scurtă expunere a cazurilor extra-genitale ale acestei boli, publicate până în prezent.

Căzul pe care-l expune autorul e următorul: un bărbat în vârstă de 21 ani din Rio de Janeiro, care prezintă o leziune ulceroasă a limbii însoțită de adenopatie cervicală; reacția Frei a fost pozitivă.

Diagnosticul de boala lui Nicolas-Favre extra-genitală a fost controlat prin obținerea unui antigen din purotul ganglionar, care a dat reacții pozitive la limfogramulomatoși și reacții negative de control la cei îndemni de această afecțiune.

Studiul istologic al biopsiilor leziunii dela nivelul limbii, a fost făcut de H. Portugal din Rio de Janeiro și de Prof. Favre din Lyon, ambele rezultate concordă pentru diagnosticul de limfogramulomatoză benignă.

Dr. Liviu Modran

Mecanismul de acțiune al Albucidului. (Der Wirkungsmechanismus des Albucids) de *Prof. P. W. Schmidt-Freiburg i. Br.* Deutsche Medizinische Wochenschrift. Nr. 8, 1940, pag. 210.

FELLOWS

conține valoroase
săruri minerale, cari sunt
folosite pentru dezvoltarea
normală a celulelor și ajută la
combaterea efectelor debilitante ale
infecțiunilor aparatului respiratoriu și ale
sarcinei, precum și slăbiciunile survenite în urma
regimului.

La prepararea acestui medicament reconfortant și constructiv
de încredere, se pune foarte mare minuțiozitate pentru ca să se
garanteze păstrarea calităților sale neîntrecute.

Eșantioane și literatură la cerere

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD“ S. A. R., BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Abcese

Carbuncule

Furunculi

Dacă se tratează cu Antiphlogistină țesuturile, înainte ca ele să fie distruse,
este dată posibilitatea să cuprind procesul patologic.

Dacă s'a produs deja supurația, se recomandă Antiphlogistina ca pansament chi-
rurgical; promovează restabilirea nutriției condiționate de circulație, promo-
vează o granulație sănătoasă în cazuri de cicatrizări încete.

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.

Albucidul sub forma de alifie 10%, aplicat în experiențe pe cobai în tratamentul tricofitiei, n'a dat rezultate favorabile.

Prin injecțiuni subcutane de soluție alcalină 30% de Albucid, se produce o vindecare rapidă a tricofitiei la cobai, dacă se instituie tratamentul după 10 zile dela debutul infecțiunii. Un tratament înainte de acest timp nu dă rezultat bun. Din acestea rezultă că acțiunea directă a preparatului asupra ciupercii e îndoielnică, acțiunea indirectă, după transformările suferite de organism în urma afecțiunii, e neîndoios dovedită.

Cantitatea de Albucid administrată joacă un rol de primul ordin. Nereușitele cu Albucid în cazurile de blenoragie cu complicațiuni, se datoresc faptului că preparatul nu ajunge într-o concentrație suficientă la nivelul focarului.

Experiențele nu contrazic bunele rezultate, obținute prin instituirea tratamentului cu Albucid la începutul blenoragiei, dacă preparatul se administrează în doze masive și timp de 7 zile.

Dr. Liviu Modran.

Benzolsulfonamidele (Albucid) și Spermatogeneza. (Benzolsulfonamide (Albucid) und Spermatogenese) de Medic Major Dr. L. Saltner-Strolsund. Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 8 -1940, pag. 208.

Autorul a făcut experiențe în 40 de cazuri de blenoragie acută, referitor la spermatogeneză; în 33 de cazuri Albucidul a fost administrat per os și în 7 cazuri intravenos. Cantitatea spermei a scăzut în medie dela 3,6 gr. la 3,3 gr., deci cu 8,3%. Numărul spermatozoizilor a crescut cu 13,8%, adică în medie dela 123 milioane pe cmc. la 140 milioane pe cmc.

Referitor la mobilitatea spermatozoizilor s'a constatat, că înainte de administrarea Albucidului în 20 din cele 40 de cazuri, s'au găsit spermatozoizi imobili; după administrarea Albucidului numai în 14 cazuri s'au mai aflat spermatozoizi imobili; deci s'a remarcat o creștere a mobilității spermatozoizilor cu 23,4%.

Autorul ajunge la concluzii tocmai contrare autorilor francezi Barbellion și Torrès, referitor la acțiunea sulfonamidelor asupra spermatogenezei. Din lucrările lui în cazurile unde s'a administrat Albucid, atât per os cât și intravenos, nu s'au putut constata alterațiuni ale spermatozoizilor și nici tulburări ale spermatogenezei, în sensul unei diminuări a numărului spermatozoizilor.

Dr. Liviu Modran

DERMATOLOGIE

Un caz de metastaze cutanate de hipernefrom. (Un caso de metastase cutânea de hypernephrome). de A. Martins de Castro e W. Büngeler. Archivos de Dermatologia e Syphiligraphia de Sao Paulo. No. 3—4 1938. pag. 77.

Autorii descriu observația unei forme f. rare și după cât cred ei încă nedescrisă, de metastaze cutanate ale unui hipernefrom în pielea dela nivelul toracelui și în particular în cea dela nivelul mamelelor, la o femeie de 67 de ani.

Leziunile sunt de două tipuri: unul tumoral, reprezentat prin un mare număr de elemente de aspect nodular, de mărime variabilă, localizate mai ales la nivelul pielii mamelei drepte; în afară de aceasta există o infiltrație profundă și întinsă a te-

gumentului, care are o culoare roșie închisă, întinsă, dură, chiar pachidermică în unele locuri; mai ales pentru acest tip infiltrativ atrag atențiunea autorii.

Examenele isto-patologice făcute din biopsiile leziunilor din ambele tipuri, au arătat că e vorba de o tumoră cu arhitectura caracteristică hipernefromului. Tumora primitivă era la nivelul rinichiului stâng.

Dr. Liviu Modran

Ereditatea Psoriazei. (Erblichkeit der Schuppenflechte) de J. Mayr. Münchener Medizinische Wochenschrift. Nr. 9. 1940. pag. 243.

Neîndoios că ereditatea în patologia psoriazei joacă un rol însemnat. Hoede în lucrarea sa asupra psoriazei relevază pe o statistică de 539 de cazuri că în 39% boala e familială. Într-un părinte e bolnav de psoriază, atunci șansele de a se naște un copil bolnav de această afecțiune sunt de 1 : 8.

Modul de transmisiune la psoriază trebuie privit ca neregulat dominant. Din aceste motive căsătoriile între indivizi bolnavi de psoriază trebuiesc proscrise, deoarece descendența lor e serios amenințată de această afecțiune, care constituie prin cronicitatea ei o povară grea pe viața celui care o are. Având în vedere caracterul neregulat dominant, sigur că numai o parte din descendenți vor fi bolnavi de psoriază, chiar în cazul când ambii părinți sunt psoriazici.

Asupra gravității formelor de psoriază familială în raport cu celelalte, observațiunile clinice și statistice prezintă o lacună în această direcție.

Dr. Liviu Modran

Despre posibilitățile de aplicare ale „Thioseptului“ în Dermatologie. (Über die Anwendungsmöglichkeiten des „Thiosept“ in der Dermatologie) de Dr. V. Lundt și Medic căpitan Dr. E. Getter—Breslau. Therapie der Gegenwart. Nr. 3—1940 pag. 117.

Preparatul „Thiosept“ este un produs al firmei Lingner-Werke, Dresda și este compus din combinațiuni ale sulfului, în special sulfone. Este un preparat liposolubil și are un miros plăcut. Este comercializat sub forma de alifie 10%, în oleu în concentrație de 20%, 30% în emulsie și 4% în săpun.

Autorii au întrebuințat în numeroase cazuri preparatul sub diversele lui forme de aplicare. Este perfect logic că domeniul întrebuințării lui a fost mai ales cel al afecțiunilor unde acțiunea sulfului s'a arătat mai eficace. Astfel s'a aplicat în tratamentul eczemei seborice, eczemei impetiginate eczemei varicoase și podermiilor.

În cazurile tratate autorii n'au observat semne de intoleranță. La persoanele cu tenul gras și cări nu suportă bine alifiile, autorii au întrebuințat în locul alifiei cu Thiosept 10%, pasta zincată cu Thiosept 5%, obținând sub această formă rezultate mult mai bune.

Thiosept 20% în oleu, după experiențele făcute, posedă o puternică acțiune preventivă contra razelor actinice, astfel că se poate întrebuința cu succes în prevenirea, cât și în tratamentul diferitelor actinodermatite.

Dr. Liviu Modran

OTO-RINO-LARINGOLOGIE

Despre tratamentul cu Prontosil în afecțiunile septice ale căilor respiratorii superioare. de T. v. Bajkay, Fortsch. Ther. 1938, nr. 6, pag. 312.

Intrebuințat din timp în afecțiunile septice ale căilor respiratorii superioare și în erisipel, Prontosilul a dat rezultate bune. Administrarea intramusculară oferă deseori rezultate mai rapide decât cea bucală, dar tabletele de Prontosil rubrum au un efect mai persistent. La 2 bolnavi cu edem al laringelui autorul aplică pe lângă punți cu ghiăță, zilnic 3×2 tablete de Prontosil; după 4 zile defervescență și dispariția edemului. 2 bolnavi cu flegmoane laringiene primeau, după ce tracheotomia deveni necesară, câte 3×2 tablete de Prontosil. Primul bolnav a scăpat de temperatură în a 4-a zi, al doilea fu tratat abia în a 10 zi de boală, cu Prontosil, ex: etc. El muri de insuficiență cardiacă. La un bolnav cu periamigdalită flegmonoasă și edem al laringelui se ivi temperatură înaltă după tracheotomie; bolnavul primi timp de 10 zile câte 1 fiolă de Prontosil; la un alt caz amigdalectomia și tabletele de Prontosil au ameliorat starea gravă a pacientului. Injecțiile resp. tabletele de Prontosil (după o incizie a abcesului) au făcut să dispară infiltrațiile și edemul laringian la 2 femei cu periamigdalită. La un bolnav de 54 ani, periamigdalita flegmonoasă a gâtului a fost însoțită de o mediastinită și o pericardită. Cu 3 zile înainte de internarea în clinică s'a făcut o incizie amigdalitană nereușită. Acum operația și Prontosilul nu mai puteau ajuta. Și la alți 2 bolnavi cu mediastinită purulentă, septicemie, purpură hemoragică și apatie, altă dată cu o leziune esofagiană prin înghițirea unui os, perforație și necroză, operația și Prontosilul n'au dat roade, întrucât era vorba de infecțiuni foarte avansate. La un bărbat de 70 de ani cu flegmon retrofaringian și edem laringian, Prontosilul a făcut ca temperatura să revie la normal (3×2 tabl.) în timp de 4 zile, iar la o femeie de 61 ani, care primi 3×1 tablete pe zi, în timp de 8 zile, după ce li s'a făcut început câte o incizie. După deschiderea unui abces limfatic s'a produs o tumefiere puternică și dureroasă a feței. Ameliorarea s'a vădit chiar după prima tabletă de Prontosil. La 2 bolnavi de erisipel Prontosilul a produs în puține zile vindecarea; unuia i s' dat câte 1 fiolă pe zi, altuia 3×2 tablete Prontosil. După Scherber (Wien. med. Wschr. 1935) se va întrebuința la nevroze, în erisipel, Prontosil și Omnadin în același timp. Din experiența lui Bajkaj reese, la fel ca și din literatura generală, că rezultatele sunt cu atât mai bune, cu cât Prontosilul e întrebuințat mai din vreme.

CHIRURGIE

Cu privire la hemostaticul Manetol. După Dr. E. Adam, Clin. Chir. Cluj, Münch. med. Wschr. 1938 nr. 41 pag. 1589).

Manetolul, un extract din măduva spinării, cu efecte hemostatice a fost întrebuințat de autor și în aplicația locală diluat în proporția de 2 cmc. la 5—7—10 cmc. apă distilată. Cu această soluție au fost îmbibate fâșii de tifon și aplicate apoi pe plăgile operatorii. Într-o operație plastică facială, un tamponaj de 2—3 minute cu Manetol, a oprit imediat scurgerea sanguină. Administrarea intramusculară de Manetol a suprimat

hemoragia în timpul cel mai scurt, mai cu seamă în intervențiile făcute asupra canalului cistic, în colecistectomia, colecistotomia, etc. Injecția preventivă, administrată înainte sau imediat după operație în doza de 1—2 fiole a dat rezultate deosebit de bune mai cu seamă în intervențiile asupra ficatului; 2 exemple:

1. G. S. colecistită acută, colelitiază, pericolecistită și perihepatită. În timpul operației se produce hemoragie parenchimatooasă intensă, din care cauză se administrează Manetol încă în timpul intervenției. Starea postoperativă e satisfăcătoare.

2. K. H. Femeie de 38 ani cu icter, febră, hepatită, angiolitită infecțioasă. Operație (colecistectomie). Imediat după operație se administrează Manetol, iar după 6 ore o a doua injecție. Hemoragiile secundare nu se manifestă. Evoluția postoperativă satisfăcătoare.

Adam a administrat apoi Manetolul în cazuri care în decursul operației dădeau hemoragii cari nu puteau fi oprite cu desăvârșire prin ligaturi. Efectul hemostatic s'a manifestat deseori încă înainte de sfârșitul operației și după înlăturarea tamponului provizor.

Despre administrarea externă a Prontosilului în practica generală. de Schirp, Wuppertal-Vohwinkel. Der Landarzt 1939 No. 1 pag. 5.

De 1½ an Schirp a făcut experiențe în aplicarea externă a Prontosilului. Autorul întrebuințează o soluție de Prontosil-rubrum 1%. După pensulare cu un tampon de vată inflamația regresează în mod evident. La furuncul și flegmoane, procesul de ramolire urmează după câteva zile, așa încât puroiul poate fi îndepărtat fără incizie, cu o ventuză. Schimbarea pansamentului se face abia după o 1—2 zile. Panarițiile se tratează la fel. La 2 bolnavi cu panariția periosteală Prontosilul a înlăturat repede inflamația, deoarece Prontosilul a fost injectat în plagă. Cu toate că injecția e foarte dureroasă la început, se evită totuși complicațiile pe care le prezintă formarea de sechestre și operația. Abcesele, după deschiderea lor pe cale operativă, s'au tamponat cu fâșii de tifon îmbibate în Prontosil. Vindecarea plăgii a fost rapidă. În furunculii urechii și al nasului alifia de Prontosil a produs un regres rapid. Inflamația glandelor sudoripare, dispare deasemenea cu ajutorul unei alifii de 5—10%. Erisipelul regresează după o pensulare cu soluția de 1% Prontosil. Chiar în ziua următoare a tratamentului reglunile edematoase ale pielii încep să dispară. Această soluție de 1% se prepară din Prontosil-rubrum (1%) și alcool acetonă. Supurațiile plane, furunculii și carbunculii, pot fi astfel influențate; la ultimele se întrebuințează o soluție de 10%. Alifia Prontosil de 5—10% dă deasemenea rezultate bune, și în leziunile proaspete ale pielii. În angină și amigdalită, a fost suficientă pensularea cu Prontosil solubil și adăus de glicerină 2%, luându-se pe lângă aceasta și tablete de Prontosil. Ca alifii calmantă și vindicătoare în combustioni, alifia de 5% a dat rezultate bune. Deasemenea și în oreion. În contuziuni, ulcer al gambei și hemoragii dureroase, alifia de 5% produce o calmare. În eczeme e suficientă chiar și alifia de 1%.

INFORMAȚIUNI

AL V-LEA CURS PRACTIC

de reimpărsărire, de perfecționare și de tehnică operatorie oto-rino-laringologică ținut de profesorul Buzoianu și colaboratorii săi (Bodea, Gârbea, Popovici, Târnavăanu) pentru medicii specialiști și pentru practicieni va avea loc între 17 și 23 Iunie 1940 inclusiv la clinica O. R. L. din Cluj.

PROGRAM

Luni 17 Iunie ora 5: Examenul audiției normale și patologice: acumetria (examenul cu diapazoane și cu alte instrumente acumetrice).

Inciziile timpanice (timpanotomia, paracenteza timpanului. Indicații, tehnică, urmări imediate și îndepărtate. Examine clinice la patul bolnavilor.

Marți 18 Iunie ora 5: Demonstrațiuni operatorii de mică chirurgie oto-rino-laringologică: adenectomia, amigdalectomia totală extracapsulară, rezecția subpericondromucoasă a sepiului.

Miercuri 19 Iunie ora 5: Trepanarea în mastoidite acute: antro-celulotomia maximă. Indicații, tehnici, rezultate. Trepanarea în mastoiditele cronice: evidarea petro-mastoidiană. Indicații, tehnică, rezultate.

Joi 20 Iunie ora 5: Examenul clinic al labirintului vestibular. Explorarea semnelor spontane, explorarea instrumentală. Dizarmoniile vestibulare. Sindromul vestibular periferic și central. Vertijul auricular.

Vineri 21 Iunie ora 5: Noțiuni asupra sinuzitelor anterioare și posterioare. Cura radicală tip Denker vestibulo-bucală în sinuzitele maxilare supurate cronice. Etmoidotomia maximă.

Sâmbătă 22 Iunie ora 5: Cancerul laringian și laringectomiile. (Laringectomiile parțiale, hemilaringectomiile, laringectomiile totale).

Duminică 23 Iunie ora 5: Tracheo-bronhoscopia și esofagoscopia (cu demonstrațiuni practice).

Medicii participanți pot asista în limita timpului disponibil la toate celelalte intervenții operatorii cari în acest interval de timp se vor practica în clinică.

Inscrierile se primesc la clinica oto-rino-laringologică din Cluj.

Dreptul de participare 1500 lei.

*

— 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.

