Anul I. No. 8 — 9 August — Septembrie 1928

MIŞCAREA MEDICALĂ

REVISTĂ MEDICO-CHIRURGICALĂ
INDEX BIBL. MEDICAL ROMÂNESC
BULETIN AL CERC. MED.-F. — CRAIOVA

SUMARUL

I.

A. — ARTICOLE DE FOND

Pag.

Opera Prof. C. Levaditi de *Doc. Dr. M. Cânciulescu* 369

B. — LUCRĂRI ORIGINALE

Consid. asupra noilor diuretice mercuriale. Salirganul şi Neptalul de *Prof. Dr. I. Haţieganu, Dr. I. Gavrilă* şi *Dr. Borbil* 417

Rolul glandelor cu secreţie internă în patogenia cataractei de *Dr. Petre Vancea* 436

Efectele terapeutice ale Plasmochinului de *Prof. Dr. M. Ciucă* 447

C. — FAPTE CLINICE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Febra Dengue la Braila de *Dr. C. Naum* 449

Boale neurotrope: Mielită ascendentă şi sifilis nervos de *Conf. Dr. D. Em. Paulian* 453

Retrodeviaţiunea unui uter gravid cu retenţie de urină *D-ra Dr. I. Protopopescu Pache* 456

D. — EVOLUŢIA TERAPEUTICĂ

Tratamentul scarlatinei cu seruri antiscarlatinoase, ser şi sânge de convalescent de *Dr. I. Rosenstein* I

Antigenoterapia prin extract metilic în tuberculoză de *D-ra Dr. R. Hirsch* III

II.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ
IN ŢARĂ

A. — CONGRESE

Al 5-lea Congres al Asociaţiei Internaţionale de Thalassoterapie (Bucureşti — Constanţa 24—27 Mai 1928) 459

Congresul Profesional al Medicilor ţinut la Chişinău (7—8 Octombrie 1928) de *Dr. Traian Komorovski* *). 465

Al 8-lea Congres Român de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie şi Endocrinologie (Oradea-Mare 30 Sept.—2 Oct. 1928) *) . . . 470

*) Intârzierea apariţiei acestui număr din Septembrie se datoreşte dorinţei de a prezenta cu un moment mai de vreme desbaterile acestor două importante congrese.

B. — CĂRŢI — MONOGRAFII

Pag.

Terapeutica infantilă de *Prof. M. Manicatide* şi *Dr. M. Cajal* . . . 474
Tratat de oftalmologie de *Prof. D. Michail* 475
Maladii simulate: Sciatica de *G-l Dr. G. Bădescu, Dr. Od. Apostol* şi *Dr. V. Popârlan* 477
Noţiuni de refracţie oculară de *Dr. I. Glăvan* 477
Indicaţiuni Roentghenoterapeutice de *Dr. R. Lenk* tradusă de *Dr. D. Găldău* 478
Practica moşitului de *Dr. M. Georgescu* 479
Studiu introductiv în fizio-patologia sistemului nervos vegetativ de *Dr. Emil Pocrean* 479
Noţiuni de Organizare şi Legislaţie sanitară, farmaceutică, de asistenţă socială şi I. O. V. de *Av. Al. Pretorian* 481

C. — TEZE

Bucureşti—Cluj 1928 482

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ
IN STRĂINĂTATE

Congr. II-lea Internaţional de Radiologie dela Stockholm 23-27 Iulie 1928 486
Primul Congres de Oto-Rino-Laringologie dela Copenhaga 29 Iulie-2 August 1928 489
Tricentenarul lui William Harvey 490

III.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din ţara iniţiativelor grandioase. Al XX-lea congres internaţional de medicină. O nouă boală febrilă? Fuziunea sindicatelor medicale din Franţa. La Paris numărul studenţilor creşte. Noui legiuiri pentru exerciţiul medical în Olanda. Premiul Montyon acordat unui medic român. Inaugurarea cursurilor de higienă şcolară. Numire la Sp. Brâncovenesc. Publicaţie românească nouă. Congr. Soc. R. de Oto-Rino-Laringologie. Serbările şi Congresul dela Cairo 495
Specificul medical românesc 498

OPERA PROF. C. LEVADITI

Cu ocazia alegerii sale ca membru al Academiei de Medicină din Paris, Revista «Mişcarea Medicală», al cărei scop de frunte este prezentarea şi punerea în evidenţă a lucrărilor medicale româneşti, a ţinut să sărbătorească în chip deosebit acest eveniment analizând într'un număr festiv opera ştiinţifică de până acum a D-lui Profesor C. Levaditi.

Este şi cel mai potrivit omagiu, ce se poate aduce de către Revistă savantului, care a binevoit a-i acorda patronagiul său.

Şi poate încă o ocazie a aminti altora, — căci D-sa n'a uitat-o niciodată — că Profesorul Levaditi este român.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-rul Const. Levaditi s'a născut la 30 Iulie 1874 la Galaţi.

Orfan de mic a fost crescut de o mătuşe a sa, D-na Crupenski.

Cursul secundar l-a făcut la liceul Matei Basarab din Bucureşti.

Studiile medicale le-a început la Facultatea de Medicină din Bucureşti, lucrând în Inst. Prof. Babeş, cu care a publicat o primă lucrare asupra formei actinomicozice a bac. tuberculos.

In anul 1897, găsindu-se în anul al 5-lea de facultate, pleacă la Paris şi începe a lucra cu Charrin la Colège de France şi în laboratorul lui Bouchard dela facultate; în 1899 trece în Germania la Frankfurt şi lucrează un an sub direcţia lui Ehrlich şi Weigert; se reîntoarce în 1900 la Paris şi intră la Institutul Pasteur şi lucrează la început în laboratorul lui Metchnicoff, devenind câţi-va ani în urmă şef de laborator.

In 1902 trece teza cu subiectul: Contributions à l'ètude des Mastzellen et la Mastzellen leucocytose.

Inainte de războiul European a făcut studii asupra poliomielitei în Suedia şi împreună cu Landsteiner la Viena.

Invitat la Institutul Rockeffeller a lucrat alături de Flexner şi Noguchi.

In timpul războiului mobilizat pe frontul francez a condus spitalul dela Orléans iar mai pe urmă pe frontul belgian a lucrat cu Prof. le Page din Bruxelles.

Dupe război a ţinut numeroase conferinţe la Londra, Bruxelles, Haga, Praga, Madrid, Stochholm în calitate de reprezentant al Inst. Pasteur.

In 1920 urmând invitaţiei Cons. Dirigent a ţinut o serie de prelegeri

la fac. de Medicină din Cluj în calitate de Profesor la Catedra de Bacteriologie şi Medicină Experimentală.

In 1925 a devenit şeful unei secţiuni de cercetări ştinţifice la Inst. Pasteur *).

Dr. Levaditi este ginerele marelui învăţat şi patriot român, decedatul Prof. Dr. Istrati.

Cea mai mare parte din lucrările D-lui Prof. Levaditi priveşte sifilisul şi infecţiunile datorite virusurilor invizibile.

Lucrările sale principale sunt:

1.—Descoperirea formei actinomicozice a bac. tuberculos inoculat în creerul epurelui.

2.—Studiul treponemei pallidum pe secţiuni (metoda impegnărei cu argint — metoda permite să se stabilească viaţa intracelulară a spirochetei şi raporturile sale cu ţesuturile infectate).

3.—Prezenţa treponemei la heredosifilitici (în bulele de pemfigus, în ficat, în ovule).

4.—Precisarea mecanismului reacţiei Bordet-Wassermann.

5.—Rolul lipoizilor în această reacţie.

6.—Mecanismul medicamentelor spirilicide şi tripanicide (As, Bi).

7) Rolul anticorpilor tripanocizi şi spirilicizi în acţiunea medicamentelor asupra tripanosomei şi spirililor.

8.—Mecanismul recăderii în febra recurentă (prin crearea de rase de spirili anticorp-rezistenţi.

9.—Anticorporesistenta tripanosomelor este resultatul unui proces de selecţie.

10.—Studiul treponemei la paraliticii generali.

11.—Studii asupra poliomielitei.

12.—Studii analitice asupra encefalitei letargice.

13.—Noţiunea virusului neurotrop (ectodermoze neurotrope).

14.—Intrebuinţarea Bismutului în terapia sifilisului.

15.—Intrebuinţarea Stovarsolului per os ca profilactic.

16.—Acţiunea treponemicidă a tellurei.

17.—Neurovaccinul.

18.—Etiologia encefalitei spontane la epure.

19.—Studii asupra mecanismului metaloterapiei şi metaloprevenţiei sifilisului.

20.—Descoperirea strepto baccilului moniliformis.

---

*) Parte din detaliile privind biografia Dr. Levaditi sunt culese din articolele, în special din cel al D-lui Dr. G. Banu, publicate în Universul Lit. No. 15 din 8 Aprilie 1928.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aruncând o privire generală analitică asupra acestei considerabile opere vom prezenta:

I.

CERCETĂRILE FĂCUTE ASUPRA SIFILISULUI

Aceste cercetări începute la 1905 se referă la rolul etiologic al treponemei pallidum, morfologia, cultura şi raporturile ei cu elementele constitutive ale lesiunilor specifice căpătate sau hereditare, patogenia infecţiei sifilitice, sero-diagnosticul, terapeutica şi profilaxia sa.

1. *Rolul etiologic al treponemei pallidum.*

La 17 Mai 1905, puţină vreme după descoperirea lui Schaudinn, când rolul etiologic al treponemei pallidum era încă discutat, a demonstrat prezenţa treponemei în bulele de pemphigus şi în organele unui copil heredo-sifilitic. Aceste observaţiuni dovedeau că pullularea treponemei pallidum în lesiunile cutanate ale sifilisului congenital nu erea datorită unei infecţii secundare (obiecţiuni adresate atunci descoperirii lui Schaudinn şi Hoffmann) dat fiind că papule luate, la începutul desvoltării lor, de pemphigus nedeschis încă puteau conţine acest parazit. De altfel a mai stabilit că sifilisul congenital este o infecţiune datorită pătrunderei spirochetului Schaudinn în organele profunde. Faptul că ficatul era organul cel mai bogat în spirochete cadra cu infecţiunea fătului pe cale transplacentară şi autorul conchidea că *„sifilisul congenital este realmente o spiriloză a noului născut"*. O a doua observaţie publicată la 17 Iunie 1906 confirma aceste conclusiuni. In sfârşit studiile sale asupra raporturilor dintre treponema pallidum şi ţesuturile heredo-sifiliticilor dovedeau în mod definitiv rolul specific al treponemei pallidum în etiologia sifilisului căpătat sau hereditar.

2. *Morfologia şi Cultura treponemei pallidum.*

Teponema pallidum posedă un cil terminal, după cum a dovedit în Iulie 1911. Acest cil ese implantat pe convexitatea rotunjită a ondulaţiei terminale a spirochetei, este dotat de 8-10 ondulaţii regulate, profunde şi foarte apropiate, este vizibil în stare vie. Treponema pallidum seamănă deci din acest punct de vedere cu sp. refringens şi cu spirocheta balanitidis.

Cultura. Reuşise în 1906 să cultive sp. gallinarum, sp. refringens şi sp. Duttoni în saci de collodium aşezaţi în peritoneul epurelui.

In 1907 cercetări analoage (Levaditi şi Mc Intosh) făcute cu treponema pallidum au dat rezultate pozitive. Produse bogate în treponeme au fost însemânţate în saci de collodiu conţinând ser inactivat şi aşezaţi în peritoneul maimuţelor cathariniene. Acest procedeu i-a permis să obţină culturi impure de treponeme. Spirochetul, obţinut prin culturi în serie, erea o varietate avirulentă a parazitului sifilisului, pierderea activităţii patogene erea datorită noilor condiţiuni de viaţă a microorganismului şi impurităţii culturii.

3. *Raporturile între treponema şi elementele celulare.*

Erea necesar la începutul cercetărilor asupra rolului etiologic al treponemei pallidum, de a precisa o *metodă histologică* capabilă de a pune în evidenţă parazitul în secţiuni. Bertarelli, Volpino şi Boveri realizaseră o technică bazată pe impregnaţia argintică a spirochetei, dar această technică dând rezultate inconstante a stabilit o alta derivată din metoda lui Ramon y Cajal.

Această metodă a fost în urmă întrebuinţată de majoritatea cercetătorilor, cari au studiat chestiunea: ea a permis lui Noguchi să descopere treponema în creerul paraliticilor generali. A modificat această metodă apoi cu Manouelian (20 Ianuarie 1906) astfel ca s'o facă aplicabilă studiul uitopografic al treponemei în lesiunile specifice de biopsie (metoda cu pyridină).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Graţie acestei metode a reuşit să stabilească raporturile între parasitul sifilisului şi ţesuturile cari îl adăpostesc.

A. — *Şancrul sifilitic.*

Studiul syphilomelor primare şi al papulelor l-au autorizat să conchidă că:

1. Treponema pallidum este singurul parazit spirilar care pătrunde în intimitatea ţesuturilor alterate de către procesul sifilitic primar şi secundar; sp. refringens nu pululează decât la suprafaţa lesiunei.

2. Spirocheta Schaudinni proliferează între celulele epidemice ale stratului profund al lui Malpighi în imediata vecinătate a lesiunilor tisulare mezodermice.

3. Calea urmată de treponeme pentru a cuprinde zona pro-

fundă a manifestaţiunilor specifice este cea limfatică şi circulaţia sanguină. Presenţa spirochetei în lumina vaselor sanguine şi în jurul acestor vase explică raţiunea de a fi a endoperiarteritei sifilitice.

B. — *Heredo-sifilis*

Intr'o serie de lucrări publicate dela 28 Oct. 1905 — 27 Ian. 1906 şi reunite într'un memoriu apărut în Analele Inst. Pasteur a formulat concluziunile următoare:

1⁰. Organele cele mai bogate în treponeme sunt în ordine descrescândă: ficatul, plămânii, capsulele suprarenale şi pielea. Cel mai mare număr de paraziţi a fost descoperit fie la nivelul leziunilor de hepatită interstiţială (foie silex) fie în pulmonii atinşi de pneumonie albă, fie în capsulele suprarenale hipertrofiate, fie la nivelul bulelor de pemphigus. Această constatare, apropiată de absenţa sau raritatea spirochetelor în ţesuturile, cari şi-au conservat aspectul normal şi cari au fost relativ cruţate de processus-ul sifilitic astfel: creerul, rinichii, ereau deajuns ca să înlăture definitiv hypoteza după care treponema n'ar fi decât un agent de infecţie secundară neavând nici un raport etiologic cu sifilisul.

2⁰ Există raporturi intime între aspectul clinic al heredosifilisului şi repartiţia treponemei în ţesuturi. In general formele acute terminându-se rapid prin moartea copilului par a fi în legătură cu o distribuţie difuză a parazitului, din potrivă, în cazurile de heredosifilis tardiv paraziţii sunt localizaţi în organul prim infectat şi cel mai mult lezat adică: *ficatul*. De unde posibilitatea heredo-sifilisului exclusiv splanchnic fără manifestări cutanate sau mucoase.

3⁰. Studiul microscopic precizează calea urmată de spirochet pentru a pătrunde în organismul foetal. Predominenţa treponemei în ficat dovedeşte că această cale este aceea a circulaţiei placentare.

4⁰. Sângele nu este mediul ales de treponemă pentru desvoltarea sa, spirochetele intra-vasculare sunt de altfel foarte rare.

5⁰. Printre celulele pentru care treponema arată o preferinţă marcată trebue citat epiteliul glandular. Parazitul pătrunde în cytoplasma aparent intactă a acestor epitelii, în special a celulelor hepatice sau renale, a celulelor capsulelor supra renale şi a glandelor sudoripare. Acest fapt este în deosebi important, el arată cât era de greşită acceptarea concepţiei, dupe care spirocheta atacă exlusiv sistemul vasculo-conjunctiv. De aci înainte trebuesc socotite printre celulele susceptibile de a fi parazitate de spirocheta pallida epiteliile intrând în constituţia anumitelor organe glandulare (relaţia

între sifilis şi neoplasme ar putea să găsească o explicaţie în acest fapt). Prezenţa spirochetei în ectoplasma celulelor epiteliale trebue să asigure parazitului o vitalitate mai prelungită punându-l la adăpostul fagocitelor şi anumitor agenţi terapeutici.

6⁰. A mai demonstrat prezenţa numeroaselor treponeme în organele feţilor maceraţi. Procesul de maceraţie este un act de autolisă exercitându-se asupra ţesuturilor, cari au încetat să trăiască la feţii la cari moartea a fost provocată de o intensă infecţie cu spirocheţi. Faptul că spirocheţii se conservă în organe a căror elemente anatomice au fost profund alterate de maceraţie, dovedeşte că treponema oferă o anumită rezistenţă faţă de fermenţii cari provoacă autolisa tisulară.

7⁰. Descoperirea celulelor mesodermice în plin exerciţii al funcţiunei lor fagocitare şi conţinând numeroase treponeme în cytoplasma lor dovedeşte că din primele momente ale vieţii intra-uterine fagocitele înglobează şi digeră microbii, cu cari se găsesc în contact.

Fagocitoza joacă un rol important în apărarea organismului împotriva treponemei pallida.

C. — *Modul de transmitere al sifilisului hereditar*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. *Placenta.* In 22 Ian. 1906 a demonstrat cu Wallich prezenţa treponemei în placenta şi cordonul copiilor heredo sifilitici. Spirocheta exista nu numai în partea foetală a placentei, dar şi în partea maternă. Această constatare ca şi acelea ale lui Paschen, Rubens Duval şi Menetrier, permit să se precizeze mecanismul transmiterii maternele a infecţiei sifilitice la făt.

2. *Ovare.* In Oct. 1906 a dovedit cu Sauvage prin aceeaşi metodă că treponema pallidum este capabilă să prindă foliculii Graff şi să pătrundă în ovul, comportându-se ca spirilii Tick-fever-ului, cari contamineaza oul lui Ornitodoros moubata (Koch) şi Sp gallinarum, care pătrunde în ovulul găinei (Levaditi). Existenţa unei infecţiuni spirochetiene a ovocitului face probabilă transmiterea sifilisului procreatorilor la făt prin ovul, în afara oricărei infecţiuni placentare evoluând în timpul sarcinei (sifilis concepţional).

4. — *Studiul patogenic al sifilisului. Pluralitatea surselor treponemice*

Studiul treponemei în secţiuni i-a permis să precizeze mecanismul *incubaţiei.* Examenul grefelor în momente diverse ale evoluţiei lor arată de altfel că multiplicarea treponemiei se face destul

de încet în timpul perioadei care precedă organizarea greffonului. Dar îndată ce celulele neformate pătrund în greffon şi condiţiunile de nutriţie se îmbunătăţesc, pulularea spirochetelor devine foarte activă. Treponemele par să paraziteze celulele noui apărute, cari graţie activităţii lor nutritive asigură parazitului alimentele de cari are nevoie. Durata perioadei de incubaţie a sifilisului se explică prin dificultatea, pe care o întâlneşte treponema în a se aclimatiza nouilor condiţii de viaţă şi nutriţiei. *Sifilomul microscopic precedă lesiunea iniţială a şancrului vizibil cu ochii.*

Inoculările experimentale a mai multor surse de treponeme au permis să conchidă că spirocheta nu reprezintă un tot uniform şi invariabil. (Levaditi şi Marie). Există mai multe virusuri sifilitice dotate cu afinităţi pentru ţesuturile derivate din ectoderm. Diferă între ele prin diferitele grade ale virulenţei lor, pentru om ca şi pentru animale, şi probabil şi prin alte calităţi biologice şi morfologice încă necunoscute.

Dat fiind această pluralitate a surselor treponemice se evidenţiază mai bine raţiunea câtorva particularităţi clinice şi terapeutice ale sifilisului, între altele rezistenţa anumitor bolnavi la chimioterapia specifică.

5. *Sero diagnosticul sifilisului*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La primele cercetări ale lui Wassermann şi colaboratorilor săi se admitea că seroreacţia sifilisului era bazată pe acelaş principiu ca reacţia lui Bordet şi Gengou în sensul că, se afirma specificitatea antigenului. Acesta erea în spiritul lui Wassermann un extras de treponeme conţinute în ficatul sifilitic. Metoda era de o aplicare grea tocmai fiindcă cerea să se recurgă totdeauna la extrase de organe conţinând spirochete. Problema schimbă aspectul când Dr. Levaditi dovedi împreună cu Marie că *extractul de ficat normal total lipsit de spirochete putea înlocui antigenul lui Wassermann.*

Intr'o lucrare publicată în 1907 a căutat să vadă dacă lichidul cefalo rachidian al paraliticilor generali, care opreşte hemoliza în doze infinitesimale când este pus în prezenţa unui extras de ficat sifilitic se comportă la fel când se înlocueşte acest extract printr'unul de ficat normal. Experienţele au dovedit că extractul de ficat normal, inactiv când este întrebuinţat singur, împiedecă hemoliza în prezenţa lichidului cefalo rachidian al paraliticilor generali.

Rezultă că antigenul întrebuinţat în reacţia Wassermann n'avea nimic specific. Ca urmare autorul a dovedit că acelaş lucru se petrece cu aşa numiţii anticorpi în aceaşi reacţie Wassermann

De altfel a fost imposibil de decelat în lichidul cefalo rachidian al paraliticilor generali cu sero-reacţie pozitivă anticorpi capabili să acţioneze asupra treponemei pallidum, astfel ca să micşoreze sau să anihileze virulenţa sa la maimuţă.

Totalitatea acestor constatări dovedeau că reacţia Wassermann n'avea nimic comun cu acea a lui Bordet şi Gengou, şi că fenomenul comporta cu totul o altă interpretare, de care depindea viitorul practic al sero diagnosticului sifilisului.

Care era această intepretare? Mecanismul sero reacţiei sifilisului se lămurea când Levaditi a putut dovedii în acelaş timp cu Landsteiner şi Porges că antigenul întrebuinţat în acest sero diagnostic era un lipoid solubil în alcool şi că ne putem servi tot atât de bine de taurocolatul de sodiu de glicerolatul de sodiu, de licitină ca şi de extract alcoolic de bilă (Levaditi şi Yamanouchi).

Concluzia: Sero reacţia sifilisului şi paraliziei generale nu este datorită intervenţiei anticorpilor sau antigenului sifilitic în sensul specific al cuvântului, ea n'are nici un raport direct cu teponema pallidum.

Fiind caracteristică infecţiunei este însă atribuabilă existenţei în ser şi lichid cefalo rachidian a unor anumite compuse în stare colloidală, care în prezenţa sărurilor biliare şi a lipoizilor ficatului precipită şi determină fixarea complementului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lipoizii cari pot să servească în sero diagnosticul sifilisului nu există numai în ficat. Autorul i-a decelat şi în creer, hematii, leucocite, serul sanguin şi ceara bacilului tbc. Sunt probabil complexe în cari lecitina intră în mare parte (1908).

In monografia asupra sifilisului (1908) a putut afirma că în cursul sifilisului serul se îmbogăţeşte cu anumite principii colloidale, cari au proprietatea să se precipite uşor în prezenţa lipoizilor şi a sărurilor biliare şi să fixeze astfel complementul hemolitic. Nu erea vorba de noui substanţe ci de îmbogăţirea humorilor în principii, cari există în mică cantitate în orice ser normal.

In rezumat nu există între serumul şi lichidele specifice sau normale de cât diferenţe cantitative şi nu calitative, reacţia Wassermann fiind determinată de principii de origine histogenă şi nu bacteriogenă.

Consecinţele acestor serii de constatări au fost apreciabile. Toate technicile actuale ale sero-diagnosticului sifilisului s'au inspirat. Astfel că:

a) Ideia nespecifităţii şi a naturii lipoidice a antigenului a de-

terminat întrebuinţarea de extrase alcoolice de organe normale, actualmente întrebuinţate.

b) Noţiunea precipitării colloizilor serici sau ai lichidului cefalo-rachidian în prezenţa lipoizilor conţinuţi în antigen a permis să se descopere procedeele floculaţiunei întrebuinţate pretutindeni (Meinicke, Sachs, Giorgi).

6. *Chimioterapia sifilisului*

Dr. Levaditi a consacrat activitatea în cursul acestor ultimi ani studiului chimioterapiei sifilisului, mai ales prin metale şi derivatele lor. D-sa s'a preocupat în deosebi de mecanismul acţiunei medicamentelor specifice antisifilitice.

A. — *Chimioterapie*

1. Mercur. Intr'o serie de lucrări a studiat cu Launoy acţiunea curativă a unei serii de derivaţi mercuriali fenylméthylamino acetatul de potasiu-dithiocarbamat de mercur derivat din dithiocarbamatul de sarcosină preparat de Fourneau.

$$\left\{\begin{array}{l} CH^4 - CH - COOH \\ CH^2 - \quad H - CS - S \end{array}\right\}^{2} = Hg.$$

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-sa a arătat că aceste compuse mercuriale exercită o acţiune curativă manifestă în sifilisul experimental la iepuri şi spirillosa brasiliană. Nu este nici un raport între valoarea terapeutică a unui compus mercurial din această serie şi composiţia sa în Hg. Ajunge o doză foarte mică de Hg. pentru a face să dispară spirochetul din şancru când Hg. este presinte într'o combinaţie convenabilă (0 g. 0,023 Hg.).

Aceste cercetări l'au condus să dovedească cu Launoy că este posibilă crearea de rase de treponeme Hg. rezistente, fapt care explică insuccesele în terapeutica mercurială aplicată în anumite cazuri de sifilis.

2. A introdus cu Sazerac Bismutul în terapeutica antisifilitică umană. In nota prezentată de Roux la Academia de Ştiinţe la 30 Mai 1921 a anunţat că tartrobismutatul de sodiu şi de potasiu exercită o acţiune incontestabilă terapeutică în sifilisul experimental de iepure şi spiriloza spontanee a acestei specii animale (sp. cuniculi). La 1 August al aceluiaşi an a publicat primele observaţiuni de sifilis uman (primar, secundar şi terţiar) arătând că bismutul

face să dispară treponemele din accidentele specifice, determinând cicatrizarea rapidă a acestor accidente şi influenţarea favorabilă a reacţiei Wassermann.

Ca urmare a dovedit acţiunea curativă a derivaţilor fenolici ai Bi şi ai Bi metalic în suspensie fină.

Totalitatea acestor cercetări a fost resumată într'un memoriu apărut în Analele Inst. Pasteur şi în monografia «Le Bismuth dans le traitement de la syphilis».

Astfel, continuând primele cercetări ale lui Santon şi Robert făcute pe spirilozele găinilor, a susţinut utilitatea bismuto-terapiei în sifilis în toate perioadele evoluţiei sale.

Practica medicală a beneficiat în mod larg; actualmente această metodă curativă este întrebuinţată cu cel mai mare succes în lumea întreagă.

B. — *Metaloterapie*

Pornind dela acest punct de vedere a crezut că este bine să întreprindă o serie de cercetări experimentale cu diverse alte metale. Primul din serie a fost Vanadium care după cercetările lui Proescher, Stillians şi Seil părea să exercite o acţiune curativă manifestă în sifilisul experimental. Incercările făcute în colab. cu Fournier şi Schwartz pe animal şi om le-au permis să conchidă că într'adevăr Vanadium trebue să fie socotit printre elementele cari se bucură de proprietăţi terapeutice specifice.

Ulterior a constatat că Aurul sub forma de Thiosulfat de aur şi de sodiu vindecă sifilisul experimental şi uman şi că acelaş lucru într'un grad redus se petrece cu platina.

Insfârşit, recent, a situat printre elementele active Tellura a cărui mod de rezorbţie, de eliminare şi acţiune curativă în sifilisul experimental şi infecţia treponemică la om a studiat-o cu Nieolau, M-lle Schoen et Manin.

Pentru a ajunge la aceste rezultate un mare număr de corpi simpli au fost examinaţi; actualmente urmăreşte aceste cercetări pentru a prinde cauza acestei acţiuni chimiotherapice, care este considerabilă pentru unele elemente, nulă pentru altele (cf. Levaditi et Longinesco C. R. Acad. des Sciences t. 185, 1927 p. 91).

C. — *Modul de acţiune al medicamentelor antisifilitice*

Cum acţionează în vivo derivatele dotate de proprietăţi spirillicide? Primele sale cercetări au fost făcute cu tripanosome şi spirilli. A ineeput prin a stabili cu Mc Intosh că acţiunea tera-

peutică a atoxylului este datorită nu unei influenţe directe asupra parazitului ci unei exagerări a mijloacelor pe care organismul le întrebuinţează în mod normal pentru a se debarasa de spirili în cursul crizei (sp. gallinarum). Apoi în 1908 într'o serie de note prezentată soc. de biologie (Levaditi şi Yamanouchi) şi într'un memoriu inserat în Analele Inst. Pasteur a demonstrat că dacă atoxilul se transformă în vivo într'un principiu capabil să distrugă tripanosomele şi anumite spirochete patogene acest principiu nu poate fi regăsit în serum 24 ore după administrarea medicamentului. Ficatul transformă în vitro atoxylul inactiv în o substanţă trypanolytică denumită trypanotoxyl acţionând la o concentrare de 1 la 1000. Alte organe se comportă ca ficatul, dar acesta pare cel mai activ.

Rezultă deci că «anumite compuse arsenicale cu constituţie complexă (atoxyl şi arsacetina) suferă în organism transformări cari duc, — după reduceri prealabile — la formarea de oxid de arsină (Erlich) şi la subtituirea As în molecula materiei proteice. Se formează astfel toxalbumine arseniate (Trypanotoxyl) cari pot fi specifice pentru fiecare specie animală, specifitatea lor fiind legată de o parte de nucleul proteic, de altă parte la cantitatea de As substituit».

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tripanosomele arseno-rezistente se arată insensibile la acţiunea Trypanotoxylului (Levaditi şi Brimont).

Când proprietăţile terapeutiee ale bismutului fură descoperite a interprins cu Nicolau cercetări analoage cu bismuto tartratul sodico potasic şi cu bimetalic. A arătat că în extrase celulare de ficat şi de alte organe există o substanţă, bismogenul, capabil să transforme bismutul inactiv prin el însuşi într'un principiu spirilicid denumit Bismoxyl. Acest principiu adevărată toxalbumină bismutată este analoagă trypanotoxylului, toxalbumina arseniată.

Conclusiuni: «Influenţa exercitată de extrasele de organe asupra atoxylului, asupra emeticului de antimoniu şi asupra sărurilor bismutice pare să arate că este vorba de o lege generală, după care compusele spirilicide şi trypanicide, oricare ar fi elementnl care intră în combinarea lor (As. Sb. Bi.), acţionează în organism după ce au suferit transformări profunde, conferindu-le proprietăţi noui».

Aceasta explică intervenţia organismului în acţiunea terapeutică a anumitor medicamente specifice, variaţia efectelor curative dupe specia animală sau individ, astfel ca şi cazurile de chimio rezistenţă.

7. *Profilaxia sifilisului*

A arătat cu Navarro Y. Martin că anumite derivate ciclice cu As pentavalent se bucură de anumite proprietăţi antisifilitice remarcabile, când sunt administrate pe cale bucală. Astfel este cazul cu acidul acetyloxyaminophenylarsinic şi compuşii săi. Experienţe făcute pe animal şi pe om au dovedit că Stovarsolul preparat de Fourneau şi Trefonel acţionează preventiv în mod eficace (Levaditi şi Navarro Y. Martin). Chimio profilaxia sifilisului pe cale bucală este rezultatul acestor investigaţii. Actualmente derivaţii arsinici sunt întrebuinţaţi pe o scară întinsă ca agenţi curativi şi preventivi. Este o constatare care deschide calea a noui cercetări. Prevenirea boalei somnului pare să beneficieze de aceaşi terapeutică profilactică aşa cum rezultă din lucrările sale asupra Moranyl-ului (Levaditi şi Klarenbech).*)

II.

CERCETĂRILE FĂCUTE ASUPRA ECTODERMOZELOR NEUROTROPE

Sub numele de ectodermoze neurotrope Prof. Levaditi a coprins un grup de infecţiuni determinate de ultra-virusuri dotate cu afinităţi elective pentru ţesuturile derivate din ectoderm: cornee, piele, sistemul nervos central şi periferic.

Aceste infecţiuni sunt turbarea, boala lui Heine-Medin, encefalita letargică, herpesul, vaccina şi zona.

Intre colaboratorii, cu cari a făcut diversele cercetări, D-sa nu uită în L'Avant-Propos pus în fruntea operei publicate în 1922 şi care face parte din monografiile Inst. Pasteur, să pomenească şi numele D-lor Dănulescu, Nicolau, Pastia şi al D-nei Leoneanu-Hesselmann, medici români cari au lucrat la epoci diferite sub direcţia D-sale în studiile lor de perfecţionare făcute la Paris.

Iar partea D-sale la aceste noi descoperiri o arată Dr. Roux în Prefaţă: «personne n'ignore que depuis des années vous vous êtes attaché à l'étude de ces sujets et que nous devons, à vous et à vos collaborateurs, une bonne partie de nos connaissances sur ces diverses affections» şi mai departe «persévérant dans la voie ou vous vous êtes engagé, vous nous donnerez d'autre ouvrages

*) Prezentarea de până aci a fost făcută dupe memoriul înaintat Ac. de Medicină din Paris.

aussi intéressants que celui-ci» ceace D-sa a făcut cu L'Herpes et le Zona publicate în 1926. Edit. Masson, Paris.

Asemănarea, care există între virusul rabic şi acela al poliomielitei, a fost firul conducător în investigaţiile făcute şi succesiv au venit să se adauge grupului encefalita epidemică, vaccinul, herpesul, zona prin concepţia că virusurile invizibile au o afinitate particulară pentru ţesuturile ectodermice.

Asupra acestor diferite boale *D-sa a publicat reviste şi monografi generale*, cari cuprind totalitatea cunoştiinţelor noastre actuale asupra lor.

Dar în paragrafele, ce urmează, *noi nu vom prezenta, decât cea ce îi revine în propriu ca concepţii experimentale şi descoperiri* şi poartă asupra caracterelor clinice, noţiunilor de epidemiologie, studiului experimental etc.

A. — POLIMIELITA EPIDEMICĂ.

1. Caractere clinice

Prin experimentare pe maimuţe împreună cu Netter a demonstrat caracterul poliomielitic al formei fruste disimulate în mijlocul epidemiei cu cazuri tipice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. Caractere epidemiologice

Cu Kling a relatat câteva epidemii de şcoală observate în 1913 *în timpul misiunei sale în Suedia;* a arătat ca perioada de incubaţie poate fi de foarte scurtă durată, că subiecţii atinşi de paralizie infantilă pot fi contagioşi pentru cei dinprejur câtva timp înainte de isbucnirea boalei în plină perioadă de incubaţie, că boala se ia prin contact uman direct dela bolnav la omul sănătos, indirect prin intermediul purtătorilor sănătoşi de germeni şi cu probabilitate şi prin oari cari alimente precum laptele ca şi prin obiectele uzuale.

3. Studiu experimental

Levaditi cu Landsteiner au fost printre cei dintâi a transmite infecţiunea în serie la maimuţe iar cu Dănulescu a constatat că virusul se poate conserva cel puţin 13 zile în camera anterioară a ochiului epurelui şi tot astfel în cavitatea peritoneală a cobaiului, animale al căror organism este refractar faţă de virusul poliomielitic.

In cea ce priveşte evoluţia poliomielitei la maimuţă a constatat

că perioada de incubaţie are o durată de 5—15 zile (uneori 29 zile) la maimuţele inoculate pe cale intracerebrală sau intra peritoneală, durata depinzând de cantitatea virusului inoculat, iar cu Landsteiner a arătat că alteraţiile anatomo-patologice debutează la o perioadă foarte apropiată de isbucnirea semnelor clinice, cea ce a condus la conclusia că microbul năvăleşte în sistemul nervos şi pululează fără ca să determine câtva timp turburări aparente şi lesiuni caracterisate.

In câteva casuri a observat ca prim simptom clinic o paralisie facială de origine centrală (Macacus cynomolgus inoculat în creer), precum şi că boala experimentală poate recidiva (focare de poliomielită acută la o maimuţă moartă în timpul perioadei cronice şi al cărei sistem nervos prezenta alteraţiuni cicatriciale).

Alteraţiunile histologice, ce a constatat la maimuţele, cari au învins perioada acută a boalei, se deosebesc de cele de la om: infiltraţia prin globule albe polinucleare dispare complect şi nu se constată decât macrofage împrăştiate în substanţa cenuşie sau îngrămădite în jurul vaselor, se formează un adevărat ţesut cicatricial cu aspect areolar, în mijlocul căruia nu se mai găsesc aproape de loc celule nervoase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Studiile pe ganglionii spinali ai maimuţelor normale şi poliomielitice făcute împreună cu d-na Leoneanu-Hesselmann şi Pignot i-au dovedit că celulele nervoase dispar prin'un procesus de neuronofagie (fagocitoză a celulelor nervoase de către poliblaste, al cărui mecanism intim de producere dupe cercetăriile făcute în colaborare cu Landsteiner îl expune detaliat).

Ca lesiuni ale altor organe a constatat alteraţiuni la nivelul mucoasei nasale a maimuţelor infectate.

Explică împreună cu Landsteiner printr'o afinitate specifică a virusului pentru celulele coarnelor medulare faptul că virusul poliomielitic se localizează la nivelul măduvei, în special în segmentul lombar, cu toate că a fost introdus la maimuţă pe cale cerebrală.

4. *Virusul poliomielitei*

In 1910 Levaditi însemânţând produse virulente într'un amestec de bulion şi ser de maimuţă, amestecul s'a turburat dupe un timp oare care fiind menţinut la 37° iar colorând depositul de centrifugare al acestor culturi prin anumite procedee a pus în evidenţă corpusculi extrem de fini, rotunzi sau ovalari, dispuşi 2 câte 2 sau în grupe

Acelaş microb, patogen pentru maimuţă căreia îi transmite boala, a fost întâlnit 3 ani mai târziu de Flexner şi Noguchi, servindu-se ca mediu de cultură de liquid de ascită adiţionat cu fragmente de organe.

Iar în 1914 cultivând virusul prin metoda culturilor celulare în vitro (fragmente de ganglioni spinali dela maimuţe infectate pe cale cerebrală au fost cultivate în cutiile lui Gabritschewski în prezenţa plasmei de maimuţă) a obţinut multiplicarea celulelor fuziforme de origine conjunctivă şi conservarea virusului în contactul lor la 17°, timp de peste 21 zile, cu culturi din a 5-a trecere a putut transmite paralizia infantilă la maimuţe.

Levaditi a fost primul, care a demonstrat împreună cu Landsteiner filtrabilitatea virusului prin filtrele cu porţelan, ei au dovedit că măduva maimuţelor inoculate cu filtrat este virulentă pentru alte animale noi, numai că perioada de incubaţie este mai lungă la maimuţele cari au primit virusul filtrat, cea ce se explică prin aceia că filtrele, permeabile pentru microb, îl reţineau totuşi în parte.

A mai arătat că virusul îşi conservă mult timp virulenţa în afara organismului animal, că resistă desicaţiei şi frigului, că este sensibil la căldură şi că nu este sporogen, că se conservă cel puţin 31 zile în laptele sterilisat menţinut la temperatura camerei şi la lumină, tot asemenea cu apa sterilisată, bila normală n'ar exercita vreo acţiune sterilisantă asupra germenului, în timp ce antisepticele: praful de mentol, permanganatul de potasiu 1 la 1000, apa oxigenată 1 la 100, aldehida formică îi distrug proprietăţile patogene, cea ce este de importanţă capitală pentru profilaxie având în vedere că naso-faringele oferă adăpost germenului şi că boala se propagă pe cale naso-faringiană.

Substanţa nervoasă n'ar exercita nicio acţiune neutralisantă asupra germenului poliomielitiei fie că provine dela un animal sănătos sau dela unul bolnav.

5. Căile de penetraţie, de propagaţie şi eliminare ale virusului

Levaditi şi Landsteiner au reuşit a conferi paralizia infantilă la maimuţă introducând germenul în cavitatea peritoneală sau injectând o emulsie infectantă în vena jugulară sau încă în camera anterioară a ochiului şi nu i-a succes în alte cercetări a infecta animalele frecându-le cu un tampon încărcat cu virus pielea sau cornea prealabil scarificate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu toate că constatase anterior că virusul se conservă mult timp în lapte, n'a reuşit totuşi a contamina animalele, fie că le-a făcut să îngereze sau le-a administrat pe cale rectală un atare lapte contaminat (succesele lui Leiner şi Wiesner explicându-se prin acea că condiţiile extrem de favorabile, în cari s'au pus autorii, diferă de modul de contaminare naturală).

Introducând sub mucoasa nasală la nivelul cornetelor câteva picături de virus a putut conferi boala, cea ce nu i-a succes prin simpla badigeonare a mucoasei, dar această resistenţă naturală cade în faţa unui virus dotat cu mare putere patogenă.

Virusul, odată ce a străpuns mucoasa nasală, se îndreaptă spre creer dealungul filetelor nervului olfactiv (este demonstrativă în acest sens obs. purtând asupra unui copil de 2 ani şi făcută cu Landsteiner şi Pastia şi în care cu multă probabilitate microbul a avut ca poartă de intrare amigdalele şi mucoasa farinxului).

Sângele vehiculează microbul către centrii nervoşi (injecţia în vena jugulară fiind infectantă).

Dar obişnuit microbul merge dealungul filetelor nervoase ca să atingă sistemul nervos (fapt fundamental demonstrat de Levaditi cu Landsteiner aproape în acelaş timp cu Flexner şi Lewis).

CC-0. Babeş-Bolyai University Library Cluj

Fenomenele paralitice debutează totdeauna prin grupele musculare în relaţie cu trunchiul nervos inoculat.

Levaditi cu Landsteiner a demonstrat că glandele salivare ale maimuţelor sacrificate în perioada acută a boalei sunt contagioase şi a mai arătat influenţa favorabilă exercitată de leziunile inflamatorii cronice ale mucoasei naso-faringiene asupra eliminării virusului, iar cu Dănulescu a pus în evidenţă presenţa germenului boalei în amigdala maimuţelor infectate pe cale cerebrală ca şi în secreţia lor nasală şi această noţiune a infecţiosităţii produselor nasale, faringiene şi poate salivare este de importanţă extremă pentru epidemiologia şi profilaxia boalei.

Modul de contagiune naturală a boalei

Dr. Levaditi ţinând seama de demonstraţiile sale experimentale şi de faptele de observaţie epidemiologică umană sau animală de laborator, de constatările negative în ce priveşte transmisiunea boalei prin alimente infectate, prin praf şi diferite insecte ajunge la concluzia că propagaţia paraliziei infantile se face prin contact uman

şi că naso faringele serveşte ca poartă de intrare şi receptacul al virusului iar secreţiile sale ca agenţi de propagaţie.

Tot d-sa a denunţat natura formelor fruste şi pericolul purtătorilor de germeni.

6. *Imunitatea*

Dr. Levaditi observând că în sânul unui focar epidemic cu evoluţia rapidă şi morbiditate ridicată se constată indivizi şi chiar familii neatinşi de boală (deci boala face o adevărată selecţie printre indivizii expuşi la contaminare), mai constatând cu Kling casuri de recidivă sau reinfecţie şi arătând că boala poate fi contagioasă în perioada separând cele două accese (dovadă a conservării germenului în nasofaringe), demonstrând că reacţiile de specificitate cari se instalează precoce în sânge, pot să nu sterilizeze definitiv organismul şi că germenii scăpaţi dela distrucţie multiplicându-se din nou pot provoca recăderea (repetarea aceloraş fenomene petrecute la spiriloze în cea ce priveşte crearea de rase anticorp-resistente) se consideră îndreptăţit să afirme că boala Heine-Medin creiază o stare refractară dobândită, cel mai adesea solidă şi durabilă, existând totuşi excepţii represintate prin reinfecţie şi recidive acestea din urmă fiind provocate prin *Rase poliomielitice anticorp resistente.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Existenţa unei stări refractare naturale la om o demonstrează şi mai bine la maimuţe cercetările lui Levaditi şi Landsteiner arătând că diferitele specii simiane sunt inegal sensibile la virusul poliomielitic.

La 3 Ianuarie 1910 Levaditi a arătat că maimuţele cari resistă primului atac nu mai contractă boala când sunt inoculate a doua oară *(Imunitate dobândită)*, dar durata acestei stări refractare dobândite nu a putut fi precisată până în prezent.

La 19 Februarie 1910 cu Landsteiner şi la Aprilie 1910 cu Netter demonstrând existenţa de principii dotaţi cu proprietăţi bactericide in vitro în serul convalescenţilor de paralizie infantilă Levaditi formulează *Mecanismul dobândiri imunităţii* prin desvoltarea în ser a unor anticorpi, cari distrug germenul sau direct prin bactericidie sau indirect prin intermediul fagocitelor (opsonisaţie).

Graţie reacţiilor humorale Levaditi a reuşit cu Netter să stabilească identitatea de natură a formelor abortive şi astfel să dea clinicei un preţios adjuvant de diagnostic.

Ca *Vaccinaţie* Levaditi împreună cu Landsteiner a realizat

pentru prima oară vaccinaţia maimuţei contra poliomielitei şi aceasta prin procedeul lui Pasteur de la turbare al măduvelor uscate, tecnica poate varia ‹virus diluat, sensibilisat, încălzit la 50 %› dar cum niciunul din procedeele de vaccinaţie n'au putut realiza fericit şi constant vaccinaţia preventivă făcută în perioada de incubaţie, urmează că această vaccinaţie n'a putut până în prezent fi introdusă în practica umană.

7. *Seroterapia*

Preventivă şi curativă a boalei lui Heine-Medin a putut fi realizată prin descoperirea de către Levaditi şi Landsteiner a anticorpilor specifici în serul convalescenţilor de poliomielită şi dacă ncercările făcute de autori la maimuţe n'au avut succes, Netter a înregistrat resultate satisfăcătoare practicând injecţia în canalul rachidian, din vreme şi continuând mult timp.

Serodiagnosticul realizat prin metoda neutralizări virusului în vitro ‹proprietăţile microbicide ale serului bolnavului› a permis lui Levaditi ‹cu Netter› să stabilească diagnosticul retrospectiv al boalei cu ani în urmă, ‹cu Kling› să afirme identitatea de natură a formelor fruste, caşi natura poliomielitică a formelor sporadice, iar altor autori, cari au întrebuinţat metoda eşită din descoperirea aceasta a Prof. Levaditi, să stabilească că polioencefalita caşi unele mielite difuze şi transverse sunt de aceiaşi natură cu boala lui Heine-Medin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cercetările făcute asupra unui cas unic presintând o *atrofie simplă progresivă de tipul Wardnig-Hoffmann* îndreptăţesc pe autor a trage aceleaş conclusiuni, formulate cu reservă, asupra naturei acestei rare afecţiuni.

B. — ENCEFALITA EPIDEMICĂ.

Boala semnalată de *v. Economo* în 1917 sub numele de encefalită letargică permise Prof. Levaditi şi colaboratorilor săi Harvier şi Nicolau, să întreprindă o serie de cercetări, cari să conducă la precisarea naturei virusului, a etiologiei, a modului de propagare şi a profilaxiei şi pentrucă germenul oferea stricte analogii cu acel al turbării şi polioencefalitei, studiul lui fu întreprins prin aceaş metodă iar boala fu *introdusă* în cadrul ectodermozelor neurotrope.

1. *Caractere clinice*

La caracterele clinice ale boalei Levaditi adăogă frequenţa herpesului labial sau facial, şi prinzând dintr'un început rapor-

turile strânse, ce există între virusurile ambelor boale, herpesul veni să mărescă în urmă cadrul acestor boale cu afecţiune electivă pentru ţesuturile derivate din ectoderm.

Iar experienţele făcute împreună cu Harvier arătară că forma choreică a encefalitei epidemice îşi găseşte justificarea, întrucât unele forme de choree gravă nu sunt decât expresiuni clinice ale aceleaşi boale.

2. *Studiu experimental*

Levaditi şi Harvier au fost printre primii cari au demonstrat presenţa unui virus specific filtrant în creerul indivizilor morţi de encefalită şi au putut transforma acest virus într'un virus fix transmisibil de la un animal la altul.

Primele încercări stabiliră că virusul encefalitei epidemice este patogen pentru epure şi că se adaptează uşor la treceri succesive, determinând lesiuni analoage celor observate la om.

In urmă reuşiră (împreună şi cu Nicolau) să facă fixă o nouă tulpină de provenienţă de astă dată nu cerebrală ci naso-farigiană şi să stabilească că succesul inoculării virusului human, oricare ar fi origina, depinde de sensibilitatea animalului pe care se experimentează.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Printre *Animalele receptive* experienţele îi dovediră Prof. Levaditi că cobaiul este sensibil la inoculaţia intracerebrală a virusului de trecere şi că este mai puţin receptiv decât epurele faţă de virusul fix, că maimuţele inferioare, insensibile faţă de virusul prelevat direct la om, pot deveni receptive faţă de virusul fix, că şoarecele este receptiv faţă de germenul encefalitei inoculat în creer, peritoneu şi chiar sub piele, dar cu condiţia ca să se întrebuinţeze un virus foarte activ care a suferit numeroase treceri la epure.

Ingestia de cantităţi mari de creer virulent este inofensivă.

Simptomele şi Evoluţia encefalitei experimentale fură cu precizie stabilite dupe specia animală şi dupe calea de inoculare.

Lesiunile histo-patologice humane găsite de Levaditi şi Harvier se suprapun celor stabilite anterior de Marie-Trétiakoff şi Marinescu dar cu reservă asupra strictei lor localisări la mesocefal, procesul fiind uneori general şi întinzându-se la corticalitatea cerebrală, la bulb, măduva cervicală şi ganglionii intervertebrali

Lesiunile histologice ale encefalitei experimentale sunt identice cu acelea constatate la om.

Levaditi, Harvier şi Nicolau au reuşit a pune în evidenţă la

epurii inoculaţi cu virus fix pe cale cerebrală corpusculi semănând corpilor lui Negri şi având sediul exclusiv în zona electivă dela baza creerului.

Aceşti neuro-corpi encefalitici, întâlniţi numai de 13% a casurilor sucombate în urma encefalitei, deci mai rari de cât corpii lui Negri în turbare, apropie odată mai mult encefalita letargică de turbare.

3. *Virusul encëfalitei*

S'a dovedit dupe experienţele făcute cu ocazia epidemiei parisiene din 1919–1920 a fi un germen filtrant, el se conservă mult timp în glicerină, apă şi lapte caşi în stare uscată, era distrus de către acidul fenic, permanganatul de potasiu, anumite substanţe colorante, de încălzirea la 55° şi de către bilă, era eficace în starea de diluţie 1‰ în apă sărată, nu difuza cu uşurinţă şi resista la autoliza cadaverică.

4. *Modul de infecţie al animalelor*

Cercetările lui Levaditi, Harvier şi Nicolau au arătat că se poate conferi encefalita la epure pe cale intracerebrală (şi germenul poate fi pus în evidenţă înaintea isbucnirii fenomenele morbide), oculară (injecţie în camera anterioară a ochiului, care dă o perioadă de incubaţie ceva mai lungă ca de obiceiu, 9-10 zile), nervoasă periferică. Virusul inoculat prin scarificaţie pe cornea iepurului determină o pustulă corneană însoţită de keratită şi conjuctivită supurată şi în urmă o generalisaţie a infecţiei şi moartea animalului prin encefalită acută, lesiunile histologice ale acestei keratite encefalitice seamănă cu cele determinate de vaccină şi herpes (constatarea pe frotiuri a formaţiuni semănând cu corpusculii lui Guarnieri şi inclusiunile lui Prowazeck).

Autorii n'au reuşit a transmite boala servindu-se de calea subcutanată, cutanată, intra-dermică şi intra-venoasă.

Inocularea în muschii cefei şi în peritoneu le-a succes, de asemenea inocularea prin procedeul Calmette-Guérin (scarificaţie cutanată) determină lesiuni locale, putând fi urmate de o infecţie generalisată terminată printr'o encefalită mortală, transmisibilă în serie şi autorii amintiţi au mai arătat că pentru a ajunge la creer virusul se propagă dealungul nervilor.

Ei au mai putut conferi encefalita la epure introducând germenul în trachee, dar nu le-a succes servindu-se de calea gastrică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In schimb testiculul s'a dovedit capabil a transmite boala şi încă a conserva germenul un timp relativ îndelungat, cel puţin 17 zile.

Printr'o altă serie de experienţe autorii au mai stabilit că mucoasa nasală sănătoasă opune oare-care resistenţă la penetraţia virusului în organism, din contră aceiaşi mucoasă, lezată în prealabil printr'un traumatism sau un procesus inflamator, devine permeabilă.

Toate aceste fapte puse în lumină desvăluesc mecanismul propagaţiei encefalitei epidemice.

5. Studiul incubaţiei

Perioada de incubaţie se caracterizează prin febră, urmată de hipotermie şi prin modificaţii sanguine (polinucleoză şi scăderea resistenţei globulare).

Calea oculară scurtează perioada de incubaţie, virusul se propagă cu repeziciune dealungul nervului optic, (lesiuni histologice constatabile pe secţiuni) şi ajuns în creer poate sta în stare latentă câtva timp fără a determina lesiuni histologice şi până să se manifeste primele semne de boală (inoculările cu substanţa cerebrală au fost positive în timpul perioadei de latenţă).

Anumite substanţe ca cloralul, eterul, cloroformul diminuă perioada de incubaţie şi exagerează în mod manifest puterea patogenă a virusului encefalitic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

6. Virulenţa humorilor şi organelor. Modul de eliminare al virusului. Contagiune naturală. Transmisiune hereditară.

In afară de creer în care virusul pătrunde ori care ar fi calea de introducere, autorii l-au mai constatat în măduva spinării (dar numai la om au constatat lesiuni histologice medulare), nu l-au găsit în sângele total şi nici în diversele elemente constitutive ale sângelui arterial sau venos, virusul este absent în organele epurilor infectaţi pe cale cerebrală: experienţe, în contradicţie cu acelea ale lui Netter (care a denunţat glandele salivare drept cale de eliminare a germenului) i-au făcut să conchidă că glandele salivare nu joacă vreun rol important nici ca poartă de intrare şi nici ca cale de eliminare a germenului encefalitei la epurii infectaţi, plămânul, testiculul şi mucoasa nasală lezată în prealabil oferă poartă de pătrundere în organism virusului, dar virusul nu a fost constatat în testiculul epurilor morţi în urma injecţiei virusului fix în creer şi nici în filtratul mucoaselor lor nasale.

Autorii găsind explicare contradicţiilor cu ce se întâmplă la om, la care eliminaţia virusului prin mucoasa naso-faringee este indiscutabilă, arată cum virusul poate prin filetele nervoase şi bulbul olfactiv să meargă dela mucoasa nasală lesionată la creer şi pe aceiaşi cale să se întoarcă îndărăt pentru a se elimina prin secreţiile naso-faringiene.

Autorii au mai stabilit că virusul encefalitei epidemice este transmisibil la epure dela mamă la foet, fie prin traversarea filtrului placentar fie prin contaminare datorită ingestiei de lapte provenind dela mama infectată.

Purtătorii sănătoşi de germeni
Virulenţa salivei

Dela primele lor cercetări autorii au arătat că nasofarinxu constitue pentru encefalită caşi pentru poliomielită calea unică de contagiune, iar demonstraţia experimentală a purtătorilor sănătoşi de germeni fu făcută când autorii anunţară la 7 Mai 1921 la Soc. de Biologie descoperirea unui virus absolut identic cu acela al encefalitei în saliva unor indivizi sănătoşi, cari niciodată n'au avut encefalită.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Saliva acestor purtători cronici de germeni inoculată în cornea unui epure poate determina uneori o simplă kerato-conjuctivită ‹virus salivar keratogen› alteori în afară de lesiunea locală şi o encefalită mortală ‹virus salivar keratogen şi encefalitogen›, iar reacţiile de imunitate încrucişată i-au făcut să conchidă la identitatea naturii lor cu aceia a encefalitei epidemice.

Cercetări complimentare i-au mai făcut să stabilească că dacă un mare număr de salive normale sunt keratogene ‹80%› din contră un număr restrâns ‹15%› sunt dotate în acelaş timp de proprietăţi keratogene şi encefalitogene, deci că purtătorii sănătoşi de germeni capabili să propage encefalita sunt relativ rari, precum şi că virulenţa salivei la acelaş individ poate suferi variaţiuni în limite întinse, aceasta explicându-se prin existenţa culturilor succesive ale germenului encefalitic în gură.

In practică este deci de reţinut că pericolul contaminării în contactul cu un purtător de germen nu este acelaş la fie-care moment — ceace oferă analogie cu ce se întâmplă la câinele turbat — şi că putem încă atenua cultura virusului în gură şi chiar o suprima prin anumite practice antiseptice.

7. *Imunitate, Vaccinaţie*
Sero-Diagnostic.

Din numeroasele experienţe făcute pe epure Levaditi şi Harvier, — înregistrând rezultatul că serul epurilor vaccinaţi, cari rezistă la infecţia intra-oculară, este lipsit de proprietăţi neutralisante în vitro, precum şi că serul aceloraşi epuri nu posedă calităţi preventive, — au formulat conclusia că în encefalită vaccinaţia activă şi pasivă nu este realisabilă decât cu mare greutate.

In cea ce priveşte proprietăţile microbicide ale serumurilor humane de convalescenţi, autorii au formulat de asemenea conclusiunile că ele sunt lipsite de aceste proprietăţi şi că favorizează chiar infecţia experimentală cât timp provin dela subiecţi cu o infecţie de dată recentă (contrar deci de ce se întâmplă cu poliomielita), cea ce confirma observaţia lui Netter asupra frequenţii recăderilor în cursul boalei lui v. Economo.

Puterea microbicidă nu apare decât în serumul subiecţilor, a căror vindecare este de dată veche (mai mult de un an).

Şi mai constatând că, animalul inoculat la cornee cu un amestec de virus + serum de covnalescent nu prezintă nici-o keratită sau nu reacţionează decât slab, pe când epurul injectat cu un amestec virus + serum normal este atins de o keratită intensă şi moare de encefalită, Prof. Levaditi a instituit prin acest kerato-diagnostic un procedeu de sero-diagnostic utilisabil în practică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. — HERPESUL

Herpesul şi Zona, boale de natură infecţioasă şi contagioasă, atacă cu predilecţie ectodermul (pielea şi mucoasele) şi porţiunea lui invaginată (sistemul nervos cu anexele) întocmai ca celelalte entităţi grupate de Prof. Levaditi, pe baza aproprierilor făcute, în cadrul ectodermozelor neurotrope.

In paginile, cari urmează, — trecându-se peste foarte numeroasele consideraţiuni de ordin clinic, epidemiologic şi histopatologic şi peste nenumăratele experienţe de control, cari au contribuit să limpezească definitiv terenul şi să despartă hipoteticul de faptul demonstrat în cea ce priveşte natura infecţioasă, contagioasă şi strict specifică a celor 2 entităţi, a formelor lor idiopatice cât şi simptomatice, — se vor expune numai cercetările de ordin experimental, cari au adus contribuţiuni noi la cunoaşterea proprietăţilor virusului lor.

Din primele lor cercetări dela 1921 Levaditi, cu Harvier şi

Nicolau, a prins raportul care există între virusul herpesului şi agentul etiologic al encefalitei zise letargice, autorii admiţând că ***virusul encefalitic, cu cari au experimentat la Inst. Pasteur este identic cu virusul herpesului descoperit de Grüter, dotat cu o afinitate neurotropă eminamente acusată.***

Această descoperire fundamentală a orientat cursul cercetărilor ulterioare.

1. *Virusul herpesului*

Proprietăţi biologice — Afinităţi.

Filtrabilitate. Levaditi a demonstrat experimental cu Harvier la 1920 pentru prima dată, că virusul herpesului este un germene invizibil şi filtrabil, ceace a fost confirmat ulterior de diverşi cercetători, iar cu Nicolau studiind filtrabilitatea virusului pur sau în saci de collodion a ajuns la concluzia că ultra-virusurile sunt constituite prin agregate de materie proteică vie, de dimensiunile celor cari servă de suport diastazelor sau toxinelor microbiene.

Diluţiune şi activitate patogenă. Cercetările efectuate la 1922 au dus la concluzia că activitatea patogenă diminuă proporţional cu diluţia, doza minimă activă variând nu numai cu tulpina examinată, ci încă cu modul de inoculaţie (cornee sau nevrax).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Conservaţia virusului în afară de organism. Glicerina permite conservarea virusului herpetic luni de zile (peste 18 luni) şi cu atât mai mult cu cât tulpina este mai activă.

Acest procedeu al conservării creerilor glicerinate aşezate la ghiaţă a permis posibilitatea transportării tulpinelor herpetice la diferite laboratoare, precum şi realizarea experienţelor ori de câte ori nevoia se prezenta.

Glicerina s'a mai dovedit a putea disocia afinităţile keratogene şi encefalitogene ale virusului, întrucât distruge afinitatea corneotropă a virusului şi respectă pe cea neurotropă.

Temperatura ambiantă distruge repede proprietăţile virusului pur.

Autoliza cadaverică nu-l distruge.

Laptele de vacă adiţionat cu virus cerebral este activ cel puţin 96 zile, apa este virulentă 15 zile (rolul de vector al laptelui şi apei în transmisiunea boalei capătă deci bază experimentală).

Virusul rezistă la desicaţia în vid a materialelor virulente, cari îl conţin, virusul încetează de a fi virulent dacă este supus la temperaturi joase, încălzirea dela 30' la o oră la 56° îl distruge.

Puterea de difusiune a germenului este slabă, dacă nu nulă.

Centrifugaţia prelungită a unei emulsiuni cerebrale virulente nu diminuă puterea patogenă a lichidului superior (ceace permite a atribui virusului herpetic dimensiuni excesiv de mici).

Proprietăţile fizice comune de ordin coloidal (absorbţia de către negrul animal, Kaolin şi fosfatul tricalcic) apropie virusul herpetic de fermenţi şi toxine.

In prezenţa bilei virusul herpeto-encefalitic îşi pierde virulenţa, el este foarte sensibil la acţiunea microbicidă a antisepticilor solubili, caşi la acea a anumitor substanţe colorante.

Incercările de cultură i-au arătat iarăşi lui Levaditi şi colaboratorilor săi, că germenul poate trăi la 37° în symbiosă cu elementele conjuctive ale testiculului atât timp, cât aceste elemente îşi conservă vitalitatea şi proliferează (15 zile cel puţin).

Virusul herpetic se bucură de afinităţi tissulare elective dermotrope şi neurotrope, ele sunt disociabile şi până la un punct antagoniste.

Studiul virulenţei

Pluralitatea tulpinelor herpetice cu afinităţi ectodermotrope şi neurotrope diverse a fost afirmată de Levaditi şi Nicolau încă dela 1922, tot ei au stabilit că virulenţa virusului poate varia spontan sau dupe evoluţia lesiunilor herpetice sau să fie modificată artificial de experimentator: câte provenienţe, atâtea variaţiuni ale activităţii patogene, activitatea patogenă a germenului herpetic poate varia la acelaş dătător (om sau animal) dupe vârstea accidentelor cutanate sau mucoase şi dupe epoca, când aceste accidente apar în cursul herpesului recidivant, în mod artificial experimentatorul poate exalta până la gradul unui virus fix virulenţa unei tulpine herpetice, făcând-o să sufere treceri succesive dela creer la creer sau să-i atenueze puterea patogenă prin trecere dela cornee la cornee.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. *Herpesul experimental*

Receptivitatea diferitelor specii animale

Simptomele boalei

Levaditi şi Harvier au demonstrat în Martie 1920 că epurele este animalul de elecţie pentru virusul herpeto-encefalitic, dar el prezintă o receptivitate diferită individuală dupe variaţiunile aspectului clinic şi al lesiunilor herpetice.

Keratita provocată de autori cu germenul herpeto-encefalitic în 1921 era în toate privinţele asemănătoare cu acea determinată de Löwenstein în 1919, şi înaintea lui de Grüter.

In 1920 demonstrară inoculabilitatea virusului herpeto-encefalitic la mucoasa nasală, care depune oare-care rezistenţă, cât timp este sănătoasă, dar se lasă străpunsă, odată ce un traumatism sau un procesus inflamator a adulterat-o.

De asemenea Levaditi cu Harvier şi Nicolau demonstrară la 1921 sensibilitatea pielei faţă de virusul herpetic, care la epure nu se limitează numai la punctul de inoculaţie, ca la om, ci năvăleşte în terminaţiile nervoase şi pe calea nervilor rachidieni sensitivi atinge sistemul nervos central, animalul putând muri cu semne de paraplegie, iar în 1923 arătară că virusul herpetic poate fi inoculat cu succes şi pe mucoasa genitală a epurelui, cea ce le permise a apropia sifilisul de herpesul genital encefalitogen.

Dar oricare ar fi calea de introducere a virusului, infecţiunea herpetică a epurelui se însoţeşte de febră (începe a 2 sau 3 zi şi atinge repede 41°, iar când semnele encefalitice s'au manifestat, se înlocueşte printr'o hipotermie preagonică) şi modificaţiuni citologice ale sângelui (o polinucleosă pseudo-eosinofilică, diminuţie a rezistenţei globulare), precum determină şi manifestaţiuni nevraxice (în Martie 1920 Levaditi şi Harvier au descris syndromul encefalitic la epure).

Cobaiul este iarăşi susceptibil a contracta encefalita, când i se inoculează virusul pe cale intra-cranienă, dar receptivitatea lui este mai mică ca a epurelui, reacţia corneană opreşte progresiunea germenului către creer, pe când pielea, caşi la epure, permite pătrunderea germenului şi progresiunea lui dealungul nervilor sensitivi cranieni.

Levaditi cu colaboratorii săi a mai arătat că şoarecele reacţionează la injecţiile intracerebrale, în peritoneu şi piele cu condiţia ca virusul să fi suferit treceri frequente la epuri.

Maimuţa este receptivă, dar erupţia se mărgineşte numai la piele, căci sistemul ei nervos pare a prezenta o imunitate naturală, care nu cedează decât în anumite condiţiuni determinate, de asemenea keratita herpetică determinată la cimpanzeu nu este urmată de encefalită.

3. *Studiul histo-patologic al lesiunilor herpetice experimentale*

Histo-patologia keratitei herpetice

Levaditi, Harvier şi Nicolau au arătat dela 1921 că virusul herpeto-encefalitic deslănţue la nivelul cornei lesiuni analoage cu acelea ocazionate prin germenul vaccinului Jennerian; ei au distins mai multe faze în evoluţia keratitei herpeto-encefalitice şi aceste lesiuni pot fi comparate cu alteraţiunile analoage descrise de Levaditi în 1923 în pustulele provocate prin neurovaccin.

Histopatologia lesiunilor nevraxiale

Cercetările iniţiale ale autorilor făcute la epure, cu rasa herpeto-encefalitică, inoculaţie pe calea cerebrală, au fost confirmate ulterior de diverşi experimentatori; ele au permis a precisa alteraţiilor celulare ca sediu de predilecţie o regiune a hippocampului denumită de autori *„zona electivă"*.

Alteraţiile encefalitei evoluează la epure în 2 faze: o fază acută, urmată, dacă animalele trăesc, de o a doua cu caractere mai cronice; se observă şi fenomene de neuronofagie asemănătoare celor observate în poliomielită, celulele nervoase degenerând şi căzând pradă fagocitelor sub influenţa directă a virusului, iar nu pentru-că sistemul vasculo-meningean participă la proces.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ca inclusiuni celulare Levaditi cu colaboratorii săi au descoperit la 1921 formaţiuni acidofile în nucleul şi citoplasma neuroanelor cerebrale la aceşti epuri inoculaţi pe cale trans-craniană; aceşti corpi, denumiţi *neuro-corpi encefalitici* sunt numeroşi în zona electivă dela baza hippocampului, se bucură de proprietatea de oxyphilie «fiind atribuiţi unei degenerescenţe oxyphile a cromatinei nucleare în jurul germenului invizibil al encefalitei».

4. *Căile de pătrundere ale virusului în organism*

Creerul este calea cea mai aptă pentru pătrunderea germenului herpetic în organism, iar trecerile succesive prin creer măresc virulenţa nevraxică şi permit crearea de tulpine de virus fix.

Encefalita a fost conferită de către Prof. Levaditi epurelui la 1920 prin injecţie în nervul sciatic, fapt confirmată ulterior de Prof. Marinescu şi Drgănescu.

Camera anterioară a ochiului represintă o foarte bună cale de acces; reacţia inflamatorie este urmată de o encefalită mortală, dar perioada de incubaţie este mai lungă de cât când se recurge la inoculaţia intra cerebrală.

De asemenea pielea şi diversele mucoase fixează germenul herpetic şi permit înmulţirea lui, mai ales în urma unui traumatism prealabil.

Calea mucoasei digestive este îndoelnică; calea trachéo-pulmonară indubitabil permite acces boalei.

Introdus în sânge virusul dispare dupe câteva ore sau se localizează pe unul din ţesuturile, pentru care are afinitate, nevraxul înainte de toate, şi chiar fără traumatism prealabil la animalele în particular receptive.

Capsulele suprarenale oferă o afinitate remarcabilă caşi ovarul şi testiculul, organe germinative mesodermice, dar ale căror elemente constitutive conţin, în protenţial, caractere ectodermice.

Ţesutul celular subcutanat, cavitatea peritoneală, ţesuturile diverselor organe, fibrele musculare (dacă ar fi separate de aparatul lor neuromotor) s'au dovedit prin experienţe precise, practicate de Levaditi cu colaboratorii săi, că nu sunt favorabile desvoltării agentului virusului herpetic.

Toate aceste constatări au dus la conclusia de ordin practic că «calea naturală de acces pentru virusul herpesului trebue să o constitue la om ţesuturile derivate din ectoderm, precum mucoasele sau cornea, şi de fapt totul demonstră că acest germen înainte de a se generaliza pătrunde prin nasofaringe şi amigdale».

BCU Cluj / Central University Library Cluj

5. *Progresiunea virusului herpetic în organism*
Neuroprobazia germenului herpesului

Inrudirea dintre germenul herpeto-encefalitic şi unele virusuri neurotrope, precum al turbării şi poliomielitei, a condus pe D-rul Levaditi să admită încă dela 1920, că acest germen se propagă în organism dealungul filetelor nervoase.

Experienţe nenumărate au confirmat faptul şi au determinat cu precisiune condiţiunile, în cari se petrece această progresiune dealungul nervilor, proprietate pe care D-sa a denumit-o *neuroprobasie.*

Dovezile, pe care s-a bazat pentru a afirma această progresiune, sunt în primul rând:

a) inoculaţia virusului herpeto-encefalitic într'un nerv periferic (sciaticul) deslănţueşte o encefalită tipică mortală;

b) germenul, administrat la epure pe cale cerebrală, provoacă o nevraxită acută; şi cum nervul optic şi retina prelevate la ani-

malul mort s'au dovedit virulente, s'a impus şi corolarul că calea centrifugă era identică cu cea centripetă,

c) animalele inoculate prin piele sucombă cu simptome de paralizie a segmentului posterior, germenul ajungând în măduvă pe calea nervilor spinali,

d) incubaţia, care precede isbucnirea turburărilor encefalitice, nu represintă decât timpul, pe care îl pune virusul pentru a atinge regiunile sensibile ale organismului, a se înmulţi şi determina lesiunile caracteristice şi experienţe riguroase au mai determinat că propagarea este foarte rapidă şi Levaditi explică această progresiune centrifugă sau centripetă a tutulor virusurilor neurotrope prin acea că *„ele multiplicându-se din loc în loc vaccinează în urma lor segmentele cilindraxile, cari le-au servit de mediu de cultură“.*

6. *Repartiţia virusului herpetic în ţesuturi şi humori*

Această repartiţie şi condiţiunile de fixare ale germenului au arătat *afinitatea electivă a acestui virus pentru sistemele tissulare derivate din ectoderm şi în particular pentru nevrax.*

7. *Eliminaţia virusului herpetic*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Condiţiunile, în care se petrece această eliminare, au fost determinate cu precisiune de Prof. Levaditi şi colaboratorii săi.

Ea are loc prin salivă:

a) *saliva poate fi virulentă în tot timpul evoluţiei herpesului peri-bucal*

b) *activitatea sa patogenă se adequează evoluţiei vesiculelor herpetice*

c) *nu este necesar, ca erupţia herpetică să fie situată în vecinătatea gurei, pentru ca saliva să fie virulentă*

d) *virulenţa salivară este mai acusată şi mai frequentă la cei predispuşi la herpes*

e) *orice salivă, în general, poate conţine rase herpetice slabe sau tari, în absenţa oricărei erupţii de herpes vizibil.*

Secreţia salivară dobândeşte virusul la nivelul enantemului herpetic care când se vindecă şi sursa se suprimă, şi virulenţa salivei se stinge, cu excepţia purtătorilor de germeni.

Autorii n'au reuşit să descopere virusul herpetic la nivelul mucoasei nasale sau în secreţiunile naso-faringiene.

Contagiunea spontană experimentală neîntâlnită de Dr. Levaditi în cursul primelor sale cercetări a fost afirmată ulterior prin relatarea în 1922 a unei observaţiuni de contaminaţie de cuşcă.

Transmisiunea hereditară a boalei herpetice a fost observată încă dela 1921 de Prof. Levaditi, Harvier şi Nicolau.

D. — NEURO-VACCINUL

Experienţele, prin care Prof. Levaditi a pătruns în mecanismul imunităţii post-herpetice, au fost făcute în acelaşi timp, şi deodată cu cele cari privesc starea refractară neurovaccinală.

Redând la o laltă conclusiunile, la cari a ajuns, înseamnă a face în acelaş capitol şi partea cercetărilor întreprinse asupra acestei a patra ectodermoze neurotrope, neurovaccinul.

Imunitatea experimentală herpetică şi neurovaccinală.

«In vaccină, herpes şi herpeto-encefalită imunitatea nu se cantonează exclusiv la sistemul tisular în conflict cu virusul.

Toate ţesuturile sensibile, pentru cari acest virus prezintă afinitate electivă, participă la starea refractară (cu excepţia cornei, care pare a se bucura de independenţă, de altfel destul de relativă). Astfel, imunitatea pielei atrage pe acea a nevraxului şi a testiculului; starea refractară a cornei determină o stare asemănătoare a creerului; imunitatea encefalului poate să determine pe acea a tegumentelor».

Mecanismul imunităţii în vaccină şi herpes

Cităm textual:

«Când se inoculează virusul într'unul din sistemele tissulare receptive (piele, cornee, creer, testicul) el nu lucrează numai local, ci se generalizează (pe cale sanguină sau acea a nervilor periferici) pentru a merge să se grefeze pe toate ţesuturile, cari îl atrag. Ajuns în organul sensibil, germenul se multiplică şi provoacă lesiuni.

Când acestea, trecând din starea acută în cea cronică, tind către vindecare, ţesutul capătă imunitatea, el devine insensibil la o nouă infecţie. Virusul-antigen lucrează asupra fie-cărui sistem tissular respectiv pentru a crea o stare refractară locală şi independentă. Fiecare organ vaccinat se apără pe propria sa socoteală şi prin mijloacele sale proprii. **Imunitatea generală se descompune în tot atâtea imunităţi parţiale, câte ţesuturi sensibile sunt.** Această imunitate pare independentă de acţiunea microbicidă a humorilor» (Levaditi şi Nicolau).

Modul de extensiune al stării refractare dobândite

Tonusul imuno-trofic

O singură pustulă vaccinală imunisează întregul înveliş cutanat şi deodată, brusc, explosiv: explicaţia, pentru moment hipotetică, o dă Prof. Levaditi, nu prin mecanismul întinderii din ce în ce mai departe al petei de ulei, ci prin admiterea unei solidarităţi strânse între celule, fie prin intermediul sistemului nervos periferic sau prin al unor comunicaţiuni intercelulare.

Odată instalată această imunitate *„sistemul nervos central intervine pentru a exercita asupra ei un tonus analog cu tonusul trofic vascular sau tissular. Acest tonus domină starea refractară locală, pe care o poate diminua, menţine sau mări dupe împrejurări.*

Caracterul neurotrofic al imunității tegumentare, al celei înăscute caşi al celei dobândite, ne apare astfel în plină lumină.

Propun expresia de **tonus imuno-trofic** *acestei funcțiuni a sistemului nervos". Levaditi.*

Levaditi şi Harvier au mai reuşit a realiza o *vaccinație activă* la epure, precum şi să stabilească un *raport între diversele tulpini ale virusului herpetic,* numai tulpinele forți putând realiza o pan-imunitate.

Iar prin considerațiuni de ordin multiplu studiând condițiunile în cari se realisează inoculația exogenă şi cea endogenă precum şi ale recidivelor — în ce priveşte infecția herpetică — ajunge să stabilească *rolul predisposițiunei* şi al unei *imunități naturale antiherpetice la om.*

E. — ZONA

Studiu experimental

Din interpretarea diferitelor experiențe făcute de cercetători, între cari în primul rând Prof. Marinescu şi Drăgănescu, asupra Zonei, Prof. Levaditi ajunge la următoarele considerațiuni de înaltă valoare prin orientarea generală, ce se va imprima studiilor viitoare:

Zona şi Herpesul sunt determinate de virusuri apropiat înrudite, dar destul de distincte pentru a se putea diferenția unul de altul, dacă virusul herpetic a fost prins şi caracterele lui biologice clar caracterisate, în schimb acela al Zonei încă continuă a rămâne necunoscut, şi va mai rămâne, cât timp nu se va reuşi a-l inocula cu uşurință animalelor de laborator.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mecanismul patogenic al Zonei şi Herpesului

Acest mecanism îl explică Prof. Levaditi, — care porneşte dela constatarea admisă că sistemul nervos şi mucoasa naso-faringiana cu amigdalele adăpostesc virusul acestor 2 afecțiuni înrudite, — printr'o cedare spontană sau provocată a stării refractare naturale a țesuturilor ectodermice.

La subiecții predispuşi ectodermul presintă unele teritorii mai apte decât altele de a fixa virusul şi a favoriza cultura sa, există deci teritorii zonafine precum există teritorii herpetafine, cele herpetafine păstrează mai mult timp, decât secundele, receptivitatea lor, de acea herpesul recidivează mai des şi recidivele sunt isotopice.

Localizarea virusurilor pe anumitele teritorii limitate ale ectodermului şi pe sectoarele nevraxice, cărora le sunt tributare aceste teritorii, este determinată de căderea momentană a *tonusului imuno-trofic metameric* al sistemului nervos.

Această concepție va fi înțeleasă mai uşor, dacă ne vom raporta la noțiunea existenței unui *tonus imuno-trofic,* întrevăzut de Prof. Levaditi, precum şi cunoaşterea *teoriei metamerice* a inervației cutanate şi a *merotomiei* sistemului nervos formulate de Brissaud,

persistenţă a dispoziţiunei metamerice embrionare a întregului nevrax admisă la adult de către Prof. Levaditi.

Zona determină o stare refractară absolută şi durabilă pentru că atacă un merotom nevraxic, herpesul provoacă o imunitate incomplectă şi trecătoare, pentru că se cantonează pe neuronul sensitiv primar.

III.

DESCOPERIREA Par. ENCEPHALITOZOON CUNICULI

Agentul encefalopatiei spontane a epurelui

Prof. Levaditi, cu D-ri Nicolau şi D-ra Schoen, a descoperit în 1923 agentul, care determină encefalopatia spontană a epurelui şi stabilit într'o serie de publicaţiuni de seamă toate caracterele acestui agent, pe care l-a denumit *Encephalitozoon cuniculi.*

IV.

DESCOPERIREA STREPTO-BACILULUI MONILIFORM

Agent al eritemului polimorf acut

Dr. C. Levaditi împreună cu S. Nicolau şi Poincloux făcând cercetări asupra etiologiei unui cas de eritem polimorf acut, au descoperit ca agent al boalei un microb denumit de autori *streptobacillus moniliformis* cu caractere tinctoriale, culturale şi biologice distincte şi cu care pe animale au reuşit să reproducă un syndrom infecţios identic cu cel uman, în majoritatea cazurilor animalele inoculate pe cale peritoneală şi intracerebrală mureau, pe cale subcutanată sau dermică scăpau şi se imunizau.

Autorii admit, că această boală trebue socotită nu ca un syndrom, ci ca o entitate patologică distinctă infecţioasă, eruptivă, contagioasă şi epidemică — opiniune confirmată ulterior prin relatarea câtorva epidemii studiate de autori americani, cari au găsit la bolnavi un agent cu caractere identice.

* * *

Dar D-l Profesor Levaditi a făcut cercetări în diferite alte direcţii, a adus lumina în atâtea probleme de ordin biologic, mai ales în ce priveşte imunitatea; a deschis atâtea orizonturi şi a adus atâtea contribuţiuni noui încât a le prezenta, oricât de sumar, ar fi să depăşim cadrul acestui articol şi să abuzăm.

Mare parte din înţelesul descoperirilor D-sale sunt cuprinse în însuşi titul comunicărilor, la cari trimitem pe cei cari doresc să aprofundeze anumite chestiuni.

Redându-le pur şi simplu, vom reuşi astfel, să scurtăm prezentarea aceasta analitică, lăsând numai ochiului facultatea de a alerga pe aceste întinse câmpii de cercetări laborioase, cărora li s'a închinat o viaţă de om.

Iată-le:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lucrările Prof. C. Levaditi dela 1897—1928

1 8 9 7.

1. Un cas de syphilome de la moelle épinière. *România Medicală 1897.*
2. Sur la forme actinomycosique du bacille de la tuberculose. **(En coll. avec M. Babès).** *C. R. de l'Acad. des Sciences 1897, Arch. de Méd. Exp. No. 6, 1897.*

1 8 9 8.

3. L'histologie pathologique de l'oeil dans la lèpre. **(En coll. avec M. Babès).** *Arch. Roum. des Sc. Méd. No. 5—6, 1898.*
4. Uber einige durch den Pestbaccillus verursachten histologischen Veränderungen. **(En coll. avec M. Babès).** *Wirchows Arch. Bd. CL 1898.*
5. Aspergillose expérimentale du cerveau. *C. R. Soc. de Biol. 1898.*
6. Mycose pulmonaire spontanée chez le lapin. *C. R. Soc. de Biol. 1898.*
7. Le sort des toxines introduites dans le tube digestif. **(En coll. avec M. Charrin).** *C. R. de l'Acad. des Sciences. Janv. 1898, Journ. de Physiol. No. 2, 1899.*
8. Alterations médullaires pyocyaniques; influence du terrain sur la gravité des lésions. **(En coll. avec M. Charrin).** *C. R. Soc. de Biol., Décembre 1898.*
9. Un cas de tubercule de la protuberance. *Revue neurologique 1898.*
10. Endocardite ulcéreuse de l'oreillette gauche. **(En coll. avec M. Claude).** *Bull. de la Soc. Anatomique 1898.*

1 8 9 9.

11. L'eau de l'intestin; élimination et absorption. **(En coll. avec M. Charrin).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mars 1899.*
12. Embolies cellulaires. **(En coll. avec M. Charrin).** *C. R. de la Soc. de Biologie, 1899. C. R. de l'Acad. des Sciences, 1899. Jurnal de Physiol., Nov. 1899.*
13. Action du pancréas sur la toxine diphtérique. **(En coll. avec M. Charrin).** *C. R. de l'Acad. des Sciences et C. R. Soc. de Biol., 1899 Mars.*
14. Pancreatites hémoragiques expérimentales. Mécanisme. **(En coll. avec M. Charrin).** *C. R. de la Soc. de Biol., Janv. 1899.*
15. Action des matières minerales et des acides organiques sur les variations de la résistence et les modifications de l'economie. **(En coll. avec M. Charrin et Guillemonat).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Juillet 1899.*
16. Démonstration des variations du fer dans la grossesse. **(En coll. avec M. Charrin).** *Journ. de Physiol. No. 4, 1899.*
17. La rôle des tares de la mère dans la genèse des prédispositions morbides des rejetons. **(En coll. avec M. Paris).** *Journ. de Physiol. No. 3, 1899.*
18. L'action des sels sur l'organisme au point de vue de la genèse des proprietés agglutinatives *C. R. de Soc. de Biol., Juillet 1899.*
19. Influence du titre isotonique ou anisotonique des solutions minérales sur l'activité des toxines dissoutes dans ces solutions. **(En coll. avec M. Charrin).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1899.*
20. Contribution à l'étude des atrophies musculaires expérimentales. *La Presse Médicale No. 81, Oct. 1899.*

1900.

21. Défense de l'organisme contre les proprietés morbifiques des sécrétions glandulaires. **(En coll. avec M. Charrin).** *C. R. de l'Acad. des Sciences et C. R. Soc. de Biol., Janv. 1900.*
22. Mécanisme des insuffisances de developpement des enfants issus de mères malades. **(En coll. avec M. Charrin et Guillemonat).** *C. R. de l'Acad. des Sciences et C. R. Biol., Janv. 1900.*
23. Action de la toxine staphylococcique sur le rein. **(En coll. avec M. Max Neisser).** *Congrès Intern. de Médicine, Paris 1900.*
24. L'immunité d'après la théorie des „chaines latérales". Toxines et antitoxines. *La Presse Médicale, Nov. 1900.*

1901.

25. Experimentelle Untersuchungen über die Nekrose der Nierenpapille. *Arch. de Pharmacodynamie et de Therapie, 1901.*
26. Un cas de leucémie myélogène. *Journ de Physiol. et de Pathol générale, Mai 1901.*
27. Experimentelle Untersuchungen über Cumarin vergiftung. *Ctblat. f. allg. Path. und Path. Anat. 1901.*
28. L'immunité d'après la theorie des „chaines latérales". Bacteriolysines et cytotoxines. *La Presse Médicale, Août. 1901.*
29. Sur l'état de la cytase dans le plasma des animeaux neufs et des organismes vaccinés contre le vibrion cholérique. *Ann. Inst. Pasteur, Dec. 1901.*

1902.

30. Contributions à l'étude des Mastzellen et la Mastzellen leucocytose. *Thèse de Paris 1902.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1903.

31. Sur les hémolysines cellulaires. *Ann. Inst. Pasteur, Mars 1903.*
32. Méthode pour la coloration des spirilles et de trypanosomes dans le sang. *C. R. Soc. de Biol., Nov. 1903.*

1904.

33. Contribution à l'étude de la spirillose des poules. *Ann. Inst. Pasteur, Mars 1904.*
34. Sur l'origine des précipitines. **(En coll. avec M. Kraus).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Avril 1904.*
35. Sur le mécanisme du phénomène de l'action fractionée des toxines. *Ann. Inst. Pasteur 1904.*
36. Contribution à l'étude de l'origine des anticorps. Les anticorps contre les spirilles de la septicémie des poules. *Ann. Inst. Pasteur, Août. 1904.*

1905.

37. Sur les hémolysines thermostabiles du sérum sanguin. *C. R. de la Soc. de Biol., Avril 1905.*
38. L'influence des serums normaux des mammifères et des oiseaux sur le trypanosoma paddae. **(En coll. avec M. Sevin).** *C. R. de la Soc. de Biol., Avril 1905.*
39. Mécanisme de l'immunité naturelle des mammifères et des oiseaux vis-a-vis du trypanosoma paddae. **(En coll. avec M. Sevin).** *C. R, de la Soc. de Biol., Mai 1905.*
40. La spirillose du lapin. Mécanisme de la crise. **(En coll. avec M. Lange).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1905.*
41. Syphilis congénitale et Spirochaeta pallidum de Schaudinn. *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1905.*

42. Syphilis congénitale et Spirochaeta pallidum de Schaudinn. **(En coll. avec M. M. Nobecourt et Darré).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juin 1905.*
43. Uber Lymphocytengranula. *Wirchow's. Arch. 1905, Bd. 180.*
44. Syphilis congénitale et Spirochaeta pallidum de Schaudinn. *La Presse Médicale No. 43, Mai 1905.*
45. Antitoxische Prozesse. *1905 Fischer Jena.*
46. Sur le mécanisme du phenomène de l'action fractionnée des toxines. *Ann. Inst. Pasteur, Août. 1905.*
47. Sur un nouveau flagellé parasite du Bombyx movi. (Herpetomonas bombycis). *C. R. de l'Acad. des Sciences, Oct. 1905.*
48. Relations entre et les antitoxines. *Folia Haematologica No. 1, 1905.*
49. L'histologie pathologique de l'heredo-syphilis dans ses rapports avec le Spirochaeta de Schaudinn. *C. R. de la Soc. de Biol., Oct. 1905.*
50. Localisations du Spirochète dans un cas de syphilis héréditaire. **(En coll. avec M. Salmon).** *C. R. de la Soc. de Biol., Nov. 1905.*
51. Histologie pathologique des accidents syphilitiques primaires et secondaires chez l'homme, dans ses rapports avec le Spirochaeta pallidum. **(En coll. avec M. Manouélian).** *C. R. de la Soc. de Biol., Nov. 1905.*
52. Histologie du chancre syphilitique du singe dans ses rapports avec le Spirochaeta pallidum. *C. R. de la Soc. de Biol., Nov. 1905.*
53. Constatations du Spirochete de Schaudinn dans le foie et la rate d'un foetus macéré. **(En coll. avec M. M. Queyrat et Feuillé).** *Bull. Soc. de Dermat et de Syphiligraphie, Dec. 1905.*
54. Passage du Spirochaeta dans le liquide du vésicatoire. **(En coll. avec M. G. Petresco).** *La Presse Médicale No. 78, Sept. 1905.*
55. Les nouvelles recherches hematologiques sur le globule blanc. *Bull. Inst. Pasteur No. 19—22, Oct.-Nov. 1905.*
56. Recherches sur les éléments cellulaires du colostrum et du lait. **(En coll. avec M. Wallich).** *Ann. de Gyn. et Obst., Dec. 1905.*
57. Spirochaeta pallidum Schaudinni în sifilisul ereditar. Contribuţiuni la studiul eredităţii spirilozelor. *Analele Academiei Române, Dec. 1905.*
58. Le sort des hématies nucleées introduites dans la circulation générale des animaux neufs ou immunisés à l'aide de ces hématies. *Idem 1905*

1 9 0 6.

59. Nouvelle méthode rapide pour la coloration des spirochètes sur coupes. **(En coll. avec M. Manouélian).** *C. R. de la Soc. de Biol. Janv. 1906.*
60. Recherches sur la placenta. **(En coll. avec M. Wallich).** *Ann. de Gyn. et d'Oest., Febrier 1906.*
61. Culture d'un spirille de la fièvre recurrente africaine de l'homme. *C. R. de l'Acad. des Sciences, Mai 1906.*
62. L'histologie pathologique de la syphilis héréditaire dans ses rapports avec le Spirochaeta pallidum. *Ann. Inst. Pasteur, Fevr. 1906.*
63. La spirillose des embrions du poulet, dans ses rapports avec la treponemose héréditaire de l'homme. *Ann. de l'Inst. Pasteur, Mars 1906.*
64. Les nouvelles recherches sur la pathologie expérimentale de la syphilis. *Folia Hematologica No. 9—10, 1906.*
65. Nouvelles recherches sur la spirillose des poules. **(En coll. avec Manouélian).** *Ann. Inst. Pasteur, Juillet 1906.*
66. Morphologie et culture du Spirochaeta refringens. *Soc. de Biol. 28 Juillet 1906.*
67. Pénétration du treponema pallidum dans l'ovule. **(En coll. evec M. Sauvage).** *C. R. de l'Acad. de la Sciences, Oct. 1906.*
68. La spirillose des embryons de poulet dans ses rapports avec la treponemose héréditaire de l'homme. *Ann. Inst. Pasteur, Nov. 1906.*
69. Bemerkungen zu dem Aufsatz „die Silberspirochaete" von V. Schultze in No. 37 dieser Wochenschrift. *Berl. Klin. Woch. No. 42, 1906.*

1907.

70. Les anticorps syphilitiques dans le liquide cephalo rachidien des paralytiques généraux et des tabetiques. **(En coll. avec M. A. Marie).** *Ann. Inst. Pasteur, Fev. 1907.*
71. Recherches sur l'infection provoquée par la spirille de la Tick-fever. **(En coll. avec M. Manouélian).** *Ann. Inst. Pasteur, Avril 1907.*
72. Loukocidin. Aggressin. *Hand d. Immunitätsforschung 1907.*
73. Les opsonines et le mécanisme de la crise dans la Tick-fever. **(En coll. avec M. Roché).** *C. R. de la Soc. de Biol. 1907.*
74. Immunisations des spirilles de la Tick-fever contre les anticorps. Mécanisme de la rechute. *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1907.*
75. Contributions à l'étude des „opsonines". Proprietés opsonisantes des serums normeaux. **(En coll. avec M. Juman).** *C. R. de la Soc. de Biol., Avril 1907.*
76. Contributions à l'étude des „opsonines". Pouvoir opsonisant des serums normaux. *C. R. de la Soc. de Biol., Avril 1907.*
77. Opsonines des serums specifiques. *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1907.*
78. Mécanisme de l'opsonisation. *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1907.*
79. Contribution a l'étude des opsonines normales. Anticomplements et antiopsonine. **(En coll. avec M. Koessler).** *C. R. de la Soc. de Btol., Avril 1907.*
80. L'action du liquide cephalo-rachidien des paralytiques généraux sur le virus syphilitique. **(En coll. avec M. A. Marie).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1907.*
81. L'Influence de l'atoxyl sur la spirillose provoquée par le spirillum gallinarum. **(En coll. avec M. A. Inotsh).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juin 1907.*
82. Les spirilles pathogènes. Rapport au Congrès d'Hygiene de Berlin. *Biophysik Centralblat. Bd. III, 1907.*
83. Technique de la recherche du Treponema pallidum dans les produits syphilitiques. *Revue de Médecine 1907.*
84. Contribution à l'étude de la culture du Treponema pallidum. **(En coll. M. Inotsh).** *Ann. Inst. Pasteur, Oct. 1907.*
85. Le serodiagnostic de la syphilis. **(En coll. avec M. Jamanouchi).** *C. R. de la Soc. de Biol., Dec. 1907.*

1908.

86. Sero-réaction de la syphilis et de la paralysie générale. **(En coll. avec M. Jamanouchi).** *C. R. de la Soc. de Biol., Janv. 1908.*
87. Recherches sur l'incubation dans la syphilis **(En coll. avec M. Jamanouchi).** *C. R. de la Soc. de Biol., Fev. 1908.*
88. La réaction de Wassermann dans la paralysie générale. **(En coll. avec M. Jamanouchi).** *C. R. de la Soc. de Biol., Fev. 1908.*
89. Recherches sur l'incubation dans la syphilis. **(En coll. avec M. Jamanouchi).** *C. R. de la Soc. de Biol., Fev. 1908.*
90. La sero reaction de la syphilis et de la paralysie générale. **(En coll. avec M. Jamanouchi).** *C. R. de la Soc. de Biol., Fev. 1908.*
91. Récidive de la keratite syphilitique du lapin. Mode de division du treponème. **(En coll. avec M. Jamanouchi).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mars 1908.*
92. La réaction de la deviation du complément dans la maladie du Sommeil. *Bull. de la Soc. de Path. Exotique, No. 1, 1908.*
93. Action des substances hemolytiques sur les spirochètes les protozoaires et les vibrions. **(En coll. avec M. Rosenbaum).** *Bull. de la Soc. de Path. Exotique, No. 2, 1908.*
94. La réaction des lipoides dans les trypanosomiases et les spirilloses expérimentales. **(En. coll. M. Jamanouchi).** *Bull. de la Soc. de Path. Exotique, No. 3, 1908.*
95. Contribution à l'étude microbiologique et expérimentale du Pian. **(En coll. avec M. Nattan Larrier).** *Ann. Inst. Pasteur, Avril 1908.*
96. La solubilité dans l'alcool aqueux des antigènes cholériques. **(En coll. avec M. Muttermilch).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1908.*

Digitized by Romanian Academy of Sciences library Cluj

97. Localisation nerveuse de la syphilis et proprietées du liquide cephalo-rachidien. **En coll. avec M. M. Ravaut et Jamanouchi).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1908.*
98. La réaction des lipoides dans les trypanosomiases et les spirilloses expérimentales. **(En coll. avec M. Jamanouchi).** *Bull. de la Soc. de Path. Exotique, No. 3, 1908.*
99. Proprietés de l'antigène cholérique. **(En coll. avec Mutermilch).** *C. R. de la Soc. Biol., Mai 1908.*
100. Action des substances hemolitiques sus les protozoaires les spirochètes et les vibrions. **(En coll. avec M. Rosenbaum).** *Ann. Inst. Pasteur, Mai 1908.*
101. Action de l'Hcl et du Na OH sur l'antigène cholérique. **(En coll. avec M. Muttermilch).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juin 2908.*
102. Pouvoir immunisant de l'antigène cholérique soluble dans l'alcool. **(En coll. avec M. Mutermilch).** *C. R. de la Soc. Biol., Juin 1908.*
103. Vaccination des animaux par des extraits alcooliques des cultures cholériques. *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1908.*
104. Mécanisme d'action de l'atoxyl dans les trypanosomiases. **(En coll. avec M. Jamanouchi).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1908.*
105. Action du trypanotoxyl sur les races de rèsistantes a l'atoxyl. **(En coll. avec M. M. Brimont et Jamanouchi).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1908.*
106. Ueber Anaphylaxie *Jahresbericht für Immunitätsforschung 1907.*

1 9 0 9.

107. Ueber Phagocytose. *Handbuch d. Immunitätsforschung Biol., II 1909.*
108. Opsonine. **En coll avec M. Inmanu).** *Hdb. d. Immunitätsforschung Bd., II 1909.*
109. Recherches sur l'incubation dans la syphilis. **(En coll. avec M. Jamanouchi).** *Ann. Inst. Pasteur, Nov. 1908*
110. Mécanisme d'action de composés arsenicaux dans les trypanosomiases. *C. R. de la Soc. de Biol., Janv. 1909.*
111. La réaction des lipoides dans la piroplasmose canine. **(En coll. avec M. Nattan Larrier).** *C. R. de la Soc. de Biol., Janv. 1909.*
112. Mécanisme d'action des composés arsenicaux dans les trypanosomiases. *Bull. de la Soc. de Path. Exotique No. 1 1909.*
113. Les nouveaux moyens de diagnostic microbiologique et serologique de la syphilis. *Revue generale Fev. 1909.*
114. A propos du mécanisme d'action de l'atoxyl dans les trypanosomiases. *C. R. de la Soc. de Biol., Mars. 1909.*
115 Mécanisme d'action de l'antimoine dans les tripanosomiases. **(En coll. avec N. Knaffl-Lenz).** *Zeitschrift f. Immunitätsforschung Orig. Bd. II 1909.*
116. Rôle de la syphilis dans l'ètiologie de la demence precoce. **(En coll. avec M. Roubinovitsch).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1909.*
117. Recherches sur la méthode de Bordet-Gengou appiliquée a l'étude des trypanosomiases. **(En coll. avec M. Muttermilch).** *Zeitsch f. Immunitätsforsch Orig Bd. II Juin. 1909.*
118. Sur l'adsorbtion des proteines anaphylactisantes du serum par les elements cellulaires. **En coll. avec M. Raijcham).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juin 1909.*
119. Culture de deux spirochétes de l'homme. **(En coll. avec M. Stanesco).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juilet 1909.*
120. Sort de l'arsenic injecté dans la circulation génerale des animaux neufs et trypanosomiés. **(En coll. avec M. Knaffl-Lenz).** *Bull de la Soc. de Path. Exotique No. 7, 1909.*
121. L'étiologie syphilitique des maladies microbiologiques et exprimentales. *Traité de Psychologie pathologique 1910.*
122. Le mécanisme d'action des derivés arsenicaux dans les trypanosomiases. *Ann. Inst. Pasteur, Août 1909.*
123. Sur un procédé facilitant la recherche des trypanosomes, des spirilles

Digitized by Central University Library Cluj

et des filaires dans le sang. **(En coll. avec M. Stanesco).** *C. R. de la Soc. de Biol. Nov. 1909.*

124. La transmission de la paralisie infantile aux singes. **(En coll. avec M. Landsteiner).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Nov. 1909.*
125. La transmission dela paralisie infantile au chimpanzé. **(En coll avec M. Landsteiner).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Nov. 1909.*
126. La paralisie infantile experimentale. **(En coll avec M. Landsteiner).** *C. R. de la Soc. de Biol., Dec. 1909.*
127. La paralisie infantile experimentale. **(En coll. avec M. Landesteiner).** *C. R. de l'Acad. de Sciences Janvier 1910.*

1 9 1 0.

128. Recherches sur la paralysie infantile expérimentale. *C. R. de l'Acad. des Sciences, Janv. 1910.*
129. Essais de culture du parasite de la paralysie infantile. *La Presse Médicale No. 6. Janv. 1910.*
130. L'étude expérimentale de la polyomielite aigue. *La Presse Médicale No. 33 et 41 Avril et Mai 1910.*
131. Le mécanisme de la transformation de l'atoxyl en trypanotoxyl. **(En coll. avec M. Intosh).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mars 1910.*
132. Mécanisme de la transformation de l'atoxyl en trypanotoxyl. **(En coll. avec M. Intosh).** *C. R. de la Soc. de Biol., Avril 1910.*
133. Le sero diagnostic de la syphilis d'après les resultats enregistrés a l'Institut Pasteur au cours de l'année 1909. **(En coll. avec M. Latapie).** *La Presse Médicale No. 31 Avril 1910.*
134. Immunisation des spirilles par action des anticorps in vitro. **(En coll. avec M. Stanesco).** *Bul. de la Soc. de Path. Exotique, Juin 1910.*
135. Mécanisme de la création des races de trypano somes resistantes aux anticorps. **(En coll. avec avec M. Intosh).** *Bull. de la Soc. de Path. Exotique, Juin 1910.*
136. Mécanisme de la phagocytose. **(En coll. avec M. Muttermilch).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juin 1910.*
137. De l'immunité acquise dans le syphilis. *Zeitsch f. Immunität u. exp. Therapie II Teil Referate 1910.*
138. La poliomyelite epérimentale 5-e Note. **(En coll. avec M. Landsteiner).** *C. R. de la Soc. de Biol., Fev. 1910.*
139. Etude expérimentale de la poliomyelite aigue. 6-e Note. **(En coll. avec M. Landsteiner).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mars. 1910.*
140. Paralysie faciale provoquée chez le singe par virus de la poliomyelite aigue. **(En coll. avec M. Stanesco).** *C. R. de la Soc. de Biol., Fev. 1910.*
141. Action exercée par le thymol, le permanganate de potasse et l'eau oxygenée sur le virus de la poliomyelite aigue. **(En coll. avec N. Landsteiner).** *C. R. de la Soc, de Biol., Avril 1910.*
142. Lésion nerveuse et atrophie musculaire chez les singes atteints de paralysie infantile. **(En coll. avec M. Stanesco).** *C. R. de la Soc. de Biol., Avril 1910.*
143. Action microbicide exercée sur le virus de poliomyélite aigue par le serum des sujets anterieurement atteints de paralysie infantile. **(El coll. avec M. Netter).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1910.*
144. Action microbicide exercée par les serums des malades atteints de paralysie infantile. **(En coll. avec M. Netter).** *C. R. de la Soc. de Biol., Avril 1910.*
145. Die Phagocitentheorie der Immunität. *Erg. der Wissensch. Medizin, Juillet 1910.*
146. Phagocytose und Opsonine Technik der Vaccination nach Wright. *Handbuch der Immunitätsforsch. 1910.*
147. Fievres récurentes. *Traite d'Hygiene 1910.*
148. Etude expérimentnte de la poliomyélite aiguë (Maladie de Heine-Medin). **(En coll. avec M. Landsteiner).** *Ann. Inst. Pasteur, Nov. 1910.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

149. Diagnostic des trypanosomiases par le phénomène de l'attachement. **(En coll. avec M. Muttermilch).** *C. R. de la Soc. de Biol., Dec. 1910.*
150. Mode d'action de l'arsenobenzol sur les trèponemes et les lesions syphilitiques. **(En coll. avec M. C. Twort).** *C. R. de la Soc. de Biol., Dec. 1910.*

1911.

151. Sur un cas parisien de poliomyélite aiguë; transmission de l'infection au singe. **(En coll. avec M. M. Troin et Pignot).** *Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. de Paris, Febr. 1911.*
152. Tentatives de transmission de la scarlatine au chimpanzé. **(En coll. avec MM. Landsteiner et Prasek).** *C. R. de la Soc. de Biol., Avril 1911.*
153. Etude expérimentale du Pemphigus infectieux aiguë. **(En coll. avec M M. Landsteiner et Prasek).** *C. R. de la Soc. de Biol., Avril 1911.*
154. Sur la trypanotoxine du B. subtilis. Mode d'action dans l'organisme. **(En coll. avec M. Twort).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juin 1911.*
155. Sur la trypanotoxine du B. subtilis. Proprietés de la toxine. **(En coll. avec M. Twort).** *C. R. de la Soc. de Biol., Avril 1911.*
156. Mécanisme de la toxoresistance à la trypanotoxine du Subtilis. **(En coll. avec M. Twort).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juin 1911.*
157. Spécifité des varietés de trypanosomes toxorésistantes. **(En coll. avec M. Twort).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juin 1911.*
158. Mécanisme de la création des variétés de trypanosomes toxo-resistantes. **(En coll. avec M. Twort).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juin 1911.*
159. Considérations biologiques sur la toxorésistance des trypanosomes. **(En coll. avec M. Twort).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1911.*
160. Recherches du virus dans les organes d'un enfant atteint de poliomyélite aiguë. **(En coll. avec M. M. Landsteiner et C. Pastia).** *C. R. de l'Acad. de Sciences, Juin 1911.*
161. Contribution a l'étiologie du Pemphigus infectieux aiguë. **(En coll. avec M. M. Landsteiner et Prasek).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juin 1911.*
162. Le cil du treponema pallidum. *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1911.*
163. Sur la thérapeutique mercurielle de la syphilis expérimentale du lapin et de la spirillose bresilienne. **(En coll. avec M. Launoy).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Juillet 1911.*
164. Le diagnostic de la maladie du someil par l'examen des propriétés attachantes du serum. **(En coll. avec M. Mutermilch).** *C. R. de l'Acad. des Scinces, Juillet 1911.*
165. Essais de transmission de la scarlatine aux singes. **(En coll. avec. M. Landsteiner et Prasek).** *Ann. Inst. Pasteur, Oct. 1911.*
166. Le serodiagnostic de la syphilis d'après les résultats obtenus a l'Institut Pasteur au cours de l'année 1910-1911. **(En coll. avec Latapie).** *La Presse Médicale No. 88, Nov. 1911.*
167. Etude expérimentale de la poliomyélite aiguë (2 MM.). **(En coll. avec M. M. Landsteiner et Prasek).** *Ann. Inst. Pasteur, Nov. 1911.*
168. Nouvelles recherches sus la thérapeutique mercurielle de la syphilis expérimentale du lapin. **(En coll. avec M. Launoy).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Dec. 1911.*
169. Presence du virus de la poliomyélite dans l'amigdale des singes paralisés et son élimination par le mucus nasal. **(En coll. avec M. M. Landsteiner et Danulesco).** *C. R. de la Soc. de Biol., Dec. 1911.*
170. Transmission de la polomyélite au singe avec le virus de l'épidemie anglaise de 1911. **(En coll. avec M. M. Gondon et Danulesco).** *C. R. de la Soc. de Biol., Dec. 1911.*

1912.

171. Contribution a l'étude de la scarlatine expérimentale. **(En coll. avec M. M. Landelsteiner et Danulesco)** *C. R. dela Soc. de Biol., Mars 1912.*
172. Mode de contagion dela poliomyélite. **(En coll. avec M. Danulesco).** *C. R. dela Soc. de Biol., Mars 1912.*

173. Conditions qui president à la transmission de la polimyelite. **(En coll. avec M Danulesco).** *C. R. de la Soc. de Biol., 1912.*
174. Etude expérmentale du mode de contagion de la poliomyélite. **(En coll. avec M. Danulesco).** *C. R. de la Soc. de Biol., Avril 1912.*
175. Création d'une race de treponema pallidum résistente au mercure. **(En coll. avec M. Launoy).** *C. R. de la Soc. de Biol., Anul 1912.*
176, Mode d'action du Salvarsan dans la fievre recurente expérimentale du rat. **(En coll avec M. Arzt)** *Bull. de la Soc. de Path. Exotique No. 5 1912.*
177. Méningite par injection de microbes pyogenes dans les nerls peripheriques du singe **(Eu coll. avec M. M. Danulesco et Artz).** *C. R. de la Soc. de Biol. Juin 1912.*
178. Maladie de Heine-Medin. Nouveau cas parsien. Etude clinique, anatomopathologique et experimentale. **(En coll. avec M. Pignot et M-lle Leoneano)** *Bull. et Meme de la Soc. Med. des Hôp de Paris fuillet 1912.*
179. Un cas parisien de poliomyelite aiguë mortelle. **(En coll avec. M. M. Widal Brodin et M-lle Leoneano).** *Bull. et Mem de la Soc. Med. des Hôp. de Paris, Juillet 1912.*
180. Réflexions à propos de trois cas parisiens de poliomyélite aiguë mortelle. *Bul. et Mem de la Soc. Med. des Hôp. de Paris.*
181. Intervention de l'organisme dans la guérison medicamenteuse des maladies à spirilles. *Bull. de Soc. de Path. Exotique No. 7 1912.*
182. La penetrabilité du virus de la poliomyélite à travers la muqueuse nasale et l'action preventive des antiseptiques appliqués localement. **(En coll. avec M. Danulesco).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1912.*
182. Etude des spirochètes cultivés des produits syphilitiques. **(En coll. avec M. Danulesco).** *C. R. de la Soc. de Biol, Juillet 1912.*
184. Les traveaux recentes sur l'étlologie de la scarlatine. *La Presse Medidicale No. 69 .Aout 1912.*

1913.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

185. Etudes sur la poliomyélite aiguë épidémique. Travail de l'Inst. Médical de l'Etat a Stockholm. **(En coll. avec M. Kling).** *1913.*
186. Nouvelles recherches sur la thérapeutique mercurielle des spirilloses. **(En coll. avec M. Launoy).** *C. R. de la Soc. de Biol.. Fev. 1913.*
187. Etudes sur la poliomyélite aiguë épidémique. **(En coll. avec M. Kling).** *C. R. de la Soc. de Biol., Fevr. 1913.*
188. Action de la toxine diphterique sur la survie des cellules in vitro. **(En coll. avec Muttermilch).** *C. R. de la Soc. de Biol., Fevr. 1913.*
189. Etude de la vie de la croissance des celules in vitro a l'aide de l'enregistrement cinematographique. **(En coll. avec MM. Comandon et Muttermilch).** *C. R. Soc. de Biol., Mars 1913.*
190. Contractillté des fragments de coeur d'embryon de poulet in vitro. **(En coll. avec M. Mutermilch).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mars 1913.*
191. La serotherapie antidiphtérique préventive et curative des elements cellulaires à l'état de vie prolongée in vitro. **(En coll. avec Muttermilch).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mars 1913.*
192. Action de la ricine sur la vie et la multiplication des cellules in vitro. **(En coll. avec Mutermilch).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mars 1913.*
193. Présence du Treponema Pallidum dans trois cerveaux paralitiques génèraux morts en ictus. **(En coll. avec A. Marie et Bankowsky).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1913.*
194. Présence constante du treponème dans le cerveau des paralytiques génèraux morts en ictus. **(En coll. avec M. M. A. Marie et Bankowsky).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1913.*
195. Symbiose entre virus de la poliomyélite et les cellules de ganglions'spinaux a l'état de vie prologé ein vitro. *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1913.*
196. Action du venin de Cobra sur la vie et la multiplication des cellules in vitro. **(En coll. avec M. Muttermilch).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juin 1913.*

197. Seroteraphie antivenineuse sur des cellules en état de vie prolongée et de multiplication in vitro. **(En coll. avec M. Muttermilch).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juin 1913.*
198. Mecanisme de l'immunité antitoxique passive. **(En coll. avec M. Muttermilch).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1913.*
199. Virus de la poliomyélite et culture des cellules in vitro. *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1913.*
200. Le treponéme dans le cerveau des paralitiques généraux. **(En coll. avec M. M. Marie et Bankowski).** *Anu Cust. Part. Juillet 1913.*
201. Etudes sur le poliomyélite aiguë épidemique. **(En coll. avec M. Kling).** *Ann. Inst. Past. 1913.*
202. Essais de traitement de la paralisie générale par application du neosalvarsan dans le canal rachidien. **(En coll. avec M. Marie).** *Bull. et Mem de la Soc. Méd. Les Hôp de Paris Nov. 1913.*
203. Virus rabique et culture les cellules in vitro. *C. R. de la Soc. de Biol., Dec. 1913.*
204. Sur la téchnique du traitement intra cranien de la paralisie générale. **(En coll. avec M. Marie et Martel).** *C. R. de la Soc. de Biol., Janv. 1913.*
205. Traitement de la paralisie générale par injections du serum salvarsanisé sous la dure-mère cérébrale. **(En coll. avec M. M. Marie et de Martel).** *Déc. 1913.*
206. Recherches sur la production des anticorps chez les animaux tripanosomiés et traités par le salvarsan. **(En coll. avec M. Mutermilch).** *Bull. de la Soc. de Path. Exotique No. 10, 1913.*
207. L'hérédité de l'état refractaire acquis. *Zeitsch f. Immunitätschrift 1913.*
208. Virulence et capsulogénèse. *Bull. l'Inst. Pasteur 1913.*
209. Anticorps et espèces animales. **(En coll. avec M. Mutermilch).** *Ann. Inst. Pasteur, Nov. 1913.*
210. Présence du tréponème dans le sang des paralitiques généraux. *C. R. l'Acad. des Sciences, Nov. 1913.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1914.

211. L'immunité antitoxique active des cellules cultivées in vitro. *C. R. de la Soc. de Biol., Mars 1914.*
212. Sur la néuronophagie. *C. R de la Soc. de Biol., Mars 1914.*
213. Myélites aiguës diffuses et myélites transverses causées par l'agent de la paralisie infantile. **(En coll. avec M. Neter).** *B. et M. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, Mars 1914.*
214. Méningite par injection de microbes pyogènes dans les nerfs periphériques. **(En coll. avec M. M. Danulesco et L. Arzt).** *Ann. Inst. Pasteur, Avril 1911.*
215. La neuronophagie dans la poliomyélite. **(En coll. avec M. J. Pignot).** *Ann. Inst. Pasteur, Mai 1914.*
216. Le tréponème de la paralysie générale. **(En coll. avec M. A. Marie).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Juin 1914.*
217. Sur la vie et la multiplication in vitro des cellules préalablement colorées. **(En coll. avec M. F. Gabrek).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1914.*
218. Les bacteriolysines, leucocytaires dans leurs rapports avec l'alexine. *Bull. de l'Inst. Pasteur, Juin et Juillet 1914.*
219. Leucémie lymphatique chez la souris. *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1914.*
220. Ambocepteurs et arsénobenzol. **(En coll. avec M. Mutermilch).** *Bull. de la Soc. de Path. exotique, No. 7, 1914.*

1916—1915.

221. Recherches sur la dysenterie. **(En coll. avec M. Nicolas).** *C. R. de la Soc. de Biol., Octobre 1916.*
222. Sur l'origine cutanée des streptocoques adaptés dans les plaies de guerre. **(En coll. avec M. L. Debrez).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Octobre 1917.*
223. Recherches sur la flore des plaies de guerre. *Ambulance de l'Océan, La Paune, 1917.*

*

224. Le rôle de la flore cutanée dans la contamination des plaies deg uerre **(En coll. avec M. L. Debrez).** *Ambulance de l'Océan, La Paune, Juillet 1917.*

1 9 1 8.

225. Technique de l'examen bactériologique des plaies de guerre, en vue de l'intervention chirurgicale. *La Presse Médicale, No. 32, Juillet 1918.*
226. Le streptocoque et les plaies de guerre *Ambulance de l'Océan, La Paune, 1918.*
227. Vaccination antistreptococcique des plaies de guerre par le lipovaccin et le vaccin éthéro-sensibilisé. *Ambulance belge du Virval (Calais) 1918.*

1 9 1 9.

228. Nouveaux essais de transmission du tréponème de la paralysie générale au lapin. **(En coll. avec M. M. A. Marie et Banu).**. *C. R. de l'Acd, des Sciences, Octobre 1919.*
229. Étude sur le tréponème de la paralysie générale. Jubilé de Metchnicoff. **(En coll. avec M. A. Marie).** *Bull. Inst. Pasteur, Novembre 1919.*

1 9 2 0.

230. Recherches sur l'encéphalite létargique. **(En coll. avec M. Harvier).** *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, Février 1920.*
231. Encéphalite aiguë myoclonique. **(En coll. avec M. M. Brouardel et J. Forestier).** *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, Mars 1920.*
232. Le virus de l'encéphalite léthargique (encéphalite épidémique), **(En coll. avec M. Harvier).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mars 1920.*
233. Recherches sur le virus de l'encéphalite léthargique. **(En coll. avec M. Harvier).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mars 1920.*
234. Transmission expérimentale du tréponème de la paralysie générale (virus neurotrope) par cantact sexuel. **(En coll. avec M. M. Marie et Banu).** *C. R. oe l'Acad. des Sciences, Avril 1920.*
235. Recherches expérimentales sur l'encéphalite létargique) **(En coll. avec M. Harvier).** *C. R. de la Soc. de Biol, Mai 1920.*
236. Recherches sur le virus de l'encéphalite épidémique. **(En coll. avec M. Harvier).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1920.*
237. Tentative de culture du tréponème pâle, en symbiose avec les éléments cellulaires. *C. R. de l'Acad. des Sciences, Août 1920.*
238. Pluralité des virus syphilitiques. **(En coll, avec M. A. Marie).** *La Presse Médicale 1920.*
239. Rôle de la lésion locale provoquée par les vaccins dans la genèse des anticorps agglutinants. **(En coll. avec M. Banu).** *La Presse Médicale 1920.*
240. Virulence des centres nerveux dans l'encéphalite, six mois après le début de la maladie. Virus encéphalitiques atténués. **(En coll. avec M. Harvier).** *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, Décembre 1920.*
241. Étude expérimentale de l'encéphalite dite létargique. **(En coll. avec M. Harvier).** *Ann. Inst. Pasteur, Décembre 1920.*
242. Le sang et le liquide céphalo rachidien dans la paralysie générale. **(En coll. avec M. A. Marie).** *Revue de Médecine, Décembre 1920.*

1 9 2 1.

243. Recherches expérimentales sur l'encéphalite épidémique. **(En coll. avec M. Harvier).** *C. R. de la Soc. de Biol., Février 1921.*
244. Recherches expérimentales sur l'encéphalite épidémique. **(En coll. avec M. M. Harvier et Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mars 1921.*
245. Sur la présence, dans la salive des sujets sains, d'un virus produisant la kérato-conjonctivite et l'encéphalite chez le lapin. **(En coll. avec M. M. Harvier et Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1921.*
146. Transmission expérimentale du virus de l'encéphalite de la mère au

foetus. **(En coll. avec M. M. Harvier et Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1921.*

247. Etude expérimentale de l'encéphalite épidémique. *Bull. de l'Inst. Pasteur, Mai 1921.*

248. Virulence pour l'homme du spirochète et de la spirillose spontanée du lapin. **(En coll. avec M. M. Marie et Nicolau).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Juin 1921.*

249. Conception étologique de l'encéphalite épidémique. **(En coll. avec M. M. Harvier et Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1921.*

250. A propos du procès-verbal. Réponse aux réflexios de M. Netter à propos de notre Note du 25 Juin 1921. „Preuves de l'existence de porteurs sains de virus encéphalitique". **(En coll. avec M. M. Harvier et Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1921.*

251. L'affinité cutanée du virus encéphalitique. **(En coll. avec M. M. Harvier et Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1921.*

252. Etude expérimentale de l'hérédite syphilitiyue. **(En coll. avec M. M. A. Marie et L. Isaicu).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1921.*

253. Comparaison entre les divers ultra-virus neurotropes. (Ectodermoses neurotropes). *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1921.*

254. Les feuillets embryonnaires en rapport avec les microorganismes pathogènes. *C. R. de l'Acad. de Sciences, Août 1921.*

255. Action de certains dérivés du bismuth sur la syphilis. **(En coll. avec M. R. Sazerac).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Décembre 1921.*

1 9 2 2.

256. Etude de l'action thérapeutique du bismuth sur la syphilis. **(En coll. avec M. R. Sazerac).** *Ann. Inst. Pasteur, Janvier 1922.*

257. Action thérapeutique de l'acide oxyaminophénylarisinique dans la spirillose des poules et la syphilis expérimentele du lapin. **(En coll. avec M. A. Navarro Y. Martin).** *Ann. Inst. Pasteur, Janvier 1922.*

258. Étude expérimentale de l'encéphalite dite „létargique", 2-e Mémoire. **(En coll. avec M. M. Harvier et Nicolau).** *Ann. Inst. Pasteur, Janvier et Février 1922.*

259. Emploi du bismuth dans la prophylaxie de la syphilis. **(En coll. avec M. Sazerac).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Janvier 1922.*

260. La vaccine cérébrale. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Janvier 1922.*

261. Vaccine pure cérébrale. Virulence pour l'homme. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Janvier 1922.*

262. Immunité du névraxe dans la vaccine. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Février 1922.*

263. L'immunité dans les ectodermoses neurotropes herpés et encéphalites. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Février 1922.*

264. Propriétés de la neurovaccine. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mars 1922.*

265. Les feuillets embryonnaires en rapport avec les affinités du virus vaccinal. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Mars 1922.*

266. Mécanisme de l'immunité cérébrale dans la neurovaccine. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mars 1922.*

267. Action préventive et curatives dans la syphilis du dérivé acétylé de l'acide oxyaminophénylarsinique (sel de soude). **(En coll. avec M. Novarro Y. Martin).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Mars 1922.*

268. Action du bismuth en tant que corps simple sur la syphilis. **(En coll. avec M. Sazerac).** *C. R. de la Soc. de Biol., Avril 1922.*

269. A propos des Notes de M. Condres sur la vaccine cérébrale. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1922.*

270. Rôle de l'épilage dans la localisation cutanée de la vaccine. *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1922.*

271. Action préventive dans la syphilis du dérivé acétylé de l'acide oxya-

minophénylarisinique (sel de soude). **(En coll. avec M. M. Fournier, Novarro Y. Martin et Schwartz).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Mai 1922.*

272. Action de certains dérivés phénoliques du bismuth sur la syphilis. **(En coll. avec M. Sazerac).** *C. R. de la Soc. de Biol., Mai 1922.*

273. Du Vanadium dans la syphilis expérimentale du lapin et dans la syphilis humaine. **(En coll. avec M. M. Fournier et A. Schwartz).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juin 1922.*

274. Affinité du virus herpétique pour les néoplasmes épitéliaux. **(En coll. M. Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1922.*

275. Herpès et Encephalite. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1922.*

276. Le bismuth dans la syphilis. *La Presse Médicale No. 59, Juillet 1922.*

277. Recherches sur l'action curative et préventive de l'acide acétyloxyaminophénylarsinique administré par voie digestive dans la syphilis. **En coll. avec M. Novarro Y. Martin).** *Ann. Inst. Pasteur, Novembre 1922.*

278. Herpès et Encéphalite. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Novembre 1922.*

279. Affinité du virus encéphalitique. *C. R. de la Soc. de Biol., Décembre 1922.*

1 9 2 3.

280. Ectodermoses neurotropes. Etudes sur la vaccine. **(En coll. avec M. Nicolau).** *Ann. Inst. Pasteur, Janvier 1923.*

281. The therapeutic action of Bi of syphilis. *The Lancet, Janvier 1923.*

283. Inoculation du virus herpétique aux organes génitaux du lapin. Transmission de l'infection herpéto-encéphalitique par contact sexuel. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Janvier 1923.*

283. Propriétés des ultravirus neurotropes. *C. R. de la Soc. de Biol., Janvier 1923.*

284. Étude expérimentale de la transmission sexuelle de la syphilis et de l'hérédité syphilitique. **(En coll. avec M. A. Marie).** *Arch. de Neurologie, Janvier et Février 1923.*

Indiana University Library, Ctg

285. Pluralité des virus syphilitiques. **(En coll. avec M. A. Marie).** *Ann. Inst. Pasteur, Février 1923.*

286. Encéphalite neuro-vaccinale spontanée. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., 1923.*

287. Filtration des ultravirus neurotropes à travers les membranes en collodion. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Mars 1923.*

288. Modes d'action du Bi dans les trypanosomiases et les spirilloses. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Avril 1923.*

289. Vaccine et neoplasmes. **(En coll. avec M. Nicolau).** *Ann. Inst. Pasteur, Mai 1923.*

290. L'immunité tissulaire dans les ectodermoses neurotropes. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Juin 1923.*

291. Adaption du virus vaccinal au névraxe. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Juillet 1923.*

292. Affinitè de la neuro-vaccine. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1923.*

293. Persistance du neuro-vaccin dans le testicule, l'ovaire et le poumon des animaux ayant acquis l'immunité antivaccinale. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Août 1923.*

294. La prophylaxie de la syphilis. *Conférence faite à l'Inst. Pasteur, Avril 1923.*

295. Note sur le neuro-vaccin. **(En coll. avec M. A. Marie).** *Bull. de l'Acad. de Médecine, Juillet 1923.*

296. Quelques caractères de l'herpès expérimental chez l'homme. **(En coll. avec M. M. Nicolau et Poincloux).** *C. R. de la Soc. de Biol., Octobre 1923.*

297. Encéphalite du lapin, **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Octobre 1923.*

298. L'étiologie de l'encéphalite. **(En coll. avec M. Nicolau et M-lle Schoen).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Novembre 1923.*

299. L'agent étiologique de l'encephalite épizootique du lapin (Encephali-

tozoon cuniculi). **(En coll. avec M. Nicolau et M-lle Schöen).** *C. R. de la Soc. de Biol., Noembre 1923.*

300. Neuvelles données sur l'Encephalitozoon cuniculi. **(En coll. avec Nicolau et M-lle Schöen).** *C. R. de la Soc. de Biol., Décembre 1923.*

1 9 2 4.

01. Eine Mikrospordie Encephalitozoon cuniculi als Erreger der epizootischen Encephalitis des Kaninchens. **(En coll. avec M. Nicolau et M-lle Schöen).** *Schweizerische Méd. Woch. No. 6, 1924.*
302. La Mikrosporodiose du lapin; ses rélations avec la rage. **(En coll. avec M. Nicolau et M-lle Schöen).** *C. R. de l'Acad. des Sciences Janv. 1924.*
303. Virulence de l'Encephalitozoon cuniculi pour le souris. **(En coll. avec M. Nicolau et M-lle Schöen).** *C. R. de la Soc. de Biol, Janv. 1924.*
304. Essais de traitement des sequelles de l'encéphalite épidémique par injection intrarachidienne de virus encéphalitique vivant. *C. R. de l'Acad. des Sciences, Fev. 1924.*
305. Recherches du virus encéphalitique apres son introduction dans la cavité rachidienne chez l'homme. **(En coll. avec M. Nicolau et Poincloux).** *Bull. Méd. No. 62, Juillet 1924.*
306. Le mécanisme d'action des derivés bismutiques dans les trypanosomiases et les spirilloses. **(En coll. avec M. Nicolau).** *Ann. Inst. Pasteur, Mars 1924.*
307. La nature du virus rabique. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Avril. 1924.*
308. L'etiologie de l'éncephalite épidemique. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juin 1924.*
309. La nature du virus rabique fixe. **(En coll. avec M. Nicolau et M-lle Schöen).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juin 1924.*
310. Antagonisme entre la virus rabique fixe et le virus des rues; mécanisme de la mutation du virus des rues en virus fixe. **(En coll. avec M. Nicolau et M-lle Schöen).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1924.*
311. L'Etiologie de l'encéphalite epizootique du lapin dans ses rapports avec l'étude expérimentale de l'encéphalite letargique. **(En coll. avec M. Nicolau et M-lle Schöen).** *Ann. Inst. Pasteur, Août 1924.*
312. Mécanisme d'action du bismuth dans la syhilis. **(En coll. avec M. Nicolau et M-lle Salgue et Schöen).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Nov. 1924.*
313. Prévention et traitement de la syphilis par la voie buccale. *Bull. de la S. Fr. de Derm. et Siph., Dec. 1924.*

1 9 2 5.

314. Mode d'action du bismuth dans la syphilis. **(En coll. avec M. A. Girard).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Fevr. 1925.*
315. Etude histo-chimique du mode de resorption des derivés bismutiques. **(En coll. avec M. Nicolau et M-lle Schöen).** *Bull. de l'Acad. de Médecine, Mars 1925.*
316. Sur le rôle étiologique du streptobacillus monilliformis dans l'érithème polymorphe aigü septicémique. **(En coll. avec M. M. Nicolau et Poincloux).** *C. R. de l'Acad. des Sciences, Avril 1925.*
317. Action curative de l'acétyloxyaminophenylarsinate basique de bismuth dans la syphilis experimentale. *C. R. de l'Acad., Avril 1925.*
318. Sur les prétendues proprietés antisyphilitiques du cadmium. **(En coll. avec M. M. Nicolau et Navarro y Martin).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juin 1925.*
319. Action treponemicide de l'or et de la platine. **(En coll. avec M. M. A. Girard et Nicolau).** *C. R. de l'Acad. des Sciences Juillet 1925.*
320. The therapeutic Stovarsol *The Lancet, Sept. 1925.*
321. Action thérapeutique de l'hyposulfite double d'or et de sodium dans les spirilloses et les spirochetosos. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Dec. 1925.*
322. La chimiotérapie de la syphilis. *Conférence à la Fac. de Méd. (Cours Carnot).*

1 9 2 6.

323. A propos de l'étiologie de l encéphalite post vaccinale. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol, Janv. 1925.*
324. Passage du virus de la fièvre aphteuse à travers les membranes en collodion. **(En coll. avec M. M. Nicolau et Galloway).** *C. R. S. Biol., Janv. 1926.*
325. Recherches sur l'etiologie de l'erythéme polymorphe aigu. Son agent etiologique: Strepto bacilus moniliformis. **(En coll. avec M. M. Nicolau et Poincloux).** *Presse Méd. No. 22, Mars 1926.*
326. Un nouvel élément agissant curativement dans la syphilis experimentale: le tellure. **(En coll. avec Nicolau).** *C. R. de S. Biol., Mars 1926.*
327. Resultats de l'injection de Polonium à des lapins porteurs de chancres syphilitiques. **(En coll. avec M. Lacassagne M. M. Lattes et Nicolau).** *C. R. Soc. de Biol. Mai 1926.*
328. Etat des nos conaissances sur la chimiothérapie moderne de la syphilis. *Acta Dermato-Venerologica Juin 1926.*
329. L'action curative du tellure dans la syphilis experimentale et la spirochetose spontanée du lapin. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. de Soc. Biol., Juin 1926.*
330. Essais de tellurothéraphie dans la syphilis humaine. **(En coll. avec Fournier).** *C. R. Soc. de Biol., Juin 1926.*
331. Histogénèse et évolution des vesiculo pustules aphteuses chez le cobay. **(En coll. avec M. M. Alberco Lorente et Galloway).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1926.*
332. Etude histologique de la resorption et de l'elimination du tellure. **(En coll avec M-me Dimancesco Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1926.*
333. Formations asteroides autour des depôts telluriques. **(En coll. avec M-me Dimancesco Nicolau).** *C. R. de la Soc. de Biol., Juillet 1926.*
334. Répartition du tellure de l'organisme. Son élimination par les émonctoires. **(En coll. avec M-lle Manin).** *C R. Soc. de Biol, Juillet 1926.*
335. Mode de resorption et mecanisme d'action du bismuth dans la syphilis expérimentale. **(En coll. avec M. Nicolau et M-lle Schöen).** *Ann. Inst. Past. Juillet 1926.*
336. Sur l'étiologie et la pathogenie de l'Herpes et du Zona — Rapport presenté an III congrés du Derm et Syph. de langue Française Bruxelles. *Anvers 25—28 Juillet 1926.*
337. Essais de profilaxie des trypanosomiases par des derivés phenylarsiniques administrés per os. **(En coll. avec M. Nicolau et Galloway).** *Bull. de la Soc. de Path. Exotique No. 8 Oct. 1926.*
338. Les affinités tissulaires du virus aphteux. **(En coll. avec Nicolau et Galloway).** *C. R. Soc. Biol., Nov. 1926.*
339. Mecanisme de l'action treponemicide du tellure. **(En coll. avec M. Nicolau).** *C. R. Soc. Biol., Dec. 1926.*
340. Recherches sur la rage. **(En coll. avec Nicolau şi M-lle Schöen).** *Ann. Inst. Past. Dec. 1926.*

1 9 2 7.

341. L'étiologie de l'encéphalozoothie post vaccinale. **(En coll. avec Nicolau şi Sanchis Bayarri).** *La Presse Méd. No. 11 Fevr. 1927.*
342. Essais de culture du virus aphteux dans le cerveau du lapin. **(En coll. avec Galloway et Nicolau).** *C. R. Soc. Biol., Fevr. 1927.*
343. Action sterilisante du bismuth dans la syphilis. *C. R. Acad. Sciences Mars. 1927.*
344. Recherches sur la morphologie du virus tabetique. **(En coll. avec M-lle Schöen).** *C. R. Soc. Biol., Avril 1927.*
345. A propos de la culture du virus vaccinal en présence de tissus d'embryons de poulet. *C. R. Soc. de Biol. Avril 1927.*
346. Le tellure — Nouvel élement agissant curativement dans la syphilis. **(En coll. avec M. Nicolau et M-lle Manin).** *Ann. Inst. Past. Avril 1927.*

347. Prophylaxie des trypanosomiases par ingestion du Moranyl. **(En coll avec Klarenbeck).** *C. R. Ac. Sc. Mai 1927.*
348. Mecanisme de l'action curative du tellure dans la syphilis. **(En coll. avec M-lle Manin).** *C. R. Soc. Biol., Mai 1927.*
349. Etude de trente éléments du point de vue de leur proprietés curatives dans la syphilis expérimentale *C. R. Soc. de Biol. Juin 1927.*
350. Action des rayons sur les tumeurs de Rous. **(En coll. avec Lacassagne et Galloway).** *C. R. Soc. de Biol., Juillet 1927.*
351. Infection spontanée du lapin par le virus du vaccin Jennerien. **(En coll. avec Sanchis Bayarri).** *C. R. Soc. de Biol., Juilet 1927.*
352. Mécanisme de l'action préventive du bismuth dans la syphilis expérimentale. **(En coll. avec M-lle Manin).** *C. R. S. Biol., Juillet 1927.*
353. Le cycle évolutif du „Treponème pallidum". **(En coll. avec M-lle Schöen et Sanchis Bayarri).** *Bull., Acad. Méd. No. 30 Juillet 1927.*
354. Le Mécanisme des variations de la virulence des virusherpétiques et herpeto encéphalitiques. **(En coll. avec M. Sanchis Bayarri et L. Reinié.)** *Ann. Inst. Past. Dec. 1927.*
355. Les rapports entre l'activité spirillicide et trypanocide des éléments et leur clasiffication eléctro-chimique. **(En coll. avec M. S. Longinesco).** *C. R. Ac. Sciences, Juillet 1928.*
356. Action preventive de l'or contre la syphilis. *Acad. de Méd. Fevr. 1928.*
357. Au sujet de certaines protozooses héréditaires humaines à localisation oculaire et nerveuse. *C. R. de Biol., No. 4, 1928.*
358. Recherches sur la neuroprobasie des ultravirus neurotropes. **(En coll. avec Alberca-Lorente).** *C. R. Soc. de Biol., No. 3, 1928.*
359. Neurotropisme du Spirocheta Duttoni. **(En coll. avec M. Anderson).** *Acad. des Sciences Mars 1928.*
360. Essai de vaccination au moyen du neurovaccin traité par l'ether, l'acide phenique et le formol. **(En coll. avec M. Sanchis Bayarri).** *C. R. Soc. de Biol., Mars 1928.*
361. Recherches sur l'encephalo-myélite toxoplasmique du lapin. **(En coll. avec M-lle Schöen et M. Sanchis Bayarri).** *C. R. de la Soc. de Biol., No. 4, 1928.*
362. Mecanisme de l'action preventive du bismuth dans la syphilis experimentale. **(En coll. avec M. M. Sanchis Bayarri et M-lle Manin).** *C. R. Soc. de Biol., No. 36, 1928.*
363. Encephalite spontanée du lapin provoquée par la toxoplasma cuniculi. **(En coll. avec M-lle Schöen et M. S. Bayarri).** *C. R. de Biol., No. 36, 1928.*
364. Mecanisme pathogenique des accidents nerveux tardifs des tripanosomiases. **(En coll. avec M. Delorme).** *C. R. Soc. de Biol., No. 36, 1928.*
365. L'infection toxoplasmique experimentale de l'euil. **(En coll. avec M-lle Schöen et M. Sanchis Bayarri).** *C. R. Soc. de Biol., Mai 1928.*
366. Encephalite expérimentale du sang. **(En coll. avec M-lle Schöen).** *C. R. Soc. de Biol., No. 24, 1928.*

* * *

15 pagini de indicaţiuni bibliografice cuprind opera Prof. C. Levaditi şi numele D-sale se întâlneşte azi la fie-ce pas în cărţi şi se află pe coperta a numeroase monografii şi tratate.

O viaţă închinată muncei de fie-ce ceas pe ogorul ştiinţei a adus atâtea descoperiri de seamă şi va mai aduce de sigur şi altele.

De acea om şi operă au fost consacraţi oficial de către Academia de Medicină din Paris prin admiterea D-sale în şedinţa din 12 Iunie 1928 ca membru titular în secţia ştiinţelor biologice.

Cu puţin mai înainte Universitatea din Edimburg acordase

D-lui Prof. Levaditi premiul Carnarvon, atribuit odinioară şi marelui Pasteur.

Iar mai curând sau mai târziu, dar va veni fără îndoială şi Premiul Nobel, nu ca o mulţumire bine meritată pentru trecut, ci ca o angajare pentru viitor, căci adevărata răsplată i-o dă D-sale la sfârşitul fiecărei zile conştiinţa muncei îndeplinite şi satisfacţia experienţei reuşite.

Mândria noastră este nemăsurată ştiind că D-l Prof. Levaditi este Român şi că, deşi departe, încearcă aceleaşi frumoase sentimente româneşti faţă de ţara sa de origine.

Azi D-sa aparţine Franţei, ţara soră de care suntem uniţi prin atâtea legături intime.

«C'est un joli cadeau que les Roumains ont fait à la France avec Levaditi» spunea un savant francez D-lui Prof. S. Nicolau la un congres străin din ultimul timp.

De bună seamă, — calificarea ne măguleşte — este chiar prea frumos pentru un cadou, mai cu seamă din partea omului sărac.

Gestul făcut poate că nu ne onorează atât, cât ne caracterizează de minune prin generositatea lui.

Docent Dr. M. Cănciulescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Clinica Medicală din Cluj
Prof. Dr. I. Haţieganu

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA NOILOR DIURETICE MERCURIALE SALIRGANUL ŞI NEPTALUL

de

Prof. Dr. I. HAŢIEGANU, Dr. I. GAVRILĂ şi Dr. BORBIL

Intrebuinţarea mercurului ca diuretic este de o dată foarte veche. In decursul timpului sărurile mercuriale diuretice au avut perioade de mare entusiasm prin rezultatele bune obţinute cu ele, însă totdeauna au urmat perioade de abandonare, de uitare, din cauza accidentelor de intoxicaţie ce le produceau.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De când s'a ajuns la unele combinaţiuni mercuriale de o toxicitate mai redusă (novazurolul, salirganul, neptalul), de atunci preparatele mercuriale au primit o consacrare definitivă în terapeutică.

Novazurolul este introdus în terapeutică în contra edemelor de origine cardiacă şi renală din anul 1917, însă în special din anul 1920 este intrebuinţat mai mult. Din clinica noastră încă s'au publicat rezultate bune obţinute cu novazurolul în 1922 de către *Dr. Nicolae* şi de atunci în mod curent intrebuinţăm preparatul în anumite cazuri de edeme ireductibile prin celelalte mijloace diuretice.

Novazurolul însă, este un diuretic foarte energic şi nu este lipsit cu totul de toxicitate, astfel că indicaţiunile lui sunt destul de restrânse. Deaceea fabricarea şi introducerea în terapeutică a *salirganului* în 1923 în Germania şi în ultimul timp (1927) a *neptalului* în Franţa, cari sunt neşte combinaţiuni mercuriale organice cu o acţiune mult mai lentă şi aproape lipsite de toxicitate, a fost primită cu mare entusiasm din toate părţile. De 1 şi 1/2 ani intrebuinţăm şi noi în clinică salirganul, în ultimul timp şi neptalul şi asupra acestor două noi diuretice vrem să insistăm în cele ce

*

urmează. Am făcut injecţiuni cu salirgan până în prezent la 30 de bolnavi şi cu neptal la 4 bolnavi. In 9 cazuri am făcut un studiu amănunţit în ce priveşte acţiunea salirganului asupra diurezei apoase, asupra eliminării clorurilor, a uree şi în ce priveşte acţiunea preparatului asupra hidremiei, cloruremiei şi azotemiei, în 3 cazuri am făcut acelaş studiu cu neptalul. Am supus bolnavii noştri în experienţă la un regim fix în ce priveşte toate elementele lui (apă, cloruri, albumine, hidraţi de carbon, grăsimi) timp de patru zile. In prima zi s'a colectat şi notat urina din 24 ore, în care s'a dozat cloruri şi ureia. In ziua a doua de regim la ora 8 a. m. pe nemâncate, apoi la un interval de 3 şi 8 ore s'a recoltat sânge prin venepuncţie, în care s'a determinat hidremia (metoda desicaţiei), cloruremia, şi azotemia. Urinele sunt recoltate în mod fracţionat şi anume dela 8-12, 12-16, 16-20, 20-8 a doua zi, pentru fiecare porţiune de urină s'a notat cantitatea, s'a determinat cloruri şi ureia, la fel din urina din 24 de ore. In a 3-a zi programul este acelaş ca în a 2-a zi, însă la ora 8 şi 10 minute, după recoltarea sângelui de dimineaţă, se administrează injecţia de salirgan sau de neptal. In a 4-a zi sânge s'a luat numai odată, dimineaţa, însă urina s'a recoltat şi examinat tot în mod fracţionat, ca în cele două zile precedente. Iată pe scurt observaţia cazurilor studiate după acest program:

Obs. 1. O. Filip, 52 ani *cu funcţiune cardio-renală normală*, sufere de spondilită cronică. (Am aplicat programul nostru de studiu şi la doi bolnavii cu funcţiunea cardio-renală normală pentru a vedea care este acţiunea preparatelor în aceste cazuri).

Obs. 2. S. Ştefan, 25 de ani, cu *funcţiune cardio-renală normală* sufere de ulcer gastric. Rezultatut examinărilor pentru ambele cazuri normale se poate citi din tabloul alăturat cu examinările urinare şi sanguine.

Obs. 3. L. Julia, de 44 ani, este pentru prima dată în serviciul clinicei medicale din 12—25/X—1927. Atunci a prezentat o *miocardită cu insuficienţă circulatorie totală:* cord mărit, aritmie, ficat mare, lichid în abdomen, edeme pe extremităţi. Cu un gr. de infuzie de digitală se reuşeşte de a desedemaţia complect bolnava şi pleacă acasă refăcută.

Peste 10 săptămâni, bolnava revine din nou, prezentând de data aceasta o stare mult mai gravă. La cord apăruse şi un suflu sistolic la focarul mitral. La bazele hemitoracelor respiraţia diminuată. Ascita crescuse până la ombilic, iar peretele abdominal deasemenea este infiltrat. Urinele cu un debit de 400 c. c.; albumina slab pozitiv, în sendiment leucocite şi celule epileptiale, I-se dă digitală, însă de data asta fără rezultat. Starea bolnavei agravându-se şi urinele se menţin scăzute şi după injecţia intravenoasă de digiclarină, se recurge la salirgan. Injecţia se dă în deltoit, cantitatea $1^1/_2$ c. c. Din tabloul cu examinările urinare se constată sub influenţa

salirganului o diureză mai mărită ce şi-a ajuns maximul ei la 8 ore după injecţia medicamentului, diureza a fost iperclorurată eliminându-se peste 12 grame de cloruri, urinară, ureia aratăouş o ară scădere, pentru ca a doua zi să revină la valoarea anterioară injecţiunei. Din tabloul cu examinările sanguine se constată o hidremie destul de marcată după injecţiunea cu salirgan; cloruremia şi azotemia sufere numai mici ascilaţiuni.

Este de remarcat din tablou diureza mică de 1300 c. c. produsă de salirgan după 3 zile repaos bolnava mai primeşte o injecţie cu 2 c. c. de salirgan, de data asta se produce o diureză de 2200 c. c. încă tot nu prea mare. După trei zile interval se mei dă 2 c. c. salirgan, însă de data aceasta se administrează în acelaş timp 1 c. c. de digiclarină intravenos, rezultatul este complect producându-se o diureză de 5200 pe zi, care a doua zi este nă 1600, apoi scade la 1000, o altă injecţie cu salirgan după trei zile, combinată cu digiclarină intravenos, provoacă o diureză de 3200, c. c. Apoi se mai dă la trei zile interval câte o injecţie intra-musculară de 1 c. c. de salirgan, de fiecare dată producându-se o diureză de 3000. Ultimele trei sunt fără digiclarină, în total a primit 11 injecţii. In decurs de o lună edemele s'au redus în mod simţitor şi bolnava părăseşte serviciul mult ameliorată.

Obs. 4. V. Ana, de 52 ani, intră în clinică în 24/I—1928 pentru edeme generalizate, oboseală, dureri precordiale, oligurie.

Diagnostic: *miocardită, boală mitrală, în stadiu de insufici-enţă circulatorie*. hidropericard, hidrotorace, hepatomegalie, lichid în cavitatea abdominală, edeme generalizate, oligurie însemnată. Examanul urinei arată că este vorba de un rinichiu de stază, uşoară albuminurie, în sedimentul urinar leucocite, rar câte o hematie şi rari cilindri granuloşi. Dela început se încearcă la această bolnavă o injecţie cu salirgan de 2 c. c. intramuscular, asociată cu 1 c. c. de digiclarină intravenos. Rezultatele examinările sunt date în cele două tablouri de unde se constată că diureza produsă este neînsemnată, cloruria aproape lipseşte, faţă de obişnuite descărcări clorurate, cari se produc în celelalte cazuri, urea în ziua injecţiunii este mai scăzută. In ceeace priveşte examinările sanghine se constată o uşoară hidremie în urma injecţiunii, o uşoară urcare a cloruremiei şi neînsemnate variaţiuni ale azotemiei. Se constată deci din tablou o complectă lipsă a diurezei după salirgan, bolnava însă sucombă în a patra zi de observaţiune pe lângă toate cardiotonicele administrate. Acest caz confirmă părerea unor autori cari susţin că absenţa diurezei prin mercur este de un prognostic fatal.

Obs. 5. B. Maria, de 17 ani, vine în clinică pentru dureri abdominale *şi junghiuri toracice*. Prin metodele clinice i-se constată *o poliserozită* (pleurezie, peritonită). Bolnava fiind oligurică şi voind să vedem cum sunt influenţate exudatele prin diureticele mercuriale, se recurge la o injecţiune cu salirgan, 1 ½ c. c. Tabloul cu examinările urinare şi sanghine ne arată o creştere a debitului urinar în ziua injecţiunei, o însemnată eliminare de cloruri ce întrece 22 gr. în 24 de ore, o slabă creştere a urei din urină. Modificările în hidremie sunt neînsemnate, se produce o uşoară ipercloruremie după injecţiune.

Obs. 6. R. Andreiu, de 47 ani intră în clinică la 30 Ianuarie 1928, punându-se diagnosticul de *tuberculoză a articulaţiei coxo-femorale drepte fistule multiple, miocardită* şi *edeme caşectice* ale mem-

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

brelor inferioare, mai pronunţate la membrul inferior drept. Urina normală. Se decide a i-se face câteva injecţiuni cu salirgan spre a i se reduce edemele, care infiltrează gambele dându-le un caracter de edem dur, ce parcă interesează toate ţesuturile. Bolnavul anterior a fost digitalizat, fără să prezinte vr'o ameliorare la nivelul gambelor. După o primă injecţiune de 2 c. c. salirgan intramuscular, bolnavul reacţionează cu o descărcare urinară foarte însemnată, ceiace se constată din tablou. La fel se poate remarca din tablou o însemnată descărcare de cloruri ceiace întrece 40 gr. în 24 de ore, la fel este o descărcare de uree. Tabloul cu examinările sanghine ne indică o foarte uşoară urcare a hidremiei şi neînsemnate oscilaţiuni ale cloruremiei şi azotemiei. Bolnavul în continuare a mai primit 5 injecţii, dintre cari două cu novazurol, bolnavul a reacţionat după fiecare injecţie cu o diureză destnl de însemnată în medie 3000 c. c., diureza produsă după novazurol a fost în cantitate mai mică decât după salirgan. In urma injecţiunilor edemele au dispărut, iar bolnavul părăseşte serviciul ameliorat.

Obs. 7. G. G. de 52 ani, vine în serviciu pentru balonarea abdomenului, tumefierea gambelor şi oboseală la efort. I-se constată o *pleuro-peritonită* care în cele din urmă prin metastazele cari au apărut în timpul şederei bolnavului în serviciu, şi a trădat natura sa *malignă*. Din cauza exudatului pleuro-peritoneal se încearcă o cură diuretică cu neptal, menită să înlocuiască punctiunile, cari pe zi ce trece devin tot mai indispensabile. Prealabil injecţiunei se face o evacuare de 1 l, de lichid hemoragic din peritoneu spre a elibera abdomenul de sub tensiunea, ce ar fi putut comprima ureterele. După obişnuitul regim se injectează doi c. c. neptal intra-muscular. cu un efect diuretic ce atinge 5600 c. c. de urină. Din tablou se mai constată o eliminare importantă de cloruri şi o neînsemnată urcare a urei urinare. In tabloul examinărilor sanghine se constată o uşoară urcare a hidremiei şi a cloruremiei în ziua injecţiunei, azotemia a rămas nemodificată. După injecţiune abdomenul care fusese meteoristic. extins. şi-a căpătat supleţea, ca peste puţin să redevină la starea sa anterioară. Lichidul abdominal nu şi-a coborât nivelul, s'a observat doar o uşoară scădere a edemelor dela gambe. S'au mai repetat aceluiaşi bolnav încă de două ori injecţiunile cu neptal, producându-se de fiecare dată o diureză de 3000, fără însă să putem obţine vre'o ameliorare clinică.

Obs. 8. R. Traian, de 34 ani, intră în serviciul clinicei în 24 Februarie 1928 unde pe baza simptomelor ce le prezintă i-se pune diagnosticul de *cancer al stomacului cu metastaze canceroase în ficat*. Bolnavul prezintă un edem ce pleacă dela ombilic în jos şi care se pronunţă treptat pe extremităţile inferioare. Bolnavul a mai prezentat şi lichid liber în cavitatea abdominală. Ficatul mărit neregulat, prezintă mici nodozătiţi pe suprafaţă. Tegumentele sunt galbene, icterice, iar urina colurică. In dorinţa de a-i reduce edemele ne-am decis să-i administrăm 2 c. c. de salirgan. Modificările produse în eliminarea urinelor şi în sânge după administrarea medicamentului se pot observa în tablourile noastre, de unde se constată o diureză de 3 litri, o ipeclorurie marcată, o foarte uşoară urcare a urei urinare, o hidremie uşoară, azotul şi clorurii sângelui aproape nu s'au modificat. Din tabloul asupra urinelor se mai poate vedea că diureza s'a menţinut

ridicată şi a doua zi după injecţiune. La intervale de trei zile, mai primeşte încă două injecţii de câte 2 c. c. salirgan. producând de fiecare dată o diureză de 2500. Rezultatul terapeutic cu toate diureza produsă este neînsemnat edemele au rămas prea puţin influenţate, că tot tabloul clinic e dominat numai de evoluţia tumorii, care ca întotdeauna şi aci a evoluat spre fatalitate.

Obs. 9. L. Ion, de 36 ani, intră pentru prima dată în clinică în 31 Maiu 1928 cu un *emfizem, miocardită, în faza de insuficienţă circulatorie totală:* edeme generalizatei, ficat mare. De data aceasta cu digitală, diuretină şi calciu clorat se reuşeşte de a provoca o diureză şi de a desedemaţia bolnavul. In 28 Ianuarie 1928 revine în serviciu cu edeme generalizate, cu o cianoză extremă, oligurie, urine concentrate, urina conţine urme de albumină, fără elemente patalogice în sediment. Venele jugulare trugescente. Ficat mare şi senzibil. Dispnea şi tusea nu-i permit bolnavului să se odihnească. Imediat după intrare bolnavul se supune la tratamentul clasic pentru remontarea funcţiunilor cardiace şi combaterea edemelor. Se administrează 2 gr. digitală sub formă de infuzie fără să survină vr'o ameliorare, bolnavul continuând să fie dispneic, cianotic şi oliguric. In zilele următoare i-se injectează câte un c c. digiclarină intravenos, fără ca diureza să pornească. Bolnavul e silit să ia poziţie forţată şi edemele progresează tot mai mult, interesând şi scrotul. In această fază se decide de a-i administra 2 c. c. salirgan intra-deltoidian. Rezultatul obţinut în urma acestei injecţiuni se constată din tablourile noastre de unde se poate observa o diureza de 4000 c. c., o descărcare de cloruri foarte însemnată, o urcare uşoară a urei din urină; o uşoară urcare a hidremiei şi modificări neînsemnate ale cloruremiei şi azotemiei. Ca rezultat al acestei descărcări urinare bolnavul se simte mult mai bine, toate fenomenele regresând. In ziua următoare diureza 1050 c. c. Peste 72 ore se face o nouă injecţiune de salirgan, la care reacţiunea este de 1000 c. c. In continuare se recurge la o sinergie medicamentoasă administrându-se simultan cu salirganul şi digiclarina. Rezultatul nu întârzie să se prezinte, diureza se urcă la 2190 c. c., iar bolnavul e cu mult mai puţin dispneic. In continuare presupunându-se un baraj hepatic, în intervalele dintre injecţiunile cu salirgan se administrează zilnic, cremor tartari 10 gr., teocină 0,60 gr. Ca rezultat se produce o diureză însemnată care se menţine 10 zile, bolnavul, scapă de edeme, starea lui ameliorându-se simţitor, încât la una lună dela intrarea în serviciu pleacă foarte mult ameliorat.

Peste 2 luni revine iar în serviciu. De data aceasta edemele infiltrează şi tegumentele abdomino-toracice, precum şi ale feţei. Oligurie de 200 c. c. în 24 de ore, în urină sunt urme de albumină fără a găsi în sediment nimic patologic, i-se injectează imediat după intrare $1^1/_2$ c. c. de neptal spre a prepara astfel terenul digitalei. Rezultatul acestei injecţiuni este de 2800 c. c. urină. In continuare i-se dă digitală în formă de infuzie, la care răspunsul este neînsemnat. Se decide a se relua tratamentul cu mercuriale. Prealabil însă se administrează 40 gr. clorură de calciu în timp de 2 zile, aşa după cum a preconizat-o aceasta *Blum,* dela Strassburg, spre a mări efectul diureticelor mercuriale. Se dă $1^1/_2$ c. c. salirgan intravenos, producându-se o diureză de 2800 c. c., apoi diureza din nou cade la 800 c. c. In continuare se recurge la o sinergie medicamentoasă cu digipurat Knoll şi salirgan, în aceiaşi siringă. Medicaţiunea a fost bine suportată şi s'a produs totdeauna

BCU Cluj / Central University Library Cluj

o diureză destul de însemnată, între 3—4000 c. c. pe zi. Am administrat în acest fel încă 9 injecţiuni cu salirgan. Foarte adeseori după acesta medicaţie asociată (salirgan plus digipurat) diureza s'a menţinut 2-3 zile după injecţie, însă la o valoare ceva mai mică, 1200-2000. Injecţiunile au fost repetate când diureza scădea sub 1000 c. c. pe zi, în general la 3-4 zile. Ca rezultat al tratamentului este că edemele periferice dispar, ficatul se reduce aproape la dimensiunile lui normale şi bolnavul în 2 1/VI. 1928, părăseşte serviciul mult ameliorat.

Obs. 10. G. Simion, de 28 de ani, intră în clinică în 2/III. 1928, şi i-se stabileşte diagnosticul de *diabet insipid*. I-se face un tratament cu o serie de preparate de hipofiză, fără ca urinele să diminueze. In cele din urmă se încearcă de a acţiona asupra urinelor sale abondente prin saligran, 2 c. c., bazaţi pe efectul paradoxal observat de autori, în două cazuri constate chiar în clinica noastră, cum că sub influenţa preparatelor mercuriale urinele în caz de diabet insipid ar diminua. Rezultatele însă n'au corespuns aşteptărilor, căci în loc ca urinele să diminue, ele au continuat să varieze între limitele zilelor anterioare. Tablourile cu examinările făcute ne arată o creştere a clorurilor şi a ureii urinare; hidremia şi azotemia suflăr neînsemnate modificări.

Obs. 11. T. Gheorghe, de 45 de ani muncitor, intră în clinică în 27/II. 1928, cu *miocardită, emfizem în faza de insuficienţă circulatorie*: dispnee, cianoză, tuse, ortopnee, edeme generalizate, ficat mare, de stază, stază la ambele baze pulmonare. Tratamentul este cel obişnuit al cardiopaţilor asistolici. Regim cu lichide reduse, purgaţie şi digitalizare. Se dau 3 gr. de digitală sub formă de infuzie fără nici un efect. Urinele rământ tot concentrate, reduse de volum şi se constată în ele albumină pozitiv, fără ca sentimentul să conţină hematii, sunt numai săruri şi rar leucocite. I-se face şi o vene-puncţie bolnavului dat fiind numărul hematiilor ce întrece 6.000.000. După aceasta mică intervenţie starea bolnavului se ameliorează puţin fără ca să putem obţine urine mai abondente, deşi bolnavul primise şi cofeină + teocină în formă de praf. Starea bolnavului este din ce în ce mai gravă, urina din 24 de ore 200 c. c. Se deschide în cele din urmă a i-se administra preparatul francez, neptalul, în cantitate de $1^1/_2$ c. c. intramuscular. Efectul diuretic nu întârzie să se prezinte, ceiace se poate constata din tablourile alăturate. In ziua injecţiunii diureza este de 4500 c. c., există o iperclorurie foarte însemnată, urea urinară creşte în mod evident; hidremia este uşor mărită, cloruremia la fel, azotemia sufere neînsemnate modificări. După această primă injecţiune urmată de o diureză atât de importantă edemele gambelor şi edemul scrotal, care îl supărau prea mult pe bolnav, cedează puţin. A doua zi urinele rămân din nou scăzute. In intervalele dintre injecţiuni se administrează intravenos zilnic de 2 ori câte $^1/_4$ mlg. de ouabaină, iar peste 72 ore se dă din nou 2 c. c., de neptal. Diureza se urcă din nou la 3400 c. c., efectul diuretic fiind de data aceasta mai scăzut, edemul scrotal în schimb a dispărut. La a treia doză de neptal efectul este neînsemnat atingând numai 1000 c. c. pentru ca a doua zi după injecţie să survină o diureză tadivă de 2000 c. c. Voind să obţinem un efect mai marcat, recurgem la o sinergie medicamentoasă, injectând neptal şi digiclarină concomitent, dar pe căi diferite. Ca răspuns diureza din nou mai urcată 2200 c.

c. Cu toată năzuinţa noastră terapeutică, cordul continuă să fie insuficient. Reinjecţiunile ulterioare cu salirgan şi digiclarină rămân fără răsunet (trei injecţii), şi în 27/III bolnavul sucombă subit.

Obs. 12. B. Ana, de 54 ani, intră în clinică în 22/IV. 1928, pentru balonarea abdomenului şi dispnee. Asupra aparatului respirator şi cardio-renal nu prezintă nimic patologic. Abdomenul este în schimb mărit, balonat şi cu păretele abdominal extrem de extins, lucios. Semnele fizice indică lichid liber în cavitatea abdominală. Ficatul şi splina, din cauza abdomenului prea extins, nu se pot palpa.

Diagnosticul pus e pentru o *ciroză ascitogenă.* La puţin timp după intrare, se extrage prin puncţie 12 kg. lichid din cavitatea abdominală. cu reacţia Rivalta pozitivă. Lichidul însă începe din nou să se colecteze. Urina din 24 de ore este 200 c. c. Se recurge la mercuriale. Prealabil însă se dau 40. gr. de clorură de calciu, în soluţie de 10/200 spre a mări efectul preparatului. Injecţiunea cu neptal 2. c. c. intramuscular este urmată de o diureză de 3240 c. c., după cum se constată din tabloul alăturat. Din tablouri se mai constată o descărcare de cloruri foarte intensă, o uşoară urcare a urei din urină; nensemnate modificări ale hidremei, cloruremiei şi azotemiei. In continuare bolnava mai primeşte două injecţiuni cu neptal, provocând o diureza de câte 3000 c. c., după care se ameliorează şi pleacă acasă pentruca peste 4 săptămâni sa revină la control.

Obs. 13. M. Horia, de 64 ani, intră în clinică în 11/I. 1928, pentru dispnee edeme ale extremităţilor inferioare, tuse, dureri sub falşele coaste din dreapta. I-se pune diagnosticul de miocardită, ciroză cardiacă, insuficienţă circulatorie. Aplicându-i-se tratamentul cu digitală diureză a rămas insuficientă, atingând numai 1000 c. c. Prin salirgan, care se administrează în 5 injecţii de câte 2 c. c., la intervale de 72 ore, diureza atinge de fiecare dată între 2-3500 c. c. Ca rezultat edemele dispar şi bolnavul părăseşte serviciul. Tratamentul cu toată vârsta înaintată a fost suportat în condiţiunile cele mai bune. Ficatul a diminuat. a devenit mai puţin senzibil, iar dispnea a dispărut.

Obs. 14. T. Gheorghe, de 63 ani, econom, vine în serviciul clinicei pentru palpitaţiuni, dispnee, tuse, dureri în ipocondrul drept şi edeme. I-se constată: aortită sifilitică, insuficieţă mitro-aortică şi miocardită *cu insuficinţă circulatorie.* Edemele cedează foarte frumos la tratamentul cu digitală, încât bolnavul remontat părăseşte serviciul. Peste 8 săptămâni revine în aceiaşi stare cum era la prima lui intrare. In urină albumină uşor pozitiv, în sediment nimic patologic. De data aceasta digitala se arată prea puţin eficace, încât se recurge la salirgan. Aceasta declanşează o diureză ce se menţine ridicată timp de 5 zile, între 2500-3400 c. c. pe zi. Diureza se menţine aproape în platou, pentruca apoi să scadă din nou la 1000 c. c. Reinjecţiunile (4 injecţiuni) sunt urmate totdeauna de descărcări urinare puternice, 3-4000 c. c. Ca rezultat edemele scad până aproape la dispariţie. Ficatul devine mai puţin senzibil, iar dispneea se mai atenuează.

Obs. 15 L. Gheorghe, econom, în vârtă de 45 de ani, intră în serviciul clinicei medicale, în 30 VIII 1927, pentru temefierea aproape elefantiazică a membrelor inferioare şi umflarea abdomenului.

Fizic: se aud raluri la bazele pulmonare. Cordul mărit în senz lon-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

gitudinal prezintă la focarul mitral un suflu sistolic. Tensiunea arterială 15 1/2 8 1/2 V. L.

Urinele examinate prezintă albumină „ad fundum petens". Iar sedimentul urinar ne arată cilindri hialini şi granuloşi. 1—3 hematii pe câmp. Reacţia Wassermann atât în sânge, cât şi în urină negativă. Pe baza acestor semne se pune diagnosticul de: *Miocardită, nefroză hidropigenă.*

Tratamentul este cel obişnuit: digitalizare, diuretice, purgaţie. Cu tot tratamentul diureza este neînsemnată, atingând abia 500 c.c. Se încearcă a provoca diureza cu teofilină, chinină sulfurică, ba cele din urmă dat fiindcă bolnavul prezentase şi o guşe, se recurge şi la tiroidină, fără nici un rezultat. Cu toată năzuinţa noastră terapeutică, urinele nu întrec 500 c. c. pe 24 de ore şi edemele, în loc să cedeze, cresc. Tot astfel se ridică şi albuminuria stingând 5,50 la ‰ după Esbach. In tendinţa noastră de a obţine poliuria eliberatorie se face şi o uşoară iradiere a lojelor renale cu raze Röntgen fără ca diureza mult aşteptată să se prezinte. In cele din uămă se recurge la salirgan, de care dată fiind leziunea renală (în sediment 1-3 hematii pe câmp şi rari cilindrii hialini), la început îl dăm în doze foarte reduse 0,50 c.c. După această mică doză diureza atinge 900 c. c. iar sedimentul urinei nu ne arată că leziunea renală ar deveni mai pronunţată hematiile rămânând ca şi înaintea întrebuinţării diureticului, 2—3 pe câmp. Incurajaţi de acest fapt ridicăm treptat dozele. Mare ne-a fost satisfacţia văzând că pe măsură ce cresc dozele creşte şi diureza, iar edemele, în special cele dela extremităţi, încep să scadă. In continuare se injectează la intervale de 72 de ore câte 2 c. c. salirgan având grija de a supraveghea de fiecare dată urinele şi sedimentul urinar. După primele doze de salirgan (4 injecţii) diureza încă este mică, 1000—1200 c. c. pe zi, însă dela a 5-a injecţie încolo se produce totdeauna o diureză însemnată între 3-5000 c. c. şi ceiace este interesant, este că diureza se menţine la 30000 şi în intervalul dintre injecţii. In total bolnavul a primit 10 injecţiuni cu salirgan. Rnzultatul terapeutic este frapant. Bolnavul cu tot efortul diuretic se simte mult ameliorat, ficatul este mai puţinmânt dar şi mai puţin sensibil iar tusea chinuitoare dispărută. Extremităţile inferioare, cari la început aveau un aspect elefantiazic, şi-au reluat aspectul lor normal. Edemele au dispărut, iar bolnavul după ospitalizare de aproape 8 săptămâni, părăseşte serviciul ameliorat. Iată un caz, unde cu toată afecţiunea renală prezentă, efecul terapeutic întrece orice aşteptare, fără ca din punct de vedere renal să se poată observa o agravare a leziunilor, ceiace serveşte ca o dovadă de redusa toxicitate a salirganului pentru rinichi.

Discuţiuńea rezultatelor clinice şi de laborator. — Observaţiunile ce decurg din urmărirea clinică şi de laborator a cazurilor înşirate şi a acelora cari din lipsă de spaţiu nu le-am citat, vin să întărească afirmaţiunea tuturor acelor autori, cari susţin, că prin preparatele mercuriale diuretice, arsenalul terapuetic s'a îmbogăţit cu neşte agenţi diuretici excepţionali de aficace.

Discuţiunea cazurilor normale. — Diureza prin mercuriale, precum era de prevăzut, n'a lipsit nici în cazul indivizilor cu aparat

cardio-renal intact și cu regim hidraulic absolut echilibrat. Ea a survenit în cazul întâiu cam la $3^1/_2$ de oră după injecțiunea intrafesieră a salirganului, iar în cazul al doilea cam la $1^1/_4$ după injecție. Diureza odată declanșată a mers progresiv: în primul caz și-a atins maximul cam la 7 ore după injecție, fracțiunea urinară din intervalul dela 16—20 fiind cea mai însemnată 750 c. c. In ziua următoare în intervalul dintre 16—20 ore urina eliminată rămâne cu mult inferioară celei obținute în ziua ijecțiunii, neatingând decât 200 c. c. Cloruria în intervalul amintit scade, ca în intervalul de timp următor ⟨20—8⟩ să se ridice și să atingă în urina totală din 24 de ore cantitatea de 24.7 gr. In cazul Nr. II diureza maximă s'a prezentat mai tardiv, cam la 9 ore după injecțiune. A doua zi maximul de debit urinar a survenit cam tot la aceiași oră. Și în acest al doilea caz ipercloruria a fost prezentă în ziua când s'a provocat diureza mercurială.

In ambele cazuri normale efectul diuretic a fost complect epuizat în timp de 24 de ore, observându-se în ziua următoare o diureză scăzută, ca o dovadă de tendința organismului de a se compensa față de efortul diuretic din ziua precedentă și de a-și menține echiilbrul hidric în toate împrejurări. Aceiași observație privește cloluri, care în observația Nr. 2 sunt deasemeni reținuți imediat după injecțiune.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Hidremia pe care am urmărit-o cu intenția ca să deducem asupra modului de acțiune a preparatelor mercuriale, în observația Nr. 2 n'a fost mărită după injecția preparatului mercurial, în obs. Nr. 1 a survenit o ușoară hidremie. Cloruremia și azotemia n'au fost modificate de preparatul de mercur.

Din cele spuse rezultă că:

diureza provocată de preparatele de mercur nu lipsește nici în cazurile normale, diureza este imperclorurată, azoturia sufere neînsemnate modificări, hidremia survine inconstant, cloruremia și azotemia rămân neinfluențate.

Discuțiunea cazurilor patologice. — Acestor medicamente diuretice puternice ⟨salirgan și neptal⟩ trebuie să le asociem mijloacele de combatere clasice ale edemelor. Astfei la nevoie se va face o emisiune de sânge, se va face o puncție evacuatoare pleurală sau abdominală, se va administra bolnavului un purgativ drastic, apoi va fi pus la un regim declorurat și ipo-azotat. Se vor asocia în intervalul dintre injecțiile cu saligran și neptal, teobromină, diuretină, apoi cardiotonice în picături și injecții. Diureticele și cardiotonicele

vor fi administrate încă mult timp și după suspendarea injecțiilor cu mercuriale, după dispariția edemelor, dată fiind de recidivă a lor.

Indicațiuni și contraindicațiuni. — Impreună cu *Lian și Puech, Mouquin, Giroux și Schmidl* și cu toți autorii, cari s'au ocupat cu diureticele mercuriale, vom fixa în felul următor indicațiile și contraindicațiuniile lor.

Indicațiile acestor diuritice sunt foarte extinse, în general sunt indicate în toate stările de oligurie, de edeme mari, ori care ar fi originea lor.

Edeme cardiace. — In primul rând întrebuințarea salirganului și neptalului este foarte indicată în marile edeme, în anasarca de origine cardiacă. Bineînțeles că nu vor recurge la mercuriale în toate asistoliile banale, ci în general vom recurge numai atunci când am înregistrat un eșec cu medicațiunea obișnuită, deci în asistoliile ireductibile cu celelalte mijloace. Totuși în unele cazuri, după părerea lui *Lian*, căreia ne atașem și noi, se poate întrebuința salirganului sau neptalul dela început. Acestea sunt cazurile cu edeme generale extrem de mari, cu o anasarcă foarte accentuată, unde se pune indicația de aplicare a tuburilor Sauthey, în aceste cazuri injecția cu aceste diuretice poate fi de mare folos micșorând mult barajul periferic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ciroze hepatice cu ascită. — Aplicarea salirganului este indicată și în cirozele hepatice cu ascită. *Lian* publică două cazuri de această categorie cu ascită însemnată și cu edeme unde numai cu injecțiile de salirgan a reușit să facă să dispară ascita și edemele, insistând că acest rezultat ar fi datorit exclusiv acțiunei diuretice a mercurului și nu acțiunei sale specifice antisifilitice. Insă nu este mai puțin adevărat, că ‹mai deseori› se înregistrează insuccese, alteori se obțin numai ameliorări temporare. In cazul nostru de ciroză citat lichidul abdominal era în cantitate foarte mare așa că am fost siliți a face întâiu o punctiee vacuatoare și numai apoi am recurs la neptal. Ca rezultat injecțiunile cu neptal pare că a avut o bună influență, provocând eliminarea lichidului recolecționat. In orice caz în toate ascitele de origine hepatică se va încerca și un preperat mercurial ‹salirganul sau neptalul› pentrucă cu ajutorul lor poate avem șanse de a evita punctiunile repetate sau cel puțin de a distanța intervalele.

Edeme renale. — Intrebuințarea salirganului și neptalului în edemele de origine renală trebue făcută cu mare prudență Și aci, ca și la cardiaci, se va recurge la ele numai după epuizarea mij-

loacelor obişnuite de tratament. La cardiacii asistolici cu un rinichi de stază, cu uşoară albuminurie întrebuinţarea acestor preparate se poate face fără nici o teamă. In cazurile de nefrite sau nefroze cu albuminuri mari, chiar şi cu 2—4 globule roşii pe câmpul microscopic, dacă prin celelalte medicamente nu reuşim să provocăm diureza, vom recurge la aceste mercuriale. Vom începe cu doză mică (1/2 c. c.) şi vom înainta foarte prudent urcând doza şi controlând urina mai ales în ce priveşte hematuria. Dacă globulele roşii nu se înmulţesc, atunci putem continua tratamentul şi uneori obţinem rezultate surprinzătoare de bune, după cum se constată din Obs. No. 15, unde se reuşeşte de a desedemaţia complet bolnavul fără ca din partea rinichului să se manifeste vr'un semn de intoxicaţie. Se constată şi din observaţiile noastre, constatare făcută şi de alţi autori, că sub influenţa salirganului şi neptalului se produce o iperclorurie, foarte însemnată, în schimb ureea din urină creşte foarte puţin sau chiar de loc, deci este logic de a nu întrebuinţa aceste preparate în nefritele azotemice. La fel nu vom întrebuinţa în nefritele cu hematurii mari.

Contraindicaţiile neptalului şi salirganului sunt foarte reduse. Acţiunea acestor preparate, ori cât ar fi ea de lentă, totuşi reclamă un efort destul de mare din partea organismului, deci ele nu vor fi întrebuinţate în cazexile foarte pronunţate, în insufienţele hepatice mari, în insuficienţele cardiace cu colaps. Intrebuinţarea acestor preparate în astfel de stări în general este fără nici un efect, ceiace nu se poate pune pe contul medicamentului, ci se datoreşte faptului că am recurs la aceste injecţiuni prea tardiv, înaintea exitusului letal. Dealtfel lipsa de reacţiune la injecţiune după cei mai mulţi autori este de un prognostic fatal, ceiace confirmă şi observaţia noastră Nr. 4, unde după injecţia cu neptal nu s'a prezentat nici o diureză şi bolnava a sucombat mai târziu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După *Mouquin, Giroux şi Schmidl* nu este de recomandat întrebuinţarea acestor preparate la bolnavi cu tendinţa la hemoragie, diateze hemoragice, hemofilie. Tot după aceşti autori febra ar constitui o contraindicaţiune, pe când *Lian* notează rezultat bun într'o ciroză cu ascită şi temperatură 38°.

In rezumat putem spune împreună cu *Lian*, că pentru un moment nu există o contraindicaţie precisă, în unele cazuri însă trebuie să fim prudenţi întrebuinţarea acestor medicamente să se facă cu mari rezerve. Este greu de a contraindica în mod absolut

un diuretic puternic, cum este neptalul sau salirganul, la bolnavi la cari toate celelalte mijloace diuretice au eşuat, şi cari şi aşa sunt condamnaţi la moarte.

Pericolele tratamentului. — Pericolele tratamentului cu neptal sau salirgan sunt aproape inexistente, indiferent de calea de introducere. La unii bolnavi se produce după injecţia intramusculară o uşoară reacţie locală, care însă trece în decurs de 1/2-1 oră. Este de remarcat dela început lipsa de toxicitate aproape complectă a acestor preparate, asupra cărui fapt insistă toţi autorii. Lian citează un caz cu anasarcă, unde s'a produs o uşoară hematurie după salirgan, la altă bolnavă asistolică uşor icter. Schmidl citează două cazuri de moarte după injecţia cu neptal, însă sfârşitul letal era prevăzut dinainte şi se producea şi fără injecţie. Din partea noastră în nici un caz n'am avut nici un inconvenient după întrebuinţarea acestor preparate, nu s'a produs în nici un caz stomatită, gingivită, sau colită mercurială, la fel în nici într'un caz n'am observat declanşarea unei hematurii, deci considerăm aceste preparate de o toxicitate extrem de mică. Este tocmai contrariul ce se petrece cu novazurolul, unde accidentele de intoxicaţie sunt foarte dese.

Calea de administrare. — In cazurile patologice urmărite injecţiunile au fost introduse pe cale intramusculară şi intravenoasă. Calea cea mai frecventă de administrare a fost însă cea intramusculară. Preparatul l-am administrat cu predilecţie în muschiul deltoid, fiindcă în unele cazuri de injecţiune intrafesieră am putut observa dureri destul de pronunţate, cari iradiau dealungul membrului inferior, şi cari se menţineau timp de 1/2 oră.

Pozologie, sinergia şi asociaţiunea medicamentoasă. — Dozele prin cari s'a putut obţine scopul au fost foarte diferite. In mod curent ne-am servit de 2 c. c., deşi cu doze de 1/2 c. c. şi chiar numai cu 1 c. c. am obţinut uneori un debit urinar identic ca şi cu dozele mari. E adevărat că în unele cazuri când doza a mers crescând şi efectul obţinut a fost mai bun. Dozele de cari ne-am folosit în cazul administrării preparatelor pe cale intravenoasă au fost de obiceiu un c. c. dar am putut introduce chiar şi 2 c. c. fără nici un inconvenient. Am putut constata că în cazurile mai remitente e bine să recurgem dela început la doze mai mari, căci dozele mai mici foarte des nu au decât rezultate neînsemnate.

In cursul cercetărilor noastre am putut constata şi noi acţiunea salutară a unei *sinergii medicamentuoasă* şi am putut vedea cum sub influenţa ei urinele cresc uneori considerabil (Obs.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nr. 3, 9 şi 11). Aceste bune rezultate se observă de obiceiu la cardiacii asistolici unde inima obosită în urma eforturilor diuretice, are nevoie de un stimul medicamentos continu. Din această cauză am recurs la preparetalele de digitală (digiclarină, digipurat, Knnoll, ouabaină), pe cari le-am injectat simultan, fie pe căi diferite, fie după sistemul german în aceiaşi sirigă preparatul de digitală şi diureticul pe calea intravenoasă.

Am recurs şi la asociaţiunea medicamentoasă ce constă în a introduce în organism clorură de calciu, cam 40 gr., înaintea injectării preparatului diuretic. Clorura de calciu administrată timp de 3—4 zile înaintea mercurului, după observaţiunea lui *Blum*, ar da o descărcare urinară şi în cazurile unde mercurul singur s'a dovedit a fi odată ineficace. Am practicat sistemul numai în două cazuri, ceiace nu ne permite de a ne pronunţa asupra eficacităţi acestei metode, verificarea ei necesită noui observaţiuni.

Intervalele şi numărul injecţiunilor. — In ceiace priveşte N-ruf şi intervalul dintre injecţii, aci totul trebuieşte individualizat. *Schimidl* recomandă de a se face numai o injecţie la 7—8 zile, fiindcă injecţiunile făcute mai des, la 2—3 zile interval ar aduce o epuizare a medicamentului. Insă în această privinţă după experienţa făcută de noi, ne ataşăm părerii lui Lian, care recomandă de a face deosebire între cele două feluri de diureze produse după mercur şi anume: acelea unde se obţine o *diureză în clopot* şi acelea unde diureza este în *platou accidental.*

Digitized by Romanian Academy Library - Iaşi

In cazurile cu *diureză în clopot* este vorba de bolnavi oligurici, cu 200—300 c. c. urină la zi şi unde după o injecţie cu neptal sau salirgan se produce o diureză însemnată de 4—5000 c. c. pe zi, însă unde după 24 de ore diureza scade iar la 2—300. Chiar dacă administrăm şi alte diuretice între intervale totuşi diureza nu se menţine. In aceste cazuri este evident, că injecţiile trebuesc făcute cât mai des, cel puţin la 72 ore o injecţie. *Lian* recomandă chiar la 48 ore una, pentru a obţine mamimum de efort diuretic din partea organismului. Este sigur că nu fiecare injecţie făcută la 72 ore are acelaş efect, cele mai deseori efectul mai bun se obţine după primele injecţii şi efectul diuretic se epuizează cu timpul fiindcă dispar edemele şi nu din cauza medicamentului. Insă sunt cazuri unde efectul cel mai bun se obţine numai după 3—4 injecţii, de aceea tratamentul trebueşte continuat, şi anume la intervale dese.

In ce priveşte a doua categorie de cazuri cu *diureză în platou*

accidental, unde după o singură injecţie diureza se menţine mai multe zile dearândul la nivel înalt, cu mici variaţiuni, în aceste cazuri intervalul între injecţii trebueşte astfel stabilit. Între acestea sunt cazuri, este adevărat că mai rare, unde diureza se menţine în platou administrând singur numai salirganul sau neptalul, este acţiunea prelungită a acestor medicamente asupra căreia vom reveni. In aceste cazuri vom repeta injecţiunea când efectul teoretic este trecut. Insă în cele mai multe dintre cazurile cu diureză în platou este vorba de cazuri, unde în intervalele dintre injecţii se administrează alte diuretice sau cardiotonice şi cu rezultat satisfăcător, adecă se reuşeşte de a menţine diureza între injecţii la o cantitate însemnată. Şi aci este evident că repetarea injecţiunilor cu mercur se va face numai când diureticele obişnuite asociate rămân fără efect, sau cu efect neînsemnat. Se întâmplă foarte des că diureticile obişnuite sunt fără efect, însă administrându-le după o injecţie de mercur, acţiunea lor iar se evidenţiază, ca şi când s'ar fi produs o reactivare a lor prin mercur.

Cât despre N-rul totat de injecţii de administrat este evident că el va va varia dela caz la caz şi după lungimea intervalelor dintre injecţii. In principiu injecţiunile se continuă până la obţinerea rezultatului dorit, adeeă până la desedemaţiarea bolnavului. In general se vor face serii de 10—15 injecţii, dacă este nevoie, apoi se suspendă injecţiile pentru a le relua în caz de lipsă după un interval oarecare fără nici un inconvenient.

Inceputul, evoluţia şi durata efectului medicamentos. — Diureza obţinută în majoritatea cazurilor a atins şi chiar a întrecut 4000 c. c. In ceiace priveşte momentul pornirei diurezei sau mai bine zis începutul efectulni medicamentos, observaţiunea ne-a dat cifre diferite. S'u întâmplat să survină diureza chiar şi la un ceas dela momentul administrării, diureticului şi tot astfel am putut constata şi $3^1/_2$ de oră până să pornească diureza, şi aceasta chiar şi în cazurile unde am recurs la calea de introducere intravenoasă (Observaţia priveşte majoritatea cazurilor) In medie însă putem stabili începutul diurezei survenind cam la 3 ore după injecţii.

Din momentul în care s'a pornit diureza efectul merge crescând ca să-şi atingă maximul la 6—8 ore dela data administrării medicamentul. De aci efectul merge descrescând pentruca să se epuizeze complect în 24 de ore.

In unele cazuri s'a putut constata şi o *prelungire a diurezei* ce s'a manifestat printr'un debit urinar mai marcat a doua zi după

medicaţie şi pe care nu o putem pune decât *numai pe contul ficatului*, fiindcă observaţia făcută priveşte în special pe indivizii cari au avut şi o afecţiune, sau numai o afecţiune hepatică, ceiace este o dovadă de rolul important ce-l joacă ficatul în metabolismul apei.

Caracterele diurezei miercuriale. — O constatare cu caracter general şi pe care am relevat-o şi discutarea cazurilor normale, este *caracterul iperclorurat al diurezei* obţinute. Această eliminare de cloruri care se evidenţiază foarte net din tablourile ce însoţesc cazurile observate, este totdeauna prenentă, întrecând uneori şi 40 gr. de cloruri în timp de 24 de ore. Acest fapt a servit spre argument multor autori cari căutau să localizeze pe baza acestei mobilizări hidrice şi saline, acţiunea mercurialelor în ţesuturi şi cari relevau importanţa clorurilor în fiziopatologia edemelor. Azoturia, după cum se constată din tabloul examinărilor urinare este mai puţin modificată, în unele cazuri nu este deloc. Această disociare în eliminările renale serveşte de argument acelora cari localizează acţiunea mercurialelor la nivelul rinichilor.

Rezultatele terapeutice obţinute. — In ce priveşte aceste rezultate cele mai frumoase au fost acelea ce au survenit la hidropicii cardiaci, chiar şi în cazurile unde cardiopatia a fost însoţită de leziuni secundare ale rinichilor. Cardiopaţii pe cari i-am tratat cu mercuriale au fost în toate împrejurările ireductibili prin metodele obişnuite. S'a întâmplat cum este cazul No. 15 ca leziunea cardiacă să fie însoţită şi de nefroză. In acest caz s'a încercat toate diureticele obişnuite fără nici un rezultat, până ce s,a recurs la salrrean după care efectul a fost miraculos, după 10 injecţiuni bolnavul este complect desedemaţiat. In cazul Nn. 11 deşi desedemaţierea complectă nu se datoreşte exclusiv mercurialelor totuşi diureza a fost declanşată numai de mercur facilitând astfel acţiunea celorlalte dturetice ce s'au administrat în intervale dintre injecţii. S'a întâmplat (obs. No. 14) ca numai o singură injecţie să deschidă o diureză ce n'a putut fi obţinută anterior nici cu doze masive de digitală, ca o dovadă că nu rare ori mercurul reactivează cardiotonicele şi diureticele obişnuite, căci o singură injecţie de salirgan, care ştim că-şi epuizează efectul în 24 de ore nu poate să ne dea o diureză atât de prelungită ca şi aceia survenită în cazul citat. In acest caz diureza trebue s'o punem pe contul digitalei reactivate de mercur.

Rezultate mai puţin probante am putut constata în cazul exu-

datelor de natură inflamatorie. Obs. No. 5 ne indică un asemenea caz de poliserozită tratată prin mercuriale. De altfel clinic am putut observa o serie de cazuri, unde după injecţia de mercur diureza n'a lipsit, totuşi lichidele s'au refăcut vertiginos iar bolnavi în urma diurezei provocate fiind prea epuizaţi, nu s'a mai putut persista în acest fel de tratament.

Tot astfel şansele terapeutice par să fie foarte reduse în cazul revărsatelor de natură carcinomatoasă, după cum rezultă aceasta din observaţia cazurilor No. 7 şi 8. Intr'unul din aceste cazuri unde am avut de a face şi cu o coafectare a ficatului, diureza s'a prelungit şi în ziua următoare injecţiunii având o intensitate destul de marcată, fără să putem vedea în schimb o modificare mai mare a edemelor. In ambele cazuri tabloul clinic a fost dominat de veoluţia tumorii care şi-a făcut mersul încet, dar sigur spre fatalitate.

Rezultate mai mult decât satisfăcătoare am putut obţine în cazul cu edem caşectic, unde 5 injecţiuni au făcut să dispară complet edemele.

In cazul cirozelor hepatice, am putut observa o acţiune diuretică prelungită, care se manifestă şi în ziua următoare injecţiuni. De altfel injecţiunile n'au putut înlocui puncţiunile, cel mult în unele cazuri am putut mări intervalele dintre puncţiunile evacuatoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Modul de acţiune. — Nu vrem aci să cităm toate controversele şi toate argumentele cari susţin fie acţiunea renală, fie cea extrarenală a diureticilor mercuriale, vrem numai ca în baza cercetătorilor noastre să ne ataşăm unei din aceste ipoteze.

Mare parte a autorilor, — poate chiar majoritatea, — susţin acţiunea extrarenală, tisulară, a mercurialelor şi invoacă în sprijinul acestei ipoteze faptul că cercetărilor multor autori au pus în evidenţă în sânge o hidremie şi cloruremie mai pronunţată după injecţiunile cu mercuriale. S'ar produce sub influenţa mercurului o trecere a lichidului edematos din ţeseturi în circulaţia generală printr'un fel de atracţie, datorită mărirei puterei osmotice, a sângelui, şi în acest fel s'ar produce o hidremie şi ipercloruremie marcată. Am cercetat şi noi în mod sistematic în cele 12 cazuri, studiate în mod amănunţit, această hidremie şi cloruremie şi după cum se constată din tabloul cu cercetările sanghine, în jumătatea cazurilor se produce o hidremie şi o cloruremie mai mare după injecţia cu salirgan sau neptal ceace n'ar constitui un argument prea puternic în favoarea acţiunei extrarenale. Insă acţiunea

renală ar implica fixarea mercurului direct pe epiteliului renal şi deci efectul diuretic s'ar obţine numai prin alterarea însăşi a epiteliului renal, ceace ar produce semne de leziune renală: hematurie, albuminurie: ori noi în nici un caz n'am constatat aceste simptome de alteraţiune renală. Deci bazaţi chiar şi pe faptul că în jumătatea cazurilor se produce o hidremie şi-o cloruremie mai pronunţată după injecţiune, dar mai ales bazaţi pe faptul că injecţiunea cu salirgan şi neptal nu produce nici o alteraţiune renală (hematurie, albuminurie, cilindrurie), ne credem în măsură de a ne ataşa ipotezei extrarenale a acţiunei mercurialelor.

CONCLUZIUNI:

Sărurile mercuriale (salirgan şi neptal) sunt agenţi diuretici puternici, lipsiţi cu totul de toxicitate, cari provoacă o descărcare urinară şi în cazurile unde medicaţiunea obişnuită s'a dovedit a fi ineficace. Calea obişnuită de administrare a preparatelor este cea intramusculară, salirganul se pretează foarte bine şi la calea intravenoasă. Doza curent întrebuinţată este 1 ½ c. c., ritmul obişnuit al injecţiunilor este de 72 ore. Inceputul efectului medicamentos survine în medie cam la 3 ore după administrare, efectul diuretic este complect epuizat în 24 de ore, însă în unele cazuri, mai rari, survine o acţiune prelungită sau retardată a medicamentului, acestea sunt cazurile unde ficatul este mai ales interesat. Diureza obţinută prin preparatele mercuriale în majoritatea cazurile întrece 4000 c. c. In lipsa unei diureze mai însemnate se va recurge la o sinergie medicamentoasă între preparatele de digitală şi cele de mercur, ce s'au dovedit a fi foarte eficace. Diureza prin mercuriale este însoţită întotdeauna de o însemnată descărcare de cloruri. Injecţiunile de mercuriale produc în jumătatea cazurilor o uşoară urcare a hidremiei şi a cloruremiei. Efectul diuretic al mercurialelor se arată mai eficace în cazurile de hidropizii cardiace, unde diureticele obişnuite şi-au perdut orice facultate de a provoca diureza. In cazurile de exudate, deşi diureza nu lipseşte rezultatele terapeutice par să fie neînsemnate. Exudatele şi transudatele de natură carcinomatică sunt deasemenea prea puţin influenţate de mercuriale. Concomitent cu injecţiunile de salirgan şi neptal se vor aplica cu mare rigurozitate şi mijloacele obişnuite pentru combaterea edemelor. Faptul că în jumătatea cazurilor se produce o urcare a hidremei şi a cloruremiei după injecţiunea cu mercur, dar mai ales faptul că aceste injecţiuni nu produc nici o alteraţiune renală, ne face să ne alăturăm ipotezei extrarenale a acţiunei mercuriale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tabloul cu examinările urinare

No. observaţiei	Ziua de regim	Urina din 24 ore			8—12			12—16			16—20			20—8		
		Cantitatea	Clorurl în gr.	Uree în gr.	Cantitatea	Clorurl în gr.	Uree în gr.	Cantitatea	Clorurl în gr.	Uree în gr.	Cantitatea	Clorurl în gr.	Uree în gr.	Cantitatea	Clorurl în gr.	Uree în gr.
1	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	II	998	13,4	11,2	90	1,8	1,2	258	2,8	3,8	180	2,3	3,0	470	5,1	6,4
	III	1300	15,6	13	170	2,1	2,2	220	3	2,7	380	5,3	3,3	530	4,2	5,6
	IV	430	2,1	9,3	80	0,24	1,5	80	0,28	1,8	89	0,16	1,8	190	2,2	4,1
2	I	800	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	II	1200	19,2	27,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	III	1900	24,7	22,7	400	7,6	4,8	500	5,5	3,4	750	4,8	6,6	250	3,2	3,3
	IV	820	8,2	16,8	200	3,2	3,1	200	2	4,1	155	1,2	4,1	265	1,8	6,8
3	I	500	5	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	II	550	3,5	6,2	262	1,8	2,6	164	0,65	1,3	40	0,32	0,56	84	0,42	1,1
	III	1307	12,4	5,3	82	0,9	1,3	185	1,8	1,4	200	2	1,1	840	7,9	4,2
	IV	990	8,9	6,8	270	2,4	0,99	150	1,3	0,84	260	2,3	1,7	310	2,7	2,5
4	I	240	1,9	4,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	II	497	3,4	8,4	172	1,5	3,1	80	0,52	1,4	—	—	—	245	1,2	4,9
	III	620	4,9	2,7	—	—	—	90	0,81	0,5	290	2,3	2,3	240	1,9	1
	IV	Sucombă			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	I	260	4,6	6,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	II	500	9,5	9,7	130	2,8	2,2	150	2,7	1,6	90	1,7	0,72	130	2	3
	III	2060	22,6	11,6	670	8	2,4	460	5	1,2	440	4,8	1,9	490	4,4	3,4
	VI	870	7,3	10,5	160	1,4	1,7	140	1,2	1,4	200	0,16	2,2	370	2,5	5,8
6	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	II	1060	12,7	12	410	4,9	7,5	340	3,7	3,6	310	3,7	3,3	—	—	—
	III	4490	40,4	51,7	850	8,5	4,7	990	9,9	1,1	1150	11,5	12,3	1500	9	17
	IV	1200	8,4	8,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	I	400	4,8	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	II	700	7	21,9	460	4,6	7,8	10	0,1	0,35	140	1,4	5,5	90	0,99	0,29
	III	5600	50,4	26,1	1000	10	5,1	1600	14,4	4,4	1400	12,6	5,6	1600	16	9,4
	IV	1200	13,2	18,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	I	1700	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	II	690	1,3	22,1	150	0,15	5,9	155	0,15	5,4	165	0,33	5,4	220	0,33	5,8
	III	3060	20,6	23,1	240	0,48	6	1500	12	6,6	820	6,5	4,5	500	4,5	3,4
	IV	1980	6,9	49,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	I	200	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	II	475	3,8	12,8	150	1,2	4,4	25	0,2	0,8	70	0,56	1,9	230	1,8	2,4
	III	4050	40,5	19,9	220	2,4	2,9	710	7,1	1,7	720	7,2	1,5	2400	21,6	4,2
	IV	1050	9,4	7,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	I	8000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	II	8000	13,5	20,4	1800	3,6	2,9	2000	3	4,5	600	—	—	3600	4,6	11
	III	7200	32,4	50,1	1400	4,2	15,8	1800	9	18,7	1200	6	4	2800	11,2	7,6
	IV	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	I	200	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	II	90	0,9	1,95	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	III	4520	32,5	10,7	140	1,1	2,3	900	6,3	3,4	1480	10,3	3,3	2000	14	2,2
	IV	40	3,2	4,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	II	276	3,8	5,2	56	1	1,1	50	0,6	0,81	40	0,48	0,96	130	1,95	1,98
	III	3240	32,4	9	300	3,3	1,2	1500	13,5	1,7	740	7	1,7	700	7	2,4
	IV	200	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Tabloul cu examinările sangvine.

No. observaţiei	Ziua de regim	Hidremie în gr. la ‰			Cloruremie în gr. la ‰			Azotemie în gr. la ‰			OBSERVAŢII
		Ora 8	Ora 11	Ora 16	Ora 8	Ora 11	Ora 16	Ora 8	Ora 11	Ora 16	
1	II	798,5	798,5	804,5	5	5	6	0,48	0,56	0,52	
	III	786,6	787,6	795,4	8	8	7	0,38	0,42	0,40	2 cc. salirg.
	IV	786,6	—	—	8	—	—	0,49	—	—	
2	II	784,5	—	798,5	8	—	8	0,68	—	0,70	
	III	780	779,7	778,9	8	8,1	8	0,64	0,58	0,62	1 ½ cc. salirg.
	IV	769,3	—	—	7	—	—	0,46	—	—	
3	II	817,0	813,9	809,9	8,0	9	8,5	0,30	0,32	0,32	
	III	782,8	827,5	863,9	8	8	9	0,30	0,34	0,48	1 ½ cc. salirg.
	IV	806	—	—	8	—	—	0,50	—	—	
4	II	779,1	768,8	785	8	8	8	0,48	0,50	0,56	
	III	773,9	787,1	784,3	8	8	9	0,56	0,58	0,62	1 ½ cc. salirg.
	IV	785,8	—	—	9	—	—	0,62	—	—	
5	II	802	—	805	6	—	5	0,30	—	0,28	
	III	801	795	790	5	6	6	0,30	0,30	0,28	1 ½ cc. salirg.
	IV	894		—	6	—	—	0,28	—	—	
6	II	840,9	—	844,6	8	—	8	0,30	—	0,28	
	III	832,8	841,7	839,3	7,3	7	7,2	0,24	0,28	0,28	2 cc. salirg.
	IV	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
7	II	783	735	765	7	6	6	0,48	0,50	0,50	
	III	765	785,5	789,5	6	7	8	0,50	0,46	0,48	2 cc. neptal
	IV	783	—	—	7	—	—	0,50	—	—	
8	II	880,3	884,2	884,6	6	6	6,2	0,62	0,48	0,40	
	III	882,4	886,6	882,0	5	5,5	5	0,40	0,42	0,40	2 cc. salirg.
	IV	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
9	II	797,5	803,4	805,6	6	7	5	0,50	0,38	0,30	
	III	799	839,2	802	6	6	6	0,30	0,30	0,32	2 cc. salirg.
	IV	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
10	II	779,1	—	785,6	6	—	8	0,34	—	0,30	
	III	781	—	779	8	—	8,1	0,30	—	0,28	2 cc. salirg.
	IV	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
11	II	779,1	800,7	801,3	6	6	7	0,50	0,48	0,38	
	III	808,2	806,4	829,5	7	7	7	0,38	0,40	0,28	2 cc. neptal
	IV	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
12	II	785,8	—	796,8	6	—	6	0,38	—	0,36	
	III	793,4	795	791	6	6,5	6	0,26	0,28	0,27	2 cc. neptal
	IV	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

ROLUL GLANDELOR CU SECREŢIE INTERNĂ IN PATOGENIA CATARACTEI

de
Dr. PETRE VANCEA
Asistent al Clinicei

Intre apariţia cataractei zise primitivă şi tulburările secretorii ale glandelor endocrine se pare că există raporturi strânse, în a căror intimitate de abia în ultimul timp s'a încercat să se pătrundă, graţie observaţiunilor clinice amănunţite şi cercetărilor de ordin experimental.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In acest articol voi căuta să rezum faptele de observaţiune clinică şi noţiunile de ordin experimental cari tind să demonstreze aceste legături, permiţându-mi să insist în acelaş timp asupra contribuţiunilor pe cari şcoala oftalmologică dela Cluj le-a adus până acum acestei pasionante probleme de patologie oculară.

* * *

Cea dintâi cataractă a cărei apariţie a fost pusă în legătură cu o afecţiune generală este **cataracta diabetică.** Ea a fost semnalată încă din 1848 ca o complicaţiune a diabetului. Mecanismul producerii acestei cataracte, divers interpretat de diferiţi autori, nu este cunoscut nici până azi. *Claude Bernard* a pus-o în legătură cu mărirea concentraţiei sanghine, iar *Heubel* a atribuit-o pierderei de lichid pe care o suferă cristalinul în urma mărirei cantităţei de zahăr din corpul vitros. După acest ultim autor cataracta diabetică s'ar produce prin acelaş mecanism ca acela prin care cristalinul se opacifiază când este introdus într'o soluţie de glucoză. *Deutschmann* însă a obiectat cu drept cuvânt, că opacifierea cristalinului «in vitro» necesită soluţii foarte concentrate ⟨5 %⟩ de glucoză, soluţii cari nu pot fi atinse «in vivo» nici chiar în formele cele mai grave de diabet. In adevăr, în mediile oculare ale diabeticilor celor mai

gravi, cantitatea de zahăr ajunge de abia 0.5%, cantitate absolut insuficientă pentru producerea unei turburări a cristalinului. De-altfel cercetările recente ale lui *Ask*, care a făcut studiul comparativ al glicemiei și al concentrației zahărului din umorul apos și le-a găsit într'un raport care variază între 1 : 1 și 1 : 1,4, confirmă acest mod de a vedea. Pe de altă parte din punct de vedere anatomo-patologic s'a putut constata că, între cataracta diabetică și cea experimentală există o diferență fundamentală. În adevăr, ceeace formează substratul anatomic al cataractelor diabetice este o degenerescență a fibrei cristaliniene, spre deosebire de cataracta experimentală în care tulburarea cristalinului dispare rapid după încetarea cauzei provocatoare. *Deutschmann* în fine crede, că în cataracta diabetică se produce o moarte locală a fibrelor sau a epitetului cristalinian sub influența discraziei diabetice.

Toate aceste cercetări arată în mod clar că mecanismul de producere al cataractei diabetice nu este încă pe deplin cunoscut. Singurul lucru ce se știe totuși precis este că în diabetul cu denutriție, cataracta este o complicație frecventă. Origina pancreatică a acestui diabet însă nu mai este pusă de nimeni la îndoială, încât tulburarea cristalinului care apare în cursul acestui diabet trebue să fie considerată ca neîndoios de origină pancreatică.

Biblioteca centrală University Library Cluj

Cazurile de **cataractă tetanică** publicate până astăzi sunt destul de numeroase. Încă de pe la 1872 *Logetschnicow* a publicat 15 cazuri de cataractă la bolnavi cari avuseseră convulsiuni, iar *Meynert* în 1887 recunoaște cel dintâi legătura dintre cataractă și tetanie. *Peters* care s'a ocupat în special de această afecțiune descrie numeroase cazuri de cataractă în urma acceselor de tetanie. După el, o serie de autori ca: *Possek*, *Nathan*, *Uthoff*, *Zirm*, *Bartels*, *Lisizin*, *Sperber*, *Schmidt-Rimpler*, *Westphal*, *Monykowa*, *Königstein*, *Jenaceck*, *Spiunhirny* și *Reys*, *Nordmann* și alții au publicat numeroase observații, unele mai interesante decât altele, în care cataracta însoțea o tetanie a gravidității sau apăruse imediat după naștere. *Cantonnet* a publicat un caz care coexista cu tetania și cu mixedemul, iar *Schiller* a raportat un caz în care bolnavul la 2 zile după extirparea unei gușe a făcut un prim acces de tetanie, iar după 6 luni i-a apărut și cataractă. Cazuri asemănătoare au publicat: *Hoffmann*, *Terrien*, *Westphal*, *Purtscher*, *Wagnemann* și alții. *Van Lint* a publicat și el cazul unei femei la care s'a desvoltat o cataractă bilaterală în urma unei tiroidectomii totale pentru gușe bazedoviană. Recent de tot, *Saiton* și *Peret* au pu-

blicat un caz de tetanie cu tulburări trofice, care la 43 luni după tiroidectomie a făcut o cataractă bilaterală.

Noi înşi-ne am avut ocaziunea să observăm două interesante cazuri de cataractă, survenite rapid la copii cu tulburări tiro-paratiroidiene manifeste.

In primul caz era vorba de un copil în vârstă de 3 ani, adus în toamna anului 1925 de către părinţii săi la consultaţiile Clinicei Oftalmologice din Cluj, pentru pierderea vederei ambilor ochi.

Boala sa oculară începuse cu 3 săptămâni mai înainte şi a fost observată aproape imediat de părinţi.

La intrarea în clinică s'a constatat că copilul era binişor desvoltat pentru vârsta lui, că tegumentele şi mucoasele erau de culoare normală şi că ţesutul celular subcutanat şi muscular erau deasemenea bine desvoltate. Micul pacient prezenta o guşe de gradul al 2-lea şi avea abdomenul puţin bombat.

Din punct de vedere ocular prezenta o cataractă bilaterală totală. Vederea îi era redusă la senzaţia luminei.

Făcându-i-se proba lui Götsch, cu adrenalină, aceasta a rămas negativă, în sensul că nu s'a produs glicozuria adrenalinică şi nici urcarea M x, sau scăderea M n, pe cari le-am urmărit cu oscilometrul lui Pachon. In schimb însă, injecţia cu adrenalină a produs efectele sale obişnuite, însă într'o măsură exagerată, denotând astfel o excitabilitate neuro-musculară mărită. Azi se ştie că această iperexcitabilitate neuro-musculară caracterizează până la un oarecare punct stările de insuficienţă paratiroidiană.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Făcându-se studiul reflexului oculo-cardiac s'a constatat că acesta prezintă o fază scurtă de intensă exageraţie, urmată imediat de o revenire la normal, care este caracteristică pentru stările de ipotiroidie.

Examenul sângelui a arătat o constituţie generală care se depărta uşor de starea normală şi anume:

globule roşii	3,500.000	
globule albe	7,500	
Formula leucocitară:	neutrofie	62 %
	limfocite	20 %
	monocite	22 %
	eozinofile	5 %
	bazofile	1 %

Seroreacţiunea Wassermann în sânge era negativă.

Studiul aparatului circular arăta că inima funcţiona normal, că pulsul era 96 pe minut, bine bătut, iar tensiunea arterială era uşor scăzută (Mx=12, Mn=6, Pachon).

Din partea celorlalte organe nu s'a constatat nimic deosebit.

Inteligenţa îi era păstrată.

In aceste împrejurări i s'a practicat la ambii ochi extracţia cristalinelor prin o dicizie simplă, iar mersul post-operator a fost absolut normal.

Intre timp starea generală a bolnavului se înrăutăţeşte. Copilul face temperatură, splina îi devine senzibilă, iar ganglionii externi încep să i se

mărească. După câteva zile temperatura începe să-i scadă, trecând chiar sub starea normală. In urmă copilul devine apatic, deprimat, leneş în mişcări, rămâne ore întregi imobilizat pe un scaun cu capul plecat înainte şi răspunde rar la întrebări.

Examenul sângelui practicat în această perioadă a arătat o scădere a hematiilor la 2.800.000.

Nu prezenta paralizii, iar reflexele tendinoase deşi slabe erau păstrate. Tegumentele îi erau infiltrate cu un edem dur, elastic. Pielea îi era palidă, de culoare gălbuie, rugoasă.

In faţa acestor simptome mixedematoase cu caracter acut, i-am administrat opoterapia tiroidiană (câte 0.10 ctg. extract. pe zi).

Chiar după primele zile de tratament am observat o modificare marcantă în starea generală a bolnavului. Infiltraţia tegumentelor a început să-i dispară, pielea şi-a reluat coloraţia normală, iar copilul a redevenit mai vioi şi mai sburdalnic.

Din studiul acestei observaţiuni rezultă că am avut de a face cu un caz de cataractă bilaterală, survenită rapid la un copil în vârstă de 3 ani. Apariţiunea şi evoluţiunea extrem de rapidă a acestei cataracte, alături de uşoara ipertrofie a corpului tiroid ne-a făcut dela început să bănuim origina tiro-para-titoidiană a afecţiunei. Starea de iperexcitabilitate neuro-musculară constatată la intrarea cazului în clinică şi evoluţia sa rapidă ulterioară către mixedem, ne-a dat certitudinea originei endocriniene a cataractei sale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acest caz este interesant în primul rând prin raritatea sa, căci în întreaga literatură medicală se găsesc publicate până azi numai 2 cazuri de cataractă survenită în cursul mixedemului spontan şi anume: un caz al lui *Callan* şi altul al lui *Cantonnet*, cazul nostru urmând deci să fie al 3-lea.

In al 2-lea rând, cazul nostru mai este interesant şi prin evoluţia sa clinică. In adevăr, starea de iper-excitabilitate neuro-musculară evidenţiată încă dela intrarea bolnavului în clinică ne permite să clasăm acest caz printre tetaniile latente, cari prezintă aceiaş iperreflectivitate ca tetaniile manifeste, având în minus convulsiunile.

Dela *Harvier* se ştie că înafară de stările de tetanie pură există aşa numitele stări tetanoide, cari se caracterizează numai printr'o exagerare a câtorva reflexe, lipsindu-le complect convulsiunile şi orice fenomen electric patologic. Origina paratiroidiană a acestor sindrome nu mai este azi pusă de nimeni la îndoială, însă este foarte greu de a o dovedi istologic. Greutatea provine şi din faptul că leziunile nu interesează toate glandele de o potrivă, iar ca aspect anatomo-patologic ele sunt foarte variate. *Harvier* a putut pune diagnosticul istologic de tetanie în 75% din cazurile de te-

tanie cu convulsiuni şt numai în 25% din tetaniile latente şi stările tetanoide.

Am raportat acest caz pentru a aduce proba clinică a existenţei cataractelor câştigate în legătură cu tulburările endocriniene tiro-paratiroidiene, fără ca aceste tulburări să fie totuşi însoţite de convulsiuni şi pentru a trage concluziunea de ordin practic că: în împrejurări similare, chiar în faţa unui examen organic negativ să se recurgă la ajutorul neurologului, care graţie examenului electric minuţios poate confirma sau infirma diagnosticul de tetanie latentă.

In cel de al 2-lea caz al nostru era vorba de un copil în vârstă de 11 ani, care s'a prezentat la consultaţiile Clinicei Oftalmologice din Cluj pentru o cataractă zonulară a ambilor ochi.

Afecţiunea apăruse cu 7 luni mai înainte şi începuse la ochiul stâng. La intrarea în serviciu s'a constatat că bolnavul era insuficient desvoltat în raport cu vârsta şi că prezenta numeroase semne de degenerescenţă fizică şi psichică ca: fruntea joasă, perii foarte rari, creţuri profunde pe faţă, urechile îndepărtate de craniu, dinţii foarte distanţaţi, iar din punct de vedere intelectual bolnavul se comportă ca un cretin. Alături de aceste semne de degenerescenţă bolnavul mai prezenta o guşe de gradul al 3-lea (lăţime 12 ½ cm. înălţime 5 cm.). Probele biologice au evidenţiat şi la acest bolnav o iperexcitabilitate neuromusculară.

Examenul sângelui a arătat că bolnavul avea:

globule roşii 6.000.000
globule albe 8.000
Formula leucocitară: neutrofile 61 %
limfocite 20 %
monocite 10 %
eozinofile 5 %
bazofile 4 %

Sero-reacţia Wassermann în sânge era negativă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cataracta zonulară a acestui caz a survenit deci la un bolnav cu guşă şi cu numeroase semne de degenerescenţă, la care probele biologice au pus în evidenţă existenţa unei iperexcitabilităţi neuromusculare.

Cataracta zonulară a fost considerată de unii autori ca fiind de origină rachitică, iar de alţii ca fiind de natură tetanică. Actualmente se precizează că ea este datorită unei tulburări în metabolismul calciului. In adevăr cercetările lui *Von Szily* şi *Eckstein*, iar mai recent cercetările maestrului meu *D-l Prof. D. Michail* făcute împreună cu mine, cercetări consemnate în parte în teza D-rei Dr. Luiza Lorber, vin să confirme această concepţie, căci în toate cnzurile de cataractă zonulară noi am găsit o ipocalcemie

accentuată, care pledează în mod clar pentru o tulburare a metabolismului calciului.

In ultimul timp s'a descris **cataracta miotoniei distrofice** ca o entitate morbidă foarte frecventă. Această afecţiune se caracterizează din punct de vedere clinic printr'o atrofie a muşchilor feţei (faciesul miopatic), atrofia sterno-cleido-mastoidienilor, atrofia muşchilor coapsei şi a muşchilor flexori dorsali ai piciorului, precum şi prin rămânerea în contracţiune timp de 20—30 secunde a anumitor grupe musculare, atât după contracţiune voluntară, cât şi după o excitaţie mecanică sau faradică directă.

La început această afecţiune a fost pusă în legătură cu boala lui Thomsen, însă actualmente *Curschmann, Hauptmann, Naegeli, Nikau, Scharke şi Full* tind să facă din ea o boală distinctă desvoltată sub influenţa unei tulburări în secreţia glandelor sexuale.

In adevăr atrofia testiculară şi desvoltarea minimă a sistemului pilos la bărbaţi, atrofia ovarelor şi a uterului, însoţită de anumite semne de virilism, tulburările în menstruaţie, avorturile repetate la femei, sunt tot atâtea semne care pledează pentru o disfuncţiune endocriniană a glandelor sexuale. Este adevărat că în puţinele cazuri de miotonie distrofică autopsiate (*Steinert, Foii, Langrange şi Nicolescu*) s'au constatat degenerescenţe în cordoanele posterioare ale măduvei, leziuni în nucleii motori ponto-bulbomedulari şi în diversele formaţiuni ataşate căilor extra-piramidale, încât toate aceste leziuni ar pleda pentru o origină centrală a acestei boale, dar autorii cari au studiat aceste puţine cazuri autopsiate nu spun dacă au constatat în acelaş timp şi leziuni ale glandelor cu secreţiune internă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ori cum ar fi privită această chestiune, un lucru este sigur şi anume, că tulburările cristaliniene sunt foarte frecvente în cursul miotoniei distrofice. *Vogt* pretinde chiar că această afecţiune este ubiquitară în Elveţia.

Primul caz de cataractă care însoţea miotonia distrofică a fost descris de *Greenfeld* la care s'au adăugat apoi cazurile descrise de către *Ornoud, Kennedy şi Oberdorf, Curschmann şi Loehlein, Kirieleis, Vogt, Foix şi Lagrange, Fleischer* raportează 35 cazuri de miotonie distrofică complicate de cataractă, iar *Vogt* bazat pe cercetările făcute cu ajutorul examenului biomicroscopic crede că nu există caz de miotonie distrofică care să nu fie însoţit de cataractă.

S'a mai descris apoi **cataracta idioţiei mongoloide,** afecţiune

care este considerată astăzi ca fiind datorită unei disfuncţiuni endocriniene sexuale. Cataracta mongoloidă s'ar întâlni după *Vander Scheer* în 100 % din cazurile de idioţie mongoloidă trecută de 17 ani.

In fine, unii autori au mers şi mai departe, afirmând că însăşi **cataracta senilă** ar putea fi datorită unei disfuncţiuni endocriniene sexuale. *Pinelas* pune de altfel net această chestiune când spune că bătrâneţea are numeroare raporturi cu funcţiunile glandelor cu secreţiune internă ‹glandele sexuale›, încât aceste raporturi nu trebuesc neglijate atunci când se cercetează etiologia cataractei senile. *Possek* crede pe de altă parte că alteraţiunile anumitor glande cu secreţiune internă, împiedecă neutralizarea autotoxinelor care produc cataracta senilă. Se ştie în fine că după concepţia lui *Dor*, cataracta senilă ar fi datorită unei toxine vaso-constrictive ‹vasoconstrictina lui Batelli›, care ar avea cu atât mai multe şanse să producă cataracta cu cât individul ar avea o secreţiune tiroidiană mai activă şi o secreţiune internă testiculară mai micşorată. Acest lucru a şi făcut pe *Nordmann* să încerce a opri evoluţia naturală a senilităţii la bolnavii cu cataractă incipientă prin legarea canalelor deferente ‹operaţia lui Steinach›, producând astfel o modificare a secreţiunei interne testiculare a individului senil. Acest autor modificând secreţiunea internă testiculară a unui câine bătrân atins de cataractă senilă a reuşit să provoace o ameliorare apreciabilă a vederei sale şi obiectiv a constatat o clarificare a turburărilor cristaliniene.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Alături de aceste fapte clinice cari tind să dovedească rolul disfuncţiei endocriniene în patogenia diferitelor categorii de cataractă trebue să punem faptele experimentale care tind să demonstreze aceiaş ipoteză.

In adevăr, cea mai cunoscută dintre cataractele experimentale este **cataracta naftalinică,** care prin felul evoluţiei sale este şi aceia care are cea mai mare asemănare cu cataracta primitivă senilă a omului. Produsă pentru prima oară de *Bouchard* şi *Charrin* în 1886, ea a fost studiată ulterior de o serie de autori ca: *Panas, Hess, Dor, Kolinski, Klingmann, Peters, Igerheimer* şi *Ruben, Possek, Ulry* şi *Leber, Faravelly, Salrner, Munco* şi *Ovio, Mawas* şi recent de tot de *Michail* şi *Vancea.*

Toţi aceşti autori au produs în mod regulat la iepuri cataracta naftalinică, dând zilnic animalelor naftalină pe cale bucală,

în doze care variau dela 1—5 pr. Impreună cu *D-l Prof. Michail*, am demonstrat însă cei dintâi, că această cataractă naftalinică se poate produce nu numai exclusiv pe cale bucală, cum afirmau autorii de mai sus, ci şi cu ajutorul injecţiilor subcutanate şi intraperitoneale de naftalină.

Noi am dovedit în chipul acesta că opacifierea cristalinului trebuie să fie atribuită: nu acţiunei unui derivat al naftalinei rezultat sub influenţa sucurilor digestive, ci acţiunei sale indirecte asupra mediului umoral intern.

Tot împreună cu *D-l Prof. Michail* şi spre deosebire de toţi ceilalţi cercetători, noi am mai orientat cercetările acestea referitoare la studiul cataractei naftalinice şi în domeniul biochimic şi am obţinut rezultate pe cari le considerăm interesante pentru studiul patogeniei cataractei naftalinice, şi bine înţeles şi pentru acel al cataractei primitive umane. Pentru acest motiv credem util să enunţăm în treacăt aceste rezultate.

In adevăr, într'o serie de note comunicate în 1925, 1926, 1927 la Societatea de Biologie din Paris am arătat împreună cu *D-l Prof. Michail* că, tratamentul naftalinic al iepurilor provoacă înafară de leziunile retiniene şi cristaliniene deja cunoscute şi o ipercolesterinemie însoţită de iperglicemie cari preced apariţia leziunilor oculare naftalinice. Ipercolesterinemia naftalinică este mai accentuată ca iperglicemia ce o însoţeşte, debutând simultan şi la scurt timp după începerea tratamentului naftalinic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ipercolesterinemia poate atinge dublul sau chiar triplul cantităţii iniţiale de colesterină sanghină, în timp ce iperglicemia naftalinică evoluează între limite mai puţin accentuate.

Aceste modificări biochimice ale sângelui iau un caracter cronic, rămânând multă vreme nemodificate, chiar dacă se suprimă tratamentul naftalinic.

Cercetările pe care le-am făcut împreună cu *D-l Prof. Michail* dovedesc prin urmare că ipercolesterinemia, iperglicemia, leziunile retiniene şi cristaliniene obţinute prin tratamentul naftalinic al iepurilor trebue să fie atribuite unei cauze comune, pe care noi înclinăm a o pune pe seama unei disfuncţiuni endocrine pancreatice. Această disfuncţie endocrină pancreatică ar excita pe de-oparte colesterinogeneza tuturor ţesuturilor normal colesterinogenetice, provocând astfel ca un epifenomen, ipercolesterinemia cronică şi ar favoriza pe de altă parte depozitarea colesterinei autogene în cristalin şi retină spre a produce leziunile de cataractă şi plăcile de retinită naftalinică. Aceiaş disfuncţiune endocriniană pancreatică

produsă prin naftalină ar fi şi cauza discretei iperglicemii naftalinice pe care am notat-o mai sus. Ipoteza noastră este de altfel confirmată şi prin cercetările experimentale ale lui *Mamoli*, care a demonstrat că intoxicaţia cu taliu produce ivirea unei cataracte care este însoţită de leziuni microscopice ale insulelor lui Langerhans din pancreas.

Intr'o altă ordine de cercetări pe cari *Prof. Michail* le-a făcut cu mine am găsit, că aproape totalitatea bolnavilor cu cataractă senilă şi o parte a bolnavilor cu cataractă juvenilă prezintă o manifestă ipercolesterinemie, întocmai ca în cataracta naftalinică experimentală. In fine, *D-l Prof. Michail* studiind împreună cu *Bendescu* metabolismul bazal al bolnavilor cu cataractă a găsit o urcare a metabolismului bazal în faza incipientă a cataractei senile şi în cataractele juvenile cu o evoluţie rapidă, întocmai ca în cursul diabetului pancreatic.

Toate aceste ultime cercetări de fiziologie patologică par deci a se armoniza cu cercetările noastre experimentale notate mai sus şi tind să ne întărească odată mai mult în susţinerea ipotezei pe care am emis-o împreună cu *D-l Prof. Michail* şi anume că: cataractele naftalinice şi cel puţin o parte din cataractele senile şi juvenile umane, trebuesc să fie puse pe seama unei disfuncţiuni endocriniene pancreatice. Faptul că majoritatea bolnavilor cu cataractă nu prezintă totuşi simptomele clasice ale disfuncţiunei endocriniene pancreatice trebueşte atribuit împrejurărei, că această, disfuncţiune poate prea bine să aibă numai un caracter trecător, dar suficient totuşi să producă alteraţiuni definitive ale cristalinului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O confirmare în plus a acestei ipoteze patogenice o constitue şi rezultatele pe care *D-l Prof. Michail* le-a obţinut împreună cu mine prin aplicarea insulinoterapiei în cursul intoxicaţiei naftalinice experimentale. Aceste cercetări au dovedit că insulinoterapia întârziată într'un mod apreciabil apariţia şi evoluţia cataractei naftalinicei. Ea măreşte rezistenţa vitală a iepurilor supuşi intoxicaţiei acute naftalinice şi face să dispară rapid leziunile retino-cristaliniene incipiente de origină naftalinică. Aceste rezultate terapeutice furnizează deci o nouă bază experimentală ipotezei emise de şcoala oftalmologică dela Cluj asupra originei pancreatice a cataractei naftalinice şi în mod indirect cel puţin asupra unei părţi a cataractelor seniale.

Cercetările clinicei oftalmologice din Cluj tind deci să arate că înafară de cataracta diabetică clasică, produsă printr'o disfunc-

ţiune gravă şi permanentă endocriniană pancreatică, pot să mai existe şi alte cataracte (unele dintre cataractele senile şi chiar unele dintre cele juvenile, produse de o disfuncţiune endocriniană pancreatică trecătoare.

Această concepţie bine înţeles că nu exclude posibilitatea ca o altă parte dintre cataractele primitive să aibă şi alte origini endocriniene. Ea nu face decât să completeze noţiunile patogenice pe care le avem astăzi asupra cataractei şi să dovedească odată mai mult multiplicitatea mecanismelor patogenice ale cataractei.

BIBLIOGRAFIE

1. *Ask:* Uber den Zuckergehalt des Kammerwassers *Biochemische Zeitschrift, t. 59.*
2. *Bartels:* Ein Beitrag zur Tetaniekatarakt *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk, t. 44 p. 376, 1906.*
3. *Bouchard et Charin: Revue générale d'ophtalmol, p. 559, 1887.*
4. *Cantonnet:* Cataractes chez une malade atteinte de myxoedème et de tétanie. *Archives d'ophtalmologie, t. 30 p. 173, 1910.*
5. *Curschmann:* Über familiaere atrophische Myotonie. *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk, t. 53 p. 114, 1915.*
6. *Deutschmann:* Zur Wirkung Wasserentziehender Stoffe auf die Kristallinse. *Phlügers Arch. t. 20. p. 420, 1878.*
7. *Deutschmann:* Forgesetzte Untersuchungen zur Pathogenese der Katarakt. *Graefes Archiv. f. Ophtalmol. t. 25, 1878.*
8. *Dor:* Affections du cristallin. *Encyclopédie francaise d'ophtal. Paris, 1908.*
9. *Faravelli: Ann. di ottalmolog. XXII. l. 1893.*
10. Über myotonische Dystrophie mit Katarakt. *Graefes Archiv. f. Ophtalmol. t. 96. p. 91, 1918.*
11. *Foix et Lagrange:* Cataracte et myopathie. *Revue d'oto-neuro-oculistique t. 1924.*
12. *Harvier;* Recherches sur la tetanie et les glandes parathyroides. *Thèse de Paris, 1909.*
13. *Hauptmann: Citat după Claude.*
14. *Hess:* Linsentrübungen in ihren Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen Halle, 1896.
15. *Heubel:* Über die Wirkung Wasserentzichende Stoffe insbesondere auf die Kristallinse. *Arch. f. d. gesamte Physiol. t. 20, 1878.*
16. *Hoffmann;* Katarakt bei und neben atropischen Myotonie. *Graefes Arch. f. opht. t. 89, 1912.*
17. *Jenacek:* Tetanie bei einer Schwangeren mit beiderseitiger Linsentrübung. citat după *Nordmann.* Thèse de Strassbourg 1926.
18. *Kennedy and Oberndorf:* Myotonia atrofica. *(Journ on. amer. med. asoc 1911.*
19. *Klingmann: Virchow's Archiv. f. path. Bd. CXLIX, 1897.*
20. Microscopie de l'œil vivant. *Masson, Paris, 1924.*
21. *Kolinski: Graefes Archiv. f. opht. Bd. XXXV, 2, p. 1889.*
22. *Königstein:* Citat după *Nordmann.*
23. *Kyrecleis:* Katarakt bei myotonischer Dystrophie. *Zeitschr. für Augenheilk. t. 54, p. 185.*
24. *Lint (van dar):* Les glandes parathyroides dans la genèse dela cataracte. *Bruxelles médical, 1923.*
25. *Lisizin:* Citat după *Nordmann.*
26. *Logetscknikow:* Zur Frage über den Zusammenhang des grauen Staares mit den Erkrankungen des Nervensystems. *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk, t. 10, p. 351, 1872.*

27. *Loehlein:* Frühkatarakt bei atrophischer Myotonie. *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk, t. 52, 1914.*
28. *Mamoli L.:* Richerche sul meccanismo di produzione de la cataratta da tallio. *Annali di ottalmologie clinica oculistica, T. LV, 1927.*
29. *Mawas:* Les lésions du corps ciliare dans la cataracte sénile. *Revue générale d'ophtalmolog. p. 481, 1909.*
30. *Meynert:* Tetanie in der Schwangerschaft. *Archiv. f. Gynekol. t. 30, 1897.*
31. *Michail et Vancea:* Hypercholestérinemie et cataracte naphtalinique. *Compt. rendus de la Société. de Biol. T. XCIV, p. 291.*
32. *Michail et Vancea:* Sur la multiplicité de voies par lesquelles on peut produire les lésions oculaires naphtaliniques. *Compt. rendus de la Soc. de Biol. T. XCIV, p. 63.*
33. *Michail et Vancea:* Contribuţiuni experimentale la studiul patogeniei cataractei naftalinice. *Clujul Medical 1926, p. 331.*
34. *Michail et Vancea:* L'action de l'insuline sur l'evolution de la cataracte naphtalinique. *Comp. rendus de la Soc. de Biol. T. XCIV, p. 65 şi Clujul Medical, Ian. — Febr. 1927.*
35. *Michail et Vancea:* La courbe de la glycémie au cours de l'intoxication naphtalinique. *Compt. rendus de la Soc. de Biol. T. XCVI, p. 1456 şi Clujul Medical 1927.*
36. *Michail şi Bendescu:* Cercetări asupra metabolismului bazal în afecţiunile oculare. *Clujul Medical No. 5—6, 1926.*
37. *Manca şi Ovio: Archiv. di ottalm. VI p. 3—4, 1898.*
38. *Naegeli:* Uber myotonia atrophica. *München Mediz. Wochenschr. 1902.*
39. *Nathan:* Citat după *Nordmann.*
40. *Nikau:* Citat după *Claude.*
41. *Nordmann:* Thèse de Strassbourg, 1926.
42. *Panas: Revu génér. d'opht. p. 559, 1887.*
43. *Peters:* Tetanie und Staarbildung. *Cohen Bon 1898.*
44. *Peters:* Über Veränderung an den Ciliarepithelien bei Naphtalin. *Bericht. der opht. gesel. Heidelb. 1902.*
45. *Pineles:* Tetaniestaar. Zuckerstaar. Alters-staar. *Wiener Klin. Wochenschr. No. 23, 1906.*
46. *Possek:* Die Theorien über die Entstehung. der Alterskatarakt. *Wiener Klir. Wochenschr. t. 34, 1908.*
47. *Purtschen:* Über Staarbildung nach Kropfoperation. *Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1909.*
48. *Sainton et Péron:* Insuffisance parathyroidienne chronique post operatoire avec tétanie et troubles trophiques. *Societ. Neurologiques. Revue neurolog. 1929.*
49. *Salfner:* Zur Pathogenese des Naphtalinstaares. *Graefes arch. f. ophtalmol. t. 59, 1904.*
50. *Scheer (Vender):* Cataracta lentis bei mongoloider Idiotie. *Klin. Monatsbl. f. Augenheil. t. 62, 1919.*
51. *Schmidt Rimpler:* Zur Aetiologie der Katarakten. *Klin. Monatsblat. f. Augenheil. t. 21, 1883.*
52. *Sperber:* Zur tetaniekatarakt. *Arch. f. Augenheil. t. 54, 1906.*
53. *Spinnhirny et Reys:* Cataracte et tetanie chez l'adulte. *Revue d'oto-neuro-oculistique t. 3, p. 229, 1925.*
54. *Steinert:* Über das klinische und anatomische Bild des Muskelschwundes der Miotoniker. *Zeitschr. f. Nervenkeilk. t. 37, 1909.*
55. *Szily(v)und Eckstein:* Vitam. und Schichtstaargenese. *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. t. 71, 1923.*
56. *Uthoff:* Tetanie patientin mit Katarakt. *Allg. med. centralzeitg. 1901.*
57. *Vogt:* Zur Frage der Cataractgenese. *Klin. Monatsbl. f. Augenh. t. 62, 1918.*
58. *Vogt:* Die Diagnose der Cataracta complicata bei Verwendung der Gullstrandschen Spaltlampe. *Klin. Monatsbl. für Augenheilk. t. 62, 1918.*
59. *Westphal:* Beitrag zur Lehre von der Tetanie. *Berlin Kl. Wochenschrift 1901.*
60. *Zirm:* Zur Tetanie katarakt. *Archiv. f. Augenheilk. t. 52, 1905.*

Facultatea de Medicină din Iaşi
Laboratorul de Igienă

EFECTELE TERAPEUTICE ALE PLASMOCHINULUI *)

de
Prof. Dr. M. CIUCĂ

Printre substanţele parasiticide utilizate în tratamentul malariei, plasmoquinul şi chinostovarsolul au făcut obiectul discuţiunilor în a 3-a subcomisiune a Comisiunei de Malarie a Societăţii Naţiunilor în sesiunea de Iunie 1928.

Au fost aduse în faţa comisiunei pe lângă datele din literatură privitoare la aceste substanţe şi un număr de fapte experimentale, cari au arătat încă odată că toţi experimentatorii sunt de acord atât asupra eficacităţii terapeutice a *plasmochinului cât mai ales asupra accidentelor toxice cari se ivesc după administrarea plasmochinului pur în dozele* recomandate de Roehle, Muhlens, Radozicic, Schullemann, etc., etc.

Variabilitatea rezultatelor aduse de membrii comisiunii era aşa de mare încât ne-am întrebat dacă am lucrat toţi cu aceiasi substanţă(?)

Contribuţia românească în experimentarea acestui medicament comportă o serie de încercări urmărite de aproape la patul bolnavului în spitalele: Izolarea, Socola şi Spitalul Militar-Iaşi şi cu un control microscopic din cele mai riguroase.

In cursul ultimilor 2 ani au fost astfel tratate: 89 cazuri de infecţie malarică spontană (53 cazuri de Laverania, 4 cazuri de quartana, 28 cazuri de terţiana şi 4 cazuri de infecţie mixtă), 5 cazuri de infecţie experimentală şi un număr însemnat de purtători de gameţi.

Trecem peste detaliile acestor experienţe cari vor face obiectul unui memoriu şi insistăm dela început *asupra accidentelor toxice*

---

*) Raport înaintat D-lui Ministru al Sănătăţii Publice.

cianoza. astenie, transpirațiuni, amețeli, turburări de ritm cardiac, cholite, etc., etc., *pe care le-am întâlnit la 60,3 % din bolnavii noștri.*

In 13 % din cazuri am fost nevoiți a opri tratamentul chiar din prima zi din cauza turburărilor ivite.

Aceste rezultate alături de faptele aduse de diferiți cercetători au determinat pe membrii comisiunii să conchidă că *plasmochinul rămâne încă în stadiul experimental; iar administrarea acestui medicament trebue făcută numai pe bolnavi spitalizați sub directă supraveghere medicală.*

Acest studiu experimental a fost încredințat:

Prof. Ascoli	Italia
Prof. Nocht	Germania
Col. Cristophers	India
Prof. Ciucă	România
Prof. de Langen	Indiile Neerlandese
Serviciul antipaludic din	Madagascar
Dr. Barber	U. S. A.
Prof. Pittaluga	Spania
United Fruit Company	America Centrală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

FEBRA „DENGUE“ LA BRAILA

de

Doctorul CONST. NAUM

Medic Primar la Spitalul Oraşului

Febra «Dengue» este o infecţiune epidemică care bântue mai des în ţările calde şi se manifestă din punct de vedere clinic prin febră, dureri violente articulare şi musculare şi o erupţie polymorfă.

A fost observată atât în noul cât şi în vechiul continent iar incursiunei, ce a făcut-o în partea de sus a Greciei cât şi faptului că este o maladie esenţial transmisibilă şi omul de receptivitate deosebită, îi datorăm cele cinci cazuri de boală văzute la Braila şi ale căror observaţiuni relatate mai jos mi-au dat prilejul scrierei acestui articol.

Cauza specifică a febrei «Dengue» este un parazit, care pare să intre în cadrul virusurilor filtrante dupe unii autori, un spirochet ‹S. hebdomalis› după alţii, însă agentul transmiţător după cercetări recente este ţânţarul: *Stegomia fasciata.* *)

Modul de traiu şi de condiţie de desvoltare ale Stegomiei explică întinderea epidemiei, al cărui agent transmiţător este. Boala bântue acolo unde acest ţânţar trăeşte în număr mare, condiţiile lui de desvoltare fiind acelaşi ca şi la ţânţarul anofeles.

O condiţie favorabilă desvoltărei lor este temperatura ridicată, de aceea în afară de limitele tropicale, observaţii de invazia lor şi a boalei se produc în timpul cel mai călduros al anului adică la sfârşitul verei sau începutul toamnei şi în locurile de altitudine mică, regiunile înalte în general se bucură de o imunitate relativă.

Depunându-şi ouăle în locurile umezi din interiorul caselor

---

*) După raportul Dr. Mackenzy (trimis al Societăţei Naţiunilor la Athena) asupra combaterei febrei Dengue, apărut la 15 Sept. 1928 în ziarul medical „Elefteron Vima“. In traducere de confratele nostru D-l Dr. Païzis (Braila).

sau în apropierea lor, Stegomia înţeapă omul mai frequent ziua şi datorită nevoei Stegomiei femele de a suge sânge pentru a putea produce ouă.

Dacă sângele supt este acela al unui bolnav de «Dengue», Stegomia devine infectantă, însă numai după o trecere de cel puţin zece zile şi rămâne infectantă toată viaţa ei, care de altfel este relativ scurtă.

La om, după o incubaţie în medie de 8 zile (Mackenzy) fenomenele clinice ale febrei Dengue încep de obiceiu deodată, în plină sănătate, cu dureri violente musculare şi articulare, care fac pe bolnav să se urce în pat.

Se observă în perioada de stare a boalei, pe lângă durerile descrise mai sus, turburări gastrice, pierderea complectă a forţelor, febră ridicată (39⁰ – 40⁰).

Toate aceste fenomene de ordin infecţios durează 2 – 3 zile, către a 3-a zi temperatura scade brusc şi defervescenţa se însoţeşte de sudori profuze şi diaree.

Turburările morbide par a se isprăvi, când apare erupţia, rar absentă, caracteristică, polymorfă, cu aspect morbiliform sau scarlatiniform.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Erupţia durează 3 – 4 zile şi este urmată de descuamaţie furfuracee sau în fâşii. Descuamaţia durează în mediu cinci până la şase zile.

Convalescenţa este de obiceiu lentă, însoţită de slăbiciune mare fizică şi intelectuală.

O atingere a boalei produce imunitate, nu trebue confundat rechutele cu reinfectările.

Tipul epidemic variază dnpă epidemii, în Grecia (Mackenzy) de astădată în general a îmbrăcat o formă uşoară însă de multe ori s'au semnalat morţi subite, prin astenia muşchiului cardiac.

Cazurile relatate mai jos, şi observate de noi s'au produs pe Cargobotul «Despo» care venea din Pireu.

Obs. I. — Gh. Alexandraches, naţionalitate greacă; marinar... Plecat din Pireu la 24 August 1928, îmbarcat pe cargobotul „Despo"; s'a îmbolnăvit după câteva zile de drum, în portul Burdaki, după ce fusese bolnav şi căpitanul vasului, la 30 August 1928. In Pireu există o întinsă epidemie de Dengue. A avut febră mare, cu debut brusc, însoţită de dureri musculare în regiunea lombară, dureri de cap, dureri poliarticulare, fără ca articulaţiile să fi fost mărite de volum sau pielea schimbată în coloraţia ei normală. A avut dureri abdominale periomobilicale care se menţin şi astăzi. (Observaţia e luată la 3 Sept. 1928).

3 Sept. Stare prezentă: Stare de astenie, afebril, desquamaţie furfuracee pe partea laterală a toracelui şi pe braţe — puls 52 pe minut, bine bătut — limba saburală nimic în rest.

Analiza urinei o arată liberă de albumină; La 12 Septembrie ese din spital complect desquamat şi cu o stare generală bună. In tot timpul spitalizărei a fost complect afebril. Tratament tonic şi băi. Examenul sângelui atât ca formulă leucocitară cât şi din punct de vedere parazitar a fost negativ. Hemocultura negativă.

Obs. II. — Teologu Constantinos, marinar, de naţionalitate greacă, intră în spital la 3 Sept. 1928. Bolnav de patru zile, a căzut la pat odată cu încă 3 marinari depe acelaşi vas Despo venit din Grecia. Debut febril, brusc cu cefalalgii şi mialgii. Temperatura a durat o singură zi.

3 Sept.: Sub febril (37°). Erupţie maculoasă roseoliformă, pe torace şi mai ales pe abdomen, mai puţin intensă pe braţe. Limba saburală. Astenie nimic în rest.

5 Sept. : Erupţia s'a întins pe membre, afebril. La 7 Sept. afebril, desquamaţie furfuracee pe gât cu stare generală bună, nici un fel de durere. Urina normală. Examenul sângelui negativ. La 12 Sept. ese complect vindecat. Ca tratament injecţiuni cu stricnină. Regim normal.

Obs. III. — Marinarul Andronis Floras, bolnav de 4 zile, cu debut brusc, febră intensă, care a durat o singură zi; cu dureri musculare, dureri de cap, anoretie La 3 Sept.: Subfebril (37,4). La 4 Sept. complect afebril. Erupţie scarlatiniformă pe abdomen şi torace. Limba saburală. La 6 Sept. erupţia mai palidă. Starea generală bună, bolnavul este înfometat. La 9 Sept. desquamare fină. La 12 Sept. ese complect vindecat. Ca tratament a urmat injecţiuni cu stricnină în doză crescândă (4 mgr.); decoct quinquina. Băi calde.

Obs. IV. — Bolnavul Stamatos Cominos... A suferit pe vapor 4 zile. Debut brusc, febră mare, dureri de mâini şi picioare, dureri violente de cap. Temperatura a ţinut o singură zi, urmată de sudori profuze, anorexie. La 3 Sept. In general bolnavul se simte bine, afebril, puţin astenic, limba saburală, nimic în gât, nici o erupţie pe corp. 12 Sept. complect vindecat.

Obs. V. — Ianis Ficares, marinar; bolnav pe vapor de trei zile cu dureri de cap şi de şele, febră care a durat două zile. La 3 Sept. afebril, limba saburală, uşoară astenie, nimic deosebit pe corp, splina percutabilă. La 8 Sept. febril (37,6). La 9 Sept. erupţie maculoasă roseoliformă discretă, pe părţile laterale ale toracelui. Examenul sângelui normal (laboratorul comunal). La 12 Sept. complect vindecat.

Din relatarea observaţiilor cazurilor de mai sus rezultă că nu este vorba de dengue autochtonă ci de un import grecesc, care s'a consumat între zidurile serviciului de boale contagioase al spitalului, fără ca să poată produce noi cazuri de boală.

Forma a fost uşoară pentrucă pe lângă că tipul epidemic din Grecia, locul lor de origină, a fost uşor, am avut încă de a face cu bolnavi tineri şi viguroşi. Temperatura şi majoritatea cazurilor a durat 1—2 zile iar erupţia polymorfă, numai într'un singur caz a fost însoţită de o uşoară reacţie febrilă, un caz nu a prezentat

de loc erupţia, unul a venit în descuamaţie. Descuamaţia la obs. V-a a fost absentă. Astenia la toate cazurile puţin marcată.

Diagnosticul relativ uşor, pentru că am avut în vedere epidemia ţărei de unde veneau iar evoluţia ne-a împiedecat de a o confunda cu scarlatina sau o rubeolă.

Intrebarea era dacă ţânţarul nostru anofel nu ar fi putut, la un moment dat, deveni transmiţătorul acestei boale? Ori experienţa a dovedit că singurul transmiţător este Stegomia care nu s'a găsit nici aici, în port, şi nici în delta Dunărei (D-l Prof. Zotta) iar după Mackenzy Virusul Dengue nu s'ar mai găsi în sângele omului bolnav dacă au trecut primele 4 zile ale boalei, de aici şi recomandaţia D-sale profilactică ca izolarea primelor cazuri să se facă sub polog (moustiquaire) timp de patru zile.

Aşa dar pericolul unei invaziuni la noi pare exclus.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul Central de boale mintale şi nervoase din Bucureşti
Serviciul de Neuorlogie

BOALE NEUROTROPE: MIELITĂ ASCENDENTĂ ŞI SIFILIS NERVOS

de
Doctor DEMETRU EM. PAULIAN
Medic Primar-Conferenţiar

In ziua de 23 Aprilie 1928 am internat în serviciul meu dela Spitalul Central de boale mintale şi nervoase pe pacientul C. Fl., în etate 35 ani, de profesiune frizer. Cu o zi mai 'nainte îl vizitasem acasă la dânsul într'o mahala din jurul barierii Griviţii; locuia în condiţiuni de adevărată mizerie. Intins pe un pat de scânduri se plângea de dureri şi slăbiciune în membrele inferioare, corpul acoperit de echtime.

Ne istoriseşte că cu şase ani mai 'nainte ar fi apărut un şancru — care s'a vindecat în urma băilor calde şi că erupţiunile de pe gambe şi braţe ar fi apărut acuma două luni. Acum 5 ani a făcut analiza sângelui, iar sero-reacţiunea Bordet-Wassermann a fost pozitivă. A abuzat de alcool. S'a căsătorit, soţia sa este sănătoasă şi n'a avut nici un avort şi nici sarcini.

Digitized by Biblioteca Universitatea "Ovidius" Constanta

Pacientul pretinde că până acum zece zile a fost sănătos.

In prima zi de paşti (15 Aprilie), a simţit dureri mari de cap, în spate şi scrot; apoi către seară ducându-se la closet a căzut jos şi nu s'a mai putut ridica. Dus în casă, nu a mai putut să-şi mişte picioarele, nu se mai putea da jos şi avea febră mare. A chemat în grabă un medic care i-a prescris imediat injecţiuni cu neosalvarsan. I s'au făcut în decurs de câte-va zile: dozele II şi III de neosalvarsan şi două injecţiuni cu bismut. De câte-va zile a început a vorbi cu greutate, nu mai poate înghiţi bine alimentele solide, cele lichide vin adesea pe nas. Nu mai poate închide bine ochii, pleoapele rămân întredeschise. Tuşeşte foarte des fără să expectoreze. De cinci zile este constipat, micţiunea cam dificilă, simte amorţeli în extremităţi.

Starea prezentă. Pupilele egale, reacţionează prompt la lumină şi acomodaţie; mişcările globilor oculari libere. Nu are nistagmus. Acuitatea vizuală normală.

Lagoftalmie bilaterală, nu are ptosis. Nu are turburări sensoriale.

Asimetrie facială, comisura labială dreaptă mai coborâtă. Spunându-i să ne arate dinţii, nu poate face acestă mişcare, ovalul gurii oblic tras spre stânga, limba nu este deviată şi nici nu prezintă tremurături.

Nu poate fluera. Nu poate încreţi nici încrunta fruntea. Se 'neacă când înghite alimentele solide şi lichide. Nu are turburări de sensibilitate în domeniul feţei.

La membrele superioare: mişcările active şi pasive libere; Reflexele osteo-tendinoase diminuate. Forţa dynamometrică = 0, la ambele mâini. Dismetrie pronunţată, hypotonie pronunţată, simţul stereognostic conservat, nici o turburare de sensibilitate. La membrele inferioare: Impotenţa funcţională complectă, nici o mişcare nu este posibilă. Reflexele osteo-tendinoase abolite bilateral. Reflexul cutanat plantar în flexiune bilaterală. Forţa segmentară nulă.

Reflexele cutanate conservate.

Turburări de sensibilitate: Hypoestezie tactilă, dureroasă termică în domeniul rădăcinilor L^5, S^1. Sensibilitatea profundă alterată la extremităţi.

Constipaţie; Retenţiune urinară.

Pulsul 76 pe minut.

Reflexul oculo-cardiac nemodificat.

Tensiunea arterială. Mx = 11, Mn = 8 (la aparat. Vaquez-Laubry).

Raluri de bronşită diseminate în ambii pulmoni, dyspnee.

Ficatul şi splina normale. Astenie; vorbeşte cu greu, vocea nasonată.

In ziua de 27 Aprilie (1928), starea se agravează; stări de asfixie imi-nentă, este cyanozat uşor, nu mai poate vorbi nici înghiţi; este uşor agitat. Pulsul 140 pe minut, mic. Temperatura 38^4. Expectorează o spută spumoasă de Oedem pulmonar. Sucombă în cursul zilei.

Examenul sângelui = B. W. intens pozitiv.

Examenul lichidului cefalorachidian (Laboratorul Prof. Mezincescu buletin No. 19620 din 27/IV/928) arată:

Reacţiunea BW = intens pozitivă
" Pandy
" Nonne-Appelt } intens pozitive
" Weichbrodt }

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Limfocitoza = 12 elemente pe mmc.

Tensiunea lichidului cefalorachidian (aparatul Claude) = 30 m.

La necropsie: Examenul hysto-pathologic (făcut de D-l Dr. I. Bistriceanu): In sistemul nervos, bulb, protuberanţă şi măduvă, se constată o uşoară hyperemie vasculară predominând mai ales în substanţă albă. Vasele dilatate şi pline cu mase de hematii. In substanţa cenusie, celulele nervoase cu protoplama granuloasă şi pline cu abundente mase de pigment. Nu s'a constatat zone de leziuni inflamatorii în focar şi nici infiltraţie perivasculară manifestă.

In celelalte organe:

Testicol; albuginea, ţesutul conjonctiv intercanalicular proliferat uşor. Epitelul canalicular în parte degenerat.

Gl. thyroidă: Foliculii glandulari plini cu coloid, inegali în mărime, unii foarte dilataţi.

Ficat: degenerat gras. spaţiile intra şi perilobulare infiltrată de numeroase celule inflamatorii, tip mononuclear. Ţesutul conjonctiv proliferat invadează şi încercueşte lobulii, reducându-i de volum; ficat cirotic.

Splina: Corpusculii malpighieni măriţi de volum, ţesutul conjonctiv nterstiţial mult ingroşat. Parenchimul splenic prezintă numeroase focare de extravazate sanguine şi pigment hematic.

Pulmon. Numeroase focare necrotice; zone de scleroză pulmonară şi

emfizem, alveole rupte. Pereţii bronchiolici îngroşaţi şi sclerozaţi. Unele alveole invadate de numeroase elemente celulare tip mononuclear.

Pancreas: Nimic anormal.

Capsula suprarenlă: Uşoară infiltraţie limfocitară.

Rinichii: Epiteliile tubulare descuamate, glomerulii cu infiltraţie limfocitară. Rari cilindrii hialini, numeroase hematii printre tubi. Ţesut conjonctiv normal.

Pe traectul *tubului digestiv* uşoară hyperemie. Foliculii limfatici foarte uşor hyperemiaţi.

Evoluţiunea afecţiunii a fost relativ rapidă, şi a luat forma unei mielite ascendente. Existenţa unei reacţiuni BW. intens pozitive (ca şi celelalte reacţiuni în lichidul cefalorachidian) ar putea să facă a se crede că ar fi vorba de o superinfecţie sifilitică care a cauzat moartea. Noi totuşi nu credem. Cercetările hystopathologice ne îndreptăţesc în a crede că ne găsim în faţa unei boale infecţioase destul de virulente, aşa cum se 'ntâmplă adesea în clinică şi pe care nu o putem defini.

Numele de mielită ascendentă indică mai mult un mod al evoluţiunii fără a determina un diagnostic precis. Imaginea histo-patologică nu seamănă de loc cu aceia a unei poliomyelite tipice, sau cel mult se cam apropie.

Convingerea noastră este că o infecţiune destul de virulentă s'a supraadăogat la un vechiu sifilitic cu leziuni discrete în sistemul nervos, deci puţin resistent, şi a evoluat întocmai cum evoluează maladiile cu virus neurotrop.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Institutul Clinico-Obstetrical Maternitatea
Prof. Dr. N. Gheorghiu

RETRODEVIAŢIUNEA UNUI UTER GRAVID CU RETENŢIE DE URINĂ

de

D-ra Dr. I. PROTOPOPESCU PACHE

Medic secundar al Institutului Maternitatea

Femeia Ioana Niţă în vârstă de 23 ani primipară, gravidă în trei luni, intră în Institutul Clinico-Obstetrical Maternitatea în ziua de 20 Decembrie 1927 pentru dureri în abdomen şi imposibilitate de a urina.

Antec. heredocolat: Părinţi, fraţi, surori, sănătoşi.

Antec. personale fiziologice: Menstruată la vârsta de 13 ani, regulat, nedureros, nu prea abundent.

Antec. pers. patologico-medicale: In copilărie rugeolă, disenterie; neagă orice altă infecţiune.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Antec. pers. ginecologice: In a doua copilărie o uşoară leucoree. N'a suferit de dureri, uterine sau metroragii.

Antec. pers. obstetricale: Căsătorită de un an, n'a avut nici un avort, nici o altă sarcină. A avut menstruaţia regulat până în luna Septembrie când nu i-a mai apărut.

Istoricul maladiei actuale: In urma turburărilor digestive şi nervoase pe care le-a avut şi anume greaţă, salivaţie dimineaţa, ameţeli, cefalalgii, intense, femeia şi-a dat seama că este gravidă. Toate fenomenele subiective însă, nu erau prea intense, aşa în cât femeia putea să se ocupe de munca ei obişnuită, până acum câte-va zile, când a simţit dureri abdominale mai pronunţate, în acelaş timp necesitatea de a urina mai frequentă. Acum trei zile, femeia simţea nevoia imperioasă de a urina, elimina 2—3 picături şi apoi se oprea şi, tot aşa mereu, până eri, când exasperată de dureri, se hotărăşte să vie la spital.

Starea prezentă: Femeia, de constituţie bună, cu ţesut celulo-grăsos bine dezvoltat, prezintă pe faţă o uşoară pigmentaţie de sarcină, mamelele puţin mărite de volum cu areolele pigmentate, linia albă marcată, nu are temperatură, pulsul 80.

La examenul organelor toracice şi abdominale nu se constată nimic anormal. La inspecţia abdomenului se găseşte hypogastrul denivelat plin de o tumoră oblungă. La palpare această tumoră are conţinut lichid şi pare a

a fi vezica, căci într'adevăr femeia nu urinase de la 12 ore înainte şi sondând-o am scos 900 cm. de urină cu miros fetid. Făcând tactul vaginal combinat cu palparea abdominală constatăm vaginul moale, catifelat, colul uterin ramolit, ridicat sus sub simfiză, priveşte înainte şi în jos iar corpul uterin de mărimea a doi pumni, de consistenţă elastică, renitentă, se găseşte căzut posterior, ocupând tot fundul de sac al lui Douglas. Se simte bine un unghi ascuţit deschis în jos între col şi corp, care este deci în retroflexiune şi mai ales retroversiune.

Cu cele două degete din vagin se împinge de jos în sus în fundul de sac posterior iar cu mâna abdominală se caută a se apuca fundul uterului şi a se ridica în sus, reducându-se retroflexiunea şi mai ales retroversiunea. După 2—3 tentative de asemenea mişcări se reuşeşte a se reduce uterul, care este ridicat sus în pelvis.

Bolnava se linişteşte, urinează spontan chiar în seara aceia şi, a doua zi simţindu-se bine, cere cu insistenţă să plece acasă. Peste 8 sau 10 zile se arată din nou la consultaţiile Institutului şi este reprimită în serviciu exact cu aceiaşi simptomatologie şi cu aceiaşi stare a uterului, care a căzut din nou în fundul de sac al lui Douglas. De astă dată, după ce i se face o clismă evacuatoare şi un cateterism vesical extrăgându-se 600 gr. urină, se dă anestezie generală cu clorur de etil şi se face reducţiunea manuală a uterului, care revine perfect în axul vaginului, însă tot în retroflexiune. După aceia se ţine bolnava în decubit ventral timp de o săptămână, cu întreruperi, bineînţeles de câte-va ore. Bolnava urinează bine, nu este constipată, şi durerile pelviene sunt mai mici pe zi ce trece, până când după 10 zile dispar complect. Bolnava pleacă acasă şi nu mai revine. Interesându-ne am aflat, că în luna Mai ar fi născut spontan aşa că sarcina ar fi evoluat ulterior absolut normal.

Biblioteca Universitară "Carol I" / Central University Library Cluj

Ceace este de remarcat la acest caz, este faptul că prin examen noi am găsit corpul uterin căzut în fundul de sac posterior, însă am găsit şi unghiul sau mai bine zis şanţul pronunţat între col şi corp, ceace determină o retroflexiune a uterului gravid, cauza probabilă a inclavării uterului, cu complicaţiile consecutive asupra aparatului urinar. Aceasta ne explică încă şi recidiva simptomelor, căci uterul era mobil fără aderenţe, aşa în cât se putea disloca uşor din fundul de sac posterior, ceace nu se putea reduce era tocmai acest unghiu de retroflexiune între corp şi col. Or această retroflexiune este probabil că s'a pronunţat odată cu evoluţia sarcinei atunci, când corpul uterin se desvoltă, creşte în greutate, istmul colului se ramoleşte şi permite bascula corpului în jos şi îndărăt, colul fiind ţinut în poziţia iniţială prin inserţiile lui. Masa intestinală apăsând de sus în jos pe faţa anterioară a corpului uterin îl împinge în jos şi îndărăt către fundul de sac al lui Douglas.

Turburările în micţiune şi retenţia de urină este o complicaţie nu prea frequentă a retrodeviaţiei uterului gravid şi a cărei pato-

genie nu este încă bine elucidată până acum. Sunt mai multe teorii dintre care cele mai admise ar fi: aceia a lui *Treub* care invoacă tracţiunea în sens invers a pereţilor anterior şi posterior ai uretrei, aceia a lui *Laroyenne*, care explică retenţia prin bascula fundului vezicii dus îndărăt prin aderenţa sa la uter şi, însfârşit aceia a lui *Polosson*, care incriminează presiunea colului pe basfondul vezical.

Faptul însă, că retenţia de urină apare şi la utere retrodeviate gravide dar neaderente, mobile nu s'ar putea oare explica şi printr'un reflex asemănător cu retenţiile de urină în fluxiunile hemoroidare?

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ
IN ŢARĂ

A. — CONGRESE

AL 5-lea CONGRES AL ASOCIAŢIEI INTERNAŢIONALE DE THALASSOTHERAPIE
(Bucureşti — Constanţa 24—27 Mai 1928)
(urmare)

Rapoarte şi Comunicări. După rezumatele autorilor

In ultimul număr al revistei noastre am făcut recensia primelor două raporturi prezentate la congres. Continuăm în acest număr cu recensia rapoartelor, după rezumatele pe cari autorii le-au depus la biroul congresului.

Raportul al III-lea

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Complicaţiunile de tuberculoză pulmonară în cursul boalei lui Pott *de Dr. P. F. Armand Delille* (Paris). — Din statisticile pe cari autorul le-a făcut şi studiat precum şi din observarea cazurilor pe cari le-a putut urmări personal sau cari în mod amabil i-au fost comunicate autorul crede a putea formula următoarele concluziuni:

1. Localizările de tuberculoză pulmonară sunt relativ rare în cursul morbului lui Pott; la copii nu trec de 20% şi la adulţi par a fi mai puţin fequente, 5-6% din cazuri, dar la aceştia se pare că la majoritatea bolnavilor lesiunea pulmonară a precedat localizarea vertebrală, cel puţin în ordinea apariţiei simptomelor clinice.

2. Trebue notat că, localizarea pulmonară când există în cursul morbului Pott, este foarte adesea însoţită de alte localizări osoase sau ganglionare sau genitale, la adult, de obiceiu multiple şi că ne găsim atunci în prezenţa unei adevărate tuberculoze cu localizări multiple din cari morbul lui Pott şi lesiunea pulmonară nu sunt decât două manifestări principale.

3. In ceace priveşte condiţiunile favorabile isbucnirei sau deşteptărei localizărilor pulmonare, se pare, după părerea obştească a talasso-terapeuţilor că, aerul şi clima marină joacă un rol defavorabil şi urmează desvoltarea lesiunei pulmonare agravând în acelaş timp evoluţia acestora, prin urmare cazurile trebuesc foarte serios triate prin auscultaţie şi radiografie înainte de trimeterea la sanatoriul marin.

4. Din potrivă, după avisul unanim al medicilor directori de sanatorii la munte (Rollier, Cappelle, Tartavez) muntele nu joacă un rol defavorabil,

deoparte pentru isbucnirea lesiunilor pulmonare, de altă parte pentru evoluţia acestor lesiuni pulmonare, din potrivă favorizează vindecarea lor şi, în afară de pusseuri granulice, helioterapia poate fi continuată şi joacă un rol util, mai ales la copii, pentru a aduce vindecarea.

5. Tratamentul morbului lui Pott, complicat de tuberculosă, va trebui făcut la un sanatoriu de munte.

Imobilizarea va trebui însoţită de aeroterapie permanentă şi mai bine de helioterapie, cu condiţia de a fi strict supravegheată de un medic priceput.

Dată fiind evoluţia lentă şi tendinţa spre vindecare, propunem, când lucrul va fi posibil, de a favoriza prin collapsoterapie (sub forma de pneumotorax artificial) şi de a da ca tratament adjuvant injecţiuni hypodermice cu antigenul metilic al Institutului Pasteur.

Raportul al IV-lea

Morbul lui Pott şi tratamentul său la Tekir-Ghiol *de Dr. I. N. Dona (Rezumatul n'a parvenit la secretariatul Congresului).*

Raportul al V-lea

Asupra tratamentului medical al morbului lui Pott *de Prof. Dr. M. Manicatide* (Rezumat neprimit).

Raportul al VI-lea

Tratamentul morbului lui Pott *de Prof. Dr. I. Bălăcescu* (Rezumat neprimit.

Comunicări

Acţiunea curei marine practicată în staţiunea Carmen-Silva (România) *de Prof. Dr. Teohari şi Dr. I. Tătăranu.* — Cercetările făcute la Carmen-Silva au cuprins 79 cazuri de tuberculoză osoasă, 16 cazuri de anemie cu debilitate generală, 11 reumatisanţi, adică un total de 116 cazuri.

Toate aceste subiecte au beneficiat de climatul marin, de helioterapia pe plaje practicată dimineaţa şi urmată de o baie de mare. Câţiva indivizi menţionaţi în observaţiuni au luat băi de nămol la Techir-Ghiol fără băi de mare.

Programul stabilit al cercetărilor n'a putut fi aplicat integral pe toţi bolnávii afară de *Indicele opsonic* care a fost determinat *(I. Tătăranu şi C. Petrescu)* în 116 cazuri.

Formula hematologică complectă a fost determinată *(I. Tătăranu şi C. Petrescu)* pe 48 indivizi; *Viteza de sedimentaţie (I. Tătăranu şi C. Petrescu)* la 68 persoane. *Calciul serului sanguin* a fost dozat de D. Popovici şi Herescu, chimişti.

In sfârşit metabolismul bazal a fost studiat de *C. Zissu* şi Domnişoara *Beatrice Petrescu* în 31 cazuri.

Rezultă din aceste cercetări că numărul globulelor roşii din sânge, cantitatea de hemoglobină din sânge, cresc sub influenţa curei mixte realizate în staţiune maritimă Carmen-Silva.

Acelaş lucru cu leucocitele eosinofile (probabil sub influenţa eritemului solar) şi a formelor leucocitare de transiţie. Nu s'a putut stabili o polinucleosă predominantă.

Contrar părerilor unora din autorii citaţi, autorii nu pot conchide nimic precis în ceace priveşte importanţa clinică a vitezei de sedimentare a globulelor roşii. Dealtfel se constată variaţii mari în timpul curei la acelaş individ. Indicele opsonic a fost găsit crescut la sfârşitul curei în mai mult de jumătate din cazuri, cu faze pozitive şi negative, în sensul lui Wright, în timpul tratamentului.

Calciul a crescut aproape în $^3/_4$ din cazuri.

Variaţiile cholesterinei nu permit nici o conclusie fermă.

In ceace priveşte metabolismul bazal este o tendinţă la augmentarea combustiei în mai mult de jumătate din cazuri.

Asupra tratamentului chirurgical al bolei lui Pott *de Prof. Dr. I. Iacobovici* (Cluj). — După observaţiunile făcute în clinică asupra 21 cazuri operate din 101 pottici, autorul de acord cu majoritatea ortopediştilor şi chirurgilor conchide:

1. Operaţia este un adjuvant bun al tratamentului conservator constituind cel mai bun mijloc de fixare.

2. Procedeul original al lui Albée este cel mai eficace fiind cel mai puţin traumatisant şi asigurând fixarea cea mai bună care este în acelaş timp cea mai rapidă şi mai solidă.

Prognosticul şi tratamentul motor al paraplegiilor pottice *de Dr. Maurice Faure* (Nissa). — Paraplegiile se prezintă sub trei forme clinice:

1. Paraplegia spasmodică pură;
2. Paraplegia flască;
3. Paraplegia mixtă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Paraplegia spasmodică pură corespunde unei compresiuni sau iritaţiuni a măduvei, fără distrugere. Ea convine cel mai bine terapeuticei motoare. Printr'o imobilizare atentă, metodică şi prelungită se poate ajunge la vindecare cu un reliquat de turburări motorii uneori minime.

Paraplegia flască poate fi rezultatul unui choc spinal şi să dispară rapid şi spontan. Ea poate fi efectul unei lesiuni grave a măduvei putând duce la distrugere şi în acest caz să fie incurabilă şi să aducă chiar moartea.

In cazurile medii ea evoluează spre tipul următor.

Paraplegia mixtă nu apare brusc. Este o stare de contractură paralitică care rezultă deobiceiu dintr'o paraplegie flască, uneori dintr'o paraplegie spasmodică. Tratamentul este mult mai complex decât acel al paraplegiilor spasmodice fiindcă comportă o mobilizare lungă şi grea (din cauza atrofiilor şi a retracţiunilor) masagii şi electrisarea muşchilor paralitici flasci şi uneori chiar secţiunea retracţiunilor invincibile. Prognosticul comportă aci o infirmitate definitivă, căreia tratamentul îi va reduce mai mult sau mai puţin importanţa.

Nu se va recurge niciodată la aparate protetice înainte de a fi epuizat resursele mobilizării şi reeducaţiei. Căci aceste aparate condamnă în mod necesar muşchii la atrofii şi bolnavii la incurabilitate: de multe ori prima condiţie a succesului unei cure este suprimarea unui aparat proteic.

Tratamentele motoare trebue să fie însoţite totdeauna de tratamentul general (cura solară, regim alimentar exerciţii metodice, medicaţie, balneaţie, etc.), căci dacă concură în mod evident la ameliorarea generală a bolnavilor,

nu pot în nici un chip să ţină locul tratamentului general. Nu trebue de altfel întreprinse decât după oprirea activităţii lesiunilor tuberculoase.

Temperatura Mării Negre şi a lacului Teckirghiol din punct de vedere al thalassoterapiei *de Dr. H. Slobozeanu* (Bucureşti). Rezumat neprimit.

Analisa chimică a apei şi nămolului lacului Sabolat (Budaki) şi a apei Mărei Negre *de Prof. C. Şumuleanu, I. Claudatus, F. Nădejde şi Popovici* (Iaşi). — Autorii fac un studiu analitic al prelevărilor de apă şi nămol, operate în lacul Sabolat în diferite reprize şi locuri mai mult sau mai puţin depărtate de ţărm, ca şi prelevări de apă din Marea Neagră, la diferite locuri.

Morbul lui Pott la vechii egipteni *de Dr. Nagiub Scander* (Egipt). — Autorul face o scurtă descriere a cazurilor de morb a lui Pott ce s'au identificat printre scheletele descoperite cu ocazia săpăturilor ce se fac în Egipt. Aceste cazuri se împart în trei grupe după perioada în cari pot fi situate.

O perioadă predinastică cu mai mult de 3000 ani înainte de Christ; o a doua perioadă care corespunde timpurilor de înmormântări nubiene (2000 ani înainte de Christ) şi o a treia perioadă care ajunge la 1000 ani înainte de Christ în timpul celei de a doua dinastie.

Operaţia lui Albée în tuberculoza rachidiană *de Dr. I. Jianu şi Dr. S. Ţovaru* (Bucureşti). — Autorii expun technica pe cari au întrebuinţat-o în 13 operaţii Albée făcute în Spitalul Colentina din Bucureşti.

In 12 cazuri au întrebuinţat un greffon tibial şi în al 13-lea un greffon costal bilateral periostic.

Conchid că technica preconizată de Albée este mijlocul ideal pentru a realiza ankilosa rachidiană. Din punct de vedere al rezultatelor au remarcat în cazurile lor o ameliorare a simptomelor.

Două cazuri de spondiloză rizomelică operate (Ameliorare) *de Dr. I. Jianu.* — Autorul prezintă două cazuri pe cari le-a operat cu rezultate foarte bune. Durerea a dispărut şi mişcările articulaţiei coxofemorale şi mersul au redevenit normale după operaţia care consistă în rezecţia în bloc a apofizelor spinoase a ultimelor patru vertebre dorsale şi a primelor lombare în primul caz, şi ale ultimelor 5 apofize spinoase dorsale şi ale primelor două lombare în al doilea caz precum şi ligamentelor lor inter şi supra spinoase.

Douăzeci de ani de experienţă în thalassoterapia morbului lui Pott pe plaja dela Lido Veneţia *de Prof. G. Ceresoli* (Lido Veneţia). — Bunele rezultate ale thalassoterapiei în morbul lui Pott depind de o serie de circumstanţe:

a) Dacă bolnavul este tratat la începutul maladiei sale trimiţându-l imediat la mare;

b) După vârstă: copii se vindecă mai repede ca adulţii; vindecarea bătrânilor este excepţională;

c) După provenienţa bolnavilor: acei care locuesc într'o localitate mai depărtată de mare se vindecă mai repede decât alţii;

d) Ameliorările sunt mai evidente primăvara, iarna şi toamna.

Autorul enunţă apoi cele trei perioade ale curei marine.

Tratamentul este de 3—4 ani.

Helioterapia este un adjuvant, după autor, al climatoterapiei marine care rămâne baza tratamentului.

Autorul obţine rezultate bune chiar cu helioterapia indirectă (bolnavul pus sub un cort).

Operaţia lui Albée este de multe ori utilă dar trebue să fie precedată şi urmată de helioterapie.

Complicaţiunile de tuberculoză pulmonară sunt formal contraindicate pe coastele Adriaticei.

Sinostoza vertebrală prin transplant costal şi Thalssoterapiea consecutivă la tratament al morbului lui Pott *de Dr. Al. Rădulescu* (Cluj). — Bazându-se pe observaţiuni făcute pe 400 bolnavi de morb. a lui Pott printre care 140 operaţiuni autorul ajunge la următoarele concluziuni:

a) Bolnavii profită după urma unui tratament ortopedic bun şi prelungit chiar într'un spital dintr'un oraş oarecare.

b) Pentru bolnavii săraci pentru a scurta timpul necesar vindecării lor trebueşte operat. Pentru bolnavii bogaţi cura de soare sau marină dă cele mai bune rezultate fără a recurge la tratamentul chirurgical.

c) Cele mai bune şi rapide rezultate se obţin dacă se pot face în acelaş timp tratamentul chirurgical şi thalassoterapia consecutivă până la vindecarea complectă.

Tuberculoza osoasă şi tratamentul ei la spitalul maritim din Budaki *de D-na Dr. Theresa Panaitescu* (Chişinău) — Tuberculoza osoasă la copii întrece în Basarabia 20 % din morbiditatea generală a copiilor şi constituie mai mult de jumătate din cazurile de tuberculoză infantilă în general. Tuberculoza osoasă la copii se vindecă aproape totdeauna dacă copilul este situat în cele mai bune condiţii de tratament cum este cazul de la Budaki.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru a combate tuberculoza osoasă a copiilor din Basarabia este necesară multiplicarea numărului de spitale maritime şi pentru a asigura profilaxia anti-tuberculoasă este necesară organisarea mai multor preventorii, sanatorii sau colonii posibile în Basarabia unde fiecare copil nevoiaş sau pretuberculos să poată fi fortificat.

In sfârşit este încă necesar de a încredinţa micii tuberculoşi osoşi pe cari părinţii îi părăsesc sau îi neglijează, azilelor sau numai spitalelor rurale unde sub controlul şi supravegerea persoanelor competinte să se poată menţine în perioadele de interval ale tratameutului bunele rezultate obţinute prin tratamentul ortopedic al spitalelor de specialitate căci un pat de bolnav are o valoare prea mare pentru a-l ocupa cu acelaş bolnav în tot timpul lung al tratărei boalei sale.

Chirurgie, soare, mare sau munte în tratamentul tuberculozelor chirurgicale. Modificări biologice înregistrate în cursul curei helio marine *de C. M. Bufnoir şi R. Abry.* — Se opune de multe ori chirurgia curei solare în tratamentul tuberculozei chirurgicale. Cura solară este eficientă prin acţiunea sa biologică.

Globulelele roşii, hemoglobina, valoarea globulară. Contrar păreri generale autorii n'au remarcat nici o regularitate în mărirea numărului de globule roşii, în cantitatea de hemoglobină şi în indicaţiunile servite de indexul valorii globulare. Ori aceste cifre se ridică repede la început pentru a scădea apoi, ori din potrivă, acuză o scădere iniţială cu întoarcere progresivă la normal.

Globulele albe. Cifrele autorilor devedesc în mod indiscutabil că helio-

terapia în climat marin măreşte mijloacele de apărare ale organismului crescând numărui lencocitelor. O curbă leucometrică regulată deasupra celei normale este de un prognostic favorabil (tuberculoze chirurgicale).

Nicio dată interesantă de scos din procentul elementelor poly s'au mononucleare şi nici contrar opiniunei admise din variaţiile eosinofilelor. Din potrivă se poate recunoaşte câte influenţe are helioterapia asupra vieţei fiziologice a leucocitelor studiind sistematic la bolnavii cercetaţi imaginea lui Arneth. La tuberculoşi unde distrugerea leucocitară se face înaintea inbătrânirei normale formele cu unul şi doi nuclei predomină şi formula este net deviată spre stânga. Sub influenţa curei solare se observă o întoarcere progresivă la normală şi această întoarcere cadrează totdeauna cu o ameliorare clinică necunoscută.

Urina. Constituantele urinei nu sunt sensibil modificate: acidul uric doar face excepţie de la regulă.

Augmentarea sa este datorită la tuberculoşii chirurgicali sau mărirei numărului de globule albe şi distrugerii lui sau rezorbţiei colecţiilor purulente.

In sfârşit fenomenele de echilibru organic (oxidaţie şi reducţie) par influenţate favorabil căci cura de helioterapie face să dispară repede din urină cristalele de oxalat de calciu în cari sunt deseori bogate, semn evident de oxidaţie incomplectă.

Graţie acelor efecte cura solară poate ea singură vindeca anumite tuberculoze chirurgicale, dacă se dovedeşte insuficientă ea netezeşte calea chirurgului: ea consolidează rezultatele obţinute de intervenţie.

Operaţia care este considerată ca o nenorocire de către bolnav este necesară când bolnavul nu poate fi salvat de cât de ea, este indicată în care bolnavul nu poate fi vindecat în condiţiunile de rapiditate pe cari le doreşte. Metoda greffelor osoase lărgeşte actualmente domeniul chirurgiei în cura tuberculozelor externe.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste două metode: cura solară şi chirurgia trebue să se ajute şi să se complecteze.

Cura de soare trebue făcută acolo unde este pe cât posibil soare utilizabil. Calitatea razelor solare este aproape identică la mare şi la munte. Anotimpul, celelalte elemente metereologice, astfel ca regimul vânturilor, nebulositatea trebuesc considerate în alegerea unei staţiuni, ca şi reacţia individuală a bolnavului. Suntem constrînşi astfel să sfătuim adesea „alternanţe" mărei cu muntele.

Această alternanţă este în general binefăcătoare. Este rar periculoasă. Cura la mare are avantagiul de a se dubla de balneoterapie marină. S'a putut spune că această asociaţie a tratamentului este „l'association de choix".

Nouă contribuţie la studiul biologiei lacului sărat din Tekirghiol *de Prof. S. Bujor* (Iaşi). — Intr'o foarte interesantă comunicare, autorul după o judicioasă descriere din punct de vedere geografic şi după o analiză biologică a faunei şi florei a lacului sărat din Teckirghiol, studiază formarea nămolului negru al acestui lac şi dă apoi indicaţii asupra întreţinerei şi higienei sale.

Cercetări bacteriologice asupra nămolului lacului Tekirghiol. Incercări de regenerarea acestui nămol *de Dr. C. Tudoranu* (Iaşi). — Autorul comunică rezultatele ce a obţinut examinând la microscop direct şi pe diferite medii flora microbiană a nămolului lacului Teckirghiol, luat dela adâncimi diferite. Dă indicaţiuni asupra higienei şi regenerărei acestui nămol.

CONGRESUL PROFESIONAL AL MEDICILOR ŢINUT LA CHIŞINAU

în zilele de 7—8 Octombrie 1928.

Ziua I. — Congresul se deschide la ora 12 dimineaţa în ziua de 7 Octombrie, în sala de festivităţi a Primăriei, fiind de faţă D-l Ministru Inculeţ, D-l N. N. Săveanu preşedintele camerei, I. P. S. Mitropolitul Gurie al Basarabiei, I. P. S. Episcopul Dionisie, Primarul Municipiului, D-l Inspector sanitar Smadu, D-l General D-r Firu, D-r Ciugureanu etc. şi un mare număr de membrii ai corpului medical.

D-l Prof. D-r Gheorghiu deschide acest al 2-lea congres profesional printr'o cuvântare prin care arată importanţa chestiunilor ce se vor discuta la acest congres, şi în special responsabilitatea civilă şi penală a medicului, asupra căreia atrage atenţia în deosebi corpului medical, fiind pe cale de legiferare. Mulţumeşte persoanelor oficiale ce iau parte la acest congres şi propune *ca preşedinţi de onoare pe:* D-l Ministru Inculeţ, D-l N. N. Săveauu preşedintele Camerei, I. P. S. Mitropolitul Gurie, I. P. S. Episcopul Dionisie, D-l Prof. D-r Ştefănescu-Galaţi, D-l Gh. Păntea primarul Chişinăului, D-l General D-r Firu, D-l General D-r Beu, D-r Vasiliu-Ploeşti, avocat Al. Ionescu, D-r Chircorov; *iar ca membrii de onoare pe* D-nii: Moscu, preşedintele curţii de apel, D-l Prefect Eduard Castano, C. David prefectul Poliţiei, D-l Inginer Florescu, D-r Păuceanu, D-l Pişculescu, D-l Borcă deputat, D-l arhitect Rusu, D-l arhitect Mihăilescu, D-l arhitect Radu Stan.

Ia cuvântul **D-l Ministru Inculeţ** care aduce omagiile sale corpului medical, ce şi-a făcut datoria aşa de frumos în timp de pace ca şi în timp de războiu. Atrage atenţia asupra higienei sociale la sate ca şi la oraşe, arătând rolul cel mare al medicului în lupta contra bolilor sociale: malaria, sifilisul, tuberculoza, pelagra. Domnia-Sa arată sacrificiile făcute de Minister în acest scop. Un deziderat al Ministerului pentru atingerea acestui scop este mărirea numărului circomscripţiilor şi îmbunătăţirea situaţiunei medicilor rurali. — Pentruca corpul medical să aibă aceiaşi normă de recrutare, Ministerul stăruie pentru unificarea corpului medical dela toate autorităţile. — Promite că Ministerul va ţine seama de dezideratele chibzuite ale corpului medical întrunit la congresul din Chişinău.

In numele Mitropolitului Gurie, **Episcopul Dionisie** binecuvintează congresul chemat să lucreze pentru binele obştesc.

D-l Primar Gherman Păntea salută congresul în numele oraşului Chişinău care se simte mândru de a adăposti corpul medical în sânul său.

D-l D-r Ciugureanu în numele filialei Chişinău salută venirea D-lor congresişti şi mulţumeşte D-lui Preşedinte pentru onoarea ce le face.

In acelaş sens vorbesc D-nii **Inspector Sanitar D-r Smadu, D-l Prof. D-r Ştefănescu-Galaţi** insistând asupra unificării corpului medical de către Ministerul Sănătăţii. **D-l General D-r Firu** vorbeşte în numele corpului III de armată, **D-l Inginer Florescu** în numele Societăţii A. G. I. R. şi **D-l Arhitect Grosu** în numele Soc. Arhitecţilor români.

D-l Preşedinte Prof. D-r Gheorghiu citeşte telegramele sosite la Chişinău, propune şi congresul admite să se expedieze telegrame Regelui Mihaiu, Inaltei Regenţe şi D-lui Vintilă Brătianu şi constitue biroul congresului astfel:

Preşedinte: **D-l Prof. D-r Gheorghiu**

Vicepreşedinţi:
- *D-r D. Ciugureanu*
- *D-r Smadu*
- *Col. D-r Marinescu*
- *D-r Marius Georgescu*
- *D-r Baluţă*
- *D-r Tumorchiu*

Secretar general: *D-r Ovid Alfandari*

Sec. de şedinţă:
- *D-r Komorovski*
- *D-r Eugen Musu*
- *D-r G. Naum*
- *D-r Scaleţki*
- *D-r Căpit. Alexandrescu*

după care ridică şedinţa.

La ora 4 după amiazăă Conferinţa D-lui N. N. Săveanu: Importanţa problemei sanitare.

Domnia-Sa arată rolul medicinei profilactice, mai ales acum când *energia fizică, intelectuală şi morală sunt scăzute.* — Enumără factorii de scădere ai energiei, de care se ocupă medicina profilactică şi anume: chestiunea apei potabile, în oraşe în special, a locuinţelor salubre, împiedecând în primul rând tuberculizarea populaţiei. — Lupta contra sifilisului apare cu o cifră în buget abia în anul 1922, în timp ce în Bavaria sunt legile delicte de contagiune. - Alcoolismul face ravagii şi 3-4 miliarde pe an se consumă cu alcoolismul. — Crimele şi violenţele sunt rezultatul lor. Ajunge la concluzia că aşa cum s'a rezolvat problema agrară şi şcolară în ţară, aşa se poate rezolva şi problema sanitară atât prin majorarea bugetului cât şi prin contribuţia judeţelor şi comunelor, care acum ca şi în 1908 nu contribue decât cu 13.300.000 lei la apărarea sănătăţii, iar oamenii înstăriţi, oamenii bogaţi să imite exemplele trecutului când Eforia din Bucureşti şi Spiridonu din Iaşi s'au făcut graţie donaţiunilor. — Numai prin sporirea energiei fizice graţie *a)* ajutorului corpului medical, *b)* graţie mărirei bugetului Ministerului Sănătăţii şi contribuţiei comunelor şi judeţelor se va asigura definitivarea fruntariilor noastre.

Responsabilitatea Medicului.

Raportori: **D-r Marius Georgescu** şi D-l **avocat Alexandru Ionescu.**

Această importantă chestiune a avut de raportori pe D-l D-r Marius Georgescu în chestiunea responsabilităţii medicale şi pe D-l avocat Alex. Ionescu pentru responsabilitate civilă şi penală.

1. — **Responsabilitatea profesională D-r Marius Georgescu.** Domnia-Sa vizează prin aceasta raportul dintre medic în exerciţiul funcţiunei sale şi

corpul medical şi crede că este necesar să se regulamenteze drepturile şi îndatoririle medicului prin sancţiuni, indiferent de consecinţele civile sau penale ce le-ar comporta anumite fapte. Pentru aceasta însă corpul medical trebue să fie organizat printr'o lege. O încercare timidă de legiferare în acest sens o găsim în legea sanitară 1921 art. 88 care caută să rezolve următoarele 3 chestiuni:

a) persoana medicului în exerciţiul funcţiunii, astfel că „cei care vor fi suferit o condamnare penală infamantă vor pierde dreptul de liberă practică pe un termen limitat sau definitiv după aprecierea consiliului sanitar superior, articolul 88 ultimul aliniat".

b) asupra practicei nereglementare: „oricine va exercita medicina, dentistica, farmacia, moşitul, conform prescripţiunilor de mai sus, se va da în judecată şi se va pedepsi conf. articolului 88 aliniatul 1".

c) asupra compromiterei demnităţei profesionale: „nu este îngăduit a anunţa prin ziare, afişe, broşuri, scrisori, în scop de a capta bunăvoinţa clienţilor, că ar fi posedând tratamente secrete ale lor, articolul 88 aliniatul 2 şi 3".

D-l D-r Marius Georgescu caută să cuprindă responsabilitatea profesională în următoarele subdiviziuni:

a) procedee incompatibile în exerciţiul funcţiunei.

b) fapte şi atitudini care discreditează corpul medical înţelegând prin aceasta şi procurarea clientelei prin intermediari plătiţi.

c) fapte şi atitudini care scot pe medic din corpul medical.

d) vădită incapacitate în exerciţiul funcţiunei.

e) întrebuinţarea ilicită de titluri de specialitate.

f) condamnaţiuni infamante.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medicul mai are şi **responsabilitatea morală** înainte de toată ştiinţa medicală având de scop păstrarea sau redobândirea sănătăţii, pierderea unui om fiind o stingere de viaţă utilă, o pierdere socială definitivă, sfera deci a activităţii medicului e mai delicată decât în celelalte profesiuni. De aceia medicul profesionist trebue să aibă în primul rând o responsabilitate morală mai categorică şi mai des solicitată din primul moment.

Afară de aceste 2 responsabilităţi profesionale şi morale, D-l **Alex. Ionescu** pune în discuţie latura de **responsabilitate civilă şi penală. Responsabilitatea civilă** a medicului nu este prevăzută în mod special în lege. Totuşi articolul 998 şi 999 din codul civil prevăd: „Orice faptă a omului care cauzează altuia prejudiciu obligă iar art. 999 prevede: omul este responsabil nu numai de prejudiciul ce a cauzat prin faptă, dar şi de acela ce a cauzat prin neglijenţă sau imprudenţă. Cum cuprinsul acestor texte este poate general poate vag, o limitare a principiului responsabilităţii civile a medicului se poate face în funcţie de avizul autorizat ce s'ar cere de instanţele judecătoreşti organelor instituite special prin legea corpului medical. Dar acest aviz al corpului medical, în starea actuală nu se poate face, medicii ne fiind constituiţi în corp medical organizat, oficial recunoscut.

Responsabilitatea penală. In genere medicii cad cel mai adesea ori în cadrul artic. 248 şi 249 al codului penal, cu următorul cuprins: oricare din nedibăcie, din nesocotinţă, din nebăgare de seamă, din neîngrijirea sau nepăzirea regulamentelor va săvârşi omor fără voe, se va pedepsi cu închi-

soare dela 3 luni—1½ an şi cu amendă până la 1000 lei. Deşi jurisprudenţa a încercat să limiteze responsabilitatea medicilor, magistraţii singuri nu au posibilitatea să facă aprecierea justă a elementelor ce constitue o greşală medicală, se impune ca justiţia să ia avizul unei persoane din corpul medical.

In concluzie raportorii evidenţiază: 1) necesitatea organizării medicilor într'un corp constituit, stabilindu-se drepturile şi îndatoririle medicilor cu sancţiunile respective; 2) precizarea şi determinarea responsabilităţei penale şi civile se va face, justiţia luând avizul competinţelor desemnate de persoanele corpului medical.

Discuţia raportului foarte interesantă făcută de D-l D. Sulică-Braşov, Belciugăţeanu-Bucureşti, Makelarie-Muscel etc.

D-l Dr. Makelarie, arată între altele abuzul de reclamaţiuni contra medicilor, *D-l Prof. Ştefănescu Galaţi* propune întărirea organizaţiei asociaţiei noastre, care să poată da avizul cât mai competent şi mai autorizat.

După discuţia D-lui Dr. Ştefan Anastasiu, Odăgescu-Bucureşti, Alexandrescu-Galaţi, Mihailovici-Chişinău, Comitetul votează următoarea *moţiune:*

„Congresul ascultând raportul cu privire la răspunderea medicului, cu„prinzând responsabilitatea profesională, civilă şi penală, precum şi discuţiile „cari au urmat acestui raport, aprobă în unanimitate concluziile raportului „ca Asociaţia Generală a medicilor să se organizeze pe baza unei legi „speciale în care în afară de toate chestiunile care interesează corpul în „organizaţia sa, să se precizeze cele 3 responsabilităţi.

Asociaţia Generală a medicilor având la bază o asemenea lege va „putea creia un organ de cercetare şi judecată privind cazurile de responsa„bilitate profesională în raport cu corpul medical şi va servi în acelaş timp „ca organ de informaţie obligatorie în toate cazurile în care justiţia ar re„curge la cunoştinţele speciale în conflictele în care ar fi chemate să exa„mineze cazurile de responsabilitate civilă şi penală".

Ziua II. — **Practica ilicită a medicinei.** Raport prezentat congresului de *D-nii D-ri Petre Niculescu* şi *Trifu.*

Medicina se practică ilicit de către: 1. Analfabeţi sau empirici. 2. De auxiliarul corpului medical: agent sanitar, subchirurg, moaşe. 3. De studenţi în medicină şi farmacişti, — căci e cunoscut că farmaciştii dela periferia oraşelor eliberează medicamente fără prescripţie, în văzul tuturor. De asemenea studenţi în medicină sub formă de policlinici în Bucureşti, cu reclame luminoase etc. 4. Impostorii medicali sunt aceia care se află în posesia unei diplome de doctori, dar nu au studiat medicina. Aşa e după răsboiu cu echivalarea diplomelor insuficiente.

In actuala lege sanitară există ca sancţiune în practică ilicită articolul 92 care amendează dela 200—2000 lei amendă pe cei ce practică ilicit medicina. Legea are 2 efecte: pedepsele sunt mici şi aplicarea ei se face rară, de aceia propune raportorul ca la modificarea viitoare a legei sanitare să se introducă o nouă redacţiune cu amendă dela 20.000—50000 şi închisoare până la 6 luni. Controlul se va face prin medicul de judeţ, de oraşe care să fie obligat lunar să controleze datele la contenciosul Minist. Sănătăţii.

In discuţiile la raport D-l Dr. Makelarie propune ca controlul să se facă prin filialele asociaţiei medicilor în fiecare din oraşele de provincie. Dr.

Kirilov, Dr. Ackerman citează cazuri constatate de practică ilicită a medicinei. D-l Dr. Belciugăţeanu propune înfiinţarea unui contencios al asociaţiei căruia să i se refereze cazurile de practică ilicită a medicinei, prin filialele din întreaga ţară. De altfel practica ilicită a medicinei se va combate prin noi înşine, când vom avea curajul să anunţăm sub proprie iscălitură cazurile. După numeroase discuţii congresul votează următoarea *moţiune:*

Congresul găseşte că sănătatea publică nu poate fi apărată cu eficacitate decât atunci când fiecare din apărători săi rămân pe poziţiile bine delimitate ale câmpului lor de activitate. De aceia aprobă în unanimitate ca practica ilicită a medicinei în ţară să fie reprimată în mod sever de către Ministerul Sănătăţii publice, care va fi ajutat în această combatere, care se face mai ales în interesul publicului, de organizarea corpului medical, comitetul asociaţiei.

Raportul III. Specializarea medicilor, raportori: D-l Prof. Dr. Gheorghiu şi Dr. Saragea.

a) Ramurile în medicină care merită să fie recunoscute în specialitate sunt: chirurgia, ginecologia şi obstetrica, urologia, ortopedia, oftalmologia, othorhinolaringologia, pediatria, medicina internă, stomatologia, venerologia, microscopia, medicina legală, neurologia şi balneologia.

b) In alte ţări calificarea specialiştilor se face după o probă de capacitate (Danemarca, Cehoslovia, Elveţia). Noi nu avem până în prezent lege decât aceia a facultăţilor cari acordă dreptul de a creia cursuri de specializare. Recent consiliul facultăţilor de medicină a admis specializarea prin cursuri de specializare.

Trebue exercitat un control al specialiştilor care se face în Cehoslovacia de Camera medicilor. La noi se abuzează cu titlul de specialist şi nici o lege nu permite luarea de măsuri.

d) In chestea onorariilor specialiştilor, se pare că un onorariu mai ridicat e îndreptăţit dat fiind studiile suplimentare.

In concluzie raportorii găsesc specializarea ca necesară şi trebuie să fie reglementată. Pentru specializare se presupune o pregătire serioasă şi stagiu de spital de cel puţin un an. Specializarea nu poate fi exercitată decât cu autorizaţie.

La discuţiune ia parte Dr. Akerman, Dr. Naum, care protestează contra specialiştilor după plimbări scurte prin străinătate, specialiştilor aşa zişi de voyaje de nuntă. Ia cuvântul D-nul Wildeman-Chişinău, Dr. Mayersohn, Dr. Magdu, Dr. Mândru, Prof. Dr. Ştefănescu-Galaţi care arată că la ambele facultăţi de medicină din Bucureşti şi Iaşi specializarea s'a introdus în regulament, arată că azi sunt specializări fără să fie specialişti cum trebue. Propune şi *congresul admite ca chestiunea să rămână în discuţia comitetului asociaţiei.*

După soluţionarea diverselor chestiunei din filiale, D-l Prof. Gheorghiu mulţumeşte autorităţilor locale pentru concursul ce au dat pentru reuşita congresului, mulţumeşte D-lor medici care au asistat în număr de mai multe sute la acest import congres şi anunţa viitorul congres din acest an, *congres ştiinţific,* la Galaţi în primăvară. Congresul este astfel închis.

Dr Traian Komorovschi
Secretar al Congresului

AL 8-lea CONGRES ROMÂN DE NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE, PSYCHOLOGIE ŞI ENDOCRINOLOGIE

(Oradea-Mare 30 Sept. — 2 Octomb. 1928)

Rapoarte

Prof. Parhon despre *Patologia gen., Fiziologia şi Biologia paratyroidelor.* — Gl. paratiroide au strânsă legătură cu sist. nervos; descoperite la 1880 de anatomistul suedez *Zanchlem,* au fost considerate de *Gley* ca nişte gl. tyroide embrionare. Suprimând vitaminele antirachitice, razele ultraviolete şi instituind un regim alimentar sărac în Ca, ele se vor atrofia; se hipetrofiază la femeea gravidă, sclerozându-se în Tbc. şi Sifilis. Din ele s'a putut izola un *hormon* care conţine urme de sulf, fer şi azot.

Insuficienţa paratyroidiană determină *tetania* care se caracterizează din punct de vedere humoral prin *hypocalcemie* şi *hypercolesterinemie.* Acest desechilibru sanguin este explicat prin *teoria toxică, teoria hypocalcemiei* (cea mai admisă) şi *teoria acidozei* complectată în ultimul timp de *teoria alcalozei,* alcaloza fiind primul semn de insuficienţă paratyroidiană.

Hyperparatyroidia, entitate morbidă mult mai rară şi negată de autorii francezi, se caracterizează prin vomismente, diaree, atonie musculară şi hypervăscozitate sanguină.

In stadiul ultim animalul sucombă prin uremie.

Myastenia pare a fi o hyperparatyroidie, unii autori (Marinescu, Parhon) găsind în această maladie hypercalcemie.

In *raportul cu celelalte glande,* paratyroidele sunt antagoniste tyroidei şi hypofizei, lucrând în acelaşi sens cu lobul ant. al hypofizei şi sub. corticală a suprarenalelor.

Prof. Minea (Cluj). *Factorii extrinseci în regenerarea nervoasă* dintre care cel mai important pare a fi *tyroida* şi *paratyroidele.* In discuţiuni este combătut în parte de *Dr. Ballif,* iar *Prof. Parhon* spune că în administrarea acestor glande trebue ţinută seama de doze: o doză slabă de tyroidă ajută regenerarea nervoasă, pe când una forte o împiedecă.

Ballif (Iaşi). *Pelagra* după un scurt istoric se opreşte asupra teoriilor etiologice: teoria alimentărei cu porumb stricat (Babeş) şi *teoria avitaminozei,* susţinută de Goldberger care prin adăogarea vitaminei B. în cantitate suficientă, ne pune la adăpost de pelagră.

Leziunile pelagroase sunt *toxice,* mulţi autori considerând pelagra o *nevrită centrală* sau o *îmbătrânire precoce* (Parhon). Mortalitatea în pelagră este destul de ridicată, depăşind mortalitatea tuturor maladiilor mintale (Dr. Lascu). In discuţiuni *Dr. Ionescu* se întreabă dacă *leziunile endocrine* nu joacă rol în determinarea pelagrei, iar *Prof. Parhon* spune că pelagra nu este o intoxicaţiune ci mai curând o turburare profundă a metabolismului celulei nervoase.

Comunicări

Prof. Obreja şi Dr. Constantinescu. Encefalita epidemică cu debut psychic. Relatare a 2 cazuri clinice dela Spitalul Central de boale nervoase Bucureşti.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Cluj

Prof. Obreja şi Dr. Pădeanu. Capacitatea respiratorie a alienaţilor (cu prezentare grafică):

a) Schyzofrenicii au capacitate micşorată.

b) La maniaci şi melancolici variază cu individul.

c) La paraliticii generali nu au raport cu starea de caşexie.

d) Capac. respiratorie a epilepticilor este remarcabilă prin egalitatea valorilor dela minut la minut.

Prof. Parhon, Cahane şi Märza. Cantitatea de apă din muşchi şi alte organe la animalele ovariotomizate.

Prof. Parhon şi Cahane. Calcemia, glycemia şi colesterinemia în syndromul experimental hypertimo-anorhitic.

Prof. Parhon. Analiza hormonală a sângelui.

Prof. Minea. Formele pseudopolinevritice ale sclerozei în plăci, o afecţiune relativ frecventă în regiunea Clujului. Pe lângă cele 3 forme descrise de Oppenheim, mai există forma pseudo polinevritică necunoscută până acuma.

Prof. Obreja, Constantinescu I. şi Gh. Constantinescu. Starea sist. neurovegetativ în maladiile mintale.

Prof. Obreja, I. Constantinescu şi Gh. Constantinescu. Terapeutica vegetativă în maladiile mintale.

Prof. Obreja, I. Constantineşcu şi Gh. Constantinescu. Accidentele consecutive punctiei lombare, sunt ele datorite unei disvegetatonii?

Ballif şi Ştirbu. Grupele sanguine ale alienaţilor.

Preda şi Heffner (Sibiu). Autohemoterapia la alienaţi, încercată dela 1921 pe 23 de maniaco-depresivi, se pare că stările de agitaţie s'au mai distanţat. Tratamentul nul la paranoici şi hysterici.

Ruzdea şi Petric (Oradea-Mare). Complicaţiuni nervoase survenite în decursul Tratamentului antirabic şi după acest tratament. Survin rar la copii. Se comunică cazul unei myelite paralitice flasce apărută 48 ore după a 8-a injecţie paralitică, cu retenţie de urină. Pacientul părăseşte serviciul după câteva luni foarte ameliorat.

Ruzdea şi Petric. Un caz de encefalită epidemică acută, vindecat.

Ruzdea şi Petric. Un caz de striatită sifilitică.

Ruzdea şi Petric. Un caz de hemicoree survenită în urma unui ictus apoplectiform.

Lichter (Lugoj). Maladia lui Basedow asociată cu stare de parkinsonism postencefalitic.

Lichter Chivu (Lugoj). Un caz de maladia lui Parkinson adevărat cu syndrom Basedowian supra-adăugat.

Dr. Drăgănescu şi Iordănescu (Bucureşti), Asupra distribuţiei radiculare a paraliziilor în cursul maladiei lui Heine-Medin. Reflexiuni asupra reflexului tibio-femoral şi peroneofemoral posterior, care a fost găsit disociat la un tânăr de 19 ani suferind de monoplegie crurală poliomielitică cu topografie net radiculară.

Dr. Drăgănescu şi Iordănescu. Polyradiculo-nevrită acută evoluând spre un syndrom tabetiform, şi consecutivă unei osteomielite a braţului.

Pronostic favorabil.

Popea, Eustaţiu, Gh. Constantinescu şi R. Ionescu. Patogenia formelor clinice a syndromelor mintale datorite sifilisului nervos.

I. Constantinescu si Gh. Constantinescu (Bucureşti). Valoarea stărei sistemului neuro-vegetativ în paralizia gen. progresivă.

Gh. Pădeanu şi Gh. Constantinescu. Note preliminare asupra rapoartelor la alienaţi, între metabolismul bazal şi tonusul neurovegetativ.

a) Metabolismul bazal creşte când se paralizează vagul.

b) La un tonus neuroveget, hiposimpaticotin, corespunde un metabolism bazal diminuat.

c) Paralizia simpaticului ridică valoarea metab. bazal.

Vasilescu (Diciosanmartin). Consideraţiuni generale asupra coloniei familiale din Diciosanmartin.

Dr. Mavromati (Bucureşti). Raportul între s. neuro-vegetativ şi menstruaţie. Prin proba *Danielopolu* (atropină combinată cu orthostatism) s'a putut constata că:

1. Tonusul simpaticului se ridică înainte de menstruaţie; scade la unele femei primele 2—3 zile postmenstruale rămânând staţionar a 3-a şi a 4-a zi.

2. *Tonusul vagului* creşte înainte şi în timpul menstruaţiei, pe când la altele administrarea frecventă a atropinei făcută pe cale intravenoasă, au suprimat-o.

Concluziuni: Menstruaţia este condiţionată de vagotonie şi într'o oarecare măsură de sympaticotonie.

Ionaşcu şi D-na Neumann (Sibiu). Incercări de terapeutică neurovegetativă în schizofrenie.

Pe 12 schizofrenici, autorii au făcut la fiecare câte 5 cmc. lapte sterlizat intramuscular, urmate zilnic de injecţii cu 10 cc. gloconat ca (Sol. 10 %). La vagotonici s'a administrat calciu şi pentru a întări efectul simpaticotrop li s'a dat câte ½ mgr. *bellafolină Sandoz.*

Rezultate: 1 vindecare, 8 ameliorări şi 2 cazuri nemodificate.

D. Grigorescu şi D. Vasiliu (Bucureşti). Cercetări asupra diverselor substanţe hyper sau hypotonice, cu acţiune farmaco-dinamică şi influenţei reflexului oculocardiac asupra presiunei L. C. R.

Concluzia: Tensiunea L. C. R. este independentă de variaţiunile obţinute prin diferite probe obicinuite, practicate în scopul de a excita sympaticul sau parasimpaticul.

Marinescu Băloi (Bucureşti). Cercetări anatomo-patologice asupra poliomyelitei infantile. Au fost găsite leziuni meningeale, pe cortexul cerebral şi într'un caz de syndrom parkinsonian poliomyelitic ele aveau sediul în *locus niger.* Nu s'a găsit proces inflamator în naso-farinx.

Marinescu Băloi. Cercetări anatomo-clinice asupra pelagrei. Ficatul prezintă degenerescenţă grăsoasă, splina focare de necroză, capsulele suprarenale, o degenerescentă insulară apigmentată.

Asemenea Tyroide, parathyroidele şi hypofizare prezintă procese degenerative. Din s. nervos central, *marile celule pyramidale* a frontalei ascendente sunt primele atinse, iar arhitectura scoarţei este distrusă, creerul luând aspectul creerului exanthematic.

Ca *etiologie* nu se poate spune dacă pelagra este o avitaminoză, o toxicoză sau o maladie microbiană.

D-na Cahane (Iaşi). Contribuţii la studiul localizărei bulbo protuberanţiale a nucleului facial la om.

Vincler (Oradea-Mare). Rolul sulfului în tratam. P. G. P. şi a sifilisului nervos. Relatarea câtorva cazuri favorabile; modul de acţiune al sulfului ar fi o intoxicare a celulei hepatice urmată de febră mare, deci acţionează prin pyretoterapie.

Dragomir (Cluj). Polinevrită post gripală prelungită.

Cadaru (Cluj). Un caz de oedem albastru al lui Charcot unilateral. Ar fi o turburare psichopatică de natură reflexă, care se vindecă prin medicaţia tyroidiană.

Cadaru (Cluj). Două cazuri de paraplegie survenite în cursul tratam. antirabic.

Preda, Stoenescu, Hefner (Sibiu), Intrebuinţarea pernoctonului în psychiatrie. Derivat al acidului barbituric, întrebuinţat în sol. 10 %; se dă 0.20—0.80 ctg. pe zi în injecţii subcutanate sau intravenoase.

Efecte sedative remarcabile; la marii excitaţi nu dă rezultate, somnul fiind în funcţie de excitaţiunea cerebrală, nu de cantitatea medicamentoasă întrebuinţată.

Ionaşcu şi Popa (Sibiu). Neosaprovitan în paralizia generală. Este o cultură de protoplasmă vie a adevăraţilor saprofiţi, cu efecte pyretogene rapide şi prelungite. Rezultate terapeutice asemănătoare malarioterapiei.

Vater Ernst (Sibiu). Avertina în Psychiatrie. Efecte narcotice, combate agitaţia alienaţilor şi mai ales a epilepticilor. Se fac clisme cu 0.10—0.15 ctg. pe kilocorp. Somnul vine repede şi durează până la 6 ore.

Cahane (Iaşi). Glycogenul hepatic după castraţia ovariană şi testiculară.

Cahane. Conţinutul calciului şi magneziului a animalelor hypertiroidizate.

Ornstein (Iaşi). Note asupra glycemiei bătrânilor şi alienaţilor în vârstă.

Gh. Odobescu. Noi contribuţiuni la studiul psychozelor colective.

Gh. Preda (Sibiu). 1. Criza morală de astăzi şi felul cum trebue privită conştiinţa morală.

2. Noi principii ştiinţifice indispensabile la instrucţia morală şi tratamentul turburărilor morale.

Otilia Vlaicu (Bucureşti). Langajul grafic al normalilor şi anormalilor la diferite vârste.

Otilia Vlaicu. Orientarea profesională şi lacunele învăţământului.

Pădeanu. Contribuţiuni la studiul mytomaniei. Studiu psychologic al stărei mintale a mytomanilor. Tipuri psychologice. Mytomania este tendinţa patologică, mai mult sau mai puţin voluntară şi conştientă la minciuni şi creaţiuni de poveşti imaginare.

Rapoarte propuse pentru Congresul din Septembrie 1929 ce va avea loc la Cernăuţi

1. Rapoarte între hysterie şi maladiile organice. (Radovici şi Pădeanu).
2. Ficatul din punct de vedere endocrinologic. Raportor; Dr. Ştefănescu.
3. Starea actuală a cercetărilor asupra inteligenţei. Raportor: D-ra Vlaicu.

Dupe darea de seamă a
D. Dr. Pădeanu
Secretar G-l al Congresului

Babeş-Bolyai University Library

B. — CĂRŢI — MONOGRAFII

Terapeutică Infantilă de **Prof. Dr. M. Manicatide** şi **Dr. M. Cajal.** Vol. 459 pagini. Edit. „Cultura". — Lei 350.

Un volum de terapeutică însemnează totdeauna o întreprindere grea. Clasarea materialului, concisiunea, discernământul medicamentelor, raportarea medicaţiei la cauză şi simptom, indicaţiunile dietetice (mai ales în terapeutica infantilă) sunt dificultăţi pe cari numai erudiţia, inteligenţa şi bogata practică le pot învinge. De aceia am primit cu justificată satisfacţie vestea apariţiei volumului de terapeutică infantilă a D-lor Prof. Dr. Manicatide şi Dr M. Cajal.

După citirea tratatului *putem afirma că lucrarea aceasta umple cu prisosinţă un gol în literatura medicală românească şi mai ales în pediatria românească atât de săracă în publicaţii şi reuşeşte să fie de nepreţuită utilitate studentului, medicului practician şi chiar specialistului.*

Astfel în capitolul de terapeutică generală sunt expuse regulile alăptării naturale, artificiale şi mixte. In tratarea acestor chestiuni, departe de a cădea în exagerările vreunei şcoli, autorii recomandă calea mijlocie pe care practica şi experienţa le a arătat-o a da cele mai bune rezultate şi aceasta ea însă-şi o şcoală, a d-lui Prof. Manicatide, este fără îndoială cea mai bună şi reprezintă Şcoala Românească.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceiaşi metodă îi călăuzeşte în expunerea regimurilor şi a diferitelor preparate a acestor regimuri.

Tot în capitolul de terapeutică generală găsim tratamente prin agenţi fizici, o expunere clară şi concisă a climo-balneo-talasoterapiei precum şi o înşirare alfabetică a agenţilor chimici împreună cu preparatele farmaceutice mai uzitate.

In capitolul de terapeutică specială sunt expuse împreună cu rezumate de patologie, terapeutica bolilor glandelor cu secreţie internă, ale sângelui, ale bolilor constituţionale, infecţioase, ale cavităţilor faciale, ale cordului, aparatului respirator, aparatului digestiv, ale aparatului genito-urinar, ale sistemului nervos şi ale pielei.

Expunerea este clară deşi succintă; este complectă deşi n'a păstrat din arsenalul terapeutic al diferitelor boli de cât medicaţia clasică sau cea dovedită de practica autorilor şi recunoscută de competinţa clinicianilor a fi dat rezultate mulţumitoare.

Am avut însă regretul de a nu fi găsit o tratare mai largă a turburărilor de nutriţie la sugaci. Cei ce au avut norocul să asculte admirabilele lecţiuni ale d-lui Profesor Manicatide şi să-şi precizeze noţiunile acestui greu capitol de patologie infantilă în clinica şi sub conducerea erudită a d-sale vor înţelege regretul nostru. Ne place să credem că dificultăţile technice şi teama de a nu da o extindere prea mare volumului nu vor mai exista la a doua ediţie a terapeuticei infantile şi vom avea astfel acest capitol mai desvoltat.

Volumul de Terapeutică Infantilă a d-lui Prof. Dr. Manicatide şi Dr. Cajal însemnează o frumoasă realizare medicală românească. Şi pe lângă incontestabila utilitate şi valoare ştiinţifică mai are meritul de a apare la timp. Curentul către Pediatrie a tinerilor medici din ultimii ani precum şi necesitatea unei activităţi mai intense de protecţie infantilă, aduc după sine nevoia de tratate şi literatură medicală românească. Este necesară o stimulare şi coordonare a forţelor şi competinţelor, pe cari le avem suficiente. Terapeutica Infantilă a D-lor Prof. Manicatide şi D-r Cajal însemnează un început fericit. Avem convingerea că primirea frumoasă pe care o va face corpul medical românesc acestui tratat va confirma afirmaţiunile noastre.

„Mişcarea Medicală"

Tratat de oftalmologie. **Prof. Dr. Michail.** Editura Universităţii din Cluj 1928.

Nevoia imperioasă, pe care extinderea învăţământului medical a simit-o odată cu înregimentarea numeroşilor studenţi din ţinuturile alipite, (dintre cari o bună parte nu ştiau altă limbă decât pe a noastră), de a pune la îndemâna lor manuale didactice româneşti, a fost împlinită prin laborioasa şi utilă sforţare a maeştrilor noştri, cari au dat la iveală în afară de broşuri şi cursuri litografiate, adevărate opere de înaltă cultură profesională.

Locul de frunte îl deţine Facultatea de Medicină din Cluj, neobosit centru de activitate ştiinţifică, unde se lucrează cu atâta râvnă şi mult spor. Din cele câteva tratate care au văzut lumina tiparului românesc, cel din urmă este *„Tratatul de oftalmologie"*, pe care d-l *Prof. D. Michail* — om de ştiinţă şi profesor desăvârşit — a reuşit să-l pună la îndemâna studenţilor avizi de lumină şi medicilor practicienii dornici de a-şi complecta cunoştiinţele oftalmologice.

Critica acestui tratat, după atât do bine meritatele elogii aduse fericitului autor de către colegii d-sale medici reputaţi şi de mare vază, mi-a fost încredinţată mie, de sigur ca reprezentant al generaţiei mai noi.

Increderea mă onorează iar sarcina îmi este extrem de plăcută. A scrie o carte didactică, un tratat de specialitate folositor şi plăcut cititorului, nu este un lucru uşor, îţi trebue pentru aceasta cunoaşterea adâncă a materialului tratat, talentul scriitorului consumat, şi un material sufletesc disponibil, de care **d-l Prof. Michail** a dat dovada că posedă din abundenţă.

Condus de spirit eminamente ştiinţific, alături de o riguroasă sistematizare a tuturor capitolelor cuprinse în tratatul de oftalmologie, D-sa pare a fi un bun psicholog când nu uită că într'o valoroasă lucrare menită să dăinuiască şi exteriorul comptează aşa *că forma trebue adequată fondului.*

Ingrijindu-se de exteriorul lucrărei, se concentrează asupra fondului şi fiindcă *„le style c'est l'homme"*, calităţile stilului şi preciziunea frazelor oglindesc toată personalitatea autorului.

Cu atât mai meritorii sunt elogioasele referate făcute până acuma acestei admirabile cărţi cu cât la noi *tiparul* nu întruneşte condiţiunile de accesibilitate şi nici perfecţiunea de technică a civilizatelor ţări occidentale trebuind pentru a ajunge la un bun rezultat să faci mari sacrificii sufleteşti şi să fii dotat cu mult spirit de abnegaţiune personală.

Rupând cu tradiţia de timiditate ce ne caracterizează pe noi românii,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

autorul *„prin străduință și preocupare de frumos, a dovedit că și la noi se pot obține cărți în tot atât de bune condițiuni technice, ca și cele cu cari ne obicinuiseră doar Germanii“*, după cum, pe bună dreptate, se exprimă colegul D-Sale de facultate D-l *Prof. Victor Papilian.*

Ca studenți, obicinuiți printr'o nenorocită mentalitate moștenită să nu dăm atenția cuvenită acestei importante ramuri de specialitate, armați cu diploma în buzunar și fără a cunoaște mai nimic din oftalmologie, ne avântăm în practica de toate zilele, cu speranța că *„va merge“*.

Dar cari dintre studiile complimentare poate fi mai necesară unui medic cu pretenții de cultură, decât oftalmologia? Pentru-că nu mică este greșeala ce o vom face când recomandând unui glancomatos să aștepte până „se coace perdeaua“, convinși fiind că afecțiunea oculară de care se glânge pacientul, nu poate fi decât o cataractă neoperabilă încă. Și nu cred ca o infirmitate să fie mai grozavă ca lipsa vederii, *dar* nevoit ce-l facem nefericitului, ce și-a pus nădejdea în noi, ascultând orbește de sfaturile medicului său curant.

Primul volum compus din 770 pagini, în afară de generalitățile privitoare la tehnica chirurgiei oculare, la boalele regiunei sprâncenoase, conjuctivei, corneei etc., cuprinde la începutul fiecărui capitol de patologie, anatomia și fiziologia, metodele de examen și semiologia organelor respective.

Numeroasele figuri scheme și fotografii, precum *planșele colorate* de o execuție impecabilă și minuțiozitate impresionantă, vin să complecteze în mod fericit, înalta operă de valoare științifică, stârnind admirația cititorilor și îndemnând la muncă pe doritori.

Biblioteca Universității Library Cluj

Preparatele microscopice cari fac parte din opera originală a acestui tratat și executate cu munca asiduă a colaboratorilor de fiecare zi, constituesc un punct de glorie în editarea manualului, în prefața căruia printr'o delicatețe de sentiment ce nu trece neobservată, autorul mulțumește acelora ce au pus tot sufletul în munca lor, neuitând nici pe laborantul său *Adam Simedru*, model de muncitor conștiincios și pasionat de științific.

De remarcat că în condensarea cunoștințelor oftalmologice, *D-l Prof. D. Michail* căutând să fie cât mai la curent cu noutățile științifice, face *o largă parte tuturor autorilor români*, cari prin străduința lor tacită și munca istovitoare, au contribuit în bună măsură, la progresul actual al oftalmologiei.

Răsfoind volumul avem impresiunea să ne aflăm în fața unuia dintre tratatele accidentale și viu impresionați de *abundența cercetărilor personale ale autorului*, ne oprim cu mândrie asupra capitolelor unde personalitatea domniei sale iradiază parfum științific și multă savoare clinică: *miseve utile dulci* a fost combinat sub cea mai fericită realizare.

Cunoscut ca distins oftalmolog și biolog de mare talent, în *epitelioamele glandelor lui Zeiss*, în *plasmomul conjuctivei* și mai ales în excepțional de frumoasă și originala descriere a *trahomului incipient*, D-l Prof. Dr. Mihail știe să ne antreneze la citire și să ne înfiltreze gustul studiului aprofundat și bine înțeles.

La terapeutică enumerând diversele metode medicale și chirurgicale a diferitelor afecțiuni oculare, bazat pe o îndelungată practică și condus de

frumoasele rezultate obţinute, ne expune pe larg concepţiile D-sale personale şi metodele de recomandat.

Ca o încheere a acestei modeste critici, nu putem trece cu vederea gestul emoţionant de semnificativă aducere aminte, când *Prof. Michail închină opera fostului D-sale maestru, regretatul Prof. Stănculeanu,* arătând generaţiunilor mai noi că prima datorie ce o avem, este respectul predecesorilor noştrii şi recunoştiinţă celor ce ne-a dat lumină din lumina lor.

Iar ca final, cred că cel mai complect omagiu ce-l pot aduce tratatului de oftalmologie, este citarea câtorva rânduri din eleganta recenzie făcută acestei cărţi, de D-l *Prof. D. Manolescu: „Unic în formă şi execuţie printre cărţile didactice române, reprezentând o muncă intensă şi o colectare zilnică de material propriu, acest tratatat cinsteşte facultatea de medicină din Cluj şi pe autorul lui. Consider că ori câte elogii s'ar aduce acestei lucrări, ele nu pot egala valoarea ei".*

Dr. I. Vasilescu.

Maladii simulate: sciatica. **Medic general Dr. Bădescu G., medic căpitan Dr. Apostol Od. şi medic căpitan Dr. V. Popârlan.** — Publicaţiile Cercului Medical Militar Cluj. Tipografia Cartea Românească, Cluj 1927.

Maladiile simulate interesează deopotrivă pe medicul militar, legist ca şi pe medicul asigurărilor accidentelor de muncă şi al închisorilor. Autorii definesc, fac un istoric al simulării în diversele epoci, citând personagii istorice, clasifică şi enumeră cauzele simulării după diverşi autori, citează cazurile medico-legale, în care se pune chestiunea simulării şi lucrările anterioare referitoare la ea. Intră apoi în tratarea subiectului; sciatica pe care o desvoltă în toate detaliile privind: anatomia, simptomatologia în complectul ei, diagnosticul diferenţiar topografic şi al formei de sciatică, durata şi tratamentul ei. Nu există procedee speciale de diagnosticare a simulării. Există mijloace, regule şi procedee de examinare. Este indispensabil un examen riguros complect şi imparţial, asemenea o cunoaştere aprofundată a maladiilor în general şi a maladiilor mai des simulate în special; dovada o fac autorii, în ceace priveşte sciatica, prin citarea a 4 cazuri clinice de simulanţi. Găsim această broşură extrem de interesantă prin istoricul şi clasificaţiunea simulaţiunilor ca şi prin complecta punere la punct a simptomatologiei sciaticei şi bibliografia citată şi aşteptăm cu justificată nerăbdare apariţia şi a celorlalte boale simulate, al căror studiu autorii şi-au propus a-l face.

Dr. S. Paulon.

Dr. I. Glăvan. *Noţiuni de Refracţie Oculară.* Tipografia „Cartea Românească", Cluj 1927.

In continuarea fericitei serii de apariţie a cărţilor de medicină românească, broşura D-lui Dr. I. Glăvan vine să complecteze în mod util şi admirabil, opera de mare valoare a distinsului specialist oftalmolog D-l Prof. D. Michail (Cluj).

In 70 pagini scrise într'un stil de impresionantă claritate şi presărate cu 23 figuri explicative, *„noţiunile de refracţie oculară"*, au menirea să îndrumeze pe cale bună numeroşii studenţi români, cari până acuma au dat prea puţină importantă studiului oftalmologie, iar practicienilor nespecialişti

le pune la îndemână atâtea elementare noţiuni de patologie oculară, indicate de a figura în primul rând printre cunoştiinţele generale ale unui medic cultivat.

Răsfoind această cărticică, rămâi surprins de uşurinţa cu care se înţeleg capitolele de refracţie oculară, puse la punct cu multă preciziune şi cu deosebită savoare clinică. Plecând dela reguli de fizică elementară şi mergând treptat spre studiul fiziopatologiei oculare, talentul de scriitor al D-lui *Dr. I. Glăvan*, a putut aduna tot ce ne trebue în practica medicală de toate zilele şi spre a ne feri de grosolane erori de diagnostic.

Acuitatea vizuală, refracţia statică şi dinamică, miopia, hipermetropia, astigmatismul, etc., nu mai constituesc un câmp avid şi greu de înţeles, pentrucă în această luminoasă broşură elegant prezentată, totul merge dela simplu la compus.

Ce altă critică am putea face acestor „noţiuni de refracţie oculară", decât citând recenzia făcută Clujului Medical de D-l *Prof. D. Michail*, binemeritat elogiu adus elevului de marcă, de către maestrul emerit şi creator de şcoală nouă: *„Lucrarea este plină de claritate, de concentraţiune şi de spirit didactic, încât sunt încredinţat că va fi utilizată cu deosebit folos, nu numai de către studenţime, dar chiar de către orice medic practician"*.

Dr. I. Vasilescu.

Indicaţiuni Roentgenterapeutice pentru uzul specialiştilor neradiologi şi al medicilor practicieni. **Docent Dr. Robert Lenk:** (în româneşte de D-rul Dumitru Găldău, radiolog al Spital. din Oradea).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Traducerea Doctorului Găldău făcută admirabilului ghid terapeutic radiologic, al Docentului Robert Leuk, umple un gol simţit în radiologia română, dând putinţa atât specialiştilor cât şi nespecialiştilor radiologi, să găsească în cuprinsul ei, sub forma lexico-enciclopedică, atât o scurtă expunere generală despre modul de acţiune al razelor X, cât mai ales indicaţiunile precise ale diferitelor afecţiuni — în ordine alfabetică — rezultat al unor cercetări îndelungate şi verificate în Institutul Radiologic din Viena al maestrului Holzknecht.

Sunt expuse în acest ghid numai afecţiunile pentru cari indicaţiunea radiotherapeutică este astăzi necontestată, sau în cari terapia aceasta, bazându-se pe observaţiunile de până acuma, pare a promite resultate satisfăcătoare.

Fiecare afecţiune justiciabilă de intervenţiunea razelor X, cuprinde indicaţiuni sumare asupra modului lor de acţiune, asupra duratei tratamentului, a simptomelor concomitente şi consecutive tratamentului, asupra indicaţiunilor în speţă, şi termină cu o formulă de tratament din care rezultă în mod luminos numărul iradierilor necesare, al pauzelor dintre ele, şi al filtragiului adequat.

Incontestabil deci, că la meritul autorului ce a dat la iveală această operă, se adaugă şi meritul traducătorului, care a înţeles să faciliteze medicilor noştrii şi nu numai celor nespecialisaţi, consultarea ei şi să le pună la îndemână o lucrare atât de practică şi folositoare lor.

Dr. Eskenasi.

Practica moşitului de **Dr. Marius Georgescu**, Chirurg al Maternităţii. (Un volum de 137 pagini cu 68 fig. în text apărut în editura: Soc. de editură medicală culturată Bucureşti. Ediţia II revăzută şi adăogată.

In această carte scrisă clar şi bine documentat, autorul oferă în primul rând moaşelor pe lângă o revedere a conştiinţelor vechi căpătate şi o cunoaştere metodică a cunoştiinţelor noi.

Primele capitole tratează noţiuni de obstetrică şi puericultură antepartum, ultimele capitole tratează accidentele din timpul facerei.

Capitolul special cunoscut lehuzei, unde autorul insistă asupra îngrijirei, ce trebue dat femeii în timpul lehuziei şi accidentelor în lehuzie, atrage în parte atenţia asupra mijloacelor profilactice ale infecţiei puerperale.

Termină cartea cu îngrijirile, ce trebuesc date copilului în primele luni după naştere, evitând astfel procentul mare de mortalitate infantilă, acolo unde moaşele pot instrui pe mame.

Azi moşitul a devenit o ramură a obstetricei ce cere pregătiri şi cunoştiinţe precise. Autorul acestui volum pune la îndemână celor interesaţi această broşură care prin claritate şi metodă ia un caracter didactic. Şi nu numai moaşele, ci toţi cari sunt chemaţi a asista copilul sau femeia asupra facerei vor găsi în acest volum o călăuză extrem de utilă.

Deci lucrarea trece peste moaşe şi adresându-se studenţilor în medicină se opreşte direct la medicii practicieni.

Pornind dela un grad superior de cunoştiinţe, pe celelalte presupunându-le adunate, intră deadreptul în tratarea subiectului şi pe un ton ridicat la un nivel net ştiinţific, care lasă la o parte explicaţii secundare, această lucrare continuă printr'o evoluţie progresivă clasica *„Artă a moşitului“* a decedatului Prof. Drăghiescu.

Cu acea carte mulţi dintre noi au învăţat arta de a trece un doctorat în aceleaş condiţiuni ca şi moaşele.

Cu această carte moaşele vor încerca să-şi aproprieze noţiunile unei ştiinţe, care de multe ori copleşeşte puterea mijloacelor lor de pătrundere.

Şi deşi adaptată vederilor şi indicaţiilor maestrului său, D-l Prof. Dr. M. Gheorghiu, această carte nu reflectă vederile unei şcoale, întru cât clinica obstetricală din Bucureşti represintă tot ce s'a stabilit mai ştiinţific în această ramură a medicinei şi este încă în continuă urmărire a progresului,

Acest „catechism al specializaţilor (şi deci şi al moaşelor)“ cum îl numeşteProf. Gheorghiu, care i-a dat autorului misiunea de încredere de a-l scrie, dă noţiuni de o preciziune matematică într'un stil de o concisiune lapidară şi prin expresiuni de frumoasă limbă românească; întruneşte deci tot ce poate recomanda şi impune.

Iar prin eleganţa formei şi prin exteriorul său impozant cartea aduce şi noţiunea că cel ce practică ştiinţa moşitului să nu uite că moşitul este şi o artă.

„Mişcarea Medicală“

Dr. Emil Pocrean. *Studiu introductiv în fizio-patologia sistemului nervos vegetativ.* Tip. „Cartea Rom.“, Cluj 1928. — In dorinţa de a pune la îndemâna medicului practician şi studentului o broşură în care studiul anatomofiziologic al s. nervos vegetativ să fie cât mai complect şi la curent cu noile achiziţiuni ştiinţifice, D-l Dr. Emil Pocrean nu s'a mărginit

a face o simplă monografie a acestei chestiuni, ci a căutat ca într'o lucrare de 103 pagini sa rezume tot ce d-sa a studiat la Fac. Medicină din Cluj şi Bucureşti.

Pătruns de adevărul ştiinţific şi autoritatea maeştrilor săi, ne face un real serviciu cu tipărirea lucrărei de faţă bine sistematizată şi cu deosebit talent pusă la punct. Conducându-se în capitolul *Anatomiei* de valoroasele cercetări ale *Prof. Papilian* şi disecând cu abilitate origina, traectul şi terminaţiunile s. nervos vegetativ, ne pregăteşte pentrn o uşoară şi mai bună înţelegere a *fizio-patologiei* lui, atât de discutată pe cât de necomplectă.

Luând în general *fir conducător* cercetările făcute în această direcţie de *Prof. Danielopolu*, autorul caută să pătrundă misterul fiziopatologic, isbutind să explice *etiologia* şi *patogenia* syndromelor ce decurg din turburarea echilibrului neuro-vegetativ.

Nu poţi cunoaşte mai precis *parasimpaticul* (cranian, dorso-lombar, sacrat) şi *simpaticul* (cu fibrele sensitive, preganglionare, postganglionare) decât citind această cărticică unde *metoda inscripţiunilor viscerale* (Danielopolu) utilizată la tot pasul, ne dă întinse şi sigure informaţiuni.

Funcţiunile s. neuro-vegetativ, antagonismul simpatico-parasimpatic, centrii vegetativi superiori şi sensibilitatea viscerală, constituesc capitole demne de tot interesul.

In *semiologia* acestui sistem sunt trecute în revistă şi bine studiate probele *mecanice* (r. oculocardiac, r. compresiune al vagului, r. pilomotor), *farmacodinamice* (atropina, adrenalina, ezerina), *biochimice* (metabolism bazal, toleranţa hidraţilor de carbon) şi *combinate*, dintre cari cea mai precisă este metoda Prof. Danielopolu — *atropina combinată cu orthostatism*.

Biblioteca Universitară "Iorgu Iordan"

Toate aceste probe nu trebuesc considerate cu o valoare decisivă, ci privite numai în concordanţă cu principalele metode de exploraţiune clinică.

Ca în orice domeniu al medicinei interne, clinicienii au căutat să stabilească şi aci o *clasificaţiune*, formând grupele *vagotoniei, simpaticotoniei* şi *neurotoniei* (Guillaume), în aceasta din urmă intrând toate cazurile cari nu sunt nici vago, nici simpaticotonice pure. Ea poate fi *intricată* când simptomele vago şi simpaticotonice se amestecă, sau *alternantă* dacă ele se succed în timp.

Dar noţiunea de predominenţă a unuia din aceste 2 sisteme, a căpătat cea mai precisă expresie în denumirea „*Amfotonie*“ creată de *Prof. Danielopolu*, cu variaţiunile ei în plus sau în minus.

Sindromele vegetative cu manifestări organice localizate (astm, ulcer gastric, angina de pept, miastenia, sindr. Basedow) ca şi sindr. *vegetative localizate* (sindr. neg. cervical, sindr. ganglionar, sindr. simpatic abdominal) tratate cu aceiaşi competinţă, sunt o admirabilă recapitulare complectată cu noţiuni recente de actualitate.

Terminând această utilă broşură prin terapeutica vegetativă, autorul nu uită să remarce larga contribuţie românească, atât *la tratamentul medical* (Danielopolu), cât şi la cel *chirurgical*, unde *Prof. Th. Ionescu, D-trie Ionescu, Bălăcescu* şi *Dr. Gomoiu* prin cercetări de seamă au făcut să progreseze chirurgia s. nervos vegetativ, pusă definitiv la punct de Prof. Danielopolu în ce priveşte tratamentul chirurgical al anginei de piept.

R. H.

Noţiuni de Organizare şi Legislaţie Sanitară, Farmaceutică, de Asistenţă Socială şi I. O. V. de **Al. Pretorian,** şeful Contenciosului Ministerului Sănătăţii Publice 1928.

Autorul a strâns la un loc tot ce priveşte organizaţia şi legislaţia sanitară, farmaceutică, de asistenţă socială şi I. O. V.

Introducerea, pe care o redăm mai jos explică cu prisosinţă scopul şi obiectul acestei opere foarte folositoare şi venită la timp.

Este folositoare înainte de toate oricărui medic, care îndeplineşte o funcţie în stat şi de acea o recomandăm cu toată căldura.

„Lucrarea de faţă nu este o inovaţie nici o operă pură personală, ea constituind o compilare şi o coordonare a unui material existent, atât în coloanele Monitorului Oficial, cât şi în diverse scrieri, pe care le voiu enumăra mai jos şi de care m'am servit, extrăgând părţile folăsitoare pentru noţiunile de organizaţie sanitară, farmaceutică, de asistenţă socială I. O. V.

Prin dispoziţiile legiuirilor actuale, s'a complectat o lacună de mult simţită, prin introducerea obligativităţei cunoştiinţelor legislative, atât la examenul de capacitate a medicilor, la examenul de farmacişti diriginţi, cât şi la cursurile de perfecţionare a medicilor, mai ales după înfiinţarea Institutului de Higenă şi Sănătate Publică, fără a mai aminti şcolile de agenţi sanitari, moaşe. surori de ocrotire şi toate Organele Ministerului Sănătăţi şi Ocrotirilor sociale ce au avut şi nevoe de astfel de cunoştiinţe.

Nu m'am gândit nici un moment a face o critică legislaţiei nici a discuta. Principiile legislaţiei le-am trecut bazat pe textele actuale din legile şi regulamentele in vigoare consacrate şi prin deciziunile şi jurisprudenţele instanţelor judecătoreşti.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M'am servit mai ales în istoricul legiuirilor; de lucrarea D-lui Inspector General Sanitar Dr. I. Bordea. fost director general al serviciului sanitar, în descrierea ce o face asupra serviciului sanitar al României şi higienă publică între anii 1905—1922.

De asemenea m'am servit de expunerea generală a stărei sanitare în România din 1923 şi în special articolele D-lui Dr. Al. Kaminschi, precum şi de lucrarea D-lui Gălăşescu asupra Floriei Spitalelor Civile.

In materie farmaceutică am extras din materialul documentar pentru rezolvirea chestiunei farmaciei în România, adunat şi adnotat de D-nul Inspector General Sanitar Dr. P. Cazacu, secretar general al ministerului sănătăţii şi ocrotirilor sociale, în colaborare cu D-nul Farmacist I. Constantinescu-Frunză şi în materie de medicină legală am extras din tratatul complect de medicină legală D-lui Profesor Dr. Mina Minovici.

Expunerile de motive ale Profesorului Dr. V. Sion şi Mărzescu, precum şi manualul sanitar al D-lui Inspector General Dr. Flor, m'au ajutat foarte mult în această lucrare.

Scopul acestei lucrări este de a grupa pe chestiuni toate dispoziţiunile din legile, regulamentele şi jurisprudenţele în vigoare, relative la ministerul sănătăţii şi ocrotirilor sociale, fiind convins că am putut procura celor interesaţi o orientare uşoară asupra tuturor chestiunilor ce-i privesc.

Intrucât această lucrare, este prima ce s'a alcătuind în scopul arătat mai sus, o prezint ca o încercare modestă şi fără pretenţie, cu speranţa că în viitor va fi complectată de cei în drept, conform experienţilor şi necesităţei vremurilor". *M. M.*

C. — TEZE

1. *Susţinute la Facultatea de Medicină din Bucureşti*
(Aprilie — Iulie 1928)

Schor Beniamin. — Evaluarea incapacităţii de muncă consecutivă amputaţiilor coapsei.

Coteanu G. Vasile. — Sinucidere prin spânzurare cu o scurtă privire asupra simptomelor şi mecanismul morţei prin spânzurare.

Talic Herscu. — Contribuţiuni la studiul diabetului inspid.

Chiriţă Const. — Asupra tratamentului calculilor uretrali prin cateterism.

Mariani Iulius. — Complicaţiile urinare în cursul apendicitei.

Condurachi Vasile. — Contribuţinni la studiul simpactectomiei periarteriale.

Busuiocescu Veronica. — Poziţiunea Crouzat-Walcher.

Edelstein Iosefina. — Consideraţiuni statistice asupra tumorilor.

Nicolescu Ilie. — Consideraţiuni generale asupra radiologiei în boalele interne.

Odobleja Ştefan. — Accidentele de automobil. Studiu medico-legal.

Modran Eugen. — Contribuţiuni la studiui litiazei salivare.

Ştefănescu Vasile. — Studiul glicemiei în parotidita epidemică.

Mironescu Ionel. — Peritonita traumatică consecutivă accidentelor de muncă.

Duda Daniel. — Consideraţiuni asupra diverticulilor vezicali.

Săndulescu Const. — Contribuţiuni la studiul neoplasmelor costale primitive.

Pavlovici Maria. — Cousideraţiuni asupra adenomului glandelor sudoripare.

Cameniţă Vasile. — Nefrită pneumonică cu sindrom azotemic.

Lupulescu Ioan. — Turburări respiratorii în encefalita epidemică.

Ghiorghie Simo. — Contribuţiuni la tratamentul fracturilor prin grefe osoase.

Tzerner Marcel. — Cancerul experimental prin gudron.

Petrovici Adrian. — Acţiunea sărurilor de barium asupra trat. ulcerului şi al sindromelor iperstenice ale stomacului.

Sufrin Uşer. — Seroreacţia de fixare în tuberculoză cu antigenul Wassermann cu Tetralină Lecitină.

Paulian Virgil. — Mio Sarcomul primitiv al vezicei urinare.

Dubovan Petre. — Consideraţiuni anatomo-clinice asupra celulitelor mastoidiene aberante.

Löwy David. — Consideraţiuni asupra rachianesteziei.

Popescu Ioan. — Hemoragiile post-partum.

Seicarescu Gh. — Limfogranulomatoza subacută benignă inguinală.

Vlădescu Şerban. — Contribuţiuni la studiul tuberculozei pulmonare în armată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Milcu Ştefan. — Este corpusculul carotic un paraganglion?

Gheorghe Paraschiv. — Trat. fracturilor gambei prin aparatul de mers Delbet

Guriţă Const. — Contribuţiuni la studiul legiferărilor antialcoolice în România.

Posenkrantz B. — Contribuţiuni la studiul unor noi semne pentru diagnosticul sifilisului congenital al sugarului.

Niţescu Gheraşcenco Elena. — Contribuţiuni la studiul stenozelor cicatriciale ale orificiului intern al colului.

Popescu D. — Studiul influenţei apelor minerale chloruro-sodice sulferine şi iodurate de Govora asupra trat. anemiilor.

Bader Matei. — Studiul raselor de pnemococi în România în iarna anului 1927-1928.

Băluică Ioan. — Contribuţiuni la studiul clinic şi radiologia al adenopatiei tracheo-bronşice la copil.

Teodoreanu Const. — Antigenul metilic în trat. tuberculozei.

Zilişteanu Const. — Serotorapia specifică în pustula malignă.

Dona Mircea. — Importanţa sindromului adenodian în patologia infantilă.

Gaftin Gr. Ioan. — Complicaţiile articulare ale mastoiditelor.

Galfov Haralambie. — Amputaţiile degetelor mânii consective accidende muncă.

Vasilescu Mihail. — Accidentele mortale de cale ferată prin tamponare, în câmpul muncii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Petraru Vasile. — Acţiunea Tartatului de Ergotamină (zonergen), asupra secreţiei gastrice la om în stare normală şi patologică.

Popescu Aurelian. — Serul antitetanic în trat. curativ al tetanosului.

Zalman Zizu. — Albuminuria în cursul apendicitei.

Popovici Nerva. — Tratamentul malariei pe cale sanguină.

Prigoreanu D. — Explorarea sistemului nervos vegetativ cu Belafolină şi Atropină la oligrofrenici.

Ionescu Alex. — Contribuţiuni la studiul grupelor sanguine la alienaţi.

Constantinescu Gheorghe. — Contribuţiuni la studiul sistemului vegetativ în bolile mintale. Incercări de terapentică vegetativă.

Cornăţeanu D. — Semnificaţia semeiologică a fenomenului lui Chvostek Kahn şi Falta.

Popescu Gh. — Sugestia în psihoterapie.

Ionescu Olga-Paşcani. — Tratamentul ulcerelor corneene prin cauterizarea cu termocaterul cu vapori a lui Wessely.

Cilianu Paul. — Contribuţiuni la tratamentul trachomului cu oleu de Chaulmogra şi Tracholisină.

Deleanu M. — Malariterapia în atrofiile optice progresive neurosifilitice.

Dickman Iacob. — Contribuţiuni la rezecţia maxilarului inferior în tumorile maligne.

Cernef Ştefan. — Contribuţiuni la studiul laringitelor cronice şi tratamentul lor.

Mihai Ion. — Corticopleuritele scizurale gripale.

Vârcolici Olga. — Tratamentul medical al deviaţiilor uterine.

Spineanu Dumitru. — Litiaza intestinală.
Bădescu Alex. Contribuţiuni la studiul curiterapiei cancerului penisului.
Barbici Ioan. — Apendicita şi gripa.
Ionescu Aurel. — Hyrudinizarea în flebite şi embolii.
Hamdi Suleiman. — Calopatia şi apendicita.
Constantinescu C. — Atituninea corpulni şi secreţia sudorată.
Nicolcea Rafael. — Eclampsia fost partum în Inst. obstetrical „Maternitatea".
Stan Dumitru. — Hematocelul pilvian supurat.

2. *Teze susţinute la facultatea de medicină din Cluj*
(Ianuarie — Iulie 1928)

Victor Tisi. — Cercetări istochimice asupra substanţelor grăsoase în timpul putrefacţiunei şi noui contribuţiuni la stabilirea datei morţii.
Andrei Fried. — Anomaliile Maxilo-dentare cu privire la progenie şi tratamentul lor ortodontic.
Grosfeld Roza. — Hernia diafragmatică.
Budik Iacov. — Coasta cervicală.
Bologa Virgil. — Diagnosticul tuberculozei la copii prin cercetarea bacilului Koch în scaune.
Nemeth Nicolae. — Piciorul plat şi tratamentul său chirurgical ortopedic
Steru Piroşca. — Noţiuni istorice asupra antisepsiei şi asepsiei.
Pop. Dionisiu. — Contribuţiuni la studiul cancerului tyroidian.
Schnabel Ede. — Insuflaţiile abdominale.
Mărgineanu V. — Studiul clinic al fracturilor bazinului.
Liviu Funariu. — Influenţa parasimpaticului asupra glicemiei.
Emilia Ciuta. — Sindromul duodeno-vezical.
Noszin Elisabeta. — Coxo-tbc tratată în clinica chirurg. din Cluj.
H. Fischbach. — Despre tumori testiculare.
Amiraş Margareta. — Spina bifida.
Leb Maria — Fracturile coloanei vertebrale.
Nicoară G. — Rolul sifilisului hereditar în distrofiile şi atrofiile primei copilării.
Petrescu E. — Trat. rinitei atrofice prin autohemoterapie.
Pironcof Ioan. — Suprarenaliotomia în gangrena spontană.
Cărpinişan C. — Cryptorchidia.
Tocan V. Papilomul vezicei urinare.
Derevici I. — Contribuţiuni la studiul traumatismelor craniene, comoţiunilor cerebrale şi neurozei traumatice.
Iosif Ursan. — Contib. la istoricul variolizării şi vaccinării în teritorile locuite de Români.
Petezeanu G. — Visele în demenţa precoce.
Stoia Livia. — Trat. chirurgical al pleureziilor purulente la copii.
Diaconu Hristea. — Epiteliomul buzelor.
Busuiocescu G. Fracturi craniene, studiu clinic şi statistic.
Bihaci Pirosca. — Efectul razelor ultra violete asupra rachitismului.
Stanciu Stroia. — Trat. radioterapic al guşei exoftalmice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Berariu D. — Aplicaţiuni ale reaciei Abderhalden şi reacţiei ca extract alcoolic în medicina legală.

Buzaş M. — Manif. oculare ale gripei.

Mihailă T. — Cancerul primitiv pulmonar.

Alex. Corbeanu-Ungureanu. — Consid. statistică asupra sifilisului ocular în clinica oftalmologici din Cluj.

Russu S. — Contrib. la studiul cirozelor hipertrofice ale ficatului

Galaguta Natalia. — Contrib. la alimentaţia copiilor distrofici prin hordenzim.

C-tin M. Sireteanu. — Observaţiuni asupra prolapsului genital.

Eugen Costea. — Lipiodiagnosticul sistemului nervos.

Scultz Tiberiu. — Impetigo herpotiform.

Păun Niţu. — Trat. erizieclului cu ser Behring şi Cantacuzino.

Duşa Octavian. — Tuocorile Colonului ilio-felvian.

Dumitraş E. — Congelaţiuni.

Farkaş D. — Mastoidita gripală.

Avram Cornel. — Tuberculoza Colonului Ilio-Pelvin.

Borbil V. — Consideraţiuni asupra diurezei prin sărurile mercuriale.

Koch Robert. — Medicii saşi din sec. al XVIII-lea în oraşele săseşti ale Ardealului.

Iriminoiu Gh. — Contribuţiuni noi la etiologia apendicitei.

Trandafilidi I. — Trat. pioreeci alveolare.

Comşa O. — Studii asupra cancerului.

Gaşpar N. — Transplantări libere osoase.

Seracin Liviu. — Medicina în moldova între 1780-1800.

Virgil Vasilca. — Indicaţiile medicale ale splenectomiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ
IN STRĂINĂTATE

Congrese internaţionale

AL II-lea CONGRES INTERNAŢIONAL DE RADIOLOGIE (STOCKHOLM)
23—27 Iulie 1928

Al 2-lea Congres Internaţional de Radiologie a avut loc anul acesta la Stockholm între 23—27 Iulie, sub înaltul patronaj al A. S. R. Principele moştenitor al Suediei şi sub preşedenţia profesorului Forsell.

Acest congres, care a reunit 836 membrii, aparţinând la 40 de naţiuni diferite, a întrecut toate aşteptările în ceiace priveşte minunata sa organizaţiune. Activitatea neobosită a comitetului de organizaţiune, a ştiut să creeze o admirabilă atmosferă de simpatie şi colegialitate. Frumuseţile oraşului, instituţiunile sale culturale, organizarea clinicelor şi laboratoriile din Stockholm, au satisfăcut spiritele cele mai dificile. Peste tot domneşte ordinea deplină, cinstea şi râvna de muncă. Tot timpul congresului oraşul a îmbrăcat haina de sărbătoare. Drapelele tutulor naţiunilor reprezentate erau peste tot arborate. Străinul întâlnia în figurile tutulor localnicilor o privire de simpatie; orice desluşire, orice amabilitate i se oferia la primul său gest. Din acest punct de vedere s'au remarcat în special tinerii studenţi în medicină, cari tot timpul congresului au format o adevărată gardă de onoare.

Solemnitatea deschiderii congresului a avut loc în „Palais des Concerts" în prezenţa A. S. R. Principele moştenitor al Suediei, care a ţinut o frumoasă cuvântare.

Au mai pronunţat discursuri, cu această ocaziune, profesorul Forsell în calitate de preşedinte al congresului, M. Trygger, chancelier de l'Université, Sir Humphry Rolleston de la „Britisch Institute of Radiology".

Şedinţele congresului s'au ţinut în palatul Parlamentului. Comunicările au fost repartizate pe secţiuni în modul următor:

Sectiunea A Radiodiagnostic
„ B Radiotherapie şi curietherapie
„ C Radiobiologie şi Heliotherapie
„ D Fizică şi electrologie medicală.

Chestiunile importante ale congresului, au fost tratate în şedinţe plenare. Personagiile cele mai autorizate au fost invitate să-şi expună părerile asupra lor.

Una din principalele chestiuni aie acestui congres a fost problema învăţământului teoretic şi practic al Radiologiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Punerea în discuţiune acestei chestiuni a fost fără îndoială motivată pe deoparte de dezvoltarea, luată în ultimul timp, a radiologiei medicale, care astăzi constitue incontestabil o specialitate, pe de altă parte de faptul că învăţământul radiologii, în cele mai multe centre universitare, este încă insuficient.

D. Belot, în calitate de delegat al Societăţei de Radiologie din Paris, dupe ce face un istoric al radiologiei franceze, expune organizarea actuală a învăţământului radiologic în Franţa, arată în acelaş timp activitatea şi rolul important pe care D. Béclère l'a avut în dezvoltarea radiologiei franceze. D-nia-sa numeşte cu drept cuvânt pe acest maestru al unei întregi generaţiuni de radiologişti francezi şi străini „Le père Béclère".

Dupe D. Belot învăţământul radiologiéi trebuie să fie împărţit în două: un învăţământ general pentru studenţii şi medicii cari nu vor deveni specialişti în radiologie. Acest învăţământ va consta în noţiuni generale de radiologie necesare azi oricărui medic, pentru a putea utiliza cu folos şi în mod raţional în practica sa această preţioasă metodă de investigaţiune, de care clinica modernă nu se mai poate dispensa.

Un al 2-lea învăţământ trebuie instituit pentru medicii, cari vor să se specializeze în radiologie.

Pentru a fi cineva un bun radiolog, trebuie în primul rând să aibe o vastă cultură medicală şi cunoştinţe aprofundate de clinică; în al 2-lea rând îi trebuesc cunoştinţe de fizică iar în a 3-a linie radiologul trebuie să posede o technică corectă, care nu se poate căştiga fără o practică de mai mult timp în diferite laboratorii de radiologie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Profesorul Forsell dupe ce arată importanţa radiologiei şi numeroasele sale aplicaţiuni în toate ramurile medicinei, găseşte inutil de a mai insista asupra necesităţei învăţământului radiologiei în toate centrele universitare, chestiunea importantă pentru dânsul este organizarea acestui învăţământ pentru obţinerea celor mai bune rezultate. Dupe D-nia-sa, toţi medicii, oricare ar fi specialitatea lor, au astăzi nevoie de oarecari noţiuni de radiologie pentru a putea aplica în practica lor această metodă, în scop de diagnostic sau de tratament.

Aceste noţiuni trebuesc predate în mod obligator în cursul anilor de studii. Un alt învăţământ teoretic şi practic trebue să existe pentru medicice vor să se specializeze în radiologie. Acest învăţământ va forma radioi logi pentru posturile de asistenţi ai diferitelor laboratorii sau institute de radiologie, şefi pentru conducerea acestor laboratorii şi în fine viitorii profesori de radiologie.

Radiologii specializaţi trebuesc şi ei divizaţi în două categorii: specialişti în radiodiagnostic şi în radiotherapie.

Pe aceste principii este astăzi organizat învăţământul şi practica radiologiei în Suedia. Mai există la facultatea de Medicină din Stochhlom un curs zis de perfecţionare, ce constă într'o serie de conferinţe şi lucrări practice pentru doctorii în medicină, cari s'ar găsi nevoiţi la un moment dat să practice singuri oarecari examene radiologice.

Acest curs dă dreptul celor ce-l urmează de a face examene radiologice în scop de diagnostic nu însă aplicaţiuni de raze în scop terapeutic. Acestea au fost principalele idei ce s'au emis în privinţa învăţământului ra-

diologiei. Numeroase alte rapoarte au fost însă depuse de numeroşi profesori din diferite centre universitare, cari vor fi ulterior publicate într'un important volum. Din partea României D-l profesor Negru dela facultatea de medicină din Cluj, a depus un raport asupra învăţământului radiologiei în facultăţile noastre.

A doua chestiune importantă discutată la acest congres, a fost chestiunea unificărei modului de dozaj al radiaţiunilor şi stabilirea unei singure unităţi universale.

S'a admis că în locul celor două unităţi existente azi, R. frances şi R. german să se introducă o singură unitate, r, bazată pe principiul lui Behnken.

In fine, a treia chestiune importantă, a fost chestiunea mijloacelor de protecţiune ce trebuesc luate în toate laboratoriile de radiologie, pentru protejarea bolnavilor, a radiologului şi a personalului de laborator.

In ţările înaintate ca Suedia, Norvegia, Danemarca aceste mijloace de protecţie încep a fi legiferate şi riguros controlate de autorităţile respective.

Asupra diferitelor subiecte de radio-diagnostic, radiotherapie şi radiobiologie s'au făcut în total 43 de comunicări; toate aceste comunicări au fost într'un mod judicios clasate pe secţiuni, iar la fiecare secţiune, chestiunile privitoare la acelaş subiect au fost reunite pentru a se face o singură discuţiune asupra lor.

O expoziţie de aparate de radiologie a avut loc în tot timpul congresului în „Hall-des Beaux-Arts“ iar în palatul Parlamentului au fost expuse tratatele şi manualele de radiologie publicate în ultimi cinci ani, precum şi toate revistele de radiologie apărute în cursul anului trecut.

Orele de muncă au fost admirabil recompensate prin recepţii şi banchete, cari pe deoparte am stabilit relaţiuni de prietenie şi colegialitate între radiologii diferitelor ţări şi continente iar pe de altă parte au sădit în inimile tutulor, un frumos suvenir al zilelor petrecute în Suedia.

La serata de recepţie care a avut loc la restaurantul „Berns Solonger“ congresiştii au fost pentru prima oară reuniţi. A urmat apoi ceaiul dela palatul regal din Stochholm unde congresişti au fost primiţi de A. S. R. Principele moştenitor al Suediei.

Banchetul şi serata oferită de municipalitatea din Stochholm în măreţele saloane din „Hotel de Vile“ au fost într'adevăr feerice.

Serbările au fost încheiate prin banchetul congresului, la „Grand Hotel“ cu care ocaziune tineretul universitar a cântat oaspeţilor frumoasele lor ari naţionale.

Dupe terminarea congresului s'au făcut excursiuni în cele mai frumoase localităţi ale Suediei.

Al treilea congres internaţional de radiologie se va ţine la Paris în 1931 sub preşedenţia D-lui Béclère.

Dr. Lazeanu.

Stockholm, Iulie 1928.

PRIMUL CONGRES DE OTO-RINO-LARINGOLOGIE DE LA COPENHAGA

29 Iulie—2 August 1928

Până la această dată congresele acestei specialităţi se ţineau divizate în congrese de otologie şi de laringologie. Dorinţa exprimată de congresiştii de la Paris la 1922, de a se ţine un congres internaţional care să cuprindă otologia şi rino-faringologia reunite s'a putut înfăptui abea în anul acesta şi a avut şi deosebita importanţă că sub auspiciile ştiinţei a reunit laolaltă într'o desăvârşită armonie, pe vechii aliaţi ca şi pe reprezentanţii puterilor centrale, restabilind astfel relaţii cari nu mai existau încă de la răsboiul cel mare

Şedinţa de deschidere a avut loc la 30 Iulie în sala mare a Parlamentului din Copenhaga cu înalta participare a regelui Cristian, a Ministrului afacerilor străine a miniştrilor de instrucţie şi interne ai Danemarcei şi sub prezidenţia profesorului Schmigelow.

Numărul congresiştilor a trecut de 600 reunind astfel reprezentanţii cei mai autorizaţi ai mai multor ţări.

Din partea României au participat d-l Prof. Dr. Meţeanu ca delegat al Facultăţii de Medicină, Dr. Costiniu şi Dr. Brătescu Virgil ca reprezentanţi ai Societăţii române de oto-rino-laringologie şi ai Ministerului Sănătăţii Publice precum şi D-nii Popovici, Andreescu (Vaslui) Vasiliu, Anthal, Medic Lt. Colonel Dumitrescu şi D-ra Dr. Angheleanu.

CC-BY-NC-SA Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Cluj-Napoca

Au fost peste 200 de comunicări şi mai multe rapoarte cari au fost ascultate cu un deosebit interes şi au dat loc la discuţiuni foarte instructive.

Prof. Uffenorde din Marburg şi Ferveri din Roma au adus interesante contribuţiuni la cunoaşterea *„Septicemiei de origină faringiană"*.

Prof. Neumann dela Wiena a vorbit despre: *Operaţia radicală conservatoare în supuraţiunile urechei medii"*. Interesante demonstraţiuni au fost făcute de profesorii Mourel din Montpellier, Portman din Bordeau şi Wittmack din Hamburg asupra. *Structurei anatomice a urechei medii şi influenţa sa asupra mersului supuraţiunilor urechei.*

Deosebit de importante au fost raporturile D-rului Mackenzie din Londra şi prof. Holmgreem din Stockholm asupra: *Tratamentului prin diatermie al cancerului căilor aero-digestive superioare.*

Profesorului Portman i-a revenit sarcina în urma sfârşitului prematur al fostului profesor Mourel, de a reprezenta vederile otologilor francezi asupra *„Supuraţiei urechei medii"*.

Congresul a realizat un succes ştiinţific de primul ordin atât prin numărul şi valoarea comunicărilor cât şi prin aceia a participanţilor.

Copenhaga a fost la înălţimea aşteptărilor şi a lăsat tuturor congresiştilor amintiri din cele mai frumoase. Perfecta organizare a congresului, deosebita atenţiune de care s'au bucurat congresiştii, atât din partea oficialităţei cât şi din partea populaţie, strălucirea recepţiilor oficiale şi primirea

călduroasă, atmosfera minunată a reuniunilor intime vor rămâne pentru congresul viitor un exemplu dificil de egalat.

Viitorul congres a fost hotărât în 1932 la Madrid. La acest congres s'a format un comitet internaţional în care România va fi reprezentată prin D-nii D-ri Costiniu şi Col. Dr. Brătescu Virgil.

Copenhaga, August 1928.

Un congresist.

TRICENTENARUL LUI WILLIAM HARVEY

Colegiul regal al medicilor din Londra, guvernul Englez, fruntaşii vieţi medicale engleze şi internaţionale au celebrat cu deosebită strălucire al treilea centenar dela descoperirea circulaţiei sanguine de către *Villiam Harvey.*

Facultatea de Medicină din Bucureşti şi cu ea Medicina Românească a fost reprezentată prin personalitatea D-lui *Profesor Dimitrie Ionescu* din al cărui admirabil articol asupra operei lui *Harvey* şi asupra festivităţilor comemorative dela Londra extragem o parte din materialul prezentului articol *).

Judecarea unei descoperiri, peste care s'a aşternut vulgarizarea, banalizarea chiar, a trei secole, este defectuoasă dacă nu este privită la lumina cunoştiinţelor şi atmosferei ştiinţifice şi sociale a acelor vremi. Şi mai este necesară înţelegerea aportului nou pe care-l aduce cercetătorul, alături de geniala pătrundere şi folosire a cunoştiinţelor anterioare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Născut la Folkestone la 1578 *Harvey* urmează cursurile şcoalei secundare la Cambridge până la 1597. Este epoca în care Renaşterea întinsese binefăcătoarele sale efecte asupra Europei. Şi nu este o coincidenţă că cel care avea să dea cea mai frumoasă descoperire a vremurilor sale şi-a făcu studiile medicale în Italia, centrul mişcării culturale a timpului.

Erea epoca de strălucire a Renaşterii. Secolul al XV-lea n'a însemnat decât o schimbare în felul de a privi viaţa socială şi individuală. Dar transformarea aceasta a fost mai mult lăuntrică, de idei şi sentimente. Abia la sfârşitul veacului al XVI-lea şi începutul celui de al XVII-lea schimbarea se întinde în afară, atinge tradiţiile şi atacă instituţiile.

Nu a fost posibil ca această atmosferă de primenire să nu fi pătruns în medicină. *Harvey* găseşte la Padova începuturi de material pentru opera sa, pregătire ştiinţifică suficientă pentru viitoarele sale cercetări şi tăria morală de a înfrunta reacţia savanţilor prăfuiţi de concepţiile seculare ale lui *Galenus.* Nu trebue uitat că are de maestru pe *Fabricius d'Acquapendente,* pe *Giulio Caseri* şi că la Padova erea vie încă amintirea lui *Realdus Colombus* care răspândise lucrarea lui *Miguel Servetus.* Tot atunci *Harvey* l'a ascultat pe *Galileu,* l'a văzut murind la închisoare pentru ideile sale pe *Giordano Bruno,* a urmărit viaţa plină de primejdii a lui *Spinoza,* a cer-

---

*) Ne-am mai servit de lucrările D-lor: *Prof. Lalu:* Revista Ştiinţelor Medicale No. 7 şi 8 — 1928; *Prof. Lereboullet:* Paris Medical din 6 Iulie 1912 şi 7 Iulie 1928; *Prof. Achard:* Clinique et Laboratoire No. 5 — 1928; *Prof. Sudhof:* Münchener Medizinische Wochenschrift No. 15 — 1928, precum şi de traducerea făcută cărţii lui Harvey de *Prof. Richet* la 1878.

cetat pe *Descartes, Kepler şi Newton* şi a învăţat astfel cu mult folos pentru viitor, forma tragică pe care trebue s'o ia uneori „lupta pentru adevăr".

Astfel şcoala medicală a Renaşterii Italiene trimite în Anglia la 1602 un elev care-şi va întrece maeştrii.

Admis membru al Colegiului Regal al medicilor din Londra la 1607, numit medic al Spitalului Sf. Bartolomeu la 1608 primeşte abea la 1615 catedra de Anatomie şi an cu an comunică rezultatele cercetărilor sale asupra circulaţiei sanguine.

La 1628 publică *„Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et sanguinis în animalibus"*.

Deşi cercetările sale ereau cunoscute an cu an, publicarea celor 72 pagini a produs un adevărat războiu... cu redutabila armă a pamfletului. Adeptii lui *Harvey* sunt numiţi *„circulatori"* în latineşte şarlatani. In fruntea adversarilor stau: *Guy Pantin, Jean Riolan fiul, Caspar Hofman, Franţosius*.

Elevul Renaşterii creiatoare de individualităţi îndrăsneţe şi neclintite rămâne impasibil. La criticile dialecticianilor răspunde cu dovezi experimentale. E minunată profesia de credinţă ştiinţifică pe care o face în prefaţa cărţii sale:

„Nu există spirit destul de îngust care să creadă că fiecare artă sau ştiinţă ne-a fost lăsată de cei vechi în stare de absolută perfecţie astfel ca nimic să nu rămână geniului şi eforturilor succesorilor. Ceace stim este o mică parte din ceace ignorăm. Şi mai departe... „Ori-ce om conştient, bun, onest nu se lasă stăpânit de pasiune sau mânie până într'atât ca să nu asculte cu sânge rece ceace se spune în slujba adevărului şi să respingă o dovedire precisă... Eroarea este omenească, soarta poate descoperi fapte noi, tot omul poate găsi ceva de învăţat la semenul său, bătrânul dela tânăr, omul inteligent dela imbecil".

E soarta luminătorilor de noui orizonturi să fie ţinta înverşunatelor atacuri ale contimporanilor.

Harvey a însemnat însă încheierea unei epoci de tradiţionalism teoretic, metafizic şi scolastic şi începutul unei epoci strict ştiinţifice ce-şi sprijină afirmaţiile pe proba şi contra proba experimentală.

Cartea sa, schiţele experienţelor sale şi filmarea lor la festivităţile dela Londra au făcut pe biografii săi să scrie că: „ar fi la locul lui în ori-ce laborator modern de fiziologie".

* * *

Circulaţia sanguină preocupase desigur cu mult înainte pe savanţi şi unii din ei întrevăzuseră anumite părţi ale problemei. *Aristotel* gândise la ea, *Grosse* din Alexandria credea că o poate cunoaşte, marele *Leonardo da Vinci* fusese multă vreme preocupat de hidraulica organismelor animale.

La 1553 *Miguel Servetus* publică într'o carte de teologie pentru care a fost ars pe rug de către Calvin, o descriere destul de clară a circulaţiei pulmonare — *fără experimentări* şi şase ani mai târziu *Realdus Colombus* publică aceiaşi descriere care după cum afirmă *Prof. Ch. Richet* este o reproducere fidelă a cărţii lui *Servetus*. Acest plagiat — dacă într'adevăr a fost — este explicat de *Prof. Lereboullet* ca o măsură de siguranţă faţă de autoritatea religioasă care ar fi urmărit şi această ediţie a lucrării cu aceiaşi asprime şi neînţelegere ca pe cea a lui *Servetus*.

La 1569 *Caesalpinus*, profesor la Pisa, intrebuinţează pentru prima dată cuvântul „circulaţie“ iar la 1574 *Fabricius d'Acquapendente*, maestrul lui *Harvey* descoperă valvulele venelor fără să-şi dea seama de adevărata lor funcţiune.

Harvey începe cercetările sale asupra circulaţiei sanguine cu mult înainte de numirea sa ca profesor, căci chiar la începerea cursurilor expune o parte din cercetările sale.

Probabil că încă la Padova nu-l puteau mulţumi părerile maeştrilor şi predecesorilor săi şi că vine la Londra din mediul în care chestiunea circulaţiei sauguine erea mult discutată, obsedat de această problemă.

Ajuns în ţară pune în practică învăţăturile primite dela maestrul său *Fabricius d'Acquapendente*.

Raţionamentele sale le controlează studiind embriologia, fiziologia şi anatomia.

Studiază bătăile inimei pe mamifere şi animale cu sânge rece şi arată că inima se contractă ca orice muşchi şi că lucrează ca o dublă pompă de presiune. Stabileşte că partea activă este sistola iar nu diastola cum credeau cei vechi.

Ca să dovedească circuitul sângelui prin aortă şi revenirea lui prin vena cavă, leagă aorta şi constată că inima se măreşte; leagă vena cavă şi arată că inima se micşorează şi se provoacă o dilatare sub ligatură.

Dovedeşte sincronismul pulsului cu contracţia cardiacă şi secţionând o arteră arată cum sângele curge în jetturi ritmate de cord şi cum încetarea bătăilor cordului aduce după sine încetarea pulsului.

Face ligatura venelor şi constată că partea sub ligatură se umflă şi se învineţeşte. Face ligatura unei artere şi constată că partea sub ligatură se anemiază şi că se tumefiază porţiunea deasupra ligaturei.

Secţionează o venă şi arată că sângele se scurge prin extremitatea periferică şi că fenomenul este invers când secţionează o arteră. Prin injecţii în cord demonstrează circulaţia mică şi jocul valvulelor stabilindu-le în mod definitiv rostul în revoluţia cardiacă.

Harvey mai măsoară cantitatea de sânge ce este svârlită de fiecare contracţie a ventriculului în artere şi cum socoteala sa îi arăta o cantitate mai mare decât cea ce se găseşte normal în organism, fatal a fost adus la raţionamentul că sângele pulsat prin artere trebue să revină la inimă prin vene. Acest element în judecata lui *Harvey* a contribuit în bună măsură la înrădăcinarea unei convingeri despre circulaţia sângelui.

Raţionamentele, paralel cu experienţe numeroase, converg către aceiaşi ţintă: *dovada circulaţiei sanguine* — şi într'adevăr, în opera lui *Harvey* se găseşte acest admirabil rezumat, citat de *Prof. Lereboullet*, la care ar fi prea puţin de adăugat chiar azi:

„Raţionamentele şi demonstraţiile experimentale au confirmat că sângele trece prin plămâni şi inimă, că este gonit de contracţia ventriculelor, că de aci este împrăştiat în tot corpul, că pătrunde în porozităţile ţesuturilor şi în vene, că se scurg în urmă prin venele dela periferie la centru, din venele mici în cele mari şi că în sfârşit ajunge la vena cavă şi la auriculul inimei. Astfel trece o mare cantitate de sânge şi prin artere pe unde coboară şi prin vene pe unde se ridică. Trebue deci să conchidem că, la ani-

Digitized by Romanian Academy Library Cluj

male sângele este animat de o mişcare circulară care-l duce într'o agitaţie continuă şi că aci este rolul, aci este funcţiunea inimei, a cărei contracţie este cauza unică a tuturor acestor mişcări".

Valoarea unui astfel de rezumat — pentru vremurile în cari a trăit *Harvey* — rezultatul unei enorme munci de experienţă şi a numeroase discuţii contradictorii, se va înţelege, citând însăşi vorbele lui: „Este atât de nou şi de nemai auzit, ceace arăt acum, scrie Harvey, încât mă tem nu numai că voi căpăta blamul multora, dar îmi voi face din toată omenirea un inamic, atât de inrădăcinată este obişnuinţa la oameni, o astfel de constrângere exercită o onorabilă ipoteză a celor vechi. Oricum ar fi zarul e aruncat şi nădejdea mea stă în iubirea de adevăr şi în sinceritatea părerilor învăţaţilor".

Zarul aruncat a avut consecinţe considerabile în fiziologie şi în medicină. Cunoaşterea circulaţiei sanguine devine baza noţiunilor clinice şi terapeutice a rănirii vaselor şi ligaturilor, a semeologiei pulsului a interpretării lesiunilor valvulare. Tot ea a deschis calea numeroaselor aquisiţiuni cari i-au urmat:

Descoperirea aparatului limfatic, anexă a aparatului circulator de către *Aselli, Pequet* (1648) şi *Bartolin* (1651).

Descoperirea capilarelor sanguine de către *Malpighi* şi *Leuwenhöck.* Acţiunea aerului asupra sângelui venos *(Lower 1780)* şi altele de aceiaşi importanţă, culminând cu cunoaşterea acţiunei sistemului vegetativ asupra aparatului circulator.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Activitatea lui *Harvey* nu se rezumă numai la descoperirea circulaţiei. Devenit la 1623 medic supleant al regelui *Jacques I* şi în urmă medic al lui *Carol I* avu posibilitatea să pună în slujba regelui vasta sa cultură şi erudiţie şi avu de câteva ori şi misiuni diplomatice călătorind în Europa. Cu această ocazie răspândea şi „primejdioasa" sa doctrină.

Şi *Harvey* după o viaţă în care avusese să lupte cu răutatea şi încăpăţinarea contimporanilor, în loc să se bucure de primirea şi răspândirea descoperirei sale, avu de suferit durerea de a-şi pierde regele pe eşafod şi amărăciunea de a vedea populaţia jefuind casa sa, distrugându-i colecţiile şi manuscrisele mai multor lucrări.

Resemnat, scrie şi publică mai mult din memorie lucrarea *„despre generaţia animalelor"* un volum care-l aşează pe *Harvey* printre precursorii embriologiei şi-l dovedeşte un adânc înţelegător al fonomenelor generaţiei.

Se stinge în 1657 şi fu înmormântat la *Hempstead.*

* * *

Colegiul Regal al Medicilor din Londra a organizat cu un deosebit fast festivităţile tricentenarului descoperirei circulaţiei sanguine de către *Harvey.* La această comemorare s'au asociat reprezentanţi a peste 30 de ţări. Erea supremul omagiu care se aducea nu numai descoperitorului circulaţiei sanguine, inovatorului fiziologiei moderne, dar mai ales cercetătorului care în ciuda obscurantismnlui, obstacolelor, şi calomniilor a reuşit să dea medicinei şi omenirei una din cele mai importante descoperiri.

Au participat regele Angliei, Prinţul Galles, guvernul britanic precum şi reprezentanţii vieţii publice engleze.

Fiziologiştii *Hill* şi *Pawlow*, cardiologii *Gallavardin* şi *Wenkebach*, anatomistul *Keith*, farmacologii *Meyer* şi *Löwi* şi alte personalităţi tot atât de reputate prin lucrările lor în legătură cu problèma circulaţiei au mărit cu prezenţa lor fastul şi însemnătatea acestei comemorări.

Delegaţii diferitelor Universităţi au prezentat adrese omagiale. O astfel de adresă a fost prezentată presidentului colegiului de către *D-l Prof. Dimitrie Ionescu*, din partea Universităţii din Bucureşti.

Şedinţa comemorativă s'a ţinut în sala bibliotecii Colegiului Medicilor. Au vorbit despre opera lui *Harvey*, profesorul din Oxford *Sir Ernest Ruthefort*, *Profesorul Chauffard* dela Paris şi *Prof. Franz Kleibel* de la Berlin.

S'a vizitat în zilele următoare Spitalul Sf. Bartolomeu din Londra unde *Harvey* funcţionase ca medic.

S'a mai vizitat Academia Engleză unde a avut loc o recepţie şi unde se organizase o serie de demonstraţiuni de histologie şi fiziologie, expresia ultimelor cercetări ale medicinei Engleze şi nu s'a pierdut ocazia de a se reproduce după o technică cât mai apropiată de aceia a lui Harvey experienţele sale asupra circulaţiei. Aceste experienţe refăcute au fost filmate în faţa participanţilor constituind una din cele mai frumoase şi interesante părţi ale comemorării. Au trecut astfel prin faţă spectatorilor succesiv toate fazele lucrărilor lui Harvey până a ajunge la precizarea circulaţiei sanguine.

Delegaţii au mai asistat la demonstraţiile profesorilor *Evans* şi *Vernei* asupra experienţelor lui *Starling* (inima izolată în conexiune cu pulmonul numai şi întreţinută prin circulaţie artificială).

Demonstraţiile făcute participanţilor la festivităţiile descoperirei circulaţiei sanguine vizitarea institutelor de fiziologie dela Londra, Oxford şi Cambridge au reuşit să ridice, cum remarcă D-l *Prof. D. Ionescu*, atmosfera sărbătoriri lui *Harvey* şi să dea delegaţilor o înaltă idee despre starea fiziologiei din Anglia, ţară în care fiziologia se bucură de o importanţă, pe care n'o are nicăeri pe continent.

Dar cea mai pioasă vizită a fost aceia pe cari au făcut-o delegaţii în drum spre Cambridge:

Vizitarea bisericii orăşelului Hempstead unde alături de un alt Harvey se odihneşte acel care a fost William Harvey sub un epitaf măreţ în simplicitatea lui: Doctor Williman Harvey. Decesed the 4 of Iune 1567 acced 79 Yearss.

Ne permitem să adăogăm modestei noastre comemorări încheerea articolului D-lui *Prof. D. Ionescu*.

„Aceste serbări au fost pentru toţi participanţii o serie de însemnate şi frumoase învăţăminte.

Ele au arătat ce importanţă educativă are în formarea şi desvoltarea unei naţiuni păstrarea tradiţiilor şi în acelaş timp în armonie cu ele introducerea tutulor elementelor de progres pe care evoluţia le aduce vieţei sub toate formele ei, cultul oamenilor mari, respectul şi onoarea muncei intelectuale.

Au mai arătat cu câtă solemnitate şi demnitate unite cu cea mai perfectă ospitalitate ştiu englezii să realizeze astfel de serbări, câtă conştiinţă de forţa naţiunii lor, câtă mândrie reţinută au ei de a aparţine acestei mari naţiuni care a contribuit şi contribue atâta la progresul omenirei.

Asemenea lecţiuni merită să fie cunoscute mai ales de noi, popor nou venit în cercul vechilor naţiuni culturale".

Articolul nostru se uneşte cu o minimă contribuţie la acest scop.

Dr. I. Rosenstein.

III.

DIVERSE. — INFORMAŢIUNI

Din ţara iniţiativelor grandioase.

Se înţelege că este vorba de Statele-Unite ale Americei. Şi autorul unei iniţiative sociale pe cât de curioasă pe atât de grandioasă este Ford. Acesta vrea să dovedească inexistenţa unei incapacităţi absolute pentru lucru şi a înfinţat la Detroit ateliere în cari se primeşte personal cu toate dificienţele fizice sau psihice, pe cari le-ar prezenta, bolnavi cronici cari în alte ţări ar fi reduşi la cerşetorie. Toţi aceşti lucrători nu sunt plătiţi cu mai puţin de 6 dolari, chiar dacă nu ar fi capabili de o capacitate de lucru mai mare de două ore şi se pare că ataxicii, epilepticii, cardiacii, instabilii şi debilii mintali şi chiar cei 100 de orbi îşi îndeplinesc destul de bine îndatoririle graţie outillage-ului perfecţionat al uzinelor Ford. Nici un solicitant nu este respins; dacă se dovedeşte inapt pentru munca încredinţată i se dă un alt serviciu. Organizatorul uneia din cele mai mari industrii din lume, credincios convingerilor sale economico-sociale dă o dovadă că „Ford-ismul" ştie uneori să armonizeze capitalul cu munca.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Al XX-lea congres internaţional de Medicină.

Va avea loc la Montpellier în Octombrie 1929.

Se vor discuta: Scarlatina, Hipotensiunea şi tratamentul sindromelor anemice. Raportor asupra scarlatinei este D-l Prof. Dr. Cantacuzino împreună cu Prof. Tessier şi Costes (Paris) Sacquepée şi Liegeois (Montpellier).

O nouă boală febrilă?

O boală febrilă nedeterminată se observă actualmente în Marsilia şi seamănă cu tifosul exantematic. Bolnavul prezintă o febră ridicată apoi un exantem. Boala a fost transmisă la maimuţele inferioare. Se cerceteazâ actualmente natura acestei boli şi relaţiunile ei cu tifosul exantematic.

Fuziunea sindicatelor medicale din Franţa.

A fost hotărâtă la al II-lea congres al sindicatelor medicale ţinut la Paris sub presidenţia Prof. Balthazard. S'a hotărât ca sindicatele medicale fusionate să poarte titlul de «Confederaţia sindicatelor medicale franceze».

Articolul 4 al statutelor confederaţiei îi precizează scopurile:

a) să fie păzitoarea supremă a tradiţiilor de înaltă probitate a corpului medical

b) să stabilească între sindicatele aderente o legătură de studii a chestiunilor profesionale generale

c) să coordoneze acţiunea sindicatelor în vederea apărărei profesionale
d) să ajute sindicatele în propagarea ideii sindicaliste între membrii
e) să fie intermediara între corpul medical organizat şi puterea publică şi colectivitatea naţională.

La noi chestiunea syndicatului medical este în studiu; n-a eşit încă din cartoane necum să fie vărsată la secţiuni; ne-a agitat puţintel doar chestiunea Responsabilităţii medicale a medicului în legătură cu organizarea de actualitate a Dreptului Penal.

La Paris numărul studenţilor în medicină continuă să crească.

Prof. Roger, decanul Facultăţii de Medicină din Paris în raportul anual arată cu statistici creşterea simţitoare a numărului studenţilor în medicină si-şi arată teama că în curând laboratoriile şi materialul didactic vor fi insuficiente.

Se pune astfel şi în Franţa ca şi la noi problema numărului prea mare de medici care va înăspri concurenţa şi va elasticiza anumite conştiinţi.

Noui legiuiri pentru exerciţiul medicinei în Olanda.

Un regulament nou a intrat în vigoare în Olanda, complectând dispoziţiunile legale ale codului civil şi penal.

Acest regulament prevede delictele de cari se pot face culpabili medicii, moaşele sau dentiştii: acte de natură a arunca discreditul asupra profesiunei, negligenţă sau incapacitate în exercitarea profesiunei.

Pedepsele prevăzute merg dela avertisment, amendă, suspendare temporară şi interdicţie definitivă a profesării.

Un tribunal special este însărcinat cu aplicarea acestor dispoziţiuni iar urmăritul poate face oricând apel în ultima instanţă la tribunalele obişnuite.

Premiul „Montyon" acordat unui medic român.

Academia de ştiinţe a decernat premiul „Montyon", de 2500 franci d-lor prof. Chiray, dela facultatea de medicină din Paris şi dr. Pavel, asistent la facultatea de medicină din Bucureşti pentru lucrarea lor intitulată „Vesicula biliară".

Premiul „Montyon" e decernat pentru a doua oară unui român, prima oară fiind acordat acum cinci ani profesorului Babeş.

Inaugurarea cursurilor de higienă şcoiară.

La institutul de higienă din Capitală de sub direcţia d-lui dr. Mezincescu, s'au înfiinţat cursuri speciale de higienă şcolară, a căror inaugurare a avut loc Luni, în cadrul unei solemnităţi.

D. profesor *Dr. Mezincescu*, directorul institutului, a rostit cuvântul de

deschidere, arătând importanţa învăţământului higienei pentru sănătatea publică. In acest institut se va desăvârşi educaţia profesională a personalului medical.

Anul acesta institutul a organizat, pentru prima dată, un curs de specializare în higienă şi în medicina preventivă.

D. Dr. Mezincescu a insistat asupra higienei în şcoală, unde copii pot fi obişnuiţi în chip practic să îngrijească de sănătate şi curăţenie.

Tot despre higiena şcolară a vorbit şi d. *Dr. Angelescu,* ministrul instrucţiunii arătând rolul pe care l'a dat în noua lege medicinei şcolare.

Arată că la aceste cursuri se vor pregăti viitorii medici şcolari.

D. profesor Mezincescu luând din nou cuvântul arată programa de cursuri stabilită de institut. Cursurile vor dura două luni.

Numire.

D-l C. V. Gomoiu vechiu chirurg al Spitalelor, a fost numit medic primar al diviziei III chirurgie din Spitalul Brâncovenesc.

Publicaţie nouă.

In cursul lunei Ianuarie va apare în limba franceză «Buletinul Societăţii de Anatomie şi studiul Cancerului din Bucureşti» sub conducerea D-lui Conferenţiar Dr. A. Babeş, cuprinzând comunicările ce se vor face la această societate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Domnii Medici cari doresc să li se publice comunicările făcute la Societatea de Anatomie şi studiul Cancerului, sunt rugaţi a depune în ziua comunicării, sau cel mai târziu după 15 zile comunicarea scrisă la maşină în limba franceză.

Congresul Soc. R. de Oto-Rhino-Laringologie

se va ţine în zilele de 26 şi 27 Oct. 1928 la Asociaţia Generală a Medicilor din România din Bucureşti fiind la ordinea zilei Rapoarte şi Comunicări extrem de importante.

O amănunţită dare de seamă va avea loc în numărul apropiat.

Serbările şi Congresul dela Cairo.

Intre 15—22 Dec. 1928 va avea loc la Cairo sub presidenţia M. S. Regele Fuad I. Serbările Centenarului Facultăţii de Medicină de acolo, precum şi un Congres Internaţional de Medicină şi Higienă. Biroul congresului şi-a exprimat dorinţa să asiste cât mai mai mulţi medici Români. Ministerul Sănătăţii a aprobat propunerea Asociaţiei Medicilor de a se acorda concedii de o lună acelor cari ar dori să asiste şi şi-ar asigura suplinirea astfel ca serviciul să nu sufere. Pentru informaţii a se adresa D-lui Dr. Popescu Buzău-Bucureşti.

SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC

Nota specific românească trebue căutată şi la instituţiunile noastre sanitare, nu numai la medic.

De rândul acesta un confrate, care ţine să nu iscălească, vrea să arate greutatea, cu care se aplică la noi o lege bună, rămânând ca pe altă dată, — să ne prezinte uşurinţa, cu care se fabrică o lege rea.

D-sa doreşte să ne arate felul, cum i s-a aplicat în 1928 *Modificarea* făcută în 1924 *Legei* din *11 Martie 1915 asupra Organisării Serv. Sanitar al armatei* şi, ca să scoată mai bine în lumină caracterul de aplicare al unora din legiuirile noastre sanitare, împrumută dela oratorul popular al lui Caragiale opiniunea sa asupra chipului, cum înţelegea el, să se facă o revizuire şi o pune expunerii sale drept

Motto: *«Să se revizuiască, dar să nu se schimbe nimic».*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mobilizat în 1916 în baza legei din 11 Martie 1915, am fost încadrat în serviciul sanitar militar cu gradul de medic asimilat şi conform art. 2, care spune că *„se va ţine negreşit seamă de specialitatea fiecăruia"* am fost pus în capul unui spital de mare chirurgie din interior, cu 300 paturi pentru soldaţi şi 60 pentru ofiţeri, avându-se *negreşit* în vedere cele 6 luni de stagiu spitalicesc făcut pe vremuri într'un serviciu de chirurgie, stagiu, cu care începusem filiera celorlalţi 7 ani petrecuţi toţi în servicii de medicină internă.

Dupe 2 luni şi jumătate de operaţii cu chirurgii în trecere prin oraş, am evacuat la Galaţi şi am fost instalat în Cazărmile Reg. 11 Siret într'unul din Pavilioanele unui şi mai impozant spital, peste ale cărui 700 paturi pline de răniţi şefia o exercita un blând confrate, fost în anii ticniţi ai păcei conducător al Vetrei Luminoase şi având ca ajutor pe un eminent specialist din Bucureşti în arta mijloacelor de înfrumuseţare a feţei.

In faţa trecutului meu chirurgical mai de demult şi celui mai de curând, a autoclavului încăpător, pe care reuşisem a-l salva şi a personalului meu stilat compus din doamne şi miliţieni, nespus s'au bucurat amândoi confraţii că le-a sosit chirurgul mult aşteptat şi calvarul meu a trebuit să continue.

Trec peste ce-a urmat până la data demobilizării mele în August 1918 într'un oraş din nordul Moldovei, în care puţinii medici, pe cari nu-i mai încăpuse Iaşul saturat, am făcut de toate.

Dar scăpat, decorat şi întors la vatră n-aşi fi avut niciun motiv de nemulţumire până la modificarea, care venea tocmai ca să mă mulţumească.

Această modificare, care tindea să desfinţeze inegalitatea de tratament aplicat în timpul războiului acestor medici asimilaţi, consideraţi în armată ca

venetici, şi să le recunoască titlurile şi drepturile de vechime pe picior de egalitate cu ale colegilor lor din armata activă, mi-a modificat starea mea anterioară în modul următor:

In Dec. 1926 primesc prin Comenduirea locală şi pe adresa: Medic Primar la Spit... (cum devenisem în interval) ordinul de a anexa actele prevăzute în sus citatul regulament, astfel modificat, şi cu toate că le mai înaintasem încă odată la Noembrie 1924 şi cu toate că prin adresa primită se făcea un început de dovadă, că actele se primiseră, totuşi înaintez din nou la Ian. 1927 certificatul, că sunt medic primar de specialitate la un spital civil şi mai adaog, că am obţinut şi un titlu universitar, de care noul regulament făcea menţiune.

La o dată ulterioară, pe care nu o pot preciza, mi se mai cere un supliment de informaţiuni, cu toate că în urma a diferite alte adrese foarte urgente, primite din partea autorităţilor noastre sanitare civile, îmi aşternusem aproape în fiecare an în coloane ad-hoc diferitele date biografice, începând dela naştere — şi aceste referinţe desigur că ajungeau pe acelaş fir încurcat al Ariadnei la aceeaşi direcţie sanitară.

In restimp rectificările încep a se produce, dar cu o viteză standard, dupe care ultimul petiţionar din medic asimilat ar fi ajuns general, dupe moarte; iar într'o zi încetară de tot şi restul de medici trebuia să aştepte o nouă campanie, pentru ca să se mai micşoreze numărul solicitanţilor.

Subsemnatul n-am fost însă omis dela revizuire, căci în Martie cor., am primit o adresă, prin care mi „se face cunoscut că în urma actelor depuse la această direcţie şi in virtutea art. 12 din reg. legei serv. sanitar al armatei din 11 Martie 1915, modificată în 1924 şi publicată în Monit. Of. No. 260 din 20 Noembrie 1916 (de fapt 1926) a-ţi (sic) fost înscris în controalele armatei cu gradul de medic asimilat căpitan".

Cu iscălitură:

pentru Director
Indescifrabil.

şi pentru Şeful Biuroului
Indescifrabil.

şi ceva mai jos pecetea.

Act în regulă precum se vede.

Or art. 12, în baza căruia eu fusesem solicitat, să-mi valorific drepturile şi în virtutea căruia acum eram încadrat, spune că „în clasa I de medic, veterinar şi farmacist asimilat gradului de Colonel intră — între alţii prevăzuţi la al. a. şi b. — la al. c actualii şi foştii medici primari ai Spitalelor Civile" adică cei ca mine şi de fapt mulţi din colegii mei sunt acum Colonei; „în clasa III-a de medic, veterinar şi farmacist asimilat gradului de Maior intră — între alţii — la al. a docenţii universitari" adică tot cei ca mine, dacă ar fi scăpat trenul de Colonei.

Ei bine, nici acest aliniat nu mi s'a aplicat, ci fiind înscris ca medic asimilat căpitan, am fost vârât la *„clasa IV-a de medic, veterinar, farmacist în cari intră toţi medicii, veterinarii şi farmaciştii cu titlu academic, cari nu intră în vreuna din categoriile de mai sus"* deci şi subsemnatul, medicul primar dela clasa I şi docentul universitar dela clasa III-a.

Comentariile sunt de prisos, documentul, se simte, este autentic românesc, îl revendicăm, el face parte din patrimoniul ţărişoarei noastre. Ţinem să remarcăm doar, că nu înţelegem prudenţa confratelui,

care îşi interzice plăcerea de a-l iscăli, mai jos de clasa IV-a nu va mai putea fi încadrat, sau cu mare greutate, la o nouă reluare a revizuirei: am citit şi noi regulamentul cu pricina — căci la clasa V-a, asimilat gradului de locotenent, se tratează despre studenţii în medicină cu mai mulţi ani de facultate, la clasa VI-a despre cei cu mai puţini ani, iar mai departe despre agenţi sanitari şi moaşe, echivalaţi în grad cu plutonierul-major sau simplul plutonier, dupe cum au sau n-au diplomă şi ori şi cum, numai la un caz excepţional ar putea fi înscris între aceştia confratele nostru.

De asemenea amintim că opiniunea lui Farfuride cu privire la Revizuirea Constituţiunei şi a Legei Electorale era mai pretenţioasă: *«din 2 una — cerea el, să-i dăm voe — ori să se revizuiască, primesc, dar să nu se schimbe nimic, ori să nu se revizuiască, iar primesc, dar atunci să se schimbe pe ici, pe colo, şi anume în punctele... esenţiale»*, aşa că atunci când se va reveni la textul prim al legei din 1915 prin abrogarea dispoziţiunilor de modificare din 1924 — ceace desigur că nu va întârzia — textul primitiv al legei va intra în vigoare, dar aplicarea lui, presimţim noi, se va face pe ici, pe colo... şi anume în punctele art. 12... în spiritul alineatelor esenţiale dela 1924 şi astfel toată lumea va fi mulţumită, iar D-lui Farfuride i se va da încă o satisfacţie postumă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

N. R.