Anul II. No. 9 Septembrie 1929

MIŞCAREA MEDICALĂ

REVISTĂ MEDICO-CHIRURGICALĂ
INDEX ANALITIC MEDICAL ROMÂNESC

SUMARUL

I.

Pag.

Cronica de *Dr. M. Cănciulescu* 601
Asupra mecanismului diurezei prin compuşii mercuriali organici de *Docent Dr. T. Saragea* şi *D-ra Dr. A. Prunis* 607
Faza schizoidă în perioada demenţială a paraliziei generale de *Dr. Alfred Dimolescu* 614
Osteo-sarcom osifiant al peroneului stâng recidivat de *D-ri Traian Gruescu* şi *Aurel Dragoş* 624
Un caz de cărbune cu pustule multiple de *Dr. I. Bordeianu* 630
Comptes rendus des articles originaux 606
Grundriss der Original arbeiten . . . . . .

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ *)

A. — PUBLICAŢIUNI MEDICALE

Arch. r. de path. exp. et microb. No. 1 | 1929 631
Buletinul medico-terapeutic No. 4–9 | 1929 634
Bucureşti Medical No. 5-7 | 1929 636
Clujul Medical No. 7–8 | 1929 637
România Medicală No. 15–18 | 1929 639
Spitalul No. 7–8 | 1929 641
Noua Revistă Medicală Mai-August 1929 642
Ginecologie şi Obstetrică No. 3–6 | 1929 643
Obstetrică, Ginecologie şi Puericultură No. 1–2 | 1929 645
Revista Medico-Chirurgicală dela Iaşi No. 2–4 | 1929 649

B. — CONGRESE MEDICALE

Congresul ştiinţific al Asoc. G-le a Med. de la Galaţi Mai 1929 . 654
Al 8-lea Congres anual al Soc. de Hidr. şi Climat. medicală Mai 1929 687

*) **Asupra oricăreia din lucrările medicale româneşti semnalate aici se pot face, la cerere, referate mai desvoltate şi chiar procura întregul articol în original.**

Pag.

C. — CĂRŢI — MONOGRAFII

Obezitatea de *Dr. N. Gruia Ionescu* Rec. *de J. Apostolide şi M. C.* 691
Malaria şi terapeutica ei intravenoasă de *D-ri Gl. Cesar Popovici* şi *Nerva Popovici* Rec. *de M. M.* 694
Fracturile bazei craniului la copil de *Conf. Dr. J. Marian* rec. *de Dr. S. Pauton* 695

D. — UNIVERSITARE

Invăţământul stomatologic 697
Asoc. Docenţilor Fac. de medicină din Bucureşti 700

E. — TEZE

Teze susţinute la fac. de med. din Buc. Iunie 1928 No. 3123–3135 . . 701

III.

MIŞCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

Terapeutice 703

IV.

INFORMAŢIUNI 706

V.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ASPECTE MEDICALE ROMÂNEŞTI

DE ACTUALITATE

«Vrea neapărat să ajungă profesor»
«Medic şi poet» 709

CRONICA

Diureza normală şi cu atât mai mult cea patologică este condiţionată de factori multipli.

Rolul lor, pus în evidenţă de diverşi cercetători, nu este clar şi complect elucidat.

Rolul factorilor extra-renali, între cari hidrofilia ţesuturilor printr'o anumită transformare fisico-chimică a coloidelor celulare, creşte în importanţă; dar se pare că primează tot starea condiţiilor renale, cu toate că o sinergie funcţională între toţi aceşti factori: ţesuturi, mediu interior şi rinichiu este necesară pentru a asigura efectuarea diurezei.

Autorii, **D-l Docent Dr. Saragea** *şi* **D-ra Dr. Prunis** *au studiat într'o lucrare, care a făcut şi obiectul unei teze inaugurale,* **Mecanismul diurezei prin compuşii mercuriali organici,** *în special salyrganul.*

Au studiat modificările sanguine în raport cu momentele diurezei şi modificările urinelor; pe acestea din urmă le-au pus în evidenţă prin influenţarea urinelor de către compuşii mercuriali administraţi, adică au examinat urinele înainte şi dupe injecţie, şi prin felul cum ante şi post se comporta eliminarea substanţelor colorante (autorii au experimentat cu phenolsulphonephtaleina).

In 76.5% din casuri (34) au pus în evidenţă apariţia de cilindri renali în urină dupe injecţia cu salyrgan şi cam în aceiaşi proporţie (7 din 12 cercetări efectuate) au constatat o creştere a eliminării substanţei colorante injectate intramuscular concomitent cu acţiunea diuretică a salyrganului.

Cu toate aceste uşoare alterări ale rinichilor şi deci evidenţiarea unei nefrite funcţionale mercuriale deci a unei acţiuni stimulatrice asupra parenchimului renal, autorii, ca şi Loeper, cred în efectul unei acţiuni mai complexe, a unei sinergii funcţionale între factorii renali şi extrarenali — ceace explică de ce în anumite cazuri compuşii mercuriali nu au nicio eficacitate, sau produc un efect trecător, care se epuisează repede, au adică o acţiune disociată.

In perioada demenţială a paralisiei generale apar 2 categorii de fenomene: unele cari amintesc paranoia sau delirul sistematisat de persecuţiune (şi pe acest paranoia metaparalitic l-a descris pentru prima oară D-l Profesor Obregia în 1909) şi altele cari reproduc tabloul demenţei precoce.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

Pe această **Fază schizoidă din perioada demenţială a paralisiei generale** *o prezintă D-l* **Dr. Alfred Dimolescu** *în 2 observaţiuni clinice, redate în mod complect prin prezentarea evolutivă în timp a simptomelor şi cu această ocazie face studiul clinic complect al acestui syndrom psichiatric.*

D-ni **D-ri Traian Gruescu** *şi* **A. Dragoş** *prezintă observaţia clinică şi datele examenului anatomo-patologic ale unui caz cu un* **Osteosarcom osifiant al peroneului stâng,** *operat, recidivat şi amputat.*

Afecţiunea foarte rară, ale cărei casuri publicate în literatură sunt comentate de autori, este imposibil de diagnosticat altfel decât prin examenul microscopic al pieselor şi comportă un prognostic grav prin recidivele pe loc sau metastasele la distanţa, ce provoacă.

D-l **Dr. Bordeianu** *dela Hotin publică un* **Cas de cărbune cu pustule multiple** *(21) pe antebraţul, pe care l-a introdus în rectul unei vite bolnave de antrax, cu intenţia de a-i face un fel de curetaj terapeutic.*

Acest mod insolit de infecţiune ar putea constitui un mijloc şi mai frequent de contagiune, fiind dată practica şi uşurinţa cu care la ţară se caută a se desfunda cu mâna vita, care se umflă.

* * *

In corpul acestui număr mai sunt redate în extenso câteva din rapoartele şi comunicările cari s'au prezentat desbaterilor Congresului ştiinţific al Asoc. G-le a medicilor, congres care a avut loc anul acesta în luna Mai la Galaţi.

Importanţa considerabilă pentru ţara noastră a câtorva din aceste lucrări şi calitatea excepţională a raportorilor ne obligă a le semnala.

D-l **Prof. Dr. M. Ciucă,** *care de ani de zile ne reprezintă cu prestigiu ţara în Comisia de malarie a Ligei Naţiunilor, al cărei secretar, dacă nu ne înşelăm, este şi care în prezent este trimisul ei oficial pentru acelaş scop în India, a prezentat raportul:* **Metodele de luptă antimalarică,** *în cadrul principiilor şi metodelor de luptă antimalarică stabilite de comisia de malarie a ligei naţiunilor.*

Spicuim câte-va din ideile conducătoare expuse:

„Fie-care ţară trebue să-şi facă un program propriu de luptă perfect adaptat condiţiunilor epidemiologice locale.

El trebue să ţină seamă de gravitatea morbidităţii şi mortalităţii de malarie caşi de toţi factorii epidemiologici auxiliari, caşi de perderile sociale şi economice importante, cari resultă.

Este necesar să se înceapă cu o estimare cât mai exactă a întinderii şi diseminării malariei şi această estimare nu poate fi dată de cât de:

a) Estimarea infecţiunei la om prin determinarea indicelui splenic şi a indicelui parazitar (a se vedea la pagina respectivă înţelesul acestor noţiuni).

b) estimarea infecţiunei paludice a ţânţarilor prin stabilirea indicelui sporozotic.

Metoda de luptă adaptată, precum s'a spus, condiţiunilor epidemiologicc locale, să nu fie condamnată pentru-că n'a dat rezultate imediate; ea trebue să fie simplă la început; să conste

din puține arme, dar cari odată alese să fie aplicate cu maximum de intensitate, să fie împinse dincolo de pragul de eficacitate.

Și, numai când resultatele sunt puțin satisfăcătoare, să se recurgă la alte măsuri complimentare adequate fie-cărei regiuni malarice.

Dar oricare ar fi metoda propusă, din ea nu pot lipsi cele 2 măsuri primare indispensabile: cari să distrugă parazitul în organismul omului bolnav, adică să trateze bolnavul și aceasta se face în cursul verei și cu chinină, medicament cu o acțiune specifică, pe care nimic nu l-a putut înlocui până în prezent

și să distrugă țânțarul infectat, cea ce se face earna, suprimând și condițiile, cari favorisează înmulțirea lui.

Alte măsuri de ordin social, cari favorizează de o potrivă ambii factori de mai sus, sunt de considerat cu aceiași atenție și realizați în măsura posibilităților, dar asupra tutulor acestor măsuri directe și indirecte primează tratarea individului bolnav, pentru ca să se reducă astfel isvoarele de infecțiune».

D-l Profesor S. Nicolau, *în raportul asupra* **Problemei educației sexuale în școală în legătură cu profilaxia boalelor sexuale,** *chestiune de care se leagă viitorul și sănătatea rasei noastre, spune:*

„Unul din factorii capitali cari contribue la răspândirea boalelor venerice, pe lângă lipsa de disciplină morală și de idealism, ce caracterizează societatea modernă, este în primul rând ignoranța în care lumea și mai ales tineretul se găsesc asupra problemelor în legătură cu societatea.

Chestiunea educației sexuale în școli s'a pus de către medici, pedagogi și socialogi; ..... și ea a fost de mult înțeleasă atunci.

Dar dacă toată lumea era de acord asupra principiilor, divergentele, cari au persistat până azi, s'au ivit asupra modului de aplicațiune (în familie de către părinți sau în școli de medici și profesori), și vârstei dela care să înceapă (școala primară sau dela 14 ani) — de acea, și acolo s-au emis numai opiniuni libere dar nu s'a legiferat nimic —, și încă ezitarea s'a datorit resistenței unor prejudecăți vechi.

Mai întâi nu s'a înțeles significația unei educațiuni sexuale, pe cât timp definiția ei este: un sistem de educație menit să prepare în mod științific tineretul pentru o înțelegere sănătoasă a chestiunei sexualității (de către un om de știință sau educator, într'o primă etapă de „inițiere științifică" sau „biologică" noțiuni de predat pretimpuriu de către profesorul de științe naturale și după o metodă de anatomie și fisiologie comparată, care să înceapă cu regnul vegetal și trecând prin speciile inferioare de viețăți să termine cu omul), înțelegere care să fie ușurată de îndrumări de ordin moral, menite să înfrâneze și să disciplineze instinctul genezic (operă de realizat prin întărirea credinței, combaterea pornografiei, care se etalează peste tot și recomandarea castității, și de făcut în familie, școală, biserică, presă și puterile publice) înțelegere care să fie desăvârșită pentru realizarea scopului final printr'o a doua etapă de «avertisment medical» (în care să se propage noțiunile de profilaxie antiveneriană, menite să ferească de pericole pe cei, pe cari un

potențial exagerat de sensualitate sau circumstanțele favorisante îi împing totuși către o realizare iresistibilă a pornirilor sexuale (și această educație profilactică trebue făcută de medicul școlar prin prelegeri relative la higiena corpului și la evitarea diverselor boale contagioase, și ea să înceapă a se exercita dela vârstea critică de 14—15 ani și să fie pusă în practică activ în toate cercurile tinere: în asociațiile studențești, școalele de adulți, cazărmi, ateliere, fabrici etc. și nu numai pentru băeți ci și pentru fete)".

Și autorul, care tratează întreaga chestiune dela o mare înălțime de vederi și bazat pe un extrem de bogat material documentar, crede indispensabilă introducerea în programul oficial de învățătură a acestei educațiuni de profilaxie morală și venerienă.

Asupra organizării luptei contra cancerului în România *au prezentat Congresului un raport* **D-l Docent Dr. Petre Niculescu** *și au făcut o comunicare D-nii D-ri* **Conf. S. Severeanu și Marius Georgescu.**

In fața problemei grave, ce întinderea cancerului a suscitat de mult în alte țări, de câți-va ani lumea medicală a început să se preocupe și la noi de această chestiune.

S'a făcut un început de realizare al unei organizațiuni de luptă anticanceroasă — și D-nii D-ri Severeanu și M. Georgescu arată în ce constă — dar resultatele practice sunt prea puțin evidente, concursul dat de oficialitate inițiativei câtor-va persoane fiind insignifient.

Am rămas încă în faza de desiderate și o dovedește aceasta însă-și moțiunea votată în congres de a se înființa o Ligă națională pentru combaterea cancerului în România, caș și însă-și schema unei atare organisații care a fost propusă de D-l Raportor.

Scepticismul, cu care D-sa privește aducerea la îndeplinire a propunerilor făcute, se pare că este îndreptățit: și prin amintirea insuccesului personal ce a avut în anul 1916, când la un congres tot al Asociației a făcut un raport, care n'a fost luat în seamă, asupra măsurilor de profilaxie ale febrei recurente și tifosului exantematic — dar mai ales prin considerarea a ce s'a ajuns a se realiza la noi contra altui flagel mai amenințător decât cancerul, anume contra tuberculozei.

Nu putem termina fără a semnala comunicarea făcută de D-l **Dr. David-Galați: Rolul brațelor superioare ale X-lui aero-digestiv în patologie umană.**

Este un capitol de patologie, care depășește cu mult cadrul specialistului de nas gât și urechi, dar numai o competință desăvârșită ca a autorului, fost intern al spitalelor din Paris, îl putea aborda.

Clinicianul prevenit la fie-ce pas va putea fi condus de firul, care se desfășoară, al simptomelor la această răspântie aero-digestivă, cea mai rău-făcătoare din organism.

Febricule interminabile cari simulează infecția tuberculoasă, algii simptomatice (socotite de foarte mulți chiar dentiști ca nevralgii esențiale) mai aproape sau mai la distanță (într'un caz personal se mani-

Digitized by Google

esta ca un cui în vertex şi n-a cedat decât prin scoaterea dupe insistenţa mea a unei coroane), convulsiuni epileptiforme cari au cedat dupe ablaţia polipilor (comunicare făcută cu D-l Dr. L Segal), adenoflegmon profund al gâtului de natură pneumococică consecutiv unei angine (stu, ndiat cu acelaş autor), 2 cazuri de diabet insipid consecutive uneiangine herpetice (unul la soţia unui confrate), cari traduc o nouă legătură esemnalată în comunicarea făcută, a retro-nasului cu hipofiza sau cu regiunea înconjurătoare, fără a mai aminti de nenumăratele atingeri renale sau infecţii a seroaselor consecutive unei amigdalite, ce am constat — ne fac să apreciem la justa ei valoare de ordin ştiinţific iş practic importanţa acestei chestiuni ridicate aşa de potrivit într'un Congres al Medicilor.

Dr. M. Cânciulescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Comptes rendus des articles originaux:

Sur le mécanisme de la diurèse par les composés mercuriels organiques par les Drs. Docent T. Saragea et M-zelle A. Prunis. Les auteurs croient que ces composés, parmi les quels le salyrgan, favorisent la diurèse par une action synérgique sur les tissus et sur le rein.

La phase schizoïde dans la période démentielle de la paralysie générale par le Dr. Alfred Dimolescu. Deux observations cliniques de paralysie générale longuement suivies pendant la vie et constats anatomo-pathologiques après la mort avec une étude détaillée de cette phase términale rappelant le tableau de la démence précoce.

Osteo-sarcom ossifiant du peroné avec récidive exposent les Drs. Traian Gruescu et Aurel Dragos de Galatz.

Un cas de charbon avec pustules multiples, attrapé par l'introduction de la main dans le rectum d'une vache malade décrie le Dr. Bordeianu de Hotin.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Grundriss der originalarbeiten:

Über den Mechanismus der Diurese durch organische Quecksilbersalze. Dozent Dr. T. Saragea und Dr. A. Prunis glauben dass neben die extrarenale Wirkung der diuretischen Substanzen (Leber, Gewebe) auch ein erregende Einfluss auf die Nieren stattfindet.

Die Schizoïdefase in der Dementperiode der progressiven Paralyse von Dr. A. Dimolescu, berichtet über zwei Fälle, die er lange beobachtet hat und mit Excitus endeten, so dass der Verfasser die anatomopathologische Analyse machen konnte. Die kranke von progressiven Paralyse haben am Ende ihres Lebens das klinische Bild von der Frühdement dargestellt.

Osteo-sarcom mit Verknöcherung des Wadenbeins, welcher recidiviert hat. Dr. Traian Gruescu mit Aurel Dragos, bietet eine genaue Beobachtung und die Schnitte der Geschwulst die er bei der Operation bekam bei einem Soldaten, der diese seltene Krankheit hatte.

Ein Karbunkelfall mit fielfachen Blasen, durch die Einführung der Hand in das Rectum eines kranken Viehes mit Karbunkel bekommen, teilt der Dr. Bordeianu mit.

Clinica I medicală București
Director: Prof. Dr. I. Nanu-Muscel

ASUPRA MECANISMULUI DIUREZEI PRIN COMPUSII MERCURIALI ORGANICI

de

Docent Dr. T. SARAGEA și D-ra Dr. A. PRUNIS

Acțiunea diuretică incontestabilă și adesea extrem de intensă a compușilor mercuriali organici aparținând seriei ciclice, ca novasurolul, salyrganul, neptalul, în stările hidropice și în special în cele datorite cardiopatiilor decompensate, a pus din nou în discuție mecanismul diurezei în general și a diureticilor mercuriali în special. Și cu această ocaziune s'a putut remarca cât de nesigure sunt cunoștințele noastre în ce privește mecanismul intim de producere a diurezei atât în stare normală cât și patologică. Hipoteze pentru a explica producerea acestei diureze medicamentoase puternice au fost emise de mai toți autorii cari s'au ocupat de chestiune; ele sunt însă contradictorii și nu complect satisfăcătoare. Așa, s'a părut în primul rând că aceste diuretice ar avea o acțiune extrarenală sau tisulară și majoritatea autorilor au adoptat aceasta hipoteză; mai târziu observațiuni mai complecte au stabilit că și o acțiune renală nu ar fi exclusă și unii autori se declarasă pentru această interpretare. După cum se vede acordul este departe de a fi perfect în această privință, și noi contribuțiuni nu pot fi de cât utile. Cum în aplicările noastre terapeutice cu acești diuretici mercuriali și în special cu salyrganul am studiat și modificările sanghine în raport cu diureza, precum și fenomenele renale, am socotit că nu este cu totul lipsit de interes de a face cunoscut o parte din rezultatul cercetărilor noastre, în legătură cu o eventuală interpretare a mecanismului acestei diureze.

Pentru a explica modul de acțiune a diureticelor mercuriale, este nevoe să amintim factorii de care diureza depinde în stare normală și patologică.

Diureza este, cum se știe, procesul de depurație a organismului printr'o eliminare efectivă la nivelul rinichiului; ea

BCU Cluj / Central University Library Cluj

este traducerea finală a unui mecanism complex, destinat să asigure mediului intern o fixitate remarcabilă, cu tot aportul alimentar variat şi continuu. In stare normală un adult cu o raţie alimentară obişnuită ce-i furnizează aproximativ 1000 gr. apă şi cu o ingestie de lichide de 1200 gr., trebue să elimine în mediu 1200—1500 gr. urină în 24 ore. După condiţiile de viaţă, după natura şi cantitatea ingestiilor, după temperatura şi starea mediului ambiant, eliminările renale se pot modifica în dauna sau folosul celor extrarenale (piele, plămân, intestin) sau împreună cu ele pot suferi global modificări în plus sau în minus. In orice caz depuraţia organismului este în funcţie de eliminare renală şi cum o bună eliminare renală este şi ca în funcţie de solvant, este necesar ca o cantitate cât mai mare de apă să treacă prin rinichi. Evaluarea cantităţei de urină capătă astfel o importanţă practică particulară.

Eliminarea urinară urmează în stare fiziologică un ritm studiat de multă vreme de **Paul Bert, Gley** şi **Richet, Chauffard** şi **Castaigne, Yvon, Volhard, Roger, Balthazard, Gilbert** şi **Lereboullet, Vaquez, Villaret, Porak, Labbé** şi **Violle,** etc. Pentru majoritatea acestor cercetători urinele sunt mai abundente după mese şi în special după prânz — masa cea mai copioasă —; ca o consecinţă rezultă că urinele sunt mai abundente ziua de cât noaptea. Dimineaţa la sculare diureza capătă o uşoară creştere trecătoare. Clorurii şi ureea se elimină proporţional cu volumul urinelor, deci mai abundent ziua, prezentând un maximum la 3—4 ore după masă. Ingestia numai de lichide produce o diureză mai mare decât ingestia de lichide cu alimente **(Moraczewski, Labbé).** Intre substanţele alimentare, albuminele ar fi favorabile, grăsimile şi zahărul din contră defavorabile diurezei **(Friderica, Zunz, Weigert).** Micţiunile frequente facilitează diureza, destinderea vezicală dând din potrivă naştere unui reflex inhibitor **(Boeminghans).** In fine clinostatismul măreşte considerabil diureza **(Vaquez),** poate ajutând absorbţia intestinală **(Bazett).** O condiţie indispensabilă pentru o bună filtrare renală stă în activitatea circulatorie optimă la nivelul rinichiului, în funcţie şi ea de presiunea arterială şi de o vazodilataţie convenabilă.

Cercetările mai recente au pus în evidenţă şi alţi factori de cari depinde diureza. Sistemul nervos vegetativ cu centrii săi din mezencefal exercită un rol capital în producerea diurezei;

leziunea acestora poate aduce turburări serioase în eliminarea apei. In stare normală mediul intern se găseşte într'un echilibru care nu este perfect fix, ci oscilează neîncetat în anumite limite, oscilaţiuni ce permit schimburile continue între sânge şi ţesuturi şi invers. Mişcările de apă sunt astfel condiţionate de starea tensiunei osmotice a humorilor (**Dastre, Mayer, Castegne** şi **Rathery, Engels, Widal, Labbé**), de echilibrul acido-bazic, de care depinde puterea de imbibiţie a ţesuturilor, (**Nash** şi **Benedict, Fischer**), de coeficientul lipocytic (**Mayer** şi **Schaeffer**), de produsele de secreţie ale glandelor endocrine (tiroidina, pituitrina, adrenalina) — în fine de natura şi gruparea ionilor — Na, Ca — (**Blum**).

Un număr important de alţi factori adjuvanţi intervin în regularea schimburilor. **Achard** şi **Demanche** au arătat că cea mai mică creştere în presiunea hidraulică goneşte apa din sânge către ţesuturi concentrând plasma — trecerea din clinostatism în ortostatism de pildă. **Starling** a pus în eivdenţă rolul presiunei osmotice a proteinelor; **Krogh** a arătat importanţa membranei capilare în aceste schimburi (permeabilă la cristaloide şi impermeabilă la proteine). **Bayliss** a studiat raportul între presiunea intracapilară a sângelui şi presiunea osmotică a proteinelor. **Cusnhy** precizează că diureza se produce numai când presiunea sângelui în capilarele glomerulului este superioară presiunei osmotice a proteinelor, adică atunci când această presiune depăşeşte 30 m. m. Hg.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Studiul acţiunei unui diuretic trebue să ţină seama de toate aceste condiţiuni. In ce priveşte compuşii mercuriali organici, interpretarea modului lor de acţiune dă naştere la aceleaşi controverse pe care le-a ridicat studierea primelor diuretice mercuriale (calomelul, cyanurul de Hg.). De o parte partizanii teoriei renale consideră aceste diuretice ca iritanţi direcţi ai celulei renale; de alta partizanii teoriei extrarenale pun acţiunea lor pe seama modificărilor de imbibiţie a ţesuturilor sau de osmoză a sângelui.

Cea mai mare parte din autori (**Saxl** şi **Heilig, Pelissier, Schmidl** şi **Jean, Rosenberg, Mouquin, Lian, Hatieganu**, etc.), înclina spre teoria extrarenală pe baza lipsei de turburări renale, pe baza modificărilor refractometrice şi pe baza unor observaţiuni, prezentate cu titlul de probe experimentale. **G. Recht** raportează observaţia unei ciroze punctionate şi căreia i s'a administrat a doua zi 2 cm. c. salyrgan, spre a goli complet abdomenul.

După 3 ore dela injecţie, locul puncţiunei s'a deschis spontan lăsând să curgă o cantitate enormă de transudat peritoneal, închizându-se apoi câteva ore mai târziu. **Achtiano** relatează un alt caz caracteristic: la o cardiacă cu infiltraţiune, ascită, hidrotorax, o injecţie intravenoasă cu novasurol a ocazionat o escară cu colecţie purulentă la braţ, necesitând incizia; pe lângă puroi s'a scurs o cantitate abundentă de lichid seros, ce a continuat să se scurgă şi zilele următoare, pe măsură ce edemele şi ascita dispăreau. In fine e de observaţie curentă scurgerea abundentă de serozitate prin tuburile lui **Southey** la infiltraţii cardiaci în urma injecţiei cu salyrgan. Pe baza acestor observaţiuni s'a conchis că salyrganul ca şi ceilalţi compuşi mercuriali diuretici ar coborî puterea hidrofilă a ţesuturilor, mobilizând apa ce reintră în circulaţie, de unde este expulzată prin rinichi.

In adevăr examenul refractometric şi numărătoarea hematiilor arată o diluţie plasmatică moderată în majoritatea cazurilor noastre ca şi în ale altora, precedând sau coexistând cu diureza. „Nu poate exista diureză fără hidremie" spune **Pick.** Dar sunt cazuri în care hidremia nu s'a putut constata în nici unul din momentele premergătoare sau contimporane diurezei şi sunt autori cari nu au găsit-o în nici unul din cazurile lor. **Haldane** şi **Priestley** constatând acest fapt în studiul diurezei, opiniază că atunci funcţiunea eliminatrice a rinichiului trebue să fie excelentă, nedând loc la diluţia sângelui, diureza se constitue pe măsură ce sângele primeşte apa din ţesuturi. In adevăr **W. Raab,** experimentând pe indivizi normali a constatat cu salyrganul (1—2 cm. c. intravenos), diureză accentuată coexistând cu o creştere a desităţei sângelui, ce persistă şi după sfârşitul diurezei; prin cercetarea comparativă cu acţiunea ureei per os, a ingestiei de apă, a injecţiilor de pituitrină, el ajunge la concluzia că hidremia este în funcţie de eliminare apoasă renală; că acţiunea diureticilor de mai sus se exercită direct şi primitiv asupra rinichiului.

Lucrările lui **Blum** a atras atenţia asupra rolului calciului în producerea diurezei. **Loeper** şi **Duron** au **demonstrat** o mobilizare a Ca din ţesuturi spre sânge, unde îl găsim notabil crescut în stare normală şi mai ales patologică, după injecţia de neptal.

Testul de hidrofilie a ţesuturilor a lui **Mac Clure** ar fi părut cel mai indicat să rezolve problemele variaţiunilor procesului de

imbibiţie a ţesuturilor; în realitate această probă în cercetările lui **Loeper** şi **Duron,** a dovedit timpul de rezorbţie mult crescut după injecţia de neptal. Hidrofilia ţesuturilor este deci mai puţin accentuată după administrarea diureticelor mercuriale.

In fine tot **Loeper** cu **Lesure** au constatat o diminuare a colesterinei în sânge după neptal.

Dacă salyrganul are o acţiune asupra puterei de imbibiţie a proteinelor, nu este mai puţin sigur că acţionează şi asupra celulei renale. Categoric în această privinţă este **Chabanier** care împreună cu D-ra **Lebert** şi **Lemiere** experimentând cu neptal ajunge la concluzia că diureza se produce printr'o coborâre a pragului apei ca şi a clorurilor; funcţiunea ureo-secretorie este însă alterată; ureea creşte în sânge, constanta **Ambard** se ridică, fapte ce au fost verificate şi de alţi autori. Totuşi creşterea ureei în sânge poate fi datorită cum observă **Loeper** şi **Duron** acţiunei excitante pe care o exercită aceşti compuşi mercuriali asupra celulei hepatice şi poate şi asupra ţesuturilor în general. Pentru **Chabanier** şi cloruremia crescută pe care el o constată după acest diuretic este încă un fenomen de ordin renal. Compuşii mercuriali produc o nefrită funcţională şi el recomandă prudenţa în administrarea diureticelor mercuriale la renali; în fine, el nu constată nici o modificare a metabolismului proteic. De acelaş aviz sun **Blum** şi **Schwab,** cari consideră diureza prin săruri mercuriale ca datorită unei nefrite pasagere. **Ambard** o explică de asemenea printr'o acţiunea renală. **Blum** pe de altă parte, constatând o alterare renală, admite ca eliminarea masivă de cloruri ar fi în cauză, alterare ce s'ar putea întâmpla şi printr'o filtrare prea considerabilă numai de apă. Trebue observat însă ca fenomenele iritative au fost observate şi în cazuri de diureză moderată prin salyrgan cu eliminare mediocră de cloruri.

Cercetările noastre ne-au dovedit foarte adesea uşoare alterări ale rinichiului. In 34 cazuri s'a examinat cu grijă sedimentul urinar înainte şi 24 ore după administrarea salyrganului: în 76,5% din cazuri au apărut cilindri hialini; în 2 cazuri, în care aceştia preexistau, au devenit mai numeroşi; în 4 cazuri am notat hematii, iar în 3 cazuri cilindri granuloşi. Toţi aceşti bolnavi aveau funcţiunea renală intactă înainte de tratament şi nu avuseseră nici un accident renal în antecedente. Injecţiile succesive au accentuat iritaţia renală: aşa într'o observaţie după prima injecţie apar cilindri hialini, după a 5-a injecţie

apar frequenţi cilindri hiliani, dintre cari mulţi cu încrustaţiuni granuloase; în altă observaţiune după prima injecţie cilindrii hialini preexistenţi, devin frequenţi, după a 2-a apar cilindri cu încrustaţiuni granuloase, iar după a 3-a frequenţi cilindri granuloşi şi hematii. In fine notăm apariţia unui nor de albumină după salyrgan în 5 observaţiuni.

Lecène, d'Allaines şi **Wolfram,** raportează 2 cazuri în care neptalul a determinat o nefrită funcţională şi a agravat probabil leziunile renale. **Petzal** socoate din această cauză diureticele mercuriale contraindicate în toate nefrozele afară de cea sifilitică.

Era natura în faţa acestei probleme a atingerei funcţionale sau chiar organice a rinichiului să cercetăm capacitatea de eliminare a substanţelor colorante. **Bernheim** a observat eliminarea încetinită a substanţelor colorante după salyrgan. In 12 cazuri (ciroze, cardiopatii, pleuro-peritonite) noi am injectat 2—3 zile înainte de salyrgan şi apoi în timpul acţiunei lui phenol-sulphonephtaleina intramuscular: în 7 cazuri am observat o creştere a eliminărei concomitent cu acţiunea diuretică a salyrganului; în 2 cazuri nici o modificare, iar în 3 cazuri o diminuare; dela 45% la 30%, dela 20% la 10%; într'unul din aceste 3 cazuri proba cu P. S. P. s'a făcut intra-venos şi eliminarea a scăzut dela 55% la 40%. Aceste rezultate aproape contradictorii, nu permit nici o concluzie; într'unul din cazuri însă în care am repetat proba cu P. S. P. după mai multe injecţiuni cu salyrgan, am constat o diminuare a eliminărei (dela 35% la 25%). Creşterea eliminărei P. S. P. concomitent cu acţiunea diureticului într'un procent ridicat (numai 25% în cercetările noastre au prezentat o eliminare inferioară), pledează poate în favoarea unei acţiuni stimulatrice, iritante a salyrganului asupra parenhimului renal. **Maurice Renaud, Muller** şi **Miget,** cercetând eliminarea P. S. P. după ingestia de lacto-serum agent diuretic puternic, au observat de asemenea diferenţe în ritmul şi cantitatea eliminărei de P. S. P., faţă de ingestia de apă simplă.

Din tot ce precede se poate conchide că fenomenul diurezei prin compuşii mercuriali presupune un mecanism mult mai complicat de cât s'a avut în primul moment. Dacă aceste diuretice au o acţiune, ce rămâne încă de demonstrat, asupra capacităţei de imbibiţiune a proteinelor, producând modificări de natură fizico-chimică asupra coloidelor celulare şi determinând deplasări de lichid şi săruri din ţesuturi spre sânge, nu este mai puţin

BCU Cluj / Central University Library Cluj

adevărat că aceste substanţe trecute în sânge trebuesc — pentru ca diureza să se producă — să traverseze rinichiul. Acesta este în ultima instanţă, factorul de care depinde soarta eliminărilor. Este necesar prin urmare ca rinicihul, cum observă **Loeper,** să se supună incitaţiunilor directe exercitate asupra tubilor şi glomerulului de aceşti diuretici mercuriali şi indirecte exercitate de substanţele mobilizate din ţesuturi în sânge ca ureea, Ca, apa. Intre ţesuturi, mediul intern şi rinichi trebue să se stabilească o synergie funcţională pentru ca fenomenul diuretic să se producă. Numai această interpretare eclectică poate explica şi cazurile în cari diureticii mercuriali rămân fără efect terapeutic, — şi sunt numeroase astăzi asemenea cazuri, — precum altele şi mai numeroase, în care efectul se epuizează progresiv.

Prin urmare este foarte probabil că la acţiunea extrarenală a compuşilor mercuriali diuretici (ficat, ţesuturi), se adagă şi o acţiune direct renală de ordin iritativ. In economia animală, cu multiplele ei synergii funcţionale, acţiunea strict electivă a unei substanţe, asupra unui singur organ, s'a dovedit de altfel excepţionale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Clinica de Psichiatrie din Bucureşti
Director: Prof. Al. Obregia

FAZA SCHIZOIDA IN PERIOADA DEMENŢIALA A PARALIZIEI GENERALE

de
ALFRED DIMOLESCU
Asistent al Clinicei

Se observă uneori în perioada demenţială a paraliziei generale, unele fenomene străine de manifestările obicinuite ale neurosifilisului.

Aceste fenomene se pot grupa în două categorii: Prima categorie aminteşte marea familie a paranoiei; cealaltă ne prezintă mai mult sau mai puţin complect, tabloul clinic al demenţei precoce.

Vom spune câteva cuvinte despre aceste aspecte clinice, rămânând a-l desvolta şi decumenta pe cel de al doilea, ca făcând singur obiectul acestui articol.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1) Sub denumirea de „paranoia metaparalitică" Prof. Obregia izolează şi descrie în 1909,[1]) un delir de persecuţie ce apare la paraliticii generali şi care transformă complect starea psihică a pacientului.

Din grandoman, expansiv şi aprobativ, el devine tacid, bănuitor şi acuzator.

Cei cari până acum au fost salvatorii lui şi le promisese ranguri şi milioane, devin deodată persecutorii săi. Familia sa în deosebi, este direct vizată.

Discuţiuni asupra existenţei acestei faze paranoide au avut loc la congresul din Berlin în 1910 şi din Geneva - Lausanne 1926.[2])

Vom reveni în capitolele următoare asupra acestei faze, de oare ce prezintă o dublă legătură evolutivă şi patogenică, cu fenomenele ce ne interesează.

---

1) Al. Obregia. Le paranoisme metaparalytique. Revue des Sciences medicales No. 11 Bucureşti 1909.

2) Al. Obregia. Faza paranoidă. Discuţiuni la com. lui M. Vermeylen: Modificările psihice la P. G. malarizaţi. — Cong. Med. alien şi neur. Geneva-Laussanne 2—7 August 1926.

2) Cel de al doilea grup de fenomene sunt în speţă fenomene schizoide: Stereopii de gesturi şi de mimică, verbigeraţie, negativism verbal, ecolalie, etc.

Ele apar ca şi precedentele în mod insidios, în perioada demenţială sau la sfârşitul celei de stadiu.

Cazuri de fenomene schizoide în P. G. mai sunt descrise în literatură. Westphal şi Jahrmarker, Raymond şi Serieux, Maillard şi Maux, Dupré, semnalează cazuri de P. G. cu catatonie. Kraëpelin descrie deasemenea stări stuporoase şi simptome catatonice de scurtă sau lungă durată. Vilman şi Ranke publică observaţia unui P. G. cu aspect de demenţă precoce. Tausig descrie de asemenea o formă catatonică a paraliziei generale.

Obregia şi Ureche[3]) în 1909, semnalează 8 cazuri de P. G. atipice din care multe cu fenomene schizoide şi dintre care trei sunt urmate de necropsie.

Ureche şi Rusdea[4]) publică în urmă acelaş gen de P. G. Antheaume şi Trepsat[5]) citează o observaţie a unui P. G. cronic cu fenomene de catatonie mare.

Noi înşine sub inspiraţia Profesorului Obregia, am comunicat împreună cu Doctor S. Constantinescu, 2 cazuri de acest fel.[6]) Revenim astăzi căutând să aducem noi argumente şi observaţii în favoarea existenţei fazei schizoide, în demenţa paralitică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toate aceste cazuri însă nu sunt decât fenomene disperate şi nu descriu decât simptome izolate de schizofrenie. Noi vom avea în vedere forma evolutivă la care ajunge paralizia generală când se prezintă în condiţiuni anumite.

Ni se pare de mare importanţă recunoaşterea acestui lucru, atât din punct de vedere al prognosticului, cât şi din punct de vedere al diagnosticului diferenţial.

Prezenţa acestor fenomene indică mai întâiu o evoluţie rea (cronicitate definitivă), iar în al doilea rând prezintă o mare asemănare cu demenţa precoce de care se deosebeşte, după cum vom vedea, numai prin investigaţiuni clinice şi biologice minuţioase.

Insistăm dela început asupra faptului, că nu trebue considerate aceste fenomene ca o formă de paralizie generală. Ele, am putea zice, încheie evoluţia perioadei paralitice, apariţia lor

3) Obregia şi Ureche. Lucrările laboratorului clinicei de boale mintale 1 vol 1919.— Bucureşti.

4) Ureche şi Rusdea. Les formes schizofrénoides de la siphylis du cerveau et de la P. G. Encephale No. 10—1921.

5) Antheaume et Trepsat. Paralijsie Générale et catatonie. Encéphale. Nr. 5 Mai 1920.

6) Dimolescu şi Constantinescu S. Asupra a două cazuri de P. G. cu manifestări schizoide Spit. No. 1 1927. Soc Stud. Şed din 20 N-brie 1926.

indicând momentul când procesul sifilitic a ajuns la nucleii dela bază.

Aceste fenomene de care vorbim, nu sunt altceva decât expresia clinică a procesului degenerativ, a nucleilor centrali.

*

In clinica de boale mintale din Bucureşti am observat printre paraliticii generali ajunşi în perioada demenţială, câte-va cazuri foarte demonstrative.

In general aceşti bolnavi nu prezintă întreaga pleiadă de simptome ce constituesc sindromul schizoid; ci câte-va semne cardinale, cari dau destul de bine posibilitatea unei încadrări a acestor manifestări, în asociaţia hebefrenie — paranoism — catatonie. In special unul din cazurile ce vom relata, a perdut complect înfăţişarea unui paralitic. Atât prin halucinaţiile sale cât şi prin celelalte semne de catatonie mică, poate fi considerat clinic ca un hebefreno-catatonic. Vom relata două observaţii tipice sub acest raport.

OBSERVAŢIA I-a.

Pacientul E. J. de 38 ani, profesor, este internat la 27 Septembrie 1925.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Antecedente heredo-colaterale.

Fără importanţă. Nu mai sunt cazuri de alienaţie mintală în familie.

Antecedente personale.

Febră tifoidă la 20 ani. Blenoragie, Sifilis, Căsătorit la 29 de ani. soţia sănătoasă, a avut o naştere normală şi 4 avorturi provocate. Nu fumează. Colegii săi ne declară că uzează mult de alcool.

Istoric.

Debut cu trei luni înainte cu agitaţii, impulsiuni şi amnezii. Surmenându-se cu ocazia unei expoziţii de pictură, pacientul a devenit violent şi a fost adus în spitalul nostru.

Examen antropologic.

Craniu globulos, alopecie în potcoavă, urechi mici, unghiul retro-auricular micşorat, lobului liber. Dantura normală şi incomplectă. Bolta palatină adâncită. Indicile cephalic 80. Capacitatea craniană 1385.

Examen neurologic.

Pupilele sunt egale şi diformate. Reflexele la lumină şi distanţă încetinite. Escursia lor redusă mult. Reflexele cutanate păstrate.

Tremurături în degete şi limbă. Dizartrie netă. Romberg negativ. Nimic din partea motilităţii active sau pasive.

Examen organic.

Nimic din partea organelor toraco-abdominale, în afară de o hernie inquinală dreaptă.

Examenul lichid cephalo-rachidian.

Tensiunea medie. R. Pandy şi Nonne-Appelt pozitive, 10 până la 12 limfocite pe câmp.

Examen psihic.

Percepţia nu are falşe recunoaşteri nici halucinaţiuni.

Ideaţia nu are delir sistematizat ci idei incoherente, absurde şi contradictorii. E aprobativ.

Memoria de fixare şi evocare slăbite.

Calculul încetinit şi greşit.

Orientarea în spaţiu bună, în timp greşită.

Voinţa uneori e violent, tendinţă la dromomanie.

Afectivitatea vrea să plece să-şi vadă soţia şi copii.

Dela internare şi până astăzi, timp de 2 ani şi şease luni, pacientul nu a părăsit spitalul. In acest timp a fost riguros observat, făcându-se repetate examene de lichid cephalo-rachidian. Evoluţia boalei sale a fost foarte variată. Pentru a o sistematiza, vom descrie trei etape principale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prima etapă hipocondriacă: 25 Sept.—28 N-brie 1925.

Pacientul are intense preocupaţiuni hipocondriace: spune că i s'a atrofiat simţul genital, în urmă că nu mai are nici un simţ, mirosul, gustul au dispărut. Plânsul şi somnul sunt de asemenea atrofiate. In acest interval se face tratament cu Mecoll intrarachidian şi intramuscular şi Neosalvarsan.

A doua etapă paranoidă: 28 N-brie 1925—26 N-brie 1926.

Starea mintală se schimbă, pacientul devine paranoid, consideră nevinovată pe soţia sa care-l înşală şi pe familia sa care i-a făcut rău. Voeşte să se răsbune. Delirul său de persecuţie, evoluiazą paralel cu un delir intens de bogăţie, putere şi capacitate. Din timpul nopţei are puterea de a vorbi cu toate stelele. Ii e frică să nu-i furăm secretul. Dela 18 Decembrie apar intense halucinaţiuni auditive. Ascultă cu urechea la perete ce-i spune soţia sa din Bârlad. Ia o poziţie fixă şi ne arată în frunte un loc luminos cu care luminează Bucureştiul. După 2 zile începe agitaţia. Loveşte cu ghetele pe cine intra în camera sa. Şade în pat cu faţa în sus nemişcat, cu privirea ţintă în tavan spre a nu-şi deranja soarele din frunte. Se plimbă prin camera sa încontinuu, sub cuvânt că merge la Paris. Incearcă să sugrume un infirmier. Pretinde că voim să-l otrăvim. Ne spune că distruge oamenii răi printr'un cuţit cu zimţi,

otrăvit cu sulfat de cupru şi nitrat de argint. Acest lucru îl poate face şi la cererea noastră.

Din luna Februarie pacientul s'a liniştit. Delirurile şi halucinaţiile sale se menţin cu aceiaşi intensitate.

In acest interval face tratament cu sublimat intrarachidian (Lafora), biodur şi neosalvarsan precum şi două accese de malaria formă terţă.

La 21 August 1926, tensiunea mărită. R. Pandy şi Nonne-Appelt + +. Benjoin 22200. 4-6 limfocite pe câmp.

A treia etapă schizoidă: 26 N-brie 1926—26 Martie 1928.

După o perioadă de 10 luni de linişte, pacientul începe din nou să se agite. Are dromomanie, caută să fugă. Pretinde că are draci în gură şi pe mâini, pe care îi vede (halucinaţii liliputane). Ne răspunde cu gura închisă îngânând. După câtva timp, pacientul păstrează un negativism verbal complect. Face bot schizofrenic. Prezintă mişcări continue de pendulare laterală ale capului. Nu-l putem opri. Dacă fiind în repauz îi mişcăm capul continuă pendularea câte-va ceasuri. Atitudini fixe cu tendinţă la catatonie. Ecolalia a dispărut prin apariţia negativismului. Ecopraxie uşoară. Semnul mâinei prezent. Stereotipii de gesturi şi atitudini multiple.

OBSERVAŢIA II-a.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pacientul M. E. persan în etate de 40 ani, comerciant, este internat la 21 Octombrie 1925, pentru fenomene de alienaţie mintală.

Antecedente heredo-colaterale.

Fără importanţă. Nu au mai fost cazuri de alienaţie mintală în familie.

Antecedente personale.

Neagă alte maladii. E fire nervoasă. Sifilis în tinereţe. Uzează mult de tutun şi alcooluri tari.

Istoric.

Debut de 3 luni cu insomnie, cefalee, dromomanie, şi hiperactivitate dezordonată.

Examen antropologic.

Craniu dolicocefal tip, fără semne degenerative. Dantura rău implântată, dinţii strâmbi cu marginea ferăstruită. Indicele cefalic 81, capacitatea craniană 1367.

Examen neurologic.

Pupilele inegale stg. mai mare ca dreapta, rotunde, regulate, miotice. Reflexele pupilare la lumină abolite, la distanţă încetinite. Motilitatea activă şi pasivă păstrate.

Reflexele osteo-tendinoase conservate, achiliene abolite bilateral. Reflexele cutanate păstrate de ambele părţi. Dizartrie netă. Tremurături în degete şi limbă

Examenul organic.

Nimic din partea organelor toraco-abdominale.

Examenul lichidului cephalo-rachidian.

Tensiunea medie. R. Nonne-Appelt şi Pandy +++ 9 limfocite pe o div. din cel Nageotte.

Examenul psihic.

Diminuarea globală a facultăţilor mintale de tipul paraliziei generale.

Percepţia nu are halucinaţii, nici falşe recunoaşteri.

Ideaţia. Conţinutul ideativ sărac, viteza ideilor încetinită. Asociaţia lor defectuoasă. Nu are deliruri.

Memoria de evocare şi fixare prezintă amnezii lacunare.

Orientarea în timp şi spaţiu se face greşit.

Calculul încetinit, nu poate socoti în româneşte.

Voinţa mult slăbită. E docil şi aprobativ.

Tratament mecoll intrarachidian. (3 inj. sublimat, 6 inj. Lafora). Sulfarsenol, biodul, bismut, şi neosalvarsan.

Dela 1 Iulie 1926, începe faza paranoidă şi halucinaţiuni intense. Se acoperă cu pătura pe cap, nu vrea să mai vorbească nimănui. E agitat fără să fie violent. Din August acelaş an, pacientul începe să se agite rău, căci e turburat continuu de halucinaţiile sale. Ameninţă, se ceartă în limba turcă.

In urmă începe fenomene schizoide: negativism, verbigeraţie, stereotipii de gesturi şi atitudine. semnul mânei pozitiv.

Pacientul păstrează aceiaşi poziţie pe marginea patului sau pe bancă. Verbigerează continuu. Nu ne răspunde la întrebri, mişcă capul de o parte şi de alta şi păstrează câtăva vreme membrele sau corpul în poziţia care i se dă.

Această stare demenţială cu fenomene paranoide şi schizoide o continuă şi anul următor până în August, când din pricina gatismului şi a caşexiei înaintată, pacientul sucombă la 30 ale aceliaşi luni — 1927.

La necropsie găsim leziuni comune.

Creerul atrofiat, congestionat în lobii frontali şi temporali, leziuni de lepto-meningită, lichid abundent între meninge şi între foiţele arachnoide. Granulaţiunile lui Pachioni mărite şi formaţiuni granulare în planşeul ventriculului IV.

Leziuni ateromatoase pe aortă şi nivelul crosei. Ambii rinichi congestionaţi şi ficatul cu degenerescenţă grăsoasă.

Diagnostic Meningo-encefalită cronică difuză, aortită şi degenerascenţă grasă hepatică.

Histologie. Leziuni caracteristice a unui proces infecţios meningo-encefalic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1) Leziuni inflamatorii.
2) Leziuni degenerative atrofice.

In prima categorie găsim manşoane leucocitare, perivasculare, degenerescenţă endotelială a vaselor şi capilarelor.

In a doua categorie atrofie celulară cu dispariţia granulaţiunilor cromofile şi nucleul excentric.

Prelungirile celulare sunt decolorate şi atrofiate. Fibrele cu mielină degenerate şi discontinue. Proliferare abundentă nevroglică. Din punct de vedere topografic leziunile sus menţionate sunt împărţite între scoarţă cu predominenţă în circomvoluţiunile frontale şi parietale şi nucleii centrale.

* * *

Ambele aceste cazuri au evoluat fără tendinţă la remisiune şi au ajuns la cronicitate şi demenţă.

CONDIŢIUNI ETIOLOGICE.

Trebue să semnalăm ca fiind de o importanţă hotărîtoare asupra evoluţiei antecedentele alcoolice ale acestor pacienţi. In general toţi cei care au uzat mult alcool şi care fac paralizii nu fac remisiuni, ci ajung într'un timp variabil de 2-4 ani, la cronicitate şi demenţă, trecând prin faza paranoidă, halucinaţiuni şi fenomene schizoide. Alcoolul transformă paralizia gegenerală într-o formă hiperagitată, tenace la tratament, fără tendinţă de remisiune şi susceptibilă de a fi complicată cu fenomene paranoide şi schizoide. Sub acest raport observaţiile noastre sunt foarte demonstrative. Ambii pacienţi, alcoolici, nu au avut în tot timpul cea mai mică tendinţă la remisiune sau falşe remisiuni. Este o paralizie generală cu adevărat progresivă (Requin).

Alcoolul este după constituţia individului şi după starea sa de consumare (muncă), factorul principal care agravează şi îndreaptă P. G. spre o evoluţie malignă. Starea de caşecsie paralitică trebue să fie pusă neapărat pe seama toxinei sifilitice?

Jean Lepine răspunde negativ.[7]) Cităm textul: „Encefalita „paralitică este o toxiinfecţiune însă nu o toxiinfecţiune sifilitică, „ci o toxiinfecţiune particulară produsă de reacţiunea organis„mului în contact cu toxiinfecţiunea sifilitică. Pentru producerea „acestei noi otrăvi, trebuesc condiţiuni anumite din partea tere-

7) H. Colin şi R Charpentier. La paralizie générale (Maladie de Bayle) Ed. Masson Paris 1922.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„nului, cari poate sunt mai importante de cât însu-şi noţiunea „sifilisului, fapt care ar explica, că în unele cazuri excepţionale „sifilisul să nu fie în cauză".

Se ţinde a se recunoaşte astă-zi, că terenul are o mare importanţă în producerea acestei stări toxice şi a caşecsiei ulterioare a paraliziei generale.

Este o noţiune de cea mai mare importanţă şi despre care Lepine spunea la congresul din 1922, cu ocazia centenarului lui Bayle. „In aceste discuţii nu se face destul loc terenului".

Ce este acest teren, de cât expresia stărei de sănătate a organelor individului. Organismul şi în special sistemul nervos, pus în inferioritate de apărare prin excese de natură toxică sau de consumare psihică, va fi inapt să reziste puternicei infecţiuni sifilitice. Or alcoolul se ştie ce predilecţie are pentru sistemul nervos. El este unul din factorii importanţi care contribuesc la slăbirea terenului. In ceia ce priveşte halucinaţiile, existenţa lor ne face să ne gândim imediat la alcoolism, cu atât mai mult cu cât acestea es din cadrul simptomatic al paraliziei generale.

MANIFESTĂRI ŞI EVOLUŢIE.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tabloul clinic este cu mici deosebiri, acela al unui paralitic general în faza demenţială. Din punct de vedere somatic este mai mult sau mai puţin caşectic, după cum sunt interesaţi centrii trofici. Gatismul nu este inerent acestei perioade. Unul din bolnavii noştri nu e gatos. Mănâncă neajutat.

Se îmbracă şi se desbracă, se plimbă sau şade ceasuri întregi pe o bancă. Nu are impulsiuni, nici violenţe. E tăcut, indiferent la ceia ce se petrece în jurul său şi refuză să se răspundă la întrebări (negativism). Nimic deosebit deci de demenţa paralitică. Ceia ce este nou însă sunt fenomenele schizoide supra adăogate. In afară de negativism, asistăm la fenomene din grupa catatoniei mici: stereotipii de gesturi şi de atitudini, verbigeraţie, echolalie, uneori atitudini sau poziţie catatonică a membrelor. Este caracteristică mişcarea de pendulare a capului a unuia din pacienţii descrişi mai sus, mişcare pe care o execută ceasuri întregi, fără a putea fi oprit.

In ceia ce priveşte evoluţia, aceşti bolnavi ajung ca ori şi ce paralitic în faza demenţial, la sfârşit letal prin ictus sau caşecsie profundă, după un interval ce variază între 1—3 ani.

ANATOMIE PATALOGICĂ.

Meningele şi creerul prezintă după cum am văzut, leziunile obişnuite de meningită şi congestie a jumătăţei anterioare. Atrofia circomvoluţiunilor este mai marcată de cât la paralitici morţi în perioada de stare, sau după un timp mai scurt dela debutul maladiei. Găsim plăci de lepto-meningită, lichid între foiţele arahnoidei, ventriculii dilataţi corpusculii lui Pachioni măriţi şi granulaţiuni în planşeul ventricului IV.

Din punct de vedere microscopic găsim leziuni degenerative şi inflamatorii diseminate în scoarţă în substanţa albă şi în deosebi în nucleii dela bază (putamen, nucleul caudat şi palidum).

Sunt leziunile cunoscute de infiltraţie peri — şi endovasculară, de proliferare nevroglică şi de degenerescenţă hidropică sau scleroză celulară).

In unele locuri dispariţie complectă a celulelor nervoase. Fibrele cu mielină sunt de asemenea atrofiate. Nu insistăm asupra acestor leziuni atât de cunoscute. Topograficeşte însă leziunile din nucleii striaţi, comparabile cu cele din demenţa precoce, ar explica într-o oare care măsură existenţa fenomenelor schizoide. In demenţa precoce s'a descris de curând [8]) în afară de leziunile cunoscute (atrofie celulară, infiltraţie granuloasă, scurtarea prelungirilor, proliferarea nevrogliei), leziuni cu un întreit caracter:

1) Un focar degenerativ în capul nucleului caudat şi treimea anterioară a nucleului lenticular.

2) Depozite de grăsime în scoarţă şi în corpii optostriaţi.

3) Degenerescenţă grasă a celulelor endoteliale a capilarelor creerului, creeruşului şi calotei bulbo-protuberanţiale.

Atât prin caracterul acestor leziuni, cât mai cu seamă prin distribuţia lor topografică am putea găsi o apropiere între demenţa precoce şi stadiul descris al paraliziei generale.

Nu putem trage concluzii mai precise, căci leziunile elementare din aceste două entităţi, nu pot prin specificitatea lor, în gradul actual de cunoştiinţe, să ne dea un diagnostic histopatologic.

Afecţiuni clinice aşa de deosebite ca sifilisul, senilitatea şi encefalita letargică nu se traduc microscopic prin aceleaşi leziuni?

---

8) Laignel—Lavastine, Tretiakoff şi Iorgulescu-Encefalul Martie 1922.

DIAGNOSTIC DIFERENŢIAL.

O afecţiune care se apropie mult de faza schizoidă paralitică, este schizofrenia catatono-paranoidă sau cea hebefrenică.

Din punct de vedere al interesului clinic dificultăţile sunt înlăturate prin faptul că în acest stadiu paraliticii sunt mai întotdeauna internaţi într'un ospiciu sau spital.

Semnele somatice ne pun mai uşor pe cale de cât investigaţiunile psihice, căci negativismul este un obstacol nu tocmai uşor de învins.

In cazurile de îndoială lichidul cephalo-rachidian îşi asumă de obiceiu toată răspunderea diagnosticului.

Sunt însă unele cazuri vechi de P. G. după cum a arătat Profesorul Obregia în 1908, confirmat de Tauzi în 1911 şi de Lhermitte şi Targowla[9]) în 1922, în care lichidul cephalo-rachidian devine negativ chiar fără tratament.

Aceste cazuri prezintă interes din punct de vedere medico-legal, cu atât mai mult cu cât pacienţii prin paranoismul lor, pot deveni antisociali.

Aci diagnosticul se reazămă pe puncţia suboccipitală.[10]) Cu cât ne apropiem mai mult de creer spune profesorul Obregia, cu atât avem mai multe rezultate pozitive.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PROGNOSTIC.

Nu există nici o deosebire între aceste forme şi cele demenţiale ca evoluţie.

După cum am spus ele se termină letal prin ictus sau caşecsie profundă în timp variabil.

TRATAMENT.

Ajunşi în această fază, orice speranţă de remisiune trebue înlăturată.

Leziunile sistemului nervos sunt acum definitive; tratamentul cu agenţi sterilizanţi şi spirilicizi rămânând complect ineficace.

Prin linişte însă şi printr'un regim uşor, higienă precum şi evitarea escarelor şi a caşecsiei, prin tonice şi reconfortante, putem amâna pentru cât-va timp desnodământul fatal.

---

9) Congr. Med. Neur. şi alienişti. Centenarul lui Bayle. Paris. Masson 1922.
10) Obregia Al. C. R. Soc. de Biologie 16 Iulie 1908.

Spitalul Militar Galaţi, Serviciul Chirurgical

OSTEO-SARCOM OSIFIANT AL PERONEULUI STÂNG, RECIDIVAT

Dr. TRAIAN GRUESCU şi **Dr. AUREL DRAGOŞ**
Chirurg şef — Chirurg

Observaţie clinică. Soldatul M. N. din Reg. 27 Inf., intră în Spitalul Militar la 4 Sept. 1928, pentru o tumoare în regiunea antero-externă a gambei stg. partea cea mai superioară.

Antec. Heredo-colaterale, nimic important, părinţii sănătoşi, fraţi sănătoşi, surori idem sănătoase.

Antec. personale. A avut o maladie infecto-contagioasă ce nu o poate preciza, vărsat spune bolnavul, însă nu se văd stigmatele. Nici o altă maladie nu a mai avut. De asemenea nu poate preciza vre-un traumatism la genunchiul stâng. S'a ştiut sănătos tot timpul.

Istoric. In luna Martie 1928, după o bae, urmând să se şteargă, a simţit dureri la presiune pe partea latero-externă a genunchiului (la articulaţia peroneo-tibială stângă). Nici tumefacţie, nici un alt simptom nu exista. Mersul nu era nici de cum jenat. Prin luna Iunie (până atunci nici un alt simptom nu a intervenit) spune bolnavul, a simţit din nou dureri mai apreciabile, junghiuri, oarecari furnicături la degetul mare al piciorului stâng, senzaţie de usturime. In acelaş timp a simţit o tumefacţie în acel loc, de mărimea unei nuci, dură, senzaţie de os. Mersul începe să fie defectuos, câteva zile în urmă, obositor oarecum. In luna Iulie observă că piciorul stâng nu-l mai poate îndoi pe gamba respectivă, că la mers laba piciorului atârnă, cade oarecum, din care cauză este obligat să schiopăteze. Mersul în acelaş timp dureros. Când strângea gamba cu moletiera, putea merge mai bine. Tot odată observă că pe lângă jena labei piciorului, degetele piciorului nu le mai poate întinde şi nici mişca în sus, rămân flexate în permanenţă spre plantă. Pielea dela jumătatea inferioară antero-externă a gambei, precum şi faţa anterioară a piciorului îi dedea senzaţie de arsură şi furnicături. Pleacă în concediu luna August, cu care ocazie merge 13 km pe jos. Durerile se accentuiază din ce în ce în gamba stângă, schiopătează şi mai tare. Flexiunea piciorului pe gambă devine imposibilă, idem rotaţia, idem extenzia degetelor, cari rămân flexate spre plantă. Mersul foarte anevoios fără sprijin în baston. Tumefacţia a crescut dură sub piele, reliefând în dreptul articulaţiei tibio-peroniere stângi. In această stare intră în spital la 4 Septembrie 1928.

Starea prezentă. Bolnavul de constituţie potrivită, bine desvoltat, nu anemiat cu tegumantele rozate. Neagă sifilisul şi bolile venerice. Reacţia B. W. negativă. Nimic pulmonar, cordul de ase-

menea, nimic important la celelalte aparate. In regiunea antero-externă a gambei stângi, la partea superioară, în vecinătatea genunchiului, în dreptul articulaţiei tibio-peroniere, se observă o tumoare ce reliefează sub tegumente. Prin palpaţie tumoarea se simte uşor neregulată în suprafaţă, ovoidă, de consistenţă dură, de duritatea osului, şi absolut fixă. Prin palpaţie tegumentele sunt dureroase, de coloraţie normală, neschimbată fără oedem, fără temperatură locală. Nu se constată oedem nici la gambă, nici împrejurul tumorei. Ganglionii liberi, nemăriţi, nedureroşi, atât cei poplitei cât şi crurali. Tumoarea de mărimea unei pere sau a unei lămâi, bombând sub tegumente, precum şi înapoi în masa musculară postero-internă. Se constată că ţine de capul peroneului. Se constată de asemenea toate semnele de paralizia sciaticului popliteu extern (paralizia întregului grup muscular antero-extern, precum şi turburări de sensibilitate pe teritoriul ramurilor lui cutanate).

Radiografia precizează că tumoarea ţine numai de capul peroneului opacă în întregime, limitată net.

Fig. I.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. II.

21 Sept. 1928. *Operaţie.* Rachinovocainizare. Printr'o incizie longitudinală externă, se abordează tumoarea. Prin ruginare se eliberează cu greutate tumoarea de masa musculară în mijlocul căreia se desvoltase. Cu mare greutate se rezecă cam 1/4 din osul peroneului împreună cu tumoarea. Din cauza aderentelor peritumorale nu s'a putut identifica pachetul vasculo-nervos tibial anterior. Hemostază minuţioasă, apoi sutură în 2 planuri.

Aspect macroscopic. Tumoarea de mărimea şi forma unei lămâi, ovoidă, cu suprafaţa neregulat rotunjită, cu mici ridicături dese rotunjite, coloraţie albă gris, dură, consistenţa şi aspectul unui os supraîncărcat de substanţă calcară. In secţiune aceeaşi coloraţie cu aspect de os foarte dens fără altă caracteristică. Capul peroneului şi fragmentul rezecat trece în masa tumorei cu o uşoară delimitare.

Câteva zile în urmă, bolnavul face un hematom la locul operaţiei care se evacuiază uşor. Plaga se cicatrizează rămânând un punct în mijloc ce perzistă şi necesită pansamente. Acel punct se transformă într'o fistulă cu un traectmic de un cm., care fistulă refuză să se închidă, cu toate îngrijirile minuţioase. După 2 luni,

cam pe la 25 Noembrie, se observă că fistula de mai sus secretează un lichid roz în mică cantitate. Sub incizie şi spre regiunea posterioară, masa musculară a devenit ceva mai întărită. După 10 zile gamba devine caldă, tumefiată, colorată în roş violaceu. Odată cu hipertermia locală, bolnavul are senzaţie de usturime şi arsuri la talpă şi la degete, dureri surde ce se accentuiază noaptea. Prin palpaţie minuţioasă se constată o tumoare ce ocupă spaţiul popliteu şi o alta mai mare ce ocupă partea superioară a regiunii antero-externe a gambei până la jumătate. De data aceasta tumoarea pare a fi fixată de tibie pe aceeaşi întindere şi pe chiar condilii femurali. Ganglionii sunt liberi, bolnavul este afebril.

Radiologic se constată prezenţa de opacităţi, atât în spaţiul popliteu cât şi împrejurul tibiei, la locul vechei operaţiuni, precum şi la extremitatea rezecată a peroneului. Se decide amputaţia membrului din $1/3$ mijlocie a coapsei, ceeace bolnavul primeşte.

16 Decembrie 1928. Rachinovocainizare. Amputaţia circulară din $1/3$ mijlocie a coapsei.

Disecând piesa se constată dela scobitura poplitee în jos până la $1/2$ gambei regiunea postero-internă o tumoare, ca o masă neregulată, cu mai mulţi nuclei osificaţi, umplând golul popliteu şi înconjurând tibia. Tumoarea este compactă, moale la periferie, roză palidă, mai gălbue înspre nucleii osificaţi, mai dură. consistenţa de pastă.

Examenul anatomo-patologic al laboratorului anatomo-patologic al Spit. Militar „Regina Elisabeta", Bucureşti: Sarcom osteoid fibrochondro blastic al extremităţii superioare a peroneului, (Dr. Traian Popescu). Examenul Histo patologic. In părţile mai consistente ale tumorei se observă prezenţa de ţesut reticular ostecic cu caracter spongios, iar între reticule elemente celulare de formă rotundă sau uşor ovalară unele slab colorate, altele cu nucleu picnotic. In părţile mai puţin dure ale tumorei se observă în plus prezenţa de capsule cartilaginoase sau policelulare, încadrate fie într'un ţesut reticular osteoid fie într'o stromă de ţesut conjunctiv fibros. In unele zone ale acestor ţesuturi se constată prezenţa unor focare de proliferare celulară fibroblasică cu caracter neoplasic sarcomatos, etc... In conclusie: osteo sarcom fibrochondroblastic.

CONSIDERAŢIUNI PATOLOGICE.

Osteo-sarcoamele osifiante sunt o formă foarte rară a osteosarcoamelor. Ele au în plus o transformare osteoidă în structura lor cu care pornesc deodată şi la care se mai adaugă o impregnare calcară supraabundentă, după cum s'a văzut şi în cazul nostru. E o tumoare dură din grupul osteo-sarcoamelor cu caracter mai puţin malign. Celelalte sunt tumori moi şi destructive, unele din ele având câte un înveliş ceva mai dur, tumori ale ţesutului con-

junctiv propriu zis. Vârsta favorabilă 5—20 ani, frecvenţă mai mică 20—30 ani. Bolnavul nostru are 23 de ani.

1) **Din punct de vedere anatomo-patologic** osteo-sarcomul osifiant poate fi indiferent fusocelular sau globocelular (origină periostică externă sau internă la care se mai adaugă desvoltarea în tumoare de travee osteoide cu osteoblaste regulate. Dacă infiltraţia calcară se face imediat, atunci desvoltarea tumorei se va face mai încet, iar caracterul ei va fi mai puţin malign şi invers, în lipsa calcificării, tumoarea ia o desvoltare foarte mare în scurt timp. Exemplu: în cazul nostru evoluţia primei tumori s'a făcut în 6½ luni—7 luni pentru ca să ajungă cât o lămâie. Recidiva, păstrând caracterul perfect al tumorei primitive, însă fără să se impregneze cu calcar, s'a făcut extrem de exuberant în 2 şi ½ luni, întinzându-se dela condilii femorali la ½ jumătatea gambei. Intr'un caz al lui **Tavernier,** evoluţia tumoarei calcaroase s'a făcut în 4 ani, iar recidiva în 10 luni. In cazulnostru este vorba de osteo-sarcom globo-celular de origină periostică internă. Numai cele periostice s'au dovedit că pot evolua uneori în mod spontan, ca osteo-sarcom osifiant.

2) **Etiologia şi patogenia** este aceea a ţumorilor în general. Ceeace ne-ar interesa în cazul de faţă ar fi traumatismul. In cazul lui **Tavernier** el este dovedit cauza tumorei, cu atât mai mult cu cât evoluţia acesteia este în continuare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In cazul nostru, cu toate investigaţiile, n'am putut stabili traumatismul. Ereditatea poate fi în cauză. Nu am avut ocazia să cercetăm părinţii în mod amănunţit, ne mărginim doar la cele spuse de bolnav. In cursul evoluţiei, tumorile acestea nu dau metastaze. Recidivele lor însă dau metastaze cu prisosinţă, în pulmonii foarte adesea, apoi în coloana rachidiană. Propagarea nu se face pe cale limfatică ci sanguină (venoasă). **Ombredanne** crede că nu este exclusă calea limfatică. Dovadă: ganglionii nu se prind nici în cele primitive nici în recidive niciodată. Rămân absolut îndemni. Cazul nostru este destul de elocvent.

3) **Diagnosticul** este în acest caz aproape o imposibilitate Mai întâi nu se poate spune dacă e vorba de osteoame degenerate malign, o exostoza oarecare idem transformată malign sau dela început de un osteo-sarcom osifiant. Prezenţa calcarului care-l umple în mod omogen, faptul că este indolor, radiografia care îl arată net opac, limitat, evoluţia lentă posttraumatică sau nu, fără turburări generale ca anemie pronunţată, caşecsie, febră,

etc., face să fie luat drept osteom o exostoză oarecare, hematom osifiant, chondrom osifiant, o tumoare benignă în tot cazul şi nici de cum o tumoare malignă. Pentru a ilustra afirmaţia noastră relatăm:

a) Cazul lui **Tavernier** (Lyon Chir. T. XXXIV, Nr. 1, Janv. Fevrier 1927, p. 52), diapnosticat de Trof. **Nové-Josserand** drept exostoză posttraumatică. Recidiva însă a dovedit că e vorba tocmai de un caz exact analog cazului nostru.

b) Cazul lui **J. Moreau** (Archives Franco-Belges de Chirurgie Nr. 12, Dec. 1925, p. 1066), cu un osteom posttraumatic, după o luxaţie a umărului, operat şi vindecat. Nu avem rezultatul îndepărtat al acestui bolnav, caz publicat în revistă după 2 luni de vindecare. Osteomul el însuşi format în 3 luni de mărime egală cu al nostru. Profesorul Berard recunoaşte dificultatea de diagnostic a acestor tumori osoase maligne pline, de tumorile benigne obişnuite. Foarte remarcabil este faptul că cele 2 tumori seamănă cu 2 picături de apă, iar noi susţinem, după cum se vede din descrierea amănunţită clinică, că şi tumoarea noastră seamănă exact cu cele 2 de mai sus. Diagnosticul nostru la început a oscilat între osteom şi chondrom osifiant, în tot cazul tumoare benignă. Aceasta pentru că traumatismul în cazul nostru nu s'a putut dovedi drept cauză. Recidiva însă ne-a pus pe calea osteosarcomului osifiant, pe care l'am diagnosticat cu certitudine, diagnostic de altfel confirmat de examenul anatomo-patologic. Cum vedem în aceste 3 cazuri, 3 diagnostice vizează toate numai tumori benigne: osteom la **Moreau** şi la noi, exostoză posttraumatică la **Nové-Josserand.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

4) **Tratament** câteva cuvinte: toate aceste cazuri luate ca tumori benigne sunt tratate ca atare. De altfel chiar dacă am bănui malignitatea, nu putem să procedăm la mutilarea bolnavilor deodată. In ultimul timp s'au publicat cazuri foarte interesante de osteo-sarcoame nu numai ameliorate ci chiar vindecate cu ajutorul radioterapiei. Ceeace însă nu este perfect precizat este doza de R (ionometrului **Salomon** dă unităţi în R. după care se lucrează în Radioterapie) ce trebue să se facă acestor bolnavi. Tratamentul se face în faze de 6 şedinţe a câte 1000—1500 R. zilnic, prin diferite porţi de intrare. In tot cazul cu grije ca să nu depăşească doza eritem. Ameliorările încep dela a 3-a şedinţă şi regresia tumorei se continuă repede. Dacă regresia nu e complectă, se mai face o fază. Această radiosensibilitate

nu este aceeaşi pentru tumoarea osifiantă de faţă. Din contră aproape nu are nici un efect. De asemenea acest tratament nu este aplicabil cu succes în recidive. In cazul **Tavernier** bolnava a refuzat amputaţia. I s'a făcut numai rezecţia radiusului şi concomitent i s'a făcut radioterapie. Toate însă în zadar, întrucât a făcut o metastază pulmonară letală. In peneral însă **Tavernier** s'a hotărît să nu mai intervină în osteo-sarcoamele membrelor decât după eşecul unui tratament radioterapeutic riguros şi după o scurgere de timp suficientă.

Părerea noastră este că în cazuri de osteom voluminos sau exostoze posttraumatice oarecum suspecte, să se facă după extirpaţie o fază de radioterapie cu scop profilactic. Poate numai astfel prevenim recidivele cari sunt extrem de grave.

In cazul nostru, bolnavului i s'a amputat membrul inferior stâng dela 1/2 coapsei. Nu garantăm însă că am intervenit just la timp pentru a preîntâmpina o metastază. In tot cazul până în prezent nu s'a produs.

UN CAZ DE CARBUNE CU PUSTULE MULTIPLE

de

Dr. I. BORDEIANU

Medic al spitalului Hotin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In marea majoritate a cazurilor bolnavii de cărbune se prezintă cu una sau două-trei pustule maligne, iar contagiunea se face direct, adică dela animal la om. Cazul de mai jos face excepţie dela prima regulă şi prezintă un mod particular şi cred necunoscut de contagiune cu toate că este vorba de o contagiune directă, tipică.

Ivan D. de 35 ani, paznic de vite, se prezintă pe ziua de 12 August a. c., la spital pentru tumefiarea antebraţului drept. Examinându-l se constată nu mai puţin de 21 pustule maligne cari acoperă tot antebraţul şi faţa posterioară a pumnului drept, cu adenopatie axilară. Interesându-ne de modul cum s'a făcut contagiunea, bolnavul ne povesteşte cele ce urmează: când vre-o vită din turmă i-se pare suspectă de antrax, dânsul îi face următoarea operaţie: după credinţa sa, boala se datoreşte sângelui stricat, care se adună într'o venă din rectul animalului. Văcarul introduce mână cât poate mai adânc în rect şi face un fel de „curetaj", scoţând sângele stricat. A făcut operaţia aceasta de zeci de ori şi n'a păţit nimic. De data aceasta a 7-a zi dela „operaţie", a observat că i se umflă mâna şi fiind sfătuit de alţii vine la spital.

Starea generală bună, afebril; i se face ser anticarbonos şi termocauterizarea pustulelor. Vindecare în 15 zile.

II.

MIŞCAREA MEDICALA ROMÂNEASCĂ *)

A.—PUBLICAŢIUNI MEDICALE

ARCHIVRS ROUMANIES DE PATHOLOGIE EXPERIMENTALE ET DE MICROBIOLOGIE.

(No. 1 — 1929)

A. DÂMBOVICEANU: *Recherches sur les constantes physico-chimiques du plasma des invertébrés a l'état normal et en cours d'immunisation.*

Dintr'o serie de cercetări făcute de autor asupra constituţiei fizico-chimice ale mediului interior la nevertebrate în stare normală şi în cursul imunizaţii ne putem da sama de condiţiile cari însoţesc prezenţa sau absenţa corpilor.

Recolta sângelui la astacus fluviatélés ce se pretează mai bine observaţiilor, a fost făcută cu o pipetă Pasteur la baza uneia din labele acestui animal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In urma cercetărilor anterioare făcute de Cantacuzino, Chacovitch şi Levy, rezultă că crustaceele decapode au o imunitate naturală şi putem uşor provoca apariţia anticorpilor în urma inoculărei de antigeni variaţi. Odată eşit din corp sângele animalelor decapode se tulbură, elementele figurate se aglutinează formând o masă spongioasă, iar restul plazmei formează după 50'—30" o masă gelatinoasă.

Substanţele anticoagulante nu au nici o acţiune asupra aglutinabilităţei elementelor figurate.

Anestezicele ca cloroformul, cocaina suprimă aglutinabilitatea. Din elementele figurate es substanţele ce produc aglutinarea amibocitelor.

Plasma crustaceelor conţine substanţe proteice coagulabile prin căldură care pot fi separate prin: 1) fibrinogen ce are caracterul euglobulinelor, ce coagulează la 56⁰. 2) hemocyanina ce coagulează la 64⁰, ce se colorează în bleu în contact cu aerul, şi 3) urme de pseudo-globuline ce apar după gelificarea fibrinogenului. Plasma lichidă este bleu-violacee la langustă, astacus fluviatélés şi e roz-bleu la racul de mare, coloraţie ce e datorită cromogenului care e

*) Asupra oricăreia din lucrările medicale româneşti semnalate aici se pot face, la cerere, referate mai desvoltate şi chiar procura întregul articol în original.

abundent în timpul năpârlelei şi care apare ca urme în restul anului. Asemenea autorul a constatat o mărire a substanţelor proteice a plazmei în timpul năpârlelei. O boală, o hemoragie, injecţia de corpi străini scoboară mult cantitatea de substanţe proteice ale plazmei şi împiedecă geleificarea plazmei. Autorul a stabilit o cifră medie a cantităţei substanţelor proteice din plazmă, ca înainte de a face o experienţă privitoare la imunizare să putem controla sângele animalelor dacă compoziţia lor a plazmei este sau nu normală. Compoziţia sângelui lui Astacus fluviatélés variază în diferite stări fiziologice în care se găseşte animalul în timpul examenului, de aceia trebue controlată indicile refractometric; proba coagulabilităţei şi examenul între lamă şi lamelă la aceste animale.

P. CONDREA: *Recherches sur la morphologie du bacille du tetanos.*

A putut constata existenţa de două varietăţi de bacili tetanici mobili şi imobili în mai multe şuse pure de bacili tetanici şi a pus în evidenţă caracterele morfologice distincte ale coloniilor şi morfologia raselor microbilor izolaţi. Autorul întrebuinţează ca mediul de cultură bulion de carne gelozat în diferite proporţii, 0,5% geloză permite desvoltarea rapidă a coloniilor izolate ce au caractere specifice. Bacilul tetanic se prezintă sub 5 tipuri diferite în culturile făcute pe geloză 0,5%. 1) Colonii opace, lenticulare de dimensiuni mici, iar microbii din aceste colonii sunt imobil, fără cili, toxigeni şi patogeni. 5) Un al doilea tip de colonii sferice cu un punct central opac, înconjurate de zone concentrice nebuloase şi care difuzează în tot mediul solid, iar microbii din aceste colonii sunt bacili sporulaţi, mobili, ciliaţi. Din cercetările făcute de autor reese că colonia compactă dă întotdeauna naştere la acelaşi fel de colonie din punct de vedere morfologic al coloniei şi al germenilor ce conţine. Există deci o relaţie intimă între caracterele morfologice şi biologice a acestor germeni şi aspectul macro şi microscopic al coloniilor. In ceia ce priveşte propietăţile fermentative, nu fermentează glucoza, decolorează turnesolul fără a'l vira în roşu şi decolorează albastru de methylen. Glucoza adăogată la mediul nutritiv uşurează desvoltarea bacilului tetanic. Rasa mobilă este mai toxică ca rasa imobilă. Autorul crede că toate suşele de bacili tetanic întrebuinţate în diferite institute pentru prepararea toxinei tetanice sunt constituite fie de culturi pure de bacili mobili, fie de culturi mixte de bacili mobili şi imobili, — nici una din aceste suşe nu este constituită numai de bacili imobili.

G. ZOTTA et E. RADACOVICI: *Contribution a l'étude du métabolisme du glucose sanguin dans la trypanosomiase experimentale.*

Fac o serie de cercetări privitoare la studiul metabolismul zahărului în timpul infecţiei cu trypanosomiasă. Au dozat zahărul cobailor prin metoda lui Bang şi apoi inoculează cobaii cu tripanosma Bruci şi dozează zilnic zahărul cobailor până la moartea lor făcând în acelaş timp o numărătoare a tripanosomelor sân-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

gelui. Din experienţele făcute de autori reese că mersul boalei variază dela o experienţă la alta. Perioada de incubaţie şi perioada de stare variază asemenea, şi găseşte o hyperglicemie în tot timpul boalei care nu e în raport cu numărul tripanosomelor. Deci metabolismul zahărului e supus la oscilaţii neregulate în timpul perioadei de stare a boalei, ca să avem o *hipoglycemie în perioada agonică*, — singurul fenomen constant în trypanosomiază. Şi cred că acest fenomen este în legătură directă cu mecanismul agoniei şi morţei în general.

Hipoglycemia se instalează direct asupra centrului glyco-regulator sau prin intermediarul capsulelor supra-renale. Hipoglycemia finală se găseşte în perioada agonică a multor boale infecţioase, deci nu e specifică trypanosomiazei.

M. MANICATIDE et I. NICOLAU: *Seize cas de nouveaunés vaccinés par le B. C. G. et morts de maladies intercurrentes.*

Au studiat la noi-născuţi vaccinaţi cu B. C. G. şi morţi de boale intercurente, soarta bacililor biliaţi introduşi în organism şi leziunile histo-patologice ce le-ar fi putut determina. Dau foaia de observaţie clinică a fie-cărui caz, protocolul necropsiei şi rezultatele examenelor histo-patologice. Nu au găsit bacili acido-rezistenţi în frotiurile făcute cu broiajul organelor mezenterice şi tracheo-bronchice, plămân, ficat, splină, rinichi, amigdale. In urma inoculărei la cobai cu ganglioni mezenterici şi tracheo-bronchici trituraţi, cât şi cu fragmente de organe din regiuni suspecte, nici un animal nu a prezentat leziuni morbide de tuberculoză. Nu au putut pune în evidenţă pe cupe făcute din organe bacilii acido-rezistenţi.

In ganglionii mezenterici au găsit o proliferare a ţesutului conjonctiv şi reticular, ceia ce s'ar putea pune pe socoteala bacilului biliat. Leziuni care nu s'au găsit de cât la copii vaccinaţi.

Probabil bacilul biliat traversează mucoasa intestinală în timp de trei săptămâni, de oarece găsesc aceste leziuni la copii de 3 săptămâni, pe când la alţi copii de 3 săptămâni nu au găsit asemenea leziuni de scleroză a ganglionilor mezenterici.

E. C. CRACIUN: *La glycogénie du sarcome de Peyton Rous.*

Pe un număr de 10 tumori ale găinilor tip Rous, autorul a studiat după procedeul Brault şi Best, celulele glycogenice şi a constatat o glycogenie perinecrotică şi alta în ţesuturi fără leziuni, în zonele nealterate ale tumorei.

S'a căutat a se explica malignitatea biologică a acestor tumori prin glycogenie. Dar virulenţa tumorei nu influenţează glicogenia, — dat fiindcă aceasta e mai frequentă în centrul tumorei de cât pe margini, — în centrul găsim o necroză uscată şi în alte locuri o necroză liquefiantă, myxomatoasă. Şi celulele gigante uni şi multinucleate şi fibrocytele prezintă granulaţii şi blocuri de glycogen. Probabil are loc o viciare a metabolismului la care se adăugă unele cauze endogene ce explică glycogenia în această tumoare.

A. TUPA: *Recherches cytologiques dans la rage experimentale.*

Autorul studiază modificările chondriomului şi ale aparatului intern al lui Golgi în celula epurilor infectaţi cu virus rabic fix. Iar faptul de a găsi pe câmpul microscopic celule normale care servesc de imagine tip şi alte celule alterate şi în infecţiile cu virus fix explică mai bine leziunile găsite. Din cercetările ce a făcut reese că chondriomul şi aparatul lui Golgi din neuronii măduvei epurului şi a ganglionilor rachidieni sufere în cursul infecţiei experimentale cu turbare, o serie de modificări morfologice care pot produce dispariţia chondriomului şi a aparatului lui Golgi. Asistăm la o hipertrofie a masei lor şi a formei lor când neuronul e sub influenţa unei iritaţii. In chondriom şi aparatul lui Golgi are loc fenomene de secreţie celulară şi rezervele energtice necesare vieţei.

Atât cât factorul iritativ nu e prea intens aceste aparate au aspect normal, când însă celula nervoasă nu se mai poate apăra, aceste 5 elemente ce constituesc celula nervoasă se desagregă, se fragmentează, perd colorabilitatea şi se topesc în masa cytoplasmatică. Acestea explică migraţia nucleului la periferie şi formaţiile anulare din interiorul acestor celule nervoase în stări patologice.

Dr. R. H.

BULETINUL MEDICO-TERAPEUTIC

BCU Cluj / Central University Library Cluj

(No. 4 — Aprilie 1929).

Conf. DEM. PAULIAN: *Recurentoterapia (febra recurentă în afecţiunile sistemului nervos.*

Autorul experimentează terapia febrilă prin recurentă în 14 cazuri de afecţiuni a sistemului nervos.

Inoculările pozitive de prima generaţie (prima trecere au dat aproape întotdeauna rezultate pozitive).

Inoculările de a doua trecere au rămas negative. Incubaţia a fost între 4—17 zile.

Dr. BUZAGIU: *Diatermia în urologie şi ginecologie.*

O expunere de observaţiuni practice despre diatermie ca mijloc de diagnostic şi de tratament.

Dr. D. ZAMFIR: *Maladia lui Hodkin (lymfo granulomatoza malignă. Maladia lui Sternberg. Adenia eosinofilică prurigenă a lui Favre şi Colrat.*

Dr. V. BISTRICEANU: *Curenţii de înaltă frequenţă* (urmare).

(No. 5 Mai 1929).

Conf. DEM. PAULIAN: *Statistica serviciului neurologic din Spitalul Central de boli mintale şi nervoase din Bucureşti pe 1928.*

Dr. D. ZAMFIR: *Maladia lui Hodgkin* (continuare).

Dr. EMIL ZINVELIU: *Considerațiuni asupra tratamentului infecțiunilor. Efectul terapeutic al ovulelor Gynecon.*

D-ri E. și F. HERSKOVITS: *Trei cazuri de adenopatie inghinală atipică vindecată prin radioterapie.*

Aceste trei cazuri de vindecare arată cât de bine acționează radioterapia locală, împreună cu actinoterapia în adenopatii de orice natură. Aceeastă metodă are și avantagiile de a evita generalizarea prin deschidere de vase — de a fi mai ieftină și de a vindeca în timp mai scurt.

Dr. ST. ODOBLEJA: *Metoda de trans-sonanță cu aplicare în toată semiologia.*

Metoda constă în faptul că nu se percută osul ci pielea, părțile moi. Când nu se poate altfel, atunci se percută și pe os căutând ca percuția să rămână superficială, cutanată.

Percuția trebue să pătrundă ca o plesnitură mai ales propagată prin lichid.

Autorul o studiază apoi pe regiuni, o compară cu vechea trans-sonanță, cu percuția și expune apoi legile trans-sonanței.

Dr. I. BISTRICEANU: *Curenții de înaltă frequență.*

(No. 6 — Iunie 1929).

Prof. A. JIANU, Conf. PAULIAN și Dr. ENESCU: *Compresiune medulară; tumoare; extirpare.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. BUZAGIU: *Cura hidrominerală în complicațiunile urinare la femeile însărcinate.*

Contrar opiniei că femeia însărcinată să nu facă cură de apă minerală, în caz de afecțiuni autorul arată din experiența d-sale că apa minerală constitue un agent terapeutic adjuvant și chiar profilactic foarte prețios.

Dr. D. ZAMFIR: *Maladia lui Hodgkin* (continuare).

D-ri E. și F. HERSKOVITS: *Importanța radiografiei pe gol.*

Arată marile avantagii pe cari le reprezintă radiografia pe gol, care are însă desavantajul de a fi prea costisitoare pentru bolnav.

Dr. E. ZINVELIU: *Un caz de cancer care servește ca poartă de intrare pentru tetanos.*

In cazul pe care-l prezintă autorul, tetanosul pătrunde în organism printr'un cancer ulcerat al vaginului. Cazul este interesant la noi unde poporul aplică pe răni pământ, ierburi, etc.

Dr. I. BISTRICEANU: *Diatermia chirurgicală* (urmare).

(No. 7 — Iulie 1929).

Conf. PAULIAN, I. R. DEMETRESCU, C. ARICESCU și C. FORTUNESCU: *Evoluțiunea clinică a poliomyelitei la adult.*

Autorii arată că are caractere diferite decât la copil. Este mai gravă. Formele de evoluție ascendentă sunt mai frequente, simpto-

matologia mai diferită. Terapeutica specifică s'a arătat de cele mai mute ori ineficace.

Autorii mai cred că este produs de un virus deosebit decât la copii.

Dr. D. ZAMFIR: *Maladia lui Hodgkin* (continuare).

Dr. I. V. BISTRICEANU: *Curenţii de înaltă frequenţă şi mare tensiune.*

(No. 8-9 Aug.-Sept. 1929).

Dr. DEM. PAULIAN: *Contribuţiuni la filiaţiunea sindroamelor neuro-endocriniene şi psihiatrice.*

O observaţiune care învederează asociaţiunea neuro-endocrino-psihiatrică cu verificare în descendenţi.

Dr. E. HERSKOVITS: *Rezultat radioterapeutic miraculos la un caz de lymfosarcom mediastinal.*

Un interesant caz de vindecare. Nici autorul nu susţine că este definitivă. Aceasta însă nu scade importanţa tratamentului, care după clişeele ce însoţesc comunicarea este într'adevăr minunat.

D-ri OD. APOSTOL şi I. CIOCAN: *Un caz de situs viscerum inversus totalis regularis.*

Un caz rar de transpoziţie totală a viscerelor. Anomalia este atribuită de autori infecţiei sifilitice.

Dr. I. ROSMAN-Craiova: *Tratamentul anemiei pernicioase.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un interesant articol care concentrează toate mijloacele actuale de tratament ale anemiei pernicioase.

Dr. I. R.

BUCUREŞTI MEDICAL

No. 5 — Mai 1929).

Prof. W. FALTA (Wiena): *Corpul tiroid şi iodul.*

Autorul analizează chestiunea iodului şi relaţia cu tiroida. Arată că mixoedemul trebue privit ca un hypotiroidism şi maladia lui Basedow ca hipertiroidism şi nu un distiroidism. Arată apoi avantagiile tratamentului preoperator cu iod în Basedow, mai ales când este asociat cu Roentgenterapia.

Dr. LEON FRIEDMAN: *Funcţiunea esofilactică a pielei.*

Esofilaxia este un termen creiat de Hoffman şi care arată o filaxie spre interior. Pielea joacă pe lângă rolul ei protector şi un rol biologic. Capilarele ei se dilată punând în libertate antitoxine. Imunitatea în maladiile infecţioase, imunitatea locală a lui Besdredka se explică în acelaş fel. Pielea reacţionează la lumină şi la factori mecanici.

Articolul este o punere la punct interesantă, care arată cum dermatologia redevine un capitol important al medicinei generale.

(No. 6—7 Iunie—Iulie 1929).

Prof. Dr. DIMITRIE IONESCU: *Tratamentul dietetic al diabetului. Priviri critice şi concepţiuni noi.*

După o expunere teoretică a chestiunei şi după analiza regimurilor ce au fost propovăduite — după şcoli — autorul se întreabă dacă nu s'a făcut o greşeală cu toate aceste regimuri privind diabetul numai prin prizma glicozuriei. Autorul mai crede că adevăratul regim trebue să fie regimul aproape normal de compoziţie. Aceasta este posibil prin insulină şi este de mirare că după 7 ani dela descoperirea ei, ea n'a revoluţionat dietetica diabetului.

In aplicarea regimurilor să ne servim întâiu de nevoia de calorii raportată la greutatea ideală. Insulina va suplea deficienţa pancreasului în consumarea surplusului de hidraţi de cărbune.

Dr. O. MELLER: *Pneumo-gastro-grafia, ca procedeu de examen radiologic într'un caz de chyst hidatic al ficatului.*

Intrebuinţând insuflaţia de aer în stomac prin sonda lui Einhorn, se pot mai bine pune în evidenţă tumorile dupe faţa inferioară a ficatului. Astfel în cazul autorului s'a diagnosticat radiologic un caz de kist al ficatului pe care probele biologice şi operaţia l'au confirmat a fi un kist hidatic.

Dr. FREY-Iaşi: *Răceală-Dispoziţiune.*

Dr. I. Rosenstein.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CLUJUL MEDICAL
(No. 7 | 929).

Dr. HANGANUŢ: *Pneumografia stomacului.*

Metoda dă admirabile rezultate în tumorile intragastrice, polipi ai stomacului şi în explorarea organelor cari se găsesc în vecinătate.

Dr. F. DRAGOMIR: *Un caz de polinevrită post difterică cu ataxie.*

Este vorba de un soldat care în urma unei angine difterice fruste, face polinevrită cu simptome cerebelo-labirintice. Cu această ocazie se descrie un nou semn de deficienţă a funcţiunei vestibulo-cerebeloasă, numit apedezie, adică imposibilitatea de a sări.

Dr. L. POPP: *Radioterapia gl. suprarenale; ameliorare considerabilă a unui caz de maladie Adisson cu raze X.*

Tratamentul s'a aplicat pe baza hypotezei că o suprarenală bolnavă este radiosensibilă. Prin doze mici excitante s'a stimulat funcţiunea desintoxicantă a subst. corticale şi s'a mărit formarea adenalinei care se fabrică în subst. medulară.

Emite teoria aplicărei razelor X şi pe tymus, având în vedere antagonismul funcţional tymo-suprarenal.

Dr. N. CRISTOFF: *Consideraţiuni calitative asupra alteraţiunilor patologico-toxice a celulelor neutrofile.*

Dr. MIRCEA SUCIU-SIBIANU: *Examenul O. R. L. şi al urechilor la un număr de 1468 elevi ai cursului secundar Braşov.*

Dr. DOMINIC STANCA: *Organizaţia ambulatoriului policlinic.*

Dr. MARIA BUIA şi Dr. GRUNWALD: *Un caz de maladie Hirschprung.*

Autorii citează cazul unui copil de 6 ani suferind de această afecţiune, şi trec în revistă teoriile etiologice; insistă asupra dietei laxative enterale şi tratam. parenteral cu Periotaltine.

Dr. S. ROZENSTEIN: *Două cazuri de nefrită scarlatinoasă tratate cu mici cantităţi de sânge de mamă convalescentă.*

Deşi în complicaţiunile scarlatinei nu se obţin ameliorări cu serul de convalescent, totuşi în aceste 2 cazuri de nefrită hemoragică, rezultatele au fost admirabile.

Vindecarea a urmat la câteva zile dela injectarea sângelui de mamă.

(No. 8 | 929)

Prof. PAPILIAN şi Dr. V. NONEANU: *Influenţa sistemului vegetativ asupra puterei bacteriolitice a serului.*

Simpaticul diminuă forţa bacteriolitică şi favorizează multiplicarea bacteriilor, pe când parasimpaticul are o acţiune inversă.

Doc. Dr. ALEMAN: *Consideraţiuni asupra fracturei maxilarului inferior şi tratam. său proteric.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. S. GAVRILĂ şi A. MOGA: *Acidoza în nefrite.*

In nefritele azotemice există o acidoză constantă, care se pune în evidenţă prin determinarea rezervei alcaline şi a Ph. sanguin. Diminuarea R. A. merge paralel cu retenţia azotată şi creatininică, marcând un pronostic fatal când a ajuns sub 30%. Terapeutica alcalină în acidoza renală nu dă nici un rezultat.

Dr. CORNEL IUBAŞ: *Aplazia vaginală şi creaţiunea unui vagin artificial după Schubert-Grigoriu.*

Metoda constă în crearea unui vagin artificial cu ajutorul unei fistule vagino-rectale; acest procedeu ar fi cel mai bun de aplicat până în prezent.

Dr. MARIUS HANGANUŢ şi Dr. I. DRAGULESCU: *Un caz de fistulă gastro duodenală.*

Aceasta a rezultat din perforaţia unui ulcer gastric al micei curburi, deschis în bulbul duodenal.

Dr. VIRGIL POPOVICI: *Erytem exudativ multiform tratat prin helioterapie.*

Cazurile cari apar primăvara se vindecă mult mai repede decât cele din toamnă, cari durează mai mult şi au frecvente recidive.

Dr. I. Vasilescu.

ROMÂNIA MEDICALA
(No. 15–18 | 1929).

Prof. EMIL SERGENT şi Dr. PRIBOIANU: *Contribuţi ni la etiologia tuberculoasă a ascitei în ciroza atrofică ascitogenă Laënnec.*

Autorii citează două cazuri (din 4) Ciroza Laënnec, cu a căror lichid injectând Cobai au obţinut următorul rezultat: 1) In ganglionii tracheo-bronsici şi mezeuterici ai cobailor injectaţi cu lichid nefiltrat, au găsit bacili Koch. 2) La cei injectaţi cu lichid filtrat n'au constatat acest lucru, însă făcând treceri în serie cu aceste produse (ganglionii) după 3—4 treceri, cobaii au făcut tuberculoză experimentală tipică (şancru de inoculare, adenopatie satelită).

Aceste leziuni se supropun exact leziunilor produse de ultravirusul tuberculos.

In concluzie nu trebue să căutăm întotdeauna şancru de inoculare şi adenopatia satelită în injecţiunile cu produse bacilare suspecte. Să sacrificăm animalul (nu mai târziu de 30 zile) şi să cercetăm ganglionii mezenterici şi tracheobronşici şi eventual să facem şi trecere în serii.

In acest fel s'a putut preciza etiologia bacilară a unor afecţiuni cu etiologia neelucidată, ca: reumatismul tuberculos a lui Poncet, scorfulo-tuberculoza, etc.

Conf. Dr. P. TOMESCU şi IONESCU BUCSANI: *Contribuţiuni la studiul influenţei Efedrinei şi Efetoninei asupra circulaţiei generale.*

Biblioteca Centrală Universitară "Carol I" Cluj

Autorii expun rezultatele obţinute în 40 de cazuri în care au experimentat Efedrina şi Efetonina. Din cele expuse rezultă că afecţiunea efedrinei şi efotoninei — care este preparatul sintetic al efedrinei — este similară cu a adrenalinei, fiind însă mai lentă şi de un efect mai durabil. Au avantajul că se pot administra pe cale bucală, nefiind atacată de secreţiile gastrice.

Nu ne putem dispensa însă de adrenalină în cazurile în care intervenţia noastră trebue să fie rapidă şi energică.

Efedrina îşi are indicaţia în: Hypotonii, urticarie, astm, boala serului.

Dr. TH. DUMITRESCU şi Dr. R. EVOLCEANU: *Erori de diagnostic.*

Dr. P. COPACEANU: *Pneumotorax terapeutic şi pneumonie intercurentă.*

Citează un caz de pneumonie intercurentă unui pneumotorax terapeutic cu sfârşit fericit.

Prof. G. MARINESCU: *Câteva consideraţiuni asupra mecanismului histeriei.*

Autorul aminteşte evoluţia concepţiilor asupra histeriei, insistând asupra părerilor lui Babinski — care o denumeşte „pitiatism" şi o defineşte de: stare patologică ce se manifestă prin turburări cari se pot produce exact prin sugestie şi pot dispărea prin persuasiune (contra sugestie).

Citează o serie de paralizii şi turburări observate în timpul

răsboiului descrise de Babinski sub denumirea de turburări fiziopatice şi care ar face trecerea între histerie şi leziunile organice.

Subliniază slăbiciunea acestui fel de a vedea, citând numeroase cazuri de turburări fiziopatice vindecate prin persuasuine de Golla, Roussy, Oelsnitz şi Boisseau.

Expune mai departe părerile altor autori, între care se numără Domnia-sa şi cari fac o apropiere între histerie şi unele turburări observate în encefalita letargică şi leziunile sistemului extrapiramidal.

Docent Dr. TH. SARAGEA: *Hypertensiunea senilă.*

Arată că după majoritatea autorilor, tensiunea bătrânilor trecuţi de 65 de ani variază între 20-30. Nu există proporţional cu vârsta, de multe ori se observă din contră o scădere.

Toţi autorii însă sunt de acord asupra tensiunei minime pe care o găsesc scăzută.

Hypertensiunea bătrânilor se bucură de un prognostic relativ blând. Nu necesită tratament şi regim sever. Un tratament hypotensor energic e contra indicat, putând da colapsuri şi chiar ic-,tusuri cerebrale.

Dr. M. NASTA: *Profilaxia tuberculozei în Franţa şi Statele-Unite ale Americei.*

Autorul după ce face istoricul începuturilor profilaxiei antituberculoase în America, expune rezultatele frumoase obţinute pe acest tărâm de: Asociaţia naţională de tuberculoză la care s'a aliat Societatea de asigurare Metropolitan Life Insurance Company. Această societate şi-a transformat agenţii săi în adevăraţi propagandişti ai luptei antituberculoase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Citează expoziţiile de hygenă şi în special demonstraţiile de hygenă făcute în diferite centre. Acestea au dus la înfiinţarea a numeroase centre de profilaxie în jurul a diferite personalităţi puternice.

E de notat că toată această luptă e de iniţiativă privată şi susţinută cu fonduri strânse din cotizaţii şi vânzarea unui timbru.

Rezutatull este scăderea enormă a procentului de morţi prin tuberculoză.

Conferenţiar P. TOMESCU: *Problema epilepsiilor.*

Autorul înainte de a ataca problema fizio-patogenică a acceselor epileptice la lumina noilor cercetări ştiinţifice, trece în revistă articolul prezent, epilepsiile simptomatiei (traumatice, datorite leziunilor nervoase sau vasculare, reflexe, tonice şi infecţioase).

Dr. V. TRIFU: *Cateterismul canalelor ejaculatoare.*

După ce face un istoric al chestiunei, autorul expune technica cateterismului — arătând că este o metodă, deşi dificilă, foarte incată în retenţiile veziculare şi ejaculările dureroase. Dă rezultate rapide şi foarte eficace.

Docent Dr. CONST. VELUDA: *Câteva consideraţiuni asupra unui caz de feminism cu ginecomastie.*

Autorul expune foaia de observaţie clinică a unui caz de feminism cu ginecomastie. Expune pe larg diferitele teorii relative la patogenia acestor turburări — conchizând la perzistenţa de resturi ovariene în testiculii hypoplazici, cari din diferite motive au determinat evoluţia aceasta spre hermafroditism.

O hypoplazie cu hypofuncţiune testiculară şi cu o disfuncţiune a altor glande endocrine nu produce decât turburări morfologice sexuale secundare, parţiale şi nearmonic desvoltate.

Dr. TH. MOISESCU: *Diagnosticul diferenţial al tusei.*

Enumără diferite maladii, în care tusea îmbrăcând, oarecare caractere particulare, fără să fie patognomonice, ajută la punerea diagnosticului

Dr. Teodoru.

SPITALUL
(No. 7 8 din 1929).

Prof. Dr. MINA MINOVICI, Dr. TH. VASILIU şi Dr. FL. COVACIU: *Perforaţiuni duodenale consecutive arsurilor întinse a tegumentelor.*

Cazurile sunt foarte rare şi în acest articol se expune un atare caz unde s'au găsit două perforaţiuni duodenale cu hemoragii intestinale.

In patogenie, autorii invocă factori de ordin histopatologic şi mecano-chimic, capabili de a provoca leziuni aşa de puţin frecvente.

Clinic trebue să supraveghem reacţia peritoneală şi turb. gastro intestinale la bolnavii cu combustiuni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Conf. Dr. CHRISTIDE, Dr. I. GRIGORESCU: *Un caz de hernie inguinală oblică externă şi directă de aceeaşi parte.*

Doc. Dr. TH. SARAGEA, Dr. ANA PRUNIS: *Tratamentul hypertensiunei permanente.*

Dintr'un mare număr de hypertensivi trataţi cu diferite medicamente având bază de trinitrină, luminal sau benzoat de benzil, autorii ajung la concluzia că în 84% de cazuri *sol. alcoolică trinitrină 1% asociată cu bromurul de K.* X gute la 100 cmc. apă, dă rezultatele cele mai bune şi mai constante.

Dr. I. GAVRILA şi Dr. I. MOGA: *Proba eliminărei subst. alcaline prin rinichi. Valoarea sa ca probă funcţională renală.*

Dr. M. BOTEZ, MARCUS şi AL. ENESCU: *Un caz de obstrucţie ovală prin ascarizi.*

Vindecarea s'a făcut numai prin tratament medical, administrându-se santorina după metoda prof. Teoharie.

Dr. P. COPACEANU: *Rhumatism cerebral.*

Autorul arată rolul favorizant al alcoolismului în localizarea rhumatismului cerebral. Medicaţia salicilică trebue instituită de urgenţă.

COSTIN FULGA: *Reacţia colofanului coloiodal în lich. C. R.*

Dr. I. Vasilescu.

NOUA REVISTĂ MEDICALĂ

(Mai—Iunie 1929).

Dr. SARAŢEANU: *Tratamentul cazurilor de sifilis cu serologie persistent pozitivă.*

Asemenea cazuri se găsesc de obiceiu în perioada de latenţă tardivă a infecţiunei specifice, în sifilisul nervos şi în heredo-sifilis. Tratamentul pe care autorul îl indică va varia după cazuri. La bolnavi cu tratament neglijat se va face un tratament mixt, regulat şi intensiv. In cazurile cu tratament uniform se vor varia medicamentele şi calea de administrare. In cazurile în cari toate normele au fost împlinite, se recomandă după Milian tratamentul per os sau în urmă cu sulf coloidat intravenos alternat cu tratament specific.

Acest din urmă metod este al autorului şi este expus în Clujul Medical. 1953. Se mai recomandă thifosulfit de sodiu 20% — intravenos, proteinoterapie, malarioterapie, etc.

Doc. M. POPPER: *Tratamentul tuberculozei pulmonare.*

Primul articol dintr'o serie de articole cu acest subiect. Incepe cu tratamentul higieno-dietetic.

Dr. RADULESCU: *Consideraţiuni asupra mijloacelor de apărare a populaţiei civile împotriva atacurilor aero-chimice.*

(Iulie 1929)

Dr. BOGDANOVICI: *L'epreuve Dyk et la vaccination antiscarlatineuse dans les écoles de Bucarest.*

Un interesant studiu făcut pe 4809 cazuri. Din acest prim articol autorul trage următoarele concluziuni.

1) La ambele categorii de copii (cu sau fără antecedente scarlatinoase, numărul celor imuni creşte dela 6—10 ani şi se menţine cu o uşoară scădere la 11 şi 15 ani, suferă o inexplicabilă cădere la 13 ani, se ridică la cifre aproape egale cu cele la 11—15 ani când se încearcă pe copii de 14 ani.

5) Totdeauna, examinând în două medii, unul mai grav şi altul mai puţin grav atins de scarlatină, se constată că în mediul cel mai infect numărul celor imuni (negativi) este mai ridicat.

Conf. Dr. POPPER: *Tratamentul tuberculozei pulmonare.*

In acest al doilea articol autorul se ocupă de tratamentul specific al tuberculozei pulmonare, trecând în revistă tuberculinoterapia, antigenul metilic, sanocrysină şi calciterapia.

(August 1929)

Conf. GH. LITARCZEK: *Metabolismul de bază. Importanţa sa în clinică.*

Expunerea amănunţită a metabolismului de bază ca măsură clinică, a principiilor şi metodelor date de determinale, a factorilor cari influenţează acest metabolism bazal. In articolul ce va urma autorul promite să mai expună despre achiziţiile pe terenul fizio-

logiei dobândite prin metabolismul bazal şi despre modificările acestui metabolism în patologie.

Conf. M. POPPER: *Tratamentul tuberculozei.*

In acest al treilea articol autorul expune collapsoterapia, technica sa, toracoplastia şi frenicectomía.

Dr. BOGDANOVICI: *L'epreuve Dyk et la vaccination antiscarlatineuse dans les écoles de Bucarest.*

Al doilea articol incomplect, pe care-l vom refera la numărul viitor.

Dr. I. R.

GYNECOLOGIE ŞI OBSTETRICĂ BUCUREŞTI

(Tomul VI, No. 3—4 Martie 1929).

PAUL DELMAS, Profesor al Facultăţei de Medicină Montpellier: *Evacuarea extemporană a uterului la finele sarcinei (Naştere la oră fixă).*

Procedeul se rezumă în a face, în a întrebuinţa rachianestezia (0.10 ctg. seurocania), cu scopul de a obţine un col şi un segment inferior suplu, care să se lase uşor dilatat la momentul ales. Supleţă care se explică suprimărei inervaţiei medulare şi uterului fără a suprima pe aceia autonomă a ganglionilor simpatici. Manoperele de extracţiune a fătului devine extrem de uşoară prin diminuarea tonusului uterin. Dilatarea complectă se obţine între 50 secunde şi 15 minute, Operaţia terminându-se prin versiune sau aplicare de forceps.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In timpul sarcinei este indicată ca tratament preventiv sau curativ a diferitelor stări patologice, în timpul facerei procedeul este indicat în interesul mamei şi a copilului.

Prof. OSCAR BEUTTNER-Geneva: *Conferinţă ţinută la Asociaţia Medicilor, Iunie 1928. In clinica din Geneva pentru tratamentul cancerului colului uterin se întrebuinţează din 1914 curitherapia.*

Tratamentul constă la început în injecţiuni intramusculare de emanaţiuni, timp de şeapte zile, urmate apoi de aplicaţiuni utero-vaginale de radium.

Rezultatele obţinute pe cancerele operabile sunt cel puţin egale cu cele avute prin tratament chirurgical, a cărui mortalitate se menţine 10—20%. Curietherapia vindecă într'o proporţie însemnată şi cancerele inoperabile.

C. DANIEL şi AL. ŞOIMARU: *Asupra retenţiunei de urină după hysterectomia abdominală.*

După laparatomii făcute pentru leziuni gynecologice, retenţia de urină survine în proporţie de 10%. De obiceiu este transitorie şi o explică prin faptul că după hysterectomie, vezica perde un

punct de susţinere pe deoparte, iar pe de alta prin traumatismul ei şi secţionarea conexiunilor nervoase.

In cele 32 de cazuri analizate, 21 le-a avut în urma hysterectomiei pentru cancer uterin (Wertheim); de 8 ori în hysterectomie urmări ce se tratează mai greu.

Tratamentul trebue aplicat cât de curând pentru a nu se produce distensiunea vezicală urmată de paresia muschiului vezical. abdominale pentru fibroame şi anexite; o singură dată pentru histerectomie pentru Kist ovarian: Pentru combaterea acestei complicţiuni s'a făcut în 32 de cazuri instilaţii într'o vezicole de glicerină boricată 10%, tratament care a dat 18 succese imediate: în 4 cazuri s'a făcut injecţii intravenoase de urotropină cu 4 succese imediate.

ION JIANU: *Procedeu personal de hysterectomie parţială.*

In extirparea uterului pentru fibrom sau leziuni anexiale bilaterale, se disecă mucoasa istmului uterin în plin muşchiu, fără să deschidă canalul mucos. Se trec apoi fire de catgut care reuneşte cele două buze ale colului rămas pe loc, fire care asigură şi hemostaza. In urmă se secţionează şi cilindru mucos şi se strâng firele trecute prin col.

Procedându-se astfel, câmpul operator rămâne neatins de conţinutul septic a cavităţei uterine.

OSCAR WERTES: *Contribuţiuni la diagnosticul hematocelului retro-uterin.*

Prin examene succesive se constată modificări a Duglasului care prezintă la examinare ulterioare şi apropiate părţi moi şi dure neexistente la primul examen. Această diferenţă de omogenitate se datoreşte cuagularei sângelui răspândit, a cărui ser se desparte de chiaguri sau chiar unei alte revărsări venite peste chiagurile vechi. Această constatare a permis autorului a pune în două cazuri dificile diagnosticul de hematocel pelvian.

(No. 5—6 Iulie 1929).

O. BEUTTNER: *Hysterectomia fundică.*

In inflamaţiile cronice ale anexelor este necesară intervenţia în cel puţin 30% din cazuri. Cum aceste inflamaţiuni se întâlnesc de obiceiu la femeile tinere, intervenţiile chirurgicale trebuesc a fi pe cât se poate conservatrice, pentru a păstra funcţiile menstruale. Simpla ablaţiune a trompelor aduce după sine adesea exudate ale bonturilor tubare, urmări ce necesită o nouă intervenţie.

Pentru a conta aceste urmări desagreabile, s'a recurs la resecţia fundică a uterului cu extirparea trompelor şi conservarea ovarului sănătos.

După o hemostază preventivă, să rezecă fundul, se hemisecţionează, se sirturează fundul uterin; se face extirparea anexelor din ambele părţi, se conservă, ţesut ovaric sănătos şi se peritonisează.

C. DANIEL: *Hysterectomia profilactică în bloc în infiltrațiile fibromatoase ale uterului gravid.*

Fibromul uterin în timpul puerperalității, prin situația sa, prin dimensiunele, prin multiplicitatea lobilor, poate da accidente grave, care întrerup mersul sarcinei și pun în joc viața femeiei.

Conduita terapeutică variază după vrâsta sarcinei: a) In cele 2—3 prime luni, expectația este regulă, mai ales în fibroamele mici, pediculate ale fundului uterin.

In fibroamele polilobate, cu infiltrație fibromatoasă unde desvoltarea sarcinei pare imposibilă, intervenția radicală precoce, se impune.

b) Hysterectomia în bloc în aceste cazuri a dat rezultatele dorite. Myomectomia abdominală numai în cazurile de fibroame pediculate și izolate.

c) In cele 3 leziuni din urmă ale sarcinei intervenția abdominală nu este indicată decât dacă sunt complicații din partea fibroamelor sau a sarcinei.

P. PAVELESCU: *Achondroplastia la făt.*

O femee de 25 de ani, naște un făt la termen, care sucombă după 20 minute. Talia de 44 cm., contrastează cu scurtimea membrelor (membre sup. 0.14 cm., membre inferioare 0.16 cm.).

Craniul voluminos, prezintă o osificație normală. La radiografie oasele sunt incurbate cu neregularități a liniilor diafizo-epifizară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

GRIGORE și STELA LAZARESCU: *Kist uterin primitiv.*

Prin laparatomie făcută unei femei de 28 ani, pentru kist ovarian, se constată un kist uterin fixat la fața anterioară a uterului prin un pedicul lung de 3 cm. Din punct de vedere microscopic, peretele kistului este constituit din țesut muscular neted, tapisat la interior de celulele epiteliale cilindice cu cile. Din punct de vedere patogenic această tumoră pare desvoltată din resturi de canale Müller.

N. MIHAILIDE: *O formă rară de placentă.* (Placenta în bandă circulară).

Placenta în greutate de 650 gr. înconjoară sacul amniotic în formă de bandă largă de 15 cm., 14 cm. și lung de 45 cent. Deasupra și dedesubtul acestei bande se întind membranele ovulare.

Cordonul este implântat pe placentă fără ramificații vasculare vizibile.

Dr. Eug. I.—M.

OBSTETRICA. GINECOLOGIE ȘI PUERICULTURĂ.

(No. 1 Ianuarie—Februarie 1929).

C. I. PARHON și Dr. VAMA CAHANE: *Acțiunea urinei de femee gravidă asupra ap. genital, glandelor mamare și altor organe la animale normale și castrate de ambele sexe.*

Reia chestiunea hormoanelor feminigene sau viriligene, chestiune pe care o întrevăzuse încă încă din 1909 şi care între timp a fost studiată şi de alţi autori, demonstrându-se cu prisosinţă prezenţa hormonului denumit *Ginechormon* în sângele femeilor gravide. Arnati în 1922, arată că e posibilă a determina fenomene hiperplazice în musculatura uterină la epuroaice, injectându-se ser citratat de epuroaică gravidă, tot aşa cu sângele femelelor în perioada de aestru. Zondek şi Ashaim arată că hormona specifică femenină se elimină în cantităţi considerabile prin urina femelelor însărcinate, şi că în această urină se găseşte şi hormona lobului anterior al hipofiziei care stimulează maturaţia foliculilor ovarieni. Deosebirea că ginechormona e solubilă în lipoizile şi apă şi e termostabilă, face că se poate uşor separa de hormona lobului anterior care e termolabilă şi insolubilă în eter.

Profesorul Parhon reea cercetările servindu-se de epuroaice şi constată de acord cu Zondek şi Asheim, că injecţiunile de urină a femeilor gravide în ultimele luni a sarcinei provoacă o hiperplazie considerabilă a organelor genitale interne şi o exagerare a secreţiunei vaginale. Acelaş proces hiperplazic se observă şi în glanda mamară precum şi celorlalte glande endocrine, ca tiroidă şi suprarenală. In ceia ce priveşte hipofiza până la noi cercetări, nu pot fi afirmative. In opoziţie cu hiperplazia acestor organe, tymusul a fost găsit redus de volum, fapt ce concordă cu datele referitoare de hipertrofia tymusului la animalele castrate şi la regresiunea tymusului în epoca maturaţiei sexuale.

© Biblioteca Universitară Library Cluj

Interpretează acest fapt prin întrebuinţarea materialului nucleinic de procesele hiperplazice ce au loc la ambele sexe în momentul activităţei glandelor sexuale (congres Lugoj).

Provoacă menstruaţia la femeile amenoreice prin injecţiuni de urină de femei gravide. Prin acestea noi câmpuri de cercetări se deschid şi pe care Prof. Parhon îşi propune ulterior ale studia şi anume: în ce măsură cantitatea hormonei influenţează procesele hiperplasice; în cantităţi mari ce influenţă poate avea asupra glandelor genitale masculine al treilea, hormonul găsindu-se şi în urma noului născut, care este rolul lui în creşterea şi desvoltarea embrionului şi a fătului şi în fine care este influenţa ginechormonului asupra evoluţiunei tumorilor experimentate.

Dr. H. SLOBOZEANU şi P. HERSCOVICI: *Infecţiile bronchopulmunare ale noilor născuţi.*

Impart aceste infecţiuni în 3 grupe: infecţiuni intrauterine; intrapartum; şi extra uterine; iar în patogenia lor recunoaşte o cale sanghuină materno foetală; prin aspiraţie de lichid şi mucozităţi şi al 3-lea pe cale de inhalaţie.

Constată în două cazuri de copii morţi imediat după facere, leziuni de aedem inflamator. Mamele copiilor suferiseră ambele de congestii pulmonare în ultima zi a sarcinei.

In cazul de lichid scurs cu mult înaintea facerei, explică moartea

copiilor prin bronchopneomonie prin inspirațiile de lichid și mucozități septice în timpul facerei.

Cazurile de infecțiuni aerogene sunt frecuente.

Dr. NISIM și A. HERȘCOVICI: *Contribuțiuni la studiul falșului travaliu obstetrical.*

Definește acest travaliu prin: contracțiuni dureroase provocate de cauze, diferite de acelea ale travaliului adevărat, și care nu duc la expulzia fătului, iar în etiologia lui găsește: a) stările nervoase; b) traumatismele și oboseala fizică; c) intoxicațiuni sau turburări gastrointestinale; d) durerile de angajare; e) momentul execuției culbutului; f) schimbările de poziție. Falșul travaliu se caracterizează prin periodicitatea durerilor și încetarea lor nemotivată. Eficacitatea durerilor este mai mică ca aceia a durerilor adevărate. Terapeutica falșului travaliu constă în simplu repaus la pat, iar diagnosticul diferențial de adevăratul travaliu se face prin administrarea de chinină (Schatz) în cantități mici.

În caz de travaliu adevărat, contracțiile în urma chininei, devin mai puternice și mai regulate, în timp ce falșul travaliu nu este influențat. Studiul este complectat printr'un număr mare de observațiuni din care trage concluziile următoare amănunțite. Există trei falșuri travaliuri: a) unul în sarcina uterină; b) extrauterină, și c) și în sarcina nervoasă.

Dr. TH. VASILIU, Dr. ALEX. DORNESCU: *Moarte consecutivă rupturii vaginului în timpul travaliului la o femee cu facere gemelară.*

Fătul al II-lea în prezentație umerală. Ruptura este explicabilă prin traumatismul direct a operatorului asupra vaginului în momentul încercărilor de versiune exercitate asupra fătului.

(No. 2 Martie—Aprilie 1929).

Prof. N. GHEORGHIU și D-ra Dr. I. PROTOPOPESCU și Dr. V. T. IONESCU: *Kist dermoid bilateral al ovarelor și sarcină.*

După o statistică generală din care reese raritatea cazurilor și după ce reamintește clasificația kistelor dermoide și patogenia lor, descrie observația clinică a unei femei pe care au operat-o, făcând o histerectomie totală. Prin examenul pieselor anatomice ajung la concluzia netă că bolnava suferea de kist dermoid dublu și sarcina luna 2-a. Ambele ovare făcând parte din însuși tumorile kistice. Coincidența nefastă pentru desvoltarea și mersul sarcinei care cele mai de multe ori se termină prin abort sau complicații din partea kistelor.

Dr. H. SLOBOZEANU și Dr. SANDESCU: *Desvoltarea bustului trunchiului și a perimetrului toracic la făt din luna 6-a până la termen.*

Plecând dela ideea că greutatea nu este un criteriu sigur pentru a urmări desvoltarea copiilor, caută prin măsurătorile făcute sistematic asupra bustului, trunchiului și perimetru toracic

să stabilească unele rapoarte fixe în mersul desvoltărei lor. Studiul se bazează pe examinarea a 123 de copii dintre care 77 prematuri, ajungând la concluzia că un cent. de bust corespunde la 1 cm. şi 5 de talie; iar la un centimetru de bust corespunde 0.45 până la 0.70 cm. de membre inferioare.

Raportul dintre perimetru toracic şi lungimea labei în timpul vieţei intrauterine are variaţii foarte mici.

Docent Dr. STANCA (Cluj): *Privire statistică asupra laparatomiilor pe anul 1928.*

In cursul anului au fost internate 735 bolnave, pe care s'a intervenit în 30%. S'a întrebuinţat anestezie rachidiană în majoritatea cazurilor; cu o vindecare de 96-8% şi o mortalitate scăzută la 3-2%.

Dr. ST. ALBU (Auad): *Operaţie cesariană într'un caz de necroză a vulvei aedemaţiate.*

Contribuţiuni la indicaţile operaţiunei cezariene. Trece în revistă indicaţiile obişnuite rezumate după Couvelaire în: 1) Stări cataclismice. 2) Hemoragii prin inserţii vicioase ale placentei 3) Complicaţiile parturiţiunei; precum şi indicaţiile rare cum este cazul de necroză a vulvei a cărei observaţie o publică — ajungând la concluziunea: că dacă aedemul vulvar, ori care ar fi origina lui nu cedează tratamentului medical, este indicată hysterotomie urmată uneeori de hysterectomie atunci când starea de infecţiune locală o indică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Până în prezent literatura nu cunoaşte decât vre-o 7 cazuri, de aedem vulvar în care s'a intervenit printr'o caezariană.

H. EUFINGER, WISBADER — L. FOCŞANEANU: *Studiul experimental animal relativ la profilaxia rachitismului prin Vigantol.*

Fătul în viaţa lui intra uterina cât şi ca nou născut are nevoe de cantităţi mari de vitamine. Atât Colostru cât şi laptele matern are cantităţi suficiente de vitamină A. B. şi C. şi cantităţi minime de vitamină D. Hrana întrebuinţată de mamă influenţează direct conţinutul în vitamină a laptelui. S'a ajuns la această concluzie în urma experienţelor făcute pe şobolani tineri, care au devenit rachitici în urma alimentaţiei speciale date (formula lui Steenboek). In urma animalelor au fost hrănite şi cu colostru, şi lapte, şobolanii totuş n'au supraviţuit mai mult de 6-8 zile. Dacă însă mama dela care s'a luat colostru şi lapte a primit în ultimul timp al sarcinei, dar chiar în timpul facerei vigantol care conţine cantităţi mari de vitamine D., şobolanii s'au vindecat. Deci putem avea un tratament profilactic al rachitismului, e suficient a trata mamele în timpul sarcinei sau a lehuziei cu Vigantol.

Dr. Eug. I.—Mateescu.

REVISTA MEDICO-CHIRURGICALA DIN IAŞI
(No. 2, 3 şi 4 — Martie — August 1929).

Prof. Dr. M. CIUCA: *Importanţa socială a igienii şcolare.*

In această lecţie inaugurală a cursului de igienă şcolară, profesorul Ciucă arată rolul pe care'l are igiena şcolară în profilaxia tuberculozei, cât de important este depistajul tuberculozei în şcoală. Cu ajutorul fişei de sănătate a şcolarilor ajutat de proba cu tuberculină putem face:

1) Depistajul precoce al şcolarilor infectaţi, supraveghia manifestaţiunile ulterioare a infecţiunii, determina surse de infecţiune şi se vor putea lua măsurile de prevenire contra sursei de infecţiune.

Aplicând în şcoală cel mai larg problema de medicină preventivă, medicul şcolar va fi în viitor educator al sănătăţii fizice şi pshichice al copiilor.

Dr. VIOLETTE STRAT: *Leziunile anatomo-patologice ale sclerozei pulmonare.*

După ce referă diversele teorii asupra patogeniei sclerozei cordului, arată cât de complexă este această patogenie, dese-ori scleroza succede leziunilor valvulare, hipertrofiei şi dilataţiei cordului, sifilisului care dă o scleroză mai mult arterială, o aortită acută ce obliterează coronarele. Senilitatea dă o scleroză consecutivă atrofiei fibrelor musculare; endo-periarteritele cronice consecutive boalelor infecţioase pot da scleroza miocardului. E mai frequentă în peretele ventricului stâng şi în pilierii mitrali.

Biblioteca Universitară Iaşi / Babeş-Bolyai University Library Cluj

Autorul presupune că degenerescenţa grasă ar fi o formă de transţiie dela atlerare la scleroză.

Dr. N. BARBILIAN şi Dr. P. SEVERIN: *Câteva consideraţiuni asupra exostozelor multiple zise „osteogenice".*

Comunică observaţia unui bolnav cu exostoze multiple ale claviculei, pe stern, ale coastelor, ale humerului, ale femurului şi tibiei.

Această afecţiune e hereditară şi evoluiază cu desvoltarea copilului. Ca tratament atât timp cât tumorile nu au produs vre-o jenă funcţională, este bine a le lăsa să'şi urmeze evoluţia lor, iar cele ce ating dimensiuni mari în jurul articulaţii, trebuesc extirpate.

Dr. C. DIACA: *Consideraţiuni asupra a trei cazuri mortale de hematemezà consecutive ulcerului gastric latent survenită în cursul altor maladii.*

Arată dificultatea de a preciza cauza unei hematemeze în cursul afecţiunilor diferite. Frequenţa mare a ulcerilor gastrice, în patogenia hematemezelor. Comunică 3 cazuri de hematemeză la indivizi în aparenţă sănătoşi, fără antecedente gastrice cu mers fatal şi recomandă a ne comporta în faţa acestor hematemeze ca în faţa unui ulcer gastric. Intervenţia chirurgicală mai poate salva viaţa bolnavilor.

Dr. DABIJA: *Exostoza osteogenică cu redeşteptare tardivă a procesului osteogenic.*

Comunică 2 cazuri cu exostoze osteogenice, dintre care unul a prezentat o desvoltare rapidă în urma unui traumatism, a exostozei depe extremitatea inferioară a femurului, fără a lua-vre-un caracter de malignitate.

GH. GATOSCH: *Un caz de luxaţie a genunchiului.*

Dat fiind raritatea luxaţiei tibiei, autorul comunică un caz de luxaţie traumatică a tibiei simplă, fără complicaţii, care a fost redusă în urma rachianesteziei.

VENGERSCHY şi A. GALAGUŢA: *Două cazuri de nefrită azotemică tardivă postscarlatinoasă.*

Comunică două cazuri de nefrită postscarlatinoasă în care hiperazotemia domina tabloul clinic, lipsea albuminuria, edemele şi reaciunea celulară a sedimentului urinar. Deci hiperazotemia constitue un bun criteriu pentru cunoaşterea filtrului renal.

T. BURGHELE: *Moluscum pendulum al mamelonului.*

Ca o raritate de sediu al tumorilor dermato-fibromatoase, autorul relatează acest caz de moluscum pendulum al mamelonului.

EUGENIA LAZARESCU: *Exoftalmie pulsatilă în urma fracturei bazei craniului.*

Comunică observaţia unui bolnav care în urma unei fracturi a bazei craniului a prezentat o exoftalmie pulsatilă care s'a redus în urma legăturei carotidei interne.

Digitized by Central University Library Cluj

DUMITRU LAZARESCU: *Două cazuri de membrană pupilară persistentă.*

Importanţa acestor cazuri stă în raritatea lor 2 la 22.000 cazuri ale clinicei oftalmologice din Iaşi. Se observă o micşurare a acuităţei vizuale care e în legătură cu densitatea membranei şi sediul său.

Prof. ELENA PURCARIU: *Staza papilară.*

Observaţiile autorului făcute în 158 afecţiuni ale nervului optic la cari a găsit numai 11 de stază papilară. Insistă asupra acestui simptom frequent în tumorile cerebrale, deci staza papilară este un semn patognomonic în tumorile intracraniene. Apariţia stazei papilare este în raport cu sediul tumorei. Cefalalgia, vărsăturile şi obnibulaţiile, scăderea vederei şi modificaţiile câmpului vizual însoţesc staza papilară. E. P. comunică observaţia unui bolnav care a avut simptomele descrise mai sus şi la care la examenul oftasmoscopie, s'a găsit o stază papilară bilaterală cu început de atrofie a nervului optic şi o micşurare a calibrului arterelor retiniene. La neeropsie s'a găsit o tumoră a ventriculului stâng care avea ca punct de plecare septum lucid. Deci în cazuri de fenomene de compresiune cerebrală cu stază papilară se arată o hipertensiune intra-craniană trebue cercebată localizarea şi natura leziunei ce a

dat naştere stazei papilare pentru a institui un tratament eficace. Se va aplica tratamentul antisifilitic când o gomă a produs fenomenele de compresiune cerebrală, cranieetomia decompresivă în tumori cerebrale şi puncţia lombară.

Dr. C. BART şi Dr. C. DIACA: *Asupra unui caz de micoză pulmonară.*

Frequenţa micozelor pulmonare a atras atenţia autorilor asupra unui caz de bronchită cronică cu expectoraţie sanguinolentă şi dispnee, fenomene ce se accentuau toamna şi iarna, fără vre-o alterare a stărei generale.

La examenul sputei autorii au găsit o micoză din grupul blastornicozelor (o levură), iar în urma iodurei de potosiu per os, pacienta s'a vindecat.

Dr. I. ALEXU şi C. AGAPI: *Asupra unui caz de meningită cerebro-spinală cu meningococ A complicat de encefalită hemoragică.*

Autorii studiază leziunile anatomo-patologice ale creerului unui bolnav ce a murit în urma unei meningite cerebro-spinale cu meningococ A şi găsesc o vascularizaţiune a circonvaluţiunilor şi puncte hemoragice ale scoarţei cerebrale, care în centrul oval au mărimea de 2 mm.—1½ cm., de culoare roz pal până la roz accentuat. La examenul microscopic găsesc o dilatare a vaselor cu o infiltraţie de leucocite mono şi polinueleare cu dispariţia elementelor autochtone în plin focar şi disociarea fibrelor nervoase, în alte locuri focare de ramolisment cu diplococi intracelulari. Deci o encefalită hemoragică complică meningita cerebro-spinală şi e datorită meningococului şi toxinei microbiene.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. D. PETROVANU: *Epiteliom spino-celular localizat la pielea din regiunea radio-carpiană a membrului superior drept.*

Comunică un caz de epitelioma spino-celular al feţei posterioare a antebraţului şi trece în revistă diagnosticul dificil al acestei tumori cu goma sifilitică şi lupusul tuberculos.

Raritatea clinică a formei de epitelioma spino-celular, care e însoţită în acest caz de o cicatrice întinsă, aspectul cicatricei, dificultatea diagnosticului clinic şi rezistenţa epiteliomului spino-celular la raze Röntgen, face importanţa acestui caz.

Dr. DIMITRIE LAZARESCU şi Dr. NICOLAE DABIJA: *Chist hydatic al pulmonului.*

In acest caz examenul radiografic a arătat prezenţa unei tumori rotunde în treimea superoairă a hemitoracelui drept şi premediastinal, opacitatea tumorei este uniformă iar reacţiunea peritumorală a parenchimului tumoral aproape nulă.

Dr. D. BRÂNIŞTEANU şi Dr. E. IONESCU: *Un caz de dilataţie idiopatică a esofagului (mega-esofag).*

Comunică observaţia unui bolnav cu o dilataţie idiopatică a

esofagului care a murit în urma broncho-pneumoniei. La autopsie mucoasa esofagului nu prezintă nici o leziune, microscopic se constată o îngroşare a muscularis mucosae şi a păturei musculare circulare şi longitudinale. Ne atrage atenţia dilatarea enormă a esofagului şi strâmtoarea spastică a extremităţei inferioare a esofagului. Mecanismul producerei acestor leziuni nu este încă lămurit.

Dr. C. BOTEZ: *Necrologul Profesorului Dr. E. Savini.*

Prof. Dr. C. BACALOGLU, Dr. P. IONESCU şi Dr. GH. BALMUŞ: *Streptococcemie cu localizări multiple articulare şi paraarticulare, cu flegmoane şi flebită. (Vindecare).*

Din observaţia unui caz de septicemie streptococică datorită streptococului hemolitic ce comunică autorii, reese influenţa ce a avut-o rivanolul şi auto-vacinul într'un caz destul de grav cu aspect clinic. Bolnava a vut şi locazări articulare şi periarticulare ale septicemiei şi o flebită, fenomene ce au cedat în urma tratamentului aplicat.

In articulaţiile unde supuraţia era mai difuză şi complicată cu flegmoane peri-articulare a fost necesară şi o intervenţie chirurgicală. Dar rivanolul a avut o acţiune antiseptică chimioterapică în injecţii intra-venoase şi intra-musculare, iar auto-vaccinul o acţiune biologică mărind existenţa organismului. Ar trebui urmărite aceste acţiuni în septicemii.

Dr. D. BRADIŞTEANU: *Tratamentul cu guinidină în tachycardiile paroxistice. (Caz clinic).*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorul insistă asupra acţiunei quinidinei în tachycardiile paroxistice fie ele auriculare, auriculo-ventriculare şi ventriculare după sediul focarului heterotop de excitaţie.

Comunică observaţia unei bolnave care a avut un acces de tachicardie cu 4 ani în urmă şi de 7 luni avea simptome de insuficienţă cardiacă incipientă, iar în plin repaus face un acces de flutter auricular care dispare după un tratament de strofantină şi quinidină.

Inainte de a administra quinidina, trebueşte să ameliorăm simptomele de insuficienţă cardiacă cu ouabaină sau cu strofantină. Unele aritmii au dispărut numai sub influenţa tratamentului strofantic. Aritmiile de dată recentă sunt repede influenţate de quinidină. Se recomandă sulfatul de quinidină în doze de 0,15—1,20 per ozi, şi per os, iar în timpul tratamentului bolnavul va sta în pat şi la o dietă lacto-vegetariană.

Dr. FRANCHE şi Dr. GATOSCHI: *Lombarthria lui Léri.*

Comunică observaţia unui bolnav cu rheumatism osteo-fitic vertebral internat în spital cu diagnosticul de morbul lui Polt, caz ce prezintă prin diagnosticul diferenţial şi raritatea afecţiunii. Bolnavul e cifotic are o cifoză curbă, e rigid, nu are leziuni radiografice, şi se prezintă ca un plicaturat. Probabil este vorba de o formă localizată de rheumatism cronic deformat. Diagnosticul de morbul lui Pott este eliminat, de oare-ce vertebrele regiunei lombare şi unele din co-

loana dorsală inferioară prezentau aspectul tipic în diabolo şi osteofite în cioc de papagal, care se găsesc în reumatism osteofitic descris de Teissier.

Lipsa leziunilor bacilare ale corpului vertebral fac pe autori să presupue că este o lombartrie, şi nu trebue îndepărtată posibilitatea unei evoluţii progresive.

Dr. S. VITTNER-ROSENTHAL şi Dr. E. IONESCU: *Fenomene de ocluzie intestinală datorite unei hidropisii veziculare biliare.*

Observaţia ce o comunică e interesantă din punct de vedere clinic şi anatomo patologic. Este vorba de o bolnavă care intră în spital cu fenomene de ocluzie intestinală acută şi la care se găseşte o vezicULă mare ce comprimă ileonul dând tulburările de ocluzie intestinală.

La examenul anatomo-patologic al veziculei se găseşte că mucoasa este complect lipsită de epiteliu şi o infiltraţie edematoasă a peretului vezical. Probabil anclavarea calculului a dat loc hidropiziei în mod brusc.

Dr. EUGEN LUCINESCU şi Dr. M. CUCU: *Un caz de fractura lui Monteggia.*

Dat fiind că această fractură constitue o entitate aparte prin mecanismul etiologic şi tratamentul deosebit ce nesită autorul, comunică un caz ce în urma unui traumatizm a căpătat o fractură a cubitusului la unirea treimea superioare cu cea mijlocie şi o lùxaţie înainte a capulei radiale, — deci fractura Monteggia clasică. Se face reducerea luxaţiei capului radial şi a fracturei sub cloroform.

Babeş-Bolyai Cluj Central University Library Cluj

Dr. OSCAR FRANKE şi Dr. BURGHELE: *Sarcină tubară recidivată ruptă, sincopă anestesică, reanimarea cordului prin adrenalină intra-cardiacă.*

Comunică observaţia unei bolnave căreia îi se face rachianestezie şi laparatomie pentru o sarcină tubară ruptă, mai avusese o sarcină tubară cu 7 ani în urmă. Are o sincopă la începutul operaţiei, iar în urma injecţiei intra-cardiace cu adrenalină, pulsul şi respiraţia se restabilesc şi se poate continua operaţia.

Dr. R. Hirsch.

B. — CONGRESE MEDICALE

CONGRESUL ŞTIINŢIFIC AL ASOCIAŢIEI GENERALE A MEDICILOR

ţinut în Galaţi la 19—21 Mai 1929

RAPOARTE

I

Metodele de luptă antimalarică în cadrul principiilor şi metodelor de luptă antimalarică preconizate de comisiunea de malarie a Societăţii Naţiunilor.

Raportor: *Prof. Dr. M. Ciucă.*

Studiul diferitelor aspecte epidemiologice ale malariei şi factorii auxiliari de variabilitate a condiţiunilor endemice a fiecărei localităţi arată cu prisosinţă că dacă există o serie de principii şi de metode de luptă antimalarică, va trebui totuşi ca fiecare ţară să-şi facă *un program propriu de luptă* perfect adaptat la condiţiunile epidediologice locale şi care să ţină seama deopotrivă: *de gravitatea morbidităţii şi mortalităţii de malarie şi de complexul celorlalte probleme epidemiologice.*

O organizare antimalarică trebue să-şi găsească justificarea în extinderea endemiei şi a intensităţei focarelor de epidemie şi implicit de perderile sociale şi economice importante cari rezultă.

Un calcul făcut asupra perderilor provocate de malarie, trebue să ţină socoteală de pierderea în vieţi omeneşti — de cifra mortalităţii malariei şi de însemnatul număr de zile de lucru pierdute în fiecare an de fiecare bolnav; la această cifră trebue adaugată invaliditatea de aproape 70% prezentată de malaricii cronici în stare de caşecsie.

Dacă nu am socoti decât 40 zile de lucru pe an pierdute de 300.000 malarici şi dacă am socoti la 200 lei pe zi fiecare zi de lucru, ar reeşi o pierdere anuală de 2 miliarde 500.000 lei, cifră cu totul inferioară realităţii.

Un calcul similar făcut de zilele de instrucţie pierdute de un soldat malaric, ar convinge cu totul autorităţile militare să facă toate sacrificiile pentru organizarea sistematică a luptei antimalarice.

Este indispensabil însă să se facă o *estimare cât mai exactă a întinderii şi disemirării malariei* pentru a se putea lua măsurile necesare în conformitate cu: gravitatea boalei şi cu importanţa sa din punctul de vedere a morbidităţii şi mortalităţii generale.

Aceiaşi estimare va hotărî în acelaş timp: asupra sumelor necesitate de o campanie antimalarică în cadrul celorl'alte nevoi epidemiologice provocate de extinderea altor boale epidemice şi sociale; asupra sacrificiilor materiale, care trebuesc făcute cu instruc-

ţiunea personalului şi asupra cantităţilor aproximative de quinină de care am putea avea nevoe pentru lupta antimalarică.

Această estimare nu poate fi dată decât de:

A. *Estimarea infecţiunii la om prin:*

Declararea obligatoare a tuturor cazurilor de malarie.

Cunoaşterea zonelor malarice.

Mai puţin de statistica mortalităţii de malarie.

Depistarea boalei la copii prin determinarea *indicelui splenic* şi *indicelui parazitar.*

Depistajul la domiciliu a tuturor cazurilor de malarie (înţelegând prin domiciliu şi şcoala şi spitalul).

Fişa malarică a fiecărei case cu numele tuturor locuitorilor şi toate informaţiunile malarice.

B. *De măsura infecţiunii paludice a ţânţarilor — indicele sporozotice* — fără a neglija informaţiunile asupra repartiţiunii sezoniere a paludismului şi a ţânţarilor în locuinţe. Exemple luate din Olanda de Nord. arată că curbă sezonieră a morbidităţii la om nu merge paralel cu aceia a procentului de ţânţari infectaţi. De unde şi oportunitatea luării măsurilor de distrugere a ţânţarilor în anumite sezoane.

Descoperirea agentului patogen de Laveran, confirmarea datelor vechi asupra eficacităţii terapeutice a chininei şi descoperirea „Ciclului erogen al parazitului" de către Ross au făcut pe toţi malariologiştii să creadă că chestiunea luptei antimalarice poate fi uşor rezolvată. Au trecut 40 ani de atunci şi totuşi malaria nu a dispărut în ţările unde lupta a fost dusă fără să se ţină seamă de ceilalţi *factori epidemiologici auxilari.* Speranţa că se poate distruge specia „anofel" prin măsurile de bonificare şi diferitele mijloace chimice şi biologice îndreptate contra larvelor, a determinat o însemnată risipă de bani, fără ca eficacitatea metodelor să fi răspuns aşteptărilor.

Decepţiunile adunate şi importante observaţiuni din timpul războiului au arătat *că suntem încă departe de a vedea rezolvită chestiunea malariei.*

Italia, unde lupta contra malariei era dusă de secole, vede în timpul războiului cifra mortalităţii ridicându-se din nou la procentul însemnat dinainte de răsboi, datorită relaxării măsurilor antipaludice, dezorganizării serviciului hydraulic şi numeroşilor factori epidemiologici auxilari cunoscuţi şi necunoscuţi.

In Anglia unde epidemiile de malarie erau de domeniul istoriei, focare de epidemie reîncep în timpul războiului în aceleaşi regiuni unde malaria era endemică cu 50 ani înainte de îndată ce noi purtători de germeni demobilizaţi reveneau în aceste regiuni unde anofelismul există încă.

Din studiul amănunţit al factorilor epidemiologici a fiecărei regiuni malarice; din examenul detaliat al împrejurărilor cari au determinat dispariţia malariei în unele ţări şi din observaţiunile boalei naturale şi infecţiunii artificiale *vom scoate cel mai potrivit*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

plan de luptă antimalarică: Tot acest material documentar a fost cercetat la faţa locului de membrii comisiunii de malarie a Societăţii Naţiunilor şi numai în urma unui examen critic destul de laborios s'a putut ajunge la o serie de concluziuni cari pot forma baza programului de luptă antimalarică a oricărei ţări malarice din Europa.

A. PRINCIPIILE UNEI LUPTE ANTIMALARICE.

1) Obiectul unei campanii antimalarice nu poate fi decât *micşorarea însemnată a numărului de cazuri şi a face să înceteze mortalitatea datorită acestei boale.* Din examenul condiţiunilor epidemiologice reese clar că în ţările în cari malaria a dispărut, condiţiunile de endemicitate rămân potenţiale — cazul Angliei în timpul războiului este demonstrativ.

Dispariţia aparentă a malariei în Panama, condiţiunile cu deosebire favorabile unei lupte antimalarice din Danemarca, Olanda, Anglia, sprijină acest punct de vedere şi ne dă dela început o bună directivă de lucru.

In legătură strânsă cu aceste fapte epidemiologice trebue să reamintim cât timp şi câtă energie şi câţi bani s'au cheltuit în mod inutil de acei *cari îşi făcuseră din distrugerea ţânţarilor elementul de luptă cel mai important pentru combaterea malariei.*

Este metoda cea mai costisitoare şi cea mai puţin efectivă dacă nu i se asociază *metodele primare* raţionale eşite din studiul epidemiologiei malariei; iar succesul unora din aceste măsuri era un fapt împlinit înainte ca să fi fost cunoscut ciclul exogen al parazitului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aspectele epidemiologice variate a fiecărei ţări şi a fiecărei regiuni malarice în parte, arată de cât folos este *adaptarea unei metode de luptă la condiţiunile locale,* ţinând seamă de numeroşii factori în raport cu biologia locală a ţânţarilor şi cu condiţiunile sociale ale omului în raport cu rasa, situaţia socială, obiceiurile şi condiţiunile de lucru, etc. etc.

Toţi aceşti factori împreună cu condiţiunile de mediu şi teren, fac din lupta contra malariei *un problem strict local, care trebue examinat în prealabil atunci când va trebui să adaptăm o metodă de luptă.*

Exemplele luate din regiunile malarice din Europa şi din colonii, din ţările unde malaria a dispărut ca epidemie şi unde totuşi starea endemică a rămas potenţială arată „nevoia pentru fiecare ţară malarică de a studia cât mai complect problemul local al paludismului" în complexul celor 3 factori epidemiologici determinanţi: *bolnavul, parazitul şi insecta transmiţătoare.*

Staţiuni de cercetări ştiinţifice unde să se poată studia paralel infecţiunea naturală şi infecţiunea experimentală sub influenţa aceloraşi factori epidemiologici vor contribui mult la cunoaşterea problemului malaric şi vor aduce contribuţiuni importante la lupta antimalarică.

Putem avea o slabă idee asupra unora numai din necunoscutele problemului paludismului, relatând problemele propuse de Comisiunea de Malarie a Societăţii Naţiunilor în şedinţa plenară din Iunie 1928.

Dacă o infecţiune intensă a anofelului poate provoca o castraţie parazitară şi să modifice migraţiunile.

Paludismul domestic şi probele de domesticitate permanentă a anofelilor vectori ai paludismului:

Domesticitatea diverselor specii de anofel. Schimbările de adoptare a unei specii de anofeli în raport cu condiţiunile de locuinţă.

Mijloacele de aprecia gradul de domesticitate a unei specii.

Determinarea unei metode pentru a distinge:

Infecţiunile primare, reinfecţiunile şi recidivele.

Factorii determinanţi în dispariţia spontană a malariei.

Valoarea datelor de statistică demografică relativă la malarie.

Studiul experimental al factorilor de asanare integrală (bonifica mare) în scăderea endemiei palustre.

Influenţa rizierelor.

Influenţa altor culturi cari cer lucrări de irigaţie.

Studiul diferitelor metode de distrugere a anofelismului locuinţelor (fără să deterioreze obiectele din casă).

Care este animalul domestic care într'o regiune malarică prezintă cea mai mare atracţie pentru anofelii transmiţători ai paludismului.

Dacă ciclul exogen al parazitului (desvoltarea zygoţilor) este oprit în desvoltare prin absorbţia sângelui unui animal de anofelul infectat în perioada de desvoltare a parazitului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un studiu internaţional asupra problemului construcţiunilor locuinţelor umane în raport cu anofelismul şi malaria, ţinând socoteală în acelaş timp de construcţia grajdurilor în raport cu orientarea locuinţei.

Intrebuinţarea chininei în malarie şi punctul de vedere social al tratamentului (profilaxie).

Importanţa colecţiunilor de apă peridomestice în raport cu obiceiurile anofelilor adulţi.

Studiul câtorva particularităţi cari influenţează biologia anofelilor şi raportul lor cu eficacitatea măsurilor antimalarice:

Persistenţa colecţiunilor de apă cari servesc de rezervor de larve.

Limitarea mecanică a migraţiunilor anofelilor: lungime de zbor, altitudine, vânt şi alţi factori meteorologici, păduri, etc.

Bariera biologică a migraţiunilor anofelilor: case, locuinţe, grajduri şi adăposturi de animale, etc. etc.

Studiul factorilor cari intervin în „Anofelismul fără paludism", împiedicând anofeli unei regiuni de a deveni vectori ai malariei, alegând regiuni cu acest caracter în vecinătatea unor regiuni impaludate:

Diferenţa de densitate anofelică între regiunile impaludate şi neimpaludate.

Diferenţe morfologice şi biologice în anofelismul acestor regiuni în raport cu zoofilia, locuinţele, adăposturile de animale, cuiburile de larve, etc.

Diferenţele de recaptivitate la infecţia paludică a faunei anofelice între regiuni anofelice cu şi fără paludism.

Diferenţele cari ţin de rezervorul uman şi condiţiunile de mediu: raportul numeric între anofeli, om şi animale.

Condiţiunile de locuinţă în raport cu adăpostul pe care îl oferă anofelul.

Probleme relative la paludismul omului: Capacitatea de tevoluţia a gameţilor din organismele chininizate — noţiune foarte importantă din punct de vedere epidemiologic şi pentru a aprecia valoarea chininizării.

Influenţa sezonieră a climatului asupra ciclului schizogonic a diferitelor tipuri de parazit.

Studiul hemoglobinei în infecţia paludică şi în cursul tratamentului paludismului.

Un studiu critic a datelor adunate până azi.

Un studiu statistic şi epidemologic a frequenţii revidivelor prepidemice la indivizi prealabil trataţi cu chinină în mod intensiv.

Un studiu experimental asupra efectelor acestui tratament, epoca apariţiei, persistenţa, ritmul reapariţiilor şi numărul gametocyţilor, pierderea posibilă a capacităţii evolutivă a gameţilor provenind dela malarici chininizaţi.

Discuţiunile aprinse între epidemologiştii reuniţi la Geneva din toate colţurile lumei în sesiunea dela 25—29 Iunie 1928, au demonstrat până la evidenţă valoarea studiului condiţiunilor locale a paludismului în instituirea metodelor de luptă. Fiecare metodă de luptă antimalarică are o valoare specifică după condiţiunile locale economice şi sociale şi un coeficient local variabil de cost, urgenţă şi eficacitate.

Iată de ce una din rezoluţiile admise de Comisia de Malarie cere: *ca o metodă de luptă să fie adaptă condiţiunilor epidemiologice locale şi să nu se condamne o metodă pentru că n'a dat rezultate imediate.*

Adoptarea unei metode locale de luptă antimalarică trebue să ţină seamă de factorii locali epidemiologici de variaţiune: de condiţiunile de rasă, situaţia socială, obiceiuri, condiţiunile de lucru, etc., când este vorba de om; de intensitatea anofelismului, speciile de ţânţare, obiceiurile lor când ne raportăm la insecta vectoare. Nu vom neglija bine înţeles condiţiunile epidemiologice de sol şi mediu: operile debonificare, natura şi importanţa cuiburilor de larve, starea agricolă a regiunii, situaţia generală sanitară, etc.

Cunoaşterea acestor factori presupune formarea unui personal specializat: medici microscopişti, agenţi sanitari, infirmiere atât pentru aplicarea metodelor de luptă antimalarică cât şi pentru studiul ştiinţific al paludismului. Din acest studiu urmărit în tot cursul anului se va putea determina importanţa şi caracterul local al boalei

BCU Cluj / Central University Library Cluj

şi vom căpăta indicaţiuni precise pentru continuarea programului de luptă în anii următori.

Cu ajutorul acestui personal se va proceda după un plan bine studiat la *estimarea stării malarice a unei zone malarice determinând morbiditatea paludică la om şi ţânţari.*

Metoda de determinare a infecţiunii la om nu este din cele mai uşoare pentru personalul remedicale. Formele clinice aşa de variate şi mai ales infecţiunile primare pot uşor trece drept alte infecţiuni; este nevoe prin urmare ca *această primă anchetă să se facă de către medic şi de un medic care să cunoască bine malaria.*

Cea mai bună metodă de depistare a cazurilor este aceia făcută la domiciliu, unde pot fi examinaţi toţi membrii familiari din punct de vedere clinic, li se ia sânge pentru examen şi se poate astfel stabili fişa fiecărei case cu numele tuturor membrilor, rezultatul examenului clinic şi al examenului sângelui.

Rezultatele pot fi trecute pe o hartă a localităţii unde fiecare casă infectată poate fi notată cu un semn.

Vizitele periodice vor permite personalului să observe şi să conducă tratamentul bolnavilor, să noteze cazurile vindecate, recidivele, etc.

In localităţile cu endemie palustră bine stabilită, repartiţia şi frequenţa boalei este dată de *determinarea indicelui splenic şi parazitar* la copii până la 12 ani.

Determinarea indicelui splenic este mai ales preţios în regiunile unde nu s'a făcut tratament ca să ne putem da seama repede de întinderea boalei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Indicele splenic reprezintă procentul de megalosplenii printre copii până la 12 ani. Se poate utiliza metoda rapidă recomandată de Schüffner şi care constă în palparea polului inferior al splinei pe o linie care uneşte marginea falşelor coaste şi ombilicul dând bolnavului care stă în picioare în faţa examinatorului, o poziţie înclinată înainte. Se notează: splina No. 1 care trece de falşele coaste şi scoboară 1 sfert din distanţă pe linia indicată; No. 2 splina care se scoboară până la jumătatea distanţei; No. 3 splina care parcurge $^3/_4$ din distanţă; No. 4 splina care atinge ombilcul şi No 5 care trece în dreapta ombilicului.

In citirea rezultatelor pe o hartă a unei regiuni malarice va trebui să ţinem seamă de o serie de factori cari ne pot falşifica rezultatele: procentul mare de cazuri de infecţie primară, sezonul când se face determinarea, tratamentul chiar neregulat cu chinină.

Determinarea indicelui parazitar este metoda cea mai serioasă pentru a determina repartiţia, caracterul şi intensitatea paludismului.

Recolta sângelui se poate face de personalul auxiliar, cât mai des şi cel puţin de două ori pe sezon şi examenul se poate face într'un laborator central sau dispensar.

Aceste date vor fi complectate cu următoarele date:

Cifra populaţiei.

Morbiditatea şi mortalitatea generală.
Ocupaţiile de căpetenie.
Starea economică.
Condiţiunile de locuinţă.
Corecţiunile de stabulare a animalelor.

Determinarea infecţiunii paludice la ţânţar este de mare folos atunci când mijloacele o permit.

Captura ţânţarilor în interiorul locuinţelor unde sunt bolnavi şi în grajduri va trebui făcută în fiecare lună şi recolta trimisă unui entomologist care pe de o parte va fi în măsură să determine indicele sporozoitic. Se va putea deci stabili repartiţia sezonieră a infecţiunii paludice la ţânţar şi vom fi în măsură deci a alege şi perioada cea mai potrivită pentru distrugerea lor.

Cercetările făcute de Prof. Swellengrebel în Olanda de Nord arată clar că, pe când numărul maximum de infecţiuni (cazuri) la om este în Iunie, Iulie, procentul maximum de ţânţari infectaţi este în Octombrie, Noembrie. De unde şi concluzia că este preferabil ca *tratarea cazurilor să se facă în cursul verii iar distrugerea ţânţarilor în toamnă şi iarnă.*

Anofelismul: In condiţiunile de studiu a unei staţiuni experimentale de paludism nu trebue să lipsească o hartă a anofelismului dintr'o rază de cel puţin 3 km. dela marginea oraşului, sau satului.

Pe harta regiuni se notează toate rezervoarele şi colecţiunile de apă permanente sau provizorii: puţuri, cisterne, canale de irigaţii, şanţuri, lacuri, isvoare, râuri, ape de infiltraţie, etc. cu caracterele lor.

Examenul periodic al tuturor cuiburilor de larve se marchează pe o fişă. Nu vor lipsi de pe această fişă indicaţiunile asupra numărului lor, a speciilor, asupra vegetaţiei şi temperaturii apei, salinităţii şi acidităţii ei. Pe aceiaşi fişă se vor trece şi rezultatele capturelor de ţânţari adulţi găsiţi în adăposturile naturale, în grajduri cu specificarea animalelor adăpostite sau în curse anume făcute în diferite staţiuni fixe.

Toate aceste rezultate vor fi trecute pe harta anofelismului regiunii unde vor mai fi dat indicaţiuni asupra regimului ploilor, natura terenului, temperatura mijlocie a regiunii.

METODE PROPRIU ZISE DE LUPTA ANTIMALARICA.

La întrebarea făcută de administraţiile sanitare a diferitelor ţări malarice asupra metodelor celor mai potrivite pentru lupta contra malariei, Comisiunea de Malarie a Societăţii Naţiunilor, ţinând seama: de extensiunea malariei după război, de greutăţile financiare, de complexul epidemiologic şi de personalul medical redus, a fost de părere *să nu se utilizeze ca armă ofensivă primară decât una sau două metode împingând însă aplicarea lor dincolo de pragul de eficacitate.* După rezultatele mai mult sau mai puţin satisfăcătoare, această luptă antimalarică se poate intensifica utilizând *măsuri com-*

Biblioteca Universitatea "Ovidius" Constanta

plimentare adequ.te fiecărei regiuni malarice. In cursul călătoriilor de studii malariologiştii s'au putut convinge de greşala făcută de unele ţări de a aplica metode luate dintr'o altă ţară pentru simplul motiv că în această ţară aplicarea unor măsuri ar fi dat rezultate.

Iată de ce Comisiunea rezumă într'o rezoluţie, felul cum trebue utilizată o metodă.

„Oricare ar fi metoda sau metodele de luptă antimalarică alese, ele vor fi aplicate cu toată silinţa până dincolo de stadiul minim de eficacitate".

Mai important şi în deplin acord cu eforturile noastre în lupta antimalarică este principiul:

„Oricare ar fi metoda sau metodele de luptă antimalarică utilizate, înainte de orice este indispensabilă a face tratamentul bolnavilor".

Vedem astfel complectându-se în mod armonic tratamentul bolnavului cu punctul de vedere social al profilaxiei boalei prin atacarea rezervorului de virus.

Orice metodă de luptă având o valoare relativă este greu a-i fixa limitele şi a-i judeca rezultatele în mod absolut. Primul semn al eficacităţii profilactice a tratamentului îl vom căuta în diminuarea gravităţii boalei mai mult decât în micşorarea numărului cazurilor de malarie.

METODELE DIRECTE DE LUPTA ANTIMALARICA.

Clasificând metodele de luptă antimalarică, comisiunea de malarie se defineşte:

Mijloace directe de luptă cari sunt menite să distrugă parazitul în organismul omului şi al ţânţarului infectat.

Se poate realiza prima măsură prin tratamentul bolnavilor şi purtătorilor de grameţi; a doua măsură uşor de aplicat, urmăreşte *distrugerea ţânţarului în interiorul locuinţelor.* Acestea sunt cele 2 măsuri indispensabile şi primare fără cari nu se poate face o campanie antimalarică.

Distrugerea rezervorului de virus uman: Dacă până astăzi nu avem la dispoziţie o substanţă care să sterilizeze organismul impaludatului, nu trebue să uităm *Chinina,* care are o acţiune specifică contra accesului distrugând un însemnat număr de paraziţi deşi are o acţiune therapeutică mai slabă contra sporozoiţilor şi gameţilor.

Nu avem nici-o substanţă care să poată înlocui până astăzi chinina în tratamentul malariei.

In ce priveşte măsurile indirecte, atâta vreme cât formula epidemiologică a malariei era: anofel + impaludat = paludism, mijloacele de distrugere ale larvelor erau trecute printre metodele directe de luptă. Aplicarea măsurilor mari şi mici antilarve, dacă câte odată şi numai în anumite condiţiuni poate diminua amofelismul, n'a jucat rolul care se credea în dispariţia paludismului în unele ţări, lanţul epidemiologic — la lumina cunoştinţelor actuale

— fiind compus pe lângă cele 3 inele importante, dintr'o serie întreagă de inele secondare cari reprezintă complexul aşa de variat a condiţiunilor epidemiologice dictate de: circumstanţele locale, condiţiunile sociale şi resursele locale.

Orice măsură indirectă luată în plus de cele 2 măsuri primare va avea un efect bun însă nu întotdeauna în proporţie cu sacrificiile făcute.

Numai în America aceste campanii antilarvare au fost urmate de succes, iar acum Palestina a văzut o diminuare însemnată a anofelismului prin construcţia celui mai modern sistem de drenaje.

Printre mijloacele antilarvare utilizate cităm pe cele mai cunoscute: (petrolul 5 cc. pe 1 mp.) parafină lichidă (2—5 cc. pe 1 mp.) verde de Paris (aceto-arsenit de cupru cu 50% As. 03), Gamluziile.

Ori ce ar fi metoda utilizată ea va trebui repetată la 8-10 zile.

Tot printre măsurile luate contra ţânţarilor trebue să cităm utilizarea unui dispozitiv de construcţie a grajdurilor de animale, ca să facă o adevărată barieră de curse între cuiburile de larve şi locuinţă.

Printre măsurile indirecte însă cari au avut o influenţă însemnată asupra diminuării şi dispariţiei cihar a malariei trebue să considerăm pe *acele cari au adus modificări însemnate factorilor sociali,* transformând regiuni mlăştinoase şi nelocuibile în regiuni acoperite de culturi luxuriante şi locuite de o populaţie bogată.

Aceasta este opera antimalarică realizată de bonificările din Italia şi numai în acest sens trebue înţeleasă „bonifica integrală" hydraulică, agricolă şi colonizatoare. Această măsură antimalarică s'a realizat cu toate că anofelismul a rămas acelaş dacă nu a augmentat încă.

Fără a intra în detaliile bonificării integrale, trebue totuşi să scoatem în evidenţă *importanţa aplicării unui program cât mai complect de luptă antimalarică,* în cursul acestor lucrări: *tratamentul bolnavilor, distrugerea anofelilor adulţi din interiorul locuinţelor, împiedecarea invadării locuinţelor de ţânţari utilizând pânza metalică la ferestrele şi uşi, aplicarea măsurilor larvicide, etc. etc.*

Rezoluţia No. 9 a Comisiunii de Malarie întrunită la Geneva în Iulie 1928, rezumă principiile de luptă antimalarică accesibile oricărei ţări malarice de oarece conducându-ne *după ele putem realiza maximum de eficacitate cu minimum de cheltueli şi de deziluzii.*

„Comisiunea socoteşte că prima datorie a unei administraţiuni sanitare care organizează o campanie antimalarică este de a *asigura tratamentul bolnavilor, reducând astfel izvoarele de infecţiune.* In acelaş timp sau mai târziu după circumstanţele şi condiţiunile locale a diferitelor regiuni se va proceda la stadiul cauzelor endemice în scopul de a alege metoda sau metodele cele mai eficace, cele mai puţin costisitoare şi mai bine adaptate soluţiei problemului

locale, utilizând fie măsuri radicale (drenaje, bonifica mare, etc.), fie măsuri temporare (măsuri antilarve).

In orice caz însă utilizarea protecţiunii mecanice şi lupta contra insectelor adulte în interiorul locuinţelor sunt măsuri recomandabile".

II

Lupta contra paludismului în regiunea Dunărea de jos (regiunea 5-a sanitară)

Raportor: *Dr. Viorel Popescu.*

III

Problema educaţiei sexuale în şcoală în legătură cu profilaxia boalelor venerice.

Raportor: *Prof. Dr. S. Nicolau.*

Faţă de răspândirea pe care a luat-o astăzi boalele venerice şi faţă de pericolul social legat de dânsele, chestiunea profilaxiei lor trebue să preocupe în cel mai mare grad pe toţi acei cari se interesează de viitorul şi sănătatea rasei noastre. Problemul combaterii lor se cuvine deci să fie studiat sub toate laturile sale, fără să se neglijeze niciunul din mijloacele care ar putea să concure la limitarea răului.

Este în afară de orice îndoială că mijloacele preconizate până acum, cuprinzând măsurile de ordin legislativ (supraveghierea prostituaţiei), sau de ordin medical (profilaxia prin tratament), cu toate lacunele lor şi cu toate dificultăţile lor de realizare, aduc zilnic importante servicii în combaterea acestor boale. A ne mărgini însă numai la aceste mijloace, ar fi să nu privim chestiunea de cât sub unele din aspectele ei, ar fi să ne mulţumim a ataca răul în consecinţele sale, fără a ne preocupa de cauzele profunde care stau la baza sa.

Unul din factorii cei mai importanţi care contribue la răspândirea boalelor venerice, pe lângă lipsa de disciplină morală şi de idealism ce caracterizează societatea modernă, este, fără îndoială, în primul rând, ignoranţa în care lumea şi mai ales tineretul se găsesc asupra problemelor în legătură cu sexualitatea, asupra boalelor sexuale şi gravităţii lor, asupra modalităţii lor de transmitere, cât şi asupra mijloacelor care ar putea permite evitarea lor.

Convins de importanţa primordială a factorului educativ în această materie, nu pot decât felicita comitetul de direcţie al „Asociaţiei Generale a Medicilor", de a fi avut curajul ca, rupând cu o rutină învechită, să privească problema în faţă şi să aducă în desbaterea acestui congres, această importantă chestiune, care trebue să intereseze de o potrivă pe medici, pe pedagogi şi pe sociologi, adică chestiunea „educaţiunei sexuale" în şcoli. Ţin, tot de odată, să-i exprim cu această ocazie mulţumirile mele pentru onoarea ce mi-a făcut, numindu-mă raportorul acestei chestiuni.

Necesitatea unei educaţiuni sexuale a tineretului şcolar, a fost de mult înţeleasă aiurea. La noi, această chestiune, atinsă deja în treacăt într'un raport asupra „Profilaxiei sifilisului", ce am avut

onoare a prezenta cu ocazia celui de al XXIX-lea congres al Asociaţiei Generale a Medicilor, din anul 1926, nu se pune de cât astăzi, pentru prima oară, în mod special, în discuţiune şi nu ne îndoim că ea, ca orice lucru nou în domeniul ideologiei, va deştepta sentimentele cele mai diverse.

Inainte de a expune modul nostru de a vedea, ţinem să arătăm pe scurt cum a luat naştere şi cum a evaluat în alte ţări ideia educaţiunei sexuale în şcoli. Ne vom servi în această privinţă de date culese dintr'un raport prezentat la congresul din Bruxelles din 1922, de către D-rul *Clerc Dandois,* preşedintele comisiunii de propagandă morală a ligii naţionale Belgiene contra pericolului venerian.

In anul 1901, „Societatea Franceză de profilaxie sanitară şi morală" în urma propunerei preşedintelui său, de pe acea vreme, ilustru sifiligraf *Fournier,* a pus pentru prima oară în studiu chestiunea dacă ar fi bine, sau nu, ca tinerii să fie instruiţi, în şcoli, asupra pericolului veneric, şi în ce fel? Intr'o şedinţă ţinută cu o lună mai târziu, această societate s'a pronunţat, în aproape unanimitatea membrilor săi, pentru necesitatea unei atari instrucţiuni, la elevii dela 16 ani în sus.

Chestiunea a fost abondonată până în anul 1919, când sub emoţiunea cauzată de formidabila recrudescenţă a boalelor venerice după războiu, D-rul *Faivre* o pune din nou la ordinea zilei cu ocazia congresului interaliat de higienă socială, fiind sprijinit în această ocazie de Profesorul *Calmette.*

Un an mai târziu, *Sicard de Plauzolles,* director al Ligii Naţionale Franceze contra pericolului venerian" puse din nou în discuţiune chestiunea educaţiei sexuale, înaintea Congresului de higienă socială şi de educaţie profilactică, ţinut la Paris, sub preşedinţia D-rului *Roux,* directorul institutului *Pasteur.*

Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj

Puţin timp după aceea *Leon Bérard,* pe atunci Ministru al instrucţiunii publice sub instigaţiunea Prof. *Pinard,* s'a declarat favorabil, în principiu, instituirii unui curs de educaţie sexuală în stabilimentele de învăţământ secundar, însă, înainte de a lua o decizie în această privinţă, a cerut, sub formă de „referendum", avizul corpului didactic şi al diverselor asociaţiuni de părinţi de elevi.

Răspunsurile (în număr de peste 15.000) au fost, în marea lor majoritate favorabile; însă dacă toată lumea, sau aproape, era de acord asupra principiului, divergenţele erau numeroase relativ la modul său de aplicaţiune, unii fiind de părere că această educaţie să se facă în familie, de către părinţi, alţii ca ea să fie făcută în şcoală de profesori sau de medic. Deosebirile de vederi erau de asemenea numeroase relativ la vârsta la care educaţia sexuală ar trebui începută, unii opinând ca iniţierea să se facă chiar din şcoala primară, alţii numai dela 14 ani în sus. In fine, un număr important din răspunsuri preconizau, pe lângă educaţiunea sexuală ştiinţifică, direcţiunea şi susţinerea morală a tineretului.

In faţa acestor divergenţe de opiniuni, Ministrul a ezitat să introducă această reformă în programul oficial, mulţumindu-se să

lase latitudinea directorilor de şcoli, realizarea unui astfel de învăţământ, sub formă de conferinţe, neobligatorii pentru elevi. Ţinem să adăugăm că asemenea conferinţe au fost organizate într'un însemnat număr din şcolile secundare, fiind frequentate şi urmărite cu cel mai viu interes de totalitatea elevilor. Cam în acelaş timp luă fiinţă, în această ţară, „Comitetul de educaţiune femenină al societăţii de profilaxie sanitară şi morală" care, cu sprijinul Ministerului Higienei, a extins această mişcare educativă şi în şcolile de fete, ţinându-se între anii 1925 şi 1927, 210 conferinţe libere în faţa a peste 45.000 de auditoare.

După cum se vede, în *Franţa,* după o lungă perioadă de ezitare, chestiunea educaţiei sexuale, fără a fi reuşit să capete un caracter oficial, şi-a făcut drum în spiritul public şi a intrat deja pe calea realizărilor practice. Anul trecut ea a făcut obiectul unei discuţiuni cu totul favorabile în sânul „Academiei de medicină" din Paris, cât şi acum câteva săptămâni, la „Congresul căsătoriei creştine", ţinut în acelaş oraş, sub preşedinţia de onoare a cardinalului *Dubois.*

In *Germania,* un puternic curent de idei se face, de asemenea, în favoarea educaţiei sexuale în şcoli; societatea pentru combaterea boalelor venerice din această ţară a consacrat de curând, acestei chestiuni discuţiunile unui întreg congres adhoc.

In *Italia,* chestiunea este privită cu atâta interes, încât s'au organizat cursuri pregătitoare pentru profesorii şcoalelor secundare, în scopul de a-i familiariza cu metodele de urmat pentru predarea unui astfel de învăţământ.

Academia Cluj / Central University Library Cluj

In *Elveţia,* „Asociaţia pentru lupta contra boalelor venerice", fondată în anul 1919, s'a pronunţat pentru necesitatea unei educaţiuni sexuale în şcoli. De 4 ani, Departamentul instrucţiunii publice, a introdus deja cursuri facultative de „higienă sexuală", în ultimele clase ale şcoalelor secundare.

La conferinţa ţărilor din Europa orientală, organizată în anul 1921, de „Crucea Roşie" *Cehoslovacă,* s'a recunoscut necesitatea unei educaţiuni sexuale a tineretului şi s'a exprimat dorinţa ca guvernul să ia măsurile necesare pentru pregătirea personalului didactic în această materie, propunându-se pentru atingerea acestui scop, creiarea unei catedre de „pedagogie sexuală" pe lângă Facultatea de filosofie şi uneia de „higienă sexuală", pe lângă Facultatea de medicină.

Nicăeri însă mai mult ca în *Belgia,* chestiunea educaţiei sexuale n'a deşteptat un mai mare interes. Cu ocazia Congresului medico-pedagogic din Bruxelles organizat în anul 1923 de „Liga învăţământului", majoritatea medicilor şi pedagogilor participanţi s'a pronunţat, cu mare căldură, în favoarea sa. Un astfel de învăţământ exista, de altfel, în această ţară, sub o formă semi-oficială, încă din anul 1920, şi faţă de rezultatele obţinute, el tinde să se generalizeze în toate liceele şi şcolile superioare.

După cum se vede din cele expuse, chestiunea educaţiei sexuale în şcoală preocupă, în gradul cel mai înalt, corpul medical şi pe reprezentanţii cei mai autorizaţi ai pedagogiei din toate ţările ci-

vilizate. Din nefericire, deşi toţi aceia care au studiat de aproape această chestiune sunt de acord că măsuri urgente se impun pentru îndrumarea tineretului, chestiunea n'a eşit, totuşi, până în prezent, decât în puţine ţări din faza discuţiunilor academice.

Dacă atâta ezitare se manifestă în realizarea unor măsuri, recunoscute de toţi ca salutare, cauza este că aci iniţiativele cele mai ferme se izbesc de rezistenţa unor prejudecăţi învechite. Se obişnueşte, în adevăr, a se înconjura de cel mai mare mister tot ce se raportă la funcţiunile sexuale, considerate ca ruşinoase, nutrindu-se imaginaţia copilului cu legendele cele mai ridicule relativ la actul reproducţiunii. De aci se naşte în sufletul său, odată cu deşteptarea primelor porniri sexuale, o stare de preocupare şi de obsesiune constantă, rezultând din sentimentul unei curiozităţi nesatisfăcute, făcându-l astfel accesibil sugestiunilor celor mai deplorabile.

Trebue să se ştie că „educaţia sexuală", expresiune interpretată atât de des în mod eronat, şi care sperie pe mulţi, nu înseamnă altceva de cât un sistem de educaţiune al cărui ideal este acela de a prepara, în mod ştiinţific, tineretul pentru o înţelegere sănătoasă a chestiunii sexualităţii, şi de a-i arăta pericolul legat de boalele sexuale, conducându-l astfel cât se poate mai curat, ca suflet şi ca corp, către viitoarea sa funcţiune socială, care este acea de fondator de familie şi procreator.

Este deci timpul să se rupă odată cu aceea conspiraţie ipocrită a tăcerii care se face în jurul acestor lucruri, despre care se ezită a se vorbi tinerilor; sub pretextul de a nu li se ofensa pudoarea, zic unii, sau de teamă, zic alţii, de a nu li se deştepta idei la care ei nu se gândesc încă. Totul este aci chestiunea de tact şi de metodă. De altfel, ar fi să dăm probă de o lipsă complectă a simţului realităţilor şi să ignorăm profund mentalitatea tineretului de astăzi, pentru a ne mai putea închipui că dela vârsta de 15—16 ani înainte, asemenea revelaţiuni ar mai putea constitui un factor de deflorare morală. Oricum ar fi lucrurile, ni se pare preferabil, în orice caz, ca tineretul să fie instruit, în această privinţă, de către un om de ştiinţă şi un educator, care va uza de toate menajamentele necesare, decât să se lase ca iniţierea să se facă de instinctul necălăuzit, sau pe şoptite şi cu toată atracţia misterului şi a lucrurilor despre care este oprit a se vorbi, de către camarazi mai avansaţi, sau de valul mereu crescând al pornografiei contimporane, care se răsfaţă azi în teatru, în cinematograf, în literatură şi în spectacolul străzii. Iniţierea făcută în aceste din urmă condiţiuni, este din cele mai deplorabile şi constitue unul din factorii cei mai activi de corupţiune precoce a tineretului, conducându-l, adesea la o deviare intelectuală şi morală a instinctului sexual şi la practicile cele mai pernicoase.

Impulsul sexual este expresiunea unuia din cele mai puternice instincte, ce frământă fiinţele vii, anume acela al perpetuării vieţii. Dacă aruncăm o privire asupra spectacolului care ni-l oferă în natură manifestarea acestui impuls, la diferitele vietăţi ne dăm seama

BCU Cluj / Central University Library Cluj

că, în toată scara animală, afară de om, acest instinct şi-a conservat în toată puritatea semnificarea sa biologică, adică aceea de a asigura procreaţiunea, deşteptându-se ca atare, numai la anumite epoci ale anului, conform unui ritm, variabil după specii, şi corespunzând pentru fiecare din ele, condiţiunilor optime de fecundare a femelei. Omul, animal cu structură către cultivarea pasiunilor, a imprimat acestui instinct o deformaţiune psihologică, a cărei origine se pierde în negura timpurilor, făcând dintr'însul un act de voluptate, un pretext de plăcere, confundându-se astfel scopul cu mijlocul, ba ceva mai mult, tinzându-se chiar, în societatea modernă, la eludarea complectă a finalităţii actului sexual. Or, natura nu se lasă a fi frustată. După cum zicea Herbert Spencer, orice călcare a legilor naturale atrage după sine „pedepse şi suferinţe, care sunt un fel de chemare la ordine. In specie, aceste „pedepse" şi „suferinţe" se traduc prin flagelul boalelor venerice, fructul natural al luxurei şi desfrâului.

Problemul de ordin moral care se pune astăzi este acela al *disciplinării* instinctului sexual. Nu poate fi vorba aci de înăbuşirea unui instinct care reprezintă forţa creatoare din univers, ci numai de „rectificarea" sa, cu alte cuvinte, de readucerea sa cât mai aproape de semnificarea sa naturală. Ceeace trebue căutat să se facă faţă de dânsul este pur şi simplu, ceeace s'a realizat deja faţă de alte porniri instinctive ale omului, pe care cultura şi civilizaţia a ştiut să le armonizeze cu interesele superioare ale societăţii. *Trebue prin urmare căutat, şi aci, ca printr'o educaţie metodică şi bine înţeleasă, să se modifice toate tendinţele mentale menite să conducă la impulsivităţi sexuale, premature şi exagerate.* Acesta este, şi nimic mai mult, scopul pe care-şi propune să-l urmărească „Educaţiunea sexuală". Natura omenească este esenţialmente perfectibilă prin educaţiune, şi, este evident că aci rezultatele vor fi cu atât mai sigur şi mai uşor de obţinut, cu cât ea va fi începută mai de timpuriu, *din şcoală,* şi anume înainte ca mintea copilului să fi suferit deja deviaţiuni de ordin sufletesc sau moral.

Cum trebue conceput problemul educaţiunii în şcoli?

Majoritatea pedagogilor, cât şi a tuturor acelora care s'au ocupat cu studiul psihologiei infantile, sunt partizanii unui sistem educativ progresiv, adică care să deschidă ochii copilului, fără surprindere, asupra fenomenului transmiterei vieţii şi a chestiunei sexualităţii. O astfel de educaţiune, bine înţeleasă, departe de a fi menită să impresioneze în mod nesănătos imaginaţia copilului, are din contră un caracter profund moral.

Conform acestui mod de a vedea educaţia sexuală trebue să cuprindă două etape succesive: o primă etapă de *„iniţiere ştiinţifică"* sau *„biologică"* asupra fenomenului reproducţiunei sprijinită de o puternică cultură morală; acesteia trebue să-i succeadă, mai târziu, o a doua etapă zisă de *„avertisment medical"*, cuprinzând noţiunile de profilaxie antiveneriană.

Când şi cum trebue făcută iniţierea biologică. După părerea

noastră ea trebue începută cât mai de timpuriu, odată cu predarea primelor noţiuni de istorie naturală, şi anume chiar de profesorul respectiv al acestei discipline. Fără a avea cât de puţin pretenţia de a fixa programul unui astfel de învăţământ, ne permitem, totuşi a da câteva indicaţiuni generale în această privinţă. Se va începe, de exemplu, prin a se releva fenomenul reproducţiunii în expresia sa cea mai simplă, adică cea *adecuată*, la fiinţele unicelulare. Cu ocazia studiului protozoanelor, după ce se va fi insistat asupra funcţiunilor lor de *„nutriţie"* şi de *„excitabltate"* se va vorbi şi de funcţiunea de *„reproducţiune"*, prezentând-o nu ca ceva deosebit, ci ca făcând parte din ansamblu manifestărilor vieţii; se va arăta că ea nu este altceva decât rezultatul unui exces de desvoltare a ecelulei, care neputând depăşi un anumit volum, este forţată, la un moment dat, să se dividă în două, dând astfel naştere unei fiinţe noui. In acest spirit se va studia fenomenul reproducerii asexuate în toată clasa protistelor, trecând prin infuzorii, flagelate, rizopode, monene cât şi la vegetalele inferioare, ca ciuperci, lichene, etc.

Se va trece apoi la reproducerea *sexuată*, studiindu-se mai întâi fenomenul sub forma sa cea mai elementară, la animalele inferioare, la spongiere, la coelenterate şi echinoderme, pentru a trece apoi în regnul vegetal, la plantele cu flori. Studiul acestora din urmă oferă un prilej admirabil de introducere pentru a aborda chestiunea diferenţierii sexelor. Cu ocazia descrierii diferitelor elemente constitutive ale floarei, se va vorbi, între altele, de stamine ca reprezentând elementul mascul, şi de pistil şi ovar ca reprezentând pe cel femel, explicându-se fecundaţiunea prin fenomenul polenizării.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intr'un an mai înaintat, se va studia fenomenul la animalele superioare, făcându-se să reiasă faptul că acelaş plan general de sexualitate există şi aci, testiculul reprezentând organul de reproducere mascul, iar ovarul pe cel femenin.

Terenul fiind astfel preparat şi întrebuinţându-se o terminologie cu care elevii sunt deja ştiinţificeşte familarizaţi, şi care deci nu mai poate deştepta în mintea lor nici o ideie de obscenitate, se va putea, în fine, vorbi, în ultima instanţă, de fenomenul reproducţiunii la om, atingându-se cu această ocazie şi chestiunea eredităţii normale şi patologice, arătându-se repercursiuni funeste pot avea asupra descendenţilor diferite boale ale părinţilor, şi în deosebi cele venerice.

Revelaţia misterului reproducţiunii se face astfel pe nesimţite, prin procedee de anatomie şi fiziologie comparată, iar problemul sexual va răsări, la timpul său, desprinzându-se singur ca dintr'o largă frescă biologică, cu aspectul său simplu şi natural ca al tuturor fenomenelor vieţii. A aborda direct, faţă de tineretul şcolar, chestiunea profilaxiei antiveneriene, înaintea oricărei preparaţiuni ştiinţifice, în felul aceleia despre care am vorbit mai sus, ar fi desigur să ne lipsim de toate beneficiile ce decurg din spiritul moralei biologice, pe care credem că trebue să se reazime orice sistem educativ.

Intr'adevăr, educaţia sexuală biologică, este singura care poate sădi în sufletul tineretului sentimentul de respect faţă de fenomenul

reproducţiunii ca reprezentând una din cele mai nobile funcţiuni al speciei, cât şi sentimentul datoriei ce are individul, ca depozitar al perpetuării rasei, să conserve intact capitalul de sănătate moştenit dela părinţi, pentru a-l transmite mai departe, neştirbit, generaţiilor viitoare. Pe de altă parte, nimic mai bine ca dânsa nu-l poate face, să se pătrundă mai adânc de „finalitatea" actului sexual care conduc, după cum se ştie, la acele practici nenaturale, funeste şi să înţeleagă ce aşteaptă natura şi societatea dela dânsul, prezervându-l astfel de pervertirile, atât de frecvente la această vârstă, şi pentru echilibrul sistemului nervos şi pentru sănătate în general. Nu e nevoe să insistăm, toată lumea înţelege despre ce este vorba.

Dar, educaţiunea biologică, despre care am vorbit, nu reprezintă decât una din laturile problemei care ne ocupă, căci dacă ea este menită să conducă la o concepţie sănătoasă şi naturală a chestiunii sexualităţii, nu se poate pretinde dela dânsa să constitue în acelaş timp un factor de înfrânare a instinctului genezic. Disciplinareea acestui instinct mai reclamă intervenţia altor factori educativi.

In primul rând, este absolut indispensabil să se dea tineretului îndrumări de *ordin moral*, care să-l pună în măsură a rezista cât mai mult solicitărilor precoce ale instinctului sexual. Este vorba aci de o operă educativă din cele mai delicate şi complexe, la care trebue să concure familia, şcoala, biserica, presa şi puterile publice. Inainte de toate, părinţii, cari sunt primii educatori, sunt datori să dea copiilor lor o îndrumare morală cât mai sănătoasă şi mai solidă, şi aceasta nu numai în mod teoretic, ci şi prin exemplul unei vieţi simple şi cinstite; să le supravegheze deaproape relaţiunile lor, ferindu-i de societatea elementelor conrupte; să-i oprească dela citiri cu caracter erotic, care ar putea deştepta şi excita instinctul sexual; să le infiltreze gustul pentru munca serioasă şi pentru preocupări înălţătoare de ordin intelectual sau artistic, care sunt cele mai puternice derivative pe care le poate oferi viaţa; în fine, să-îndrumeze a-şi utiliza orele libere pentru distracţii inocente şi mai ales pentru sporturi, cari cheltuesc şi canalizează în mod sănătos prisosul de energie al organismelor tinere. Acestui din urmă mijloc îi revine în bună parte echilibrul moral al tineretului anglo-saxon.

In ordinea educaţiunii morale, se va mai căuta a se arăta tineretului sentimentul demnităţii umane şi acea concepţie ideală de conducere în viaţă, care presupune controlul tuturor actelor, reţinerea de sine şi dominarea pornirilor instinctive, discipline care, la momentul oportun, vor juca ca nişte reflexe spontane, împiedicându-l de a aluneca pe calea pornirilor rele. Unul din factorii cei mai activi pentru realizarea unui atare grad e perfecţiune sufletească îl constitue *credinţa religioasă*, care trebue sădită cât mai adânc în sufletul tineretului. Nimeni nu poate nega, oricare ar fi orientarea spiritului său, incomparabila putere de formaţiune şi de prezervare morală pe care o poate da disciplina religiei creştine al cărui ideal rezidă tocmai în înfrânarea pasiunilor. In perioada de anarhie morală pe care lumea o traversează, şi faţă de bancruta

BCU Cluj / Central University Library Cluj

liberei gândiri la omul mijlociu, întoarcerea la credinţă ni se pare singura salvare.

Puterile publice sunt datoare, la rândul lor, să ia cele mai riguroase măsuri contra tuturor factorilor de provocaţiune şi răscolire a pasiuniolr, în contra pornografiei care se resfaţă în vitrinele librăriilor şi la chioşcuri sub formă de ilustraţiuni care, sub pretext de artă, nu fac altceva decât să exploateze patimile omeneşti: contra filmelor cinematografice cu caracter imoral, adevărate medii de cultură a viţiului şi lascivităţii; contra localurilor de conrupţiune ca aşa zisele dancinguri, contra racolajului pe străzi, etc.

O chestiune importantă în legătură cu educaţia sexuală şi care trebue lămurită în mintea tineretului, mai este şi aceea a pretinselor pericole ce ar fi legate de o *continenţă sexuală* prelungită. Este rolul profesorului de igienă sau al medicului şcolar să rectifice acea erezie învechită, invocată de mulţi ca o scuză uşoară pentru a-şi justifica disipaţiunile anume că „dela o anumită vârstă" satisfacerea instinctului sexual ar constitui o necesitate inexorabilă, a cărei comprimare ar putea fi dăunătoare sănătăţii. Lăsând la o parte exagerările unei anumite şcoale psihiatrice, care subordonează tot psihismul uman şi tot echlbrul nostru nervos satisfacerii sau refulării instinctului sexual observaţia de toate zilele, desbrăcată de orice spirite de doctrină, de acord cu părerea somităţilor medicale şi a celor mai de seamă fiziologişti, arată că abstinenţa sexuală, chiar prelungită nu poate aduce, la persoane de compleziune normală, nici un prejudiciu sănătăţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Conferinţa internaţională de profilaxie sănitară şi morală, ţinută la Bruxelles în 1922, la care au participat atâtea personalităţi medicale eminente, a adoptat în unanimitate concluzia că abstinenţa şi castitatea sexuală nu numai că nu sunt vătămătoare tineretului, dar că aceste virtuţi sunt din cele mai recomandabile din punct de vedere medical şi fiziologic.

O observaţiune întinsă şi concludentă tot de odată, în această privinţă, am putut face în timpul războiului mondial, când am avut ocazia să cunosc sute de tineri, practicând o castitate absolută îndelungată, fără să fi constatat la dânşii cea mai mică tulburare a sănătăţii. Nu trebue să se uite de altfel că precocitatea relaţiunilor sexuale la tineri nu este de cele mai multe ori altceva decât expresia unui act de bravadă faţă de camarazi, sau un act de imitaţiune şi de contagiune mintală, iar nicidecum manifestarea unei necesităţi irezistibile.

Dacă ar mai fi nevoe să invocăm un exemplu, în această privinţă, ar fi de ajuns să cităm cazul studenţilor din Oxford şi Cambridge, la care abstinenţa până la căsătorie este o tradiţie respectată şi al căror aer de sănătate, de vigoare şi de pace sufletească face totuşi admiraţia tuturor.

Din exemplele date, se poate vedea deci că *castitatea este posibilă, atât din punct de vedere fiziologic cât şi psihologic şi ca atare ea ar trebui să constitue o obligaţie morală absolut până la căsătorie*

pentru ambele sexe. Recunoaştem că abstinenţa uşoară de practicat într'un mediu social cu viaţă simplă şi austeră, este menită să devină o virtute din ce în ce mai grea, în mijlocul conrupţiunii generale în care se complace societatea modernă, în care curăţenia moravurilor, departe de a constitui un ideal, este dispreţuită şi chiar ridiculizată, ca un lucru eşit din modă. Aceasta însă nu face decât să scoată şi mai mult în evidenţă necesitatea unei puternice discipline morale şi filozofice, singura capabilă a forma caracterele şi a cuirasa tineretului contra nenmăratelor tentaţiuni ce-l pândesc la fiecare pas.

Sir Lionel Beal, profesor la colegiul regal din Londra, zice şi dânsul că practica castităţii este numai atunci posibilă „când ea isvorăşte, nu atât din cauze restrictive exterioare, ci când ea este expresiunea unei anumite *stări sufleteşti,* şi a *unei discipline* şi a *unei regule de conducere voluntară*".

Mulţi sunt de părere că educaţia sexuală, în sensul celeia de care am vorbit până acum, să fie rezervată numai tineretului masculin. Un curent nou începe să se desemneze în această privinţă. In ultimii timpi un număr important de distinse personalităţi femenine aparţinând corpului profesoral, mai ales Francez şi Belgian, se pronunţă categoric pentru necesitatea unui asemenea învăţământ şi în şcolile de fete. Oportunitatea unei astfel de măsuri apare astăzi mai mult decât oricând, faţă de profunda criză morală pe care o traversează actualmente o bună parte a tineretului femenin, faţă de dispreţul ce se afişează din ce în ce mai mult, pentru nobila funcţiune a maternităţii cât şi faţă de afecţiunile din ce în ce mai baroce de „masculinism".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-ra *Van Kessel,* directoarea şcoalei normale de fete din Anvers zice: „Nu vedem întrucât educaţia sexuală ar putea răni pudoarea fetelor, relevându-le un secret de „polişinelă", pe care multe îl cunosc deja, indirect, prin intermediul unei prietene. Este timpul, continuă dânsa, să smulgem dinaintea ochilor lor această bandă de ipocrizie, îndărătul căreia ele nutresc o lume întreagă de idei, mai mult sau mai puţin juste, dar cu siguranţă, excitante şi nesănătoase pentru că sunt ascunse".

Tot astfel înţelege lucrurile şi „Comitetul de educaţie feminină al societăţii franceze de profilaxie sanitară şi morală", ale cărei ţeluri educative se rezumă în formula următoare: „Să ajutăm fetele să se conserve pure şi sănătoase, preparându-le astfel la rolul lor viitor de soţii şi mame".

Principiile educative enunţate mai sus, aplicate cu tact şi perseverenţă, sunt menite, de sigur, să exercite cea mai salutară influenţă asupra mentalităţii unei imense majorităţi a tineretului. Nu se face însă câtuşi de puţin iluzia că ele vor avea darul să înfrâneze sau să disciplineze la toţi instinctul sexual. Un potenţial de sensualitate mai exagerat, la unii, condiţiuni de viaţă sau circumstanţe întâmplătoare, la alţii, pot favoriza o impulsivitate irezistibilă a pornirilor sexuale.

Pentru această consideraţiune, este logic ca educaţia biologică

sau morală, propriu zisă, să fie complectată, în *şcolile de băeţi*, printr'o educaţie *„profilactică"*, în scopul de a pune pe cei cari sucombă tentaţiunilor, în măsură de a se prezerva de boalele venerice.

Când ar trebui începută educaţia profilactică, şi de cine trebue să fie făcută?

Statisticele tuturor venereologilor fiind de acord în a arăta că boalele venerice, în mediul orăşenesc cel puţin, îşi fac apariţia dela 15-16 ani înainte, credem că educaţia profilactică, pentru a-şi de toate roadele ce aşteptăm dela dânsa, trebue începută ceva mai înainte de această vârstă. *Dată fiind importanţa unei astfel de educaţiuni pentru prevenirea boalelor venerice, credem indispensabilă introducerea sa în programul oficial de învăţământ.* Părerea ce o exprimăm ni se pare cu atât mai la locul său, cu cât ea este în perfectă concordanţă cu concepţiunile pedagogice moderne, conform cărora învăţământul secundar trebue să devie acea *„şcoală activă"*, menită nu numai să încurce elevilor o sumă de cunoştinţe mai mult sau mai puţin abstracte, ci să le dea, în acelaş timp, directivele necesare după care să se conducă în viaţa individuală şi socială.

Noţiunile de profilaxie antivenerică vor fi date de medicul şcolar şi, pentru a le ridica orice caracter special, ele vor fi înglobate într'o serie de prelegeri consacrate higienei corpului în general şi a profilaxiei diverselor boale contagioase. Cu această ocaziune se va vorbi despre boalele venerice şi isvoarele lor de contagiune, insistându-se asupra posibilităţii de propagare, pentru unele din ele, pe cale extragenitală; se va insista în special asupra gravităţii uneia din ele, *sifilisul*, arătându-se urmările ce această boală poate avea asupra individului şi urmaşilor săi *(heredo-sifilis)*, conducând la degenerarea şi secătuirea rasei. In felul acesta se sădeşte în sufletul tinerilor conştiinţa clară a răspunderii faţă de familia ce vor fi chemaţi a fonda în viitor, făcându-i să înţeleagă, mai bine decât orice, la ce dezastre, îi poate conduce un moment de slăbiciune. In fine li se vor indica mijloacele de profilaxie individuală, graţie cărora continuarea acestor boale se poate evita, cât şi, mijloacele cum, odată căpătate, ele se pot vindeca, sfătuindu-i să recurgă la îngrijirea medicală, chiar din primul moment, şi să se ferească de tratamente clandestine şi şarlatăneşti.

Majoritatea boalelor venerice contractându-se, după cum arată toate statisticele, între vârsta de 15-21 ani, se înţelege dela sine ce imens serviciu ar aduce profilaxiei publice şi viitorului însuşi al rasei, educaţia sexuală a tineretului. Ar fi de dorit chiar, ca această educaţie să nu se limiteze numai în licee, ci să se exitindă în toate cercurile tinereşti: în asociaţiile studenţeşti, în şcolile de adulţi, în cazărmi la sosirea recruţilor, în ateliere, fabrici, etc.

De câte ori noi, medicii, confidenţi naturali ai bolnavilor noştri, nu am avut ocazia de a-i auzi, în faţa consecinţelor acestor boale, ce adesea otrăvesc toată existenţa individului, sau în faţa unor catastrofe familiale deslănţuite mai târziu de urmările lor, aducând

BCU Cluj / Central University Library Cluj

— în mod retrospectiv, — amare învinuiri educătorilor lor, de a nu fi instruiţi „la timp" despre aceste lucruri. Nouă medicilor care am fost martori la astfel de scene dureroase, ne incumbă datoria să luptăm prin toate mijloacele pentru a face, în viitor, imposibilă această exclamaţiune sterilă: „dacă aşi fi ştiut".

Chestiunea este prea mare şi de interes social prea profund, pentru ca ea să continue a mai fi ignorantă sau privită sub unghiul meschin al convenţiunilor şi ipocrizei.

Dr. TEREZA PANAITESCU-CASTANO: *Asupra educaţiei sexuale în şcoli.*

Măsurile ce se impun pentru salvarea tineretului actual sunt:

1) Luminarea ştiinţifică a copiilor asupra problemelor de educaţie sexuală în familie şi în şcoală sub direcţia medicului şcolar încă din perioada de pubertate pentru a se preveni la timp decăderea morală a copiilor.

2) Propovăduirea în şcoală şi în familie a castităţii riguroase până la nubilitate cel puţin, dacă nu se poate până la căsătorie.

3) Desfiinţarea prostituţiei care nu sunt decât focare puternice de imoralizare şi de otrăvire fizică şi sufletească a tineretului actual.

4) Să se facă o Ligă pentru asanarea moravurilor ţărei, care să stabilească principiile de moralitate în viaţă şi să reprime toate acţiunile degradatoare (nedemne) ori cari ar fi făptuitorii lor, pentru a se da pilde de conduită tineretului, căci numai în acest chip se va asigura forţa morală a statului nostru în viitor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

IV

Stadiul actual al etiologiei şi anatomia patologică a cancerului.

Raportor: *Conf. Dr. D. Babeş.*

V

Organizarea luptei contra cancerului în România.

Raportor: *Dr. Petre Niculescu.*

In cadrul congresului care interesează maladiile sociale şi care se ocupă în special cu tratarea şi combaterea sifilisului şi paludismului ne propunem a aduce la cunoştiinţă chestiunea organizarei luptei contra cancerului. Această organizare se bazează pe utilizarea unor începuturi de luptă anticanceroasă, începuturi cari n'au mai dat rezultatele dorite din cauza mijloacelor reduse ce n'au permis posibilitatea achiziţionării elementului esenţial de tratament adică a radiului. Istoricul chestiunei se reduce la 2 tentative de organizare în stil mai mare: în ultimii ani înfiinţarea de 2 ligi contra cancerului, dintre cari una reprezintă o filială a ligei franco-americană pentru combaterea cancerului, cu toată strălucirea conducătorilor şi bunăvoinţa pusă, nu s'a observat nici un început de relevare. Studiul cauzelor insuccesului este absolut necesar pentru a se putea evita greşelile trecutului în noua organizare propusă.

Iniţiativa particulară a intervenit băneşte o singură dată, făcând posibilă achiziţionarea unei cantităţi de Radium insuficientă pentru

începuturi mai serioase. Iniţiativa particulară în toate ţările mari sau mici, s'a arătat mult mai generoasă ca la noi, unde explicarea concursului prea slab ar fi datorit stării economico-financiare ce este departe de a fi mulţumitoare. In acelaşi timp sprijinul statului a fost cu totul insuficient din cauza lipsei de încredere cu care se priveşte chestiunea curabilităţii cancerului prin Radium şi Raze X. Cităm cazul unui înalt demnitar sanitar, căruia referindu-i-se progresele obţinute prin uzarea agenţilor fizici în trat. cancerului se declară quasi mulţumit cu rezultatele obţinute acum 20 ani, când era intern în serviciul unui renumit chirurg. Dogma clasică a incurabilităţii cancerului a fost în ultimul timp complect revizuită pentru anumite forme anatomo-pathologice. Noţiunea că numai anumite forme de Cancer sunt susceptibile de a fi vindecate prin Radium şi Raze X, (ca pielei, limbei, sânului, uterin), şi rezistenţa formelor de origine cilindrică, nu a intrat încă în mentalitatea marelui public şi e ignorată chiar şi de unii medici. Succesul relativ într'un caz celebru de acum 2 ani, care a ţinut încordată atenţia ţărei, cu toată masivitatea dozelor uzate, a mărit şi mai mult neîncrederea în acţiunea radiului, neţinând seamă că neoplasmele de origine intestinală sunt refractare la tratamentul cu acest agent.

A doua doză care determină relativitatea succesului organizării unei lupte anticanceroase serioase, este legenda că achiziţionarea unei cantităţi de Radium presupune sume imense de cari statul nu poate dispune; arătăm mai jos suma de lei 25.000.000, cu desăvârşire suficientă pentru punerea în mişcare a 5 centre anticanceroase.

Organizarea propusă reprezintă expunerea experienţei câştigată timp de 6 luni în centrele anticanceroase din Franţa şi Belgia. (Institutul Curie, Villejuif, Strasbourg, Bruxelles, Souvain). Propunerile pe cari le aducem la cunoştinţă vor fi făcute cu multă rezervă; cel ce face aceste propuneri având specialitatea terapeutică generală iar nu cancerologie, ştiinţă de odată cu totul recentă. S'a întrebuinţat de unii specialişti expresiunea de imixtiune impertimentă, atunci când altul decât specialistul propriu zis, se pronunţă într'o chestiune din teritoriul lor bine delimitat. Pentru evitarea acestor obiecţiuni legitimate, imixtiunea rezervată constă în enunţarea directivelor de coordonare. Propunerile făcute constituesc nu o copiere a organizaţiilor străine, ci o desăvârşită adaptare condiţiilor specifice ţărei noastre. Simpla copiere ar constitui un adevărat corp strein în organismul alcătuirii noastre sanitare, corp strein ce ar fi imediat eliminat.

O parte din aceste condiţii îngreuiază organizarea, iar ultima o uşurează. Odată cu enunţarea condiţiilor cari îngreuiază să propunem şi elementul corectiv. Primul element îngreunator sunt condiţiile actuale financiare detestabile; scopul expunerei noastre este de a putea discerne mijloacele prin cari putem face începuturi solide şi a ne făuri speranţe de îndreptare în viitor, cu posibilităţi de aranjare cât mai favorabile odată cu trecerea situaţiei grele. Al doilea element îngreuietor este constituit de obiceiul detestabil ce există în ţara noastră, de a nu se plăti tratamentele. Educaţia rea făcută

înainte de războiu prin bogatele instituţii de binefacere spitalicească, a creiat mentalitatea nesănătoasă, ca îngrijirea medicală adică plata celui mai preţios bun — sănătatea —, nu trebueşte făcută. Această mentalitate este accentuată de faptul că tratamentul cu Radium este mai costisitor. Corectivele: coroborarea sforţărilor tuturor instituţiilor sanitare existente, (de stat, de asigurare particulare). Formarea acestui front comun pentru apărarea sănătăţei publice se imune nu numai pentru organizarea luptei anticanceroase ci constitue o absolută necesitate pentru potenţializarea organizaţiei noastre sanitare. Al 2-lea element corectiv ar fi anteproectul legii administrative, care conferă desăvârşită autonomie financiară comunelor, centralizând toate veniturile direct aferente. In aceste condiţiuni, primăriile vor putea îngriji mai eficace de acum înainte, de sănătatea locuitorilor, plătind chiar tratamentele costisitoare. Studiul morbidităţii cancerului în ţară la noi, arată că afecţiunile canceroase nu sunt aşa de răspândite ca în ţările industriale, deci lupta este uşurată din acest punct de vedere. Precizarea extinderei morbidităţii de Cancer la noi este extrem de dificilă; statisticile existente nu le pot lua ca bază, experienţa arătând că atunci, când statisticile nu sunt făcute şi coroborate într'un anumit scop ştiinţific, materialul existent e inutilizabil. Ne vom putea pronunţa în mod exact, numai atunci când, aşa după cum propunem, organizarea anticanceroasă va avea şi un serviciu special statistic. Până atunci ne servim de metoda deducţiilor. Statisticile comparative din Danemarka şi Anglia arată că mortalitatea prin cancer e mai mare acolo ca cea prin tuberculoză. La Strasbourg o statistică a lui Gunsett arată că mortalitatea prin cancer este egală cu cea prin tuberculoză. Neîndoios, la noi observaţiile zilnice nu arată această frequenţă a cancerului faţă t. b. c. Numărul mare de canceroşi în ţările streine este explicabil prin 2 cauze: una sigură şi alta probabilă. Cea sigură este industrializarea exagerată (industria culorilor, gaze, cărbuni, industria chimiacă, etc., elemente cancerogene prin iritarea pielei şi mucoaselor); cea probabilă este excesul de alimentaţie carnată. Ţinând seamă de aceste 2 elemente şi aplicându-le la noi, tendinţa de mărirea industrializării şi extinderea alimentaţiei carnate şi la sate, ne poate face să asistăm mai târziu la o mărire a morbidităţii canc. şi la noi.

Biblioteca Centrală Universitară Cluj

Dacă morbiditatea dela noi ar fi egală cu cea din străinătate, ţinând seamă de numărul populaţiei, de cazurile şi de centrele anticanceroase din Franţa, am avea nevoe de 8 centre; morbiditatea noastră redusă însă ar face necesară înfiinţarea numai a 5 centre. In mod principial propunem schimbarea titlului de anticanceros în acel de centru pentru combaterea tumorilor. Motivul ar fi de ordin psihologic; noţiunea curabilităţii cancerului nefiind de domeniu public, trimiterea bolnavilor în atari centre ar întâmpina dificultăţi şi din partea bolnavilor şi din partea medicilor.

In străinătate, şi în primul rând în America, lupta anticanceroasă se prezintă sub 2 forme: ştiinţifică şi curativă. Lupta ştiinţifică se ocupă cu cercetările cari ajută progresul în cancerologie;

înfiinţarea unui atare institut la noi, nu numai că necesită mari cheltueli de instalare, dar întâmpină lipsa de personal pregătit pentru cercetări. Cercetările în cancerologie se compun din studii de medicină experimentală, studii de histopatologie, de chimie biologică şi chimie fizicală. Pentru studiile experimentale avem neîndoios ce a produs buni anatomo-pathologi. In ceeace priveşte chimia şcoala bine formată a prof. Cantacuzino; deasemeni pentru chestiunea histo-patologică şcoala prof. Babeş, cu o excelenţă pregătire fizicală, chestiunea este mult mai dificilă. Achiziţiile recente făcute în cancerologie arată că progresele în radiumterapia cancerului se fac numai în legătură cu perfecţionarea studiului fizico-chimic al celulei canceroase.

Este indiscutabil că încă nu avem medici să cunoască chimia fizicală; lăsând ca progresele în cancerolagie să fie făcute în institutele speciale din străinătate, datoria noastră este să aplicăm datele câştigate acolo, aşteptând timpuri financiare mai propice. Este preferabil să ne limităm deci la înfiinţarea de centre curative cari sunt sunt şi mai eftin de realizat şi dau şi rezultate mai practice. E necesar să ţinem socoteală de următoarele principii diriguitoare pentru buna organizare a acestor centre: organizarea economică, utilizarea personalului existent şi înfăptuirea a 3 centre pe lângă centrele universitare, dându-le un caracter didactic. Organizarea economică se bazează pe utilizarea elementelor curative existente atât de material de tratament cât şi de laborator. Propunem utilizarea paturilor existente pe specialităţi, în clinicele în cari radiumterapia dă cele mai bune rezultate adică în cele chirurgicale, ginecologice, dermatologice şi terapeutice; examenele anatomo-pathologice se vor face pe lângă laboratoriul catedrelor respective. Din punctul de vedere al radioterapiei, comanda aparatelor Röntgen în contul despăgubirilor de răsboiu germane, comandă atât de mult discutată, a dat un neîndoios folos punând la dispoziţia ministerului un îndestulător număr de aparate pentru radioterapie profundă. Graţie prevederei prof. Negru, aceste aparate sunt înzestrate cu 2 posturi de radioterapie, aşa că poate deservi un număr relativ respectabil de bolnavi.

Din punct de vedere curativ nu avem decât lipsa radiului, lipsă care poate fi complectată cu sumă de 25.000.000 lei. Plata tratamentelor cade în sarcina instituţiilor de asigurare şi a primăriilor respective. Ţinând seamă că rezultatele curative în cancer sunt cu atât mai bine cu cât aplicarea tratamentului se face mai precoce, preconizăm înfiinţarea de cursuri de perfecţionare de cancerologie pentru medicii de spitale, chiar în sub centrele de luptă, acolo unde se vor depista cazurile incipiente. Al 3-lea principiu diriguitor este deci constituit din caracterul didactic pe care-l dăm acestor centre. In centrele universitare repartiţia radiului se va face de către elementele didactice speciale ale celor 3 centre; tot aceste elemente vor avea aci şi rolul de a supraveghea tratamente făcute. Caracterul didactic e izvorît din dorinţa ca aceste centre să servească drept element de instrucţie, pentru medicii cari cunoscând principiile de vindecare ale

cancerului, să dreneze bolnavii spre ele. De altă parte, am observat Din străinătate că centrele anticanceroase cu caracter didactic sunt mult mai prielnice progresului ştiinţific, decât institutele particulare unde există o atmosferă ce mi-aşi permite s'o numesc misticism ştiinţific, şi care implică un caracter monahal cu toate avantagiile şi mai ales desavantajiile inerente acestui caracter. (Vezi schema). Expunem mai jos principiile diriguitoare la fundarea unui institut modern. Nu importă să se ştie unde va fi creiat acest institut, rămâne însă bine stabilit că un atare centru fiind fie central sau mai ales la periferia ţărei, nu poate fi accesibil decât populaţiei regiunei respective, populaţia din regiuni mai îndepărtate rămânând neîngrijită. Din punct de vedere ştiinţific progresul hipotetic pe care un atare centru îl va aduce în cancerologie, nu va corespunde cheltuelilor foarte mari de fundaţie. Ţinând seamă de faptul că în numeroasele şi bine organizate institute din străinătate progresele ştiinţifice sunt relativ mici faţă de cheltuelile cari s'au făcut, e probabil că la noi aceste progrese vor fi şi mai mici şi nu vor corespunde nici pe departe sacrificiilor. Un elementar bun simţ împiedică orice ezitare întru acceptarea înfiinţărei a 5 centre anticanceroase cari ar costa 25.000.000 lei şi între înfiinţarea unui singur institut ce necesită 70.000.000 lei şi nu poate servi decât o mică parte din popopulaţiei ţărei. (Vezi schema). In lupta pentru apărarea sănătăţii publice, interesul general primează faţă de dorinţa firească a acelora cari vor să-şi lege numele şi activitatea de institutul ce-l vor funda pentru a-şi exercita neîndoioasele lor însuşiri de organizare şi de cercetări ştiinţifice. Am o doză mare de scepticism, când vă prezint spre aprobare aceste concluziuni; experienţa ne arată că propunerile făcute în congresul asociaţiei rămân cele mai adeseori fără răsunet şi fără imediată sau tardivă realizare, din cauză că cei însărcinaţi cu aceste realizări ignorează materialul ce oferim, fără a cere nici un subsidiu pentru studiile pe cari le facem în interesul sănătăţei obşteşti. Imi permit să aduc în sprijinul acestor afirmaţiuni următorul exemplu istoric. Congresul asociaţiei din Maiu 1916, a tratat profilaxia boalelor infecţioase în războiul ce-l aşteptam şi-l doream cu toţii; cel ce vă comunică, chestiunea de astăzi, a primit însărcinarea să facă un raport asupra profilaxiei febrei recurente şi tifosului exantematic. Deşi nu eram specialist în boli infecţioase, pe baza experienţei câştigate în Polonia şi Serbia, am propus măsuri ce au fost aprobate de congres şi înaintate autorităţii respective. Prin aceste propuneri, am cerut între altele, că ţinându-se seamă de mortalitatea ridicată a medicilor cari au depăşit 40 ani (90%), aceşti medici să nu fie întrebuinţaţi în combaterea tifosului exantematic, care rămânea astfel numai în sarcina medicilor tineri. In al II-lea rând am arătat tot prin ajutorul experienţei, că mijloacele de îndepărtare a paraziţilor (petrol, camfor, naftalină), întrebuinţate constituiau o armă iluzorie de profilaxie. Am demonstrat că numai achiziţionarea de pânză cauciucată pentru confecţionarea de costume complect închise, îngădue o profilaxie eficace, care pune pe medic în complectă apă-

rare chiar în mediile cele mai parazitare. Acest raport a fost complect trecut cu vederea, împărţirea stofei cauciucate făcându-se totuşi, abia în Iulie 1917 — după ce muriseră 280 de medici şi epidemia era aproape stinsă. După cum atunci mi-am făcut datoria de colaborare benevol al autorităţilor, ne facem datoria şi acum, independent dacă vom fi ascultaţi sau nu.

COMUNICĂRI:

I

Malaria şi terapeutica ei intravenoasa

de *Medic general C. Popovici* şi *Dr. Nerva C. Popovici.*

(Recensată în corpul revistei)

II

Valoarea terapeutică a malariei în tratamentul boalelor mintale şi nervoase

Dr. Petre Tomescu.

III

Organizarea luptei contra cancerului în România.

Dr. G. Severeanu şi *Dr. Marius Georgescu.*

Faţă de problema pusă la acest congres acea a cancerului, care a fost prezentată de distinsul nostru coleg internist Dr. P. Niculescu, ne permitem, ca unii cari ne-am ocupat în aceşti 10 ani din urmă atât de tratamentul cancerului cât şi de organizarea unui centru spitalicesc, acela al serviciului de radiologie şi cancer din spitalul Colţea, ne permite-mi a prezenta chestiunea combaterei cancerului, nu sub aspectul unor consideraţiuni generale pe cari eminentul raportor ni le-a adus, ci sub formea reală a stadiului în care se află această importantă problemă socială la noi în ţară.

Biblioteca Centrală Universitară Cluj / Central University Library Cluj

In primul rând este de datoria noastră a reaminti că iniţiativa unei organizări contra cancerului o găsim la soc. de Obstetrică Urologie şi Gynecologie care sub preşedinţia prof. Dr. Gheorghiu, în toamna anului 1922, luând în discuţie chestiunea centrelor cancerigene din ţară expusă de Dr. G. Severeanu, precum şi propunerea regretatului nostru coleg Dr. Carnabel, aceea de a se organiza o ligă pentru combaterea cancerului, ne însărcinează pe noi a studia această chestiune. In Martie 1923, se prezintă în faţa aceleaşi societăţi, raportul nostru asupra chipului în care înţelegem a se duce lupta contra cancerului în România, raport ce a fost publicat în revista de Obstetrică, Ginecologie şi Puericultură din Martie 1923.

Acest raport deşi datează de 6 ani, totuşi oglindeşte perfect cerinţele ştiinţifce şi sociale a problemei care în ceeace ne priveşte, rămânem de aceiaşi părere expusă atunci, şi anume că pentru a lupta cu succes contra propagării cancerului la noi indispensabil în primul rând de a avea o colaborare indisolubilă a întregului corp medical din ţară. Graţie acestei colaborări vom avea posibilitatea ca prin diagnosticul maladiei în stadiul ei local, să putem face ca pacienţii să beneficieze de nouile tratamente.

SCHEMA PENTRU ORGANIZAREA LUPTEI CONTRA TUMORILOR

ORGANIZAREA CENTRALĂ

Comisia consultativă pentru conducerea luptei anticanceroase.
Profesorul de Radiologie dela Cluj.
Conferenţiarii de Radiologie dela Bucureşti, Iaşi, Cluj, Profesorii de clinică chirurgicală.
terapeutică, dermatologică şi ginecologică dela cele 3 Facultăţi din Ţară, Secretarul general al Ministerului Sănătăţei Publice.
Directorul serviciului Sanitar.

Serviciul de diriguire al tratamentului tumorilor

Serviciul de legătură
Dintre instituţiile de ospitalizare şi cele cari plătesc îngrijirea bolnavilor;
Casa Asigurărilor Muncitoreşti «I. O. V.»
Primăriile cu desăvârşită autonomie financiară dupe ante-proectul legii administrative.

Serviciul static

CENTRE PENTRU TRATAMENTUL TUMORILOR

Centre Universitare Bucureşti-Iaşi-Cluj

- Ospitalizarea Clinicilor chirurgicale, terapeutice, dermatologice şi obsterico-ginecologică
- Examenul tumorilor Institutele Universitare anatomopatologie
- Röntgenterapie profundă. Aparatele existente aproape în toate clinicile
- Radium între 800. M M G şi 1 gr. = 4 — 5 milioane de fiecare 15.000.000

Temisoara-Chişinău

- Ospitalizarea spitalelor centrale
- Examenul tumorilor Laborat. Ministru Sănăt. Pub.
- Röntgenterapie se poate repartiţă aparate din stoc existent
- Radium 800 M M G R 1 gr. Total 10.000.000

Supravegherea împărţirii radiului şi tratamentelor făcute

Cluj. prof. de radiologie, Bucureşti, Iaşi Conferenţiarul de Radiologie Radiolog şi radiolog specialist

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUBCENTRE

Medicii de spitale judeţene

Diagnosticul precoce al cancerului
Înfiinţarea de cursuri speciale
Remanierea şi desvoltarea Invăţământului Radiologic

Supravegherea cazurilor tratate pentru constatarea precoce a recidivelor
Cost aproximativ 25.000 000, Procurarea radiului. Restul constituind interval existent

Schemă pentru organizarea modernă a unui institut pentru combaterea tumorilor

Combinată după organizaţia centrelor din Louwain (Prof. Maisin). Villejuif (Prof. Roussy) şi institutul de Radium dn Prof. Regaud).

- Secţie clinică
  - Policlinică
  - Ospitalizare 8—100 bolnavi Secţie chirurgicală Tratament combinat Radium-chirurgical
- Secţie laborator
  - chimie biologică
  - chimie fizicală
  - Anatomopatologie
- Secţie diagnostic 2 posturi
- Secţie experimentală
- Secţie curativă
  - Radioterapie profundă — 3—4 posturi
  - Radiumterapie 2—3 gr. Ra.

Cost: aproximativ 70.000.000 lei

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In al doilea rând credem că este absolut indispensabil o educaţie a massei publicului căruia să-i arătăm prin publicaţii populare şi practice, caracterele principale ale primelor manifestaţiuni interne ale boalei.

Asupra acestor două puncte cred că intervenţia noastră ca corp constituit în acest congres poate să fie încoronată de succes şi ne permitem a face propunerea ca iubitul nostru preşedinte, prof. N. Gheorghiu, care îl găsim dela început în fruntea primelor mişcări de organizare, să-l rugăm să primească sarcina ca în unire cu un grup de specialişti să păşească la înfăptuirea operei sociale a acestui flagel.

Dar în afara chestiunei de educaţie a masselor şi de cooperaţie a corpului medical pentru depistarea cancerului incipient, daţi-ne voia să prezentăm şi problema înfiinţării centrelor de tratare a cancerului şi în fine acela al loberatoarelor de studiu asupra etiologiei şi terapeuticei neoplasmelor.

Asupra înfiinţării de centre de tratament, nu împărtăşim pesimismul raportorului, atunci când declară că în România nu există încă un cetru bine organizat cu paturi de ospitalizare suficientă şi cu material necesar spre a se putea face faţă nevoilor destul de mari ce se simt în ţară.

In urma sforţărilor făcute de unul din noi, Eforia spitalelor civile a creat în conf. cu legea sanitară din 1926, două servicii de Radiologie şi cancer pe lângă spitalele sale, din care pe cel dela spitalul Colţea, pus sub direcţiunea medicului primar Dr. G. Severeanu l-a dotat şi cu o cantitate de 300 miligrame Ra-El. Acest serviciu are actualmente un număr de 12 paturi, care număr se poate ridica până la 20 paturi având localul suficient. Iată dar domnilor colegi, înfăptuit un centru. Un al doilea centru de tratarea cancerului îl găsim la o secţie alăturată serviciului de Urologie al prof. A. Jianu dela spitalul Colţea, secţie care posedă în special, instalaţiuni puternice de Radioterapie profundă, cât şi o cantitate de Radium suficientă pentru tratarea cancerului local. Şi dacă urmăm cu investigaţiile noastre găsim că Clujul, Cernăuţi, Braşov, Sibiu, reprezintă şi ele centre de tratarea fisioterapică a neoplasmelor.

In acelaş timp nu trebue să pierdem din vedere că actualmente prin dotarea celor mai importante centre spitaliceşti din ţară cu nouile instalaţiuni de Radioterapie profundă, pe care ministerul Sănătăţii Publice le-a primit, vom putea mări numărul nucleelor de tratarea cancerului prin radium şi razele X atât ca adjutant al intervenţiilor chirurgicale, cât şi ca metodă de căpetenie. Avem credinţă că pe drumul pe care îl vedem că se îndreaptă problema, vom putea în scurt timp a asista şi la roade foarte satisfăcătoare.

Dar mai găsim în raportul Dr. Niculescu P., şi chestiunea cantităţilor mari de Radium ca singurele eficace în terapeutica cancerului. Asupra acestei chestiuni daţi-ne voe să fim de o părere cu totul contrarie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dacă trecem într'o scurtă revistă metodele de aplicare a Radiului, găsim trei mari etape deosebite. Radiul apare la început prin metoda lui. Dominici, acea a introducerii în centrul ţesutului sau organul atins, a unui tub ce conţine 50-100 Ra-El, metodă bună care a rămas şi astăzi în practica cancerului colului şi a corpului uterin. O a 2-a metodă este a Radiumpuncturei, preconizată de Americani, aplicată în 1919 în Franţa de prof. Regaud şi tot atunci de Dr. Severeanu la noi, metodă care are nevoie de cantităţi minime de Radium ce nu trece de 50 miligrame Ra-El, pentru un bolnav. Această metodă care corespunde perfect atât la modul de producere şi de desvoltare a tumoarei, cât şi caracterelor anatomo-patologice, a dat şi dă cele mai bune rezultate atunci când se aplică la un proces localizat în care avem posibilitatea de a se face un baraj radium activ de distrugere tuturor elementelor neoplastice.

In fine a 3-a metodă zisă a Oterapiei (gama) profunde la distanţa preconizată de Regaud în 1926 şi mai 'nainte de Americani, ea necesită cantităţi foarte mari de Radium de 4 şi 5 grame.

S'a crezut şi şcoala lui Regaud a fost aceea care a susţinut acum doi ani, că singurul tratament raţional al cancerului ar fi numai această din urmă metodă. Că unii cari au utilizat-o personal, am studiat-o în amănunte în toate centrele mari din Franţa şi Belgia, ne-am făcut imediat convingerea că Oterapia la distanţa departe de a reprezenta o metodă superioară Radiumpuncturei, este dăunătoare bolnavilor prin ravagiile mari ce le produce organismului. Şi aceasta este aşa de adevărat încât am asistat cum la ultimul congres internaţional de Radiologie din Stockolm, în Iulie 1928, prof. Regaud, însuşi promotorul metodei vine să arate ineficacitatea Oterapiei la distanţă.

Concluzia pe care o putem trage din aceste consideraţiuni, apare evidentă:

Pentru tratarea cancerului în sensul de a obţine o vindecare persistenţă a leziunei, este necesar a aplica metoda Radiumpuncturei sau a tubului lui. Dominici la cazurile incipiente, atunci când leziunea externă este perfect accesibilă unei tradiţiuni omogene şi când celulele neoplastice nu au depăşit stadiul local. Căci atunci când au cotropit regiunile învecinate, luând caracterele unei invadări regionale sau s'a propagat la distanţe mai mari generalizându-se, în aceste cazuri tratamentul fie radiant, fie chirurgical ese din cadrul unei vindecări de lungă durată şi ori care ar fi centrul anti-canceros care ar întreprinde un tratament, ori cât de complect ar fi utilizat cu radium sau Radioterapie profundă, acel centru nu va putea obţine decât cel mult aceleaşi rezultate pe cari le obţinem noi în centrele noastre.

Astfel pusă problema, credem că în afara unui centru de studiu de laborator al Etiologiei şi Patogeniei neoplasmelor cari nu intră în cadrul nostru, aceea ce trebue să reiasă din discuţiile acestui congres, este:

In primul rând cooperarea tuturor factorilor capabili să dea la iveală cazurile de cancer în prima lor fază.

In al doilea rând, dotarea centrelor mari spitaliceşti din ţară, cu cantităţi relativ mici de Radium circa 200 miligrame Ra-El, de staţiune.

In fine chestiunea internărei cazurilor aşa de numeroase de cancere inoperabile, cazuri pe cari astăzi spitalele noastre nu le pot primi căci es din cadrul lor de activitate. Aceste centre mari de ospitalizare ar putea deveni la rândul lor centre de studiu a problemei încă nerezolvate, aceea a Etiologiei şi a Patogeniei neoplasmelor maligne.

Şi în fine astăzi în acest congres, să desăvârşim desideratele expuse atât în raportul Dr. P. Niculescu cât şi în comunicarea şi să păşim în unire cu toate corpurile medicale constituite cari contribuesc la tratarea cancerului, ca de ex.: soc. de Radiologie şi Elec. medicală din România, soc. de Obstetrică, soc. de Anatomie, etc., cari toate puse sub preşedenţia d-lui prof. N. Gheorghiu, să păşim la înfăptuirea *Ligei Naţionale pentru combaterea cancerului în România,* contribuind astfel la îngrădirea ravagiilor pe care acest flagel îl produce în ţară.

Moţiune.

Asociaţia generală a Medicilor întrunită în al II-lea Congres ştiinţific la Galaţi, luând cunoştinţă de expunerea făcută de d. Doctor P. Niculescu, cât şi de d-nii d-ri G. Severeanu şi Marius Georgescu, cu privire la organizarea luptei contra propagării cancerului în România, în dorinţa ce o are de a întruni laolaltă toate forţele medicale din ţară, propune alcătuirea Ligei Naţionale pentru combaterea cancerului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In acest scop Congresul votează înfiinţarea Ligei Naţionale pentru combaterea Cancerului şi alege o comisiune compusă din d. profesor dr. N. Gheorghiu, conferenţiar dr. Severeanu, dr. Petre Vişoianu, dr. Petre Niculescu şi dr. Marius Georgescu, comisiune care va avea rolul de a organiza această ligă.

IV

Rolul braţelor superioare ale X-ului aerodigestiv în patologia umană

Dr. David-Galatz.

Canalul respirator şi tubul digestiv se întretaie deasupra laringelui, astfel încât canalul digestiv, din anterior devine posterior, descriind astfel un X.

In comunicarea noastră de astăzi vom insista asupra rolului braţelor superioare ale acestui X.

Zona anatomică despre care voim să vorbim are în pathologie un rol din punctul de vedere psihic, neurovegetativ şi somatic.

A. *Din punctul de vedere psihic:*

Capetele braţelor X-lui nostru îl constituesc nasul şi gura. Ambele aceste organe, formând centrul feţei omeneşti, au o importanţă

considerabilă în estetică; în special nasul, are în ansamblul feţei o situaţiune estetică sui generis. Este banal să repetăm dictonul cunoscut că, dacă nasul Cleopatrei ar fi fost altfel decât a fost cine ştie ce ar fi devenit împărăţia romană şi civilizaţia europeană.

Şi, nu degeaba, Rostand în celebrul său personaj, Cyrano de Bergerac, ne arată, de câtă dreptate era incuriat sufletul eroului său, graţie nasului. Da, domnilor, nasul este o carte de vizită care te introduce şi te duce în lume. Din punctul nostru, otorinolaringologist, chestiunea chirurgiei nazale, văzut sub latura lui estetică are o importanţă considerabilă, căci, a face un nas mai frumos nu înseamnă a asculta numai bunul capriciu a unei persoane. Un nas ridicol crează o situaţiune imposibilă purtătorului său şi exercită o depresiune sufletească puternică de care trebue să ţinem seamă. In chirurgia estetică a nasului, când suntem chemaţi să facem un nas mai frumos, înseamnă a face un obraz mai puţin ridicol, şi riscând chiar aprecierile unui tribunal ca în cazul lui Duiarier, suntem datori a asculta de nevoile bolnavului nostru, şi nu de ameninţările judecătorului.

In practica noastră, bolnavul care ne-a arătat vreodată cea mai mare recunoştinţă, este o fată, căreia i-am făcut un nas mai frumos. Şi să nu ne batem joc de o femee care vrea un nas mai frumos, căci şi noi vroim femeile mai frumoase şi cu atâta mai mult cu cât un nas urât o face cu totul disgraţioasă.

Nu este permis să vedem, cum ni s'a întâmplat în inspecţiile noastre şcolare, elevi în cl. IV-a primară, cu buză de epure. Nu este permis să lăsăm dat batjocurii şi râsului colegilor un defect care se îndreaptă cu atâta uşurinţă.

Dar rhinolalia aperta sau clasa câtă desvoltare la omul care o au! Ne-a fost dat să asistăm la o scenă din cele mai mişcătoare, datorită unei rhinolalii apertă, prin paralizia difterică. Sunt câţiva ani, când defunctul doctor Vizzu, ne-a trimes o preoteasă care era însoţită de bărbatul ei, dânsa suferind de câtva timp de o voce nazonată. Când am spus părintelui că vor fi necesare injecţiuni (seruri antidifteric) pentru a o vindeca, preotul fu cuprins de o furie de nestăpânit: — „Da, domnule doctor, ştiu eu acum, am presupus eu".

In acest moment lacrămi amare scăldau faţa preotesei. — Preotul în neştiinţa lui credea că e vorba de injecţiuni mercuriale, şi când, în urma explicaţiunilor mele l-am putut linişti, atunci biata femee căzu jos şi îmi săruta picioarele. Vedeţi în ce abis de durere poate să ne ducă câteodată un defect al vorbei.

Dar, în sală sunt atâţia medici dentişti! ei ar putea să ne spună la ce sacrificii se expun femeile pentru a putea avea o proteză cum se cade, şi nu o proteză utilă masticaţiunei, ci însă, utilă esteticei.

Câte persoane, câte femei, nu stau în casă zile întregi pentru că nu au proteza necesară.

Dar *ozena* şi *foetor ese ore* câte neplăceri şi câte depresiuni morale nu provoacă purtătorilor lor!

Inainte de a termina acest grup de fapte, mă voiu opri puţin

şi asupra surdităţii. Să nu uităm că trompele lui Eustachiu care se deschid în confluentul funcţional vital a lui Robin, şi care, de fapt nu este de cât o parte a zonei noastre anatomice, trompele lui Eustachiu zic, joacă un rol considerabil în buna funcţionare a urechei, şi cele mai multe surdităţi sunt produse din cauza infecţiunilor aduse pe aceste căi. Aşa, încât astăzi pot vorbi şi de surditate ca de un element de deprimare psihică.

Dacă în estetica feţei, nasul şi gura au un rol covârşitor, în relaţiunile noastre de toate zilele, ceeace face pe om să fie om între oameni este graiul, şi când surditatea ne lipseşte de mijlocul de a ne înţelege prin graiu, desigur că bolnavul atins de o asemenea afecţiune suferă îngrozitor. Cine dintre otologişti nu cunoaşte tristeţa fără margini a femeilor tinere bolnave de otoscleroză.

In rezumat omul suportă mai uşor o maladie organică pe care o poate ascunde decât una pe care vecinul o pecetlueşte imediat.

B. *Din punctul de vedere neuro-vegetativ.*

In regiunea care ne preocupă, terminaţiunile trigemenului se împletesc strâns cu acele ale simpaticului şi creează o zonă de sensibilitate ascuţită şi de reflectivitate, cum poate în nici o altă regiune a corpului nostru nu există. Faptul că ganglionul sphenopalatin e foarte aproape mucoasa nazală, are desigur importanţa lui bine mascată în jocul reacţiunei neuro-vegetative al acestei regiuni. Din zona aceasta pleacă diferite excitaţiuni care se proectează ca răspunsuri reflexe în punctele cele mai variate ale organismului nostru. Vom începe cu:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

a) *Algiile* nevralgiile trigemenului care sunt uneori atât de rebele chiar tratamentului chirurgical pot fi influenţate, după Fletcher, printr'un tratament dentar; el susţine că 12 din 13 nevralgii ale trigemenului le-a vindecat tratând cariile dentare ale bolnavilor lui. Câte cefalee bizare, fugitive, neregulate, nu sunt datorite decât unor congestii a sinusurilor *ex vacuo!*

b) *Aparatul genito-urinar* plăteşte în manifestaţiunile sale neuro-vegetative, un bun tribut zonei anatomice de care vorbim. Multe dysmenoree şi foarte multe enuresis noctrune sunt datorite vegetaţiilor adenoide. In experienţa noastră am căzut pe frigidităţi şi impotenţe, datorite congestiunilor cornetului inferior.

De altfel este cunoscută centro-terapia lui Bonnier pentru ca să nu mai insistăm asupra acestui punct.

c) *Aparatul vascular.* Jocul de închidere şi deschidere a nasului prin congestiile capricioase ale cornetelor şi mucoaselor nazale în genere, produce la multe persoane surprize ale cordului care se manifestă la unele prin palpitaţiuni şi la altele prin bradicardie. Am putut vindeca câte odată prin cauterizarea cornetului inferior roşirile inopinante şi aşa de dezolante ale nasului şi al obrazului la multe persoane tinere. De altfel, jocul de basculă ale hemoragiilor cerebrale cu acele ale epistaxiselor sunt de mult cunoscute.

d) *Aparatul respirator.* Mucoasa nazală este punctul de plecare al unei excitaţiuni constante şi necesare, pentru ca jocul armonios al

întregului aparat respirator să se menţie. Orice deficit, orice excitant anormal se resimte într'un mod particular asupra aparatului respirator. E de prisos ca să amintim de asthmele nazale, declanşate printr'o spină a septului nazal; dar întreaga funcţiune de oxigenare a sângelui se resimte nu numai de o obstrucţiune mecanică a foselor nazale, ci de însuşi starea de excitabilitate a acestei mucoase. Şi dacă Worms a putut spune că „la liberté du nez est une des plus précieuses parmi toutes les libertés", noi putem parfraza şi să spunem că starea normală a mucoasei nazale este una din normalităţile cele mai preţioase, căci von Rivers arată că respiraţiunea bucală este de două ori mai frecventă la tuberculoşi decât la oameni normali. Şi nu arareori am putut noi vindeca aşa zise tuse tracheale prin punerea în regulă a lojelor amigdaliene. De altfel diferite dyslasii găsesc spina lor de plecare în fosele nazale, zice Karutz.

e) *Aparatul digestiv.* — Se cunoaşte influenţa tachifagiei asupra turburărilor gastrice. Guisez a arătat că foarte dese spasme ale cardiei sunt datorite excitaţiunei anormale provocate printr'un bol alimentar prea mare, şi Kofler susţine că vindecă dese pyrosisuri prin tratamentul amigdalian. E poate interesant să atragem atenţia asupra terapiei perlinguale a lui Much, pentru a arăta influenţa excitaţiunei linguale asupra jocului curios a asimilaţiei.

Personal am putut face să dispară deseori constipaţiuni opiniatre la copii, prin operaţiuni tonsilare.

C. *Turburări somatice:*

Părţile superioare ale traectului aero-digestiv au influenţă mare, de *ordin infecţios* şi de *ordin endocrinic* şi câte odată de amândouă la un loc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

a) *De ordin infecţios.* Nu vom vorbi nici de infecţiunile otice sau a sinusitelor, în complexul lor. Vom aminti numai de importanţa otitelor la suagci asupra cărora Rendu a atras atenţiunea şi cărora marele public medical nu pare să le dea toată atenţiunea ce merită. Iar în ceeace priveşte sinusitele, voim numai să amintim că turburările tubului digestiv, consecutive sinusitelor etmoidale şi maxilare, precum şi infecţiunile căilor biliare, nu sunt adeseori recunoscute ca având origina lor în aceste infecţiuni. Iar în ceeace priveşte tonsilitele cronice, şi subcronice, precum şi pericolul cariilor dentare, desigur că ori cât s'ar atrage atenţia asupra lor vom fi sub realitatea gravităţii ce prezintă. Canalurile criptelor tonsilare sunt depozite de microbi, sunt distilerile de toxine şi sunt punctul de plecare de alergii şi de anafilaxii periculoase. Hopmann le numeşte „filtrul îmbâcsit".

In fundul acestor cripte, microbul saprofit poate trece, graţie unei variaţiuni mici a mediului său dela o virulenţă nulă la una foarte periculoasă (Rosenow).

La copii: hypertrofiile tonsilare nu sunt vătămătoare numai prin turburările lor mecanice, ci ele prepară punctul de plecare pentru boli infecţioase, scarlatină, etc... Toeplitz şi Grant au arătat

că institutele unde elevele au fost supuse unui tratament rhinologic sunt mult mai puţin vizitate de scarlatină.

Lomariev arată că scarlatina este mai periculoasă în complicaţiunile ei la purtătorii de vegetaţii adenoide. Adenitele tracheobrochice, adenitele cervicale, au deseori punctul lor de plecare într'o vegetaţie adenoidă infectată. (Rossum, Marceli, Blumenfeld), iar Rendu a descris senticemii acute adenoidiene.

In ultimul timp pediatri mai cu seamă, au atras atenţiunea asupra temperaturilor mici şi tenace asupra aşa zisei febricule, la copii. Din parte-ne în urma unor serii de cazuri urmărite cu diferiţi confraţi, putem afirma că mulţi din aceşti copii cu temperaturi mici, cu o stare generală proastă, şi cărora nu li se găseşte o explicaţiune netă, datoresc starea lor în cazurile cele mai frecvente unor infecţiuni tonsilo-adenoidiene: cu alte cuvinte, sunt septicenii cronice, latente.

La adulţi: Haman-Lieb (St. Louis) susţine că orice nefrită zisă idiopathică, este de origină tonsilară Glagys-Roy, susţine că luându-se global, nefritele au ca origină 50 la sută o infecţie tonsilară, iar Kosokobe (Japonia) susţină că 72 la sută din angine dau albumine. Iar noi, compilând statistica lui Ries, Gerhard, Kiefer, Faerber, şi Tbram, ajungem la concluzia că nefritele tensilare sunt 28 la sută. Intr'o epidemie din 1913, la 57 tonsilite noi am găsit 40 cu albumină.

Se cunoaşte noţiunea clasică a anginei reumatismale, se ştie ce importanţă dădeau cei vechi acestei noţiuni. In timpurile moderne Glaser, injectând unui epure streptococul luat dela o angină reumatismală, obţine exudate periarticulare, iar Menzer cu un streptococ luat dela o tonsilă normală obţine prin injecţiuni intravenoase la animale, hyperemia tuturor sinovialelor. Statisticele americane susţine vindecarea a 69 la sută din reumatisme articulare prin tonsilectonii.

După noi, orice angină este un rheuma. Ar fi să înşirăm serii întregi de cazuri, unde, aproape ca într'o experienţă de laborator, am putut urmări, grefându-se treptat pe o infecţie tonsilară, un reumatism, endocardită şi nefrită şi unde uneori o intervenţie făcută încă la timp, a putut salva bolnavul. De altfel se cunoaşte tristul episod de endocardită lentă tonsilară, şi Lenharz a arătat că în septicemiile tonsilare, o ligatură a jigularii ca şi în septicemiile otice mai poate fi câte odată de folos.

b) *De ordin endocrinie.* Nu susţinem că tonsinele sunt organe cu secreţiune internă, dar tensila faringee prin situaţiunea ei anatomică are legături vasculare strânse cu hypofiza, după cum a arătat şcoala italiană, şi ast-fel avem explicaţiunea faptului că la rachiticii se găseşte un număr aşa de mare de purtători de vegetaţiuni adenoide, şi cunoscându-se relaţiunile ce există între hypofiză şi celelate glande endocrine să nu se surprindă faptul că unele cazuri de Basedov îşi au origina lor în criptele tensilare. Iar aprosexia a lui Guy de Amsterdam e desigur nu datorită unei turburări de simplă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

anoxemie. M. Selsmidt susţine că a văzut multe idioţii infantile foarte amelioarte printr'o adenotomie, iar Hofmann din München, în al său celebru Hans Guck, ne sculptează pe un adeusidian. Fischer din Cincinnati susţine că foarte mulţi oameni care nu sunt bolnavi, dar care nu sunt sănătoşi şi care constituesc grosul clientelei de toate zilele ale cabinetului nostru de consultaţii, sunt purtători de focare mici de infecţii tonsilare şi dentare, iar noi adăogăm că această morbiditate cronică, şi latentă este datorită nu numai unei septicemii cronice, ci unei atingeri al întregului aparat endocrinic, şi senilitatea precoce este datorită acestui concubinaj, căci gutta cavat lapidem, non vi; sed semper cadendum şi Domnilor, pentru că suntem la un congres a Asociaţiei Generale a Medicilor, unde?

V

Maladii osoase de etiologie necunoscută, bazate probabil pe embolii mycotice şi demonstraţii de cazuri patologice rare.

Dr. Popp-Galaţi.

VI

Corp străin în vezică.

Dr. George Teodorescu-Galaţi.

VII

Asupra Hysterectomiei perineale „Procedeul Cuneo" în cancerul colului uterin.

Dr. G. Teodorescu-Galaţi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

VIII

Lacul-Sărat.

Dr. Naumescu.

Numeroase alte lucrări de analiza apei au confirmat calitatea ei. După unele studii apele lacului ar veni din regiunea saliferă, dela Nord prin diferite crăpături ale rocilor şi se probează aceasta prin faptul că toate puţurile săpate la Nord de lac sunt sărate, iar cele săpate la sud sunt dulci.

Alţii, printre care şi Mrazec Murgoci nu admit posibilitatea alimentării lacului sărat din zăcăminte de sare, pentru că sulfaţii ce sunt în cantitate mare în lacurile sărate se micşorează apropiindu-se de masivul salin, iar pe de altă parte lacurile sărate sunt prea departe (30—130 km.) de zăcămintele saline. Aceste lacuri ar fi datorite unor situaţiuni locale, mai ales că în diverse regiuni în jur se găsesc la adâncimi variabile diverse ape sărate sau amare, ar fi deci o regiune similară lacurilor de stepă.

Trebue să fi existat o mare cantitate de lacuri sărate care au secat şi acum apele subterane în drumul lor se încarcă cu săruri din lacurile vechi.

Analiza chimică a apelor lacului sărat făcute de Carnot (Paris, şcoala de mine), arată la 1 litru apă: Clorur de Na 26.600.

Sulfat de Na 24.400, sulfat de Magnesie 6,225, Bicarbonat de Na

0,461, Peroxid de fer 0,010, Silice 0,020. D-rul Bernard le clasează sulfoclorurosodice iodurate, salifere.

Nomolul lacului sărat spre deosebire de altele din țară și Europa este cel mai mineralizat, având o grosime 25—40 cm.

Principiile minerale după Dr. Bernard sunt: acid formilic, glutenic, oloic, clorofilă, refoscina, acid propilic, buteric, sulfat de Na, K, Protoxid de fer, fosfat de aluminium, sulfat de mag. sulf. liber, hidrogen sulferat, etc.

Fauna și flora lacului, ca și la toate lacurile prea sărate e săracă. Un crustacen roșiatic „astemia sabina" se găsește în așa mare cantitate că dă lacului o culoare roșiatică. De asemenea în cantitate mare se găsește un protozoar flagelat Clamydomonos Dunali care servă ca hrană Artemiei Sabina.

Plantele care produc nomolul, sunt *rupia rostelata*, de culoare verde, formate din fire capilare lungi *spirogiva* elongătura și o salare terius.

Ca statistici: Dr. Bastaki (1893—1902).

Tuberculoza chirurgicală — 1485. Reumatism (toate formele) 1311. Boli de femei 633. Sechele după tabes 224. Sciateca, nervite, polinervite 232. Dernitoase 200.

Statistica Dr. Naumescu (pe 20 ani): Boli de femei 10.120. Reumatism sub toate formele 6.200. Tuberculoză osoasă și ganglioară 3.758. Sciatica 1.460 afecțiuni chirurgicale (fracțiuni neconsolidate). Fistule 114. Rachitism 3.4. Boale de ochi 111. Dermatoze 118.

(dupe Bul. Asoc. G-le a Medicilor No. 5—9 1929).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

AL 8-lea CONGRES ANUAL
AL
SOC. DE HIDROLOGIE ȘI CLIMATOLOGIE MEDICALĂ
26 Mai 1929

(Urmare)

Comunicările științifice:

Prof. A. THEOHARI, C. DANIȚA și O. CARPEN: *Acțiunea apelor minerale calcaroase asupra calciului sanguin.*

D-l Inginer TR. METIANU, face următoarea comunicare:

Despre isvoarele minerale ale României; studiu technic și econoimc pentru exploatarea lor rațională.

D-l Conf. Dr. BALTACEANU: *Acțiunea apei isvorului Repat asupra secreției biliare.*

Dintr'o serie de experiențe făcute pe animale cu fistulă biliară permanentă a constatat că apa acestui izvor mărește secreția biliară, mărindu-i densitatea fără a schimbă rezidiul sec. Are o acțiune generală asupra alcalinelor.

Acțiunea zimostenică a câtor-va ape minerale.

Apele minerale Slănic No. 3, Repat, Hebe, Bicsad, Maria, Bodoc, au o acțiune inhibitoare în ordine crescândă asupra diastazelor salivare și nu sunt indicate ca ape de masă.

D-l Dr. GHEORGHIAN POPESCU: *Acțiunea apei de Borsee, isvorul principal asupra:* 1) *Metabolismului bazal;* 2) *Rezervei alcaline, colesterinei și acidului uric.*

Apa de Borsek mărește metabolismul bazal, normalizează rezerva alcalină, micșurează colesterina și acidul uric din sânge.

Acțiunea apei Sângiorgiul Român isvorul Hebe asupra secreției gastrice.

Din experiențele făcute la câine cărora li s'a făcut pe stomac fistula Pavlov, reese că aceste ape au o acțiune inhibitoare asupra secreției gastrice.

Dr. D. BAIȘOIU și Dr. MARIA CICULESCU: *Puterea anagotoxică a apei de Căciulata asupra sulfatului de sparteină.*

Au reprodus experiențele lui Billard făcând injecții la cobai cu sulfat de sparteină și apă de Căciulata, spre a studia puterea antitoxică (angotoxică) a acesteia asupra sulfatului de sparteină care injectat în doze de 10 miligrame p. 100 gr. la cobai, îl omoară într'o oră. Injectat sub-cutanat cu apă de Căciulata proaspătă (4—22) zile, aceasta are o acțiune anagotoxică asupra sulfatului de sparteină.

D-na Dr. HAGI-PARASCHIV: 1) *Analisa chimică a isvorului Carpatia;* 2) *Analisa chimică a isvorului Repat.*

CJCU Iași / Central University Library Cluj

Dr. E. COCIAȘU: 1) *Acțiunea apei de Sinaia, izvorul din „Valea Câinelui" asupra secreției gastrice.* (Studiu clinic).

Această apă slab sulfuroasă ce conține bicarbonat de calciu, sulfat de sodiu și bicarbonat de magneziu are o acțiune excitosecretorie asupra secreției gastrice, mărin H. și A.

2) *Acțiunea apei minerale de Repat asupra secreției gastrice* (studiu experimental), care e o apă minerală carbogazoasă are o acțiune excitosecretorie, acțiune datorită co_2.

3) *Acțiunea apei minerale de Repat asupra secreției gastrice* (studiu clinic). La om această apă are o acțiune excitantă, mărind durata secreției și cifra acidităților.

4) *Acțiunea apei Bicsad, izvorul Clara asupra secreției gastrice* (St. experimental). La animale a constat o mărire a secreției gastrice.

5) *Acțiunea apei Bicsad, izvorul Clara asupra secreției gastrice* (studiu clinic). La om această apă prelungește durata secreției gastrice.

Dr. COCIAȘU, D-ra HARALAMB și C. ZISSU:

6) *Acțiunea apei minerale Maria din V. Maria asupra secreției gastrice* (studiu clinic).

Această apă alcalină mărește secreția gastrică, crescând valorile atât pentru H. cât și A.

Dr. COCIAŞU şi Dr. GHIMUŞ:

7) *Acţiunea apei minerale Maria din V. Maria asupra motilităţii gastro-intestinale* (studiu radiologic şi clinic).

Transitul unui prânz de citobariu este mai rapid sub influenţa apei minerale V. Maria decât a apei destilate şi cu atât mai rapid când subiectul ingera ape minerale în tot timpul zilei de experienţă.

Dr. HORIA SLOBOZIANU: *Creşterea în greutate după cură în staţiunea Movilă Techir-Ghiol.*

D-l Preşedinte Dr. P. NICULESCU, dă câteva explicaţii asupra noilor norme pentru obţinerea titlului de medic balneolog. D-sa e de părere ca să se institue *cursuri speciale* oficiale şi obligatorii. Şi în acest sens propune să se voteze o moţiune către Ministerul Sănătăţii, pentru a se interveni la Ministerul Instrucţiunii, cu rugămintea să se grăbească facerea acelor cursuri pe care medicii interesaţi să le poată urma şi apoi capătă titlul şi dreptul de practică balneară.

Dr. TATARANU: *Tratamentul balnear al reumatismelor.*

Acţiunea băilor de nomol Techirghiol se manifestă printr'o iritaţie la nivelul articulaţiilor bolnave şi o exagerare a pocesului inflamator ce apare a 6-8 zi de băi, ca a 15-16 zi să înceteze odată cu durerile articulare. Ca indicaţii băile de nomol Techirghiol aduc foloase reale în durerile reumatice, în polinevrîtele periferice.

In reumatizm ce au substrat infecţios şi reumatizmul poliarticular clasic în faza acută şi cronică tratamentul balnear e indicat.

In faza acută sau complicaţiile cardiace necompensate e contra indicat tratamentul balnear. In reumatizm tbc. (Poncet) fără leziuni pulmonare putem obţine o ameliorare reală. In reumatizm cronic deformant, în autointoxicaţii (gută, thiroidă, ovariană), aduc puţin fooase. E contra indicat în sclerozele cardio-renale care complică reumatizmul, iar în hipertensiune medicul trebue să fie atent când indică băile de nomol. Băile calde se dau în reumatism propriu zis.

Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai"

Dr. CARPEN şi Dr. HAGI-PARASCHIV: *Acţiunea peroxidolică a câtorva ape minerale româneşti.*

Dr. FINK: *Acţiunea apei minerale V. Mariei, isvorul Alkotmani, asupra secreţiei gastrice.*

Dr. VASILESCU: *Aciditatea ionică (P. h.) a câtorva ape minerale româneşti.*

C. ZISSU: 1) *Acţiunea apei de Cason Iacobeni (Salutaris) asupra secreţiei biliare* (studiu experimental).

2) *Acţiunea apei Cason Iacobeni (Salutaris) asupra metabolismului basal.*

D-ra Dr. ALEXIU: *Acţiunea apei Carpatia asupra diurezei* (studiu clinic).

D-na Dr. STANESCU: *Acţiunea apei „Ferdinand" din Govora asupra diurezei.*

Dr. I. DANIEL: *Ficatul şi metabolismul apei.* (Comunicarea redată în extenso în „Mişcarea Medicală" No. 7—8 / 929).

Dr. BORGOVAN: *Acţiunea apei isvorului ,Miron" (Borsec) asupra secreţiei gastrice.*

Dr. A. LAMBRU: 1) *Acţiunea apelor de băi dla Băile Herculane (sulf şi sare) în cura internă.* Studiu clinic. Primele observaţii.

2) *Analisa complexului clinic cunoscut sub numele de criza termală.* Studiu clinic. Primele observaţii.

3) *Acţiunea masajului sub duşe dela Baia Regina Maria (Băile Herculane) asupra metabolismului basal (ap. Benedict).* Studiu clinic.

Dr. LAMBRU, Dr. GLORIE IONESCU şi Dr. CARPEN:

1) *Acţiunea antianfilactică a câtorva ape minerale dela Băile Herculane.* (Cercetări în continuare).

2) *Acţiunea băilor de sulf şi sare (Băile Herculeane) asupra vitezei de sedimentare a globulelor roşii.*

Dr. G. SGLIMBEA: *Necesitatea unui oficiu naţional de turism.*

M. M.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. — CARŢI. — MONOGRAFII.

OBEZITATEA

Studiu clinic şi terapeutic de Dr. N. Gruia Ionescu
(Cartea Românească — Bucureşti 1929)

La noi în ţară atunci când s'a început a se practica tratarea mai organizată a obezităţei, de pretutindeni s'au auzit glasuri de protestare. Pentru că în noţiunea publicului nostru, ea nu-şi asumă nici-un caracter morbid şi nu era considerată ca o boală, ci numai ca o caracteristică morfologică, fatală unor anumiţi indivizi. Ba încă relaţiunile noastre din trecut cu orientalii, mari admiratori ai grăsimei ne-au făcut şi pe noi să împrumutăm obezităţei noţiunea de frumos. S'au creat chiar adagii populare ca: „tot grasul om frumos" „gras şi frumos" — astăzi încetul cu încetul pătrunde în publicul românesc, ideia că obezitatea este o maladie, e curabilă, şi ca atare trebuie tratată.

Lucrarea despre care vorbim departe de a fi o lucrare de propagandă este una pur ştiinţifică. In ea sunt tratate chestiunile privitoare la etiologia obezităţei, din care autorul îndepărtează turburările glandulare dintre cauzele maladiei şi pune totul, în imensa majoritate a cazurilor pe seama supraalimentaţiei. Obezităţilor de origină endocrină le restrânge mult cadrul considerând printre ele numai pe cele bine constituite în sindrome cunoscute de endocrinologie. Ba încă şi acestora supraalimentaţia nu le este cu totul străină. Cât despre celelalte manifestări glandulare în decursul obezităţei, ele sunt considerate ca fenomene consecutive acestei maladii, ca nişte variate complicaţiuni, iar nu ca factori determinaţi, căci, şi lucrul evident se petrece cu ovarul; tratarea obezităţei numai prin restrângerea alimentaţie aduce cu sine ca un corolar dispariţia tulburărilor endocrine. In timp ce tratarea turburărilor endocrine pe altă cale, nu aduce nici-un rezultat, nici asupra lor, nici asupra obezităţei, dacă nu ne adresăm în prealabil acesteia din urmă, în mod direct .

Obezitatea prezintă o serie întreagă de manifestări chimico-biologice, în marea lor majoritate încă nestudiate, şi cari cu învechirea obezităţei, se accentuiază, devin nucleul unor alte maladii şi treptat-treptat ajunge ca acestea să primeze scena clinică. Obezitatea se şterge şi nimeni nu ia în seamă că supranutriţia îndelungi continuată, este dacă nu unicul, dar poate cel mai de seamă factor etiologic. Deaceea autorul socoteşte necesară tratarea obeztăiţei, nu pentru a produce fonta masei grăsoase, ci pentru a obvia acestei viţii nutritive, care cu timpul devin importante constituind prin ele înşile un pericol vital.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fidel acestor principii tratează obezitatea printr'un regim alimentar restrâns, variabil dela caz la caz şi dela moment la moment. Prezintă ca o necesitate exerciţiul fizic sub toate formele lui, cu socoteală aplicat, subliniind desechilibrul nervos existând în fiecare obez, ce trebuie recunosct şi remediat. Tratamentul trebuie dus, nu până la modificarea diformităţilor morfologice, ci până la readucerea la normal a viţiilor biochimice din organism şi care în practică autorul le recunoaşte prin reapariţia facultăţei ce obezul o pierduse de a consuma alimentaţia de lux. Cu alte cuvinte până atunci când alimentele introduse peste ceeace e necesar, în organism, sunt complect carburate eliminate şi surplusul nu se depune sub formă de grăsimi.

J. Apostolide

Un studiu clinic şi terapeutic, dar mai cu seamă fisio-patologic şi în care este redat cu multă claritate mecanismul de producere intimă şi complexă a acestei boale, care este obezitatea.

Lăsând la o parte perimata metodă a vechilor tratate şi monografii, în care citarea numelor proprii primează şi abundă, autorul excelează prin acumularea noţiunilor, ideilor, cunoştiinţelor noi, la sfârşitul cărora trece şi numele propriu, atunci când este cazul.

A reuşit astfel în puţine pagini să ne expună tot ce s'a scris şi să semnaleze şi tot ce nu s'a scris până acum asupra acestui subiect, pe care alţi autori l-au tratat în tomuri de dimensiuni înfricoşetoare.

Presupune aceasta o stăpânire sigură a materiei, o mişcare uşoară într'un domeniu bine explorat, un spirit de sinteză mai folositor pentru cititor decât chiar detalierea analitică, care se schiţează în diferitele capitole enunţate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şi aceste capitole, cari se leagă între ele, atacă tot atâtea probleme şi conduc pe deasupra noţiunilor de patogenie la o precisă sancţiune terapeutică.

Obesitatea — înainte de a constitui o diformitate — este o boală; tratarea ei într'adevăr că trebue să devină o axiomă matematică, căci obezul este un condamnat a muri înainte de vreme şi până atunci este un supraîncărcat, care se mişcă cu greutate şi uneori cu jenă, a cărui ideaţie lâncezeşte, care foloseşte mai puţin familiei sale şi încurcă societatea, în loc să-i constitue un membru activ.

Natural că desavantagiile depind de gradul şi vârsta obezităţii, dar gravitatea constă tocmai în mersul progresiv al afecţiunei.

Şi ea trebue tratată adequat fiecărui caz — ceeace presupune oare-care discernământ clinic — şi atâta timp până când sunt corectate deviaţiile nutriţiei turburate — moment greu de stabilit — iar nu până când cântarul indică aruncarea unei apreciabile cantităţi de balast.

Căci oprind cura înainte de vreme, înainte ca pacientul să poată face faţă nu unei alimentaţii reduse, dar unei supraraţii de lux, acumularea depozitelor de grăsime reîncepe şi recidiva reapare.

Sunt noţiuni salutare, cari pun pe planul al 2-lea mobilul de estetică, care împinge pe cele mai multe bolnave la medic — zic bolnave, căci bărbaţii n'au nici măcar acest scrupul.

De aceea suntem şi noi pentru necesitatea unei propagande, cari să înveţe pe membrii societăţii „cum, ce şi cât să mănânce"; dar nu credem că trebue asemănată această propagandă cu cea antialcoolică, antipaludică sau antivenerienă şi, mai ales în ţara noastră, cu cea antituberculoasă, — cari au în vedere în primul rând profilaxia celorlalţi membri ai societăţii —; şi mai ales nu socotim că această propagandă trebue făcută pentru cele câteva mii de înbuibaţi, cari mai numai la oraşe îşi plimbă — cât mai pot — disgraţioasa lor performanţă printre noi, cât pentru cele 90 la sută părţi din populaţia ţării noastre, cari calitativ şi cantitativ se subnutresc petru-că dela naştere şi până la moartea iarăşi prematură, din nevoe sau din incultură, fac o cură continuă de slăbire, urmând *regimul ţăranului român.*

In câteva concluziuni finale, autorul redă punctele esenţiale ale studiului său, concluziuni pe cari le redăm integral pentru cuprinsul lor de ordin general ca şi pentru nota de control personal, ce reflectă.

Dar recomandăm cu multă insistenţă cetirea pe îndelete a întregului opuscul, care pe un stil concis, clar şi adesea colorat, cuprinde în rânduri puţine multe noţiuni:

„1) *Obezitatea este o maladie, cu mers progresiv,* trecându-se pe nesimţite, succesiv, prin diversele grade şi stadii.

2) Mult prea obişnuita şi esenţiala ei cauză este *supraalimentaţia.* Dar aceasta nu e suficientă, căci atâta vreme cât organismul este numai supraalimentat, el rezistă procesului intentat de însuşi individul, prin o metabolizare perfectă şi completă, şi nu se produc depozite de grăsime; acestea încep din momentul în care se instalează adevăratul viţiu; *supranutriţia,* când procesele biochimice îşi perturbă echilibrul lor.

3) *Obezităţile sindrome,* sau mai bine zis obezităţile ce recunosc drept cauză o diminuare a arderilor, de obiceiu *printr'o insuficienţă sau o disfuncţiune endocriniană* importantă şi evidentă au într'adevăr o existenţă reală, însă *sunt excepţionale.* Cel mult, unele din turburările endocrine, acuzate ca atari, să poată face ca un organism să fie mai curând înfrânt de supraalimentaţie, şi să permită o instalare mai din vreme a supranutriţiei.

Se pare că în cele mai nediscutabile obezităţi sindrome, excesul de aport alimentar este o condiţiune etiologică, ce nu lipseşte niciodată.

4) *Tulburările glandulare* în afara celor amintite la punctul 3, foarte greu de descoperit şi de apreciat, *sunt foarte probabil secundare obezităţei,* sau mai bine zis acelei supranutriţii de care am vorbit mai sus. *Ele dispar prin cura obezităţei,* funcţiunile normale revin: sunt turburări recuperabile imediat ce e înlăturată cauza.

5) Obezitatea-supranutriţie, pare să fie o cauză îndepărtată a foarte multe maladii a bătrâneţei, maladii pe care le găsim schiţate în orice obez, de oarecare vechime şi cari cu timpul se evidenţiază, factorul determinat primitiv, rămânând foarte şterrs, neobservat. Şi atunci când întâlnim aceste maladii, nu luăm în seamă de ce influenţă ar putea fi capabil, acel desechilibru nutritiv de atâta vreme.

6) In tratarea unei obezităţi, principala ţintă să fie *readucerea la normal a acestui dezechilibru* şi pacientul nu se va socoti vindecat, decât atunci când va ajunge la acest moment, indiferent de cifra de kilograme de greutate corporală pierdute până atunci. *Părăsirea regimului înainte ca acest scop să fie ajuns, are ca rezultat iminent reîngrăşarea imedaită a pacientului.* Căci un obez, a cărui cură de scădere a greutăţei este terminată, nu poate mânca de toate, fără să recâştige în greutate, decât în momentul în care organismul său va putea carbura şi alimentaţia de lux, adică cea introdusă peste ceeace constitue necesarul întreţinerei.

7) *O cură odată terminată după regulele de mai sus, pacientul nu se mai îngraşe.* Insă nu devine supraom, să nu se mai reîngraşe oricâte excese alimentare ar face, ci devine pur şi simplu om, care supraalimentându-se rezistă, ca oricare individ slab, o perioadă de timp, până când, învins, supranutriţia se reinstalează, şi grăsimea reîncepe să se depuie.

Conducerea unei cure trebuie să fie foarte prudentă în special în ceeace priveşte acel dezechilibru nervos, ce poate apare drept complicaţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

9) *Sfârşitul scăderei greutăţei corporale iarăşi va trebui bine* ales, căci nu există greutatea fiziologică tip, fixă şi imutabilă, ce să se poată calcula, ci fiecare organism îşi are o greutate fiziologică optimă, în funcţiune de factori foarte numeroşi, în cea mai mare parte necunoscuţi.

10) Obezitatea deşi plină de învăţăminte pentru patologia generală, deşi capabilă de a lămuri multe din procesele etiologice şi patogenice a altor maladii, este foarte puţin studiată şi aprofundată, iar datele asupra studiului ei sunt foarte puţin numeroase şi foarte puţin satisfăcătoare".

Dr. M. C.

MALARIA ŞI TERAPEUTICA EI INTRAVENOASA

de G-ral Dr. CESAR POPOVICI şi Dr. NERVA POPOVICI

Concluziunile la cari ajung autorii dupe o întreagă serie de cercetări şi publicaţiuni*) al căror tot a făcut obiectul unei *Comunicări la Congresul Asoc. G-le a Medicilor din Galaţi,* la 19—21 Maiu 1929, sunt:

1) In tratamentul malariei cu chinină introdusă pe cale intravenoasă, hematozoarul este atacat direct în mediul său de elecţie,

*) Popovici Cesar: *Malaria, Epaludinul şi noile orizonturi în perspectivă.* — Bul Medico-Terapeutic, Sept. 1925.
Popovici Nerva: *Teza Bucureşti, 1928.*

adică în sânge, exercitând la maximum acţiunea paraziticidă a alcaloidului.

Sub concentraţia mare de chinină ce se realizează în masa sanguină, parazitul este distrus, oricare ar fi forma evolutivă, într'un timp mai scurt decât în chininizare *per os*, având astfel posibilitatea de a ajunge prin această metodă la sterilizarea completă a organismului.

2) Agentul patogen al malariei, fiind atacat pe această cale, nu se mai observă fenomenele de intoleranţă, indiosyncrasie, anafilaxie, febră paradoxală prin cari se manifestă organismul uman, după ingerarea chininei.

3) Tratamentul pe cale sanguină se poate aplica fără vre-o indicaţie specială, în toate formele de malarie şi în orice imprejurare (menstrui, sarcină, afecţiuni cronice).

4) Chinina asociată cu arrhenalul în soluţia preparată, se găseşte sub forma unui bichlohidromonomenthyl arseniat sodic de chinină şi care introdus în organism pe cale venoasă, este tolerat în cantităţi mari.

5) Din punct de vedere clinic, tratamentul astfel urmat, dă posibilitatea de a jugula un acces şi a opri evoluţia tuturor manifestărilor malariei.

Hipertrofiile de organe, acute şi cronice, ale splinei şi ficatului, în urma acestui tratament, îşi diminuează volumul în mod vizibil şi în raport cu starea de scleroză a parenchinului.

6) Aplicarea tratamentului pe cale sanguină este simplă, totul se reduce la cunoaşterea technicei injecţiilor intravenoase, modul cum decurg injecţiile zilnic, rămâne invariabil pentru orice formă de malarie prezentată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

7) Utilizând calea sanguină în tratamentul malariei, se micşorează consumaţia de alcaloid, căci prin eficacitatea metodei, avem posibilitatea de a reduce cantitatea de substanţă activă întrebuinţată, la un minimum, care este strict necesar vindecărei fiecărui caz în parte.

Asociaţia chinină-arsenic a fost realizată în laboratorul Iteanu, dupe metoda propusă de D-l Gl. Cesare Popovici, în aşa zisul Epaludin (alc. perud. bismurlatic 20%, monometilarsinat sodic 2%), coprins în fiole injectabile sterile de câte 3 cc. şi din care se injectează la adulţi 1—2 fiole intravenos, la copii cantitatea corespunzătoare greutăţii corpului.

M. M.

FRACTURILE BAZEI CRANIULUI LA COPIL

Lucrare premiată de Facultatea de Medicină din Bucureşti cu premiul Prof. Dr. Râmniceanu. Bucureşti, 1929.

de Conf. Dr. ION MARIAN

O monografie de 74 pagini în cari autorul pune la punct fracturile bazei craniului la copil, pe care marea majoritate a autorilor nu fac decât s'o menţioneze în treacăt, studiând această chestiune

la adult. Este o lucrarea scrisă de un specialist consacrat. Imbrăţişează chestiunea în tot complexul ei privind: consideraţiile anatomice, cauzele fracturilor, pe care le clasează la 88 cazuri în 3 căderi de pe cal, 22 căderi dela înălţime, 55 accidente de automobile, 6 călcaţi de căruţe, 5 lovituri de pavaj.

Descrie leziunile anatomice observate în fracturile diferitelor etaje ale bazei şi constată că forma fisurei la copil este mai adesea simplă, se apropie de direcţia rectilinie, rar ramificată. Descrie asemenea leziunile părţilor mai superficiale şi profunde. Spre o mai bună înţelegere a mecanismului fracturilor schiţează mai întâiu desvoltarea craniului la copil şi din consideraţiunile anatomice deduce două stadii: a) un stadiu când fontanelele persistă şi suturile oaselor constitue articulaţiuni puţin mobile; b) un stadiu secundar unde aceste suturi sunt strânse pe faţa profundă şi nu se pot mişca unele pe altele. Acestor două stadii le corespunde mecanisme de fractură puţin diferite. Teoriile emise spre a explica mecanismul fracturilor din a doua copilărie, se pot grupa în: a) fizico-mecanice, şi b) architecturale.

Trece apoi în revistă simptomele fracturilor etajului anterior, mijlociu, posterior, precum fracturile totale ale bazei. Face diagnosticul şi prognosticul leziunilor. Găseşte pe cele din urmă mai puţin grave decât s'ar părea la prima vedere şi decât la adult. 12,5% letalitate după statistica spitalului de copii din Bucureşti. In ceia ce priveşte tratamentul pe lângă operaţiuni îndrăsneţe, ca: a) desinfecţia directă a fracturei; b) trepanaţia cu drenaj meningean, şi c) hemicraniectomie temporară, o metodă mai simplă şi mai puţin periculoasă, autorul propune: d) *puncţia lombară.* Ea combate hipertensiunea, accidentele de intoxicaţie cerebrală produse prin resorbţia sângelui şi elimină o parte din germenii cari sunt cauza accidentelor infecţioase meningee. Termină împărţind în 3 grupe complicaţiile, cari se pot întâlni: a) primitive sau mecanice; b) secundare sau infecţioase, şi c) terţiare sau cicatriciale. O bogată bibliografie indică scupulozitatea cu care autorul prezintă lucrarea.

Dr. S. Paulon

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D. — UNIVERSITARE

INVĂŢAMÂNTUL STOMATOLOGIC

Cu începere dela 1 Octombrie 1929, va funcţiona la facultatea de medicină din Bucureşti, un învăţământ stomatologic destinat a forma pe viitor medici specialişti pentru bolile de gură şi dinţi.

Art. 2.—Cursurile acestui învăţământ sunt:

a) Complimentare

b) Cursurile speciale sunt clinice, teoretice şi practice şi vor cuprinde, după un program analitic stabilit de Facultate lecţiuni şi lucrări practice de:

1. Patologie şi terapeutică bucodentară.
2. Chirurgie maxilo-facială.
3. Proteză restauratice buco-dentară şi ortopedia maxilo-facială;

c) Cursurile complimentare sunt teoretice şi practice şi vor cuprinde după un program analitic, stabilit de Facultate lecţiuni şi lucrări practice de:

1. Anatomia şi embriologia gurei şi dinţilor.
2. Fiziologia gurei şi dinţilor.
3) Histologia dintelui.
4. Bacteriologia gurei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu aplicaţiuni la stomatologie:

5. Anatomia patologică.
6. Igienă şi profilaxie.
7) Radiologie.
8. Medicină legală deontologie şi istoria medicinii.

Art. 3.—Cu predarea cursurilor speciale se însărcinează conferenţiarii cari ocupă actualmente conferinţele de:

1. Patologie şi terapeutică buco-dentară.
2. Chirurgie maxilo-facială.
3. Proteza restauratrice buco-dentară şi ortopedia maxilo-facilă.

Ei vor fi ajutaţi fiecare de câte cel puţin un asistent după importanţa şi extesiunea lucrărilor de clinică sau laborator, pe lângă un asistent se mai poate adăoga unul sau mai mulţi preparatori, precum şi un al doilea asistent sau şef de clinică.

Numirea personalului ajutător se va face în conformitate cu dispoziţiunile prevăzute de legea învăţământului superior.

Cu predarea cursurilor complimentare se însărcinează titularii sau personalul didactic, desemnat de profesorii titulari dela catedrele de: anatomie, fiziologie, istologie, bacteriologie, anatomie patologică, igienă, medicină legală, radiologie.

Director al învăţământului stomatologic, cu atribuţiunile pe cari le au după lege directorii institutelor universitare va fi numit,

după recomandarea consiliului facultăţii, unul din profesorii titulari.

Art. 4.—Durata acestui învăţământ de specializare e fixată la un an.

Cursurile şi lucrările practice încep la 15 Octombrie şi se termină la 30 Septembrie anul următor.

In lunile Iulie, August şi Septembrie, se fac numai lucrări practice la cursurile speciale.

Orariul cursurilor şi lucrărilor practice complimentare se va stabili de comun acord cu profesorii titulari respectivi.

Art. 5.—Sunt admişi a urma acest învăţământ:

Doctorii în medicină dela facultăţile din ţară sau cei cu diplomă dela facultăţile străine echivalată în ţară şi cari doresc să se specializeze în această ramură a medicinii.

Art. 6.—Inscrierile se fac la secretariatul facultăţii de medicină între 1—15 Octombrie pe baza depunerii următoarelor acte:

1. Extractul de naştere.

2. Diploma de doctor în medicină şi chirurgie; echivalentă la una din facultăţile din ţară, în caz când emană dela o facultate străină.

3. O declaraţie semnată de candidat prin care atestă că a luat cunoştinţă de dispoziţiunile de faţă, obligându-se a se conforma întocmai.

4. Taxa de înscriere în sumă de 1.000 lei.

Art. 7.—Medicii admişi sunt obligaţi a lua parte regulat la cursurile şi lucrările practice în conformitate cu programul învăţământului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Controlul frequentării regulate a cursurilor se face prin foi de prezenţă semnate zilnic de medici la fiecare curs în parte.

Fiecare medic i se va da dela secretariatul facultăţii, odată cu înscrierea şi în schimbul unei taxe de 200 lei, un carnet de şcolaritate, conţinând indicaţiunea diferitelor lucrări practice cerute pentru admiterea la examenul de finele şcolarităţii. Acest carnet trebuie vizat de şeful de lucrări pe măsura lucrărilor corect executate. Totalul acestor vize dă împreună cu verificarea foilor de prezenţă zilnice dreptul de admitere la examenul de finele şcolarităţii pentru obţinerea diplomei de specialitate.

Art. 8.—Taxa de şcolaritate se fixează la 12.0000 lei anual plătibilă în două rate egale la 15 Octombrie şi 15 Martie, la secretariatul facultăţii de medicină.

Nu se va acorda nici un fel de scutire nici chiar parţială pentru această taxă.

Art. 9.—Examenul de finele şcolarităţii pentru obţinerea diplomei de specialitate, va avea loc între 1-15 Octombrie.

Vor fi admişi la examen medicii cari vor îndeplni următoatoarele condiţiuni:

a) Asiduitate controlată prin foile de prezenţă zilnice, cunoscând că un număr de absenţe motivate, mai mare de 6, ridică dreptul de participare la examen;

b) Executarea corectă a lucrărilor practice, controlată prin vizele făcute în carnetul de şcolaritate, cunoscând că o lipsă mai mare de 10 vize ridică dreptul de participare la examen.

Art. 10.—Juriul de examinare e format din cei trei conferenţiari însărcinaţi cu predarea cursurilor speciale şi doi profesori desemnaţi de consiliul Facultăţii, sub preşidenţia celui mai în vârstă dintre profesori.

Art. 11.—Probele de examen sunt:

1. Un colocviu asupra:

a) Patologiei şi terapeuticei buco-dentare;

b) Chirurgiei maxilo-facile;

c) Protezei restauratrice buco-dentare şi ortopediei maxilo-facilă.

2. O probă de clinică stomatologică.

3. O probă practică de terapeutică buco-dentară, şi

4. O probă practică de proteză restauratrice buco-dentară sau ortopedie maxilo-facială.

Probele clinice şi practice sunt eliminatorii.

Art. 12.—Cei respinşi la acest examen se pot prezenta în trei sesiuni consecutive la trei luni interval, timp în care vor urma lucrările practice dela cursurile speciale.

Art. 13.—Pentru examenul de finele şcolarităţii în vederea diplomei de specialitate se va percepe o taxă de 2500 lei, iar pentru diplomă o taxă de 2000 lei.

Art. 14.—Facultatea de medicină din Bucureşti va înfiinţa un serviciu de stomatologie cu 3 secţiuni:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. O secţie de terapeutică buco-dentară.

2. O secţie de chirurgie maxilo-facială.

3. O secţie de proteză buco-dentară.

Art. 15.—Aceste secţiuni vor fi conduse fiecare de conferenţiarii respectivi însărcinaţi cu predarea cursurilor speciale.

Art. 16.—Cheltuelile de înfiinţare şi întreţinere ale acestui serviciu vor fi în sarcina Facultăţii de medicină şi a Ministerului instrucţiunii.

Art. 17.—Aparatele de instalaţie, instrumentaţie şi materialul didactic se vor procura din fondurile învăţământului.

Art. 18.—Medicii admişi a urma acest învăţământ vor trebui să-şi procure în plus materialul instrumentar, care le este indispensabil, cât şi diferite articole sau produse necesare pentru lucrările practice şi a căror listă se va afişa la începutul anului şcolar.

Art. 19.—In afară de taxele de examen, cari se împart în mod egal membrilor juriului toate celelalte taxe şi anume: taxa de înscriere, de şcolaritate diplomă — vărsate la fondul de întreţinere al învăţământului, care se complectează în fiecare an după nevoi, cu fonduri alocate de Minister. Din acest fond se vor plăti şi profesorii însărcinaţi cu facerea cursurilor complimentare în raport cu orele predate.

Aceste diferite fonduri se administrează de Facultate.

ASOCIAȚIA DOCENȚILOR FACULTAȚEI DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

STATUTE

CAP. I.

Numele, durata, sediul asociației.

Art. 1. Se constitue pe ziua de 9 Octombrie 1929 asociația cu denumirea „Asociația Docenților Facultății de Medicină din București".

Art. 2. Sediul ei este în București.

Art. 3. Durata ei este nelimitată.

CAP. II.

Scopul Asociației.

Art. 4. Asociația își propune:

a) Apărarea pe căile legale a drepturilor câștigate prin examenul de docent și menținerea examenului de docență și în viitor.

b) Lărgirea ulterior a cadrelor sale și cu docenții facultăților de medicină din celelalte centre universitare române și chiar a celorlalte facultăți din București și din țară.

c) Organizarea de cursuri libere și de cicluri de conferințe cu aprobarea autorităților în drept — de perfecționare, pentru medici și studenți; și cu colaborarea eventuală și a membrilor onorifici.

CAP. III.

Membrii.

Art. 5. Fac parte de drept ca **membrii activi** (cu drept de vot) toți docenții facultății de medicină din București cuprinzând și pe acei cari au titlul de conferențiar onorific sau suplinitor. Docenții cari actualmente sunt conferențiari definitivi și profesorii universitari pot fi **membrii onorifici** ai acestei Asociații.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CAP. IV.

Fondul Asociației.

Art. 6. Se compune:

a) din cotizațiile membrilor activi ce se vor fixa anual de prima adunare generală (pentru anul în curs se fixează la 200 lei).

b) din donațiile și subvențiile ce va putea obține asociația;

c) din vânzarea publicațiilor asociației.

CAP. V.

Conducerea Asociației.

Art. 7. Asociația e condusă de un comitet compus din 5 membrii aleși pe un period de 1 an de către adunarea generală a asociației. Alegerea se face cu vot secret în prima ședință a adunărei generale anuale.

Art. 8. Comitetul de conducere desemnează din sânul său un președinte, doi vice președinți, un secretar general și un casier-bibliotecar.

Art. 9. Comitetul se ocupă cu toată administrația asociației primește și soluționează toate intervențiile și reclamațiile, ia orice măsuri crede de cuviință în interesul asociației, organizează cursuri, conferințe etc.

Art. 10. Președintele împreună cu secretarul general reprezintă legal în fața instanțelor juridiciare și administrative asociația prin iscălitura lor.

Adunarea generală.

Art. 11. Adunarea generală ordinară se ține odată pe an la sediul asociației, cel mai târziu până la 30 Noembrie al fiecărui an după programul fixat de comitet.

Art. 12. Ori dectâe ori va crede comitetul de cuviinţă preşedintele poate convoca adunarea generală în şedinţa extraordniară.

Art. 13. Prezentele statute se vor complecta ulterior printr'un regulament care se va supune aprobărei asociaţiei. Aceste statute se pot modifica după programul comitetului şi în urma aprobărei adunărei generale cu majoritatea voturilor celor prezenţi.

Aceste statute au fost discutate şi votate în şedinţa de constituire „Asociaţiei Docenţilor Facultăţei de Medicină din Bucureşti", ţinută la 9 Octombrie 1929, în localul Asoc. generale a Medicilor din Str. Isvor, 16.

E. — TEZE

SUSŢINUTE LA FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

în luna Iunie 1928

Studiul influenţei apelor minerale chloruro-sodice sulfurate şi chloruro-sodice iodurate de Govora, asupra tratamentului anemiilor de Dem. I. Popescu, No. 3123/1928.

Din examinarea observaţiilor de mai sus rezultă că apele minerale clorurosodice sulfuroase şi iodurate de Govora, administrate pe cale internă şi sub formă de băi, influenţează favorabil anemiile simple provocate de maladiile cronice, syphilis, reumatism, intoxicaţiuni lente etc.

Mecanismul acţiunei lor este excitarea centrilor hematopoetici care se traduce prin mărirea cantităţei de hemoglobină şi a numărului hematiilor.

Credem că această acţiune favorabilă de a ameliorà anemiile este datorită prezenţei în ape a ionilor: iod, sulf, brom, magneziu, etc. şi este întărită şi prin prezenţa emanaţiunilor radio-active din localitate atât direct asupra bolnavului cât şi asupra alimentaţiei şi apei din localitate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Isteropexia prin procedeul lui Pestalozza în retrodeviaţiunile uterine de Calafeteanu D. Dumitru, No. 3124/1928.

Sero-reacţia de fixare în tuberculoză cu antigenul lui Wassermann cu tetralină-lecitină de U. Sufrin, No. 3125/1928.

Utilizarea antigenului tuberculos Wassermann cu tetralină-lecitină ne-a dat 76,2% reacţiuni pozitive în cazurile de tuberculoze evolutive.

Serurile sifilitice ne-au dat cu antigenul tuberculos reacţiuni foarte slab pozitive în 15,7% din cazuri şi numai atunci când cantitatea de anticorpi pe cari ele le conţin este extrem de mare.

Technica reacţiunei prin simplicitatea sa, valorifică mai mult reacţiunea, punând-o la îndemână oricărui laborator competent.

Singurul inconvenient este insolubilitatea antigenului; totuşi emulsia în ser fiziologic dă rezultate bune, cu condiţia ca să fie bine agitată de fiecare dată când se întrebuinţează.

Antigenul lui Wassermann, cu toate că nu este absolut specific, întrece toate antigenele imaginate până azi, căci am obţinut 100% reacţiuni negative cu serurile netuberculoase şi 84,3% reacţiuni negative cu serurile sifilitice. In cazurile de tuberculoză pulmonară cercetate ne-a putut sluji pentru confirmarea diagnosticului; rezultatele sale par a puteà contribui la precizarea evolutivităţii tuberculoase.

Contribuţiuni la tratamentul trachomului cu oleu de chaulmoogra şi tracolisină de Paul I. Cilianu, No. 3126/1928.

Studiul anginei lui Ludwig de I. S. Pantilimon, No. 3127/1928.

Angina lui Ludwig ca denumire nu corespunde realităţii şi aceasta din 2 puncte de vedere: a) afecţiunea aceasta nu este angină şi b) nu este descoperită de Ludwig care n'a făcut decât să schiţeze acest tablou clinic printre cei dintâi.

Ea este datorită în genere unor leziuni foarte variate aşa de ex. un

traumatism mic, o veziculită, creşterea vicioasă a molarului de minte etc. cari servesc drept poarta de intrare unor infecţiuni asociate şi în special streptococului.

Sediul anatomic este suprahjoidian cu duritate lemnoasă în planşeul sublingual.

Simptomele sunt: a) subiective: disfagie, dyspnee, agitaţie, insomnie frisoane, starea generală a bolnavului gravă b) obiective: tumefactie mentonieră submaxiliară, duritate lemnoasă, febră scurgeri fetide, trismus etc.

Pronosticul este în general grav dând o mortalitate de 80% în cazul când tratamentul chirurgical se face prea târziu ceace se întâmplă de obicei.

Tratamentul este chirurgical asociat cu seroterapie antigangrenoasă şi va fi instituit cât mai repede posibil.

Tratamentul malariei pe cale sanguină de Nerva C. Popovici, No. 3128/1928.

Limfogranulomatoza inguinală subacută benignă (maladia lui Nicolas şi Favre) de Şeicărescu Z. Gh., No. 3129/1928.

Cancerul experimental prin gudron de Tzerner Marcel, No. 3130/1928.

Acţiunea tartratului de ergotamină (gynergèn) asupra secreţiei gastrice la om în stare normală şi patologică de Pietraru Vasile, No. 3131/1928.

Ergotamina, sub formă de Tartrat de Ergotamină (Gignergèn), posedă o acţiune evidentă asupra secreţiei gastrice în stare normală şi patologică.

Administrată pe cale bucală la indivizi normali, odată cu prânzul de probă „Ewald-Boas", ea ridică valorile acidului H. Cl. liber, ale P. H. gastric, al acidului H. Cl. combinat, ale acidităţii totale şi a valorilor pepetice.

Ea posedă acciaş acţiune asupra secreţiei gastrice la bolnavii suferind de dispepsii hipoacide.

Din contră, această substanţă n'are decât o acţiune foarte minimă asupra secreţiei gastrice a bolnavilor, suferind de anaciditate în funcţiune de gastrită avansată. La aceşti bolnavi, abia se poate observa după un tratament de 10 zile cu această substanţă o uşoară mărire a valorii acidului H. Cl. combinat şi a valorilor peptice.

Pentru acest motiv, noi credem că această substanţă, poate fi întrebuinţată cu folos la bolnavii cari suferă de hiposecreţie şi hipoaciditate gastrică.

Neferita pneumonică cu sindrom azotemic de Vasile I Cameniţa, No. 3132/1928.

Contribuţiuni la Studiul Nevritelor optice retrobulbare de origină sinusală de Abramovici D., No. 3133/1928.

Apendicita şi gripa de Barbici S. Ioan, No. 3134/1928.

Atitudinele corpului şi secreţia sudorală de Constantinescu N. C-tin, No. 3135/1928

Secreţia sudorală atât în stare fiziologică cât şi în cazurile patologice este sub dependinta centrilor sudorali vegetativi.

In poziţia „în picioare" sudaţia predomină la cap şi torace cu maximum la frunte mai seamă la vogotonici la cari hipersecreţia se prezintă fie sub forma continuă, fie sub forma paroxistică. La vagotonicii abdominali secreţia sudorală este însă mai abundentă în sfera organelor genitale şi coapse. Simpaticotonicii par a prezenta hiperhidroza la extremităţi.

In decubitus lateral şi în stare de efort sudoral (hipersecreţia provocată prin efort, febra etc.) jumătatea superclivă transudă mai mult decât jumătatea inferioară a corpului care e în stare de hipofuncţiune glandulară.

Metoda chimică cu hârtie cromo-argentică este cea mai practică pentru înregistrarea secreţiei sudorale precum şi pentru aprecierea comparativă a intenzităţilor secretorii — fiind preferabil atât metodei lui Stewart (insuflaţie cu praf de cărbune) cât şi metodei lui Negro (cu praf albastru de turnesol).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

III.

MIŞCAREA MEDICALA STRAINA

TERAPEUTICE

Tratamentul paludismului cronic cu doze mari de Cacodilat de sodiu, (Traitement du pal. chr. par le Cacodilate de soude à hautes dozes), de Renée şi Georges Apostalon, Presse méd. No. 70/1929.

In prima zi se injectează 0,50 ctgr. cacodilat de sodiu intravenos asociat cu 1 mmgr strienină subcutanat şi 1,50 gr. chinină per os.

In ziua doua se dă 1 gr. cacodilat şi 2 mgr. strienină şiacelaşi doză de chinină şi se continuă astfel câteva zile cu rezerva că strienina poate fi mărită până la 5 mgr.

Către ziua a şaptea se creşte cacodilatul la 1,50 gr. şi se continuă astfel până la un total de 15—18 gr. cacodilat.

Se face pauză 10 zile şi apoi se reia tratamentul la fel.

Se face pauză de 20 zile şi se începe a treia serie.

Se face pauză de 30 zile şi se face a 4 serie.

Cu acest tratament autorii pretind că gameţii dispar complect, anemia se vindecă şi splina revine la dimensiuni normale.

Se revede bolnavul după 3 luni şi numai excepţional volumul splinei poate comanda reluarea a încă 2 sau 3 serii de tratament.

Complicaţiile, cari pot surveni sunt: o erupţie generalizate de placarde roşii, pruriginoase cu bufissura feţei şi tumefacţia regiunei parotidiene precum şi o uşoară diaree — dar nu prezintă nici o gravitate.

Biblioteca Universitatea Cluj

Serul de vezicătoare în tratamentul şi profilaxia boalelor infecţioase, (Le Serum du vesicatoire dans le traitement et la prophylaxie des maladies infectieuses), de D-r Modinos, Paris Médical 15 — 1929.

Este o autoterapie prin serositatea flictenei de vesicătoare: se injectează 15—20 ctmc.; se obţine mai uşor de cât serul sanguin dela copii cu vene mici; se practică curativ asupra însuşi bolnavului şi preventiv prin serositate obţinută dela un bolnav vindecat.

Se poate încerca în toate boalele infecţioase, chiar în sifilis cu titlu preventiv, dar mai ales cu titlu curativ, în tuberculozele chirurgicale şi în poliserosite.

Serul de vezicătoare are o compoziţie variabilă după pacient şi boala de care sufere.

Se cunoaşte puterea bactericidă — a Serului (şi mai mare în serul exudatelor de cât în serul sanguin), graţie alexinei, ce-i transmite secreţia leucocitelor; ori în serositatea vezicătoarei se găsesc în mediu 50,000 leucocite pe mmc. cu 70 p. 100 polinucleare; iar puterea imunizantă i-o dau serului anticorpii, ce-i conţine sau pe cari ca orice Serum antitoxic îi determină în organismul injectat prin reacţiunile de hipersensibilitate, ce suscită.

M C.

Tratamentul lupusului eritematos prin injecţiuni cu săruri de bismut, (Le traitement du lupus érythémateux par les injections de sels de bismuth), de I. Nicolas, I. Lecassogne şi Rousset, Paris Médical No. 2/1929.

Autorii expun rezultatele bune obţinute cu bismut în 17 cazuri de lupus eritematos ce fac pe autori a insista asupra eficacităţei acestui medicament în lupus.

Rezultatele au fost întotdeauna complecte după prima serie de injecţiuni, leziunile ce au persistat erau minime ca şi recidivele şi au cedat

la tratament. Pruritul, senzaţia de arsură a dispărut după a 2 injecţie. Medicamentul e bine tolerat şi nu dă loc la nici o reacţie. Nu putem cu ajutorul bismutului să stabilim etiologia acestei afecţiuni.

Tratamentul lupusului vulgar prin antigenoterapie locală, (Traitement du lupus vulgaire par l'antigénothérapie locale), de G. Hufschmitt, în Paris Médical No. 10—1929).

Autorul a încercat aplicarea locală a antigenului methylic în lupus vulgar sub forma unei pomade cu lanolină ce se amestecă cu antigenul methylic redus de volum prin evaporaţie. **Antigenul-pomadă** este aplicat în masaj pe suprafaţa ce se tratează zilnic sau la 2 zile, — după reacţiile locale observate. După 2 luni de tratament, se întrerupe tratamentul 2 săptămâni pentru a reluà cura cu o pomadă mai concetrată. In 8 cazuri, autorul a obţinut bune rezultate. Biopsia cicatricelor ar confirma vindecarea clinică. Antigenul-pomadă a dat rezultate superioare injecţiilor de antigen. Este un tratament eficace, inofensiv şi uşor de aplicat.

Rezultatele terapeuticei prin regim declorurat în tuberculoza pulmonară. (Rezultats de la thérapeutique par le régime décloruré dans la tuberculose pulmonaire), par Baer, Herrmansdorfer et Kausch, (Münchener medizinische Wochenscrift No. 1—1929.

Autorii comunică rezultatele ce au obţinut la bolnavi tuberculoşi în urma regimului declorurat, — ţinând seama de modificările clinice şi radiologice.

Bolnavii îi împart în 4 grupe: 1) Tuberculoză recentă evolutivă, ecsudativă, bilaterală cu alteraţia stărei generale. 2) Scleroză pulmonară bilaterală cu puseuri evolutive recente ecsudative, febrile. 3) Bolnavi ameliorati prin regim ca astfel să fie supuşi unei intervenţii. 4) Vindecări obţinute prin regim după o operaţie (frenicectomie, thoracotomie).

Autorii insistă asupra transformărei formelor ecsudative, grave, evolutive, în forme fibroase. La bolnavii serioşi pare justificată această terapeutică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bazaţi pe o experienţă de 3 ani, autorii afirmă eficacitatea curei declorurate în toate formele de tuberculoză pulmonară.

Influenţa unui regim fructo-vegetarian mai ales crud asupra viscozităţei, hemoglobinei şi presiunei sângelui, (L'influence d'un régime fructo-vegetarien principalement cru sur la viscosité, l'hemoglobine et la pression du sang), par Max Edwin Bircher (Schweizerische medizinische Wochenscrift No. 40 — 1928).

La o serie de bolnavi, gutoşi, rheumatizanţi, diabetici şi bolnavi de stomac, autorul constitue un regim compus din fructe, legume crude, nuci, puţină pâine şi unt.

Sub influenţa acestui regim, viscozitatea sângelui a cărui însemnătate hemodinamică ar fi mare a scăzut, şi s'a apropiat de normală.

Contribuţii la studiul pneumocociilor, tratamentul lor prin săruri biliare, (Contribution à l'etude des pneumocoecies; traitement par les sels biliaires), par A. Castellanos, (Archives de la Socied ad de Estudios clinicos de la Habana No. 5, Juin 1928).

Autorul a injectat în pleuritele pneumococice frequente la copii, 5—7 centigrame pe kilogram de greutate de soluţii de taurocolat de sodiu 5 % în apă distilată, — injecţii ce s'au putut repeta de 4—5 ori pe zi. Când empiemul este cloasonat (diagnosticat cu radiografia), recurgem la pleurotomie.

Autorul a avut rezultate bune cu această chimioterapie în empyeme pneumococice.

Tratamentul tuberculozei articulare cu splină, administrată pe cale bucală. (Thérapeutique par l'ingestion de la rate dans la tuberculose articulaire), par. O. Fleigel, Deutsche mediz. Wochensch. No. 49 — 1928.

Therapeutica propusă de autor este bazată pe acţiunea defensivă şi bactericidă a splinei şi pe rolul ce'l joacă splina în regenerarea osoasă şi cicatrizare.

Autorul a aplicat cura dietetică de splină crudă de viţel, timp de 4 săptămâni, urmată de o întrerupere de 15—21 zile şi urmată de o a doua cură în tuberculozele articulare cu fistule şi abcese cronice şi a observat cu acest tratament o ameliorare evidentă. Curând după începerea tratamentului, se observă o scădere a temperaturei, o micşorare a supuraţiei, o ameliorare a aspectului ulceraţiei, micşorare a inflamaţiei perifistuloase, o ameliorare a stărei generale.

Tartratul de ergotamină în tratamentul migrenei. (Le tartrate d'ergotamine dans le traitement des migraines), par Ainault. Tzank, Bullet. et mém. de la Soc. des hôpit. Paris No. 14—1929.

Autorul a întrebuinţat doza de 2 miligrame (două comprimate de tartrat de ergotamină) pe zi, supraveghiând bolnavii şi semnele de intoleranţă la acest medicament.

In cât administrat pe cale bucală tartrat de ergotamină s'a arătat foarte eficace în migrene penibile, unde celelalte medicamente au eşuat.

Tratamentul ulcerului stomacului şi duodenal cu zahăr. (Traitement des ulcères de l'estomac et du duodenum par le sucre). Georg Recht, Klinische Wochenscrift No. 12—1929.

Faptul relevat de Simnitzky că hidraţii de carbon ar produce o inhibiţie a motilităţei şi a secreţiunei gastrice şi în acelaş timp o excitare a aparatului insulinic, care ar fi un puternic alcalinizator, a determinat pe Recht de a administra pe cale bucală soluţii concetrate de zahăr la bolnavii de ulcer gastric şi duodenal. La bolnavii ce nu erau internaţi în spital le da 50—80 gr. zahăr dizolvat în 200—250 gr. apă, ceaiu slab sau lapte, — cu o oră—o oră şi jumătate înainte de masă. In ulcere duodenale le da o oră după masă zahărul. In majoritatea cazurilor durerile datorite ulcerului au dispărut.

Tratamentul fizioterapic al reumatismului cronic. (Le traitement physiotherapique du rhumatisme chronique), Frank D. Howitt. (The British Médical Journal No. 3555—1929).

In reumatizmul cronic al bătrânilor, mai ales cel ce atinge articulaţiile mari şi e însoţit de accese de gută, fizioterapia şi hidroterapia este indicată. Băile calde sau băile de vapor prin vazodilataţia şi hypertemia temporară, favorizează circulaţia şi eliminarea substanţelor toxice, fapt ce explică acţiunea lor în reumatism cronic. Băile sunt urmate de o şedinţă de sudaţiune intensă, masaj şi mobilizare a articulaţiilor bolnave.

Ca fizioterapie, autorul recomandă diatermia aplicată de un specialist pentru a evita arsurile pielei şi mai ales spre a dirija sensul curentului şi durata şedinţelor.

Tratamentul boalei serului. (Le traitement de la maladie du sérum), H. Taterka et L. Hirsch, (Medizinische Klinik No. 42—1928).

F. şi H. recomandă ephedrina şi ephetonina cu titrul preventiv şi curativ al boalei serului: 5 centigrame ca doză la adult sau la copil mare, 25 miligrame la copii în primii ani. Se dă prima doză în injecţii subcutanate, următoarele în tablete pe gură.

Ephedrina întrebuinţată în tratamentul exantemului seric, pare să scurteze evoluţia şi mai ales atenuiază pruritul. Pe cale bucală efectul ephedrinei se manifestă după 30 minute la 2 ore. Intervalul între injecţiile subcutanate trebue să fie de 4 ore, între dozele bucale, 2 ore de interval.

Acţiunea diuretică a bismutului. (L'action diurétique du bismuth). H. Wehrtens et P. Hanzlick, (American médical Association No. 4—28 Iulie 1928).

Autorii recomandă întrebuinţarea sărurilor de bismut, a tatratului, salicilatului şi a sub-nitratului de bismut ca diuretic în nefrite cu edeme; 3—5 gr. per os de subnitrat de bismut ar mări diureza, probabil această diureză este datorită acţiunei radicalului nitrat, de oarece apar reacţii circulatorii ale nitriţilor.

R. H.

IV.

INFORMAŢIUNI

CONGRESUL PROFESIONAL DIN CRAIOVA AL ASOCIAŢIEI GENERALE A MEDICILOR DIN ROMANIA

Din zilele de 8, 9 şi 10 Noembrie crt.

PROGRAMA

ZIUA I.

8 Noembrie 1929

Orele 9—11. Vizitarea oraşului şi a instituţiunilor sanitare din Craiova, (întâlnirea va avea loc la orele 9 a. m., la Inspectoratul Regiunei I Sanitară, Str. Jules Michelet No. 2).

Orele 11. Tedeum.

Orele 11½. Şedinţă solemnă de deschidere a Congresului, în sala Teatrului Naţional.

Discursul Domnului Prof. Dr. N. Gheorghiu, Preşedintele Asociaţiei Generale a Medicilor.

Cuvântările ocazionale ale oficialităţilor şi reprezentanţilor Societăţilor

Orele 16. Şedinţa va avea loc în sala de şedinţă a Prefecturei.

Anteproectul de lege pentru organizarea Corpului Medical.

Raportori: Advocat Al. Ionescu şi Dr. Marius Georgescu.

a) Privire generală asupra organizărei corpului medical.

b) Expunere de motive.

c) Citirea pe articole a anteproectului de lege.

d) Discuţiunile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Orele 19. Recepţiune în onoarea congresiştilor la Cercul Medico-Farmaceutic (Laboratorul de Higienă).

Orele 21. Reprezentaţie de gală în onoarea congresiştilor la Teatrul Naţional.

ZIUA II

9 Noembrie 1929.

Orele 9 a. m. Organizarea Sanitară a ţărei.

Raportor: Prof. Dr. Titu Gane.

Comunicări: Dr. Ch. Laugier, Dr. D. Danielopol, D-r A. Daniel, Prof. Dr. D. Ionescu, etc.

Orele 16. Asigurările sociale.

Raportor: Conf. Dr. P. Tomescu.

Discuţiuni.

Orele 22. Serată artistică dansantă în onoarea congresiştilor, (în Sala Cercului Militar).

ZIUA III

10 Noembrie 1929.

Orele 9 a. m. Vizitarea Sanatoriului Leamna.

Orele 11 a. m. Comunicări în legătură cu rapoartele prezentate.

Orele 13. Masă colegială.

Inchiderea Congresului.

* * *

In vederea organizării lui, Asociaţia Generală a Medicilor, adresează corpului medical următorul comunicat:

Stimate Coleg,

Asociaţia Generală a Medicilor din România, organizează la Craiova, în zilele de 8, 9 şi 10 Noembrie crt., Congresul Profesional anual.

Importanţa acestui congres, reese din însăşi ordinea de zi, care va fi următoarea:

1) **Anteproectul de lege al Corpului Medical,** având ca raportori pe D-l Avocat Al. Ionescu şi D-l D-r Marius Georgescu.

2) **Organizarea sanitară a ţărei,** raportor D-l Prof. Dr. Titu Gane.

3) **Asigurările sociale,** raportor Conf. D-l Dr. P. Tomescu.

Din enumărarea acestor rapoarte, reese evident, interesul pe care Comitetul Central al Asociaţiei îl pune întru rezolvarea marelor chestiuni ce interesează atât corpul medical, cât şi sănătatea publică a ţărei româneşti. El este convins că şi D-voastră, conştienţi de străduinţele făcute de Comitetul Central în ultimii ani la Asociaţia noastră, veţi răspunde cu entuziasm la această chemare, asistând la acest congres care sperăm că va fi mai impunător decât ultimile congrese, care şi ele au fost foarte reuşite.

Atât filiala Dolj, care ne-a invitat să ţinem Congresul la Craiova, cât şi Comitetul de organizare al Congresului, se străduesc să facă participanţilor toate înlesnirile posibile de transport, înquartiruire, alimentaţie, etc.

Ministerul Sănătăţii a acordat prin adresa No. 95536 un concediu de 5 zile, tuturor medicilor funcţionari care vor să participe la acest Congres.

Direcţiunea C. F. R., a acordat medicilor nefuncţionari, o reducere de 50% la întoarcere, medicii funcţionari putând beneficia de reducerea care au avut-o până acum.

Filiala Craiova, împreună cu mult apreciatul şi activul Inspector General Sanitar D-l Ch. Laugier, depun toate străduinţele ca cele 3 zile pe care medicii le vor petrece în Craiova să fie cât mai plăcute.

In buletinul nostru care va apare în cursul lunei Octombrie, veţi primi programul amănunţit al Congresului.

Inscrierile se fac la sediul central din str. Isvor No. 16, Bucureşti, unde veţi trimite prin mandat poştal suma de lei 100, taxa de participant, împreună cu adeziunea D-voastră, cel mai târziu până la 30 Octombrie crt., cunoscând că, avem nevoe să cunoaştem din vreme numărul participanţilor pentru o perfectă organizare a inquartiruirei congresiştilor.

In aşteptarea neîntârziată a adeziunei D-voastră vă rugăm, stimate confrate, să primiţi asigurarea colegialei noastre stime.

Comitetul de organizare:

Preşedinte, **Prof. Dr. N. Gheorghiu.**

Membrii: Col. Dr. **N. Marinescu;** Conf. Dr. **P. Tomescu,** D-r **Marius Georgescu,** Dr. **Ovidiu Alfandary,** Dr. **T. Komorovsky.**

* * *

Iar pentru prezentarea unei **„Expoziţiuni de cărţi, reviste şi hrisoave medicale româneşti”,** Asociaţia face această chemare către corpul editorial românesc:

Prea Stimate Domn,

Asociaţia Generală a Medicilor din România, organizează la Congresul Profesional, care va avea loc la Craiova, în zilele de 8, 9 şi 10 Noembrie crt., o expoziţie de reviste, cărţi şi hrisoave medicale româneşti, şi vă roagă să binevoiţi a trimite pentru această expoziţie o colecţiune din revistele şi cărţile medicale româneşti, care apar în editura D-voastră şi orice altă lucrare, care ar avea legătură, cu scopul acestei expoziţiuni.

De asemenea dacă doriţi a se împărţi medicilor congresişti, numere vechi din revistele ce editaţi, veţi binevoi a ne trimite şi aceste numere.

Pachetele poştale francate le veţi trimite pe adresa Inspectoratului General Sanitar al Olteniei, din Str. Jules Michelet No. 2, Craiova, cu inscripţia pentru „Expoziţiunea Congresului”.

In aşteptarea cât mai neîntârziate a participărei D-voastre şi în credinţă că D-voastră convinşi de importanţa propagandistică a acestei expoziţiuni, veţi lua neapărat parte, vă rugăm să primiţi asigurarea deosebitei noastre stime.

Asociaţia G-lă a Medicilor,
Secretar General, **Dr. O. Alfandary.**

* * *

Ministerul de Răsboiu, prin ordinul circular No. 71, aduce la cunoştinţa medicilor, veterinarilor şi farmaciştilor de rezervă de orice grad, cari îndeplinesc condiţiunile cerute de art. 9 din legea sanitară, decretată cu No. 1307 din 15 Septemvrie 1924 şi cari au obţinut dreptul de liberă practică până la această dată, să înainteze Ministerului de Răsboiu, direcţia VI sanitară, cererile lor de înaintare însoţite de actele următoare:

I. **Medicii, farmiciştii şi veterinarii, ofiţeri sanitari de rezervă.**

1. Certificat de sănătate eliberat de un medic oficial.
2. **Monitorul Oficial** în care s'a publicat dreptul de liberă practică.
3. Memoriul descriptiv al situaţiei militare şi activităţii pe timpul campaniei, în care se va arăta şi starea civilă exactă.

II. **Medicii, farmaciştii şi veterinarii, cari nu sunt ofiţeri de rezervă.**

Pe lângă actele de mai sus, vor mai înainta:

1. Extract de naştere.
2. Certificat de naţionalitate.
3. Certificat de moralitate.
4. Dovadă dela cercurile de recrutare sau garnizoanele respective că practică efectiv profesiunea de medic, farmacist sau veterinar.
5. Dovada constatatoare de concentrările de instrucţie.

Aceste acte urmând a fi centralizate, verificate şi discutate de o comisiune specială, trebuiesc primite la direcţia VI sanitară, în termen de 2 luni, cu începere dela 1 Iulie 1929 până la 31 August 1929 *).

Peste aceste date nu se mai acordă nici o prelungire şi toate cererile primite ulterior nu vor mai fi luate în consideraţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Asociaţia Docenţilor fac. de medicină din Bucureşti

Docenţii universitari ai facultăţei de medicină din Bucureşti şi conferenţiarii onorifici şi suplinitori care au trecut examenul de docenţă, au pus bazele unei asociaţiuni a docenţilor care îşi propune:

a) Apărarea pe căile legale a drepturilor căştigate prin examenul de docent şi menţinerea acestui examen şi în viitor, şi

b) organizarea de cursuri libere şi de cicluri de conferinţe — cu aprobarea autorităţilor în drept — de perfecţionare pentru medici şi studenţi şi cu colaborarea eventuală şi a conferenţiarilor definitivi foşti docenţi.

In acest scop s'au discutat şi votat statutele**) asociaţiei în seara de 9 Octombrie 1929. în localul asociaţiei, alegându-se şi comitetul de conducere pe anul în curs. Acest comitet este constituit din un preşedinte (Dr. St. Drăgănescu), 2 vicepreşedinţi (D-na Dr. Medea Niculescu şi Dr. I. Ţetu), un secretar general (Dr. M. Popper) şi un casier-bibliotecar (Dr. Ştefan Popescu).

Asociaţia docenţilor-medici din Bucureşti va căuta să grupeze în o asociaţiune generală şi pe docenţii din celelalte centre universitare medicale din ţară.

---

*) Termen, care s'a prelungit ulterior până la 1 Noembrie.

**) Aceste statute sunt redate în corpul revistei la pag. 700.

V.

ASPECTE MEDICALE ROMÂNEŞTI

de actualitate

«Vrea neapărat să ajungă profesor»

La noi oricare medic mai răsărit se simte îndrituit — şi nu de azi — a ambiţiona titlul, mai mult situaţiunea, de profesor; şi dacă nu de profesor plin, măcar de acela, care aduce mai pe aproape, ca conferenţiarul definitiv, sau mai pe departe ca conferenţiarul suplinitor şi onorific.

Agregatul, care deja a pus piciorul pe prag, se socoteşte în virtutea iuţelii ca şi intrat.

Pentru început şi de foarte multe ori în extremis medicul român se mulţumeşte şi cu perspectiva mai redusă a docentului, care încă sună convenabil la urechile publicului neprevenit.

Iar acest public nepretenţios, la o nevoe mare sau ca răsplată, uneori chiar drept plată, îl face el profesor pe medicul său, mai arătos (în Franţa nici măcar Domnule nu i se zice, ci simplu Docteur, chiar dacă şi or cât ar fi el de profesor).

Şi de aci urmează un ciclu de preţiosităţi care se întinde şi în afară de hotarele ţării:

a) noi îl facem profesor pe D-l **Dr. I. Comby,** medic onorar în prezent al spit. des Enfants-Malades din Paris (vezi numărul din ultimul timp al uneia dintre **gazetele noastre ilustrate,** căreia un confrate îi asigură un activ **Curier Medical** de consultaţiuni prin corespondenţă, în felul celuia al venerabilei **Sănătatea** trezită la viaţă din timp în timp prin numere din colecţiile din trecut cuprinse pentru ocazie în coperte cu dată recentă),

b) iar străinătatea, prin reciprocitate, ne face aceleaşi graţiosităţi, uneori jenante (cazul involuntar al unuia dintre conferenţiarii noştri „en titre", căruia o revistă medicală străină, în care publicase un articol, i-a pus din proprie iniţiativă înaitea numelui său titlul de profesor al facultăţii de medicină, din Bucureşti).

* * *

«Medic şi poet»

Ca **doctrină** medicina a plutit mult timp în vag şi poezie; şi încă multe din adevărurile sale de azi se vor dovedi mâine chimerice.

Ca **organizaţie sanitară,** fără de care nu se poate menţine un corp constituit în stat, şi ca **asistenţă socială,** la care se referă în ultima instanţă rolul medicinei în societate, dibuirile fatale de început au fost iarăşi dictate de multe ori de inspiraţie.

Şcoalele ţărilor mai înaintate în cultură au ajuns cu atât mai repede la formulele potrivite lor.

Şcoalele mai tinere vor trebui să treacă toate prin epoca improvizaţiunilor: printre acestea cu atât mai mult şcoala medicală românească, care n'a avut întotdeauna privilegiul ca în numele ei şi pentru ea să legifereze numai şi cele mai competinte persoane din cadrul corpului său medical.

In schimb medicul tutulor timpurilor şi al tutulor popoarelor repede şi definitiv a consacrat legenda unei fiinţe reci, care trăeşte din specularea suferinţei omeneşti.

Excepţiile sunt numeroase, chiar foarte numeroase, dar ele confirmă regula.

Dar imputarea trebue a se face mai puţin medicului român pentru-că:

relativ tânăr ca medic şi fără experienţa unui lung trecut nu a simţit până în prezent nici efectele chomagiului pletoric, care să-i perfecţioneze mijloacele de apărare, iar ca om românul nu este străin de tot ce omenesc.

Românul se naşte poet — s'a spus — şi vălul de poezie, care înconjoară fondul său sufletesc, nu ajunge să-l rupă nici prozaismul meseriei de medic.

Intre altele dovadă pentru moment acest raport oficial înaintat nouă în copie şi cu goluri de un D-n medic primar de judeţ.

Durerea pricinuită de moartea unei subalterne moaşă a spitalului său, este aşternută de medicul respectiv pe tânguioasele versuri ale lui Coşbuc din moartea lui Fulger:

«Din codru rupi o rămurea
ce-i pasă codrului de ea!»

atunci când arată şefului său erarhic de ce numele răposatei nu va mai putea figura în statele lunare de plată:

Domnule Medic Primar,

Am durerea a vă comunica cum că moaşa spitalului de aici a decedat în urma unei embolii, cum că pe ziua de 25 Noembrie a. c. din corpul sanitar local s'a rupt o fină şi modestă rămurea.

Medicul spitalului a avut trista ocaziune, ca în prezenţa colegilor ei (Moaşa . . ., Intendentul . . ., sub-chirurgul . . . şi agentul sanitar . . . atât) să-i adreseze ultimul sincer salut de despărţire şi să încerce să spere că corpul sanitar va dovedi de rândul acesta că îi va păsa că din corp i s'a sfăşiat o rămurea.

Ca atare dela 1 Dec a. c., sărmana moaşe, a cărei viaţă a fost un perpetuu chin, nu v'a mai putea figura în statul serviciului.

Medicul spitalului....

(ss) _____

Raport No. 650 | 927.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Caz sporadic sau endemie nebănuită până acum printre medicii români?

Coardă sensibilă individuală sau specific sufletesc comun, care să justifice motto pus?

Dar nota trebueşte urmărită prin noi observaţiuni şi documente în sprijin.

M. C.

Anul II. No. 10 Octombrie 1929

MIŞCAREA MEDICALĂ

REVISTĂ MEDICO-CHIRURGICALĂ
INDEX ANALITIC MEDICAL ROMÂNESC

SUMARUL

I.

Pag.

Cronica 713
Aspecte din Patologia Colului vesical de *Conf. Dr G. Marinescu* . 715
Prognosa şi Tratamentul cavernelor tuberculoase de *Dr. I. Rosman* . 725
Consideraţiuni asupra unui caz de eritremie (Boala lui Vaquez) de *Doc. Dr. M. Cânciulescu* şi *D-ra Dr. R. Hirsch* 735
Sommaire—Grundriss 714

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ *)

A. — SOCIETĂŢI ŞTINŢIFICE

Reuniunea anatomică din Cluj. Şedinţa din 1 | II şi 27 | IV 1929 743
Asociaţia Ştinţelor Medicale din Bihor şi Oradea. Şedinţele din 20 | II; 25 | IV; 25 | V; 22 | VI; 19 IX; 17 X 1929 752
Societatea Anatomo-clinică (Iaşi) Şedinţa din 10 Iunie 1929 753
Soc. Med. a spit. Bucureşti. Şedinţa din 5—19 Iunie 1929 758
Soc. română de Dermatologie şi Sifiligrafie din Bucureşti Şedinţa din 11 | IX şi 2 Dec. 1928 759

B. — CONGRESE.

Al 8-lea Congres r. de O. R. L. Bucureşti, din 26–28 Oct. 1929. Dare de seamă de Dr. L. Mayersohn 762

*) **Asupra oricăreia din lucrările medicale româneşti semnalate aici se pot face, la cerere, referate mai desvoltate şi chiar procura întregul articol în original.**

Pag.

C. – MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ IN STRĂINĂTATE *)

Medicina experimentală 764
Chimie biologică 766
Patologia (Sistem circulator, Ap. digestiv, Dermato-sifiligrafie, Ap genito-urinar, Sistem nervos) 766
Terapeutica 772

III.

MIŞCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

Aide-Mémoire de Syph comparée et de thérapautique Bruxelles de Dr. R. Bernard—Rec. de *Dr. G. Diamandescu* 773
Précis d'Hygiène et des Maladies du Nourisson de Marfan şi Lemaire Paris 1930—Rec de *Dr. H. Slobozianu* 774

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*) Autorii sunt rugaţi a trimite singuri auto-referatele la redacţie.

CRONICA

In Aspecte din Patologia colului vesical *autorul d-l* Dr. Gh. Marinescu, *conferenţiar de urologie la Fac. de medicină din Bucureşti, expune dupe noile date de ordin fizio-patologic* Mecanismul normal de producere al micţiunei *precum şi acela al dizuriei sau retenţiei de urină—mecanism care nu mai corespunde noţiunilor clasice.*

Deschiderea colului vesical nu mai este determinată de inhibiţia sfincterului prin pătrunderea primelor picături de urină în uretrul posterior sub influenţa contracţiei vesicei prin distensiunea sa — cum am învăţat până acum — ci acţiunei voluntare a unui muschi, muschiul trigonal, care căptuşeşte planşeul vesicei şi care, când se contractă, trage înapoi buza postero inferioară a colului şi astfel deschide orificiul; iar oprirea în micţiune iarăşi nu mai este un act reflex, ci se datoreşte contracţiei iarăşi voluntare a sfincterului vesical.

De aci explicaţia pentru-ce lesiunile chiar uşoare ale planşeului vesical determină disurie cu falşe incontinenţă; iar lesiunile cât de puţin iritative din vecinătatea colului, adică din sfera uretrului posterior (cu prostata) determină retenţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prostatismul *(un syndrom de suferinţă al uretrului genital cu glandele vecine)* cu prostată *sau* «fără prostată» — *denumire care a prins — din care Marion şi Legueu au sustras noua entitate morbidă numită* Boala colului *sunt prezentate iarăşi de autor la lumina acestor noi noţiuni.*

Ne permitem a afirma că d-l Dr. Marinescu face un mare serviciu practicienilor desvăluind un colţ al misterului, care continuă a înconjura această răspântie uretro-prostatică atât de frequentată şi atât de puţin cunoscută . . . . chiar de specialişti, nu mai vorbim de masa mare a medicilor, cari îşi trec reciproc şi o viaţă întreagă pe aceşti nenorociţi, cari le constituesc grosul clientelei lor de toate zilele.

Toţi aceşti bolnavi, legiune, cari sufer ceva mai înapoia uretrului sunt trataţi indistinct depe aceiaşi schemă şi cu multă convincţie cu irigatorul şi câte-va dilatatoare, făcându-se recurs rar la tuşeu, foarte rar la microscop şi excepţional la uretroscop pentru diagnostic, iar la operaţie, ca la o tardivă şi ultimă încercare.

D-l Dr. I. Rosman *în articolul* Prognosa şi Tratamentul cavernelor tuberculoase, *arată cum priveşte şcoala germană prezentul şi viitorul unui tuberculos cavitar.*

Greutatea de diagnostic clinic a multe din aceste excavaţiuni, cari rămân «mute», cu toate semnele patognomonice ce li s-au descris până când nu se recurge la o placă radiografică, face şi mai sombră

prognosa, care dă 80% mortalitate acestor pacienţi în următorii 6 ani de tratament chiar în sanatorii, dar numai cu mijloace medicale.

De acea s'a pus ca o axiomă acolo, că dacă în primele 3 luni de tratament nu se observă o tendinţă la sclerozare manifestă (examene repetate de spută cantitativ şi calitativ) a cavernelor chiar nu mai mari ca o cireaşe, atunci să se recurgă fără întârziere la o terapie activă prin pneumotorax, frenicotomie, toracoplastie sau razele Röntgen.

Dr. M. Cânciulescu *şi* R. Hirsch *publică un* Caz de Eritremie *sau* Boala lui Vaquez, *varietatea eritremo-piastrinemică şi de origine presupusă paludică.*

Dr. M. Cânciulescu.

SOMMAIRE-GRUNDRISS

Aspects de la pathologie de col vesical par le Dr. Conférencier G. Marinescu.

Le prognostic et le traitement des cavernes tuberculeuses par le Dr. I. Rosman.

Sur un cas d'Eritremie (maladie de Vaquez) par les Drs. M. Canciulescu et R. Hirsch.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ergebnisse aus der Pathologie des Colum der Harnblase von Dr. G. Marinescu.

Prognose und Behandlung der Lungentuberculose mit Kaverne von Dr. I. Rosman.

Beobachtungen über einen Fall von Erithremia vera (Krankheit von Vaquez) von Doz. Dr. M. Canciulescu und *Frl.* Dr. R Hirsch

ASPECTE DIN PATOLOGIA COLULUI VESICAL

de

Dr. G. MARINESCU

Chirurg primar şi Conferenţiar de urologie.

Deşi de foarte multă vreme s'a căutat explicaţia mecanismului dysuriei şi retenţiei şi cauzele care ar presida la origina lor, se pare că abia acum încep să se cristalizeze unele noţiuni bazate pe cercetăi *anatomice, fisiologice, farmaco-dinamice* şi *patologice*, care au permis ca în syndromul prostatismului să vedem şi altceva de cât vulgara hypertrofie a prostatei care nu există la toţi dysuricii senili şi care când există nu dă totdeauna dysurie şi retenţie.

Mercier la 1844 descrisese valvulele colului şi emaisese părerea că unele retenţii ar fi cauzate de obstacole ca: hypertofie musculară sau un lob median al prostatei.

Thompson (1886) semnalase retenţii prin obstacol datorit hypertrofiei fasciculelor musculare ale colului în urma unei iritaţii persistente.

Guyon (1887) descrie „prostatismul vesicular pe care-l pune pe contul atoniei primitive a vesicei, consecinţă a arteriosclerosei".

Fuller la 1897 descrie contracţia cronică a ţesuturilor care înconjură colul vesicei.

Englisch publică casuri în cari colul vesical e înconjurat de un strat muscular propriu hypertrofiat şi admite că acest „annulus hypertrophicus orificiae uretrae internis" e congenital.

Motz şi Arrèse la 1902 susţin că, cantitatea de fibre musculare nu e deloc diminuată în vesica zişilor prostatici fără prostată şi că atonia vesicală a acestor bolnavi nu e datorită relei stări a musculaturei vesicei.

Moran raportează un caz de retenţie cronică care a cedat la debridarea colului cu termocauterul.

La 1905, americanii Chetwod şi Keyes pun aceste dysurii

rău cunoscute pe contul unei contracturi a colului, care n'ar fi de cât o strictură localisată la colul vesical.

Noguès şi Albarran la 1908 emit ideia că ar fi vorba de turburări de inhibiţie care produc nu numai lipsa de relaxare a sfincterului intern al colului, dar şi lipsa de contractare a lui.

La 1913 Marion atrage atenţia asupra adenomelor mici care nu sunt simţite nici la tactul rectal, nici nu se văd la cystoscopie şi care ar da fenomenele de „prostatism fără prostată".

In 1919 Legueu publică o lucrare asupra mecanismului retenţiilor vesicale de origină prostatică şi mai târziu descrie ceea ce el numeşte „maladia colului", caracterisată prin hypertrofia tuturor elementelor mucoase, glandulare, musculoase şi fibroase care constituesc colul vesical.

Cum vedem se ajunge încetul cu încetul la a se localisa la col, în grosimea, sau împrejurul lui, causele dysuriei şi retenţiei şi a se individualiza afecţiuni ca: hypertrofia congenitală a colului vezical descrisă de curând de Marion, sau „maladia colului" descrisă de Legueu, afecţiuni care diminuă cadrul prostatismului vesical şi pun bazele unei terapeutice active la care s'a ajuns mai ales graţie cercetărilor noi anatomice şi fiziologice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Până la cercetările lui Joung şi Vesson, Macht şi Denning, cunoştinţele anatomiei asupra colului vesical se resumau la următoarele noţiuni. Colul vesical se întinde de la porţiunea vesicei care precede orificiul posterior al uretrei şi coprinde uretra posterioară până la veru montanum. Privit prin vesica deschisă colul se deschide la nivel cu porţiunile vecine ale vesicei şi se presintă sub aspectul unei mici depresiuni rotunde cu margini uşor plisate. Marginea sa nu proemină de cât în unele casuri în care baza posterioară face o mică ridicătură (lueta vesicală a lui Lieutaud). Pe secţiune structura e următoarea: mucoasă cu glande sub mucoase descrise de Albarran ca formând aglomeraţii submontale şi sub cervicale; un strat de *fibre musculare longitudinale* paralel cu uretra, care se continuă în sus cu firele longitudinale ale ureterului înapoi, cu fibrele stratului plexiform înainte şi pe laturile colului, aceste fibre longitudinale sunt anastomosate şi înlănţuite cu fibrele sfincterului; *un strat de fibre circulare* care formează sfincte-

rul neted, inel de 1 cm. înălţime şi ½ cm. grosime, care se continuă în sus cu stratul circular al vesicei, în jos cu stratul circular al uretrei şi care e traversat îndărăt şi pe laturi de fibre radiate venite din stratul longitudinal al uretrei. Studiile recente ale lui Joung şi Vesson, Macht şi Denning stabilesc că în regiunea vesico-uretro-prostatică există două *sisteme musculare diferite din punct de vedere embriologic, anatomic, fisiologic, farmaco-dinamic* şi *patologic.*

Un sistem muscular trigonal format de muschiul interureteral al lui Mercier şi muschiul lui Bell descris la 1812 şi constituit dintr'un mănunchi de fibre netede longitudinale cari plecând din ureter trec pe sub mucoasa vesicală şi înăuntru sfincterului intern descriind o curbă cu concavitatea posterioară. Contracţia acestor fibre îndreaptă curba. Trăgând înapoi buza posterioară a colului, deschide sficterul punând în acelaş plan planşeul vesicei şi uretra prostatică. In momentul deschiderei sfinctului şi a contracţiei muschilor vesicali are loc actul micţiunei.

In opoziţie cu muschiul lui Bell avem *aparatul sfincterian* format din fibre care nasc din tunica longitudinală externă a vesicei, înconjură regiunea colului pe partea externă şi se unesc pe faţa anterioară fără a forma rafeu median. Ele descriu prin unirea lor un arc deschis înapoi. In această regiune fibrele circulare ale vesicei presintă o îngroşare care se întinde în jurul uretrei prostatice, imediat la nivelul colului, formând un arc cu concavitatea anterioară. Aceste 2 arcuri opuse în situaţia lor formează aparatul muscular al sfincterului. Prin activitatea acestor fibre musculare e asigurată închiderea sfincterului intern şi anume: prin tracţiunea exersată în jos de aceste fibre longitudinale care se sprijină pe faţa anterioară a uretrei prostatice; prin contracţia inelului cervical şi prin tendinţa segmentului de arc deschisă înainte de a ridica buza inferioară a colului

Clasic se admitea că sfincterul neted închide vesica prin tonicitatea şi elasticitatea sa, sau contracţia reflexă statică de atitudine. El scapă controlului voinţei prin opoziţie cu sfincterul extern sau striat care închide uretra printr'un mecanism reflex, automatic, sau voluntar. Se admite că micţiunea se produce prin punerea în joc a celor 2 reflexe: un reflex de contracţie al vesicei prin distensia organului; un reflex de in-

hibiţie a sfincterului extern striat datorit iritaţiei mucoasei uretrale prin cele câte-va picături de urină care pătrund în uretra prostatică sub imperiul contracţiei vezicei.

Joung şi Vesson, N. şi F. Serrallach, după examene cystoscopice şi uretroscopice, au studiat mecanismul micţiunei şi au constatat că: deschiderea colului nu e datorită inhibiţiei sfincterului, dar rezultă din contracţia activă a fibrelor lui Bell. Se poate vedea acest lucru când în cursul cystoscopiei apare sensaţia de a urina. Atunci se observă ridicându-se pe planşeul vesical relieful masei muschiului trigonal şi când atinge prisma cystoscopului şi întunecă câmpul visual până încetează contracţia sau până ce se îndreaptă lentila în altă parte.

Prin cystoscopia hypogastrică şi prin uretroscopie se vede cum dilataţia colului se face în detrimentul segmentului posterior şi sub acţiunea contracţiei muschiului lui Bell; colul deschis nu e circular, ci oval şi cu diametrul mai mare antero-posterior.

Funcţional cele 2 sisteme musculare sunt opuse: primul deschide sfincterul şi al doilea îl închide, aşa că actul de a urina ca şi continenţa sunt 2 funcţiuni active şi nu mai e sigur azi, cum se zicea altădată, că urina se scurge prin relaxarea sfincterului, dar mai ales prin intervenţia muschiului lui Bell care învinge sfincterul. Aceşti muschi cu fibre netede consideraţi ca supuşi exclusiv vieţei vegetative, s'a observat prin cystcoscopie că se supun şi voinţei. Independenţa acestor muşchi se constată şi prin calităţile farmacodynamice opuse: adrenalina face să se contracte fibrele trigonale, în timp ce sfincterul se relaxează sub acţiunea sa. Pe când fibrele trigonului nu se supun nici unui alt medicament şi se revelează ca sympaticotonice, acelea ale sfincterului sunt influenţate de pilocarpină, physostigmină, muscarină şi se contractă ca acelea supuse parasimpaticului.

Din punct de vedere embriologic aceşti autori arată că muschiul trigonal ar fi de origină mesodermică, pe când sistemul sfincterian ar fi de origină endodermică.

Din punct de vedere fisio-patologic observăm că lesiunile trigonului vesical sunt acelea care provoacă sensaţia de a urina şi syndromul cistitei e mai pronunţat în lesiunile întinse la col şi cu maximum de lesiuni pe mucoasa trigonală. Chiar în caz de polakiurie dureroasă unde lesiunile colului lipsesc, se

BCU Cluj / Central University Library Cluj

descopere pe trigon o placă echimotică, o ulceraţie, turburări circulatorii ori de nutriţie ale mucoasei trigonale, care explică tenesmul (Serrallach). La bolnavi cu polipi ai colului ori cu oedem bulos sau hyperemie, Serrallach a observat lipsa de polakiurie ca şi cum această regiune ar fi mai tolerantă pentru procesele morbide de cât regiunea trigonului. Procesele localisate în corpul vesicei nu reduc mult capacitatea organului şi nu măresc numărul micţiunilor; pe când cele localisate la trigon se caracterizează prin nevoia imperioasă de a urina, care se traduce prin contracţia violentă a musculaturei trigonale uşor constatată prinn tact vaginal la femee, şi mai greu la bărbat prin tactul rectal.

Când lesiunile acestei regiuni sunt grave, toţi muschi sunt atinşi, cea ce provoacă tetanisarea organului şi-l obligă la deschiderea colului aproape continuă dând falşe incontinenţe. Faptele patologice confirmă deci datele fisiologice şi farmacodynamice asupra rolului muschiului trigonal arătând că graţie lui se deschide colul şi se dă scurgere urinei. De alt-fel mai există şi alte fapte care pun în evidenţă rolul de antagonist al sistemului sfincterian care prin contracţie închide trecerea urinei. Continenţa între micţiuni nu e de cât rezultatul luptei între sfincterul şi antagonistul său muschiul trigonal. In funcţiunea genitală găsim o probă de rolul normal al colului. In momentul ejaculaţiei, sperma acumulată în uretra posterioară, cu toate contracţiile muschilor perineali şi ai uretrei, nu trece în vesică şi nici o picătură de urină nu depăşeşte limitele vesicei In timpul ejaculaţiei deci colul e închis ermetic, fapt caracteristic vieţei genitale, care explică marea dificultate ce avem de a urina în timpul erecţiilor şi uşurinţa micţiunei după ejaculaţie când spasmul colului a încetat, avem încă proba faptelor patologice care demonstră că după cum excitaţia muschiului trigonal aduce polakiurie, acea a muschiului sfincterian intern aduce retenţia, ex.: contractura colului în urma lesiunilor sistemului nervos central sau a intoxicaţiilor provenind dinn afecţiunile organelor vecine, cum se întâmplă în cursul prostatismului. Din coordonarea celor două aparate, trigonal şi sfincterian resultă ritmul micţional care permite să reţinem urina în vesică atâta vreme până apare dorinţa de a urina, care conduce la o micţiune uşoară, nedureroasă; dar din momentul în care se produce fie în ţesutul propriu al acestor

BCU Cluj / Central University Library Cluj

muschi, fie în vecinătatea sau în organele care-i sunt legate fisiologic, o turburare morbidă, micţiunea e turburată, fie că devine frequentă şi imperioasă; fie că devine dificilă sau imposibilă.

Aplicând aceste noţiuni la studiul syndromului dysuriei vedem că în cadrul syndromului prostatic sunt coprinse lesiuni anatomo-patologice distincte şi că retenţia poate avea mecanisme diferite.

PROSTATISMUL e consecinţa alterărei ţesuturilor care constitue uretra genitală şi anexele ei glandarule, alterări care se traduc sau prin hyperplasia glandelor constituind cea ce numim *hypertrofia prostatei;* sau prin hypoplasie ori hypolasia celorlalte ţesuturi constituind clasa *prostaticilor fără prostată* din care s'a individualizat: *Hypertrofia congenitală a colului,* denumire dată de Marion, sau *Maladia colului,* denumire dată de Legueu în care intră şi hypoplasia ori sclerosa colului.

Lipsa retenţiei în unele hypertrofii de prostată şi disproporţia între volumul glandei şi fenomenele de prostatism, în altele, se explică prin topografia lesiunilor adenomatoase sau mixte fibro-mio-adenomatoase, topografie care depinde de acea a glandelor normale care se deschid în uretra prostatică. Unele se desvoltă sub mucoasa uretrală, altele sub colul vesical sau sub trigon, altele spre rect, existând multiple variaţiuni anatomice care explică şi variaţiile morfologice ale uretrei şi colului patologic.

In majoritatea cazurilor aceste elemente patologice pătrund musculatura sfincteriană şi trigonală, o disociază, ridică buza posterioară a colului, pe care o imobilizează. Se produce un fel de blocare a colului care devenit rigid nu se mai poate deschide sub influenţa tracţiunei muschiului trigonal, care el însuşi poate fi infiltrat de aceste formaţiuni, care-i anulează puterea de contractilitate. Dacă retenţia nu e complectă în unele casuri, sau micţiunea se face parţial, se explică prin faptul că nu toate fibrele musculare trigonale sunt incapabile de a se contracta şi sub imperiul voinţei unele se mai contractă şi evacuarea se poate face. După prostatectomie observând colul la cystoscop se constată că rămâne imobil şi nu mai are nici un rol în actul micţiunei. Sfincterul extern prin mijloacele sale proprii asigură atunci micţiunea. Sunt casuri în care pentru a deschide sfincterul intern e nevoe ca vesica să conţină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

o cantitate de urină destul de mare, fapt explicabil prin dilataţia vesicei care produce o alungire a muschilor trigonului, care nu mai e capabil de contracţie de cât pe o masă mare de lichid. Nu e locul să insist mai mult asupra hypertrofiei de prostată bine cunoscută în manifestările ei clinice şi voi trece la hypertrofia colului pe care o voi schiţa în linii mari.

HYPERTROFIA COLULUI VESICAL constitue o afecţiune care se caracterisează clinicеşte prin turburări identice cu ale hypertrofiei de prostată, fără ca bolnavii să presinte vre-o mărire de volum a glandelor sau vre-o altă afecţiune uretrală, prostatică ori medulară, care să explice dysuria sau retenţia. Asupra acestei afecţiuni Marion a publicat mai multe memorii tinzând să demonstreze origina congenitală a acestei hypertrofii asimilată de el cu hypertrofia congenitală a pylorului observată la copii mici, teză pe cari o susţine elevul lui Marion, Maurice Bouillée într'o lucrare basată pe 15 observaţii culese din serviciul lui Marion.

Origina congenitală a afecţiunii e bazată pe: apariţia precoce a primelor turburări; vârsta relativ tânără a bolnavilor care presintă accidente de prostatism; coincidenţa frequentă a hypertrofiei colului cu alte malformaţii congenitale şi în special cu diverticulele vesicale. Alţi autori şi în special Serralach pun hypertrofia musculară a colului pe contul excitaţiilor venite din mucoasa vecină sau din elementele nervoase care o inervează şi nu admit origina congenitală.

Denumirea de hypertrofie musculară e bazată pe constatările anatomice făcute de Marion şi Bouillié care au găsit la microscop o hyperplasie a ţesutului muscular şi o hypertrofie a fibrelor musculare netede în majoritatea casurilor. Numai în puţine casuri au observat şi o hyperplasie a ţesutului conjonctiv intermuscular, iar presenţa glandelor hyperplasiate n'au întâlnit-o pe casurile studiate, ci din contră au observat atrofia lor. Pentru Legueu în „maladia colului" ar fi vorba de o „hypertrofie a tuturor elementelor, mucoase, glandulare, musculare şi fibroase care-l constituesc. Colul a devenit rigid, a perdut extensibilitatea, această condiţie indispensabilă realisărei micţiunei normale, care e supleţa". In unele casuri el descrie un mic adenom a cărui presenţă n'o arată nimic; în altele adenomul nu e găsit de cât la un examen microscopic, perdut în stroma musculară hypertrofiată; în altele în fine adenomul nu

e caracterizat decât prin oare care hyperplasie glandulară; câteodată o hypertrofie mai mult musculară şi fibroasă de cât glandulară. Fie că ar fi o hypertrofie şi hyperplasie musculoasă cum susţine Marion, ori o hypertrofie şi hyperplasie a tuturor straturilor care constituesc colul, afecţiunea există şi dovada e făcută nu numai prin manifestările ei, ci prin constatările anatomice făcute pe coluri ridicate în cursul intervenţiilor chirurgicale. Cât priveşte etiologia hypertrofiei colului explicată de unii prin teoria inflamaţiei (Papin, de la Rochelle), teoria contracturei, teoria spasmului, chestia nu e încă elucidată. Putem admite pentru unele cazuri origina congenitală cu Marion, iar pentru altele teoria iritativă, traumatică ori inflamatoare, care ar explica mai bine hypertrofia mixtă.

Symptomatologia hypertrofiei colului nu se deosibeşte de a hypertrofiei de prostată. Frequenţa micţiunilor, dysuria, retenţia, apar mai de vreme şi uneori la indivizi foarte tineri (sub 45 ani). Semnele clinice sunt foarte reduse. In unele casuri se întâlneşte o resistenţă la col când trecem bula olivară, Trecerea sondelor se face uşor, mulţi bolnavi sondându-se singuri cu uşurinţă, acest fapt a făcut pe Wilms să spună „că atunci când ne gândim la un obstacol prin rea funcţionare a sfincterului, să nu conchidem, dacă sondajul se face uşor, că nu există obstacol". Tactul rectal nu dă nimic în general, dar tot aşa poate să nu dea nimic nici în hypertrofiile cu lob median sau în hypertrofiile prostatice incipiente, de acea trebue făcut controlul cystoscopic. Cystoscopia ne poate arăta o bară la partea inferioară a colului; o ridicătură semilunară de culoare închisă violacee; diverticule; coloane vesicale proprii retenţiei de alt-fel. Uretroscopia a permis lui Buerger să vadă rigiditatea colului şi lipsa lui de dilatabilitate precum şi coincidenţa de lesiuni ale verumontanului ca: oedem, hypertrofie; ori polipi ai uretrei posterioare.

„In general lipsa de semne aparente de obstacol, în discordanţă cu turburările funcţionale poate justifica, deschiderea vesicei şi ablaţia colului vesical".

Pentru tratamentul acestei afecţiuni s'a recurs la calea uretrală sau la calea transvesicală. Pe cale uretrală s'a preconisat: secţiunea colului cu instrumentaţia lui Bottini; secţiunea colului cu un uretrotom special (Gerachty); secţiunea colului printr'o butonieră perineală; secţiunea colului prin electro-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

coagulare (Joung, Caulk). Pe cale transvesicală s'a propus şi executat: discisia colului cu degetul sau cu hegare; secţiunea colului pe buza posterioară; excisia cuneiformă a buzei posterioare ridicând un fragment de 1 c. m. înălţime (Rubritius); ablaţia totală a colului (cu degetul sau cu bisturiul).

Dintre toate aceste procedee americanii preferă: electrocoagularea, cu rezultate bune. Discizia şi secţiunea ori excesia cuneiformă au dat de asemeni resultate bune dar au trebuit urmată de dilataţie pentru a menţine resultatele, căci obstacolul se poate reface alt-fel. Ablaţia totală a colului pe care Marion o preferă cu bisturiul i-a dat rezultate bune în 14 din 15 casuri şi pare operaţie de ales mai ales că nu e gravă şi calea transvesicală permite în acelaş timp ridicarea diverticulelor concomitente, a calculilor, incisia baselor transversale, etc.

Alături de lesiunile hyperplasice ale ţesuturilor colului vom aminti lesiunile hypoplasice care dau aceleaşi fenomene de prostatism şi care cedează la acelaş tratament, ridicarea colului.

Rămâne să mai descriu pe scurt încă o afecţiune a colului, cunoscută de curând, ca o consecinţă a intervenţiilor pentru ridicarea adenomelor pe calea transversală. E vorba de BASA CICATRICIALĂ a unora, — de DIAFRAGMUL INTERVESCO-PROSTATIC descris de Marion în 1926, afecţiune asupra căreia am insistat într'una din şedinţele soc. de chirurgie din 1927 presentând observaţia unui prostatectomisat care presenta pe lângă acest diafragm şi un frumos şi voluminos calcul vesicoprostatic secundar, afecţiunea se manifesta clinicește prin dysurie şi retenţie curând după prostatectomie, în general câteva săptămâni sau luni, în care timp individul operat îşi recăpătase funcţiunea de micţiunea normală.

Cateterismul se face greu, instrumentele oprindu-se la nivelul colului între cavitatea vesicală şi loja rămasă după prostatectomie.

E necesar să ne folosim de sonde cu mandrin, pentru a putea intra în vesică sau de filiforme îndoite care pătrund după mai multe încercări. Din punct de vedere anatomo-patologic lesiunea e constituită dintr'o bridă cicatricială transversală situată la nivelul colului sau dintr'o valvulă mucoasă resistentă care astupă aproape în întregime colul vesical lă-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

sând uneori un foarte mic orificiu între marginea ei superioară sau liberă şi buza superioară a colului. Acest diafragm ar fi datorit după Marion unei greşeli de technică în enuclearea adenomului, dar eu cred că se produce mai ales după prostatectomiile laborioase, unde prostata e foarte aderentă şi unde lipseşte planul de clivage. Pentru evitarea lui e nevoe să se controleze imediat după enucleare dacă mucoasa vesicală e flotantă pe o mare întindere, sau dacă introducând degetul din spre col spre vezică nu se coafează de mucoasă pe care e nevoe atunci s'o resecăm. E preferabil după recomandaţia lui Marion să se ridice toată mucoasa de pe adenom în casul când acesta bombează în vezică, pentru a evita formarea diafragmului sau oricărui pintene care va face să reapară dysuria şi retenţia în scurtă vreme.

Tratamentul acestui diafragm constă în secţiunea lui cu un béniqué tăetor pe partea convexă cu lamă mobilă, sau mai bine vom face resecţia lui după cistotomie cum a făcut Marion într'un cas şi cum am făcut şi eu în casul comunicat. Electrocoagularea cu sonda de diatermie sub controlul cystoscopic e încă un mijloc care ar putea da resultate bune.

In conclusie graţie revizuirei cunoştinţelor noastre de anatomie şi fisiologie a colului vezical s'a putut da interpretări mai juste dysuriei şi retenţiei şi prin crearea de entităţi anatomo-clinice noi s'a micşorat cadrul prostatismului fără prostată destinat să dispară graţie studiului funcţiunilor vezicei făcut pe viu prin mijloacele endoscopice şi graţie intervenţiilor chirurgicale incununate de succes. Azi chiar în tratamentul hypertrofiei de prostată, ca să avem resultate bune tardive, e necesar să se ridice pe lângă adenom, sistemul sfincterian neted blocat de adenome sau sclerozat în urma traumatismelor cateterismului şi inflamaţiilor cronice. Resultatele cele mai bune ale prostatectomiei le avem în casurile în care s'a scos inelul muscular al colului odată cu adenomul şi mai puţin bune în casurile în care s'a scos bucăţică cu bucăţică adenomele infiltrate de sclerosă, de concreţiuni şi lipsite de planul de clivage. După acestea se observă basele cicatriciale ale colului şi diafragmul intervesico-prostatic care trebue evitat. Ingrijirile postoperatoare până la completa limpezire a urinei şi până la dispariţia residiului vor evita urmările infecţiei asupra actului micţiunei.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

PROGNOSA ŞI TRATAMENTUL CAVERNELOR TUBERCULOASE

de

Doctor I. ROSMAN

De necontestat că problema prognosei şi tratamentului cavernelor tuberculoase a suferit în ultimul deceniu o schimbare pe cât de reală, pe atât de binefăcătoare pentru bolnavi. Chestiunea în complexul ei şi importanţa practică a fost ridicată cu toată autoritatea de *Gräff*, care în congresul de tuberculosă ţinut în Elster în anul 1921 a afirmat, că, „o tuberculosă pulmonară este nevindecabilă dacă este complicată de o cavernă". Şi tot *Gräff* în continuare afirmă că „o cavernă mai mare, deci şi clinicește dovedită, nu poate fi vindecată prin tratament intern, ci prin tratament chirurgical". In consecinţă sfătuia ca pe viitor, bolnavii cu tuberculosă pulmonară complicată cu cavernă, să nu mai fie trimişi în sanatorii unde se aplică tratamentul intern, fiindcă rezultatul va fi nul, ci să fie îndreptaţi către tratamentul chirurgical care mai poate salva un număr din bolnavi, cari altfel ar fi condamnaţi la o moarte sigură. Toate aceste afirmări ale lui *Gräff* au fost făcute pe cercetări şi date anatomice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Referatul lui *Gräff* a făcut vâlvă mare şi a iscat discuţiuni aprige în cari clinicianii au fost cu totul de altă părere decât aceea afirmată de *Gräff*, afirmând că în practica lor au văzut caverne vindecate numai prin tratamentul intern, şi că vindecarea clinică a fost întotdeauna confirmată şi de examenul röntgenologic.

Cu toată neîncrederea afirmată în congres şi cu toate discuţiile urmate pe această chestiune, referatul lui *Gräff* a avut darul ca problema ridicată de el să fie mai departe cercetată şi controlată de toţi patologiştii şi clinicianii, cari au primit cu neîncredere, afirmaţiile lui ştiinţifice.

Rezultatele acestor cercetări nu au întârziat şi un elev din şcoala lui *Aschoff* anume *Giegler* publică în anul 1924 o lucrare prin care confirmă datele lui *Gräff* şi precizează că nici

una din cazurile de tuberculosă cu caverne cari au trecut prin institutul anatomo-patologic din Freiburg, n'au presentat vindecări complecte, ci dimpotrivă s'au găsit ici, colo încă focare de tuberculosă progresivă. *Aschoff* însuşi a recunoscut mai târziu dreptatea lui Gräff, afirmând şi el că nu este posibilă vindecarea dela sine a cavernelor dovedite clinicește, trăgând concluzia că pentru vindecarea lor este absolută nevoe de un tratament chirurgical. Alţi anatomo-patologi ca *Orth*, *Hart*, *von Hansemann* cercetând şi ei chestiunea ridicată de Gräff, au ajuns la concluzia că, la cavernele mici este posibil să ajungem la o vindecare complectă, la cicatrizare, dar în ceeace priveşte cavernele mari orice posibilitate de vindecare este exclusă. Faptul că clinicienii la început au luat drept pesimiste cercetările la cari au ajuns anatomo-patologii ereau justificate prin faptul că ei posedau statistici de caverne vindecate clinicește şi confirmate prin examenul radiologic.

Turban şi *Staub* au publicat 12 cazuri de caverne mari tuberculoase cari s'au vindecat, s'au cicatrisat fără a interveni tratamentul chirurgical.

Intrebarea care se pune şi, care presintă o deosebită importanţă este în ce procent obţinem ast-fel de vindecări şi cari sunt consecinţele terapeutice ce rezultă din această problemă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In general, statistici de acest ordin nu prea există şi este foarte explicabil, prin faptul că se întâmpină greutăţi mari. Tot astfel, sunt foarte rare statisticele cari să ne arate cât de frecvent se întâlneşte caverna. Şi este explicabil fiindcă se pune mereu întrebarea, când se poate vorbi clinicește de existenţa unei caverne?

Orice cavitate pe care o găsim în pulmon şi care s'a instalat în urma distrugerii ţesutului pulmonar pe o bază tuberculosă, trebue să fie semnalată ca o cavernă. Dar orice tuberculosă deschisă ulceroasă, mai ales când espectoraţia conţine fibre elastice, trebue considerată ca un început de cavernă ftizică. In mod practic, trebue să considerăm o cavernă numai atunci, când ea poate fi evidenţiată în mod clinic.

Dar şi aci se întâmpină greutăţi mari, fiindcă intră în joc sediul şi forma procesului tuberculos, schimbările secundare cari se produc împrejurul focarului, cari fac ca diagnosticul să nu fie pus cu uşurinţă. Cavernele mici, de cele mai

multe ori scapă diagnosticului clinic. *Ritter* afirmă că o cavernă goală de mărimea unei monede de cinci bani de nikel de odinioară, chiar dacă se află aşezată adânc într'un infiltrat, poate fi evidenţiată prin examenul fizic şi röntgenologic.

Totuşi *Ritter* nu exclude posibilitatea ca examenul fizic şi röntgenologic să nu poată da vre'un rezultat precis, rămânând ca prin ascultaţie, prin caracterele ralurilor, să putem avea siguranţa unei cavităţi în pulmon. Şi atunci afirmă că dacă într'o tuberculosă pulmonară găsim raluri sonore, atunci evident că avem în faţă şi un proces cavernos. Dacă ralurile sunt mai puţin sonore sau parţial sonore, atunci ne aflăm în faţa unor caverne mici aşezate într'un infiltrat mare.

Raluri umede singure, mai ales când apar multe după tusă, însemnează presenţa de caverne mici. După aceste consideraţiuni şi afirmaţiuni Ritter remarcă că peste normele ridicate de el pentru diagnosticul unei caverne, e nevoe de un medic specialist cu o sensibilitate personală, cari să treacă toate datele de mai sus prin prisma experienţii lui. Este fără îndoială că în foarte multe cazuri un medic specialist, un ftiziolog, poate pune diagnosticul de cavernă pulmonară bazându-se numai pe simptomele acustice chiar acolo unde Röntgenul nu arată nimic şi unde neglijează complect calităţile sonore ale ralurilor desemnate de Ritter pentru diagnosticul cavernei.

Exactitatea diagnosticului a fost întotdeauna confirmat prin examenul anatomo-patologic, când pacienţii au putut fi urmăriţi până la moarte şi a existat pasibilitatea unui examen anatomic post mortem a pulmonilor bolnavi. *Bacmeister* şi *Liebermeister* nu admit cele afirmate de Ritter, în ceeace priveşte examenul fizical pentru diagnosticul de cavernă pulmonară.

Există între aceşti autori o deosebire fundamentală în ceeace priveşte punerea unui diagnostic de cavernă. Bacmeister şi elevii săi au arătat că nu numai cavernele mici, ci şi cavernele mari, chiar mai mari decât cele indicate de Ritter se pot sustrage examenului fizical şi röntgenologic, trăgând concluzia că în general se diagnostică mai puţine caverne mari, decât există în realitate. Bacmeister inzistă şi el asupra statisticilor puţine ce există asupra frecventei şi prognosei cavernelor pulmonare, relevând greutăţile ce sunt de întâmpinat dar accentuând asupra importanţei lor, mai ales decând

anatomo-patologii susţin puţinele şanse de vindecare. Chestiunea aceasta deci merită a fi studiată mai îndeaproape.

In urma imboldului dat de *Gräff*, au apărut în ultimii ani diferite statistici cari se ocupă exclusiv numai cu mersul ftiziilor cavernoase. *Lydtin* din clinica lui *Romberg* semnalează prezenţa a 771 cazuri de cavernă la 2500 cazuri de tuberculosă pulmonală examinate în ultimii ani. Din cele 771 cazuri, numai 121 de cazuri au părăsit clinica fiind în viaţă, şi dintre aceştia într'un interval de 4—6 ani au mai murit 83 %. O altă serie de 12 cavernoşi trimişi într'un sanatoriu, după şease ani, au mai rămas în viaţă şease, deci 50 la sută.

Cele mai importante sunt statisticele din sanatoriile şi staţiunile pulmonare, fiindcă într'acolo se îndreaptă mai mult material şi fiindcă acolo cercetările şi observaţiunile sunt mai riguroase. Nu trebue trecut cu vederea faptul că sunt îndrumaţi către aceste sanatorii şi staţiuni pulmonare, pacienţi cari se bucură încă de multe şanse de vindecare. In ultima vreme au apărut trei statistici mai importante şi anume ale lui *von Grau*, *Bacmeister* şi *Ritter*. In statistica lui von Grau, după şease ani au murit 77—80 %, în statistica lui Bacmeister între cinci şi opt ani au murit 80 %, iar în statistica lui Ritter 70 %. Deşi autorii mai sus citaţi au plecat dela puncte diferite, deşi Grau şi Ritter au diagnosticat cazurile numai din punct de vedere clinic, iar Bacmeister şi prin cel röntgenologic, în toate cazurile caverna fiind cel puţin de mărimea unei cireşe, totuşi rezultatele se aproprie şi sunt chiar surprinzătoare. Cercetările statisticelor se aproprie şi sunt interesante cu atât mai mult, dacă amintesc că cazurile lui Ritter deşi publicate în 1925 datează din epoca dinaintea răsboiului, pe când cazurile dela ceilalţi trei autori sunt tocmai din perioada critică şi nefavorabilă de după răsboi.

Tuturor cazurilor cu cavernă, presentate în statisticele de mai sus, li s'au pus dela început o prognosă rea. Nu se discută dacă în aceste cazuri caverna erea o urmare, o complicaţie a unei tuberculose exudative cu mers repede, a cărei prognosă ar fi fost rea şi fără cavernă, sau caverna erea o complicaţie a unei tuberculose cu mers relativ bun dar care şi-a schimbat repede evoluţia. *Lydtin* care publică o statistică dintr'un oraş mare cu material mult, arată că din 771 de cazuri

de tuberculoasă cu cavernă, au murit în clinică 650. *Bacmeister* în statistica ce o publică arată că 60 % din cazuri ereau dintru început cu prognosa foarte rea.

Dar mai mult ne interesează soarta bolnavilor cavernoşi cari vin la tratament, şi cari n'au o prognosă rea, adică cazuri în cari o vindecare pare posibilă. Statisticile din această categorie, nu sunt nici ele mai favorabile, dându-ne un tablou foarte pesimist. In cazurile urmărite de Bacmeister din această categorie a bolnavilor cu prognosă mai bună, după şease ani au mai trăit jumătate din ei, din 40 % din tabloul cavernoşilor, au mai rămas în viaţă 20 %; la von Grau din 12 bolnavi au mai trăit doi, iar la *Lydtin* din 28 numai 13. Deci şi aci avem un tablou trist, dar totuşi cu oarecari speranţe de vindecare.

Dacă aruncăm o scurtă privire asupra prognosei ce resultă din statisticele publicate până în present asupra cavernelor tuberculoase trebue să facem constatarea că într'o medie de şease ani mor 80 %, iar restul de 20 % au o tendinţă spre înbunătăţire sau chiar spre vindecare clinică, aplicându-se *numai terapia internă* şi cea generală corespunzătoare.

In statisticele publicate ereau enumărate numai cavernele mari, cari au putut fi evidenţiate şi prin razele röntgen şi cari aveau cel puţin mărimea unei cireşe. Dacă la aceste statistici s'ar adăuga şi cazurile în cari cavernele sunt mici sau chiar mici de tot şi a căror posibilitate de vindecare nu e discutată de nici un autor, atunci cu siguranţă că statisticele ar arăta un procent mai mare de vindecări, deci prognosa ar fi ceva mai optimistă, mai favorabilă. Mai menţionez că statisticele publicate sunt făcute în perioada de după răsboi, când hrana bună nu erea la îndemâna oricui şi când înrăutăţirea stării sociale însoţită de o alimentaţiune insuficientă au creiat teren favorabil evoluţiei tuberculosei.

De aceea cred că nu trebueşte priviţi cu stricteţe rezultatele la cari s'a ajuns, căci în alte împrejurări, adică la o stare socială bună şi la o îngrijire strictă în sanatorii speciale, numărul celor vindecaţi clinic cu siguranţă că ar fi mărit. Dar un lucru trebue să rămâe precis şi clar anume că, *prognosa cavernelor tuberculoase chiar tratate în staţiuni şi sanatorii speciale, dar fără o terapie activă, în marea majoritate a cazurilor este rea.*

Clinicienii ftiziologi după cercetările lor clinice, nu se pot ralia complect părerii anatomo-patologilor prin cari tuberculosele complicate de caverne mari sunt nevindecabile dar nu-i mai puţin adevărat că statisticele lor dau concluziuni pesimiste. Fiziologii arată că prognosa cavernelor depinde în primul rând de caracterul procesului tuberculos şi chiar dacă la un mers relativ mulţumitor se observă o cavernă mare, prognosa este rea. Vindecări clinice ale cavernelor mari sunt posibile dar sunt foarte rare, căci din cei 20 % rămaşi în viaţă numai 70 % pot fi consideraţi ca vindecaţi şi ca buni de a-şi relua ocupaţiunile.

Plecând dela cercetările lor clinice, ftiziologii au modificat puţin ideia şi fraza enunţată de Gräff ast-fel: *„cavernele mari cari în primele trei luni, cu tot tratamentul intern şi cu toată cura complectă ce se institue în staţiuni şi sanatorii, nu manifestă tendinţa spre micşorare atunci aceste caverne pot fi aduse la o tendinţă spre vindecare, — dar în general sunt nevindecabile şi aduc într'un timp nu prea îndelungat moartea — dacă nu se intervine printr'o terapie activă.*

Din cele constatate şi verificate de aceşti cercetători în tuberculosă trebue să tragem concluziuni practice pentru tratament.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru-că acum se ştie mai precis că prognosa cavernelor mari este sinistră, trebue să facem tot ceeace ne stă în putinţă *ca să evităm formarea şi apariţia cavernelor.*

Diagnosticul precoce de tuberculosă şi un tratament adecuat în sanatorii, este cea mai bună profilaxie împotriva cavernelor. *La primele semne de distrucţie pulmonară, care nu cedează cu tot tratamentul complect instituit, este absolut nevoe de terapie activă, care nu trebuie să întârzieze a fi aplicabilă.*

Analisa continuă a sputei prezintă o importanţă mare. Dacă după o cură generală de 3—4 săptămâni se analizează cantitativ şi calitativ sputa, mai ales în ceeace priveşte presenţa constantă de fibre elastice, — ele fiind cele cari ne dau indicaţiuni precise asupra formării cavernelor pulmonare, chiar când examenul fizic şi röentgenologic nu ne dau nici o indicaţie — şi totuşi se găsesc fibre elastice în speţă atunci, pentru terapie sunt indicate razele, frenicotomia şi pneumotoraxul. Când suntem în presenţa unor caverne mari, pe cari le găsim

în ambii pulmoni, trebue încercat întâi, cura climato-dietetică ca să isbutim să schimbăm procesul de tuberculosă exudativă într'una productivă şi să oprim în loc oarecari progredienţe ale tuberculosei productive. Isbutind lucrul acesta, nu putem aplica tratamentul chirurgical, lesiunile fiind duble dar se poate aplica cu mult folos terapia cu razele Röntgen cari dau succese frumoase. S'au observat chiar cicatrisarea unor caverne mari.

Dacă prin cura generală şi razele Röntgen nu s'a observat o îmbunătăţire evidentă în primele 2—3 luni de tratament, atunci caverna trebuie tratată pe cale chirurgicală, prin frenicotomie, pneumotorax sau plastică. *Bacmeister* susţine că nu trebuie de luat drept schemă durata de 2—3 luni ca timp de supraveghere pentru eficacitatea terapiei interne. De aceeaşi părere este şi *Lydtin*. Timpul trebuie prescurtat sau prelungit luându-se în vedere caracterul procesului tuberculos; la un proces cavernos exudativ se va institui chiar mai devreme terapia cari să ne dea un colaps al plămânului, iar în cazurile unde procesul cavernos se arată într'o formă mai bună putem aştepta mai mult chiar decât ne indică schema.

Lydtin şi *Bacmeister* arată că dacă într'un interval de trei luni, nu se observă o sclerozare evidentă a cavernei în care timp s'a făcut o terapie riguroasă şi s'a epuisat toate metodele interne de vindecare, atunci nu se mai poate conta pe un succes terapeutic final dacă se continuă în aceleaşi condiţiuni. A aştepta mai departe ca succesul tratamentului să apară, însemnează a pierde o vreme preţioasă, timp în care se pot ivi complicaţiuni şi cari să îngreuneze aplicarea unei terapii active. Dacă tratamentul chirurgical prin compresiune se poate aplica şi care anume procedeu să se întrebuinţeze, depinde de felul şi locul unde se află caverna. In anumite cazuri tratamentul se poate combina cu razele Röntgen, cari ajută ca cicatrisarea să se facă mai repede şi mai complect.

Bacmeister publică cazuri în cari a obţinut succese mari aplicând frenicotomia — care opreşte în loc progredienţa tuberculosei şi favorizează ţesutul granulos cicatricial — în combinaţie cu razele Röntgen care face ca procesul de vindecare să meargă mai repede, la cazuri în care nici celălalt plămân nu erea complect sănătos. Chiar când lesiunea e de o singură parte şi caverna se află aşezată în partea mijlocie sau în par-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

tea de jos a plămânului, s'a aplicat tot tratamentul de mai sus, evitânndu-se ast-fel tratamentul cu pneumotorax care poate da complicaţiuni neplăcute.

Trebuie deci neapărat, după indicaţiile pe cari le avem, ca în cavernele cu prognosa rea să se aplice fără întârziere terapia activă.

Ritter, Lydtin şi Bacmeister susţin în primul rând măsurile profilactice împotriva apariţiei cavernei. Primul succes al unui tratament e să se evite formarea cavernelor. Nu e locul aci ca să inzist asupra măsurilor profilactice, cari ne stau la îndemână ca să evităm formarea cavernelor. Bacmeister nu admite părerea lui Riiter că terapia activă nu joacă un rol mare social şi economic în lupta contra tuberculosei.

In rezumat: Prognosa cavernelor tuberculoase este rea şi statisticile ne-au arătat o mortalitate de 80 % în interval de şease ani. Numărul celor vindecaţi prin terapia internă în staţiuni şi sanatorii este foarte mic. Prin o terapie activă, prognosa devine ceva mai bună. Chiar acolo unde avem caverne mari se obţin ameliorări evidente şi de durată. Faptul că terapia chirurgicală şi razele Röntgen sunt hotărâtoare în acest tratament, o dovedesc lucrările şi cercetările făcute ani de zile de Sauerbruch şi Brauer cari au putut ameliora şi vindeca cazuri — cari au rămas refractare tratamentului general şi intern aplicat în staţiuni pulmonare şi în sanatorii — numai prin toracoplastie şi raze Röntgen, devenind apţi pentru lucru. In ultimii doi ani şi staţiunile pulmonare au început a aplica terapia activă, într'o măsură mai mare. Intrebarea e, dacă bolnavii cu caverne tuberculoase să mai fie trimişi în sanatorii unde se aplică tratamentul general şi intern, ştiindu-se că prin această cură nu se obţin vindecări şi se ocupă locuri zadarnice cari pentru alte forme de tuberculoză ar fi foarte indicate. Răspunsurile după Lydtin şi Bacmeister au fi cam acestea: scopul sanatoriilor şi a staţiunilor pulmonare este ca să vindece cazurile de tuberculoză vindecabilă, întrebuinţând toate metodele posibile ca să se ajungă la acest scop.

Un număr mare de tuberculoşi pulmonari cari cu toată cura instituită rămân în faza progredientă şi cea mai mare parte a cavernelor tuberculoase trebuiesc trimise acolo unde se aplică terapia activă în speranţa că numărul ameliorărilor şi al vindecărilor va fi mai mare. Metodelor active li se mai a-

CLUJ Univ. Central University Library Cluj

daugă chemoterapia, în formele ei noi şi despre a căror rezultat nu se poate încă vorbi favorabil.

Metoadele active sunt: Pneumotoraxul frenicotomia, toracoplastia şi razele Röntgen.

Toate acestea pot să ne conducă spre vindecare. Dar această terapie trebue condusă de medici chirurgi specialişti cari cunosc perfect problema tuberculosei şi terapia ei.

Ast-fel terapia activă va avea importanţa ei socială şi economică căci acolo unde terapia internă va rămâne fără rezultat, prognosa fiind rea, poate interveni terapia activă care poate scăpa încă mulţi bolnavi condamnaţi la o moarte sigură.

PRODUSELE KNORR

Cacao de ovăz: Vindecă constipaţia, anemia stomacului la copii, adulţi şi reconvalescenţi.

Fulgii de ovăz: Conţin vitamine. Aliment recomandat copiilor şi tuturor persoanelor slăbite. Regenerarea sistemului nervos şi muscular.

Païdosan: Făină lactată de mare valoare, nutritivă pentru sugaci şi copii mici.

Himmeltau: Griş de copii, absolut pur pentru copii de toate vârstele. Ajută unei desvoltări a puterii lor fizice.

Bouillon: Extract de carne de pui, stimulează pofta de mâncare tuturor persoanelor. Inviorează şi nutreşte sistemul celular.

Cereţi şi experimentaţi mostrele ce vă stau la dispoziţie.

Prescrieţi pacienţilor D-v. aceste produse naturale, ce vindecă repede şi spre satisfacerea D-v.

En gros: **SAM LOEBL & FIU, Bucureşti**

Bulevardul Maria No. 30.

PEPTALMINE

4 Pepto-albumine (Peptone de carne şi peşte— Extracte de ouă şi lapte).

Medicaţiune Antianafilactică

Dragee şi Granule

Indicaţiuni: urticari — prurit — eczema — migrene — astma — turburări digestive

PEPTALMINE CU MAGNEZIE

Medicaţiunea Antianafilactică şi cholagoga

Indicaţiuni: migrene — constipaţia — turburări hepato biliare — congestia ficatului.

Laboratorul Produselor SCIENTIA Dr. E. PERRAUDIN
Farm. Cl. 1-a
21, Rue Chaptal — PARIS

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RECALCIFICAREA

nu poate fi asigurată în mod complect decât prin

TRICALCINA

Pură, Adrenalinată, Metilarsinată, Fluorată şi prin

TRICALCINA OPOTERAPICA

cu bază de extracte pluriglandulare

Paratiroide, Suprarenale, Măduva osoasă, Timus, Ficat, Splină

TUBERCULOZA, RACHITISM, SCROFULOZA, FRACTURI, SARCINA, ALAPTAREA, CONVALESCENTE

Laboratorul produselor SCIENTIA Dr. E. PERRAUDIN, Farm. Cl. 1-a
21, rue Chaptal — PARIS

Reprezentant J. LIEUZE, Bucureşti, Calea Moşilor, 137

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE ERITREMIE SAU BOALA LUI VAQUEZ

de

Docent Dr. M. CÂNCIULESCU şi **D-ra Dr. R. HIRSCH**

Cazurile de eritremie, syndrom degajat în 1892 de Vaquez şi care constă într'o poliglobulie de origine mielogenă în aparenţă primitivă şi cu evoluţie cronică, sunt rare; observaţiile se citează şi la noi se pare că s'au publicat şi mai puţine; iar dintre acestea, 4 casuri în total,*) cel puţin 2 nu reprezintă poliglobulia esenţială care este adevărata boală a lui Vaquez.

Bolnavul R. I. în vârstă de 54 ani ne consultă la 18 Mai 1928 pentru dureri, ce are din când în când în regiunea splinei, dureri ce se întind până la umăr. Ne isbeşte din primul moment coloraţia roşie stacojie a feţei, mai marcată pe nas şi pomete de aspectul unei eritroze.

Din antecedentele ereditare reţinem că a avut 4 fraţi: un frate a murit de pleurezie, o soră recent de cancer; un alt frate de 41 ani şi o soră de 47 ani sunt în viaţă şi sănătoşi. Mama sa trăeşte, e în vârstă de 74 ani. Tatăl mort la 63 ani. Mama nu a avut avorturi.

Din antecedente personale reţinem că nu a zăcut până la această boală de cât de friguri palustre, la Filiaşi, unde a stat 35 ani; a luat chinină câţi-va ani în şir, însă în ultimii ani, ce au precedat isbucnirea boalei, nu a mai avut friguri.

Căsătorit în 1910, soţia a avut 2 faceri, copii trăesc; un abort spontan în primele luni dupe căsătorie.

Istoricul boalei. In ultimii ani, cari au precedat debutul boalei a prezintat transpiraţii abundente la picioare; era obligat a schimba de 2 ori pe zi ciorapii.

Din analizele şi reţetele disparate prezentate, caşi din expunerea bolnavului întru câtva confusă fiind dată vechimea faptelor la cari se referă, putem reconstitui cele ce urmează:

In 1913 o analiză de urină (Creţoiu Craiova) descopere urme nedozabile de albumină iar în sediment numeroase cristale de acid uric, rari leucocite, rari epitelii renale şi vesicale.

Tot în 1913 la Buda-Pesta şi de nenumărate alte ori la Berlin şi în alte oraşe în urmă Wassermann negativ.

In 1914 la Berlin examenul urinei nu a mai descoperit albumină şi nici cilindri.

In 1914—915 la Berlin Prof. Mendel scrie pe un bilet: Angiospasmen der unteren Extremitäten, Neurasthenie, Hypochondrie; iar

*) Un cas publicat în Revista St. Medicale din Martie 1908, citat de Dr. Hagi-Paraschiv. Două casuri de maladia lui Vaquez de Dr. A. Hagi-Paraschiv — Spitalul Noemb. 1921. Un caz de boala lui Vaquez de Dr. I. Piticariu. Revista St. Medicale Aprilie 1925.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de numeroşi medici de acolo i se spune că: Leidet am Alcool und Nikotin Vergiftung şi prezintă: arteriallische Zellengeweben Verengung.

Boala începuse în 1914 cu dureri în degetul mare al piciorului drept; socotite acestea de natură gutoasă a fost trimis la Mehadia pentru băi, dar având dureri foarte mari exacerbate de îndată ce intra în bae, s'a dus la Buda-Pesta unde el cerea ca să i se tae degetul,—care fiind vânăt a fost socotit ca atins de boala lui Raynaud. La Viena mai în urmă consultă pe Wagner-Jauregg care crede că bolnavul are o arterită obliterantă toxică datorită cerealelor (i-a recomandat să nu mănânce de cât pâine de ovăz).—Se duce la Berlin (tot înainte de războiu) la Profesorul Hildebrand la Charité, aci e ţinut zile întregi cu piciorul în sus (ca să înlesnească circulaţia) poziţie care îi diminuă mult durerile, de aci trece la Langwitz (un institut lângă Berlin) unde a făcut diatermie, ceia ce momentan l'a calmat, apoi i se fac băi celulare electrice cu galvanizări ce iar l'au calmat, pe urmă înpachetări cu apă rece şi caldă şi aer uscat supraîncălzit.—S'a reîntors la Craiova şi în timpul războiului nostru s'a ivit gangrena degetului mare care a fost amputat de un chirurg străin; degetul al doilea care devenise negru, s'a uscat şi a căzut fără nici o durere.—Cum începuse a'l durea laba piciorului s'a întors la Buda-Pesta unde i s'a făcut Lisfranc (1917) —S'a făcut bine şi putea să meargă şi tot aşa până în prezent cu acest picior. La 1918 la Viena a fost socotit ca bolnav de sifilis deşi toate analizele au fost negative şi i s'a prescris un tratament de încercare cu 12 Neosalvarsan de la 1—6; nu a simţit nici un efect.

In acest timp a început a avea dureri şi în toată laba piciorului stâng, dureri ce s'au întins până la călcâi.—Intre timp a fost iarăşi la Buda-Pesta unde i s'a făcut diferite examene de sânge când s'a găsit 14.000.000 globule roşii.—I s'a propus un nou Lisfranc şi i s'a dat un medicament per os, conţinând şi thorium (?) pentru a scădea globulele roşii, precum şi inhalaţii pe gură cu oxigen după care hematiile au scăzut la 8.400.000. De la începutul boalei pielea feţei şi a mâinilor devenise vânăt-roşie de o coloraţie lilas, dupe expresia bolnavului, fără nici o senzaţie locală iar restul corpului era alb şi da un contrast net—A continuat a avea dureri mari la piciorul stâng, care la început era palid, pe urmă—credea că s'ar datori scărpinăturei— a devenit vânăt până sub genunchi. In 1921 Prof. Schnitzler la Viena îi pune diagnosticul: Gangr. endanterit. ped.

In acelaş an la data de 9 | IV 1921 este revăzut de Prof. Wagner-Jauregg, care scrie pe o reţetă: Herr. (R) leidet an Gangrena pedis, die höchst wahrscheinlich die Bedeutung eines Ergotismus bei Individuellen Überempfindlichkeit für dieses Gift hat. Es soll durch halben Jahr, keinen Speisen zu sich nehmen, die Roggen oder Weizenmehl enhalten. Alle anderen Cerealien sind erlaubt. Falls binnen halbes Jahr nicht Heilung eintrit soll amputiert werden.

De aci trece la Buda-Pesta unde Dr. Farkas, un urolg îi spune că sufere în afară de Angiospastische nevrose, de o colică a rinichiului drept: pe plăcile radiografice ale rinichiului drept şi vesicei nu se constată prezenţa de calcul; în urină se găsesc câţiva cilindri; cistos-

copic: capacitatea vesicei 150, ureterul drept puternic dilatat, orificiul neregulat, ureterul stâng normal; bănueşte că piatra a fost eliminată la ultimul atac şi sfătueşte Karlsbad 4–6 săptămâni şi nişte injecţii cu Mirion (?), cari au fost recomandate şi de D-rul Kollarits Bela.

Intre timp fenomenele dela picior accentuându-se, un chirurg i-a propus amputaţie urgentă, ceia ce s'a făcut sub genunchi (l'au operat aci căci nu simţeau pulsul la pedioasă); — cum rana nu se vindeca el venind acasă în Craiova, D-rul Poenaru i-a făcut simpatectomie pe femorală în treimea medie a coapsei, după care rana s'a cicatrisat; şi totuşi bontul a rămas sensibil; şi pentru că în mers se freacă bontul şi nu are o proteză bună, îl doare şi azi bontul, deasemenea şi Lisfrancul pe care se lasă prea mult.—In 1924 Dr. Hollaender din Buda-Pesta i-a prescris tablete de Antistenin, (cu Papaverin hidrocl, natr. Rodanat şi teobromina Salic.) iar Prof. Balint emisiuni de sânge largi şi des repetate.

A luat mereu iod în fie-care an, dar îi aprindea faţa (lua iodur de potasiu 4—5% une-ori Saiodin); —apoi luminal, teobromină, Fowler şi alte medicamente.

Splina l'a durut pentru prima oară în 1921 când i s'a făcut şi iradiaţie cu raze, iar anul acesta după frigul mare din Ianuarie l'a mai durut şi în lomba stângă cam în felul colicelor renale drepte ce prezintase în trecut, ceia ce a necesitat injecţie de morfină, iar udul îl ustura.

Mai recent a avut iarăşi dureri, urmate mult timp de un fel de jenă, în dreptul splinei, cari se întindeau până în umăr.

In toamna anului 1927 are o paralizie facială dreaptă tratată de Dr. Eschenasy-Craiova cu 7 şedinţe de electroterapie şi de atunci a rămas cu puţină disartrie; tot atunci l'a durut din nou în dreptul rinichilor.

Digitized by Google / Cluj University Library Cluj

Stare prezentă. La examinarea bolnavului ne isbeşte culoarea tegumentelor ce au o culoare roşie-vânătă la faţă, (nas, obraz, ureche) cu reţea de teleangiectazie; pe mâini asemenea roşiu-închis cu vene dilatate pe faţa dorsală; restul corpului alb făcând contrast cu regiunile de mai sus.

Ţesuturile musculare şi subcutanat reduse fac să reese în evidenţă proeminenţa abdomenului superior, mai ales stâng, şi imprimă bolnavului un aspect de cachexie.

Venele abdominale inferioare sunt dilatate.

Subiectiv bolnavul acusă dureri, cari ţin câteva zile şi survin spontan sub forma de accese, în regiunea splinei iar la frig spune că-i amort şi-l înţeapă dureros ambele indexuri dela mâini, cari se albesc şi răcesc.

Splina, mare, începe la spaţiul al 8-lea şi are 20 ctm diametrul longitudinal; se întinde până la ombilic; spre linia mediană până la linia albă; în spate până spre rachis; suprafaţa regulată nu prezintă mameloane, dar marginile sunt uşor neregulate, consistenţa uşor dură.

Ficatul depăşeşte cu 3 laturi de deget falsele coaste şi nu este dureros.

La *examenul radioscopic al toracelui*, ariile pulmonare prezintă

claritate normală iar cordul şi aorta au diametrele şi aspectul normal.

Pulmoni: tonalitatea uşor ridicată la vârful stâng; respiraţia diminuată şi frecături pleurale spre baze.

Cord: Bătăile cordului uşor voalate 72 — 80 pulsaţii pe minut.

Tensiunea la braţul drept Pach-Gall. Mx 13. 1/2 Mn. 9 1/2, Ind 2; la braţul stâng Mx. 13 1/2 Mn. 9 (8 1/2) Ind. 3. La membrele inferioare femorala dreaptă se simte bine şi pulsează tare; brassardul aplicat în treimea medie a coapsei drepte arată: Mx 15 cu oscilaţiuni de o diviziune, iar Mn neprecisă pe la 10—9.

Coapsa stângă e mult redusă, atrofiată; bontul imediat sub platoul tibiei încă cu cicatrice recentă; femorala sa nu se percepe; uşoarele pulsaţii deasupra arcadei sunt localizate pe trunchiul iliacei; brassardul aplicat în treimea sa medie nu indică nici o urmă de pulsaţie.

Examenul fundului ochiului făcut de D-l Dr. Socor arată: arterele filiforme prezintă în unele locuri sugrumături; venele foarte dilatate.

Plăci vechi diseminate de hemoragii retiniene. Plăci vechi de coroidită — perimaculare. Bordul papilar neprecis şi marginile puţin decolorate.

Pupilele reacţionează bine la lumină şi convergenţă.

Examenul hematologic s'a făcut în mai multe rânduri.

Un prim examen, făcut din propria iniţiativă a bolnavului la data de 13 Aprilie 1928 şi care ne-a fixat nouă atenţia arăta:

globule roşii 6.300.000
» albe 14.200

BCU Cluj / Central University Library Cluj

limfocite 11 %, mononucleare 4%
polinucleare neutrofile 76 %, eosinofile 9 %

La 11 Mai 1928, îi facem în prealabil proba cu adrenalină şi se constată:

înainte de injecţie:

globule roşii 10.200.000
» albe 25.000

limfocite 9 %, monon. mari 6 %
polinucleare 76 % eosinofile 9 %

dupe injecţia cu 1 mgr. adrenalină
la 15′ :

globule roşii 12.000.000
» albe 40.000

limfocite 14 %, monon. 6 %
eosinofile 4 % polinucleare 76 %

la 30′ :

globule roşii 13.000.000
» albe 48.000

limfocite 12 %, monon. 19 %
polinucleare 67 % eosinofile 2 %

la 60' :

globule roşii 10.500.000
» albe 42 000

limfocite 18 %, monon. 6 %
polinucleare 70 %, eosinofile 6 %

la 2 ore :

globule roşii 10 000 000
» albe 40.000

limfocite 16 %, monon. 8 %
polinucleare 73 %, eosinofile 3 %

La data de 25 Mai 1928:

coagulabilitatea 5'
durata sângerării 1'
resistenţa globulară pe gl. deplasmatizate:
R Max 2. 5
R Min 3. 5

La 26 Mai 1928:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

autoaglutinarea pe hematii nedeplasm. negativă
» » » deplasm. »

globule roşii 9 200 000
» albe 42.000
trombocite 1.840.000 (Schilling)

limfocite 10 %, monon. 2 %
polinucleare neutrofile 76 %, eosinofile 10 %
eritroblaste 2 %

Hbg Gowers 120

La 27 Mai 1928:

Viscosimetria (ap. Hess) = 6

Examenul urinei: urina liberă de albumină, zahăr pigmenţi şi săruri biliare; nu se găsesc cilindri şi nici hematii.

Reflexele tendinoase normale; bolnavul devine din ce în ce mai iritabil şi în ultimii ani făcuse imposibilă viaţa celor din casă.

In ultimele luni i s'au practicat flebotomii largi, cari păreau a-l uşura şi a-i rări junghiurile splenice.

N'a putut beneficià de efectele sedative ale acecholinei şi nici de acţiunea mai radicală a clorhidratului de phenylhydrazină, medicaţii

cari ne-au parvenit exact în zilele, când bolnavul a fost răpus de o infecţie gripală, cu broncho-pneumonie în luna Iunie 1929.

Diagnosticul pus de boala lui Vaquez este cert: elementele primordiale constitutive ale syndromului există: poliglobulia, eritroza şi splenomegalia.

Dar tabloul clinic prezintă şi celelalte simptome caracteristice boalei precum: hiperemia cutanată şi stasa viscerală, trombozele vasculare periferice (cari au condus la gangrena extremităţilor) şi centrale (în splină, rinichi, creer — căror în timpul când s'au produs nu li s'a dat de diferiţii medici consultaţi semnificaţia reală), fenomenele dureroase vasculare (cari au precedat cu atâta interval şi au condus bolnavul la atâtea somităţi medicale străine), lipsa fenomenelor cardiace ş. a. — încât se poate spune că acest caz a întrunit la complect toate simptomele, cari se pot întâlni în această boală.

Nu ne aflăm deci în faţa unei poliglobulii secundare sau de compensaţie, ci la bolnav creşterea în număr a tutulor elementelor sanguine este datorită unei exagerări a funcţiunei hematopoetice printr'un proces iritativ direct exercitat asupra măduvei osoase.

Anumite trăsături distincte în ce priveşte tabloul clinic, evoluţia şi etiologia măresc interesul acestei observaţiuni clinice.

In ce priveşte tabloul clinic: câţiva ani la început boala nu a fost diagnosticată; semnele vasculare predominante au îndreptat atenţia exclusiv asupra syndromului periferic arteritic, căruia i s'a dat significaţia unei arterite obliterante de causă variată (toxică sau spastică) iar cel visceral similar (junghiurile splenice, colicile renale, turburările intestinale continue, ce a mai prezentat bolnavul, paralizia facială) a fost şi mai puţin identificat.

S'a descris o primă fază — anerytremică — de debut, în evoluţia acestei boale[1]).

Ne întrebăm dacă această fază poate exista cu adevărat şi dacă dintre toate semnele afecţiunei cel mai precoce şi constant nu este tocmai această creştere în număr a globulelor roşii şi în mai mică măsură şi a celorlalte elemente sanguine.

Neconstatarea la anumite epoci a policitemiei ar putea traduce o încetinire sau variaţie momentană în activitatea măduvei osoase — explicabilă — sau poate o mascare a ei printr'o causă periferică locală.

Constatarea atât de precoce în cazul nostru a syndromului vascular periferic sau central traduce tocmai pletora sanguină şi cu ea poliglobulia, hipervîscositatea şi încetinirea curentului sanguin.

Neadaptarea inițială — prin surprisă — a calibrului vaselor mici periferice la această creștere și îngroșare a conținutului lor sanguin explică syndromul eritromelalgic de debut atât de precoce la bolnavul nostru —; cu timpul și mult mai târziu vor interveni procesul arteritic și trombo-flebitic, care să fixeze caracterul oare-cum fugace al durerilor și să le dicteze manifestațiile gangrenoase și intervențiile chirurgicale necesare.

Urmărirea acestui bolnav în decursul a 15 ani arată evoluția îndelungată, ce poate avea această afecțiune, și căreia îi poate pune capăt o complicație secundară, sau o boală intercurentă, ca în casul nostru, iar nu un proces evolutiv cu o fază terminală oare-cum fatală.

Din punct de vedere clinic cazul nostru a reprezentat o *varietate splenomegalică.*

Din punct de vedere hematologic el a constituit un tip de *poliglobulie mielogenă totală cu predominență eritremo-piastrinemică* [2]; procesul iritativ, care s'a exercitat asupra măduvei a exagerat funcția de producere a tutulor elementelor primordiale, poate cu predominența marcată pentru trombocite (cifra de 1.840.000 trombocite față de 9.200.000 globule roșii constată la data de 26 Mai) și mai puțin față de leucocite (42.000 la aceiași dată).

La lumina noțiunilor mai noi asupra macropolicitului și datorite lui Cooke și Ponder [3]) revăzând lamele de sânge am constatat prezența acestor leucocite mari cu nuclei numeroși, cari adăogându-se la cele cu segmentări nucleare mai puține a asigurat formulei sanguine o predominență polinucleară neutrofilă și eosinofilă precum și o schemă Arneth dextrogiră.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe unele din lamele dela data de 11Mai au găsit:

2% megacaryocite (cu 6 — 8 nuclei și protoplasma azuro și oxyphilă)

normoblaste și hematii policromatice

o formulă Arneth cu alunecare spre dreapta:

	tip I	II	III	IV	V
polinucleare neutrofile	10	15	23	14	15
			77%		

Prezența acestor elemente indică din nou localisarea procesului iritativ asupra măduvei osoase precum și acțiunea cu caracter difuz, ce-a trebuit să exerciteze.

Dar care este *cauza acestui proces?* în cazul de față el nu poate fi *datorat decât agentului paludismului,* boală de care pacientul a zăcut mulți ani la Filiași în lipsa oricărei alte afecțiuni; iar abuz de toxice n'a făcut niciodată.

Intărește această afirmare cunoștiințele mai recente asupra

localizării hematozoarului în măduva oaselor (constatări făcute prin trepanaţia sternului) tocmai la pacienţii atinşi de paludism cronic[4]) şi a cărora formulă sanguină denota—opus de mononucleoza de rigoare — o polinucleosă, precum şi coincidenţa lipsei splenomegaliei şi a absenţei parasitului în sânge tocmai la aceşti paludici cronici cu polinucleoză[5]).

In *casul nostru fenomenele patogenice se înlănţuesc natural:* bolnavul a zăcut mulţi ani de paludism, unica sa boală în timpul vieţei; acţiunea agentului boalei — favorizată printr'o medicaţie chininică nesistematisată, s'a exercitat slab şi prelungit; hematozoarul a fost constatat de cercetători în măduvă; numai aceastǎ localizare — relativ rară — a putut explica formula cu polinucleoză şi mai rară a acestor cazuri de paludism cronic; şi numai o asemenea localizare putea conduce cu vremea ca în cazul nostru la determinarea acestei poliglobulii mielogene totale, care este boala lui Vaquez.

BIBLIOGRAFIE

1.—R. Lutembacher — Monde Médical 15 Iunie 1912.

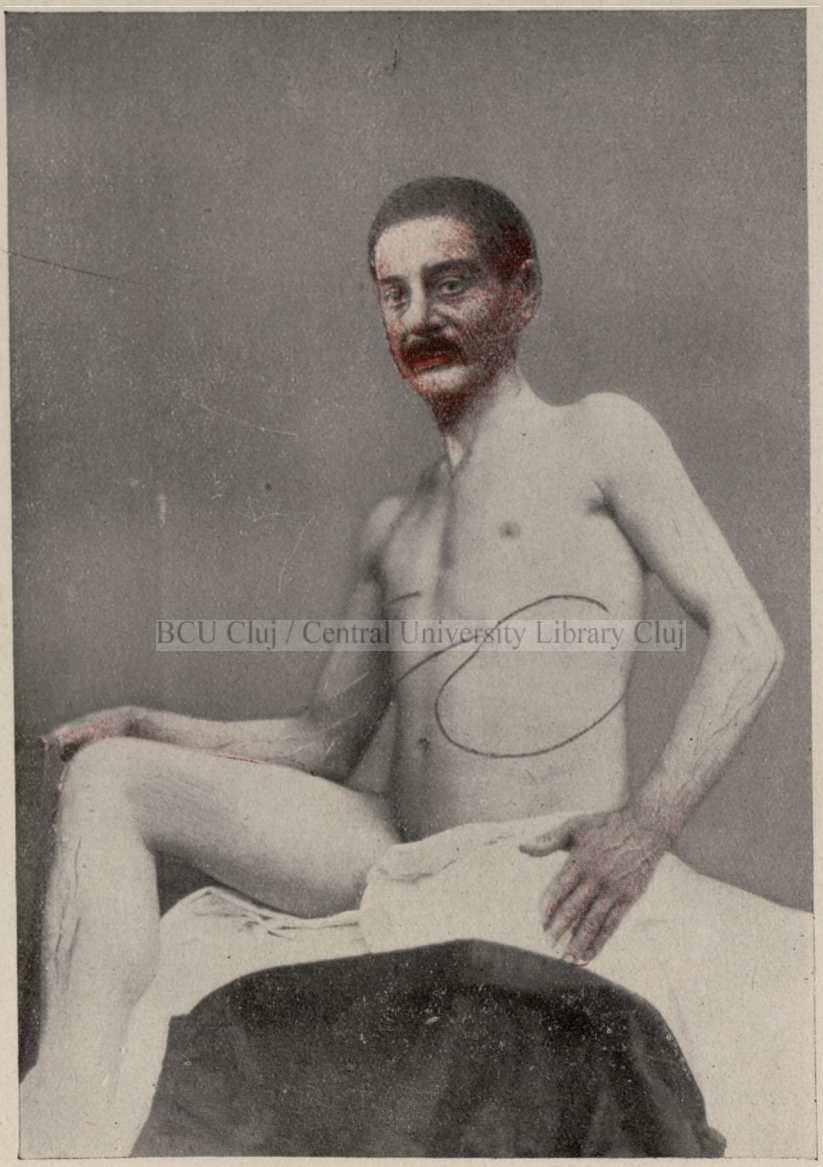
2.—Titu Vasiliu — Sângele şi Organele hematopoetice 1923 pag. 350.

3.—W. E. Cooke şi Eric Ponder. Le Sang No. 6/1928.

4.—Intre alte citate: Studii sul midollo osseo nei malarici per il dott. Arnaldo Pozzi.—Il Policlinico Sezione medica-Fasc. 5 | 1928 pag. 267.

5.—V. Lupu şi V. Misirliu Soc. Méd. des Hôp de Bucarest Séance du 2 Février 1927.

Digitized by Google



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Clişeu Marvan. Foto Chaland.

Bolnav prezentând o eritremie forma splenomegalică.

Boala lui Vaquez.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II.

MIŞCAREA MEDICALA ROMÂNEASCA *)

A. — SOCIETĂŢI ŞTINŢIFICE

REUNIUNEA ANATOMICĂ DIN CLUJ

Şedinţa din 1 Februar 1929

Prezidează: Prof. T. Vasiliu.

Se fac următoarele comunicări:

1) Dr. A. VITALYOS: *Ulcer juxtapiloric cu polipoza micei curburi.*

P. V. femee de 62 ani prezintă simptomatologia unui ulcer juxtapiloric duodenal, începând din Ian. 1928. La 8.I.1928 se face lapartomie constatând prezenţa unei tumori de mărimea unui pumn bărbătesc cu câţi-va ganglioni măriţi de alungul curburei mici; gastroentero-anastomoză post. transmezocolică, mersul post operator bun, până la 28.I., când se prezintă semne de congestie pulm. debilitate cardiacă, sucomba la 28.I.1929.

Examenul anatomo-patologic pune în evidenţă un ulcer duodenal juxtapiloric, calos, rotund cu 30 mm., diametru, penetrant în 15—17 mm. profunzime, până în ţesutul pancreatic, fără vre'o tendinţă la transformare malignă. Pe marea şi mică curbură se observă o hiperplazie remarcabilă, polipoasă, benignă. Importanţa cazului este tocmai coexistenţa tendinţei de a se produce proliferare pe lângă un ulcer vechiu, care, cu toate acestea, nu degenerează malign. In punerea diagnosticului de ulcero-cancer trebue să fim foarte prudenţi, pentrucă această afecţiune este relativ rară, cum arată şi cazul de faţă, unde cu toată starea hiperplastică a mucoasei gastrice, ulcerul rămâne benign.

2) Dr. VITALYOS: *Două cazuri de endocardită ulcerovegetantă.*

In primul caz este vorba de un om de 35 ani, prezintând sindromul endocarditei lente cu întreg cortegiul său clinic-anatomo-patologic. La autopsie se găseşte pe lângă alteraţiunile obicinuite pentru această maladie un anevrism miocardic, în dreptul valvulei sigmoide externe, produs printr'un proces ulcero-necrotic propagat dinspre valvula amintită care este la fel alterată. Această afecţiune e destul de rară deşi producerea ei se explică prin un mecanism foarte simplu: penetraţiunea leziunilor inflamatorii destructive endocardice în miocard per continuitatem. Ar mai fi o explicaţie: producerea leziunilor destructive consecutiv emboliilor infecţioase, în vasele coronare, posibilitate ce s'a putut exclude prin examinarea secţiunilor seriate. S'a demonstrat anevrismul prin proec-

*) **Asupra oricăreia din lucrările medicale româneşti semnalate aici se pot face, la cerere, referate mai desvoltate şi chiar procura întregul articol în original.**

ţiunile preparatelor istologice, făcute după metoda lui Christeller. Aceaestă metodă ne dă posibilitatea a face studii istotopografice asupra uneei secţiuni care interesează un organ întreg (inima, rinichiul, un lob pulmonar etc.).

Un al doilea caz de endocardită lentă, autopsiat cu 2 zile în urmă (coincidenţa cazurilor similare), ne arată leziuni ulcero vegetante sclerozate, recidivante localizate tot asemenea mai ales pe valvulele aortice. Se prezintă inima, cu alteraţiunile ei atât de exprimate şi tipice pentru endocardită lentă.

3) Dr. RUBIN POPA: *Un caz de pancreatită acută hemoragică cu steatonecroză, erodarea venei splenice şi cholelitiază.*

Femeea Cs. A. în vârstă de 40 ani, se prezintă la consultaţiile Clinicei Chirurgicale în ziua de 30.XII.928, acuzând dureri abdominale violente. Inainte cu 6 ani a fost operată pentru o afecţiune genitală în clinica Gynecologică, în urmă căreia menstruaţia i-a încetat, iar acum 4 ani a avut, în două rânduri dureri abdominale violente, semănând după descrierea bolnavei cu accesele de cholelitiază. Boala actuală datează de 2 zile debutând brusc, cu dureri violente în etajul sup. al abdomenului, iradiind în umărul drept, şi hipogastru la început, apoi în întreg abdomenul mai târziu, în formă de centură. Durerile sunt însoţite de vărsături.

Obiectiv se constată abdomenul destins, foarte sensibil la presiune cu apărare muşculară pe toată suprafată. Se întervine Dr. Danicico şi se constată că este vorba de o pancreatită hemoragică acută cu cholelitiază. Se drenează loja pancreatică, bolnava sucombă însă în aceaş zi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La autopsie se constată un cadavru de statură mijlocie cu tegumentele şi mucoasele vizibile palide; ţesutul adipos foarte desvoltat mai ales pe abdomen, în pulmon focare multiple de bronchopneumonie, bronşită purulentă; miodegenerescenţă cardiacă, pronunţată întumescenţă acută hepato-splenică.

Leziunea principală se găseşte însă în loja pancreatică. Deja pe marele epiploom caşi pe foiţele peritoniale ce delimitează loja pancreatică se găsesc extinse pete de steatonecroză. Pancreasul în afară de coadă, este transformat într'un bloc hemoragic, ajungând la de 3 ori volumul normal al organului. In grosimea acestei mase hemoragice se găsesc mici porţiuni de ţesut pancreatic în parte necrotice. Vena pancreatică este arodată comunicând cu loja pancreasului care este plină de coaguli sanghini. In vesica biliară, care prezintă o îngroşare a peretului cu o mucoasă trabeculară se găsesc 8 calculi poliedrici gălbui, moi ajungând până la mărimea unei alune.

Cazul este interesat prin raritatea sa, prin faptul că a evoluat sub masca unui acces de cholelitiază şi diagnosticul precis s'a putut face numai pe masa de autopsie cât şi prin estinderea procesului de steatonecroză la pereţile venei splinice urmat de erodarea lui şi hemoragie în loja pancreatică.

Coexistenţa calculozei biliare cu pancreatită acută hemoragică

este cunoscută şi frecventă. Etiologia şi patogenia afecţiunei nu este pe deplin clarificată. In cazul nostru ca în multe din cele citate în literatură, culturile făcute din splină au evidenţiat un bacil Coli. Nu se poate pune însă bază pe această constatare cunoscută fiind trecerea după moarte a bacilului din intestinul în splină şi celelalte organe.

Histologie, pancreasul în cea mai mare parte este transformat într'o massă sanghino-necrotică. Porţiunile mai puţin atinse arată pe lângă o infiltraţie sanghină o hiperplazie pronunţată a ţesutului conjonctiv interlobular. Afecţiunea s'a petrecut deci pe un fond de ciroză pancreatică.

Dr. RUBIN POPA: *Trei cazuri de hipertrofie idiopatică a inimei.*

Prezintă trei cazuri sucombate în Clinica Medicală şi cari au prezentat atât în clinică cât şi pe masa de autopsie câteva caractere speciale dând naştere unui tablou anatomo clinic deosebit. Este vorba de trei cadiaci cari prezintă în clinică pe lângă ansamblul simptomelor obişnite la sindromele cardiace, *o cianoză segmentară* foarte pronunţată, localizată la extremitate cefalică, unde tegumentele şi mucoasele vizibile sunt colorate în violet închis aproape negru şi la cari cercetările clinice (Prof. Haţieganu) au arătat o stază papilară constantă.

La autopsie se găseşte un tablou anatomo-patologic aproape identic în cele 3 cazuri.

In primul caz: Este vorba de un bărbat în vârstă de 30 ani, sucombat în clinica medicală cu dg. de: miocardită insuficienţă circulatorie, tbc. pulmonară, scerozā arterei pulmonare, lues congenital.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autopsia acestui bărbat ne dă următoarele date: Hipertrofia concentrică a inimei, dilatarea jumătăţei drepte, trombo-endocardita parietală a ventricului drept, pericardită fibrino purulentă, pneumonie franco-lobară a lobului inferior drept, pleurezie, emfisem pulmonar, grad mare, infarct pulmonar; ficat, splină de stază, nefrită interstiţială, stază generală, ascită.

Inima este aproape de 2 ori mărită, este culcată pe marginea dreaptă a jumătăţei drepte, care este de vre'o două ori mai mare ca cea stângă; foiţele pericardice sunt acoperite cu un exudat fibrino-purulent. Peretele ventricolului stâng este hipertrofiat (16 mm.), însă în contracţiune; endocardul corespunzător fiind nealterat. Ventricolul drept şi conul arterei pulmonare sunt foarte dilatate, acesta din urmă bombează la suprafaţă; muşculatura îngroşată (10—12 mlm..); pe endocarul parietal — mai ales în conul pulmonarei — se găsesc numeroşi trombi prinşi în reţeaua muşchilor papilari Consistenţa miocardului este diminuată, cavitatea ventricolului drept este plin cu coaguli sanghini. Auricolul drept ajunge mărimea unei mandarine, este plin cu cheaguri. Venele cave, mai ales cea superioară cât şi ramurile ei aferente, principale sunt turgescente, destinse, dând aspectul unei falşe tromboze. Pe intima arterei pulmonare, imediat deasupra tricuspidalei se observă mici retracţiuni.

Al II-lea caz: K. S. 51 ani, muncitor, sucombă în serviciul cilinicei medicale cu dgs. clinic de: Miocardită, emfizem pulmonar, bronchită cronică, aortită, asistolie.

Simptomatologia clinică a cazului este aceaş în liniamente principale cu celui dintâi, iar diagnosticul anatomic, stabilit de D-l Prof. Vasiliu: Dilatarea şi hipertrofia în grad mare a ventricolului drept şi a celui stâng, pete degenerative ale arterei pulmonare, endocardită verucoasă a valvulelor sigmoide; emfizem pulmonar; edeme generalizate.

Inima bovină, lăsată jos, culcată cu marginea dreaptă pe diafragm. Ventricolul stâng este hipertrofiat şi dilatat mai puţin (miocardul 20 mlm., perimetru 12 cm.), pe când cel drept are perimetru 22 cm. miocardul 15 mlm. grosime, cavitatea dilatată, plină cu sânge în parte coagulat; miocardul este în general palid, de culoarea cărnei fierte, de consistenţă diminuată. Conul arterei pulmonare este proeminent către suprafaţa inimei. Auricolul stâng liber, cel drept este de mărimea unei portocale, dilatat, plin de sânge, în parte coagulat, (circonf. 24 cm.), urechiuşa dreaptă se prezentă la fel. Endocardul parietal este liber, valvulele pulmonarei sunt uşor îngroşate, prezintând pe suprafaţa lor mici noduli lucioşi, cu fond scleros, aşezaţi mai cu seamă în jurul nodulilor lui Arantius.

In al III-lea caz este vorba de un econom de 42 ani, succmbat la clinica medicală cu dgs. de: emfizem, miocardită, aortită, insuficienţă circulatorie, cleroza arterei pulmonare, având simptomele clinice descrise la primele două cazuri.

La autopsie am găsit: scleroza interstiţială a pulmonilor, emfizem pulmonar, hipertrofie şi dilatarea inimei drepte, tromboza venei jugulare drepte în porţiunea cervicală şi a sinului lateral drept, stază generală, sinechie pleurală, ansarcă.

Inima mărită aproximative de 2 ori, mărirea ei de volum este datorită în special inimei drepte, care reprezintă 3/4 din totalitatea ei. Cavităţile dela dreapta şi conul arterei pulmonare sunt foarte dilatate, pline cu sânge, miocardul îngroşat (14 mlm.) palid, flasc, friabil, cu striaţiuni albicioase pe suprafaţa de secţiune. Endocardul nu este alterat. Pulmonara este dilatată, peretele îngroşat, în ramificaţiunile ei pete ateromatoase pe intimă. Aorta este sclero-ateromatoasă.

In rezumat: unui tablou clinic deosebit şi caracteristic i-se găseşte un substrat anatomo-patologic deasemeni caracteristic şi constant, determinat de o hipertrofie totală a inimei cu predominenţă vizibilă în partea dreaptă şi în special la atriul dr. stază sanghină în toate organele şi întreg arborele venei, mai pronunţată în partea superioară a corpului: creer, vena cavă sup. şi ramurile sale; în unul din cazuri se găseşte o tromboză a v. jugulare dr., ficatul nu este mărit. Este foarte greu să se explice această cianoză cefalică: hipertrofia predominentă în inima dreaptă, emfizemul pulmonar pronunţat şi constant, petele de aterom de pe ar-

tera pulmonară şi ramificaţiunile sale ne-ar putea face, să presupunem o mărire a tensiunei în mică circulaţie şi consecutiv hipertrofia inimei dr., şi stază sanghină. Microscopia de altă parte arată că se găseşte o falşă hipertrofie, această mărire a inimei fiind datorită înmulţirei ţesutului conjunctiv interstiţial care se găseşte în mare cantitate fie sub formă de placarde, fie fine fibre conj., între fibrele muşculare, după cum se vede în coloraţiile speciale: Este deci în realitate o pseudo-hipertrofie cardiacă, fapt care ne-ar putea face să credem că insuficienţa circulatorie din cazurile noastre ar putea fi datorită unei leziuni primitive a inimei.

Dr. Rubin Popa
Secretar general.

Şedinţa din 27 | IV. 1929

Prezidează: Prof. Titu Gane.

Se fac următoarele comunicări:

Prof. E. ŢEPOSU şi Dr. M. FODOR: Prezintă un bolnav în vârstă de 25 ani care la 26.II.1929, sufere un accident: un buştean cade peste el, lovindu-l puternic în flancul drept, aşa că timp de câteva ore, este în complectă inconştiienţă. Revenind mai târziu simte o senzaţie penibilă de a urina însă nu poate elimina decât câteva picături de sânge curat şi deasemenea remarcă desvoltarea unei puternice tumori la nivelul perineului. Medicul consultat imediat îl trimite clinicei chirurgicale. La prezentare constatăm: fenomene grave de şoc traumatic, balonare abdominală, cu echimoze şi sufuziuni sanghine intense pe întreaga regiune a flancului drept şi a hypogastrului; defensă abdominală intensă şi generalizată, lipsa unui glob vesical palpabil, cu toate că bolnavul n'a urinat timp de 6 ore hematom puternic în perineu (aproape mărimea unui cap de copil) şi la încercarea de sondaj, întâlnim obstacol de neînvins în regiunea membranoasă şi eliminare de câteva picături de sânge curat. Radiografia făcută constată o fractură concomitentă a braţului drept pubiam dehiscenţa simfizei şi fractură ischionului stâng. Tuşeul rectal prezintă o impăstare difuză fără colecţie propriu zisă.

Facem de urgenţă intervenţie chirurgicală (narcoză gen. cu ether) şi bănuind leziuni asociate intra abdominale, începem prin o laparotomie mediană. La deschiderea cavităţii constatăm sufuziuni sanghine la nivelul coecumului, anselor intestinale şi mezenterului fără alte leziuni şi nici revărsare de urină. Un puternic hematom plecat dela pube (braţul fracturat). Inchidem complect abdomenul cu fire de sârmă. Trecem apoi la deschiderea vezicei. In spaţiul lui Retzius se constată o puternică colecţie de lichid sanghino-urinar şi chiaguri de sânge. Vezica ascunsă sub simfiză. Deschidem vesica, în cavitate o mică cantitate de urină sanghinolentă, iar decolând faţa laterală dr., constatăm o ruptură a vezicei la acest nivel, ascunsă în chiaguri de sânge, cari o

BCU Cluj / Central University Library Cluj

acopereau. Drenăm vezica cu un tub Marion, aplicăm deasemenea meşă şi tubi de dren la nivelul rupturei şi lăsăm larg deschis. Trecem în aceiaşi şedinţă la deschiderea hematomului perineal prin o incizie longitudinală. Drenaj.

Mersul post operator a evoluat în condiţiuni bune; Plaga abdominală s'a închis complect şi după 2 săpt. trecem în timpul al 2-lea la refacerea uretrei şi constatând o ruptură în reg. membranoasă facem rezecţia părţi distruse pe o distanţă de 1 cm., şi suturăm capetele cap la cap. Evoluiază bine şi bolnavul părăseşte în câteva zile clinica complect vindecat.

Insistă asupra rarităţii leziunilor de ruptură simultană a vezicei şi uretrei, asociată, de fractura oaselor centurii pelviene.

Ttratamentul chirurgical e în funcţiune de cei trei factori anatomici cari domină plăgile vezicei: leziuni intraabdominale asociate, fractura basinului, şi leziunea celorlalte organe asociate.

Dr. VITALYOŞ: *Un caz de nefropatie chistică congenitală.*

Autopsiând cadavrul unei femeei de 45 ani, sucombată în serviciul clinicei medicale cu simptomatologia obicinuită unei nefrite azotemice, hipertensive, am găsit 2 rinichi polichistici, unul atrofiat, celalt în plină evoluţie (24×9×3 cm.) având suprafaţă neregulată, boselată, ocupată de nenumerate formaţiuni chistice, de dimensiuni variabile.

Bolnava are în antecedentele ei 5 avorturi, printre ele 3 spontane (reacţia Wassermann intens pozitivă) febră tifoidă (12 ani) gripă (acum 9 ani) şi un icter la 38 ani. Atât întimpulsarcinei ultime, duse la termen, cât şi în urmă, afirmativ în legătură cu eforţuri, prezintă endeme la membrele inferioare.

Digitized by Universitatea "Ion Ionescu de la Brăila" Library, Cluj

Debutul mai aparent al boalei, e fixat pentru Ian. 1929 cu cefalee, reducerea acuităţii vizuale, mai târziu anorexie, greţuri, diaree, vărsături (cari la sfârşit devin incoercibile). La examenul clinic: hipertensiuni art. de 21/1/2 — 11 (V. L.) diurează 800—1000, albuminurie (Essbach 2%) densitate 1006, cu puţine hematii şi cilindrii granuloşi. Azotul rezidual sanghin la intrare 130 mgr. — apoi creşte treptat 140—148—210 şi 220 gr. înainte de moarte. Moartea a survenit cu fenomene uremice.

Din debutul insidios, antecedentele unei nefropatii, azotemia şi hipertensiunea mare, izostenuria, lipsind durerea caracteristică, hipertrofia bilaterală renală, boselată, nu s'a putut pune decât diagnosticul de scleroză renală hipertensivă şi azotemică.

Diagnosticul anatomo-patologic de N. CH. congenitală se impune cu, atât mai mult că concepţiunea actuală nu admite decât o diferenţă graduală între chistele renale solitare şi N. C. cong., făcând abstracţie de acele rare cazuri. unde e vorba de chiste limfangiectatice sau acele-survenite şi mai rar — în urma nefritelor câştigate.

Factorul determinant pentru geneza acestei afecţiuni trebue căutat în viaţa fetală,, în turburările de dezvoltare ale sistemului canalicular renal, fie din resturile dispotice ale metanefrosului. La

aceste procese disontogenetice se adaugă ca factori adjuvămţi şi dezlănţuitori retenţia urinei secretate, degenerescenţă chistică al capsulei glomerulare şi a tubilor secretori şi un proces hiperplazic al epiteliului acestora în urma iritaţiunilor date de secreţia urinară reţinuţă.

Aspectul istologic al pieselor arată toate aceste procese, de o parte degenerative, cu scleroză interstiţială, pe de altă parte hiperplastice ale epiteliului renal.

Adevăratele Nefropatii chistice sunt relativ rare (Statisticele lui Neumann dintre 10177 autopsii 18 N. CH. cong.) deobicei bilaterale (dintre cele 18 numai 2 au fost unilaterale); ele nu dau decât simtomele unei nefroscleroze benigne, până la ultimele luni când bolnavul sucombă cu semnele insificienţei renale totale.

Afecţiunea prezintă o importanţă mai cu seamă teoretică, piesa o păstrăm, ca o curiozitate anatomică.

Discuţie :

Dl. Prof. ŢEPOSU: pielografia eventual ar fi putut contribui la punerea diagnosticului clinic; D-Sa cunoaşte cazuri diagnosticate pe baza diformaţiunei caracteristice a basinetului, cu conture boselate, semi circulare.

Dl. Conf. GOIA: obiectează că în acest caz ar trebui să facem examenul radiologic al tuturor nefriticilor cari prezintă hipertensiune şi azotemie; în mod practic nu este realizabil, având în vedere numărul mare acestor bolnavi.

Biblioteca Central University Library Cluj

Dr. VITALYOŞ: Virchow descrie o varietate a nefritei numită, pielopapilită fibroasă, ce rezultă în urmă afecţiunilor inflamatorii fetale, şi cari dau în adevăr diformaţiuni remarcabile a basinetului; însă acolo, unde procesul se localizează în parenchimul cortical, cum se întâmplă în imensa majoritate a cazurilor, ca şi în cazul de faţă: basinetul poate să rămână nemodificat.

Dl. Prof. GANE: Această afecţiune survine cu deosebire la copii, tocmai pentrucă începuturile procesului se pot reproduce în viaţa fetală. — D-sa a văzut mai multe cazuri, dar diagnosticul de fapt s'a pus deobiceiu pe masa de autopsie.

Dr. MIHAIL MITREA: *Un caz de tumoră cervicală gigantă. Operaţie. Vindecare.*

Este vorba de un bolnav V. J. 16 ani, care se prezintă la Clinica Chirurgicală la 18.III.1929, pentru o tumoră la nivelul gâtului.

In antecedentele heredo-colat, şi personale nu găsim nimic important.

Boală actuală datează de 10 ani. A debutat insidios, sub forma unei tumefacţiuni mici, de mărimea unei alune, localizată în regiunea submaxilară stângă. Cu toate că tumora evoluează încet, în timp de 10 ani ajunge la dimensiunile unui cap de făt, ocupând toată regiunea cervială stângă şi în parte şi reg. cer-

vicală anterioară. N'a fost însoţită niciodată de fenomene inflamatorii acute, n'a fost dureroasă. Mişcările maxilarului inferior şi mişcările de deglutiţie sunt libere.

Examenul local. Tumora este neregulată, prezentând la suprafaţă o serie de formaţiuni rotunde, cari fac corp cu masa tumorală principală. Tegumentele sunt de aspect normal, sub acestea vedem desemnându-se o serie de venectazii. La palpare nu este dureroasă. Din cauza dimensiunilor mari pe cari le prezintă tumora nu se poate observa dacă aceasta, urmează mişcările de deglutiţie, sau nu.

La examenul general nu prezentă nimic, deosebit. R. W. negativă.

Dg-ul preoperator: *Tumoră cervicală ganglionară.* (Tbc. ?).

22.III.1929. (Operează: Dr. Mitrea, aj. Dr. Mureşan). Operaţiunea a fost destul de dificilă, dat fiind faptul că tumora îngloba în sine art. carotidă primitivă şi vena jugulară internă, cari totuşi au putut fi isolate şi menajate. Plexul cervical să pierdea în tumoră şi astfel a trebuit să fie sacrificat.

Mersul postoperator a fost cât se poate de bun, la 8 zile bolnavul părăseşte serviciul vindecat.

Examenul histogic, făcut de Dl. Prof. Titu Vasiliu a arătat că este vorba de un fibrom.

Discută originea acestor fibroame cervicale, acestea fiind în multe cazuri neurogene, cum probabil este şi în cazul de faţă.

Dr. MIHAIL MITREA: *Un caz de sarcom tenosinovial.*

CBCU Cluj / Central University Library Cluj

Bolnavul M. V., 64 ani, se prezentă la Clinica Chirurgicală la 2.III.1929, pentru o tumoră recidivată la nivelul piciorului stg. Antecedentele herado-colat. şi pers. sunt fără importanţă.

Boala actuală datează din 1923, când bolnavul observă o mică tumefacţiune localizată la nivelul piciorului stâng, imediat sub articulaţia tibio-tarsiană. Tumora a evoluat încet şi fără dureri; după doi ani a fost extirpată într'un spital din provincie. La 1927 tumora apare din nou, de data aceasta având o evoluţie mai rapidă, ajungând în timp de 1½ an la dimensiunile unui pumn de adult şi fiind însoţită uneori de dureri în formă de săgetături.

La 1928 apare o tumefacţiune la nivelul omoplatului drept, însoţită de dureri cu iradiaţiuni în umărul şi braţul corespondent.

Examinat din punct de vedere general nu prezintă nimic deosebit R. W. negativă.

Diagnosticul preoperator: Sarcom.

La operaţie — făcută la 7.III.1929 — constatăm o tumoră difuză, de aspect sarcomatos, aşezată pe faţa dorsală a piciorului stâng. Degajarea tumorii întâmpină multe dificultăţi din cauza aderenţelor multiple, pe cari le prezintă aceasta cu ţesuturile vecine.

Tumora are cu punct de plecare teaca sinovială

a gambierului anterior, înglobând în sine şi extensorul propriu al degetului mare.

Examenul Istologic făcut din tumoră arată că este vorba de un sarcom fuzocelular.

Sarcomele teno-sinoviale sunt tumori destul de rare; în Clinică este al 2-lea caz de tumoră teno sinovială, în timp de 10 ani.

Omoplatul s'a extirpat în al II-lea timp. Examenul istologic arată tot un sarcom fuzocelular.

Dr. RUBIN POPA: *Carcinom primitiv al ficatului, forma de hepatom.*

J. D. în vârstă de 60 ani, muncitor la fabrica de fer cu antecedente fără importanţă sufere de 4 luni de dureri în etajul sup. al abdomenului cari se localizează mai apoi în hipocondrul drept unde bolnavul simte o rezistenţă la presiune. Este constipat, are senzaţia de greutate în abdomen. Obiectiv se constată o bombare a abdomenului în regiunea hipocondrului drept şi o formaţiune rezistentă dură, cu suprafaţa regulată, ce ocupă aproape întreg hemi-abdomenul dr. Se intervine cu dg. preoperator de tumoră abdominală şi în incizia operatorie apare întradevăr o tumoră foarte vascularizată aderentă în jur şi fixată în profunzime astfel că nu se poate exteriorize. Bolnavul sucombă a 5-a zi şi după intervenţie şi este trimis pentru autopsie.

La autopsie se constată pe lângă leziuni mai puţin importante în celelalte organe, un carcinom localizat în ficat, având şi punctul de plecare în acest organ. Ficatul este mult mărit (2400 gr.) neregulat, lobul dr. formează aproape în întregime organul. Suprafaţa acestui lob este neregulată, formată din confluenţa unei serii întregi de noduli tumorali, de mărime variabilă până la o mandarină, unii având prin transparenţa capsulei o culoare albă-gălbue, alţii roşie, având înfăţişare hemoragică. De pe faţa anterioară şi marginea inf. a ficatului pleacă spre peretele ant. a abdomenului, o formaţiune tumorală nodulară cam de mărimea unui cap de făt, de formă ovalară (partea din tumoră care s'a evidenţiat la operaţie). Lobul stg. al ficatului redus de volum, prezintă aspectul tipic al cirozei atrofice Laënec. La secţiune în lobul dr. parechimul hepatic este redus la o coajă care învăluie un ţesut de neoformaţiune cu aspect nodular de consistenţă moale, difluent de culoare albă-gălbue în unii noduli, roşie-neagră, hemoragică în alte părţi. Acelaş aspect în proeminenţă tumorală mai sus descrisă. Metastaze în celelalte organe nu se găsesc. La lobul stg. se observă mici şi rari noduli tumorali. Splina este mărită (280 gr.) cu aspect de splină de stază.

Diagnosticul la masa de autopsie este de: carcinom primitiv nodular al ficatului. Aspectul parenchimatos, moale cu porţiuni degenerate şi necroză lipsa metastazelor ca şi înfăţişarea hemoragică permite să bănuim macroscopic chiar *hepatomul* (Ewing): carcinomul plecat de la celula hepatică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Microscopia arată într'adevăr că este vorba de un hepaton tipic formă alveolară. Importanţa cazului stă nu numai în raritatea (D-nul Onaca într'o statistică făcută la Inst. de Anat. Pat. Cluj, găseşte la 11.000 autopsii, 16 carcinome primitive ale ficatului) ca, şi tocmai în această reproducere tipică a hepatomului formă tumorală recent îndividualizată şi nu îndestul de cunoscută.

Patogenia acestei tumori ar pleca din insule celulare nediferenţiate cu potenţial de a produce atât celula hepatică cât şi epiteliul căilor biliare (Rosenkuk, Vasiliu) dovadă existenţa tumorilor hepatice mixte. (Hepato-canaliculară).

Dr. Rubin Popa
secretar general.

ASOCIAŢIA ŞTIINŢELOR MEDICALE DIN BIHOR ŞI ORADEA

Incepând din Februarie 1929, s'a manifestat astfel:

1) — Conferinţa Domnului Medic Primar al judeţului Bihor: D-l Dr. Zeno Dumitreanu „Tragedia satelor" la 25.IV.929.

Luând parte la discuţii Domnii medici: Dr. Anca, Docent Dr. Pop, Dr. Mateiu, Dr. Iliuţă, Lt.-Colonel Dr. Ionescu.

2) — Conferinţă asupra: „serodiagnosticului sifilisului în legătură cu metodele întrebuinţate la laboratorul de Igienă Oradea" de către D-l Dr. Leont in Munteanu la data de 25.V.929.

Iau parte la discuţie: Dr. I. Matei, Dr. Tănăsescu.

3) Conferinţă asupra: „Tuberculozei pulmonare active şi examenul sputei" de D-l Dr. D. Tănăsescu la 20.II.929.

I-a parte la discuţii Domnii: Docent Dr. A. Pop, Dr. I. Matei, Dr. Gâldău.

Şedinţele de cazuistică au început în 22.VI.929 la Spitalul judeţean când s'au prezentat cazurile următoare:

D-l Dr. ROMUL COSTA: *Un caz de gravitate tubară stângă.*

D-l Docent Dr. A. POP: *Un caz cu calcul vezical prostatic. Un caz cu calcul bilar imigrat în intestinul realizând fenomene de ileus. (Operate, vindecate).*

D-l Dr. GHIDOŞANU: *Abces cerebral.*

D-l Dr. TANASESCU: *Un caz cu pericardită exudativă reumatismală şi 2) un caz cu sifilis hepatic.*

La data de 19.IX.929 s'au prezentat următoarele cazuri:

D-l Docent Dr. A. POP: *1) epifizioliza capului femorului cu pseudartroză. 2) Ulcerocancer al stomacului.*

D-l Dr. DEJEU: *Un caz de epilepsie jaksonienă prin înfundare în regiunea temperoparietală.*

D-l Dr. GALDAU: 1) *Un caz de intoxicaţie prin sodă caustică. 2) Ulcer dublu al stomacului.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La data de 17.X.929:

D-l Dr. TANASESCU: *Un caz de pericardită tuberculoasă la un copil de 17 ani.*

D-l Dr. ROMUL COSTA: *Ruptura spontană a simfizei în cursul naşterei.*

D-l Dr. GALDAU D.: *1). Carcinom al stomacului. 2). Tuberculoză ileocecală.*

Secretar General Dr. D. T.

SOCIETATEA ANATOMO-CLINICĂ (IAŞI)

Prezidează D-l Profesor Dr. C. Bacaloglu.

Şedinţa din 10 Iunie 1929.

Prof. Dr. C. BACALOGLU şi Dr. N. DABIJA: *Crize de astm la un bolnav cu un nodul tuberculos calcifiat la baza pulmonului drept.*

Un bolnav de 32 ani, cu crize extrem de penibile şi des repetate — de şease ani atins de astm, — este îngrijit în Clinica Medicală în cursul lunei Aprilie şi Maiu 1929.

S'a constatat că are în acelaş timp şi polipi nasali şi pe lângă tratamentul simptomatic care dă rezultate mulţumitoare (adrenalină, efedrină, expectorante, iodur de potasiu etc.), i se face şi extirpaţiunea polipilor săi nasali.

Dar ceiace este interesant la acest bolnav, e localizarea unei tuberculoze vindecate, mai cu seamă în pulmonul său drept. Pe lângă hipertrofia bilaterală a ganglionilor traheo-bronşici în ambele părţi, există un nodul în mijlocul lobului inferior al pulmonului drept, ca un glonte, ceiace Germanii numesc afectul primitiv (Aschoff) şi pe care îl consideră ca şancrul de primă inoculare al tuberculozei. La acest bolnav, aspectul placa radiografică, e remarcabil. Restul pulmonului este clar, chiar mult mai clard ecât în stare normală, din cauza emfizemului rezultat din repetirea necontenită a acceselor astmatice (are şi toracele globulos şi secreţiunea bronşică abundentă în urma acceselor).

Acest bolnav, pe lângă un teren prielnic, prezintă şi reflexul nasal semnalat atât de des în astmul zis esenţial şi spinul pulmonar care fixează răsunetul morbid al manifestărilor sale patologice.

Prof. Landouzy insistă mult asupra leziunilor pulmonare anterioare în deosebi asupra formei fibroase a tuberculozei în determinismul acceselor de astm. La soţia unui medic care prezenta această modalitate clinică, Landouzy îi spunea colegului său: „pulmonul acesta e un cimitir de bacili".

In orice caz, fără a omite terenul şi importanţa secreţiunilor

interne în determinismul acceselor astmatice, acest caz aduce un document interesant, prin nodulul calcificat la baza pulmonului drept şi adenopatia traheobronşică, mărturii evidente ale unei vechi tuberculoze pulmonare cicatrizate.

Dr. N. BALAN şi L. BALLIF: *Un caz de tumoare cerebrală.*

E vorba de un bărbat ce a fost internat acum zece ani în Spitalul Socola, cu diagnosticul de paralizie generală.

In urma tratamentului urmat, este eliberat din Ospiciu şi ocupă diverse funcţiuni: acum un an e internat din nou în spitai prezentând o hemiplegie dreaptă.

La necropsie s'a constatat prezenţa unei tumori cerebrale în lobul frontal, tumoare ce avea în lungime (diam. antero-posterior) 60 mm. şi 50 mm. în diametrul vertical.

Microscopic tumoarea era un gliom.

Dr. VITNER ROZENTHAL şi EUGEN IONESCU: *Hidropizia veziculei biliare. Enorma distensiune; compresiunea caecului cu fenomene de oclusiune intestinală.*

O bolnavă în vârstă de 40 ani, intră în ziua de 4 Martie 1929 în serviciul de Ginecologie Dr. Mârzescu, cu fenomene de ocluzie intestinală, cari au început acum 3 zile.

In trecutul său, se constată că sunt 5 ani de când a resimţit uşoare dureri în hipochondrul drept, dureri ce se accentuiază de vre-o 5 luni. Nu a avut însă nici odată icter, nici turburări gastro-intestinale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ziua de 1 Martie, când bolnava a fost cuprinsă de dureri mari în hipochondrul drept şi cu iradiaţii în fossa iliacă dreaptă, abdomenul se balonează, n'are scaune nici emisiuni de gaze; are vărsături. I se pune diagnosticul de oclusie intestinală şi este trimeasă pentru intervenţiune.

La intrare în serviciu, abdomenul era uşor balonat, ansele intestinale se desemnau în jurul ombilicului prin undele peristaltice.

In hipocondrul drept apărare muşculară. In regiunea superioară a abdomenului se simte o tumoare dură, fără să se poată preciza natura ei.

Avându-se în vedere fenomenele de ocluzie intestinală, se decide intervenţia.

Operată la 4 Martie 1929 de Dl. Dr. Mârzescu, care face o incizie laterală şi paralelă cu marginea externă a dreptului — sub linia orizontală ce ar trece prin ombilic; incizia se coboară până în fossa iliacă dreaptă.

Se observă imediat, marginea inferioară a ficatului mult scoborâtă şi sub ea o tumoare de culoare verzue, renitentă, piriformă şi aderentă de ceck la nivelul regiunii ileo-cecale.

Această tumoare se identifică a fi vezicula biliară dilatată enorm şi mult coborâtă.

Se face colecistectomia retrogadă. Vezicula are aproape 20 cm. lungime, cu un diametru de 5—6 cm., are pereţii mult îngroşaţi, prezintă un calcul de colesterină mare cât o maslină —

astupând canalul cistic; un al doilea asemănător și alți patru calculi poliedrici, se găsesc în fundul veziculei care conține un lichid filant, mucos, de colorație verzuie — cam 100 gr.

La examenul histologic se observă: o lipsă complectă a epitheliului mucoasei, infiltrația corionului cu numeroase polinucleare și eozinofile, infiltrația întreg peretelui cu un oedem albuminos, vasele dilatate și mici hemoragii în regiunea colului. Peretele în genere mult îngroșat datorită infiltrației leucocitoare și mai ales oedemului.

D-na Dr. Rosenthal insistă asupra interesului ce-l prezintă acest caz, atât din punct de vedere clinic cât și patogenic: a). Clinic, evidențiază dificultățile diagnosticului: lipsa antecedentelor specifice unei maladii veziculare, sediul anatomic anormal al veziculei și fenomenelor de ocluzie, datorite obstrucției caecului prin compresiunea tumoarei.

b). Patogenic: cele două elemente, obstrucția mecanică și inflamațiunea, — necesare formărei hidropiziei după ce-i mai mulți autori, s'au evidențiat bine în cazul de față, atât macroscopic cât și microscopic.

Dr. N. P. BALAN: *Malformație a glandei supra-renale.*

Intre malformațiile glandei suprarenale este și sudarea intimă a glandei cu rinichiul, ea găsindu-se așezată sub capsula rinichiului.

O asemenea malformație s'a găsit la bolnava P. V. de la spitalul Socola. Malformația este de ambele părți și constă din sudareea capsulelor suprarenale cu rinichiul — pe fețele anterioare — pe o întindere de 50 mm., plecând dela polul superior a rinichilor până la hil și net limitată la marginea rinichilor. Lățimea pe care este sudată glanda, este 10 mm., la dreptul și 15 mmm., la cel stâng.

Microscopic se constată că substanța renală vine în contact intim cu aceea a glandei suprarenale și se găsesc mici formațiuni chistice căptușite de un epiteliu prizmatic; la una mai mare, se formează în interiorul chistului formațiuni papilare.

Dr. E. LUCINESCU: *Osteosinteza tibiei.*

Comunicatorul prezintă o placă radiografică cu rezultatul osteosintezei practicată la o fractură deschisă a maleolei interne — după scoaterea șurubului metalic care a menținut fragmentele. Din placă se constată sudarea perfectă a fracturei cu „restitutio ad integrum" anatomic.

Rezultatul funcțional, deasemeni este foarte bun.

Aceste fapte verifică afirmațiile făcute de D-sa în ședința din 26 Mai, când a prezentat bolnavul și placa radiografică (după câteva zile dela osteosinteză): a) osteosinteza este indicată în fracturile maleolare — deoarece în această fractură mai mult ca în celelalte, se cere o reconstituire anatomică cât mai apropiată de normal, pentru a se asigura o bună funcționare a articulației, b) osteosinteza se poate practica cu succes în fracturile recente deschise dacă se face o bună aseptizare a focarului traumatic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. N. DABIJA: *Stenoză medio-gastrică de natură neoplasică.*

La laboratorul de Radiologie al Clinicei Medicale, se prezintă o bolnavă de 42—43 ani, acuzând dureri mari în regiunea epigastrică şi intoleranţă gastrică foarte, pronunţată de aproape 5—6 luni; e slăbită mult, cu tegumentele topite şi de un galben paille.

Local palparea este foarte dureroasă şi se constată o înpăstare tumorală care corespunde zonei gastrice.

In regiunea supra claviculară se palpează ganglionul lui Troisier.

Examenul radioscopic cu lichid baritic — preparat în mod obicinuit — ne arată un punct de ştrangulare mediogastric, pe unde lichidul de contrast trece spre porţiunea orizontală umplând'o incomplect.

Permeabilitatea şi transitul piloric sunt normale: mobilitatea este aproape nulă.

După puţin timp de la ingerare, încep mişcări peristaltitice şi antiperistaltice vii pe porţiunea verticală, cari opresc administrarea bariului mai departe — făcut cu scopul de a umple şi porţiunea situată deasupra stenozei. Imaginea căpătată este lacunară pe mijlocul stomacului, ţinând de peretele posterior — pe marea curbură; infiltraţiile şi aderenţele contractate, gătue stomacul la partea mijlocie.

Autorul face diagnosticul diferenţial: cauza ulcerativă, ulcer cancerizat falşele stenoze prin bride sau compresiune etc.; în cazul cancerizat, falşele stenoze prin bride sau compresiune etc.; în cazul de faţă toate acestea sunt uşor de înlăturat, imagina radioscopică fiind tipică a unui neoplasm al peretelui posterior şi al marei curburi.

Acest caz ese din comun prin locul de desvoltare, prin ştrangularea şi bilocularea gastrică; este un neoplasm „en virolle" — care accelerează sfârşitul bolnavului — atât prin desvoltarea lui rapidă în suprafaţa şi în profunzime, cât şi prin inaniţia la care expune bolnavul în urma stenozei ce se formează rapid şi progresiv.

Dr. OSCAR BIENSTOCK: *Presiunea venoasă periferică şi importanţa ei în clinică.*

O metodă pe cât se poate de simplă şi de precisă, a permis introducerea cercetărei sistematice a acestei presiuni în clinică.

E vorba de metoda lui Villaret, care indică presiunea venoasă în cm. de apă şi care se ia puncţionându-se o venă la bolnavul aşezat în decubitus dorsal.

Rezultatele obţinute prin măsurarea acestei presiuni sunt interesante.

Astfel, în urma numeroaselor determinări a presiunei venoase, mai ales la cardiaci, autorul comunicării a ajuns la următoarele concluzii:

Insuficienţele ventriculare drepte pure, precum şi cele totale, aduc constant o creştere a presiunei venoase. Insuficienţa cordului

stâng — în afară de complicaţiuni — nu modific presiunea venoasă.

Cardiopatiile bine compensate, nu modifică nici ele presiunea venoasă. Există însă cardiopatii compensate numai în aparenţă şi cari au o presiune venoasă ridicată; aceasta indică iminenţa insuficienţei cardiace, obligându-ne să luăm măsurile de rigoare (toni-cardiace).

Arterio-scleroza — fără insuficienţa cordului drept — aduce o scădere a presiunei venoase prin scăderea debitului arterial.

In compresiunile cavei superioare, presiunea venoasă este crescută în domeniul acesteia şi normală sau scăzută în domeniul cavei inferioare. In ciroze cu ascită, presiunea venoasă e crescută de astădată în domeniul cavei inferioare şi normală în rest.

In tuberculoză, hemoptiziile sunt anunţate printr'o creştere bruscă a presiunei venoase. O presiune venoasă care creşte încet, întrecând cifrele normale, anunţă tendinţa la scleroză a focarelor tuberculoase.

Presiunea venoasă normală, variază între 10—16 cm. de apă.

In general la omul normal, presiunea venoasă periferică e aproape aceiaşi, atât la membrele superioare cât şi la cele inferioare.

In clinică, presiunea venoasă se ia de obiceiu la una din venele plicei cotului şi când aceasta nu este posibil la jugulara extremă.

Dr. C. VASILESCU şi Dr. DOROGAN: *Coccidioza hepatică asociată cu cisticercus pisiformis la un epure.* Prezentare de piese macroscopice şi microscopice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La autopsia unui epure, s'a găsit în cavitatea abdominală un număr mare de cisticerci dispuşi în formă de ciorchine de strugure — Cisticercus pisiformis, larva Teniei serata dela câine.

Această grupă era fixată pe faţa inferioară a ficatului de unul din nodulii albicioşi şi fluctuenţi ce bolteau sub capsula lui Gilson. In fiecare veziculă s'a putut pune în evidenţă prin impregnare cu chloral-phenolul lui Aman un scolex armat.

Secţionându-se ficatul şi făcându-se preparate microscopice extemporanee, s'a constatat că nodulii albicioşi din care se scurgea un puroi gros, conţineau numeroşi oocişti de Eimeria cuniculi.

Aceste tumori sunt constituite prin hipertrofia adenomatoasă — cronică a canalelor biliare.

Pe lamele histo-patologice ce mai observă pe lângă numărul enorm de mare al oociştilor, forme mai tinere de coccidii (spori, merozoiţi, gameţi) cari parazitează celulele epiteliale ale canalelor biliar din vecinătatea nodulilor.

Aceest proces anatomo-patologic reprezentat prin toate stadiile de evoluţie a parazitului, arată că s'au produs infecţii supraadăugate. De altfel primăvara se găseşte frequent la epure coccidioza hepatică: comunicatorii au mai găsit noduli coccidieni şi la alţi epuri (din aceiaşi crescătorie).

Maladia se vindecă în general spontan; atunci când infecţia a fost prea mare ea este mortală.

La om se găseşte extrem de rar.

C. V. L.

SOC. MEDICALĂ A SPIT. BUCUREŞTI

Şedinţa 5—19 Iunie 1929
(No. 6 din Buletin)

Dr. M. NOICA: *Cuvântare.*

Dr. DANIELOPOLU: *Asupra probelor vegetative.*

In acest articol, (răspuns la 2 note publicate de Prof. Marinescu în Bul. Soc. Rom. Neurologie), autorul face o aspră critică a metodelor întrebuinţate în studierea tonusului negativ şi mai ales asupra rezultatelor discordante obţinute prin ignorarea condiţiunilor fiziopatologice simpato-parasimpatice.

Aminteşte că proba *atropinei intravenoase* combinată cu *orthostatismul* nu măsoară decât tonusul general şi nu excitabilitatea sau tonusul vegetativ local. Asemenea nu trebuesc făcute probele cu *adrenalină* decât intravenos şi nu trebue confundat termenul de amfotrop cu amfotonic.

Studiul sist. vegetativ nu poate aparţine decât *Clinicei Medicale* numai ea fiind capabilă de a ne iniţia asupra cunoştiinţelor fiziopatologice şi farmacologice ale viscerilor inervate de sistemul nervos vegetativ. Recomandăm multă prudenţă şi *strictă aplicare ştiinţifică* în studierea tonusului general simpato-vagal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Doc. Dr. M. POPPER: *Utilizarea diagnostică şi terapeutică a unui pneumorachis într'un caz de meningită cerebro spinală.*

Această metodă a fost imaginată de *Reiche* la 1925 şi practicată în mening. purulente de *Hamburger* la 1926.

In cazul de faţă o mening. meningococică de aspect clasic, necedând la tratam. seroterapic se bănueşte o închistare. Pentru a i se face ventriculografia înainte de intervenţia chirurgicală, se introduce în canalul rachidian 100 cmc. aer sterilizat.

A doua zi fenomenele cedează şi continuându-se seroterapia pacientul se vindecă. Prin golirea unei mari cantităţi de L. C. R. purulent, cavitatea s'a *aseptizat* în parte, înlesnind efectul terapeutic al serului.

Dr. G. NICULESCU şi Dr. DANIŢA: *Tratamentul anemiei pernicioase prin metoda Whipple.*

Un caz grav de anemie pernicioasă tratat cu ficat proaspăt şi *hepatrat* la care se adaugă picături de acid clorhidric după masă, fer. redus şi injecţiuni cu liq. Fowler. Vindecare complectă după 6 săptămâni în care timp hematiile au crescut cu aproape 3.000.000. şi V. G. s'a redus dela 1.22 la 0.89.

A. HAGI PARASCHIV, G. PROCA, D. ANGENOMEN: *Asupra unui nou caz de intoxicaţie acută prin digitalină.*

Substanţa medicamentoasă în cantitate 7 miligr., a fost luată în scop de sinucidere. Moartea se explică prin starea proastă a miocardului, doza mortală de digitalină fiind 15—18 mgr. La electro-cardiograf se constată bloc incomplect $^3/_1$ redus după inj. 1 mgr. otropină la $^2/_1$.

Dr. BELCIUGAŢEANU şi Dr. RUSESCU: *Câteva rezultate obţinute prin pneumotorax terapeutic* în 43 cazuri de Tbc. pulmonară.

M. POPPER, T. IONESCU şi I. COSMULESCU: *Incercări de tratament chirurgical într'un caz de diabet juvenil.*

Bazându-se pe concepţia că legătura canalului excretor al pancreasului conduce la atrofia elementelor acinoase şi augmentarea în număr şi volum al insulelor Langherhaus, autorii au făcut o ligatură mediană pe pancreas, la un diabetic de 22 ani.

Rezultatele au fost nule; totuşi cu această ocazie s'a putut pune în valoarea *acţiunea pregătitoare* a insulinei când o intervenţie chirurgicală se impune la un diabetic.

Dr. CAFFÉ, M. BAINGLAŞ şi GH. COMŞA: *Tratam. incontinenţei urinare prin injecţiuni intravenoase Urotropină, în maladiile nervoase.*

La diverşi tabetici, mieletici, hemiplegici şi pseudobultani cari prezintau *micţiuni inconştiente,* autorii au obţinut în mare parte vindecare durabilă a acestei incontinenţe. Explică fenomenul prin redeşteptarea reflexului *uretrovezical,* odată cu eliminarea Urotropinei sub forma de alhehidă formică. Cât despre *durata* vindecărei după eliminarea medicamentului, autorii cred că este vorba de o funcţionare indefinită a automatismului vesical redeşteptat, analog sincopei cardiace tratată cu inejcţiuni intra-cardiace de adrenalină.

Dr. I. Vasilescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE DERMATOLOGIE ŞI SIFILIGRAFIE

(Secţiunea din Bucureşti)

La 11 Noembrie, 1928, a luat fiinţă în amfiteatrul clinicei de Dermatologie şi Sifiligrafie dela Spitalul Colţea, Societatea Română de Dermatologie şi Sifiligrafie din Bucureşti. S'au votat statutele societăţei şi următorul comitet a fost ales:

Preşedinte: *Prof. Dr. S. Nicolau.*
Vice-preşedinţi: *Dr. Anghelovici, Colonel Dr. Iliescu, Dr. Th. Ştefănescu.*
Secretar General: *Dr. A. Banciu.*
Casier: *Dr. E. Constantinescu.*
Bibliotecar: *Dr. Leone Friedman.*
Secretari de şedinţă: *Dr. V. Vătămanu, Căpit. Dr. Negreanu, Dr. D. Aricescu.*

Şedinţele ştiinţifice conform statutelor au loc în prima Duminecă a fiecărei luni.

Cum iniţiatorul şi conducătorul acestei societăţi este D-l Profesor Nicolau, a cărei autoritate ştiinţifică a trecut de mult timp fruntarile acestei ţări, având în juru-i eminenţi elevi cari îl secondează, probează că această societate va crea o operă ştiinţifică de valoare. Intr'adevăr apariţiunea buletinului societăţii într'o formă elegantă şi coprinzând lucrări de o reală valoare, scris în limba franceză, arată străinătăţii că şcoala întemeiată de D-l Profesor Nicolau este demnă de maestru ei, desvoltând o activitate medico-socială şi ştiinţifică dintre cele mai remarcabile.

Şedinţa de la 2 Decembrie 1928.

Prezidează D-l Prof. Nicolau.

Prof. S. NICOLAU: *Un cas de parakeratose de Mibelli, systematisée et unilaterale.*

Autorul, presintă un bolnav, atins de parakeratose a lui Mibelli, caz foarte rar la noi în ţară. Cea-ce face şi mai interesant cazul, este extinderea neobişnuită a erupţiei şi localizarea sa exclusivă, în partea dreaptă a corpului: membrul superior, torace şi membrul inferior. Lesiunea a apărut, acum 12 ani, printr'un placard eritemo-squamos, pe faţa anterioară a genunchiului drept. Autorul face o minuţioasă descripţie a lesiunilor şi un riguros examen anatomo-patologic al acestor lesiuni. Conchide, deşi lesiunea apare sistematizată, că ea nu corespunde, ca dispoziţie — excepţie făcând pentru placardul toracic — teritoriului de inovaţie cutanat al unui singur nerv, şi admite că cauza necunoscută, care condiţionează sistematizarea lesiunilor ar fi localizată, fie la nivelul neuronilor centrali corespunzând nervilo în chestiune, fie la nivelul rădăcinilor lor. Mai observă: că punctul de plecare al procesului morbid, nu poate să-l localizeze în glandele sudoripare, după cum l-a susţinut Mibelli şi mulţi alţi anatomo-patologişti, căci din examenul unui mare număr de cupe în serie, nu a putut constata vre-o relaţiune oare-care între canalele sudoripare şi coloana de diskeratoză periferică, care reprezintă aci, leziunea, adevărat principală şi activă a procesului morbid.

M. M. ILIESCU C. et POPESCU T.: *Angiome hyperplasique de la langue.*

Autorii prezintă un bolnav, căruia i-a apărut o mică tumoare în vârful limbei; de mărimea unei fragi şi care datează de 3 săptămâni. Primul stad al acestei tumori a fost o vesiculă care s'a ulcerat şi în urmă a burjonat. In acelaş timp i-a apărut bolnavului şi-o erupţie furunculoasă în regiunea dorso-lombară. Se excizează tumoarea şi structura histologică arată structura de angiom hyperplasic (Botryomycom). Cas interesant, prin localizarea tumorei, şi prin desvoltarea sa concomitentă cu o lesiune pyococică cutanată.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

(Stafilococul aureus, în urma culturei făcute). Mayrau a arătat că agentul botryomicomului este un stafilococ aureus cu virulenţa atenuată.

Prof. S. NICOLAU: *Sur un cas de sarcoides saus-cutanées (type Darier-Roussy).*

Este vorba de o bolnavă, în vârstă de 61, care prezintă două tumori indolore, situate simetric la partea externă a fiecărui cot. Aspectul general al leziunilor, culoarea, evoluţia precum şi localizarea lor în partea profundă a pielei, face pe autor să pue diagnosticul de sarcoide sub-cutanate, Darier-Roussy, diagnostic confirmat prin examenul histologic. Singurul diagnostic, delicat, se impunea ca eritemul nodos al lui Bazin; în cazul acesta, însă, afecţiunea apare la gambe, la fete tinere, şi adesea lesiunea are tendinţa spre necroză şi ulceraţie. Din punct de vedere anatomo-patologic, cu toată asemănarea ce rezultă din structura tuberculoidă, comună, ambelor afecţiuni, în sarcoida Darier, nu se întâlneşte lesiuni vasculare (endo-mezo-periatrite) şi sistematizarea perivasculară a lesiunilor, aşa cum se observă în eritemul nodos. Deşi majoritatea dermatologilor consideră această afecţiune ca o tuberculidă, autorul arată că o demanstraţiune riguroasă în ceace priveşte relaţiunile acestei afecţiuni cu tuberculoza, n'au fost făcute. Cazul n'aduce vre-o contribuţie la etiologia tuberculoasă a lesiunei de oare-ce în examenele minuţioase ale cupelor nu s'au găsit bacili acido-rezistenţi şi inoculările la cobay n'au dat nici un rezultat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorul îşi propune să-şi complecteze studiul acestui caz, prin inoculări, în sensul noilor date, relativ la formele filtrante ale bacilului lui Koch.

M. A. BANCIU: *L'inactivation „biologique" des sérums dans la réaction de Bordet-Wassermann.*

Pentru a împedeca ca serurile sifilitice să peardă prin încălzire o parte din reagine care sunt termolabile, pentru a împedeca tendinţa auto-fixatorie ce o au unele seruri când sunt încălzite şi pentru a distruge sensibilizatrice anti-oae care sunt în ser, autorul a imaginat un procedeu de a distruge alexina şi sensibilizatricea serului fără încălzire. Astfel intensitatea hemoliziei va fi proporţională cu cantitatea de alexină. Pune în contact o cantitate de ser şi vor distruge şi alexina prezentă.

Cu acest procedeu de inactivare biologică autorul elimină toate cauzele de erori datorite prezenţei în ser de alexină şi hemolizină şi posibilitatea de a face reacţia Wassermann clasică cu ser neîncălzit.

Reacţia B. W., cu ser inactivat biologic s'a arătat mai sensibilă ca reacţia B. W. clasică în proporţie de 14,3 % de cazuri; ceia ce se observă şi în celelalte procedee cu ser neîncălzit.

Dr. V. Drăgoescu

B. CONGRESE.

AL 8-lea CONGRES ROMÂN DE O. R. L. BUCUREŞTI 26, 27 ŞI 28 OCTOMBRIE 1929.

Dare de seamă în rezumat de D-l Dr. Lazăr Mayersohn.

Al 8-lea Congres român de O. R. L., s'a ţinut în Bucureşti, în amfiteatrul Spitalului Brâncoveanu, în zilele de 26, 27 şi 28 Oct. 1929, în prezenţa reprezentantului Ministerului Sănătăţii d-l Dr. Gomoiu, sub preşidenţia d-lui Dr. Onescu, asistat de d-l Dr. L. Mayerzon, secretar general, mai sunt prezenţi în afară de un mare număr de laringologi şi oaspeţi străini, D-nii Prof. Belinof şi Dr. Iancof din Sofia, şi Dr. Ibrahim Haydar din Constantinopole. După discursul de deschidere al preşedintelui şi darea de seamă anuală a secretarului general, cărora le răspund d-l Dr. Gomoiu, reprezentantul Asociaţiei Generale a Medicilor, etc., d-l Profesor Belinof face propunerea de a se creea un congres interbalcanic de O. R. L. Propunerea susţinută cu argumente de ordin pacific şi de înţelegere între popoare, găseşte un ecou puternic printre membrii congresului cari o votează în unanimitate după discuţiuni interesante cari a avut loc şi după citirea scrisorilor de aprobare din partea d-lui profesor Gh. Marinescu, a d-lui Prof. Nuri Paşa din Constantinopole şi a altora.

Raportul asupra **cefaleei rinogene** al d-lor **Dr. Costiniu, Dr. Ţeţu** şi **Dr. Buzoianu,** e discutat de către d-ni Prof. Predescu Rion, Prof. Belinof, Dr. Haydar, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-nii D-ri **Costiniu** şi **Bernea** expun rezultatele obţinute de ei cu diatermocoagulaţia în tumorile gurii, nasului şi laringelui. Ei fac deasemenea câteva consideraţiuni asupra **Maladiei lui Quingen** şi aduc o observaţiune proprie.

D-l **Prof. Dr. Angelescu** şi **Dr. Buzoianu** vorbesc despre **procedeul lui Ogston-Luc în Sinusitele frontale supurate.**

D-l **Dr. Iancof (Sofia): Tratamentul ozenei prin metoda Eckut Moebius** adică transplantarea de os spongios sub mucoasa septumului nasal. Mirosul şi crustele au dispărut în 2 din 10 cazuri operate de autor. Celelalte 8 cazuri au fost sensibil ameliorate.

D-nii D-ri David-Galaţi şi Haydar (Stambul) întrebuinţează cu succes o soluţie de acetyl-cholim în ozenă.

Dr. A. Spirt-Craiova: Un caz de epistaxis grav cu hemofilie hemogenică vindecat cu hemostyl Roussel.

Dr. Michăescu şi Dr. Hagieţeanu (Craiova).: **Un caz de sinusită maxilară-etmoidală cu complicaţiuni orbitare.** După operaţia Caldwel-Luc se găsesc focare de necrosă osoasă la nivelul peretelui orbitar şi etmoidal al sinusului, plin de puroi şi de fungozităţi.

Dr. Andreeseu prezintă o serie de instrumente noi: un dilatator al tracheei, cu cârlig pentru extracţia monedelor din esofag şi un nou pansament pentru epistaxis.

D-nii D-ri Brătescu şi **Racoveanu,** prezintă 4 militari cărora le-a făcut, cu rezultat frumos, **grefa osteocartilaginoasă pentru cifosa nasului.**

D-l Dr. Aortal: Despre 30 de cazuri de dacriocistită de etiologie diferite, special după diverse metode endonasale. Metoda transeptică a lui Kofler, i-a dat cele mai bune rezultate.

Prof. Belinof (Sofia): Tratamentul stricturilor esofagului prin tuburi „à demeure". E vorba de mici tuburi metalice de 4—5 cm. lungime, pe care autorul le introduce în strictură şi le lasă 6—12—24 ore şi apoi le extrage cu ajutorul firului de mătasă a cărei extremitate externă era lipită de obraz.

D-l Dr. David-Galaţi, ridică chestiuni de prioritate amintind că acum 3—4 ani a comunicat la acest congres o metodă de tratament „à demeure". El întrebuinţa tuburi de cauciuc scurte, mergând dela baza limbei până dincolo de strictură.

D-l Dr. Andreescu: 30 de cazuri de anestesie broncho-esofagiană cu Dilaudil.

D-nii Prof. Dr. Meţianu şi Dr. Tempea: Un caz de hemoptisie de origină varicoasă falş diagnosticată de origină tuberculoasă.

D-l Dr. Mayersohn citează câteva cazuri asemănătoare şi arată interesul social şi umanitar de a depista aceste false diagnostice când e vorba numai de emoragii de origină faringeine-laringee, etc.

D-l Dr. Tempea verbeşte despre criteme sifilitice faringo--amigdaline şi descrie un caz de polipi la un ozenos.

D-l Dr. Michăescu (Craiova): Hemiplegie palato-laryngiană (sindromul lui Avelis) însoţită de paralisia nervului auditif.

D-l Dr. David-Galaţi: Structură esofagiană urmată de un abces cerebral cinci luni după începutul tratamentului prin dilataţie, vindecată.

D-l Dr. David-Galaţi: Un abces retro-faringian deschis în urechea medie. Scurgerea din ureche prin timpan era însoţită de o proastă stare generală şi de dureri puternice în regiunea occipito-martoidiană, martoidectomie negativă. După operaţie dispare.

Dr. Tempea susţine că adevăratul diagnostic trebue pus atâta medie supurată acută urmat de un abces retro-faringian.

Dr. Prof. Predescu susţine diagnosticul d-lui Dr. David cu argumente anatomice pe care d-l Dr. David le completează cu altele de ordin fisiologice. Insistă asupra faptului că bolnavul este încă azi în tratament pentru Pott.

D-l Dr. Ibrahim Haydar (Constantinopole): **Au sujet l'otosclerose.** Un bolnav a făcut otosclerosă după o mastoidită laterală. Aceasta trebue considerată ca una din principalele cauze al otosclerosei.

D-l Dr. David-Galaţi: Un caz de angină agranulocitară. Un bărbat de 40 ani capătă o angină de aspect scarlatinos cu 39°, frisoane şi dureri de şale. A 4-a zi apare câte o pată neagră pe fiecare amigdală, care apoi se întind pe tot faringele. Microbi banali fără Loeffler diagnostichează angina gangrenoasă probabil agranulocitară. Examenul sângelui şi formula lucocitară confirmă cu rivenol ,resorcină, tratament general cu canfor, urotropină serumantigen diagnosticul. A 6-a zi sfacel, puternic delir. A 8-a zi moarte cu 40°. Irigaţiuni grenos, antistepilococic, transfuzia de sânge sunt zadarnice. Această maladie, descrisă de Schultze, nu a fost influenţată de nici o medicaţie afară de transfuziunea sângelui caducea pentru scurtă vreme o ameliorare momentană.

Autorul se întreabă dacă hormonul amigdalic nu excită leucopenia şi dacă în această maladie absenţa hormonului nu produce cumva cerinţă leucopoecetică cu consecinţele sale. Ar trebui să se adauge la transfuziunile sanguine largi, extract de amigdale.

Dr. A. Spirt (Craiova): Trei periamigdalite flegmonoase vindecate prin tratament abortiv local cu argin coloidal.

Prof. Belinof (Sofia). descrie un sindrom pe care îl numeşte **sindromul vârfului stâncii,** pe care îl găseşti într'o varietate de mastoidită a vârfului stâncii, pe care o numeşte **petrită** sau **petromasdoită.** In forma tipică a acestui sindrom se găseşte nevralgia nervului V, paralisia sau paresa n. VI şi VII, lesiuni şi VIII şi abces rotrofaringian. Sindromul lui Gradenigo nu ar fi decât un sindrom parţial al sindromului autorului.

D-nii D-ri David-Galaţi şi Prof. Predescu-Rion fac oarecari critici acestui sindrom.

D-l Prof. Predescu-Rion: Un caz de paralisii faciale bulbare, un altul de paralisie facială intrapetroase şi un caz de tumoară inflamatorie a trachiei răce ocupă 3/4 din lumenul ei şi se întinde până la bifurcaţie.

D-nii D-ri Creţer-Bacău şi Tempea, aduce unul 2 cazuri, celălalt un caz de bolnavi cu sindromul lui Gradinigo.

Pentru Congresul viitor s'a fixat ca subiect de report **Radiodiagnosticul în O. R. L. Raportori d-nii: D-ri Jovin şi Andreescu, coraportor Dr. Ţeţu.**

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

C. — MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ
ÎN STRAINATATE

MEDICINA EXPERIMENTALĂ

Bratiano (S) et Llombarto (A): Blocage phisiologique du système reticulo-endothelial. (C. R. biologic No. 19, 1929).

Autorii au constatat că în urma injecţiilor de coloide în doze mari la animale celulele reticulare ale ganglionilor limfatici sunt pline de granulaţii afară de ganglionii antracozici. Fapt ce i-a făcut s'admită un blocaj făcute în vederea cercetărilor serologice şi bacteriologice. Probabil intervine starea fiziologică a acestui sistem în momentul pătrunderei coloidelor în organism.

S. Nicolau et M-me L. Kopciowska: Herpes experimental et immunité. (C. R. de biologie No. 19, 1929).

In urma experienţelor făcute pe epuri imunizaţi contra virusului herpetic, autorii precizează mecanizmul acestei imunităţi. La epurii imunizaţi contra virusului herpetic nu au mai găsit virusul inoculat în creer 2 ore după inoculare. Probabil nevracsul distruge germenii patogeni fără intervenţia anticorpilor humorali.

S. Nicolau, P. Guirand et L. Kopciowska: Les lésions cérébrales chez les lapins immunisés contre le virus herpétique; leur ressemblance avec les altérations trouvées dans le névraxe de certains aliénés. (C. R. biologie No. 1920).

Au studiat leziunile histologice ale creerului epurilor imunizaţi contra virusului herpetic, leziuni care arată o neuro-infecţie nemortală dar autosterilizată. Mai la toate animalele imunizate şi sacrificate au găsit leziuni în telencefal, — meningită cronică. In creer leziunile au aspectul de noduli de mononucleare ce înconjoară neuronii, în alte locuri cavităţi ale substanţei nervoase cu celule epitelioide şi corpi adiposi, — iar pe alocurea celule gigante cu pigment. Asemenea leziuni pot avea loc în scoarţa temporală, nucleu caudat, ventriculul lateral, — cornul lui Amon straturile optice. O infiltraţie de mononucleare în jurul vaselor. Autorii au găsit la unii alienaţi leziuni istologice asemănătoare, probabil sunt neuro-infecţii autosterilizabile. Astfel s'au găsit cavităţi mari macroscopice ale ţesutului nervos în maladia lui Wilson, encefalite cronice, choree cronice.

S. Nicolau et L. Kopciowska: Epizootie maligne spontanée apparue chez les lapins. (C. R. biologie No. 21, 1929).

Au studiat o epidemie ce a isbucnit la epuri şi care a dat o mortalitate mare. Ca manifestaţii exterioare: coriza acut şi cu secreţie sanguinolentă, conjunctivită, sau kerato-conjuctivită, orchită, mai rar papule cutanate. Probabil boala este datorită unei infecţii spontane a căilor respiratorii. Făcând însemnări din creer şi sângele cordului pe medii obişnuite, nu s'a găsit nici un germene patogen.

S. Nicolau et L. Kopciowska: Vaccine maligne spontanée epizootique du lapin, (C. R. biologie No. 21, 1929).

Izolează şi identifică un virus vaccinal în organismul epurilor morţi în epidemia ce au observat-o. Virusul astfel izolat a fost foarte virulent pentru epuri. Inoculat în testicul produce o orchită şi animalul moare după 5-6 zile, depus pe pielea rasă şi scarificată dă naştere unei erupţii asemănătoare

neuro-vaccinului şi dermo-vaccinului şi omoară animalul după 5-6 zile, introdus în creer produce moartea în 4-5 zile. După autori ar fi o identitate perfectă între virusul izolat în boala spontană a epurilor şi vaccin.

Serban Bratiano et Antoine Llombart: Le poumon ,système reticulo-endothélial bocal. Fonction colloïdo-pexique du poumon. (C. R. biologie No. 21, 1929).

Injecţiile intra-pleurale de substanţe coloidale (carmin lehnat, etc.), la epure au pus în evidenţă funcţia coloido-pexică şi coloido-stabilizarea sistemului alveolar.

Deci sistemul alveolar constitue un sistem reticulo-endotelial local. Ele exercită funcţiunea lor fără modificări morfologice.

S. Nicolau et L. Kopciowska: Identification d'un virus prétendu perpétique, en realité rabique, par des expériences d'immunité croisée avec la rage. Immunisation antirabique cutanée, a l'aide d'injections intradermique répétées de virus formolé...

Studiază un virus S. K. presupus a fi virus herpetic, dar din experienţele făcute de autori pe epuri reese că virusul D. K. administrat epurilor pe cale intra-venoasă sub formă de vaccin formolat conferă o imunitate cutanată antirabică solidă. Virusul hepetic formolat administrat pe aceiaşi cale nu imunizează. Deci suşa D. K. este un virus rabic. Iar animalele care au fost imunizate pe cale cutanată contra turbărei, mai târziu dacă li se injectează virusul pe cale intra-cerebrală, fără a li se găsi virusul în creer.

N. Gavrilescu: Expériences sur l'action cummulative de la guanidine. (C. R. de biologie No. 23, 1929).

Dintr'o serie de experienţe făcute pe cobai cărora li s'a făcut injecţii de sulfat guanidină spre a produce crize tetanice şi a urmări apoi efectul clorurei de calciu, autorul ajunge la concluzia: 1) 2 cc. de sulfat de guanidină 2% nu provoacă accidente grave la cobai; 4 cc. de guanidină de aceiaşi concetraţie produce simptome grave după a 8 injecţie, iar injecţiile de clorur de calciu nu au nici un efect asupra simptomelor cobaiului.

Biblioteca Universitatii "Babeş-Bolyai" University Library Cluj

N. Gavrilescu: La contracture cloroformique et les modifications de la fibre striée. (C. R. de biologie No. 23, 1929).

Urmăreşte acţiunea cloroformului asupra fibrei musculare striate şi observă o dispariţie a striaţiunei miofibrilelor în straturile superficiale ale muschilor şi apariţia de picături de lichid în structura fibrei musculare striate.

Serban Bratiano et Antoine Llombart: La mésoglie dans la Maladie de Borna. (C. R. de biologie No. 23, 1929).

Face experienţe pe 6 epuri cărora li s'a inoculat în creer o emulsie de virus glycerinat a lui Borna, — animalele sucombă a 40-50 zi dela inoculare. La examenul histo-patologic al mezogliei autorii găsesc o hipertrofie, hyperplazie şi o metarfoză a celulelor mezogilice. Dar leziunile mezogiei în boala lui Borna sunt identice cu acele descrise în alte boale cu virus neurotrop. Leziunile nu sunt specifice ci secundare procesului de desintegrare nervoasă.

C. Levaditi, P. Lepine et R. Schoen: Mutation brusque du virus rabique des rues en une variété particulière de virus fixe. (C. R. de biologie No. 25, 1929).

Intr'un memoriu din 1926, Levaditi a arătat că diversele suşe de virus rabic al străzilor poate fi clasificat în trei categorii după aptitudinea de a se transforma în virus fix: 1) Suşe spontan mutate; 2) Suşe uşor mutabile şi suşe nemutabile, fizice, ce nu se transformă în virus fix. In comunicarea de faţă arată că trecerea simultană de aceiaşi suşe de virus rabic al străzilor la 2 epuri a permis crearea de 2 suşe rabice, diferite. Una de suşă de virus uşor mutabil şi alta de virus fix. Mutaţiunea ultra-virusurilor neurotropi ar fi datorită propietăţilor suşelor şi organismului animal ce serveşte ca mediu de cultură.

Dr. R. H.

CHIMIE BIOLOGICĂ

O. Kauffmann: Acţiunea ionilor asupra metabolismului zaharurilor.

Bulletin de la Société de Chimie biologique. — Tome X. In ultimul timp chestiunea acţiunii ionilor asupra metabolismului a preocupat cercurile ştiinţifice. Roche şi Kauffmann-Cosla au observat existenţa unui raport direct între asimilaţia diverselor proteine şi eliminarea calciului de către organismul animal. Autorul, în studiul de faţă şi-a pus următoarele probleme: a) dacă calciul e un factor indispensabil oxidării zaharurilor în organism; b) dacă la acelaş animal (câine) resorbţia şi asimilaţia calciului rămân neschimbate prin administrarea unei raţiuni complecte constante; c) dacă la diferite animale (câini) metabolismul calciului poate să varieze dela un animal la altul prin administrarea aceleaşi raţiuni complecte; d) dacă există un raport direct între metabolismul calciului şi metabolismul zaharurilor.

Prin experimentare asupra a 2 câini a ajuns la următoarele rezultate: 1) Calciul e un factor indispensabil oxidaţiei zaharurilor în organism; 2) La acelaş animal (câine) prin administrarea unei raţiuni complete, resorbţia calciului e neschimbată; 3) La animale diferite (câini) prin administrarea aceleaşi raţii complecte şi constante, metabolismul calciului poate varia dela un animal la altul; 4) Prin augmentarea glucozei alimentare, fără a sosi la limita fiziologică a oxidării celulare, se observă o mobilizare a calciului, cantitatea de calciu mobilizat e direct proporţională cu cantitatea de glucoză administrată şi oxidată.

Nicu Ionescu

PATOLOGIE

Sistemul circulator

Danielopolu: Sur les filets presseurs contenus dans l'anse de Vieussens chez le chien a prospos des recherches de M. M. Leriche et Fontaine. (Arch. des maladies du coeur No. 7, 1929).

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Continuă cercetările asupra cailor sensitivo-aortice la om. Autorul a împărţit firele sensitive cardio-aortice în două grupe A şi B, unele ce traversează ganglionul stelat şi altele ce nu traversează acest ganglion. Din punct de vedere phiziologic există fibre depresorii, presorii, sensitive myotonice şi myoclonice şi firişoare ale sensibilităţii conştiente. Aceste fire se găsesc în vag, simpatic şi ramurile lor şi există anastomoze între aceste fibre. Descrie fire depresoare în cordonul simpatic cervical şi vag, şi fire presorii în fascicolul cervico-dorsal şi dorsal şi cordonul simpatic cervical şi nervul vertebral şi în vag şi ramurile sale. Un mare număr de fire presorii trece prin ansa lui Wienssens şi simpaticul toracic în măduva dorsală.

In urma experienţelor făcute de D. pe pisici a obţinut un efect presor excitând capătul central al ansei lui Wienssens, — fapte ce au fost confirmate de Lerriche şi Fontaine. Autorul susţine că reflexul presor este necesar spre a produce accesul anginos. Spre a preveni acest acces este necesar de a secţiona o parte din firele sensitive cardio-aortice şi nu e necesar de a secţiona şi firele presorii care trec prin ansa lui Wienssens, de oare-ce se distruge în acelaşi timp şi firele acceleratorii ce trec prin ansa Wienssens şi face din această operaţie un pericol pentru bolnav.

C. Lian, S. Nicolau et P. Poincloux: Histopathologie du nodule d'Osler, Etude sur l'endothélite de l'endocardite maligne à évolution lente. (Presse med. No. 31, 1929).

Comunică leziunile histopatologice ale unei biopsii făcute la un bolnav cu endocardită malignă şi care prezenta un nodul a lui Osler al degetului mic. Leziunile incipiente dela periferia nodului sunt de endotelită vasculară şi perivasculară, într'un stadiu mai avansat se observă o stratificare a stratului endotelial al arteriorelor şi capilarelor. In lumina vaselor se găsesc celule endoteliale desquamate. O infiltraţie de polinucleare în ţesutul conjuctiv. Centrul nodului este atins de o degenerescenţă purulentă, în care autorii acestui studiu au găsit streptococi, au mai găsit în unele locuri ale nodului o celulă mare,

cu nucleul ce are cromatina fragmentată, pare a fi adusă din altă regiune, poate să fie o manifestare embolică care ar fi la origina începutului clinic al nodului lui Osler. Cum se observă leziuni de endotelită unde se găseşte un vas, autorii cred că are loc o infecţie cu afinitate electivă pentru ţesutul conjonctiv şi endoteliul vascular. La examenul sângelui găsesc o monocitoză ce e explicată prin leziunile de endotelită vasculară în diferite puncte ale reţelei vasculare. Au mai găsit în ziua când au practicat biobsia opolinucleoză (80%) care se datoreşte probabil evoluţiei purulente ale nodului Osler.

T. Saragea et V. Walter: Sur la morphologie et l'origine des ombres nucléaires. (Arch. des malad. du coeur No. 6, 1929).

Autorii studiază formaţiile reticulare ale leucocitelor ce se găsesc în preparatele de sânge fixat şi colorat prin mijloace obişnuite şi ajung la concluzia că aceste formaţiuni de umbre nucleare în număr foarte mic în sângele normal, — pe când în unele cazuri patologice umbrele sunt numeroase până la 10—15%; probabil fragilitatea celulară determină transformarea reticulară a leucocitelor. Leucocitele cele mai atinse de procesul morbid se transformă în umbre.

Astfel autorii au găsit în paludism monocitele sunt cele mai fragile şi se transformă în umbre, în pneumonie polinuclearele, în leucemia limfatică, limfocitele pe când celelalte elemente îşi păstrează proporţia în formula leucocitară. Dacă se compară frotiul cu preparaţiile umede se poate identifica varietatea leucocitară, care se transformă în umbre. S. şi W. cred că transformaţia reticulară a leucocitelor pare să fie influenţată de starea patologică a celulelor. Rezistenţa leucocitelor sufere mari variaţii în stare patologică, probabil elementele cele mai fragile sufere această transformare reticulară în momentul când sângele este întins şi fixat. In cât studiul umbrelor nucleare pare foarte interesant şi ar trebui urmărit în diferite cazuri patologice.

B. Teodoresco et I. Daniel: Aortite abdominale avec douleur provoquée à distance. (Archives des malad. du coeur No. 3, 1929).

Comunică un caz de aortită abdominală a cărui studiu clinic este interesant. Un bolnav de 35 ani cu toată probabilitatea sifilitic este atins de o aortită toracică şi de o aortită abdominală, suferea de dureri precordiale de tip anginos şi de dureri mai intense ce porneau din epigastru şi hipochondrul drept şi care iradiau în dos şi în regiunea precordială.

La acest bolnav dacă se comprimă mult aorta abdominală deasupra şi la stânga ombilicului se deşteaptă o durere cu spaimă ce dispărea când presiunea înceta. Autorii explică durerea precordială a cazului ce expun printr'o bruscă distensiune a ventriculului stâng datorită unei ridicări a presiunei intraventriculare din cauza împedecărei curentului sanguin de aorta abdominală. Poate că şi conecsiunile nervoase, nevrita peri-aortică ar fi una din cauzele acestei dureri precordiale.

C. Lian, S. Stoicesco et C. Vidrasco: De l'etat du système nerveux végétatif dans l'Hypotension et l'hypertension artérielles permanentes. (Presse méd. No. 81, 1929).

Face un studiu amănunţit al fizio-patologiei turburărilor tensiunei arteriale observate în clinică. După o privire generală asupra exploraţiei sistemului nervos vegetativ în care arată importanţa de a studia mai multă viscere cu ajutorul metodei grafice viscerale făcute de profesorul Danielopol, trece la reacţiile neuro-vegetative vasculare în hipotensiune şi hipertensiunea arterială permanentă şi apoi la reacţiile neuro-vegetative cardiace în hipotensiunea şi hipertensiunea vasculară caracterizează hipotensiunea şi o hiperactivitate vasculară este apanajul hipertensiunei. Hipoexcitabilitatea vaso-motrice a hipotensiunei atinge nervii vaso-constrictori, asemenea hiberexcitabilitatea vaso-motrice a hipertensiunei. Hipotensiunea arterială permanentă de alură idiopatică este caracterizată prin hipoexcitabilitatea simpatică vasculară şi hipertensiunea arterială permanentă este caracterizată printr'o hiperexcitibilitate simpatică vasculară. Fapte ce confirmă existenţa unei hipotonii arteriale în hipotensiune şi a unei hipertonii arteriale în hipertensiune.

Iar studiul reacţiilor neuro-vegetative cardiace făcute de autorii acestei lucrări dau rezultate analoage în ambele afecţiuni, ceia ce'i face a crede că tur-

burările ciculatorii inițiale în sindromele tensionale cardiace și vasculare sunt mai intense la vase, probele curante nu dau indicii suficiente a tulburărilor miocardice. Fapt ce arată că în studiul reacțiilor vegetative trebue să explorăm fiecare organ principal bolnav, și de a nu considera ca valabile rezultatele probelor vegetative făcute pe un singur organ.

Aparatul digestiv

René Gutmann, Richard Jahiel et Dan Theodoresco: l'Ulcère peptique post-operatoire. Diagnostic clinique et radiologique. (Presse méd. No. 23, 1929).

O punere la punct complectă din punct de vedere clinic, radiologic al ulcerului peptic. Deși e afecțiune rară observată în 1—2% cazuri după gastro-euterostomii, totuși când se face diagnosticul la timp grație caracterelor clinice se pot evita complicațiile grave ale acestei afecțiuni. Intensitatea durerei, localizarea durerei servește la diagnostic. Radiografia în serii decelează bine ulcerul peptic gastric care se manifestă sub forma unei nișe unei pete rotunde, stelate ce samănă cu acela al porțiunei duodenale. Faptul că ulcerul peptic este o complicație f. rară, nu stinghirește gastro-enterostomiile.

D. Simici, R. Vladesco et M. Popesco: Recherches sur l'urée et l'ammoniaque des liquides a l'état normal et pathologique. (Archives des. malad. de l'app. dégestif No. 5, 1929).

Fac o serie de cercetări pentru a determina cantitatea de uree și amoniac a lichidului gastric la indivizii normali, apoi la bolnavii de nefrită azotemică pentru a putea afirma la un moment dat uremia gastrică după cantitatea de uree și amoniac găsită. Rezultă din experiențele făcute că în stare normală a jeun urea sucului gastric variază între 0,14—0,42‰ după metoda lui Barkroft. Amoniacul variază între 0,048—0,090‰. In urma injecțiilor intravenoase de uree cantitatea acestei substanțe și a animalului s'a mărit față de cantitățile constatate înainte de injecție. Au mai găsit cantități mai mari de uree și amoniac în vărsăturile bolnavilor de nefrită acută sau cronică însoțite de hiperazotemie chiar ușoară... Aceste fapte îi face să afirme că o cantitate de uree superioară la 0,50‰ din vărsături dozată prin metoda lui Barkroft sau superioară la 0,26‰ prin metoda lui Forse ne face a suspecta că aceste vărsături sunt în legătură cu o leziune renală.

Asemenea o cantitate de amoniac superioară la 0,140‰ din conținutul gastric sau vărsături ne face să presupunem o leziune renală.

Dr. R. H.

Dermato-Sifiligrafie

Prof. G. Marinescu: Recherches anatomo-cliniques sur le probleme des virus syphilitiques. (Annales de Dermatologie et Syphiligrafie. No. 7, Juillet 1929, p. 681).

Patogenia accidentelor parasifilitice, întrevăzută de Fournier, a fost explicată de Levaditi și Marie prin ipoteza dualității virusului sifilitc în dermatrop și neurotrop, pe care o bazează pe experiențe și numeroase cazuri clinice.

Această dualitate este admisă de unii autori și contestată de alții, cari aduc zilnic observațiuni clinice de tabetici și paralitici generali cu accidente cutanate.

D-l Prof. Marinescu este adversar al acestei ipoteze și aduce 3 cazuri clinice la care prin examenul anatomo-patologic a găsit coexistența leziunilor dermotrope sub formă de vascularite, noduli miliari, granulome, etc., cu aceia a leziunilor scoarței cerebrale tipice pentru P. G.

Pentru D-sa, coexistența acestor leziuni nu trebue explicată prin 2 suișe diferite ale treponemei, ci prin modificările biologice ale terenului, constituția jucând un rol esențial în localizarea cerebrală. Cari prin cercetări pe care le-a făcut asupra L. C. R., a constatat că p. H. este mărit, atingând 7,58-7,59 (normal 7,40) și că acest p. H. este influentabil prin tratament, mai mult prin malariaterapie decât prin piretoterapie; iar scăderea p. H. constitue un mediu defavorabil vitalității spirocheților. Această concepție o bazează pe faptul că

spirocheţii puşi în lichidul lui Ringer cu o concentraţie în p. H. diferită, arată o vitalitate mai de lungă durată cu cât concentraţia este mai ridicată şi contrariu. Aceleaşi constatări şi cu L. C. R. normal şi al P. G.

Prin aceste experienţe, care urmează să fie adeverite şi de alţi, aduc proba că nu calităţile biologice şi morfologice ale treponemei sunt acelea care condiţionează localizarea lor pe sistemul nervos, ci gradul de concetraţie în ioni H. ai scoarţei cerebrale al candidaţilor la P. G. P.

Calităţile biologice şi morfologice ale treponemei sunt secundare şi consecutive condiţiilor nutritive ale scoarţei cerebrale.

Prof. S. Nicolau şi Blumental: Sur un cas de Lupus tuberculeuse du au bacille aviaire. (Annales de Dermatologie et Syphiligrafie. No. 9, Septembrie 1929, p. 953).

Tuberculoza cutanată, până în timpurile moderne, era considerată ca provenită, după cercetările făcute de Griffith şi Rothe şi Bilrotte, prin inocularea bacilului uman şi bovin.

Azi prin cazurile lui Lipschütz, Urbach şi Volk, se aduce proba patogenităţii rasei aviare pentru teritoriul cutanat al omului. In toate aceste cazuri era vorba de tuberculoză ulceroasă.

Iar primul caz de Lupus tuberculos este adus de d-l Prof. Nicolau, prin publicarea cazului unui băiat de 19 ani. Proba patogenităţii rasei aviare este adusă prin cercetările experimentale făcute.

Ţesuturile lupice au fost extirpate chirurgical şi tratate întâi prin procedeul lui Löwenstein-Sumiyoshi, modificat de Hohn, şi apoi cultivat pe mediile lui Petroff, Petragnani, Lubenau, etc. Prin culturi şi prin examenul histo-patologic al organelor animalelor inoculate au constatat: polimorfismul morfologic al bacilului, desvoltare abundentă la 42° (temperatură la care celelalte rase nu cresc), culturi cu aspect umed şi grăsos, iar pe bulion glicerinat cultură desvoltată la fundul tubului (cel uman creşte la suprafaţă).

Inoculările făcute la găini, iepuri, cobai, au dovedit o patogenitate pronunţată pentru primele şi foarte redusă pentru ultimii.

Pe baza acestor cercetări afirmă patogenitatea rasei aviare pentru om.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. M. Săceanu.

Aparatul genito-urinar

J. Jacobovici, C. I. Urechia et E. Ţeposu: Enuresis et spina bifida occulta, rezultate operatorii în 16 cazuri. (Presse méd. No. 68, 1929).

Au observat în cursul unui an 19 cazuri de enureză nocturnă la copii în vârstă de 4-16 ani. Bolnavii prezentau hipertrichoză localizată, durere în mişcările de flexiune sau extensiune a coloanei. In unele cazuri se constată o depresiune sensibilă la nivelul spinei. La examenul radiologic s'a găsit o spină bifidă ce a fost confirmată prin intervenţia chirurgicală. Intervenţia operatorie consistă în resecţia bridelor extra sau intra-durale şi se scotea grăsimea din interiorul canalului sacral. Rezultatele operatorii sunt pe 15 bolnavi operaţi, 9 vindecări, 3 ameliorări, un caz fără rezultat, o ameliorare tardivă şi un mort. Din rezultatele obţinute reese frequenţa spinei bifidă la copii cu enureză, iar operaţia face să dispară simptomele.

Mecanismul fizio-patologic al enuresis s'ar explica astfel: bridele fundului de sac dural ar irita şi altera centrul vezical al măduvei sacrale şi ar lipsi în timpul somnului controlul pshichic, vezica se va goli automatic. Totuşi se recomandă la copii debili mintală şi reeducaţia în cazuri de enureză.

L. Strominger: Quelques considérations sur la pathogénie de l'hypertrofie prosthatique et sur les rapportes avec les rétrécissements de l'urètre. (Presse méd. No. 75, 1929).

Autorul continuă observaţiile sale asupra fizio-patologiei hipertrofiei prostatei, — bazat pe lucrările lui Legueu şi Papin-Verliac După Legueu hipertrofia nu e datorită inflamaţiei, din contră inflamaţia care a modificat structura colului împedecă hipertrofia. Probabil modificările colului sunt datorite acţiunei speciale a hormonilor specifici care au acţiune asupra colului în momentul când prostata şi-a terminat rolul său, la finele perioadei activităţi

genitale. Iar din punct de vedere anatomo-patologic, Papin şi Verliac arată: pentru ca să se producă un adenom al prostatei trebue ca uretrul posterior să nu aibe nici o leziune.

Aceste date de fizio-patologie le-a observat autorul acestei lucrări, care nu a găsit hipertrofia prostatei la vechile stricturi uretrale. In timp de 25 ani nu a văzut nici un bolnav cu stricturi uretrale care să prezinte la bătrâneţe fenomene de hipertrofie a prostatei.

Sistemul nervos

M. C. I. Urechia: Gomme du strié et du pâle sans symtômes extrapyramidaux. (Soc. méd. des Hopit. de Paris, No. 16, 1929).

Comunică observaţia unui bolnav care sucombă în urma unei miocardite, iar la autopsie se găseşte o gomă sifilitică a circonvuliţiei 2 parietale temporale şi un ramolisment sifilitic care interesează caudatul şi lenticular.

Bolnavul n'a prezentat nici choree, nici athetoză, nici rigiditatea palidală. Cazul constitue o excepţie în care leziunile strialului n'au dat loc la nici un simptom extra-piramidal. Fapte anatomo-clinice ce concordă cu datele experimentale, iritaţia nucleilor striaţi nu a dat naştere la simptome choreice şi piramidale. Autorul ajunge la concluzia că nu se cunoaşte încă rolul acestor choree în choree.

M. C. I. Urechia: Mal de Pott cervical avec tachycardie et vertige dans la position orizontale. (Soc. des Hopit. de Paris, No. 16, 1929).

Comunică observaţia unui bolnav care prezintă o slăbiciune în membrele inferioare cu exageraţia reflexelor, clonus al rotulelor şi reflexul contra lateral al aductorilor, simptome ce arată o iritaţie a căilor piramidale. Bolnavul îndată ce lua o poziţie orizontală prezenta o ameţeală, şi mai avea tachicardia constantă fără simptome Basedowiene. Ameţeala era datorită morbului Pott cervical, — tachycardia este datorită în acest caz iritaţiei simpaticului, nervii accelaratori traversează măduva cervicală spre a se duce la ganglionii stelaţi. Autorul propunee a se căuta tachicardia în morbul lui Pott cervical.

Digitized by Romanian Academy Library

S. Nicolau et M-elle E. Mateiesco: Les modifications histo-pathologiques du système nerveux dans la coqueluque. (C. R. biologie No. 22, 1929).

Autorii au studiat alteraţiile microscopice ale sistemului nervos la trei copii morţi de tuse convulsivă complicată de broncho-pneumonie şi cari n'au prezentat manifestaţii nervoase.

In toate trei cazuri alteraţiile nervoase se asamănă: idem meningean, plăci de meningită cu mononucleare, uşoară infiltraţie celulară în septum, scoarţa cerebrală infiltrată cu mononucleare, proliferarea microgliei. Unii neuroni ai protuberanţei şi locus riger prezintă granulaţii oxifile. In bulb degenerescenţa neuronilor, în măduva cervicală meningite cu mononucleare. Ganglionii spinali prezintă o infiltraţie difuză cu mononucleare. Pneumogastricul prezintă dealungul neuronilor din interiorul său o infiltraţie de mononucleare. Deasemenea găsesc o infiltraţie de mononucleare în ganglionii nervoşi intertracheo-bronchi şi din peretele bronchic. Deci agentul patogen al tusei convulsive sau toxina sa are o afinitate specială pentru sistemul nervos.

Dr. R. H.

Conferinţele d-lui Dr. D. Em. Paulian la Paris:

Creditul moral şi ştiinţific acordat medicilor români în străinătate creşte pe zi ce trece — punând în valoare energiile româneşti şi răsplătind aşa cum se cuvine străduinţele ce le depun pentru progresul ştiinţei medicale.

In această pleiadă strălucită de medici români, d-l Dr. D. Em. Paulian, ocupă un loc de frunte; calitatea d-sale de conferenţiar al facultăţii de medicină din Bucureşti şi medic primar al serviciului neurologic din Spitalul Central, sunt motive în plus pentru rodnica d-sale activitate pe tărâmul medical.

Răspunzând afectoase-i invitaţiuni a profesorilor Gougerot şi Sergent, d-l conferenţiar Dr. Paulian a luat drumul Parisului spre sfârşitul lunei Maiu. Primit în mod cât se poate de amical de către cele mai de seamă personalităţi ale vieţii medicale franceze, d-sa şi-a desvoltat prima conferinţă în ziua de

30 Maiu 1929, orele 10 a. m., în clinica prof. Gougerot (amfiteatrul Fournier dela Spitalul St. Louis din Paris), vorbind despre: **„Malarioterapia în sifilisul nervos”.** Bazat pe observaţiunile culese în serviciul d-sale timp de 5 ani, pe un număr aproximativ de 500 cazuri conchide, că malarioterapia e cel mai indicat procedeu terapeutic atât în P. G. P., cât şi în tabes — unde se obţin rezultate cu adevărat miraculoase; consecutiv se va aplica tratamentul clasic — chininoterapia.

Malarioterapia nu produce numai remisiuni clinice — ci şi remisiuni biologice — adeseori formulele din lichidul cefalo-rachidian revenind la normal. Pe cât de mulţumitoare sunt rezultatele malarioterapiei în P. G. P. şi tabes — pe atât de nule sunt în atrofia optică sifilitică şi în special în cea tabetică. A făcut o amănunţită descripţiune a technicei utilizate pentru inocularea malariei, insistând asupra indicaţiunio şi contra-indicaţiunior — preum şi asupra complicaţiunilor malariei.

In ziua de 6 Iunie a ţinut a doua conferinţă tot la Spitalul St. Louis, tratând despre **„Pyretoterapia nemalarică”.** Aceasta este o metodă datorită în special autorilor germani, utilizată atunci când malarioterapia e contra indicată sau nu reuşeşte Pyretoterapia nemalarică, presupune agenţi biologici ca febro-recurentă, agenţi ca tuberculina, agenţi chimici de exemplu caseinele şi succedanele — precum şi o serie de vaccinuri ca: Vaccin-Neurin, Neuro-Yatren, vaccinul tific şi paratific.

Technica este foarte minuţioasă — cu scopul de a produce febră de soc. Metoda utilizată de d-sa, a fost metoda mixtă, asociind vaccinurilor producătoare de şoc o substanţă anti-şoc cum sunt sărurile de calciu — şi chiar chimioterapia rin Arsenic şi Neosalarsan. Metoda mixtă e cea mai indicată atunci când starea emonctorilor şi a viscerelor pacientului nu permit tratamentul malaric. La această conferinţă a asistat şi savantul profesor Dr. Wagner von Jauregg, care a rostit o cuvântare entusiastă; — a răspuns profesorul Gougerot, invitând pe distinsul medic, care este d-l conferenţiar Dr. Paulian, să vină regulat în fiecare an spre a lumina unele chestiuni curente de neurologie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In aceiaşi zi (după amiază) asistând la şedinţa „Reuniunei neurologice”, d-l Babonneix, preşedintele societăţii franceze de neurologie, în semn de omagiu a cedat conducerea desbaterilor d-lui conferenţiar Paulian.

In zuai de 12 Iunie, la orele 10 dimineaţa, a ţinut a treia şi ultima conferinţă în amfiteatrul clinicei profesorului Sergent dela Charité, în faţa unui numeros şi select public medical din toate colţurile Franţei — venit să asculte conferinţele organizate sub numele „Journées médicales de Paris”; aci a vorbit despre **„Pyretoterapia în maladiile sistemului nervos”.** Arată technica malarioterapiei şi pyretoterapiei nemalarice, concluziunile la care s'a ajuns în sifilisul sistemului nervos — precum şi rezultatele obţinute în celelalte afecţiuni metasifilitice ale sistemului nervos. Malarioterapia s'a dovedit nulă în parkinsonismul postencefalitic, maladia lui Parkinson, scleroza în plăci, mielitele — pe când vaccinoterapia simplă sau mixtă s'a arătat cu mult superioară.

De altfel aceasta concordă şi cu filiaţiunea neuro-biologică — căci malarioterapia recunoscând ca agent patogen parazitul malariei, alăturat în scara biologică cu spirochetul, reacţiile biologice sunt mai apropiate de aceasta de cât de ceilalţi microbi patogeni— în special de virusurile neurotrope invizibile, care sunt probabil cauza determinată a celorlalte boale nespecifice.

D-sa nu crede în mecanismul pur al şocului febril, ci numai în acela al afinităţilor biologice umorale.

Primele două conferinţe se vor publica în „Les annales cliniques” — cea din urmă va apare în „la pratique médicale illustrée”.

Activitatea ştiinţifică a d-lui conferenţiar Dr. D. Em Paulian pe meleaguri îndepărtate este de o pildă vie de energia sufletească şi subtilitatea intelectuală a românului — care îşi găseşte justă apreciere în cele mai de seamă foruri medicale.

N. Ionescu

A. Théohari: Etat subfébrile permanent dans la tétanie latente. (Soc. des Hopit. de Paris, No. 18, 1929).

A observat: 1) o febră continue câte-va luni înaintea crizei de tetanie; 2) persistenţa temperaturei după ce contracturile au dispărut, şi 3) febră la indivizi ce au avut o hipocalcemie şi o excitabilitate electrcică mărită a nervilor şi a muschilor. Dintr'o serie de observaţii clinice ce prezentau simptomele descrise mai sus reese că o febră între 37-375, poate proceda cu luni de zile tetania, — rădica termică ce poate exista fără tetanie dar cu hyperexcitabilitate neuro-musculară la examenul electric. Hipocalcemia şi febra ar fi datorită unei turburări endocriniene care are acţiune asupra centrului termic.

TERAPEUTICA

Dr. V. Branisteanu: Le scillarène dans l'insuffisance cardiaque chronique. (Presse méd. No. 72, 1929).

In 46 cazuri de insuficienţă cardiacă cronică autorul studiază acţiunea tonicardiacă a scilarenului după ce mai înainte a făcut cercetări experimentale cu scilarenul asupra cordului de broască şi ajunge la concluzia că scilarenul ameliorează fenomenele de insuficienţă cardiacă cronică, dispnea, cyazioza, edemele şi face să dispară durerile precordiale. In unele cazuri a produs o diureză remarcabilă şi o incetineală a pulsului. Rezultatele obţinute în insuficienţa cardiacă cronică sunt tot aşa de bune ca ale digitalei şi strofantinei. Este indicat în leziunile valvulare sclerozele cardio-renale, emfizem pulmonar şi miocardită cronică. Il întrebuinţează sub formă de picături comprimate (3 pe zi) şi injecţii intra-venoase. In 20 din 100 cazuri tratate cu scilaren, autorul a observat fenomene toxice: bigeminism, greaţă şi lipotimii, fenomenele au dispărut îndată şi bolnavii s'au simţit ameliorati cu acest medicament.

A. Théohari: Action de l'émetine dans les cas de bronchites sanglantes ou fétides à fuso-spirilles. (Soc. des hôpit. de Paris, No. 18, 1929).

Comunică observaţiile a doi bolnavi de bronchită sanglantă şi de bronchită fetidă la care emetina a produs dispariţia progresivă a spirililor şi a bacilor fuziformi în spute. Fapte ce arată eficacitatea injecţiilor de emetină în bronchitele fetide, — probabil emetina are o acţiune asupra spirililor şi bacilor fuziformi, — fapt ce ar explica şi acţiunea favorabilă a acestei substanţe în gangrena pulmonară. Din cercetările făcute de autor reese că: 1) Soluţiile proaspăt preparate de emetină (clorhidrat sau sulfat) în doza de 0,04 pe cale sub-cutanată fac să dispară hemoptipile bronchitelor sanglante cu fuzo-spirili. 2) Vindecarea bronchitelor sanglante e în legătură cu dispariţia spirililor şi bacililor fuziformi din spute. 3) Acelaşi lucru se observă în bronchitele fetide şi în gangrenele pulmonare de formă pneumonică.

Dr. R. H.

III.

MIŞCAREA MEDICALA STRAINA

CĂRŢI ŞI REVISTE

Aide-Mémoire de Syphiligrafie comparée et de thérapeutique: Dr. R. Bernard. (Un volum. Imprim. Médic. et Scientif. Bruxelles. Depozitar: Alcalay, Bucureşti. Preţul, 7 Belgos = 25 fr.).

Lucrare de cea mai mare utilitate, — nu numai pentru specialităţi dar pentru ori-ce practician. — Alcătuită într'o formă cât se poate de didactică şi, cu ajutorul unor tablouri sinoptice, autorul face să defileze — ca într'un Caleidoscop — pe dinaintea lectorului, toate manifestaţiile clinice ale sifilisului; iar ca terapeutică, se caută a se pune la punct, toate achiziţiunile noui ale ştiinţei, în această direcţiune.

Lespinne, vice-preşedintele Asociaţiei Dermatologiştilor şi Sifiligrafilor de limbă franceză (Belgia), apreciază lucrarea în termenii următori:

„Manifestaţiile clinice ale marilor infecţiuni — Tuberculoză, Cancer, une-ori chiar unele dintre infecţiunile locale externe cele mai diverse — pot fi adesea prilej de mari dificultăţi de diagnostic. Cum să le distingem unele de altele? Care este simptomul, ce serveşte drept far? Unde este piedica de evitat?

Se pune deci, pentru pratician o chestiune turburătoare: el hezită în faţa răspunderei unei hotărîri, care totuşi trebueşte repede luată şi — ceeace caută el, în atare caz — este o călăuză sigură şi mai ales concisă. Fără îndoială, el îşi reaminteşte plăcerea, cu care a citit şi studiat altădată, pe îndelete, descrierile clare — cam teoretice — ale autorilor clasici; dar, pentru moment, grăbit de ocupaţii intensive şi exigente, el nu are decât un timp restrâns, trebue repede să ştie: ce să consulte?

De altfel, el aude repetându-se, la fie-ce pas, — de către aceia în care el are încredere — că sifilisul nu mai este aceia ce era altădată, adică la epoca în care a fost scrise, cu atâta talent, acele descrieri clinice admirabile: că el a evoluat şi că simptomele lui s'au schimbat. Şi asta este adevărat!

Să înceteze praticianul de a mai fi deconcetrat! Lucrarea, pe care Dr. Bergard a reuşit s'o condenseze în vre-o 100 file, vine, la timp, ca să îndeplinească această cerere.

Ea vine la timp şi este pusă la punct: ea va fi adesea şi cu folos consultată.

Ca şi un formular, ea va fi la îndemână pe biroul praticianului. Ea are „valoarea unui guid, care nu va avea pretenţia de a şti totul", dar care va fi „un tutore, căruia se va putea — în cursul dificultăţilor drumului — să-i cerem ajutor şi sprijin.

Autorul a urmat o metodă foarte modernă şi de asemenea foarte nemerită.

Şi, mai întâi, chiar pe coperta volumului, o serie de maxime — ba, aşi zice bucuros chiar, declaraţii de principiu, — îţi dă imediat încrederea şi te reconfortează. Eşti fixat îndată pe poziţia stabilă şi solidă a punctului de plecare.

De altfel, iată acele aforisme: **„Prea des se neglijează drepturile clinicei... Laboratorul este, în multe cazuri, neconstant... Afecţiuni nespecifice, apoi adesea la sifilitici... şi tocmai pentru că nu le-ai cunoscut, te expui adesea la un insuccess terapeutic... Cât despre tratament, el trebue să se adresez bolnavului, nu boalei....**

Apoi, abia întoarsă prima pagină, ai înaintea ochilor într'o singură pagină, un sumar sinoptic, ca tablă de materie care permite să găseşti, la primă aruncătură de ochi, tabloul sinoptic, pe care doreşti să-l consulţi. Acesta va dirija pe lector, fie la partea doua **(Schematizări diagnostice)**, fie la partea treia **(Terapeutică)**. La pagina indicată, se va găsi îndată şi dintr'o singură privire, simptomele cordinale, în cazul ce trebue elucidat, călăuză sigură, care vă orientează. Aceste două părţi sunt cele cari vor răspunde la rolul cerut mai ales de practiciani: să te ajute să ieşi din încurcătură: să eviţi erorile.

Dar inevitabil, praticianul care va avea ocazia de a utiliza acest „formular" diagnostic şi terapeutic, va citi apoi şi prima parte a volumui, indicată de sumarul din prima pagină.

Şi asta nu va fi lipsită de un mare profit. Personal, mărturisesc că au citit-o cu multă plăcere. Mai întâi — lucru care nu strică deloc — este scrisă într'un stil îngrijit, clar şi atrăgător. Nici o nebulozitate. Este o expunere limpede şi concisă, în spiritul de claritate sinoptică care predomină în lucrarea lui Bernard.

23 pagini de **Consideraţii generale asupra Sifilisului de astăzi**, dau cu preciziune tabloul ideilor actuale asupra punctelor cele mai interesante: **Reîmprospătare de aspecte clinice. Sifilisuri paradoxale. Despre infecţiunea sifilitică şi capriciile sale aparente. Mijloace de control. Se vindecă? Se mai reia ?.**

Această primă parte ar fi suficientă singură, ca să dea o considerabilă valoare lucrărei lui Bernard.

In fine, partea care tratează despre terapeutica antisifilitică este scrisă pe d'antregul cu un spirit de bun simţ medical, o grijă de nepărtimire şi onestitate, care denotă din partea autorului, un spirit dintre cele mai alese ale „medicului mai înainte de toate, de şi rămâne sifiligraf".

Dr. G. Diamandescu.

Précis d'Hygiène et des Maladies du Nourrisson sau Marfan et H. Lemaire. (Volum de 1078 pagini, Paris, 1930, Baillière editor).

Profesorul Marfan, H. Lemaire şi alţi colaboratori ai profesorului, ca: Weill Hallé, Vallery Radot, Dorlencourt, Roudinescu, Hallez, Lavergue şi alţi au făcut să apară de curând o lucrare de o deosebită importanţă pentru pedatrie. In limba franceză lipsea un tratat asupra primei copilării. Lucrările numeroase ale şcoalei profesorului Marfan şi ale altor şcoli sunt publicate în revistele de specialitate. In lucrarea de faţă ni se dă o expunere precisă şi complectă a chestiunilor de higienă şi de patologia care interesează copilul dela naştere până la trei ani.

După consideraţii asupra examenului copilului mic, asupra digestiei, şi asupra alăptărei, găsim tratate pe rând boalele aparatului digestiv, ale ficatului, boalele de nutriţie, tuberculoză, sifilisul, boalele aparatului respirator, boalele aparatului circulator, boalele sângelui, boalele infecţioase, rachitismul, şi boalele oaselor, afecţiunile sistemului nervos, boalele de piele, boalele noului născut, noţiuni de terapeutică, higiena generală şi socială.

In aceste 1000 de pagini autorii au ştiut să ne dea lucrurile esenţiale, lăsând la o parte tot ce nu interesează în mod imediat pe medic. Nu ne îndoim că noul precis va aduce reale servicii medicilor noştri, care vor găsi în el un ghid sigur, în care se oglindeşte spiritul pătrunzător al profesorului Marfan şi marele lui bun simţ.

Dr. A. Slobozianu