ANUL VI-lea, No. 9—10. SEPT.-OCT. 1933.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

Pag.

I.

Cronica 563

REVISTE GENERALAE

Conf. D-r ALFRED RUSESCU-București: **Câteva directive precise în haosul regimurilor alimentare la sugari** . . . 567

LUCRARI ORIGINALE

Prof. D-r N. HORTOLOMEI și D-r TRAIAN KATZ-GALAȚI: **Contribuțiuni la studiul radiografic al abceselor cronice ale prostatei. — Valoarea diagnosticului și conduitei terapeutice** 583

Docent D-r NICOLAE BLATT-București: **Regenerarea și transplantarea cristalinului** 589

D-r NINA TRIFON-LICHTER-Lugoj: **Hipertiroidia experimentală. — *Cercetări personale*** 617

D-r V. WALTER-București: **Syndromul pseudo-anemic în baciloză** 629

FAPTE CLINICE

D-r M. SĂCEANU-Craiova: **Două cazuri de parauretrită gonococică** 636

II.

POLEMICI MEDICALE

DOCTOR YGREC: **O chestiune de conștiință** 639

Docent D-r NICOLAE BLATT: **Răspuns la articolul „Științific" al Dr-lui Ygrec** 641

D-r I. GHEORGHIAN-POPESCU: **Primejdiile schimbărilor rapide de specialitate în știința medicală** 651

(Urmare pag. II-a cop.

SCRISUL ROMÂNESC — CRAIOVA.

31.802.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

III.

ACTUALITĂŢI MEDICALE ROMÂNEŞTI

Pag.

Fizio-patologie... pag. 661 — **Medicina experimentală**... pag. 662 661
Tub digestiv cu anexe... pag. 663 — **Genito-urinare**... pag. 665 — **Ginecologie-Obstetrică**... pag. 666— **Glande cu secreţie internă**... pag. 667
Igiena socială... pag. 667 — **Infecţioase**... pag. 668 — **Sistem muscular şi nervos**... pag. 668 — **Oase**... pag. 671 — **Piele**... pag. 672 — **Pleură-Pulmon**... pag. 672 — **Sânge**... pag. 672 — **Tumori**... pag. 673— **Terapeutice**... pag. 674 674

IV.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — CARŢI — MONOGRAFII

D-r M. HAGIEŢEANU: **Peritonita cronică incapsulantă** — Craiova, 1933 677
D-r EUGEN SPIRT: **Tratamentul constipaţiei** — Bucureşti 1932 681
D-r B. MANDEL: **Ce ar trebui să ştie oricine şi orice bolnav despre tuberculoza pulmonară** — Bucureşti, 1933 682
Rec. de D-r Cânciulescu.

B. — PUBLICAŢIUNI MEDICALE

Archives Roumaines de Path. exp. et de Microb. No. 3,4 | 1933 684
Bucureşti Medical No. 4—5, 6, 7—8 | 1933 684
Buletinul Medico-terapeutic No. 6—7 şi 8—9 | 1933 685
Cancerul No. 1 şi 2 | 1933 685
Clujul Medical No. 7, 8 şi 9 | 1933 686
Gynecologie şi Obstetrică No. 9—10 | 1933 687
Noua Revistă Medicală No. 1—2, 3—4 şi 5 | 1933 687
Revista de Chirurgie No. 3—4 şi 7—8 | 1933 687
Revista de Igienă Socială No. 7, 8, 9 şi 10 | 1933 688
Revista Sanitară militară No. 1, 2—3, 4, 5, 6, 7—8, 9 şi 10 | 1933 . 688
Revista Ştiinţelor Medicale No. 4, 6, 7 şi 8 | 19 3 690
România Medicală No. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13—14 | 1933 690

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. — SOCIETĂŢI MEDICALE

Soc. Română de Oto-rino-laringologie: Şedinţele din 6 Decembrie 1932 — 5 Septembrie 1933 692
Soc. Ştiinţelor medicale din Oradea: Şedinţele din 3 Dec., 17 Dec., 1932 14 Ian., 28 Ian., 11 Febr., 25 Febr., 11 Martie, 25 Martie, 27 Mai 1933 696

V.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

O anchetă... pag. 697 — **Dela Asociaţiunea generală a medicilor**... pag 698 — **Biuroul Noului Comitet al Asoc. g-le a Medicilor**... 698
— † **Prof. E. Juvara**... pag. 699 — † **D-rul Al. Costiniu**... pag. 700 — **Institutul „Iuliu Maniu" pentru studiul şi profilaxia cancerului din Cluj**... pag. 700 — **O cură simplă eficace de slăbire**... pag. 701 — **Ce este „Coleţul"** 701

VI.

ACTUALITĂŢI MEDICALE STRAINE

D-r E. Sergent: **Apologia clinicei**... pag. 703. + D-ri G. Guillain et P. Mollaret: **La séquelles de l'encéphalite épidémique**... pag. 703. — D-r A. Durupt: **Interferometria în clinică**... pag. 704. — D-r Henry Schwab: **giena şi dietetica diabetului** . . . Libr. Doin, Paris — Prez. de M. M. R. 703 704

ANUL AL VI-lea. No. 9—10/1933.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARA DE MEDICINA GENERALA

COMITET DE PATRONAJ:

PROF. C. ANGELESCU — PROF. I. CANTACUZINO — PROF. C. DANIEL
PROF. D. DANIELOPOLU — PROF. D. GEROTĂ
PROF. C. LEVADITI — PROF. G. MARINESCU — PROF. I. NANU-MUSCEL

DIRECTOR: DOCENT DR. M. CÂNCIULESCU.

COMITET DE REDACŢIE:

Anat. Patologică: PROF. T. VASILIU.
Bacteriologie: CONF. D. COMBIESCU — D. HESS.-LEONEANU.
Cancer: AGREG. A. BABEŞ-AGREG. I. JIANU
Chirurgie: PROF. I. IACOBOVICI — M. BACULESCU — CONF. T. NASTA.
Chimie biologică: AGREG. V. CIOCÂLTEU.
Dermato-Sifiligrafie: PROF. S. NICOLAU— V. DRĂGOESCU.
Căi digestive: DOC. PAVEL-AGREG. SIMICI.
Endocrinologie: PROF. C. PARHON.
Farmacie: PROF. A. LUDWIG — DR. N. PETRESCU.
Farm.-Terapeutică: AGREG. G. BĂLTĂCEANU
Genito-Urinare: DOC. A. DANIEL.
Ginec.-Obstetrică: DOC. E. MATEESCU-I.
Infecţioase: PROF. M. CIUCA — AGREG. T. MIRONESCU.
Istoria medicinei: PROF. V. BOLOGA.
Laborator clinic: R. HIRSCH.
Med. Exper.: PROF. C. IONESCU-MIHĂEŞTI, S. NICOLAU (INST. PASTEUR—PARIS).
Medicina legală: PROF. M. KERNBACH.
Medicina Militară: GL. A. VASILESCU — COL. G. DIAMANDESCU.
Neurologie: CONF. ST. DRĂGĂNESCU — AGREG. D. PAULIAN.
Nutriţie: DOC. I. DANIEL — AGREG. G. LITARZECK — CONF. C. RADOSLAV.
Oftalmologie: PROF. D. MICHAIL.
Pat. Internă: PROF. I. HAŢIEGANU — PROF. N. LUPU.
Parasitologie: PROF. G. ZOTTA.
Pediatrie: PROF. M. MANICATIDE — ANGHEL DANIEL.
Phisioterapie: PROF. P. NICULESCU.
Radiologie: PROF. D. NEGRU — DOC. A. GEORGESCU — DOC. E. LAZEANU.
Tuberculoza: DOC. S. IAGNOV — DOCENT M. NASTA — T. VOICULESCU.

Secretari de Redacţie: I. ROSENSTEIN — I. VASILESCU.

Digitized by Central University Library Craiova

Redacţia şi Administraţia:
Craiova
Str. Sf-ţii Arhangheli, 9

Revistele generale, articolele de fond şi lucrările originale vor fi publicate întregi fără urmare într'un alt număr; ele nu vor depăşi 12 pagini de tipar, faptele clinice 5 pagini.

Paginile în plus vor fi plătite de autori socotindu-se 300 lei pagina, iar pentru extrasele cerute tariful este următorul:

	cu coperte		fără coperte	
	50 ex.	100 ex.	50 ex.	100 ex.
1—4 pagini	Lei 270.—	Lei 340.—	Lei 160.—	Lei 190.—
5—8 „ „	320.—	„ 400.—	„ 210.—	„ 250.—
9—16 „ „	400.—	„ 510.—	„ 290.—	„ 360.—

Costul clişeelor priveşte pe autor.

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeţ.

Referatele asupra lucrărilor medicale vor fi cât se poate de scurte cele străine vor începe cu autorul, titlul lucrării în româneşte, titlul original pus în paranteză, titlul revistei (în care este publicată lucrarea), numărul pagina şi anul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se refuză articolele, cari au fost publicate într'una din revistele din ţară, caşi cele cari nu vor păstra caracterul de obiectivitate ştiinţifică necesară

Abonamentul 250 lei pe an

Pentru { **Studenţi şi Medici Rurali** **150** „ „ „

Redacţia şi Administraţia:

„Mişcarea Medicală Română"

Str. Sf-ţi Arhangheli, 9

Craiova

CRONICA

Pediatrul adevărat dă atenţie deosebită turburărilor digestive la sugari; pentru-că de multe ori i s'a întâmplat să nu le poată îndrepta, cu toate că era la curent cu datele cele mai noi asupra alimentaţiei la copii sub 2 ani; mai ales atunci când primeşte în moştenire un sugar neglijat sau tratat în primele zile de către părinţii săi sau de un pediatru improvizat, căruia i-ar fi fost foarte uşor să vindece boala, dacă ar fi ştiut la timp să renunţe la lapte, şi iarăşi, să nu se lipsească de acesta timp prea îndelungat, precum şi să nu se bazeze atât pe eficacitatea antiseptică a benzonaftalului sau acidului acetic, din care un confrate punea întotdeauna câte o picătură în poţiunea să, cât pe acţiunea regimului alimentar şi chiar a oleului de recină administrat din 2 în 2 dimineţi, cum preconisa eminentul nostru pediatru răp. D-r Iacobsohn.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar regimurile alimentare s-au înmulţit atâta, prin descoperirea altora noi sau modificările aduse celor vechi, încât D-l D-r Alfr. Rusescu, conferenţiar universitar, a avut ideeea fericită de a da **Câte-va directive precise în haosul regiunilor alimentare la sugari,** pe cari şi cei iniţiaţi în pediatrie le vor aprecia în gradul cel mai înalt.

D-l Prof. D-r N. Hortolomei, directorul clinicei de genito-urinare dela fac. de medicină din Bucureşti şi D-l D-r Tr. Katz-Galaţi, asistent al clinicei, aduc **Contribuţiuni la studiul radiografic al abceselor cronice ale prostatei şi fistulelor uretrei posterioare** prin instituirea radiografiei uretrei posterioare ca metodă curentă de explorare în urologie; această metodă fiind menită nu de a înlocui uretroscopia posterioară, ci de a o complecta şi de a urmări acţiunea terapeuticei aplicate.

In demonstrativele planşe, ce dau, se văd: în Fig. III un asemenea abces al prostatei, iar în Fig. II 2 mici abcese abia comunicând cu uretra posterioară; — în Fig. IV o prostată supurată cu aspectul unui burete, care întreţinea o fistulă perineală; — în Fig. V o prostată cu caverne, care printr'un proces de inflamaţie periprostatică extinde baza vesicei.

D-l Docent D-r N. Blatt, în continuarea frumoaselor D-sale cercetări de ordin experimental, bazat pe datele embriologiei experimentale şi pe studiul mecanismului de desvoltare al ochiului şi servindu-se în special în experienţele

sale de larve de tritoni ajunse la maturitate, dovedeşte posibilităţile de **Regenerare şi transplantare ale cristalinului,** la aceste specii inferioare dotate cu o mare putere de vitalitate, mai ales asupra cristalinului, care prezintă condiţiuni speciale de regenerare şi experimentare.

Autorul expune technica operatorie şi microscopică speciale, de cari s-a servit, imaginând instrumente şi procedee personale de experimentare.

D-na D-r Nina Trifon-Lichter într'un studiu de sinteză generală expune rezultatele obţinute de diferiţi autori şi în special de D-nul Profesor Parhon cu colaboratorii săi în clinica neuro-psichiatrică dela Socola-Iaşi, asupra **Hypertiroidiei experimentale,** adică a sindromului rezultat la animale din administrarea de preparate tiroidiene.

Un tablou sinoptic prezintă rezultatele obţinute de D-sa personal asupra modificărilor în greutate ale diferitelor organe şi asupra diferenţelor de greutate între cobăiţele hipertiroidizate şi martore.

D-l D-r V. Walter, asistent în clinica medicală de sub direcţia D-lui Prof. D-r I. Nanu-Muscel din Bucureşti, studiază **Syndromul pseudoanemic în baciloză,** arătând în concluziuni că acest sindrom de falşe anemie, cu semne clinice dar fără modificări sanguine de anemie, este frequent în tuberculoza pulmonară, mai ales în cea de debut sau în prodromele ei şi cunoaşterea lui se impune pentru instituirea cât mai precoce a diagnosticului şi a unei terapeutice adequate, iar nu cu arsenicale.

4 observaţii clinicee vin în sprijinul celor enunţate.

Babeş-Bolyai Cluj-Napoca University Library Cluj

D-l D-r M. Săceanu publică **2 cazuri de parauretrită gonococică,** cari se adaugă astfel la cele 43 publicate până în prezent în literatura universală, după statisticile făcute de D-ri Popa şi Gougerot.

*

DOUĂ POLEMICI MEDICALE: prima între D-l D-r Ygrec şi D-l D-r N. Blatt asupra eficacităţii şi oportunităţii operaţiei lui Gonin, operaţie care constă în aplicarea ignipuncturei ca tratament al deslipirii retinei; — a doua între D-l D-r I. Gheorghian-Popescu şi D-l D-r A. A. în chestiunea ocupării catedrei de clinică terapeutică dela facultatea de medicină din Bucureşti.

*

In apelul îndreptat la pag. 660 către cetitori rugăm a ni se trimite pentru publicaţie material de **Folklor medical românesc,** în dorinţa de a prinde mai bine **Specificul medical românesc,** căruia i-au destinat o rubrică specială dela înfiinţarea revistei noastre.

Justificăm oportunitatea publicării în „Mişcarea Medicală Română" a unui atare material folkloristic, prin scopul de bază al acestei reviste, care şi-a propus valorificarea a tot ce priveşte medicina românească şi merită a fi menţionat şi publicat; — prin amintirea încă vie la Craiova a răp. D-r Ch. Laugier, care a făcut studii aprofundate asupra folklorului medical românesc şi care şi-a văzut chiar premiată de Academia română o atare lucrare; — prin înfiinţarea aci la Craiova a unui **„Cerc de studii de folklor"** după îndemnul şi iniţiativa D-lui Prof. D-r I. Cantacuzino; — şi

în fine pentru-că mai ales în Oltenia, centrul şi leagănul românismului, trebueşte cercetat folklorul medical pe temelia căruia s-a ridicat edificiul măreţ al ştiinţei medicale româneşti de azi.

*

In dorinţa de a prezenta personal lucrările româneşti apărute în volum sau monografii aparte, recensăm în numărul acesta: **Peritonita cronică încapsulantă** de D-r M. Hagieţeanu; — **Tratamentul constipaţiei** de D-r E. Spirt şi **Ce ar trebui să ştie oricine şi orice bolnav despre tuberculoza pulmonară** de D-r B. Mandel.

Dintre acestea atragem atenţia în deosebi asupra lucrării „Peritonita cronică încapsulantă" datorită D-lui D-r M. Hagieţeanu, care aduce o contribuţie nouă şi personală valoroasă la studiul acestei afecţiuni, expresie anatomo-clinică rară a unui proces de perivisceritā (de natură tuberculoasă sau simplu infecţioasă banală atenuată cu punct de plecare intestinal), adusă pe planul actualităţii chirurgicale de vre-o 2 ani şi asupra căreia în literatura medicală românească nu s-au publicat decât 2 lucrări, de către D-nii D-ri G. Marinescu şi Gr. Georgescu-D. Caramzulescu.

*

Intre pag. 661—675, se redau câte-va ACTUALITĂŢI MEDICALE ROMÂNEŞTI scoase din sumarul PUBLICAŢIILOR şi al şedinţelor SOCIETĂŢILOR MEDICALE, ce înşirăm între pag. 684—697; — remarcăm în deosebi identificarea de către D-l D-r D ă n i ţ ă a boalei denumită popular **„Coleţ"**, care bântue în părţile Teleormanului şi desigur şi aiurea cu manifestările unei **Tetanii gastro-intestinale.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Boala după cum o descrie autorul, se caracterizează prin apariţia bruscă de dureri în regiunea epigastrică, însoţite de vărsături şi contracţiuni violente la nivelul stomacului, care formează un fel de „ghem" şi dă bolnavului o senzaţie ca de „peatră", sau pe intestine, ale căror contracţiuni devin visibile la suprafaţa abdomenului; crizele durează câte-va minute şi dispar sau revin, timp de câte-va zile în şir sau la intervale mai mari; bolnavul este de obiceiu constipat; prezintă semne de hiperexcitabilitate neuro-musculară (Chwosteck positiv de regulă); Calciul e diminuat în sânge; tratamentul se face cu clorur sau bromur de calciu.

Această afecţiune trebue să se întâlnească mai frequent, dar nu este diagnosticată, cu atât este mai mare meritul autorului care a atras atenţia asupra ei.

D-l D-r Dăniţă, care a identificat-o, şi a făcut teza de doctorat în clinica Prof. Teohari asupra Astmului şi a Bronşitei cronice cu Emfisem pulmonar ca expresie sau în legătură cu anafilaxia şi diateza spasmofilică; a fost astfel pregătit prin studii anterioare a prinde manifestările posibile ale tetaniei viscerale.

*

La DIVERSE-INFORMAŢIUNI semnalăm:

Ancheta ce a deschis D-l D-r S a m s o n din Paşcani, asupra cazurilor cu înghiţire de şarpe, de cari pomenesc atât de des jurnalele; — Crearea **Oficiului Sindical** pe lângă Asoc. G-rală a medicilor, care îşi propune, între altele:

sale de larve de tritoni ajunse la maturitate, dovedeşte posibilităţile de **Regenerare şi transplantare ale cristalinului,** la aceste specii inferioare dotate cu o mare putere de vitalitate, mai ales asupra cristalinului, care prezintă condiţiuni speciale de regenerare şi experimentare.

Autorul expune technica operatorie şi microscopică speciale, de cari s-a servit, imaginând instrumente şi procedee personale de experimentare.

D-na D-r Nina Trifon-Lichter într'un studiu de sinteză generală expune rezultatele obţinute de diferiţi autori şi în special de D-nul Profesor Parhon cu colaboratorii săi în clinica neuro-psichiatrică dela Socola-Iaşi, asupra **Hypertiroidiei experimentale,** adică a sindromului rezultat la animale din administrarea de preparate tiroidiene.

Un tablou sinoptic prezintă rezultatele obţinute de D-sa personal asupra modificărilor în greutate ale diferitelor organe şi asupra diferenţelor de greutate între cobăiţele hipertiroidizate şi martore.

D-l D-r V. Walter, asistent în clinica medicală de sub direcţia D-lui Prof. D-r I. Nanu-Muscel din Bucureşti, studiază **Syndromul pseudoanemic în baciloză,** arătând în concluziuni că acest sindrom de falşe anemie, cu semne clinice dar fără modificări sanguine de anemie, este frequent în tuberculoza pulmonară, mai ales în cea de debut sau în prodromele ei şi cunoaşterea lui se impune pentru instituirea cât mai precoce a diagnosticului şi a unei terapeutice adequate, iar nu cu arsenicale.

4 observaţii clinicce vin în sprijinul celor enunţate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l D-r M. Săceanu publică **2 cazuri de parauretrită gonococică,** cari se adaugă astfel la cele 43 publicate până în prezent în literatura universală, după statisticile făcute de D-ri Popa şi Gougerot.

*

DOUĂ POLEMICI MEDICALE: prima între D-l D-r Ygrec şi D-l D-r N. Blatt asupra eficacităţii şi oportunităţii operaţiei lui Gonin, operaţie care constă în aplicarea ignipuncturei ca tratament al deslipirii retinei; — a doua între D-l D-r I. Gheorghian-Popescu şi D-l D-r A. A. în chestiunea ocupării catedrei de clinică terapeutică dela facultatea de medicină din Bucureşti.

*

In apelul îndreptat la pag. 660 către cetitori rugăm a ni se trimite pentru publicaţie material de **Folklor medical românesc,** în dorinţa de a prinde mai bine **Specificul medical românesc,** căruia i-au destinat o rubrică specială dela înfiinţarea revistei noastre.

Justificăm oportunitatea publicării în „Mişcarea Medicală Română" a unui atare material folkloristic, prin scopul de bază al acestei reviste, care şi-a propus valorificarea a tot ce priveşte medicina românească şi merită a fi menţionat şi publicat; — prin amintirea încă vie la Craiova a răp. D-r Ch. Laugier, care a făcut studii aprofundate asupra folklorului medical românesc şi care şi-a văzut chiar premiată de Academia română o atare lucrare; — prin înfiinţarea aci la Craiova a unui **„Cerc de studii de folklor"** după îndemnul şi iniţiativa D-lui Prof. D-r I. Cantacuzino; — şi

în fine pentru-că mai ales în Oltenia, centrul şi leagănul românismului, trebueşte cercetat folklorul medical pe temelia căruia s-a ridicat edificiul măreţ al ştiinţei medicale româneşti de azi.

*

In dorinţa de a prezenta personal lucrările româneşti apărute în volum sau monografii aparte, recensăm în numărul acesta: **Peritonita cronică încapsulantă** de D-r M. Hagieţeanu; — **Tratamentul constipaţiei** de D-r E. Spirt şi **Ce ar trebui să ştie oricine şi orice bolnav despre tuberculoza pulmonară** de D-r B. Mandel.

Dintre acestea atragem atenţia în deosebi asupra lucrării „Peritonita cronică încapsulantă" datorită D-lui D-r M. Hagieţeanu, care aduce o contribuţie nouă şi personală valoroasă la studiul acestei afecţiuni, expresie anatomo-clinică rară a unui proces de periviscerită (de natură tuberculoasă sau simplu infecţioasă banală atenuată cu punct de plecare intestinal), adusă pe planul actualităţii chirurgicale de vre-o 2 ani şi asupra căreia în literatura medicală românească nu s-au publicat decât 2 lucrări, de către D-nii D-ri G. Marinescu şi Gr. Georgescu-D. Caramzulescu.

*

Intre pag. 661—675, se redau câte-va ACTUALITĂŢI MEDICALE ROMÂNEŞTI scoase din sumarul PUBLICAŢIILOR şi al şedinţelor SOCIETĂŢILOR MEDICALE, ce înşirăm între pag. 684—697; — remarcăm în deosebi identificarea de către D-l D-r D ă n i ţ ă a boalei denumită popular **„Coleţ"**, care bântue în părţile Teleormanului şi desigur şi aiurea cu manifestările unei **Tetanii gastro-intestinale.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Boala după cum o descrie autorul, se caracterizează prin apariţia bruscă de dureri în regiunea epigastrică, însoţite de vărsături şi contracţiuni violente la nivelul stomacului, care formează un fel de „ghem" şi dă bolnavului o senzaţie ca de „peatră", sau pe intestine, ale căror contracţiuni devin visibile la suprafaţa abdomenului; crizele durează câte-va minute şi dispar sau revin, timp de câte-va zile în şir sau la intervale mai mari; bolnavul este de obiceiu constipat; prezintă semne de hiperexcitabilitate neuro-musculară (Chwosteck positiv de regulă); Calciul e diminuat în sânge; tratamentul se face cu clorur sau bromur de calciu.

Această afecţiune trebue să se întâlnească mai frequent, dar nu este diagnosticată, cu atât este mai mare meritul autorului care a atras atenţia asupra ei.

D-l D-r Dăniţă, care a identificat-o, şi a făcut teza de doctorat în clinica Prof. Teohari asupra Astmului şi a Bronşitei cronice cu Emfisem pulmonar ca expresie sau în legătură cu anafilaxia şi diateza spasmofilică; a fost astfel pregătit prin studii anterioare a prinde manifestările posibile ale tetaniei viscerale.

*

La DIVERSE-INFORMAŢIUNI semnalăm:

Ancheta ce a deschis D-l D-r S a m s o n din Paşcani, asupra cazurilor cu înghiţire de şarpe, de cari pomenesc atât de des jurnalele; — Crearea **Oficiului Sindical** pe lângă Asoc. G-rală a medicilor, care îşi propune, între altele:

de a recupera pe cale directă sau prin judecată onorariile medicilor dela bolnavii, cari refuză să-i plătească — de a interveni în toate chestiunile profesionale de practică medicală pe lângă diferitele autorităţi — de a asista prin contenciosul său pe medici în toate acţiunile lor personale în justiţie şi nu numai în cele de ordin profesional; — **Crearea Institutului „Iuliu Maniu" pentru studiul şi profilaxia cancerului din Cluj,** ale cărui lucrări vor fi publicate într-o publicaţie aparte, numită **„Cancerul"** din care a şi apărut 2 nume, al căror sumar îl dăm la pag. 685.

*

Corpul medical românesc a avut nenorocirea să peardă pe 2 din cei mai în vază membrii ai săi, răpuşi amândoi de moarte violentă: pe Prof. E. Juvara, care a îmbogăţit literatura chirurgicală cu lucrări de mare valoare asupra **Osteo-sintezei** şi **Anatomiei chirurgicale**; şi pe D-rul Al. Costiniu, care a adus o largă contribuţie asupra **„Ozenei"** în special, în cadrul Congreselor internaţionale de oto-rino-laringologie, în calitate de coraportor anume însărcinat.

Viaţa şi opera Prof. E. Juvara a fost comemorată în cadrul Soc. de chirurgie, într-o şedinţă solemnă, de către D-l Prof. D-r Ştefănescu-Galaţi (No. 3—4/1933, al Revistei de chirurgie), iar acea a D-rului Al. Costiniu, în şedinţa din 5 Sept. crt. a Soc. de Oto-rino-laringologie, de către D-l D-r L. Mayersohn, a cărui cuvântare este redată în extenso la pag. 694—695 ale acestui număr.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

Numărul se termină cu prezentarea a câtorva din ultimele cărţi şi monografii apărute în Libr. Doin dela Paris, între cari remarcăm în deosebi **„Apologia clinicei"** de Prof. E. Sergent şi **„Interferometria în clinică"** de D-r A. Durupt.

D-r M Cânciulescu.

CATEVA DIRECTIVE PRECISE IN HAOSUL REGIMURILOR ALIMENTARE LA SUGARI *)

de

D-r ALFRED RUSESCU

Conferenţiar Universitar.

In ultimii ani s'au făcut numeroase cercetări în domeniul dieteticei sugarului normal şi patologic. Cunoştinţele noastre în această direcţie s'au înmulţit şi, mai ales, ele s'au îndrumat pe o cale mai ştiinţifică, bazată pe studii clinice şi pe examene de laborator, părăsind, astfel, metodele vechi bazate doar pe empirism.

Din nefericire, însă, am ajuns actualmente să avem prea multe regimuri alimentare, prea multe amestecuri nutritive, astfel încât nu numai părinţii, dar chiar medicii sunt încurcaţi în alegerea unora dintre ele. După cum spunea cu drept cuvânt Profesorul Michalowicz (din Varşovia) la Congresul Pediatrilor Polonezi dela Wilno (1927) *„în fiecare moment un autor lansează un nou amestec nutritiv în forul pediatriei"* şi, în acelaş timp, după cum remarcă Profesorul Leopold Moll din Viena *„sunt puţine domenii ale terapeuticei practice în care să domnească un atât de mare dezacord ca în chestiunea tratamentului dietetic al turburărilor digestive ale sugarului"*.

Cred că se pot invoca trei cauze cari au contribuit la obţinerea acestui rezultat:

1) Numărul celor ce se ocupă cu aceste chestiuni de dietetică infantilă a crescut simţitor în ultimii ani; deşi cel puţin la noi în ţară, dată fiind enorma mortalitate infantilă nu putem spune că sunt prea mulţi puericultori.

2) La sugari, în turburările gastro-intestinale medicaţia joacă un rol cu totul neînsemnat, alimentaţia fiind factorul terapeutic determinant. Or, dacă în ceeace priveşte substanţele medicamentoase era greu ca fiecare medic să modifice infuzia de digitală, dozele de morfină, sau de arsenobenzol, din contră, în alimentaţia sugarului fiecare autor are supa lui, fiertura (bouillie) lui, felul lui de a

*) Conferinţă, făcând parte din Ciclul de «Actualităţi medicale» al Asoc. doc. fac. de medicină din Bucureşti, ţinută la Spit. Colţea în ziua de 12 Mai 1933.

prepara babeurre-ul, regimul lui, etc., după cum vom vedea mai departe.

3) Al treilea şi, cred, cel mai important motiv pentru care s'a ajuns la această pletoră de regime alimentare este quasi-ignoranţa noastră în ceeace priveşte cunoaşterea precisă a cauzelor turburărilor digestive. Astfel, după unii (Finkelstein, Czerny), ar exista o intoxicaţie alimentară, după alţii (cei mai mulţi) ar fi vorba de o infecţie exogenă; după Escherich, Moro, Bessau şi Bossert, diareele depind de o infecţie endogenă şi anume de o invaziune ascendentă a segmentelor superioare ale tubului digestiv prin microbii normali ai intestinului, segmente cari în mod normal sunt lipsite de microbi; după alţii etiologia trebue căutată în diferitele elemente ale laptelui, unii incriminând caseina, alţii grăsimile, alţii hidraţii de cărbune, alţii zerul (petit-lait); alţi autori (E. Weil, Bertoye, Mouriquand, etc.), fac să intervină temperaturile atmosferice înalte în producerea turburărilor gastro-intestinale; după Zorodowski, ele ar fi datorite unei anafilaxii; deasemenea Dorlencourt, Robert Clément, atribue febra de lapte unei stări anafilactice particulare.

Vedem, după această foarte scurtă enumerare, cât de variate sunt părerile cari tind — fără a reuşi — să ne explice etiologia turburărilor digestive; este dela sine înţeles că la fiecare din hipotezele de mai sus corespunde un regim alimentar anumit. Astfel, după Finkelstein, factorul cel mai nociv din lapte este zerul cu componentele lui, deaceea el a imaginat şi recomandat laptele albuminos; după Moll elementul toxic din lapte este caseina şi astfel el a preparat un regim alimentar fără caseină şi, chiar, fără lapte: laptele de migdale. Czerny a incriminat grăsimile şi au fost preparate, astfel, diferite amestecuri fără grăsime: babeurre, laptele smântânit, lapte uscat fără grăsime, etc. Dacă adăugăm la aceste regimuri unele subdiviziuni şi multiple variante ne vom explica cum s'a ajuns la haosul regimurilor alimentare la sugari, în care vom încerca, totuşi, să desprindem câteva noţiuni precise.

Vom trece în revistă mai întâi copilul sănătos, pentru a insista mai mult asupra copilului bolnav.

COPILUL SANATOS

El este, în general, uşor de alimentat. Se poate spune că cu cât un copil se depărtează de starea de sănătate ideală cu atât este mai greu de alimentat.

Copilul la sân. — Este de prisos să fac apologia alimentaţiei la sân, care constitue, după avizul tuturor pediatrilor, procedeul ideal pe care cu greu îl putem înlocui. Totuşi, trebue să fac observaţia că au trecut de mult timpurile în cari un copil hrănit cu biberonul era un copil destinat pieirei. Noţiunile de puericultură şi industriile de lapte au făcut mari progrese, astfel că, actualmente, putem foarte bine hrăni copiii artificial.

Technica alăptării la sân este bine stabilită; ţin, totuşi, să

relevez cu această ocazie două fapte cari constituesc erori în modul de alimentaţie la sân şi cari sunt destul de răspândite:

a) Se fixează de obicei ca interval de sugere 3 ore; aceasta dela naştere şi până după 7—8 luni. Aceasta constitue o eroare care, din nefericire, este foarte des întâlnită. Intervalul de sugere în primele luni trebue redus: în prima lună copilul va suge la două ore, apoi în luna 2-a, a 3-a şi 4-a va suge la 2 ore şi jum. şi doar din luna 5-a va suge la 3 ore.

b) Trebue semnalată fobia pe care o au unii puericultori de supraalimentaţie. Or, la sân, fiindcă ne referim la copilul la sân, supraalimentaţia este un fapt excepţional. Variot, marele pediatru, spunea foarte adeseori „laisser les enfants au sein téter suivant leur appétit". Bine înţeles că acest raţionament nu se aplică sugarilor hrăniţi cu biberonul unde supraalimentaţia se poate observa mai des şi unde accidentele ce ea provoacă sunt mult mai importante. Deci, la copii la sân vom fixa intervalele de sugere şi apoi putem lasă copilul să sugă în voe. Il vom cântări, bineînţeles, în fiecare săptămână. Supraalimentaţia la sân, repet, este un fapt extrem de rar.

Copilul hrănit cu biberonul. — Este evident că hrănirea unui copil cu biberonul este infinit mai dificilă decât alăptarea la sân, totuşi, după cum am spus şi mai sus, graţie progreselor făcute în puericultură, actualmente se pot creşte foarte bine copii artificial. Nu este în intenţia mea să intru în detaliile alăptării artificiale. Voi insista asupra unor chestiuni cari au făcut obiectul multor discuţiuni, asupra cărora s'au emis diferite păreri contradictorii şi voi expune concluziile adoptate de majoritatea autorilor, deşi asupra unora dintre ele *„adhuc sub judice lis est"*.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

a) *Ce lapte vom alege* pentru copilul hrănit artificial? La ţară, sau când putem controla vacile, mulgerea lor şi diferitele manipulaţiuni ale laptelui până ce el ajunge la copil, evident vom da lapte de vacă.

Dar, din nefericire, în marile oraşe laptele de la lăptari se prezintă în condiţiuni dezastruoase pentru sugari, deaceea vom prescrie lapte preparat de diferite case mari industriale: lapte uscat, lapte condensat, lapte homogeneisat, etc. Aceasta cel puţin în timpul verii, căci doar astfel putem feri copiii de turburări grave. Toţi autorii recunosc că dispepsiile, cholera infantilă sunt doar excepţional întâlnite la copiii hrăniţi cu aceste feluri de lapte. Repet, deci, că în oraşe trebue să ne ferim de laptele dela lăptari şi vom da preferinţă laptelui preparat de marile industrii.

b) Să nu diluăm prea mult laptele. Aceasta este iarăşi o eroare care se practică în mod curent: se diluează prea mult laptele şi se dă timp prea îndelungat copiilor lapte diluat. Şcoala franceză a avut meritul de a fi arătat că este inutil şi chiar periculos să diluăm prea mult laptele şi să dăm timp prea îndelungat copiilor laptele diluat. Şcoa'a germană (Heubner, Biedert, Camerer, Epstein, Escherich) preconiza în prima lună $1/3$ ($1/4$) lapte şi $2/3$ ($3/4$) apă; apoi, luna 2-a, 3-a şi 4-a: $1/2$ lapte şi $1/2$ apă şi doar

mai târziu 3/4 lapte şi 1/4 apă. Şcoala franceză (Variot, Marfan etc.), din contră, a preconizat diluţiuni mai reduse: în prima lună 2/3 lapte şi 1/3 apă, a 2-a şi 3-a lună 3/4 lapte şi 1/4 apă şi din luna 4-a în sus lupte curat.

Incetul cu încetul şi şcoala germană a constatat inutilitatea unei diluări prea prelungite şi prea mari a laptelui. Astfel, actualmente, Finkelstein recomandă în luna 1-a 1/2 lapte şi 1/2 apă şi cu începere din luna 2-a el dă lapte pur. Michalowicz (din Varşovia) se serveşte de diluţia următoare: 2/3 lapte şi 1/3 apă chiar dela naştere şi a obţinut bune rezultate.

Noi vom recomanda diluţia lui Variot, care atât în mâinile marilor predecesori cât şi nouă personal ne-a dat excelente rezultate.

c) O altă chestiune foarte aprig desbătută şi foarte variat rezolvită este aceea a *datei la care făinoasele pot fi introduse în alimentaţia sugarului.*

Unii dau făinoase în mod normal chiar înainte de 3 luni (Michalowicz); alţii încep să dea făinoase între 3 şi 6 luni; alţii dau făinuri maltate între 3 şi 6 luni şi, în fine, majoritatea autorilor dau făinoase dela 6—7 luni în sus.

Pentru a putea judeca problema vom ţine seama de două elemente importante: De vârsta la care fermenţii necesari transformării făinoaselor capătă la sugar o complectă desvoltare şi de felul de alimentare al sugarului (la sân cu biberonul). Vom ţine seama deci:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1) De faptul că atât ptialina cât şi amilaza sucului pancreatic şi sucului intestinal sunt, la naştere, în stare rudimentară şi doar pe la vârsta de 6 luni fermenţii amilolitici sunt complect desvoltaţi. După Korowin, Zweifel şi Krueger, amilaza sucului pancreatic lipseşte complect până la vârsta de 20 zile; până la 4 luni se găsesc doar urme şi doar în luna 6-a ea devine puternică. Deasemeni amilaza sucului intestinal lipseşte până în luna 4-a. Finizio, Allaria, etc., au arătat slaba putere amilolitică a salivei până în luna 6-a.

2) Trebue să mai avem deasemeni prezent în memorie faptul că laptele de vacă, cât şi cel de oae, capră, nu conţine amilază; laptele de femee din contră are, după cum a arătat Béchamps în 1883, putere amilolitică graţie amilazei pe care o conţine şi care poate suplea, la nevoe, amilaza tubului digestiv al sugarului.

Cu aceste date putem fixa conduita noastră (referindu-ne doar la sugarul sănătos) în modul următor:

1) In regulă generală nu vom da făinoase înainte de 6 luni.

2) In caz de necesitate putem să dăm sugarului la sân făinoase chiar înainte de 6 luni.

3) Deasemeni tot în caz de necesitate putem da făinuri maltate dela 3—6 luni, indiferent de modul de alimentaţie.

4) Putem da, în caz de nevoe, laptele diluat cu decocţiune de făinoase în loc de apă simplă (apă de orez în caz de tendinţă la diaree, apă de ovăz în caz de constipaţie) chiar înainte de 3 luni.

Un fapt asupra căruia nu se insistă destul este că făinurile din comerţ sunt în general mai bune decât cele din diferitele specialităţi, cari sunt prea fin cernute şi uneori învechite.

d) *Când se dau ouă pentru prima oară?* Şi aci aceeaşi nesiguranţă ca şi în ceeace priveşte introducerea făinoaselor în regimul alimentar al sugarului. Unii dau ouă în mod normal înainte de un an; alţii din contră nu le permit decât după un an. Shannon, Br. Bloch, Urbach au observat cazuri de agravare a eczemelor prin ingestiune de ouă şi au observat ameliorări nete prin suprimarea ouălelor din alimentaţia copiilor. Pierre Woringer cercetând la clinica infantilă din Strassbourg allergia la albuş de ou (prin cuti şi intradermo reacţie) a constatat că toţi sugarii cu alergie la albuş de ou sunt sau au fost eczematoşi; şi, făcând proba contrarie, din 71 sugari cu eczemă 37 aveau alergie la albuş de ou. Sute de sugari sănătoşi examinaţi în această direcţie au prezentat o intradermo reacţie cu albuş de ou negativă. După Woringer această alergie scade şi, chiar, dispare cu vârsta.

Cunoscând aceste fapte pe cari le-am ales dintre multe altele, credem că putem afirma că nu este bine să se dea ouă înainte de un an, cu toate că Lesné într'un raport recent prezentat la Academia de Medicină din Paris, a preconizat introducerea ouălelor dela a 9-a lună. Împărtăşim în această privinţă părerea lui Rousseau Saint-Philippe (Bordeaux), care se ridică contra şcoalei care profesează că trebue să hrănim copiii mai de vreme şi mai mult decât altădată şi să le dăm alimente complexe pentru a le evita rachitismul şi anemia! Ceeace ne interesează nu este numărul de calorii introdus ci calitatea procesului de asimilare; Or, alimentând astfel copiii nu facem decât să impunem la o muncă excesivă un organism incomplect desvoltat pe care-l vom expune la pericolul toxi-infecţiunilor şi al accidentelor gastro-intestinale, mai prejudiciabile pentru viitorul copilului decât răul problematic ce voim a evita.

e) Toţi autorii sunt de acord că sugarilor hrăniţi artificial trebue să le asigurăm vitaminele necesare. Dar mijloacele de procurare a vitaminelor variază după autori:

1) Unii iradiază laptele (proaspăt sau uscat), untul, gălbenuşul de ou, făinurile lactate, banalele, legumele, etc., adică toate substanţele organice digestibile cari conţin cholesterină. Astfel diferite case industriale au produs lapte iradiat: Ravix (lapte uscat iradiat), Höhensonnenmilch (lapte proaspăt iradiat), etc.

2) Alţii introduc în hrana sugarului diferite substanţe alimentare cari conţin vitamine: untura de peşte cu vitamina A şi D; drojdia de bere (Ribadeau-Dumas, M. R. Marquezy), extractul de malt, cartofii, morcovii, spanacul, etc., cu vitamina B, zeama de fructe cu vitamina C, etc.

3) Alţii dau diferite preparate farmaceutice cu vitamine.

Logica şi bunul simţ ne fac ca, în ceeace priveşte sugarul sănătos, să îndepărtăm alimentele iradiate şi preparatele farmaceutice: primele ca prea costisitoare, iar cele din urmă rezervându-le

Digitized by Romanian Academy Library

pentru cazurile patologice şi să dăm preferinţă diferitelor substanţe alimentare ce conţin vitamine.

Vom recomanda, însă, ca să se dea cruditățile cu mare prudenţă şi să nu se dea, spre exemplu, prea uşor pătlăgele roşii sugarilor, de pe urma cărora am observat numeroase cazuri de turburări gastro-intestinale.

f) Dietetica copilului sănătos poate fi simplificată — şi trebue simplificată — şi cu cât ea va fi mai simplă cu atât rezultatele vor fi mai bune.

COPILUL BOLNAV.

Cu aceasta intrăm în fondul subiectului ce mi-am propus a expune în faţa Domniilor Voastre. Şi, după cum la copilul sănătos am spus că regimurile pot fi simplificate, tot astfel şi în ceeace priveşte dietetica copilului bolnav. Dietetica copilului bolnav poate fi simplificată mai ales atuci când am depistat cauza precisă a turburărilor digestive. Tatonările şi regimurile complicate sunt, de cele mai multe ori, rezultatul unei etiologii neprecizate. Doar *ancheta etiologică minuţioasă, cu un interogatoriu detailat şi cu un examen clinic complect* poate găsi cauza, adeseori banală care deslănţue efecte complexe. In toate cazurile de turburări gasto-intestinale trebue să aplicăm această anchetă metodică şi minuţioasă.

Cu cât ea va fi mai lungă cu atât tratamentul va fi mai scurt.

DIETA HIDRICA. — După ce am stabilit diagnosticul vom institui pentru cât-va timp copilului dieta hidrică. Toţi autorii sunt de aceeaşi părere: La începutul tratamentului afecţiunilor gastro-intestinale, după purgativ sau chiar fără purgativ, copilul trebue pus la dietă hidrică. Dieta hidrică, introdusă relativ recent în terapeutică, la 1874 de Alfred Luton din Reims, constitue unul din principiile cele mai bine stabilite şi în această privinţă acordul este deplin. Dar unde încep divergințele este în stabilirea duratei dietei hidrice. Durata depinde, bine înţeles, de vârsta şi rezistenţa copilului, de natura şi gravitatea afecţiunei în cursul căruia o întrebuinţăm. Dar, *toutes choses égales*, ea variază şi după autori. Astfel: Unii în nici un caz nu trec de 6—12 ore, alţii merg până la 4 zile fără a le depăşi şi alţii, rari, o prelungesc sistematic chiar 6—7 zile. Ce conduită vom adopta noi? Ne vom conduce după împrejurări: In cazurile uşoare 6—12 ore de dietă hidrică sunt suficiente; în cazurile serioase vom trebui, mai ales în cholera infantilă, unde simptomele de intoxicaţie sunt intense, să prelungim dieta hidrică peste acest interval, fără a trece de 3—4 zile; vom constata sub influenţa ei cum simptomele de intoxicaţie diminuă şi faţa copilului capătă chiar o uşoară coloraţie, spre deosebire de faciesul palid, uneori pământiu, ce-l avea înaintea dietei hidrice. Dacă în 3—4 zile de dietă hidrică nu am obţinut ameliorarea dorită, cazul este aproape pierdut. Prelungirea dietei hidrice peste 3—4 zile o credem vătămătoare copilului.

REGIM DE TRANZIŢIE. — După dieta hidrică se pune problema cea mai delicată, aceea a alegerii regimului de „*tranziţie*" Acest

regim de tranziţie, „Einstellungsdiät" al lui Finkelstein, trebue să îndeplinească, după Moll, următoarele condiţiuni: Să conţină o cantitate suficientă de lichid, să aibă o cantitate apropiată de sare pentru a permite retenţia de apă şi să conţină un număr suficient de calorii pentru a preveni inaniţia. Il vom întrebuinţa, în principiu, până ce copilul va ajunge la greutatea sa iniţială; deatunci încolo vom administra copilului „REGIMUL DE REPARAŢIE" cu ajutorul căruia greutatea copilului va începe să crească. Dar alegerea regimului de tranziţie nu este o chestiune atât de uşoară, căci fiecare pediatru şi-a stabilit regimul său de tranziţie după concepţia ce o are despre etiologia turburărilor digestive ale sugarilor, sau după experienţa obţinută. Cităm mai jos diferite alimente sau amestecuri ce sunt utilizate ca regimuri de tranziţie: laptele de femee, laptele de femee smântânit, laptele de femee amestecat cu zer, laptele de vacă nefiert, decocţiune de făinoase, decocţiune de orez, lapte de migdale, pudding, babeurre, lapte albuminos şi varietăţile lui, lapte cu rântaş, ckefir, lapte uscat diluat, cu decocţie de făinoase, regimul de mere, etc. etc.

Fiecare autor pretinde că a obţinut cu preparatul şi cu metoda sa rezultate excelente. In faţa atâtor preparate şi amestecuri cred că titlul prelegerei de faţă, referindu-se la *haosul* regimurilor alimentare la sugari, nu este exagerat.

Unele dintre aceste regimuri de tranziţie au fost utilizate — cu sau fără alte modificări — şi ca regimuri de reparaţie, fiind administrate timp îndelungat, săptămâni şi chiar luni întregi. Dacă voim să le analizăm suntem, astfel, nevoiţi să studiem regimurile de tranziţie împreună cu cele de reparaţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru a putea să ne orientăm în dedalul amestecurilor nutritive, le vom împărţi, după profesorul Michalowicz, în:

1) Regimuri prin *diminuarea* cantităţii unora din elementele din lapte;

2) Regimuri prin *mărirea* cantităţii unora din elementele laptelui.

La aceste categorii noi vom adăoga o a treia categorie;

3) Regimuri *fără lapte.*

1. REGIMURI PRIN DIMINUAREA CANTITĂŢII UNORA DINTRE ELEMENTELE LAPTELUI

Vom începe cu cel mai cunoscut, cu babeurre-ul care ne dă rezultate excelente.

BABEURRE

(diminuarea grăsimilor)

Intrebuinţarea babeurre-ului s'a făcut în mod absolut empiric: In ţările unde se face unt, babeurre-ul este un produs eftin servind la îngrăşatul porcilor. In secolul al XVIII-lea, în Olanda ţăranii întrebuinţau o supă de babeurre ce da rezultate foarte bune în alimentarea artificială a copiilor.

BABEURRE SIMPLU

Nu vom insista asupra diferitelor moduri de a prepara babeurr-ul.

Vom menţiona doar pe cel mai întrebuinţat:

Se pune laptele într'un vas de lut; dacă laptele este proaspăt, nesterilizat, se poate lăsa să se „prindă" singur; dacă el, însă, a fost sterilizat, se adaugă fie babeurre din ajun, fie o cultură pură de bacili lactici. Se lasă la o temperatură constantă, la răcoare (15°—20°) timp de 20—24 ore (timpul variază cu temperatura). După acest interval se ia smântâna dela suprafaţă şi se baratează laptele rămas timp de 40 minute (şe aglutinează astfel, untul ce a mai rămas şi se disociază caseina). Se trece printr'o sită, se adaugă puţină sare şi se fierbe, apoi, la un foc slab până ce dă în clocote (20—25 minute), agitând încontinuu pentru a evita grunjii.

El trebue consumat în 24 ore.

Trebue deasemeni să menţionez că cel mai bun babeurre este acel preparat din smântână, dar el este şi cel mai costisitor, căci ne trebuesc 12 litrii de lapte pentru a obţine 1 litru de babeurre, astfel că în practică nu se recurge la acest fel de preparare.

Compoziţia babeurre-ului, ce-mi permit a reaminti, este următoarea:

	Péhu	Manicatide	François	Dorlencourt
Caseină	32.40°/₀₀	31—37°/₀₀	41.0 ₀₀	37°/₀₀
Grăsime	6.60	6.5	6.05	5.20
Lactoză	32.	37.	37.90	35.
Aciditate	4.54	5.	5.12	5.94

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Valoarea nutritivă este de 350—400 calorii la litru.

Ceeace *caracterizează*, deci, babeurre-ul este:

1) Cantitatea foarte redusă de grăsime.

2) Marea cantitate de caseină şi starea sa particulară.

3) Uşoara diminuare a lactozei.

4) Prezenţa de acid lactic (nu trebue să aibă, însă, mai mult de 6 grame acid lactic la litru, Jacobson). Controlul acidităţii se face în modul următor: se iau 7 cc. de babeurre + 100 cc. soluţie decinormală de sodă + câteva picături de soluţie de fenolftaleină: trebue să obţinem o culoare roză.

Modul de acţiune: Bunele efecte ale babeurre-ului se datoresc:

1) Diminuării notabile a cantităţii de unt.

2) Transformării caseinei (ea este coagulată, baratată şi, apoi, prin fermentaţia lactică suferă un început de digestiune).

3) Diminuării uşoare a lactozei; or, lactoza este laxativă.

4) Prezenţei acidului lactic (deşi acţiunea favorabilă a acidului lactic nu este admisă de toţi autorii).

Scaunele la copiii alimentaţi cu babeurre devin alcaline (deşi

el este acid); aceasta se datorește: 1) micei cantități de grăsime; vom avea, deci, foarte puțini acizi grași desvoltați cu acest fel de alimentație, și 2) caseina este în mare cantitate: vom avea, deci, numeroși produși amoniacali.

Flora scaunelor cu babeurre se aseamănă cu aceea a copiilor hrăniți la sân: bacillus bifidus în abundență.

Indicațiile *babeurre-ului:*

In dispepsia laptelui de vacă; în intoleranța pentru lapte de vacă.

In maladia vărsăturilor obișnuite („des vomissements habituels").

In hypotrepsie (când ea este datorită unei turburări digestive).

In atrepsie (când ea este datorită unei turburări digestive).

In intoleranță pentru alte alimente.

In eczemă și strofulus, după Lesné, babeurre-ul dă foarte bune rezultate.

Dar indicația cea mai *importantă*, indicația *absolută* este în trecerea dela dieta hidrică la regimul lactat obișnuit (în dispepsia acută, în cholera infantilă, în distrofia cu dispepsie, etc.). Ca regim de tranziție babeurre-ul ne este de un folos extraordinar, mai ales înainte de 6 luni, atunci când nu putem da copiilor făinoase.

SUPA DE BABEURRE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Până aci ne-am raportat la babeurre-ul simplu, fără adăugire de hidrocarbonate, grăsime, sau alte substanțe alimentare.

Or, chiar Teixeira de Mattos, din Rotterdam, care a contribuit foarte mult, împreună cu Houwing, la răspândirea babeurre-ului, chiar el, în 1902 se servea de o supă de babeurre în a cărei compoziție intra făină de orez sau de grâu și zahăr. De atunci s'au făcut multe formule de supe. Dăm mai jos trei dintre cele mai utilizate.

	Teixeira de Mattos	Marfan
Făină de orez 25 gr.	Făină de orez 10-15 gr.	Făină de orez 12 gr.
Zahăr 30 „	Zahăr 70-90 „	Zahăr 30 „
Babeurre 1 litru	Babeurre 1 litru	Babeurre 1 litru

Ele se prepară în modul următor: după ce babeurre-ul, preparat după cum am văzut mai sus, este trecut prin sită, se adaugă făina, apoi zahărul și după ce s'a amestecat bine, se pune la un foc slab și se fierbe (cum am văzut la babeurre-ul simplu) timp de 20—25 minute până dă în clocot, agitând încontinuu.

Bine înțeles că prin adăugire de făină și zahăr, valoarea în calorii a babeurre-ului este crescută; astfel, supa de babeurre cu formula lui Marfan are 520 calorii pe litru.

Aceste supe au aceleași indicațiuni ca babeurre-ul simplu obținându-se aceleași rezultate. Se întrebuințează ca regim de tran-

ziţie; totuşi se poate obţine, uneori, şi o creştere satisfăcătoare timp mai mult sau mai puţin îndelungat, la sugarii normali sau la acei cu turburări digestive uşoare.

Babeurre ca regim de reparaţie.

Deja în 1906, autorul german Hans Koeppe a publicat 26 de observaţii de copii hrăniţi cu supă de babeurre timp îndelungat (4—5 luni); unul dintre copii fusese hrănit 11 luni, iar altul 1 an şi 3 luni. Creşterea lor era normală; dar, acestor copii li se dăduse şi untură de peşte (grăsime şi vitamina A şi D).

Tot în Germania, alţi autori: Schaps, Finkelstein, Czerny, preconizau adăugarea de smântână la babeurre, bazându-se pe consideraţiunile teoretice admise în Germania că grăsimea este indispensabilă creşterei şi ea prezervă organismul de diferite infecţiuni.

In Franţa, Nobécourt a publicat în 1921 o splendidă observaţie a unui sugar de 2 luni admis în Spitalul „Des Enfants malades" din Paris pentru distrofie cu dispepsie. El cântăreşte 4 k. 230. Cu toate regimurile: lapte, babeurre, făinoase, starea se agravează şi ajunge la atrepsie cu azotemie (0,95%o uree); starea sa era disperată (2 k. 800).

In această stare profesorul Nobécourt prescrie următorul regim:

Babeurre	70 c. c.	pe biberon, adică o raţie de 810 calorii la o greutate corporală de 2 k 800.
Zahăr	15 gr.	
Unt	3 gr. 50	

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In câteva zile aspectul copilului, care era un muribund, s'a schimbat, greutatea a crescut, azotemia a dispărut, în rezumat copilul a eşit vindecat din spital.

Această observaţie a atras atenţia pediatrilor francezi asupra utilităţii adăugirii untului în babeurre. In special Ribadeau-Dumas cu şcoala lui, D-na Lucie Randoin, Simonet, Lecoq au studiat această chestiune, ajungând la următoarele concluziuni: 1) Untul în alimentaţie favorizează metabolismul şi fixarea hidraţilor de cărbune, 2) Vitamina B joacă un mare rol, constituind un factor indispensabil pentru nutriţie, în special pentru metabolismul hidraţilor de cărbune. Animalele cărora li se dau făinuri şi zahăr, dacă nu li se dă şi vitamina B slăbesc şi mor cu simptome asemănătoare ale comei diabetice. Bazat pe aceste considerente Ribadeau-Dumas a preconizat două regimuri cu babeurre:

I.		II.	
Babeurre «slab»	90 gr.	Purée de morcovi şi cartofi	1—3 linguri de masă
Babeurre «gras»	10-20 „	Babeurre «gras»	150 c. c.
Zahăr	20 „	Zeamă de lămâe	2 linguri de masă pe zi
Extract de drojdie de bere	3 comprimate pe zi	Untură de peşte	o linguriţă mică
Zeamă de lămâe (sau ergosterină iradiată)			

Primul regim este pentru sugarii de 2—8 luni, iar al doilea pentru copii mai mari. In primul regim vitamina B este luată din drojdia de bere, iar în al doilea din morcovi şi cartofi.

In Franţa există în comerţ trei feluri de Babeurre:

1) Babeurre zis „slab", fără făină şi fără zahăr.

2) Babeurre „ordinar", adiţionat de 5% zahăr şi 1% făină.

3) Babeurre „gras", adiţionat ca cel precedent şi, în plus, are 3% unt.

Alimentând copiii timp îndelungat cu aceste regimuri, autorii au obţinut rezultate foarte bune, babeurre-ul producând în aceste condiţii o creştere rapidă la hipotrofici; deasemeni el este bine digerat de copiii cu turburări parenterale sau chiar de acei cu dispepsie din cauza laptelui de vacă.

Kleinschmidt a preparat o supă foarte mult întrebuinţată, cu următoarea compoziţie: Babeurre, cu 3% făină, 2% unt; zahăr după nevoe.

Concluziuni.

Babeurre-ul simplu ca şi supele de babeurre sunt regimuri de tranziţie excelente; se poate spune chiar că până în prezent ele sunt chiar *cele mai bune alimente de tranziţie* de cari dispunem. Ele sunt însă alimente *„desechilibrate"* cu cari nu putem alimenta timp îndelungat sugarii. Babeurre-ul căruia i s'au adăogat diferitele complemente amintite mai sus (făină, zahăr, unt, vitamine A. B. C. D.), constitue un aliment complect, normal echilibrat cu care putem hrăni copiii timp cât de îndelungat, obţinând cu ajutorul lui rezultate excelente şi, fapt demn de semnalat, acest babeurre gras care are aceeaşi compoziţie ca laptele, de care nu diferă decât prin mediul bacterian special, este chiar mult mai uşor digerat decât laptele simplu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Hans Koeppe, în 1906 a urmărit un scop de o mare importanţă socială: Babeurre-ul să fie distribuit de instituţiile de asistenţă socială în timpul căldurilor verii pentru a preveni turburările grave gastro-intestinale şi, în special, cholera infantilă. Din cauza desvoltărei industriei de lapte ce a produs laptele uscat şi laptele condensat, scopul urmărit de Koeppe a fost atins şi chiar în condiţii mai bune. Dar, la noi în ţară unde pe de o parte nu avem lapte bun şi pe dealtă parte ne mor zeci de mii de copii de turburări digestive, am dori ca dezideratul lui Koeppe, de acum 27 de ani, să fie realizat cel puţin parţial: adică să avem babeurre pe care să-l distribuim copiilor cu diaree pentru a putea face tranziţia între dieta hidrică şi alimentaţia obişnuită.

De foarte curând a fost introdus la noi în ţară un babeurre uscat produs al casei Nestlé, cu numele de **Eledon.**

Eledon-ul se prezintă în cutii de 250 gr. de babeurre uscat. Pentru a prepara cu ajutorul lui babeurre-ul lichid, se disolvă o parte de Eledon în 10 părţi apă caldă (spre ex. 10 gr. Eledon în 100 gr. apă caldă).

Se încălzeşte apoi amestecul la un foc slab până ce fierbe; se lasă să fiarbă 1/2 minut. Compoziţia babeurre-ului astfel obţinut este următoarea:

Subst. proteice	29,5 ‰
Subst. grase	14 „
Lactoză	40 „
Subst. minerale	6,5 „
Acid lactic	6 „

El are 420 calorii la litru. Cutia de 250 gr. Eledon în praf corespunde la 2 litrii şi 1/2 de babeurre lichid. In general acestui babeurre se adaugă 3% făină şi 3% zahăr. Sub această formă el este întrebuinţat de obicei. Pentru a prepara Eledonul cu făină şi zahăr se procedează în modul următor: se disolvă, spre ex., 50 gr. Eledon uscat în 250 gr. apă caldă; se disolvă apoi, în alt vas, 15 gr. făină şi 15 gr. zahăr în 250 gr. apă caldà. Se amestecă aceste două lichide, se pun la un foc slab amestecând continuu; se lasă să fiarbă 1/2 minut. Se obţin 500 gr. supă de babeurre.

FIERTURA (BOUILLE) LUI GELSTON

(diminuarea cantităţei de grăsime).

Se prepară în modul următor:

Lapte ecremat (smântânit)	âa
Apă	350 gr.
Făină de grâu	8 linguri de masă
sau	
(Făină de orez)	15 linguri de masă
Zahăr	o lingură de masă

Se fierbe la bain-marie timp de 3 ore şi 1/2, adăugând făină puţin câte puţin, în primele 15 minute ale fierberei. Se repartizează în 4—6 prize în 24 de ore.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această fiertură realizează o formă de alimentaţie concentrată şi a fost preconizată în „maladia vărsăturilor obişnuite". Marcel Maillet a obţinut, însă, cu ea rezultate defavorabile.

LAPTELE ALBUMINOS

(diminuarea sărurilor)

Principiu. In opoziţie cu babeurre-ul a cărui întrebuinţare s'a stabilit şi răspândit în mod empiric, laptele albuminos are o origină pur dogmatică. Laptele albuminos a fost preconizat de Meyer şi Finkelstein. Aceşti autori au pornit dela ideea că dintre toate componentele laptelui, zerul este cel mai toxic; după ei, pentru orice celulă există o soluţie ce conţine particulele convenabile într'o atare suspensiune, încât elementul vital va putea să-şi desvolte la maximum facultăţile sale de travaliu util. Or, pentru celula intestinală a sugarului acest mediu ideal este zerul laptelui de femee; el va lucra ca un catalizor accelerând reacţiunile; zerul laptelui de vacă va încetini, din contră, reacţiunile şi travaliul intestinului, favorizând astfel acţiunea vătămătoare a acizilor şi puterea fermentativă a bacteriilor. Dacă încetinirea este compensată de o puternică rezervă a forţelor energetice ale copilului nu va apare nici o turburare; în caz contrar se va permite proliferarea bacteriilor şi desvoltarea diferitelor faze ale cachexiei alimentare.

Preparaţie: Bazaţi pe această teorie ei au imaginat laptele albuminos care se prepară în modul următor: Un litru de lapte proaspăt este pus în contact cu lab-ferment (presură) (o lingură de masă), este lăsat 1/2 oră la bain-marie la 42°. Toată caseina va fi precipitată; se lasă să se răcească; coagulul este cules trecând totul printr'un tifon des; se lasă să se scurgă timp de o oră, fără a-l stoarce. Nu va rămâne decât caseina precipitată. Luăm apoi, o sită de păr de cal, punem în ea chiagul şi turnând puţin câte puţin apă frecăm chiagul pentru ca să-l facem să treacă prin sită. Trebue să adăogăm 1/2 litru de apă în total. Trecem de 3—4 ori prin sită. Această operaţie este delicată: trebue ca lichidul să ia aspectul laptelui şi să nu conţină decât flacoane mici. După ce s'a trecut toată caseina, se amestecă cu altă jumătate de litru de babeurre.

Acesta este laptele albuminos. Pentru a-l steriliza se poate fierbe câteva minute, dar atunci trebue agitat bine şi continuu, de oarece se produc precipitaţiuni prin fierbere.

Compoziţia laptelui albuminos

Caseină	30‰
Grăsime	22‰
Lactoză	17‰
Săruri	5‰

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din cifrele de mai sus se vede că numele de lapte albuminos nu este exact, de oarece el nu are mai multă albumină decât laptele de vacă obişnuit; ceeace îl caracterizează este puţina cantitate de lactoză. El are 370—400 calorii (Manicatide), iar după Marfan el are 410 calorii pe litru.

Indicaţiile lui: Autorii acestui lapte l'au întrebuinţat în afecţiile ce le considerau datorite intoleranţei pentru lactoză şi fermentaţiilor acide.

a) Toxicozele şi turburările digestive cu formă toxică: se începe cu 100 gr. pe zi şi se urcă doza până la 200 gr. de kgr.

b) Dispepsiile şi atrofiile (şi decompoziţia).

Deci, aproape toate afecţiile tubului digestiv.

c) Unii autori îl utilizează în mod constant (Lesné şi Clément) în diareea prin exces de făinoase.

d) Profesorul Moll îl utilizează în diareea cu scaune foarte acide, la copii cari primiseră în exces hidrocarbonate sau grăsimi. După o dietă hidrică de 12—24 ore, el dă, în aceste cazuri, lapte albuminos începând cu 100 gr. pe kgr. corp, obţinând foarte bune rezultate.

La început Finkelstein întrebuinţa laptele albuminos pur; mai târziu el adăugă babeurre-ul (după cum am văzut în modul de preparare) şi, în urmă, schimbă metoda adăugând şi hidrocarbonate: la început 3% maltoză, crescând apoi doza. După cum remarcă cu drept cuvânt Marfan nu i se pot imputa aceste schimbări, căci

ele arată o tendinţă de perfecţionare; dar ele sunt, însă, în contrazicere flagrantă cu siguranţa dogmatică cu care se considera zerul drept partea cea mai toxică din lapte.

Rezultate: (Ne referim în prezent la laptele albuminos preparat în modul amintit mai sus). Rezultatele obţinute sunt foarte discutate. Se aşteptau la început rezultate extraordinare. Finkelstein declara că rezultatele sunt excelente, deşi chiar în Germania sunt păreri destul de autorizate cari nu recunosc efectele atât de bune ale laptelui albuminos.

In Franţa, Weill şi Mouriquand, Nobécourt şi Schreiber, Ribadeau-Dumas, Marfan n'au obţinut decât rezultate mediocre.

In clinica Profesorului Manicatide am văzut cazuri de copii, rare într'adevăr, în care sugarul nu se ameliora nici cu babeurre, nici cu făinoase, nici cu lapte maternizat, ci numai cu lapte albuminos (trebue să recunosc că nu se recurge prea des la laptele albuminos).

In cazurile de dispepsie prin exces de făinoase rezultatele sunt cele mai bune; aceste cazuri constituesc aproape o indicaţie absolută pentru laptele albuminos. Deasemeni în diareea prin exces de grăsimi cu scaune acide (Moll) rezultatele sunt bune.

Deşi, criticat pe deoparte, lăudat pe dealtă parte, laptele albuminos în afara indicaţiunilor precise enunţate mai sus, trebue reţinut ca un mijloc în plus pentru a încerca susceptibilitatea digestivă a sugarilor; adeseori suntem dezarmaţi în faţa unui copil, care, după dieta hidrică, refuză toate preparatele alimentare ce i le prezentăm; vom fi mulţumiţi, în aceste cazuri, să avem şi laptele albuminos la dispoziţia noastră.

Pentru că prepararea laptelui albuminos prezintă unele dificultăţi s'a căutat să se faciliteze prin diferite preparate comerciale obţinerea lui. Avem astăzi mai multe preparate cu acest scop. Astfel:

LAROSAN (Roche).

Este un praf alb, fin, fără gust, care se disolvă uşor în lapte cald şi a cărui soluţie apoasă are o reacţie neutră la fenolftaleină. Concentraţia în CaO se ridică la 2,5%; el este un *caseinat de calciu* constituit, deci, din combinaţia calcică a caseinei.

El se prepară în modul următor: un pachetel (20 gr.) de Larosan se disolvă în puţină apă sau lapte rece. Intre timp se fierbe 1/2 litru de lapte în care se toarnă Larosanul deja preparat; se fierbe apoi totul 5 minute, agitând încontinuu. Odată răcit, se complectează acest amestec până la 1 litru prin adăugare de apă fiartă, sau o decocţiune de orez, orz etc. Laptele astfel preparat conţine cam 400 calorii la litru.

El se întrebuinţează în aceleaşi cantităţi ca laptele obişnuit. (Bineînţeles că atunci când turburările digestive se ameliorează, se poate înlocui, treptat, apa adăugată cu lapte).

LAPTELE ALBUMINOS AL LUI FEER. Se prepară cu ajutorul tot al unui caseinat de calciu numit *plasmon*. Laptele albuminos are următoarea compoziţie:

500 gr. lapte
50 „ smântână dulce (a 20%)
15 „ plasmon
500 „ apă
10—50 „ (după nevoe) zahăr, sau maltoză, dextrină.

El reprezintă 600—700 calorii la litru (depinde de cantitatea de zahăr adăogată.

El conţine:

aluminoide	26‰
Grăsime	23‰
Lactoză	20‰
Săruri	4‰

Procedeul lui Moll. După indicaţiile profesorului Moll, casa Boehringer Sohn din Hamburg, prepară nişte tablete cu numele de *Calcia.* Tabletele pentru prepararea laptelui albuminos poartă No. II. In cutiile cu tablete Calcia II sunt 8 suluri de câte 8 tablete mari şi un sul cu 16 tablete mici. Compoziţia tabletelor este următoarea:

Tablete mari Calcia II	
Amidon	2 gr.
Zahăr	1 gr.
	3

Tablete mici Calcia II	
Lactat de Calciu	1 gr.
Amidon	0,20
	1,20

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Modul de preparare al laptelui albuminos cu aceste tablete: Se iau două oale:

In oala No. 1 se pune 1/2 litru de lapte, 1/4 litru de apă şi 2 tablete mici din ambalajul calcia II. Se încălzeşte amestecul cu flacăre mică până aproape de fierbere. Laptele se coagulează în flacoane mari, brânza se separă de zer.

Lăsăm 1/4 oră în repaus pentru răcire, fără să amestecăm conţinutul oalei, apoi îl turnăm pe o sită de păr, să se scurgă zerul în oala No. 2.

Cu ajutorul unei linguri de lemn se trece brânza prin sită înapoi în oala No. 1.

Apoi se adaugă brânzei strecurate 1/4 litru de zer din oala No. 2 şi 1/8 litru de lapte.

In oala No. 2, din care s'a golit zerul rămas, se pun 8 tablete mari de calcia II (un sul) şi 3/8 litru de apă. Se sfărâmă tabletele cu lingura de lemn, se agită bine până ce tabletele s'au solubilizat. Se fierbe bine. Prin acest procedeu obţinem o masă mucilaginoasă.

Această masă se toarnă în oala No. 1 şi totul se fierbe timp de 3 minute, agitând bine cu lingura.

(Trebue să remarcăm că pe când în procedeul lui Feer şi Larosan se adaugă caseinat de calciu gata preparat, cu procedeul lui Moll obţinem acest caseinat de calciu sub ochii noştri, graţie coagulării laptelui prin lactatul de calciu).

CALCILACTIN „Sapic". Casa Sapic din Cernăuţi prepară nişte tablete numite Calcilactin. Sunt două feluri de tablete: Tablete

calcilactin I, compuse din lactat de calciu şi făină de orez şi Tablete calcilactin II, compuse din lactat de calciu, făină de porumb şi zahăr.

Modul de preparare: (luat după prospectul trimis de casa producătoare).

Calcilactin 1. „Calciu jumătate lapte". Se disolvă (sfărâmând) două tablete calcilactin 1 în 4—5 linguri de apă, care se adaugă unei jumătăţi de pahar (100 gr.) de apă şi se fierbe timp de 5 minute amestecând. Acestui amestec se adaugă jumătate pahar (100 gr.) lapte proaspăt, 2 bucăţi de zahăr şi se pune apoi la fiert amestecând timp de 1 minut. Se obţin, astfel, 200 gr. „calciu jumătate lapte" cu calcilactin 1.

„ „ **„Calciu 2 treimi lapte".** Se prepară ca mai sus, cu următoarele cantităţi: Jumătate pahar apă (100 gr.), 4—5 linguri apă, 4 tablete calcilactin 1, şi un pahar lapte (200 gr.), 4—5 linguri apă, 4 tablete calcilactin 1, „Calciu 2 treimi lapte" cu calcilactin 1.

Calcilactin II se prepară la fel, însă fără zahăr.

(Urmare şi sfârşit în numărul viitor).

RÉSUMÉ: Dr. Alfred Rusesco—*Quelques directives précises dans le dédale des régimes alimentaires chez les nourrissons.*

L'auteur, après avoir rappelé les données indiscutablement établies dans l'hygiène alimentaire du nourrisson bien portant, passe en revue les variés régimes alimentaires applicables au nourrisson malade; ainsi, la diète hydrique, les régimes de transition et les régimes de réparation.

Les régimes de transition, lesquels préposent l'indication la plus difficile, l'auteur les divise en: régime par diminution de la quantité de quelques uns des éléments constitutifs du lait; régimes par augmentation de quelques uns de ces éléments et régimes sans lait.

Parmi les régimes par diminution de la quantité de quelques uns des éléments du lait l'auteur expose en détail—en ce qui concerne la préparation, la composition, l'action et les indications—le babeurre (diminution des graisses), avec ses variétés: le babeurre simple, la soupe de babeurre, le babeurre maigre et gras, le babeurre sec Nestlé appelé Eledon, la bouillie de Gelston; et le lait albumineux (diminution des sels), avec ses variétés: le Larosan Roche, le lait albumineux de Feer, le Calcia Boehringer, le Calcilactia Sapic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. Alfred Rusescu—*Einige genaue Massregeln im Wirrwar der alimentären Lebensweise bei Säuglingen.*

Nachdem der Verfasser die in der Ernährungshygiene der gesunden Säuglinge unstreitbar festgesetzten Grundsätze erwähnt, beschreibt er uns die verschiedenen Diäten, die kranken Säuglingen verschrieben werden: als Wasser—Uebergangs — und Wiederherstellungs-Diät.

Der Verfasser teilt die Ubergangsdiäten, welche die die schwierigsten Hinweise voraussetzen, folgendermassen ein: Diät durch quantitative Verminderung einiger der wesentlichen Bestandteile der Milch, Diät durch Vergrösserung einiger dieser Bestandteile und milchlose Diät.

Unter Diät durch Quantitätsverminderung einiger Bestandteile der Milch gibt uns der Verfasser eine detaillierte Auseinandersetzung — betreffs Zubereitung, Zusammenstellung, Art und Weise der Wirkung und Indikationen — über Babeurre (Verminderung der Fettbestandteile der Milch) und seinen Abarten: einfacher Babeurre, Babeurre-Suppe, fettloser und fetter Babeurre, Babeurre Nestlé, Eledon genannt, Gelston-Koch; sodann albuminose Mich (Salzverminderung) mit ihren Abarten: Larosan Roche, Feer's albuminose Milch, Calcia Boehringer und Calcilactin Sapic.

Clinica boalelor căilor urinare — București
Director: Prof. N. Hortolomei.

CONTRIBUȚIUNI LA STUDIUL RADIOGRAFIC AL ABCESELOR CRONICE ALE PROSTATEI VALOAREA DIAGNOSTICULUI ȘI CONDUITEI TERAPEUTICE

de

Prof. D-r N. HORTOLOMEI și **D-r TRAIAN KATZ-GALAȚI**

Purtătorii abceselor cronice ale prostatei formează marea clientelă a specialiștilor în genito-urinare și a venerologilor, pentru că aceste abcese sunt în majoritatea cazurilor (două treimi) consecințe ale uretritei gonococice complicate cu prostatită, restul fiind format din prostatitele negonococice, survenite pe cale ascendentă și din localizările metastatice hematogene și limfatice. Se întâmplă uneori că deși dăm cea mai mare atențiune tratamentului prostatitei acute, să nu putem vindeca complect acest proces și să nu putem opri trecerea lui în stadiul de cronicitate. Alteori prostatita cronică se desvoltă d'emblée, în cursul unei blenoragii cronice.

ANATOMIA PATOLOGICĂ a acestor forme a fost studiată pe foarte puține cazuri cari au putut fi găsite la necropsie. Prostatita cronică se prezintă fie sub aspectul unei mase omogene cu o mulțime de cavități mici, pline cu un lichid seros, lăptos, sau chiar purulent, având aspectul unui burete plin cu puroi — este aspectul prostatitei foliculare; fie sub forma unor abcese, izolate în țesutul prostatei printr'un țesut fibros și comunicând între ele și cu uretra, doar printr'un gang îngust — aspect al prostatitei supurate, cu sau fără concrețiuni; — sau în fine forma de prostatită scleroasă.

PATOGENIA abceselor cronice e următoarea: abcesele cronice succed unei prostatite. Micro-abcesul inițial format într'un acin se desvoltă și distruge pereții acinilor învecinați, așa că mai multe microabcese se contopesc la un loc și formează o mică cavitate în care puroiul și microbii, în deosebi stafilococul și colibacilul stagnează neputându-se evacua în întregime din cauza ductusului prostatic îngust și a orificilor uretrale prea mici.

In această perioadă de latenţă, ele pot sta ani de zile neincomodând pe bolnavi decât cu acea gută matinală refractară tuturor tratamentelor, cu jenă şi uşoară greutate în perineu, alteori însă cu dysurie, polakyurie, fenomene de cistită, arsuri şi înţepături pe uretră şi'n rect, sacralgii, turburări sexuale şi cu turburări de ordin general, cum ar fi fenomene de intoxicaţiune cronică, inapetenţă, oboseală, inaptitudine la lucru, depresiune psihică. Dacă acestor stări latente li se adaugă o infecţiune secundară, atunci avem tabloul unei septicemii de origină prostatică, care dă mult de lucru şi medicului internist şi confratelui venerolog, când atenţiunea nu este atrasă spre posibilitatea existenţei unor asemenea focare de retenţiune. Iată dece diagnosticul acestor focare are atâta importanţă şi de ce acordăm uretrografiei o mare valoare, ea fiind singura metodă în stare a ni le decela şi singura capabilă de a ne controla terapeutica făcută.

Dacă în prostatita foliculară cronică, unii urologi au mers atât de departe încât au ajuns să facă prostatotomia transvesicală, perineală şi chiar prostatectomia, pentru a scăpa pe bolnav de infecţia focală şi de toată simptomatologia unor forme de prostatite cronice foarte jenante, în abcesul cronic al prostatei, datorită diagnosticului precis şi al tratamentului endoscopic perfecţionat, s'a putut suprima operaţiunea şi da urologiei moderne o metodă de chirurgie endoscopică d'ntre cele mai interesante.

DIAGNOSTICUL acestor abcese cronice se pune azi cu mare preciziune datorită uretrografiei posterioare, adică radiografierea uretrei posterioare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Uretra posterioară poate fi radiografiată în două moduri:

1) *Radiografie în timpul micţiunii:* se umple vezica cu o soluţie opacă — (noi preferăm soluţia de Torotrast 50% sau Uroselectan A 30% uleiurilor iodate, nu numai pentru pericolul emboliilor uleioase cu punct de plecare uretral, dar şi pentru că uleiurile, prin consistenţa lor, pătrund mai greu prin orificile uneori atât de mici ale acestor abcese şi sunt imiscibile cu urina şi conţinutul abceselor) — până bolnavul are sensaţia de a urina; se aşează în poziţie dorso-laterală; menţinem glandul pe o tăviţă sau într'o sticlă cu gâtul larg şi în timp ce bolnavul urinează se procedează la luarea filmului.

Este un procedeu mai greu, bolnavii trebuesc educaţi să urineze pe masa de Roentgen, unii nu pot urina la comandă, alţii sunt emotivi şi au fenomene de inhibiţiune, aşa că noi recomandăm a doua metodă, 2) *radiografia ascendentă*, uretrală, făcută în timp ce noi injectăm soluţia opacă dinspre uretră. Bolnavul după ce a urinat e aşezat pe masa de Roentgen; totul e pregătit pentru radiografie şi cu o siringă Janet injectăm pe uretră 50—60 cmc. din soluţia opacă.

In timpul injecţiei, cam după injectarea a 20—30 cmc., în timp ce noi continuăm a injecta pe uretră restul soluţiunii, un ajutor face expunerea filmului. Este un procedeu uşor practicabil, nedureros şi care dă rezultate destul de apreciabile.

Uretra posterioară are o configurație deosebită după modul de radiografiere.

In timpul micțiunii uretra posterioară se lărgește luând calibrul regiunii bulbare și formând o prelungire a vezicei, care o leagă cu uretra membranoasă.

Pe când în uretrografia ascendentă, făcută în timpul injecțiunei, uretra posterioară din cauza tonusului ei permanent și din cauză că sfincterul intern formează o barieră doar pentru lichidul care vine din'spre vezică în spre uretră, apare ca un fir de ață opac, care leagă uretra membranoasă cu baza vezicei în porțiunea simfisei pubiene, porțiune ce corespunde uretrei posterioare. O lărgire a uretrei prostatice denotă o turburare a tonusului acestei regiuni, datorită de cele mai multe ori unei infecțiuni.

Când găsim în această regiune umbre sau zone opace, în comunicațiune sau nu cu uretra, ele pot fi datorite fie calculilor prostatici, fie micilor abcese ale prostatei. Diagnosticul diferențial îl vom face complectând uretrografia cu o radiografie simplă — nu în aceiași ședință, căci substanța opacă poate să nu se fi eliminat imediat, ci peste trei, patru zile — și dacă pe a doua placă radiografică simplă, aceleași opaciferi se mențin, conchidem că sunt calculi prostatici.

Incontestabil că uretroscopia posterioară a însemnat un mare progres în diagnosticul și tratamentul uretritelor posterioare și al formațiunilor acestor regiuni. Ea ne arată leziunile superficiale, leziunile de suprafață ale uretrei posterioare. Găsim de multe ori la uretroscopia posterioară oedem al mucoasei și al orificilor glandulare, sufuziuni, depozite fibrinoase, vegetații, formațiuni polipoide și vedem uneori orificiile dilatate, întredeschise ale ductusurilor prostatice — putem chiar ști din cari orificii ese puroiul — dar ce se ascunde în dosul acestor orificii, cât de profund este traectul care conduce până la abcesul care se videază prost, dacă abcesul e unic sau multiplu, cu ce alte cavități mai e în comunicație, raporturile cu organele vecine, toate aceste date atât de prețioase pentru tratament nu ni le dă suficient uretroscopia, chiar când încercăm să introducem o sondă ureterală ca sondă exploratrice în aceste cavități. Alte ori orificiile de comunicare ale abceselor cu uretra sunt mascate de oedem sau alte formațiuni.

Caracteristica acestor abcese cronice ale prostatei, din punct de vedere al anatomo-patologiei macroscopice, este tocmai configurațiunea lor și aceasta are importanță deosebită pentru tratamentul lor. Pe viu această configurație se pune în evidență numai cu uretrografia. Abcesul unic sau multiplu de mărimea unei cireșe sau a unui bob de meiu, este în legătură cu uretra posterioară printr'un canal îngust care debușează în uretră printr'un orificiu mic, uneori cu marginile oedemațiate, alteori cu marginile rigide, având drept consecințe o proastă evacuare a conținutului abcesului, o stagnare a puroiului. Ele sunt așezate în diferite planuri în raport cu un plan median sagital, de unde necesitatea de a face 2 sau 3 radiografii în poziții diferite — antero-posterioară și oblică, dreaptă și stângă —

pentru a descoperi şi localiza cu preciziune sediul şi numărul lor, căci un singur abces care rămâne poate să fie sursa de continuare a suferinţelor bolnavului. In faţa imaginei vizuale uretrografice, bolnavul se lasă mai uşor convins pentru a-şi face tratamentul care este exclusiv chirurgical. Cu ajutorul uretroscopiei posterioare şi a curenţilor de înaltă frecvenţă deschidem larg orificiile acestor cavităţi şi facem o largă comunicare între abces şi uretră. Peste 5—6 săptămâni, primul control pe care-l facem e cel radiologic. El ne va indica dacă abcesul drenează bine, dacă acest abces mai este în legătură cu alte cavităţi secundare şi cât trebue să mai electrocoagulăm în ţesutul prostatic pentru a le vida complect şi pentru a nu leza mucoasa rectală. Acest control şi aceste precauţiuni ni le indică uretrografia. Vom arăta doar câteva din uretrografiile noastre — atât cât spaţiul unui articol ne-o permite — din care să reiasă şi mai bine importanţa acestei metode, rămânând ca întreaga noastră colecţie s'o adunăm într'un atlas de uretrografie la care lucrăm.

In *fig. No. 1* se vede o uretră posterioară normală; este porţiunea subţire cât un fir de aţă, care prelungeşte porţiunea membranoasă până la vezică. *Fig. No. 2* aparţine unui bolnav cu prostatită cronică. Uretra posterioară în dreptul colicului seminal se desparte în două braţe care-l înconjoară. Plaja mai luminată reprezintă regiunea acestui colicul. De-o parte şi de alta se observă două mici abcese cronice, cari au forma unor măciuci, comunicând cu uretra printr'un traect abia perceptibil. Baza vezicei este deformată la dreapta şi la stânga, de către lobii prostatici mărişi. Normal baza vezicei e convexă în spre uretră ca marginea unei farfurii. Aceste 2 mici abcese dădeau bolnavului o sensaţie de arsură în uretra posterioară, cu urini câte-odată turburi, dar mai ales fenomene sexuale turburătoare: ejaculare precoce, erecţiuni capricioase, explicabile prin iritabilitatea regiunei veru-montanale — pe care o întreţineau. *Fig. No. 3* e a unui tânăr care după o disenterie face un abces metastatic al prostatei, cu retenţie de urină. Incizie, drenare, vindecare.

După 4 săptămâni revine cu o uşoară scurgere uretrală şi mai ales se plânge de turburări sexuale (ejaculare precoce), senzaţie de arsură în uretra posterioară şi o gută matinală persistentă. La tuşeu prostata aproape normală, iar uretroscopia posterioară ne arată doar o congestiune mai accentuată în regiunea veru-montanului cu mici depozite fibrinoase în şanţurile peri-montanale.

Uretrografia ne-a decelat existenţa unui abces în partea dreaptă, abia comunicând cu uretra posterioară. Refăcând uretroscopia şi avizati, am deschis cu o sondă de electrocoagulare traectul abcesului şi bolnavul în două săptămâni a fost scăpat de suferinţele lui. Este un caz demonstrativ de existenţa unui abces cronic de prostată pus în evidenţă numai cu ajutorul uretrografiei.

Fig. No. 4 reprezintă aspectul macroscopic al prostatitei supurate.

Intreaga prostată este transformată într'un burete purulent. Aparţine unui bătrân inginer intrat în clinică în stare gravă cu

fenomene de retenţie, provocate de stricturi infrânşisabile şi cu flegmon urinos. Cistostomie, deschiderea flegmonului. Clişeul nostru e făcut după închiderea fistulei hipogastrice, pentru a ne explica persistenţa unei fistule perineale. Ea era întreţinută şi de leziunile de periuretrită şi de infecţiunea descendentă din prostată.

Fig. No. 5 aparţine unui tânăr de 24 ani, suferind de câţiva ani de o piurie aseptică, toate probele de laborator pentru decelarea bacilului Koch rămânând negative. Nu avusese infecţiune gonococică. Uretrografia ne-a indicat aceste caverne prostatice, probabil de natură tuberculoasă şi baza vezicei plată şi întinsă mult transversal, din cauza procesului inflamator al prostatei şi al ţesuturilor periprostatice.

CONCLUZIUNI:

1) Radiografia uretrei posterioare este o metodă de exploraţiune menită să aibe un mare viitor în clinică, ea fiind singura capabilă să ne deceleze abcesele cronice ale prostatei şi fistulele uretrei posterioare.

2) Ea nu înlocueşte uretroscopia posterioară ci o complectează şi-i controlează acţiunea terapeutică, dându-ne indicaţiuni de localizare a abceselor în diferitele planuri şi despre configuraţiunea lor macroscopică.

3) Se poate face chiar când uretroscopia posterioară nu se poate realiza din motive fie anatomice, technice sau patologice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

4) Să complectăm examenele vechilor stricturaţi şi prostatici cu o uretrografie care ne va decela micile abcese cronice, sediul infecţiunei focale, şi cari tratate vor fi urmate de o vindecare radicală a stărei genarale şi locale a bolnavului.

*5) O recomandăm ca o metodă de control după abcesele de prostată deschise singure sau prin act operator, pentru a ne convinge dacă abcesele s'au vidat complect sau nu, şi dacă nu e cazul de a interveni pe cale endoscopică.**)

BIBLIOGRAFIE

CARRIER C.: Quelques cas d'uretrographies. (Journal d'Urolog. 32, 158—159). — HEITZ BOYER et TISSOT: Présentation d'uretrographies avec Lipiodol. (Soc. Fr. d'Urolog. Juin 1930). — HEITZ BOYER: Apropos de la technique de l'uretrographie. (Journal d'Urolog. 32). — LEDOUX-LEBARD-J. GARCIA-CALDERON et J. PETETIN: L'exploration radiologique de l'uretre masculin et de la prostate. (Journal de radiologie 15, 473). — J. DUMITRESCU şi TRAIAN KATZ-GALAŢI: Câteva cazuri de uretrografie. (Bull. soc. de radiol. et électrolog. română, 1932, Mai). — LANGER E.: Die Roentgendiagnostick der manlichen Harnröhre. (Leipzig, 1931, Voss). — MARTIN LOUIS: La radiographie de la miction dans les affections prostato-

*) Radiografiile au fost făcute în serviciul de Roentgenologie al Spitalului Colentina, de către D-l D-r Jean Dumitrescu, radiologul Spitalelor şi în laboratorul de Roentgen al D-rului Traian Katz-Galaţi.

uretrales. (Journal d'Urolog. T. 28. Septembre 1929). — PARTSCH u. BREITLANDER: Zeit, urolog. Chirurg. 928 25½. — PUHL H.: Die Roentgenuntersuch der manlichen Harnröhre. Dtsch. Z. f. Chir. 929, p. 372. — PUHL H.: Zentralblatt f. Chir. 930, p. 2552. — PRAETORIUS: Z. f. Urolog. 932, H. 10.

RÉSUMÉ: Prof. Dr. N. Hortolomei et Dr. Tr. Katz-Galatz — *Contributions à l'étude radiographique des abcès chroniques de la prostate.*

La radiographie de l'urètre postérieur est une méthode d'exploration de grande avenir dans la clinique, étant la seule méthode capable de déceler les abcès chroniques de la prostate et les fistules de l'urètre postérieur.

Elle ne remplace pas, mais elle complète et contrôle l'action thérapeutique, en donnant des indications précises sur la localisations des abcès en différents plans et sur leur configuration macroscopique.

Elle peut être pratiquée même lorsque l'urétroscopie postérieure ne peut pas être réalisée par des causes anatomiques, techniques ou pathologiques.

Il faut toujours compléter l'examen des vieux rétrécis et prostatiques par une urétrographie laquelle décélera les petits abcès chroniques, le siège de l'infection focale et lesquels soignés convenablement seront suivis par une guérison radicale de l'état générale et locale du malade.

Nous la recommandons comme une méthode de contrôle dans les abcès de la prostate ouverts spontanément ou par une intervention chirurgicale, pour nous convaincre si les abcès se sont vidés complétement ou non, et s'il n'est pas le cas d'intervenir par voie endoscopique.

ZUSAMMENFASSUNG: Prof. D-r N. Hortolomei und D-r Traian Katz—*Beiträge zu dem radiologischen Studium der chronischen Abszesse der Prostata.*

Digitized by Central University Library Cluj

Die Radiographie des hinteren Teiles der Urethra ist eine Erforschungsmethode, welcher eine grosse Zukunft in der Klinik bevorsteht, da sie die einzig fähige ist, uns die chronischen Prostata-Abszesse und die Fisteln der hinteren Urethra zu entdecken.

Sie ersetzt nicht die hintere Urethroscopie, sondern vervollständigt sie und kontrolliert den therapeutischen Erfolg, indem sie uns Lokalisations-Hinweise über die Abszesse in den verschiedenen Lagen und ihrer makroscopischen Bildung gibt.

Sie kann angewendet werden, selbst wenn die hintere Urethroscopie aus anatomischen, technischen oder pathologischen Gründen nicht vorgenommen werden kann.

Wir sollen die Untersuchung der an chronischer Prostata-und Strikturleidenden durch eine Urethroscopie vervollständigen, welche uns die kleinen chronischen Abszesse wie auch den Sitz des Infektionsherdes zeigen wird, die, behandelt, eine Heilung des allgemeinen wie auch des localen Zustandes zur Folge haben wird.

Wir empfehlen sie als eine Kontroll-Methode für die Fälle, in denen die, Abszesse sich von selbst geöffnet haben oder durch Opperation geöffnet wurden um uns zu überzeugen, ob die Abszesse vollständig entleert sind und ob nicht die Notwendigkeit besteht, auf endoscopischem Wege einzugreifen.

Fig. 1. — Aspectul normal al uretrei posterioare.

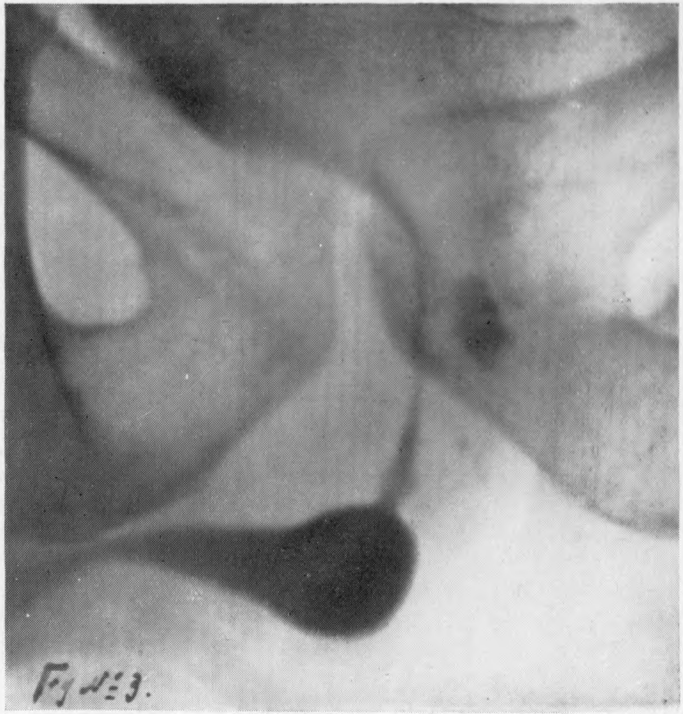


Fig. 3. — Abces cronic al prostatei decelat prin uretrografie. Comunicare abia perceptibilă cu uretra posterioară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

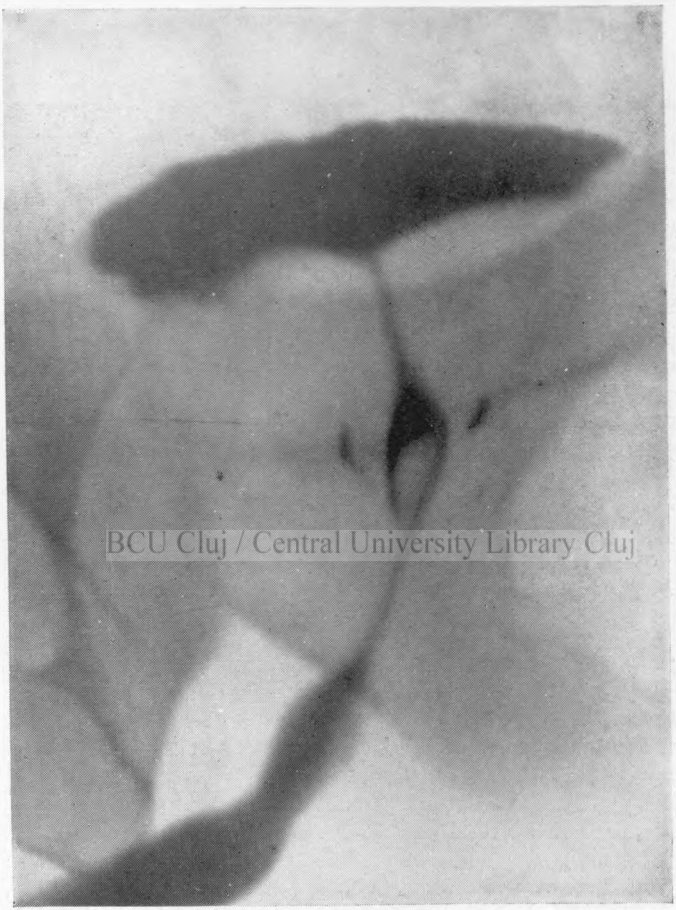

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig 2. — Uretro-prostatită cronică-Strictură largă a regiunii bulbare — Uretra posterioară ca un fir opac, care în dreptul colicului seminal se desparte în 2 brațe — De-oparte și dealta se văd 2 mici abcese, în formă de măciucă, care abia comunică cu uretra și cari dădeau bolnavului simptomele descrise în text.

MIŞCAREA MEDICALĂ
ROMÂNĂ
No. 9—10/1933

CONTRIB. LA STUDIUL RADIOGRAFIC
AL ABCESELOR CRON. ALE PROSTATEI

de
Prof. HORTOLOMEI şi D-r KATZ-GALAŢI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 4. — Aspectul prostatitei supurate. — Intreaga prostată este transformată într'un burete purulent care întreţine permanentizarea fistulei perineale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 5. — Caverne prostatice, cu probabilitate de origine tuberculoasă — De reţinut de asemeni baza vezicei care este mult întinsă în sens tranversal din cauza procesului inflamator de periprostatită.

REGENERAREA ŞI TRANSPLANTAREA CRISTALINULUI

de

Docent D-r NICOLAE BLATT

(Bucureşti)

Problema clinică şi experimentală a chestiunii transplantării ochiului, care a preocupat în ultimii ani literatura ştiinţifică şi atâţia autori, putea fi privită din punct de vedere experimental şi clinic cu foarte modeste rezultate mulţumitoare.

Totuş aceste experienţe au adus un mare câştig ştiinţei şi anume, că această problemă, considerată decenii întregi ca un „noli me tangere", se pune din nou pe un prim plan al ştiinţei experimentale. S'a constatat, că această problemă trebue studiată la începutul vieţei embrionare, şi numai prin studiile desvoltării embrionului şi prin observaţiuni a mecanismului de desvoltarea ochiului poate fi explicată această problemă, şi putem mai departe reîncepe experimentele clinice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Regenerarea şi transplantarea sunt două evenimente dependente, în apropiată şi strânsă legătură.

Numai acele ţesuturi celulare, părţi organice şi organe pot fi transplantate, cari sunt regenerabile în organismul din care fac parte.

Numai acel organ poate fi transplantat cu succes, care posedă capacitatea de a se regenera în organismul originar; şi succesul transplantării depinde în primul rând de tendinţa regenerării a acelor părţi ale corpului, unde s'a efectuat transplantarea.

Dacă prin regenerare înţelegem numai aceea însuşire a organismului de a-şi relua forma originală la pierderea unei părţi ale organelor, atât din punct de vedere funcţional cât şi anatomic, atunci nu există regenerare în adevăratul înţeles al cuvântului şi deci din punct de vedere teoretic nu poate fi vorba de o veritabilă reuşită regenerare anatomică sau funcţională.

Din această expunere rezultă în mod clar, că atunci când diferenţierea dintre ţesuturi este mai mică, dintre organ şi organism în legătură cu desvoltarea sa anatomică, istorică şi funcţională, exista deci o însuşire mai mare de regenerabilitate şi reuşita transplantării depinde atât de structura anatomică histologică a ţesutului celular cât şi de gradul de desvoltare istorică a organismului, a celulelor sale în general şi în special de funcţiunea celulară a părţilor din organism.

Regenerarea depinde nu numai de factori interni (vârstă, sex), dar şi de factori externi (infecţiuni, tehnică).

Factori interni principali sunt: mare sau mică diferenţiere a organismului, constituţia, individualitatea.

Capacitatea regeneratoare, putinţa de transplantare, nu depind numai de celule, de ţesuturi, de diferenţierea felurită funcţională, de structura unelor organe, de sex, de speţă, ci ele sunt foarte variabile şi la animale de aceiaşi grupă.

La reptile, capacitatea de regenerare este relativ mare. Să tae coada unei şopârle, îi creşte una nouă în loc. De exemplu, extremităţile nu se reînnoiesc la reptile, se reînnoiesc însă la amfibii. La anthropoizi însuşirea de regenerare a picioarelor, a maxilarului, a antenei există precum şi la toate celelalte organe mici.

Grupurile de animale inferioare, viermi, hydroidpolypi, posedă o mare capacitate de regenerare şi la animale celulare chiar capacitatea de reînnoire este aproape complectă.

Fiindcă diferitele speţe animale se deosebesc din punct de vedere al rezultatului biologic şi al istoricului desvoltării lor, rezultă de aci, că capacitatea de regenerare, deşi întrebuinţând aceeaş metodă, se diferenţează în mod remarcabil; aceasta mai depinde şi de întrebuinţarea metodelor auto-homoio sau heteroplastice. Majoritatea succeselor în autotransplantaţiune se explică fără altă dificultate. Cu toate acestea la aceeaş speţă animală puterea de regenerare şi capacitatea de transplantare depinde încă şi de vârstă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fiinţe mai tinere au o putere de regenerare mult mai superioară, aşa de exemplu păsările în coaja lor. Vârsta individului joacă un mare rol privitor la capacitatea de regenerare şi putinţa de transplantare a ţesuturilor sau a organelor, chiar dacă regenerarea acestora depinde în prima linie şi de diferenţierea specială anatomică şi funcţională a lor. Ţesuturile epiteliale şi conjunctivale au un succes la transplantare, fiindcă nu sunt ţesuturi înalt diferenţiate nici anatomic nici funcţional. Ţesuturile muşculare, cari au o structură funcţională mai delicată şi cari necesită o excitaţiune funcţională pentru regulata lor viaţă, se regenerează mult mai dificil şi pot fi transplantate numai cu un succes funcţional foarte slab. Ţesuturile glanduiare, cari sunt diferenţiate în mod apreciabil din punct de vedere funcţional, se pot transplanta, însă în majoritatea cazurilor cu succese precare.

Din toate ţesuturile organismului, ţesutul nervos este aproape imposibil de regenerat.

Ochiul, acest organ atât de complex posedă toate aceste ţesuturi şi de aceea din cele spuse mai sus se explică dece corneea, acest ţesut optic atât de fin diferenţiat, ţesut conjunctival, se poate regenera până într'un anumit grad, iar în ceeace priveşte transplantarea se poate face parţial, şi că transplantarea ochiului în total nu poate reuşi la animale adulte, din cauza neputinţei absolute de regenerarea retinei şi a nervului optic.

Din toate ţesuturile ochiului, cristalinul are din punct de vedere a regenerării şi a transplantării o situaţie separată, întrucât funcţiunea sa (schimbarea refracţiunei, transparenţa în scopul penetrabilităţii razelor) este în strânsă legătură cu înalt diferenţiata sa structură anatomică-optică-physiologică; în al doilea rând funcţiunea sa depinde de regularea trophoneurotică şi funcţională prin centrii nervoşi superiori; iar în al treilea rând alimentarea sa, şi prin asta, constituţia sa anatomo-physiologică, depinde de echilibrul intraocular a situaţiunilor circulatorie-osmotice şi difuziune. Se concepe deci uşor dece cristalinul — cu toate că este desvoltat din punct de vedere embriologic din ţesut epiteliar, care în mod relativ este uşor regenerabil — constitue încă un capitol foarte delicat în domeniul regenerării şi a transpllantării.

Am menţionat într'o lucrare a mea (Graefe's Archiv für Ophtalmologie, Berlin, 1924 *), că la mamifere nu se ştie nimic privitor la regenerarea cristalinului. (O descriere mai detailată privitor la această lucrare a mea se găseşte în tratatul Profesorului *Korschell* din Marburg „Uber Regeneration und Transplantation"). Insă găsim la urodele, la amfibii şi în special la tritoni o remarcabilă putere de regenerarea cristalinului pe cale naturală; acestea posedă capacitatea de a-şi regenera cristalinul atunci când în lupta cu alte larve sunt muşcate de ochi.

Ochiul este — la toate animalele, dar mai ales la acei, cari depun ouă — un teren foarte bun pentru cercetări embriologice, experimental biologice şi pentru studii al mecanismului desvoltării.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceasta nu numai pentru deosebitele origini ale părţilor ochiului (mesoderm şi ectoderm), ci şi pentru funcţiunea sa superioară, pentru forma sa anatomică clară, care se observă în prima fază a desvoltării, pentru diferenţierea histologică timpurie şi pentru buna posibilitate a controlului ştiinţific.

Figura Nr. 1, arată un embrion normal, vederea totală din faţă, a unui Fundulus heteroclitus (un gen de peşte mic, foarte potrivit pentru experienţele embriologice de transplantare). Embrionul este în vârstă de 8 zile şi are deja, din punct de vedere anatomic, ochii desvoltaţi. Dar nu numai atât, dar chiar şi din punct de vedere histologic, părţile ochiului şi anume cristalinul, retina şi chorioideea sunt bine diferenţiate şi desvoltate, precum ne arată figura.

Pentru a ajunge la cercetări raţionate cu succes, trebuesc făcute experienţe privitor la regenerare şi transplantare, în special pentru cristalin, pe bază biologică, embriologică şi pe temeiul studiilor mecanismului desvoltării ochiului.

Puterea deosebită de regenerare a ochiului la amfibii şi urodele, este cunoscută încă din anul 1879, când *Bonnet* a observat la tritoni o deosebită capacitate de regenerare a ochiului în natură, ba chiar şi pe cale de experimentare. Aşa de exemplu s'au îndepărtat la embrioni de tritoni în mod experimental mici părţi

*) «Das Problem der partiellen und totalen Augentransplatantion».

din placa medulară sau din vesicula primară şi totuşi ochiul s'a desvoltat mai târziu la animalul adult în mod normal.

La animalul adult s'a constatat pe cale de experienţă, că îndepărtându-se ochiul şi rămânând numai mici resturi din el în orbită, s'a produs o regenerare complectă a acestuia.

Figura No. 2, arată tabloul histologic a doi ochi regeneraţi la amfibie, cărora li s'a scos din ochi întreaga retină şi întreg corpul vitros, precum şi cristalinul şi cărora totuş li s'au regenerat retina sau din irisul (Fig. 2 a), sau din pigmentul epitelial, (Fig. 2. b).

O regenerare a ochiului din creer este cu desăvârşire exclusă la animalul adult. Independent de *Bonnet* şi *Colucci* a îndepărtat în anul 1885 în întregime ochiul unui triton, până la cel din urmă rest. Din mici resturi de ţesuturi s'a regenerat ochiul în întregime şi în ochiul regenerat s'a regenerat în mod admirabil un cristalin bine desvoltat. *Colucci* a descoperit aceasta în mod întâmplător. Din contră, *Wolff* a extras operativ cristalinul unei amfibi cu tendinţa şi în vederea scopului urmărit şi a observat la această experienţă în anul 1894, că acesta s'a regenerat în mod complect.

Această descoperire are o importanţă biologică foarte mare, care conduce problema regenerării pe drumul experienţelor biologice.

Această experienţă a lui *Wolff* a fost ulterior verificată de către *Müller, Fischel, Wachs,* şi s'a adeverit întotdeauna. Lucrările, ce s'au continuat privitor la problema regenerării cristalinului, se razemă pe lucrările lui *Speemann, Harison,* iar în ultimul timp pe cele ale lui *Sato, Twitti, Mangold* şi pe experienţele mele.

Ca şi la toate experienţele biologice privitor la mecanismul desvoltării ochiului, amfibiile se pretează cel mai bine la experienţe în legătură cu regenerarea şi cu problemele transplantării cristalinului. Ele posedă o mare putere de regenerare; depun ouă, cari servesc bine experienţelor şi în afară de aceasta sunt foarte rezistente.

Salamandrele, Triton taeniatus, Triton alpestris, Triton cristatus şi Salamandrele maculosa au fost întrebuinţate de majoritatea autorilor la experienţele lor.

Eu am întrebuinţat la experienţele mele cu preferinţă larve desvoltate de Tritoni, având în vedere puterea lor de rezistenţă şi de regenerare. (*Fig. 3*).

După experienţele mele, regenerarea cristalinului la aceste animale s'a arătat în deosebi de repede şi de puternică.

Deasemenea transplantările xenoplastice de cristaline au reuşit adesea, în special când cristalinul a fost transplantat dela Larve de Salamandre la Tritoni.

Experienţele regenerării şi transplantării cristalinului la amfibii se bazează natural pe o operaţiune technică specială şi într'o oarecare măsură pe technică specială microscopică. Ambele s'au desvoltat în cursul vremii ca o technică bine întrebuinţabilă.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

Fig. 1.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

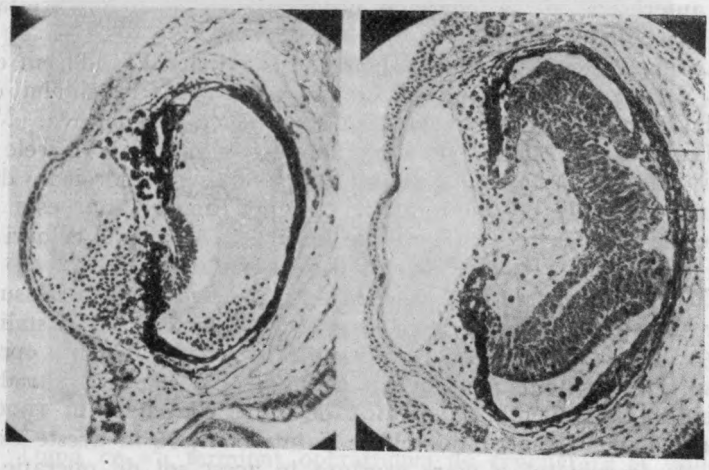


Fig. 2.

Operaţiunea experimentală a regenerării cristalinului constă groso-modo în îndepărtarea cristalinului şi observaţiunea la biomicroscop a formaţiunii noului cristalin.

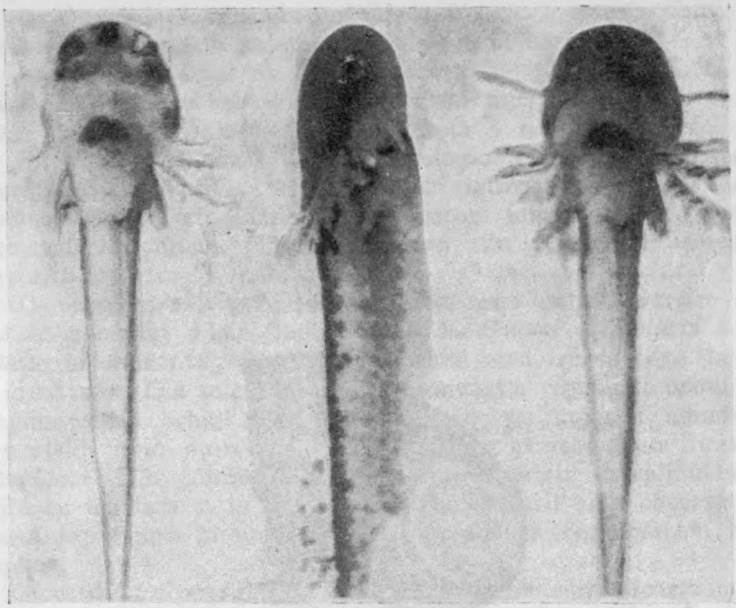


Fig. 3.

Operaţia experimentală mai constă şi în aceea, că se îndepărtează cristalinul normal, împlântându-se particule de iris în camera anterioară şi se continue observaţiunea în felul acesta a noului cristalin.

La experimente de transplantarea cristalinului, introducem cristalinul dela animalul oaspe în camera anterioară a ochiului dela animalul primitor, unde urmează să se producă regenerarea.

Technica operaţiunii pe care am întrebuinţat-o la larvele de Tritoni este următoarea: Narcoza animalului cu cloreina; după amorţire, animalul este introdus în soluţie Ringer, apoi este pus în vase de operaţie pe un strat de ceară, înfăşurat în rulouri de hârtie tare şi fixat cu ace subţiri de operaţie.

Cu o foarfecă pensetă ascuţită se tae pielea capului deasupra ochilor şi se trage deodată cu cornea cu tot; după aceea cristalinul este uşor de extras cu un ac de sticlă. La această delicată operaţiune se întrebuinţează instrumente de sticlă, care au fost introduse în technica experimentală biologică de către *Speeman*, în 1906 şi de atunci au luat o mare desvoltare şi întrebuinţare în aceste experienţe, ele însemnând o mare uşurinţă în acest soi de operaţie.

Să ne gândim numai cât de uşor se poate răni capsula cristalinului cu instrumente metalice oricât de bine şi fin ar fi pregătite acestea şi ne vom da seamă cât de uşor se poate opera cu instrumente de sticlă în ţesuturile spongioase cum este şi irisul, evitându-se astfel răniri. Natural, aceste instrumente de sticlă nu sunt aşa de durabile, se sparg uşor şi de aceea ar fi bine ca

operatorul să şi le facă singur, putând astfel să obţie forma cea mai bună pe care o doreşte.

Figura 4, arată diferite instrumente de sticlă pe care mi le-am făcut eu singur şi care le-am întrebuinţat la experienţele mele de regenerare şi transplantare a cristalinului *).

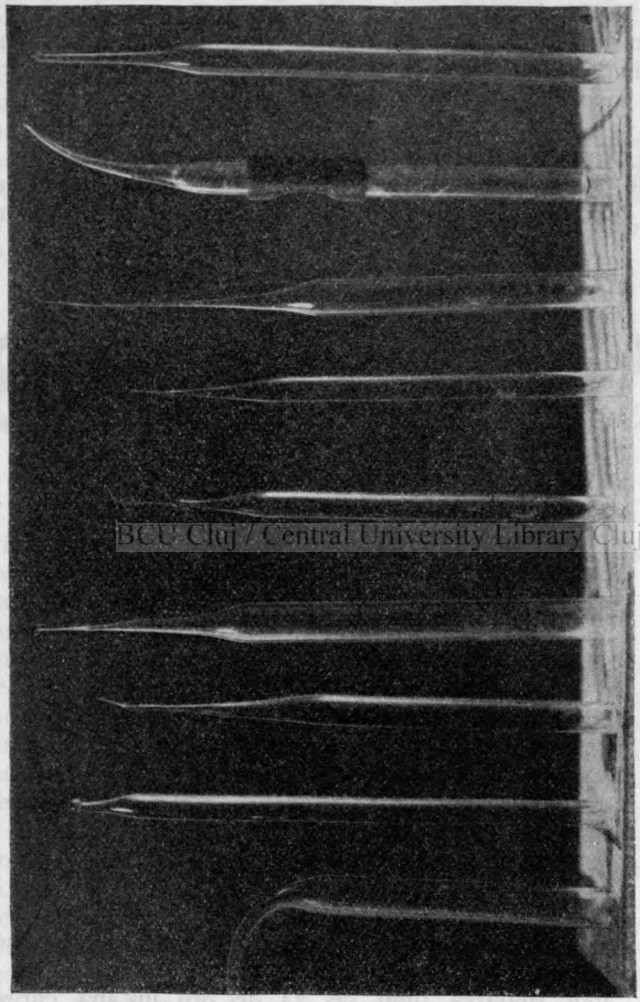


Fig. 4.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După ce s'a terminat operaţiunea de regenerare şi după trecerea timpului necesar observării de regenerarea cristalinului, se va fixa partea respectivă a capului cu ochi cu tot în soluţia *Zenker*.

Impăturirea preparatului în ceară şi parafină.

Tricolorarea cu Delafields-Hämatoxylin, Orange, Acid picric sau Boraxcarmin cu Picroindigocarmin.

*) Privind prin lupă, se poate observa extraordinara fineţă a unor asemenea instrumente de sticlă.

Odată experienţele de regenerare şi transplantare făcute la embrioni (până în epoca metamorfozei), se recomandă fixarea ţesuturilor în soluţie Michaelis, (Sublimat 200 gr., acid picric 200 gr., Acid acetic glacial 10 gr., apă destilată 400 gr.), putând astfel bine fixa ţesutul gălbenuşului.

Chestiuni foarte importante la pregătiri de preparate sunt în special: Impăturirea şi precisa colorare a preparatelor.

Să-mi permiteţi să arăt cum se ajunge la cea mai bună metodă de împăturire. După precisa fixare a preparatului, se introduce acesta în mod succesiv în următoarele soluţii: Methylbenzoat + 1 % celloidin (4—7 zile); benzol concentrat 30 de minute; benzol + parafin aa; parafin 40%; parafină specială pentru împăturire I; parafină de împăturire II. Acela care lucrează cu preparat de cristalin, cunoaşte greutăţile din care se compun la Microtom.

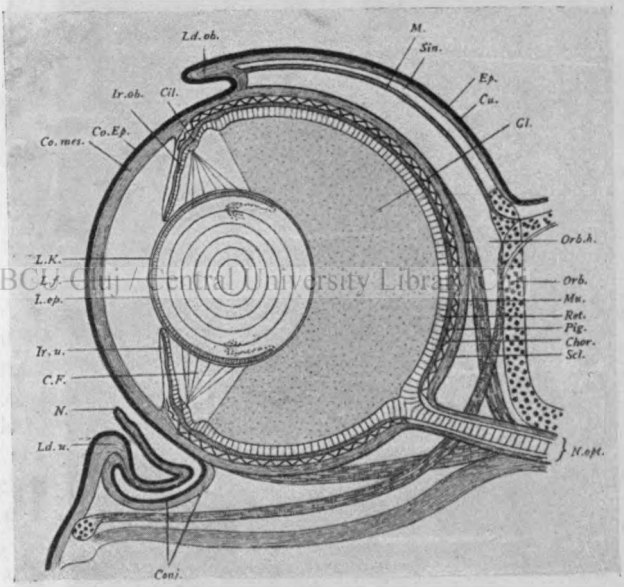


Fig. 5.

Cea mai bună metodă, care dă posibilitatea unei bune tăieturi, este următoarea: Preparatul se va ţine 24 de ore în soluţie fixatoare; apoi spălarea timp de 24 de ore în apă curgătoare; dacă e necesar, o eventuală decalcinare a preparatului; 50% alcool, 10 minute; 70% alcool, durată după dorinţă, 70% alcool + jod 24 de ore; 70% alcool, durată după dorinţă, totuş a se schimba soluţia din când în când; 96% alcool, 30 de minute; Terpineol, 15 minute; Ulei de Terpentină I, 30—60 minute; Ulei de Terpentină II, 30—60 minute; ulei de lemn de cedru până la sedimentarea preparatului; 30% parafină, 30 de minute; Parafina de împăturire, 15 minute; 'mpăturirea. Compunerea para-

finului de împăturare constă dintr'un amestec de 45%—56—58° parafină + 45%—40° parafină + 10% ceară de albine.

Anatomia şi embriologia normală a ochiului şi chiar a ochiului de amfibie ne arată în timp succesiv, că acesta se desvoltă din părţi medulare (retina, epitelul pigmentat), din părţi epidermale (corneea şi cristalinul) şi din părţi mesodermale (iris, coroidea şi anexele ochiului) ale embrionului.

Construcţia anatomică a ochiului de amfibie este cu o foarte mică deosebire întocmai ca şi ochiul omenesc, aşa cum se vede în alăturata *Figura 5*.

Desvoltarea normală a ochiului începe deja în timpuria viaţă embrională; găsim chiar în Neurula formarea plăcilor oculare în formă de două mici pigmente, ca două puncte reliefate pigmentate, pe ambele părţi ale plăcei medulare, pe partea dorsală a capului embrionar.

Fig. 6.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din aceste plăci oculare se desvoltă vesicula primară şi mai târziu vesicula secundară a ochiului.

Faza de desvoltare biomecanică a ochiului se poate observa în alăturata schiţă. *(Fig. 6)*.

Partea embrionului din care se desvoltă mai târziu ochiul se numeşte în nomenclatura mecanismului de desvoltare biologică „determinatorul ochiului"; iar partea ochiului sau a creerului, care determină şi grăbeşte creşterea ochiului, adică nu numai din „determinatorul ochiului" se numeşte inductor, adică partea, care indică creşterea ochiului. Locul determinator pentru desvoltarea cristalinului se găseşte în partea epidermică a embrionului, care acoperă întâi vesicula primară şi în urmă vesicula secundară a ochiului.

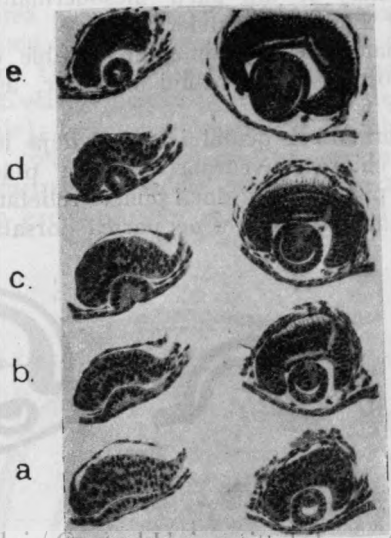
Această bucăţică de epidermă este determinatorul cristalinului. Fazele de desvoltare ale cristalinului se pot observa în detaliu şi în mod precis în alăturata microfotografie: *(Fig. 7)* Desvoltarea normală a cristalinului începe întotdeauna din epidermul, care atinge vesicula primară a ochiului. Stratul interior al celulelor epidermale se transformă în celule cilindrice (a) devin libere de pigment, apoi se îndepărtează dela stratul extern (b) şi închizându-se în sfârşit în vesicula cristalinului (c). Aceasta se eliberează de tot (d) şi la regiunea proximală se formează fibrele cristaline (e); celulele se prefac în formă de cilindrii, cari se înalţă şi devin transparente (f); nucleul se estompează şi dispare (g).

Nucleul fibrelor este înconjurat de epitel de cristalin, de unde

creşte mai târziu cristalinul (h). Totul este înconjurat de capsula subţire şi fără structuri a cristalinului (i).

Aşa se formează cristalinul la peşti şi amfibii.

La vertebrate şi la oameni vesicula cristalinului se formează din epidermă, fără să se dividă.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 7.

Am menţionat, că la regenerarea şi transplantarea ţesutului ocular se poate oarecum conta pe succes, cu cât amphybia sau animalul este mai tânăr, totul fiind în legătură şi cu locul, unde se transplantează. De multe ori reuşesc asemenea experienţe atunci când intervin în stadiul embrionar; când însă ele au loc chiar în stadiul embrionar dar mai avansat, adică când organele au început să se diferenţieze mai pronunţat din punct de vedere funcţional şi anatomic, experienţele nu reuşesc; deasemeni şi în cazul când embrionul este prea tânăr, în sensul că părţile embrionale nu pot fi încă considerate ca factori determinativi.

Cristalinul are şi în această privinţă o situaţie deosebită printre ţesuturile oculare, deoarece la amfibii regenerarea poate fi făcută cu succes, chiar când acestea sunt mai în vârstă. Dar în general şi experienţele cristalinului reuşesc mai bine în ceeace priveşte regenerarea şi transplantarea, dacă animalul este mai tânăr.

Rămâne de ştiut, în ce fază a embrionului se poate face cu succes transplantarea ţesutului, ce determină regenerarea cristalinului — adică a epidermei craniului — în aşa fel, încât în noul loc al epidermei să se poată desvolta un cristalin normal, cu alte cuvinte în ce stadiu al desvoltării embrionale există o capacitate determinatoare pentru desvoltarea cristalinului.

Pentru a explica aceasta, ar trebui să se facă transplantarea heterotopică cu formaţiunea cristalinului dela embrioni în diferite

vârste, sub epiderma a diferitor embrioni mai bătrâni, spre a vedea dacă în noul loc epidermial se desvoltă cristalinul; cu alte cuvinte dacă formaţiunea cristalinului transplantată va funcţiona ca un inductor pentru desvoltarea cristalinului din epidermul animalului primitor.

Harrison a transplantat formaţiunea cristalinului dela tinere Amblystoma punctatum de aceeaş speţă, în stadiul Neurula la embrioni mai bătrâni de Amblystoma, şi cristalinul se desvoltă totdeauna în mod normal.

Aceste experienţe pot fi repetate ori cât de mult şi vor da totdeauna rezultate pozitive.

Figura 8, arată un embrion în stadiul de Neurula, căruia i s'a îndepărtat epiderma, ca să fie transplantată unui alt embrion.

Fig. 8.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S'a îndepărtat aici o parte triunghiulară din epiderma capului, deasupra părţii drepte a formaţiunei oculare.

Este foarte natural că în raporturile strânse de creştere a vesiculei secundare a ochiului şi a cristalinului, succesul experienţelor transplantării şi regenerării cristalinului depinde foarte mult de starea formaţiunei oculare a embrionului donator, precum şi a embrionului primitor, deşi vesicula secundară a ochiului se desvoltă din ţesute medulare şi cristalinul din epidermă.

Tot aşa precum în raporturile neinfluenţate de creştere, cristalinul are o foarte mare influenţă asupra desvoltării vesiculei secundare a ochiului şi vesicula secundară asupra cristalinului, acelaş lucru — poate în măsura şi mai mare — se întâmplă în materia regenerării şi transplantării cristalinului.

Cristalinul are o mare influenţă asupra desvoltării vesiculei secundare a ochiului; totuşi acesta din urmă se poate desvolta şi în lipsa cristalinului, însă în asemenea cazuri adesea în mod anormal.

Pentru creşterea normală a vesiculei secundare a ochiului este nevoe şi de existenţa cristalinului.

Cristalinul însă se poate desvolta şi singur, fără existenţa vesiculei secundare a ochiului, de aceea se poate înţelege dece experienţele de transplantare a cristalinului în alte părţi decât în ochi a putut da uneori rezultate pozitive.

Dacă îndepărtăm de exemplu prin exciziune ochiul prezumptiv al unui embrion de amfibie în stadiul de Neurula, este posibil

ca la desvoltarea mai departe (înaintată) a animalului să lipsească vesicula secundară, şi cristalinul să se desvolte mai departe singur în bune condiţiuni sub epidermul capului. S'a constatat, că la Rana esculenta după ce s'a îndepărtat placa oculară sau chiar vesicula primară a ochiului, cristalinul s'a desvoltat mai departe în mod normal şi bine diferenţiat.

Cu toate astea desvoltarea cristalinului depinde de desvoltarea vesiculei oculare existând o corelaţiune de creştere reciprocă. Adesea ori când lipseşte vesicula oculară lipseşte şi cristalinul, oricât vom evita, la extirparea formaţiunei oculare în stadiul de Neurula a embrionului, să distrugem în mod involuntar şi epidermul, unde se formează cristalinul.

Locul, unde se formează cristalinul indică vesicula oculară şi în acelaş timp indică şi mărimea a formaţiunei cristaline; mari vesicule oculare indică mari cristalini şi vice-versa; există deci o armonie de proporţii între vesicula oculară şi cristalinul ochiului.

Inducţiunea creşterii formării cristalinului prin vesicula oculară se produce prin intermediul unei materii clinice, care este specifică pentru inducţia cristalinului.

La formarea cristalinului la peşti nu există o armonie de proporţii între mărimea vesiculei oculare şi a cristalinului.

Dacă vom creşte embrioni de peşti în apa de râu la care s'a adăogat alcool denaturat, vom constata la animale adulte mici vesicule oculare şi cristalini mari.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu orice parte a epidermului embrionului poate servi ca determinator de cristalin. Deasemenea anumite părţi ale epidermului trunchiului nu pot induce prin vesicula oculară la formarea cristalinului. *Spemann* a transplantat la un embrion de Rana esculenta, la sfârşitul plăcei medulare o bucăţică din epiderma abdomenului peste locul prezumptiv al vesiculei oculare, 8 zile după operaţie s'a arătat în tabloul histologic al acestui embrion vesicula secundară oculară bine formată, căreia îi lipsea însă complectamente cristalinul.

Lui *Stockard* i-a reuşit, ţinând în apă denaturată (apă de râu cu alcool), un embrion de fundulus heteroclitus (un fel de peşte), până la desvoltare, să obţie doi cristalini perfecţi fără vesicula secundară a ochiului.

Deci, precum vedem, la embrioni de amfibii, împrejurările pentru transplantări pozitive de formaţiunea cristalinului, sunt destul de favorabile.

Care este situaţiunea regenerării şi a transplantării cristalinului la amphybii adulte? Se poate vorbi şi aici de rezultate de regenerare şi transplantare pozitive?

Experimentele confirmă că da!

Am vorbit chiar de regenerarea cristalinului, la amphybii adulţi, pe cale naturală.

Dacă se îndepărtează cristalinul unui triton pe cale operativă, acesta se regenerează, iar după un anumit timp găsim în ochiul operat un cristalin perfect desvoltat.

Timpul necesar pentru formarea unui nou cristalin şi viteza de regenerare a cristalinului sunt foarte diferite la diversele specii de animale şi depinde de factori interni şi externi. Cu cât animalul este mai tânăr, cu atât regenerarea se face mai repede; la o salamandră aceasta durează 120 de zile.

In *figura No. 9* vedem un cristalin regenerat, care fiind îndepărtat în mod operativ (ochiu de amfibie) s'a desvoltat (regenerat) din nou.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 9.

Cristalinul este ceva mai mic, aşa cum se vede pe fotografie, regiunea pupilei nu este nici măcar pe jumătate acoperită; din punct de vedere optic noul cristalin nu este ireproşabil.

Totuş observăm, că construcţia histologică este perfectă ca la un cristalin normal; cristalinul nou format posedă epitelul cristalin şi capsula cristalinului intact.

O regenerare a cristalinului poate avea loc numai în ochii, cari nu au cristalini normali, căci altfel nu se formează în ochi de amphybie o regenerare, ceeace însemnează o excitare mare pentru regenerarea şi formarea cristalinului. Dacă rănim în mod in-

tenţionat marginea de sus a irisului — cu ocazia îndepărtării a cristalinului normal — atunci putem conta în mod sigur pe o regenerare mai rapidă a cristalinului. Se crede că secreţiunile retinei dau un impuls regenerării cristalinului.

La un cristalin normal secreţiunea retinei excită sau paralizează complectamente regenerarea; deaceea uneori — în asemenéa cazuri — regenerarea are loc ori mai repede ori deloc.

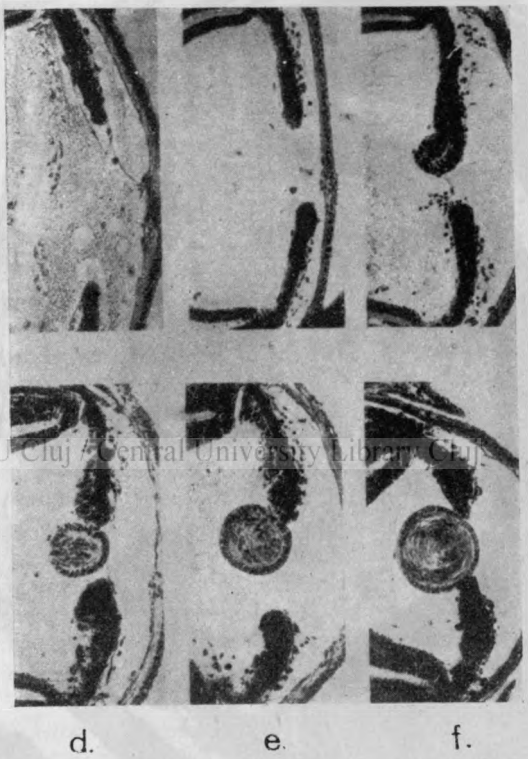


Fig 10.

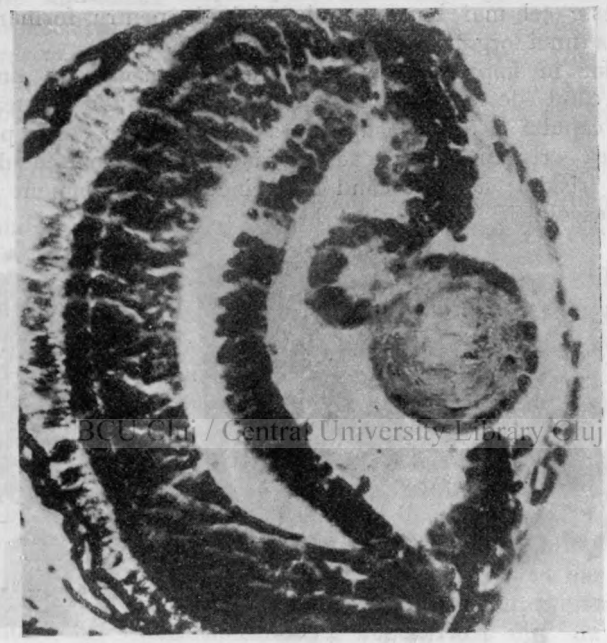
BCU Cluj / Central University Library Cluj

Anumitele faze ale regenerării cristalinului, cari încep întotdeauna dela Iris, le putem urmări — din punct de vedere histologic — în mod precis la amfibii. *(Fig. 10)*. Intâiu se formează o crăpătură în partea de sus a irisului în formă de 2 foi (a), apoi urmează despigmentarea părţii de sus a marginei irisului (b), formarea vesiculei cristalinului la partea de sus a marginei irisului (c), formarea vesiculei cristalinului cu epitel (d), desprinderea noului cristalin din crăpătură (e), mărirea şi desăvârşirea construcţiunii interioare a cristalinului regenerat (f).

La larva de Triton taeniatus, desvoltarea noului cristalin durează — după *Sato* — 21 de zile, începând din partea de sus a marginei irisului.

Precum au dat bune rezultate experienţele regenerării cristalinului la amphybii adulte, tot aşa au reuşit încercările de a transplanta în mod operativ un cristalin dintr'un ochiu în celălalt ochiu.

De exemplu un cristalin al unui triton taeninatus, care a fost îndepărtat în mod operativ şi a fost transplantat în ochiul unui alt triton taeninatus — după ce i s'a îndepărtat acestuia propriul său cristalin — s'a vindecat bine în noul loc şi acest ochiu primitor nu arată nici-o tendinţă de a forma un al doilea cristalin.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 11.

Dacă din contră însă, după extirparea cristalinului din ochiul primitor, se introduce un mic cristalin în acesta, atunci vom constata că alături de cristalinul transplantat se formează un al doilea cristalin din marginea irisului.

O asemenea regenerare o putem observa în tabloul histologic al *Fig. No 11.*

Alături de cristalinul transplantat, care însă este prea mic pentru ochiul primitor, s'a format în partea de sus a marginei Irisului un al doilea cristalin; aceasta însă în orice caz încă în stadiul de desvoltare a vesiculei cristalinului.

Aceste cristaline regenerate sunt în ceeace priveşte construcţiunea lor şi diferenţierea lor întocmai ca cristalinul normal. Ele posedă o capsulă cristalină şi au şi fibre zonulare.

Cu mare regularitate regenerează cristalinul începând dela

marginea de sus a irisului, această parte a irisului pare să fie locul de predilecţie a regenerării cristalinului.

Chiar atunci când încercăm pe cale experimentală la larvele de Urodele după ce s'au tenotomiat muşchii ochiului şi globul ochiului rămânând în situaţia sa originală, va fi rotat cu 80°, — în aşa fel încât partea ventrală a ochiului să fie dorsal şi partea dorsală ventral — şi după aceasta operând cristalinul îndepărtându-l, după ce s'a vindecat vom constata că regenerarea începe tot din partea marginei de sus — acuma de jos — a irisului.

Regenerarea cristalinului începând dela marginea de sus a irisului este cel mai bun exemplu biologic pentru formarea metaplastică a unui organ din ţesut străin.

Chiar în împrejurările unei creşteri normale în timpul embrional, când desvoltarea cristalinului începe din partea epidermică a capului aşezată asupra vesiculei oculare, este posibil ca desvoltarea cristalinului să se desfăşoare dela partea de sus a marginei irisului; aceasta când intervine un deranjament în mecanismul desvoltării.

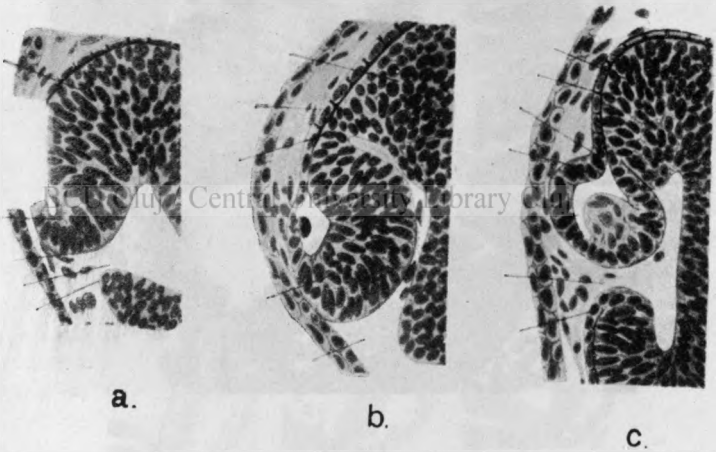


Fig. 12.

Această posibilitate de desvoltarea cristalinului în epoca embrionară din vesicula oculară în locul prezumptiv al marginei de sus a irisului o dovedeşte aşa numita experienţă a lui *Beekwith*.

La embrionul unui Amblystoma puctatum în timpul de voltării la sfârşitul proeminenţei medulare, se îndepărtează ectodermul prezumptiv al cristalinului, care acopera vesicula oculară şi în acel loc se transplantează prezumptivul craniolateral, care nu poate forma un cristalin. *Fig. No. 12* arată în trei fotografii formarea cristalinului din marginea prezumptivă a irisului. La început exact în stadiul de demarcarea cristalinului (a), apoi ceva mai târziu acolo, unde forma cristalinului s'a accentuat (b) şi în urmă la începutul formării de fibre cristaline (c). La amfibii adulte sau mai bine la larve de amfibii bine desvoltate se reuşeşte a se ajunge la o formare nouă

de cristalin când după îndepărtarea cristalinului normal se transplantează o mică bucăţică de iris din ochiul de unde s'a îndepărtat cristalinul. Această bucăţică mică de iris, care s'a împlântat în camera anterioară a ochiului în felul acesta, se transformă într'un cristalin.

Descoperirea, care constă în izolarea unei bucăţele mici de iris, din marginea de sus, dela un triton şi împlântarea ei în camera posterioară a unui alt triton, căruia înainte i s'a extras operativ cristalinul, pentru a se ajunge la formarea unui nou cristalin, se datoreşte lui *Wachs*.

Transplantarea unei bucăţele de iris, în scop de a se ajunge la regenerarea cristalinului, se face fie prin cornee sau ea este introdusă prin gură. Schimbarea metaplastică pentru a forma cristalinul începe la locul unde s'a transplantat bucăţica de iris chiar câteva zile după transplantare.

Observăm în bucăţica transplantată de ţesut de iris întâiu o adâncitură, apoi se divide în două lame, şi în sfârşit celulele devin despigmentate şi încep să ia forma cilindrică reliefată. Mecanismul ce urmează pentru formarea cristalinului este acelaş ca la formarea lui din partea de sus dela marginea irisului.

Se poate întâmpla ca după ce s'a făcut transplantarea irisului, să se desvolte doi cristalini, unul din locul, unde s'a făcut transplantarea, iar celălalt din locul depe marginea de sus a irisului.

Irisul, care s'a transplantat, va evalua într'o regenerare a cristalinului numai dacă se îndepărtează cristalinul normal sau se răneşte măcar. Regenerarea nu va apare dacă cristalinul nu este cel puţin rănit. Dacă se formează doi cristalini, acela care se desvoltă din bucăţica de iris împlântată este mai mic decât acela, care se regenerează în locul de pe marginea de sus a irisului.

De multe ori se întâmplă, ca irisul împlântat să nu regenereze; atunci se produce numai un format asemănător cristalinului. Iar de multe ori chiar mecanismul regenerării nici nu începe. Partea de sus a irisului se îngroaşe şi devine aderentă cu bucăţica transplantată de iris.

Din contră se întâmplă că prin transplantarea unei bucăţele de iris în camera anterioară, să se urgenteze şi regenerarea cristalinului din partea de sus a marginei irisului. *Figura 13* arată hystophotographia ochiului, unde prin transplantarea unei bucăţele de iris s'a reuşit să se ajungă la regenerarea cristalinului. Formatul mic închis arată cristalinul regenerat dintr'o bucăţică de iris. Fotografia ne arată aceasta în stadiul formării a vesiculei cristaline, fără ca depigmentarea celulară să fi avut loc. Din contră mai vedem în fotografie un al doilea cristalin bine desvoltat aproape normal, cu fibre cristaline şi capsula cristalinului, care s'a desvoltat în acelaş ochiu în partea de sus de pe marginea irisului.

Se poate că din bucăţica de iris împlântată să se formeze un cristalin cu refracţiune dublă, la care partea de sus a irisului poate rămâne neschimbată. Se poate întâmpla ca în ochiul

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 13.

primitor să se desvolte chiar şi trei cristaline; din marginea irisului se formează un cristalin mare şi din irisul transplantat două cristaline.

Fig. 14 arată fotografia a doui cristalini noui, formaţi unul din bucăţica de iris împlântată, iar cel de al doilea din partea de sus a marginei irisului. Ambii cristalini sunt mai mici decât normal şi nu acoperă pupila; însă din punct de vedere morfologic sunt foarte bine formaţi. Intr'o parte sunt crescuţi împreună, lipsind acolo epiteliul cristalin şi capsula cristalină.

Iar în figura *No. 15* vedem o microphotographie cu cristalini prea mari; este cazul unei hyperregeneraţii de cristalin.

Cristalinul de sus, care s'a desvoltat din partea de sus a marginei irisului are o mărime neobişnuită; iar cristalinul de jos, care s'a desvoltat din irisul transplantat, este mai mic, cu toate că s'au desvoltat prin creşterea împreună a doi cristalini. Deşi are numai un epitel cristalin şi o singură capsulă cristalină, totuş configuraţia bicentrică a fibrelor cristalinului este bine vizibilă.

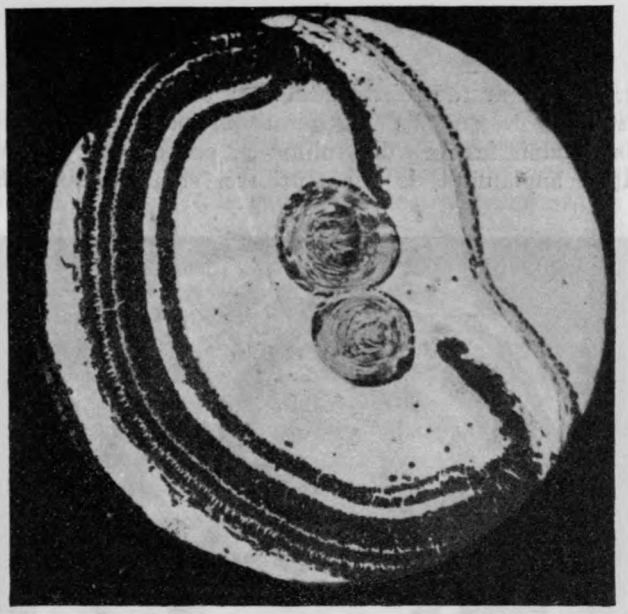


Fig. 14.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

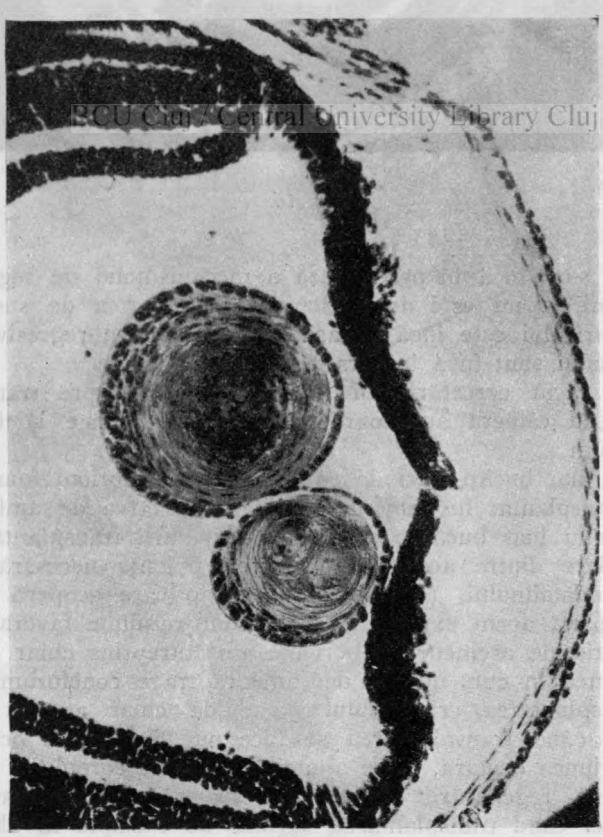


Fig. 15.

Fig. No. 16 arată trei cristalini.

Cristalinul de sus s'a regenerat din partea de sus a marginei cristalinului, iar cel din mijloc şi cel de jos s'a regenerat din bucăţica împlântată de iris. Toţi trei cristalini sunt slab des-

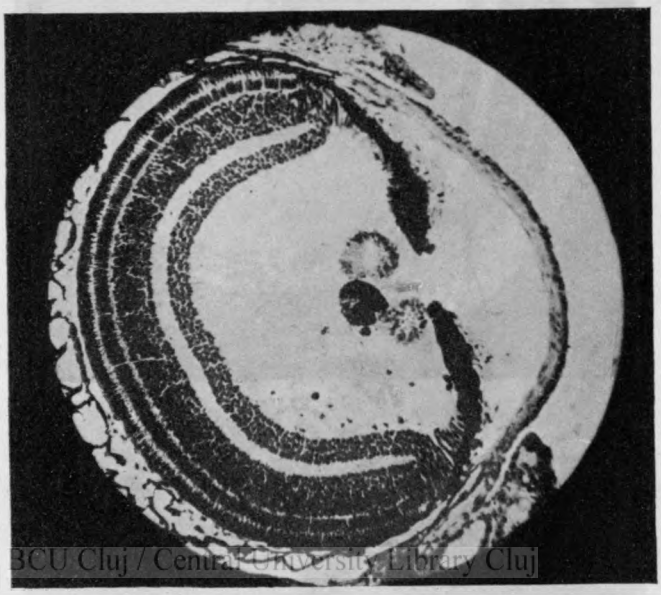

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 16.

voltaţi; ei sunt încă în prima fază a mecanismului de regenerare. Cel din mijloc nu este deloc depigmentat. Partea de sus de pe marginea irisului este încă groasă, iar apariţiunea regresivă a celulelor irisului sunt încă în curs.

S'au făcut cercetări din diferitele părţi despre transplantarea pielei în camera anterioară, pentru a se ajunge la formarea unui cristalin.

S'au luat bucăţi mici de epidermă dela embrioni foarte tineri şi s'au transplantat în camera anterioară la larve de amfibii. Cu toate că s'au luat bucăţile de epidermă pentru transplantare, cari au fost alese dintre acelea care posedă potenţa necesară pentru formarea cristalinului, (epiderma della cap care acoperă vesicula oculară), până acum experienţele n'au dat rezultate favorabile.

O serie de asemenea experienţe am întreprins chiar eu, însă ele fiind încă în curs nu pot deocamdată trage concluziuni.

Transplantarea cristalinului poate da chiar atunci rezultate favorabile, când transplantarea se face nu în vesicula oculară şi nici în regiunea oculară, ci pe anumite părţi ale corpului.

Potenţa regenerării cristalinului s'a constatat că are efect chiar atunci când transplantarea se face de exemplu în abdomen;

acesta creşte şi acolo mai departe; bineînţeles, dacă acest cristalin natal sau juvenil transplantat are capsula intactă. Asemenea experienţe la peşti a făcut *Mangold*. Deobiceiu asemenea cristalini transplantaţi în abdomen degenerează repede; se pot menţine însă un timp mai îndelungat, atunci când se transplantează şi vesicula oculară. Ochii, cari au fost transplantaţi în regiunea abdomenului în forma lor de vesiculă oculară prezumptivă s'au desvoltat uneori, arătând un cristalin normal.

Astfel *Mangold* a transplantat prezumptiva placă medulară împreună cu formaţiunea oculară dela gastrule de amblystoma, în intestinul blastular unei gastrule de Triton. S'a desvoltat între mesoderm şi epidermul primitorului un ochiu nou cu retină, epitel pigmentat şi un cristalin bine format. *Mangold* a transplantat o jumătate de Prosencephalon cu vesicula primară ocullară de un Amblystoma mexicanum în intestinul blastular al unui gastrula de Triton taeniatus

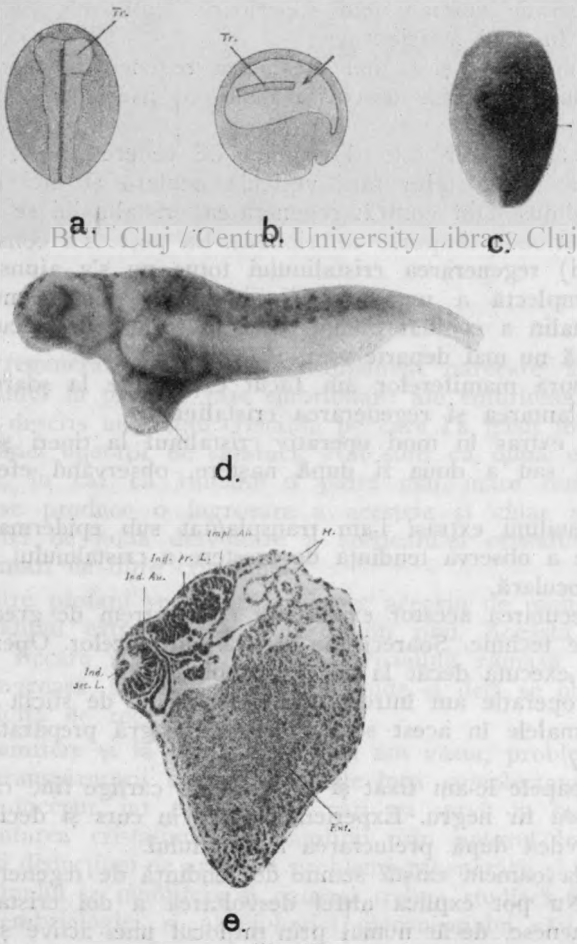


Fig. 17.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Figura alăturată (No. 17) aparţinând lui *Mangold* arată rezultatul unei asemenea experienţe şi fazele ale desvoltării embrionului, partea hystologică, vindecarea şi desvoltarea sa evolutivă.

Vedem în fotografie, reprezentat în forma schematică pe donator (animalul dela care s'a luat partea ce s'a împlântat) (a), primitorul (animalul la care s'a făcut transplantarea) în mod schematic în epoca operaţiei (b), embrionul primitor ca neurulă din partea ventrală 33 ore după operaţie (c), embrionul primitor 4 zile după operaţie din partea ventrală cephală şi stânga (d).

Tabloul histologic (e) arată că ochiul transplantat a mai produs şi un ochiu indicat, şi se vede Entodermul, inima, ochiul transplantat, creerul transplantat, ochiul indus, creerul indus, placa medulară indusă, cristalinul primar indus şi cristalinul secundar indus.

Tot ce s'a spus până acum privitor la regenerarea şi transplantarea cristalinului se referă la ochiul de amphybie.

O mică tendinţă de regenerare a cristalinului se semnalează şi la clase de animale mai superioare. Problema nu s'a studiat până azi în mod suficient.

La mamifere şi la om chestiunea regenerării şi transplantării cristalinului este încă deschisă, deoarece asemenea experienţe nu s'au făcut încă.

Un fapt sigur este din punct de vedere klinic, că nu s'a găsit încă un cristalin fără vesicula oculară şi nici cristalin la Anophthalmus. Din contră, regenerarea cristalinului se află la păsări în perioada timpurie embrionară. La peşte s'a constatat (şi la cei adulţi) regenerarea cristalinului totuş nu s'a ajuns la desvoltarea complectă a unui cristalin, deoarece mecanismul formării unui cristalin a evoluat numai până la formarea vesiculei cristalinului, însă nu mai departe.

Asupra mamiferelor am făcut experienţe la şoareci, privitor la transplantarea şi regenerarea cristalinului.

Am extras în mod operativ cristalinul la tineri şoareci albi, în prima sau a doua zi după naştere, observând efectele regenerării.

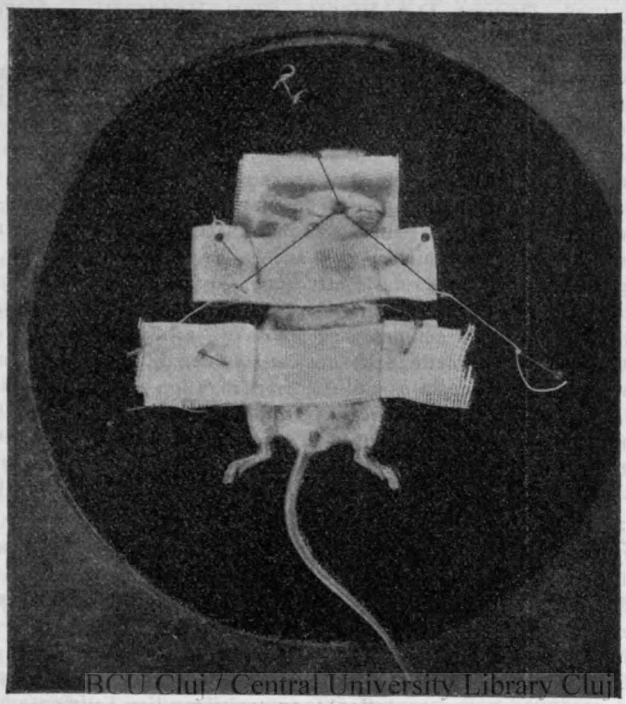
Cristalinii extraşi i-am transplantat sub epiderma altor şoareci, spre a observa tendinţa de creştere a cristalinului în afară de vesicula oculară.

Executarea acestor experienţe este extrem de grea din punct de vedere technic. Şoarecii nu rezistă narcoticelor. Operaţiunea nu se poate executa decât la microscop binocular.

La operaţie am întrebuinţat instrumente de sticlă fină şi am fixat animalele în acest scop în ceară neagră preparată de mine. *(Fig. 18)*.

Pleoapele le-am fixat şi depărtat cu cârlige fine care au fost montate cu fir negru. Experienţele sunt în curs şi deci rezultatele se vor vedea după prelucrarea materialului.

Şi la oameni există semne de tendinţă de regenerarea cristalinului. Nu pot explica altfel desvoltarea a doi cristalini într'un ochiu omenesc, decât numai prin mijlocul unei active şi însemnate



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 18.

puteri de regenerare, printr'un deranjament oarecare a celulelor cristalinului în primele faze embrionare ale embrionului. Astfel *Marquez* a descris un dublu cristalin, pe care l'a găsit întâmplător în timpul unei operaţii de cataract. Noi ştim că după extragerea cristalinului, în caz că rămâne o parte mai mare din capsula cristalină, se produce o îngroşare a acesteia şi chiar am putea spune un fel de nouă desvoltare a corticalului cristalinului, aşa dar rudimentari de fibre cristaline.

De către profani se vorbeşte despre aceasta de multe ori, că odată cristalinul extras, acesta creşte din nou. Aceasta nu este cazul, însă fiecare ştie că o capsulă cristalină rămasă după extracţie se îngroaşă, şi chiar se poate închide şi deci se observă un fel de tendinţă de regenerare.

La mamifere şi la oameni, precum am văzut, problema regenerării şi transplantării cristalinului este încă complectamente deschisă şi la început, iar experienţele cari au servit la regenerarea şi transplantarea cristalinului la amfibii prin aportul lor de învăţăminte şi deducţiuni ne arată că problema regenerării şi transplantării cristalinului la mamifere şi oameni trebue studiată la început în cadrul embriologiei şi al biologiei mecanismului său de desvoltare.

RÉSUMÉ: Docent D-r Nicolas Blatt (Bucarest) — *Régénération et transplantation du cristallin.*

Dans ces recherches nous devons prendre comme point de départ les premiers commencements de la vie embryonnaire, du développement de l'oeuf,— la question ne pouvant être élucidée que par la voie de l'embryologie expérimentale et par l'étude minutieuse du mécanisme de développement de l'oeil. Plus un tissu, un organe ou un organisme sont en retard — au point du vue de l'évolution, du développement anatomique et de leur activité fonctionelle — plus sera grande leur capacité de se régénérer jusqu'à un certain degré. Il en résulte que la capacité de régénération ainsi que le succès de la transplantation de l'organisme, dépendront: d'une part de la structure anatomique, histologique du tissu cellulaire et du degré auquel est arrivée l'évolution de l'organisme donné, en général, et l'évolution de ses cellules, spécialement; et d'autre part ils dépendront également de l'activité fonctionnelle des cellules des différentes régions du corps donné. En ce qui concerne la capacité de régénération et de possibilité de transplantation, nous devons ajouter que l'âge de l'individu influence lui-aussi sur chaque organe et chaque tissu en particulier, bien que—en première ligne—la régénération et la transplantation d'un tissu et d'un organe dépendent dela différenciation particulière — anatomique et fonctionnelle — du tissu ou de l'organe en question.

Parmi tous les tissus de l'oeil, le cristallin se trouve — en ce qui concerne la régénération et la transplantation — dans des conditions spéciales: sa fonction (modification de la réfraction, transparence dans le but du passage des rayons de lumière) est déterminée par une structure à différenciation anatomo — optique — physiologique très prononcée; en second lieu, la fonction du cristallin dépend encore du règlement troponeurotique et fonctionnel des centres supérieurs (contraction du muscle cilliaire, accomodation); en troisième lieu l'alimentation — et en conséquence la structure anatomophysiologique du cristallin dépendent de l'equilibre entre les rapports intra—oculaires, circulatoires, osmotiques et de diffusion.

En ce qui a trait à une régénération du cristallin chez les mammifères, nous ne savons encore rien. En échange, nous trouvons chez les urodèles, amphybies et spécialement chez les tritons, une capacité remarquable de former par voie naturelle des cristallins nouveaux; spécialement les larves de tritons peuvent régénérer le cristallin, qui leur aura été arraché par exemple au cours d'une lutte avec d'autres larves.

Vers 1894, en opérant les yeux d'amphibie, *Wolff* en a intentionelement enlevé seulement le cristallin, provoquant sa régénération complète. Cette découverte, très importante au point de vue biologique, a acheminé les recherches dans ce domaine vers l'expérimentation biologique.

Dans les derniers temps, les recherches faites par *Sato, Twitti, Mangold* et par moi-même ont confirmé les résultats de Wolff, marquant même un grand progrès. Dans mes expériences, je me suis servi de préférence de larves à maturité de tritons, lesquelles sont très résistentes et possèdent au plus haut degré la capacité de régénération. Mes observations ont prouvé que chez ces animaux la régénération du cristallin s'effectue de façon spécialement rapide et intense. Les expériences sur les amphibies, pour la régénération et la transplantation du cristallin, se font bien entendu selon une technique opératoire spéciale et aussi—dans une certaine mesure—selon une technique microscopique spéciale. Le cristallin se régénère et peut être transplanté avec succès sur les amphibies adultes aussi. Le cristallin a une grande influence sur le développement de la vésicule secondaire de l'oeil, mais cette dernière se développe parfois (mais de façon anormale) en l'absence du cristallin. Pour le développement *normal* dela vésicule secondaire, l'existence du cristallin s'est averée toutefois indispensable. Le cristallin peut se développer aussi seul, sans l'existence de la vésicule secondaire, ce qui explique

suffisament les résultats positifs obtenus parfois par la transplantation du cristallin en d'autres endroits que dans l'oeil. Le lieu où se forme le nouveau cristallin est déterminé par la vésicule secondaire et par la dimension de sa formation. Une grande vésicule secondaire produit un grand cristallin et vice-versa ; il existe donc une certaine harmonie dimensionnelle entre la vésicule secondaire de l'oeil et le cristallin. N'importe quelle portion de l'épiderme de l'embryon ne peut pas jouer le rôle de déterminateur de cristallin. De même, il y a certaines régions de l'épiderme du tronc que la vésicule secondaire de l'oeil elle même ne peut induire à la formation du cristallin. Le cristallin d'un triton ayant été enlevé par voie opératoire, un nouveau cristallin commence à se former; au bout d'un certain temps nous trouvons dans l'oeil opéré un cristallin nouvellement formé, très bien développé. Le cristallin régénéré ne peut cependant prendre naissance que dans l'oeil dans lequel le cristallin natif n'existe plus. S'il en est autrement, dans l'oeil de l'amphibie le processus de régénération ne se produit pas même si par voie opératoire on produit une lésion intentionée, du bord de l'iris, lésion qui—autrement—constitue une impulsion régénératoire intense pour la formation d'un nouveau cristallin.

De l'ablation par voie opératoire du cristallin natif et de l'incision intentionée du bord supérieur de l'iris nous pouvons attendre inévitablement une importante accélération dans la régénération du cristallin. Mais pas (seulement) les essais de régénérer le cristallin ont donné de bons résultats sur les amphibies adultes; souvent les tentatives de transplanter d'un oeil dans un autre les cristallins normaux, extirpés par voie opératoire, ont elles-mêmes réussi. C'est ainsi, par exemple, qu'un cristallin extirpé d'un oeil de *triton taeniatus* et implanté dans l'oeil d'un autre triton taeniatus (duquel on a extirpé au préalable le cristallin natif) se guérit et adhère rapidement à son nouvel emplacement, sans que dans l'oeil récepteur soit observée une tendance de régénération, c'est-à-dire une tendance de formation d'un deuxième cristallin nouveau. Mais si, après l'extirpation du cristallin, on introduit, on implante dans l'oeil opéré un cristallin de taille plus petite que le cristallin natif, alors l'on observe dans l'oeil récepteur au bord de l'iris, la formation d'un second cristallin, en dehors du cristallin implanté. En ce qui concerne leur structure et leur différenciation, ces cristallins régénéres ressemblent parfaitement aux cristall ns absolument normaux: ils possèdent une capsule cristalline et des fibres zonulaires. Le cristallin du bord supérieur de l'iris se régénère avec une grande régularité; cette portion de l'iris semble constituer un lieu de prédilection dans larégénération du cristallin. Chez les amphibies adultes mais surtout chez les larves bien développées, nous obtenons la formation d'un cristallin neuf si, une fois le cristallin natif normal enlevé, nous transplantons à sa place une parcelle d'iris. Les parcelles d'iris, ainsi implantées dans la chambre antérieure, se modifient et se transforment en cristallin. Il arrive parfois, qu'à la suite de la transplantation de l'iris, deux cristallins se forment dans l'oeil récepteur: l'un prenant naissance de la particule d'iris implantée, et le second prenant naissance sur le bord supérieur de l'iris. Il arrive souvent que la parcelle d'iris ne se régénère point complètement, et ne donne naissance qu'à une formation similaire au cristallin. Certaines fois le processus de régénération ne commence même pas du tout; le bord supérieur de l'iris ne fait que grossir et adhère au morceau d'iris implanté. D'autres fois, la transplantation de la parcelle d'iris dans la chambre antérieure accélère en même temps la régénération du cristallin formé au bord supérieur de l'iris. Du morceau d'iris implanté peut se former aussi un cristallin à réfraction double, cas dans lequel le bord supérieur de l'iris peut demeurer non modifié. *Trois* cristallins peuvent même être formés dans un même oeil récepteur: Le bord supérieur de l'iris donne naissance à un grand cristallin et deux autres cristallins sont formés par le morceau d'iris implanté. La transplantation du cristallin peut donner de bons résultats même quand il n'est point implanté dans la vésicule secondaire — et ni même dans la *région* de l'oeil —, mais dans une toute autre partie du corps.

Digitized by Central University Library, Kathmandu

Une certaine tendance de régéneration du cristallin s'observe aussi chez les animaux supérieurs; pour le moment la question n'a pas encore été étudiée. Même chez l'homme il est des indices d'existence d'une semblable tendance de régénération du cristallin. Je n'ai pu, par exemple, point trouver d'autre explication à la formation de deux cristallins dans l'oeil humain que celle d'une aptitude de régénération intensifiée au maximum, et provenant d'un dérangement survenu dans le développement des cellules du cristallin dans la phase initiale de la vie embryonnaire.

D-r N. B.

ZUSAMMENFASSUNG: Docent Dr. Nicolae Blatt, (Bucureşti — *Die Regeneration und Transplantation der Linse.*

Diese Frage muss von aller Anfag des embryonalem Lebens, der Eientwicklung angegriffen werden und nur auf dem Wege der experimentellen Embryologie und durch genaue Beobachtung des Entwicklungsmechanismus der Augen, die Frage geklärt werden. Je weniger hoch differenziert ein Gewebe, Organ oder Organismus, sowohl in Bezug auf seine anatomische Entwicklung, etnwicklungsgeschichtliche Lage, wie auch functionelle Tätigkeit ist, es umso mehr die Fähigkeit besitzt, sich bis zu einem gewissen Grade zu regenerieren. Daraus folgt, dass die Regenerationsfähigkeit und auch der Erfolg der Transplantation eines Organismus, abhängig sind von der anatomischen, hystologischen Struktur der Zellengewebe, von dem entwicklungsgeschichtlichen Grad des Organismus im allgemeinen und speziell seiner Zellen, und von der functionellen Zellentätigkeit der einzelnen Körperteile. Das Alter des Individuums spielt in Bezug auf Regenerationsfähigkeit und Transplantationsmöglichkeit auch bei den einzelnen Organen und Geweben eine grosse Rolle, wenn auch die Regeneration und Transplantation der Gewebe und organe in allererster Linie von der speziellen anatomischen und functionellen Differenzierung des betreffenden Gewebes und Organes abhängig ist.

Die Linse hat, betreffs Regeneration und Transplantation zwischen allen Geweben des Auges, eines Sonderstellung, indem Ihre Funktiom (Refractionsänderung, Durchsichtigkeit zwechs Ubergang der Lichtstrahlen) zu einer besonderen hoch differenzierten anatomisch-optisch-physiologische Beschaffenheit gebunden ist, zweitens Ihre Funktion von der trophoneurotischen und functionellen Regulierung höheren Zentren abhängig ist (Ciliarmuskelkontraction, accommodation) und drittens Ihre Ernährung und somit Ihre anatomisch physiologische Beschaffenheit von dem Gleichgewicht der intraocularen circulatorischen-osmotischen—und Diffusionsverhältnisse abhängig ist. Bei Säugetieren ist von einer Linsenregeneration nichts bekannt. Hingegen finden wir bei den Urodolen, Ampybien, besonders bei den Tritonen eine auffallende Regenerationskraft zur Neubildung auf natürlichem Wege von Augenlinsen und dies besonders bei den Tritonenlarven, welche die Fähigkeit besitzen Ihre Augenlinze, welche Ihnen im Kampf mit anderen Larven weggebissen wurde, wieder zu regenerieren.

Wolf hat mit Tendenz und Zielbewust von einem Amphybienauge nur die Linse operativ entfernt, und bei diesem Experiment in Jahre 1894, hatte er beobachtet, dass die Linse sich vollkommen regenerierte. Diese Entdeckung hatte eine grosse biologische Wichtigkeit, welche die Regenerationsfrage auf dem Wege der biologischen Experimente lenkte. Neurdings haben *Sato*, *Twitti*, *Mangold* und meine Experimente, die Befunde von *Wolff* bestätigen können und weiter ausgebaut. Ich habe zu meinen Versuchen, wegen ihrer grossen Widerstandsfähigkeit und hober Regenerationskraft mit Vorliebe die schlüpfreife Larven von Tritonen benütz. Nach meinen experimentellen Erfahrunge zeigte sich die Linsenregeneration bei diesen Tieren besonders schnell und kräftig. Die Experimente zur Regeneration und Transplantation der Linse bei den Amphybien, berührt natürlich auf einer besonderen Operationstechnik und auch eingewissem

Grade auf besonderer mikroskopisker Technik. Die Linse regeneriert sich auch bei den erwachsenen Amphybien und kann auch bei diesen mit Erfolg transplantiert werden. Die Linse hatt einen grossen Einfluss auf die Entwicklung des Augenbechers, jedoch kann sich letzteres auch ohne Vorhandensein der Linse entwickeln, meistens aber nur abnormal. Für das normall Wachstum des Augenbechers ist die Notwëndigkeit eines Vorhandenseins der Linse kann sich aber allein auch ohne Vorhandensein des Augenbechers ausbilden, daher ist ohne weiteres verständlich, dass die Transplantationsversuche von Linsen an anderen Stellen, als das Auge, manchmal auch posttive Resultate geben könne. Die Stelle der Linsenbildung bestimmt der Augenbecher, aber auch die Grösse der Linsenanlage. Grosse Augenbecher induzieren grosse Linsen und auch umgekehrt; es besteht also auch eine Grössenharmonie zwischen Augenbecher und Augenlinse. Nlcht jeder Teil des Epidermis vom Embryom kann als Linsendeterminator wirken, auch werden einzelne Teile des Rumpfepidermus nicht einmal durch den Augenbecher zur Linsenbildung induciert. Wird einem Triten die Linse operativ entfernt, se regeneriert sich eine neue Linse und nach einer Zeit, findem wir im operierten Auge die gute entwickelte neugebildete Augenlinse, Eine Linsenregeneration kann aber nur in Augen anstatt finden, bei donen die normale Linse im Auge nicht vorhanden ist den sonst entsteht im Amphybienauge keine Linsenregeneration, auch dann nicht, wenn der Irisrand operativ verletzt wird, was sonst einen grossen Regenerationsreiz zur Linsenbildung bedeutet. Verletzt man absichtlich, nach operativer Entfernung der normalen Linse, den oberen Irisrand se ist mit einer beschleunigter Linsenregeneration umbedingt zu rechnen Ebenso wie die Versuche der Linsenregenerations gute Erfolge gaben bei den erwachsenen Amphybien, ebenso gelingen oft auch die Versuche mit den Transplantationen von operativ extrahierten normalen Linsen von einem Auge in das andere Auge. Eine Linse, die Beispiel vom einem Triton taemiatus operativ entfernt wurde in das Auge eines anderen Tritontaeminatus—nach vorheriger Entfernung der eigenen Linse — eingesetzt wird, heilt gut ein in der neuen Stelle und es entsteht im Wirtsauge keine Tendenz zur Regeneration einer zweiter neuen Linse. Wird hingegen, in das Wirtsauge, nach Extirpation der eigenen Linse, eine kleine Linse, als das eigene nur, eingesetzt, transplantiert, dann merken wir, dass in diesem Auge, neben der transplantierten Linse, vom Irisrand die Entwicklung einer zweiter Linse begonne hat. Diese regenerierten Linsen sind hinsichtlich Bau un D-ifferenzierung einer ganz normalen Linse ähnlich, Sie besitzen eine Linsenkapsel und haben auch Zonula fasern mit grosser Regelmässigkeit regeneriert sich die Linse vom oberen Irisrand, dieser Teil der Iris scheint die Praedilektionsstelle der Linsenregeneration zu sein. Bei erwachsenen Amphybien, besonders gut aber bei den gut entwickelten Amphybienlarven gelingt es, eine neue Linsenbildung zu erreichen, wenn nach Entfernung der normalen Originallinse ein kleines Irisstück an Stelle des entfernten Linse ins Auge transplantieri wird. Von Irisstückchen, welche in dieser Weise in der Vorderer Kammer implantiert werden, verändern sich in einer Augenlinse. Es kann vorkommen, dass nach Iristransplantation tm Wirtsauge sich zwei Linsen bilden, einer vom transplantierten Irisstück, und eine zweite vom oberen Irisrand. Oft kommt es vor, dass das Iristrausplantat nicht vollkommen regeneriert, es bildet sich nur ein linsenähnliches Gebild. Manchmal beginnt Überhaupt nicht der regenerationsmechanismus; der obere Irisrand verdicht einfach und verwüchst mit dem transplantierten Irisstück. Hingegen kommt es vor, dass durch Transplantation eines Irisstückes in der Vorderkammer, auch die Linsenregeneration vom oberer Irisrand gleichzeitig beschleunigt wird. Es kann aus dem transplantierten Irisstück auch eine doppelbrechende Linse entstehen, wobei der Obere Irisrand umwerän; dert bleiben kann. Auch drei Linsen können in dem selben Wirtsauge entstehen- vom oberen Irisrand entwickelt sich eine grosse Linse und vom transplantiertem Irisstück zwei Linsen. Die Linsentransplantation kann auch dann Erfolge zeitigen

©Akademie d. Wissenschaften Wien; download unter www.biologiezentrum.at

wenn die Linse nicht in den Augenbecher, sogar nichteinmal in der Augengegend, sonder an einer anderen Stelle der Körpers transplantiert wird. Eine kleine Tendenz zur Linsenregeneration ist auch bei den höheren Tierklassen zu verzeichnen; die Frage ist bis jetz oben noch nicht genügend studiert worden. Auch beim Menschem sind Zeichnen einer Tendenz zur Linsenregeneration vorzufinden. Ich kann nur die Entwicklung von zwei Linsen in einem Menschenauge nicht anders erklären, als diese auf dem Wege der aktivirter und erhöhter Regenerationspotenz entstanden ist, nach irgeneiner Entwicklungsstörung der Linsenzellen im frühestem Embryonalistadium des Keimes.

D-r N. B.

SIROPUL

NEURO TONIC

GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR

ŞI AL MUŞCHILOR

APROBAT DE

MINISTERUL SĂNĂTĂŢEI

cu No. 16.091 1929 conform Jurnalului Consiliului Sanitar Superior din 23 Martie 1929

INDICAŢIUNI TERAPEUTICE:

Surmenaj intelectual, fizic şi moral, Anemie, Melancolie, Timiditate, Neurastenie, Impotenţă, etc.

TONIC şi APERITIV

CONŢINUTUL 200 C. M. C.

DEPOZIT

FARMACIA ŞTEFAN GHEORGHIU

CRAIOVA — JUSTIŢIEI, 32 TELEFON 8|4

HIPERTIROIDIA EXPERIMENTALA.

Cercetări personale

de

D-r NINA TRIFON-LICHTER
Medic de laborator, Spitalul Lugoj.

Lucrarea de faţă caută să facă cunoscute cercetările asupra ipertiroidei făcute în Laboratorul Clinicei neuro-psihiatrice a Spitalului Socola, din Iaşi, sub auspiciile d-lui Profesor Parhon şi care cercetări împreună cu altele au format şi obiectul tezei mele inaugurale. Deoarece numai puţine din rezultatele obţinute atunci sunt cunoscute după comunicări ulterioare făcute la Societatea de biologie, iar altele tot atât de importante au rămas în cadrul limitat al ediţiei de teză, deci necercetate de majoritatea medicilor, pe de altă parte cercetări ulterioare de control dau oarecare perspectivă valoarei cercetărilor amintite, am socotit nimerit în acest articol de precizare, care e un referat al chestiunei, să aduc şi date personale, aflate şi în suszisa lucrare inaugurală, într'o orânduire cerută de necesităţile prezentei lucrări.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Hipertiroida experimentală este sindromul obţinut la animale, prin administrarea de glandă tiroidă proaspătă, de extrase, sau a produsului celui mai activ, descoperit de Kendall (1916) *tiroxina*, preparat pe cale sintetică.

Importanţa hipertiroidiei experimentale, nu poate scăpa nimănui, sindromul experimental fiind foarte apropiat de cel clinic şi astfel putem câştiga o înţelegere mai aprofundată a fenomenelor. Parhon încă din 1913, a sesizat marea importanţă a sindroamelor glandulare experimentale; d-sa a realizat mai târziu această idee, împreună cu elevii săi, reuşind a creea experimental sindroame, care încă nu primiseră o descriere clinică corespunzătoare.

In ceeace priveşte hipertiroidia experimentală, cu toate că Ewald (1887) pare primul a fi injectat la animale suc tiroidian, ea a fost executată prima oară abia de Ballet şi Enriquez (1894).

Un rol important revine dozei injectate, care nu trebuie să depăşiască o anumită limită, cu riscul de a obţine rezultate cu totul opuse. Deasemenea vârsta animalului nu e indiferentă. Pentru aprecierea fenomenelor nu vom perde din vedere nici faptul că acţiunea tiroidei se întinde şi asupra altor glande antagoniste sau

sinergice tiroidei şi astfel asistăm la fenomene de interacţiune glandulară.

La animalele tinere, efectele sunt mai accentuate. Tiroida în doze mari le produce osificarea precoce a cartilagiilor de conjugaţie. Animalele rămân în urmă cu desvoltarea faţă de martori, fapt stabilit de mulţi autori: Bircher, Parhon şi D-ra Parhon şi alţii. Moussu, tratând câini şi pisici cu doze mici de tiroidă, observă că animalele slăbesc, însă creşterea este mai rapidă, corpul şi membrele se alungesc. Parhon şi D-na Parhon au observat la un pui de găină hipertiroidizat, că oasele erau mai lungi, mai subţiri, mai grele, cu brazdele şi crestele mai pronunţate, decât la martor. Maranon şi Uradiales, experimentând pe cobai, au ajuns la concluzia, că administrarea dozelor mici de tiroidă, provoacă creşterea în greutate a animalelor, dozele mari întârzie creşterea. Acelaş fenomen a fost observat de Cameron şi Sedziak, la şobolani albi şi de D-na şi D-l Parhon, la raţele tinere. Tot aceşti doi autori din urmă, au notat oprirea în creştere a oaselor lungi, la un epure tratat cu doze mijlocii de tiroidă; cu doze mai mari s'a notat oprirea creşterei. Rolul tiroidei în morfogeneză a fost pus în evidenţă prin cercetările lui Gudernatsch, care hrănind mormolocii de broască cu tiroidă, a observat că creşterea organelor larvare este mult accelerată: metamorfoza este complectă cu multă vreme înaintea aceleia a martorilor. Animalele hipertiroidizate erau mai mici, însă mai bine diferenţiate decât martorii.

Noi am constatat că diferenţa între animalele hipertiroidizate şi martorii lor, din punct de vedere morfologic, începea a fi observată abia după o lună de tratament. După un tratament mai îndelungat, animalele hipertiroidizate, aproape nici nu creşteau în greutate, pe când martorii câştigau în greutate. Observaţii asemănătoare au făcut D-ra Lavrenenco şi Blinov.

Dozele moderate de tiroidă, excită la animale tinere creşterea *oaselor* (Parhon şi D-na Parhon, D-ra Ştefănescu).

Noi am notat modificări în greutate şi de formă a oaselor, crestele şi şanţurile deveniau mai aparente în urma hipertiroidizărei.

Unii autori Quenu, Reclus, Ferria, etc., au întrebuinţat cu succes opoterapia tiroidiană pentru consolidarea fracturilor, care întârziau formarea calusului.

Modificările *sistemului cutanat* sunt numeroase. Tegumentele în hipertiroidie la om sunt mai calde cu secreţia sudorală exagerată. S'a notat o topire a grăsimei, cu subţierea tegumentelor în urma tratamentului tiroidian. Părul lucios, des, creşte repede sub influenţa tiroidei, la fel unghiile şi alte derivate epidermice la animal. Parhon şi D-na Parhon au notat o creştere abundentă a solzilor cutanaţi ai piciorului şi o creştere exagerată a pintenilor la un cocoş hipertiroidizat. Aceeaşi autori au găsit o fluidificare şi o decolorare a grăsimei la găinile hipertiroidizate. După Gautier, tiroida pune în circulaţie o substanţă organică bogată în arsenic, care ajută creşterea părului şi se fixează în păr. Modificările în coloraţia părului la epuri, sau a penelor la păsări, sunt deasemenea datorite tiroidei (Sainton şi Veran, Herning şi Torrey).

S'a notat o curbă ergografică prelungită la animalele hipertiroidizate (Markelov). Dacă tratamentul tiroidian se prelungeşte, muşchii se subţiază şi în urmă se atrofiază (Utterström). Glicogenul din muşchii animalelor hipertiroidizate, nu a fost totuşi prea deosebit de acela aflat la martori (Maria Parhon). Apa a fost găsit scăzută, în muşchii animalului hipertiroidizat (Parhon, Cahane şi Mârza). Azotul şi fosforul a fost găsit crescut (Jouschtschenko).

Asupra *glandelor endocrine* tratamentul tiroidian are o influenţă mare. D-na Parhon şi Parhon au găsit la o găină tânără, hipertiroidizată, oprirea în desvoltare a ovarelor. La o căţea hipertiroidizată, Parhon şi Goldstein, nu au găsit nici o modificare a ovarelor. La femeile gravide, Gudernatsch a notat avortul frecvent după administrarea tiroidei.

In ceeace priveşte organele genitale, cercetările noastre (1928) au arătat că la animalele hipertiroidizate, totalitatea organelor genitale în greutate este mult scăzută, faţă de cea a martorilor. Raportând însă greutatea la kilogram de animal, am găsit că organele genitale ale cobăiţelor hipertiroidizate erau ceva mai grele ca ale martorelor. Aceasta ar veni în sprijinul opiniei autorilor, care cred că hipertiroidia stimulează funcţiunea genitală.

D-ra Lavrenenco şi Blinov găsesc deasemenea o creştere în greutate a testiculului, la cobaii hipertiroidizaţi.

Secreţia *glandelor mamare* este mărită prin administrarea tiroidei. Parhon şi D-na Parhon constată o hiperactivitate a glandei tiroide în timpul alăptărei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Paratiroidele par a fi puţin influenţate de tratamentul tiroidian. Intr'un caz Parhon şi Goldstein, au găsit că celulele paratiroidiene păreau a fi sărace în substanţa cromofilă.

Hipofiza la o bolnavă cu scleroză multiplă, care în timpul vieţei a fost tratată intens cu tiroidă, a fost găsită la autopsie de către Parhon şi Goldstein, prezentând lobul glandular constituit exclusiv din celule euzinofile. Numiţii autori au găsit la unul din doi câini hipertiroidizaţi, substanţa medulară a hipofizei, foarte slab desvoltată, la altul foliculii cu coloidul din zona intermediară mici şi conţinutul lor mai puternic colorabil cu hematoxilina.

La pisicile hipertiroidizate Hering, studiind conţinutul în substanţa activă, nu a găsit modificări.

Suprarenalele au fost notate hipertrofiate la guzgani trataţi cu tiroidă, de către Cameron şi Carmichael. La epure, Squier şi Grabfield găsesc acelaş lucru. Deasemenea Hosvin la cobaii hipertiroidizaţi dela naştere. După Hering amândouă substanţele sunt influenţate de hipertiroidizare, dar mai ales corticala. Kraus şi Friedenthal au notat o hiperadrenalinemie la animalele tratate cu doze mari de tiroidă, Maranon, observă acelaş lucru la om.

Histologic, Parhon şi Goldstein, au notat la doi câini hipertiroidizaţi o acumulare de substanţă lipoidă în corticala suprarenalelor, depăşind limita mijlocie. D-na Parhon şi Parhon, au obţinut aceleaşi rezultate la un epure hipertiroidizat. Munk, din contră găseşte micşorarea lipoidelor în capsulele suprarenale. Intr'un caz

Parhon găseşte la fel micşorarea lipoidelor cu hiperplazia stratului glomerular şi hipertrofia corticalei. La un câine autorul notează o vascularizaţie bogată a stratului reticulat. Edmonds notează congestia şi hemoragii în capsulele suprarenale. Parhon şi Goldstein, au găsit o dispoziţie pseudo-acinoasă în medulara suprarenalei la un câine hipertiroidizat.

Cercetările noastre, confirmate ulterior de D-ra Lavrenenco şi Blinov, au arătat că greutatea suprarenalelor la animalele hipertiroidizate este mărită faţă de a martorilor.

Timusul după Utterström este stimulat de către tiroidă, ceeace ar explica frecvenţa hipertrofiei acestui organ în maladia lui Basedow. Parhon şi D-na Parhon au găsit la o găină, care a fost tratată cu tiroidă 11 luni, un timus de $2^1/_2$ ori mai mare decât la martoră. Courrier, din contră găseşte timusul atrofic la pisici şi la şobolanii hipertiroidizaţi (cu doze mari).

Condiţia necesară ca timusul să se hipertrofieze este ca schimburile nutritive să fie menţinute într'un bilanţ pozitiv, altfel timusul se atrofiază (Courrier). Dustin şi Zunz sunt însă de părere că după hipertiroidizare, timusul se atrofiază.

Noi am găsit (1928) timusul scăzut în greutate la animalele hipertiroidizate, în raport cu martorii. Făcând însă media pe kilogram de animal, constatăm la cobăiţele hipertiroidizate, că timusul era mai greu decât la martore. Timusul cobăiţelor hipertiroidizate era mai greu şi decât timusul cobăiţelor hipertirodizate şi castrate, nefiind întrecut în greutate decât de timusul cobăiţelor ovarectomizate (media pe kilogram de animal).

Pancreasul pare a avea secreţia mărită prin administrarea cantităţilor mici de tiroidă şi micşorată prin doze mari (Hashimoto). Ferrand notează histologic mărirea insulelor lui Langerhans la animalele hipertiroidizate. Pirrera a găsit leziuni localizate exclusiv la insulele lui Langerhans. Parhon şi Goldstein, după mai multe experienţe n'au găsit modificări în pancreas. Parhon, Cahane şi Mârza găsesc conţinutul în apă mărit în pancreasul animalelor hipertiroidizate. Kojima notează o creştere în greutatea pancreasului. Maranon este de părere că glicozuria care apare la animalele hipertiroidizate este datorită alteraţiunii funcţiunii pancreatice.

Cercetările noastre în ceeace priveşte pancreasul au dus la constatarea unei scăderi relative a greutăţii după castrare şi o scădere aproape dublă în raport cu martorii la animalele hipertiroidizate. Făcând media greutăţii pe kilogram de animal rezultatele sunt asemănătoare, însă scăderea cea mai mare a greutăţii pancreasului se întâlneşte la animalele hipertiroidizate şi castrate, (de ovar).

Lavrenenco şi Blinov găsesc rezultate diferite de ale noastre.

Tiroida din punctul de vedere macroscopic a fost văzută mărită de volum la animalele hipertiroidizate (Ballet şi Enriquez). Din contră Peisser, o găseşte micşorată. Utterström notează că glanda animalelor hipertiroidizate este mai palidă şi mai mică decât a martorilor. Microscopic acest din urmă autor a găsit mărimea în număr şi volum a veziculelor cu acumularea coloidului şi turtirea celulelor pere-

ţilor veziculari. Cameron şi Carmichael, Kojima, Hewit, o găsesc micşorată de volum. Jones şi Tatum găsesc o creştere a cantităţii de iod în tiroida animalelor hipertiroidizate. D-na şi D-l Parhon, la un cocoş hipertiroidizat, au găsit tiroida mai palidă, cu foliculii mai bogaţi în coloide decât la martori.

Noi am putut constata că tiroida este mai uşoară la animalele hipertiroidizate, decât la cele martore. La cobăiţele castrate şi hipertiroidizate tiroida era mai grea decât la cele numai hipertiroidizate şi mai uşoară decât la cele castrate. In felul acesta s'ar putea admite că castrarea şi hipertiroidizarea se pot neutraliza reciproc în interacţiunile lor reciproce glandulare, bine înţeles până la un anumit punct. Greutatea tiroidei la animalele cu sindromul dublu (castrare şi hipertiroidizare) se apropia de aceea a martorilor. Blinov şi Lavrenenco, au făcut constatări asemănătoare, la puţin timp după cercetările noastre, deasemenea în laboratorul de neuro-psihiatrie dela Socola.

Sistemul neuro-vegetativ este strâns legat de funcţiunea tiroidei. Prin intermediul acestui sistem, tiroida exercită acţiunea asupra aparatului cardio-vascular, respirator, digestiv, etc.

Predominenţa efectelor extractului tiroidian asupra vagului sau simpaticului variază după doza întrebuinţată şi după gradul excitabilităţii individuale. Parisot, Richard şi Simonin arată că injecţia unică a extractului tiroidian excită vagul, injecţiile multiple excită simpaticul. Albertoni de asemeni găseşte că dozele mici de tiroidă excită terminaţiile vagului, cele mari pe ale simpaticului. Prin mărirea excitabilităţii vagului, sub influenţa tratamentului tiroidian, s'ar explica în parte turburările gastro-intestinale, observate de mai mulţi autori la bolnavii hipertiroidieni. Asher şi Rodt, Asher şi Flack au arătat că prima injecţie a extractului tiroidian la epure măreşte excitabilitatea pneumogastricului. Acest fapt a fost pus în evidenţă şi de Parisot, Richard şi Simonin, care au arătat că injecţia unică de extract tiroidian la epure produce exagerarea reflexului oculo-cardiac. Mai multe fapte pledează deasemeni pentru excitabilitatea simpaticului. Iscovesco observă exoftalmia după mai multe injecţii de lipoizi tiroidieni. Roque observă acelaş fenomen la om, după ingestia prelungită de tiroidă. Beclère notează o strălucire a ochilor. Aceste fenomene oculare arată participarea sistemului neuro-vegetativ în hipertiroidizare. Asher şi Rodt pun în evidenţă hiperexcitabilitatea splanchnicului în hipertiroidie, prin creşterea presiunei sanghine, după excitaţia acestui nerv. Pende socoteşte că situaţia anterioară a organismului este responsabilă de natura reacţiunei la hipertiroidizare.

Aparatul cardio-vascular reacţionează foarte intens la tratamentul tiroidian. Heinatz observă mărirea tensiunei sanghine după injecţie cu tiroxină. Livon şi Patta observă acelaş lucru întovărăşit de o scădere a numărului pulsaţiilor în urma injecţiilor cu extrasul tiroidian. Din contră, Olliver şi Schafer, găsesc că tiroida determină o scădere a presiunei sanghine. Acelaş fapt cu vascularizaţia a fost notat şi de Gley. Acţiunea hipotensivă a tiroidei a fost admisă de

mai mulţi autori: Georgevski, Haskovek, Guinard şi Martin, Cyon, Kraus şi Friedenthal, Weill şi Bohn. Guinard şi Martin recunosc că o doză mică de tiroidă determină o ridicare a presiunei sanghine puţin importantă şi fugace, urmată repede de efectul opus. Haskovek, crede că hipotensiunea s'ar explica nu prin paralizia centrilor bulbo-medulari, dar mai repede prin atingerea toxică a miocardului şi micşorarea capacităţii funcţionale a inimii. Dacă o singură injecţie determină scăderea pulsaţiilor, injecţiile repetate de tiroidă, după Beclère, Ballet şi Enriquez, Carter, Parhon şi Goldstein, determină tachicardia. Acelaş lucru a fost observat şi de Goodpasture la epurele hipertiroidizat. Reflexul oculo-cardiac exagerat după o singură injecţie de tiroxină, diminuă sau devine inversat după mai multe injecţii. Ca modificări vasculare consecutive tratamentului tiroidian, s'a notat tendinţa la hemoroizi sau la revărsări hemoragice (Marbe, Parhon şi Goldstein). Din punctul de vedere morfologic Parhon şi D-ra Parhon şi Hoskin au notat mărirea de volum a inimii sub influenţa tiroidei. Cameron şi Carmichael au constatat acelaş fenomen la şobolani albi hipertiroidizaţi cu toate că animalele erau mai mici ca martorii. Histologic, Farrant observă că inima pisicilor şi epurilor hipertiroidizaţi prezentau degenerescenţa hialină a fibrelor musculare cu tumefacţia şi dispariţia striaţiunilor transversale. Herring notează mărirea numerică a fibrelor musculare în inima şobolanilor hipertiroidizaţi. Hashimoto găseşte leziuni de miocardită, la gusgani albi, după un tratament tiroidian intens.

In cercetările noastre (1928) media greutăţii cordului a fost găsită mai mică la animalele hipertiroidizate, decât la martore. Raportată însă pe kilogram de animal cordul animalelor hipertiroidizate, avea cea mai mare greutate notată la animalele în experienţă. Deasemenea Lavrenenco şi Blinov confirmă cercetările noastre şi pe ale autorilor mai sus citaţi, care au găsit aceleaşi date.

Aparatul respirator este şi el influenţat de tratamentul tiroidian. La om se observă o accelerare a respiraţiei (Beclère). Acelaş fenomen a fost constatat şi de Schondorf la câini; fenomen care ar putea explica în parte, mărirea oxidaţiilor sub influenţa tiroidei, sau ar fi însuş condiţionat de această mărire. Histologic, Hashimoto, a observat la şobolani morţi după un tratament tiroidian intens, pulmonii congestionaţi cu capilarele pereţilor alveolari dilataţi. La animalele în perioade mai puţin înaintate a tratamentului, congestia lipseşte. Baumann a descris o accelerare a frecvenţii respiratorii.

Noi am constatat o scădere a greutăţii pulmonilor la animalele hipertiroidizate, în raport cu martorii. Insă din media la kilogram de animal, am putut constata că greutatea pulmonilor cobăiţelor hipertiroidizate este cu mult mărită faţă de martori. Constatările au fost confirmate de Lavrenenco şi Blinov.

Aparatul digestiv este stimulat în hipertiroidizare. Apetitul creşte, digestia este accelerată. Hipertiroidienii mănâncă şi totuş perd în greutate. Fenomenul acesta s'ar explica prin faptul că arderile în organism sunt mai intense. In ceeace priveşte stomacul, Ma-

ranon observă o hiperclorhidrie. Mai mulţi autori între care Ballet şi Enriquez, Maria Parhon, D-na Parhon şi Parhon, au observat o tendinţă la diaree în hipertiroidizare. Farrant, Ballet şi Enriquez au notat o diaree sanghinolentă, care se crede că e datorită exagerărei peristaltismului intestinal, care a fost observată direct de Parhon si Urechea prin laparatomie la o pisică hipertiroidizată.

Ficatul sub influenţa tiroidei suferă o stimulaţie netă a funcţiunei sale ureogenice. Conţinutul ficatului în glicogen este mult micşorat (Maria Parhon, Cramer, Asher, Hart, ş. a.). Intr'un caz Maria Parhon, a observat că glicogenul din ficat era de 6 ori mai slab decât la martor. Acelaş autor găseşte că greutatea ficatului este mai mică la animalele hipertiroidizate în raport cu greutatea generală, decât la martori. Hevit, Cameron şi Carmichael găsesc din contră o mărire a ficatului la şobolanii hipertiroidizaţi. Microscopic — Ferrand notează degenerescenţa hepatică şi Smith o infiltraţie grăsoasă la animalele hipertiroidizate cu doze mari. Hashimoto găseşte leziuni ale celulelor hepatice, mergând până la necroză, localizate mai ales în jurul venei centrale.

Noi am constatat o scădere apreciabilă în greutate la animalele hipertiroidizate faţă de martori. Raportând greutatea la kilogram de animal am constatat însă o creştere în greutate a ficatului la animalele hipertiroidizate, faţă de martori. Rezultatele asemănătoare au obţinut Lavrenenco şi Blinov.

Splina se hipertrofiază în hipertiroidizare (D-na Parhon şi Parhon). Acelaş fapt a fost stabilit de Cameron şi Carmichael, Cameron şi Sedziak. Mai mulţi autori, între care Carlson, Kooks, observă în splină infiltraţii hemoragice. Macroscopic D-na Parhon şi Parhon au observat la o găină tratată cu tiroidă, foliculii lui Malpighi mai net circumscrişi decât la martor. Hashimoto notează la gusganii hipertiroidizaţi splina congestionată cu hiperplazia ţesutului limfoid, din care cauză corpusculii lui Malpighi nu erau bine distincţi.

D-ra Trifon găseşte o scădere a greutăţii la animalele hipertiroidizate faţă de martori, însă pe kilogram de animal a constatat o creştere în greutate faţă de martori. Blinov confirmă acest lucru, dar Lavrenenco dă rezultate diferite.

Măduva osoasă prezintă o coloraţie roşie brună sub influenţa tiroidei, datorită vasodilataţiei intense cu proliferarea celulelor, cu tendinţa la dispariţia veziculelor adipoase, fapt stabilit de Parhon şi D-na Parhon. Parrini examinând măduva la epuri şi la cobai hipertiroidizaţi, au găsit la fel o puternică hiperemie, cu hiperplazia tuturor elementelor mieloide, şi mai ales a celulelor neutrofile. Fenomene de excitaţie a măduvei au fost notate şi de Ollino. El observă mărirea numerică a mononuclearelor şi a formelor de trecere.

Rinichii sunt stimulaţi de tiroidă. Charrin şi alţii au notat mărirea diurezei în urma administrărei tiroidei. De fapt tiroida a fost întrebuinţată cu succes în tratamentul câtorva edeme. Macroscopic, D-na Parhon şi Parhon au notat mărirea de volum a rinichilor la o găină hipertiroidizată. Hevit, Cameron, Carmichael,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cameron şi Sedziak au constatat acelaş lucru la gusganii hipertiroidizaţi. Microscopic, Carlson, Kooks Mc. Kie şi Hashimoto au observat o congestie a rinichilor la animale tratate cu doze mari de tiroidă; ultimul autor observă de multe ori picături grăsoase în celulele parenchimului renal, mai abundente la baza celulelor tubilor conturnaţi.

Noi am observat o scădere în greutate la rinichii animalelor hipertiroidizate; raportând însă la greutatea animalului, se constată o creştere faţă de martori. Blinov şi Lavrenenco dau cifre asemănătoare.

Sângele sufere deasemenea modificări sub influenţa ingestiei prelungite a tiroidei. Lépine, Mansfeld, Blumenthal, Unverricht, observă mărirea numărului hematiilor. După Bromwel tratamentul tiroidian intens produce anemie; tratamentul moderat ajută sângelui a se repara. In ceeace priveşte formula leucocitară, mai mulţi autori între care Du Castel, Marbé, Caro, Kostlivy, Maranon şi Turin au notat leucocitoză cu mononucleoză. După Marbé dozele moderate de tiroidă determină leucocitoză, dozele puternice leucopenie tranzitorie; după acest autor tratamentul tiroidian produce mai întâi destrucţia polinuclearelor cu limfocitoză şi apoi mononucleoză. Goldscheider şi Iacob au notat absenţa hiperleucocitozei după injecţii cu extrasul tiroidian. Stachelin observă în câteva cazuri eozinofilie. După Lim, Sarkar, Graham şi Brown, tratamentul tiroidian la animalele tinere, măreşte numărul de hematii şi mai ales al leucocitelor; la bătrâni se observă din contră o uşoară scădere a acestui număr, după un tratament mai prelungit. Noi am constatat o scădere a polinuclearelor şi mononuclearelor, cu uşoară creştere a euzinofilelor. Viteza de sedimentare era scăzută faţă de martori.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Coagulabilitatea sângelui a fost găsită uşor crescută (Carrier). Alţii din contră (Kottman şi Kocher) o găsesc diminuată la epuri şi la câini hipertiroidizaţi. In hemofilie, purpură şi alte maladii hemoragice, tratamentul tiroidian a dat rezultate frumoase (Dejace, Royds, Taylor, Botaro). Neuschloss găseşte vâscozitatea mărită. Kottman notează micşorarea fibrinei. Concentraţia serului la om a fost găsită scăzută de Frowein, după tratamentul tiroidian. In ceeace priveşte vâscozitatea acest autor n'a găsit schimbări importante. Biologiceşte puterea alexigenă a sângelui după D-ra Fassin este crescută constant 10 minute după injecţia cu tiroidă, atingând maximum în 24 ore, apoi descrescând rapid. Stepanoff şi Marbé găsesc o creştere a indexului opsonic; după ultimul autor, puterea fagocitară a sângelui este crescută prin administrarea tiroidei delipoidate. Strubell arată că administrarea tiroidei în doze mici la omul normal măreşte puterea opsonică pentru stafilococi, din contră la animalele tratate cu doze mari se observă o scădere a puterei opsoninelor pentru aceleaşi microorganisme. Tiroida intervine şi în metabolismul colesterinei. In hipertiroidia experimentală la epuri Maria Parhon a găsit creşterea colesterinei din sânge. Acelaş fapt a fost găsit şi de Parhon şi Maria Parhon la raţe tinere. Pighini a făcut o constatare asemănătoare. Totuş fenomenul pare variabil cu

doza de substanţă întrebuinţată, cu specia pe care se experimentează. Parhon şi D-na Derevici au observat o hipocolesterinemie la câinii hipertiroidizaţi.

Noi experimentând la căţele, am constatat o scădere a colesterinemiei după tratamentul tiroidian, prelungit timp de 3 luni. Rezultate asemănătoare găseşte şi Blinov.

Rezultatele sunt variabile în ceeace priveşte influenţa tiroidei asupra metabolismului calciului. Schiff, Nisipescu, Maria Parhon, Schaffer găsesc că tiroida măreşte eliminarea calciului. Moraczewski, Silvestri şi Tossali observă din contră o retenţie a calciului sub influenţa tratamentului tiroidian. Dubă Maria Parhon, doze mici de tiroida determină retenţia calciului, iar doze mari, eliminarea exagerată a acestuia. Castex şi Steinhardt găsesc că tiroida nu influenţează metabolismul calciului.

Mai mulţi autori, între care Roov, Anderson, Senator, găsesc eliminarea mărită a fosforului prin urină sub influenţa tratamentului tiroidian. Burger, Georgevski, Jacquet şi Svenson constată eliminarea crescută a sulfului în aceleaşi condiţii.

Noi am constatat o creştere a calcemiei după tratamentul tiroidian. Blinov găseşte deasemenea calcemie crescută, însă Lavrenenco o hipocalcemie după tratamentul tiroidian. Am mai găsit o tendinţă la hiperglicemie la animalele hipertiroidizate.

Sistemul nervos în hipertiroidie este influenţat. S'au observat câteva fenomene de ordin paralitic şi de excitaţie motrice. Roque raportează cazul unei femei care la un moment dat, după un timp mai prelungit de tratament tiroidian a prezentat o contractură generalizată, care dispare după oprirea tratamentului. D-na Parhon şi Parhon au observat o stare de astenie la o găină hipertiroidizată. Cameron şi Carmichael au notat prezenţa tetaniei la gusgani trataţi cu doze mari de tiroidă. Excitaţia scoarţei cerebrale sub influenţa tiroidei care se traduce la om prin agitaţie, insomnie, instabilitate de caracter, la animalele prin iratibilitate (Lévi şi Rotschild) corespunde cu mărirea conductibilităţii electrice.

Alături de alte fenomene de excitaţie a sistemului nervos, tiroida determină şi modificări psihice, atât la om cât şi la animale. Hipertiroidienii au vigilenţa atenţiei crescută, emotivitatea crescută, cu tendinţa la manie, melancolie şi sindromul fobiilor şi obsesiunilor. Parhon, încă din anul 1906 a arătat rolul tiroidei în patogenia psihozelor afective. In 1908 Parhon şi Goldstein au publicat un caz al unei fetiţe epileptice, la care după un tratament tiroidian intens, au apărut turburări psihice, care au dispărut după suspendarea tratamentului. Boinet, Ferranini şi Roque au observat deasemeni turburări psihice la bolnavi în urma tratamentului tiroidian intens.

Edmonds a găsit la maimuţe intens hipertiroidizate, care au sucombat la câteva zile de tratament, alteraţia celulelor nervoase cerebrale, a celulelor din bulb, ale măduvei spinărei din coarnele anterioare. Din punctul de vedere chimic Joustchenko găseşte diminuarea fosforului total din creer. Parhon şi Cahane notează scăderea calciului şi magneziului din creerul animalelor hipertiroidizate. S'au

notat şi turburări vizuale. Coppez notează scăderea acuităţii vizuale, Sattler, Birch-Hirschfeld, paloarea papilei şi după un tratament tiroidian mai intens, atrofia nervului optic. Bussi crede într'o leziune a celulelor ganglionare a retinei, datorită dozelor mari de tiroidă. Deasemenea s'a descris şi nevrita optică.

Tiroida exagerează *schimburile nutritive*. Metabolismul azotat creşte după Magnus Levy, Falta, Rudinger, Ducceski, Debrowski, etc. S'a notat mărirea trecătoare a acidului uric (Israil, Vas şi Gara), o mărire uşoară a excreţiei ureei (Denning). Creşte şi aciditatea urinei.

După Schöndorf grăsimile sunt primele atacate de tiroidă. Slăbirea după tratameent tiroidian a fost notată de numeroşi autori (Cameron, Carmichael, etc.). Utterström observă la epure o scădere considerabilă a grăsimei. Frowein şi Bohn obţin acelaş rezultat cu tiroxină şi care s'ar explica prin creşterea desintegraţiei substanţelor albuminoide. Utterström studiind variaţiile în greutate a animalelor tratate cu tiroidă, a constatat că după doze mari de tiroidă, animalele perd în greutate, după doze mici s'a observat chiar o creştere a greutăţii datorită apetitului crescut şi unei mai bune utilizări a alimentelor. Acelaş fapt a fost observat şi de Parhon şi D-na Parhon la pasări. Parhon, Mârza şi Cahane au constatat o acţiune desasimilatrice a tiroidei.

Tiroida intervine, accelerând şi schimburile hidrocarbonatelor. Administrarea tiroidei la animale produce dispariţia glicogenului din ficat (Maria Parhon, Asher ş. a.). In urma tratamentului tiroidian intens Beclère, Senator, Meringer, Krause şi Cramer, Zarubin, Strauss, Maria Parhon, Hering, Asher, notează glicozuria. Maranon n'a putut obţine această glicozurie la cobai cu doze mici de tiroidă. După Hirsch, Parhon şi D-na Derevici, glicozuria tiroidiană este însoţită de hiperglicemie. Boe nu găseşte hiperglicemie.

Activând schimburile nutritive, tiroida influenţează şi *schimburile gazoase*. Magnus Zevi, Thiell şi Vehring le găsesc exagerate. Anderson, Bergmann şi Jacquet, Svenson, din contră obţin rezultate negative. Maria Parhon, la un epure observă o uşoară mărire a schimburilor respiratorii. Labbé şi Stevenin observă consumarea exagerată a oxigenului şi creşterea eliminărei de CO_2 sub influenţa tratamentului tiroidian. Creşterea metabolismului bazal a fost observată şi de Plummer şi Boothby, Maria Krogh şi de D-na Cernăuţeanu-Ornstein. Tiroida influenţează şi *termogeneza*. Cantitatea de căldură produsă este mărită sub influenţa tratamentului tiroidian; prin aceasta se explică senzaţia de căldură la hipertiroidieni (Parhon şi Goldstein). Charrin şi Joustschenko, D-ra Nina Trifon, au observat deasemeni urcarea de temperatură la animalele hipertiroidizate. Organismul reacţionează prin vaso-dilataţie cutanată şi exagerarea secreţiei sudorale, aşa că echilibrul termic se menţine în limitele normale. In ceeace priveşte *funcţiunile de apărare*, s'a constatat că animalele hipertiroidizate rezistă la frig dar suportă greu căldura. Moussu constată că tiroida măreşte rezistenţa la oboseală. D-na şi D-l Parhon au observat creşterea rezistenţei la păsările hipertiroi-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

dizate la infecţia spontană cu cholera găinilor. Marbé găseşte scăderea rezistenţei la infecţia tifică, pestoasă şi difterică experimentală. După acest din urmă autor şi Savini, administrarea tiroidei la animale poate preveni şocul anafilactic.

In tabloul sinoptic de mai jos dăm în cifre rezultatele obţinute de noi asupra modificărilor ponderale a diverselor organe şi a diferenţelor de greutate între cobăiţele hipertiroidizate şi martore.

Modificările Ponderale ale diverselor organe în urma hipertiroidizărei

Seriile e cobăiţe	I-a		II-a		III-a		IV-a		V-a		VI-a		VII-a		Media	
Organele n mgr. *)	Hiper-tiroidizat	Martor	Hiper-tiroidizat	Martor	Hiper-tiroidizat	Martor	Hiper-tiroidizat	Martor	Hiper-tiroidizat	Martor	Hiper-tiroidizat	Martor	Hiper-tiroidizat	Martor	Hiper-tiroidizat	Martor
**) Sist. osos:																
emurul	620	985	600	860	530	730	550	710	—	—	—	—	—	—	575	821
umerus	385	580	390	450	375	550	330	440	—	—	—	—	—	—	370	505
ibia	470	730	480	690	400	600	410	520	—	—	—	—	—	—	440	635
ubitul	150	250	160	250	160	200	100	100	—	—	—	—	—	—	142	200
) Glande endocrine. Diverse organe																
iroida	163	120	131	191	177	275	—	86	166	115	141	210	172	132	158	161
uprarenale	1634	582	1628	621	2606	—	—	640	1227	712	1384	672	1221	728	1633	659
ms	1961	1327	2238	1481	1667	3132	—	1661	2198	2033	1935	1387	2133	1909	2022	1847
ancreas	2843	3459	3517	2882	2198	3754	—	3460	3626	2893	2457	2941	2866	2792	2917	3169
icatul	40948	42500	44549	37795	32269	23802	—	56401	43223	36268	22881	18697	35097	32384	364[illegible]4	35407
plina	2402	1661	1773	1242	2482	1923	—	1972	2619	1574	1949	1347	2003	1722	2205	1635
ulmonii	11176	9332	9302	9873	17021	8205	—	7370	14872	10902	11017	10924	11237	8665	12438	9325
ordul	4314	3168	5029	3662	6563	4359	—	3373	5494	3123	4519	2752	4625	2980	5090	3346
inichii	11503	7363	10669	7898	15532	7875	—	8028	10989	7421	9605	7289	11824	8035	11687	7701
) Organe genit.																
agin, uter, rompe, ovare)	2745	3768	3197	2739	5957	3086	—	2803	3187	5356	3616	3709	4661	5180	3894	3807
) Diferenţa le greutate																
ntre greutate nţială şi terminală a cobăiţelor). Grame	8	359	129	393	18	268	39	350	16	230	107	246	105	266	49,14	301,71
) Sângele **) Glicemia %	1,11	1,40	0.99	1.08	—	0,72	—	1,14	1,	1,03	1,15	0.82	—	—	1,05‰	1,03%
Calcemia %	0,115	0,100	0,120	0,112	0,176	0,125	—	0,117	—	0,156	0,150	0.140	0.163	0.140	0.145‰	0.126%
Colesterinemia % experimentare a ţăţele).	1,40	1,70	1.55	1,60	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1.19‰	1.66%

*) raportate la kilogram de animal.
**) raportat la 1000 grame sânge.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

Se va consulta bibliografia indicată la finele următoarelor lucrări:

1) **Blinov-Anatole.** — Cercetări experimentale asupra sindromelor hipertiroidiane, anorhitic şi hipertiro-anorhitic. — Teză, Iaşi, Iunie 1929.

2) **Lavrenenco Natalia.** — Cercetări asupra sindromelor experimentale, hipertiroidian, hiperadrenalinic şi hipertiro-hiperadrenalinic. — Teză, Iaşi, Martie 1929.

3) **Trifon Nina.** — Cercetări experimentale asupra sindromului castraţiei ovariene, al ipertiroidiei şi al sindromului ipertiro-anovarian. — Teză, Iaşi, Decembrie 1928.

RÉSUMÉ : D-r Nina Trifon-Lichter — *L'Hyperthyroidie expérimentale.*

L'auteur fait une révue générale d'ensemble des résultats obtenus par les auteurs sur l'hyperthyroidie, c'est-à-dire sur le syndrome résulté chez les animaux et les oiseaux par l'administration de la glande fraîche, des extraits thyroidens ou de la tyroxine, en décrivant les modifications morphologiques et fonctionnelles résultées sur les organes; — il relate spécialement les résultats obtenus dans le laboratoire de la clinique neuro-psychiatrique de Socola-Jassy par le Prof. Parhon et ses collaborateurs;—de même qu'il donne dans un tableau synoptique ses propres recherches sur les modifications pondérales des diverses organes et sur les différences de poids entre les cobayes hyperthyroidisées et les témoins.

ZUSAMMENFASSUNG: D-r Nina Trifon-Lichter — *Experimental-Hyperthyroidie.*

Die Verfasserin gibt eine Generalübersicht über die Gesamtheit der von verschiedenen Autoren erziehlten Resultate über die Hyperthyroidie, d. h. über den erziehlten Syndrom bei Tieren u. Vögeln durch Verabreichung von frischer Drüse, von thyroidienem Esetrakt oder von Thyroseine, beschreibt die morphologischen Veränderungen und die daraus entstandenen Einwirkungen auf sämtliche Aparate u. Organe; berichtet besonders über die im Laboratorium der neuropsyhatrischen Klinik aus Socola-Iassy durch Prof. Dr. Parhon und seinen Mitarbeitern erziehlten Resultaten und endlich gibt sie uns eine übersichtliche Schilderung ihrer eigenen Forschungen über die wägbaren Veränderungen der verschiedenen Organe und der Gewichtsunterschiede zwischen den mit Hyperthyroid behandelten jungen und den ausgebildeten Meerschweinchen.

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

Clinica I Medicală Spit. Colţea-Bucureşti
Director: Prof. D-r I. Nanu-Muscel

SYNDROMUL PSEUDO-ANEMIC IN BACILOZA

„Les vrais tuberculeux ne sont que „rarement de grands anémiques".

de

D-r V. WALTER, Asistent Universitar.

Faciesul unui bacilar este adesea foarte înşelător. Deseori bacilarii incipienţi sunt palizi; pe de altă parte, s'a observat un facies înfloritor la bacilari avansaţi. Paloarea bacilarilor se explică de cele mai multe ori prin anemie, întrucât virusul tuberculos poate să producă toate felurile de anemii, şi anume: anemii de tip secundar, clorotic şi pernicios. Insă, deseori, bacilarii, şi mai ales bacilarii incipienţi, sunt palizi, fără ca să fie anemici. După cum reese din observaţiunile noastre personale, sindromul pseudo-anemic este destul de frequent în baciloza incipientă, şi chiar mai frequent decât se crede. Acest sindrom constă după cum se ştie în aceea că un bolnav cu tegumentele şi mucoasele palide, care se plânge de turburări banale de anemie, prezintă, la examenul morfologic al sângelui roşu, un număr normal de globule roşii şi o cantitate normală de hemoglobină, sau cel mult o scădere neînsemnată, cu totul disproporţionată cu paloarea bolnavului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Astfel de bolnavi pseudo-anemici sunt clienţii destul de frequenţi ai laboratorului hematologic. Deseori, în astfel de cazuri, rezultatul analizei sângelui (număr normal de globule roşii), este primit cu oarecare neîncredere de bolnavi, şi uneori chiar cu oarecare scepticism de medici. In astfel de cazuri, bolnavul vine la medic cu diagnosticul gata, pus de el însuşi — lipsa de sânge — şi medicul, dacă nu găseşte explicaţie pentru paloarea bolnavului, confirmă acest diagnostic prin cuvântul de anemie şi trimite pe bolnav uneori la laborator numai pentru aprecierea gradului şi felului de anemie, fiind convins de existenţa ei, — aşa de evidentă este paloarea. Foarte des însă, diagnosticul de anemie se pune în astfel de cazuri şi fără un examen al sângelui. Aşa se petrec deseori lucrurile, şi rezultatul normal al analizei sângelui este o surpriză şi pentru bolnav şi pentru medic. Or, trebue să ştim că un palid nu este totdeauna anemic. O serie de autori ca: Naegeli, Gravitz, Strauss, Stromer, Rosensten, Swan, Capri, etc., au remarcat paloarea fără anemie. Faptul că „les vrais tuberculeux ne sont que rarement de grands anémiques", dar deseori „sont ochrodermiques" l-au observat M. Labbé, Richard, Barbien,

Ravry, Besançon. După observaţiunile noastre personale, sindromul pseudo-anemic nu numai că este frequent în baciloza confirmată, dar este chiar foarte frequent ca sindrom precoce prodromic în baciloza incipientă, mai ales la persoanele tinere de sex femenin. Deseori, această paloare fără anemie este unicul simptom prodromic al bacilozei împreună cu slăbirea pacienţilor. Se întâmplă adesea ca celelalte simptome clasice ale bacilozei, cum ar fi febra, tusea, fenomenele steto-acustice, etc., să apară mult mai târziu. Prin urmare, acest sindrom merită să fie cunoscut şi studiat, fiindcă are oarecare importanţă practică.

Care este tabloul clinic al acestui sindrom pseudo-anemic la baciloza incipientă?

Paloarea bacilarilor pseudo-anemici este uneori de o nuanţă gălbue ochrodemică (M. Labbé). Altă dată, această paloare are culoarea verzue, chlorotică (Naegeli). După observaţiunea noastră personală, paloarea bacilarilor pseudo-anemici se caracterizează printr'o serie de fapte speciale. Oarecare nuanţă albăstrue cadaverică cauzată poate prin circulaţia periferică insuficientă şi un grad oarecare de acro-cianoză, deseori caracterizează această paloare. Cercuri albastre în jurul ochilor şi deci ochii înfundaţi însoţesc adesea această paloare, dând feţei o expresie obosită. Paloarea feţei contrastează adesea cu roşeaţa aprinsă a pometelor, sau chiar a unuia din ele. Este tipic că paloarea feţei unui bacilar se schimbă uşor sub influenţa unei emoţiuni oarecare. Aceasta din cauza unui reflex vaso-motor foarte viu. Prin urmare, paloarea bacilarilor pseudo-anemici este inconstantă. Incă un caracter important: Bacilarii palizi sunt slăbiţi şi chiar faţa e mai slăbită decât restul corpului. Din această cauză, trăsăturile feţei devin fine şi chiar ascuţite. Faciesul veneţian, ochii lucioşi, genele lungi, părul în căciulă, sunt şi ele câteva caractere care pot complecta portretul unui bacilar pseudo-anemic.

Astfel de bolnavi au turburări subiective, care sunt caracteristice şi pentru anemie şi pentru oligemie şi pentru circulaţia insuficientă, defectuoasă, în tegumente şi organe. Astfel de bolnavi se plâng de slăbiciune, ameţeli, vâjâeli în urechi, turburări vizuale, cefalee, dureri musculare, articulare, sufăr de criostezie (le este mereu frig, au mâinile reci şi picioarele îngheţate), mai sufăr uneori de frisoane; digestia le este lentă; tulburările dispeptice sunt foarte frecvente, apetitul e scăzut, şi uneori bolnavii au o anorexie rebelă. Palpitaţiunile şi dispneea de efort acompaniază adesea acest tablou simptomatic. E de remarcat că la aceşti bolnavi bacilari incipienţi, cu sindromul pseudo-anemic precoce, lipseşte adesea tusea şi expectoraţia, deseori febra e mică şi dacă e luată axilar, nu se ridică în starea de repaos peste 37^0. Temperaturile mai mari apar numai după efort şi pentru o perioadă scurtă. Aşa încât simptomele caracteristice pentru baciloză lipsesc la început, sau pot fi găsite numai atunci când sunt căutate cu cea mai mare atenţie. Asemenea bolnavi nu observă adesea ori că tuşesc, nu simt temperatura, întrucât bacilarii au un oarecare grad de anestezie termică,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

după expresia lui Weil. Aceşti bolnavi nu dau importanţă faptului că slăbesc, atribuind totul anemiei inexistente.

In ce priveşte semnele obiective, simptomele următoare sunt cele caracteristice: sistemul vazo-motor ese foarte labil; dunga vazo-motrice albă şi roşie se produce foarte uşor; eritemul emotiv apare la cea mai mică emoţie. Aceşti bolnavi se roşesc foarte uşor şi foarte frequent; acest eritem emotiv capătă la ei o extindere neobişnuită, încât se roşeşte toată faţa, urechile, gâtul şi chiar pieptul. Eritemul emotiv se produce şi în faţa acului lui Frank în laborator, înaintea înţepăturii. Hiperhidroza palmară împiedică deseori luarea sângelui. Mâna lor se acopere de sudori înainte de înţepătură, aşa încât trebue ştearsă cu mai mult eter şi mai des decât de obicei. Această hiperhidroză emotivă este expresia unei hiperhidroze generale, întrucât bacilarii transpiră mult şi uşor. Pulsul la astfel de bolnavi este mic şi frequent. Tensiunea arterială este scăzută. Am observat hipotensiunea în 90% din cazuri. (Maxima 9—10, minima 5—6). Cordul e deseori mic, ortodiagramele arată adesea că toate diametrele inimei sunt mai mici cu 0,50—1 cm. Deseori vârful cordului se găseşte în al patrulea spaţiu intercostal.

Dimensiunile mici ale cordului, frequenţa suflurilor anorganice şi hipotensiunea au fost remarcate printre alţii şi de Barbieu—Ravry.

De altfel, am constatat deseori enteroptoza şi oarecare grad de habitus astenicus. Turburările menstruale, în ce priveşte ritmul menstrual, şi un oarecare grad de amenoree, au fost remarcate de Naegeli. Din partea aparatului respirator am putut remarca deseori semnele unei insuficienţe respiratorii în sensul profesorului Sergent. Reflexele sunt de obicei vii. In ce priveşte starea psihică a acestor bolnavi, e de remarcat că ei sunt de cele mai multe ori inteligenţi şi curioşi. Ei cer explicaţiuni cu privire la rezultatul analizei şi primesc cu neîncredere rezultatul negativ.

Am putut urmări hematologiceşte în total 120 de cazuri de pseudo-anemici, din care 70 pseudo-anemici bacilari, cu sindromul pseudo-anemic precoce sau chiar prodromic. Nouăzeci la sută din aceste persoane erau tineri, adolescenţi, în perioada de pubertate; 65% erau de sex femenin. In toate aceste cazuri, primul diagnostic care s'a pus a fost cel de anemie. Numai în 20 de cazuri s'a făcut imediat analiza sângelui. Faţă de rezultatul normal pe care l-a dat examenul sângelui, s'au făcut numai în 5 din 20 de cazuri, cercetări în direcţia posibilităţii unei baciloze, şi diagnosticul de baciloză a fost pus în adevăr mai mult sau mai puţin afirmativ, confirmându-se: prin evoluţia clinică a cazurilor, prin cercetările bacteriologice, prin hemoptizii şi prin apariţia semnelor clasice, stetoacustice, după o perioadă de 3—8 luni. In celelalte 15 cazuri, diagnosticul de anemie, după analiza negativă a sângelui, a fost înlocuit de cele mai multe ori prin diagnosticul de astenie, amigdalită cronică, apendicită, etc. Aceste cazuri au fost diagnosticate ca baciloză numai după o perioadă de câteva luni de zile şi chiar

după un an, atunci când au apărut semnele evidente şi clasice ale tuberculozei.

In celelalte 50 de cazuri, diagnosticul de anemie fiind pus pe baza paloarei, examenul sângelui nu s'a cerut la început, — atât de evidentă era paloarea şi atât de siguri au fost medicul şi pacientul asupra diagnosticului de anemie. Odată, o bolnavă a venit pentru examenul sângelui — trei luni după ce medicul îi prescrisese să facă această analiză, întrucât bolnava credea că analiza e inutilă şi nu se îndoia de existenţa anemiei. Câteodată şi medicii sunt de această părere greşită.

In aceste cazuri, examenul sângelui s'a cerut abia după o perioadă de luni de zile şi, faţă de insuccesele, uneori chiar dezastrele unui tratament marţial (cu fer şi arsenic).

In alte cazuri, examenul sângelui s'a cerut pentru prima oară abia atunci când au apărut simptomele clasice de baciloză.

In câteva cazuri, în care am constatat cifre normale la examenul sângelui, medicii — cu tot rezultatul negativ — au persistat în diagnosticul lor de anemie şi au considerat ca greşit rezultatul analizei. Intr'un caz, numai după ce examenul sângelui a fost repetat în două laboratorii diferite, cu rezultat identic, medicul curant a consultat un hematolog, care a pronunţat cuvântul: „oligemie". In acest caz, tratamentul arsenical intensiv a fost întrerupt din cauza febrei şi hemoptiziei.

Aceste cazuri probează în mod absolut că paloarea fără anemie survine deseori în baciloza incipeintă şi că diagnosticul de anemie fără controlul sângelui este o greşală, ca şi diagnosticul de stare febrilă, stare gripală, plămân slab, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Controlul sângelui se impune ori de câte ori se pune diagnosticul de anemie.

Credem că această noţiune clasică merită a fi repetată, fiindcă se uită şi fiindcă analiza sângelui e prea des neglijată în practica medicală de toate zilele. Când, în faţa unei analize morfologice a sângelui, care arată cifrele normale, medicul persistă în diagnosticul de anemie, aceasta înseamnă de cele mai multe ori că el nu vrea sau nu poate să facă alt diagnostic just.

Diagnosticul de anemie, pus fără controlul sângelui, aparţine categoriei maladiilor mitice.

Din toate cele expuse mai sus, reese că sindromul pseudo-anemic este frequent în baciloza incipientă, mai ales la oamenii tineri, şi că constitue câteodată un sindrom precoce în baciloza latentă.

Cari sunt cauzele acestei palori fără anemie, în baciloză? Două teorii sunt în vigoare: una a lui Gravitz, care este susţinută în parte şi de M. Labbé. După această teorie: „L'anémie existe en verité beaucoup plus profonde que ne le laissent supposer les chiffres des hématies". Cu alte cuvinte, după această teorie pseudo-anemia bacilarilor s'ar explica prin oligemie, deci prin diminuarea masei sanguine. Existenţa unei oligemii în baciloză a fost de mai multe ori infirmată de mai mulţi autori.

Altă teorie, care poate explica sindromul pseudo-anemic în baciloză, este teoria vazo-motorie. Paloarea s'ar explica după această teorie prin circulaţia defectuoasă în tegumente şi mucoase. Cord mic, pulsatilitatea redusă, tensiunea arterială scăzută, spazmul capilarelor periferice, sunt fenomene care pot fi invocate în favoarea acestei teorii.

Oricare ar fi explicaţia fenomenului, faptul rămâne cert: sindromul pseudo-anemic, paloarea fără anemie, survin des în baciloză.

Acest sindrom pseudo-anemic este de o mare importanţă practică pentru diagnosticul precoce al bacilozei. In această privinţă îmi permit a formula părerea mea în felul următor:

In faţa unei persoane palide, a cărei paloare nu se explică prin scăderea numărului de hematii sau a cantităţii de hemoglobină, trebue să avem în vedere că sindromul pseudo-anemic este adesea un sindrom prodromic al bacilozei latente, şi deci trebue să facem cercetări amănunţite în această direcţie şi să ne gândim la posibilitatea tuberculosei latente.

Diagnosticul de „anemie" fără controlul sângelui este un diagnostic insuficient şi de cele mai multe ori neştiinţific. Acest diagnostic poate duce la greşeli terapeutice grave, întrucât tratamentul arsenical este contra-indicat în baciloză evolutivă, însă absolut indicat în anemiile adevărate; acest tratament arsenical se face însă deseori la pseudo-anemicii bacilari, fără controlul sângelui.

Pentru a ilustra cele spuse mai sus, expunem pe scurt câteva cazuri:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1). Domnişoară de 17 ani vine pentru un examen al sângelui. Medicul curant scrie: „Vă rog să faceţi d-rei X. un examen morfologic al sângelui, cu cea mai mare atenţiune, mai ales în ce priveşte numărul hematiilor". Bolnava, care e foarte palidă, ne spune că sufere de anemie de doi ani de zile, şi că până acum i s'au făcut vreo patru analize ale sângelui. „Nu mi s'a găsit anemie, spune bolnava, dar mă simt anemică". Examenul sângelui arată: 4.320.000 de hematii; 90% hemoglobină. Medicul curant fiind bine cunoscut de noi, l-am rugat să ne comunice evoluţia ulterioară a boalei. Am aflat că bolnava, cu tot rezultatul negativ în ce priveşte analiza sângelui roşu, a fost supusă în mai multe rânduri la un tratament arsenical sub formă de injecţii de kakodylat. După a VI-a serie de injecţii, a început să febriciteze. Cineva a sfătuit-o să facă injecţii cu salvarsan. După a doua injecţie, o hemoptizie abundentă a deschis scena bacilozei. Examenul bacteriologic, clinic şi radiografic au confirmat, şase luni de zile după examenul sângelui că era vorba de o bacilară pseudo-anemică.

2). O fetiţă în vârstă de 13 ani vine pentru analiza sângelui. E foarte palidă. Diagnosticul pus dinainte e anemia. Examenul sângelui arată: 4.810.000 de hematii, 98% hemoglobină. Medicul curant, care a îndreptat bolnava la noi pentru analiză, vine mai târziu cu buletinul nostru şi ne întreabă dacă nu s'a comis cumva o greşală. Am propus medicului să vie încăodată împreună cu bolnava şi am repetat analiza în prezenţa lui. Afară de aceasta, l-am rugat să facă în acelaş timp în alt laborator încă o analiză a sângelui, pentru control. Rezultatele analizelor au fost identice. Am

atras atunci atenţia medicului asupra frequenţei sindromului pseudo-anemic la bacilarii incipienţi. Am aflat că trei săptămâni în urmă bolnava a făcut o granulie şi a sucombat

3). Un copil de 7 ani este adus în laborator, pentru un examen morfologic al sângelui, cu diagnosticul probabil de anemie. Copilul e foarte palid. Examenul sângelui arată: 4.680.000 de hematii, 90% hemoglobină. Tratamentul cu fier, arsenic şi extract de ficat a rămas fără rezultat. Am sfătuit să i se ia copilului temperatura rectală de 4 ori pe zi, mai ales după plimbare. S'a constatat că copilul era febril, temperatura variind între 37,4 şi 38,2°. Examenul radiografic a arătat adenopatie tracheo-bronşică şi leziuni congestive la hil. S'a observat că copilul tuşeşte din când în când şi s'au găsit bacili acido-alcoolo-rezistenţi în materiile fecale, deci era vorba de baciloză. După opt luni de tratament clasic pentru baciloză, febra şi tusea au trecut, leziunile au început să se calcifice, copilul a câştigat în greutate 4 kilograme, paloarea a dispărut. Examenul sângelui, făcut din nou după 6 luni, a arătat 4.540.000 de hematii, 92% hemoglobină.

4). O fetiţă de 13 ani se prezintă la laborator pentru analiza morfologică a sângelui. Bolnava e foarte palidă şi pretinde că e anemică. Diagnosticul, cu care e trimisă, a fost: anemia. Analiza sângelui arată 4.050.000 de hematii, 81% hemoglobină.

Cazul fiind interesant pentru cercetările noastre, l-am urmărit doi ani de zile, propunând bolnavei să-i facem gratuit analiza sângelui odată pe lună. Am aflat că bolnava a urmat tratamentul arsenical în injecţii şi a luat fier pe cale bucală. In acest timp de doi ani, tabloul sanguin nu s'a modificat mult. Paloarea persista mereu. După opt luni de tratament arsenical, bolnava a început să aibă febră — 37,8 — 38° — pe care n'o avea înainte. După un an au apărut semnele steto-acustice la un vârf; bolnava a început să tuşească şi după un an şi jumătate s'au găsit în spută bacili acido-rezistenţi şi diagnosticul de baciloză a fost confirmat prin radiografia pulmonară.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY IASI

Concluziuni

I.— *Sindromul pseudo-anemic este frequent în baciloza incipientă. Uneori acest sindrom este prodromic şi precede cu câteva luni debutul clinic al bacilozei. In aceasta constă importanţa diagnostică a acestui sindrom. Importanţa terapeutică a sindromului pseudo-anemic constă în aceea că pe baza paloarei, fără controlul sângelui, se pune destul de des diagnosticul de anemie, se face chiar tratamentul arsenical, dăunător pentru bacilarii pseudo-anemici, şi se pierde un timp util pentru tratementul bacilozei.*

II.— *Sindromul pseudo-anemic ca şi sindromul termo-leucocitar,*) sunt dar sindrome clinico-hematologice, frequente în baciloza pură şi în baciloza incipientă. Amândouă sunt de o mare importanţă practică. Şi unul şi altul constau în discordanţa ce există între fenomenele clinice alarmante (paloarea, febra) şi lipsa modificărilor sanguine (a sângelui roşu sau alb).*

*) D-r V. Walter: *Syndromul termo-leucocitar în baciloză* — va apare în numărul viitor al revistei.

RÉSUMÉ: D-r V. Walter — *Le syndrome pseudo-anémique dans la tuberculose pulmonaire.*

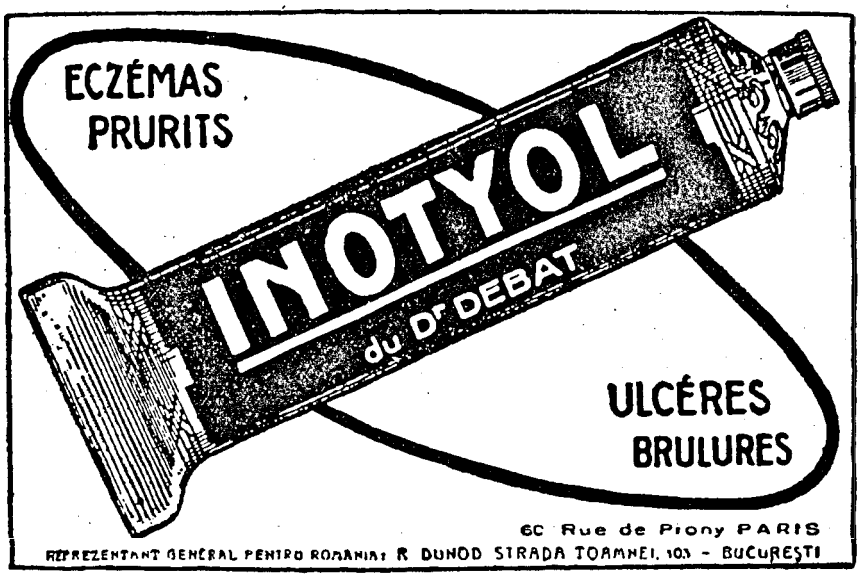
Le syndrome pseudo-anémique est fréquent dans la bacilose incipiente; parfois ce syndrome est prodromique et précède de quelques mois le début clinique de la maladie, d'où resort son importance pour le diagnostic; l'importance thérapeutique consiste dans le fait, que vu la paleur, sans le contrôle du sang l'on institue le traitement arsenical, nuisible aux bacillaires pseudo-anémiques, lesquels derdent en outre un temps utile.

Le syndrome pseudo-anémique de même que le syndrome thermo-leucocitoire, sur lequel nous reviendrons bientôt, sont des syndromes cliniques et hématologiques fréquents dans la bacilose pure et dans la bacilose incipiente; les deux sont d'une grande importance pratique; l'un et l'autre consistent dans la discordance qu'existe entre les phénomènes cliniques alarmants (la paleur, la fièvre et l'abscence des modifications sanguines (du sang rouge ou blanc).

ZUSAMMENFASSUNG: D-r V. Walter — *Der pseudoanämische Sindrom in der Lungentuberkulose.*

I. Derps eudo-anämische Sindrom ist in der incipienten Bazillose sehr häufig. Zuweilen tritt dieser Sindrom einleitend einige Monate vor dem klinischen Ausbruch der Bazillose ein. Darin besteht die diagnostische Wichtigkeit dieses Sindromes. Die therapeutische Wichtigkeit dieses pseudoanämischen Sindromes besteht darin, dass häufig genug, auf Grund von Bleichheit, ohne Blutanalyse die Diagnose auf Blutarmut lautet; es wird sogar eine Behandlung mit Arsenik vor genommen, welche aber für die pseudo-anämischen Bazilleren schädlich ist und wodurch eine, für die Behandlung der Bazillose kostbare Zeit verloren geht.

II. Der pseudo-anämische Sindrom wie auch der thermo-leucocitäre Sin drom sind somit klinischhemathologische Sindrome, häufig in der reinen wie auch in der incipienten Bazillose. Beide sind von grosser praktischer Bedeutung; beide bestehen in der Diskordanz, welche zwischen den klinischen allarmierenden Phänomenen (Bleichheit und Fieber) und dem Mangel der Blutveränderungen besteht (des roten und weissen Blutes).



DOUA CAZURI DE PARAURETRITA GONOCOCICA

de

D-r M. SACEANU — Craiova

Studiul recent al lui *Gougerot, Burnier* şi *Tisset* m'a determinat să dau publicităţii cele două cazuri de parauretrită observate acum câţi-va ani.

Dacă tratamentul blenoragiei este uşor în majoritatea cazurilor când este aplicat lege artis, nu tot acelaşi lucru se poate spune în cazurile în cari — şi fapte de acest fel sunt rare — sunt infectate şi canalele parauretrale. Aceştia sunt ignorate sau neglijate de mulţi. Netratarea lor concomitent cu infecţia uretrală aduce rezistenţa la orice terapeutică utilizată, ori cât de activă ar fi, sau duce la recidivele numeroase cari fac pe bolnavi să dea şi mai mare crezare vechiului dicton: „toate blenoragiile se vindecă afară de prima". Un astfel de bolnav — cu un canal parauretral netratat — a stat timp de un an fără rezultat în tratamentul unui medic cu toate că s'au încercat metodele cele mai active. Ori de câteori se întrerupe tratamentul uretral, examenele microscopice fiind negative, după 2—3 săptămâni de întrerupere, secreţia uretrală reapărea şi examenul microscopic decela prezenţa gonococului. Focarul reinfecţiei netratat concomitent cu infecţia uretrală se găsea pe buza dreaptă a meatului; tratarea lui a adus vindecarea blenoragiei în 3 săptămâni.

Canalele parauretrale, descrise magistral de către *Janet*, în tratatul său, nu sunt infectate toate în aceiaşi proporţie, unele mai mult, altele mai puţin. Printre cazurile cu o infecţia mai rară se enumără şi acela situat pe faţa ventrală a penisului. *Popa* *) în teza lui a dat în rezumat 32 de cazuri adunate din literatura medicală, cazuri publicate de către *Jadassohn, Balzer, Le Fort, Reichmann, Stieda, Ploeger, Jeabrau* et *Jourdan, Tcernogouboff, Bonnaud, Lenartowicz, Hubner, Uteau* et *Bazal, Levy* et *Planson, Ramazzotti, Sowade Becker, Muhlpfordt, Boeckel, Nardelii, Gnocchi, Milian, Hecht, Unna, Ginela, Tedeschi.* Iar de curând *Gougerot, Burnier* şi *Tissot* **), au publicat încă 11 cazuri observate numai în câte-va luni.

---

*) Popa: Thèse de Paris, 1933.

**) Gougerot, Burnier et Tissot: An. des mal. vener. No. 9 Sept. 1933.

Dintre toate aceste 43 cazuri (32 *Popa* şi 11 *Gougerot*), numai 18 erau limitate la canalul parauretral, iar celelalte 25 erau concomitente sau consecutive unei infecţii gonococice uretrale.

In majoritatea cazurilor gonococul infectează concomitent uretra şi canalul sub-penian şi cu mult mai rar întâi canalul sub-penian şi secundar uretra. Excepţional numai canalul sub-penian.

Timp de 10 ani am observat numai 2 cazuri în cari infecţia gonococică era limitată numai la canalul sub-penian, fără să fi existat în antecedente o infecţie uretrală.

OBSERV. I-a. — M. E., în vârstă de 24 ani, fără antecedente gonococice mă consultă în anul 1930, pentru o tumefacţie situată pe faţa ventrală a penisului care data de aproximativ 10 zile şi pentru care utilizase fără rezultat tot felul de mijloace antiflogistice.

La examinare se constată pe faţa ventrală a penisului o tumefacţie liniară, pornind din şanţul balano-prepuţial până la unghiul peno-scrotal.

Această tumefacţie prezenta la extremitatea ei superioară un mic orificiu de dimensiunile unei gămălii de ac prin care la presiune eşea o secreţie galben verzue. Uretra erea liberă fără nici-o inflamaţie şi secreţie. Examenul microscopic al secreţiei decela gonococi intra şi extra celulari, polinucleare frecvente şi foarte rari celule epiteliale.

Ca tratament se încearcă la început injecţii locale cu soluţie de argyrol 5%, timp de 5 zile, fără rezultat. Se deschide apoi cu galvanocauterul la partea inferioară a traectului şi se injectează aceiaşi soluţie de argyrol fără rezultat.

Faţă de acest eşec se procedează la deschiderea întregului canal cu galvanocauterul şi plaga se pansează timp de aproximativ 3 săptămâni, de 2 ori pe zi, cu soluţie de argyrol 20%. In tot acest timp uretra a rămas neinfectată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După 2 ani dela acest accident bolnavul vine în tratament pentru o blenoragie acută datând de 2 zile.

OBSERV. II-a. — Preotul D., este trimis pentru a fi examinat şi pune diagnosticul de către un confrate din oraş.

De 3 zile prezenta o tumefacţie pe faţa ventrală a penisului care îi producea oarecare jenă la mers şi în acelaşi timp o secreţie gălbue în porţiunea superioară.

La examen se constată pe faţa inferioară a vergei o tumefacţie liniară de aproximativ 4 cm. roşie, caldă, dureroasă, cu un orificiu la extremitatea superioară, de dimensiunile unui vârf de ac, acoperit de o crustă gălbue. După ridicarea crustei eşea prin acest orificiu o secreţie gălbue în care examenul microscopic arăta prezenţa a numeroşi gonococi extracelulari, frecvente polinucleare.

Ca tratament se deschide cu galvanocauterul întreg canalul şi se pansează de 2 ori pe zi cu comprese îmbibate în alcool rectificat. Vindecarea se obţine după 2 săptămâni.

Atât la început, cât şi în tot timpul tratamentului uretra a rămas fără infecţie gonococică.

PATOGENIA unor atari infecţiuni primitive pretează la multe discuţiuni. Cea mai plauzibilă o consider pe aceia dată de *Gou-*

gerot, care a avut ocazia să examineze şi partenera unui astfel de bolnav. „Femeia nu avea nici un semn de metrită a colului, ci o dublă bartolinită cronică care supura uşor şi al cărei puroi conţinea gonococi. In timpul coitului, orificiul uretrei n'a atins de cât colul normal, pe când pielea prepuţului sub-penian, în care debuşa orificiul traectului anormal, aluneca în frecarea lui pe orificiile glandelor lui *Bartholin*, din care se scurgea un puroi bogat în gonococi. Dar această patogenie nu este valabilă pentru toate cazurile de blenoragie izolată a canalului sub-uretral şi putem să ne întrebăm dece gonococul, care pătrunde deodată prin orificiul deschis al uretrei normale şi prin găuricea fină a canalului accesor, se cantonează exclusiv în acesta din urmă.

Se poate admite că canalul principal este curăţit prin jetul de urină din timpul micţiunei care urmează coitul sau prin mijloace profilactice. Din contră, infecţia persistă în canalul accesoriu, căci gonococul fiind închis într'o cavitate strâmtă şi chioară, proliferează aci activ la adăpostul epiteliului canalului.

ANATOMIA PATALOGICĂ a acestor canale excizate chirurgical a fost făcută de către Domnişoara *Eliascheff*. Ea a constatat că acest canal este tapetat de un epitelium pavimentos stratificat. „In lumenul canalului se văd celule epiteliale descuamate, celule limfatice şi frecvent numeroşi diplococi având şi forma şi tipul gonococilor. Ţesutul conjuctiv care înconjoară canalul este infiltrat de celule rotunde, mono şi polinucleare, numeroase plasmocite grupate în jurul vaselor; acestea sunt dilatate, gorjate de sânge şi tapetate de un epilelium voluminos".

Biblioteca Universitară University Library Cluj

Ca TRATAMENT, deşi *Gougerot* indică pe lângă incizie şi extirparea canalului accesoriu prin două metode, extirpare grea pentru un medic practician, totuşi cred că tratamentul cel mai bun consistă în deschiderea canalului cu galvano-cauterul pe o porţiune cât mai largă şi pansarea lui prin comprese imbibate în alcol rectificat sau în soluţie de argyrol 20%.

RÉSUMÉ: D-r M. Saceanu — *2 cas de paraurétrite gonococique.*

L'auteur publie 2 cas de paraurétrite gonococique, lesquels s'ajoutent ainsi aux autres 43 cas publiés jusqu'a présent dans la littérature universelle (d'après les statisques de Popa et de Gougerot).

ZUSAMMENFASSUNG: D-r M. Săceanu — *Zwei Fälle von gonokokkischer Para-Uretritis.*

Der Verfasser veröffentlicht 2 Fälle von gonokokkischer Para-Uretritis, welche sich an die 43 bis zur Gegenwart in der Universal-Literatur veröffentlichten Fälle, anreihen. (Nach D-r Popa und Gougerot).

II.

POLEMICE MEDICALE

O CHESTIUNE DE CONŞTIINŢA

— Note pe marginea articolului D-lui *D-r Nicolae Blatt* din N-rul 7—8 | 1933 al „Mişcării Medicale Române" despre: *„Cataracta consecutivă ignipuncturii la deslipirea retinei"*

de

DOCTOR YGREC

Să mă ierte confraţii că intervin într'o chestiune de terapeutică oculistică fără a fi... *„specialist"* în boli de ochi.

O nenorocire personală m'a introdus din nenorocire în mediul oftalmologiei *practice*, şi citirea în articolul d-lui D-r Blatt a descrierei operaţiei *„ignipunctura"*, pe care d-sa o aplică deslipirei retinei, mă obligă ca un imperativ nu numai al datoriei ori cărui medic, ci mai mult ca un imperativ moral, să intervin într'o discuţie de terapeutică oculară, şi să cer lămuriri.

Prof. Univ. Cantemir University Library Bucharest

D. D-r Blatt îşi începe articolul d-sale din numărul trecut al „Mişcării medicale române" cu următoarele rânduri:

„Ignipunctura la deslipirea retinei poate cauza diverse complicaţiuni. Printre acestea s'au descris emoragiile intraoculare post operatorii, pierderea corpului vitros, fistulaţia rănilor în urma cauterului."

„In schimb nu s'a vorbit de formarea cataractelor ca o complicaţiune tardivă şi pe care am avut prilejul de a constata în mod clinic, dovedind-o chiar în mod experimental".

Noi medicii iniţiaţi în elaborările diverselor „studii" şi „observaţii" de care sunt inundate în genere revistele medicale, cam ştim gradul de sinceritate aflat la temelia redactării multora din ele.

Păstrăm însă de obiceiu o toleranţă de filosofi sau o credulitate de o candoare angelică.

Sunt însă cazuri când este în joc însăşi ...pielea noastră şi atunci — e natural, — nu-i aşa? — să deschidem ochii mai bine, şi ca urmare să luăm o atitudine.

E cazul meu şi al d-lui... Blatt: Cum de afirmă d-sa că *„nu s'a vorbit de complicaţia cataractei"* pe urma operaţiei, pe care o face d-sa atât de frequent?

Am în familia mea o ființă scumpă, care a fost atinsă de deslipire a retinei, și după ignipunctura d-lui D-r Blatt am plecat cu ea la Viena.

Dar acolo doi cliniciani oculiști, cu reputație mondială, vorbiau de această cataractă postoperatorie ca de o noțiune banală. E cunoscută de toți oculiștii!

Atunci de ce-și începe articolul d. D-r Blatt cu relevarea, ca a ceva sensațional, că *„nimeni n'a vorbit până acum de această cataractă"*.

Explicația ...psichologică a acestei afirmări nu poate fi alta de cât aceea că a avut nevoie de o justificare a scrisului său și de o justificare a publicării celor 4 observații ale d-sale.

Dar d. D-r Blatt, care nu se sfiește a publica cele 4 intervenții ale d-sale la nenorociții bolnavi, ce s'au îmbogățit după operații cu câte o cataractă, îndeamnă pe medici să nu se lase impresionați de apariția acestei complicații (de ce nu vorbește d-sa și de o altă complicație: o *irido-ciclită gravă* survenită la cazuri de ale d-sale în cursul operației?!). Cum se poate ca un specialist care a știut să atragă la d-sa mai toată clientela oculistică a Capitalei, să dea astfel de încurajare într'o directivă nefastă confraților săi?

Iată-mă ajuns la punctul care a declanșat în sufletul meu o chestiune de conștiință, un imperativ moral de a ...nu tăcea.

Când am ajuns la Viena cu copila mea (având o deslipire a retinei la un ochiu), cei doi mari cliniciani oftalmologi vienezi, *Guist* și *Lindner*, după ce au examinat-o, nici n'au vrut să-i mai facă vre-un alt tratament, deși starea ochiului era disperată.

Și au afirmat că operația *Gonin*, pe care a făcut-o d. Blatt (și care de altfel, recunoaștem că o fac și ceilalți oftalmologi români), nenorocește ochiul, având ca urmări posibile, (dacă se mai repetă pe același ochiu), chiar o oftalmie simpatică la celalt ochiu!!

Nu voiu intra aci în descrierea intervenției d-nilor Guist și Lindner la deslipirile de retină.

Ei nu fac ignipunctură, ci cu totul altă intervenție, cunoscută de oftalmologi, și care dă un mult mai mare procent de vindecări și ameliorări și fără urmări nenorocite ca ignipunctura goneniană a d-lui Blatt et C-nie.

Dar dacă cele afirmate de acești doi mari cliniciani vienezi sunt adevărate, exacte (și, după cât știm d-nul D-r Blatt n'are părere rea despre cei doi chirurgi oculiști), atunci cum se explică faptul că se mai continuă și azi operația *Gonin* la București, iar d. Blatt nu se jenează a scrie articole în care îndeamnă pe oftalmologi să meargă înainte, *usque ad finem*, adică până la... orbire!

Aștept cu mare nerăbdare răspunsul d-lui D-r Blatt, și aceasta nu pentru satisfacerea unei curiozități și științifice, etice și psycologice, ci mai mult pentru marele interes al lumii suferinde și al ...corpului medical.

BCU Iași / Central University Library Iași

RASPUNS LA ARTICOLUL „ŞTIINŢIFIC" AL DR-LUI YGREC

de

Docent D-r NICOLAE BLATT

E un obiceiu constant că redacţiile revistelor ştiinţifice să trimeată orice articol cu tendinţă de polemică, mai înainte de a apare, autorului pus în cauză, spre a-i da posibilitatea de a-l combate.

Graţie amabilităţii şi bunăvoinţei a redacţiei revistei „Mişcarea Medicală", am fost în măsură să citesc articolul *„ştiinţific"* al D-lui Ygrec. Am citit multe articole de polemică, în diverse reviste medicale, dar trebue să recunosc că n'am găsit vre-unul scris într'un asemenea ton, cu o astfel de tendinţă. Totuşi voiu răspunde la acest articol ştiinţific, tocmai în interesul „lumii suferinde" şi al Corpului medical.

Ori cine va citi articolul D-rului Ygrec, va observa că conţine o parte pretinsă *„ştiinţifică"*, dar ceeace predomină mai mult e cea de ordin personal.

In ceeace priveşte partea ştiinţifică, constat, că persoana care i-a dat sfaturile oculistice D-lui Dr. Ygrec, i-a făcut un serviciu foarte rău. E o naivitate răutăcioasă şi o ignoranţă adâncă de a vorbi de ignipunctura Profesorului *Gonin*, în modul următor: „Şi au afirmat, că operaţia *Gonin*, pe care a făcut-o D-l Blatt (şi care de altfel, recunoaştem că o fac şi ceilalţi oftalmologi români) *nenoroceşte (sic!) ochiul"*.

E în genere ştiut că deslipirea retinei e o îmbolnăvire foarte serioasă a ochiului, foarte des cea mai periculoasă complicaţie la ochii miopi, şi până în anii din urmă era considerată nu numai ca o boală gravă, ci chiar ca una incurabilă, care nu se vindecă spontan, numai pe cale de operaţie şi numai în cazurile cele mai rare. *Stargard, Goldzieher* şi *Leber*, care aveau experienţe mari pe acest tărâm, o prezintă ca o boală foarte gravă, în cele mai multe cazuri ca incurabilă.

Aşa era părerea generală la cei mai mulţi oculişti până acum zece ani, când *Gonin* în baza unor îndelungate studii patologice şi histologice, introduce ignipunctura a fisurilor retinei — cari trebuesc privite ca punct de plecare la începutul deslipirei retinei — şi înlesnise în multe cazuri vindecarea ablaţiei retinei. De atunci operaţia

Gonin a devenit bunul comun al celor mai mulţi oculişti. Astfel în urma introducerei ignipunncturei în terapia deslipirei retinei, putem spera cu drept cuvânt, că prognosticul acestei boli îşi va pierde caracterul grav şi diagnoza unei ablaţii a retinei nu va însemna pierderea ochiului.

Operaţia *Gonin* e indicată în deosebi la deslipirea retinei miopice şi senile, la cari există în acelaş timp şi o fisură la retină. Avantagiile mari ale operaţiei *Gonin* le văd în împrejurarea că ea ne dă speranţa de vindecare tocmai la deslipiri miopice şi senile, al căror prognostic era din cele mai grele din cauza progresului rapid, totală nimicire a funcţionării ochiului, şi din cauza ţinutei refractare împotriva oricărui tratament.

Principiul ignipuncturei după *Gonnin*, pe care el o numeşte „thermocauterisation oblitérante", constă, cum se ştie, dintr'o puncţură a sclerei şi din introducerea intraoculară a unui thermocauter rosit, cu intenţia de a produce o cicatrisare intensivă şi energică între sclerotică, chordoidea şi retina. *In literatura mondială s'au publicat mai multe lucrări a mai multori autori, despre rezultatele bune şi vindecări cu ignipunctura Gonin la deslipirea retinei.*

Astfel:

Buffil (Arch., d'Ophthalm. H, A. 29. 3. 929), la două cazuri.

Profesor Gonin („Le traitement de décollement retinien". Conc. opht. Amsterdam 13. 661. 1929), la 43 cazuri.

Docent Bruckner, la 6 cazuri, (Conc. opht. Amsterdam, 1929).

Profesor Blascovitz, („Fünf geheilte Fälle von Netzhautablösung, operiert nach *Gonin*" — Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde. 84. 415. 930).

Profesor Vogt, 11 cazuri („Zur Heilung der Netzhautablösung und Ignipunktion des Netzhaustrisses" — Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde, 84. 551. 1930).

Dubois „Décollements rétiniens et traitement opératoire", (Annal. d'oculistique. 166. p. 81. 1929).

Docent Amsler, „La thermoponction oblitérante", Soc. d'ophthaim. de Paris. 1930.

Arruga, la 17 cazuri. („Traitement du décollement de la rétine". Conc. Opht. Amsterdam. 2. 13. 685. 1929),

Profesor Stock, la opt cazuri. („Erfolge der Operation der Netzhautablösung nach *Gonin*"). — Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde 85. 277. 1929).

Profesor Clausem, la cinci cazuri. („Ueber Erfahrungen mit ller Gonin, schen Ignipunktur bei Netzhautablösung"). Kl. M. f. Augenh. 84, 405. 1930).

Profesor Hippel, la şapte cazuri. (Conc. ophth. Amsterdam, 1929).

Profesor Meller, şase cazuri. („Zur Behandlung..." — Zeitschr. f, Augenheilkunde, Febr. p. 207. 1930).

Veil et Dollfuss, „Le traitement du décollement de la rétine", Archives d'ophthalm. p. 403. 1931).

Cavara, (Boll. Ocul. 9. No. 19. 896).

Profesorul Schoenberg din New-York, dă un rezumat foarte favorabil asupra operaţiei lui *Gonin* şi în lucrarea sa („Present status of surgical treatment of retinal detachment", Archives of Ophthalmology, Chicago 1933, Volume 9, number 8), scrie următoarele: „*Blatt* divided detachments of the retina into two classes: (1) the exudative type due to nephritis, syphilis, tuberculosis, diseases of the orbit and nasal sinuses, eclampsia and disturbances of the circulation, which should be treated along medical lines, and (2) the idiopathic type found with myopia and senility and also traumatiic cases. These conditions do not heal spontaneously, nor do they respond to conservative treatment. For these cases *Blatt* advised the Gonin operation".

(„*Blatt* împarte deslipirile de retină în două clase: (1) Tipul exudativ, datorat nefritei, sifilisului, tuberculozei, bolilor orbitei şi a sinusului nazal, eclampsiei şi a turburărilor circulaţiei, cari trebuesc tratate după prescripţii medicale; şi (2) tipul idiopatic, care se găseşte alături de miopie şi senilitate, precum şi cazuri traumatice. Aceste stări nu se vindecă spontan, deasemenea nu se ameliorează prin tratament conservativ. Pentru aceste cazuri *Blatt*, recomandă operaţia lui Gonin").

In lucrarea mea „Erfahrungen mit der Ignipunktion bei Netzhautablösung" (in Graefe's Archiv für Ophthalmologie 1931, Bd. 127. Heft 1), am arătat, că din opt cazuri operate până atunci de mine, s'au vindecat trei. In însemnarea literară la acea lucrare am indicat — 112 — lucrări a diferiţi autori, cari se ocupau cu operaţia *Gonin*.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Când D-l Ygrec scrie despre *Guist* şi *Lindner* — într'un ton grozav de ştiinţific — următoarele: „ei nu fac ignipunctură, *ci cu totul altă intervenţie*, cunoscută de ophthalmologi şi care dă un mult mai mare procent de vindecări şi ameliorări şi fără urmări nenorocite ca ignipunctura goniniană (!) al D-lui Blatt et c-ie", (nomenclatura literară!), trebue să declar pur şi simplu, că nu pot crede că *Guist* şi *Lindner* ar fi făcut într'adevăr acele afirmări, pe cari D-l Ygrec îşi arogă să le aducă în numele lor, căci atunci cum se explică, că Lindner însuşi execută timp de mai mulţi ani operaţia *Gonin*, şi cum e posibil să conceapă mintea omenească, când *Lindner* în lucrările sale confirmă categoric succese bune (11 cazuri vindecate, la 25 de operaţii) = (*Lindner:* „Ueber meine derzeitige Technik der *Gonin*schen Operation". Bericht der deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft 1930; = *Lindner:* „Wiederanlegung der Netzhaut nach Kauterisation nach *Gonin*" — Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 82. 119 (1929).— = *Lindner:* „Ein Wer zur Lagebestimmung von Netzhautrissen". Klin. Monatsbl. für Augenh. 82. 119 (1929).

La Congresul Internaţional de Ophthalmologie din Amsterdam—Haga 1929, s'au ţinut mai multe conferinţe despre Ignipunctura Gonin. Aşa, *Arruga:* „Traitement de décollement de la rétine", (XIII. Conc. Ophthalm. 655. 1929) = *Gonin:* „Le traitement local du décollement rétinien", (XIII. Conc. Ophthalm. 661.

1929) = *Buffil:* „Le Traitement chirurgical du décollement rétinien", (XIII. Conc. Ophthalm. 665. 1929) = La conferinţele cu discuţii au mai raportat despre operaţia lui *Gonin: Prof. Loevenstein, Prof. Brückner, Prof. Igersheimer, Prof. Weill, Pincus, Prof. Pascheff, Prof. Salzer, Prof. Deutschmann.* (XIII. Conc. Ophthalm. 1929, p. 666—667—668—669—670—671) = Şi *Prof. Lindner* a participat cu o conferinţă la discuţii *şi raportează despre vindecări:* „In meiner Klinik wurden unter 22 Fällen von Abhebungen, bei 14, Risse oder Löcher in der Netzhaut nachgewiesen. 11 wurden nach *Gonin* behandelt. *7 dieeser Fälle kamen zur Heilung*".

(„In clinica mea s'au constatat la 22 de cazuri de deslipiri, fisuri la retină în 14 cazuri; 11 s'au tratat după *Gonin*, 7 din aceste cazuri s'au vindecat"). — Oare aceste rezultate favorabile l-au inspirat pe D-l D-r Ygrec la articolul său *„ştiinţific?"*

In anul 1932 a ţinut docentul *D-r Dario Sabbadini*, la „Societatea Ophthalmologică Italiană", din Roma, (a cărei membru corespondent sunt şi eu), o foarte amănunţită conferinţă intitulată: „La Terapia del distacco retinico idiopatico". Această conferinţă a apărut în raportul Societăţii. („Atti del Congresso d'Ophthalmologia",Roma. 1932 (pag. 67—268), în 201 pag., format mare. Acolo este descrisă foarte detailat operaţia *Gonin. Sabbadini* se referă la — 524 — de lucrări din literatură, despre deslipirea retinei. — Nu ar strica D-lui Ygrec, că împreună cu inspiratorul său în materie oculistică, să răsfoiască odată această lucrare. — Vor găsi 80 pagini dedicate operaţiei *Gonin* şi 3½ pag. metodei lui *Guist. Sabbadini* în lucrarea sa, pagina 201, citează — 64 — autori cari au executat operaţia *Gonin* cu succes bun. *Sabbadini* găseşte că operaţia *Gonin* a fost la diferiţi autori în medie aproape 50% fără succes, *în celelalte cazuri cu rezultate favorabile. „Esattamente il 50% di guarigioni assolute,* cifra sensibilmente equale a quelle indicate da Gonin, contando come ni successi anche i casi quariti e poi recidivati, non solo, ma anche quelli tutt'ora in osservazione e sui quali non e ancora detta l'ultima parola".

„Exact 50% de vindecări complecte, un număr aproape egal al acelea indicate de Gonin, socotind ca nereuşite, chiar cazurile vindecate şi apoi recidivate, ba chiar acele acum în observaţie şi despre cari nu s'a pronunţat încă ultimul cuvânt".

In lucrarea sa, *Sabbadini* se referă în mai multe rânduri la lucrarea despre: „Erfahrungen mit der Ignipunktion bei Netzhautablösung" şi reproduce chiar câteva tabele.

D-l Ygrec va putea să-şi satisfacă curiozitatea ştiinţifică: „mai mult pentru marele interes al corpului medical"; citind această lucrare va vedea că autorul se referă la părerea mea în privinţa deslipirei retinei, la paginile: 118—119—120—127—136—138—140—149—166—170—171—174—182—190—195—199—200—201—203. Ba mai mult, vorbind despre metoda lui *Guist,* se referă în mai multe rânduri la constatările mele. (226). Dacă D-l Ygrec ar fi citit astfel de lucrări ştiinţifice, înainte de a scrie acest articol atât de jig-

nitor, chiar şi pentru bunul simţ al cetitorilor, nu i-ar fi fost greu să păstreze „o toleranţă de filosof sau o credulitate de o candoare angelică". (Articolul D-rului Ygrec însă nu e nici decum scris cu o candoare angelică).

In anul 1933, în luna Aprilie, a avut loc la Madrid al 14-lea congres internaţional de oftalmologie. Ca temă principală s'a tratat deslipirea retinei. Raportori au fost *Arruga* din Barcelona, Prof. *Ovio* din Roma şi Prof. *Vogt* din Zürich. Despre operaţia *Gonin*, au mai ţinut conferinţe — 12 — autori. (XIV. conc. opht. Madrid, 1933). Părerea autorilor e favorabilă operaţiei *Gonin*. Profesorul *Vogt*, spune următoarele la pag — 51 — din lucrarea sa: „Die operative Therapie der Netzhautablösung". (Conc. ophthalm. XIV. Madrid): *„Der von Schoeller und Galezowski vorbereitete und von Gonin neu erfundene, erfolgreich durchgeführte Verschluss des Netzhautloches bedeutet wohl bis heute den grössten Fortschritt, der in der Therapie der Netzhautablösung erreicht worden ist"*.

„Die Netzhautablösung bleibt allerdings nach wie vor eines der ernstesten Leiden der Augenheilkunde, sie kann nach wie vor zur Erblindung führen. Aber diese Gefahr ist durch die geschaffene Operationsmöglichkeit, welche eine der Hauptursachen der Netzhautablösung, des foramen retinae, zu beseitigen im Stande ist, geringer geworden. *Rechtzeitiger Eingriff rettet viele Fälle, die sonst verloren geewesen wären"*. (*„Inchiderea foramentului retinae, pregătită de Schoeller şi Galezowski, perfecţionată şi cu succes dusă la capăt de Gonin, marchează într'adevăr până astăzi un progres uriaş ce s'a dobândit în terapia deslipirii de retină"*. („Deslipirea retinei rămâne în orice caz, ca mai înainte, una din bolile cele mai serioase în ştiinţa oculistică, care poate să ducă şi la orbire. Dar prin creiarea posibilităţii de operare, înlăturând foramentul retinei, care este unul din cauzele principale de deslipire de retină, acest pericol s'a micşorat. *O intervenţie la timp e salvatoare în multe cazuri, cari dealtfel ar fi fost pierdute"*).

Şi faţă de această situaţie a faptelor, Domnul Ygrec, în rolul trist şi de plâns de instrument al sfătuitorului său, îndrăzneşte să vorbească de „Gradul de sinceritate" şi să scrie: „Blatt nu se jenează a scrie articole în cari îndeamnă pe oftalmologi să meargă înainte, usque ad finem, adică până la orbire". Şi aceste cuvinte odioase le numeşte el o polemică ştiinţifică?

In referatul lor: *Arruga, Prof. Ovio* şi *Prof. Vogt*, tratează în cea mai mare parte despre operaţia *Gonin*. (*Arruga:* „Etiologia I Patogenia, del Despredimento de la Retina"; = *Prof. Ovio:* „La cura medica del distacco della Retina"); = *Arruga* a prezentat din literatura — 350 — de lucrări referitoare la deslipirea retinei. La lucrarea mea se referă *Prof. Ovie* la pagina 11, şi *Prof. Vogt* la pag. 12.

Metoda operativă a lui *Docent Guist*, urmează asemenea după mersul ideii lui *Gonin*. Fisura retinei să fie închisă; rezultat ce'l obţine pe cale chimică, cu ajutorul leşiei şi a altor materii caustice. Vindecarea pe calea chimică a încercat-o cu 40 de ani mai înainte şi *Schoeller*, în parte cu succes. *Guist* face găuri mici cu ajutorul

Digitized by Google / Central and University Library Cluj

unui trepan, la locul deasupra fisurei retinei în sclerotică şi picură uşor în aceste locuri chorioretinale cu K. O. H., timp de o secundă şi neutralizează cu 1/4% acid acetic. Publicaţiuni despre operaţia *Guist* nu sunt încă suficiente spre a avea o părere definitivă asupra acestui procedeu.

In raportul său la congresul internaţional oftalmologic, ţinut în anul 1933 la Madrid, *Vogt* scrie următoarele, referitor la operaţia lui *Guist* (pag. 12): Es lassen sich auch mit der *Guist*-schen Methode Erfolge erzielen, aber „die bisherigen statistischen Ergebnisse lassen es nicht erkennen, dass die Aetzmethode der korrékt ausgeführten Kauterisation ebenbürtig oder gar überlegen sei. *Die Sehschärfenergebnisse waren bisher keine glänzenden.* Sodann ist die Aetzmethode technisch schwieriger und umständlicher als die Ignipunktur. Eine stundenlange Operation *birgt in sich die vermehrte Gefahr der Infektion*". (Şi cu metoda lui *Guist*, se poate obţine succese, dar „rezultatele statistice de până acuma nu lasă să se cunoască dacă mijloacele caustice sunt deopotrivă sau chiar superioare cauterizării corect executate. *Rezultatele în privinţa vederei n'au fost până acum tocmai strălucite.* Apoi metoda prin mijloace caustice e mai dificilă techniceşte, decât ignipunctura. O operaţie care durează ore întregi *conţine într'însa o primejdie accentuată unei infecţiuni*").

Cât priveşte lucrarea mea: „Cataracta consecutiva ignipuncturei la deslipirea retinei", trebue să remarc că mi-e foarte greu să polemizez cu o persoană, care nu posedă nici cele mai elementare noţiuni de oculistică şi nici nu-şi ia măcar osteneală de a studia literatura, prin raportorul său specialist, înainte de a scrie un atare „studiu ştiinţific obiectiv".

D-l Ygrec spune că lucrarea mea nu a avut nici un motiv pentru publicare, fiindcă „doi cliniciani oculişti, cu reputaţie mondială, vorbeau de această cataractă postoperatorie ca de o noţiune banală"; pe de altă parte însă îmi reproşează de aceste cataracte, scriind în felul acesta: „Dar D-l D-r Blatt, care nu se sfieşte a publica cele patru intervenţii ale D-sale la nenorociţii bolnavi, ci s'au îmbogăţit după operaţii cu câte o cataractă, îndeamnă pe medici să nu se lase impresionaţi de apariţia acestei complicaţii".

Ce sofism răutăcios şi denaturat al adevărului! In lucrarea mea am scris: „*Cu toate acestea, formaţiunea cataractelor este un rău mai mic, decât acela care ar surveni dacă nu s'ar opera deslipirea retinei, raţiune pentru care trebue cauterizat în toate cazurile, unde se poate aştepte sau spera un rezultat convenabil*".

D-r Ygrec nu şi-a dat măcar osteneala să citească articolul meu cu atenţie, dar întortochiază cu tot dinadinsul realitatea, altfel ar fi observat că din cele patru cazuri numai la unul am efectuat eu ignipunctura, celelalte trei pe care le-am menţionat în lucrarea mea, s'au făcut de alţi operatori. Două din acestea chiar de unul din cei mai renumiţi operatori din Viena. Pacienţii au venit în urmă la mine cu cataracta deja formată. Formaţiunea de cataractă după ignipunctură, nu are nici o legătură cu reuşita tehnică a operaţiunii.

Despre aceasta D-l Ygrec nu are nici o idee, şi probabil nici inspiratorul său. La întâiul caz arăt doar lămurit: „O doamnă de 40 de ani, căreia îi *făcusem* de două ori ignipunctură". La celelalte cazuri scriu *„operată"*. N'am ţinut că e necesar să indic la fiecare caz numele operatorului. Această lucrare a mea este numai expunerea unor fapte clinice, întâmplate rar şi nediscutate încă în literatură. E pur şi simplu o ignoranţă şi un neadevăr, că formaţiunea de cataractă după ignipunctura la operaţia *Gonin*, ar fi o „noţiune banală". Am răsfoit toată literatura mondială de până acum despre ignipunctura după *Gonin* şi am găsit numai foarte rar o atare descriere. In marea lucrare rezumativă a lui *Sabbadini:* „La Terapia del distacco retinico idiopatico", (Atti del congresso d'oftalmologia, Roma, 1932), aşa dar în una din lucrările cele mai moderne pe acest tărâm, se afirmă că *Gonin* a observat aceasta formaţiune de cataractă şi redă un caz pe care l'a urmărit singur. *Sabbadini* scrie despre aceasta cum urmează: „Molto piu importanti sono le complicanze del cristallino. Specialmente *Blatt* che practico larghi esperimenti sulla termopunctura nei conigli, esservo in un caso formazione di cataratta. *Fortunatamente i casi nei quali si verifico una cataratta totale dope l'ignipuntura sono molto rari.* (Pagina 201). („Mult mai importante sunt complicaţiile cristalinului. In special Blatt, care face largi experimente despre ignipunctura la iepuri, observă într'un caz formaţiune de cataractă. *Din fericire, cazurile la cari se constată o cataractă totală după ignipunctura, sunt foarte rare").*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şi metoda *Guist* are desavantagiile ei. *Dr. Hugo S. Mc-Keown* a observat următoarea complicaţiune gravă, după operaţia *Guist:* Hemoragii intraoculare la cinci cazuri, endophthalmie la un caz, Hypotomie la 3 cazuri. („Detachment of the retina: Guist operation and Report of Cases". Archiv. Opht. 9:72. Ianuar. 1933).

In ce priveşte aserţiunea D-lui Ygrec de iridociclită gravă la cazurile mele, răspund numai cu două cuvinte: Inexactitate tendenţioasă. Unde a văzut D-l Ygrec cazurile mele şi unde a observat o iridociclită gravă? O irită uşoară, mai multe săptămâni după operaţie, s'a ivit la un caz, cum se va vedea mai târziu, dar care s'a liniştit prin atropină; irită, ca complicaţie se poate întâmpla la orice fel de operaţie, care se execută contra deslipirei retinéi. Aşa a văzut *Gonin* unele cazuri de iritide. Şi prin metodele de operaţie *Lagrange, Sourdille, Guist,* se poate întâmpla aceasta. Dealtfel o ştiu şi acei, *cari nu numai scriu, ci şi citesc,* că o complicaţie frecventă a deslipirii retinei însăşi, fără vre-o operaţie, e tocmai irita. Intâmplător poate să se iveasca irită după efectuarea operaţiei. *(Vogt:* „Toxische Iritis nach Netzhautablösung bei Hypotonia acuta". Klin. Monatsbl. f. Augh. 12—1924). Despre oftalmia simpatică după executarea operaţiei *Gonin,* nu am găsit nicăeri în literatură, nici nu am văzut un asemenea caz.

D-l Ygrec îmi va permite să nu pun o valoare deosebită pe critica „ştiinţifică" a D-sale; mă mulţumesc cu critica altor autorităţi a literaturii mondiale oftalmologice, cari în tot cazul nu

critică în acelaş ton „ştiinţific", ca D-l Ygrec în articolul său. De exemplu următoarele tratate manuale de ştiinţă oculistică: Profesor *Gifford:* „A Hand-book of Ocular Therapeutics", Chicago 1932, pag. 76. Interferenz Therapie. = Prof. *Thiel:* „Die Physiologie und Pathologie des Augendruckes", Handbuch der Ophthalmologie, Schieck & Brueckner: Berlin 1931, pag. 690. = *Prof. Thiel.* „Glaucom", „Handbuch der Ophthalmologie", Schieck & Brueckner, Berlin, 1931, pag. 801 = *Hamburger* „Selbstheilung hoffnungsloser Krankheiten", Berlin = *Sabbadini* în „Atti del Congresso d'Oftalmologia", Roma, 1932.

Aş putea comunica încă o serie în acelaş sens, ca răspuns Domnilor: „Iniţiaţi în elaborările diverselor studii".

In cei 20 de ani ai activităţii mele oculistice am scris — 106 — de lucrări originale, în diferite reviste speciale mondiale, (Graefe's Archiv für Ophthalmologie, Berlin = Klinische Monatsblätter für Augh., Stuttgart = Zeitschrift für Augh., Berlin = Archives of Ophthalmology, Chicago = American Journal of Ophthalmology, Chicago-Annali di Ottalmologia, Roma = Wiener Klinische Wochenschrift = Wiener medizinische Wochenschrift = Mişcarea medicală = Clujul Medical = Revista de chirurgie = România medicală). Osebit am scris — 124 — de referate despre lucrări româneşti, engleze, franceze, germane, ungare în: Archives of Ophthalmology, Chicago = Zentralblatt für die gesamte Ophthalmologie, Berlin = Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, Stuttgart. Nu m'am „jenat" să scriu aceste lucrări, dar m'aş fi „jenat" să scriu vreodată într'un astfel de ton şi într'un atare scop, într'o revistă ştiinţifică, cum o face D-l Ygrec.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lucrarea şi critica „ştiinţifică" a D-lui Ygrec se bazează pe vorbele presupuse de „cei doi mari clinicieni oftalmologi vienezi, cu reputaţie mondială". Aceasta este literatura documentată a D-rului Ygrec.

Cunosc lucrările Domnului Docent *Guist* şi Prof. *Lindner;* dar cred că părerea medicală şi ştiinţifică despre ignipunctura lui Gonin, poate fi acceptată şi de D-l Ygrec sau raportorul său, ea fiind recunoscută şi de Prof. *Meller* din Viena, Prof. *Ovio* din Roma, *Prof. Vogt* din Zürich, *Prof. Bielschovski* din Marburg, docent *Sabbadini* din Roma, Prof. *Schoenberg* din New-York, *D-r Arruga* din Barcelona, *Prof. Elschnig* din Praga şi încă mulţi alţi autori „cu reputaţie mondială".

D-l Ygrec să se bizue şi pe critica Comisiunii Congresului Internaţional de Ophtalmologie, Madrid, 1933, care acceptă şi publică în Buletinul Congresului numai acea lucrare care corespunde cerinţelor ştiinţifice. *Lucrarea mea despre „Cataracta consecutivă" ..." a fost publicată doar în cinci limbi, în buletinul celui de al 14-lea congres internaţional de Ofthalmologie, pag. 210—218, deci înainte încă de a fi publicată în Mişcarea Medicală.*

Privitor la partea clinică din articolul d-lui Ygrec, voiu arăta pe scurt istoricul boalei. La 13 Iunie 1932, a venit la mine d-l D-r Ygrec, cu fiica sa în etate de 26 ani, Doamna M. O., ca să-i examinez ochiul. Situaţia era următoarea: O miopie de grad înalt la ambii ochi, peste 12 Dioptrii.

Visus: la ochiul drept mişcarea mânei observa deabia înaintea ochilor, necorigibil nici la lumina foarte bună, adică cu vedere absolut redus; la ochiul stâng cu 12 Dioptrii 5/10. La ochiul drept opacităţi al corpului vitros şi o foarte întinsă deslipire de retina pe toată partea superioară a globului; hypotonie puternică.

Am explicat imediat d-lui D-r Ygrec, situaţia gravă a ochiului drept şi ca eventuală salvare a acestui ochiu ar fi numai operaţia lui **Gonin.** I-am mai explicat în mod amănunţit, că din cauza întinderii prea mari a deslipirei retinei şi din cauza marei rupturi a retinei, va fi eventual nevoie de două operaţii. I-am mai adăogat că vreau să tratez în primul rând opacităţile corpului vitros şi în urmă voiu păşi la operaţie. D-l Ygrec era de acord. Am dat d-lui D-r Ygrec să citească lucrarea mea în limba germană despre deslipirea retinei. Am făcut injecţiuni subconjunctivale cu Dionin şi proteotherapie intracutană. Astfel am reuşit că după mai multe săptămâni să se limpezească opacităţile corpului vitros. Apoi am executat operaţia lui **Gonin.** După operaţie a survenit o ameliorare în acuitatea vizuală. După zece zile ochiul a avut chiar o tensiune normală, retina era relipită, acuitatea vizuală urcată cu 12 D lentile la 5/30. Această stare s'a menţinut un timp. Cam cinci săptămâni după operaţie s'a ivit o irită, care tratată cu Atropină a avut un efect bun. Insă vederea scăzu din nou, Hypotensiunea se ivi iarăşi şi opacităţile corpului vitros au reapărut. Tratamentul conservativ reînoit aduse într'adevăr o ameliorare, însă deslipirea retinei se ivi din nou. Am recomandat să fac o a doua operaţie a lui **Gonin.**

Pacienta dorea să se ducă la Viena pentru consultaţie. După câteva zile, d-l D-r Ygrec îmi scrie că la Viena s'au mirat că s'a făcut operaţia **Gonin,** deoarece „această operaţie are numai consecinţe nenorocite". După un scurt timp primesc o a doua scrisoare cu rugămintea că după reîntoarcerea pacientei din Viena se reîncep iarăşi tratamentul, însă fără operaţie. Am consimţit, însă pacienta nu a mai venit. In fapt astfel s'au petrecut lucrurile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ce priveşte hypotonia, aceasta nu este o contraindicaţiune a operaţiei. Dimpotrivă, unele cazuri de Hypotonie, îşi recapătă după ignipunctură tensiunea normală a ochilor, după cum am constatat-o de curând personal într'un caz (I. N. din Chişinău), şi precum se raportează şi în literatură. Repetarea operaţiei lui *Gonin* e indicată în multe cazuri, fiindcă fisura retinei poate să fie prea mare, ori se pot ivi mai multe rupturi ale retinei în acelaş ochiu, sau întinderea de deslipire a retinei e foarte mare. Unii autori au repetat la acelaş ochiu două—trei—patru şi chiar cinci operaţii a lui *Gonin,* după care s'a şi realizat un succes bun. Astfel raportează *Vogt* şi *Arruga,* fiecare de un caz ce l'au avut.

Câtva timp după executarea operaţiei la d-na M. O., primesc o scrisoare din partea d-lui D-r Ygrec din Băile Herculane, unde se afla atunci. Reproduc această scrisoare pentru ca articolul D-rului Ygrec să apară într'o lumină mai clară: „Iubite şi mult admirate Domnule Doctor! Imi fac o datorie şi plăcere de a vă mulţumi pentru munca ce aţi depus-o şi o depuneţi — încă à titre gracieux — pentru a vindeca pe copila mea". „Mi-a spus copila mea că nu mai simte acel flattement (al retinei)". „Sper că va

fi bine. Numai să nu mai fie nevoie de încă o puncție". „Eu o să vă mulțumesc la sfârșit, D-le Doctor, în mod eclatant, așa cum știu eu, vulgarizând în România lucrările și opera D-voastră. Cred că este singurul mod de a exprima recunoștința cuiva pentru un savant". Devotat D-r Ygrec, Baia Herculane, 20 Iulie.

Articolul D-rului Ygrec e o dovadă puternică cum știe să mulțumească „eclatant".

De un timp s'a pornit în contră-mi o campanie dușmănoasă însoțită de uneltiri din cele mai nepermise. Am primit și un număr însemnat de scrisori anonime, amenințându-mă în tonul cel mai ordinar. Și așa mai departe. Dar dreptate se va face. Să fie oare acest articol ecoul campaniei ce se duce în contra mea? Orice om cu inimă, cu bun simț, va citi cu dispreț cum se fac născocirile cele mai nedemne, și se denaturează adevărul cu o malignitate neînfrânată ca în articolul D-lui Ygrec și se mai are cutezanța să se vorbească de „chestiune de conștiință" și de un „imperativ moral". Această răutate, aceste calomnii josnice, acest ton ofensator în coloanele unei reviste medicale, acesta este „imperativul moral?"

Am cugetat și mi-am pus întrebarea care poate să fie motivul acestei campanii neomenoase? D-l Ygrec îmi dă în fine răspunsul chiar în articolul său, din care răsună acustica sfătuitorului său: „Un specialist care a știut să atragă la d-sa mai toată clientela oculistică a Capitalei". Iată care e baza științifică pe care se întemeiază articolul D-rului Ygrec.

Acest articol al D-rului Ygrec, cum nici un alt articol, nu mă pot atinge. Această campanie feroce împotriva unui singur om, e detestabilă, însă de o nestrămutată încredere în dreptate îi voiu rezista cu capul sus. Puterea și forța de rezistență o voiu găsi în munca mea neobosită și în bunul simț al medicilor. Colegii serioși și conștiincioși, cari cunosc ce înseamnă „invidia medicorum", desaprobă neîndoios o astfel de ieșire necivilizată. „Aștept cu mare nerăbdare răspunsul — nu pentru satisfacerea științifică..." încheie D-r Ygrec. — Da, da, o știu foarte bine, că D-r Ygrec așteaptă cu o nerăbdare arzătoare un răspuns, just, nu pentru satisfacerea științifică, ci numai să aibe prilej de a da drumul în contra mea iarăș unui „articol științific" în felul cum pricepe D-sa.

Scriți numai D-le Ygrec, scriți mai departe, astfel de articole dacă conștiința vă permite. Nu vă voiu mai da nici un răspuns, căci nivelul înalt științific al acestei reviste merită mult mai bune publicațiuni, decât polemici cu „articole științifice" ca al D-tră.

PRIMEJDIILE SCHIMBARILOR RAPIDE DE SPECIALITATE IN ŞTIINŢA MEDICALA

Răspuns articolului D-lui A. A. în chestiunea ocupărei catedrei de clinică terapeutică

de

D-r I. GHEORGHIAN-POPESCU

Medic primar al spit. Eforiei şi Şef de lucrări al acestei clinice.

In decursul lunei Mai al acestui an am publicat un studiu critic al lucrărei „Chestiuni Clinico-Terapeutică", elaborate de D. agregat dr. Dumitrescu-Mante, în vederea unei eventuale ocupări a catedrei respective, eventualitate din fericire neînfăptuită. Scopul acestui studiu a fost învederarea desăvârşitei nepregătiri a citatului candidat în specialitatea bine delimitată pe care ar dori s'o îmbrăţişeze.

Revista Societatea de Medicine Clinică

Analizând lecţiunile integral publicate de D-sa asupra tratamentului tuberculozei pulmonare am demonstrat, prin procedeul clasic al confruntărei pe două coloane, că materialul expus la pag. 131 din aceste lecţiuni este în întregime împrumutat din tratatul clasic al lui Calmette, reprezentând traducerea credincios făcută, a redacţiunei şi concluziunilor consemnate de marele autor francez la pag. 619—627.

Am mai demonstrat, în această broşură, desăvârşita lipsă de pregătire a neaşteptatului candidat în cele trei ramuri ce formează fundamentul specialităţei, ce D-sa ar voi să îmbrăţişeze: terapeutica experimentală, fizio-terapia şi balneologia. In fine, extrăgând pasagii întregi din aceste lucrări am arătat, că autorul nu numai că nu cunoaşte noua specialitate, în care a avut imprudenţa să se aventureze, dar nici nu ştie să scrie corect româneşte.

Prin constatările şi documentele publicat am ţinut să arăt uşurinţa şi gravele lipsuri de care suferă unele din aşa zise lucrări medicale.

In polemica suscitată de studiul meu a intervenit de curând, d. dr. A. A. care, în numărul 6 al periodicului „Bucureştii Medical", publică o revistă ce are de scop sublinierea meritelor ştiinţifice şi didactice, pe cari D-sa crede că le poate atribui d-lui agregat Dumitrescu-Mante.

Dacă d. dr. A. A. s'ar fi limitat să-şi exercite dreptul ce îl are orice medic de a se pronunţa verbal — aceasta o facem excesiv de frecvent — sau în scris — şi aceasta se întâmplă foarte rar — asupra valorii unui confrate, chiar sub forma anonimatului sau a semianonimatului, aşi fi lăsat nerelevată această intervenţiune. In chipul acesta D. D-r Agregat Dumitrescu-Mante ar fi avut mângâierea unui sprijin, în afară de acel al colaboratorilor săi apropiaţi, al unui nou susţinător care să-şi ia o grea sarcină de a apăra o valoare şi o probitate ştiinţifică puternic zguduită.

De oarece însă D. D-r A. A. a crezut util susţinerei tezei D-sale să polemizeze direct cu mine, desfăşurând o deosebită energie, al cărui rezultat se va vedea mai jos, sînt bine înţeles obligat să răspund pe larg tuturor argumentelor D-sale.

Amploarea ce o dau răspunsului meu se datoreşte faptului că D-sa nu se mulţumeşte să ridice numai chestiunea unei persoane, dar pune în discuţiune un principiu ce comportă un deosebit interes medical; posibilitatea şi condiţiile schimbărei rapide de specialitate.

D. D-r A. A., încercând să utilizeze ca instrument polemic ironia, îşi începe atacul traducând într'o românească cât mai curată numele fecioarei din Orléans, deşi mai corect era Ioana din Arc. Trec peste impietatea de a se cita „à tort et à travers" o eroină ce a fost canonizată de mai mult decât un sfert de veac. Este bizară comparaţia Jeanne-i d'Arc cu un medic practician. Pentru a face mai inteligibilă această comparaţie D-l D-r A. A. transformă urgent bluza mea profesională în „zale" şi calota în „coif" (pag. 80) şi mă vede pornind la luptă în acest echipament războinic, fabricat de inventiva sa imaginaţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tot în scopul legitimărei acestei comparaţii, D-sa bine voeşte a-mi atribui curioasa infirmitate de a auzi voci dumnezeeşti, cari îmi şoptesc neîncetat, cel puţin aşa îşi imaginează D-sa, „nu lăsa la catedră pe nimeni şi în special pe Mante". La rigoare s'ar putea trece cu oare care uşurinţă peste intercalarea unor riscate figuri stilistice, ca „zale" şi „coif" cu toată seriozitatea unei discuţii ce priveşte soarta unei şcoale întemeiate cu o trudă ce nu-i cunoscută în întregime decât celor ce-i aparţin. Ironia eftină a „vocilor dumnezeeşti" nu poate fi trecută cu vederea. Vocile auzite de mine sunt cât se poate de reale şi de controlabile. Pentru a controla acest lucrul nu este necesar ca D. D-r A. A. să-şi îndrepte urechia către văzduh.

Dacă D-sa doreşte în mod sincer să fie obiectiv, să asculte ceeace spune în această chestiune apropiaţii săi colegi. Va constata cu surpriză că, pentru prima dată, opinia medicală, atât de rezervată până acum în chestiunile universitare, şi-a manifestat părerea în mod aproape unanim sub forme, ce au crescut de la mirarea discretă, culminând până la protestările indignate.

Această părere fiind împărtăşită de totalitatea medicilor, ce nu sunt preveniţi în această chestiune, s'a transformat într'un verdict ineluctabil: cine a recunoscut sub propria sa iscălitură că şi-a în-

suşit munca altora, nu mai poate ocupa o catedră universitară, fiindcă a făcut neiertata greşeală de a se descalifica. Nu poate ocupa chiar de ar fi făcut ulterior descoperiri geniale, pe care D-l D-r A. A. neglijează a ni le semnala. Ascultând aceste voci am constatat că opinia medicală, deşi constituită în cea mai mare parte din oameni necăjiţi de exercitarea unei profesii ce zilnic devine mai grea, trecând peste indiferentismul şi toleranţa morală postbelică, mi-a aprobat gestul.

Oportunitatea şi independenţa atitudinei mele au rămas neînţelese numai de cei care s'au angajat prea mult în această luptă. Reconfortul ce mă susţine în lupta ce am început-o, şi voi continua s'o duc atât timp cât va fi necesar, se datoreşte tocmai acestor constatări.

Mai asigur pe D-l D-r A. A. că, aşa cum spune D-sa, am mai auzit o voce, şi mai sigură şi mai precisă decât toate celelalte: aceia a conştiinţei mele. Condus de această voce hotărîtoare mi-am luat, în scris, angajamentul de a părăsi învăţământul în cazul excesiv de improbabil când D-r Agregat Dumitrescu-Mante ar parveni să ocupe catedra, al cărui colaborator sunt de aproape 20 de ani. Acest legământ învederează ori cărei persoane obiective, cât este de imperioasă „vocea" ce aud. In aceste condiţiuni utilizarea ironiilor ieftine, mânuite cu remarcabilă stângăcie, se întorc nu numai în contra acelor ce le fac, dar şi asupra celor ce au norocul să fie atât de deplorabil apăraţi, după cum voi arăta imediat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l D-r A. A. citindu-mi prima broşură, cu o atenţiune vădit deficientă, îmi atribue o dorinţă ce nu am exprimat-o nicăeri: „nimeni nu trebueşte lăsat să ocupe această catedră".

In această chestiune am scris următoarea frază, care cred că e destul de lămurită: „încerc să apăr succesiunea maestrului meu de un intrus, a cărei capacitate şi probitate ştiinţifică nu poate fi comparată cu calităţile marelui dispărut (Theohari), găsindu-se la o mare distanţă (pag. 4)". Tot în aceiaşi pagină, am declarat că mă mulţumesc cu situaţiunea, ce o am şi că nu mă număr printre candidaţi şi că lupt contra unei singure persoane, documentând cu prisosinţă motivele acestei lupte. Cum a putut pricepe D-l D-r A. A., că nu voiesc să las pe nimenea, conferindu-mi inexistenţa unei puteri dictatoriale. Nu numai că nu m'am gândit la acest lucru, dar socotesc că cea mai mare nenorocire ce poate izbi catedra unde colaborez — bine înţeles după aceia ca ea să fie ocupată de D. D-r Agregat Dumitrescu-Mante — este ca să rămână fără titular, năruindu-se aşa cum este sortită să se distrugă orice instituţie lipsită de conducător.

Inainte de a termina chestiunea comparaţiei cu Jeanne d'Arc, comparaţie ce este sortită să rămână epocală în analele polemicilor ştiinţifice, nu pot lăsa nerelevat faptul, că lipsa de similitudine este agravată şi de următoarea considerabilă nepotrivire. Pe când Jeanne d'Arc a luptat cu unul din popoarele cele mai loiale şi mai curajoase, cu Englejii, cel cu care sunt silit să lupt eu, D-l D-r Agregat Dumitrescu-Mante prezintă marele neajuns, de a nu fi înzestrat

cu nobilele însuşiri ale Englejilor. D-l Agregat D-r Dumitrescu-Mante, negăsind cu cale să-mi răspundă personal, cum era firesc şi cum ar face ori cine când este atât de grav atacat, a găsit oportun să fie reprezentat prin patru din elevii săi, cari au desfăşurat o bine intenţionată sforţare de a sări în ajutorul „maestrului" încolţit. In broşura de apărare ce D-lor au publicat, şi pe care desigur că D-l D-r A. A. a cetit-o pentru că o referează, se cuprinde şi avertismentul că, acuzările mele cuprinzând un fals, voi fi chemat la răspundere de „maestru" şi pe „altă cale" decât acea a publicităţii. Am răspuns imediat că aştept cu nerăbdare această chemare, oricare ar fi modalitatea ei. Au trecut de atunci 4 luni şi continui zadarnic să aştept. Va conchide şi D-l D-r A. A. că ameninţări precise, făcute în scris, şi care sunt urmate de aceste regretabile carenţe, nu reprezintă manifestaţiile unui exces de loialitate şi de curaj.

Părăsind tonul ironic, a cărui valoare am examinat-o, referentul trece în partea doua a articolului său la analiza broşurei — răspunsul publicat de cei patru elevi ai D-lui Agregat D-r Dumitrescu-Mante. In chipul acesta D-nul D-r A. A. păşeşte pe terenul solid al discuţiilor serioase, din care realitatea faptelor poate fi desprinsă mai repede şi mai cu uşurinţă. D-sa printr'o elegantă comparaţie, găseşte că mănuşa pe care trebuia s'o ridice D. Agregat, a fost ridicată de elevii săi. Pe cât ştim noi atunci când e vorba de ridicarea mănuşei se prezintă un înlocuitor numai când există o deficienţă fizică din partea celui atacat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l D-r A. A. are impresia că în această broşură se răspunde „punct cu punct" criticilor mele. Zic impresia pentru că tot D-sa binevoieşte să recunoască, pentru a păstra o scânteie de obiectivitate, că „mare parte" din criticile mele aspre sunt neîntemeiate. De unde urmează, în mod firesc, că o parte din aceste critice rămân totuşi îndreptăţite. D-sa ne spune că „la lumina faptelor sau documentelor" se poate ajunge la concluzia că dreptatea nu este „tocmai" de partea mea. Mulţumindu-i pentru fragmentul de dreptate ce binevoieşte a mi-l concede, nu pot trece peste soliditatea concluziilor D-sale.

Documentele, ce le-a utilizat, prezintă un neajuns fundamental: aceia de a ignora ultima mea broşură pe care D-sa sau n'a consultat-o sau neglijează să o citeze.

Această broşură, hotărîtoare pentru elucidarea chestiunei litigioase, răspunde, pentru a ne servi de expresiunea D-sale, tot „punct cu punct" la justificările invocate, învederându-le zădărnicia.

Citind această broşură, D-sa va vedea că toate eroicele sforţări de a împinge Piza până la Riviera italiană, precum şi tentativa inversă de a împinge Riviera până la oraşul citat au rămas infructuoase.

Va afla că, contrar afirmaţiilor D-lui Agregat D-r Dumitrescu-Mante şi ale acoliţilor săi, urea nu este diuretică la bolnavi cu reţenţie de ureie şi că încercarea D-sale, atât de culpabilă, de a injecta zilnic câte 20 de grame din această substanţă la bolnavii ure-

mici cu 3 grame de uree în sânge nu a fost repetată de nimeni. Paternitatea acestei fantazii terapeutice îi revine în întregime.

Se va convinge că diatermia nu este descongestionantă, cum a scris şi a subscris cel pe care-l apără cu un succes atât de discutabil, ci iperemiantă.

Va conveni şi d-sa, cât de inconsistent se scuză cineva când spune că, gravitatea unui plagiat nu există dacă este vorba de lecţiuni.

Va citi şi D-sa, poate cu penibila surpriză a celor ce au luat cunoştiinţă de acest document, unic nu numai în ştiinţa română, dar şi în cea internaţională: un autor ce recunoaşte în scris, cu o deplină seninătate sufletească, că şi-a însuşit un aparat ce l'a prezentat, la început, ca aparţinându-i atât ca concepţie cât şi ca construcţie.

Opresc această rapidă spicuire pentru a nu mă repeta, trimiţând pe referent la consultarea broşurei.

Ii stau la dispoziţie de a discuta oricând materialul ce nu-l cunoaşte.

Din această expunere D-sa va putea, cel puţin, întrezări faptul esenţial în discuţie: că D-l Agregat D-r Dumitrescu-Mante nu cunoaşte balneologia, terapeutica experimentală şi fizioterapia, primii paşi şovăielnici, încercaţi în această specialitate fiind făcuţi deabea după dispariţia regretatului meu maestru, Prof. Theohari.

In partea a treia, şi cea mai importantă, referentul intră în miezul chestiunei, punând în discuţie delimitarea specialităţilor în medicină şi posibilitatea transformărilor ce le pot suferi, după necesităţile învăţământului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noi ne permitem a mai adăuga şi după ocaziunile neaşteptate ce se oferă candidaţilor dornici de a ocupa vre-un loc liber, ori care ar fi el.

In dorinţa de a-şi susţine teza D-l D-r A. A. recurge la o metodă care deşi comodă în aparenţă, este tot atât de primejdioasă în fapt: aceia a precedentelor. D-sa, părăsind impresiile şi părerile, trecând la documentare, înşirând un număr de cazuri în cari profesorii au putut „trece" dela o specialitate la alta, uneori destul de îndepărtate, nu numai fără a păgubi învăţământul, dar aducând şi un real folos.

Voi examina cu îngrijire aceste cazuri pentru a arăta cât de zadarnică este abila încercare ce se face ca D-l Agregat D-r Dumitrescu-Mante, să se furişeze, acolo unde ar dori să ajungă şi unde nu va ajunge, urmând drumul drept şi frumos croit de unii din maeştrii noştri.

Astfel D-l D-r A. A. ne dă exemplul trecerei de la istologie la psihiatrie, punând câteva puncte între aceste două specialităţi, desigur pentru a sublinia lipsa de contact dintre ele. Această trecere ce s'a făcut cu aprobarea unanimă şi entuziastă a întregului corp profesoral şi medical, este aceia a veneratului prof. Obreja.

Dorind să facă o analogie cu aspiraţiile atât de nelegitimate ale D-lui D-r Dumitrescu-Mante D-l D-r A. A. sau ignorează, sau trece cu vederea deosebiri ce sunt fundamentale şi cari ilustrează

dictonul „comparaison n'est pas raison". D-l Prof. Obreja, când a ocupat catedra de psihiatrie, avea îndărătul său cea mai convingătoare garanţie a destoiniciei sale în această specialitate: condusese un timp îndelungat serviciul de specialitate, luat prin concurs, în care-şi desăvârşise cunoştiinţele ce le câştigase la Berlin şi pe care le arătase la concurs, cu o deosebită strălucire, atunci când a ocupat locul de medic primar. D-l Agregat D-r Dumitrescu-Mante nu a funcţionat niciodată într'un serviciu de clinică terapeutică, nu a urmat această specialitate nici în străinătate şi nici în ţară şi, în fine, nu a trecut nici un concurs în această ramură. D-l Prof. Obreja a desfăşurat, în tot timpul cât a ocupat catedra de istologie, eminente însuşiri didactice, pe care nu se găseşte nici un singur elev al său să nu i le fi preţuit. Nu a avut deci trebuinţă să se „formeze" nici din punct de vedere ştiinţific şi nici didactic. Excesiv de modestul aport didactic al D-lui Agregat D-r Dumitrescu-Mante este reprezentat prin lecţiunile sale asupra tratamentului tuberculozei, lecţiuni ce reprezintă parafrazarea sau copierea fidelă a tratatului lui Calmette. Forma acestor lecţiuni este iremediabil viţiată de elementare greşeli gramaticale, ce nu pot fi îngăduite nicăeri, necum în învăţământul superior.

Mai departe D-l D-r A. A. mai are nefericita inspiraţie să aducă exemplul D-lui Prof. Bacaloglu, cu ocazia trecerei de la anatomia patologică la clinica medicală. Vom arăta şi aicea abisul ce separă pe cei doi comparaţi. D-l Prof. Bacaloglu a funcţionat timp de două decenii, înainte de această trecere, ca profesor de clinică medicală. Este oare posibil ca referentul să ignoreze că D-l Prof. Bacaloglu a funcţionat, timp de două decenii, ca profesor de clinică medicală şi a publicat un apreciat volum de clinici, ce se găseşte în mâna oricărui student? In aceste condiţiuni revenirea la catedra de unde a plecat, este cum nu se poate mai naturală. Această ignorare fiind cu totul improbabilă nu este exclus ca, prin o greşeală de succesiune în redactare, D-l D-r A. A. să fi vrut să aducă primul exemplu primei treceri, aceia de la clinică la anatomia patologică. Din nefericire pentru teza D-sale, nici acest exemplu nu este utilizabil. Prof. Bacaloglu şi-a făcut la Paris o teză de anatomie patologică ce este citată în tratatele clasice, a fost mulţi ani şeful de lucrări al Prof. Babeş, a condus o soc. anatomo-clinică, a făcut neîncetat microscopie, examinând mii şi mii de secţiuni. D-l Agregat D-r Dumitrescu-Mante nu a funcţionat în nici un laborator respectiv, nu a făcut nici o experienţă pe animale cu studenţii, necum miile şi miile de examinări citate mai sus.

In sprijinul tezei D-lui D-r A. A. s'ar putea totuşi aduce un exemplu care, în aparenţă, ar putea fi şi mai convingător, acela al regretatului Prof. Petrini-Galaţi, care a „trecut" de la istologie la dermatosifiligrafie. De oarece acum o jumătate de secol nu exista pletoră de chimişti şi asistenţi cari, reuniţi într'un fel de uzină, aparent ştiinţifică să producă o avalanşă de lucrări „în serie", confecţionate în câteva zile, Prof. Petrini-Galaţi a utilizat un procedeu mai simplu şi mai sănătos. A pornit-o la Paris, unde timp

de un an a făcut ucenicia în noua specialitate ce vroia să o îmbrăţişeze, s'a *prezentat la* CONCURS şi a reuşit.

Cum candidatul, pus astăzi în discuţie, nu a putut avea răgazul să studieze un an terapeutica la Paris, *cum concursul s'a desfiinţat* — şi pentru D-sa este o fericire, fiindcă nu-l prea vedem în ipostaza de concurent la profesorat, după ce a căzut de 2 ori consecutiv la concursul de externat de la Eforie, D-l Agregat D-r Dumitrescu-Mante a trebuit să recurgă la procedeul ingenios descris mai sus al lucrărilor precipitate, făcute în serie.

S'a întâmplat însă că publicul medical nu s'a impresionat de impozantă aparenţă a volumului său şi nu s'a mulţumit să i-l foileteze distrat; l'a cetit cu toată atenţia necesară, punând în evidenţă lipsuri şi slăbiciuni care i-a ruinat întregul său plan de luptă, organizat cu o metodă şi o ingeniozitate necunoscută în analele învăţământului nostru. Acest penibil şi neaşteptat accident reaminteşte adâncul adevăr conţinut în aforismul lui Rabelais: „Science sans conscience c'est la ruine de l'âme".

In fine, D-l D-r A. A., pentru a spori multiplicitatea exemplarelor D-sale, mai aduce încă unul: acela al trecerei de la clinica terapeutică la cea medicală. Şi această pildă este rău aleasă. Intr'adevăr clinica terapeutică reprezintă asocierea balneologiei, fizioterapiei şi dieteticei cu clinica medicală. Urmează deci că este exclus ca cineva care face clinică terapeutică să nu cunoască clinica medicală, fiindcă, înainte de a se face tratamentul amănunţit al unui bolnav, la cursul respectiv trebue să i se expună tot atât de amănunţit istoria clinică. Inversul însă nu este adevărat: cel care face clinică medicală nu este obligat să cunoască — înţeleg cunoaşterea din punct de vedere al documentării şi technicei cerute de învăţământul universitar şi nu acel al practicei curente — cele trei specialităţi citate mai sus. Aducându-se acest exemplu tot atât de nepotrivit ca şi acele anterioare, se face greşeala numită în logică „pars pro toto".

SC Editura Enciclopedică Bucureşti

Concluziunea ce D-l D-r A. A. se crede îndreptăţit să tragă din toate aceste exemple nepotrivite fiind cu totul surprinzătoare, nu poate fi lăsată nerelevată. Specialistul integral, după D-sa, mai că nu există, sau este destul de rar. Intr'adevăr, D-sa se întreabă cu mirare de ce se cere „specialistul sută în sută", această „rarisma avis" spunem noi. Introducerea măsurătorii prin centigrade, în aprecierea valoarei unui specialist, constitue o ingenioasă propunere.

Noi rămânem la clasificarea unanim admisă, de specialist şi nespecialist. Intre aceste două noţiuni noi credem că nu există gradaţiuni şi nuanţe, după cum de exemplu nu există gradaţiuni între noţiunea de cinste şi de necinste.

Şi cu toate acestea D-l D-r A. A. încearcă să ne ofere un mijloc de orientare în aceste subtile gradaţiuni, găsind cu cale să introducă în discuţie şi pe D-l Prof. P. Niculescu, luându-l drept element de comparaţie.

Inainte de a trece la analiza acestei ultime comparaţii, ţin să fac o afirmaţie de ordin principial: voi avea grija să mă feresc să fac orice apreciere favorabilă pentru fostul meu coleg de la clinica

terapeutică, actualmente Profesor la Iaşi. Nu voi face nici o apreciere pentru că scopul polemicei mele nu este să facă, în scris, atmosferă nimănui, oricât aşi fi de strâns legat şi nici să dau vre-o indicaţie. Intr'adevăr, ca membru disciplinat al învăţământului nu am căderea să impietez în atribuţiile corpului profesoral, căreia îi este rezervată desemnarea titularului. Imi arog însă dreptul de a mă împotrivi pe calea publicităţei, informând şi documentând opinia medicală, în contra venirei D-lui Agregat D-r Dumitrescu-Mante, fiindcă-i contest atât dreptul cât şi autoritatea ştiinţifică şi morală de a fi şeful meu. Din contra, oricine va avea cinstea să fie chemat în afară de D-sa, va avea în mine acelaş colaborator devotàt pe care l'a avut şi regretatul meu maestru.

Elucidând această chestiune, reproduc, înainte de a discuta, fraza comparativă a D-lui D-r A. A.: „Dar oare Prof. Petruş Niculescu nu este el cunoscut ca balneolog, nu ca terapeutist?" Dacă D-l D-r A. A. vorbeşte ca reprezentant al opiniei medicale, desigur că are dreptate. Publicul, care s'a amestecat mai mult decât oricând în această chestiune, cu incompetenţa caracteristică a profanilor, dacă cunoaşte din practica curentă, ce-i balneologia, nu are decât o foarte vagă ideie despre existenţa terapeuticei. Dacă însă D-sa vorbeşte ca medic, această afirmaţie este excesiv discutabilă. Din motivul expus mai sus nu o voi discuta însă ci voi admite „per absurdum" părerea D-sale. In calitate de colaborator al clinicei terapeutice, ştiu că prima lucrare de terapeutică a D-lui Prof. Niculescu datează de peste 20 de ani, lucrare ce a fost urmată de altele, a căror număr şi valoare, din motivul expus mai sus, le trec bine înţeles cu vederea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Printr'un facsimile reprodus în broşura mea, am arătat că prima lucrare de clinică terapeutică, ce poartă acest subtitlu, a D-lui Agregat D. Dumitrescu-Mante a fost publicată la 29 zile după dispariţia Prof. Theohari.

Dacă D-r A. A. crede că D-l Prof. Petre Niculescu, după 21 de ani de terapeutică nu este încă cunoscut în această specialitate, şi D-sa are deplina libertate să creadă orice, binevoiască să aprecieze cât de cunoscut s'ar putea face D-l D-r Agregat Dumitrescu-Mante în extrem de scurtul timp citat mai sus.

Lucrurile stând aşa, D-sa găseşte totuşi mijlocul să liniştească şi să mângâie opinia medicală cu un aforism căruia îi dă următoarea formă lapidară: „specialistul nu se improvizează, se formează în decursul anilor, la catedra pe care o ocupă". Cu alte cuvinte D-sa spune că dacă cel pe care-l susţine nu-şi cunoaşte specialitatea, să nu avem nici o grijă, mai ales eu care a-şi fi sortit să lucrez sub cel ce vrea să se improvizeze: se va forma cu timpul.

Am regretul de a nu putea împărtăşi acest aforism, după cum nu cred că există vre-un medic neprevenit care să-l aprobe. Inainte de a profesa o specialitate, fie în practica medicală, fie în ramura universitară, o îndelungă ucenicie este absolut necesară. Această ucenicie nu se poate face decât la timpul ei, când medicul este în formaţie, nu după 25 de ani de practică medicală, când noile disci-

pline şi mai ales technica nu mai poate fi asimilată decât de un creier absolut excepţional, Catedra universitară nu-i făcută pentru iniţierea profesorilor, ci profesorii trebuie să iniţieze pe studenţi. Primejdia acestei teorii „ad-hoc" ce aparţine din punct de vedere al formulărei D-lui D-r A. A., iar din punct de vedere al eventualei realizări D-lui Agregat D-r Dumitrescu-Mante, ameninţă nu numai bunul mers al învăţământului, dar şi practica medicală. Cunoaştem cu toţii exemplele din nenorocire destul de numeroase a medicilor grăbiţi cari, în ţară sau în străinătate, petrec câteva luni într'un serviciu pentru a-şi pune apoi firma de specialist. Vor şi ei să se „formeze" pentru a utiliza expresiunea D-lui D-r A. A. pe spinarea bolnavilor atât de potrivit numiţi de decanul facultăţei de medicină din Paris, Roussy „clienţi-cobai", tot aşa după cum cei cu pregătiri didactice neîndestulătoare doresc să se formeze în dauna studenţilor, transformându-i în obiect de experimentare în ceeace am putea numi prin analogie „studenţi cobai".

In momentul când facultăţile de medicină, pentru a curma acest rău ce periclitează exerciţiul şi prestigiul profesiunei noastre, au avut lăudabila iniţiativă să formeze cursuri metodice de specializare, este greu de admis că, ar putea fi chemaţi să ţină aceste cursuri tocmai acei, care sunt dovediţi prin faximile, ce nu pot fi negate, că-şi încep o tardivă iniţiere. Este cu atât mai greu de conceput cu cât profesorul de clinică terapeutică va trebui să ţină cursuri de specializare în balneologie şi în fizioterapie, cari vor dura 1 sau 2 ani.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toate aceste considerente, limpezi şi documentate, nu zguduesc totuşi părerea D-lui D-r A. A. care binevoieşte să acorde D-lui Agregat D-r Dumitrescu-Mante atât sufragiul său, cât şi bine stilizatele sale urări. Bine înţeles că dacă acest aport nu este absolut lipsit de orice onoare, este totuşi excesiv de îndoelnic că sufragiul acordat cu atâta generozitate ar putea cumva influenţa greaua postură a D-lui Agregat D-r Dumitrescu-Mante.

Intervenţiunea D-lui D-r A. A. în această polemică, fie ea autorizată sau nu din punctul de vedere al competenţei, constitue totuşi un progres pe care îl constat cu mulţumire.

Pe când primul răspuns al D-lui Agregat D-r Dumitrescu-Mante — făcut prin cei patru elevi ai săi — nu numai că nu păstra tonul academic, dar era lipsit cu desăvârşire de urbanitate, de data aceasta este sigur că am în faţa mea un alt condei, mânuit mai cu destoinicie decât acel anterior, şi prin urmare, o altă persoană. Pentru acest motiv îi stau cu plăcere la dispoziţie şi mai departe.

Ori cât de aspră, uneori chiar dureroasă este polemica ştiinţifică, prin însăşi definiţia ei, rămân totuşi convins de marea ei utilitate. Ea nu prezintă numai elementul înviorător, ce aerisește atmosfera stagnantă a noianului de lucrări necontrolate, dar mai constitue şi un fel de instrument ce contribue la înlăturarea regretabilei tendinţe, de a se produce cât mai mult, pentru a orbi publicul medical în dauna calităţei, ce nu poate constitui apanagiul lucrărilor făcute în câteva zile.

Către cetitori,

Facem un apel călduros la Cetitorii, **considerați ca abonați** cari primesc de ani de zile revista noastră și **cari au întârziat cu plata abonamentului din prezent și din trecut**, să bine-voiască a-și trimite contribuția, pentru ca să ne ușureze posibilitățile de scoatere și perfecționare ale acestei publicațiuni, cari prezentând

Mișcarea Medicală Românească

sub variatele ei manifestațiuni, constitue adevărate

Arhive generale de medicină românească

de cercetat cu folos de toată lumea.

Administrația.

* * *

Specificul medical românesc

căruia am destinat dela înființarea revistei noestre o rubrică specială, socotim că nu poate fi desprins mai bine decât prin redarea

Folclorului medical românesc

sub aspectele sale multiple de: credințe, metode, descântece populare, administrare de plante și felurite practice de tămăduire a boalelor, etc..

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe temelia acestui folclor medical empiric de medicină populară s'a așezat edificiul medicinei noastre științifice de azi; socotim a face operă tot atât de utilă urmărind pe pământul țării noastre și în datinele poporului românesc acest zăcământ folcloristic, prin care venim în contact cu acela al țărilor și popoarelor învecinate; pe cât prezentând aspectele variate ale mișcării medicale românești din prezent, prin care luăm parte la mișcarea medicală universală.

Pentru studierea și strângerea acestui material „Mișcarea Medicală Română" este indicată: prin scopul ei; — prin existența la Craiova a unui **„Cerc de studii de folclor"**, înființat în anul acesta de către D-l Prof. Dr. I. Cantacuzino;—prin tradiția încă atât de vie la Craiova a rep. Dr. Ch. Laugier, care s'a ocupat toată viața cu studii de folclor;—și mai ales pentrucă în Oltenia cu capitala ei Craiova, centrul și leagănul Românismului, trebuește cu preferință căutat acest folclor medical.

Rugăm stăruitor pe cetitorii revistei „Mișcarea Medicală Română" să ne trimită pentru publicare orice material de asemenea natură.

DIRECȚIA.

III.

ACTUALITĂŢI MEDICALE ROMÂNEŞTI

Fisio-patologie.

D-r D. DANIELOPOLU: **Mecanismul tonusului cardio-vascular.** — La Presse Médicale No. 66/1933.

Tonusul cardio-vascular este starea de contracţie permanentă a inimei şi vaselor datorită factorilor naturali a căror acţiune este permanentă. Excitabilitatea cardio-vasculară este proprietatea acestui aparat şi a nervilor săi de a răspunde la diverşi factori excitanţi. Rezultatul cercetărilor numeroase întreprinse de autor, sunt cuprinse în acest articol care demonstrează că: „starea de contracţie permanentă în care se găseşte cordul şi vasele şi care este tonusul cardio-vascular, este rezultanta acţiunei reciproce a tonusului cardio-vascular direct şi a tonusului reflex, primul amfotrop cu predominenţă simpatică, al doilea amfotrop cu predominenţă parasimpatică, primul provocând pe cel de al doilea, şi al doilea moderând pe primul".

Tonusul cardio-vascular direct este rezultatul acţiunei mediului humoral asupra terminaţiilor simpatice şi parasimpatice ale cordului, vaselor şi centrilor, acţiune controlată şi coordonată de zona reflexogenă tisulară; această zonă reflexogenă (a treia) este rezultată din ansamblul terminaţiilor filetelor centripeete a tuturor ţesuturilor. Tonusul direct este tonusul zonelor intracirculatorii: cardio-aortic şi sino-carotidian.

In sprijinul acestui mod de a vedea autorul aduce o nouă serie de fapte.

D-r I. R.

D-r G. MARINESCU: **Cercetări asupra acţiunei mescalinei.** — La Presse Médicale No. 74/1933.

Mescalina este alcaloidul cel mai important al plantei Peyotl ce creşte în Mexicul central. Din punct de vedere psihic mescalina provoacă trei reacţiuni fundamentale: 1) Modificări de sensibilitate, mai ales optică, manifestate prin visiuni şi audiţie colorată; 2) Euforie; 3) Orientare specială a conştiinţei subiectului.

După ce face o scurtă descriere a lucrările diferiţilor autori cari s'au ocupat cu studiul efectelor mescalinei, autorul publică rezultatele a 18 observaţiuni (5 studenţi în medicină, doi profesoi, 7 pictori, 4 bolnavi), descriind viziunile colorate precum şi sensaţiile subiecţilor cercetaţi.

Asupra beţiei mescalinice, Prof. Marinescu arată că mecanismul ei fisiologic nu a putut fi încă lămurit. Schiţează totuşi o ipoteză neuro-biologică din care rees următoarele:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Turburările vegetative ca midiaza, turb. secretorii ce se întâlnesc în beţia mescalinică sunt în funcţie de un trecător desechilibru al sistemului vago-simpatic. Tot acest sistem este cel care face ca anumite părţi ale personalităţii celui asupra căruia se experimentează să devie mai evidente. Vagotonii se comportă altfel decât simpaticotomii. Asupra celorlalte sensaţii ce provoacă mescalina, autorul crede că „studiul sistematic al cronaxiei este de natură să proecteze multă lumină asupra mecanismului psihozelor mescalinice trecătoare".

D-r I. Rosenstein.

D-ri N. PARVULESCU şi TATARANU: **Cercetări experimentale într'un caz de oedem al feţei reprodus prin** frig. — R. S. M. No. 1/1933, p. 16.

Autorii studiază variaţiile de tensiune arterială şi variaţiunile morfologice sanguine la un bolnav ce a avut un edem acut al feţei cu ani în urmă edem ce s'a reprodus spontan în iernile următoare, edem însoţit de hipoestezie şi obolirea reflexului corneean stâng. Ajung la concluzia că există cazuri de oedem Quinke datorite frigului ce se pot reproduce experimental. Frigul acţionează ca şi hetero-proteinele, probabil că produce în tegumentele sensibilizante o autoproteină toxică anafilactizantă. Aceste cazuri nu se pot desensibiliza prin autoseroterapie, nici prin autohemoterapie.

D-ri DANIELOPOLU şi A. ASLAN: **Cele trei zone reflexogene şi regularea tonusului cardio-vascular în staţiune verticală.** — Academia de Medicină, şedinţa din 6 Iunie 1933.

Autorii arată că dacă un subiect trece din poziţia orizontală în cea verticală, intervine un reflex presor care are drept scop de a ridica presiunea sanguină şi de a accelera ritmul cardiac, pentru a contrabalansa scăderea presiunei în jumătatea superioară a trunchiului şi pentru a asigura o bună circulaţie cerebrală; acest reflex presor este produs prin excitarea zonei relexogene tisulare a membrelor inferioare, prin marea masă sanguină care descinde bruse în jumătatea inferioară a corpului; în acelaş timp, staţiunea verticală diminuă temporar presiunea în zonele reflexogene şi prin urmare tonusul lor depresor. Proba cu atropină, propusă întâiu pentru a stabili tonusul separat al simpaticului şi parasimpaticului, poate servi şi la studiul excitibilităţii vegetative, a tonusului centrilor respiratori şi a altor funcţiuni vegetative şi a influenţei sistemului vegetativ asupra vieţii de relaţie.

I. R.

Medicina experimentală.

D-r LEVADITI: **Cu privire la localizările nervoase ale virusului limfogranulomatos inoculat pe cale peritoneală la maimuţă.** — Acad. de Medecine şed. 23 Mai 1933.

Autorul remarcă în comunicarea sa că rezultatele experienţelor prezentate de D-ri Ionescu-Mihăeşti, Ţupa, Badenski şi Wisner, în şedinţa din 9 Mai, sunt în contradicţie cu cele ale lui Hellenstrom şi Wassen şi ale sale. După inoculare la maimuţă a virusului limfogranulomatos în peritoneu, în sciatic sau în acelaş timp în creer şi peritoneu, Prof. Levaditi nu a observat decât lesiuni de meningită sau de meningo-encefalită monocitară şi aceasta numai după inoculare intracerebrală. Modificările semnalate de Prof. Ionescu-Mihăeşti şi colaboratorii săi, sunt comparabile cu cele cari pot surveni în afara oricărei inocuţări, la maimuţe în captivitate; se impun deci rezerve asupra interpretării faptelor raportate.

I. R.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-ri C. LEVADITI, R. SCHOEN şi A. VAISMAN: **L'état où se trouve le virus syphilitique dans le nevraxe des souris syphilisées par voie intracérébrale.** — Cptes Rendus de la Soc. de Biologie T. CXII, No. 17, Mai 1933, pp. 60-63.

Absenţa treponemei în encefalul virulent al şoarecelui inoculat arată că agentul patogen al sifilisului comportă un ciclu evolutiv în două faze cel puţin, una infra-vizibilă, alta treponemică.

D-r M. Săceanu.

D-ri C. LEVADITI, P. RAVAUT şi J. LEVADITI: **Essais d'adaption du virus lymphogranulomateux (Maladie de Nicolas-Favre) au testicule et au nevrax du lapin.** — Cpts. Rendus de la Soc. de Biologie, T. CXII, No. 16, Mai, 1933, pp. 1672—1674.

Inocularea determină o orchită limfogranulomatoasă cu prezenţa virusului în ţesutul testicular în a 3-a şi a 12-a zi, dar nu există nici cultură adevărată, nici transmisibilitate în serie. Deci virusul nu se adaptează la nevraxul iepurului.

D-r M. Săceanu.

D-ri C. LEVADITI, P. RAVAUT şi J. LEVADITI: **Essai d'adaption du virus limphogranulomateux (maladie de Nicolas-Favre) au testicule et au nevraxe du cobaye.** — Cpts. rendus de la Soc. de Biologie. T. CXII, No. 19, Mai, 1933, pp. 293—297.

Virusul se conservă cam o zecime de zile în ganglionii inguinali ai cobaiului, o zecime de zile în testicul, dar orice tentativă de transmisiune în serie sau de adaptare la nevrax dă eşec.

D-r M. Săceanu.

D-ri M. POPPER şi C. RĂILEANU: **Allergia cutanată cu filtrat tuberculos.** — Presse Medicale No. 53 /1933.

După ce expun cercetările experimentale precum şi cele clinice făcute pe noi născuţi şi pe adulţi, autorii ajung la următoarele concluziuni: Cobaii infectaţi cu filtrate tuberculoase virulente, arată după o perioadă ante-alergică variabilă, o intradermoreacţie pozitivă cu filtrat încălzit. Această reacţie precede în mod constant apariţia allergiei tuberculinice şi trebue socotită ca expresia cutanată a multiplicării în organism a virusului tuberculos filtrabil.

O reacţie asemănătoare se găseşte la noi născuţi; în mod constant, la acei cu mame tuberculoase, în proporţie variabilă la cei de origină normală.

La copiii mai în vârstă sau la adulţi, reacţiile corespund de obicei reacţiunilor tuberculinice, existând totuşi într'un anumit număr de cazuri în mod disociat şi reprezentând în aceste cazuri semnătura unei infecţii predominente datorită virusului filtrant tuberculos.

Allergia cutanată cu filtrat încălzit este semnul patognomonic al unei infecţii cu virus tuberculos filtrant.

D-r I. R.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tub digestiv cu anexe.

D-r HORTOLOMEI: **Cu privire la oportunitatea intervenţiei în pancreatitele acute.** — Soc. de Chirurgie de Paris, 12 Iulie 1933.

In legătură cu o observaţie, autorul reia în discuţie chestiunea pancreatitei oedematoase. Acordul nu este încă stabilit între oportunişti şi abstenţionişti. Intervenţia chirurgicală, în afară de cazurile foarte întârziate, trebue să fie practicată totdeauna. Se poate face o decapsulare a pancreasului dacă glanda este necrozată, se drenează produsele toxice revărsate în peritoneu şi se practică un tamponament îngrijit al regiunei retro-gastrice.

Litiaza fiind adesea cauza pancreatitei, cholecistostomia se impune.

D-r HORTOLOMEI: **Despre riscurile gastropilorectomiei pentru ulcer duodenal situat jos şi terebrant şi despre**

mijloacele de a le evita. — Soc. de Chirurgie de Paris, 12 Iulie 1933.

Resecţiei prin exclusie pentru ulcer al duodenului există avantajul de a opune gastro-pilorectomia largă. Aceasta dă rezultate îndepărtate din cele mai sigure cu toată dificultatea technicei şi cu tot pericolul hemoragiilor post-operatorii, pe cari autorul le atribuie digestiei bontului duodenal de către sucul pancreatic. Autorul descrie diferitele procedee unde la exclusia pilorului se adaugă resecţia mucoasei piloro-duodenale sau distrugerea acestei mucoase cu termo cauterul.

D-r CONSTANTIN BONCIU: **Contribution à l'étude histo-pathogénique de l'ulcère chronique gastro-duodenal. (Cruveilhièr).** — Arch. Roum. de path. exp. et de microb. No. 4/1933, p. 561.

Având posibilitatea de a studia 50 cazuri de ulcero-cronic gastro-duodenal caută a lămuri patogenia acestei afecţiuni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Examenele hystologice a celor 48 cazuri au dat următoarele concluziuni:

1) In toate cazurile de ulcer cronic simplu sau calos a stomacului există şi leziuni de gastrită cronică. 2) Aceste leziuni de gastrite sunt însoţite de o proliferare şi o hiperplazie a foliculilor limfatici. 3) Epiteliul gastric sufere o metaplazie în celulele caliciforme, ce numai este apărat cu mucus de acidul clorhidric şi astfel epiteliul se necrozează şi ia naştere o ulceraţie. Uneori aceste ulceraţii se vindecă, alte-ori evoluiază spre ulcer cronic sau ulcer calos, nu intervice aci nici un microb. 4) Diferiţi agenţi mecanici, chimici, fizici, determină o gastrită amicrobiană cu hipoplazie foliculară care se poate ulcera şi produce un ulcer cronic. Intervine şi starea limfatică a indivizilor predispuşi. Gastritele cronice neulceroase cu simptomatologia clinică a ulcerilor posedă histologic o hipertrofie foliculară. Aceeaşi hipertrofie foliculară se găseşte în ulcerele duodenale ce sunt însoţite de leziuni de gastrită foliculară. Recomandă în caz de intervenţie a ulcerilor gastrice şi duodenale o largă resecţie a stomacului căci inflamaţia cronică foliculară favorizează alt ulcer.

R.H.

D-ri G. ROSENTHAL et M-me CONSTANTINESCU: **Un caz rar de mega-colon pelvian.** — Bul. Soc. de ped. de Iaşi No. 3/1932.

Autorii prezintă cazul unui copil de 9 ani cu febră, balonare abdominală, constipaţie. Colonul cercetat prin clismă cu barit arată un megasigmoid care ocupă aproape tot abdomenul. Placa radiografică arată un colon enorm deschis.

Copilul s'a desvoltat normal până la această vârstă, fapt care împreună cu importanţa examenului prin clismă baritată fac interesul cazului prezentat.

D-r I. R.

D-ri C. MIHAILESCU şi DUMITRESCU-POPOVICI: **Un caz curios de aerofagie.** — Rev. Sanit. Militară No. 7—8/1933.

După ce definesc termenul de aerofagie în sensul „unei totalităţi de turburări, de simptome, pe cari le acuză unii bolnavi cari prezintă o sensibilitate specială şi patologică a stomacului lor faţă de această distensiune gazoasă, autorii redau observaţia unui bolnav cu o distensiune gazoasă abdominală, care se exagerează în raport cu alimentaţia şi care mai este în directă legătură şi cu tensiunea gazoasă a sângelui.

După ce expune diferite ipoteze din care reese că bolnavul nu erea un aerofag prin înghiţire, ajung la concluzia că la baza acestui sindrom este un proces infecţios intestinal cu emanaţii de gaze, la care se adaugă pareza musculaturii gastro-intestinale şi diafragmatice.

D-r I. Rosenstein.

D-ri C. DĂNULESCU, C. DĂNIȚĂ și OLIMPIU GEORGESCU-CARPEN: **Studii noi asupra maladiei numită popular Coleţul.** — Rev. Ştiinţelor Medicale No. 4/1933.

Autorii aduc un nou caz de tetanie gastro-intestinală, denumită popular Coleţul. Maladia se manifestă prin accese de dureri epigastrice, însoţite de vomismente biliare, durând 20 minute, dispărând şi reapărând cu intensitate variabilă timp de 15 zile mai ales primăvara şi toamna.

Din examenul clinic şi electric al acestui caz ca şi din cele publicate anterior, autorii conchid că este vorba de o spasmofilie cu deficit de calciu datorite unui raport insuficient al vitaminelor şi al corpului tiroid, aducând după sine o hiperexcitabilitate neuro-musculară periferică şi vegetativă.

D-r I. Rosenstein

D-r AUGUST VASILESCU: **Consideraţiuni asupra curabilităţii cirozelor ascitogene alcoolice.** — Rev. San. Milit. No. 2—3/1933.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După ce arată că incurabilitatea cirozei nu mai poate fi considerate ca o axiomă şi citează din literatura medicală numeroase cazuri de vindecare clinică, autorul expune cazul unei ciroze ascitogene alcoolice, la care sărurile mercuriale asociate cu diuretina şi regimul declorurat au dus la dispariţia ascitei şi la menţinerea unei stări generale din cele mai bune.

Autorul îşi închee lucrarea cu diagnosticul diferenţial şi etiologic al cirozelor ascitogene.

D-r I. R.

D-ri T. VOICULESCU şi HAGIGHEORGHE: **Lac biliar vidat prin fistulă hepato-bronşică.** — Bul. Cerc. Med. Farm. din Craiova, No. 1/1933.

In observaţiunea ce prezintă, autorii descriu pe larg cazul unei bolnave la care pe faţa superioară şi convexă a ficatului există o colecţie de bilă aseptică, formată prin obstrucţia unui canal biliar intrahepatic şi care colecţie prin aglomerarea continuă a conţinutului său, s'a deschis în bronchii, constituind o fistulă hepato-bronşică şi vomică biliară consecutivă. Prin repetarea mecanismului, lacul biliar se va forma din nou şi va provoca din nou vomică biliară deschizându-se în bronşii.

Această colecţie intrahepatică se deosebeşte de celelalte colecţiuni intrahepatice prin mecanismul de producţie, prin simptomatologie şi pronostic care este extrem de favorabil.

Cazul mai este interesant prin faptul că nu a mai fost descris. După cercetările bibliografice făcute de autori — în tratatele cele mai recente.

D-r I. Rosenstein.

Genito-urinare.

D-ri I. GAVRILĂ şi A. MOGA: **L'Acidose dans les nephrites.** — Journal d'Urologie T. XXXVI, No. 3, Sept. 1933, p. 253—261.

Pornind dela principiul că orice turburare penetronală a rinichiului produce modificare în echilibrul acido-bazic al umorilor, autorii au determinat la 60 nefretici atât rezerva alcalină cât şi pH. sanguin, la unii chiar au fost făcute în serie pentru a urmări evoluţia acidozei. Ei au constatat aproape constant, atât în nefritele acute cât şi în cele cronice, o accentuare a acidozei. Iar coborârea rezervei alcaline este aproape totdeauna paralelă cu gradul retenţii azotate şi cu a creatininei.

Când rezerva alcalină coboară sub 30%, indică un pronostic fatal rapid, iar ridicarea o ameliorare. Cazurile, cari supravieţuesc cu toate că azotemia este mărită, sunt explicate „probabil" printr'o rezervă alcalină normală sau aproape de normală.

D-r M. Săceanu.

D-ri N. HORTOLOMEI şi T. KATZ: **Contribution à l'étude de l'urétrographie.** — Journal d'Urologie, T. XXXVI, No. 4, Oct. 1933, pp. 321—352.

In studiul acesta, limitat numai la uretra anterioară, rezervându-şi dreptul pentru un alt articol pentru uretra posterioară, autorii caută să demonstreze că uretrografia ascendentă, aduce date importante atât din punct de vedere al diagnosticului clinic cât şi din acela al terapeuticei.

După ce au încercat alte medicamente au stabilit preferinţele pentru Uroselectan B ca cel mai puţin nociv atât pentru uretră cât şi pentru viaţa individului, necomportând din acest punct nici-un risc. Pentru explorarea uretrei anterioare ei au utilizat numai introducerea substanţei prin meat cu ajutorul siringei Janet, renunţând complect la metoda descendentă, fie pe cale intravenoasă, fie umplându-se vezica prin sondă, şi în timpul micţiunei se ia clişeul radiografic.

Uretrografia accendentă reclamă o technică perfectă: introducerea substanţei în tot timpul cu aceiaşi presiune, o cantitate de 80 gr. de Uroselectan B, şi radiografia uretrei, centrând raza principală la rădăcina penisului. Poziţia pentru luarea clişeului este descrisă amănunţit de autori. Din punct de vedere al datelor clinice pe care le furnizează uretrografia, studiul este complectat cu 28 radiografii, foarte utile pentru a ne da seama de posibilităţile multiple pe care ni le oferă această metodă nouă în punerea unui diagnostic precis în cazurile în care celelalte technici urologice sunt imperfecte.

Astfel metoda aceasta furnizează date precise în stricturile uretrale, în rupturile uretrei, fistulile uretrale, corpii străini, diverticulile congenitale, etc. Autorii au reuşit să demonstreze amplubeneficiile cari se pot trage din uretrografie, inocuitatea ei cât şi datele atât de precise pe care le dă.

D-r M. Săceanu.

D-r L. STROMINGER: **Quelques considérations cliniques sur la torsion du cordon spermatique.** — J. d'Urologie T. XXXVI, No. 3, Sept. 1933, pp. 287—289.

Torsiunea cordonului spermatic, numită de unii autori pe nedrept torsiunea testiculului, este o afecţiune despre care tratatele clasice vorbesc pentru. Ea se observă în 70% între 15—25 ani, mai frecvent de partea stângă, rar bilaterală, cu o simptomatologie dramatică, care impune diagnosticul dela prima vedere şi reclamă tratamentul chirurgical din primele ore, căci orice întârziere duce la pierderea testiculului şi deci indică castraţia. Pentru protejarea testiculului operaţia trebue făcută în primele 6 ore. Autorul aduce 3 observaţii, dintre cari una cu refuzul intervenţii chirurgicale şi atrofia tresticulului consecutivă (caz ferict)) şi celelalte două cu intervenţie tardivă care au reclamat castraţia, căci examenul testiculului arăta o distrugere complectă a substanţei intermediare. In aceste 3 cazuri, ectopia era absentă şi torsiunea s'a făcut fără nici-un traumatism, efort, etc.

Cu ocazia lor, autorul face o incursie complectă în patogenia, clinica şi terapeutica afecţiunei.

D-r M. Săceanu.

Ginecologie-Obstetrică.

D-r HRISTU: **Hysteropexie, sarcină şi naştere.** — Soc. d'Obstetrique et de Gynecologie de Paris, şed. din 1 Mai 1933.

Autorul publică 8 observaţiuni de femei sterile de un timp variind între 3 şi 8 ani, acuzând dismenoree şi la cari s'a constatat o retroversiune. Autorul a practicat în toate aceste cazuri o ligamentopexie à la Doléris. Pe 8 bolnave, consecutiv operaţiei, a observat 4 sarcini.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r HRISTU: **Sarcină molară cu degenerescenţă dublă ovariană.** — Soc. d'Obstetrique et de Gynecologie de Paris, şed. 1 Mai 1933.

Este vorba de o fată de 14 ani; uterul corespunde unei sarcini de mai mult de 4 luni, deşi oprirea menstrelor nu datează decât de 3 luni. Se constată coexistenţa unei duble tumori ovariene. Din cauza semnelor de intoxicaţie generală şi din cauza stărei generale rele a bolnavei, se evacuează uterul, manevrà dificilă din cauza prezenţei maselor ovariene. Se scurge o mare cantitate de vezicule molare. Părinţii refuză intervenţia abdominală. Un nou examen făcut după trei ani arată o regresiune complectă a ambelor tumori.

D-r MARTHA TRANCU-RAINER: **Recherches histopathologiques sur l'hypertrophie des petites lèvres.** — Arch. R. de Path. exp. et de microb. No. 3/1932, pag. 441.

Studiază histologia nimfei hipertrofiate în 5 cazuri şi găseşte o proliferare epitelială ce nu e homogenă ci parcelară, găseşte stratul lucid ce nu era descris de alţi autori în nimfă. Făcând cupe în serie descrie o regresiune a glandelor sebacee şi o neegală distribuţie a pigmentului cutanat. In 3 cazuri constată o infiltraţie a ţesutului conjunctiv cu mastzellen, care sunt mai numeroase în jurul vaselor, celule rotunde, reniforme, triunghiulare, unele fuziforme pline cu granulaţii bazofile, metacromatice.

R. H.

D-r I. PREDESCU-RION: **Sindromul laringo-genital la femee.** — Gynec. şi Obstetrică No. 9—10/1933, pag. 268.

Atrage atenţia asupra turburărilor laringene la unele femei înaintea menstruaţiei, ca afonie, tuse, hemoptizii şi crede că dese-ori cauza primordială a acestor turburări este tuberculoza.

Trebuesc urmărite cu mare atenţie femeile ce au turburări laringeene în timpul menstruaţiei, multe din ele au o tuberculoză pulmonară incipientă şi secundar o laringită tuberculoasă ce evoluiază repede.

Pronosticul rezervat în tuberculoza laringiană devine sombru în gravitate. Autorul recomandă a se vida uterul în asemenea cazuri.

R. H.

Glande cu secreţie internă.

D-r PARHON: **Asupra sindromului hiperhidropexic (hiperretrohipofizar).** — Soc. méd. des Hôp. de Paris, 9 Iunie 1933.

Autorul descrie acest sindrom, opus celui al diabetului insipid şi caracterizat prin diminuarea cantităţii urinei, augmentarea densităţii urinare, scăderea setei, retenţia exagerată a apei îngerate de unde tendinţa de infiltrare a ţesuturilor, augmentarea greutăţii, întârziere în eliminarea apei îngerate, creşterea duratei de rezorbţie a bulei de edem. Intr'un caz personal injecţia unui diuretic mercurial a dat rezultate excelente.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Igiena socială.

D-r GH. BANU: **Organizarea securităţii în muncă.** — Rev. de igienă socială No. 9/1933.

In continuarea articolului despre securitate în muncă, autorul arată că studiul ştiinţific al problemelor de securitate ţine de un mare număr de discipline, ca ştiinţele technice, chimice, psihologia, statistica.

După ce expune aportul technologiei moderne în domeniul securităţii, autorul insistă asupra valorificării factorului uman, prin ameliorarea condiţiunilor fizice şi morale ale lucrătorului cu ajutorul psihotechnicei. Se va ajunge progresiv la înlocuirea examenului de aptitudini prin cercetarea predispoziţiei individuale la accidente. Autorul preconi-

zează generalizarea comitetelor pentru prevenirea accidentelor.

Autorul se ocupă apoi de legislaţia securităţii, studiind principiile de legislaţie privind condiţiile arhitectonice, localul de muncă, conduita muncitorului, pedepsirea sa pentru imprudenţă, atribuţiunile inspectorilor de muncă în diverse ţări.

La sfârşitul articolului autorul expune pe larg opera preventivă desfăşurată de societăţile de asigurare în toate ţările, în propriul lor interes.

Se ocupă apoi de rolul asociaţiilor patronale şi a diverselor asociaţii naţionale în prevenirea accidentelor. Apoi relevă o întreagă serie de realizări în domeniul colaborării între patron şi muncitor şi în acel al propagandei.

D-r I. Rosenstein.

D-r GH. BANU: **Securitatea în muncă.** — Rev. de igienă socială No. 8/1933.

In continuarea seriei de articole în cari se ocupă de igiena muncii, autorul cercetează metodele de raţionalizarea muncii şi în legătură cu aceasta, de măsurile speciale de securitate.

Astfel la muncile agricole se vor studia cauzele accidentelor: inspecţii prin persoane calificate; propagandă educativă printre ţărani; statistici riguroase; centura de securitate; mânuşi protectoare; măşti metalice; truse de prim ajutor; învăţământul securităţii în şcoli, afişe de securitate.

In diversele industrii: In tipografii: se va păstra litera în cutii cu fund dublu; în industria mercurului: ventilaţia atelierelor, higienă corporală riguroasă; în industria care desvoltă oxid de carbon: aspiratoare prin neutralizare chimică. Astfel autorul înşiră măsurile de securitate ce trebuesc luate în industria benzinei, petrolului, a minelor, etc.

D-r I. Rosenstein.

Infecţioase.

D-ri T. şi D. DUMITRESCU: **Recidivă tetanică, şease luni după tetanosul iniţial.** — Soc. Med. des Hop. de Paris, şed. din 26 Mai 1933.

După o expunere detaliată a cazului, autorii explică recidiva pe care o descriu; socotesc că este în legătură cu persistenţa în organism a germenilor tetanici vii, cari rămân în stare de latenţă, îmbrăcaţi în capsule impermeabile de ţesut conjunctiv. Aceste capsule pot deveni permeabil în urma unui traumatism sau prin intervenţia altor factori astfel că bacilii tetanici să-şi poată exercita din nou acţiunea lor patogenă.

D-r I. R.

D-ri SUHŢAEANU şi PANAITESCU: **Un caz de febră ondulantă.** — R. Sanit. Milit. No. 5/1933, pag. 207.

Comunică observaţia clinică a unui caz de febră ondulantă ce a durat 70 zile, serul bolnavului are reacţia aglutinantă pozitivă cu Brucella abortus 1 : 200 şi o intra-dermo-pozitivă cu acest microb, la care se adaugă sindromul sudoro-algic al febrei ondulante.

Autorii cred că brânzeturile locale sunt responsabile de acest caz, dat fiind că sunt multe oi în regiunea Medjidiei, la care probabil se ivesc asemenea infecţiuni.

Sistem muscular şi nervos.

D-ri SĂRDĂRESCU, I. VASILESCU şi I. MUSTAŢĂ: **Un caz de miopatie primitivă progresivă tip Leyden-Moebius cu turburări de sensibilitate profundă şi superficială.** — Rev. Sanit. Militară No. 10/1933.

Autorii prezintă observaţia unui bolnav cu miopatie primitivă progresivă tip Leyden-Moebius.

Interesul cazului prezentat constă, în afară de raritatea sa, în turburările de sensibilitate superficială şi profundă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ce prezenta bolnavul. O înţepătură de ac cât de profundă nu erea simţită de bolnav, iar o eprubetă cu apă fiartă produce arsuri, fără ca pacientul s'o simtă. Puncţia lombară, din aceleaşi motive, a fost nedureroasă.

D-r I. R.

D-r MAREŞ CAHANE: **Puncţia sub-occipitală în practica medicală.** — Noua Revistă Medicală No. 5/1933, pag. 3.

Autorul a practicat de 2 ani 650 puncţiuni sub-occipitale şi numai în 2% de cazuri a observat uşoară cefalagii. In afară de cazurile de calcificare legamentoasă puncţia lombară este indicată în cazurile de arachnoidită cu blocaj, în meningite localizate şi tumori cerebrale. S'a întrebuinţat apoi această cale în tratamentul meningitei cerebrospinale, tetanosului, encephalitei epidemice, al tabesului, confuziei mintale şi al epilepsiei. Deci calea sub-occipitală ne permite de a lucra asupra cavităţilor cerebrale şi a creerului. Autorul caută a determina experimental centrul respirator cu înţepături bulbare făcute la câine şi găseşte că există mai mulţi centri care reguleazǎ muşchii respiratori. Inţepătura bulbului nu e periculoasă ca să ne împiedece de a întrebuinţa această cale ca mijloc de diagnostic şi tratament.

R. H.

D-ri C. I. URECHIA şi D-na RETEZEANU: **Tumoră în regiunea temporo occipitală, cu crize de „dreamy state".** — Paris Médical No. 38/1933.

„Dreamy state" este după americani un complex de simptome însemnând „o stare de vis", descrisă în tumorile regiunei temporale.

Autorii descriu cazul unei bolnave prezentând halucinaţii visuale de care-şi dădea seama după trecerea crizei şi la care, aceste halucinaţii au fost premergătoare celorlalte simptome ale unei tumori în regiunea temporo occipitală. Moartea subită a bolnavei a făcut ca diagnosticul să fie confirmat la necropsie iar secţiunile histologice au arătat un spongioblastom sau glioblastom.

D-r I. Rosenstein.

D-ri ST. DRAGANESCU şi FL. C. ULMEANU: **Cercetări asupra influenţei oboselei şi alcoolului în randamentul tragerei.** — R. S. M. E. F. No. 3/1933, pag. 89.

Experienţele au fost făcute la un grup de trăgători în vârstă de 26-30 ani. S'a stabilit randamentul tragerei în condiţiile fiziologice normale, apoi din 3 în 3 zile.

1) Tragerea a fost efectuată imediat după o cursă de 3000 m. ce s'a făcut în 15 minute într'un teren variat; 2) S'a executat un tiraj repetat de 30 minute, 45 minute şi 60 minute după ingerarea unei cantităţi de 1.40 gr. rom (70% alcool) pentru greutatea de 1 kgr. greutate; 3) După ingestia aceleiaşi cantităţi de rom indivizii s'au odihnit 30 minute, apoi 15 minute au parcus 3000 metri teren variat. Indată ce au ajuns au efectuat trageri la interval de 15 minute. Media procentajului a fost în condiţiile fiziologice normale 83.5; după oboseală (3000 m. curse) procentajul s'a micşorat până la 66,93. Ingestia de alcool a micşorat cifra la 74.4%, 80% şi 74.6% după intervalele de timp menţionate. In ultima experienţă unde oboseala a fost asociată la alcool, media procentajului este de 75—73,5.

Oboseala a micşorat randamentul tragerilor cu 16,57%. Ingestia de alcool aduce o micşorare de 7.2%, pe când oboseala asociată cu alcoolul scoboară procentajul cu 9,3.

Nu au putut stabili nici o relaţie între stările neuro-vegetative şi randamentul tragerilor.

R. H.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r A. STRUGURESCU: **Fenomene clinice musculare după efort.** — R. S. M. E. F. No. 2/1933, pag. 52.

Comunică un caz clinic de tumori musculare de volumul unei mandarine apărute în doi muşchi diferiţi (dreptul abdominal din partea stângă şi ischiogambierii drepţi) dupe o mişcare violentă. Evoluţia tumorei s'a făcut în 30—35 zile, întoarcerea la normal a fost lentă, dar s'a făcut complect. Autorul elimină posibilitatea unei rupturi musculare macroscopice, crampele musculare, surmenajul muscular sunt excluse. Probabil în urma unui traumatism microscopic au avut loc tulburări de imbibiţie coloidală care au provocat formaţia tumorilor.

D-ri C. URECHIA şi N. ELEKES: **Syphilis cérébeleuse. Difficulté de diagnostic.** — Bul. et Mém. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris, No. 17, Mai, 1933, p. 695.

Un bărbat de 21 ani, care neagă sifilisul, prezintă un sindrom cerebelos, cu hiperalbuminoză intensă, limfocitoză (16 elemente pe mm. c.), reacţiile coloidale parţial pozitive, Bordet-Wassermann negativ în L. C. R. Se crede o tumoare pe care operaţia n'o găseşte. Bolnavul moare după 2 săptămâni cu fenomene de hipertensiune şi de collapsus bulbar. Examenul microscopic al creeruşului arată un ţesut granulomatos şi gome miliare ocupând substanţa albă a lobului cerebelos drept şi impietând puţin pe vermis.

D-r M. Săceanu.

D-ri J. URECHIA, KERNBACH et ELEKES: **Hemorragie du cervelet chez un jeune syphilitique.** — Bul. et Mém. de la Soc. Medicale des Hôp. de Paris No. 13, 17 Avril 1933, p. 503.

Bărbat de 24 ani, sănătos mai înainte, apucat subit de o cefalee intensă, apoi după 2 ore ictus cu pierderea conoştiinţei, moarte după o oră. Autopsia arată o hemoragie voluminoasă în lobul stâng al creeruşului; hemoragia aceasta a invadat ventriculi şi a rupt ventriculul al 3-lea în apropiere de chiasma optică. In artera bazilară, aproape de origina cerebeloasei posterioare o placă de aterom. In regiunea fronto-parietală o îngroşare măreaţă a meningelor şi plăci de leptomeningită. Etiologia sifilitică a putut fi stabilită graţie examenului microscopic care arăta leziuni de arterită de tipul Heubner.

D-r M. Săceanu.

D-ri G. MARINESCU şi A. KREINDLER: **Cercetări asupra constituţiunii motorii.** — R. S. M. E. F. No. 4/933, p. 105.

Există la indivizii normali variaţii motorii individuale.

Aceste variaţii individuale ale motricităţei lor depinde între altele de constituţia vegetativă. Autorii au examinat modul de reacţie a muşchilor obosiţi la indivizii ce au constituţii vegetative-endocriniene sau constituţii somatice diferite. Se produce oboseala muşchiului printr'un curent farocdic tetanizant şi imediat după aceia se făceau măsuri cronaximetrice. Modificările cronaxice după oboseală diferă dela un individ la altul. Astfel variaţia chronaximetrică este minimă la hiperthiroidieni şi foarte importantă la hipothiroidieni. Mai este mică la cei cu constituţie astenică şi mare la cei cu constituţie pecnică. Deci constituţia motrice depinde de un factor endocrino-vegetativ şi somatic. S'ar putea stabili un test pentru a aprecia constituţia motrice a unui individ oare-care.

D-r R. H.

D-ri C. IONESCU-MIHAIEŞTI, A. TUPA, G. BADENSKI şi B. WISNER: **Sur les localisations nerveuses du virus limpho-granulomateuse inoculé par voie péritonéale chez le singe.** — Bul. de

BCU Cluj / Central University Library Cluj

l'Academie de Medicine T. CXII, No. 18, Mai 1933, pp. 652—656.

Printre alteraţiile nervoase constatate, autorii insistă asupra leziunilor de nevrită acută localizată la rădăcinile posterioare aducând frecvent demielinizarea tubilor nervoşi şi o degenerescenţă ascendentă în unele teritorii ale cordoanelor posterioare ale măduvei.

D-r M. Săceanu.

D-ri A. STROE, STATE DRAGANESCU et ST. CHISER: **Contribution a l'étude des paralysies diphtériques (avec un cas anatomo-clinique). Agravation de ces paralysies par la maladie sérique.** — Arch. Roum. de path. exp. et de microbiologie No. 4/1932, pag. 543.

Comunică 2 observaţii clinice de paralizie post difterică la cari serul antidiphteric a avut o acţiune agravantă. In primul caz este vorba de un copil care după o angină difterică insuficient tratată face o polynevrită cu mersul progresiv. In urma administraţiei de ser antidifteric au observat o agravare a turburărilor polynevritice care au trecut mai târziu şi copilul s'a vindecat. In al II-lea caz este vorba de un copil care după o anghină difterică are o polynevrită generalizată cu tendinţa progresivă la care în urma tratamentului serului antidifteric apare boala serului ce agravează turburările nervoase şi produce moartea subită a copilului.

La necropsie găsesc o nevrită interstiţială infiltrativă cu un uşor dar manifest proces de leptomeningită.

Autorii insistă asupra caracterului histologic găsit în ultimul caz, leziunile inflamatorii găsite nu se aseamănă cu leziunile din manifestările sero-anafilactice. Cred că agravarea în urma serului a polynevritei trebue considerată ca o reacţie în focare a boalei serice, la nivelul unor părţi ale organismului (nervi şi nevrax) atinşi de procesul toxi-infecţios al difteriei.

Se deschid orizonturi noi şi discuţii asupra întrebuinţării serului antidifteric în tratamentul polynevritelor post-difterice.

R. H.

Oase.

D-ri V. CLIMESCU şi AL. IANĂŞ: **Osteita fibroasă a rachisului.** — Rev. de Chirurgie No. 7—8/1933, pag. 249.

Osteita fibroasă localizată este aceiaşi cu osteita fibroasă generalizată a lui Rectheinghausen, este o distrofie osoasă beningnă. Se observă între 15—21 ani sub forma de chişti, apoi mai târziu sub formă de osteo-fibrom sau osteită deformantă.

E foarte rar localizată la rachis. Anatomo-patologic ţesutul osos este înlocuit cu ţesut tânăr sărac în săruri calcare. Osteita fibroasă este o reacţie osoasă faţă de turburări nutritive diferite ca o iritaţie mecanică, traumatism, germeni infecţioşi, toxemii, turburări ale secreţiilor glandulare endocriniene, etc.

In osteita fibroasă a rachisului leziunea are aspectul unei tumori vertebrale benigne. Examenul radiografic ne precizează natura afecţiunilor. Evoluţia boalei este lentă. Ca tratament în osteita fibroasă a rachisului autorii recomandă laminectomia.

Comunică observaţia clinică a unei bolnave de osteită fibroasă a rachisului la care s'a constatat la intervenţie (laminectomie), că măduva era comprimată, dar acest proces dura de mai bine de doi ani în cât măduva era sclerozată şi fenomenele de paraplegie au persistat după operaţie.

R. H.

Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj

Piele.

D-ri A. TOMA, BRĂNIŞTEANU şi DANLIA: **Contribution à l'étude de l'electrologie de l'érythème polymorphe (étude experimentale).** — Cpt. Rendus des séances de la Soc. de Biologie T. CXII No. 14, Avril 1933, pp. 1442-1444.

Pe două cazuri de eritem polimorf bulos, inocularea în ganglionii cobaiului de sânge şi a unui fragment de leziune cutanată a fost negativă într'un caz şi în celălalt a dat un bacil acido rezistent ale cărui caractere au fost acelea ale bacilului tuberculos uman.

D-r M. Săceanu.

D-r LEON C. WAINTRAB: **Le Pityriasis versicolor deformé.** — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie No. 8, August 1933, p. 105.

Cazurile de P. V. acromiant (Gougerot) numai sunt o raritate azi, decând s'au vulganizat băile de soare.

Autorul publică două cazuri, prin cari nu se aduce nici-o contribuţie nouă, în afară de-o bibliografie bogată şi ipotezele emise de diferiţi autori pentru explicarea lui.

D-r M. Săceanu.

Pleură-Pulmon.

D-ri TH. MOISESCU şi CIMINO-BERENGER: **Pleuresia chiloasă.** — Bull. Soc. méd. des Hôpit. de Bucarest No. 3/1933.

Dat fiind raritatea pleureziilor chiloasă şi a lipsei de semne de clinice, autorii comunică observaţia unei bolnave căreia i se extrage la prima thoracenteză aproape 2 litri de lichid lăptos cu nuanţe galbene, ce se coagulează în fundul vasului, lichidul dela suprafaţă rămâne cu caracterul lăptos. Filtrat el e opalescent. Citologic e format din leucocite mononucleare, rare hematii şi celule endoteliale. Cred că acest lichid are compoziţia limfei. Cred după examenul radiologic că ar fi vorba de o tumoră pulmonară ce se află în mediastin şi împedecă scurgerea limfei care prin transudaţie se varsă în pleură.

R. H.

Sânge

D-r O. BARASCH: **Un caz de thrombopenie esenţială.** — Bul. de la Soc. de Ped. de Iaşi, No. 3/1932.

Autorul prezintă observaţia unui bolnav în vârstă de 13 jum. ani, care dela vârsta de 5 ani prezintă spontan şi prin presiune, erupţii purpurice şi echimose, epistaxis. Examenul sanguin arată: globule roşii 2.100.000, globule albe 130.50, plachete sang. 60.000, timp de sângerare normal, timp de coagulare 5 ore. Nu au existat semne de regenerare roşie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După un tratament hemostatic urmat de iradieri pe splină, starea generală se ameliorează, dar erupţiile reapare. Trombocitele rămân la 60.000.

D-r I. R.

D-r M. ZAPAN: **Variaţia ureei şi acidului uric din sânge după efort** (curse de 100 m., 1000 m. şi 5000 m.). — R. S. M. E. F. No. 2/1933, pag. 33.

Ca urmare a studiului făcut de Tătăranu şi Covaciu, autorul publică variaţiile ureei şi ale acidului uric la 9 persoane în vârstă de 23—27 ani, înainte şi după antrenament de 40 zile pe stadion. Găseşte că media ureei creşte dela 0.311 % la 0.327 % şi acidul uric dela 0.0385 % la 0.393 %, mărirea corespunde la creşterea numărului hematiilor şi a valorii globulare.

R. H.

Tumori.

D-r I. GOIA: **Contribuţiuni la prognosticul limfogranulomatozei maligne prin raport la 80 cazuri observate.** — La Presse Medicale No. 71/1933.

Datele asupra prognosticului limfogranulomatozei maligne sunt variate după diverşii cercetători astfel că rezultatele pe cari le publică autorul sunt îndeosebi de importante.

Din 80 cazuri observate din 1920, 63 au sucombat. La cazurile decedate durata medie de supravieţuire dela apariţia primelor simptome se cifrează la 2 ani şi 5 luni. La cei în viaţă durata medie de supravieţuire dela apariţia primelor simptome se cifrează la 5 ani şi 4 luni. Media de supravieţuire globală pentru numărul total de 80 ar fi de trei ani şi o lună. Media de supravieţuire după radioterapie este de 14 luni şi 1/10 la cazurile cari au decedat.

Prognosticul în legătură cu vârsta bolnavului arată că dela 50 ani prevaleazâ formele maligne.

Trecând la analiza simptomelor se constată că: O adenopatie care rămâne mult timp localizată indică o evoluţie benignă. Atingerea gangl. retroperitoneali indică o formă gravă. Deasemenea evoluţia malignă le indică splenomegalia, pleuresia, peritonita, complicaţiile rachidiene, febra ridicată sau subfebrilă, precum şi cazurile rebele la radioterapie. Prognostic benign au formele cu localizări intestinale sau cu debut în anumite organe ca ficatul, stomacul.

In cazurile benigne se observă un număr normal de leucocite. Hiperleucocitoza când este constantă indică un prognostic grav. Leucopenia spontană şi durabilă arată un prognostic benign. Hiperneutrofilia arată malignitate. Monocitoza asociată cu un număr normal de leucocite indică o evoluţie benignă, caşi eozinofilia moderată. Eozinofilia peste 12% arată gravitatea maladiei.. Supra plachetosa pornind dela 700.000 se întâlneşte exclusiv în formele grave.

D-r I. Rosenstein.

D-r E. C. CRACIUN: **Despre razele Mitogenetice.** — Cancerul No. 1/1933, pag. 19.

Autorul arată starea actuală a studiului razelor mitogenetice, aceste raze sunt invizibile şi situate în ultra-violet sunt considerate ca productori ai diviziunei celulare indirecte. Gurwitsch arată într'o serie de experienţe de laborator că este vorba de o energie radiantă emisă de celula vie. Nu se ştie ce fel se produc aceste raze. In ceeace priveşte cancerul se crede că celulele ce mor prin proteolyză emit raze capabile de a stimula alte celule.

R. H.

D-r BENETATO-MODVAL: **Acţiunea pituitrinei asupra tumorilor maligne.** — Cancerul No. 2/1933, pag. 179.

Autorul a arătat într'o serie de experienţe pe animale că sub influenţa pituitrinei glycogenul tumorilor maligne scade fără ca tumorile maligne să fie influenţate clinicesţe.

In altă serie de experienţe caută efectul pituitrinei asupra creşterei cancerului experimental, sarcomului Jensen şi găseşte că la animalele tratate, numărul tumorilor progresive este mai mare ca la cele netratate cu pituitrină.

Deci extractul hipofizar ar avea o acţiune stimulantă asupra creşterei tumorilor maligne. Glycogenul se găseşte în urme nedozabile în sarcomul Jensen atât la animalele tratate cu pituitrină cât şi la cele martore.

R. H.

D-r E. C. CRACIUN: **Cercetări experimentale asupra localizărei procesului canceros.** — Cancerul No. 2/1933, pag. 208.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I. Asupra morfogenezei macrofagelor cancerigene ale lui Carrel.

Comparând grefele sub-cutanate ale sarcomului Jensen cu culturile in vitro ale aceleiaşi tumori arată că în vivo cancerizarea şobolanului grefat se face fără participarea macrofagelor lui Carrel. Deci grefele nu pun în evidenţă dualitatea constituţională a tumorilor conjuntive, dualitate care nu se poate aprecia decât cu ajutorul culturilor în vitro.

De unde rezultă că apariţia macrofagelor în vitro ar reprezenta un fenomen de dismorfism experimental căruia autorul i-a propus numele de cataplazie de cultură.

D-r R. H.

D-ri I. I. NITZESCU şi J. IACOBOVICI: **Tetanos visceral tratat prin seroterapie masivă sub anestezia cu paraldeidă intra-venoasă.** — Bull. et mém. de la soc, méd. des Hôpit. de Bucarest No. 3/1933, pag. 33.

Intrebuinţează într'un caz de tetanos visceral injecţii intra-venoase de paraldeidă 6—8 la 100 în soluţie glucozată izotonică ca anestezic general şi insistă asupra toleranţei acestui narcotic şi minimei sale toxicităţi.

Cred că în cazurile grave când e necesar zilnic de o anestezie generală prelungită să se întrebuinţeze alternativ ca hipno-anestezic cloroformul şi paraldeida. Cred că serul glucozat din injecţia intra-venoasă cu paraldeidă are o acţiune binefăcătoare iar glucoza ar micşora toxicitatea toxinei tetanice.

R. H.

Terapeutice

D-ri G. MARINESCU şi KREINDLER: **Incercări de terapie în schizofrenie cu extract de flex choroid.** — România Medicală No. 18/1933.

Cercetările de tratament al schizofreniei cu extract de plex choroid începute de Prof Marinescu în 1925, au fost reluate în 1929. După ce expun justificarea teoretică a acestui tratament, autorii redau trei cazuri de schizofrenie influenţată evident favorabil prin tratamentul cu extract de plex choroid; bolnavii se liniştesc, agitaţia dispare.

Extractul de plex choroid ar lucra modificând starea de simpaticotonie a plexului choroid, transformând-o în vagotonie.

Autorii îşi închee articolul expunând câteva sugestii de tratament al schizofreniei, în lumina datelor recente de histofiziologie şi histopatologie a plexului choroid.

D-r I. Rosenstein.

Prof. D-r GRAÇOSKI şi D-r CAHANE: **Regim de transiţie cu proteine vegetale în tratamentul diareelor infantile.** — Bul. de la Soc. de ped. din Iaşi, No. 3/1932.

Soia este o proteină vegetală conţinând 13,5% apă, 45,19% materii azotate, 2,45% grăsimi, 28,5% hidrocarbonate şi restul celuloză şi cenuşă.

Făina de turnesol se obţine prin degresajul grăunţelor prin procedee chimice. Conţine azot mult, fosfor şi materii saccarifiabile în glucoză.

Autorii întrebuinţează ca regim de transiţie fiertura cu compoziţia fixată de Ribadeau-Dumas:

Făină de orez 10 gr.; Făină de Soia sau turnesol 4 gr.; Zahăr 5 gr.; Extr. de malţ 2,5 gr.; Apă 80 gr.

Un litru de fiertură = 720 calorii. Această fiertură întrebuinţată la 35 de copii dela 6 luni la 2 ani cu turburări gastro-intestinale, dă rezultatele cele mai bune şi prompte. Scaunele se modifică din primele fierturi, ca frequenţă şi calitate.

D r I. Rosenstein.

D-r E. HURMUZACHE: **Un caz de nefrită azotemică cu cloropenie la un sugar, vindecată prin injecţii intraperitoneale cu ser fiziologic.** — Bul. de la Soc. de pediatr. de Iaşi, No. 3/1932.

O nefrită acută cu azotemie uşoară (0,70%), cu cloropenie puternică, survenită la un sugar 5 luni în urma unei stări febrile, se prezintă cu convulsiuni vomismente. Simptomele cedează la a 15-a zi de tratament în urma injecţiunilor cu ser fiziologic.

Autorul atrage atenţia asupra necesităţii analizei de urină la sugari, când cauza vomismentelor nu poate fi găsită, şi asupra utilităţii dosajului clorului sanguin în cazuri de nefrită cu azotemie.

D-r I. R.

D-r E. HURMUZACHE: **Un caz de bronşită capilară la un sugar de 7 luni, vindecat prin injecţii intravenoase de alcool.** — Bul. de la Soc. de Pediatrie de Iaşi, No. 1/1932.

O bronşită capilară cu fenomene grave (dispnee intensă, cyanosă accentuată) periclitând viaţa copilului (7 luni) cedează prompt în urma injecţiilor de alcool, 5 cmc. în soluţie de 33% injectat intravenos.

Dat fiind rezultatul obţinut şi inocuitatea metodei, autorul propune utilizarea largă a injecţiilor intra-venoase de alcool în afecţiunile pulmonare ael sugarilor, mai ales în cazurile în cari numai un tratament eroic poate da rezultate.

D-r I. R.

PREPARATO WASSERMANN

CU BAZA DE

Clorhidrofosfolactat de calciu
Sulfogaiacolat de calciu
Principii balsamice şi calmante

Este indicat în toate afecţiunile căilor respiratorii.

INTREBUINŢARE: 2—5 linguri pe zi, diluate în apă sau simplu.

PENTRU COPII dela 3—7 ani, ½ linguriţă de cafea de 2 ori pe zi, ca mai sus.

PENTRU COPII dela 7—12 ani, o linguriţă de cafea de 2 ori pe zi, ca mai sus.

COMPOZIŢIUNEA.—O lingură conţine

Clorhidrofosfolactat de Calciu	gr. 0,50
Sulfogaiacolat de Calciu	» 0,30
Extract fluid de Aconit	» 0,01
Extracte Balsamice şi Aqua Laurocerasi	Q. S.

Gadil Wassermann

CU BAZA DE OLEU DE FICAT DE MORUN, Lecitină, Iod, Gaiacol, Eucalipt, Mentol.

NUMAI PRIN INJECŢIUNI.

Cutii de câte 10 fiole de 1 c. c. 2 c. c. — 5 c. c.

INTREBUINŢARE:

1 injecţiune pe zi, întrebuinţând, după cazuri, fiole de 1, sau 2 sau 5 c. c., şi întrebuinţând acul obişnuit al seringei Pravaz.

INDICAŢIUNI:

Forme tuberculoase, Limfatism, Rachitism, Scrofula, etc. Cel mai bun în tuberculosa osoasă. Cel mai puternic auxiliar al nutriţiunii generale.

Eşantiloane la cerere D-lor Medici, adresând:

Reprezentanţa Depozitului pentru România: G. CENTONZE. — Bucureşti, 6.

Strada Dr. Clunet, No. 3. — Telefon 360/95.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Metacuprolul" în tratamentul strepto şi stafilococcilor

„METACUPROLUL" este un puternic **antiseptic** şi în acelaş timp un **sedativ** şi **cicatrizant** de prim ordin. Astfel fiind constituc tratamentul prin excelenţă al tuturor lesiunilor infectate ale pielei şi ale organelor genitale, având prin urmare **o acţiune specială asupra afecţiunilor strepto- şi stafilococice,** datorită cuprului, care intră în compoziţia sa. Această acţiune specifică a „Metacuprolului" a fost studiată şi precizată de numeroşi dermatologi şi ginecologi şi în special de către Mauté, Sabouraud, Herain, Noiré, Guibal şi Tarnier.

Comparând „Metacuprolul" cu celelalte medicamente cari se întrebuinţează în afecţiunile strepto-stafilococice se constată că: Apa Alibour este iritantă din cauza sulfatului de zinc ce conţine; sublimatul dă erupţiuni medicamentoase; acidul fenic dă accidente; iodul este caustic; permanganatul este prea puţin eficace; singur Metacuprolul este un antiseptic puternic, care nu este iritant şi care poate fi întrebuinţat multă vreme.

METACUPROLUL este prezentat în comerţ în **Comprimate efervescente** care se disolvă în apă (chiar nedistilată) întrebuinţându-se 1—2 compr. la litru pentru spălături, băi comprese; **fiolele de metacuprol** conţin sulfat de cupru chimic pur 1/200, 2 cmc. pe fiolă. Se fac 1—2 injecţii intravenoase pe zi cu cele mai bune rezultate în furunculosă şi antrax.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

„Dermo-Plastolul" în Dermatologie

Un număr considerabil de medicamente au fost propuse în tratamentul diverselor forme de eczemă şi maladii ale pielei cu o origine analoagă probabilă; foarte puţine au reţinut atenţiunea medicilor. Este iluzoriu desigur a spera că acelaş remediu poate aduce rezultate în toate formele şi mai ales în toate stadiile de evoluţie a unei eczeme. Experienţe făcute la Spitalul Saint Louis din Paris, au arătat că DERMO-PLASTOLUL este un medicament care fiind o pastă poroasă, aseptic preparată, a cărei compoziţie asigură pielei o funcţionare normală, este **indicat** mai ales în **eczemele cari nu interesează decât o mică parte a corpului.** Intr'adevăr, aplicaţiile de Dermo-Plastol suprimă complect pruritul, procură bolnavului linişte imediată şi în câteva zile face să dispară complect plaga eczematoasă.

Dermo-Plastolul se întrebuinţează astfel: se face o **aplicaţie largă pe plaga eczematoasă de 2—3 ori pe zi,** se acoperă apoi cu un tifon aseptic şi se pansează. Băile sunt formal interzise iar regimul alimentar indicat trebue urmat cu toată rigoarea.

Dermo-Plastolul mai are avantajul de a avea un miros agreabil, de a nu rîncezi fiind astfel conservat multă vreme.

IV.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — CĂRŢI — MONOGRAFII *)

D-r M. HAGIEŢEANU: **PERITONITA CRONICA INCAPSULANTA** — Br 91 pag. Ed. «Ramuri» Craiova 1933.

Peritonita cronică încapsulantă, deşi individualizată încă din 1901 şi descrisă ulterior de autorii germani sub numele de Zucker-gussdarm, a fost ignorată de majoritatea chirurgilor până acum doi ani. De atunci s'au publicat tot mai numeroase observaţiuni şi s'au descris caracterele acestei afecţiuni. Astfel fiind, lucrarea D-lui D-r Hagieţeanu este de cea mai perfectă actualitate, mai ales la noi, fiindcă în afară de 2 articole ale D-lor Agreg. Gh. Marinescu, Agr. Gr. Georgescu şi D-r D. Caramzulescu, nu a mai apărut nimic asupra acestei chestiuni în literatura medicală românească.

Prin peritonită cronică încapsulantă, autorul înţelege „o formă specială şi rară de periviscerită abdominală hiperplastică, caracterizată de regulă prin apariţia în mod insidos, la nivelul peritoneului visceral (cu care are raporturi numai de contiguitate) a unei membrane fibrino-conjunctivale, alburie, netedă şi lucioasă, ce tinde să încătuşeze — închizând ca într'un sac, în totalitate sau în parte — masa intestinală subjacentă şi sfârşeşte prin a determina adesea, după ce evoluase sub masca unui polimorfism clinic proteiform, fenomene sub-oclusive sau oclusive grave".

O primă observaţie caracteristică pe care o publică autorul, îi prilejueşte o înfăţişare a acestei afecţiuni.

Sediul pur peritoneal şi **Incapsularea viscerală** constituind cele 2 CARACTERE ANATOMO-PATOLOGICE esenţiale ale afecţiunei, autorul după ce descrie sediul membranei, aspectele ei morfologice multiple precum şi rezultatele histopatologice găsite de diferiţi autori (din cari rezultă că din punct de vedere histopatologic peritonita cronică încapsulantă este „o periviscerită primitivă criptogenetică"), expune pe larg

*) Recensiile se fac în ordinea cronologică a primirii la redacţie a lucrărilor.

ETIOLOGIA şi PATOGENIA acestei afecţiuni.

Dela început exclude ipoteza **originei congenitale**, acea **a insuficienţei valvulei ileo-cecale**, acea **a hipoacidităţii gastrice** şi se opreşte asupra etiologiei traumatice.

Traumatismul operator este susţinut de unii autori că ar fi provocând peritonita cronică încapsulantă. Cercetarea de aproape a cazurilor unde un traumatism a putut fi invocat, precum şi faptul rarităţii cazurilor de peritonită cronică încapsulantă faţă de numărul traumatismelor abdominale, pledează împotriva acestei ipoteze patogenice. Traumatismul poate fi un factor adjuvant, atunci când există **o iritaţie cronică** care predispune la periviscerite. O altă explicaţie propusă de Pistocchi este acea a **mezenteritei retractile.** Acest autor crede că „exudaţiunea peri-viscerală a stratului de fibrină şi stabilizarea sa succesivă sub formă de capsulă, s'ar datora obliterării de numeroase căi limfatice eferente şi stazei intestinale, consecinţă a mezenteritei retractile".

Această explicaţie este respinsă de autor (precum şi acea a **predispoziţiei constituţionale a individului,** a „diatezei conjunctivale propusă de Tiesenhausen şi Lehrnbecher"), oprindu-se asupra **infecţiunei** pe care o socoteşte „în mod indubitabil" cauza peritonitei incapsulante.

Exclude dela început infecţiunile **acute** ca gripa, reumatismul, pneumonia, gonococcia, febra tifoidă, cele **cronice** ca apendicita, sigmoidita, cholecistita, pericolita, metroanexite, incriminate de unii autori în patogenia peritonitelor cronice încapsulante şi se opreşte asupra factorilor **sifilis şi tuberculoză.**

Sifilisul provoacă desigur periviscerite, dar tabloul anatomo-patologic obişnuit al acestora este diferit de cel al peritonitei încapsulante; spre deosebire de aceasta, periviscerita sifilitică este recidivantă, astfel că şi acest factor etiologic se exclude.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tuberculoza este însă adevăratul factor patogenic invocat de autor în foarte numeroase cazuri descrise. In favoarea acestei etiologii pledează consideraţiuni de ordin clinic, anatomo-patologic şi terapeutic.

La aceşti bolnavi se întâlnesc antecedente tuberculoase şi într'un caz al autorului, bolnavul a prezentat în copilărie o coxalgie. Ceace constitue însă un argument de primă valoare în favoarea patogeniei tuberculoase, sunt analizele histopatologice cari au arătat în numeroase cazuri leziuni tipice de tuberculoză foliculară în evoluţie sau o inoculare pozitivă la cobai.

Cazul D-lui Agr. D-r Gh. Marinescu arăta lesiuni de natură tuberculoasă. Numeroase cazuri citate de autor pledează în acelaş sens. D-l D-r Hagieţeanu relatează cu această ocazie un caz tipic de peritonită încapsulantă cu lesiuni macroscopice tuberculoase. Alte trei observaţiuni descrise de autor pledează în acelaş sens accentuând asupra formelor pe cari le poate lua afecţiunea.

TABLOUL CLINIC al peritonitei cronice încapsulantă prin polimorfismul său este foarte greu de schematisat. Autorul arată că diagnosticul „nu a fost pus niciodată înaintea intervenţiei, până în prezent". Aceasta s'a impus prin faptul că în evoluţia ei, maladia s'a prezentat fie sub forma unei tumore fie sub forma unei complicaţiuni oclusive cari cereau o intervenţie chirurgicală de urgenţă, unde se descoperea peritonita cronică încapsulantă.

Intr'un capitol următor, se arată maladiile cu care peritonita cronică încapsulantă a fost confundată (chist al mezenterului, al pancreasului, tumoră

abdominală retro-peritoneală, fibrom uterin, apendicită, obstrucţie cronică a intestinului subţire, peritonită tuberculoasă, etc.).

TRATAMENTUL peritonitei cronice încapsulante este de ordin pur chirurgical. Toţi autorii recomandă **decorticarea integrală a capsulei** şi când aceasta nu este posibilă, trebue să modificăm tensiunea de încătuşare a capsulei şi să redăm intestinului posibilitatea restabilirei transitului suprimat, printr'o simplă **incizie largă a sacului.**

Acolo unde aceste două soluţii nu sunt posibile se practică **anus contra naturii** sau **entero-anastomoză.**

Această lucrare a D-lui D-r *M. Hagieţeanu,* asistent pe lângă Serv. Chirurgical al Spit. Filantropia din Craiova, constitue o monografie complectă a chestiunei, de deosebită valoare şi de vie actualitate.

Ea cuprinde toate datele referitoare, strânse din cele circa 50 observaţiuni publicate până în prezent în literatura medicală universală; deşi observată anatomiceşte pentru prima oară de *Wirchow,* individualizată de *Praxin,* la Congr. chirurgilor ruşi din 1901 şi descrisă în urmă mai amplu de autorii germani sub numele de Zuckergussdarm, adică de Intestin glasurat (Intestin glacé), dar asupra acestei afecţiuni nu s'a revenit decât dela 1931 de către *P. Wilmoth, I. Patel* şi *G. Pistocchi;* iar la noi de către D-ri *Gh. Marinescu, Gr. Georgescu* şi *D. Caramzulescu;* la totalul de circa 50 observaţiuni publicate până în prezent D-l D-r M. Hagieţeanu contribue cu 4 cazuri personale.

Autorul nu se mulţumeşte numai a detalia diferitele observaţiuni, ci le confruntă şi le discută, critică din care caută a degaja caracterele generale de ordin anatomo-clinic şi mai ales etiologic şi patogenic.

Asemenea lucrări de critică migăloasă, obositoare la cetire şi oare cum confuse, se impun când se referă la chestiuni încă nu definitiv resolvate; dar cernerea materialului este cu atât mai necesară şi contribuţia, care vine în plus prin părerea personală şi a criticului, cu atât mai apreciată.

Personal, oprindu-ne în special la Obs. 4, redată la pag. 66—71 şi pe care autorul o consideră ca o dovadă irefutabilă a naturei de ordin tuberculos a procesului, — întru cât am făcut parte dintre medicii internişti consultaţi în prealabil de intervenţia II chirurgicală, pe care am socotit-o de extremă urgenţă — regretăm a nu se fi practicat examenul microscopic pe secţiuni al seg. de intestin ridicat şi chiar inoculări la cobay; pentru-că s'ar fi văzut astfel dacă intervenţia unui factor de ordin tuberculos ar mai fi fost necesară în urma obstacolului mecanic şi a iritaţiei cronice rezultate la nivelul ansei herniate, încarcerate, parţial oclusionate şi reduse ca atare în abdomen printr'un taxis intempestiv.

Insist asupra acestui punct, care se referă la noţiunile de ordin etiologic şi patogenic, îndelung discutate de către autor, care dacă pe drept poate socoti „forma de plasticitate în suprafaţă ca reprezentând speţa anatomică a unui stadiu evolutiv iniţial de alcătuire a capsulei de mai târziu" şi că „procesul de mezenterită retractilă este contimporan cu procesul de încapsulare peritoneală"

iar nu determinant al acesteia, şi că „ambele procese pot fi expresia simultană a aceleiaşi toxi-infecţiuni", dar în schimb opinia că „trebue încriminată în primul rând dintre aceste toxi-infecţiuni, în ce priveşte — tocmai — peritonita cronică încapsulantă, tuberculoza", este pasibilă de obiecţiuni; — pentru-că, în speţă, lesiunile descrise acolo nu implică à tout prix natura lor tuberculoasă; pentru că acele granalaţiuni galbene diseminate cu perderea luciului seroasei în acele locuri, puteau fi simple deposite de fibrină exudată pe cale de organiizare; pentru-că în intervalul scurt dintre I şi a II operaţie o atare eclosiune a infecţiei tuberculoase este mai greu de admis; pentru-că fenomenul transudaţiei sau exudaţiei albuminoase ca albuşul de ou în interiorul canalului intestinal, în caz de compresie cu iritaţie inflamatorie din partea unui proces extraintestinal, este prea cunoscut şi poate fi socotit ca similarul exudaţiei sero-albuminoase de partea ceastălaltă, peritoneală a intestinului.

De aceia părerea autorilor în frunte cu Jüngling, care atribue un rol determinant prezenţei herniilor interne în geneza peritonitei încapsulante (loco cit. pag. 34 şi 74), adică care recunosc importanţa unui traumatism peritoneal cu determinarea unui proces de iritaţie cronică, stasă şi ulterior suscitarea unei infecţii atenuate locale, are cele mai multe şanse de a traduce un mecanism patogenic de producere al peritonitei încapsulante, mai simplu şi mai plausibil, fără ca să fie nevoe de intervenţia unei anume infecţiuni, precum cea tuberculoasă.

Nimic nu se opune ca în anume împrejurări infecţia tuberculoasă să se suprapună ulterior şi chiar să existe de la început, determinând chiar ea factorii locali de stază şi iritaţie cronică, dar ea nu ar fi necesară, precum nu este în stare să realizeze singură în atât de numeroasele cazuri de tuberculoză a organelor din domeniul peritoneal acel proces perritonitic încapsulant.

La lumina acestor consideraţiuni se poate socoti peritonita cronică încapsulantă ca o expresie mai degrabă anatomică decât ca o entitate clinică şi ea poate fi cuprinsă în cadrul comun al perivisceritelor în general.

De altfel autorul a insistat cu o competinţă deosebită asupra factorului general comun: traumatism local — iritaţie cronică — stasă — infecţie locală atenuată, pentru a nu se recunoaşte că lucrarea sa „de longue haleine", aduce o *Contribuţie personală şi originală* în această chestiune, de care îşi leagă numele.

Mai remarcăm importanţa diagnostică a laparotomiei exploratrice, care ar trebui ridicată la rangul de metodă de investigaţie, la care să se recurgă mai des decât se face azi şi care, în cazuri ca acestea constitue ea singură o metodă de tratament, şi în orice caz, o primă etapă a tratamentului.

O bogată bibliografie, care vizează şi chestiunile în conexie imediată cu subiectul, complectează această valoroasă monografie.

D-r M. Cânciulescu.

* * *

D-r EUGEN SPIRT: **TRATAMENTUL CONSTIPAŢIEI** — vol. pag. 128 Tip. «Munca Grafică», Bucureşti 1932.

D-l D-r *E. Spirt*, medic practician în Capitală şi vara la Slănicul Moldovei a strâns într'un volum de 128 pagini, noţiunile referitoare la constipaţie şi tratamentul ei.

Autorul, scriându-l, s'a gândit să ofere marelui public o lucrare de vulgarizare ştiinţifică — ceeace n-a reuşit, pentru-că materialul nu este nici clar tratat pentru a fi uşor înţeles, nici bine sistematizat pentru a fi reţinut, şi pe alocurea este prea pretenţios pentru cetitorul anonim, căruia îi oferă prea mult.

In schimb a reuşit a fi de folos medicilor practicieni, la cari s-a gândit mai puţin, şi cărora de acea în mai multe privinţe le oferă mai puţin.

Autorul denunţă rolul preponderant în această afecţiune al **colitei** şi implicit al infecţiunei; distinge **o Constipaţie simplă** şi o **Constipaţie intestinală cronică.**

Intre cauzele constipaţiei simple de ordin mai mult **mecanic**, supranumită **stânga**, (cu variantele ei: **rectală, sigmoidiană** şi **colică stânga**), autorul socoteşte intervenţia unui factor educativ, unui factor thoraco-abdominal (influenţa mişcărilor respiratorii şi a ptozei abdominale), unui factor alimentar, endocrinian şi denunţă rolul factorilor digestivi şi biliari.

Constipaţia intestinală cronică, zisă şi **dreaptă**, o socoteşte de **natură toxi-infecţioasă**, petrecându-se pe fond de colită şi fiind datorită intervenţiei microbilor, apendicitei cronice, paraziţilor intestinali, excesului de purgative, intoxicaţiunilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această constipaţie realizează o **stasă intestinală cronică**, căreia îi dă tabloul clinic cu: ex. coprologic, ex. fizic al abdomenului, ex. radiologic, semnele digestive, semnele generale, complicaţiile de ordin hepato-biliar şi urinar (sindromul hepato şi entero-renal), formele febrile, turburările conexe tiroidiane, suprarenale, hipofizare, pancreatice, slăbirea, turb. pielei, circulaţiei, muşchilor, nervilor, articulaţiilor, etc., etc.

Face un diagnostic şi prognostic sumare şi trece la tratament, în care introduce factorul educativ şi psihic, un regim de alimentaţie şi băutură anumit, anumite practice şi regulă de higienă; combate elementul ano-rectal în urma constipaţiei prin tratarea lesiunilor ano-rectale (când există), prin înaltă frequenţă, pansamente rectale (precum al lui Friedel), masaj abdominal, electroterapie, spondiloterapie (Abrams prin percuţia apofizelor spinoase ar provoca scaunul); expune diferitele feluri de evacuare ale intestinului prin purgative (asupra acţiunei cărora s-ar fi putut insista mai mult).

La tratamentul medical al constipaţiei cronice, în special aplică regimul în primul rând, câte-va medicamente, puţină bacterioterapie nespecifică şi mai mult specifică (după Besredka); expune tratamentul complicaţiilor, tratamente mai speciale (precum al lui Vandamme), tratamentul termal (în special cu ape de Slănic), trat. helminotiazei, trat de desintoxicare (al lui Guelpa), trat. fizioterapic (prin gimnastica abdominală şi respiratorie, toaletă muşculară zilnică).

La sfârşit arată cum să examinăm un constipat (examen bine condus) şi cum să-l tratăm (conform unor indicaţiuni generale de ordin fisiopatologic bine expuse).

Monografia aceasta constitue mai degrabă un *Tratat al Constipaţiei*, decât *Tratamentul constipaţiei* şi mai ales *Tratamentul constipaţiei la Slănicul-Moldovei*, pentru-că prezintă toate noţiunile referitoare la Constipaţie, la etiologia şi patogenia ei, la aspectele clinice variate, la diagnosticul, complicaţiile şi tratamentul lor; şi le prezintă pe acestea sub aspectul ultimelor cunoştiinţe.

Este o lucrare de sinteză asupra constipaţiei, bine concepută.

Pentru aceasta o şi semnalăm în cadrul acestor recensii.

In special paragrafele relative la fisio-patologia constipaţiei, la acţiunea purgativelor, la compoziţia regimurilor adequate fiecărei forme, la metodele de tratament (printre care vaccinoterapia locală şi metodele de ordin fisioterapic), cari se conformează unor indicaţiuni anumite, sunt mulţumitor documentate.

Toate aceste cunoştinţe atât de interesante ar fi câştigat însă, dacă n'ar fi fost fărămiţate în prea multe paragrafe şi capitole şi n'ar fi fost expuse cu prea mult lux de cuvinte, repetiţii, reveniri şi digresiuni.

Mai multă ordine în expunere, o tratare mai concisă, un mai mare spirit de critică, evitarea repetiţiilor, o tablă de materie care să fi prezentat toate aceste noţiuni disparate scoase din numeroasele manuale şi tratate înşirate la pag. 126 şi 127, dar pe atât de incomplect şi cu atâtea greşeli, pe câte prezintă însăşi „Erata" de pe o pagină ultimă, ar fi pus într'o lumină mai favorabilă această lucrare, care presupune multă muncă şi mai ales sacrificii materiale, şi care, aşa neîngrijită cum este, dar este cetită cu folos atât de medicul practician, cât şi de cel care vrea să-şi reîmprospeteze cunoştinţele.

BCU Iasi / Central University Library Cluj

Vina o poartă numai autorul balneolog, care s'a grăbit şi care scriându-şi cartea pentru marele public, căruia trebuia să-i parvină chiar în toiul sezonului (lucrarea este terminată la 17 August), n'a mai avut timp să-şi ordoneze materialul compulsat şi nici chiar să vadă, necum să revadă corecturile tipografului.

Dar când cetim pe dosurile copertei „De acelaş autor", titlurile a 42 lucrări apărute între 1897 şi 1932 şi anunţarea a încă 3, printre cari un Tratat de Puericultură, atunci vina unui atare autor fecund şi care întoarce medicina pe toate feţele, este de neînţeles; chiar dacă el scrie numai pentru marele public şi pentru un anumit public.

Semnalăm aceste scăderi cu regret, pentru-că personal am tras oare-care folos din cetirea acestei cărţi, de 130 pagini, apărută în 1932 după copertă, şi în 1933 pe cotor şi care este destinată să înmulţească cu încă un op producţia balneologică medicală română, în plină eflorescenţă în ultimii ani, dar de calitate inegală.

D-r M. Cânciulescu.

* * *

D-r B. MANDEL: **CE AR TREBUI SA ŞTIE ORICINE ŞI ORICE BOLNAV DESPRE TUBERCULOZA PULMONARA** — Bucureşti 1933, Soc. de arte grafice «Litera», preţ 40 lei, Broşură de 62 pag.

Cu şi mai mare folos, mai mare plăcere şi în mai scurt timp răsfoeşte cetitorul, când este medic, „cărţulia de faţă" — dupe pro-

pria expresie a autorului, medic asistent la dispensarul de tuberculoză „Alinarea" din Bucureşti — decât monografia recensată mai înainte, pentru-că aici noţiunile sunt prezentate într'o ordine şi ţinută ireproşabile, şi în mod clar, precis şi concis.

In *„Prefaţa"* ce-i scrie, D-l *Conf. D-r M. Popper* socoteşte adresată marelui public această broşură, — aşa cum de altfel o implică însu-şi titlul ei; şi o socoteşte ca „o lucrarre de o deosebită valoare educativă îndreptăţită să năzuiască la recunoştinţa unui mare număr de cetitori".

Prin cuprinsul ei, care tratează fără citate şi nume proprii despre toate cunoştinţele referitoare la tuberculoza pulmonară şi tratamentul ei, această broşură depăşeşte în foarte multe privinţe capacitatea de înţelegere şi reţinere a marelui public indistinct şi ea este mai degrabă destinată unui public mai restrâns, mai cult şi mai prevenit.

In acest public noi cuprindem şi pe medicii de şcoală mai veche, nefamiliarizaţi în deajuns cu noţiunile acestea mai noi, precum şi pe cei cari năzuesc la o semi-aprofundare; aceştia din urmă vor găsi aci semnalate punctele, asupra cărora nu vor avea apoi decât să se documenteze mai amplu din manualele respective.

Bunele intenţiuni ale autorului sunt astfel depăşite de cunoştinţele aprofundate în materie ale specialistului, care vorbeşte pe înţelesul tutulor un langaj simplu, dar cu atât mai ştiinţific.

D-r M. Cânciulescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

HORMONOTERAPIA MODERNA:

HOGIVAL

preparat folicular riguros titrat.

In comerţ: Fiole de 25 U. S. şi de 100 U. S.
Tablete de 100 U. S., 300 U. S.

Preţurile din nou foarte mult reduse!

CHINOIN S.A.

MOSTRE PRIN:

FREDERIC SPODHEIM & Co. BUCUREŞTI. 2 B-d Elisabeta 55

B. — PUBLICAŢIUNI MEDICALE

ARCHIVES ROUMAINES DE PATH. EXP. ET DE MICROBIOLOGIE

No. 3, 4 | 1932

D-r G. MARINESCO: Recherches sur le type Bielschowsky de l'idiotie amaurotique, avec réflexions sur le mécanisme biochimique de cette maladie. — D-r MARTHE TRANCU-RAINER: Recherches histopatologiques sur l'hypertrophie des petites lèvres. — D-r J. NICOLAU: Etude sur les altérations des cellules ganglionnaires de la moelle épinière dans l'inanition et dans quelques avitaminoses expérimentales. — D-ri GEORGES MAGHERU et ALICE MAGHERU: Action de la toxine diphtérique et de l'annatoxine diphtérique sur certaines réactions d'immunité (Anticorps cholériques et hémolysines). — D-r DUMITRU C. RUSSU: Diagnostic de l'infection charbonneuse des peaux brutes par la séro-réaction et la méthode bactériologique (Valeur diagnostique de ces deux méthodes au point de vue de la police sanitaire). — D-r E.-O. CRACIUN: Modfiications biologiques des tissus épithéliaux cultivés (in vitro". Deuxième loi de Carrel. Loi de Champy. Cataplasie épithéliale de culture, No. 3/1932.

B.U.C.Iaşi / Central University Library Iaşi

D-ri A. STROE, STATE DRAGANESCO et ST. CHISER: Contribution à l'étude des paralysies diphtériques (avec un cas anatomo-clinique). Aggravation de ces paralysies par la maladie sérique. — D-r CONSTANTIN BONCIU: Contribution à l'étude histo-pathogénique de l'ulcère chronique gastro-duodénal (Cruveilhier). — D-r V. JUCA: Les mécanismes sécrétoires dans les trophocytes des larves des Chironomides à hémoglobine. — D-r N.-H. SWELLENGREBEL: Le paludisme dans les deltas. Etudes sur le paludisme dans le delta du Rhin, No. 4/1932.

* * *

BUCUREŞTI MEDICAL

No. 4—5, 6, 7—8 | 1933

D-r DEM. EM. PAULIAN: Angiomatose de la pie-mère, épilepsie jacksoniemne, opération, guérison. — D-r L. STROMINGER: Fragment de sonde brisée dans la vessie, extraction par la taille. — D-ri CANTACUZINO şi MANICATIDE: Ancheta asupra conduitei terapeutice în difterie. Introducere, No. 4—5/1933.

D-r C. DECULESCU: Combaterea mortalităţii în România. — D-ri GRAÇOSKI şi I. NICOLAU: Ancheta asupra conduitei terapeutice în difterie. (Păreri), No. 6/1933.

D-ri G. ETIENNE et N. NEIMAN: L'infection rhumatismale abarticulaire. — D-r M. SCHACHTER: Considérations sur le traitement des anémies avec les acides aminés hématogènes. — D-r I. SINGER: Rezultate în tratamentul gutei şi al maladiilor reumatismale. — D-ri A. STROE şi MILIAN: Ancheta asupra conduitei terapeutice în difterie; continuare; păreri, No. 7—8/1933.

* * *

BULETINUL MEDICO-TERAPEUTIC

No. 6—7 şi 8—9 | 1933

D-r PAULIAN EM. DEMETRU: Lipomatoză asimetrică şi dureroasă cu sinestalgii. — D-ri C. MICHAILESCU, I. DIMITRESCU POPOVICI şi ION A. STANCESCU: Maladia lui Hodgkin. Limpl ogranulomatoza maligna. — D-r STANESCU: Doctrina lui Freud în vederile medicinei legale, No. 6—7/1933.

D-ri JIANU A., DEM. PAULIAN şi I. BISTRICEANU: Tuberculom solitar al cerebelului simulând un neoplasm. — D-r STANESCU: Doctrina lui Freud în vederile medicinei legale. — D-r M. SCACHTER: De la signification du phenomène de Chvostek, No. 8—9/1933.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

CANCERUL

No. 1 şi 2 | 1933

D-r IULIU MOLDOVAN: Institutul „Iuliu Maniu" pentru studiul şi profilaxia cancerului. — D-ri BARONI V. şi COMŞIA O.: Acţiunea tratamentului cu extrase de sarcom magneziat asupra sarcomului Jensen la guzgani. — D-r E. C. CRACIUN: Despre razele mitogenetice. — D-r CONST. STANCA: Ginecologia în lupta anticanceroasă. — D-r CONSTANŢA CELERIANU MITREA: Dare de seamă asupra mişcării bolnavilor dela 15 Martie 1929, (data înfiinţării institutului) şi până la 31 Decemvrie 1931. — D-r RUBIN POPA: Consideraţiuni statistice asupra cancerului, în legătură cu statistica mortalităţii prin cancer în Cluj, între anii 1896—1931. — D-r OVIDIU COMŞA: Problema etiologiei cancerului. — D-r M. BENETATO-MODVAL: Pituitrina şi glicogeneza în tumorile maligne. — D-r TRAIAN RAŢIU: Procedee operatoare de ameliorare în procesele maligne inoperabile ale aparatului utero-anexial. — D-ri C. CELARIANU-MITREA şi M. BENETATO-MODVAL: Un caz de epiteliomatoză cutanată multiplă. — D-r RUBIN POPA: Consideraţiuni asupra cordomelor sacrococcigiene în legătură cu un caz personal. — Regulament de organizare al Institutului „Iuliu Maniu" pentru studiul şi profilaxia cancerului, No. 1/1933.

D-ri V. BARONI şi O. COMŞIA: Imunitate antitumorală obţinută cu ajutorul grefelor de ţesut embrionar şi placentar. — D-ri V. BARONI şi O.

COMŞIA: Tumorile benigne conferă vre-o imunitate faţă de sarcomul experimental? D-ri GRIGORE BENETATO şi M. BENETATO-MODVAL: pH sanghin la canceroşi în diferite stadii de evoluţie a boalei. — D-r M. BENETATO-MODVAL: Acţiunea pituitrinei asupra tumorilor maligne. — D-ri ALEXANDRU-POP, I. DANICIO şi RUBIN POPA: Studiu anatomo-clinic asupra sporotrichozei umane în legătură cu un caz personal. — D-r C. STANCA: Note clinice asupra cancerului colului uterin şi sarcină. — D-r RUBIN POPA: Mortalitatea prin cancer în Cluj în 1932. — D-r C. E. CRĂCIUN: Cercetări experimentale asupra localizării procesului canceros. — D-r LEONIDA POP: Observaţiuni la traamenttul cu Röntgen al cancerului cutanat. — D-r TRAIAN RAŢIU: Consideraţiuni asupra metastazelor discontinue ale cancerului colului uterin, No. 2/1933.

* * *

CLUJUL MEDICAL

No. 7, 8 şi 9 | 1933

D-ri CRISTEA GRIGORIU şi TR. POPOVICIU: Este bine să evacuăm sângele în revărsările peritoneale aseptice? — D-r G. P. PAMFIL: Descoperirea şi identificarea anionilor din acizii liberi sau sărurile lor. — D-ri GH. POPOVICIU, GR. BENETATO, N. MUNTEANU şi M. SORESCU: Contribuţiuni asupra metabolismului creşterii. — D-r L. POPP: Un caz de micoză leptotrixiană tracheală vindecată prin radioterapie. — D-r I. MANTA: Titrarea biologică a medicamentelor. — D-r OVIDIU PECURARIU: Tromboza mezenterică, în legătură cu două cazuri. — D-ri MAREŞ CAHANA şi VIRGIL VASILCA: Privire generală asupra biochimiei bilei. Cercetări preliminare asupra calciului din bilă. — D-r MIHAIL UJHELYI: O cură simplă eficace de slăbire. — D-r IULIU WEINSTEIN: „Perparina Chinoin" un derivat sintetic al papaverinei în spasmele esofagiene după intoxicaţiile cu sodă caustică, No. 7/1933.

D-r I. MINEA: Regenerarea intraaxonală a fibrelor nervoase centrale şi periferiec. — D-r D. MICHAIL: Pigmentarea papilei nervului optic. — D-r NIC. SOLONENCO: Lupta antiveneriană la sate. — D-r H. V. ROTH: Patogenia, diagnosticul şi tratamentul tulburărilor circulatorii acute în practica chirurgicală, privite în lumina cercetărilor moderne. — D-r T. SPÂRCHEZ: Toxiinfecţie alimentară produsă prin bacilul enteridis Breslau. — D-ri COSMA DUMITRU şi SCHELLEMBERG RICHARD: O epidemie gravă de difterie combătută prin imunizarea activă cu anatoxină difterică. — D-ri ENGELBERG şi KALLÉS: Insulina în profilaxia şi terapia oxaluriei, No. 8/1933.

D-ri EV. STAICOVICI, I. JOVIN şi AL. SCHLESINGER: Indicaţiunile şi technica aparatelor purtătoare de radium în tratamentul tumorilor maligne ale cavităţii ubcale. — D-ri GH. POPOVICIU şi C. OPRIŞIU: Rolul fosforului în metabolismul mineral şi determinarea lui din cantităţi minimale de sânge. — D-ri MIHAI A. BOTEZ şi VIRGIL RĂDULEŢ: Raport de activitatea Institutului Antirabic din Cluj în anul 1931. — D-r I. SPÂRCHEZ: O formă rară de tetanie gastro-duodenală. — D-r IULIU ORIENT: Rezultatele comparate ale cercetărilor toxico-logice făcute asupra plantei Asarum Europeum din România

Babeş-Bolyai University Library

şi Asarum Sieboldii din Japonia. — D-ri GH. POPOVICIU şi V. RUSSU: Contribuţiuni la tratamentul limfadenitelor tuberculoase ale copiilor cu sanocrizină. — D-r KOLESZAR LADISLAU: Sinusitele post-gripale ale sinusului maxilar (Highmor). — D-r TIBERIU SCHULZ: Contribuţiuni la studiul superoxizilor în practica dermato-venerologică. — D-r V. DIMITRIU: Un număr de dilatare acută a stomacului după naştere, No. 9/1933.

* * *

GYNECOLOGIE ŞI OBSTETRICA

No. 9—10 | 1933

D-ri C. DANIEL, AL. ŞOIMARU şi GH. PROCOPIE: Consideraţiuni asupra unui caz de seminom ovarian. — D-r C. STANCA: Consideraţiuni statistice asupra operaţiunilor pentru retro-verso-flexiuni uterine, executate în anii 1929—1931. — D-r PLĂCINŢIANU: Formaţiunile endometrioide la femee. No. 9—10/1933.

* * *

NOUA REVISTA MEDICALA

No. 1—2, 3—4 şi 5 | 1933

D-r IOSIF WESTFRIED: Pe marginea celui de al 5-lea an. — D-r S. METALNIKOV: Facteurs Biologiques et Psychiques de l'immunité. — D-r I. POPESCU-SIBIU: Mediul interior din punct de vedere psihologic şi psihoterapeutic, 1—2/1933.

D-r RAOUL BERNARD: Les Syphilis Traumatiques. — D-ri ZAHARIA IORDĂCHESCU şi GEORGE ANTONESCU: Aprecieri asupra raportului P. H. — D-ri ALEXIS BAKK et JEAN TASSALY: Azotémie grave au cours de la fièvre typhoïde. — D-ri L. ETTINGER şi L. NISSIM: Dificultăţile practicei obstetricale în clientelă, No. 3—4/1933.

D-r MAREŞ CAHANE: La ponction sous-occipitale dans la pratique médicale. — D-r RAOUL BERNARD: Les Syphilis Traumatiques. — D-r G. GASSART: Tulburări grave ale circulaţiunei cerebrale datorită alteraţiunilor endocriniene. — D-r PLAGNIOL: Opoterapia paratyroidiană. —-r EUGENE SPIRT: Le traitement de la lithiase biliaire en Roumanie par les eaux minérales de Slanic (Moldova), No. 5/1933.

* * *

REVISTA DE CHIRURGIE

No. 3—4 şi 7—8 | 1933

D-r ŞTEFĂNESCU (Galaţi): Profesorul E. Juvara. — Şedinţa Societăţii de chirurgie pentru comemorarea prof. E. Juvara. — D-r E. JUVARA: Hallux valgus şi tratamentul său operator. — D-r E. CRISTIDI: Fracturi femurale tratate prin procedeele Juvara. — D-r DAN THEODORESCU: Câteva consideraţiuni asupra rezecţiunii genunchiului. — D-r I. FĂGĂRAŞANU: Hemostaza chirurgicală preventivă sau provizorie a membrelor.

D-ri V. CLIMESCU şi AT. IANĂŞ: Osteita fibroasă a rachisului. — D-r I. BORDEIANU: Fibro-sarcom voluminos al mezenterului, inclavat în bazin, producând ocluzia intestinală. — D-r I. BORDEIANU: Căderea unui copil dela o înălţime de 40 m., fără nici o leziune serioasă.

* * *

REVISTA DE IGIENA SOCIALA

No. 7, 8, 9 şi 10 | 1933

D-r C. BANU: Metoda preventivă în asigurările sociale. D-r M. ENESCU: In chestiunea întreţinerii serviciilor sanitare judeţene şi comunale. — D-r S. STRUGARIU: Răspândirea şi combaterea sifilisului în ţară. — D-r E. RĂSMERIŢĂ: Activitatea plăşii sanitare model Gilău (Cluj) în anii 1931—1932, No. 7/1933.

D-r G. BANU: Securitatea în muncă. — D-r C. BRĂTESCU: Cercetări asupra cauzelor de mortalitate printre asiguraţii pentru invaliditate din boală şi bătrâneţe, în România, pe anii 1916—1930. — D-r A. MANOIL: Psihologia şi educaţia orbilor. — D-r GH. ATANASIU-Timişoara: Debilitatea fizică şi debilitatea mintală în şcolile primare. — D-r V. TROIA: Situaţia sanitară a judeţului Râmnicu-Sărat pe anul 1932. — D-r I. CIOCÂRLAN: Consideraţiuni asupra stării sanitare a populaţiunii cehoslovace în cursul anului 1931. — D-r B. ŞAPIRA: Incercarea de a se stabili o măsură internaţională a şomajului. — D-r C. GHEORGHIU: Lupta contra prostituţiei în Rusia sovietică, No. 8/1933.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r G. BANU: Organizarea securităţii în muncă. — D-r OD. APOSTOL: Date somatometrice şi statistice culese în mediul militar. — D-r M. CÂMPEANU: Un an de funcţionare a leagănului „D-r M. Câmpeanu" din Focşani. — D-r M. TOMACINSCHI: Tuberculoza în circumscripţia rurală Plopeni, jud. Constanţa. — Mişcarea populaţiei României pe Aprilie 1933. — D-r N. COTOI: Cazuri de pelagră în jud Sălaj, No. 9/1933.

D-r G. BANU: Despre orientarea profesională. — D-r C. STANCA: Ce s'ar putea reforma în regimul lăuziei fiziologice? — D-r E. ZAPOROJAN: Monografia malariei în circumscripţia Drăgăneşti, jud. Bălţi, Basarabia. — D-r R. OLINESCU: Institutul de igienă din Budapesta. — D-r I. CIOCÂRLAN: Rolul Universităţii şi al fundaţiilor particulare în educaţia sanitară, No. 10/933.

* * *

REVISTA SANITARA MILITARA

No. 1, 2—3, 4, 5, 6, 7—8, 9 şi 10 | 1933

D-ri NOICA D. şi D-r LUPULESCU I. IOAN: Două cazuri de areflexie osteo-tendinoasă. — D-ri D. C. STOIAN şi D. POENARU: Un caz de chist dentiger. — D-r BARSAN IOAN: Paralizia oculo-motorilor post rachianestezie. D-ri N. PÂRVULESCU şi G. TĂTĂRANU: Cercetări experimentale într'un caz de oedem al feţei reprodus prin frig. — D-ri G. ANGELESCU şi M. BADER: Difteria secundară a urechei medii, No. 1/1933.

D-r VASILESCU AUGUST: Consdierațiuni asupra curabilității cirozelor ascitogene alcoolice. — D-ri MICHAILESCU și DIMITRESCU-POPOVICI: Considerațiuni radiologice în diagnosticul ulcerului duodenal. — D-ri SIMICI, PAVELESCU N. și POPESCU MARIN: Un caz de septicemie stafilococică tratat și vindecat prin abces de fixație asociat cu imunotransfuzia după metoda Wrihgt. — D-r MARINESCU N.: Serviciul sanitar la trupele de munte. — D-r VINTICI V.: Un caz de duplicitate reno-ureterală, No. 2—3/1933.

D-ri C. SUHĂȚEANU, N. PĂRVULESCU și URZICEANU: Asupra reacției Bordet-Wasesrmann în lichidul cefalo-rachidian. — D-ri P. SICARU și P. ELIESCU: Mastoidita primitivă latentă. — D-ri C. POPESCU și ZILIȘTEANU: Asupra unui caz de febră tifoidă gravă, formă ataxo-adinamică vindecat prin imunotransfuzii de sânge de convalescent. — D-r BĂRSAN ION: Câteva tumori rare orbito-palpebrale. — D-r VASCOBOINIC H.: Drenajul cu torace închis în tratamentul pleureziilor purulente acute. — D-r GASPAR I. Considerațiuni asupra polimorfismului virusului tuberculos, No. 4/1933.

D-ri NOICA D., ARAMĂ O. și LUPULESCU: Două cazuri de psichoze sifilitice acute cu aspect clinic de demență precoce. — D-ri SUHĂȚEANU și PANAITESCU GH.: Un caz de febră ondulantă. — D-ri ANGELESCU și BADER: Erizipelul mucoasei rino-faringiene (cu un cas personal). — D-r POPESCU C.: Profilaxia boalelor infecțioase în războiu. — D-ri DUMITRESCU POPOVICI și STĂNCESCU A. I.: Constipația și tratamentul rațional al constipației, No. 5/1933.

D-ri NOICA D., ARAMĂ O., PĂRVULESCU N. și LUPULESCU I.: Diagnosticul clinic al accesului de epilepsie. — D-ri MICHĂILESCU și D-na MARIA MAXIM: Dozarea oxigenului și a bioxidului de carbon în sânge. — D-ri STOIAN și DRAGOMIRESCU: Osteomyelita acută a maxilarului inferior. — D-ri ANGELESCU, V. BOERIU și A. TOMA: Otitele medii supurate cronice sunt uneori tuberculoase? — Farm. ȘTEFĂNESCU VICTOR: Note sur la fabrication des ligatures chirurgicales et des drains à la pharmacie centrale de l'armée française, No. 6/1933.

D-ri C. M. MIHĂILESCU și DUMITRESCU-POPOVICI: Un cas curios de aerofagie. — D-ri DINULESCU, DEMETRESCU G. și POPESCU M.: Iontophoreza în oftalmologie. — D-r GH. VÂJA: Diagnosticul tuberculozei pulmonare la copil. — D-r ADAMEȘTEANU: Epanșamentele traumatice ale genunchiului în afară de fracturi și plăgi articulare, No. 7—8/1933.

D-ri BUTOIANU M. și BĂLĂNESCU: Impresii din Madrid. — Farm. D-r MOGOȘ M.: Care ar trebui să fie organizarea ce ar trebui să dea Laboratorului de preparate farmaceutice al Armatei, pentru a corespunde cerințelor atât în timp de pace, cât și în timp de război? Ce organizații similare sunt în străinătate? — D-ri MICHĂILESCU, BALABAN și Vet. Medic SCHOBESCH: Efectele gazelor de luptă asupra alimentelor și apei. — D-r I. GAȘPAR: Recherches de l'ultra-virus dans quelques formes cliniques de tuberculose. — D-r DIACICOV M.: Organizarea centrelor electro-magnetic în accidentele oculare, No. 9/1933.

D-r M. BUTOIANU: L'évolution de la chirurgie de guerre. Conférence tenue à Granada (Espagna). — D-ri NOICA D. și LUPULESCU: Paralizia ridicătorului pleoapei „à frigore". — D-ri SĂRDĂRESCU, VASILESCU I. și

MUSTAŢĂ I.: Un caz de miopatie primitivă progresivă tip Leyden-Moebius cu turburări de sensibilitate profundă şi superficială. — D-r MUNTEANU VASILE: Turburările gastro-intestinale în aortita abdominală. — D-r MICHAESCU P.: Septico-pioemie primitivă otogenă. — Ing.-chim. E. KAHANE et Pharm. D-r VICTOR STEFANESCO: Application de la méthode de destruction nitro-sulfo-perchlorique à l'étude toxicologique de l'or. — D-r ILIE D.: Gazele de luptă, No. 10/1933.

* * *

REVISTA ŞTIINŢELOR MEDICALE

No. 4, 6, 7 şi 8 | 1933

D-ri AT. IANAŞ şi N. HODOŞ: Fotosensibilizarea locală în terapeutică. — D-ri C. DĂNULESCU, C. DĂNIŢA şi O. GEORGESCU-CARPEN: Studii noi asupra maladiei numită popular „Coleţul". — D-r ALFRED DIMOLESCU: Cercetări asupra tratamentului actual al epilepsiei, No. 4/1933.

D-ri ION JIANU, I. DUMITRESCU şi A. DIMITRIU: Cercetări asupra modificărilor lichidului cefalo-rachidian după rachianestezia cu Sincaina Clin. — D-ri G. I. ODOBESCU şi H. VASILESCU: Tratamentul epilepsiei cu „Donhide". — D-ri C. DAVIDESCU şi D. PRIBOIANU: Câteva cazuri de sindrom Raynaud ameliorate prin tratamentul cu insulină. — D-ri D. HAGIESCU şi G. NEGRESCU: Starea actuală a cercetărilor asupra metabolismului colesterolului în tuberculoza pulmonară, No. 6/1933.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-ri AXENTE IANCU, D-na MALEVANIA-SORESCU şi L. P. DĂRIU: Carnea în alimentaţia copiilor de prima vârstă. — D-ri E. ELIAS, M. SCHACHTER şi D. SEGALL: Contribuţiuni la studiul clinic al maladiei caeliace (Gee-Herter-Heubner). — D-r LĂZĂRESCU DUMITRU: Rezultatul vizual după craniectomie decompresivă în staza papilară datorită tumorilor cerebrale. — D-r LUCIA VULCĂNESCU: Trei-zeci de cazuri de tetanos tratate cu ser antitetanic în doze masive. — D-r LEON RODESCU: O diviziune nouă a dyspepsiilor gastrice, No. 7/1933.

D-r N. VIŞINEANU: Problema nefrozei lipoide. — D-ri V. BOERIU şi A. TOMA: Funcţiunea antigenică a lipoizilor. Anticorpii lipoidici. — D-ri V. BOERIU şi A. TOMA: Funcţiunea antigenică a lipoizilor. Anticorpii lipoidici. — D-ri AL. COSTINIU-SENIOR şi ŞT. POPIAN: Cercetări asupra transmisibilităţei ozenei dela om la om. — D-ri G. IAMANDI şi I. WESELOWSKI: Consideraţiuni asupra 365 cazuri de apendicite gangrenoase perforate operate în Clinica chirurgicală din Cluj. — D-r METZULESCU: Un caz de meningită tuberculoasă urmat de vindecare. — D-r RADU VLĂDESCU: Valoarea alimentară a laptelui, No. 8/1933.

* * *

ROMÂNIA MEDICALA

No. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13—14 | 1933

D-r P. NICULESCU: Farmaco-Dinamia hidrologică a litiazei biliare. — D-r I. GAVRILA: Consideraţiuni asupra boalei serului. — D-r H. ELIAS: Dieta de mere crude a lui Moro, în tratamentul turburărilor digestive infantile.

D-r C. VASILIU-PLOEŞTI: Câteva amintiri despre Doctorul Ludovic Fialla. — D-r IACOBOVICI: Cumulul în funcţiunile publice. — D-r ANGHEL DANIEL: Eforiile sanitare, No. 5/1933.

D-r DUMITRESCU MANTE: Tuberculoza pulmonară activă şi evolutivă apiretică. Forme clinice şi tratament. — D-r O. MILLIAN: Terapeutica turburărilor alimentare ale sugarilor la sân. — D-r MIRCEA D. MENZINCESCU: Institutul de fiziologie generală şi chimie biologică din Strasbourg. — D-r L. NISSIM: Omagiu Profesorului Paul Delmas. — D-r P. TOMESCU: Proectul de lege pentru unificarea asigurărilor sociale. — D-r IOAN BANU: Greutatea practicei medicale nî mediul rural şi insuficienţa mijloacelor de care dispune medicul, No. 6/1933.

D-ri AL. OBREGIA, AL. DIMOLESCU şi Intern FL. BECESCU: Asupra diagnosticului diferenţial al ciclofreniei. — D-r I. BEJAN: Technica chirurgicală. — D-r DUMITRESCU-MANTE: Tuberculoza pulmonară activă şi evolutivă apiretică. Studiu clinico-terapeutic. — D-r H. ANGELESCU: Auroterapia în tuberculoza pulmonară. — D-r P. TOMESCU: Modificarea legei sanitare. — D-r L. VAIAN: Un voevod român, discipol al lui Van Helmont, No. 7/1933.

D-r POENARU CAPLESCU: Rolul medicului în accidentele muncei. — D-ri G. MARINESCU şi C. TEODORESCU: Asupra pyelografiei descendente în sarcină. — D-r DAN BERCEANU: Importanţa calciului ionizat în terapeutică, No. 8/1933.

D-ri OBREGIA, I. CONSTANTINESCU şi G. BADENSKI: Asupra întrebuinţărei substanţelor vagotrope în demorfinizare. — D-r DUMITRESCU-MANTE: Tuberculoza pulmonară activă şi evolutivă apiretică. Studiu clinico-terapeutic. — D-r STOIA: Normalizarea cantitativă şi calitativă a elementelor sanguine după noile procedee terapeutice. — D-r G. D. ALEXIANU-BUTTU: Opera naţională Italiană Balilla. — D-r M. NASTA: Medicii şi problema tuberculozei, No. 9/1933.

D-r ION T. NICULESCU: Momente din evoluţiunea neurologiei în ultima jumătate de veac. — D-ri ŞERBAN BRATIANU şi EUGEN SOLOMON: Cholereze prin săruri biliare. — D-ri N. NICOLAU, G. CRISTEA şi A. PAUN: Pneumotoraxul ambulatoriu. — D-r D. T. DINISCHIOTU: Contribuţiuni la tratamentul anemiei pernicioase prin extract injectabil de ficat, No. 10/1933.

D-ri G. MARINESCU şi E. FAÇON: Tratamentul turburărilor post-encefalitice cu atropină în doze mari. — D-r ION T. NICULESCU: Momente din evoluţiunea neurologiei în ultima jumătate de veac. — D-ri G. BUZOIANU şi ACHIL DIMITRIU: Sarcina ectopică iterativă. — D-r ION I. GRIGORESCU: Suprimarea durerilor în tratamentul ortopedic al fracturilor, No. 11/1933.

D-r T. SARAGEA: Cum stăm cu tratamentul hipertensiunei arteriale. — D-ri SĂRĂŢEANU EM. FL. şi ARICESCU DEM.: Syntharsanul în tratamentul sifilisului, No. 12/1933.

D-r C. BACALOGLU: Pancreatitele acute. — D-r A. RADOVICI: Encefalita psihozică vindecată prin abces de fixaţie. — ŞT. CHISER: Electrocuţiunea, No. 13—14/1933.

C.— SOCIETĂŢI MEDICALE ŞTIINŢIFICE

SOCIETATEA ROMÂNA DE OTO-RINO-LARINGOLOGIE

Şedinţa din 6 Decembrie 1932.

D-r SOLOMOVICI (Iaşi): Osteo mielită a întregei bolţi craniene, în legătură cu o dublă sinusită: frontală şi etmoidală.

D-r TEMPEA şi ŞTEFANIU: Paralizie facială de origină otică, vindecată complect prin evidare mastoidiană. Revenire parţială în timpul intervenţiei.

D-r N. POPA şi D-r N. ARICESCU: Şancru moale primitiv al pavilionului urechii, provocat prin sgăriitura cu unghia a unui prieten purtător de şancru moale genital.

D-r BIRMAN-BERA: Un caz de polip mucos nasal la un copil de 5 ani.

D-r DARABAN: Un caz de angină toxică medicamentoasă (antipirină)

D-r BUZOIANU: Corecţiunea septului flotant după resecţiunea cloasonului prin procedeul Kilian.

D-r BUZOIANU: Meningită otogenă clinic primitivă. (Operaţie). — Osteomielită subcorticală dreaptă. (Moarte).

D-r TEMPEA: Un caz de paludism latent, redeşteptat în cursul unei mastoidite.

D-r TZETZU: A propos de alcool ca emostatic local.

D-r A. ŞTEFANIU şi extern NICULESCU: Calculoza canalului lui Warton. Câteva consideraţiuni radiografice.

D-r RACOVEANU şi D-r LUDMER: Un caz de plastie nasală.

D-r BRĂTESCU şi D-r RACOVEANU: Accident curios consecutiv unei vechi rinoplastii.

D-r BRĂTESCU şi D-r RACOVEANU: Falşă cifoză nasală produsă de sifilis.

D-r BRĂTESCU şi D-r RACOVEANU: Hemipareza vălului palatin şi pareza definitivă a coardelor vocale, consecutive unei vechi difterii.

D-r BRĂTĂŞANU: Tumoretă a septului nasal stâng.

D-r RACOVEANU: Prezentarea unei noi seringe pentru anestezia septului nasal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r BIRMAN-BERA şi D-r LUDMER: Un caz de şancru sifilitic al pavilionului trompei lui Eustachi.

D-r BUZOIANU: Laringostomie pentru papilomatoză laringiană subglotică.

D-r AL. COSTINIU-senior: Intrebuinţarea Otalganului în otologie.

D-r ANDREESCU (Braila): Corpi străini auriculari foarte rari (Meşă bellică).

D-r ANDREESCU (Braila): Un nou preparat rinologic „Rinosan".

D-r TEMPEA: Paralizie facială vindecată după paracenteză.

D-r TEMPEA: Meningită otogenă operată. Revenirea sensoriului anteexitus.

D-r TZETZU şi D-r SCHMITZER: Un caz de etmoidocel orbitar.

D-r TZETZU: Un caz de dehiscenţă a orificiului fosei nasale drepte traumatice (lovitură de cal). Plastie.

D-r ŞTEFANIU: Un caz de lupus nasofacial. Diagnostic dificil.

D-r L. MAYERSOHN: Un caz de imperforaţiune congenitală a meatului conductului auditiv extern. Prezentare de bolnav.

D-r ANTAL: Otită gripală, corp străin (mărgea) în ureche de 25 de ani. Cholesteatom. Atico antrotomie. Paralizie facială vindecată prin simpaticoterapie.

D-r ANTAL: Nas în şea. Eşec operator cu autoplastie. Succes cu heteroplastie.

D-r ANTAL: Osteoplastie temporară pe cale nasală.

D-r TEMPEA şi LĂZEANU: Oedem al pilierilor posteriori de natură sifilitică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r BRĂTESCU şi D-r RACOVEANU: Un caz rar de stenoză faringiană.

D-r L. MAYERSOHN şi D-r F. GOTTLIEB: Un nou caz de imperforaţiune congenitală bilaterală a meatelor conductelor auditive externe, cu malformaţiunea pavilioanelor. Prezentare a bolnavului.

D-r ANTAL: Mucocel etmoidal.

D-r I. JIANU: Un caz de lupus distructiv vorace al nasului. Prezentarea cazului.

D-r BRĂTESCU şi D-r RACOVEANU: Deformaţia şi deplasarea piramidei nasale consecutive unui traumatism (copită de cal). Operaţie plastică endonasală pentru corectarea deformaţiei. Prezentare de bolnav.

D-r BRĂTESCU şi D-r RACOVEANU: Deformaţia nasului şi obstrucţiunea foselor nasale prin fracturi multiple ale septului şi oaselor nasului, consecutive unui traumatism (lovitură cu capul). Operaţie plastică. Prezentare de bolnav.

D-r BRĂTESCU şi D-r RACOVEANU: Perforaţie esofagiană prin corp străin şi flegmon voluminos periesifagian consecutiv. Radiografie.

D-r TEMPEA şi D-r MIHĂILESCU: Septicemie otogenă cu streptococ hemolitic. Evidare bilaterală a mastoidelor. Abces de fixaţie. Seroterapie. Vindecare.

D-r TEMPEA: Bacteriemie otogenă. Evidarea mastoidei. Denudare şi punctia sinusului. Vindecare.

D-r TEMPEA: Corp străin în bronchia dreaptă. Extracţie.

D-r LUDMER: Un caz de mucocel etmoidal cu perforaţia septului nasal.

D-r TZETZU: Fibrom nasofaringian. Operat. Vindecat.

D-r TZETZU şi PAPIAN: Un caz de hemangiom al bazei limbei.

D-r ŞTEFANIU şi doctorand I — P. J. CONSTANTINESCU: Ulcerațiuni bacilare la un tuberculos latent.

D-r BRĂTESCU şi D-r RACOVEANU: Noi considerațiuni asupra cazului de corp străin periesofagian.

D-r BRĂTESCU şi D-r RACOVEANU: Considerațiuni asupra paraliziilor faciale periferice „a frigore".

Şedința din 5 Sept. 1933

Şedință de Comemorare a D-rului Al. Costiniu-Senior

Cuvântarea D-lui D-r Mayersohn

ONORATĂ ASISTENȚĂ,

Ne-am întrunit astăseară în acest amfiteatru al spitalului Colțea, în care doctorul Costiniu a prezidat atâtea şedințe ştiințifice, nu pentru a comemora şi a deplânge dispariția bruscă şi neaşteptată a preşedintelui Societății române de oto-rino-laringologie, care era în acelaş timp şi port-drapelul ei, aproape din primele zile ale existenței ei, — aceasta ar fi însemnat că călcăm ultima lui dorință, — ci pentru a comemora fapta lui şi a arăta cine a fost medicul şi omul, care a plecat dintre noi.

Moartea lui tragică a umplut de durere şi de doliu sufletele noastre ale tuturora. In sânul societății noastre el nu a avut decât prieteni, şi era considerat ca maestrul nostru al tuturora şi bunul nostru sfătuitor. Aşa se şi explică dece el a fost acceptat în diverse ocaziuni, în timpul anilor, ca arbitrul suprem, ori de câte ori vre-o neînțelegere s'a ivit între noi, şi dece părerea lui era acceptată de toți. Toți erau convinşi de nepărtinirea lui, de interesul nemărginit ce-l avea pentru societate şi de adevărată dragoste colegială pentru membrii ei.

Era plin de mari şi numeroase calități sufleteşti. Originea tuturor calităților de care era înzestrat regretatul nostru preşedinte, se explică admirabil prin patru cuvinte din răspunsul pe care el l'a dat tuturor oratorilor care l-au sărbătorit la congresul nostru din 1927, cu ocaziunea împlinirei sale de 60 de ani: „am dragostea aproapelui meu". Da, onorată asistență, cel mai puternic motor pentru fapte bune şi înălțătoare este această dragoste de aproape, de el era plin.

Şedințele societății noastre pe care el le-a prezidat timp de zece ani, cu un tact deosebit şi cu o mare autoritate au fost menținute de dânsul la o înălțime de discuțiuni academice, pătrunse de cea mai perfectă urbanitate. Tot aşa şi cu o autoritate mai mare încă dacă se poate spune, şi la şedințele congreselor noastre.

La congresele internaționale de o.-r.-l. din străinătate şi la cel interbalcanic de anul trecut din Sofia, d-rul Costiniu s'a bucurat de simpatia unanimă a tuturora şi era înconjurat de o adevărată dragoste. Ştiind aceasta, ne este uşor să ne închipuim consternarea de care au fost cuprinşi prietenii noştri din Bulgaria precum şi profesorul Portmann din Bordeaux, de față la congres, care deabia anul trecut l'au văzut aşa de serios, de ponderat şi de interesant la şedințe, aşa de plin de vervă, de entrain şi de plăcut în societate.

Altcineva aci, sau poate altădată aiurea va arăta activitătea ştiinţifică a D-rului Costiniu. Eu îmi voi permite a releva numai 2 momente din viaţa sa de om de ştiinţă.

D-rul Costiniu a fost foarte mult preocupat de chestiunea surdomutităţii. El a studiat această chestiune încă din primii ani ai activităţii sale cu multă amănunţime, la congresul de o.-r.-l. din Viena din 1912, el a făcut o comunicare având acest subiect. Concluziile sale au fost adoptate în unanimitate şi i s'au adus multe elogii. Şcoala de surdomuţi din Focşani a fost una din primele şcoli de surdomuţi, care a profitat de pe urma propunerilor sale, încurajat de defuncta regină Elisabeta.

Chestiunea vegetaţiilor adenoide a fost al doilea subiect care l'a preocupat într'un mare grad. Convins de utilitatea extirpării lor, el a pornit în 1910, însoţit de D-rul Meţianu, o adevărată cruciadă în contra lor, deplasându-se în principalele capitale de judeţ, unde a operat peste 3000 de copii. El nu s'a mărginit numai la aceasta, ci, în dorinţa de a face ca bunele urmări ale operaţiunei adenoidelor să fie cunoscute atât de corpul medical cât şi de populaţiunea ţării, el a scris broşuri, a ţinut conferinţe la radio şi, ca raportor la primul congres interbalcanic de o.-r.-l. din Sofia, a ales această temă ca subiect de raport.

Cu dispariţia doctorului Costiniu, soc. română de o.-r.-l. nu perde numai pe unul din cei trei medici care au luat iniţiativa creeării ei, nu perde numai pe unul dintre membrii, care timp de un pătrar de veac s'a identificat cu această soc., dar ea perde pe acela care, atât în ţară cât şi în străinătate, reprezenta cu o desăvârşită demnitate şi cu o necontestată autoritate otorinolaringologia română.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

El ne părăseşte într'un moment dintre cele mai nepotrivite şi când nimeni dintre noi nu s'a gândit, odată vindecat de grava boală de care a suferit şi s'a vindecat anul trecut, că aşa ceva s'ar putea întâmpla. El ne părăseşte în anul nostru jubiliar, în anul în care sărbătorim 25 de ani dela înfiinţarea societăţii noastre, în mare parte datorită lui, şi în ajunul acestor sărbători pe care el trebuia să le prezideze şi să le înfrumuseţeze prin prezenţa sa.

Atât de mult îl preocupa această sărbătorire încât 3 zile înainte de tragicul eveniment, deabia înapoiat din Slănicul Moldovei, mă chemă la telefon, pentru a se interesa de mersul pregătirilor pentru congres şi pentru a-mi fixa o întâlnire pentru aceeaşi zi de luni, în care nu ştiu ce gând funest l'a hotărât la actul fatal, care ni l'a răpit din mijlocul nostru.

Golul pe care el îl lasă în sânul societăţii noastre este foarte greu de umplut. Va trebui o încordare a sforţărilor tuturor colegilor noştri din societate pentru a duce mai departe şi pentru a continua mersul ascendent al soc. române de o.-r.-l.

Noi, aci în soc. rom. de o.-r.-l. nu vom putea uita niciodată figura blândă şi patriarcală a iuibtului nostru preşedinte. Aşa cum eram obişnuiţi a-l vedea nelipsit la toate reuniunile noastre lunare, pe orice vreme s'ar fi ţinut ele, tot aşa sunt sigur că sufletul lui mare şi figura lui blândă va continua să planeze deasupra capetelor noastre, ori de câte ori ne vom întruni. Umbra lui va continua, caşi atunci când doctorul Costiniu era în viaţă, să ne îmboldească la unire, la colegialitate şi la muncă comună pentru progresul specialităţii noastre şi consecutiv — spre binele şi faima în lume a medicinei româneşti.

Dr. L. Mayersohn.

* * *

SOCIETATEA ŞTIINŢELOR MEDICALE

din Oradea

Şedinţa dela 3 Decembrie 1932.

D-r ILUŢA TEODOR şi D-r BERARIU D.: Moarte prin electrocuţie.

D-r BERARIU D.: Moarte naturală sau violentă?

D-r BERARIU D.: Moarte prin armă de foc.

D-r ILIE VICTOR: Medicul în mediul rural. (Observaţii din viaţa proprie).

Şedinţa dela 17 Decembrie 1932.

Medic Maior D-r TĂNĂSESCU D.: Crenoterapia internă (injecţii cu apă minerală) în reumatismul cronic.

D-r BERARIU D.: Patru cazuri medico-legale de avort.

Şedinţa dela 14 Ianuarie 1933.

D-r POP ALEXANDRU: Prezentări de bolnavi.

D-r COSTA ROMUL: Un caz de graviditate extrauterină supurată.

Şedinţa dela 28 Ianuarie 1933.

D-r BUCHSTEIN IDA: Cercetări asupra timpului de sedimentare a hematiilor în ginecologie.

Şedinţa dela 11 Februarie 1933.

D-r GLĂVAN IOAN: Prezentări de bolnavi.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

D-r GĂLDĂU D.: 1) Un caz de sacralizare tipică unilaterală. 2) Diverticul epicardiac.

D-r COSTA ROMUL: Drenajul Miculcz în operaţiile Wertheim.

Şedinţa dela 25 Februarie 1933.

D-r SPOIALĂ TEODOR: Anestezia. (Istoric, evoluţie şi stadiul actual).

Şedinţa dela 11 Martie 1933.

D-r POP ALEXANDRU: Prezentări de bolnavi.

D-r GERMAN VICTOR: Două cazuri de boala lui Köhler.

D-r COSTA ROMUL: Un caz de abces rece al tubei.

Şedinţa dela 25 Martie 1933.

D-r MUNTEANU LEONTE: Malaria ca factor istoric.

Şedinţa din 27 Maiu 1933.

Profesor D-r CRISTEA GRIGORIU: Ginecologia şi Obstetrica în lumina noilor cercetări.

Docent D-r TRAIAN POPOVICI: Conduita chirurgului în revărsările peritoneale aseptice.

Docent D-r AXENTE IANCU: Colaborarea dintre obstetrică şi pediatrie.

D-r IRIMINOIU: Cercetări experimentale asupra puterii de rezorbţie a peritoneului.

Docent D-r VOICU IOAN: Conduita noastră în avorturile septice.

D-r BURGE: Hormonterapia modernă în ginecologie.

D-r I. Glăvan.

V.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

Am primit de la D-l D-r *C. D. Samson*, din Paşcani, următoarea scrisoare:

STIMATE DOMNULE DIRECTOR,

In mai multe rânduri am cetit în ziare informaţii ca acestea:

Bacău, 14 Aug. — Femeia Virginia C. Dragomirescu, din comuna Obârşia, care se afla la munca câmpului, fiind departe de casă şi înnoptând pe câmp, s'a culcat pe iarbă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In timpul somnului femeia dormind cu gura deschisă, un şarpe i s'a strecurat pe gât, în stomac.

Trezindu-se şi simţind că-i umblă ceva în stomac, femeia s'a prezentat imediat doctorului de plasă, care spre groaza femei i-a comunicat că are un şarpe în pântece şi a sfătuit-o să plece la spital pentru a i-se scoate şarpele din stomac.

Prezentându-se la spitalul din localitate, medicul a refuzat să-i dea îngrijirea necesară până nu achită suma de lei una sută.

In drum spre casă, Virginia Dragomirescu, care avea de parcurs pe jos 24 km. a leşinat de câteva ori. In apropierea comunei, de groază şi durere a căzut jos, rămânând moartă.

Autorităţile au deschis o anchetă.

— deşi nu atât de afirmative — şi mai de multe ori încă le auzim de pe la oameni. In orice caz, la ţară este credinţă înrădăcinată că oamenii pot risca să înghită şerpi, mai ales dacă au mâncat lapte, când dorm pe câmp, cu gura deschisă.

Am impresia — în veacul tuturor surprizelor — că nu aş fi socotit ca cel mai prost dintre medici (în orice caz mi s'ar ierta, că din prea multă râvnă aş greşi...), dacă aşi cere relaţii confraţilor în stare să mi le dea, dacă au cunoscut sau au cetit în literatura medicală cazuri autentice de asemenea accidente. Eu nu am găsit în puţinele cărţi de care dispun aici.

Destul de interesant ar fi de precizat dacă asemenea accident

este posibil. Eu nu văd de ce nu ar putea executa un gavaj un şerpişor mai... îndemânatec. Ştiu, mai sunt reflexe; dar acesta e un vast domeniu de relativităţi. Poate ar fi interesant de experimentat, în vreun spital, pe vreun cetăţean ce doarme profund, cu gura căscată, cu un baston de cauciuc de 10—12 mm, dacă se poate executa gavajul. In prealabil ar trebui cunoscută promptitudinea reflexului faringean, în stare de trezie.

Aşi putea avea un răspuns în revistă la această nedumerire?...

D-r Const. D. Samson-Paşcani.

Pentru a ne putea face o idee precisă asupra posibilităţii unui atare accident — de care ziarele cu buna credinţă surprinsă pomenesc la intervale, dar medicii nu le confirmă — am căutat să verificăm autenticitatea acestei

Tragice întâmplări a unei orfane
— Ea înghite un şarpe —

despre care am cetit şi noi în „Universul" din 3 Oct. crt.:

Foeşani, 30 Sept. — Văduva de război Dumitra Răducan, din Mera, s'a prezentat d-lui maior invalid Cristopol, preşedintele filialei mutilaţilor de război din localitate, rugându-l să intervină ca fata ei Polixenia, în vârstă de 18 ani, să fie internată în spital, întru cât suferă de stomac. Supusă unui amănunţit examen medical, s'a constatat că fata are în stomac un şarpe viu. Se vor face operaţiile necesare pentru eliminarea lui.

Fata a declarat că nu ştie când a înghiţit şarpele; spune că acum două luni a dormit pe câmp şi atunci a simţit că i-a intrat ceva în gură, dar nu şi-a dat seama ce este.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru aceasta ne-am adresat D-lor Maior invalid Cristopol şi medicului spitalului local, cerând informaţii.

Pe măsură ce vom primi informaţii le vom vărsa anchetei propuse de D-l D-r Samson-Paşcani.

Direcţia.

* * *

Dela Asociaţiunea generală a medicilar

In şedinţa de birou din 11 Iulie, D-l Prof. Danielopolu a propus înfiinţarea **Oficiului Sindical** al Asociaţiunei G-rale a Medicilor. Acest Oficiu s'ar ocupa cu toate litigiile privitoare la profesiunea medicală şi în acelaş timp ar fi prevăzut cu un Cintencios care va fi pus la dispoziţiunea medicilor în toate chestiunile judiciare. Acest oficiu ar face parte integrantă din Asociaţiune şi ar fi făcut după un statut unitar atât pentru Centru cât şi pentru filiale Aderarea la acest Oficiu este benevolă. Se observă din cauza crizei economice o atingere foarte gravă a profesiunei medicale. Se constată însă în acelaş timp că mulţi aduc ca pretext criza economică pentru a nu-şi îndeplini datoria către medic şi în general cei săraci sunt acei cari îşi fac mai corect datoria decât oamenii bogaţi. In practica medicală particulară toţi fac multă gratuitate,

în ţara noastră infinit mai mult decât în celelalte ţări. Este un obiceiu pornit dintr'un principiu de umanitate care face onoare corpului medical românesc şi care desigur nu trebue să dispară. Dar trebue să organizăm practica medicală aşa încât numai cei ce merită gratuitate să fie îngrijiţi gratuit, şi chiar mai mult decât atât să se acorde mai multă gratuitate decât până acum în timp ce medicul trebue să fie asigurat că cel care nu merită gratuitate îşi face datoria. Nu trebue însă ca această chestiune să fie discutată între medic şi bolnav şi de aceia se propune înfiinţarea **Oficiului Sindical**, care va soluţiona diferitele litigii dintre medic şi familia bolnavului.

Contenciosul acestui Oficiu ar mai avea rolul de apărare în faţa instanţelor judecătoreşti a medicilor daţi în judecată în chestiuni de răspundere profesională. Trebue în această privinţă să fim convinşi că o judecată echitabilă nu poate să fie dată decât după consultarea experţilor techniciani în diferitele specialităţi şi trebue să studiem care este modalitatea cea mai bună pentru a ajunge ca Asociaţiunea G-rală a Medicilor să poată să-şi spună punctul său de vedere.

Biroul aprobă în principiu înfiinţarea **Oficiului Sindical.** Hotărăşte să se intervie la Ministerul de Justiţie pentru ca Asociaţiunea să fie consulsultată în alcătuirea anteproectelor de legi în toate chestiunile medicale. Biroul decide în plus ca Asociaţiunea să ia în studiu modalitatea cea mai bună de organizare a Comisiunilor medico-legale pentru a asigura consultarea experţilor specialişti în diferite chestiuni ce are de judecat.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Biuroul Noului Comitet al Asoc. ge-le a Medicilor

Comitetul celor 40, întrunit a doua zi după alegeri, sub preşidenţia d-lui Prof. D-r N. Gheorghiu, a procedat la alegerea prin vot a următorului birou, pe timp de un an:

Preşedinte: Prof. Danielopolu.

Vice-Preşedinţi, d-nii D-ri: Frenkel, Irimescu, Gh. Marinescu, P. Tomescu, Marius Georgescu.

Secretari generali, d-nii D-ri: E. Crăciun şi S. Ţovaru.

Casier: D-r C. C. Dumitriu.

Bibliotecar: D-r Marius Popescu.

Secretari de şedinţă, d-nii D-ri: I. Constantinescu, Gilorteanu, d-na D-r Suhăţeanu, Negreanu şi Lazarovici.

Comisia de cenzori, d-nii D-ri: Popescu Prahova, Marius Nasta şi Alfandary.

Comisia de redactarea Buletinului, d-nii: Prof. Danielopol, Agregat D-r P. Tomescu, D-r Marius Georgescu, D-r Ţeţu şi D-r Ţovaru.

* * *

† Profesorul E. Juvara

Chirurgia românească şi învăţământul medical românesc a suferit o dureroasă şi însemnată pierdere prin moartea Profesorului E. Juvara.

Născut în 1890, a urmat liceul la Bucureşti, iar medicina la Paris, fiind unul din cei mai apreciaţi colaboratori ai lui Poirier. Chemat la Bucu-

reşti de Prof. Toma Ionescu, lucrează cu acesta, care i-a fost totdeauna îndrumător şi exemplu şi publică lucrări de anatomie topografică asupra apendicelui şi prolapsului rectal.

La 34 ani este la Iaşi titularul catedrei identice cu aceia pe care o ilustra Prof. Toma Ionescu la Bucureşti: Anatomia Topografică şi Clinica chirurgicală. Curând după aceia este mutat la Bucureşti în Clinica chirurgicală a profesorului Severeanu.

Anatomist pasionat, desenator talentat şi chirurg desăvârşit a îmbogăţit chirurgia cu numeroase lucrări şi lecţiuni clinice. Osteo-sinteza care l'a pasionat a câştigat o serie de procedee personale ale Prof. Juvara cari au fost adoptate de toţi chirurgii. Volumul de lecţiuni clinice (1911) cel de **osteosinteză** (1917) şi alte **două volume de anatomie chirurgicală** (1924), ce pregătea, sunt alături de numeroasele sale articole ce apăreau regulat în publicaţiile româneşti şi străine, dovada muncii sale neobosite, a ştiinţei sale vaste, a spiritului sau în căutarea continuă de ceva nou.

La doliul chirurgiei româneşti „Mişcarea Medicală Română" se asociază cu un pios omagiu pentru cel care a fost marele chirurg şi profesor doctor român E. Juvara.

* * *

† D-rul Al. Costiniu

O moarte tragică a răpit oto-rino-laringologiei româneşti pe D-rul Costiniu. Inzestrat cu mari şi numeroase calităţi sufleteşti, specialist emerit, om de o impresionantă putere de muncă, D-rul Costiniu poate fi socotit printre întemeietorii oto-rino-laringologiei româneşti.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Activitatea sa timp de 25 ani în fruntea soc. de o. r. l. pe care a întemeiat-o, numeroasele sale comunicări la această societate, precum şi la revistele de specialitate, larga sa contribuţie la congresele internaţionale de specialitate unde s'a remarcat mai ales prin studiile sale asupra surdo-mutităţii, vegetaţiilor adenoide şi a ozenei, l'au făcut apreciat şi stimat nu numai de Cercurile medicale din ţară dar şi de cele din străinătate.

Cu dispariţia D-rului Costiniu, al cărui elogiu bine meritat a fost făcut de către D-l D-r L. Mayersohn*) în şedinţa de comemorare a Soc. r. de Oto-Rino-Laringologie din 5 Sept. crt., oto-rino-laringologia românească pierde un îndrumător stimat şi un cercetător neobosit.

* * *

Institutul „Iuliu Maniu" pentru studiul şi profilaxia Cancerului din Cluj

Un **institut pentru cancer** erea în programul Consiliului dirigent şi a luat fiinţă încă din 1928, stabilindu-se într'un fost local al crucii roşii maghiare. Desăvârşirea acestui institut nu s'a putut face totuşi decât în anii

*) A se ceti la pag. 694.

1931/1932, după ce hotărîrea Casaţiei dădea statului Român, fără riscul de a se mai discuta dreptul de proprietate, localul sanatoriului Elisabeta.

Din **regulamentul de organizare** a acestui institut reese că dispune ca organizaţia technică de: o secţie clinică cu 40 paturi şi sală de operaţie, laboratoare de histopatologie, chimie, microbiologie şi patologie experimentală, o secţie de Roentgen şi un dispensar, care face şi legătura cu serviciul exterior. S'a creat pe lângă Institut un **Consiliu technic** compus din Directorul, Inst. de igienă şi sănătate publică ca preşedinte şi din titularii catedrelor de chirurgie, medicină internă, ginecologie, radiologie, anat. patologică şi bacteriologie cu membrii, Consiliu care asigură legătura cu Facultatea de medicină, îndrumează activitatea de propagandă şi avizează asupra programului de cercetări.

Personalul institutului este astfel compus: D-l Conf. D-r Crăciun, medic primar; D-l Doc. D-r C. Stanca, sub-director şi medic primar al secţiei clinice; D-na D-r Mitrea, medic primar al dispensarului; D-l D-r Pop Leonida, radiolog-şef; D-l D-r Rubin Popa, şef de laborator; D-r Ovidiu Comşa, medic asistent; D-ri Szegedi şi D-na D-r Benetato-Modval, medici secundari; D-ri Radin şi Cincora, medici auxiliari.

Institutul face să apară o revistă trimestrială **„Cancerul"** în care se publică cercetările făcute în institut, precum şi chestiuni generale asupra cancerului.

* * *

O cură simplă eficace de slăbire

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l D-r MIHAIL UJHELY din Afid, în „Clujul Medical" No. 7/1933, pentru a da medicului practician posibilitatea cea mai simplă de a conduce o cură de slăbire, preconizează următoarea metodă:

1) Pacientul va consuma înaintea meselor principale, dimineaţa, la prânz şi seara fructe în abundenţă;

2) Odată pe săptămână, într'o zi fixă, pacientul poate consuma alimente pe placul său;

3) Restul dietei nu conţine restricţiuni calitative ci mai mult cantitative;

4) Dacă la sfârşitul mesei mai există sensaţie de foame, pacientul va consuma din nou fructe.

Cu acest tratament continuat 6—10 săptămâni, autorul a observat scăderi în greutate de 1—2 kgr. săptămânal.

D-r I. R.

* * *

Ce este «Coleţul»

In „Spitalul" No. 11/1930 şi în urmă în „Revista Ştiinţelor Medicale" No. 4/1933, D-l D-r *C. Dăniţă*, medic al Spit. Brâncovenesc „Cervenia" din jud. Teleorman, descrie această afecţiune, denumită popular în partea locului *„Coleţ"*, dar care în realitate este o *Tetanie gastro-intestinală* şi pe care o ilustrează prin 3 obs. clinice.

Boala se caracterizează prin apariţie bruscă de dureri în regiunea epigastrică, însoţită de vărsături bilioase; crisa ţine 20—60 minute, şi dispare fără urmă, dar de cele mai multe ori revine la intervale de una până la câte-va ore, timp de 10—15 zile; bolnavii sunt constipaţi; cu ochii se văd contracţiuni violente pe stomac, cari dau bolnavului sensaţia de „peatră" sau „ghem" sau pe intestin; temperatura poate urca, pulsul se accelerează, semnul lui Chwosteck se constată intens positiv, odată cu alte semne de hiperexcitabilitate neuro-musculară; la o bolnavă studiată în serviciul Prof. Teohari împreună cu D-ri C. Dănulescu şi Olimpiu Georgescu, autorul a constatat hipocalcemie (7,5 mgr. Ca în loc de 9—12 mgr.).

Pronostic favorabil, trat. cu clorur şi bromur de calciu.

Autorul socoteşte această afecţiune, pe care a avut meritul a o identifica, ca echivalentul pe muşculatura gastro-intestinală al crizelor de ordin tetanic, cari când se manifestă la periferie, dau contracturi ale extremităţilor şi cari când sunt localisate pe sistemul vegetativ, dau crisele de astm, cum a arătat Prof. A. Teohari.

In patogenia coleţului, ca şi în aceia a tetaniei şi a spasmofiliei în general, se invoacă de autor o stare de hipofuncţiune a glandelor paratiroide şi chiar a tiroidei, sau un aport insuficient de vitamine D.

D-r M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TRATAMENTUL FITOTERAPIC
AL STĂRILOR NEVROPATICE

Insomnii nervoase, anxietate, angoasă, vertigii, turburări nervoase ale vieţii genitale, turburări funcţionale ale cordului, vor fi în totdeauna ameliorate prin

PASSIFLORINE

medicament regulator al simpaticului şi sedativ central, compus numai din extracte vegetale *atoxice: Passiflora incarnata, Salix alba, Crataegus oxyacantha.*

Reprezentantul Laboratoarelor: G. REAUBOURG, Paris.

Literatură şi eşantioane:

GEORGES VERGLAS

1. Str. Precupeţii Vechi—Bucureşti, Sectorul 3

VI.

ACTUALITĂŢI MEDICALE STRAINE

D-r EMIL SERGENT: **Apologia clinică.** — 1 vol. în 8 de 74 pag., Coll. „Apologie des sciences", Libr. Doin, Paris, 12 fr.

Această plachetă scrisă de unul din actualii profesori de clinică din Franţa, apare în urma **Apologiei Biologiei** datorită peniţei convingătoare a Prof. Charles Richet, spre a lua locul în colecţia **„Apologia Ştiinţelor".** Ea are ca scop de a aduce laude Clinicei.

Imi propun, spune autorul, de a arăta că Clinica este în acelaşi timp şi **o artă** şi **o ştiinţă** şi că departe de a nu avea dreptul la amabilitatea savanţilor ea merită şi consideraţiunea lor... Medicina este însă uneori judecată cu dispreţ de savanţi, unii ce voesc a'i acorda oare-care stimă o privesc ca o artă. Este interesant de a reaminti cu Ch. Richet că „până la Cl. Bernard", fiziologia a fost tratată destul de dispreţuitor şi socotită „ca servitoarea anatomiei". Cine ar mai gândi azi să judece astfel? Dar cât de numeroşi sunt acei care privesc clinica ca ruda săracă a Physiologiei! Şi cu toate acestea, scrie Ch. Richet, „acei ce văd oare-care contrazicere între clinică şi fiziologie n'au înţeles nici clinica nici fiziologia!".

A venit ora, ca şi Clinica să-şi revendice locul său în Ştiinţă sub titlul de **Biologie pathologică umană.**

„Noi clinicienii afirmăm că Clinica, în realitate, devenind o **ştiinţă,** rămâne o **artă** şi că clinicianul urmăreşte o **lucrare ştiinţifică,** în care caută a explica datele, ce decelează boalele şi formulează mijloacele de a le combate".

M. M. R.

D-ri G. GUILLAIN et P. MOLLARET: **Les séquelles de l'encéphalite épidémique. Etude clinique et thérapeutique.** — 1 vol. în 8 de 104 pag., avec 21 fig., Coll. „La pratique méd. illustrée", Libr. Doin, Paris, 28 fr.

Totalul sechelelor encephalitei epidemice apare acuma imens şi este foarte greu de a delimita frontierele exacte. Această monografie reprezintă precis o încercare de sinteză actuală expunând tot cu ce cunoştiinţa acestei boale s'a îmbogăţit progresiv, sguduind adesea diversele domenii ale neurologiei, ale psichiatriei, ale patologiei generale şi medicinei legale.

Vom găsi discutată frequenţa fiecărui sequele, data şi condiţiile de apariţie. Un loc important este consacrat studiului sindromului parkinsonian post-encephalic, cât şi anatomiei sale. Alte capitole, bogat ilustrate grupează asupra datelor phisiopathologice elementare diversele sequele motrice, toxice, sensoriale, endocriniene, vegetative şi psyhice.

Existenţa formelor localizate este privită cu prudenţă, în timp ce sunt condensate diferitele elemente de diagnostic şi sunt precizate posibilităţile, din nenorocire încă restrânse, ale terapeuticei.

M. M. R.

D-r A. DURUPT: **Interferometria în clinică.** — 1 vol. în 16, de 204 pag., cu figuri şi graphice în text şi o planşă în culori, în afară de text. Col. „Actualităţilor de medicină practică", Libr. Doin, Paris, 28 fr.

Această nouă metodă de diagnostic consistă în a pune în evidenţă fermenţii de apărare conţinuţi în sângele bolnavilor, întrebuinţând un aparat optic de mare precisie: interferometrul.

Fără ca să putem identifica fermenţii de apărare cu anticorpi, este foarte probabil că unii şi alţii contribuind la apărarea organismului se formează în acelaşi timp.

Studiul reacţiilor umorale sub diversele forme ale sero-diagnosticului ne dă servicii considerabile în diferenţiarea infecţiunilor. Examenul interferometric al sângelui ne poate da aceleaşi servicii în diferenţiarea tumorelor sau a leziunilor viscerale, dar interesul acestui studiu al serului nu se mărgineşte la diagnosticul tumoral, el este preţios în studiul funcţiunei endocriniane.

Glandele endocrine determină, într'adevăr, formaţiunea fermenţilor de apărare şi măsura acestora în sânge arată care din tot sistemul este turburată în funcţiunea sa. Acest studiu a permis deosebiri pe care clinica era incapabilă de a le face.

Autorul în cartea sa începe a expune principiul metodei. O justifică apoi ştiinţific. dând răspuns la toate obiecţiunile, ce s'au ridicat contra acestei metode. Descrie apoi aparatele de măsură şi tot materialul necesar înainte de a expune în detaliu technica însăşi.

In fine, consacră jumătatea volumului diverselor aplicaţiuni clinice în toate domeniile, bazându-se pe sute de lucrări străine care au fost publicate asupra acestui subiect.

Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Cluj - Central University Library Cluj

Autorul are meritul de a reda într'un singur volum, nu numai un manual de technică, dar un conducător în interpretarea clinică a rezultatelor.

D-r HENRY SCHWAB: **Igiena şi dietetica diabetului.** — 1 vol. în 8, de 128 pag., Colecţia „Higiena şi dietetica", Libr. Doin, Paris, 12 fr.

In therapeutica diabetului dietetica joacă rolul cel mai important. In numeroasele tratate magistrale consacrate studiului acestei boale de nutriţiune găsim o documentare considerabilă. H. Schwab căruia se datoreşte primele studii făcute în Franţa asupra acţiunei insulinei în cursul diabetului zaharat (în colaborare cu Prof. Leon Blum din Strasburg), a încercat de a aduna în această scurtă monografie necesarul în dietetică pentru bolnavii atinşi de diabet. Autorul priveşte tratamentul din punct de vedere practic.

Primul capitol arată diferitele regimuri (cu hydrocarbonate, cure de grăsime, etc.), şi conţine o clasfiicare foarte practică a alimentelor, ce conţin sau nu hidraţi de cărbune.

In al doilea şi al treilea capitol Schwab expune noţiunile, ce le-a căpătat în marea sa experienţă personală în tratamentul diabetului cu insulină. Numeroase tabele arată cantitatea la sută a diferitelor alimente în hidraţi de cărbune, grăsime şi proteine. Autorul dă la urmă o serie de meniuri şi reţete, care sunt concluzia logică a părţei dietetice din expunerea sa. In afară de sfaturi alimentare autorul indică diabeticului ce viaţă să ducă. Găsim noţiuni preţioase asupra activităţii sportive, organizaţiei profesionale, asupra higienei diabeticului în voiaj şi sfaturi asupra curei hidrominerale.

Credem că această carte, foarte precis redată, va fi nu numai un **vade-mecum al diabeticului,** dar şi preţioasă pentru practician, care va găsi indicaţiile căutate în minimum de timp.

M M. R.