ANUL VI-lea, No. 11—12. NOEMBRIE-DEC. 1933.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

Pag.

I.

Cronica 707

REVISTE GENERALE

Conf. D-r ALFRED RUSESCU-București: **Câteva directive precise în haosul regimurilor alimentare la sugari** (urmare și sfârșit) 711

LUCRARI ORIGINALE

D-r NINA TRIFON-LICHTER-Lugoj: **Anovaria experimentală — Syndromul experimental hipertiro-anovarian** . . 726

D-r V. WALTER-București: **Syndromul termo-leucocitar în baciloză** 742

D-r ANTON FEIER: **Necunoscutele în etiologia și epidemiologia febrei tifoide** 752

FAPTE CLINICE

Prof. D-r URECHIA-Cluj: **Tabes chez une fillette de 9 ans, dont le père souffre de la même maladie** 759

Docent D-r GH. PÂRVULESCU și D-r H. VASCOBOINIC-Iași: **Fractura izolată a apofizelor transverse lombare** 762

SOCIALE

Doc. D-r AXENTE IANCU-Cluj: **Asistența infantilă în asigurările sociale** 770

TERAPEUTICE

D-r GH. I. ALEXIU-Predeal: **Tratamentul pleureziilor tuberculoase prin spălături pleurale** 779

(Urmare pag. II-a cop.)

SCRISUL ROMÂNESC — CRAIOVA.

32.638.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DOCUMENTĂRI BIBLIOGRAFICE

Pag.

D-r I. LEHRER-Frumosul (Câmpulung): **Regimul cu mere crude în dizenteria bacilară** 787

Doc. D-r M. CÂNCIULESCU: **Un plagiat — Tratamentul constipației** de ***D-r E. Spirt*** 789

II.

ACTUALITĂȚI MEDICALE ROMÂNEȘTI

Chimie Biologică... pag. 795 — **Chirurgie**... pag. 797 — **Infecțioase**... pag. 797 — **Ginecologie-Obstetrică**... pag. 798 — **Medicină internă**... pag. 799 — **Medicină experimentală**... pag. 801 . . . . 795 801

III.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — CARȚI — MONOGRAFII

D-r STATE DRĂGĂNESCU și D-r D. GRIGORESCU: **Lichidul cefalo-rahidian** — București, 1932 . . . . Rec. de D-r M. Cânciulescu 805

Insp. G-ral Prof. BUTOIANU M.: **L'evolution de la Chirurgie de Guerre.**— (Conferință ținută la Granada-Spania cu ocazia congresului al VII-lea de Med. și Farm. Militară, 1933 . . . Rec. de D-r I. Bistriceanu 807

D-r I FĂCĂOARU: **Soziale Auslese-Ihre biologischen und psychologischen Grundlagen** (Selecția socială. Bazele ei biologice și psihologice) Cluj, 1933 . . . . . Rec. de D-r I. Rosenstein 809

BCU Cluj / Central University Library Cluj

B. — SOCIETĂȚI MEDICALE

C. R. de la soc. de Biologie et de ses filiales: de Bucarest Séances du 1-er Decembre, 15 Décembre 1932, 19 Janvier, 16 Février, 8 Mars, 16 Mars 6 Avril, 4 Mai, 15 Juin, 29 Juin 1933 811

— **de Cluj**: Séances du 22 Décembre 1932, 17 Mai, 28 Juin 1933 . . . 814

— **de Jassy**: Séance du 20 Décembre 1932, 27 Janvier, 27 Février, 28 Mai 28 Juin 1933 814

Societatea de Gynecologie din București: Ședințele din 7 Februarie, 21 Februarie, 6 Martie, 27 Martie, 27 Noembrie 1932, 22 Ian. și 12 Februar 1933 815

Bulletins et mémoires de la Soc. méd. des Hôp. de Bucarest No. 3, 4, 5, 6 și 7 1933 817

Bulletins de la Soc. de Pédiatrie de Iassy: Les Séances du 31 Oct., 29 Nov. et 19 Dec. 1932 818

Buletinul Cercului Medico-farmaceutic din Craiova No. 1, 2 | 1933 818

Soc. Științelor medicale din Oradea: Ședința din 11 Maiu 1933 . . 819

Soc. medicală din Lugoj: Dare de seamă asupra activității medicale 821

C. — CONGRESE

Congresul XII-lea Balnear **București, 20—21 Mai 1933** . 824

Al II-lea congres național de tuberculoză, 3, 4, 5 Iunie 1933 — **Cluj** 826

Al XIII-lea congres de neurologie, psihiatrie, psihologie și endocrinologie, ținut la Sibiu în zilele de 17. 18 și 19 Septemhrie 1933 . . 832

(Urmare în pag. 3-a a Cop).

ANUL AL VI-lea. No. 11—12/1933.

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.
Fisioterapie: 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.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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.

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

Biblioteca Universitară „Carol I" Craiova

Abonamentul 250 lei pe an

Pentru { Studenţi şi Medici Rurali 150 „ „ „

Redacţia şi Administraţia:

„Mişcarea Medicală Română"

Str. Sf-ţi Arhangheli, 9

Craiova

CRONICA

In continuare la articolul **Câte-va directive precise în haosul regimurilor alimentare la sugari,** D-l D-r Alf. Rusescu termină cu expunerea regimurilor alimentare aplicabile sugarului bolnav.

Pe aceste regimuri autorul le împarte în: dietă hidrică, regimuri de transiţie şi regimuri de reparaţie.

Regimurile de transiţie reprezintă indicaţia cea mai grea de stabilit; ele se deosebesc prin diminuţia cantităţii unora din elementele constitutive ale laptelui, prin creşterea ei şi prin lipsa complectă a laptelui din alimentaţie.

In fiecare din aceste regimuri, autorul menţionează pe cele mai uzuale, cărora le dă compoziţia, preparaţia, modul de acţiune şi indicaţiile precise.

www.Cj.ro/Centrul Medical Iași

In **Castraţia ovariană experimentală — Syndromul experimental hypertiro-anovarian,** D-na D-r Nina Trifon-Lichter, medic de laborator la spitalul din Lugoj, expune cercetările făcute sub direcţia Prof. C. Parhon dela Iaşi, în 1928 şi cari numai parţial au fost consemnate în teza sa inaugurală; de rândul acesta sunt însoţite de un clişeu expunând o serie de cobăiţe în experienţele, a căror technică dă şi de un tablou sinoptic al modificărilor ponderale şi al celorlalte cercetări făcute.

Sindromul hypertiro-anovarian, care rezultă din hipertiroidizarea cobăiţelor castrate în prealabil, a fost determinat pentru prima oară de autoare; el dovedeşte că cele 2 glande se găsesc într'un antagonism funcţional, fapt coroborat întrucât-va de fenomenele cari se petrec în organismul femeilor la menopausă.

D-l D-r V. Walter a studiat modificările tabloului leucocitar în bacilosă într'un mod sistematic şi după un plan deosebit de acela al celorlalţi autori, cari s-au ocupat cu această chestiune.

Autorul a deosebit cazurile de baciloză pură, necomplicată, de acelea de bacilosă însoţită de accidente paratuberculoase (precum hemoptisie, transpiraţii şi diaree profuse, tuse, dispnee, anoxemie) sau de accidente de ordin infecţios sau toxic; — a degajat astfel contrastul, care există în cazurile de bacilosă pură, între prezenţa unei reacţii termice cu caracter oscilator important şi lipsa modificărilor tabloului leucocitar şi a cuprins această caracteristică a bacilozei pure sub numele de **Syndromul de disociaţie termo-leucocitară în tuberculoză.**

D-l D-r Anton Feier, medic al circ. rurale Ciumeghiu din jud. Bihor, cu ocazia combaterei unei epidemii de febră tifoidă, în care n-a putut prinde sursa de contagiune, se ocupă de **Datele necunoscute în etiologia şi epidemiologia febrei tifoide** şi cari conduc la admiterea teoriei autogenesei, după care la un moment dat, sub influenţa a cauze probabil de ordin infecţios banal necunoscut, colibacilul, oaspe banal şi inofensiv al intestinului uman, se transformă în bacil tific; dar chiar admiţând această teorie, la care se alătură în epidemia urmărită, autorul nu conchide la părăsirea mijloacelor obişnuite de profilaxie, pentru-că cazurile acestea sunt tot atât de contagioase caşi acelea cu contagiune dovedită.

D-l Prof. D-r C. I. Urechia, eminentul neuro-psichiatru dela Cluj, de al cărui bilanţ de activitate ştiinţifică sărbătorită de curând cu ocazia împlinirii a 50 ani de viaţă ne vom ocupa la timp, solicitat a colabora la revista noastră, ne-a trimis observaţia clinică pregătită a fi publicată într-o revistă străină cu privire la un **Tabes la o fetiţă de 9 ani, al cărui tată sufere de aceiaşi boală.**

Tabesul juvenil hereditar paralel este rar; observaţiile se citează, autorul îl explică prin hereditatea favorisantă a unui virus sifilitic cu afinitate neurotropă, afinitate datorită desigur desvoltării lui pe un mediu bogat în substanţe grase ca sistemul nervos.

D-nii Col. D-r Docent Gh. Pârvulescu dela Iaşi şi Căp. D-r H. Vascoboinic, publică 2 cazuri de **Fractură izolată a apofizelor transverse lombare,** în care au pus diagnosticul înainte de a se fi practicat examenul radiografic, bazându-se pe un semn clinic încă nedescris până în prezent, anume o durere provocată la nivelul focarului de fractură prin mişcarea membrului inferior de aceiaşi parte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l Doc. D-r Axente Iancu dela Iaşi se ocupă de **Asistenţa infantilă în asigurările sociale** de principiile de ordin medical, social şi juridic, cari trebue să presideze la baza acestui fel de asistenţe; expun condiţiile exprese sub cari se poate asigura în condiţiuni optime asistenţa infantilă la asiguraţi şi denunţă starea de inferioritate în cari sunt ţinute serviciile de asistenţă infantilă şi în care sunt trataţi şi renumeraţi aceşti medici de cea mai pură specialitate.

D-l D-r Gh. Alexiu, medic şef al Sanatorului de tuberculoşi „Excelsior" dela Timişul de sus—Predeal, expune **Tratamentul pleureziilor tuberculoase prin spălături pleurale,** după o technică personală de multă facilitate şi eficacitate, pusă în evidenţă cu ocazia unui caz clinic, ce prezintă.

D-l D-r I. Lehrer dela Frumosul, jud. Câmpulung, ne spune că **Regimul cu mere crude în disenteria bacilară** nu datează din 1928, de când l-au descris Heisler şi Moro, ci din 1775 şi a fost recomandat pentru prima oară de către Wiliam Buchan din Edimburg; — autorul, care se dovedeşte un cercetător emerit al trecutului medical, dă textul italienesc (cu traducere în româneşte) după o carte apărută la Padova în 1783, carte tradusă din franţuzeşte, aceasta la rându-i reflectând originalul scris în englezeşte.

D-l D-r M. Cânciulescu în **Un plagiat,** pune pe 2 coloane pe D-l D-r **Eug. Spirt,** medic practician în Bucureşti şi vara la Slănicul Moldovei, care **şi-a plagiat cartea sa „Tratamentul constipaţiei"** după „La Constipation. — Comment la guérir. Comment l'éviter" a D-lor D-ri V. Pauchet şi H. Gaehlinger, apărută în 1926, Edit. Doin, Paris.

Autorul arată că meritul denunţării acestui plagiat revine D-lui D-r N. Banu, asistent universitar din Bucureşti, care l-a încunoştinţat de acest fapt ştiinţific în urma cetirii unei recensii apărută în No. precedent al revistei, recensie în care sub iscălitura sa autorul, în necunoştinţă de cauză, lăudase fondul, care aparţinea de fapt autorilor francezi şi condamnase scopul, stilul şi forma. cari numai ele aparţineau autorului român.

*

Semnalăm apelul, ce facem la pagina 804, pentru a ni se trimite material spre publicaţie de **Folklor medical românesc.**

*

Monografia **Lichidul cefalo-rahidian,** pe care au scris-o D-ri State Drăgănescu şi D. Grigorescu şi pe care o recensăm la pagina 805, este o „operă utilă nu numai pentru orice medic şi în special pentru neurologist şi psichiatru", cum spune D-l Prof. D-r G. Marinescu, în prefaţa ce i-a scris, dar şi pentru studenţii, care vor putea găsi în ea dela început toate noţiunile referitoare la lichidul cefalo-rahidian în stare normală şi patologică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

La pagina 819 se găseşte **Raportul asupra activităţii Soc. Ştiinţelor Medicale din Oradea pe anul 1932,** pe care D-l D-r I. Glăvan, secretarul general, l-a prezentat în şedinţa din 11 Mai 1933, a societăţii.

Se vede acolo cum, în 17 şedinţe s-au făcut şi ţinut 53 de comunicări şi conferinţe cari caşi în alţi ani au fost strânse într'un Buletin propriu.

Ani în şir am publicat în extenso activitatea acestui important centru medical din ţară, care pe drept cuvânt poate fi aşezat imediat după centrul medical craiovean, a cărui expresie generală o reprezintă „Mişcarea medicală română".

In ultimul timp abundenţa de material şi mai cu seamă extensiunea, ce am fost nevoiţi a da primei părţi, care publică reviste generale, lucrări originale, fapte clinice şi diverse alte documente medicale româneşti, ne-a silit a reda numai titlurile lucrărilor şi conferinţelor ţinute; măsura este numai transitorie şi de îndată ce revista va apare mai des, prin scoaterea unor nume speciale pe specialităţi, vom relua publicarea integrală a sumarelor şedinţelor, ce această activă societate ne trimite.

Este profund regretabil că centre tot atât de importante, ca Temişoara, Braşov, Sibiu, nu păşesc la o activitate mai susţinută, care să le dea dreptul a şi-o consemna într'un buletin propriu sau în coloanele revistelor existente.

Le-a luat înainte Lugojul, a cărui activitate medicală deşi, efemeră. cum afirmă D-l D-r Lichter, adică nesusţinută, dar nu este mai puţin demnă de relevat.

*

La „CONGRESE" se redau: **Congresul al XII-lea balnear,** ţinut la Bucureşti, între 20—21 Mai; — **Congresul al II-lea de tuberculoză,** ţinut la Cluj, între 3—5 Iunie şi **Congresul al XIII-lea de Neurologie, Psihiatrie, Psihologie şi Endocrinologie,** ţinut la Sibiu, între 17—19 Sept. crt.; asupra acestuia din urmă, rămas în continuare de publicare şi în care s'a desbătut „Problema bătrâneţei" privită din toate punctele de vedere de ordin medical general şi special, vom reveni în numărul viitor.

Au murit **Emile Roux,** descoperitorul seroterapiei antidifterice şi **Albert Calmette,** promotorul vaccinoterapiei antituberculoase prin bacilul B.C.G; adică s-au stins din viaţă 2 mari binefăcători ai umanităţii, scoborîtori în linie dreaptă dela marele Pasteur, pe a cărui tradiţie ştiinţifică au continuat-o.

N-am citat decât 2, mai personale, din descoperirile, ce au făcut sau la cari au luat parte aceşti 2 mari savanţi, unul director, celalt director asociat al Institutului Pasteur din Paris, pe cari Pasteur i-a asociat din vreme la toate cercetările sale.

Desinteresarea, sobrietatea şi munca fără preget au fost trăsăturile caracteristice ale personalităţii lor; — şi mai cu seamă o modestie fără seamăn, care l-a făcut pe Roux să împartă cu Behring, care descoperise antitoxina difterică, premiul Nobel pentru medicină; iar pe Calmette să lege în B.C.G. la numele bacilului descoperit de el pe cel al lui Guérin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

Asociaţie, Sindicat sau Colegiul medical? se întreabă noul profesor al catedrei de medicină legală dela Cluj, D-l Prof. D-r M. Kernbach într'un articol, pe care numai îl semnalăm la pag. 843; — adică, care din cele 3 formaţiuni medicale legale actuale ar fi cea mai îndreptăţită a reprezenta şi susţine revendicările corpului medical românesc.

Se pare că acest drept nu-l va putea revendica decât formaţiunea, care va activa mai eficace pentru apărarea drepturilor celora, în numele cărora pretinde a vorbi.

*

La pag. 845 se arată **Cum,** credem noi că, **trebuesc făcute alegerile la colegiile medicale;** ori-cum, dacă nu cu înşirarea în ordine alfabetică pe o singură listă a tuturor candidaţilor, listă de pe care cel, ce votează, şterge pe unii şi lasă numai pe cei ce voeşte a vota — adică aşa cum prevede insuşi regulamentul şi anume dispoziţiuni ministeriale; — în orice caz nu cu prezentarea a mai multor liste, şi aplicarea ştampilei „votat" pe una din ele, sistem care nu asigură votarea persoanelor celor mai reprezentative şi mai este înjositor pentru demnitatea corpului medical, ai cărui membri sunt puşi astfel în situaţia de a vota ca toţi analfabeţii dela ţară.

D-r M. Cânciulescu.

CATEVA DIRECTIVE PRECISE IN HAOSUL REGIMURILOR ALIMENTARE LA SUGARI*)

de

D-r ALFRED RUSESCU

Conferenţiar Universitar.

II. REGIMURI PRIN MARIREA CANTITAŢEI UNORA DINTRE ELEMENTELE LAPTELUI

1) **Supa lui Czerny-Kleinschmidt** (Buttermehlnahrung) sau **lapte cu rântaş**, „lait au roux" al lui Forest.

Se prăjesc 5 gr. unt cu 5 gr. făină la un foc slab cam 4—5 minute, se diluează în 100 gr. apă adăugând şi 5 gr. zahăr; se fierbe şi se trece prin sită. Aceasta este supa „slabă".

©BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se întrebuinţează astfel:

{ După 3 luni, se pune 2 părţi supă şi 1 parte lapte
{ Până la 3 luni, se pune 1 parte supă şi 1 parte lapte

In proporţia 1 = 1, supa slabă are 75 calorii la 100 grame.

Supa „forte" se prepară la fel, dar cu următoarele cantităţi: 7 gr. unt, 7 gr. făină, 100 gr. apă şi 7 gr. zahăr.

După cum observă Maillet această supă se poate prepara şi fără să se prăjască untul cu făină; rezultatele sunt în acest caz mai puţin bune. După Exchaquet (citat de Gautier) prin prăjire se elimină acizii graşi volatili cari sunt partea cea mai greu de digerat din grăsime şi, în acelaş timp s'ar face făina mai digestibilă.

Cu supa lui Czerny-Kleinschmidt se obţin rezultate foarte bune în distrofii prin hipoalimentaţie, în cazurile de intoleranţă pentru laptele de vacă, în unele dispepsii dar după dispariţia diareei şi în distrofiile prin exces de hidrocarbonate. *Este un amestec demn de reţinut.*

Maillet a întrebuinţat pe o scară întinsă această supă, obţinând excelente rezultate; ea constitue un bun aliment de tranziţie, după care regimul cu lapte este bine tolerat.

Nu trebue prelungită prea mult întrebuinţarea sa (Gautier), care ar putea produce rachitismul (Forest).

---

*) Prima parte s'a publicat în No. 9—10 | 1933, pag. 567—582.

2) **Supa lui Liebig-Keller** se prepară în modul următor: Se pun 50 gr. făină de grâu în 1/3 litru de lapte (rece) şi se amestecă mereu; în alt vas se disolvă 100 gr. extract de malt în 2/3 litru de apă **căldicică, la care se** adaugă şi 10 cmc. dintr'o soluţie de carbonat de potasiu 11% (acest tip cu carbonat de potasiu a fost suprimat de Keller pentru uzul familiilor).

Cele două lichide nu se amestecă decât în momentul de a le pune pe foc. Amestecul trebue fiert 2—3 minute, agitând în tot timpul fierberei. Supa trebue să conserve o consistenţă perfect lichidă, căci sub influenţa diastazei din extractul de malt, ce lucrează între 50°—80°, amidonul s'a transformat în dextrină şi maltoză, cari sunt complect solubile.

Indicaţii şi contra indicaţii.

Această supă se întrebuinţează în special în cazurile de distrofie prin exces de lapte sau de grăsimi; deasemenea se obţin frumoase rezultate la sugarii mai mari de 5—6 luni cu hipotrepsie, dar fără turburări digestive prea accentuate.

După Keller această supă nu convine sugarilor mai mici de 4—5 luni şi nici acelora ce au turburări digestive prin exces sau întrebuinţare prea timpurie de făinoase.

Supa lui Liebig-Keller provoacă scaune abundente, formate dintr'o masă gălbue, groasă, omogenă, uşor acidă, fără miros de putrefacţie. Copilul are 3—4 scaune pe zi. Supa aceasta va fi întrebuinţată cel puţin 4 săptămâni; este bine să se continue administrarea timp de 3 luni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

3) **Supele lui Moro.**

Moro a preconizat două amestecuri alimentare:

Supa lui Moro I: Buttermehlvollmilch, cu următoarea compoziţie: 100 gr. lapte cu 3% făină de grâu, 5% unt şi 5% zahăr (după Finkelstein 7% zahăr).

Această supă are 135 calorii la 100 gr.

Fiertura (bouillie) lui Moro II: Buttermehlbrei, cu următoarea compoziţie: 100 gr. lapte cu 7% făină grâu cu 5% unt şi 5% zahăr.

Această fiertură (brei) are 148 calorii la 100 gr.

Aceste preparate sunt excelente regimuri de reparaţie.

III. REGIMURI FĂRĂ LAPTE

In ultimii 5—10 ani s'au făcut numeroase încercări de a alimenta cu regimuri fără lapte atât sugarii sănătoşi cât şi pe cei bolnavi. In instiuirea acestor regimuri s'a ţinut seama, în special, de albuminoide, căci, după părerea tuturor, substanţa albuminoidă reprezintă întrucâtva partea nobilă a raţiei alimentare, constituind elementul indispensabil la edificarea celulară şi aceasta cu atât mai mult la un organism în plină desvoltare, ca acela al sugarului.

Astfel, regimurile fără lapte se pot împărţi, după origina substanţei albuminoide, în: 1) Regimuri cu bază de proteină animală, şi 2) Regimuri cu bază de proteină vegetală.

Inainte, însă, de a intra în descrierea acestor regimuri, trebue să spunem că suntem cu totul de părerea Doctorului Willemin-Glog,

care compară această alchimie modernă, ce tinde să alimenteze sugarii fără lapte, cu sforţările de a descoperi piatra filosofală şi cu cortegiul ei de speranţe mereu reînoite şi încontinuu căzute în neant.

Fără a fi sub impresia finalităţii divine, trebue, totuşi, să recunoaştem că în natură sunt unele lucruri admirabil şi amănunţit organizate; şi dacă în tot ordinul mamiferelor după naştere se stabileşte la mamă o secreţie lactată, aceasta nu se face la întâmplare, ci cerută imperios de constituţia sugarului.

Suntem convinşi că toate regimurile cari se vor depărta de alimentul ce în mod natural sugarul are la dispoziţia sa, nu vor da decât rezultate negative. Ne referim natural la regimurile de lungă durată, cari sunt destinate a fi administrate timp îndelungat sugarilor şi cari, deci, trebuesc să fie complecte; în ceeace priveşte regimurile de tranziţie ele pot fi, bineînţeles, insuficiente şi monomorfe.

1) REGIMURI CU BAZĂ DE PROTEINE ANIMALE.

Aceste regimuri au fost preconizate şi experimentate mai ales în Germania. Deja Hinde de Bakou alimenta în timpul verelor călduroase sugarii cu făină, fructe, legume, gălbenuş de ou şi *măduvă*. Dar, aceste regimuri nu au intrat într'o fază ştiinţifică decât cu Hamburger. Deatunci numeroşi autori au imaginat felurite regimuri având ca bază cele mai variate alimente de origine animală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

a) **Regimul lui Hamburger.**

1. — Pe deoparte o fiertură (bouillie) cu făină de orez 6—8%, zaharată 2—5% la care este incorporat ficat de viţel, fiert şi sfărâmat în mojar, în proporţie de 5—10%. Se dă din această fiertură maximum 800 gr. repartizate în două mese.

2) Pe dealtă parte se dă supa lui Czerny-Kleinschmidt preparată cum am văzut mai sus şi în care untul poate fi înlocuit prin ulei.

Se dă din această supă 100—300 gr., repartizate la cele 5 prânzuri.

Autorul acestui regim se arată mulţumit cu rezultatele obţinute. Roedel care a experimentat şi el acest regim pe 11 cazuri a obţinut 4 rezultate favorabile, în alte 4 cazuri regimul nu a fost aplicat destul timp pentru a putea trage vre-o concluzie şi în celelalte 3 cazuri rezultatele au fost rele. Maillet a alimentat cu regimul lui Hamburger 8 sugari în etate de 8—12 luni, cu simptome de dispepsie cu lapte de vacă şi hipotrofie. A observat cu această ocazie că acest regim este în adevăr bine tolerat dar rezultatele nu au fost satisfăcătoare.

b) *Stolte* ar fi obţinut bune rezultate administrând la 12 sugari, între 4—8 luni, cu dispepsie prin lapte de vacă, următorul regim:

2 prânzuri cu supă de orez, cu ficat, carne sau thymus.
2 prânzuri cu pesmeţi, carne de cârnaţi şi unt
1 prânz lichid: ceai sau apă de orez.

c) *Epstein* a întrebuinţat **creerul** de viţel şi de porc, acest aliment fiind bogat în grăsime, având un mare număr de calorii (110 calorii la 100 gr.) şi conţinând în abundenţă factorul A şi B.

El fierbe creerul până ce se face o pastă ce este trecută prin sită. apoi îl adaugă fie la supa de carne, fie la o supă de orez (5—10%) în proporţie de 1/3 lichid şi 2/3 purée de creer.

El a hrănit cu acest regim 173 copii dela 2—11 luni, a observat bune rezultate, dar el singur recunoaşte că a dat şi lapte în cantităţi crescânde imediat ce starea intestinală o permitea.

d) *Epstein, Moll, Stransky, Popowa, Klinke* au preconizat diferite regimuri cu ouă. In special Moll a preconizat următorul „pudding":

80 gr. făină de pesmet sunt puse în 200 gr. apă; 40 gr. zahăr sunt bătute cu un gălbenuş de ou până la consistenţă omogenă şi apoi adăugate la suspensiunea făinoasă de mai sus. Albuşul de ou este bătut „spumă" şi adăugat la masa totală împreună cu 1 gr. sare şi 0, gr. 50 carbonat de sodiu pur.

Totul este pus într'o formă unsă cu unt şi presărată după răcire cu făină de pesmet şi apoi bine închisă este ţinută la bain-marie la 100° timp de 1/2 oră. Puddingul terminat este trecut printr'o sită şi amestecat cu unul din lichidele următoare: ceai, zer, lapte de femee, lapte de migdale.

După Moll, acest pudding este superior regimului cu făinoase în care nevoile de azot ale organismului sunt satisfăcute doar incomplect; pe când cu puddingul graţie oului cantitatea de azot este suficientă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Puddingul a fost întrebuinţat de Moll la sugarii mai mari ca regim de tranziţie. El are 150—160 calorii la 100 gr. Amestecând puddingul cu ceai în proporţie de 1 : 2, are 600 calorii la litru. Puddingul amestecat cu ceai şi amestecat cu laptele de migdale cu zer în proporţie de 1 : 1 : 1, are 960 calorii la litru.

Indicaţiuni: Ele au fost întrebuinţate în: Dispepsia cu lapte de vacă, dispepsia cu lapte de femee, diareea prin făinoase, hipotrofie, maladie coeliacă, diateza exudativă şi eczemă, tetanie, rachitism, anemie alimentară, anorexii idiopatice, pilorospasm, anafilaxia lactică.

Controlând concluziile cari se degajă din cercetările diferiţilor autori asupra acestor regimuri, putem conchide următoarele: Aceste regimuri sunt greu de preparat, ceeace îngreunează întrebuinţarea lor.

Intrebuinţarea acestor regimuri este riscată înainte de 6 luni, putând determina accidente grave: vărsături, diaree, scăderi în greutate, etc.

Peste 6 luni, din contră, aceste regimuri pot să ne dea rezultate bune, mai ales dacă li se adaugă şi lapte.

2) REGIMURI CU BAZĂ DE PROTEINE VEGETALE

Intrebuinţarea albuminelor vegetale prezintă, fără îndoială, o superioritate asupra proteinelor animale: sunt mai uşor de digerat, au mai puţin tendinţă la putrefacţie şi sunt mult mai uşor de conservat şi întrebuinţat.

MIGDALE

Laptele de migdale (Moll) a fost conceput de Profesorul Moll care a pornit dela ideea că dintre toate elementele laptelui *caseina este cea mai toxică* şi de aceea a căutat să găsească un regim fără caseină şi, chiar, fără lapte.

Modul de preparare: Se pun 150 gr. migdale dulci în apă proaspătă şi se lasă astfel la temperatura camerei 12—24 ore. Apoi ele sunt curăţate de coaja lor şi strivite cât mai mărunt posibil. Migdalele sunt apoi triturate într'un mojar în cantităţi mici adăugând un litru de apă, timp de 1/2 oră. Pentru a uşura pisarea se poate pune în mojar puţin nisip alb foarte fin şi bine spălat. Totul este trecut printr'un tulpan şi se adaogă un volum egal de zer cu calcia. Deci, la un litru de lapte de migdale se adaugă un litru de zer cu calcia; se mai adaugă 30 gr. făină de orez sau de porumb şi 50—100 gr. zahăr. Totul este pus la fiert, ceeace provoacă o precipitare a laptelui de migdale în mici flocoane. Acest amestec conţine 570—650 calorii.

El are următoarea compoziţie:

Moll	Dienst
Proteine 16‰	16,5‰
Grăsime 25‰	29,5‰
Zahăr 55,60‰	66‰
Săruri 5‰	4,5‰
Făină 15‰	15‰

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Zerul cu care se amestecă laptele de migdale este preparat după metoda lui Moll:

Un litru de lapte este smântânit şi încălzit; înainte de a da în fiert este adiţionat cu 4—5 gr. lactat de calciu. Imediat ce laptele fierbe, caseina se coagulează şi zerul este obţinut trecând totul prin sită; el este un lichid clar care nu conţine decât 3‰ proteine.

Moll face cu această ocazie următoarea remarcă: El a întrebuinţat ani de zile zerul şi nu a observat vre-un efect vătămător, în opoziţie cu Finkelstein care susţine că zerul este toxic. Această deosebire se datoreşte, după Moll, diferenţei între modul de obţinere a zerului: Finkelstein obţine zerul prin precipitatea caseinei cu ajutorul presurei; zerul în acest caz va conţine mai multe substanţe proteice vătămătoare decât zerul obţinut de Moll cu ajutorul lactatului de calciu.

Acest amestec de (lapte de migdale şi zer) are aproape aceeaşi compoziţie ca a laptelui de femee şi aceeaşi valoare nutritivă. In plus, grăsimile conţin doar acid oleic, cu punctul de fuziune mai scoborât; proteinele din laptele de migdale sunt deja lichefiate în stomac, ceeace nu se întâmplă cu caseina. Se pare că degradarea acestui aliment vegetal cere un efort mai mic din partea organelor digestive.

Acest lapte de migdale cu zer a fost întrebuinţat de Moll, Dienst, în diferite afecţiuni digestive: diareea copiilor la sân, turburări parenterale, turburări digestive grave (toxicoze), diateza exudativă, spasmofilie, dispepsia cu lapte de vacă. In aceste afecţiuni amestecul lui Moll întrebuinţat ca regim de tranziţie a dat în mâinile autorilor sus citaţi rezultate excelente. El este dat timp de 4—5 zile; în medie 7 zile, iar în cazurile grave el a putut fi dat şi 15 zile fără ca sugarul să fie expus pericolului lipsei de proteine sau de săruri. Un alt avantaj ar fi că după acest regim de tranziţie cu lapte de migdale se poate da sugarului acelaşi regim cu care el a devenit dispeptic.

Maillet a întrebuinţat acest amestec în 11 cazuri obţinând însă rezultate rele, astfel că nu a mai recurs deatunci la acest fel de alimentaţie.

Acest amestec poate constitui, având în vedere compoziţia sa, un bun regim de tranziţie; nu credem, însă, că este mai bun decât babeurre-ul. Dealtfel rezultatele bune obţinute de Moll pot fi atribuite zerului care intră în părţi egale în compoziţia laptelui de migdale. Deaceea suntem de părere că nu trebue să ocupe un loc important în arsenalul nostru dieteto-terapeutic.

S O I A

Făina de Soia. Soia este o leguminoasă originară din Asia Orientală, unde se cultivă din timpuri îndelungate. In China, Manciuria şi Japonia, Soia constitue planta de bază în cultura locuitorilor, după cum la noi este porumbul şi grâul. La noi au fost încercate culturi de Soia în regiunea Ardealului, Timişoara şi în regiunea Bucureştiului, la câmpul Institutului de cercetări agronomice, Soia este una din cele mai bogate plante în principii nutritive. Compoziţia boabelor este următoarea (Slavici):

	Soia	Grâu	Porumb
Albuminoide	45,93%	12,29%	9,85%
Grăsime	19,47%	1,93	4,62
Subst. extractive neazotate	24,41	74,17	65,95
Celuloză	4,12	2,57	2,49
Cenuşă	5,78	1,93	1,51
Apă	8,55	11,11	13,12

După cum se vede mai sus, Soia este planta cea mai bogată în albuminoide. Soia poate înlocui albuminele animale; trebue, însă, ca să fie bine preparată pentru a-i da un gust agreabil. Din boabele dela Soia, cari sunt foarte oleaginoase, după ce se extrage uleiul, rămâne un produs numit impropriu *făină*, dar care în realitate este format din boabe de aleuron, compuse la rândul lor în special din materii albuminoide, asociate cu compuşi organici fosforaţi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sinclair, John Ruraeh, Neumann au utilizat făina de Soia în tratamentul diareelor infantile şi al hipotrofiei. Studiată din punct de vedere fizico-chimic şi fiziologic de către Mac Collum şi Simmons, Osborne şi Mendel, etc., compoziţia făinei de Soia a fost găsită favorabilă ca acizi aminaţi, deşi cam săracă în lisină, cistină şi triptofan. Este bogată în vitamina A şi B, dar săracă în săruri. Făina de Soia este întrebuinţată fie pură, amestecată cu apă, ceai sau apă de orez (6 linguriţe mici de făină pentru 100 gr. lichid) fiartă 1/4 oră şi sărată; fie, mai obişnuit, adăugându-i-se hidraţii de cărbune şi grăsime. Ribadeau-Dumas şi Willemin-Clog au utilizat făina de Soia preparată în modul următor:

O lingură de masă de Soia şi 2 linguri de masă de făină de orez, bine amestecate, sunt fierte în 200 gr. apă, timp de 20 minute. Această fiertură este maltată şi zaharată 5%, (în făina de Soia se pune în prealabil 1 gr., 50 clorur de sodiu şi 2 gr. 50 carbonat de calciu).

Ei au întrebuinţat această preparaţie în dispepsia cu lapte de vacă, în enterită şi în eczemă. Ei au observat o ameliorare rapidă a funcţiunilor intestinale, a numărului şi calităţii scaunelor. Greutatea, însă, era staţionară şi atunci introducând chiar cantităţi mici de lapte în regimul de Soia s'a obţinut o creştere normală. Deasemenea un alt inconvenient, destul de grav, este gustul desagreabil care-l face uneori să fie refuzat de sugarii mai mari.

S'a preparat şi o specialitate, „*Sobee*", cu următoarea compoziţie:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Făină de Soia	67,5%
Făină de orez	9,5
Ulei de măsline	18,95
Clorur de sodiu	1,35
Carbonat de calciu	2,70

Ea conţine:

Proteine	33,20%
Grăsimi	22,50
Hidraţi de carbon	32,80

100 gr. din acest produs produc 420 calorii. Cu „Sobee" se poate prepara o fiertură în modul următor: 6 linguri de masă la 210 gr. apă, la care se adaugă 1—1 1/2 lingură de amestec de dextri-maltoză.

Autorii americani cari l'au întrebuinţat în hipotrofie, în eczemă, par a fi obţinut bune rezultate cu el. Ei l'au întrebuinţat timp îndelungat: 2 luni şi chiar mai mult, observând o creştere ponderală favorabilă.

Laptele de soia.

Laptele de Soia este întrebuinţat în China şi Japonia din antichitate. La sugari, însă, nu este întrebuinţat decât de câţi-va ani. Marcel Maillet şi L. şi K. Yeu, au publicat în Octomvrie 1932, rezultatul observaţiunilor asupra 100 sugari alimentaţi cu lapte de Soia, în Franţa.

Modul de preparare (întrebuinţat de Maillet şi Yeu).

Boabele de Soia galbene sunt uscate, pentru a uşura decorticaţia; cotiledoanele sunt separate de înveliş prin măcinat şi apoi supuse la maceraţie în apă rece timp de 12—16 ore; după aceasta, ele sunt luate cu ajutorul unei cantităţi convenabile de apă şi duse într'un mojar unde sunt strivite şi sfărâmate. Se obţine, astfel, o pastă albă ce se filtrează printr'o pânză. Lichidul care se scurge este „laptele de soia". Pe pânză rămâne o magmă albă compusă în mare parte din resturi tegumentare, o proporţie apreciabilă de grăsime şi materii azotate. Din ea se extrag uleiuri sau serveşte ca îngrăşăminte.

Caractere fizice. Densitatea aleasă a fost de 1015 la 18°. Pentru a produce 10 litri de astfel de lapte trebuesc 1500—1800 gr. de boabe de Soia El are o culoare albă opacă, este homogen, vâscos, cu un miros de fasole şi cu gust dezagreabil. Fierbe la 100°—102° şi, ca şi laptele, „se umflă şi dă în foc".

Compoziţie.

Extract uscat	73,50° ₀₀
Materii azotate	38,71° ₀₀
Materii grase	16,60°/₀₀

Materii zaharate	7,5°/₀₀
Săruri	3,45°/₀₀
Celuloză	0,86°/₀₀

Substanţele proteice sunt în suspensie coloidală. Cea mai importantă dintre ele este numită *caseină vegetală*. Ea nu coagulează prin căldură şi se precipită în laptele de Soia prin adăugire de acizi minerali, sau acid acetic, sau a unor săruri minerale: clorur de magneziu, clorur de potasiu, sulfat de magneziu. Chinezii la fabricarea brânzei de soia se servesc de procedeul de coagulare prin săruri minerale. Materiile zaharate sunt încă de natură nedeterminată. Materiile grase sunt în stare de fină emulsie, neavând tendinţă să se ridice la suprafaţă; ele nu se pot separa prin barataj. Substanţele minerale sunt variate: fosfor, potasiu, calciu, sodiu. Nu există fer, magneziu. Laptele de Soia dă, ca şi laptele de vacă, reacţia peroxidazei şi a catalazei.

Modul de administrare: Maillet a corectat acest lapte în modul următor:

Lapte de Soia	1 litru
Zahăr	50 gr.
cremă de orez	50 gr.
Carbonat de calciu	1 gr.
Clorur de sodiu	1 gr. 50

In plus, pentru sugari, acest amestec a fost maltat. Un litru de astfel de lapte are 700 de calorii. S'au servit de acest lapte ca şi de cel de vacă: aceleaşi diluţii şi aceleaşi raţiuni. Fierturile au fost făcute ca şi cu laptele de vacă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rezultate obţinute: In general este bine suportat. Din 100 sugari doar 7 l'au refuzat. *Scaunele* cu lapte de Soia sunt caracteristice: mai închise, mai omogene, vâscoase cu un miros particular persistent. In general, 3 pe zi la copiii normali. Foarte adeseori (31%) se produce un eritem fesier, uneori intens şi rebel la orice terapeutică. Acţiunea asupra scaunelor la copii cu diaree este însă inconstantă; în rare cazuri s'a observat o agravare a turburărilor digestive. In intoleranţa pentru lapte de vacă acţiunea sa a fost cea mai favorabilă. Asupra greutăţii corpului el are următoarea acţiune: Curba greutăţii este continuu ascendentă în timpul administrării laptelui de Soia şi aceasta independent de starea scaunelor, cari pot fi adeseori mediocre. De multe ori, după 5—6 saptămâni, copilul se desgustă de acest lapte. După un timp de 2—3 luni greutatea devine staţionară sau neregulată, chiar dacă laptele a fost bine tolerat.

Maillet a obţinut la 38 sugari nedispeptici: la 25 o creştere ponderală satisfăcătoare şi la 7 o creştere mediocră, ca şi cu celelalte preparate alimentare. La 62 sugari cu turburări digestive a obţinut în 36 de cazuri o creştere de greutate, deşi de multe ori scaunele nu erau ameliorate.

Deci, laptele de Soia este bine suportat de sugari. El procură creşteri în greutate satisfăcătoare, atât la cei sănătoşi cât şi la cei dispeptici. Asupra fenomenelor digestive acţiunea sa este însă inconstantă, uneori favorabilă, dar deseori nulă. Acţiunea acestui aliment a fost manifestă mai ales în intoleranţa pentru laptele de vacă. El nu poate constitui decât un aliment de tranziţie şi cu indicaţii limitate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TURNESOL

(Floarea Soarelui, Heliantul anual).

Turnesolul, ca şi Soia, are în boabele sale o substanţă numită impropriu făină, fără amidon şi care se prezintă sub formă de grăunţe de făină sau grăunţe de aleuron, compuse în mare parte din substanţe albuminoide. Făina de turnesol a fost studiată din punct de vedere chimic de André şi experimentată clinic de Ribadeau-Dumas şi Willemin-Clog, R. Mathieu, R. A. Marquezy.

Compoziţie. Făina de Aleuron din turnesol are următoarea compoziţie (André):

Substanţe azotate	60,7%
Grăsimi	2,8
Zahăr (dextrină)	14,6
Celuloză	4,2
Cenuşe	7,8
Apă	9,6

Clorurii lipsesc aproape complect; din contră ferul este abundent. In privinţa acizilor aminaţi, turnesolul are o deficienţă de

cistină, mai acuzată de triptofan, iar ceilalţi sunt normali. Turnesolul are în abundenţă vitamina B. Trebue să se prevină însă carenţa totală de vitamină A şi C.

Modul de întrebuinţare: Se asociază turnesolul cu făinoase sub formă de bouillie (fiertură), astfel:

Cremă de orez	10 gr.	Pentru un biberon de 100 gr.
Zahăr	5	
Turnesol	4	

Făina de turnesol este în prealabil sărată cu 2 gr. 50 sare la 100 gr. făină. Valoarea calorică este de 700 calorii la litru. Se va da în aceleaşi doze ca şi laptele de vacă. Fiertura se prepară în modul următor: Cantităţile sus indicate de cremă de orez şi turnesol sunt cu îngrijire amestecate, apoi diluate într'o cantitate odată şi jumătăte mai mare decât biberonul ce trebue să ia copilul. Se fierbe, agitând foarte des timp de 15—20 minute, în care timp se reduce cu 1/3. Se retrage de pe foc, se aşteaptă câteva minute ca temperatura să scadă la 80° (aproximativ) şi se adaugă extractul de malt (2 gr., 50); se amestecă bine: se obţine astfel lichefierea. Se opreşte acţiunea diastazei fierbând din nou un minut. Se adaugă zahăr 5%. Pentru a evita lipsa de vitamina A. Willemin adaugă o linguriţă de untură de peşte.

Indicaţiuni. El a fost întrebuinţat în dispepsia cu lapte de vacă, dispepsia cu lapte de femee, în dispepsia cu făinoase, în hipotrofie, turburări parenterale, eczemă, disenterie. Acest regim a fost întrebuinţat integral de obicei 3—6 săptămâni. In multe cazuri durata regimului a fost de peste 2 luni. Aproape întotdeauna e bine acceptat. Rezultatele au fost, în general, bune. Asupra scaunelor se observă următoarele: ele devin abundente, rare, de o culoare brunăroşietică, sau verde-bronzată, cu un miros special de coteţ de găină. Slab acide şi, în orice caz, mai puţin alcaline decât scaunele cu lapte de vacă. Greutatea copilului la început stagnează sau este uşor descendentă din cauza unei eliminări de apă, apoi curba ponderală se urcă normal timp de 3—4 săptămâni, după cari se observă o nouă stagnare. In acest moment trebue să întrerupem regimul exclusiv de turnesol şi să introducem în raţia alimentară lapte, care, chiar în doze minime, face ca greutatea să crească din nou. Copiii hrăniţi cu turnesol au atributele unor copii sănătoşi: normal colorati, voinici, cu turgorul bun, cu apariţia dinţilor şi data mersului normale.

Aruncând o privire de ansamblu asupra acestor regimuri fără lapte (şi, repet, nu am avut în vedere până aci decât regimurile destinate a fi administrate timp îndelungat, deci regimuri cari în mod obligator trebuesc să fie complecte), putem trage mai multe concluziuni:

Regimurile cu proteine animale sunt periculoase înainte de 6 luni. Ele pot fi întrebuinţate peste 6 luni, dar cu multă precauţiune şi mai ales adăugând lapte care, chiar în cantităţi minime, este

indispensabil şi, de multe ori, suficient pentru a asigura o creştere normală a sugarilor.

Regimurile cu proteine vegetale sunt mai indicate pentru sugari, ele prezentând unele avantagii asupra regimurilor cu proteine animale (fapt ce am semnalat deja). Laptele de migdale a dat bune rezultate în mâinile autorului şi ale elevilor său (deşi alţi cercetători au fost mai puţin norocoşi). De altfel, rezultatele favorabile obţinute cu laptele de migdale al lui Moll pot fi atribuite cel puţin în parte, zerului care intră în proporţie egală în compoziţia laptelui de migdale. Soia nu poate constitui decât cu adăugare de lapte un regim complect şi de mai lungă durată. Turnesolul, în mâinile lui Ribadeau-Dumas şi şcoala sa, pare a fi dat rezultate mai bune, totuşi şi regimul cu turnesol trebue complectat cu lapte, după cum am văzut, pentru a putea asigura o creştere normală.

Şi atunci, constatăm: 1) Ca regimuri de tranziţie nu oferă nici un avantaj asupra babeurre-ului, şi 2) ca regim de reparaţie ele nu pot asigura creşterea timp îndelungat fără adausul unei cantităţi de lapte.

Şi, fapt paradoxal, deşi aceste regimuri au fost imaginate pentru a creşte sugarul *fără* lapte, s'a dovedit tocmai contrariul, anume că laptele este indispensabil desvoltărei sugarilor. Şi după cum remarcă Willemin, în loc de regimul *fără* lapte s'a ajuns cel mult la regimuri de *reducere* de lapte.

3) REGIM DE TRANZIŢIE (fără lapte).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Făinurile.

Ele ne sunt de un folos extraordinar în dietetica infantilă, atât la copilul sănătos cât şi la cel bolnav. Atât sub formă de *decocţiune de boabe de cereale*, sau sub formă de *fiertură (bouillie) de făină cu apă*, cât şi sub formă de *fiertură de făină maltată* (după cum le-a preconizat Liebig) făinoasele ne aduc servicii imense şi nediscutate în alimentarea sugarului. Toţi autorii sunt de acord, formule excelente şi extrem de numeroase se găsesc pretutindeni, nu voi insista, deci, asupra acestei chestiuni.

Merele.

In 1928, Heisler, un medic din Koenigsfeld a experimentat, pentru prima oară un regim ce era întrebuinţat de locuitori după o veche concepţie populară. Rezultatele sale favorabile le-a publicat la Münich. Moro, luând cunoştinţă de articolul fostului său elev, a studiat regimul său de mere la clinica sa şi a confirmat cu atoritatea sa bunele rezultate ce se pot obţine.

Technica este următoarea: 7—20 mere se curăţă de coaje şi de seminţe, se răzue pe o răzătoare de sticlă, obţinându-se o masă fină, ca un purée. Cantitatea pentru o masă este de 100—300 grame. (Unii autori recomandă în cazurile febrile o dietă hidrică scurtă (6—12 ore), înainte de a începe administrarea merelor). Se continuă regimul de mere 2 zile; la nevoe se mai prelungeşte cu 1—2 zile această alimentaţie. Dacă copilului îi este sete în acest timp se poate da ceai pentru a satisface nevoile de hi-

dratare. Moro a aplicat acest regim în dispepsia acută, dispepsia cronică, maladia coeliacă (Herter-Gee), disenterie, colită mucoasă, turburări parenterale.

Moro a preparat şi **o supă** ce-i poartă numele şi care se prepară în modul următor: 250—300 gr. de purée de mere diluate cu 200—300 gr. soluţie Ringer şi cu 500—700 gr. ceai slab.

Pentru a face mai uşor de administrat acest regim casa Krause-Medico, din München, a preparat un praf de mere **„Aplona"**; 100 grame de Aplona reprezintă 1000 gr. de mere proaspete. Prepararea Aplonei se face în modul următor: Se pune praful de mere în apă caldă (40°—50°), sau în ceai şi se adaugă şi puţină zaharină; se lasă 5—10 minute pentru ca să se umfle. Concentraţia trebue să fie între 4—6%; în nici un caz să nu treacă de 8%. 1 linguriţă de cafea, cu vârf, de Aplona = 4 gr.; 2 linguriţe de cafea rase = 4 gr. — Aplona se dă în următoarele doze: La copii mici 20—40 gr. zilnic; la adulţi 30—60 gr. zilnic.

Wiskott a obţinut cu această preparaţie bune rezultate. La noi în ţară D-r Elias şi D-r Popoviciu cu D-na Benetato au aplicat acest regim şi au consemnat observaţiile lor: D-r Elias şi Schachter asupra 12 cazuri diferite (2 maladii coeliace, 2 dispepsii acute şi 8 enterocolite disenteriforme), autorii au dat între 1500—2000 gr. de mere pe zi, în 5—6 prânzuri. D-r Popoviciu şi Benetato au întrebuinţat supa de mere în 25 cazuri de turburări parenterale.

A. Noll, din Heidelberg, întrebuinţează regimul de mere ca tratament profilactic al diareelor: el adaogă la regimul sugarilor, imediat ce observă o creştere a numărului scaunelor, 100—150 gr. mere, repartizate la cele 5—6 mese.

Regim de tranziţie. După cele 2—3 zile de regim exclusiv de mere, se dă 1—3 zile regimul de tranziţie („Ubergansperiode") recomandat de Moro: dimineaţa, ceai, cacao, apă de orez, puţină pâine cu unt. La 12, se dă supă de legume purée de cartofi, carne slabă, şuncă slabă, o banană.

Rezultate: Scaunele devin mai abundente, mai rare, bine închegate ca nişte scaune normale. Ele au un miros puternic de tăbăcărie. In disenterie colicele şi tenesmele diminuă repede şi dispar.

Mod de acţiune. După unii (Heisler) bunele rezultate sunt datorite acidului tanic din mere, care are un rol antimicrobian; alţii (Popoviciu) atribue acţiunea favorabilă vitaminelor; Moro crede că este o acţiune mai mult mecanică şi de adsorbţie a bolului intestinal, exercitând o acţiune de curăţire a intestinului; în fine, Von Noorden atribue rezultatele regimului de fructe lipsei sării de bucătărie; astfel, acest regim exercită o acţiune antiflogistică în toate inflamaţiunile tractus-ului intestinal; Von Noorden suprimă sarea în regimul dispepsiilor fermentative.

Regimul de mere pare a da mai bune rezultate în enterocolitele disenteriforme (Moro, Elias) şi în diareele acute.

Acest regim, care, după cum recomandă chiar Moro, este bine să fie aplicat (mai ales în sindromul disenteriform) doar în spital,

unde se poate controla precis executarea sa, este încă în faza de entuziasm, astfel că nu putem emite o părere definitivă, cu atât mai mult cu cât sunt autori cari contestă eficacitatea sa.

Am trecut în revistă principalele regimuri întrebuinţate la sugarii bolnavi şi anume acele regimuri cari au rezistat unei experimentări îndelungate şi generale; am văzut, de asemeni, regimurile fără lapte a căror întrebuinţare experimentală este în prezent încă în curs (regimurile fără lapte cu albumină de origină vegetală prezentând un caracter de actualitate).

Ele sunt reunite toate în următorul tablou sinoptic.

TABLOU

- I. Regimuri prin **diminuarea** unor elemente ale laptelui
  - Diminuarea **grăsimei**
    - Babeurre
      - simplu
      - supă de babeure
      - ca aliment de reparaţie
        - Kleinschmidt
        - Ribadeau-Dumas
    - Fiertura lui Gelston
  - Diminuarea **sărurilor** = Lapte albuminos
    - Finkelstein — Meyer
    - Larosan
    - Feer
    - Moll (cu Calcia II)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

- II. Regimuri prin **mărirea** cantităţii unor elemente din lapte
  - Czerny—Kleinschmidt (Buttermehlnahrung, lait au roux)
  - Liebig—Keller
  - Moro I (Buttermehl vollmilch)
  - Moro II (Buttermehlbrei)

- III. Regimuri **fără lapte**
  - Regim complect
    - cu albumină de origine **animală**
      - Hamburger: Ficat de viţel
      - Stolte: timus carne de cârnaţi
      - Epstein: creer
      - Moll, Stransky etc.: ouă
    - cu albumină de origine **vegetală**
      - Lapte de migdale (Moll)
      - Soia
        - Lapte
        - Făină
      - Turnesol
  - Regim de tranziţie . . . . . .
    - Făinoase
    - Mere (Heisler-Moro).

Am văzut la fiecare din aceste regimuri compoziţia, modul de preparare, indicaţiile, precum şi rezultatele obţinute.

După cele văzute mai sus, cari vor fi preferinţele noastre faţă de aceste amestecuri alimentare, atunci când vom fi în prezenţa unei turburări de nutriţie?

Pentru a da un răspuns trebue să împărţim aceste regimuri în: regimuri de tranziţie şi regimuri de reparaţie (deşi această diviziune este întru câtva schematică, după cum am spus şi mai sus, căci unele regimuri de tranziţie pot fi şi de reparaţie şi unele regimuri de reparaţie pot face perfect trecerea dela dieta hidrică la alimentaţia obişnuită):

I. REGIMURI DE TRANZIŢIE. In primul rând stă *babeurre-ul*. Aproape toţi autorii sunt de acord în această privinţă. Din nefericire nu putem să-l întrebuinţăm pe o scară prea întinsă, deoarece babeurre-ul preparat în casă de familia bolnavului este, de foarte multe ori, refuzat de copil din cauza, probabil, a unei acidităţi anormale. Şi atunci ne rămâne babeurre-ul în serviciile spitaliceşti. De aceea este necesar ca să ne unim cu toţii şi să cerem organizarea unei industrii proprii de babeurre. De mare folos ne este Eledonul (babeurre uscat, produs al casei Nestlé) recent introdus în ţară.

In al doilea rând putem aşeza *făinoasele*, sub forma fie de decocţiune, fie de „bouillie" simplă sau maltată. La copii mai mari de multe ori ele constituesc un regim de tranziţie chiar superior babeurre-ului. Profesorul Moll declară într'un articol că a obţinut rezultate excelente în serviciul său prin întrebuinţarea făinoaselor ca regim de tranziţie. In enterecolitele disenteriforme decocţiunile şi fierturile de făinoase sunt aproape singurele indicate şi tolerate.

Vine apoi *laptele albuminos* care în dispepsia prin exces de făinoase (Lesné, Clément), în diareea cu scaune acide (Moll) este un excelent aliment de tranziţie.

Supa lui Czerny-Kleinschmidt este deasemenea un foarte bun aliment de tranziţie.

Este excepţional ca cu vreunul din aceste regimuri să nu obţinem rezultatele dorite. In privinţa regimurilor fără lapte ce actualmente se experimentează şi se întrebuinţează, nu le recunoaştem vreo superioritate asupra regimurilor de mai sus.

II. REGIMURI DE REPARAŢIE. Vom prefera tot *babeurre-ul* căruia i s'au adăugat diferitele complemente menţionate la capitolul respectiv. Se va ţine seamă, deasemenea, de cercetările recente cari au arătat importanţa untului şi, în special, a vitaminei B în metabolismul hidraţilor de cărbune. Vom utiliza supa lui Kleinschmidt şi formulele lui Ribadeau-Dumas.

Vom menţiona *supa lui Czerny-Kleinschmidt*, foarte răspândită şi în Franţa, utilizată mai ales în turburările prin exces de făinoase.

Laptele albuminos cu diferite variante este de asemenea un bun aliment de reparaţie. Deasemenea *supa Liebig-Keller* întrebuinţată mai ales în turburările prin exces de grăsimi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Supele lui Moro (I. şi II.) sunt excelente regimuri de reparaţie, dar după dispariţia turburărilor digestive.

Prelegerea de faţă nu a avut scopul de a enumera toate preparatele alimentare existente, ceeace ar fi fost, de altfel, imposibil într'o oră şi, pe de altă parte, ar fi constituit un capitol dintr'un tratat oarecare de regimuri la copii.

Ea a avut trei scopuri: 1) De a insista — cu tendinţa de a le corija asupra câtorva erori ce se comit, încă, în alăptarea la sân şi alăptarea cu biberonul a sugarului sănătos.

2) De a selecţiona diferitele preparate alimentare şi de a menţiona doar acele regimuri cari au dat cele mai bune rezultate în cursul turburărilor de nutriţie ale sugarilor în mâinile diferiţilor autori.

3) De a analiza regimurile fără lapte, dintre cari, unele sunt în curs de experimentare, având un caracter net de actualitate.

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

L'auteur continue à exposer les régimes par augmentation de la quantité de quelques uns des éléments du lait, parmi lesquels la soupe de Czerny-Kleinschmidt ou le lait au roux, la soupe de Liebig-Keller, les soupes de Moro; — les régimes sans lait, parmi lesquels il distingue des régimes aux protéïnes animales (les régimes de Hamburger, de Stolte, de Epstein, d'Epstein-Moll-Stransky-Popowa-Klinke, aux oeufs), des régimes aux protéïnes végétales (le lait aux amandes, la farine et le lait au Soïa, les bouillies à la farine de tournesol) et des régimes de transition (farines, pommes).

A tous ces régimes, qu'il divise encore en des régimes de transition et des régimes de réparation, l'auteur indique à chacun la composition, la préparation, les indications et il donne les résultats obtenus.

ZUSAMMENFASSUNG: D-r A. Rusescu — *Einige genaue Massregeln im Wirrwar der alimentären Lebensweise bei Säuglingen.*

Der Verfasser fährt fort, die Diät durch Quantitäts-vergrösserung einiger der Milchelemente auseinanderzusetzen, so die Czerny-Kleinschmidt — Suppe oder Buttermehlnahrung, die Liebig-Keller—Suppe, die Moro—Suppe; —

bei der milchlosen Ernährung betont er die Ernährung mit Tierproteine (Hamburger-Diät, Stolte-Diät, Epstein-Diät, Epstein-Moll-Stransky-Popawa-Klinke-Diät mit Eiern); Diät mit Ernährung von Pflanzenproteine (Mandelmilch, Mehl — und Soiamilch, Koch mit Sonnenblumenmehl) und Uebergangsdiät (Mehle und Aepfel).

Diese Diätetik teilt der Verfasser weiter ein in Uebergangsdiät und Wiederherstellungsdiät und gibt bei jeder Zusammensetzung, die Zubereitungsweise an sowie die Indikationen und erhaltenen Resultate.

CASTRAŢIA OVARIANA EXPERIMENTALA, SINDROMUL EXPERIMENTAL HIPERTIRO-ANOVARIAN

Cercetări personale

de

D-r NINA TRIFON-LICHTER—Lugoj
Medic de laborator la Spital.

Această lucrare caşi aceea apărută în această revistă No. 7—8 din 1933, asupra hipertiroidiei experimentale, rezumează cercetări făcute acum câţiva ani (1928) sub auspiciile şi în laboratorul D-lui Prof. C. I. Parhon din Iaşi. Nefiind publicate în nici o revistă din ţară, fiind actualmente însoţite şi de un clişeu inedit, precum şi de un tablou rezumativ asemenea inedit, pe de altă parte rezultatele numerice obţinute, neaflându-se decât în lucrarea inaugurală şi sub o altă orânduire decât în această lucrare, am socotit nimerit a publica rezultatele de mai jos care întregesc de altfel acele din lucrarea noastră asupra ipertiroidiei experimentale, mai sus amintită.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

I.

ANOVARIA

Anovaria determinată prin castrare, produce modificări diferite, după cum ea are loc în epoca prepuberală, sau în cea post-puberală.

La femei, castraţia prepuberală aduce după sine o creştere exagerată în lungime a membrelor inferioare, din care cauză ele sunt înalte. Bazinul rămâne îngust, curbura lombară nu se accentuiază, forma corpului tinde să ia aspectul masculin. Caracterele sexuale secundare nu apar, părul în regiunea axilară şi pubiană nu creşte, mamelele nu se desvoltă, uterul rămâne mic, menstruaţia nu se stabileşte.

In general aceste femei se depărtează de tipul morfologic obicinuit (Robert). In insuficienţa ovariană s'a notat uneori o tendinţă la hipertrichoză, la desvoltare musculară şi la apariţia câtorva caractere de virilism. La femeile castrate în epoca post-puberală sau cu insuficienţă ovariană, se observă adesea turburări nervoase şi vaso-motorii.

Primul simptom printre cele din urmă este apariţia turbură-

rilor menstruale. Menstruaţia cu întârziere, în mică cantitate, de scurtă durată, deseori dureroasă, alteori dispare complect. Femeile se plâng adesea de dureri în lombe şi abdomen; sunt foarte nervoase, irascibile, sufăr de insomnii, prezintă palpitaţii şi valuri de căldură, urmate în multe cazuri de o transpiraţie abundentă. Anxietatea e regula în insuficienţa ovariană. Această stare psihică poate să provoace sau să se transforme în unele psihoze ca psihastenie, melancolie şi chiar delir cronic sistematizat (Parhon, Delmas), care ar fi în legătură cu modificările celorlalte glande endocrine. Intre fenomeenele insuficienţei ovariene, Maranon notează acrocianoza, mai ales a mâinilor, ceeace el numeşte *mâna hipogenitală*, caracterizată încă şi prin răceala şi umiditatea tegumentelor respective. S'au notat turburări digestive, anorexia şi în special constipaţia. Rodriguez arată că insuficienţa ovariană este de multe ori însoţită de hiperclorhidrie şi ulcer gastric. La femei cu insuficienţa ovariană sau după castrare, se observă tendinţa la obezitate (Schäfer). Martin a observat îngrăşarea ca un fenomen general, cu toate că unele femei rămân slabe după operaţie.

In ceeace priveşte menopauza, simptomele sunt aceleaşi ca şi după castrare, dar mai puţin accentuale. Jayle notează irascibilitatea, tendinţa la hipocondrie, depresiune, slăbirea energiei. Dintre turburările mintale, melancolia se observă foarte des la epoca menopauzei (Kraepelin, Parhon şi alţii). La animale castrarea ovariană are efecte asemănătoare. Acestea se îngraşă repede (Florard, Lermont şi rezultatele noastre). Uterul rămâne mic. Talia lor e mai mare decât a martorelor, căci castrarea animalelor tinere determină o prelungire de durată a osificaţiei enchondrale. Influenţa castrărei asupra desvoltărei scheletice a fost pusă în evidenţă de mai mulţi autori. Astfel Richon şi Jeandelize la o epuroaică castrată, observă o alungire a taliei. Parhon la o pisică sacrificată 2 ani după castrare a găsit că membrele erau mai scurte decât la martor, însă epifizele nu erau încă sudate, ceea ce-i permitea animalului de a mai creşte. Tandler şi Keller au notat că basinul şi craniul vacilor castrate, tinde să ia forma oaselor corespunzătoare a masculilor castraţi. Franz, experimentând pe oi, a găsit aceleaşi rezultate. După Rollet, Ecker, Becker, această operaţie scade creşterea basinului şi a craniului. Histologic, D-ra Ştefănescu a găsit la două epuroaice castrate cartilagiul de conjugaţie mai înalt; celulele seriate mai multe la număr, zona de cartilagiu hialin dela bază înaltă, ceeace arată un proces de creştere mai activ, decât la martori. La două cobăiţe autoarea nu a găsit modificări apreciabile.

Din punct de vedere ponderal noi am găsit la cobăiţele castrate în 4 serii din 7, o creştere în greutate şi în restul de 3 serii o diminuare faţă de martori.

Glandele endocrine, sunt modificate deasemeni în urma castraţiei ovariene sau în insuficienţa ovariană. Absenţa ovarelor provoacă o hipertrofie şi o hiperfuncţiune a tiroidei, precum şi lipsa secreţiunei tiroidiene provoacă o hiperfuncţiune a ovarelor. Hertoghe, susţine că funcţiunea utero-ovariană este exagerată atunci când

BCU Cluj / Central University Library Cluj

cea tiroidiană este scăzută. *Antagonismul tiro-ovarian* a fost pus în evidenţă de mai mulţi autori (Blondel, Moreau, C. Gauthier, Parhon şi Goldstein, Engelhorn şi Martin). Creşterea tiroidei în timpul sarcinei, când funcţiunea ovariană pare scăzută, pledează pentru acelaş fapt (Guillot, Lange).

Rezultatele noastre (1928) vin să confirme oarecum acest antagonism tiro-ovarian, după cum vom vedea mai jos.

Histologic, Cecca găseşte după castraţie o distensiune a foliculilor tiroidieni cu acumularea de coloid. Parhon şi Goldstein la două animale castrate găsesc foliculii în general mici, unii din ei fără coloid, deasemeni foliculi dilataţi cu coloid hematoxilinofil, capilare dilatate şi prezenţa de celule nediferenţiate în foliculi. Alquier, la o femeie ovarrectomizată nu găseşte nici o modificare; el crede că modificările care se produc, îndată după castrare, dispar mai târziu. Parhon şi D-na Parhon studiind tiroida unei căţele castrate, nu găsesc nici o deosebire faţă de martoră.

Glandele paratiroide, examinate de Parhon şi Goldstein, la mai multe animale ovarectomizate, au fost găsite fără nici o alteraţie microscopică, în afară de o ectazie vasculară la o pisică sacrificată trei luni după operaţie.

Pancreasul, după Parhon şi Goldstein, nu suferă modificări însemnate în urma castrărei. Alquier, găseşte în pancreasul unei femei castrate picături mari de grăsime localizate mai ales în insulele lui Langerhans.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din punct de vedere ponderal, pancreasul în cercetările noastre lua situaţia intermediară între pancreasul din sindromul dublu (castrare şi hipertiroidizare) cu greutatea cea mai mică şi între acel al animalelor simplu hipertiroidizate.

Glandele suprarenale, au fost găsite macroscopic de către Hatai, mărite de volum la şobolancele albe după castrare. Ciaccio, Teodosief, Schenk, au observat hipertrofia stratului cortical a suprarenalelor la femelele castrate. Schenk, Cecca şi Maranon au notat şi hipertrofia medularei suprarenalelor. Morassini, găseşte o acumulare de pigment în pătura reticulară. Parhon şi Goldstein găsesc în zona fasciculară, un număr mare de celule clare cu structura areolară, conţinând lipoizi. După Maranon, simptomele ce apar în urma castraţiei nu sunt datorite hiperfuncţiunei suprarenalelor, deoarece se întâlnesc şi în cazurile unde hipertrofia suprarenalelor lipseşte. Maranon, Parhon, D-na Ballif şi D-na Caraman, au publicat cazuri de virilism, fără semne de hiperfuncţiune a suprarenalelor.

Noi am găsit suprarenalele mărite de volum, faţă de martore,

Hipofiza, suferă modificări însemnate în urma castraţiei. Macroscopic, Fichera, Hatai, Jutaca, Kohn, au notat mărirea de volum şi creşterea în greutate a hipofizei. Kohn la şase femei castrate constată acelaş lucru. Microscopic, Fichera găseşte o puternică vascularizaţie cu proliferarea celulelor eozinofile. Parhon şi Goldstein au observat aceleaşi modificări în 3 cazuri de castrare experimen-

tală. Din punct de vedere funcţional, s'a notat o hiperfunţiune a hipofizei în anovarie.

Fichera găseşte că injecţiile de extract ovarian fac să regreseze numărul celulelor eozinofile, crescute în urma castrărei. După acelaş autor creşterea exagerată a animalelor castrate ar fi datorită hiperfuncţiunei hipofize. Cecca găseşte la o femee castrată hipofiza cu foarte puţine eozinofile, ceeace ar arăta o hiperfuncţiune a acestei glande şi ar concorda cu constatările lui Maranon; însă autorul explică faptul prin aceea că femeia în cazul lui a decedat la 20 ani după castrare şi că toate modificările petrecute în organism, s'ar fi putut şterge.

Timusul, la femeile castrate perzistă şi pare oprit în involuţie. Noi am găsit timusul mult crescut în greutate faţă de cel al martorilor.

Ficatul, a fost notat de către Parhon şi Goldstein, ca având o încărcare adipoasă a celulelor sale. Alquier la o femeie castrată, găseşte picături fine de grăsime în ficat.

In rezultatele noastre, ficatul era mărit în greutate faţă de al martorilor, cu excepţia animalelor cu sindromul dublu.

Splina, a fost găsită de Parhon şi Goldstein vascularizată, la o pisică după castraţie; corpusculii lui Malpighi numeroşi şi bine desvoltaţi şi nişte insule cu celule de tip epiteloid. Spirito găseşte o mărire a greutăţii splinei şi o creştere a foliculilor limfatici, în cursul sarcinei, când funcţia ovarului pare scăzută.

160 Kolozsvár / Cluj: Babeş-Bolyai Egyetem Könyvtár / Babeş-Bolyai University Library Cluj

Noi am găsit deasemeni splina mărită faţă de martori, fără alte modificări macroscopice.

Glanda mamară, după Halban şi Steinach, este oprită în desvoltare, când castrarea are loc în vârstă tânără. La vârsta mai înaintată, glanda poate să secrete colostrru. Castraţia practicată în timpul lactaţiei, face ca laptele să fie mai dens, mai abundent (Levrat, Charlier, Mathias, Florard). Babeş şi Oceanu, studiind efectele castrărei ovariene la capre, au constatat că secreţia laptelui se prelungeşte şi se activează, iar din punct de vedere al compoziţiei, devine mai bogat în unt, cazeină, acid fosforic şi mai sărac în lactoză. După Schäfer castraţia la femei, este urmată uneori de atrofia mamelelor.

Organele genitale, suferă şi ele în urma castrărei. Halban a observat că extirparea ovarelor la cobăiţele tinere provoacă oprirea în desvoltare a organelor genitale. Sokollof, Eckard, Carmichael şi Marshall şi Jolly, experimentând pe mai multe animale, au ajuns la concluzia că castrarea înainte de pubertate opreşte desvoltarea uterului şi a trompelor, după pubertate se produce o atrofie a acestor organe.

Histologiceşte, s'a observat oprirea în desvoltare a glandelor mucoasei uterine, subţierea tunicilor musculare, vascularizaţia slab desvoltată. In ceeace priveşte vaginul, Tsu-Zong-Yung studiindu-l la o epuroaică castrată găseşte că el se aseamănă cu vaginul animalului impuber. Courrier, la o cobăiţă castrată înaintea pubertăţii, observă că epiteliul vaginal conservă tipul prepuberal. La animalele castrate

după pubertate, autorul găseşte epiteliul vaginal asemănător cu al femelelor impubere. Fenomenele caracteristice ciclului oestral dispar.

In ceeace priveşte influenţa castraţiei asupra sarcinei, Sokoloff a notat întreruperea acesteia la căţelele castrate. Kleinhaus şi Schenk, au extirpat ovarele la epuroaice gravide, fără ca sarcina să fi fost influenţată. Schickele arată că castraţia practicată în primele 7 săptămâni a graviditătii, în cele mai multe cazuri nu întrerupe sarcina. Halban, citează multe cazuri în care sarcina a urmat cursul normal la femei cu dublă ovarectomie.

Organele genitale, uter trompă, vagin, au fost găsite de noi regresate şi scăzute în greutate după castrare.

Sângele, suferă diverse modificări după castrarea ovariană. Breuer şi Seiler, au notat o scădere a globulelor roşii după castrarea ovariană. Barbieri, Demange şi Etienne Precizerscka notează acelaş lucru. După Schiving, numărul de hematii la femeile în menopauză este egal cu numărul hematiilor la bărbat. Antonelli, a observat că castraţia la căţele tinere, micşorează numărul globulelor roşii şi a procentului hemoglobinei, scade rezistenţa globulară, provoacă adesea leucopenie cu limfocitoză şi mononucleoză; toate aceste modificări dispar la sfârşitul celei de a doua luni. Heiman, notează deasemeni limfocitoză după castraţie ovariană. Alexeiev şi Jucov notează la femeile castrate dispariţia corpului lui Kurloff (incluzii azurofile care se observă în limfocite la animale, care apar numai la pubertate, odată cu maturitatea sexuală). Castrarea determină o creştere a vitezei de sedimentare a globulelor roşii, mai netă la început şi care se credea că este datorită alteraţiei echilibrului secreţiilor interne, determinate prin castrare.

Strassmann, Paillard, Maranon, notează o hipertensiune arterială la femeile castrate.

Noi am găsit în raport cu martorii, o uşoară scădere a polinuclearelor şi a formelor de tranziţie, cu o uşoară creştere a mononuclearelor, limfocitelor şi eozinofilelor. *Viteza de sedimentare* era crescută în 4 pe 6 serii, faţă de martori.

Schimburile nutritive, sunt aflate încetinite de către Charrin. Curatulo şi Tarruli, Plaut şi Timm, Kraus şi Harler, găsesc o scădere a metabolismului bazal la femeile castrate sau cu insuficienţă ovariană. Scăderea metabolismului durează atâta timp cât ţine şi amenoreea. Experimental Asher şi Berscki n'au observat modificări ale metabolismului bazal la femeile castrate.

Korenschewsky găseşte o scădere a metabolismului azotat, prin care autorul ar explica în parte creşterea în greutate după castraţia ovariană. Curatulo şi Tarulli Mosse nu găsesc nici o modificare a acestui metabolism. In ceeace priveşte metabolismul calciului, părerile sunt contradictorii. Curatulo, Tarulli, Goldthwait, Painter şi Osgood, constatară o creştere a calciului din sânge la femeile castrate. Malamud şi Mozzacco notară la menopauză scăderea calciului sanghin şi câteodată în menopauzele precoce, creşterea lui. D-ra Parhon Constanţa găseşte la căţelele castrate o creştere a

calciului din sânge. Din contră, Adler şi Dalsace găsesc o scădere a calcemiei după castraţia ovariană.

Blanchetière găseşte după ovarectomie şi în menopauză, creşterea totală a calciului, o scădere a potasiului în raport cu sodiul şi o scădere a ultimelor două substanţe în raport cu calciul. Noi am găsit o creştere a calcemiei serice după castrare. Parhon şi Papinian, au susţinut că ovarele ar avea rolul desasimilator faţă de calciu, ceeace ar explica rezultatele adesea bune, obţinute în osteomalacie prin ovarectomizare. Goldwaith, Painter şi Osgood au observat în cazul lor de osteomalacie o retenţie de calciu sub influenţa ovarectomiei.

Fosforul, după unii autori este eliminat în mai mică cantitate prin urină, în urma castraţiei (Curatulo şi Tarulli, Berger). Din contra după alţi autori (Mossi, Piszani), eliminarea fosforului ar creşte. Parhon şi Goldstein au notat o micşorare a eliminărei ureei, fosforului şi calciului într'un caz de insuficienţă ovariană patologică.

Colesterina, în mai multe cazuri de insuficienţă ovariană şi după castrare, a fost găsită de Parhon şi Maria Parhon, în sânge. diminuată. Cercetările lui De Bella arată că după castraţie se observă în 85% de cazuri o creştere a colesterinemiei. D-ra Constanţa Parhon, experimentând pe căţele, a găsit colesterina mărită în proporţie de 50%; la 2 femei castrate, autoarea a găsit deasemenea colesterina mult crescută. Noi experimentând pe căţele, am găsit deasemenea o creştere a colesterinei în sânge după castrare.

Toleranţa la hidrocarbonate, apare micşorată la animlalele castrate după Cristofoletti şi Stolper. Glicozuria şi hiperglicemia adrenalinică se produce mai uşor la animalele castrate (Cristofoletti, Maranon). Maria Parhon dozând glicogenul din ficat şi muşchi, puţin timp după castrare, constată numai o uşoară scădere a glicogenului în ambele organe. După această din urmă autoare turburările în metabolismul hidraţilor de cărbune se manifestă după maj mult timp dela operaţie şi sunt datorite hiperfuncţiunei celorlalte glande, cărora li se datoreşte acţiunea acceleratorie asupra metabolismului hidraţilor de cărbune.

II.

SINDROMUL EXPERIMENTAL HIPERTIRO-ANOVARIAN

Sindromul experimental hipertiro-anovarian, nu a fost cercetat de nimeni înaintea noastră, sau mai exact în literatura cercetată personal până la 1928, nu am găsit nici o indicaţie în acest senz. Clinicește însă Bandler a observat agravarea simptomelor la femeile în menopauză, după tratamentul tiroidian.

Cercetările noastre sunt slabe contribuţiuni la studiul relaţiunilor între ovar şi tiroidă. Experienţele au fost făcute pe cobăiţe tinere în vârstă de 3—5 săptămâni. Seria se compunea din patru animale: martor, hiperdiroidizat, castrat simplu şi castrat şi hipertiroidizat. In total 7 serii de cobăiţe şi pentru colesterinemie 2 serii a 4 căţele, ne-au furnizat rezultatele relatate mai

jos. Animalele hipertiroidizate au fost tratate cel puţin timp de 5 luni de zile, doza tiroidei a fost de 10 centigrame la începutul tratamentului ajungând la maximum de 1/2 gram pentru odată, la 2 zile, după cum animalele creşteau sau scădeau în greutate. In tratarea animalelor cu tiroidă am urmărit ca acestea să nu crească în greutate, fiindcă am observat că dozele mici de tiroidă administrate la interval de 3—4 zile provocau creşterea greutăţii la animale. Ca să evit aceasta le cântăream la fiecare 2 zile şi dacă observam creşterea în greutatea lor, măriam doza de tiroidă.

O doză mai mare de 1/2 gram la două zile, aducea moartea cobăiţelor. Dacă animalul perdea mult în greutate, suspendam pentru un timp administrarea tiroidei, ca să-şi recapete aceeaş greutate, care a avut-o la începutul tratamentului. In felul acesta am putut obţine în câteva rânduri ca animalele hipertiroidizate simplu şi cele cu sindromul dublu să aibe după 5 luni de tratament o greutate aproape aceeaşi, pe care au avut-o la începutul experienţelor, pe când animalele castrate şi martore au câştigat în greutate aproape de două ori mai mult decât aveau la începutul experienţelor. Am supus tratamentului tiroidian deodată mai multe serii şi am observat că **cea mai mare parte din cobăiţele hipertiroidizate au murit, pe când cobăiţele cu sindromul dublu au supravieţuit, fiind în aceleaşi condiţii şi luând aceeaşi doză de tiroidă.** După un timp de 5—6 luni de tratament, animalele au fost sacrificate prin sângerare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In 5 cazuri pe 7, *greutatea animalelor* cu sindromul dublu (castrare şi hipertiroidizare), era mai mare decât a animalelor hipertiroidizate simplu. La animalele castrate simplu, greutatea era mai mare în 4 pe 7 serii şi mai mică în restul de 3 serii, decât aceea a martorelor. Curba alăturată de creşterea în greutate reprezintă media creşterilor înregistrate, raportate la sută şi arată cu evidenţă situaţia intermediară între animalele şi hipertiroidizate, pe care au luat-o animalele cu dublu sindrom, din punctul de vedere ponderal. După părerea Prof. Parhon, creşterea în greutate a animalelor cu dublu sindrom, faţă de cele hipertiroidizate, s'ar putea în parte explică prin micşorarea schimburilor nutritive provocată de castrare, micşorare care ar neutraliza în parte, acţiunea

desasimilatorie a tiroidei. La autopsia animalelor am constatat la cele castrate o cantitate mare de grăsime mai ales în unele cazuri, ceeace pledează pentru o încetinire a combustiunilor. In aceeaşi ordine de idei am constatat că *temperatura* la cobăiţele castrate era mai mică ca la toate celelalte din serii, precum reiese şi din tabloul sinoptic, dacă cu deosebire am face media pe categorii a cobăiţelor din experienţă.

Obţinem astfel pentru martore o medie de temperatură de 39,8°, pentru castrate 39,7°, la hipertiroidizate 40,2° şi la castrate şi hipertiroidizate 40,2°. Evident, nu pierdem din vedere faptul că la aceste animale temperatura în mod obicinuit prezintă variaţiuni importante. Rezultatele noastre concordă dealtfel cu rezultatele găsite de alţi autori (Charrin, Gouschenko).

Examinând deaproape *oasele scheletului*, am constatat că şi la animalele cu dublu sindrom ca şi la cele hipertiroidizate, ele sunt mai înguste, mai scurte, cu brazdele mai pronunţate decât la martore sau la catrate. Această oprire în desvoltare se observă şi la craniu, care este mai uşor, mai îngust decât al martorilor. Făcând media pentru fiecare os în parte, constatăm că femurul animalelor castrate e mai greu, decât al martorilor. La animalele cu sindrom dublu, femurul e mai uşor decât la castrate şi mai greu decât la animalele hipertiroidizate.

Pentru *humerus* găsim la sindromul dublu greutăţi identice cu acele ale animalelor hipertiroidizate, iar la castrate greutatea era identică cu aceea dela martore. Pentru *tibia*, *cubitul* şi *radius* greutăţile lor la animalele cu sindromul dublu, sunt mai mari decât la cele hipertiroidizate. La cobăiţele castrate, cubitul şi tibia sunt mai grele decât la martore, pe când radius este mai uşor. In tabloul sinoptic se poate vedea toate acestea.

Modificările ponderale ale diferitelor organe se pot rezuma astfel:

Tiroida cobăiţelor cu sindromul dublu, este mai grea decât la cele hipertiroidizate şi mai uşoară decât la castrate. Ştim după unii autori că hipertiroidia experimentală duce la atrofia glandei şi castraţia hipertrofia ei. Deci şi a priori şi de fapt castrarea ovariană şi hipertiroidizarea la acelaş animal ar neutraliza acţiunea reciprocă şi greutatea tiroidei la animalele cu sindromul dublu s'ar apropia de aceea a martorilor, după cum arată şi rezultatele noastre.

Animalele cu sindromul dublu au o hipertrofie mare a *glandelor suprarenale*. Atât hipertiroidizarea cât şi castrarea contribuie la hipertrofia suprarenalelor. Rezultatele noastre arată o creştere ponderală succesivă în ordinea următoare: martore, castrate, hipertiroidizate, sindrom dublu.

Timusul cobăiţelor cu dublu sindrom e mai uşor decât la hipertiroidizate simple şi mai greu decât la martore..

Digitized by Romanian Academy Library, Iasi

Pancreasul scade în greutate după castrare şi scăderea poate ajunge aproape de dublu în raport cu martorii la animalele hipertidizate. Animalele cu sindromul dublu prezintă cea mai accentuată scădere în greutatea pancreatică.

Ficatul, prezintă o creştere apreciabilă în greutate la animalele cu sindromul dublu, în raport cu martorii, ca şi cu animalele castrate sau hipertiroidizate.

Splina, se hipertrofiază în sindromul dublu, mai mult decât la animalele castrate şi mai puţin decât la cele hipertiroidizate, în raport cu animalele martore.

Pulmonii, în sindromul dublu prezintă o creştere în greutate. Această creştere este mai mică decât la animalele hipertiroidizate simplu şi este foarte pronunţată faţă de animalele castrate, care prezintă o scădere a greutăţii pulmonilor în raport cu martorii. După părerea D-lui Prof. Parhon, hipertrofia pulmonilor la animalele hipertiroidizate s'ar datori faptului că la aceste animale respiraţia e mai activă şi pulmonii se hipertrofiază, din contra castraţia după cum au constatat şi alţi autori, micşorează ritmul respirator. Previziunea că în sindromul dublu greutatea pulmonilor va lua un caracter intermediar se confirmă prin cifrele rezultate din experimentare.

Cordul animalelor cu sindromul dublu creşte în greutate, într'un mod intermediar între animalele castrate şi cele hipertiroidizate. Martorii prezintă greutatea cea mai mică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rinichii, la animalele cu dublu sindrom cresc în greutate. Ordinea progresivă a greutăţilor la animalele în experienţă a fost: animale castrate, martore, hipertiroidizate, sindrom dublu (greutatea maximă).

Organele genitale au prezentat în sindromul dublu modificări. Uterul şi trompele erau mai lungi şi mai subţiri ca la martori, apropiindu-se de acelea ale animalelor hipertiroidizate. Hipertiroidizarea simplă a dus la o creştere a organelor genitale, venind în sprijinul opiniei autorilor, care cred că hipertiroidia stimulează funcţiunea genitală. Organele genitale în sindromul dublu a atins aproape dubla greutate a animalelor simplu castrate.

Sângele în sindromul dublu prezintă modificări, după cum se poate vedea din tabloul de mai jos, în ceeace priveşte formula leucocitară. Din cauza variaţiunilor acestei formule nu putem trage concluziuni precise. Făcând media constatăm o mononucleoză la toate animalele cu sindromul dublu şi la cele hipertiroidizate; o creştere a polinuclearelor la cobăiţele cu sindromul dublu.

	Seria I	II	III	IV	V	VI	Media
Polinucleare %							
I Martore	43.2	16.0	—	13.5	22.4	23.6	23.74
II Castrate	19.0	18.2	30.4	10.0	25.8	24.8	21.37
III Hipertiro-idizate	14.0	24.75	40.0	12 5	23 0	39.25	22.76
IV Sindrom dublu	57.0	30.0	17.0	15.0	20.6	32.5	30.19
Mononucleare %							
I Martore	28 6	74 0	—	79.5	52.0	66.8	60.18
II Castrate	55.8	73.0	56 0	85.5	52.8	55.2	63.05
III Hipertiro-idizate	56.6	45 0	49.0	74.0	61.6	57.5	57 94
IV Sindrom dublu	36.0	61.5	51.4	81.0	55.8	56.5	57.1
Limfocite %							
I Martore	24.6	6.4	—	4.0	21 4	5.6	12.4
II Castrate	22.4	6 2	9 2	2.5	17.4	17.8	12.58
III Hipertiro-idizate	24.8	27.75	8.0	10.0	10.4	0.50	15.97
IV Sindrom dublu	6.0	4.5	26.8	1.0	19.8	9.0	9 6
Eozinofile %							
I Martore	1.6	0.8	—	2.0	1.4	0.4	1.44
II Castrate	0.6	1.2	2.8	1.0	3.2	0.4	1.53
III Hipertiro-idizate	1.6	1.75	2.0	1.0	2.8	0.20	1.57
IV Sindrom dublu	1.0	2.0	1.6	1.0	1.8	1.0	1.01
Forme de trecere %							
I Martore	2.0	2.8	—	1.0	2.8	1.5	2.24
II Castrate	2.2	1.4	1.6	1.0	0.8	1.8	1.47
III Hipertiro-idizate	3.0	0.75	1.0	2.5	2.2	2.5	1.76
IV Sindrom dublu	—	2.0	3.2	2 0	2.0	1.0	2.1

BCU Cluj / Central University Library Cluj

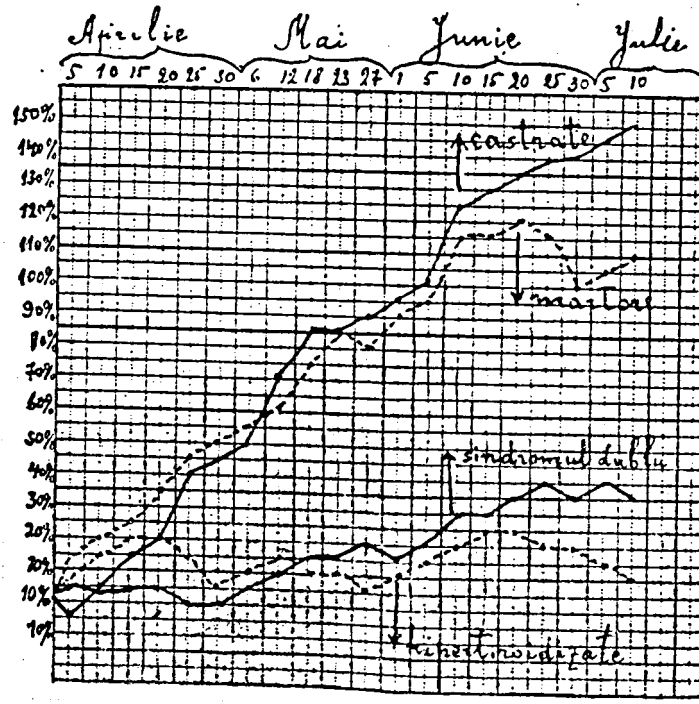
Tablou sinoptic de modificări ponderale şi altele, ale animalelor în experienţă.

	Greutate în mgr.	Femur	Humer	Tibia	Cubit	Radiu	Tiroida	Supra-ren.	Timus	Pancreas	Ficat	Splină	Pulmoni	Cord	Rinichi	Aparat genital (vagin. uter)	** Diferenţe în greutate totală	Glicemie ‰	Calcemie ‰	Colesterin. ‰	Temperatura
SERIA I-a	Greut. abs.																				
	Martoră . . I	985	580	730	250	190	70	340	775	2020	24820	970	5450	1850	4300	2200	gr. 359	1.40	0.100	1.70	39.8°
	Castrată . . II	840	500	650	220	150	90	425	740	1570	25900	710	4520	1700	4020	550	„ 396	0.89	0.119	1.93	39.6°
	Hipertiroidizată III	620	385	470	150	120	50	500	600	870	12530	735	3420	1320	3520	840	„ 8	1.11	0.115	1 40	40°
	Sindrom dublu IV	645	400	470	170	130	55	775	490	775	12215	485	4380	920	4313	635	„ 80	0.79	0.124	1.50	40 3°
	Greut. la kg.																				
	Martoră . . I	—	—	—	—	—	120	582	1327	3459	42500	1661	9332	3168	7363	3768	—	—	—	—	—
	Castrată . . II	—	—	—	—	—	146	688	1197	2540	41909	1149	7314	2781	6505	890	—	—	—	—	—
	Hipertiroidizată III	—	—	—	—	—	163	1634	1961	2843	40948	2402	11176	4314	11503	2745	—	—	—	—	—
	Sindrom dublu IV	—	—	—	—	—	185	2729	1779	2745	41225	1547	12172	4902	15371	2277	—	—	—	—	—
SERIA II-a	Greut. abs.																				
	Martoră . . I	860	450	690	250	200	120	390	930	1810	23735	780	6200	2300	4960	1720	gr. 393	1.08	0 112	1.60	39.9°
	Castrată . . II	940	510	700	240	190	70	375	1090	1310	20160	740	5410	2100	4020	550	„ 372	1.00	0.115	2.16	39.6
	Hipertiroidizată III	600	390	480	160	140	45	560	770	1210	15325	610	3200	1730	3670	1100	„ 129	0.99	0 120	1.55	40.1°
	Sindrom dublu IV	660	310	500	190	160	70	562½	857	1103	16743	708	4685	2000	3693	590	„ 166	1.07	0.127	1 32	40°
	Greut. la kg.																				
	Martoră . . I	—	—	—	—	—	191	621	1481	2882	37795	1242	9873	3662	7898	2739	—	—	—	—	—
	Castrată . . II	—	—	—	—	—	127	682	1982	2382	36655	1346	9836	3818	7309	1000	—	—	—	—	—
	Hipertiroidizată III	—	—	—	—	—	131	1628	2238	3517	44549	1773	9302	5029	10669	3197	—	—	—	—	—
	Sindrom dublu IV	—	—	—	—	—	132	1590	1815	2989	42861	1915	12075	5469	10074	1588	—	—	—	—	—
SERIA III-a	Greut. abs.																				
	Martoră . . I	730	550	600	200	150	150	330	1710	2050	15280	1050	44[illegible]0	2380	4300	1685	gr. 268	1.14	0.125	—	39.8°
	Castrată . . II	780	550	600	200	150	90	330	985	1820	20100	1010	4420	1790	3910	550	„ 228	1.15	0.125	—	39 8°
	Hipertiroidizată III	530	375	400	160	110	50	735	470	620	9100	700	4800	1850	4380	1680	„ 18	—	0.176	—	40 5°
	Sindrom dublu IV	600	425	450	150	140	80	660	629	875	13255	635	4680	1780	4200	980	„ 129	1.25	0.173	—	40.4°
	Greut. la kg.																				
	Martoră . . I	—	—	—	—	—	275	723	3132	3754	23802	1923	8205	4359	7875	3086	—	—	—	—	—
	Castrată . . II	—	—	—	—	—	166	611	1824	3370	37222	1870	8185	3315	7240	1019	—	—	—	—	—
	Hipertiroidizată III	—	—	—	—	—	177	2606	1667	2198	32269	2482	17021	6563	15532	5957	—	—	—	—	—
	Sindrom dublu IV	—	—	—	—	—	173	1755	1565	2124	33640	1670	11944	4149	10734	2466	—	—	—	—	—

SERIA IV-a	Greut. abs.	Martoră . . I	710	440	520	100	190	50	370	970	1380	17300	750	5200	1480	3540	2555	gr. 350	1.03	0.156	—	39.5°
		Castrată . . II	810	460	600	—	160	120	310	1385	1475	19580	1340	4660	2070	3900	-	„ —	1.16	0 148	—	39.3°
		Hipertiroidizată III	550	330	410	100	150	53	375	600	990	11800	715	4060	1500	3000	870	„ 39	1 00	—	—	40.2°
		Sindrom dublu IV	500	350	410	100	100	50	630	850	1010	14515	1765	4520	2290	4370	930	„ 67	1.50	0.148	—	40°
	Greut. la kg.	Martoră . . I	—	—	—	—	—	86	640	2033	2893	36268	1574	10902	3123	7421	5356	—	—	—	—	—
		Castrată . . II	—	—	—	—	—	232	599	2748	2927	38849	2659	9246	4107	7738	—	—	—	—	—	—
		Hipertiroidizată III	—	—	—	—	—	172	1221	2198	3626	43223	2619	14872	5494	10989	3187	—	—	—	—	—
		Sindrom dublu IV	—	—	—	—	—	83	1548	2484	2953	42441	5161	12841	6696	12777	2719	—	—	—	—	—
SERIA V-a	Greut. abs.	Martoră . . I	—	—	—	—	—	55	340	660	1400	8900	640	5200	1310	3470	1680	gr. 230	0.82	0.130	—	—
		Castrată . . II	—	—	—	—	—	90	480	1010	1370	16250	870	5090	1600	3300	350	„ 247	1.00	0 150	—	—
		Hipertiroidizată III	—	—	—	—	—	45	335	685	870	8100	690	3900	1600	3400	1110	„ 16	1 15	0 150	—	—
		Sindrom dublu IV	—	—	—	—	—	28	550	650	715	20800	700	4150	1630	5300	740	„ 80	1 10	0.166	—	40.3°
	Greut. la kg.	Martoră . . I	—	—	—	—	—	115	712	1387	2941	18697	1347	10920	2752	7289	3709	—	—	—	—	—
		Castrată . . II	—	—	—	—	—	179	952	2775	2902	34445	1843	3389	3389	6992	1257	—	—	—	—	—
		Hipertiroidizată III	—	—	—	—	—	166	1227	1935	2457	22881	1949	11017	4519	9605	3616	—	—	—	—	—
		Sindrom dublu IV	—	—	—	—	—	117	1608	1895	2087	60641	2048	12099	4752	15452	2741	—	—	—	—	—
SERIA VI-a	Greut. abs.	Martoră . . I	—	—	—	—	—	100	320	865	1265	14670	780	3925	1350	3640	2470	gr. 246	0.72	0.140	—	39.0°
		Castrată . . II	—	—	—	—	—	105	300	1345	1720	19500	935	4700	1500	4010	850	„ 255	—	0.153	—	40°
		Hipertiroidizată III	—	—	—	—	—	50	490	655	880	10775	615	3450	1420	3630	1650	„ 107	—	0.163	—	—
		Sindrom dublu IV	—	—	—	—	—	85	660	565	650	12370	585	4220	1365	3450	1180	„ 68	1.41	0.170	—	40°
	Greut. la kg.	Martoră . . I	—	—	—	—	—	210	672	1908	2792	32384	1722	8665	2989	8035	5189	—	—	—	—	—
		Castrată . . II	—	—	—	—	—	222	635	2601	3327	37717	1808	9090	2901	7756	1801	—	—	—	—	—
		Hipertiroidizată III	—	—	—	—	—	141	1384	2133	2866	35097	2003	11237	4625	11824	4661	—	—	—	—	—
		Sindrom dublu IV	—	—	—	—	—	248	1924	2093	2407	45815	2166	11722	5055	12777	3440	—	—	—	—	—
* Media greutăţilor	Greut. abs.	Martoră . . I	821	505	635	200	183	86	348	981	1704	19600	873	4959	1803	4121	1990	—	1.03	0.126	1 66	39 8°
		Castrată . . II	843	505	638	220	163	94	370	1092	1544	20248	934	4788	1793	3860	630	—	1.04	0.136	1.87	39 7°
		Hipertiroidizată III	575	370	440	142	130	49	499	630	907	11271	678	3805	1570	3600	1208	—	1.05	0.145	1.19	40 2°
		Sindrom dublu IV	601	371	458	155	133	58	643	687	912	14931	750	4474	1722	4183	808	—	1.19	0.148	1.41	40.2°
	Greut. la kg.	Martoră . . I	—	—	—	—	—	161	659	1847	3169	35407	1635	9325	3346	7701	3807	—	—	—	—	—
		Castrată . . II	—	—	—	—	—	178	694	2188	2908	37799	1779	7845	3385	7257	1193	—	—	—	—	—
		Hipertiroidizată III	—	—	—	—	—	158	1633	2022	2917	36494	2205	12438	5090	11687	3894	—	—	—	—	—
		Sindrom dublu IV	—	—	—	—	—	161	1941	1934	2661	43833	2163	12114	5029	12531	2383	—	—	—	—	—

* Pentru unele organe media este redată după 7 serii de animale—uneori şi pentru mai multe serii ale căror rezultate nu le redăm mai sus.

**Diferenţa în greutatea totală între greutatea iniţială şi acea terminală a animalelor sacrificate este exprimată în grame.



Viteza de sedimentare, la animalele cu dublu sindrom s'a arătat superioară animalelor hipertiroidizate în toate seriile experimentate. In acelaş timp era mai mică decât la animalele castrate, adică păstra o poziţie intermediară.

Glicemia, arăta o tendinţă netă spre creştere atât la animalele hipertiroidizate, castrate sau cu dublu sindrom. Cifrele noastre medii au fost: martore 1,03 la mie, castrate 1,04 la mie, hipertiroizate 1,05 şi sindromul dublu 1,19 la mie.

Calciul, dozat după metoda lui Waard, a dat următoarele cifre medii: martore 0,126 la mie; castrate 0,136; hipertiroidizate 0,145 şi cele cu dublu sindrom 0,148 la mie. Se constată o mare creştere a calciului în dublul sindrom.

Colesterina, după metoda colorimetrică (Grigaut) a dat rezultatele următoare: hipertiroidizate 1,19 la mie; sindrom dublu 1,41 la mie; martore 1,66 la mie şi castrate 1,87 la mie. Se găseşte constant aproape creşterea colesterinemiei după castrare, scăderea ei după hipertiroidizare. La animalele cu dublu sindrom, creşterea de după castrare scade în urma tratamentului tiroidian, păstrând o poziţie medie între martore şi hipertiroidizate. Rezultatele noastre concordă cu acelea ale lui Parhon şi Derevici la câinii hipertiroidizaţi; experienţele noastre fiind făcute la căţele.

In REZUMAT: *din cercetările noastre asupra sindromului hipertiroanovarian, putem deduce că adesea cele două glande sunt într'un antagonism funcţional, astfel că până la o limită ce rămâne de deter-*

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

minat, rezultatele experimentale ale sindromului dublu s'au apropiat de acelea ale martorilor sau au păstrat o poziție intermediară între animalele hipertiroidizate simplu și castrate simplu.

Importanța clinică a acestor fapte rămâne încă de studiat. Unele fapte clinice la climacteriu care concordă cu cele experimentale beneficiază mai de mult de acestea din urmă.

BIBLIOGRAFIE

Alexeieff et Jourkoff: Recherches expérimentales sur les corps de Kurloff. — C. R. Soc. Biol., 1928, No. 1.

Bandler: Nervous conditions in ginecology. — Americ. Journ. obstetr., L. XII, 1906, p. 305.

Bella De: Il tasso colesterico nel sangue delle donne dopo la castratione uetro-ovar. — Rev. ital. ginec., V. 2, No. 1, 1923.

Blanchetière: Teneur du sang en sodium, potassium, calcium, après l'ovariotomie et la menopause. — C. R. Soc. Biol., 1925, No. 7.

Cernăuțeanu-Ornstein: Contrib. la stud. exam. funcț. al tiroidei. — Teză, Iași, Iunie, 1926

Curatalo et Tarulli: Influence de l'ablation des ovaires sur le metabolisme. — Arch. Ital. biol., 1895.

Dalsace et Guillaumin: Infl. d. l. castrat. ovar. s. l. metabol. d. calc. et du phosph. — C. R. Soc. biol., T. XCIII, 1925, p. 1209.

Fichera: Castration et hypophise. — Acad. Med. Roma, Ian., 1905.

Lepine: Modif. de l'équilibre leucocyt. d. le thyroïdisme expér. — Soc. biol., T. XXIX, No. 5, 1902.

Louis Rol: Contrib. à l'étude des syndromes pluriglandulaires. — Paris, 1911.

Malamud et Mazzaco: La calcémie des femmes réglées et en menopause. — C. R. Soc. biol., T. LXXXVIII, p. 396.

Parisot et Richard: Traité d'endocrinologie. — La tyroïde, 1925.

Perrin et Hannes: Les secretions internes, leur influence sur le sang. — Paris, 1923.

Parhon și Goldstein: Sur l'exist. d'un antagon. entre le fonct. de l'ovaire et celui du corps thyroïde. — Soc. biol. 1903, Rom. Med. 1904, Arch. gén. de méd. 1905.

Parhon și Goldstein: Les secretion internes. — 1909.

Parhon și Goldstein: Traité d'endocrinol. — Fasc. I, 1923, Iași.

Parhon și Goldstein: Traité d'endocrinol. — Fasc. II, 1930.

Parhon și Goldstein: Etat psychast. survenu chez une jeune fille epileptique soumise au trait, thyroïd. dispar. p. la cessation du trait. et réap. par sa reprise. — Rev. neurol., No. 1, 1908.

Parhon și Papinian: Notă rel. la acț. corp. tir. și a ovar. în asim. și desasim. calciului. — Rom. Med., No. 11 și 12, 1904.

Parhon și Maria Parhon: Sur les relations de la cholesterinemie avec les fonctions endocrines. — C. R. Soc. biol., 1923, T. XC, p. 150.

Parhon, Ballif și D-na Caraman: Etude anatomo-clin. s. un

caz de virilisme pilaire. — Rev. fr. d'Endocrin, 1923, No. 2.

Parhon şi D-ra Parhon: Ovarul ca glandă endocrină. — Raport la Congr. de chir., ginec., obstetr. şi urol., Oct. 1927.

Parhon şi M-me Parhon: Traitement thyroïdien chez les oiseaux. — C. R. Soc. biol., 27 Juin, 1923.

Parhon Maria: L'influence de la thyroïde s. le metabol. du calcium. — C. R. Soc. biol., No. 22, 1912.

Parhon, Mârza şi Cahane: Rech. s. l'action de quelq. glandes endocr. s. l'augm. pondér, des animaux. — Bul. d. l. soc. roum. de n. p. p. e. No. 3, 1927.

Parhon et M-me Parhon: Note s. la réact. d. la moelle oss. d. l'hyperthyroïdie exper. — C. R. Soc. biol, 28 Oct. 1911.

Trifon Nina: Hyperthiroïdisme et castration. Vitesse de sédimentation. — C. R. Soc. biol., T. CI, p. 232, 1929.

Trifon Nina: Hyperth. et castr. Modif. ponder. des os et des dif. org. — C. R. Soc. biol., T. CI, p. 615, 1929.

Trifon Nina: Hyperth. et castr. Sérocalcemie et sérocholestérinemie. — C. R. Soc. biol., T. CI, 1929, p. 233.

Trifon Nina: Cercetări experim. as. sindromului castraţiei ovar. al ipertiroidiei şi al sindromului ipertiro-anovarian. — Teză, Iaşi, 1928.

Trifon Nina: Hipertiroidia experimentală. Cercetări personale. — Mişcarea Medicală Română, Craiova, No. 7—8, 1933.

Schafer E.: Les glandes à secretion internes. — Paris, 1920.

Ştefănescu Maria: Cercetări experim. histo-biol. asupra raporturilor cartilagiilor de conjugaţie cu sistemul nervos şi glandele endocrine. — Teză, Iaşi, 1926.

RÉSUMÉ: D-r Nina Trifon-Lichter — *La Castration ovarienne expérimentale — Le syndrome expérimental hypertyro-anovarien*

Dans ce travail l'auteur expose les recherches faites en 1928 dans le laboratoire et sous la direction du Prof. Parhon de Jassy et faisant l'objet de sa thèse inaugurale, recherches pas encore publiées et accompagnées par: un cliché exposant la série des cobayes en éxperience (témoin, hypertyroidisé, castré, et castré—hypertyroidisé), et un tableau synoptique des modifications pondérales et des autres recherches faites sur les animaux en expérience.

Après avoir rappelé toutes les connaissances dues aux divers auteurs et surtout à l'école roumaine de Jassy sur le syndrome expérimental de l'anovarie obtenue par la castration, l'auteur expose le syndrome expérimental hypertyro-anovarian, syndrome provoqué et étudié par l'auteur pour la première fois.

Les expériences ont été faites sur des séries de cobayes femelles âgées de 3—5 semaines; — une série comportait 4 animaux: témoin, hypertyroidisé, castré simple et castré-ypertyroidisé, au total 7 séries de cobayes et pour la chojesterinémie 2 séries à 4 petites chiennes; — pour les animaux hypertyroidisés la dose de thyroïde, administrée chaque 2 jours, commençait par 0.10 ctgr. et ne dépassait jamais ½ gr.; la dose de tyroïde était élevée, parcequ'il importait de maintenir les animaux au même poids, tandisque les petites doses l'augmentaient, de la sorte l'auteur a réussi de maintenir aux animaux hypertyroidisés pendant 6 mois le même poids qu'au début.

En se basant sur les résultats obtenus relativement aux courbes de poids et humorales et surtout tenant compte que la plupart des cobayes hypertyroidisées sont mortes, tandisque les cobayes à double syndrome (c'est-à-dire celles hypertyro-

idisées, et castrées) ont survecu, quoiqu' étant dans les mêmes conditions de vie et prenant les mêmes doses de thyroïde, l'auteur arrive à ces conclusions: de nos recherches sur le syndrome hypertyro-anovarien nous concluons que les deux glandes se trouvent dans un antagonisme fonctionnel, de sorte que les résultats expérimentaux du double syndrome se sont rapprochés de ceux des témoins ou ils se sont placés dans une position intermédiaire entre ceux des animaux simplement hypertyroidisés ou castrés.

L'importance clinique de ces faits reste à être élucidée; mais, quelques faits cliniques du climactérium concordent avec ceux d'ordre expérimental.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. Nina Trifon-Lichter: *Die experimentelle Ovarien-Kastration. — Der experimentelle hypertyro-anovariene Syndrom.*

In diesem Werke gibt uns die Verfasserin eine Darlegung über ihre im Iahre 1928 im Laboratorium und unter der Leitung des Prof. Parhon aus Jassy gemachten Forschungen, welche auch den Gegenstand ihrer Antritts—These bilden. Diese noch nicht veröffentlichten Forschungen sind begleitet von:

einem Bilde, die Serie der Versuchs-Meerschweinchen darstellend (hypertyroidisierte, und von Vergleichstiere, kastrierte und kastriert hypertyroidisierte)

einer synoptischen Tabelle über die Gewichtsveränderungen und andere Forschungen an den Versuchstieren.

Nachdem die Verfasserin an alle Kenntnisse, Dank den verschiedenen Verfassern und vor Allem der rumänischen Schule zu Jassy, über den experimentellen Syndrom des durch Kastration erzielten Anovarien erinnert, gibt sie uns eine Darlegung über den experimentellen hypertyro-anovarien-Syndrom, Syndrome, der zum ersten Mal durch die Verfasserin verursacht und von ihr erforscht wurde.

Die Versuche wurden an weiblichen 3—5 Wochen alten Meerschweinchen — Serien gemacht. Eine Serie betrug 4 Tiere: Versuchstier, hypertyroidisierte, einfach kastrierte und kastriert— hypertyroidisierte; im ganzen 7 Merschweinchen — Serien und für die. Cholesterinemie 2 Serien zu je 4 kleinen weiblichen Hunden. Die Dose, die alle 2 Tage den hypertyroidisierten Tieren verabreicht wurde, betrug anfangs 0.10 ctgr. und überstieg niemals das Quantum von $^1/_2$ gr. Die Tyroiden Dose wurde vergrössert, da es von Bedeutung war den Tieren ihr Gewicht beizubehalten, während die kleinen Dosen das Gewicht erhöhen. Auf diesse Weise gelang es der Verfasserin den hypertyroidisierten Tieren dieselbe Schwere wie zu Beginn beizubehalten.

Sich auf die erzielten Resultate stützend bezüglich der Gewichts-und humoral-Kurven und vor allem auf die Tatsache gestützt dass die Grosszahl der hypertyroidisierten Meerschweinchen starb, während die Meerschweinchen mit doppeltem Syndrom (d. h. die hypertyroidisierten und kastrierten) überlebten, obwohl sie in den selben Verhältnissen lebten und die selben Tyroid-Dosen einnahmen, macht die Verffasserin folgende Schlussfolgerungen: «Aus unseren Forschungen über den hypertyro-anovarien-Syndrom schliessen wir darauf, dass diese beiden Drüsen in einem Funktions—Antagonismus stehen, so dass die Versuchsresultate des doppelten Syndromes sich jener der Versuchstiere genähert haben, wo sie eine Vermittlungsstellung zwischen den einfach hypertyroidisierten oder kastrierten Tieren einnehmen.

Die klinische Bedeutung dieser Tatsachen bleibt noch zu erforschen; aber einige der klinischen Tatsachen des Klimacteriums stimmen mit den experimentellen überein.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

SYNDROMUL TERMO-LEUCOCITAR IN BACILOZA

„In caz de febră înaltă, de lungă „durată, de natură neclară, dacă numă- „rul leucocitelor şi eozinofilelor rămâne „normal, trebue să ne gândim în primul „rând la baciloza ascunsă."

Naegeli
(Blutkrankheiten u. Blutdiagnostik).

de

D-r V. WALTER, asistent universitar.

Este imposibil de schiţat în câteva rânduri tot ce s'a lucrat şi s'a spus despre modificările leucocitare în baciloză. Acum 50 de ani în această chestiune domnea haosul absolut al controverselor de fapte şi teorii. Unii credeau că pentru baciloză e caracteristică limfocytoza; alţii — polynucleoza, iar alţii insistau asupra importanţei eozinophiliei, etc., etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In timpul din urmă, cei mai de seamă cercetători au ajuns la concluziunea că tabloul leucocitar în baciloză variază după stadiul şi caracterul boalei. Astfel se explică în prezent, cel puţin în parte, discordanţa de fapte şi de păreri de până acum.

Pentru baciloza incipientă şi baciloza latentă cu evoluţie benignă, este caracteristică limfocitoza şi uneori oarecare grad de eozinophilie.

Din contră, leucocitoza cu polynucleoza şi aneozinofilie caracterizează baciloza gravă progresivă, evolutivă şi phtizia consomptivă.

Intre aceeste două tablouri leucocitare există o gamă întreagă de trecere.

Aşa se prezintă schematic şi în mod sumar astăzi chestiunea. Cât de variabil însă şi inconstant este tabloul leucocitar în baciloză şi cât de puţin modificările leucocitare în baciloză se pretează la schematizare, ne arată cercetările fundamentale şi amănunţite ale profesorului Romberg. Acest autor a clasat modificările leucocitare în raport cu tabloul clinic şi în legătură cu semnificarea lor prognostică în 5 grupuri cu 2 subdiviziuni. Dar şi aceste grupuri autorul le crede schematice şi inconstante, pronunţându-se cu cea mai mare rezervă.

Trei formule sanguine ale lui Richard; formula de rezistenţă (limfocitoza şi eozinophilia), formula de defensă (leucocitoza moderată) şi formula de defaianţă (hiperleucocitoza cu polynucleoză), reprezintă numai o schematizare teoretică frumoasă. Această clasificare nu corespunde stării reale a lucrurilor din punct de vedere practic şi în special ideilor moderne în ce priveşte interpretarea biologică a reacţiunilor leucocitare. Studiul formulei lui Arneth Schilling, aplicat la început cu entuziasm în baciloză şi reînviat din nou în timpul din urmă, a fost de mult aspru criticat şi s'a dovedit că deviaţia la stânga nu este niciodată prea accentuată în baciloză; că ea este inconstantă, poate lipsi în anumite stadii avansate şi în anumite forme grave şi din contră există în unele perioade mai puţin avansate şi în unele cazuri uşoare. Studiul deviaţiei la stânga fiind un studiu delicat şi de aproximaţie, el nu poate să fie aplicat în baciloză decât cu mari rezerve, dat fiind faptul că de obicei modificările formulei lui Arneth-Schiling în baciloză sunt mici. Faţă de această stare de lucruri, profesorul Calmette neagă importanţa diagnostică a modificărilor leucocitare în baciloză şi recunoaşte numai oarecare importanţă prognostică a tabloului leucocitar şi a modificărilor formulei lui Arneth, cu condiţiunea examenelor repetate şi numai atunci când modificările sunt foarte pronunţate. Afară de aceste date clasice, există o serie de publicaţiuni şi de comunicări cu fapte contradictorii şi interpretaţiuni personale variate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din această literatură vastă medicul practician nu poate trage nici o concluzie sigură şi utilă în ce priveşte modificările leucocitare în baciloză. In cazul cel mai bun, el rămâne cu impresiunea că modificările leucocitare în baciloză sunt foarte inconstante. Acest fapt este cert dacă vom vorbi de baciloză în general. Deseori însă se întâmplă că medicul practician rămâne cu o idee falsă, şi anume că există oarecare formulă leucocitară patognomonică sau cel puţin caracteristică pentru baciloză. De cele mai multe ori am auzit de la medicii practicieni că pentru baciloză ar fi caracteristică leucocitoza neutrophilă. Tocmai această lipsă de cunoştinţe precise ne-a determinat să revedem această chestiune. In timpul din urmă la noi în ţară, Profesorul Lupu în colaborare cu D-r Papazian au refăcut studiul despre modificările leucocitare în baciloză. Autorii au confirmat în fond faptele cunoscute dinainte şi au ajuns în esenţă la concluziunile clasice, însă au subliniat un fapt foarte important, şi anume: că o serie de factori secundari cari n'au nimic de aface direct cu virusul tuberculos propriu zis, pot influenţa şi modifica tabloul leucocitar în cursul bacilozei. Acest fapt extrem de important şi foarte just a fost observat şi menţionat în treacăt şi de alţi autori (Naegeli, Romberg, Rieux). Nimeni, însă, după cum ştim, n'a studiat separat modificările leucocitare produse de însuşi virusul specific şi cele provocate prin factori secundari în cursul bacilozei.

Cercetările experimentale în chestia modificărilor leucocitare datorite tuberculozei, făcute pe animale, nu pot fi luate în consi-

derare, fiindcă virusul tuberculos se comportă altfel în organismul uman decât în organismul animalelor de experienţă şi fiindcă modul de reacţiune leucocitară şi chiar tabloul leucocitar normal se deosebeşte foarte mult de la om la animal şi de la un animal la altul. In această chestiune numai observaţiunile clinice şi nu cele experimentale pot fi de folos.

Incontestabil, că în cursul bacilozei pot interveni o serie de factori secundari, care sunt în stare de a modifica tabloul leucocitar şi a desfigura reacţiunea leucocitară pură, provocată de virusul tuberculos propriu zis. Aşa de pildă, hemoragii, deshidratare (transpiraţiune, diareea profuză), dispnee, anoxemie, caşexie, etc.

In general, cei mai mulţi autori care s'au ocupat cu modificările leucocitare în baciloză, au urmărit aceste modificări tocmai în cursul bacilozei pulmonare. Or, tocmai în baciloza pulmonară, care de obicei este de lungă durată, intervin foarte des infecţiuni secundare şi survin frequent accidentele para-tuberculoase (hemoptizii, deshidratare, dispnee, anoxemie, caşexie, etc. etc.). Având în vedere toate aceste fapte, am crezut că este util de a studia din nou şi din alt punct de vedere chestiunea modificărilor leucocitare în baciloză.

Cu acest scop, noi am cercetat tabloul leucocitar paralel cu cel clinic într'o serie de cazuri de baciloză pură necomplicată, şi pe urmă într'o serie de cazuri de baciloză complicată prin infecţiuni secundare, sau prin accidente paratuberculoase. Aceasta pentru a vedea care e rolul virusului tuberculos şi care e influenţa factorilor secundari. O parte din observaţiunile noastre au fost culese în Serviciul profesorului Romberg în clinica I-a Medicală din München; câteva observaţiuni sunt personale; dar în cea mai mare parte observaţiunile au fost culese în clinica I-a Medicală din Bucureşti, în serviciul d-lui profesor Nanu (Muscel).

Am studiat tabloul leucocitar în 98 de cazuri de baciloză pură necomplicată. In 46 din aceste cazuri diagnosticul de baciloză n'a putut să fie pus la început, sau a fost pus numai ca un diagnostic de prezumţie. Mai târziu însă, baciloza a fost confirmată prin evoluţia clinică (26 de cazuri), bacteriologic (15 cazuri) şi prin autopsie (5 cazuri).

In ceeace priveşte localizarea procesului în aceste cazuri ele pot fi repartizate după cum urmează: 18 cazuri de baciloză pulmonară, 10 de pleuro-peritonită bacilară, 4 de arthropatii bacilare, 4 de baciloză renală, 3 de meningită bacilară, 2 de pericardită bacilară, 2 de typho-baciloză, 1 de baciloză splenică, 1 de mediastinită baciloasă şi 1 de granulie.

Aceste cazuri sunt tocmai cele mai interesante din punct de vedere practic, fiindcă în astfel de cazuri care se prezintă la început ca o stare febrilă de natură neclară şi în care diagnosticul la început nu poate să fie pus, se cere deseori examenul leucocitar.

In alte 52 de cazuri de baciloză necomplicată, diagnosticul era mai mult sau mai puţin evident de la început.

In 20 din aceste cazuri era vorba de baciloză pulmonară, 10 cazuri de pleurezie, peritonită sau pleuro-peritonită bacilară; 8 cazuri de artropatii; 6 cazuri de limfadenite închise; 4 cazuri de tipho-baciloză; 2 cazuri de meningită bacilară; 2 cazuri de baciloză renală.

In toate aceste 98 de cazuri de baciloză pură necomplicată am putut constata alături de reacţiunea termică importantă ce a avut caracterele unei febre intermitente cu oscilaţiuni între 37,5° şi 40° şi alături de un tablou clinic toxi-infecţios, un calm frapant în ce priveşte tabloul leucocitar. Numărul leucocitelor în aceste cazuri variază între 5100 şi 9600 pe 1 mm.c. Formula leucocitară: Polynuclare neutrophile între 58—68% (numai în câteva cazuri circa 70%); Limfocytele nu întrec 30% şi nu scad sub 20%; numărul eozinofilelor nu scade sub 1% (medie 2%). Acest din urmă fapt este mai ales important fiindcă dispariţia eozinophilelor în cursul bolilor infecţioase este un fapt foarte constant şi caracteristic, afară de câteva excepţiuni rare care nu vin în discuţie când e chestia de diagnostic diferenţial cu baciloza. Numărul monocitelor a prezentat variaţiuni neînsemnate.

Prin urmare, în aceste cazuri de baciloza pură am constatat sau lipsă de reacţiune leucocitară, sau o reacţiune leucocitară minimală, care este cu totul disproporţională cu temperatura şi cu tabloul clinic infecţios. Deseori, la începutul studiului nostru, am fost surprinşi când găseam la un bolnav febril cu 39° şi cu o stare infecţioasă gravă numai 7—8000 de leucocite şi o formulă leucocitară normală. Deseori acest contrast între febră şi lipsa modificărilor leucocitare ne-a determinat să repetăm examenul sângelui de 2 şi de 3 ori rezultatul rămânând acelaş.

Digitized by Central University Library Cluj

Contrastul între prezenţa unei reacţiuni termice importante oscilatorii şi lipsa modificărilor leucocitare este foarte caracteristic pentru baciloza pură. Credem că acest contract între reacţiunea termică şi leucocitară merită să fie subliniat şi fixat în memoria medicilor sub numele de syndromul de disociaţiune termo-leucocitară în baciloză, sau mai simplu *syndromul termo-leucocitar*. N'am găsit în literatură şi nu cunoaştem alte stări infecţioase febrile afară de baciloză în care n'ar exista o reacţiune leucocitară evidentă pozitivă sau negativă.

Syndromul termo-leucocitar seamănă cu un alt sindrom frequent în febră tifoidă şi anume cu sindromul de disociaţiune între t° şi puls în febra tifoidă şi sindromul de disociaţiune între numărul respiraţiunilor, t° şi pulsul în pneumonie.

Credem că este util a reaminti aci o noţiune veche care deseori a fost uitată şi anume că: „In cazuri de febră înaltă de lungă durată de natură neclară, dacă numărul leucocitelor şi eozinofilelor rămâne normal, trebue să ne gândim în primul rând la posibilitatea unei baciloze ascunse". (Naegeli).

Pentru a studia influenţa factorilor secundari asupra tabloului leucocitar în cursul bacilozei, am cercetat o serie de cazuri de tuberculoză complicată prin infecţiuni secundare şi prin accidente para-tuberculoase ce ar putea să modifice reacţiunea leucocitară.

In sfârşit, în câteva cazuri de baciloză pură am urmărit cum se modifică tabloul leucocitar, dacă în cursul bacilozei intervine o altă boală infecţioasă intercurentă.

In total am observat 67 de astfel de cazuri, şi anume: 20 de cazuri de baciloză pulmonară cu infecţiuni secundare; 15 cazuri de baciloză pulmonară cu hemoptizii, 7 cazuri de baciloză pleuro-pulmonară infectată secundar, 5 cazuri de baciloză renală complicate de hematurii masive şi 2 cazuri de baciloză renală complicate de infecţiuni în urma cateterismului vezical şi uretral; în celelalte cazuri complicaţiunile ce surveneau în cursul bacilozei erau: transpiraţiuni, diaree, dispnee şi tuse intensă. In toate aceste cazuri, diagnosticul de baciloză era sigur atât din punct de vedere clinic, cât şi bacteriologic. Numai 8 cazuri au fost grave. In celelalte cazuri s'a obţinut vindecarea relativă, trecerea procesului la cronicitate şi uneori chiar vindecarea. In orice caz aceste cazuri n'au fost mai grave, avansate, decât cele necomplicate. Toate aceste cazuri complicate au evoluat la fel ca şi cele necomplicate. Toate cu un tablou clinic infecţios şi cu o reacţiune termică importantă (temperatura fiind de 37,2—39,8), însă cu un tablou leucocitar cu totul deosebit şi caracterizat de cele mai multe ori prin leucocitoză şi polynucleoză neutrofilă.

Numărul leucocitelor variază în aceste cazuri între 10—18.000 pe 1 mmc. Numărul polynuclearelor neutrophile este de 72—85%. Numărul eozinophilelor sub 1% (medie 0,5%). In aceste cazuri n'am putut observa nici un paralelism între gravitatea cazurilor şi gradul modificărilor leucocitare şi nici o legătură între febră şi leucocitoză. Câteva fapte merită să fie notate separat.

1) In câteva cazuri de baciloză pulmonară complicată care prezentau în spută flora microbiană cu anaerobi şi fuso-spirili, am înregistrat tabloul leucocitar toxi-infecţios banal cu leucocitoza de 12.800 şi polynucleoza de 78%, cu deviaţia la stânga (indice de deviaţie 0,12). Acest tablou leucocitar a persistat luni de zile după ameliorarea evidentă şi după dispariţia bacililor Koch din spută. Leucocitoza însă a dispărut mult mai târziu numai după ce flora microbiană din spută a devenit banală (micrococi catarali, pneumococi.).

2) In 10 cazuri de baciloză pură evolutivă, în care la început nu se găseau bacili, după hemoptizia ce a survenit în cursul boalei şi după apariţia bacililor în spută, şi anume atunci când flora microbiană în spută a devenit abundentă şi variată, tabloul leucocitar care la început până la apariţia hemoptiziei şi până la infecţiunea secundară a fost un tablou neutru, s'a schimbat şi s'a produs leucocitoza cu polynucleoza. Un fapt analog s'a întâmplat în două cazuri de baciloză renală, când focarul de baciloză s'a deschis şi s'a infectat secundar. La fel s'au petrecut lucrurile şi într'un caz de pleuro-peritonită cu exudat, care s'a infectat după puncţie.

3) In mai multe cazuri de baciloză, în urma hemoptiziilor am văzut producându-se sub ochii noştri leucocitoza (10—14.000) şi polynucleoza (70—77%) pentru un timp scurt. Această leucocitoză dispare de obicei după 7—10 zile, când se opreşte hemoragia. In

aceste cazuri n'am observat nici o deviaţie la stânga; n'am văzut dispariţia eozinophilelor şi n'am remarcat prezenţa granulaţiunilor toxice deci era vorba de leucocitoză posthemoragică.

4) In 20 de cazuri am văzut producându-se periodic şi pentru un scurt timp o leucocitoză şi polynucleoză fără deviaţii şi fără dispariţia eozinophilelor. Aceste reacţiuni leucocitare se produceau după diferite accidente para-tuberculoase (hemoptizii, diaree, transpiraţiuni profuze, tusa emetizantă cu espectoraţie abundentă, dispnee accentuată, etc.). Modificările leucocitare dispăreau în aceste cazuri după ce accidentele treceau. Reacţiunile leucocitare în aceste cazuri aveau caracterele unei leucocitoze fiziologice. Am atribuit din aceste motive modificările sanguine factorilor secundari.

5) In 10 cazuri de baciloză pură evolutivă cu tabloul leucocitar neutru, am asistat la intervenirea maladiilor infecţioase intercurente în timpul bacilozei, şi anume: am văzut două cazuri de pneumonie, un caz de scarlatină, două cazuri de gripă, două de paludism, unul de febră tifoidă şi două de tuse convulsivă în cursul bacilozei evolutive. In toate aceste cazuri, în cursul maladiilor intercurente, tabloul leucocitar a fost absolut cel caracteristic pentru boala intercurentă ce survenea. N'am putut observa nici o influenţă asupra acestor modificări leucocitare de către virusul tuberculos preexistent, ca şi cum baciloza n'ar fi existat.

6) Intr'o serie de cazuri de baciloză incipientă pură, cu leziuni congestive unilaterale ale vârfurilor la persoane tinere mai ales de sex femenin, care prezentau semnele nete de dezechilibru vago-simpatic, am văzut leucopenie uşoară între 4.800—5.600 cu limphocitoză de 35—40%, şi eozinophilie până la 6%. Acest tablou leucocitar, după cum se ştie, este frequent în stările de dezechilibru ale sistemului vegetativ. Intr'un caz în care la început a fost pus diagnosticul de hipertiroidism şi în care caz alături de baciloză existau şi semnele nete de turburări endocrine, am găsit 56% de limfocite. Este foarte probabil că baciloza poate influenţa tabloul leucocitar şi pe calea endocrină. In 2 astfel de cazuri de baciloză la fete tinere în perioada de pubertate, cu leziunea vârfului, ce prezentau fenomene tipice de dezechilibru al sistemului vegetativ, am văzut tabloul leucocitar capricios-instabil. Variaţiunile tabloului leucocitar erau destul de mari şi se produceau dela un examen al sângelui la altul la distanţa de 7 zile. Aşa de exemplu, am găsit odată 52% polynucleare şi 40% limfocite. După 5 zile, la aceeaşi persoană am găsit 68% polinucleare şi numai 20% limfocite.

7) In faza ultimă a bacilozei, în phtizie şi în perioada preagonică leucocitoza este foarte frequentă. Insă în astfel de împrejurări sunt destule cauze secundare care pot provoca această leucocitoză, şi anume caşexia, dispneea, anoxemia, transpiraţiunile, tusea, diareea, etc. In special, în două cazuri de granulie, observate dela debut, am văzut leucocitoza intensă de 24.000 numai în ultima perioadă, când dispneea şi cianoza erau accentuate, la început însă leucocitoza a lipsit complect. In două cazuri de granulie am găsit un număr de eozinofile aproape normal, 1—2%

Acest fapt de lipsa reacţiunii leucocitare la începutul granuliei ne pare a fi demn de remarcat, fiindcă tocmai în granulie există o diseminare a procesului şi o toxemie bacilară foarte accentuată.

8) In pneumoniile cazeoase nu se observă niciodată o leucocitoză accentuată sau o plynucleoză asemănătoare cu aceea care se întâlneşte în pneumonia franca.

9) In nici un caz de meningită bacilară n'am observat nici o reacţiune leucocitară importantă, spre deosebire de meningita epidemică.

10) In ce priveşte eozinophilia, e de remarcat că numărul eozinophilelor rămâne, în cazuri de baciloză pură şi chiar în cazuri grave, aproape normal. Eozinophilele dispar în cursul bacilozei atunci când survine infecţiunea secundară. Creşterea numărului de eozinophile nu indică totdeauna un prognostic bun şi o tendinţă spre vindecare, ca şi în celelalte boli infecţioase, ci ne arată numai că organismul se află într'o stare de alergie, care poate să se schimbe într'un sens sau altul. Cu un cuvânt, eozinophilia în baciloză arată că organismul este sensibilizat. Aşa ne putem explica câteva cazuri, în care am observat eozinophilie marcată cu puţin timp înainte de generalizarea tuberculozei (granulie).

La fel a fost interpretată eozinophilia de Sahli după injecţia de tuberculină şi în timpul din urmă de Gross şi Simmert în cursul bacilozei.

Din observaţiile noastre asupra tabloului leucocitar în cursul bacilozei reese o serie de constatări:

Biblioteca Universitatea Babeş-Bolyai Library Cluj

1) In cazurile de baciloză pură (necomplicată prin infecţiuni secundare şi factori para-tuberculoşi) modificările leucocitare lipsesc sau sunt minimale.

2) Lipsa reacţiunei leucocitare alături de reacţiunea termică importantă cu caracterul oscilator-alarmant şi în faţa unei stări infecţioase, constitue sindromul termo-leucocitar care survine frequent în baciloză; acest sindrom poate servi în cadrul simptomatologiei comune a cazului pentru diagnostic diferenţial.

3) Se pare că virusul tuberculos nu provoacă la om reacţiuni leucocitare importante şi deci nu este leucotrop.

4) Modificările leucocitare ce survin în cursul bacilozei sunt datorite deseori diferitelor cauze intercurente ce n'au nimic de aface cu infecţiunea bacilară.

I. — Leucocitoza-neutrophilă ce se observă deseori în cursul bacilozei este provocată foarte frecvent prin:

a) Infecţiuni şi intoxicaţiuni secundare. (In astfel de cazuri leucocitoza-neutrophilă are toate caracterele unei leucocitoze infecţioase banale — este însoţită de deviaţia la stânga, de prezenţa polynuclearilor degeneraţi şi de aneozinofilie).

b) Altă dată leucocitoza-neutrophilă este cauzată în cursul bacilozei prin accidentele para-tuberculoase, şi anume: hemoptizii (leucocitoză post-hemoragică); transpiraţiuni şi diaree profuză (leucocitoză prin deshidratare); tusă şi dispnee (leucocitoză în urma sforţărilor musculare, leucocitoză de tusă); anoxemie (leucocitoză prin acidoza şi dispnee), etc.

In astfel de cazuri leucocitoza neutrophilă are caracterele unei leucocitoze phiziologice — lipseşte deviaţia la stânga, — eosinofilele se găsesc în număr aproape normal, nu se observă degenerescenţa toxi-infecţioasă a nucleilor, granulaţiunilor şi protoplasmei polynuclearelor neutrophile.

II. — Limfocitoza şi eosinofilia care se observă uneori în cursul bacilozei, iarăşi pot fi explicate prin factori secundari paratuberculoşi.

Limfocitoza şi eosinofilia se observă în cursul bacilozei la persoanele tinere, adolescenţi şi la copii, în cazuri de baciloză benignă cu tendinţă spre vindecare.

In astfel de cazuri, după cum am văzut deseori, este vorba de indivizi prezentând desechilibrul vago-simpatic foarte pronunţat.

Intrucât limfocitoza, eosinofilia şi leucopenia moderată sunt caracteristice pentru stările de desechilibru vago-simpatic, se poate admite că şi în baciloză tabloul leucocitar poate să fie influenţat pe cale endocrină, prin intermediul sistemului nervos vegetativ şi endocrin.

5) Am constatat că infecţiunea bacilară preexistentă nu modifică reacţiunea leucocitară, dacă în cursul bacilozei survine altă boală infecţioasă.

6) Uneori modificările leucocitare ce survin în cursul bacilozei nu pot fi explicate prin factori secundari.

Insă aceste modificări sunt minimale şi se cuprind în limitele variaţiunilor fiziologice şi greşelilor tehnice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

7) Nu există nici o formulă hematologică fixă pentru baciloză.

Tabloul leucocitar se modifică în baciloză dela un caz la altul, dela un moment la altul, pe măsură ce evoluează boala, în legătură cu terenul, dar mai ales este influenţat de factori secundari (infecţie, hemoragie, transpiraţie, etc.).

8) Toate aceste fapte şi consideraţiuni trebue luate în considerare când se discută valoarea diagnostică şi prognostică a unei hemograme într'un caz de baciloză.

Tabloul leucocitar în baciloză mai ales trebue să fie interpretat numai paralel cu taboul clinic.

Sindromul termo-leucocitar, în cazuri de baciloză necomplicată, poate servi ca un simptom preţios în discuţiunea diagnosticului diferenţial.

RÈSUMÉ: Dr V. Walter — *Le syndrome thermo-leucocytaire dans la bacilose.*

L'auteur relate que le tableau leucocytaire dans la bacilose a varié d'après les auteurs qui n'ont pas tenu compte des cas de bacilose pure et des cas de bacilose compliquée par des accidents paratuberculeux ou par des infections secondaires.

En faisant cette disjonction essentielle et se basant sur les 98 cas de bacilose pure non compliquée, étudiés dans la I clinique médicale de München du Prof. Romberg, dans sa clientèle privée et dans la I clinique médicale de Bucarest du Prof. Nanu-Muscel, l'auteur est parvenu à dégager le syndrome thermo-leucocytaire carac-

téristique de la bacilose pure, et qui consiste dans le contraste entre la présence d'une réaction thermique oscillatoire importante et le manque de modifications leucocytaires.

Les conclusions générales auxquelles arrive l'auteur, qui est au courant avec toute la littérature médicale de la question, sont: a) dans la bacilose pure, pas de modifications leucoytaires ou minimales; b) le manque de la réaction leucocytaire près d'une réaction thermique importante oscillatoire, dans un état infectieux, constitue le syndrome thermo—leucocytaire caractéristique de la bacilose pure; c) le virus tuberculeux n'est pas leucotrope; d) une leucocytose neutrophile se rencontre dans la bacilose compliquée par des infections ou intoxications, secondaires (dans de tels cas la leucocytose neutrophile a tous les caractères de la leucocytose infectieuse et est accompagnée d'une déviation à gauche, de la présence de polinucléaires dégénerés et de l'anéosinophilie) ou par des accidents paratuberculeux comme l'hémoptisie, les transpirations et diarhée profuses, la toux et la dispanée, l'anoxemie (dans de tels cas la leucocitose neutrophile a les caractères de la leucocitoire physiologique, c'est-à-dire: pas de déviation à gauche, pas de polynucléaires dégénérés, enosinophylie normale; e) une lymphocitose, éosinofilie et leucopénie modérées sont caractéristiques d'un déséquilibre vago-simpatique, lequel peut survenir fréquemment chez les bacilaires; f) il n'existe aucune formule hematologique fixe pour la bacilose, le tableau leucocytaire se modifie dans la bacilose d'un cas à l'autre, d'un moment à l'autre, à mesure que la maladie évolue ou est influencée par des facteurs secondaires; g) le tableau leucoytaire dans la tuberculose doit être interprété parallèlement au tableau clinique; le syndrome thermo-leucocytaire en cas de bacilose non compliquée peut servir comme un symptome précieux pour le diagnostic différentiel.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. V. Walter: *Der Thermo-Leukocytosis Syndrom in der Bazillose.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Der Verfasser berichtet uns, dass die Leukocytosis-Tabelle in der Bazillose nach jenen Verfassern wechselt, welche die Fälle von reiner Bazillose und die Fälle von Bazillose durch paratuberkulose oder secundäre Infektionen hompliziert, nicht berüchsicktigt haben.

Nachdem der Verfasser diese wesentliche Trennung vornimmt und gestützt auf die 98 Fälle von reiner und unkomplizierter Bazillose, die er in der 1. Klinik Münchens des Prof. Romberg, in seiner Privat-Kundschaft, wie auch in der 1. medizinischen Klinik in Bukarest des Prof. Nanu-Muscel studierte, ist es ihm gelungen, den Thermo — Leukocytosis — Syndrom, welcher die reine Bazillose carakteristiert, zu trennen und welche im Gegensatze zwischen dem Auftreten einer bedeutenden, schwankenden, thermischen Reaktion und dem Fehlen von Leukocytoise — Veränderungen besteht.

Die allgemeinen Schlüsse zu denen der Verfasser, welcher mit der ganzen medizinischen Literatur auf dem Laufenden ist, gelangt, sind:

a) in der reinen Bazillose keine oder minimale Leukocytosis — Veränderungen;

b) das Fehlen der Leukocytosis — Reaktion nebst einer wichtigen thermischen Schwankung in infektiösem Zustand bilden den Thermo — Leukocytosis — Syndrom, charakteristich für die reine Bazillose;

c) der tuberkulose Virus ist nicht leukotrop;

d) eine neutrophile Leukocytosis finden wir in der durch Infektionen oder secundären Intoxicationen komplizierten Bazillose (in solchen Fällen hat die neutrophile Leukocytosis alle Eigenschaften einer infektiösen Leukocytosis und ist von einer Abweichung nach links, von dem Auftreten degenerierter Polynukläeren und von Aneosinophilie begleitet); oder Komplicationen durch paratuberkulose Zufälle wie Hemoptisie, Schweissausbrüche und starke Diarhee, Husten

und Dispnee, Anoxemie (in solchen Fällen hat die neutrophile Leukocytosis die Eigenarten einer physiologischen Leukocytosis, d. h.: keine Abweichungen nach links, keine degenerierten Polynukläeren, normale Eosinophilie);

e) eine Lymphozitose, Eosinophilie und mässige Leukopenie sind Characteristiken einer Vago — sympatischen Gleichgewichtsstörung, welche häufig bei Bazilären auftreten kann;

f) Es gibt kein haematologisches fixes Bild in der Bazilloze; das leukocytäre Bild ändert sich in der Bazilloze von einem Moment zum anderen, während die Krankheit sich entwickelt oder durch secundäre Faktoren beinflusst ist;

g) Das leukocytäre Bild in der Bacillose muss parallel mit dem klinischen Bilde gedeutet werden, das Thermo — Leukocytäre — Syndrom in der unkompliezierten Bacilloze kann als wertvoller Simptom der Diferential Diagnose dienen.

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

NECUNOSCUTELE IN ETIOLOGIA SI EPIDEMIOLOGIA FEBREI TIFOIDE

de

D-r ANTON FEIER

Medic Circ. rur. Ciumeghiu jud. Bihor

Dintre bolile epidemice cu agentul cauzal cunoscut, febra tifoidă pare să fie aceia care a fost mai bine studiată şi pusă la punct. Noţiunea de contagiu, de transmitere directă şi indirectă a afecţiunei, rolul apei şi a alimentelor, rolul purtătorilor de microbi, sunt astăzi noţiuni pe deplin stabilite şi pe care se bazează tot complexul de măsuri de profilaxie şi combatere ce se iau în epidemiile de febră tifoidă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cercetările epidemiologice ale medicului igienist, la apariţia unei epidemii de febră tifoidă, se îndreaptă, în primul rând, spre găsirea rezervorului microbian, adică cauzei iniţiale a epidemiei. In principiu nu se admite un caz de febră tifoidă, fără o contagiune prealabilă. Şi dacă adeseori medicul se află în faţa unui caz de febră tifoidă la care nu poate descoperi, cu toată bunăvoinţa, modul de contagiune, atribue faptul mai în totdeauna insuficienţei investigaţiunilor lui epidemiologice, chiar atunci când aceste investigaţiuni au fost cât se poate de complecte.

Totuşi, unii autori, bazându-se tocmai pe aceste cazuri de febră tifoidă la cari lipseşte, cu toate investigaţiunile făcute, elementul contagiune, au încercat să aducă teorii noui în ceeace priveşte etiologia febrei tifoide. Dintre aceştia face parte vechea teorie pythogenetică a lui *Murchison*, precum şi recenta teorie a auto-tiifizării emisă, în primul rând, de *Kelsch*.

F. *Bezançon* şi A. *Philibert*, după ce trec în revistă noţiunile clasice de epidemiologie a febrei tifoide, încheie cu următoarea frază: „Aşa indiscutabile cum sunt noţiunile reamintite mai sus, rămân totuşi încă multe necunoscute în etiologia febrei tifoide".

Febra tifoidă a fost izolată relativ recent din grupul maladiilor infecţioase cu care se aseamănă. *Bretonneau*, descrie prima dată febra tifoidă ca entitate morbidă, sub denumirea de dothieenterită în 1820. Cu câţiva ani mai târziu, *Louis* (1829), dă o descriere

perfectă, din punct de vedere clinic şi anatomic, a febrei tifoide. Insă etiologia boalei rămâne obscură. Abia în 1858, *Murchison* în „Traité des fièvres continuels de la grande Bretagne" formulează doctrină după care boala aceasta este datorită fermentaţiilor materiilor fecale provenite atât dela bolnav cât şi dela sănătoşi. Aceste materii descompunându-se otrăvesc aerul, apa potabilă şi alimentele, prin intermediul cărora produc boală.

Pettenkofer, atribue variaţiilor de nivel a napelor subterane de apă izbucnirea epidemiilor de febră tifoidă. Scăzând nivelul napelor subterane, solul, rămas umed şi murdărit, degajează nişte gaze deleterate, cari favorizează accesele de virulenţă ale germenilor saprofiţi intestinali.

Prin 1873, *Budd*, reia cercetările lui Murchison şi ajunge la concluzia, că numai fermentarea materiilor fecale ale tificilor produce emanaţiile în aer, cari dau febra tifoidă.

Era bacteriologică aduce lumină deplină în etiologia febrei tifoide prin descoperirea baccilului tific de către *Eberth*, şi *cercetările lui Achard, Bensaude, Schottmüller*, cari izolează germenii învecinaţi (paratifici).

Descoperirea de bacterium coli *(Escherich)*, saprofitul intestinal obişnuit la oameni şi animale, foarte asemănător cu baccilul tific, precum şi apariţiile sporadice de cazuri de febră tifoidă în aglomeraţiuni unde contagiunea nu putea fi cu nimic demonstrată, contribue la creearea teoriei auto-tifizării prin transformarea saprofitului inofensiv (bacterium coli) în agentul virulent (tific şi paratific). Cei cari au creiat această teorie sunt în special *Kelsch* în Germania şi *Arnould* în Franţa.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru *Arnould* consumarea apei impure este suficientă pentru transformarea în organizmul omului a bacilului coli în bacil tific. Această transformare, după *Kelsch*, poate fi realizată şi prin oboseală, surmenajul, sau condiţiuni igenice rele în cari s'ar găsi individul. In sprijinul teoriei auto-tifizării, *Kelsch* citează cazuri de marinari şi soldaţi în campanie, între cari izbucnia febra tifoidă la răstimp de câteva luni după plecarea din centrele locuite. Aci însă, posibilitatea transmiterii bolii de purtători cronici de germeni, scade mult din valoarea experimentală a exemplului.

Roux şi *Rodet* susţin deasemenea că bacilul Eberth nu este decât un bacterium coli comun modificat şi devenit patogen sub influenţa unor cauze provocătoare încă necunoscute.

P. E. Micheleau, prof. la facultatea de medicină din Bordeaux, susţine, că colibacilul şi bacilul Eberth, sunt doui membrii terminali a aceleaşi familii şi de o rudenie foarte apropiată, „deux cousins germains sinon meme deux freres, pas tout a fait jumeaux".

Familiei coli-tific aparţin, fiind în acelaş grad de rudenie apropiată şi paratificii şi paracolibacilii. Totul formează un lanţ cu verigile strâns legate unele de altele. Aci rezidă, după acest autor, explicaţia autogenezei infecţiilor tifice „indeniable epidemiologiqument".

Deci, vedem că teoria autogenezei infecţiei tifice este destul de veche şi are un număr de susţinători cu renume. Pentru *Arnould, Roux, Rodet, Kelsch, Micheleau,* — autogeneza febrei tifoide (autotifizarea) este un fapt, ca să utilizăm expresia lui Micheleau, „indeniable epidemiologiqument".

Totuşi, susţinătorii ortodoxismului epidemiologic, declară teoria autogenezei ca falşă şi inadmisibilă. Şi argumentul de forţă prin care se combate această teorie este că, această negare a specificităţii bacteriene are deveni periculoasă fiind admisă, căci ar duce la abandonarea tuturor măsurilor de profilaxie atât de utile, *(Robert Debré).*

Ori această teamă nu este prin nimic justificată, dat fiind că se poate perfect de bine admite autogeneza febrei tifoide, fără a nega contagiozitatea acesteia. Dacă apariţia primului, sau primelor cazuri de febră tifoidă într'o localitate adeseaori nu se poate explica decât prin această teorie a autogenezei, cazurile următoare pot fi rezultatul contaminărilor consecutive directe sau indirecte dela primul caz. Adică dacă apariţia primului sau primelor cazuri, într'o epidemie de febră tifoidă, nu are altă explicaţie şi necesită admiterea ipotezei autotifizării, aceste cazuri ivite, fără a avea ca origină contagiunea demonstrabilă, sunt tot atât de contagioase ca şi cazurile provenite dintr'un contagiu evident, şi pot contribui la propagarea prin contagiune a unei epidemii în colectivitate.

Bacilul tific, fie el rezultatul unei transformări a colibacilului în organismul uman, fie introdus în organism din mediul exterior, dă o infecţie tifică. Deci teoria autogenezei nu exclude noţiunea de contagiu în febră tifoidă, şi nici luarea măsurilor de profilaxie de rigoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Evoluţia febrei tifoide, în decurs de cinci ani, dintr'o comună a circumscripţiei sanitare pe care o conduc, demonstrează pe de o parte veracitatea teoriei autogenezei febrei tifoide, iar pe de altă parte utilitatea măsurilor de profilaxie riguros aplicate, în cazul când epidemia ia proporţii serioase, contaminările fiind evidente, fără ca la cazurile prime să se poată demonstra existenţa contaminării.

Comuna Ciumeghiu, judeţul Bihor, unde am urmărit timp de cinci ani de zile, evoluţia febrei tifoide, este o comună de şes de circa 2400 suflete, care se alimentează cu apă dintr'o fântână arteziană, care şi a priori şi după analizele repetate s'a dovedit a fi de o puritate ideală din punct de vedere bacteriologic. Deci posibilitatea de contaminare hydrică, care este cea obişnuită la febră tifoidă în mediul rural, aci este exclusă.

Această comună fiind sediul circ-ţiei, orice caz de boală mai serioasă ivit, era examinat de mine. Aşa încât şi cazurile de febră tifoidă ce s'au ivit între anii 1928—1933, au fost constatate şi înregistrate de mine. La fiecare în parte, am urmărit modul de contaminare, evoluţia şi terminarea. In acest răstimp de cinci ani, numai în anul 1932, febra tifoidă a luat o alură epidemică gravă dând un număr de 33 îmbolnăviri (1,4% din totalul populaţiei) şi a necesitat măsuri de combatere riguroase.

Evoluţia febrei tifoide în decursul celor cinci ani a fost următoare:

In toamna anului 1928, constat un caz de febră tifoidă la femeea H. M., în vârstă de 30 ani, soția unui cârciumar din comuna Ciumeghiu, fără ca în această comună sau comunele învecinate să fi fost în acest an, sau în anii imediat precedenți, cazuri înregistrate de această boală. Cu toate cercetările făcute, n'am putut constata nici cel mai slab indiciu de contagiune în provenienta acestui caz. După o lună, la intrarea în convalescență a femeei, se produce al doilea caz de febră tifoidă, într'o casă vecină, la fetița S. R., în vârstă de 4 ani. Aci constat că fetița a vizitat de vre-o câteva ori pe bolnava H. M., care i-a dat odată niște bomboane. Deci contagiunea evidentă prin alimentele servite de tifica mea.

Ambele cazuri s'au vindecat, iar altele noui n'au mai apărut în acel an.

In toamna anului 1929, apar iar cinci cazuri de febră tifoidă la intervale destul de scurte unul după altul (3 cazuri în prima decadă a lunei Noemvrie și 2 cazuri în ultima). La toate aceste cazuri nu am putut stabili contaminarea alimentară sau hydrică, și nici îmbolnăvirea prin contact dela caz la caz. Dela data de 1 Decemvrie acel an, nu mai apare nici un caz nou de febră tifoidă, iar dintre cazurile vechi 4 se vindecă, iar unul are sfârșitul letal în urma unei complicații pulmonare (pneumonie) survenită în a treia săptămână a bolii.

In toamna anului 1930 (luna Octomvrie), apare iar un caz de febră tifoidă, în casă unde s'a ivit primul caz (femeia H. M.), în 1928.

Insă în altă familie, la femeia V. C., în vârstă de 22 ani.

Presupun eventuală contaminare dela vechea tifica H. M. In eventualitatea ca aceasta să fi rămas purtătoare cronică de bacili tifici. Deși, din membrii familiei acesteia, compusă din 5 persoane, nu s'a îmbolnăvit nici un membru, nici până atunci nici de atunci.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cazul are sfârșitul letal, prin perforație intestinală, survenită în a patra săptămână a bolii.

Alte cazuri nu se mai ivesc în acel an.

In cursul anului 1931, deasemenea nu se ivește nici un caz de febră tifoidă.

Incepând cu luna Septemvrie 1932, apar în comună mai multe cazuri de turburări gastro-intestinale; cu evoluția destul de severă, cari însă se termină prin vindecare în decurs de 8—10 zile. Aceste cazuri de turburări gastro-intestinale se ivesc treptat, vindecându-se într'un timp relativ scurt, și în tot cursul lunei Octomvrie.

Unul din aceste cazuri (un impiegat de C. F. R.), este internat la spital, de medicul C. F. R., cu diagnoza de diaree sanguinolentă. Evoluția boalei la spital, determină pe medicul spitalului să-i trimeată sângele la analiză pentru reacția Widal.

Widal pozitiv, și simptomatologia cazului ce s'a precizat în răstimp, determină diagnoză de febră tifoidă.

O parte din cazurile rămase în tratament la domiciliu, din cele ivite în cursul lunei Octomvrie, evoluează deasemenea spre simptomatologia netă a febrei tifoide. Așa, încât, pe ziua de 3 Noemvrie 1931, declar epidemia de febra tifoidă cu 10 cazuri, și încep combaterea.

Cazurile noi cu simptomele clasice de febra tifoidă încep să se ivească unul după altul, și în răstimp de 10 zile (3—13 Noemvrie) mai înregistrez 10 cazuri noi de febra tifoidă. In decada următoare (13—23

Noemvrie), se ivesc încă 9 cazuri noi. Iar dela 23 Noemvrie până la 3 Decemvrie încă 4 cazuri noi.

Cazurile toate se izolează la domiciliu sub supravegherea severă.

Se fac vaccinări antitifice în întreaga comună, a tuturor locuitorilor între 5—60 ani.

Analiza apei din fântâna arteziană nu dă nimic suspect. Aşa din câteva fântâni obişnuite cu ghizduri de lemn şi piatra de prin curţile locuitorilor, a dat la analiza chimică un procent mare de nitraţi, nitriţi, şi amoniac.

Cu toate că apa din fântânile obişnuite nu serveşte şi la alimentaţia populaţiei, se procedează la desinfectarea lor (323 de fântâni, scoaterea apei şi a nămolului şi introducerea în fiecare fântână între 5—10 kgr. var nestins). Aceasta, fiindcă apa din fântânile de prin curţi se utilizează pentru toate nevoile casnice (spălatul rufăriei şi vaselor, etc.).

Din totalul cazurilor ivite (33), se vindecă 28 şi au sfârşitul letal 5. Moartea a survenit în toate aceste cazuri, exceptând unul mort în prima săptămână, în a treia, a patra săptămână a bolii.

Prin luna Decemvrie, termin vaccinările antitifice (circa 1600 de inoculări, repetate de trei ori la o săptămână interval). Iar în luna Ianuarie 1933, declar stingerea epidemiei, dela 3 Decemvrie 1932 neivindu-se nici un caz nou.

Analizând evoluţia acestei epidemii, constatăm:

1) O perioadă preparatorie, înainte de ivirea epidemiei, cu apariţia de cazuri cu turburări gastro-intestinale banale.

2) O perioadă intermediară, când pe lângă cazuri de enterite banale, se ivesc şi cazurile cu simptomele febrei tifoide.

3) Perioadă de stadiu, când epidemia ia o evoluţie intensă cu ecloziunea de cazuri multiple şi la intervale scurte. Perioada când epidemia ia aspectul obişnuit al contaminării în massă dintr'o sursă comună.

Interpretarea acestor fenomene epidemiologice este, bine înţeles, în funcţie de prizma prin care este privită etiologia febrei tifoide. Dacă vom considera contagiunea ca unica cauză a febrei tifoide, atunci, va trebui să facem abstracţie de primele cazuri din perioada ce am numit-o preparatorie, cari pot fi considerate ca simple turburări intestinale banale, fără legătură cu epidemia de febră tifoidă survenită ulterior.

Iar evoluţia ulterioară a epidemiei, în acest caz, se explică simplu. Primele cazuri ivite dintr'o sursă oarecare, nu sunt diagnosticate la timp, nu se iau deci măsuri de combatere şi în felul acesta epidemia se lăţeşte. La declararea epidemiei sunt 10 cazuri în plină evoluţie, cari au avut tot timpul ca să contamineze numeroase surse (apa fântânilor, alimentele) din cari se contaminează încă 23 de cazuri în interval de 30 de zile. Epidemia apoi se stinge în urma măsurilor riguroase de combatere, şi vaccinării în massă a populaţiei.

Acceptând însă teoria autogenezei în febra tifoidă, ajungem la o altă interpretare, care mi se pare mult mai apropiată de adevăr.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In toamna anului 1932, populaţia comunei, în urma recoltei foarte slabe de grâu, din acel an, a început să se alimenteze cu făină de mălai. Această schimbare a modului de alimentaţie (populaţia locală nu consumà înainte mălaiul), produce la început simple turburări gastro-intestinale, iar ulterior provoacă autotifizarea unora din aceste cazuri de gastro-enterite.

Evoluţia ulterioară a epidemiei, poate fi interpretată în modul expus mai sus. Adică, contaminări directe dela tificii iviţi şi indirecte din diferite surse de contaminare, ce s'au format prin aceste contaminări, cu atât mai uşoare cu cât terenul era foarte favorabil în urma alimentaţiei insuficiente şi neobişnuite la care a fost supusă populaţia în acel an.

De notat că în toamna anului 1932, febra tifoidă bântuia în mai multe comune din jud. Bihor.

Deci, epidemia, având în etiologia ei autogeneza la cazurile iniţiale, şi contagiunea în evoluţia ulterioară.

Vaccinările antitifice, în acest caz, au provocat stingerea epidemiei, nepermiţând bacilului tific, fie introdus în organism, fie format prin transformarea colibacilului, să-şi manifeste efectele nocive în organismele imunizate în contra lui.

N'am pretenţia, să afirm, că prin acest articol am rezolvat problema necunoscutelor în etiologia şi epidemiologia febrei tifoide. Observaţiile mele personale, sunt incomplecte şi insuficiente. Lipsesc investigaţiuni riguroase, în ceeace priveşte posibilitatea existenţei purtătorilor cronici de bacili tifici în comuna unde am făcut cercetarea febrei tifoide.

Lipseşte cercetarea mai amănunţită a altor surse exterioare, cari ar fi putut să fie cauza ivirii cazurilor mele iniţiale.

Lipsesc aproape complect cercetările de laborator. (Hemocultura, serodiagnostic, examene bacteriologice a apei).

Lipseşte până şi documentarea bibliografică mai complectă. N'am avut posibilitatea materială de a face o lucrare complectă.

Scopul meu a fost să atrag atenţia asupra acestei probleme, lăsând altora mai competenţi şi mai în măsură decât mine, rezolvarea definitivă a ei.

Inchei, făcând cuvenită rezervă relativ la valoarea argumentului cu negăsirea bacilului tific în circumfuză, fenomenul pe care *D'Herelle* şi alţii au explicat prin ipoteza existenţei formelor filtrante şi invizibile ale bacilului (ultrabacterii şi protobacterii), cu un pasaj din F. Bezancon şi A. Philibert (Maladies infectieuses, T—. 1):

„Dacă este absolut indiscutabil că bacilul Eberth şi bacilii paratifici joacă un rol fundamental în patogenia febrei tifoide, nu este totuşi mai puţin cert că aceşti germeni se găsesc foarte rar, în afara organismului uman, în circumfuza, chiar atunci când, după epidemiologie ar trebui să se găsească. Problema etiologiei febrei tifoide este departe de a fi elucidată.

CONCLUZIUNI:

1) In regiunea epidemiilor şi în cazuri sporadice de febra tifoidă, foarte adeseori este imposibil de a stabili modul de contagiune iniţială.

2) Pentru explicarea etiologiei cazurilor unde elementul contagiune nu se poate demonstra, numeroşi cercetători au emis teoria autogenozei febrei tifoide prin transformarea, sub influenţa unor cauze încă necunoscute, a colibacilului în bacil tific.

3) Urmărirea personală a 33 cazuri (între cari 5 decese) de febră tifoidă într'o comună rurală (Ciumeghiu — Jud. Bihor), confirmă în bună măsură posibilitatea autogenezei în etiologia febrei tifoide.

4) Admiterea teoriei autogenezei în f. tifoidă nu duce la abandonarea măsurilor de profilaxie şi combatere în febra tifoidă.

5) Concepţia clasică de contagiozitate a f. tifoide rămâne neschimbată, cazurile în cari se poate admite ca etiologie autogeneza, fiind deopotrivă de contagioase cu cazurile de îmbolnăvire prin contagiune.

6) Pentru elucidarea complectă a problemei etiologiei febrei tifoide, este nevoe de încă multe cercetări.

RÉSUMÉ: Dr. A. Feier — *Les inconnues dans l'étiologie et l'épidémiologie de la fièvre thyphoïde.*

L'auteur, à la suite d'une épidémie de fièvre typhoide apparue dans un village (Ciumeghiu-Bihor) arrive à ces conclusions: a) pour expliquer l'étiologie des cas, dans lesquels la contagion ne put pas être démontrée, de nombreux auteurs ont émis la théorie de l'autogenèse de la fièvre typhoide par la transformation, sous l'influence de causes encore inconnues, du colibacile en bacile typhique; b) la théorie de l'autogenèse dans la fièvre typhoïde ne conduit pas à l'abandon des mesures de prophylaxie et de combat: c) la conception classique de contagiosité de la fièvre typhoide reste inchangeable, les cas dans lesquels peut être admise comme étiologie l'autogenèse, étant aussi contagieux que les cas de maladie par contagion pronoée.

ZUSAMMENFASSUNG: D-r A. Feier — *Das Unbekannte in der Etiologie und Epidemiologie im Typhus.*

Nach einer Typhusepidemie, welche in einem Dorfe (Ciumeghiu-Bihor) ausgebrochen war, kommt der Verfasser zu folgenden Schlussfolgerungen:

a) Um die Ursache der Fälle zu erklären, in denen die Ansteckung nicht bewiesen werden kann, haben viele Verfasser die Theorie der Selbszeugung des Typhuses durch die Umwandlung der Kolibazillen in Typhusbazillen als durch unbekannte Ursachen erzeugt, festgestellt.

b) Die Theorie der Selbstzeugung im Typhus führt nicht zum Verlassen der Prophylaxie - und Bekämpfungs - Massnahmen.

c) Die klassische Auffassung des Typhuses bleibt unverändert; die Fälle, in welchen die Selbstzeugung als Ursache zugegeben wird, sind eben so ansteckend wie die Fälle durch handgreifliche Ansteckung.

TABES CHEZ UNE FILLETTE DE 9 ANS, DONT LE PÈRE SOUFFRE DE LA MÊME MALADIE

par

Prof. D-r C. I. URECHIA — Cluj

Le tabes juvénile constitue aujourd'hui un chapitre bien établi, mais les observations en restent cependant très rares. Nous avons dans notre clinique quatre cas de syphilis nerveuse héréditaire; un père de 72 ans et sa fille de 19 ans avec paralysie générale; et un père de 51 ans avec sa fille de 9 ans atteints de tabes. Nous allons relater l'observation du cas de tabes juvénile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I. Rosalie, 9 ans. Sa mère est saine; a eu trois enfants dont un est mort avec une anomalie de la colonne vertébrale, un autre complètement sain, et la malade dont nous allons parler. Son père est atteint de tabes depuis treize ans (abolition des réflexes des membres inférieurs, signe de Argyl-Robertson, troubles urinaires et sexuels, troubles de la sensibilité tactile).

Ce tabes du père paraît imobilisé à cette phase. La petite malade a été née à terme; elle faissait facilement de la fièvre; a eu la scarlatine, et s'est bien développée du point de vue physique. Au point de vue psychique elle est restée un peu arriérée; jusqu'à l'âge de quatre ans elle marchait avec difficulté et tombait facilement; ses mains étaient inhabiles et les objets, qu'elles tenaient dans les mains, tombaient facilement. Son père nous décrit des mouvements qu'elle aurait eus entre cinq et sept ans, qu'on pourrait considérer comme des mouvements choréiques ou plutôt de l'ataxie. Elle n'a commencé à parler qu'à l'âge de trois ans. Enurèse nocturne.

Taille 136 cm.; oreilles en anse; lèvres charnues; voûte palatine étroite et profonde; front olympien; lordose; brachycéphalie; pâle et anémique avec une légère hypertricose. Voix nasonnée; végétations adénoïdes; hypertrophie des amygdales; rien au coeur et aux poumons; le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés; les dents n'ont pas les caractères hérédo-syphilitiques. Pupilles inégales avec le signe de Argyl-Robertson. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont abolis; le réflexe medio-pubien est aboli dans sa portion inférieure; les réflexes abdominaux sont abolis; pas de reflexes pathologiques. Les sensations tactiles douloureuses et thermique sont conservées; la sensibilité vibratoire est abolie. N'accuse pas de douleurs radicu-

laires. Genu recurbatum; mouvements ataxiques prononcés dans les membres supérieurs et inférieurs. Quelquefois des mouvements choreo-athétosiques des membres supérieurs. Dans la ponction lombaire albuminose, lymphocitose légère (17 mm.) le Bordet-Wassermann est négatif. Au point de vue psychique légère arriération, l'intelligence correspondant d'après les tests à un enfant de cinq ans; l'émotivité est exagérée.

Il s'agit par conséquent d'une fillette de 9 ans avec des symptômes de tabes, dont le père est atteint de la même maladie. Cette coïncidence, le tabes héréditaire pour ainsi dire, constitue un fait tout à fait rare. Nous trouvons à ce propos les observations de *Marburg* qui dans 12 cas de tabes juvenile (parmi les 51 cas qu'il avait pu réunir en 1933) trouve chez les parente soit le tabes, soit la paralysie générale. Dans l'observation de *Grinker* une mère tabétique a trois enfants atteints respectivement de tabes, de paralysie générale, de syphilis cérébrale. Dans l'observation de *Dydinsky*, le père du malade avait aussi un tabes incipient. Dans le cas de *Tedesco* c'était la mère du malade qui était tabétique. Ces quelques observations, que nous venons de citer, relèvent en même temps la question si débattue de la syphilis nerveuse: s'agit-il dans les cas de ce genre d'une simple coïncidence, ou bien faut-il admettre un rapport plus étroit? Nous croyons que ces cas sont trop fréquents pour admettre une simple coïncidence et qu'il s'agit plutôt d'une hérédité favorisante, d'un virus syphilitique à affinité neurotrôpe, affinité due probablement à son développement sur un milieu si riche en matières grasses comme est le système nerveux, et qui peut modifier quelquefois les caractères de ce virus. Nous n'entrerons pas bien entendu dans la longue et interminable discussion de la pluralité des virus syphilitiques et nous nous contentons seulement de signaler ces faits, qui peuvent servir au débat de ce problème.

En matière de tabes juvenile il existe des auteurs qui ne considèrent comme des tabes, que les cas purs, qui ne présentent aucune complication du côté du cerveau. A ce point de vue cependant il faut bien distinguer les cas de tabo-paralysie générale et ceux qui font la transition.

Il est un peu absurde d'admettre que la syphilis se localise exclusivement sur la moelle et les racines, et que la syphilis héréditaire ne produise en même temps des lésions du côté du cerveau ou des glandes; cet infantilisme physique ou psychique, comme était dans notre cas, ne constitue pas un argument suffisant pour ranger ces cas dans la tabo-paralysie. Nous devons admettre des cas de tabes juvénile avec infantilisme, ou arriération mentale, ou des tabétiques retardataires.

RÉSUMÉ: Prof. D-r C. I. Urechia — *Tabes chez une fillette de 9 ans, dont le père souffre de la même maladie.*

L'auteur publie un tel cas de tabes juvénile héréditaire, qui constitue un fait rare; les observations se comptent, mais quoique rares elle sont assez fréquentes pour ne pas admettre une simple coïncidence, mais plutôt une hérédité fa-

vorisante, un virus syphilitique à affinité neurotrope, affinité due probablement à son développement sur un milieu si riche en matières grasses comme est le système nerveux, et qui peut modifier quelquefois les caractères de ce virus.

ZUSAMMENFASSUNG: Prof. D-r C I Urechia — *Tabes dorsalis bei einem 9 jährigen Mädchen, dessen Vater an derselben Krankheit leidet.*

Der Verfasser veröffentlicht einen solchen jugendlichen, vererblichen Tabes-Fall, welcher selten vorkommt. Die Krankengeschichten sind zählbar, aber dennoch häufig genug, um nicht ein einfaches Zusammentreffen zuzugeben, sondern es ist eher eine begünstigte Vererbung, ein syphilitischer Virus mit Neurotrop-Verwandschaft, wahrscheinlich dem Umstand zu verdanken dass sie auf einem an Fettstoffen so reichen Boden, wie ihn das Nervensystem bietet, zur Entwicklung kommt und welcher zuweilen das Charakteristische des Virus abändert.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

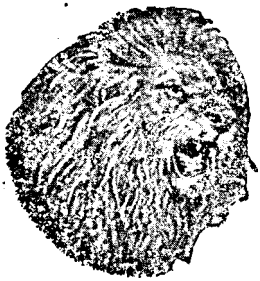
TONICUL NERVILOR şi AL MUŞCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătăţii

Apreciat de D-nii Medici Neurologi şi Internişt

în cazurile:

Surmenaj intelectual, fizic şi moral. — Anemie. — Convalescenţă. — Extenuare. — Melancolie. — Nevrostenie. — Nervi sensoriali. — Insuficienţă sexuală. — Timiditate. — Tic Nervos, etc., etc.



Marca preparatului

Reconfortant Reconstituant. Tonic. Aperitiv.

POSOLOGIE: Adulţi: 2—4 linguriţe zilnic înaintea meselor.

Spitalul Militar C. 4 A. Iaşi
Serv. Chirurgical

FRACTURA IZOLATA A APOFIZELOR TRANSVERSE LOMBARE

de

Med. Col. D-r GH. PÂRVULESCU
Docent Universitar
Şeful Spit. şi al Serviciului

şi

Med. Căpt. D-r H. VASCOBOINIC
Prim-secundar al Serviciului

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am avut ocaziunea a întâlni în cursul anului 2 cazuri de fracturi izolate a unor apofize transverse lombare pe cari, ceeace e mai puţin frequent, le-am putut diagnostica prin simple investigaţii clinice, astfel că examenul radiologic a venit să confirme şi să precizeze ceeace, pentru ca să nu fim prea pretenţioşi, a fost o bănuială foarte aproape de certitudine.

Semnalate pentru prima oară de *Kalthoener* (1891) într'o teză inaugurală, şi de *Gostynski* (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1897), fracturile izolate ale apofizelor costiforme, au început să fie mai bine cunoscute, pe măsură ce technica examenelor radiologice s'a perfecţionat şi a intrat în practica comună. Fără a exagera, s'ar putea spune că această afecţiune este o cucerire datorită radiologiei, ca şi de altfel atâtea alte afecţiuni, izolate în domeniul patologiei traumatismelor osoase.

Pentru cei cari s'ar interesa în detaliu de chestiunea ce formează obiectul acestui mic studiu, dăm în nota de mai jos lucrările mai importante publicate asupra ei în străinătate [1]).

La noi în ţară din câte am putut cerceta, fracturile apofizelor transverse lombare n'au fost semnalate în literatura medicală decât în ultimii 4—5 ani prin lucrările lui *I. Jianu* [2])), *Găldău* [3]), *Barbilian şi Hoffman* [4]). Aceştia din urmă, au mai revenit asupra chestiunei în „Revue de chirurgie" No. 10, din Decembrie 1930.

---

1) *J. Tanton.*— (Revue de chirurgie 1910, pag. 1101).
Oudard et Jean.— (Lyon chirurgical t. XIX 1922, pag 530).
Pierre Wiart.— Revue d'orthopedie 1925 pag. 530).
Schiessel.— (Deutsche Zeitschrift füer Chirurgie luli 1926).
Colnanitace.— Archives of Surgery t. XIX No. 6, 1929).

2) *I. Jianu.*— Consid. asupra 4 cazuri de fract. ap. lomb. (Rev. ştiinţelor medicale No. 11 | 1928).

3) *Găldău.*— Fracturi izolate ale ap. trans. lomb. (Clujul medical No. 11 | 928).

4) *Barbilian şi Hoffman.*— Idem (Rev. medico-chirurgicală din Iaşi 1930).

Frequenţa. — Fracturile izolate ale apofizelor transverse lombare, fac parte din seria relativ rară a fracturilor coloanei vertebrale; după Horndon ele ocupă cam 9% din fracturile coloanei, dar sunt mult mai numeroase când sunt asociate cu alte fracturi ale coloanei sau coastelor; sub acest raport ţinem să remarcăm că din cele 4 cazuri publicate de *I. Jianu*, numai 2 cazuri, sunt fracturi izolate ale apofizelor transverse.

Afecţiunea e foarte rar semnalată sub 20 ani (un caz), sau peste 60 ani (un caz), ceeace se explică uşor, deoarece în primul caz punctele secundare de osificaţie nu sunt încă sudate, iar în al doilea caz, pentru că eforturile fizice mari şi ocaziunea traumatismelor violente e mai rară. De asemenea afecţiunea e rară la femei (un caz din 17, după *Tanton)*.

Anatomie patologică.— Fracturile simultane ale mai multor apofize transverse se observă mai frequent decât fracturile uniapofizare (în proporţii de 2 : 1); când fractura e bilaterală ea e în acelaş timp simetrică, în sensul că interesează apofizele aceleaşi vertebre, ceeace din punct de vedere a mecanismului producerii acestor fracturi, are un sens foarte important, cum vom vedea mai departe. Apofizele vertebrelor L.3 şi L.4 sunt cele mai frequent fracturate, rar ale vertebrei L.2 şi foarte rar ale vertebrelor L.1 şi şi L.5. Linia de fractură e în general simplă şi trece pe la nivelul gâtului apofizei (se deosebeşte la o apofiză transversă 4 părţi: baza de implantare, gâtul, corpul şi vârful). In observaţiunile noastre, linia de fractură e mai complexă, dând o imagine de fragmente intermediare.

Barbilian şi Hoffman au publicat un caz curios, (Rev. de chirurgie 1930), în care linia de fractură după ce a detaşat apofiza la nivelul gâtului său, separă corpul apofizei printr'o linie transversală, în 2 fragmente suprapuse (fractura în T).

Sediul constant al liniei de fractură la nivelul gâtului apofizei se explică uşor, atât prin structura intimă a aceştia (sistemul trabecular e foarte redus la nivelul gâtului), cât şi de faptul că aceasta e singura porţiune pe care nu se înseră nici o formaţiune musculo-ligamentoasă. Gâtul ar reprezinta deci axul de mişcare al apofizei, imaginând că corpul ei este acţionat de mase musculare, iar baza ei de împlântare pe vertebră reprezintă rezistenţa.

Pathogenie.— *Oudard* şi *Jean*, au realizat în mod experimental fracturile izolate ae apofizelor transverse lombare, printr'o forţă traumatizantă care acţiona direct şi în puncte limitate asupra regiunei lombare, demonstrând astfel realitatea susţinerilor celor ce au invocat acest mecanism în producerea fracturii. O contuzie puternică locală, căderea pe un corp cu o margine dură şi îngustă, sau prezintând o proeminenţă mică, realizează în practică acest mecanism. Ambele noastre observaţiuni par a recunoaşte cu multă probabilitate această modalitate.

In această regiune însă, atât de bine căptuşită de mase musculare, cari par că o apără împotriva violenţelor externe, mecanismul acesta al acţiunii directe e greu de admis pentru generalitatea cazurilor.

După părerea majorităţii autorilor cari s'au ocupat de chestiune, fractura prin mecanismul indirect, care face să intervină acţiunea bruscă a muşchilor ce se înseră pe aceste apofize, pare a fi mult mai frequentă.

In adevăr, dacă aruncăm o privire asupra constituţiunii anatomice a regiunii, constatăm că mase musculare importante îşi iau una din inserţiuni la nivelul corpului şi vârfului apofizei (lungul dorsal, multifidul rachisului şi mai ales fascicolul ilio-lombar al pătratului lombar), cu tendinţa de a acţiona în jos şi înapoi apofizele transverse, când îşi iau punct fix de inserţiune pe basin (în mişcarea de redresare bruscă a trunchiului). Această acţiune tinde oarecum să redreseze apofizele transverse, orientate în sus şi înclinate uşor înainte.

La nivelul apofizelor L.1 şi L.2 (ligamentul lombocostal a lui Henle), ca şi la nivelul apofizei L.5 (ligamentul ilio-lombar), această acţiune a forţelor musculare active e mult echilibrată de formaţiunile ligamentoase puternice, cari suspendă apofizele într'o direcţiune aproape diametral opusă, ceeace explică fractura mai rară acestor apofize, decât a apofizelor L.3 şi L.4, unde aceste ligamente nu există.

Acţiunea sinergică a muşchilor explică de asemenea fracturile simetrice ale apofizelor, când sunt bilaterale, fracturi pe cari mecanismul direct nu le explică; în adevăr e greu să ne imaginăm că un traumatism să producă fractura directă a apofizelor transverse ale aceleiaşi vertebre, şi să respecte puntea care le leagă (lamele sau corpul vertebral).

Cluj/Central University Library Cluj

Pentru fracturile apofizelor L.1, L.2 şi L.5, mecanismul trebuie să fie mult mai complex din cauza acţiunei antagoniste a ligamentelor amintite mai sus şi cari fac acţiunea contracţiunei musculare frequent ineficace.

In fracturile acestor apofize, mecanismul prin acţiune directă va fi frequent; în ambele noastre observaţiuni e foarte probabil că trebuie admis acest mecanism.

In celelalte cazuri şi în special în fracturile acestor din urmă apofize, care survin în căderile dela înălţimi pe basin sau pe membre, noi imaginăm altfel producerea fracturilor decât ceilalţi autori.

Coloana vertebrală pare oarecum suspendată ca într'un hamac musculo-ligamentos pe basin; în căderile verticale, coloana vertebrală se mai deplasează încă în jos, în virtutea inerţiei mişcării, în timp ce apofizele sale transverse lombare sunt reţinute prin intermediul ligamentelor, cari se înseră pe torace şi basin, segmente cari s'au oprit din mişcare în momentul în care au atins pământul.

In acest caz apofizele transverse cedează la punctul lor cel mai slab, adică la nivelul gâtului, mai de grabă decât la nivelul bazei lor de implantare.

In acest fel credem noi că poate fi imaginată mai logic fractura prin cauză indirectă a apofizelor transverse L.1, L.2 şi L.5.

Nu este exclus în fine, ca în unele cazuri aceste diverse me-

canisme — să se combine între ele şi astfel explicaţia să fie mult mai complexă.

Simptomatologia acestor fracturi este în majoritate destul de ştearsă. Cei mai mulţi bolnavi se ridică şi vin singuri să consulte; unii după un repaos de 2—3 zile, îşi reiau în mod treptat ocupaţiunile şi nu vin să consulte decât pentru persistenţa durerilor, sau (mai rar) pentru apariţia tardivă a complicaţiunilor.

In afară de simptomele banale ale unei puternice contuziuni lombare sau a unei entorse musculare, se poate găsi o zonă dureroasă net circumscrisă paramediană, cu caracter de fixitate, şi eventual apariţia mai tardivă a unei tumefacţiuni echimotice profunde. Când aceste 2 din urmă simptome sunt nete, ele ne pot pune pe calea diagnosticului, aşa cum a fost în ambele noastre cazuri.

Mişcările trunchiului, rotaţiunea şi flexiunea, sunt foarte dureroase în primele zile, pentru ca apoi durerea să se atenueze destul de repede.

Uneori tabloul clinic se complică de unele simptome precoce de compresiune ale rădăcinilor rachidiene, manifestându-se prin iradiaţiuni şi nevralgii foarte dureroase ale unui (obs. 1-a), sau ambelor membre inferioare, mai rar prin turburări sensivito-motorii.

In ambele noastre cazuri am găsit un simptom care nu a fost semnalat până acum şi căruia pentru moment nu-i găsim încă o explicaţie mulţumitoare: *durerea la nivelul focarului de fractură în mişcările membrului inferior de aceiaşi parte cu fractura.*

Iradiaţiunile dureroase şi nevralgiile persistente ale membrelor, trebuie considerate mai curând ca complicaţiuni ale acestor fracturi, precoce în cazul deplasărilor fragmentului extern, şi tardive în compresiunile exercitate de un calus voluminos, sau de înglobarea parţială a unei rădăcini în calus.

Diagnosticul nu poate fi însă afirmat şi mai ales precizat decât numai cu o bună radiografie în mână; ea ne va da preţioase indicaţiuni asupra nivelului fracturii, numărului apofizelor fracturate, şi eventualei deplasări a fragmentelor.

Radiografia trebuie făcută într'o poziţie perfect simetrică şi în stare de vacuitate a intestinului. Chiar în condiţiuni bune ea expune la erori de diagnostic asupra cărora insistă *Boeminghaus* (Archiv. für klin. Chirurgie Bd. 149, 1928). In afară de acelea datorite variaţiunilor de poziţii a bolnavului, variaţiilor de formă şi dimensiuni ale apofizelor (polimorfism mare), la tineri punctul osos epifizar nesudat încă, poate simula o fractură (linia de separaţie e anguloasă şi situată la vârful apofizei).

O coastă lombară poate simula o fractură, dar linia de separaţie anguloasă şi regulată e situată la bază, iar întregul nu are dimensiunea mai mare decât a unei apofize normale.

Pe o radiografie foarte bună, pe care apar muşchii gutierelor vertebrale şi rinichiul, tonalitatea schimbată a apofizei la nivelul separaţiunei dintre cele 2 organe, poate fi interpretată ca o linie de fractură, eroare uşor de evitat.

In sfârşit, un fragment apofizar deplasat în afară a fost con-

fundat cu un calcul renal într'un caz al lui *Belot* şi *Pasteau* (Congrès français d'Urologie 1928), unde simptome urinare datorite probabil unei contuzii renale concomitente însoţeau fractura.

In rezumat, examenul radiologic trebuie făcut în orice traumatism a coloanei vertebrale, deoarece unele leziuni ale acesteia pot rămâne tăcute din punct de vedere clinic, urmând a-şi manifesta uneori existenţa mai târziu, prin complicaţiunile la cari pot da naştere. Intre ele se pot găsi fracturi ale apofizelor transverse lombare, mai frequent decât se crede, şi *cari trebuesc atent căutate chiar pe clişeul radiografic*, deoarece nu apar întotdeauna destul de clar.

Evoluţia acestor fracturi e benignă şi merge spre o consolidare spontană în aproape toate cazurile din cauza minimei deplasări a fragmentelor. Turburările subiective şi funcţionale se amendează după 2—3 săptămâni de repauz în pat, fără însă a dispare totdeauna complect.

Durerile lombare pot persista încă multă vreme după data accidentului, într'o formă mai mult sau mai puţin atenuată, deşeptate în general de oboseli fizice mai mari, ca în cazul nostru (obs. No. 1), unde bolnava nu e complect restabilită nici după 8 luni. Mai rar fenomene de compresiune nervoasă, datorite formaţiunii unui calus voluminos, încorporării în calus a unei rădăcini nervoase, sau compresiunii unui fragment prea deplasat, pot conduce la apariţia de nevralgii rebele. Toate acestea trebuiesc reţinute mai ales de acei cari sunt puşi a se pronunţa în cazuri de invalidităţi ale accidentelor de muncă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tratamentul foarte simplu, constă în imobilizarea cât mai riguroasă a bolnavului în pat, timp de 3-4 săptămâni, asociind în mod eficace masajul local uşor şi eventual diatermo-terapia, când durerile sunt violente sau mai lente a dispărea. In primele zile după accident trebuie să folosim mult şi antinevralgicele obişnuite, pentru a calma durerile.

O intervenţie chirurgicală activă nu e indicată decât pentru a trata eventual complicaţiunile, ea având de scop a suprima un calus prea exuberant sau un fragment prea deplasat, atunci când nevralgii rebele multă vreme la orice tratament, împiedică în mod foarte serios bolnavul ca să-şi vadă de ocupaţiile sale. Rezultatele în puţinele cazuri operate, au fost foarte bune.

OBSERV. I. — D-ra L. S., 26 ani, studentă în medicină, alunecă pe ghiaţă în ziua de 21 Ianuarie crt., şi chiamă pe unul din noi (D-r Vascoboinic), pentru a fi examinată asupra turburărilor dureroase şi impotenţei funcţionale ce prezintă.

Anteced. personale şi heredo-colat. fără importanţă.

Istoric. Bolnava declară că în dimineaţa zilei de mai sus, pe când ieşea de acasă pentru a se duce la Facultate, a alunecat chiar în faţa uşei pe pavajul din curte şi a căzut pe spate, lovindu-se cu reg. lombară dreaptă pe o piatră colţuroasă ce se găsea aruncată acolo; a resimţit imediat o durere foarte vie şi deabia s'a putut târăi pe brânci până în casă. Durerile nu s'au amendat deloc, **ci din contră s'au extins la membrul inferior drept, ale**

cărui mişcări, extensiunea coapsei pe bazin în special, determină dureri în reg. lombară dreaptă.

Examenul somatic. Bolnava este de constituţie fizică robustă, chiar cu un grad uşor de obezitate

Nimic deosebit de semnalat la nivelul ap. respirator şi cardio-vascular.

Nu prezintă turburări sfincteriene, nici de reflectivitate.

Examenul reg. lombare. Arată o uşoară scolioză concavă spre dreapta şi o mică zonă extrem de dureroasă la presiune la dreapta liniei mediane în dreptul apofizelor spinoase ale vertebrelor L. 1.—L. 3.

Mişcările de rotaţiune, flexiune şi înclinare ale trunchiului sunt foarte dureroase şi limitate. **Extensiunea coapsei pe bazin, produce o iradiaţie dureroasă profundă în reg. lombară.**

Nu există turburări sensitivo-motorii. Bolnava acuză însă dureri foarte mari în membrul inferior drept, localizate mai ales la coapsă, fără a se putea găsi vre-un punct dureros la presiune.

Adresez bolnava unui radiolog cu indicaţia chiar că bănuiesc o fractură a unei apofize transverse lombare.

Ex. radiologic. Cum se vede în clişeul de mai jos, arată o fractură netă a ap. tr. a L. 2 cu un mic fragment intermediar.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Obs. I-a. — D-ra L. S.

Durerile au fost foarte vii timp de vre-o 10—12 zile, astfel că afară de imobilizare în pat şi aplicaţiuni umede locale, bolnava a făcut un uz foarte larg de substanţe antinevralgice de tot felul şi de somifere. După 4 săptămâni de repaus în pat, bolnava poate părăsi casa, fără însă a se constata o dispariţie complectă a durerilor.

Revăzută după 9 luni, bolnava încă se plânge de dureri în reg. lombară survenind după oboselile fizice ceva mai importante.

OBSERV. II-a. — Bolnavul C. Dim., 42 ani, de profesiune dascăl de biserică, intră în Serviciul chirurgical al Spit. Militar C. 4 A., în ziua de 18 Septembrie, pentru dureri şi tumefecţiune a regiunei lombare stângi.

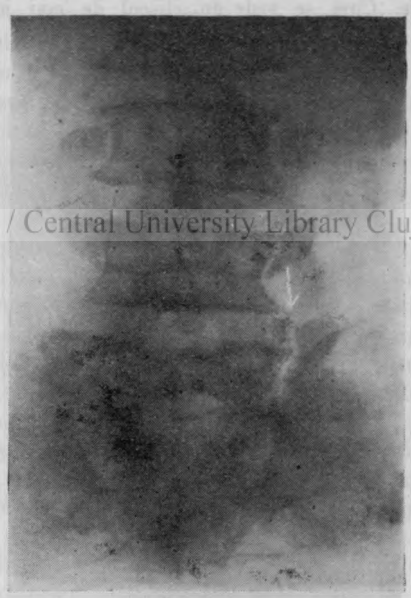
Anteced. Heredo-colat. şi personale fără importanţă.

Istoric. In urmă cu 2 zile pe când voia să bată o grindă în plafon, urcat fiind pe o scară, a căzut de pe ea, iar grinda scăpată din mână l'a lovit puternic în reg. lombară. Imediat a resimţit o durere foarte vie la acest nivel, dar s'a putut ridica singur şi a intrat în casă unde s'a pus în pat. După 2 zile fenomenele dureroase necedând s'a internat în spital.

Examenul somatic. Bolnavul e de constituţie robustă, afebril, pulsul bine bătut, 70 pe minut; nu are dispnee.

Ex. ap. respirator. Raluri diseminate de bronşită cronică.

Ex. ap. cardio-vascular. Nimic anormal.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Obs. II-a. — C. Dim.

Ex. reg. lombare, arată prezenţa la stânga liniei mediane şi imediat deasupra crestei iliace a unei tumefacţiuni echimotice dure, difuze şi profunde, extrem de dureroasă la presiune.

Mişcările de rotaţie, de înclinare laterală ale trunchiului sunt foarte dureroase.

Mişcările membrului inferior stâng determină o iradiaţiune dureroasă foarte vie în reg. lombară, astfel că bolnavul pentru a evita-o în timpul somnului, îşi fixează membrul inferior de vergelele patului cu o legătură.

Instruiţi de primul caz care se prezenta cam în aceleaşi condiţiuni, bănuim şi aci o fractură a unei apofize transverse.

Ex. radiologic (D-r Fiamboli), arată în adevăr foarte net o fractură a ap. tr. stânga L. 5.

Tratamentul urmat a fost identic cu acela din primul caz. Durerile au cedat abia după vre-o 10 zile, cu exacerbări nocturne pe cari bolnavul le atribuie mişcărilor intempestive şi inconştiente din timpul somnului. Bolnavul a ieşit din spital după 3 săptămâni.

Revăzut după o lună, bolnavul mai are încă dureri în reg. lombară, dar mişcările membrelor inferioare sunt libere şi nedureroase; acelea ale trunchiului sunt încă limitate.

RÉSUMÉ : Doc. D-r Gh. Parvulesco et D-r H. Vascoboinic—*Fracture isolée des apophises transverses lombaires.*

Les auteurs publient les obs. de 2 cas, dans lesquels la radiographie est venue confirmer le diagnostic mis d'avance par les seuls moyens de l'investigation clinique; ils insistent longuement sur la pathogénie de cette rare fracture de la colonne vértébrale et sur la symptomatologie, dans laquelle les auteurs décrivent un signe clinique pas encore décrit jusqu'à présent «la douleur provoquée au niveau du foyer de la fracture dans les mouvements du membre inférieur du même côté que la fracture.

ZUSAMMENFASSUNG: Doc. D-r Gh. Pârvulescu und D-r H. Vascoboinic: *Isolierter Bruch des processus-transversus der Lenden.*

Die Verfasser veröffentlichen ihre Beobachtungen in 2 Fällen, in welchen die Radiographie die durch die einzigen Mittel der klinischen Forschungen festgesetzte Diagnose bestätigt; sie ergehen sich ausführlich über die Ursache dieses seltenen Bruches der Wirbelsäule und dessen Symtomatolcgie in welcher die Verfasser ein klinisches Zeichen beschreiben, welches bis heute noch nicht beschrieben wurde:

«Der im Niveau des Bruches hervorgerufene Schmerz durch die Bewegungen des mit dem Bruche gleichseitigen Beines».

Digitized by Romanian Academy Library

ASISTENŢA INFANTILA IN ASIGURARILE SOCIALE

de

Dr. AXENTE IANCU

Medicul serviciului de puericultură al Asigurărilor Sociale din Cluj

şi

Docent Universitar al Facultăţii de Medicină din Cluj.

Prof. A. Pinard care primul a ridicat cuvântul pentru protecţia intrauterină la Academia de Medicină din Paris, încă în anul 1894 a reclamat o *trinitate*[1]) a măsurilor de ocrotire cari trebuie să fie de ordin *medical, juridic* şi *social*, pentru ca opera de protecţiune intrauterină să fie efectivă. Deşi dela acea dată a trecut relativ multă vreme, iar noţiunile de protecţiune infantilă s'au extins şi asupra altor domenii şi perioade de vârstă, credem că trinitatea măsurilor reclamate de către acest merituos veteran şi încercat puericultor, îşi pot păstra persistenţa intangibilă şi pentru zilele noastre. Repartizaţia armamentului proectiv în aceste trei grupe, va fi un punct de orientare în expunerea noastră de astăzi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru ca un doctor să facă faţă cu competinţă obligaţiunilor ce i-se impun într'un serviciu de consultaţiuni pentru copii de toate vârstele, dar îndeosebi pentru cei din prima vârstă este absolut necesar după cum o reclamă şi *Prof. Marfan*[2]), ca doctorul să posede cunoştiinţe exacte din domeniul fiziologiei şi patologiei infantile, dar mai ales din cel al fizio-patologiei sugarului. Este o profundă eroare să se presupună că serviciul de puericultură ar putea să înglobeze exclusiv pe copii sănătoşi — dat fiind caracterul mai ales preventiv al serviciului de puericultură şi că el ar putea fi condus în consecinţă de orice medic care şi-ar fi însuşit acele câteva noţiuni fundamentale din domeniul igienei infantile. *Prof. Marfan* cere ca în instrucţiunea medicului, studiul puericulturei să nu fie separat de cel al patologiei primei vârste de care el nu poate fi separat, ci

---

1) *Vezi Docent Dr. Axente Iancu:* Copilul de curând născut. Cluj, 1930, pag. 122.

2) *Prof. A. B. Marfan:* Le médecin éducateur des mères. Rapport au Congrès international pour la Protection de l'Enfance. Paris 4-9 Jiullet 1933.

din potrivă puericultura şi perfecţiunile din prima copilărie trebuie să rămână strâns unite. Prof. *Mouriquand* [1]), vorbind de educaţiunea technică a mamelor, recomandă ca să nu se piardă din vedere importanţa primordială *a medicului de copii*, care în baza culturei sale generale şi specializate rămâne stăpânul şi şeful principiilor de educaţie technică a mamelor. Dar pentru ca el să-şi poată îndeplini rolul său de conducător şi consilier, este nevoie ca clinicianul de copii să consimtă a-şi da seama de obligaţiunile sociale care-i incumbă, a fi în acelaş timp *un eminent clinician şi un bun puericultor*, în lipsa cărora directivele vor veni din partea unor persoane a căror devotament şi valoare technică practică nu pot fi contestate, dar a căror cultură biologică şi clinică poate fi insuficientă pentru a le permite de a adopta cu supleţă ştiinţa medicală în evoluţiune la nevoile sociale. Se vede că regretatul *D-r Lăzărescu*, şi-a dat prea bine seama de aceste cerinţe, atunci când în anul 1923 a înfiinţat serviciul de puericultură în Asigurările Sociale din Cluj, încredinţându-i conducerea unui medic pediatru puericultor, îndeplinind condiţiunile pe cari le reclamă la „Congresul internaţional pentru protecţiunea copilăriei", ţinut 10 ani mai târziu, cei doi reputaţi pediatri puericultori francezi: Profesorii *Marfan* (Paris) şi *Mouriquand* (Lyon). Aranjamentul pe care-l găsim la Cluj, nu numai cu privire la serviciul de puericultură; ci şi a celorlalte servicii medicale, conduse în majoritatea absolută a cazurilor de specialişti consacraţi cu o activitate clinică universitară îndelungată, este de natură să îndeplinească şi o parte a condiţiunilor — pe cele referitoare la selecţionarea personalului medical din asigurări — reclamate de către d-l Prof. *Danielopolu*, preşedintele „Asociaţiunii generale a medicilor din ţară" în discuţiunile angajate pentru reorganizarea serviciilor din Asigurările Sociale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medicul pediatru-puericultor în situaţia actuală, trebue să vadă şi să urmărească, dând mamelor şi aparţinătorilor, sfaturile necesare pentru ca să se prevină prezentarea diferitelor afecţiuni, cât şi pe cei bolnavi, căci prin rezultate terapeutice obţinute, medicul va fi în situaţia să câştige mai bine şi mai repede încrederea asiguraţilor, el făcând dovada cea mai eclatantă sub ochii atât a părinţilor bolnavului, cât şi a celorlalţi membrii prezenţi din Asigurări, despre utilitatea absolută şi mai uşor comprehensibilă prin demonstraţiunile practice a acestor consultaţiuni. Avem convingerea cristalizată dintr'o activitate de 10 ani, că demonstrând rezultatele tratamentului curativ, vom putea stimula mai bine interesul publicului pentru cel profilactic, care în tovărăşia celui dintâiu va penetra mai curând în massele mamelor muncitoare.

Principiile de ocrotire infantilă, cari trebue să pătrundă în primul rând în conştiinţa publică a mamelor, sunt cele cu o valoare generală. Fiecare mamă trebuie să fie convinsă de valabilitatea absolută a adevărului că noul născut şi sugarul din primele luni ale vieţii, are nevoie de o alimentaţie cu laptele mamei; care

1) *Prof. G. Mouriquand:* De l'éucdation technique des mères dans la lutte, contre la mortalité enfantile. Ibidem.

constitue alimentul cel mai adecvat fragilităţii tractului gastro-intestinal şi stării lui de nutriţie caracterizată printr'o hidrolabilitate aşa zisă fiziologică în primele 4 luni ale vieţii şi care dacă este bruscată prin erori de alimentaţie, insuficienţa de îngrijire şi infecţiuni mai mult sau mai puţin grave, pot să determine stările de denutriţie numite distrofii, atrofii ori atrepsii *(Parrot)*, cu un pronostic atât de grav şi cu o mortalitate atât de urcată. Se va depune insistenţe mari pentru combaterea obstacolelor ce s'ar putea prezenta atât din partea mamei, cât şi din cea a sugarului în calea alăptării la sân. In serviciul clinicei Obstetricale şi Ginecologice din Cluj, de sub conducerea Profesorului D-r *Cristea Grigoriu*, se pune un pond deosebit pe respectarea necondiţionată a acestor cerinţe, elevele de moaşe dela şcoala de moaşe afectată acestei maternităţi, fiind pe deplin instruite şi în această direcţiune. Tot pentru soluţionarea în condiţiuni raţionale şi a altor dificultăţi cari interesează capitolul alăptării sugarului la maternitatea clinicei obstetricale şi ginecologice din Cluj, s'a organizat *un birou pentru examenul şi plasarea doicelor* cu maximul de garanţie, în cât priveşte examenul medical şi cu multă consideraţie pentru punga şi starea materială a celor avizaţi să angajeze doică, precum şi purtând o grijă părintească copiilor acestora din urmă, cari copii în genere devin copiii nimănui, îngroşind rândurile celor condamnaţi peirei. O atenţiune deosebită merită alimentaţia mixtă şi artificială. Este o constatare ce nu poate fi contestată că anumite mame mai ales printre primipare, nu secretează lapte în cantităţi suficiente, sugarul lor fiind condamnat la o distrofie prin inaniţie, care poate şi trebue combătută la timp prin complectare, făcând deci copilului un „allaitement mixte".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru a face o alimentaţie mixtă, ori una artificială, este absolută nevoie ca laptele să provină dela un animal sănătos, controlat de medicul veterinar, care să trăiască într'un grajd curat, persoanele care mulg vaca să fie sănătoase, să nu sufere de infecţiuni şi să nu fie nici purtătoare de germeni, laptele să fie manipulat în condiţiuni excepţionale de curăţenie şi igienă dela muls şi până la consumaţie, în vase curate, să fie pasteurizat ori stassanizat îndată la mulgere şi să fie consumat în primele 24 ore. Al 3-lea Congres Internaţional de Pediatrie, ţinut anul acesta la Londra în palatul „British medical association", a dat o amplă atenţiune problemei laptelui de vacă. Rapoartele prezentate de către Prof. *Alfred Petterson* (Stokholm), despre transmiterea maladiilor infecţioase prin lapte, a Profesorului *Bessau* (Berlin), despre saprofiţii din lapte şi semnificaţia lor, a profesorului *Lereboullet*[1]) (Paris), despre profilaxia boalelor datorite laptelui şi a *profesorului Allaria*[2]) (Torino), despre prevederile profilactice prin lapte. Nu dorim să insistăm mai amănunţit reţinem în schimb nădejdea că o legiferare naţională, fie în cadrele celei de pro-

1) *Prof. P. Lereboullet:* La prophylaxie des maladies dues au lait (Hygiène et Réglementation) Le Nourrison 21-e annee Sept. 1933 pag. 273.

2) *Prof. G. B. Allaria:* I. provedimenti profilattici per il latte. La Pediatria del medico pratice Vol. VIII No. 9 Sept. 1933 pag. 561.

tecţiune materno-infantilă, intenţionată de către Profesorul D-r *Titu Gane*, Secretarul General al Ministerului Sănătăţii şi Ocrotorilor Sociale, fie în cadrele unei legi speciale, se va da toată atenţiunea cuvenită care trebuie să i-se acorde problemei laptelui, după exemplul urmat în străinătate şi care a produs cel puţin în parte rezultate binefăcătoare importante.

In cât priveşte trecerea dela regimul lactat la cel variat sau ablactare, după *prof. Marfan*, autorii nu sunt încă pe deplin de acord. Mentalitatea mai veche a autorilor este ca regimul lactat să dureze timp îndelungat, ba chiar prea îndelungat — zicem noi — mai recent însă se ridică voci autorizate în sensul de a limita durata alimentaţiei exclusive cu lapte la cel mult 3 luni de zile. Această tendinţă evoluiază în primul rând şi ca o valoare de axiomă pentru categoria copiilor gemeni, prematuri şi debili congenitali. Este o adevărată revoluţiune în lumea medicală literară, desemnarea tot mai accentuată a acestui corent, în realitate ea îşi găseşte substratul solid în experienţele şi observaţiunile seculare întâlnite în empirismul popular. Noi în lucrurile noastre din ultimii vreo 3—4 ani am insistat tot mai mult asupra *necesităţii introducerii precoce a regimului variat*. Am insistat şi mai recent asupra acestui fapt [1]). Ţinem să insistăm şi de data aceasta asupra regimului variat precoce, căci constatăm că în clientela Asigurărilor Sociale din Cluj este din cale afară de răspândită tendinţa de a menţine regimul unilateral cu lapte, fie sub forma de lapte pur, fie sub cea de cafea cu lapte ori gris cu lapte, timp foarte îndelungat. Nu exagerăm când susţinem că în majoritatea absolută a cazurilor, regimul de lapte cu variantele şi derivatele sale, constitue alimentaţia de predilecţie a primilor doi ani ai vieţii. Acestui neajuns i-se mai adaugă şi altul. Mamele anume în tendinţa lor de a preveni diareile suprimă cu totul ori reduc la minimum zahărul din lapte. Se cultivă deci pe o scară întinsă cele mai clasice forme şi aspecte de distrofii provenite din abuzul ce se face cu laptele (Milchnährschaden" ori „Dyspepsie de lait de vache", *Prof. Marfan)*, care câteodată se prezintă singur, altădată în asociaţie cu rachitismul, spasmofilia, afecţiuni întâlnite, — în deosebi rachitismul, — într'o percentuaţie foarte urcată.

Prof. *Nobécourt* prezintă un sindrom foarte asemănător care se întâlneşte atât la vârsta primei copilării, cât şi la cei mai avansaţi sub denumirea de *sindromul colic fetid* [2]). Un mare rol revine pediatrului-puericultor din Asigurările Sociale şi în opera de profilaxie şi tratament a boalelor infecţioase, precum şi în opera de difuzare a noţiunilor de igienă dela naştere şi până la adolescenţă. Pentru aceasta însă trebuie să se facă o educaţie temeinică a mamelor, stând cu ele de vorbă de fiecare dată, instruindu-le prin de-

1) *Vezi Docent Dr. Axente Iancu, d-na Malevania-Sorescu şi Dariu:* Carnea în alimentaţia copiilor de prima vârstă. *Revista Ştiinţelor Medicale* No. 7 Iulie 1933.

2) *Prof. Dr. P. Nobécourt:* Le syndrome fétide chez les enfants. *Paris Médical*, 23-e année No. 44, 4 Nov. 1933 pag. 357.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

monstrațiuni practice în cadrele consultațiunilor dela ambulanța policlinică. Pentru aceasta însă trebuie timp. Iar tendința unora dintre membrii consiliilor casei cercuale de a aprecia activitatea medicului dela ambulanță după numărul vizitelor înregistrate și de a-i răsplăti activitatea după acest criteriu, nu este deloc de natură să încurajeze opera de educație a pediatrului-puericultor, care trebuie să constitue substratul existenței serviciului de puericultor, fără de care și-ar pierde dreptul la existență. Criteriul acesta întronat cu certitudine sub imboldul considerațiunilor de economie cu orice preț nu poate avea aplicație în serviciul de puericultură, dat fiind faptul că îmbrăcarea și desbrăcarea sugarului prezentat reclamă un timp, care crește cu lipsa de experiență a mamelor — (înțelegem primipare), care este foarte bine utilizat de altfel pentru convorbirile deslușitoare indispensabile. Instrucția și educația mamelor reclamă timp și nu trebue să fim sgârciți față de el. Stimularea medicului dela ambulanță în sensul de a prezenta cât mai multe vizite, ar echivala cu o recunoaștere oficială a acordării unor premii de încurajare pentru o examinare superficială a bolnavilor din Asigurări căci nu poate fi considerat altcum faptul când cerem unui doctor să examineze în acelaș timp — orele de lucru ni sunt fixate — un contigent de bolnavi de 2 ori de 3 ori mai mare ca altul care în acelaș interval examinează un număr mai redus.

Dar pentru ca serviciul de puericultură din Asigurări să funcționeze bine, este absolut necesar ca medicul să fie asistat de o persoană ea însăși având o educație specială reclamată de funcția pe care o îndeplinește. Avem nevoie în desfășurarea activității noastre de colaborarea unei *sore de ocrotire* ori *infirmiere vizitatoare*, ori unei *asistente sociale*.

Avem auxiliare și actualmente, cari sunt elemente de treabă, dar ne lipsește încă concursul unor persoane care cu pricepere să facă anchetele la domiciliu asistaților noștri. Căci activitatea auxiliarelor noastre nu trebuie să se limiteze la cea desfășurată în cadrele consultațiunilor, ci ea trebuie să se completeze cu alta desfășurată pe teren, pe terenul mediului familiar ori celui social de care trebuie să se țină socoteală deasemenea și fără de care opera noastră rămâne numai parțială. Nu putem concepe opera surorilor de ocrotire din Cluj, care cu toată pretenția de a face ocrotire socială pe teritoriul municipiului nostru, ignorează complectamente consultațiunile dispensarului nostru de puericultură — și cred că a tuturor dispensarelor din Asigurările Sociale. O asistență pe teren în jurul unui „birou de ocrotire" care să nu păstreze contactul direct cu dispensariile — cel puțin cele mai importante printre cari credem că cel de puericultură din Asigurări ar putea fi socotit deasemenea noi nu o putem concepe nici înțelege. Pentru ca să trecem la fapte concrete, propunem ca viitorul personal auxiliar al dispensariilor noastre să fie recrutat din surorile de ocrotire, ori asistentele sociale existente și formate și cari din cauza unei lipse de prevederi bugetare nu pot fi întrebuințate, în schimb îngroașe rândurile unor șomeri cu sufletele deprimate. Credem că în felul

acesta ele de ele vor putea să stabilească mai bine colaborarea mai strâmtă, care din motive inexplicabile nu a putut fi înfăptuită până acum, cu toate insistenţele depuse de către pediatrul-puericultor dela Asigurările din Cluj.

In afară de elementul de legătură mai sus amintit la capitolul părţii sociale mai amintim de leagănele („crèche"-le), cari trebuie ca în baza legală să ia fiinţă pe lângă fiecare fabrică care dispune de un număr oarecare de asigurate cari au împlinit vârsta de 18 ani. Aceasta pentru a împiedica separaţiunea sugarului de mamă sa, căreia să i-se dea posibilitatea să-şi poată întrerupe activitatea pe câte o jumătate oră, odată înainte de masă şi odată după masă, pentru a-şi putea alăpta odorul depus în leagănul din nemijlocita apropiere a fabricei, sub conducerea unui control medical şi de îngrijire conştiincios şi competent. Sunt demne de relevat realizările în această direcţie înfăptuite la fabrica de tutun din Cluj, după cum şi la „Dermata". Avem însă impresia că distanţa prea mare a domiciliului de fabrică — în cartierele opuse ale oraşului, şi suportarea cheltuelilor de deplasare pe autobuze, sunt motive adeseori invocate de către mame când refuză să-şi aducă copilul la leagăn. O problemă de acută actualitate mai prezintă şi adăposturile de zi („garderies des enfants"), care deocamdată sunt inexistente, dar care ar trebui să fie înfiinţate iar copii mai mărişori şi mai mari în loc să hoinărească ziulica întreagă pe stradă, să stea sub controlul şi supravegherea permanentă a unui personal pedagogic şi de ocrotire. In felul acesta, s'ar face o profilaxie a vagabondajului atât de frecvent şi în oraşele noastre mai mari şi s'ar complecta în mod fericit o educaţie de cele mai multe ori insuficientă, dacă nu inexistentă în căminul familiar, unde consideraţiuni de ordin social şi economic fac de cele mai multe ori iluzorie orice tendinţă în sensul educativ. Mediul şi atmosfera familiară este în numeroase cazuri improprie acestui scop şi este deci absolută nevoie ca această insuficienţă să fie remediată în cursul zilei în „adăposturile de zi".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Opera de ocrotire infantilă în cadrele Asigurărilor Sociale, poate fi organizată în mod miraculos, ţinând socoteală de toate realizările efeptuite atât în străinătate cât şi la noi în cadrele organizării sănătăţii publice şi asistenţei sociale. Incepând din perioada anteconcepţională, trecând prin cea intrauterină ori gestaţie, practicând o asistenţă la naştere şi asistând copilul din faşă şi până la adolescenţă înfiinţând dispensarii, leagăne, adăposturi zilnice cu personal pedagogic şi de ocrotire, dând o atenţiune deosebită anormalilor mintali la şcolile lor speciale şi cu personalul medical şi didactic special instruit în acest scop şi ocupându-ne de orientarea profesională şi de ucenicia cu întregul ei complex de probleme, mai organizând coloniile de vară la munte, mare şi la şes, şcoalele în plin aer, preventorii, sanatorii etc., însemnează să facem o operă de puericultură la zi în Asigurările Sociale. Au fost realizate şi până acum o serie de opere utile cari servesc acest scop, este nevoie însă — aşa credem noi — ca ele să fie complectate cu altele până ce se complectează şirul întreg de instituţiuni menite să ocro-

tească atât fizic cât şi psihic generaţiile viitoare ale muncitorimei noastre. Obligaţiunile ce şi le-ar asuma Asigurările Sociale ar fi uşoare, rezultatele pe care le-ar obţine însă în felul acesta ar fi de natură să constitue cea mai renumeratoare recompensă, formând ele totodată şi cel mai potrivit mijloc de nivelare a inechităţilor sociale pe care împrejurările vieţii în mod fatal le produc, restabilind şi stabilizând totodată armonia socială în cadrele statului nostru unitar naţional.

Merită să dăm puţină atenţiune şi componenţei juridice sau legale din trinitatea preconizată de către *prof. Pinard.* In Ardeal articolul XIX din legea din 1907, modificată şi complectată prevedea la capitolul VI, § 50 următoarele ajutoare cu intenţiunea de a face efectivă operă de protecţiune infantilă; se prevedea ajutor şi tratament gratuit pentru cazul de naştere; se acordă ajutor de lehuzie începând cu ziua facerii pentru un interval de 8 săptămâni în proporţia de 75% din câştigul zilnic luat în consideraţie cu ocaziunea stabilirei cotizaţiilor asiguratului; mamele asigurate după expirarea ajutorului de lehuzie, în cazul când îşi alăpta copilul, aveau dreptul la ajutorul de alăptare timp de 12 săptămâni, stabilit la 50% din media câştigului zilnic, dar cel mult 2 coroane pe zi; membrii de familie cari trăiau în gospodărie comună cu asiguratul, şi cari nu au avut un alt câştig, aveau dreptul la asistenţă la facere şi la tratamentul medical gratuite, precum şi la ajutorul de lehuzie, începând din ziua facerii timp de 6 săptămâni zilnic 1 coroană, acele mame care nu puteau să-şi alăpteze copilul — lucru ce trebuia certificat de medic — în locul ajutorului de alăptat primeau preparate alimentare pentru sugari, în valoarea ce nu depăşea acel ajutor; se prevedea în aceiaşi lege şi posibilitatea distribuirei laptelui gratuit mamelor lehuze ori celor cari îşi alăptau copilul. Dintr'o publicaţie a profesorului *Graçoski,* rezultă că în Vechiul Regat orice asigurată care era în curent cu timbrele pe 26 săptămâni, primea ajutor în bani, jumătate din câştigul zilnic, două săptămâni ajutor de odihnă înainte de facere, 6 săptămâni după facere, ajutor de lehuzie şi 5 săptămâni ajutor de alăptare în cazul când asigurata nu lucra şi când ea îşi alăpta singură copilul; în total 3 luni de ajutor de facere, lehuzie şi alăptare. Legea pentru unificarea Asigurărilor Sociale din 1933 la capitolul II § 4: Ajutoare în caz de maternitate, articolul 14 prevede că asigurata care a contribuit cel puţin 26 săptămâni în ultimele 12 luni, înainte de facere, are dreptul la: a) îngrijire cu medic, moaşă, medicamente şi pansament după trebuinţă; b) ajutor bănesc timp de 12 săptămâni, din care cel puţin 6 după facere, potrivit clasei mijlocii de cotizare din ultimul an şi cuantumul prevăzut la art. 11; c) asigurata care îşi alăptează singură copilul are drept, după încetarea ajutorului de lehuzie, la un ajutor bănesc pentru alăptare pe o durată de încă 6 săptămâni, cu obligaţiunea ca asigurata să urmeze prescripţiunile date de medicul casei de asigurare. Art. 15 prevede că dacă asigurata gravidă sau lehuză se îmbolnăveşte din orice cauză, ea are toate drepturile prevăzute la asigurarea de boală. Conform art. 16 soţia

BCU Cluj / Central University Library Cluj

unui asigurat beneficiază în caz de lehuzie de îngrijirea cu medic, moașă, medicamente și pansamente, dacă soțul asigurat a contribuit cel puțin 52 săptămâni, în ultimii doi ani. Este lăsat la facultatea consiliului de administrație ca să acorde dacă află de cuviință un ajutor bănesc pe cel mult 6 săptămâni, egal cu 50 la sută din ajutorul ce s'ar cuveni asiguratului în caz de boală.

CONCLUZIUNI:

Pentru ca un dispensar de puericultură să-și poată îndeplini menirea este nevoie ca el să fie condus de un pediatru puericultor, care să aibă serioase cunoștințe din domeniul patologiei infantile — îndeosebi a primei vârste înafară de cele de puericultură. Lui îi revine rolul cel mai important în opera de educație technică a mamelor. Reclamând această operă însă timp suficient propunem ca orele de consultațiuni ale serviciului de puericultură să fie identice cu cele ale celorlalte servicii de specialitate iar retribuțiunile medicului puericultor identice cu cele ale celorlalți colegi ai săi dela celelalte specialități. Starea de inferioritate în care este menținut acest serviciu cât și conducătorul său imediat, credem că este inechitabilă și nejustificată. — Medicul de puericultură va trebui să fie asistat în activitatea sa de surori de ocrotire ori asistente sociale, care să facă și vizitele la domiciliu în mod sistematic. O complectare mai amplă a operei de asistență infantilă în Asigurările Sociale se va putea inspira și din principiile enunțate în textul expunerei noastre.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RÉSUMÉ : Doc. Dr. Axente Iancu — *L'assistance infantile dans les assurances sociales.*

Après avoir énoncé les principes d'ordre médical (médecin d'enfants, éminent clinicien et bon puériculteur, surveillance et soins à donner par un personnel spécialisé et rutiné etc.), social (établissements à part crèches, garderies des enfants, des bureaux de nourrices, rétribution convenable au personnel médical et adjoint, éducation spéciale des mères en ce qui concerne surtout l'allaitement) et juridique (législation des secours à donner de la part de l'état et des patrons) dans les mesures d'assistance infantile dans l'assurance sociale, l'auteur arrive à ces conclusions: le service d'un dispensaire de puériculture soit dirigé par un pédiatre puériculteur avec personnel spécialisé; c'est lui qui doit faire l'éducation technique des mères; pour cela il lui faut faire le service dans des heures identiques à celles des autres spécialités médicales et qu'il soit retribué de même que les autres spécialistes; l'état d'inferiorité, dans laquelle sont maintenus les services de puériculture et ceux qui les assurent doit cesser, parcequ'il est injuste et non pas justiciable; le puériculteur doit être assisté dans son activité par des soeurs d'asistance, qui fassent aussi les visite à domicile d'une manière systematique.

ZUSAMMENFASSUNG: Doc Dr. Aseente Yancu: *Die klinische Fürsorge in der Krankenkasse.*

Nachdem der Verfasser folgende drei Principien eingehend bespricht: vom medizinischen Standpunkte aus (Kinderarzt, vorzüglicher Kliniker und guter Säuglingsfürsorgearzt, Beaufsichtigung und Pflege durch ein ausgebildetes und erfahrenes Personal); — in cartunel.

vom sozialen Standpunkte aus (spezielle Räumlichkeiten, Crese, Kinderheime, Ammenvermittlungsstellen, angemessene Gehälter für Aerzte und Hilfspersonal, spezielle Ausbildung der Mütter, besonders das Stillen betreffend);—vom gerichtlichen Standpunkte aus (die Gesetzgebung, die Staatsunterstützung und die Unterstützung seitens der Arbeitsgeber betreffend, sowie die Massnahmen Kinderfürsorge in der Krankenkasse, kommt der Verfasser zu folgender Schlufsfolgerung: «Der Dienst einer Armenpoliklinik für Säuglingsfürsorge soll von einem Kinderarzt für Säuglingskrankheiten versehen werden; dieser Arzt soll die technische Bildung der Mütter vornehmen. Dafür müssen seine Dienststunden jenen der anderen Spezialitäten gleichgestellt sein und sein Gehalt muss jenem der übrigen Spezialisten gleich sein. Der Zustand der Minderwertigkeit, in welchem noch heute der Säuglingngsfürsorgedienst und derer, die ihn versehen, steht, muss aufhören, weil er ungerecht und ungerechtfertigt ist. Der Kinderfürsorgearzt soll in seiner Wirkungstätigkeit von Pflegerinnen unterstüzt werden, welche gleichzeitig auch die Besuche zu Hause systematisch zu machen haben.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

HORMONOTERAPIA MODERNA:

HOGIVAL

preparat folicular riguros titrat.

In comerț: Fiole de 25 U. S. și de 100 U. S.
Tablete de 100 U. S., 300 U. S.

Prețurile din nou foarte mult reduse!

CHINOIN S.A.

MOSTRE PRIN:

FREDERIC SPODHEIM & Co. BUCUREȘTI. 2. B-d Elisabeta 55

TRATAMENTUL PLEUREZIILOR TUBERCULOASE PRIN SPALATURI PLEURALE

de

D-r GH. I. ALEXIU

Medic şef al Sanatorului «Excelsior»
Timişul de sus-Predeal.

Colapsoterapia în tuberculoza pulmonară, câştigând teren nou zi de zi şi complicaţiile ei au devenit astfel mult mai frecvente, fapt care a permis un studiu mai complect, putându-se astfel găsi soluţii cât mai eficace.

Una dintre complicaţiile cele mai frecvente ale pneumotoraxului, este fără îndoială pleurezia.

Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

Dacă un anumit grup de pleurezii nu prezintă pericole imediate, în schimb este un alt grup, ce întunecă mult prognosticul.

Pentru acest grup de pleurezii de care ne vom ocupa mai târziu, s'a propus încă de mult timp spălăturile pleurale cu soluţiuni antiseptice, ca cel mai raţional tratament. Se pare însă că acest tratament a fost înmormântat încă din faşă, nebucurându-se de încrederea medicilor şi aceasta din două motive: a) Inainte de a se studia perfect indicaţiunile şi înainte de a se găsi o technică care să corespundă scopului, s'au pronunţat contra acestui tratament; b) în ultimul timp un nou curent năştea în terapeutica tuberculozei pulmonare; era curentul intervenţionist. Chirurgia era chemată să-şi dea contribuţia în vindecarea tuberculozei pulmonare şi a complicaţiunilor ei. Teren nou, neexplorat, tentant, prin miracolele pe cari le credeau posibile, acest nou tratament a fost îmbrăţişat cu toată căldura, fie ca mijloc de colabare a pulmonului, fie ca tratament al pleureziilor tuberculoase.

Excelent în primul caz, atunci când indicaţiunile erau nete şi când fuseseră consumate toate celelalte mijloace colapsoterapice şi chimioterapice, el s'a dovedit dezastruos atunci când a fost aplicat în pleureziile bacilare. A trebuit să treacă un şir de ani de experienţă, până când societăţile de medicină generală şi de specialitate să-şi spună cu energie şi curaj ultimul cuvânt, care a avut darul să risipească toate calităţile imaginare ale acestui tratament.

Abia atunci spălătura pleurală a fost reluată, de data aceasta arătându-i-se mai multă bunăvoinţă, studiindu-se în detaliu indicaţiunile şi căutându-se a se găsi cea mai perfectă technică, care să convină scopului.

Inainte de a vorbi despre spălăturile pleurale şi indicaţiile lor, este bine să revedem în linii generale capitolul clasificării pleureziilor bacilare, pentru a ne fixa bine o simptomatologie, putând astfel să punem o indicaţie cât mai precisă.

Pissavy propune să se împartă pleureziile purulente bacilare în două mari grupe: 1) pleurezii purulente benigne, cari trebuesc tratate medical, 2) pleurezii purulente maligne, cari trebuesc tratate chirurgical.

Archibald şi *Alexander* dau o clasificaţie după aspectul lichidului şi examenul citologic şi bacteriologic.

Bérard şi *Dumarest* dau o clasificaţie mult mai clară şi care ne poate uşor descurca, această clasificaţie apropiindu-se foarte mult de clasificaţia propusă de mine la comunicarea făcută anul trecut într'o şedinţă a „Societăţii pentru studiul tuberculozei" din Bucureşti.

Clasificaţia lui *Bérard* este următoarea:

1) *Pleurezia tuberculoasă puriformă sau abcesul rece pleural*, care-şi are echivalentul în nomenclatura mea în pleurezii purulente bacilare neinfectante.

Ea naşte în marea majoritate a cazurilor prin transformarea în puroi aseptic a unui exudat post-pneumotoracic, care a persistat prea mult timp. In aceste cazuri, deşi bolnavul păstrează în cavitatea pleurală sute sau mii de cm^3 de puroi, nu se resimte cu nimic; temperatura este normală, starea generală bună, apetitul conservat; de multe ori pacientul activează în domeniul în care a lucrat până la îmbolnăvire. In aceste cazuri, deşi puroiul poate conţine bacili Koch, nu interesează cu nimic economia generală.

Pleura pare a fi o membrană care nu se lasă străbătută de toxinele ce rezultă din marea dezagregare celulară, care are loc în massa puroiului.

In aceste cazuri tratamentul va fi numai general, sau vidare de puroi înlocuit cu aer, sau eventual cu oleu, spălătura pleurală neputând să aducă vre-un serviciu.

2) *Pleurezii purulente infectante*. Aceiaşi denumire din clasificaţia mea. In acest caz se pare că pleura numai constitue o membrană de netrecut. Din contră, ea este o membrană care permite trecerea în circulaţia generală a tuturor toxinelor ce nasc din procesele biologice, care au loc în massa puroiului, economia generală fiind influenţată într'un sens rău de aceste toxine.

Bolnavul va febricita în jurul lui 38^0, pulsul tachicardic, nu va depăşi o sută pe minut, scaunele normale, apetitul relativ conservat, starea generală se menţine încă mult timp bună; bolnavul abia va înregistra pierderi de câteva sute de grame lunar în greutate.

Această stare uşor toxică poate dura luni de zile, fără să agraveze prea mult situaţia, dacă nu intervine ceva nou în evoluţia acestor pleurezii.

CJ-Biblioteca / Central University Library Cluj

Din punct de vedere bacteriologic puroiul acestor pleurezii conţine un număr infinit mai mare de bacili. Privind în câmpul microscopic, se pare că avem în faţă un mediu de cultură, din cauza abundenţii bacililor. Aceste pleurezii nu numai că sunt susceptibile de a fi tratate prin spălături pleurale, dar este o necesitate aplicarea lor, pentrucă ele vor sfârşi de cele mai multe ori, prin a se infecta secundar, dându-ne al treilea grup de pleurezii de o gravitate mult mai mare.

3) *Pleurezia purulentă septică.* (Infectată secundar după nomenclatura propusă de mine).

Acest grup de pleurezii nasc, de cele mai multe ori, fie în urma unui pneumotorax spontan, fie în urma infectării unei pleurezii puriforme, infectare care poate avea loc pe cale limfatică, pe cale sanghină, sau datorită unei punctii neriguros aseptică, fie prin infectarea pleureziilor purulente infectante, după cum am spus mai sus.

Aceste ultime pleurezii, prin debilitarea generală a organismului, prin diminuarea mijloacelor naturale de apărare, printr'o micşorare a rezistenţei locale pleurale, pot foarte uşor trece în grupul al treilea, care cu drept cuvânt îşi merită denumirea de *pleurezii purulente maligne.* In acest caz, pe lângă toxinele bacilare şi de dezagregare celulară, se adaugă toxinele agenţilor patogeni banali (stafilococi, streptococi, pneumococi, diplococi). Din punct de vedere simptomatologic, tabloul clinic este extrem de alarmant: temperatura este aceia a unei supuraţiuni a marilor cavităţi, scoborând dimineaţa sub 37°, trecând seara de 39°, ascenzie precedată de cele mai multe ori de frisoane puternice. Pulsul tachicardic, bate intens, 120—140 pe minut, apetitul complect dispărut, scaunele devin în scurtă vreme diareice; bolnavul este torturat de transpiraţii profuze, care-l obosesc şi mai mult. Insomnii aproape totale, faciesul de o paloare care se accentuiază zi de zi, cu mari cearcăne vinete în jurul ochilor, amintesc faciesul peritonial.

Digitized by Cluj University Library

Ne dăm uşor seama că este vorba de un mare intoxicat. Suntem conştienţi că viaţa bolnavului este mult periclitată şi nevoia de a interveni cât mai energic şi mai urgent, apare ca o ultimă raţiune a menirei noastre.

Aici spălătura pleurală îşi găseşte cea mai mare indicaţie, putând schimba tabloul în câteva ore.

TECHNICA SPĂLĂTURILOR PLEURALE

Vom urma descrierea după următorul plan: 1) Aparatele, 2) Poziţia bolnavului, 3) Spălătura propriu zisă, 4) Lichidul întrebuinţat, 5) Frecvenţa spălăturilor.

1) *Aparatele.* Deşi s'au creiat până acum multe aparate pentru efectuarea spălăturilor pleurale, a trebuit să renunţăm la ele din două motive: 1) ca fiind prea costisitoare, 2) fiind greu de procurat, mai cu seamă că trebuia găsită o soluţie cât mai urgentă, deoarece situaţia în care se găsea bolnavul, era cât se poate de proastă. Aceste motive ne-au determinat la crearea unui dispozitiv făcut cu scopul de a putea transforma orice seringă într'un sistem aspirator-respingător.

El se compune din trei tuburi de metal, lungi de 3—4 cm, sudate între ele în formă de „Y", de aşa fel încât să persiste lumenul tuburilor. Braţul vertical, simplu, permite adaptarea oricărei seringi. Celelalte două braţe sunt prevăzute fiecare cu câte un robinet care permite închiderea şi deschiderea comunicaţiei. Mai avem nevoie de două tuburi de cauciuc, lungi de 30—40 cm, cu pereţii rigizi, prevăzute fiecare la unul din capete cu câte un ambout metalic, care să se poată introduce în armătura metalică a acului, iar pentru celălalt tub va servi ca greutate, care să tragă tubul la fundul vasului în care se găseşte lichidul pentru spălat. Mai este nevoie de o seringă Récord de 30—50 cm³, de un ac gros sau de un trocar, un ac Küss şi un aparat de pneumotorax, toate bine sterilizate.

2) *Poziţia bolnavului.* Este un capitol destul de important, având în vedere durata operaţiei şi starea bolnavului, care de multe ori este precară. Trebueşte găsită poziţia care să dea maximum de comoditate pentru bolnav şi pentru operator, apoi să permită sub control, ca întreaga cavitate pleurală să fie plină de lichid. In tot timpul cât va dura spălătura, pentrucă numai atunci rezultatele vor fi bune şi durabile.

Cea mai bună poziţie care să îndeplinească aceste condiţii este cea culcată. Bolnavul desbrăcat până la brâu, este culcat orizontal având sub căpătâi o perinuţă, care abia să ridice capul deasupra nivelului corpului. Bolnavul să se găsească la marginea patului, de aşa manieră, încât jumătatea de torace pe care lucrăm să fie în afara patului. Temperatura camerei trebuie să fie destul de convenabilă, ca bolnavul să nu simptă nici o senzaţie de frig.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

3) *Spălătura propriu zisă.* Ea să compune din patru timpi cari să succed obligator în mod cronologic: a) vidarea puroiului şi umplerea cavităţii pleurale cu aer, b) vidarea aerului şi umplerea cavităţii pleurale cu lichid, c) spălătura pleurală propriu zisă, d) vidarea lichidului şi umplerea pleurei cu aer.

a) *Vidarea puroiului şi umplerea cavităţii pleurale cu aer:* Bolnavul aşezat în poziţia indicată, desinfectăm cu tinctură de iod un spaţiu intercostal pe linia axilară posterioară. Cu 2—3 m³ de soluţie novocaine 1%, anesteziem plan cu plan, începând dela suprafaţă spre profunzime interesând şi pleura. Acul gros sau trocarul sterilizat, este introdus aproape vertical de jos în sus până simţim că am trecut de rezistenţa ce o opune pleura, care în aceste condiţiuni este mult mai groasă şi mai dură. După ce ne-am convins că acul a ajuns în cavitatea pleurală, îl lăsăm pe loc ducându-ne în faţă, pe linia sau puţin în afara liniei mamelonare, şi ne fixăm pe această linie un spaţiu intercostal, care să se găsească în punctul culminant al curburei toracice, (de obiceiu spaţiul al treilea intercostal). După antisepsie şi anestezie locală făcută după technica descrisă, se introduce un ac Küss, care se va găsi în punga de aer intratoracică (deoarece puroiul se găseşte posterior), la care adaptăm tubul de cauciuc al aparatului de pneumotorax, cu ajutorul căruia vom introduce la nevoie aer în cavitatea pleurală.

Terminată şi această operaţie, revenim la acul din spate, la care adaptăm armătura metalică a unuia din tuburile de cauciuc, care prin capătul lui liber este pus în legătură cu unul din braţele dispozitivului nostru. Cu ajutorul seringei ce să găseşte adaptată la braţul din mijloc, începem să scoatem puroiul, după ce mai întâi am stabilit comunicaţia între seringă şi pleură, celălalt braţ fiind închis. După ce am umplut seringa cu puroi, întrerupem comunicaţia cu pleura, stabilind comunicaţia cu braţul celălalt, prin care vom împinge puroiul într'un vas.

Repetând această operaţiune, vom ajunge să scoatem tot puroiul din pleură. După primele seringi de puroi, bolnavul va acuza o senzaţie de tragere, datorită diminuării presiunei intrapleurale. Cu ajutorul aparatului de pneumotorax, introducem aer prin acul din faţă, până restabilim o presiune în jurul lui O. Procedând astfel în momentul când pleura va fi golită de puroi, se va găsi plină cu aer.

b) *Umplerea cavităţii pleurale cu lichidul de spălat.* Odată vidat puroiul din cavitatea pleurală, adaptăm al doilea tub de cauciuc, care până acum a stat în vasul în care l-am fiert, la celălalt braţ al dispozitivului. Tubul va fi introdus în flaconul în care să găseşte lichidul ce va servi la spălarea pleurei. Aparatul de pneumotorax va fi îndepărtat, aşa că acul Küss va rămâne liber.

Cu ajutorul acestei seringi şi a celor două robinete, aspirăm lichid din flacon şi-l introducem în cavitatea pleurală. Pe măsură ce lichidul intră în pleură, pe aceiaş măsură va disloca aerul ce se găseşte în ea, gonindu-l prin acul Küss. Putem recurge la un indicator, practicat de noi: se pune o picătură de alcool pe acul Küss care, fiind deplasată de aerul ce iese, va produce un sgomot permanent. Vom ajunge la un moment dat, când sgomotul ce-l face picătura de alcool nu se va mai auzi. Incepând de-acum, la scurte intervale de timp, vom aspira cu o seringă prin acul Küss, până când ne va ieşi lichid. Atunci înseamnă că întreaga cavitate pleurală este plină cu lichid.

c) *Spălătura propriu zisă.* Odată cavitatea pleurală umplută cu lichid, dezarticulăm tubul de cauciuc care era pus în comunicaţie cu acul gros din spate, şi-l adaptăm împreună cu dispozitivul la acul Küss. Lichidul se va scurge prin acul din spate, la început în jet continuu, apoi în picături. Acum începem să introducem lichidul de aceiaş manieră prin acul Küss.

Trebuieşte reglată viteza cu care introducem lichidul în aşa fel încât, în timpul necesar umplerei unei seringi şi împungerei conţinutului în pleură, să se scurgă prin acul din spate exact capacitatea seringei, având grijă ca în tot acest timp să recoltăm lichidul scurs într'un cilindru gradat.

Vom continua spălarea pleurei până ce lichidul ce se scurge va deveni limpede. Deobicei întrebuinţăm 4500—5000 cm^3.

d) *Vidarea lichidului şi umplerea cavităţei pleurale cu aer.* Operaţia aceasta este exactă cu operaţia dela punctul *a*.

Vom ajunge la sfârşitul acestei operaţiuni să avem o pleură

în întregime şi bine spălată, iar cavitatea pleurală umplută cu aer. Nu rămâne decât să scoatem acele şi să badijonăm locurile cu T-ra jodi.

4) *Lichidul întrebuinţat.* S'a dat o sumedenie de formule ale lichidului de spălat. Cum însă se pare că nu calităţile antiseptice ale lichidului ar avea acţiune în desinfectarea pleurei, deoarece au fost autori cari au căpătat rezultate destul de bune şi cu serul fiziologic, formula lichidului nu prezintă prea multă importanţă. Este obligator însă, ca lichidul să aibă o temperatură de 30—35° şi să fie bine sterilizat. Formula întrebuinţată de noi a fost aceia pe care o publică *Dumarest:* Iod metalic 0,50, Iodură de potasiu 1 gram, apă 4000 cm³.

5) *Frecvenţa spălăturilor.* Ele vor fi reglate de efectele ce le vom obţine şi de durata lor. Atâta timp cât temperatura se menţine scăzută, nu vom avea nevoie să repetăm spălătura. Imediat ce temperatura va începe să crească, înainte ca ea s'atingă cifre prea mari, trebuie să repetăm operaţia. In cazul de care ne vom ocupa, a trebuit să repetăm spălătura şi la un interval de 48 ore. Deobicei dispariţia fenomenelor toxice durează la început 7—10 zile.

6) *Contraindicaţiuni şi complicaţii.* Spălătura pleurală are o singură contraindicaţie. Ea este dată de rupturile pleuro-pulmonare, care au precedat formarea puroiului. In acest caz ne vom feri de a aplica spălătura pleurală, din cauza pericolului de inundaţie pulmonară, lichidul ajuns la nivelul fistulei, putându-se scurge în arborele bronchial. Un alt motiv care ne va opri, este şi faptul că mirosul antisepticului din lichid (atunci când el există), va provoca bolnavului quinte de tuse aproape asfixiante.

In acest caz ne vom mulţumi cu un prim tratament, care va consta în vidări cât mai dese ale puroiului, astfel ca el să nu mai ajungă la nivelul fistulei, pentru a facilita închiderea ei. Odată convinşi că fistula s'a închis, putem aplica spălătura pleurală fără nici un inconvenient.

Singura complicaţie a spălăturilor, este posibilitatea inocularii peretelui toracic, care poate duce la fistulizare, dar lucrul acesta nu prezintă nici un pericol, după cum se poate vedea din foaia de observaţie. Se recomandă totuşi ca măsuri preventive, introducerea pe ac a unui mandren înroşit, înainte de a scoate acul.

OBSERV. — Cazul nostru se referă la un bolnav internat în Sanatoriu cu un pneumotorax terapeutic creat pentru o tuberculoză cavitară a lobului superior stâng. După o lungă perioadă de bine, în care timp toate fenomenele morbide dispăruseră, temperatura începe să se urce pentru a ajunge în scurt timp la 38°. Diagnosticul de pleurezie stângă a fost confirmat clinic şi radiologic. După patru săptămâni de aşteptare temperatura nerevenind la normal, a trebuit să facem o puncţionare a lichidului, care ne arată o transformare în puroi. Examenul bacteriologic stabileşte prezenţa unei mari cantităţi de bacili în masa purulentă. Meditam asupra unui oleotorax făcut cu scop antiseptic, când, într'o bună zi, bolnavul în urma unor frisoane puternice, face temperatura în jurul lui 39,5°. Bănuind că a intervenit o schimbare, o nouă puncţie urmată de examenul bacteriologic, stabileşte prezenţa unei

flore microbiene banale, suprapuse celei specifice. Fenomenele toxice se instalează, bolnavul făcând în fiecare zi temperaturi, cari se apropiau de 40°. Refuzăm inspirația de a-i face pleurotomie, chiar după primele spălături, cari nu păreau să dea un rezultat satisfăcător.

La o nouă tentativă de spălătură pleurală, bolnavul fiind în poziție șezândă pe scaun, are o stare lipotimică, care impune culcarea imediat. Pentrucă o nouă redresare a bolnavului ar fi repetat această scenă neplăcută și pentrucă spălătura pleurală trebuia totuși făcută, având în vedere starea generală a bolnavului, ne decidem pentru prima dată să efectuăm spălătura pleurală în poziția culcată. Așa am reușit să găsim această poziție, cum și întreaga technică a spălăturii pleurale, pe care am descris-o, și care a sfârșit prin a suprima infecțiunea pleurală. După cinci spălături, făcute la intervale de 10—15 zile, sterilitatea puroiului s'a instalat definitiv. ne mai fiind nevoie să fie repetate.

Primele trei puncții au adus după ele inocularea peretelui toracic, după care a urmat fistulizarea. Puroiul și aerul ieșeau prin aceste fistule, contra cărora nu am luptat decât cu pansamente compresive. Atunci când am văzut că lichidul se menține steril, am tratat aceste fistule cu câteva ședințe de raze ultraviolete, sfârșind în cele din urmă prin a se închide. Terminată și această complicație, bolnavul ne anunță începutul unei expectorații, care până atunci nu exista. Examenul sputei stabilește prezența bacililor Koch, iar radioscopic se constată o tendință la decomprimare, urmată de simphizare apicală și bazală.

In această situație, pentrucă ne dădeam seama că aerul nu va mai putea avea o acțiune compresivă suficientă, pornim la instalarea unui oleotorax cu acțiune mecanică. Chiar în timpul instalării acestui oleotorax, expectorația este tratată, devenind din nou negativă. Este de atunci un an și jumătate; având ocazia să revăd bolnavul astăvară, am constatat o menținere a binelui, pe care o avea și la plecarea din sanatoriu. Bolnavul păstrează o stare generală foarte bună, rarele expectorațiuni mucoase sunt complect negative, tusea este nulă. Cavitatea pleurală stângă este plină cu oleu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA REZULTATELOR

Atunci când ne-am ocupat de clasificația pleureziilor, am spus că se pretează a fi tratate prin spălătură pleurală pleureziile purulente bacilare infectante, în massa cărora se găsesc mari cantități de bacili Koch și pleureziile bacilare infectate sau septice cari, pe lângă flora microbiană specifică, se adaugă o floră microbiană banală, aerobă sau anaerobă. Cum cazul nostru a trecut prin filiera acestor două pleurezii, conținutul puroiului fiind bogat în floră microbiană specifică și nespecifică, se pare că acțiunea de sterilizare a spălăturii pleurale nu se mărginește numai asupra microbilor banali, ea având un efect și asupra florei microbiene specifice. Ca o consecință logică a acestor constatări, cred, că ori de câte ori un puroi, fie din grupul pleureziilor neinfectate (afebrile), fie din grupul pleureziilor purulente infectante, conține bacili Koch, este bine să se aplice spălătura pleurală, care ne poate da sterilitatea puroiului, aceasta cu atât mai mult, cu cât știm că infectarea cu microbi banali a unui puroi bacilar se va face cu

atât mai repede cu cât puroiul conţine deja floră microbiană specifică, evitând să ajungem la tabloul clinic de un dramatism impresionant ca cel pe care ni-l oferă pleureziile infectate sau septice.

Succesul pe care l-am obţinut în cazul expus, deşi cu o serie de complicaţii cel puţin supărătoare, este un stimulent de a persevera în a trata aceste pleurezii pe calea micei chirurgii, evitând se încredinţăm bolnavul operaţiunilor mutilante şi nici de cum sigure.

RÉSUMÉ: D-r Gh. Alexiu — *Le traitement des pleurésies tuberculeuses par des lavements pleuraux.*

L'auteur relate l'observation d'un tuberculeux pulmonaire, qui en faisant une pleurésie purulente infectante (avec grande quantité de baciles Koch) transformée peu après dans une pleurésie purulente septique (avec flore microbienne banale) a été traité par des lavements pleuraux, dont il donne la technique précise et détaillée en ce qui concerne les appareils, la position à donner au malade, le lavement proprement dit en 4 temps, le liquide à employer, la répétition des lavements, leurs indications, contreindications, et complications.

Sur maints points l'auteur a des aperçus personnels, qui facilitent la technique des lavements pleuraux.

ZUSAMMENFASSUNG: D-r Gh. Alexiu — *Behandlung der tuberculösen Pleuritis durch pleurale Waschungen.*

Der Verfasser teilt die Krankengeschichte eines Lungentuberkulosen mit, welcher eine Eiter — Rippenfellentzündung machte (mit einer grossen Menge Kochbazillen) transformierte sich kurz nachher in eine septische Pleuritis (mit gewöhnlicher microbiener Flora), und wurde mit Pleura — Waschungen behandelt.

Der Verfasser gibt eine genaue, vollkommene Technik an die Aparate betreffend, die Lage die man dem Kranken geben muss, die Waschung in 4 Tempo die zu benützende Flüssigkeit, die Wiederholung der Waschungen, die Indikationen und Kontraindicationen und die Komplicationen.

ECZÉMAS
PRURITS
INOTYOL
du Dr DEBAT
ULCÉRES
BRULURES
6C Rue de Prony PARIS
REPREZENTANT GENERAL PENTRU ROMANIA: R. DUNOD STRADA TOAMNEI, 103 - BUCUREŞTI

REGIMUL CU MERE CRUDE IN DIZENTERIA BACILARA

de

D-r I. LEHRER

Medic particular

Frumosul (jud. Câmpulung)

S'ar putea crede că regimul cu mere crude în dizenteria bacilară ar fi un lucru nou descoperit abia în 1928, de Heisler din Koenigsfeld şi perfecţionat mai târziu de Moro. Dar cercetând nişte cărţi, am găsit într'o carte tipărită la Padova (Italia) în anul 1783, următorul text despre acest tratament. Cartea aceasta este o traducere din limba franceză, iar originalul cărţii a apărut în engleză în anul 1775 şi a avut în 6 ani şease ediţii. Autorul ei este Wiliam Buchan, medic al colegiului regal de medicină din Edimbourg. Dau textul în limba italiană şi alăturat voiu încerca a da cititorului o traducere exactă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„In una dissenteria putrida bisogna permettere all'infermo di mangiare per la maggior parte delle frutta di buona qualità ben mature. Tali sono i pomi, le uve, le fravole, ec. Le mangiarà o cotte, o crude con del latte, o senza latte a suo talento

Il pregiudizio contro le frutta è si grande relativamente a questa malattia, che la maggior parte crede, che le frutta sieno le cagioni le più ordinarie delle dissenterie: egli è tuttavia il più grossolano di tutti gli errori.

La ragione, e l'esperienza dimostrano, che le frutta, quando sono buone, riescono il migliore rimedio per prevenire, o guarire le dissenterie. Esse formano per tutti i conti i migliori mezzi di distruggere la tendenza degli umori alla putrefazione, donde dipende tutto il pericolo in questa spezie di dissenteria. Il malato in tal caso deve adunque mangiare altrettante frutta, quante gli aggradono, purchè sieno mature, e di buono qualità".

In traducere:

„In caz de dizenterie putridă trebuie permis bolnavului să mănânce fructe de o calitate bună şi bine coapte. Aceste fructe sunt: mere, struguri, fragi, etc. Bolnavul le va mânca crude, sau crude şi cu lapte, sau chiar fără lapte după gustul său.

Prejudiţiul împotriva fructelor este aşa de mare în privinţa acestei boli, că cei mai mulţi cred, că fructele sunt cauza cea mai frecventă a dizenteriei, însă această credinţă este una din cele mai mari erori.

Raţiunea şi experienţa dovedesc, că fructele când sunt bune, sunt remediul excelent de a ne feri sau de a ne vindeca de dizenteria putridă. Ele sunt în orice caz mijloacele cele mai bune de a împiedeca fermentaţia umoarelor dela care depinde întreaga primejdie în această specie de dizenterie. Bolnavul trebuie deci să mănânce atâtea fructe cât îi plac, cu condiţia numai să fie coapte şi de bună calitate".

Ne mai povesteşte în această carte că un tânăr care suferi în America de mulţi ani de dizenterie şi negăsind nici un leac împotriva suferinţei sale, venise în Anglia ca să moară în a sa patrie. El ajunse în sezonul fragilor şi având până la 20 scaune pe zi, făcuse o încercare cu fragi, frecvenţa scaunelor diminuă până la 3—4 pe zi, iar luând mai departe şi alte fructe se vindecă în vre-o câteva săptămâni, aşa că a putut abandona Anglia întorcându-se în America.

Chiar eu personal am avut un pacient ce suferia de enterită cronică de vre-o 30 de ani cu crampi, diaree şi constipaţie. In timpul verei, în sezonul fragilor, acest suferind trăia aproape absolut din fragi şi se simţea foarte bine, neavând nici una din suferinţele indicate. Să fie oare conţinutul în acid salicilic al fragilor care au un efect nociv asupra florei microbiene a intestinului sau vre-o altă substanţă?

RÉSUMÉ: Dr. I. Lehrer—*Le régime aux pommes crues dans la dysentérie bacilaire.*

L'auteur donne en italien et puis en roumain le texte d'un livre apparu à Padova en 1783 (livre traduit du français, l'original anglais du à William Buchan, médecin du collège royal de médecine d'Edimbourg, datant de 1775), texte duquel ressort que le traitement par les pommes crues de la dysentérie bacilaire et en général de la diarhée, préconisé par les Drs. Heisler-Moro en 1928, était connu depuis 153 ans en Occident.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. I. Lehrer: *Die Roh-Aepfel Diät in der Behandlung der Ruhr.*

Der Verfasser gibt uns den Inhalt eines Buches in italienischer und rumänischer Sprache wieder, welches in Padua im Jahre 1783 erschienen ist, (aus dem Französischen übersetzt, stammt das Original vom englischen Arzt Dr. William Buchan, Arzt im königlichen medizinischen Collegium zu Edinburg und ist im Jahre 1775 erschienen) aus dessen Inhalt hervorgeht, dass die Roh-Aepfel-Diät in der Behandlung der Ruhr und der Diarhee im Algemeinen, welche von D-r Heisler — Moro im Jahre 1928 empfohlen werden, schon seit 153 Jahren im Abendlande bekannt war.

UN PLAGIAT:

TRATAMENTUL CONSTIPAŢIEI de D-r E. SPIRT

de

Doc. D-r M. CÂNCIULESCU

In No. 9-10/1933 al revistei „Mişcarea Medicală Română", la Cap. CĂRŢI-MONOGRAFII, pag. 681—682, am recensat cartea **TRATAMENTUL CONSTIPAŢIEI** a D-lui D-r *E. Spirt*, Tip. „Munca Grafică", Bucureşti, 1932—33, un volum de 128 pag., preţ 50 lei.

Mă străduesc să prezint personal cetitorilor revistei noastre lucrările medicale româneşti, cari apar în volum, tocmai pentru a le pune într'o cât mai justă lumină printr'o critică obiectivă.

Biblioteca Universitară "Iuliu Haţieganu" Cluj

Acelaş lucru, pe care îl obicinuesc de ani, l-am făcut şi cu cartea pomenită mai sus, asupra căreia am refuzat o recensie plină de elogii prezentată de către un membru al redacţiei noastre, numai spre a o prezenta eu.

Am socotit că trebue să mă ocup de această lucrare, care ne-a fost trimisă desigur în acest scop, şi care prin munca depusă şi prin sacrificiile materiale ale autorului trebuia să fie luată în considerare; — mai ales că este de oare cari proporţii, poartă asupra unui subiect totdeauna de vie actualitate pentru un clinician şi prezintă un fel deosebit de tratare a materiei, care se remarcă dela început.

După obiceiu, am redat pe cât de succint dar complect conţinutul cărţii, adăogând apoi sub chip de critică, anume reflexiuni din cari — după cum se vede — *lăudam fondul*, şi pe drept, pentru că:

„materia tratată este de folos medicilor practicieni; —

monografia constitue un adevărat **„Tratat al constipaţiei"** prin prezentarea tuturor noţiunilor referitoare la constipaţie şi încă sub aspectul ultimelor cunoştinţe; —

este o lucrare de sinteză bine concepută; iar paragrafele diverse sunt mulţumitor documentate".

In schimb, *denunţam scopul* şi *criticam stilul.*

„Scop, care n-a fost atins, autorul nereuşind să scrie nici o carte de vulgarizare ştiinţifică şi nici una de medicină practică, ci una de reclamă; şi

forma de tratare, cu fărămiţare în prea multe paragrafe şi capitole,

cu lux de cuvinte, repetiţii, reveniri, digresiuni, fără ordine în expunere, fără tablă de materie, cu nişte „Erata" pline ele înşi-le de errate, etc."

Aruncam toată vina pe graba balneologului,

„care vara practică la Slănicul Moldovei şi care ţinând să prezinte lucrarea sa, terminată în plin sezon, publicului vizitator, n-a mai avut timp să-şi ordoneze materialul compulsat şi nici chiar să vadă, necum să revadă corecturile tipografului".

Ne miram totuşi că comite asemenea greşeli un autor fecund,

„care, după cum scrie pe copertă, între 1897 şi 1932, — întorcând medicina pe toate feţele — a publicat 42 lucrări, şi care, neobosit, anunţă alte 3 noi, printre cari un Tratat de puericultură, etc."

Terminam declarând sincer că personal „am tras oare-care folos din citirea acestei cărţi",

„care nu ştiam dacă a apărut în 1932, cum scrie pe copertă, sau în 1933, cum scrie pe cotorul menit să ocupe un loc mai restrâns dar timp mai îndelungat în vitrine"

pentru-că îmi reîmprospăta anumite cunoştinţe; — dar nu mai puţin socotind de calitate inferioară această carte

„destinată să înmulţească cu încă un op producţia balneologică medicală română, în plină eflorescenţă în ultimii ani, dar de calitate inegală".

Recensia aceasta nu are cu ce satisface pe un autor cât de puţin pretenţios; dar desigur că este chiar elogioasă pentru un autor care nu şi-a cules

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„materialul compulsat şi noţiunile disparate din numeroasele manuale şi tratate înşirate la pag. 126 şi 127"

— căci niciodată nu mi-aşi fi putut închipui că, ce scrie el acolo, a scos numai din capul lui, — ci *l-a scos dintr'o singură carte, pe care tocmai pe aceia a uitat să o pue la Bibliografie,* şi care este cartea „LA CONSTIPATION" COMMENT L'ÉVITER ? COMMENT LA GUERIR ? de *Victor Pauchet* şi *H. Gaehlinger,* apărută în Edit. G. Doin, Paris, în 1926.

*

Meritul acestei descoperiri revine însă D-lui D-r N. BANU. asistent universitar şi medic radiolog la Spitalul Brâncovenesc din Bucureşti, *după cum reese din scrisoarea, ce reproducem în extenso:*

Mult stimate Domnule Doctor,

Cu multă surprindere citesc în revista „Mişcarea Medicală" No. 9-10 /1933, o recenzie lungă şi elogioasă semnată chiar de D-voastră, asupra cărţii „Constipaţia—Trat. constipaţiei", scrisă de D-l D-r Eug. Spirt, (Tip. Munca Grafică, 1932). Nu vă aduc nici o vină, Domnule Doctor, din faptul că, cu bună credinţă aţi voit să prezentaţi lumei medicale dela noi, o lucrare bună şi pusă bine la punct de autor. Vreau însă să vă încunoştinţez că această lucrare semnată de D-r Eug. Spirt — este o copie absolut fidelă a cărţii D-lor **D-ri Victor Pauchet şi H. Gaehlinger, publicată în 1926 (Gaston Doin et C-ie) la Paris, sub titlul „LA CONSTIPATION". Comment l'éviter? Comment la guérir?** Cu mici eşiri din textul francez pe alocuri — D-rul

Spirt a tradus în româneşte cartea autorilor francezi; nu a uitat totuşi să aducă şi ceva aport personal — dar aceasta numai la trat. balnear. La acest capitol — deoarece autorii francezi iau ca tip apa de Châtelguyon (pag. 137—138) — D-l D-r Spirt **înlocuieşte numai numele de Chatelguyon prin acela de Slănic** — lăsând textul francez — cu proprietăţile apei şi indicaţii — intact.

In fine, D-rul Spirt — nu lasă să-i scape nici şirul capitolelor — titlurile şi remarca personală a autorilor francezi — pe cari le transpune identic în cartea D-sale.

Reaua voinţă a D-rului Spirt — merge până acolo încât — în bibliografia bogată pe care o indică la sfârşitul lucrărei D-sale — **nu menţionează — nici cel puţin ca o sursă de inspirare — tratatul D-lor D-ri Pauchet şi Gaehlinger! D-sa ignorează complect autorii francezi pe cari i-a plagiat!**

Este aceasta demn de un medic român, care cu emfază nu uită să-şi etaleze cele 45 de lucrări **„personale"?**

Este aceasta o manieră frumoasă de a fura munca altuia — ignorându-l complect şi să adresezi lumei medicale cinstite dela noi — o operă cu pretenţie de lucrare personală — jignind tot ce poate fi moral?

V'aşi ruga Domnule Doctor să publicaţi în primul număr al revistei D-voastră — o desminţire sau o demascare a acestui oribil plagiat. Ar fi ruşinos pentru noi dacă într'o bună zi autorii dela Paris **ar lua cunoştinţă de plagiatul D-rului Spirt odată cu recenziile elogioase pe cari presa medicală română i-le face!** [1]). Aceasta nu trebue să se întâmple. D-voastră sunteţi Directorul „Mişcării Medicale" — dar revista este şi a noastră, care o cetim cu atâta drag şi însufleţire!

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Probităţii D-voastre nu trebue să-i lipsească curajul de a pune la punct pe imposteurii vieţei noastre medicale, care trebue să fie cinstită şi fără pată, Mai ales când ei au curajul şi se demască fără nici un scrupul!

Dacă voiţi vă pot trimite eu o notiţă în această chestiune pe cari s'o publicaţi sub semnătură. Dacă nu, atunci faceţi D-voastră cum credeţi, ca plagiatul să fie demascat.

In scopul când nu găsiţi pe acolo cartea D-lor V. Pauchet şi Goehlinger — eu v'o pot trimite să o confruntaţi cu „opera" d-lui Spirt. Desigur că nici unul dintre noi nu putem cunoaşte toate operile, scrise, de pretutindeni — de aci confuzia la care v'aţi putut preta şi D-voastră — de bună credinţă! Eu mi-am făcut datoria să vă semnalez cele de sus — iar D-voastră cercetând, veţi putea fi documentat şi vă veţi da prin glasul „Mişcării" satisfacţia necesară. Stându-vă la dispoziţie, vă rog să primiţi D-nule Doctor odată cu omagiile mele pentru eforturile D-voastră frumoase — şi salutările mele cele mai distinse.

D-r NICOLAE D. BANU
Medic al Spitalului Brâncovenesc.

---

1) Intr'o scrisoare ulterioară D-l *D-r N. Banu* ne semnalează şi recensia făcută de D-l D-r Goldstein-Tecuci, în România Medicală No. 9 | 1 Mai 1933, de care şi noi aveam cunoştinţă, şi — dupe ce a recitit-o pe a noastră — declară că „aceleia însă îi lipseşte ironia, ci din contră recenzorul o prezintă în termeni mai mult decât exagerat de lăudabili".

*

Am rugat, în scris, pe d-l D-r N. Banu, să-mi trimeată cartea cu pricina, pentru a mă convinge personal — cu toate că nu putea să mai încapă nici o îndoială — şi într'adevăr am constatat şi eu că:

D-nul D-r *Eug. Spirt* a plagiat cartea sa, TRATAMENTUL CONSTIPAŢIEI, după cartea „LA CONSTIPATION", a D-lor D-ri *Victor Pauchet* şi *H. Gaehlinger.*

Dovada nu este greu de făcut, pentru-că, confruntând ambele cărţi, se vede cum D-l D-r Spirt spicueşte pagină după pagină şi paragraf după paragraf clasificaţia, ideile, frazele, cuvintele chiar, ale celor 2 autori.

Dovadă preliminară.

D-ri V. PAUCHET—H. GAEHLINGER	D-r EUGEN SPIRT
Pag. 1 (Introduction — primele 2 rânduri):	**Pag. 3 (Introducere** — primele 2 rânduri):
En pathologie digestive, l'évolution des idées s'est faite sous l'influence du laboratoire, de la chirurgie et de la radiologie.	Sub influenţa cercetărilor de laborator, a chirurgiei şi radiologiei, patologia aparatului digestiv a evoluat cu mult.
Aceiaşi pagină:	**Aceiaşi pagină,** ceva mai jos:
C'est cette notion d'infection qui doit... servir de base au traitement médical.	Noţiunea de infecţie, trebue să fie baza tratamentului medical.
Pag. 3:	**Pag. 4:**
La constipation est une maladie des civilisés qui se produit par suite de mauvaises habitudes, d'erreurs alimentaires, par la sédentarité, etc.	Constipaţia este o boală a civilizaţilor, produsă mai mult de obiceiuri rele, de sedentaritate, de alimentare, greaţă, etc.
Pag. 7:	**Pag. 5:**
La constipation gauche, simple ou dyschésie est la plus connue et la plus étudiée. Elle est caractérisée par des selles dures, sèches, véritables corps étrangers, non toxiques ni infectants.	Constipaţia simplă, supranumită şi stângă, este cea mai bine studiată. E caracterizată prin scaune tari, uscate, adevărate corpuri străine. Nu e toxică şi nici infectată.
Pag. 7—12:	**Pag. 6—9:**
Physiologie de la déféction: Troubles de la volonté, anti-peristaltisme (Blamoutier), colons voraces, facteur éducatif (intestin mal élevé, les mauvais water-closets), facteur thoraco-abdominal, etc. etc.	Fisiologia defecaţiei: chestie de voinţă, antiperistaltism dovedit de Blamoutier, aviditate de lichid a ansei sigmoide, factorul educativ, (mama şi doica învaţă pe copil să-şi lenevească intestinul, defectuositatea closetelor), factor toraco-abdominal, etc. etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şi astfel se succed pagină cu pagină toate capitolele ambelor cărţi, cu o nepotrivire uşoară în paginaţie, fiindcă D-l D-r Spirt a început cu pagina 3 şi trebue să sfârşească lucrarea sa la pag. 125, pe când autorii francezi au început cu pagina 1 şi sfârşesc la 223.

Este inutil a-l urmări de aproape în tot lungul drumului.

D-sa ar fi terminat şi mai repede, căci, — deşi a renunţat complect la capitolul „Tratamentului chirurgical al constipaţiei" magistral expus de chirurgul mare care este D-r Victor Pauchet, dar care pe D-sa ca balneolog nu-l interesează şi nici n-ar avea de ce să-l recomande vreodată pacienţilor săi, în plus că ar fi putut să-l trădeze; — şi — deşi, ca să nu mai piardă timp, la „Tratamentul thermal" a schimbat, cum spune D-l D-r Banu, pe Châtelguyon cu Slănicul Moldovei, înlocuind pe D-rul Gaehlinger, care practică acolo cu D-sa care practică vara colea, — dar a trebuit după autorii francezi să refacă la pag. 102 „Le Diagnostic et le traitement de l'helminthiase" dela pag. 149; să expună la pag. 105 „La cure de desintoxication de Guelpa" de la pag. 194; să reia la pag. 106 „Le traitement physiothérapique de la constipation" dela pag. 196; să arăte la pag. 113 în româneşte „Comment il faut examiner un constipé" în franţuzeşte dela pagina 205; iar mai pe urmă cum să-l trateze (pag. 119 şi 213), aplicându-i la rigoare, la pagina 123 „La méthode de l'auto-vaccination intestinale de Bécart" dela pag. 218

La sfârşitul excursiunei, autorul român termină în pas cu autorii francezi:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dovadă finală:

L'amélioration des symptômes intestinaux aura généralement comme conséquence une amélioration rapide de l'état général, mais il sera souvent indiqué de stimuler un organisme resté déficient, de lutter contre un amaigrissement persistant, d'améliorer le fonctionnement des glandes endocrines rendues insuffisantes par la toxémie.

Lorsque le traitement médical Bécart, minutieusement observé, n'a donné que des améliorations transitoires, lorsque surtout les simptômes d'intoxication persistent, il faut envisager l'intervention chirurgicale, qui... donnera un résultat d'autant plus brillant que la thérapeutique ante-opératoire aura été mieux suivie et que le traitement post-opératoire aura été continué pendant des mois et parfois même des années.

Ameliorarea simptomelor intestinale, aduce după dânsa şi îmbunătăţirea stărei generale, trebue însă stimulat organismul, de luptat contra slăbirei persistente, de ameliorat funcţiunea glandelor endocrine, făcute insuficient, graţia toxemiei.

Când vaccinarea nu ne dă nici ea rezultatul dorit, singurul mijloc ce mai rămâne este tratamentul chirurgical, şi care va fi cu atât mai eficace cu cât tratamentul medical a fost administratat mai din timp şi în mod cât se poate de riguros.

Cartea sa reprezintă deci un „*Précis*" în româneşte al cărţii autorilor francezi.

Unul este un chirurg prestigios, iar celălalt un hidrolog competent — cum se exprimă Prof. Carnot în „Prefaţa", ce le scrie.

Nu este deci de mirare că personal am putut avea cuvinte de laudă pentru conţinutul cărţii româneşti ce am recensat, în necunoştinţă de originalul francez, căruia i s-ar fi cuvenit laude şi mai mari.

Mai trebue să adăogăm că, autorii francezi, după cum au declarat la începutul lucrării, „pentru a face lectura plăcută au suprimat bibliografia"; *autorul român o suprimă şi el, dar în felul lui:* dă la sfârşitul cărţii sale o *Bibliografie* de câte-va tratate şi manuale vechi şi fără dată (citate ele şi autorii lor ca vai de lume), dar *neglijează a menţiona tocmai cartea, dela care s-a inspirat.*

Şi pe *această traducere, iscălită cu numele său,* D-l D-r N. Banu mai adaugă că *autorul a prezentat-o Societăţii de terapeutică şi Soc. regale române de istoria medicinei din Bucureşti.*

RÉSUMÉ: D-r M. Canciulescu — UN PLAGIAT: *Le Traitement de la constipation par le D-r E. Spirt.*

L'auteur dénonce le plagiat, qu'a commis le D-r E. Spirt, qui a plagié son «Traitement de la constipation» paru à Bucarest en 1932, d'après le livre «La Constipation. Comment la guérir, comment l'éviter» des D-rs Victor Pauchet et H. Gaehlinger paru en 1926, Edit. Doin, Paris.

ZUSAMMENFASSUNG: D-r M. Cânciulescu — EIN PLAGIAT: *Die Behandlung der Konstipation von E. Spirt.*

Der Verfasser gibt ein Plagiat von D-r E. Spirt bekannt, welcher im Iahre 1932 seine «Behandlung der Konstipation», Edit. Bukaresth, nach dem Buche «Die Konstipation», von den Arzte Victor Fauchet und H. Gaehlinger, welches in 1926, Edit. Doin Paris, erschien.

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

II.

ACTUALITĂŢI MEDICALE ROMÂNEŞTI

Chimie Biologică

D-ri L. SCHWARTZ et S. STOICESCO: **Variations du phosphore minéral sanguin chez les hépatiques sous l'influence des injections intra-veineuses de glucose.** — Acta-medica-latina, Fasc. 34, p. 314, 1933.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pornind dela experienţele făcute de Godvin şi Robinson, Bolliger şi Hartmann, cari găsesc o micşorare a phosphorului anorganic după ingestia sau injecţia de zahăr, îşi propun de a studia variaţiile phosphorului anorganic ale sângelui în urma injecţiilor intra-venoase de glucoză la bolnavi ce prezintă leziunile difuze ale ţesutului hepatic.

Fac şi determinări ale phosphorului la normali. In urma injecţiei intra-venoase de glucoză şi înainte dozează zahărul şi phosphorul anorganic din sânge şi găsesc la normali că glycemia este însoţită de micşorare a fosfaţilor anorganici din sânge. La 8 bolnavi atinşi de hepatită difuză acută şi cronică (4 ciroze cu ascită şi 4 icter prin hepatită) găsesc o mărire a fosforului mineral în urma injecţiei de glucoză, numai în 2 cazuri găsesc curbe normale; deci în leziuni ale ficatului sunt turburări ale metabolismului intermediari ale hydraţilor de cărbune, turburare ce se găseşte şi în diabet. S'ar putea recomanda această metodă a dozărei glycemiei şi fosforului anorganic din sânge ca o metodă de explorare a funcţiunei zaharate a ficatului Se vor face 2 dozări ale fosforului mineral înaintea injecţiei de glucoză şi 30 minute după. Dacă găsim 10' după o mărire sau aceiaşi cantitate de fosfor anorganic putem deduce o insuficienţă funcţională a ficatului din punct de vedere al funcţiunei zaharate.

R. H.

D-ri ŞERBAN BRATIANO, VICTOR DAVIDESCO et EUGEN BANO: **Resultats comparatifs de la réaction de Bordet-Wassermann classique et de la réaction de Muttermilch.** — C. R. de Biol. No. 1, p. 97.

Comunică rezultatele examenelor făcute pe 3282 seruri după metoda clasică a lui Bordet-Wassermann şi technica lui Mutermilch dela Institutul Pasteur din Paris, cu ser proaspăt neîncălzit şi găseşte că reacţia Mutermilch cu ser proaspăt, simplă ca technică are aceiaşi specificitate ca reacţia Wassermann clasică şi o sensibilitate şi o precocitate mai accentuată.

R. H.

D-r I. MARCOU: **Sur un dispositiv simple pour enregistrer un débit liquide.** — C. R. de Biol. No. 1, p. 94, 1933.

Face cunoscut un aparat simplu care permite înregistrarea precisă a debitelor ce variază dela 20 la 500 cc. pe minut. A întrebuinţat această technică în experienţele de perfuziune a unor organe sau teritorii vasculare şi în cercetări asupra circulaţiei coronariene. Technica de inscripţii e bazată pe principiul sifonului, cantitatea lichidului sifonat este întotdeauna aceiaşi, de 10 cc. şi nu avem decât să numărăm sifonajele pe minut pentru a avea debitul în unitatea de timp. Iar pentru inscripţia grafică putem întrebuinţa un dispozitiv electric.

R. H.

D-r V. CIOCALTEU et M-elle C. TITEL: **Une nouvelle méthode de recherche du mercure dans l'organisme (urine, matières fécales, etc.).** — C. R. de Biol. No. 6/1933.

Intrebuinţează pentru dozarea mercurului o metodă cantitativă bazată tot pe procedeele clasice de a mineraliza şi recupera mercurul sub forma de amalgam de cupru; dar autorii fac reacţia mai sensibilă, astfel că reacţia mercurului devine o reacţie colorantă susceptibilă de dozajul colorimetric cantitativ.

Pun mercurul în mediul acid cu reactivul phosfo-molibdic o parte şi 2 părţi acid clorhidric, mercurul reduce acest reactiv dând o culoare verde cu atât mai intensă cu cât e în cantitate mai mare. In intoxicaţiile cu sublimat pronosticul depinde de cantitatea de mercur din organism.

R. H.

D-ri URECHIA et RETEZEANU (M-me): **Le brome sanguin dans les psychoses maniaco-depressives.** — C. R B. No. 4/1933, pag. 411.

Autorii dozează bromul sanguin la 19 bolnavi cu psihoză maniaco-depresivă şi melancolic şi la alţii bolnavi cu alte afecţiuni nervoase cu Parkinson, nevroze anxioase, epilepsie şi la normali şi găsesc o hipobromie numai la bolnavii cu psihoză maniaco-depresivă. Confirmă astfel cele constatate de Zondek, care găseşte o turburare a metabolismului în psihoza maniaco-depresivă.

R. H.

D-ri L. BALLIF et S. GHERSCOVICI: **Contribution l'étude de la chloropexie et de la choloropénie tissulaire.** — C. R. Biol. No. 30/1933, p. 319.

Dozează în decurs de 3 ani la 100 cazuri clorul cerebral şi muşcular la om (după moarte), şi găsesc foarte rar cloropenie în majoritatea cazurilor găsesc cloropexie. Cred că valoarea clorului cerebral trebue să fie luată cu indiciu cloropexic standard, la care se va raporta valorile clorului celorlalte ţesuturi. Cifrele clorului cerebral pot varia dela 1 gr. la 4.38 gr. limita superioară. Trebue să dozăm clorul în sânge, lichidul cefalo-rachidian muşchi şi creer pentru a vorbi de cloropexie sau cloropenie.

R. H.

D-ri D. COMBIESCO et C. POPESCO: **Absence du typhus exanthématique murin en Roumanie.** — C. R. Biol. No. 30, p. 317.

Inoculând la cobai o emulsie de creer a şobolanilor, un broiaj de păduchi ai şobolanilor şi de broiaj de purici ai şobolanilor, nici un cobai inoculat nu a avut reacţia termică caracteristică şi vaginalita tiphusului exantematic. Cercetând imunitatea încrucişată cu virusul de tifus exantematic, pentru a studia diferitele virusuri exantematice, autorii arată că trebue să fim foarte prudenţi de a interpreta reacţiile atenuate, mai ales când lucrăm cu substanţa nervoasă ce s'a inoculat în peritoneu.

R. H.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-ri I. NITZULESCU, I. ORENSTEIN et D. HERESCU: **Recherches sur les lipases sériques.** — C. R. B. No. 33/1933, pag. 747.

In cadrul cercetărilor biochimice ale bătrâneţei caută a determina variaţiile lipazei serici în raport cu vârsta şi găsesc o micşorare a lipazei serice în bătrâneţe. Probabil că micşorarea lipazei serice este în raport cu supra încărcarea lipidică a organismului bătrânului contribuind eventual a justifica existenţa sa.

R. H.

D-ri C. LEVADITI, R. SCHOEN, I. NANIN et ST. VAISMAN: **Présence de treponema pallidum dans l'utérus des souris contaminés de syphilis.** — C. R. Biol. No. 33, p. 687.

Urmărind mecanismul transmisiunei ereditare a sifilisului, autorii găsesc treponema palidă în coarnele uterine, în contact intim cu epiteliul glandelor şi al mucoasei uterine. Prezenţa lor în endometru explică contaminarea oului fecundat, şi a embrionului pe cale transplancetară. In ovar şi testiculul şoarecilor nu găsesc treponema, dar faptul că ovarul poate fi virulent, se explică că virusul sifilitic se găseşte într'un stadiu infravisibil în ovar.

R. H.

Chirurgie

Prof. D-r C. ANGELESCU şi D-r S. ŢOVARU: **Câteva consideraţiuni asupra mortalităţii în 120.000 de rachianestezii.** — L. Presse Medicale No. 94/1933.

După ce amintesc pe scurt contra indicaţiile rahianesteziei, autorii detaliază statistica ce posedă:

La un număr total de 120.037 de rachianestezii mortalitatea globală a fost de 0.031% — adică un caz la 3158 de rachianestezii. Datele au fost culese printr'o anchetă făcută la chirurgii români cu ocazia celui de al IV-lea Congres român de chirurgie (Bucureşti, Iunie, 1933). Au răspuns 22 chirurgi din cari 13 chirurgi aparţinând celor 3 centre universitare cu un total de 75.849 de rachianestezii şi 19 morţi (0.025%) şi 9 chirurgi aparţinând la 9 centre provinciale cu 44.188 de rachianestezii şi 19 morţi (0.043%).

Autorii compară această statistică ca a altor autori şi discută pe larg cauzele morţilor survenite.

Dr. I. Rosenstein.

Infecţioase.

Doc. D-r I. GAVRILA: **Frecvenţa paraliziilor post-difterice în ultimul timp.** — Rev. Ştiinţelor Medicale No. 9/1933.

In diferite ţări s'a remarcat o mai mare frequenţă a cazurilor maligne de difterie datorită agravării virulenţei boalei şi schimbării geniului epidemic. In articolul ce publică autorul dă statistici din cari se constată o frequenţă crescută a paralisiilor post-difterice mai ales în anul 1932 şi 1933. De unde în 1931, autorul a observat 2,9% paralizii post-difterice, numărul acesta a trecut în 1932 la 14,5% şi în 1933 la 22,2%, fără ca numărul mortalităţii să fie crescut în aceaşi proporţie. Din cercetarea cazurilor se constată că uneori paralisiile sunt de o gravitate excepţională, fiindcă iau o formă generalizată care duce la moartea bolnavului prin asfixie. Din 32 cazuri de paralizii generalizate au sucombat 3.

Dr. I. Rosenstein.

D-ri GEORGES MAGHERU et ALICE MAGHERU: **Action de la toxine diphtérique sur certaines réactions d'immunité.** — C. R. Biol. No. 10/1933.

Fac o serie de experienţe cu ajutorul toxinei difterice, injectând la epuri 1 unitate şi 1/4 ca să stimuleze produ-

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

cerea de anticorpi cholerici (aglutinice, sensibilizăm şi precipitine); epurii primeau odată cu toxina diphterică şi injecţii intra-venoase de culturi vii de vibrioni cholerici. Găsesc că epurii pot reacţiona prin producerea de anticorpi heterogeni, chiar în faza ultimă a intoxicaţiei difterice. Acţiunea stimulantă a toxinei difterice la formarea anticorpilor cholerici este mai mare a 5 zi a imunizării care se traduce printr'o accelerare a formărei anticorpilor ce ajung la tibruri mari. Anatoxina n'are această acţiune stimulantă. Probabil partea toxinei ce are proprietăţi toxice au acţiunea stimulantă asupra formărei anticorpilor.

R. H.

D-ri A. TOMA, D. BRANIŞTEANU et C. DAULJA: **Contribution à l'étude de l'étiologie de l'erythéme polymorphe (etude experimentale).** — C. R. Biol. No. 14/1933, pag. 1442.

Autorii inoculează în ganglionii cervicali ai cobaiului sângele şi un fragment al leziunilor cutanate a 2 bolnavi cu erytem polymorf forma buloasă. Intr'un caz cercetările au rămas negative, în celălalt caz au obţinut din ganglionul inoculat un bacil acido-rezistent a cărui putere patogenă au identificat-o. După caracterele de virulenţă şi de cultură este vorba de un bacil tuberculos.

Bolnavul neavând nici o localizare tuberculoasă decelabilă, autorii cred că erytemul polymorf a fost provocat printr'o septicemie tuberculoasă.

R. H.

D-ri C. IONESCU-MIHAEŞTI, B. WISNER et I. MESROBEANU: **Recherches expérimentales sur la lymphogranulomatose inguinale** (maladie de Nicolas-Favre) **en Roumanie.** — C. R. de Biologie No. 21/1933, p. 481.

Fac o serie de cercetări experimentale inoculând maimuţelor virus limfogranulomatos de la bolnavii ce nu aveau altă complicaţie infecţioasă şi găsesc că perioada de incubaţie variază independent de calea de introducere a virusului (intracerebrală sau intraperitoneală) dela 5—18 şi chiar 15 zile. Pare că receptivitatea individuală a maimuţei joacă un mare rol în evoluţia boalei experimentale. Unele maimuţe fac o boală acută ce se termină cu moartea în 6—18 zile, altele fac o boală cronică ce se termină cu o stare de cachexie. Inoculaţia virusului în cavitatea peritoneală dă boalei experimentale un aspect cronic.

R. H.

D-ri D. COMBIESCO et I. ANGELESCO: **Recherches expérimentales sur le typhus exantématique chez le chien.** — C. R. Biol. No. 21/1933, p. 497.

Studiază sensibilitatea câinelui faţă de typhusul exantematic epidemic şi de tiphusul exantematic endemic şi găsesc:

1) Câinele reacţionează printr'o boală inaparentă la tifusul exantematic epidemic. 2) Câinele reacţionează la tifusul exantematic endemic tot printr'o boală inaparentă. Inoculând o emulsie din creerul câinelui inoculat pe cale intra-peritoneală la doi cobai, ambii prezintă febră şi inocularea creerului acestor cobai la alţii e virulentă.

R. H.

Ginecologie-Obstetrică.

Prof. D-r C. DANIEL şi D-ri GOLDENBERG-BAYLER şi CARAMZULESCU: **Contribuţiuni la tratamentul metroanexitelor acute cu clorur de calciu.** — Gynec. şi Obstetr. No. 1—2/1933.

Deşi autorii sunt partizani ai vaccinoterapiei, au încercat tratamentul metroanexitelor acute prin clorur de calciu propus de Fekete. Din 12 bolnave, au obţinut 6 rezultate bune şi 6 staţionare. Se poate deci conchide că trata-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

mentul cu calciu dă rezultate bune uneori. Nu exclude însă vaccinoterapia specifică ci dinpotrivă aceasta rămâne terapia cea mai utilă urmând ca întrebuinţarea calciului să se facă numai în cazurile când vaccinoterapia este contraindicată sau eşuează.

Dr. I. R.

Prof. D-r C. DANIEL: **Tratamentul chirurgical al tuberculozei genitale la femee.** — Gynecologie şi Obstetrică No. 1—2/1933.

Articolul a făcut subiectul comunicării Prof. Daniel la Congresul ginecologilor şi obstetricenilor de limba franceză din Paris (Oct. 1933). Extragem concluziile autorului asupra celor 38 de cazuri operate:

„Numai laparatomia permite să se stabilească într'o treime din cazuri natura tuberculoasă a leziunilor genitale şi peritoneale cronice, să se aprecieze întinderea lor şi să se obţie o vindecare rapidă. Când în cursul interventiunilor pentru metroanexite recunoscute tuberculoase, s'a constatat odată desordinile anatomice pe cari le produc aceste lesiuni în bazin, ne pare dificil să mai ezităm între metodele nesângerânde şi chirurgie, a cărei mortalitate primară s'a coborât la 0 la operatele noastre. Leziunile constatate la examenul pieselor extirpate şi în particular fonta caseoasă şi supuraţiunile ne împiedecă să admitem posibilitatea vindecărei naturale şi definitive a leziunilor prin simplul tratament medical sau prin raze, cari, adjuvante utile ale chirurgiei, pot totuşi să aducă importante servicii acolo unde starea generală contra-indică actul operator.

Ablaţiunea radicală a blocului uteroanexial chiar în leziunile limitate care ne-a dat bune rezultate durabile, trebue să rămână în principiu operaţiunea de bază în tuberculoza genitală, interventiunile conservatoarea părându-ni-se rezervate pentru cazurile în cari extirparea leziunilor nu este posibilă din punct de vedere technic.

Dr. I. R.

Medicină Internă.

Agr. D-r TR. NASTA, D-ri AL. BORCESCU şi M. CORNEANU: **Contribuţiuni la diagnosticul perivisceritelor consecutive afecţiunilor tubului digestiv.** — Spitalul No. 11/1933.

Dificultăţile de diagnostic în unele afecţiuni ale tubului digestiv provoacă confuzii, chiar greşeli în supoziţia leziunii cauzale la bolnavii gastrici, sau socotiţi astfel, hepatici sau apendiculari. Această chestiune este prezentată de autori, în conformitate cu cazurile întâlnite sub 2 forme:

1) Trei cazuri la cari radiologia a permis precizarea diagnosticului în ulcere complicate prin aderenţe.

2) Cazuri în cari clinica, cu examenele de laborator şi Roentgen au bănuit ulcerul fără leziune gastrică sau din potrivă.

In ceeace priveşte tratamentul acestor forme de complicaţii, aparţin domeniului chirurgiei.

In concluzii: Diagnosticul de periviscerită digestivă, destul de dificil. nu poate fi stabilit decât după excluderea afecţiunilor cu simptomatologie apropiată. In cazurile dubioase, radiologia, mai mult decât laboratorul, poate fi de un real folos.

D-ri T. OPRESCU şi T. DUMITRESCU: **Consideraţiuni asupra etiologiei eritemului polimorf într'o epidemie dezonieră.** — Bucureşti Medical No. 9—10/1933.

Autorii descriu observaţiile a 7 bolnavi intraţi în serviciu în interval de 45 zile. Interesul observaţiunilor rezidă în: coexistenţa celor 4 varietăţi clinice ale eritemului polimorf la acelaş bol-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

nav; evoluţia clinică reamintind în 2 cazuri tabloul „febrei herpetice"; prin caracterul lor epidermic şi mai ales prin cercetări asupra etiologiei.

Intr'adevăr în mai toate cazurile maladia a debutat cu un eritem nodos. In cercetarea etiologiei eritemului nodos autorii nu se mulţumesc cu cutireacţia ci socotesc că singur examenul radiologic arată în majoritatea cazurilor leziuni incipiente cari pledează pentru etiologia tuberculoasă a eritemului nodos. Concluzia practică este că în faţa unui eritem nodos se impun radiografii repetate.

Dr. I. Rosenstein.

D-r V. DIMITRIU: **Semnul lui Ducuing în flebita şi hirudinizarea.** — Rev. de chirurgie No. 9—10/1933.

Ducuing descrie un semn precoce în flebita membrelor inferioare: apariţia unei dureri în călcâiul membrului ameninţat de flebită. Durerea se iradiază în pulpă. La palpaţie durerea este maximă pe faţa inferioară a calcaneului spre zona de bifurcare a arterei plantare.

Hirudinizarea care nu are efect când flebita s'a declarat, opreşte totuşi evoluţia flebitei la început graţie semnului precoce a lui Ducuing. In sprijinul acestor constatări autorul aduce două observaţiuni concludente.

Dr. I. R.

D-r I. DIMITRESCU-POPOVICI: **Le drainage médical dans l'obstruction calculeuse du canal cholédoque.** — Presse med. No. 89/1933.

Dat fiind că semnele clinice şi radiologice ale lithiazei coledociene nu sunt aşa de clare, recurgem la tubajul duodenal ce ne permite de a decela origina neoplazică sau lithiazică a icterului. Cu ajutorul tubajului duodenal şi instilaţii de sulfat de magneziu 33 la 100, autorul a obţinut la 2 bolnave expulsia calculului şi vindecarea icterului în câteva zile. Dar aceste instilaţii trebue făcute înainte ca să se fi organizat aderenţe. In alt caz a obţinut migraţiunea calculului prin inteterism gastric. In general în lithiază choledociană e indicată intervenţia chirurgicală. Putem însă cu ajutorul tubajului duodenal să desobstruăm coledocul. In urma instilaţiei sulfatului de magneziu la nivelul duodenului cu ajutorul tubajului duodenal urmează o serie de contracţii peristaltice şi antiperistaltice urmate de o perioadă de distensiune a duodenului care relaxează sfincterul lui Oddi şi atrage bila din căile biliare şi sucul pancreatic şi bila din vezicula biliară, — în acest timp de relaxare a sfincterului Oddi calculul din choledoc e expulsat.

Desobstrucţia canalului coledoc prin simplă instalaţie magneziană şi sondă duodenală deschide un capitol important în therapeutica sindromului choledocian.

R. H.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-ri BALANESCU, ZAMFIR şi I. DUMITRESCU-POPOVICI: **Cercetări asupra chimismului gastric în cursul infecţiunii bacilare evolutive.** — Soc. de Biologie, 18 Noemvrie 1933.

Pe o serie de 67 bacilari se cercetează chimismul gastric şi se ajunge la următoarele concluziuni:

Cifrele chimismului gastric variază cu starea generală a bolnavilor şi diminuă în timpul perioadelor de pirexie. In baciloza pulmonară evolutivă, acest chimism variază într'un mod discordant înainte şi după prânzul de probă, prin faptul că bolnavii înghit în timpul somnului expectoraţia mucopurulentă, care neutralizează în parte aciditatea şi în acelaş timp împiedecă secreţia stomacului. Când bolnavii intră în perioada de denutrire şi cachexie, funcţiunea secretorie a stomacului este deficientă. In această perioadă autorii au constatat anaclorhidrie completă, o hipoaciditate remarcabilă.

D-r I. DUMITRESCU-POPOVICI: **Funcţiunile gastro-duodenale. Mijloace de explorare.** — Editura Masson, Paris.

Cea mai mare parte a acestui volum este consacrată studiului fiziologiei gastro-duodenale. Este o revistă complectă a cunoştinţelor moderne asupra acestei chestiuni. Două puncte vor fi citite cu un interes deosebit, căci se referă la cercetări particulare ale autorului şi ale lui Felix Ramond.

De o parte studiul funcţiunii excretorii a stomacului şi a duodenului, care poate da explicaţia anumitor sindrome dureroase, mucoasa putând fi mai mult sau mai puţin lezată prin substanţele eliminate.

De altă parte, o explicaţie nouă a rolului duodenului în evacuarea veziculei biliare. Abordând această problemă încă discutată, autorii tind să demonstreze că vezicula biliară nu are adesea decât un rol pasiv; provocând contracţiuni peristaltice şi antiperistaltice ale duodenului se ajunge tot atât de bine, la animal, la vidarea unei vezicule „en baudenche" ca şi a unei vezicule biliare.

Ultima parte a volumului este consacrată unui expozeu foarte complect al procedeelor de explorare modernă a stomacului, a duodenului, a secreţiei biliare şi pancreatice.

Medicină experimentală.

D-ri C. I. PARHON et C. URZICA: **La lactacidémie chez les chiens thyroparathyroidectomises.** — C. R. de Biol. No. 33, p. 751, 1933.

Studiază acidul lactic din sânge înainte şi după thyroïdectomie şi găseşte o micşorare a acidului lactic în sângele animalelor care au prezentat fenomene de tetanie.

Cred că absenţa parathiroidelor fac acidul lactic să diminue în sânge.

D-r I. GHEORGHIU: **Contribution a l'étude de la cage à cancer.** — C. R. Biol. No. 33/1933, p. 756.

Se cunoaşte cancerul ce s'a ivit la animale în cusci contaminate, în care au stat animale inoculate cu tumori maligne. Numai desinfecţia radicală a cuscilor a oprit apariţia cancerului. Autorii fac cunoscut apariţia unui cancer spontan la şoarecii crescătoriei laboratorului de bacteriologie a facultăţii de medicină Iaşi.

Intr'o cuşcă de fer ce nu a fost desinfectată şi în care cu 2 ani în urmă au stat şoareci grefaţi cu cancer, găsesc la şoareci o tumoră în regiunea cefei ce histologic este un epiteliom malpighian.

In total găsesc 3 tumori spontane macroscopic şi histologic cu caracterele unui epitelioma malpighian în regiunea cefei la şoareci. Atrage atenţia că şoarecii aveau paraziţi şi aceştia ar contribui la desvoltarea cancerului.

R. H.

D-ri G. BALTACEANU et C. VASILIU: **L'action expérimentale du café sur la pression arterielle.** — C. R. Biol. No. 27/1933.

Fac o serie de experienţe pe cloralizaţi cărora le injectează 10 cc. de infuzie de cafea prăjită şi la alţii infuzie de cafea verde şi obţin o hipotensiune manifestă, hipotensiunea nu este suprimată când injectăm adrenalină. Autorii cred că acţiunea hipotensivă e mai complexă: ar fi acţiune sinergegică a cafeinei, a clorogenatului de cafeină şi potasiu, a acidului chimic, a acidului cofalic, al trigonelinei care se găsesc în cafeaua verde.

R. H.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-ri D. COMBIESCU, C. POPESCU M-elle S. STAMATESCU et J. ANGELESCU: **Sur la perméabilité placentaire au virus du tiphus exanthématique.** — C. R. de Biol. No. 30/1933.

In cursul experienţelor făcute asupra tifusului exantematic în România, autoruii au inoculat 2 femele de cobai gravide, le sacrifică a 4—5 zi după ce capătă febră şi inoculează creerul feţilor la alţi cobai ce face o boală experimentală tipică. Pe cupele histologice ale creerului, autorii găsesc noduli perivasculari caracteristici. Deci placenta e permeabilă la virusul exantematic.

R. H.

D-ri G. ZOTTA et M. A. TEODORESCO: **Formulle lleucocytaire de la chenille de galleria mellonella infecté par le leptomonas pyrrhocoris.** — C. R. Biol. No. 30/1933.

Studiază formula leucocitară la omizile infectate cu leptomonas pyrrhocoris şi găseşte când infecţiunea este maximă macro şi microleucocytele au dispărut din sânge şi proleucocitele predomină în sânge. Deci în cursul infecţiilor cu protozoare, formula leucocitară capătă un aspect embrionar cu dispariţia azurofilelor din leucocite şi că imaginea sanguină devine normală dacă insecta se vindecă. Această modificare a formulei sanguine nu e specifică, se obţine şi după injecţia de bacterii şi substanţe inerte.

R. H.

D-ri G. LITARCZEK et G. T. DINISCHIOTU: **Conception sur la structure et la fonction oxydoréductrice de l'hémoglobine.** — C. R. Biol. No. 30/1933, p. 287.

Dozând glutanionul din globulele roşii ajung la concluzia că glutanionul este anglobat mai mult sau mai puţin stabil în molecula de globină. Hemoglobina datoreşte proprietăţile sale oxido-reductrice antagonismului între radical Fe O_2 al haemoglobinei şi radical sulfului activ al glutanionului globinei.

In anemii sulful poate fi dublu ca cel găsit la normali faţă de aceiaşi cantitate de fer. Predominenţa ferului hemoglobinei faţă de sulf va fi însoţită de o mărire a afinităţii hemoglobinei pentru oxigen şi invers mărirea sulfului o scădere a afinităţei hemoglobinei pentru oxigen.

R. H.

D-r G. PROCA: **Milieux liquides pour l'isolement du bacille tuberculeux.** — C. R. de Biol. No. 30/1933, pag. 280.

A putut izola bacilul tuberculos din spută şi sânge în medii lichide ce conţin muco-puroi sau sânge stabilizat prin acţiunea acidului sulfuric foarte diluat. In depozitul muco-puroiului şi a sângelui stabilizat creşte bacilul tuberculos în lichidul lui Sauton. Autorul a constatat că sedimentul din acest mediu lichid constitue mediu natural al parazitului şi astfel bacilul Koch se desvoltă aci mai repede ca la suprafaţa mediilor solide.

R. H.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-ri M. NASTA. M. BLECHMANN et A. PAPAZOLU: **Influence de l'atténuation de la réaction inflamatoire immédiate sur l'évolution de la lésion de réinfection tuberculeux.** — C. R. Biol. No. 27/1933, p. 1257.

Fac o serie de cercetări pe cobai cari au fost expuşi la acţiunea razelor X şi sensibilizează bacilii întrebuinţaţi pentru reinfecţie punându-i în contact 24 ore cu serul cobailor tuberculoşi, aceasta are ca efect de a atenua intensitatea reacţii inflamatorii imediate provocate prin reinfecţia cu bacili Koch. Această atenuare nu modifică caracterele leziunei reinfecţiei care evoluiază la fel la cobai sensibilizaţi neexpuşi la razele X. Deci intensitatea reacţiei inflamatorii n'are influenţă asupra evoluţiei leziunei de reinfecţie şi ne arată independenţa între reacţiile alergice şi mecanismul rezistenţei la reinfecţia tuberculoasă.

R. H.

„Metacuprolul" în tratamentul strepto şi stafilococcilor

„METACUPROLUL" este un puternic **antiseptic** şi în acelaş timp un **sedativ** şi **cicatrizant** de prim ordin. Astfel fiind constitue 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** conţine 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 placa eczematoasă.

Dermo-Plastolul se întrebuinţează astfel: se face o **aplicaţie largă pe placa 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.

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 noastre o rubrică specială, socotim că nu poate fi desprins mai bine decât prin redarea

Folclorului medical românesc

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

Pe temelia acestui folclor medical empiric de medicină populară s'a așezat edificiul medicinei noastre științiice 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.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — CĂRŢI — MONOGRAFII *)

D-r STATE DRĂGĂNESCU şi D-r D. GRIGORESCU: **LICHIDUL CEFALO-RAHIDIAN.** — «Tiparniţa» Bucureşti, 1932, preţ 200 lei. — 1 vol. de 288 pag. cu 88 fig. în text.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cea mai autorizată prezentare a acestei monografii, care a fost premiată recent de Academia română, nu poate fi făcută decât de D-l *Prof. D-r Gh. Marinescu,* care i-a scris „PREFAŢA":

„Imi fac o datorie plăcută de a prezenta publicului medical, monografia d-lor D-ri State Drăgănescu şi D. Grigorescu despre lichidul cefalo-rahidian. Este fructul unei munci laborioase întreprinsă în clinica boalelor sistemului nervos de mai mulţi ani şi cum va constata lectorul, în această lucrare autorii au căutat pe de o parte de a ne da expunerea fidelă a stărei actuale a cunoştinţelor noastre asupra acestei chestiuni, iar pe de alta a supune unei critici serioase aceste cunoştinţe şi a aduce în acest mod o contribuţiune personală la rezolvirea multor puncte obscure sau în litigiu, relative la fiziologia şi patologia l. c. r. Este suficient a cita capitolul permeabilităţei meningee, a lipiodului în tumorile extradurale, al meningitei seroase, al reacţiunilorr de floculare, şi al sindromelor lichidiene în diferite afecţiuni şi în special în afecţiunile neurotrope. In partea finală, D-nii D-ri State Drăgănescu şi D. Grigorescu au introdus o serie de capitole relative la terapeutica subarahnoidiană, unde practicianul va găsi toate datele necesare tratamentului maladiilor sistemului nervos, pe această cale.

După cum se vede din această scurtă analiză, monografia de faţă este o operă utilă nu numai pentru orice medic şi în special pentru neurologist şi psihiatru, dar chiar şi pentru cerce-

*) Recensiile se fac în ordinea cronologică a primirii la redacţie a lucrărilor.

tătorii cari se vor dedica acestei interesante chestiuni, căci lichidul cefalo-rahidian este mediul în care se petrec atâtea fenomene importante de metabolism al nevraxului. De aceia *o recomand cu căldură și insistență publicului medical*".

Iar pe autori îi prezintă o activitate de ordin științific și didactic, care le-a asigurat o reputație bine stabilită, care pentru D-l D-r State Drăgănescu, în special, a trecut și peste hotare.

Nu se poate intra într-o analiză amănunțită a acestei *lucrări de sinteză* și nici chiar a se menționa în treacăt toate subiectele în conexiune, cari au fost tratate.

In **Cuvântul introductiv,** autorii arată importanța studiului lichidului cefalo-rachidian „care este cheia de boltă în diagnosticul afecțiunilor sistemului nervos și în special în localizările nervoase din cursul infecțiunei sifilitice".

De asemeni accentuează că în alcătuirea monografiei au ținut seamă, nu numai de lucrările autorilor străini, dar și de aproape tot ce s'a scris în această chestiune de autorii români, în special de către D-l Prof. D-r G. Marinescu, din serviciul căruia a utilizat bogatul material clinic al chestiunei și căruia îi închină lucrarea.

Fac cunoscut că, redactarea metodelor de cercetare chimică este datorită D-nei Adela Lisievici Drăgănescu, iar D-lor Doc. D-r Ghițescu și D-r Fotino este datorit capitolul final asupra rachianestesiei.

Partea I-a: Elemente de anatomia și fisiologia lich. c.-r. (origina lich. c.-r., permeabilitatea meningee); rachicenteza (dif. metode, acc. consecutive, tensiunea lich. c.-rah.); ex. lichid c.-rah: (aspectul, ex. citologic și bacteriologic, compoziția fizico-chimică); reacția Bordet-Wassermann și reacțiile coloidale, de floculare.

Partea II-a: Metode speciale de investigație pe cale lichidiană, în compresiunile medulare și în syndr. de hyper. intracraniană (Manometria, modif. biologice ale lich. c.-rah.); proba lipiodolului, ventriculografia (prin introducerea de aer, prin substanțe opace).

Partea III-a: Lich. c.-rah. în diferite afecțiuni ale sist. nervos (meningite, neuro-infecțiunile primitive, localizările accidentale sau secundare pe sist. nervos a dif. infecțiuni generale și intoxicațiuni: în sifilis în special, diverse alte boale ale sist. nervos) cu un capitol resumativ al sindromelor lichidiene.

Partea IV-a: Terapeutica subarachnoidiană (Rachicenteza decompresivă, injecțiuni subarachnoidiene terapeutice, spălături și drenaj, seroterapia intrarachidiană, trat. intrarachidian în neuro-sifilis) și anestezia rachidiană.

Lucrarea se termină ca anexă cu un model de buletin de examen complect al lich. c.-rahidian (cu tablou de datele existente la normal).

Autorii au condensat în spațiul a 288 pagini toate cunoștințele stabilite precis și de ultima oră asupra lichidului cefalo-rachidian în stare normală și patologică; și pe acest spațiu restrâns l-au ilustrat și documentat cu 88 figuri în text și numeroase observațiuni clinice personale.

Numele autorilor, în special al D-lui D-r State Drăgănescu, în prezent conferențiar universitar și medic primar la Spitalele Eforiei

din Bucureşti, fost şef de clinică la clinica neurologică din Strasbourg, se întâlneşte la fiecare pas, fie sub titlu de *lucrare de control* sau de *contribuţie originală* într-o chestiune anumită.

Aceste însuşiri conferă lucrării un caracter de profundă erudiţie şi de originalitate în concepţia, tratarea şi documentarea ei, care fac din ea un *Manual didactic* de mare valoare şi de nepreţuit folos pentru cei cari vor să se instruiască, studenţi şi medici.

In 1912, a apărut cartea lui Mestrezat, „Le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique", de aspect şi conţinut impozant, care a constituit cartea de învăţământ de predilecţie generaţiei de interni, ce eram pe atunci; azi, după 20 ani, vine să o înlocuiască şi să o complecteze — printr-o manieră mai amplă de tratare şi prin expunerea a atâtor progrese realizate de atunci în materie — cartea de faţă.

Cei de felicitat în primul rând sunt studenţii; aceia studioşi, pentru cari apariţia cărţii D-lor D-ri Drăgănescu şi Grigorescu reproduce evenimentul trăit de studenţii de acum 20 ani.

* * *

D-r M. Cânciulescu.

INSP. G-RAL PROF. BUTOIANU M.: **L'EVOLUTION DE LA CHIRURGIE DE GUERRE.** — (Conferinţă ţinută la Granada, Spania, cu ocazia congresului al VII-lea de Medicină şi Farmacie Milit., Iunie 1933). Revista Sanitară Militară No. 10, 1933.

In prezenta lucrare, autorul face o expunere foarte documentată asupra metodelor ce a întrebuinţat în tratamentul diferitelor şi numeroaselor plăgi de război, în calitatea sa de fost medic şef al Spitalului chirurgical de evacuare din Sascut, dela 1 Aprilie 1917—1 Ianuarie 1919 şi în acelaş timp arată marea diferenţă ce există între chirurgia practicată în războaiele anterioare şi cea din cursul războiului mondial.

Autorul se ocupă în primul rând de **chirurgia plăgilor abdominale,** căci mai ales în acest domeniu războiul ultim a servit cel mai bogat material de experienţă.

In războiul 1914—1918 au existat mai multe perioade în ce priveşte tratamentul chirurgical al plăgilor abdominale.

Prima perioadă a fost caracterizată prin abstenţiune complectă, (Delorme).

In a doua perioadă, care începe în Noembrie 1914 (Dupont şi Kendirdy, Gosset, etc.), laparatomia este considerată ca o operaţie, care poate să dea rezultate mai bune decât abstenţiunea, cu condiţia ca ea să fie practicată cât mai precoce, de către chirurgi experimentaţi şi să aibe o îngrijire bună postoperatorie.

In a treia perioadă (Noembrie 1915), Chevassu determină o reîntoarcere la prima perioadă abstenţionistă, graţie rezultatelor sale bune pe 210 răniţi abdominal, la care nu s'a practicat nici o intervenţie chirurgicală.

In a patra perioadă şi ultima (Quenu), chirurgii se declară iarăşi pentru intervenţia operatorie, dar laparotomia să fie practicată în bune condiţiuni şi în primele 6—8 ore dela rănire.

Chirurgia de război se exercită în condiţiuni speciale, cari diferă de cele din timp de pace, totuşi chirurgia este unică, în orice circumstanţe s'ar practica ea.

Autorul arată, că P. Duval împarte evoluţia tratamentului chirurgical al plăgilor de război în general, în trei perioade.

Perioada I-a de ignoranţă quasi-complectă, absenţă totală de organizare şi metodă.

Perioada II-a reprezintată prin metoda lui Carrel.

Perioada III-a, excizia plăgilor urmată de suturi primitive, preconizată de H. Gauchier, sau suturi secundare.

Suturile secundare au câştigat teren abia după ce s'a făcut studiul biologic al plăgilor, care a arătat importanţa devitalizării ţesuturilor prin agentul vulnerant şi a microbismului infectat dela nivelul plăgii.

Ţesuturile traumatizate conţin în plus toxine, cari se răspândesc în mod lent în organism, determinând în ultima instanţă sindromul de şoc traumatic.

Relativ la infecţiile cari pot să complice plăcile de război, se ştie că acestea sunt: tetanosul, erisipelul şi gangrena gazoasă.

Autorul trece apoi în revistă marile principii de technică pură, de cari trebuie să se conducă practica chirurgicală de război, privind plăgile părţilor moi, plăgile vasculare, fracturile şi rănirile articulare, plăgile craniului, toracelui, abdominale şi plăgile maxilo-faciale.

In spitalele de evacuare se impune totdeauna o strânsă colaborare a chirurgului cu un radiolog, neurolog şi bacteriolog, fără de cari nu se poate imagina un spital de campanie bine organizat.

In toate războaiele se pune chestiunea posibilităţii de evacuare a răniţilor, pentru a fi operaţi şi trataţi la timp.

Din cauza marelui număr de răniţi şi gravităţii lor, s'au preconizat şi au luat fiinţă în ultimul război şi aşa zisele **echipe volante chirurgicale.**

Asemenea echipe au funcţionat şi pe frontul român, la Armata II-a pe Dealul Bălanului, aducând servicii imense răniţilor Div. III-a.

După Lécène există două mari dificultăţi în tratamentul plăgilor de război: In primul rând marele număr de răniţi, cari se pot produce la un moment dat şi în al doilea rând instabilitatea formaţiunilor sanitare, mai ales în retragere sau în războiul, de mişcare.

Pentru remedierea acestor neajunsuri, se impune ca armata să aibă un personal chirurgical cât mai numeros, mijloace de evacuare cât mai rapide şi o bună organizare a serviciului de triere a răniţilor.

Numai în războiul de poziţie se poate opera în bune condiţiuni într'un spital de campanie.

Mijlocul de transport cel mai bun şi confortabil rămâne tot automobilul. Chestiunea transportului cu avionul este încă în studiu, căci bunele rezultate obţinute în războiul din Maroc sunt numai parţiale şi nu pot fi încă generalizate.

In continuare autorul arată apoi modul cum se practică chirurgia în diferitele situaţiuni militare şi faze ale luptelor în războiul de poziţie, de mişcare, în timpul retragerii sau în caz de înaintare, la formaţiunile cele mai înaintate, adică posturile regimentare şi ambulanţele divizionare şi apoi în spitalele de campanie, unde începe să se facă adevărata mare chirurgie de războiu de către specialişti, operatori de carieră.

La spitalul de campanie se complectează deci tratamentul răniţilor în-

ceput la posturile regimentare şi la ambulanţă, practicându-se laparotomii, pleurotomii, craniectomii, sau dându-se îngrijirile postoperatorii necesare răniţilor gravi şi netransportabili încă în zona interioară.

Echipele volante de chirurgie ca auxiliare în spitalele de campanie şi formate în mod exclusiv din operatori experimentaţi, practică de asemeni mare chirurgie de război, în apropierea frontului, în posturi blindate subterane şi în săli de operaţie demontabile. Răniţii sunt încredinţaţi după operaţie, formaţiunilor sanitare ale ambulanţelor divizionare sau spitalelor mobile de campanie, până când starea lor permite evacuarea lor în interiorul ţării.

Autorul încheie această detaliată monografie, ilustrând-o cu câteva date interesante asupra activităţii şi practicei sale personale din domeniul chirurgiei de război, din anii 1917—1919, în calitatea sa de şef al spitalului din Sascut, când a avut de dat îngrijirile operatorii necesare la 9000 răniţi depe frontul armatei a II-a.

Doc. Dr Bistriceanu I.

* * *

D-r I. FĂCĂOARU: **SOZIALE AUSLESE. IHRE BIOLOGISCHEN UND PSYCHOLOGISCHEN GRUNDLAGEN (Selecţia socială. Bazele ei biologice şi psihologice)** — 1 volum de 277 pagini, Editura Huber Cluj, 1933, Lei 60.

Problema îmbunătăţirei speciei umane a preocupat pe gânditori din toate timpurile. Dela brutala selecţiune spartană, prin aruncarea copiilor debili, până la ştiinţa eugeniei, care se desvoltă în ultimul deceniu, problema a suferit ascensiuni şi coborâri până la uitare, urmând un traseu paralel cu gândirea politică, socială, şi economică. Chestiunea este din nou de actualitate, iar centru acestor preocupări este Germania. Autorul lucrării ce prezentăm, asistent de eugenică la Institutul de igienă socială din Cluj, şi-a făcut studiile de specialitate în Germania, la München. Astfel că lucrarea D-sale reflectă gândirea germană actuală asupra acestei chestiuni.

Autorul porneşte dela consideraţia că şcoala trebue pusă în slujba selecţiei sociale. Socoteşte însă că testele psihologice ce se utilizează, nu permit altceva decât o privire asupra inteligenţei, temperamentului şi caracterului cu care se naşte copilul; că pentru o aprofundare a personalităţii generale a acestuia, testele psihologice sunt insuficiente. Trebuesc căutate deci alte puncte de sprijin pentru cercetarea personalităţii. Acestea le găseşte autorul prin cercetări întreprinse în domeniul heredităţii şi al antropologiei ca simptomatologie fizică a înzestrării, (a talentului) şi prin studiul psihologiei comparate a copilului ca simptomatologie psihică a înzestrării.

Ne este imposibil, în spaţiul acestei semnalări, să redăm în rezumat cât de succint conţinutul volumului D-lui D-r I. Făcăoaru.

In cele 277 pag. ale lucrării se ocupă pe larg despre: In cap. I **Moştenirea caracterelor fizice** şi a **Calităţilor sufleteşti**; în cap. II tratează despre **Selecţia socială** şi **Caracterele fizice** (pag. 151—197); în cap. III cercetează problema: **Selecţia socială şi Calităţile sufleteşti.** Chestiunile sunt tratate cu metodă şi cu o bogată documentare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Reţinem concluziile practice ale autorului: Punând la dispoziţie metoda biologică şi psihologică de selecţie socială, urmarea logică este **Crearea de şcoli speciale pentru copii slabi dotaţi, ca şi pentru copii supra dotaţi.** „Recunoaşterea acestei necesităţi social-pedagogice este primul şi cel mai important pas în starea actuală a problemei", spune autorul. Consecinţele cari decurg, acelea ale schimbării programelor şcolare, a specializării în acest scop a medicilor şcolari, a creerii unui corp profesoral specializat, nu sunt probleme utopice, după autor, ci adevăruri pe care viitorul le va impune.

„Istoria culturală arată **necesitatea** şi cercetările biologice dovedesc **posibilitatea** acestora".

Lucrarea D-lui D-r Făcăoaru dovedeşte în afară de o bogată cultură şi studii serioase asupra acestor chestiuni, o perspectivă largă a viitorului şi o îndrăzneală de gândire social-pedagogică, cu atât mai remarcabilă, cu cât autorul trăeşte la noi, unde problemele şcolare sunt încă în stadiul combaterii analfabetismului.

Lucrarea D-rului Făcăoaru poate fi cercetată cu mult folos de toţi cei ce au găsit în preocupările lor loc şi pentru problemele social-pedagogice. Ar fi însă necesară o ediţie românească, cea germană fiind inaccesibilă celor mai mulţi, şi prin stilul ei, greu de citit chiar de cei cunoscători ai limbei germane.

D-r I. Rosenstein.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

BUCUREŞTI III Str. Aurel Vlaicu 70 **GEDEON RICHTER** BUCUREŞTI III Str. Aurel Vlaicu 70

EFICACE EFTIN PRECIS TITRAT

PREPARAT FOLICULAR

GLANDUBOLINA

„RICHTER" Injecţii cu 40 şi 100 unit., tablete cu 100 şi 300 unit.

REMEDIUL SUVERAN AL CLIMACTERIULUI

OVAKLIMAN

Brom-ovar, Lactat de Calciu, Papaverină şi Teobromină

Suprimă turburările obiective şi subiective

B.— SOCIETĂŢI MEDICALE ŞTIINŢIFICE

C. R. DE LA SOC. DE BIOLOGIE ET DE SES FILIALES:

de Bucarest

Séance du 1-er Decembre 1932

BOIVIN (A.) et MESROBEANU (L.): Contribution à l'étude de la composition chimique des Bactéries. Substances azotées et phosphorées „acido-solubles". — BRATIANO (S.) et BANO (E.): L'influence de l'hormone ovarienne de l'oestrus sur la glande interstitielle des testicules de Cobays adultes et impubères cryptorchides. — BRATIANO (S. et C.) et FARCKI (A.): L'influence de l'hormone ovarienne de l'oestrus sur la thyroïde de Cobayes impubères cryptorchides. — BRATIANO (S), DAVIDESCO (V.) et BANO (E.): Résultats comparatifs de la réaction de Bordet-Wassermann classique et de la réaction de Mutermilch. — CRACIUN (E.-C.), SERBANESCO (V.) et URSU (A.): Sur la glomérulite proliférative. — LITARCZEK (G.), AUBERT (H.) et NESTORESCO (B.): Le glutathion intrahématique chez les hyperthyroïdiens. — LITARCZEK (G.), AUBERT (H.) et COSMULESCO (J.): Quelques données sur les échanges respiratoires chez les hyperthyroïdiens. Conception pathogénique. — MAGHERU (G. et A.) et MIHAILESCU (G.): L'action du goudron sur la toxine diphtérique et le sérum antidiphtérique. — MAGHERU (G. et A.) et MIHAILESCU (G.): L'action du goudron sur le Vibrion cholérique. — MARCOU (I.): Sur un dispositif simple pour enregistrer un débit liquide. — PROCA (G.): Cultures symbiotiques du Bacille tuberculeux. — TRANCU-RAINER (M.): Existence d'un cycle mensuel dans les petites lèvres humaines. — TRANCU-RAINER (M.): Processus de régression des glandes sébacées dans les petites lèvres.

Séance du 15 Décembre 1932

BOIVIN (A.) et MESROBEANU (L.): Contribution à l'étude de la composition chimique des Bactéries. Les substances phosphorées au cours de l'autolyse bactérienne. — CIOCALTEU (V.) et TITEI (C.): Une nouvelle méthode de recherche du mercure dans l'organisme (urine, matières fécales, etc.). — IONESCO (ST.): Sur l'épanouissement des fleurs de l'Ipomoea purpurea. — MAGHERU (G. et A.): Action du goudron sur certaines réactions d'immunité. — MAGHERU (G. et A.): Action du goudron sur les propriétés antigéniques des tissus. — MARCOU (I.): Inotropisme et perméabilité coro-

narienne. A propos d'un rythme alternant obtenu sur un coeur isolé de Mammifère. — NASTA (M.): Absence de parallélisme entre la réaction inflammataire immédiate et l'apparition précoce du nodule de réinfection chez le Cobaye tuberculeux. — SORU (E.) et BRAUNER (R.): Action à distance de Bacillus tumefaciens sur la moelle osseuse du Lapin.

Séance du 19 Janvier 1933

BOIVIN (A.) et MESROBEANU (L.): Contribution à l'étude de la composition chimique des Bactéries. Action des électrolytes sur l'équilibre des substances phosphorées de la cellule bactérienne. — SOLACOLU (TH.) et WELLES (EC.): Mise en évidence des saponines dans les graines de quelques Graminées.

Séance du 16 Fevrier 1933

BRAUNER (R.) et SORU (E.): Variations, en fonction du temps, de l'effet mitogénétique produit par le Bacillus tumefaciens sur la moelle osseuse du lapin. — CANTACUZENE (AL.): Etude des gradients physiologiques chez les Protozoaires. Indépendance du gradient de désintégration et du gradient de coloration chez Spirostomum ambiguum Ehrbg. — GHIMPU (V.): Les nombres chromosomiques de quelques Angiospermes cultivées. — GHIMPU (V.): Sur les maladies à virus de quelques Solanées. — LITARCZEK (G.), AUBERT (H.) et COSMULESCO (I.): Sur le glutathion et l'affinité de l'hémoglobine pour l'oxygène dan un cas d'insuffisance thyréo-ovarienne.

Séance du 8 Mars 1933

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BRATIANU (S.), BRATIANU (T.) et SOLOMON (E.): Le chondriome de la cellule hépatique est-il modifié par l'augmentation de la biligénèse provoquée par le déhydrocholate de soude? — BRATIANU (E.), SOLOMON (E.) et BRATIANU (T.): Action du déhydrocholate de soude sur la cellule hépatique du Lapin. — CONDREA (P.) et POENARU (H.): L'influence des dilutions sur la toxicité de la toxine tétanique. — CONDREA (P.) et POENARU (H.): Recherches sur la nature de la toxine tétanique. Influence de la peptone sur la toxicité de la toxine tétanique. — IONESCO (ST.): Sur l'occlusion des fleurs de l'Ipomoea purpurea. — MARBE (M.): L'influence des hydrates de carbone (glucose et maltose) sur la production de la toxine diphtérique. — POPESCO (FR.): Sur la valeur de la réaction de Gaté-Papacostas (formol-gélification) dans la filariose du Chien. — POPESCO (FR.) et SASSLER: Enquête sur un foyer de filariose canine en Roumanie. — POPPER (M.), TEITEL-BERNARD (A.) et DINISCHIOTU (G.-T.): Allergie tuberculinique du sang humain et respirométrie. — Popper (M.), TEITEL-BERNARD (A.) et DINISCHIOTU (G.-T.): Sur l'allergie tuberculinique du sang de Cobaye mesurée par respirométrie.

Séance du 16 Mars 1933

CONDREA (P.): Toxicité spécifique de l'anatoxine tétanique. — CONDREA (P.) et ROTH (H.): Procédé d'élection pour la stérilisation des milieux de culture glucosés. — MARBE (M.), ANTINESCU-DIMITRIU (O.) et STEFANESCU (V.): Sur le temps nécessaire à la maturation d'une culture (toxine) diphtérique. — STANESCU (P.-P.): L'influence du refroidissement du pétiole sur le transport des substances dans les feuilles.

Séance du 6 Avril 1933

BOIVIN (A.), MESROBEANU (I.) et MESROBEANU (L.): Technique pour la préparation des polysaccharides microbiens spécifiques. — COMBIESCO (D.) et ANGELESCO (J.): Recherches experimentales sur le typhus exanthématique chez le Chien. — COMBIESCO (D.), BONCIU (C.), STAMATESCO (S.) et COMBIESCO (N.): Sur la sensibilité du Spermophile au typhus exantématique épidémique. — COMBIESCO-POPESCO (C.) et WISNER (B.): Recherches sur l'agglutinabilité et la sensibilité au Bactériophage des Vibrions cholériques et paracholériques. — DAMBOVICEANU (A.): Agglutination par les acides de Vibrions cholériques et paracholériques. — IFTIMESCO (G.), NICHITA (G.), POPESCO (I.) et TUSCHAK (N.): Le métabolisme basal chez différentes races de Poules. — IONESCO-MIHAIESTI (C.), WISNER (B.) et MESROBEANU (I.): Recherches expérimentales sur la lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas-Favre) en Roumanie. — MARBE (M.), DIMITRIU (O.) et STEFANESCO (V.): Rôle de l'acétate de sodium dans la production de la toxine diphtérique. — MARBE (M.), DIMITRIU (O.) et STEFANESCO (V.): Influence des hydrates de carbone (glucose et maltose) sur la production de la toxine diphtérique. — NASTA (M.): De l'influence de la réaction inflammatoire immédiate sur l'évolution de la lésion de réinfection tuberculeuse.

Séance du 4 Mai 1933

BALTACEANO (G.) et VASILIU (G.): L'action expérimentale du café sur la pression artérielle. — JONNESCO (D.): Le sort du virus rabique fixe dans le cerveau des Chiens immunisés. — LITARCZEK (G.) et DINISCHIOTU (G.-T.): Sur les variations spectrales de l'hémoglobine humaine en relation avec le glutathion, chez le sujet normal et les anémiques. — LITARCZEK (G.), DINISCHIOTU (G.-T.) et LITARCZEK (S.): Sur la relation existant entre une certaine propriété spectroscopique de l'hémoglobine et le glutathion intrahématique chez diverses espèces animales. — NASTA (M.), BLECHMANN (M.) et PAPAZOLU (A.): Influence de l'atténuation de la réaction inflammatoire immédiate sur l'évolution de la lésion de réinfection tuberculeuse.

Séance du 15 Juin 1933

BRAUNER (R.) et SORU (E.): Action à distance des réactions oxydantes sur la moelle osseuse du Lapin. Apparition de caryocinèses atypiques. — COMBIESCO (D.): Sensibilité du Spermophile Citillus aux toxines diphtérique et dysentérique. — COMBIESCO (D.), ISTRATI (G.) et COMBIESCO (N.): Recherches sur l'exotoxine staphylococcique. — LITARCZEK (G.) et DINISCHIOTU (G.-T.): Conception sur la structure et la fonction oxydoréductrice de l'hémoglobine. — LITARCZEK (G.) et DINISCHIOTU (G.-T.): Sur la pénétrabilitaté du glutathion à l'intérieur de l'hématie. — MARCOU (I.): Effet systolique inhibiteur sur l'irrigation coronarienne et action de l'adrénaline. — PROCA (G.): Milieux liquides pour l'isolement du Bacille tuberculeux. — SIEGLER (A.): Nouvelles contributions à l'étude de l'action du nickel métallique sur les sérums humains normaux. — SIEGLER (A.) et SORU (E.): Déterminations physico-chimiques dans le sérum humain mis en contact avec le nickel métallique.

Séance du 29 Juin 1933

BOIVIN (A.) et MESROBEANU (L.): Contribution à l'étude de la composition chimique des Bactéries. Les corps puriques microbiens. — BOIVIN (A.) et MESROBEANU (L.): Contribution à l'étude de la composition chimique des Bactéries. Les dérivés de l'acide pyrophosphorique dans la cellule microbienne. — BOIVIN (A.) et MESROBEANU (I. et L.): Extraction d'un complexe toxique et antigénique à partir du Bacille d'Aertrycke. — BRAUNER (R.) et SORU (E.): Nouvelle contribution à l'étude de pouvoir d'adsorption du globule rouge. — COMBIESCO (D.) et POPESCO (C.): Absence du typhus exanthématique murin en Roumania. — COMBIESCO (D.), POPESCO (C.), STAMATESCO (S.) et ANGELESCO (J.): Sur la perméabilité placentaire au virus du typhus exanthématique. — SIEGLER (A.) et SORU (E.): Action du nickel métallique sur les ultrafiltrats de sérum humain normal et sur les solutions de ses divers composants, dans la réaction de Hecht modifiée. — TRANCU-RAINER (M.) et VLADUTIO (O.): Sur la présence de hormones sexuelles et de l'hormone gonadrotope indifférente préphypophysaire dans l'urine et la salive d'un géant. — ZOTTA (G.) et TEODORESCO (A.-M.): Formule leucocytaire de la chenille de Galleria mellonella infectée par le Leptomonas pyrrhocoris.

de Cluj

Séance du 22 Décembre 1932

BARONI (V.) et COMSIA (O.): Action des masses nécrotiques provenant du sarcome transplanté avec des fragments d'organes, sur l'évolution des tumeurs des Rats. — THOMAS (P.) et GRADINESCU (A.): Action diurétique et élimination des pentoses introduits par voie intraveineuse. — URECHIA (C.-I.) et RETEZEANU (M-me): Le brome sanguin dans les psychoses maniaco-dépressives.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Séance du 17 Mai 1933

BARONI (V.) et COMSIA (O.): Immunité envers le sarcome obtenue par des greffes de tissu embryonnaire et placentaire. — POPOVICIU (G.), BENETATO (GR.) et MUNTEANU (N.): La genèse du spasme dans la tétanie d'hyperventilation. — VASILIU (T.) et RADU (P.): Recherches sur l'action cancérigène du suc de tomates.

Séance du 28 Juin 1933

POPOVICIU (G.), BENETATO (GR.), MUNTEANU (N.) et SORESCU (M.): Sur le métabolisme de la croissance: ses variations avec la saison et avec l'âge. — BENETATO (GR.) et BENETATO-MODVAL (M.): Sur le pH sanguin chez les cancéreux.

de Jassy

Séance du 20 Décembre 1932

CERNAIANU (C.) et POPOVICI (I.): Sur l'infection parathyphique spontanée du Pigeon par les Bacilles du type Aertryck ou Breslau. Essais de vaccination. — COSMOVICI (N.-L.): La structure canaliculaire du protoplasma chez les Vorticelles tuées à l'état d'extension. — GHEORGHIU (I.): Recherches sur les tumeurs spontanées chez les Poules.

Séance du 28 Jauvier 1933

BALTEANU (I.), TOMA (A.) et GARAGULI (A.): La réinfection par voie ganglionnaire chez le Cobaye. — CAHANE (M.): Influence de la glande parotide sur le métabolisme hydrocarboné. — PARHON (C.-I.), COBAN (S.) et FASTLISCH (G.): La castration ovarienne exerce-t-elle une action favorable sur la durée de survie des animaux thyroparathyroïdectomisés? — TOMA (A.), BRANISTEANU (D.) et DAULJA (C.): Contribution à l'étude de l'étiologie de l'érythème polymorphe (étude expérimentale).

Séance du 28 Février 1933

BALTEANU (I.), TOMA (A.) et GARAGULI (ANA): Recherches sur la consolidation de la résistance des Lapins à la réinjections d'épreuve, par réinoculations intraveineuses répétées de B. C. G. — BALTEANU (I.), TOMA (A.) et GARAGULI (ANA): Recherches au sujet de la durée de la pré-immunisation des Lapins vaccinés par le B. C. G.

Séance du 28 Mai 1933

BALLIF (L.) et GHERSCOVICI (L.): Contribution à l'étude de la cloropexie et de la chloropénie tissulaire. — BALLIF (L.) et GHERSCOVICI (I.): Influence des injections de chlorures de potassium et de calcium sur le rapport K/Ca chez les Chiens. — PARHON (C.-I.), CERNATESCO (R.) et ORNSTEIN (I.): Sur la richesse en calcium du lait et du sérum sanguin chez les Chiennes thyroparathyroïdectomisées. — PARHON (C.-I.) et PARHON-STEFANESCU (C.): Action de la gynekhormone sur les cartilages de conjugaison. — PARHON (C.-I.), ORNSTEIN (I.) et LUCINESCU:: Sur la teneur en urée du sérum sanguin dans les amyotrophies deutéropathiquec expérimentales.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Séance du 28 fiuin 1933

BALTEANU (I.) et AGAPI (C.): Etude comparative sur la structure antigénique du Streptocoque gourmeux et du Streptocoque hémolytique scarlatineux. — GHEORGHIU (I.): Contribution à l'étude de la cage à cancer. — NITZULESCU (J.), ORNSTEIN (I.) et HERESCU (D.): Recherches sur les lipases sériques. — PARHON (C.-I.) et ORNSTEIN (L.): Recherches sur la teneur en lipides des parathyroïdes, chez quelques espèces animales. — PARHON (C.-I.) et URZICA (C.): La lactacidémie chez les Chiens thyro-parathyroïdectomisés. — PARHON et WERNER (GH.): Action des lipoïdes surrénaux sur la composition chimique du sang et de quelques organes.

* * *

SOCIETATEA DE GYNECOLOGIE

din Bucureşti

Şedinţa din 7 Februarie 1932.

C. DANIEL şi AL. CRĂINICEANU: **Asupra a două cazuri de chorio-epiteliom.**

GR. LĂZĂRESCU şi V. PLATAREANU: **Perforaţiune uterină prin chorio-epiteliom malign. Inundaţie peritoneală consecutivă.**

GH. BUZOIANU şi D. CARAMZULESCU: **Fistulă recto-vaginală operată prin dedublare orizontală a perineului.**

A. BABEŞ, STELA LĂZĂRESCU şi I. FLORIAN: **Glicozurie masivă survenită 15 zile după operaţie.**

Şedinţa din 21 Februarie 1932.

C. DANIEL, D. MAVRODIN şi POPESCU R. TĂTARU: **Contribuţiuni la studiul sângelui în fibromul uterin.**

C. ANGELESCU şi S. ŢOVARU: **Conduita de ţinut în absenţa congenitală a vaginului.**

C. ANGELESCU, C. GHIŢESCU, D. PETRESCU şi AL. POPOVICI: **Chiste ovariene hemoragice netorsionate.**

FILIP GOTTLIEB: **Formele anatomo-clinice de localizare genito-anorectală ale virusului lymfogranulomatos (maladia Nicolas şi Favre) la femee.**

A. BABEŞ şi STELA LĂZĂRESCU: **Splina la animalele injectate cu urină de femee gravidă.**

Şedinţa din 6 Martie 1932.

C. DANIEL: **Asupra „controlului uterin" sistematic în toate cazurile de faceri normale.**

C. DANIEL, AL. CRĂINICEANU şi D. MAVRODIN: **Cercetări asupra compoziţiunei lichidului cefalo-rachidian şi efectelor injecţiunei sale intra-venoase în rachianestezie.**

C. DANIEL, S. GOLDENBERG-BAYLER şi I. POPESCU-DOLJ: **Asupra rezultatelor operatorii în degenerescenţa sarcomatoasă a fibromului uterin.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I. JOVIN: **Asupra radioterapiei în sarcomul uterin.**

E. PECZI: **Corp strein în uter** (pană de gâscă).

Şedinţa din 27 Martie 1932.

C. DANIEL şi AL. ŞOIMARU: **Puncţia exploratrice a Douglasului.**

C. LEONTE: **Drenajul în apendicitele supurate.**

I. MAVROMATI: **Despre acţiunea insulinei asupra menstruaţiei.**

C. GHIŢESCU şi AL. POPOVICI: **Fibrom şi sarcină** (prezentare de piesă).

C. DANIEL: **Asupra controlului uterin sistematic, după facerile normale.**

Şedinţa din 27 Noembrie 1932.

C. DANIEL: **Asupra controlului uterin sistematic după facerile normale.**

C. EISENBERG-FERARU: **Concepţia şcoalei germane asupra manevrelor intra-uterine.**

I. PREDESCU-RION: **Asupra unui caz de surditate genitală vindecată,**

A. BABEŞ şi STELA LĂZĂRESCU: **Studiul anatomo-patologic a unui caz de actinomycoză anexială.**

L. MAVROMATI: **Patogenia turburărilor rachianestezice.**

D. CARAMZULESCU: **Sarcină ectopică iterativă.**

D. BUZAGIU: **Contribuţiuni la tratamentul stenozelor rectale inflamatorii prin diatermie.**

C. DANIEL, AL. CRĂINICEANU şi OVANEZ: **Aplazie genitală cu anomalie uretrală.**

AL. ŞOIMARU: **Sarcină uterină în luna 3-a. Hematocel peritoneal.**

DAN TEODORESCU şi C. CRIVEANU: **Kyst dermoid volumonis al ovarului. Torsiune cronică.**

L. MAVROMATI: **Acţiunea insulinei asupra menstruaţiei.**

B. GEORGESCU: **Consiedraţiuni asupra a trei cazuri de dilataţie acută a stomacului.**

Şedinţele din 22 Ianuarie şi 12 Februarie 1933

D-ri C. DANIEL şi I. FLORIAN: Cloropenie post-operatorie. — D-r I. PREDESCU-RION: Sindromul laringo-genital la femee. — D-ri C. GHIŢESCU, AL. POPOVICI şi GR. POPESCU: Un caz de fibrom cu sarcină. — D-ri G. BUZOIANU şi ACHIL DIMITRIU: Kyst dermoid al ovarului rupt intra-peritoneal. — D-ri C. DANIEL, AL. ŞOIMARU şi GH. PROCOPIE: Consideraţiuni asupra unui caz de seminom ovarian. — D-r VICTOR DIMITRIU: Tratamentul rectitelor infiltrative. — D-ri P. PAVELESCU şi N. COVALI: Pelvi-vaccinaţiunea în tratamentul infecţiunilor utero-anexiale. — D-ri C. GHIŢESCU, D. MARINESCU-SLATINA şi GR. POPESCU: Sarcom al maladiei,

* * *

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOC. MÉD. DES HOP. DE BUCAREST

No. 3, 4, 5, 6 şi 7 | 1933

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-ri I. I. NITZESCU et J. JACOBOVICI: Tétanos viscéral traité par la sérothérapie massive sous anesthésie à la paraldéhyde intraveineuse. — D-ri A. G. THEOHARIDE et N. GRUIA IONESCOU: Volvulus sigmoidien ayant duré 52 jours. Contributions à la pathogenie de l'auto-intoxication par rapport à la mortification de la paroi intestinale. — D-ri E. C. CRACIUN et S. STOICESCO: Sur la symhyse péricardique totale d'origine rhumatismale, No. 3/1933.

DD-ri NOICA et M. CRACIUN: Syphilis héréditaire tardive cérébrale spasmodique ou maladie de Marfan. — D-ri A. RADOVICI et EM. I. COHEN: Troubles après la ponction lombaire exploratrice. Deux cas de paralysie du droit externe de l'oeil après la ponction lombaire. — D-ri A. ASLAN, E. C. CRACIUN et T. MOISESCO: Deux nouveaux cas de tumeurs lymphadénoides malignes: réticulo-lymphosarcome et réticulo-endothéliome. Indications thérapeutiques, No. 4/1933.

D-ri A. RADOVICI et R. PAPAZIAN: Syndromes hypophysaires dissociés. — D-ri TH. MOISESCU et CIMINO-BÉRENGER: Pléurésie chileuse. — D-ri S. STOICESCO et L. SCVARTZ: Variations du phosphore minéral sanguin chez les hépatiques sous l'influence des injections intra-veineuses de glucose, No. 5/1933.

D-ri C. C. DIMITRIU et N. GINCOLD: Contribution à l'étude de la myélose aiguë (léucémie myéloique aiguë). — D-ri NOICA D.: et LUPULESCO I.: Un cas de paralysie bulbaire infantile et familiale. — D-ri R. PAPAZIAN et AL. URSU: Meningo-encephalo-myélite pneumococcique, No. 6/1933.

D-r ALEXANDRE SAVULESCOU: Dermobiophylaxie et dermodésensibilisation. Essai de traitement des affection de la beau par intradermoprotéinothérapie à haute dose. — D-r ALEXANDRE SAVULESCO: Sur la sensibilisation et la désensibilisation dans certains cas d'asthme. (Contributions à l'étude du mécanisme de déclenchement de l'accès d'asthme), No. 7/1933.

* * *

BULLETINS DE LA SOC. DE PÉDIATRIE

de Iasi

No. 3 | 1932 şi 1 | 1933

Les Séances du 31 Oct., 29 Nov. et 19 Dec. 1932

D-r E. HURMUZACHE: Les variations de l'image neutrophile d'Arneth, chez les enfants, sous l'influence de la cure héliomarine. — D-ri M. CAMMER et M-me M. CAMNER: Un cas de tétanos aigu généralisé, guérit par la sérothérapie intensive. — D-ri G. ROSENTHAL et M-me CONSTANTINESCU: Un cas rare de méga-côlon pelvian. — D-ri L. BALLIF et I. LUNEWSKI: Sur deux cas de paralysie générale, infantile et juvénile. — D-ri S. GRAÇOSKI, au nom de M. CAHANE: Régime de transition aux protéines végétales dans le traitement des diarrhées infantiles. — D-r S. GRAÇOSKI: Un cas de méningo-encéphalite chez un nourrisson de neuf mois. — D-r S. GRAÇOSKI: Bons résultats de la radiothérapie dans la poliomyélite. — D-r M. CAMNER: Un procédé rapide pour la préparation des auto-vaccins. — D-ri P.. ANGHEL et M. DAVID: Un cas d'occlusion intestinale par les ascarides. — D-r E. HURMUZACHE: Un cas de néphrite azothémique, avec cloropénie chez un nourrison, guéri par des injections intrapéritonéales de sérum physiologique. — D-r L. CAZAC-AVERBUCH: Un cas d'endocardite avec réaction leucémique. — D-r O. BARAS: Un cas de thrombopénie essentielle (Maladie de Werlhoff), No. 3/1932.

D-ri S. GRAÇOSKI, M-me CAMNER, Mr. ROSENTHAL: Sur un cas de Syphilis congénitale des os. — D-r J. NITZULESCU: A propos de relations entre la croissance et la carence alimentaire. — D-r E. HURMUZACHE: Un cas de bronchite copillaire chez un nourrisson de 7 mois, guéri par des injections intraveineuses d'alcol. — D-ri E. LUCINESCU et FĂLCOIANU: Osteomyélite du calcanéum. — D-ri S. GRAÇOSKI, E. HURMUZACHE et CORNELEAC: Quelques considérations sur une épidémie de scarlatine à la Crèche de la Clinique Infantile (10 Janv.—16 Févr. 1933). — D-ri M-me CAMNER et Mr. CAMNER: La voie intrapéritonéale en thérapeutique infantile, No. 1/1933.

* * *

BULETINUL CERCULUI MEDICO-FARMACEUTIC

din Craiova

No. 1 şi 2 | 1933

D-ri T. VOICULESCU şi HAGI GHEORGHE: Lac biliar vidat prin bronchii. — D-r A. METZULESCU: Seroterapia în 18 cazuri de meningită cerebro-spinală epidemică. — D-ri STANCESCU şi A. SAVOPOL: Un caz

de agranulocitoză. — Farmacist D-r N. PETRESCU: Preparatele cu iod pentru uz intern, No. 1/1933.

D-r P. MICHAESCU (Craiova): Septico-pyoemie primitivă, operaţie-vindecare. — D-r A. VASILESCU: Vaccinarea cu B. C. G. în Anglia „Lacent" din 25 Martie 1933, Răspunsul Prof. Calmette la expunerea făcută de Ministrul Sănătăţii Publice Engleze. — D-r I. VASILESCU: Frenicectomia şi modul ei de acţiune în tuberculoza pulmonară. — D-ri V. DRĂGOESCU şi A. DOBRESCU: Şancre simple fagedenice pe teren specific, No. 2/1933.

* * *

SOCIETATEA ŞTIINŢELOR MEDICALE
din Oradea

Şedinţa dela 11 Maiu 1933.

D-l Medic Colonel D-r IONESCU MIRCEA, preşedintele societăţii, declară adunarea generală deschisă şi face o largă expunere asupra împrejurărilor în care a luat fiinţă societatea şi a evoluţiei pe care a urmat-o. Arată frumoasa activitate desfăşurată cu deosebire în ultimii 2 ani, în care a ajuns să fie cunoscută şi apreciată de toată lumea medicală din ţară. Aduce laude d-lui D-r Glăvan, animatorul societăţii, pentru entuziasmul şi munca depuse în aceşti 2 ani pentru propăşirea societăţii.

D-r GLĂVAN IOAN: **Raport asupra activităţii Societăţii pe anul 1932.**

„Activitatea depusă de membrii societăţii în anul trecut a fost dintre cele mai lăudabile, în cât comitetul poate recapitula azi faptele mai importante ale anului trecut cu sentimentul datoriei împlinit nu numai de membrii lui, ci de al tuturor membrilor societăţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Născută din nevoia de a strânge pe toţi medicii din Bihor într'un singur mănunchiu, pentru a-şi comunica unii altora faptele mai importante din viaţa lor practică şi astfel complectându-şi cunoştinţele profesionale, societatea noastră a arătat, în anul pe care îl sfârşim, că existenţa ei este absolut necesară în acest colţ îndepărtat de centrele de cultură medicală a ţării.

De altfel acest lucru a fost confirmat, între alţii, de doi confraţi, cari fac podoaba generaţiei tinere de medici din ţară şi cari ne-au făcut deosebita cinste să se ocupe mai de aproape de societatea noastră. Unul dintre ei, D-l Agregat D-r TOMESCU, care de 10 ani nu pregetă să se ocupe în „România Medicală" de faptele medicale mai importante din toate colţurile ţării, scrie în numărul din 15 Septembrie 1932, al revistei: „....Trecând dela mişcarea medicală craioveană la celelalte manifestaţiuni de acelaş ordin, din alte centre ale ţării, o atenţie deosebită merită societatea ştiinţelor medicale din Oradea. D-rii Al. Pop, I. Glăvan, R. Costa şi o pleiadă întreagă de tineri, au întemeiat o societate foarte serioasă, cu şedinţe ce se ţin regulat, în cari se prezintă lucrări valoroase, Societatea publică un buletin al său, pe care l-am primit de curând, fapt ce arată un avânt deosebit în aceste timpuri refractare entuziasmului".

Al doilea dintre confraţi care s-a ocupat în deosebi de noi este harnicul conducător al „Mişcării Medicale Române" din Craiova, D-l Doc. D-r CANCIULESCU, care a reuşit să dea lumei medicale una dintre cele mai

valoroase reviste şi cu atât mai apreciată cu cât a luat fiinţă şi a reuşit să se menţină într'un centru medical important, dar departe de cele universitare. Revistei „Mişcarea Medicală" şi conducătorului ei, societatea noastră îi este recunoscătoare şi pentru faptul că ne-a publicat regulat, de ani de zile, dările de seamă ale şedinţelor şi astfel a făcut cunoscut lumei medicale activitatea desfăşurată de noi. In această ordine de idei trebue să aducem mulţumirile noastre conducătorilor revistei „Clujul Medical", cari ne-au arătat aceeaş atenţie ca în anii trecuţi, publicându-se regulat dările de seamă ale societăţii.

In calitate de cronicar al faptelor din anul trecut, trebue să amintesc, cu satisfacţie pe care desigur că o veţi simţi cu toţii, că activitatea societăţii noastre a fost atât de frumos apreciată de intelectualii oraşului nostru, încât, cu ocazia marei manifestaţiuni naţionale din Noembrie trecut, din Oradea, societatea noastră a fost invitată să ia cuvântul în numele medicilor din Bihor, fiind etichetată astfel ca cea mai importantă organizaţie medicală din Bihor.

In cursul anului trecut s'a ţinut 17 şedinţe, cu un număr total de 53 de comunicări şi conferinţe, cari se distribue astfel pe specialităţi:

Chirurgie	10
Ginecologie şi obstetrică	10
Oftalmologie	7
Radiologie	7
Medicină legală	4
Istoria medicinei	4
Interne	4
Dermato-venerice	3
Otorinolaringologie	2
Neurologie	1
Igienă socială	1

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Comunicările au fost făcute, în majoritate, de medicii spitalului de Stat, în al doilea rând venind medicii spitalului militar şi ai Institutului obstetric, apoi medici practicieni, din oraş şi medici de circumscripţie, din judeţ.

In cursul acestui an s'a împărţit tuturor membrilor buletinul societăţii pe anul 1931, împlinindu-ne astfel obligaţia pe care ne-o luasem şi vă pot anunţa că buletinul pe anul 1932 este aproape gata, încât va fi împărţit în curând fiecărui membru al societăţii. Cu publicarea acestor buletine anuale am reuşit să facem cunoscută activitatea desfăşurată la societate tuturor membrilor ei, cari n'au putut lua parte la şedinţe, din diferite motive.

Şedinţele s'au ţinut regulat la fiecare 2 săptămâni, iar programul lor a fost întocmit astfel ca materialul să fie variat şi din diferite specialităţi. Majoritatea comunicărilor a format-o prezentarea cazurilor clinice din diferite aşezăminte spitaliceşti din Oradea, apoi s'au făcut comunicări asupra metodelor noui terapeutice în unele maladii, s'a studiat efectul clinic al unor preparate nou introduse în terapeutică, s'au făcut în fine comunicări din domeniile cele mai variate (istoria medicinei, igienă socială, etc.).

In cursul anului s'au ţinut 3 conferinţe: una din domeniul medicinei experimentale D-r Purje-Cluj: reacţiunea hormonală de sarcină, cu care ocazie autorul a expus rezultatele obţinute prin experienţele pe animale, făcute în clinica ginecologică din Cluj. A doua a fost a d-lui D-r Munteanu Leonte-

Oradea: Malaria ca factor istoric, conferinţă în care autorul a evidenţiat rolul jucat de malarie în decadenţa popoarelor contaminate de această boală, în decursul veacurilor. A 3-a conferinţă a fost ţinută de d-l Prof. D-r Ioan Goia-Cluj: Limfogranulomatoza. A fost o interesantă punere la punct a problemei demonstrată cu statistici şi cazuri personale dintre cele mai concludente.

Şedinţele au fost frecventate atât de medicii români, cât şi minoritarii din oraş. Anunţarea şedinţelor s'a făcut prin invitaţii personale, trimise prin poştă la domiciliul fiecărui membru (cu care ocazie se comunică şi programul şedinţei) şi prin gazetele locale, româneşti şi minoritare. Sistemul invitaţiilor trimise la domiciliu a dat rezultate mai bune decât altele şi, după câte ni s'au comunicat, este cel mai preferat de membrii societăţii.

Comitetul viitor va trebui să insiste ca membrii societăţii să ia parte regulat la şedinţe. Programele sunt totdeauna încărcate, material fiind din abundenţă, iar calitatea comunicărilor este de aşa natură că ar face cinste să figureze în programele oricărei societăţi ştiinţifice cu reputaţie, aşa încât şedinţele societăţii noastre trebue să fie în viitor şcoala pe care trebue s-o frecventăm cu plăcere şi interes. Spun aceasta în special colegilor mai tineri, cari nu vor găsi o altă ocazie mai bună să se instruiască şi să-şi formeze un limbaj corect şi românesc.

Cunoscându-ne cu toţii lipsurile nu mai este nevoe să le amintesc, ci mă mulţumesc să urez viitorului comitet să realizeze ceeace noi încă n'am reuşit şi astfel nu vom înşela speranţele celor ce ne-au etichetat drept al 5-lea centru medical important din ţară".

*

După darea de seamă a secretarului general, d-l **D-r Găldău** aduce mulţumiri, din partea membrilor societăţii, d-lui **D-r Glăvan,** graţie căruia societatea a reuşit să ia un aşa frumos avânt şi prin care medicii români din Oradea au început să fie cunoscuţi şi apreciaţi la justa lor valoare de toate centrele şi societăţile ştiinţifice din ţară şi propune ca mulţumirile aduse d-lui D-r Glăvan să fie înscrise la procesul-verbal.

Apoi, sub preşidenţia de vârstă a d-lui **D-r Iluţia Teodor,** se procedează la alegerea noului comitet, după cum urmează:

Preşedinte este reales pentru a 6-a oară, D-l Medic Colonel **D-r Ionescu Mircea,** ca o dovadă a simpatiei de care se bucură între membrii societăţii şi o apreciere a meritelor avute în conducerea societăţii atâţia ani dearândul.

Vice-preşedinte este ales d-l **D-r Munteanu Leonte.**

Secretar general: D-l D-r **Ioan Glăvan.**

Casier: D-l **D-r Bratu Valer;** iar Secretar de şedinţă d-l **D-r Vaina.**

Membrii în comitet: D-nii D-ri **Costa Romul, Dumitreanu Zeno, German Victor, Iluţia Teodor, Matei Ioan, Lt.-Colonel Matei Florian, Nemes Al., Pop Al., Medic Maior D-r Tănăsescu Dumitru, D-r Găldău Dumitru.**

* * *

SOC. MEDICALA DIN LUGOJ

Dare de seamă asupra activităţii medicale

Această dare de seamă cam târzie, de oarece continuă pe aceea publicată în numărul de Februarie 1932, al acestei reviste, se referă la şedinţele medicale pe care le-a mai ţinut reuniunea

BCU Cluj / Central University Library Cluj

medicilor spitalului de aici, cu concursul colegilor practicieni din oraş. Astăzi această activitate e amorţită şi ne vom permite a încheia cu câteva reflexiuni sugerate de o activitate efemeră, însă nu mai puţin folositoare şi care va trebui reluată în scurt timp.

IN ŞEDINŢA DIN 20 IAN. 1932 (a XVII-a), D-l D-r Andrei Teodor, conferenţiază asupra **terapiei ulcerului gastric.** D-sa a experimentat cu bune rezultate novropotina, care a dat şi vindecări complecte, în inj. intramusculare la 2-3 zile. Deasemenea tratamentul cu angioxil i-a dat unele rezultae bune. La discuţie iau parte D-nii D-ri Fabian şi Andrei. D-l D-r Lichter, prezintă un caz de **paranoie periodică,** la un artist muzicant cu apariţia tardivă a primului acces. Bolnavul în opt zile a renunţat la ideile sale de grandoare sistematizate, care l-au dus la reacţiuni violente antisociale, datorite în parte şi unui delir revindicatoriu.

Apropie acest caz de părerea emisă de Specht, că paranoia poate fi socotită ca o manifestare în cadrul psihozei maniaco-depresive. La acest bolnav era demn de relevat apariţia unei erupţiuni zosteriene, cu nevralgie intercostală, odată cu ameliorarea stărei sale mintale.

In aceeaşi şedinţă sub formă de cronică, se referă asupra diferitelor actualităţi de prin eviste şi din clientelă privată de către D-rul Lichter.

ŞEDINŢA DIN 27 IAN. 1932, este ocupată de o comunicare asupra rezultatelor obţinute în serviciul de neuro-psihiatrie cu tratamentul în diverse maladii ale luminalului şi ale altor derivate ale acidului barbituric.

In ŞEDINŢA DIN 3 FEB. 1932, D-l D-r Loreni, tratează tema **Aplicaţiile gravităţii în terapeutică.** Gravitatea lucrează asupra întregului organism, ca agent fizic sau mecanic. Drenajul decliv, hemostaza declivă, declivitatea inciziilor, superclivitatea, etc., sunt denumiri pentru aplicaţiile gravităţii. Poziţia lui Trendelenburg, procedeul lui Hoffmann, recomandaţiile lui Martel (de a se opera leziunile craniene, în poziţia şezândă pe scaun a bolnavilor) tratamentul prin deplasare în colici nefretice, în înecare, la naşterea copilului, decubitul dorsal şi poziţiile decompresive de tot felul au la bază aceleaşi principii. D-l Loreni trece în revistă toate cazurile din domeniul chirurgical sau medical unde această terapeutică dă bune rezultate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-rul Lichter prezintă un caz de **Psoriasis generalizat la un schizofrenic.** In atnecedentele bolnavului găsim tuberculoza frecventă; pacientul are şi el leziuni tuberculoase. Interesant pare şi faptul că psoriasisul nu se prezenta întotdeauna generalizat ci adesea localizat şi atunci bolnavul părea mai agitat. Face legătura între etiologia psoriasisului care a fost susţinut şi ca fiind de etiologie tuberculoasă, de alţii însă de natură nervoasă. Teoriile în cazul de faţă şi în altele pe care le cunoaşte L. nu se exclud, din potrivă.

La discuţie iau parte D-l D-r Crivăţ şi D-l D-r Marinescu.

ŞEDINŢA DIN 10 FEB. 1932, este ocupată de o conferinţă a d-lui Maior D-r Roman, despre **Fiziopatologia gazelor de luptă.** Face un istoric al întrebuinţărei armei chimice până şi în timpul marelui răsboi. Descrie gazele în 4 clase: asfixiante, vezicante, iritante şi toxice şi trece în revistă proprietăţile lor generale şi particulare cu prezentarea substanţelor respective şi a armamentului de apărare. Inzistă atât asupra tratamentului cât şi a protecţiei individuale şi colective.

In ŞEDINŢA DIN 17 FEB. 1932 (a XXI-a), D-l D-r Crivăţ prelegează asupra **Maladiei lui Nicolas-Favre.**

In ŞEDINŢA DIN 24 FEB. 1932, D-l D-r Lichter tratează asupra **Grupelor sanghine şi cercetarea paternităţii,** cu demonstraţii practice de căutarea rapidă a grupelor sanghine la bolnavi şi personal infirmier.

La 2 MARTIE 1932, în a XXIII-a şedinţă se comemorează un an dela înfiinţarea acestor reuniuni technice. Se fac diverse propuneri, după ce secretarul acestor reuniuni face o dare de seamă a activităţii.

La 16 MARTIE 1932, D-l D-r Lichter conferenţiază despre **Turburările nervoase la copiii de şcoală.**

După această şedinţă urmează pentru reuniunile din Lugoj un repauz destul de îndelungat, după care în IANUARIE 1933, de astă dată sub auspiciile colegiului medical, vechile reuniuni par a-şi relua firul. D-rul Lichter conferenţiază despre *Indrumarea profesională.*

Cu aceste 25 şedinţe medicale, activitatea a amorţit. Reflexiunile sugerate sunt desigur unele generale aplicabile tuturor cazurilor similare şi altele mai puţin importante de caracter local. Printre primele socotim greutatea oricărui început, unde este vorba de educat, o deprindere inexistentă. Căci pe cât de trist pe atât de notoriu este faptul că odată fixat ca practician sau ajuns la un anumit nivel social, medicul mai citeşte medicina, afară de onorabile excepţii. Numai un interes deosebit ar mai putea determina pe medic să fie la curent în specialitatea sa şi aici rolul unor reuniuni periodice medicale apare covârşitor. Dar pentru aceasta este necesar ca cel puţin la început până la formarea deprinderei, să existe interesul a răspunde la convocare. Lucrul nu e imposibil în centrele mai mari, unde se găsesc medici cu grade universitare; e însă foarte greu în centre mai mici, unde numai dorinţa de a nu te „pune rău" cu un coleg de investiţie oficială, mai poate deştepta interesul unor astfel de reuniuni. Pe lângă lipsa deprinderii, şi a tradiţiei, mai vine şi monotonia revenirei aceloraşi colegi cu subiecte din specialitatea lor, acolo unde e centrul mic. Mai notez şi un oarecare antagonism profesional între diversele generaţii medicale, care se concurează uneori cu încălcarea unor regule elementare, pe care nu odată şi acei care astăzi protestează, le-au practicat la timpul lor.

Asupra consideratelor locale, nu e locul a inzista fiind mai puţin interesante şi putându-se duce la descrierea unui adevărat „specific medical" ceeace ar depăşi intenţiile noastre.

In rezumat reuniunile după unii dintre colegi au murit de o maladie acută, fiindcă până la sfârşit şedinţele au fost bine frecventate. Pentru alţii ele sunt numai într'o fază negativă, critică, inerentă atâtor începuturi fructuoase.

D-r Lichter.

Lugoj, August 1933.

C. — CONGRESE

CONGRESUL XII-lea BALNEAR

București, 20—21 Mai 1933

ZIUA I: Ședința de dimineață: Partea I-a administrativă. Ședința de după amiază: Partea II-a economică.

ZIUA II: Ședința de dimineață: Comemorarea Prof. D-r A. Theohari. Ședința de după amiază: Partea III-a Științifică.

D-r C. MICHAILESCU: **Raport** asupra balneologiei mondiale în anul 1932—33.

COMUNICĂRI

D-ri BĂLTĂCEANU și C. VASILIU: 1) Acțiunea apei de Căciulata asupra motilității intestinale. 2) Acțiunea apei de Căciulata asupra motilității ureterale. 3) Acțiunea apei de Pucioasa, isvoarele No. 1, 2, și Iod asupra presiunei arteriale. 4) Acțiunea isvoarelor No. 1 și 2 și cu iod dela Pucioasa asupra motilității intestinale. 5) Acțiunea apei isvor Ferdinand (Govora), asupra presiunei arteriale. 6) Acțiunea apei de Pucioasa isv. No. 1 și 2 și de iod asupra secreției bronchice. 7) Acțiunea apei de Vichy, isvorul Grande-Grille asupra motilității gastro-duodeno-colică. 8) Acțiunea apei de Borsec isvor. Madona, asupra motilității gastro-duodeno-intestinală. — D-ri E. COCIAȘU și ST. STĂNCULESCU: 1) Acțiunea apei minerale de Bodoc Matilda asupra secreției gastrice (studiu clinic). 2) Acțiunea apei de Vichy Celestins asupra secreției (studiu clinic). — D-ri E. COCIAȘU și N. BANU: 1) Acțiunea apei de Bodoc Matilda asupra motilității gastrice (studiu radiologic). 2) Acțiunea apei minerale de Vichy, isvorul Celestins asupra motilității gastrice (st. radiologic). — D-ri E. COCIAȘU și C. VASILIU: 1) Acțiunea apei de Vichy (Celestins) și Bodoc (Matild) asupra motilității duodenului și a veziculei biliare (studiu experimental). 2) Acțiunea apei minerale de Vichy (Celestins și de Bodoc-Matild) asupra cordului de broască (studiu experimental). — D-ri E. COCIAȘU, S. VASILESCU și M. STĂNCESCU: Acțiunea apei minerale de Vichy, isv. Celestins asupra glicemiei normale și patologice. — D-ri E. COCIAȘU și S. VASILESCU: Acțiunea apei de Vichy și Bodoc asupra uricemiei normale și patologice. — D-ri E. COCIAȘU și O. CARPEN: 1) Acțiunea peroxidolitică a apelor minerale de Bodoc și Vichy. 2) Acțiunea apei minerale de Someșeni isvorul No. 11 asupra secreției gastrice. — D-r E. COCIAȘU: 1) Acțiunea anagotoxică a apelor minerale de Bodoc și Vichy. 2) Acțiunea apei minerale de Someșeni isv. No. 11, asupra secreției biliare (st. experimental. 3) Acțiunea apei minerale de Someșeni isv. No. 2 asupra secreției biliare (st. experimental). — D-ri E. COCIAȘU și C. VASILIU: Noi contribuții la studiul acțiunei antianafilactice a apei de Vichy (Celestins). — D-r I. DANIEL: Considerațiuni asupra mecanismului acțiunei hipotensive a apei și băilor din Olănești. — D-r I. GHEORGHIAN POPESCU: 1) Modificările glicemiei normale sub influența apei de Someșeni (Cluj) isvorul No. 2 (st. experimental). 2) Acțiunea

apei de Borsec, isvorul principal asupra secreţiei biliare (tubay duodenal). Studiu clinic. 3) Acţiunea apei de Soticeni isvorul No. 3 asupra secreţiei gastrice (st. clinic). — D-r E. HURMUZACHE: 1) Schimbarea pragului de eritem cutanat, produs de razele ultra-violete artificiale, prin modificarea prealabilă a tegumentelor cu o apă mineralizată. 2) Un nou mod de aplicaţiune a nomolului în tratamentul nevralgiilor sciatice. Rezultatele obţinute în staţiunea Budachi-Cordon (Dacia). — D-ri C. ILIESCU, I. POPESCU şi Farm. D-r BIBESCU: Studiul influenţei apelor minerale iodurate şi sulfuroase dela Govora asupra pătrunderei prin barierele hemato-encefalice a agenţilor anti-sifilitici. — D-ri G. NICUNESCU şi C. VASILIU: 1) Noi contribuţiuni în studiul apelor de Slănic (isv. No. 3 şi 6) asupra contraţiei intestinale (st. experimental). 2) Acţiunea isvoarelor No. 3 şi 6 din Slănic Moldova asupra secreţiei bronchice (st. experimental). 3) Acţiunea apei de Slănic (isv. No. 3 şi 6) asupra motilităţei vesiculei biliare (st. experimental). — D-r NICOLAE RĂDULESCU: Acţiunea apei Someşeni No. 2 asupra secreţiunei gastrice (clinic). — D-r LEON RODESCU: Acţiunea apelor de Slănic-Moldova asupra hepatomegaliei în litiază biliară. — D-na D-r CORNELIA MORARU-STĂNESCU şi D-ra SOFIA VASILESCU: Acţiunea apei de Căciulata asupra glicemiei normale (st. clinic). — D-ir I. TĂTĂRANU şi GAITULESCU D.: Modificările biochimice (rezerva alcalină, ureea), în urma curei balneare Techirghiol. — D-ri GH. TUDORANU şi E. ALEXA: Acţiunea apelor de Slănci asupra hemolizei cu ser hemolitic în vitro şi în vivo. — D-ri GH. TUDORANU şi M. FRANCKE: 1) Cercetări bacteriologice preliminare asupra nămolului de Someşeni. 2) Cercetări bacteriologice preliminare asupra nămolului de Dorna. — D-ri GH. TUDORANU şi D. HERESCU: 1) Cercetări biochimice asupra nămolului de Someşeni regenerat cu germeni izolaţi din nămol. 2) Cercetări biochimice asupra nămolului de Dorna regenerat cu microbii izolaţi din nămol. — D-na A. HAGI PARASCHIV: 1) Analiza chimică a apei „Isvorul No. 3 din Stoiceni". 2) Analiza chimică a apei „Isvorul No. 6 din Stoiceni". — D-ri P. NICULESCU şi DIACU: Factorul crioscopic în transitul stomacal al apelor minerale. — D-ri P. NICULESCU şi CIOCHINĂ: Legătura dintre acţiunea antidiabetică a isv. Ferdinand din Govora şi acţiunea hipoglicemică a sulfului. D-r BORGOVAN I.: Acţiunea isv. Ladislau dela Borsec asupra secreţiei urinare. — D-ri NICULESCU ZINCĂ, I. BORGOVAN şi D. NICULESCU ZINCĂ: Radioactivitatea isvoarelor din Borsec, No. 2/1933.

Comunicări ştiinţifice (urmare). — D-ri C. ŞUMULEANU, A. GHEORGHIU şi Ing. chimist M. BOTEZATU: Analiza chimică a apelor minerale dela Slănic (jud. Bacău). — I. CLAUDATUS et J. MILIONA: Composition Chimique et origine des sources thermales de la „Lizde" d'Elbasan (Albania), No. 3/1933.

D-r C. MICHAILESCU: Profesorul D-r A. Theohari. — D-r VICOL: Congresul al XII-lea balnear. — Comemorarea Prof. A. Theohari. — Cuvântarea Preşedintelui G-ral Vicol. — D-r MICHAILESCU: Citirea scrisorilor de condoleanţe. — Discursurile d-lor doctori: C. Bacaloglu, Marius Sturdza, Gh. Tudoranu, G-ral Iliescu, Băltăceanu, Petruş Niculescu, Victor Gomoiu, Inginer Traian Meţianu, Marius Constantinescu, vice-preşed. Soc. Studenţilor în Medicină, Gr. Trancu-Iaşi, fost ministru. — Omagiul Cercului Medical (D-r I. Goldenberg). — Scrisoarea d-lui N. N. Săveanu, fost ministru, No. 4/1933.

(Din «Revista de Hidrologie medicală şi Climatologie» No. 2, 3 şi 4 | 1933).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

AL DOILEA CONGRES NAȚIONAL DE TUBERCULOZĂ

3, 4, 5 Iunie 1933 — Cluj

Al II-lea Congres național de tuberculoză a avut loc la Cluj, în zilele de 3—5 Iunie 1933, sub președinția D-lui Prof. D-r *I. Hațieganu;* — Secretari generali fiind D-nii Docenți D-ri *L. Daniello*-Cluj și *M. Nasta*-București.

Chestiunile la ordinea de zi a Congresului au fost:

I. PRINCIPIILE DE ORGANIZARE ALE ARMAMENTULUI ANTI-TUBERCULOS (cu privire specială la condițiile din România). — Raportor: **D-r S. IRIMESCU.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Concluziuni:

Tuberculoza ia în România o mare extensiune. Țară cu populațiune mai mult rurală — 80% din locuitori se găsesc la sate, — noi suntem acuma în faza de invazie acută a tuberculozei, care pe un teren virgin se poate să se implanteze și să isbucnească într'un mod intens.

Mijloacele de luptă sunt încă insuficiente. Cu o mortalitate ce atinge 3‰ în orașe — sunt sate unde atinge aproape aceași proporție — nu avem de cât un mic număr de paturi disponibile în spitale și sanatorii, 1300—1400 paturi când ar trebui mult mai multe, chiar pentru nevoile urgente de izolare și tratament.

Dispensarele afară de câte-va orașe mari — București, Iași, Craiova, funcționează cu organizații rudimentare, din cauza lipsurilor de fonduri pentru a îngriji de bolnavi. Cu toată marea criză economică actuală, ar fi posibil de a se ameliora o asemenea stare. Reunind toate fondurile disponibile am ajunge a realiza sume importante pentru a lupta pe o bază mai solidă.

Asociațiile particulare care fac tot posibilul de a îngriji bolnavii — au reușit în instituțiile lor de a obține rezultate terapeutice, fapte ce sunt dovedite din statisticile lor — federalizate ar putea constitui o mare Asociație națională contra tuberculozei.

Statul va delega reprezentanți în această asociațiune în care vor conlucra deasemenea reprezentanți ai diferitelor administrații și a caselor de asigurări.

Se vor constitui organizații locale provinciale spre a lucra după o

direcţie unitară în comun acord cu centrala, păstrând autonomia lor în ceiace priveşte gestiunea fondurilor realizate prin activitatea lor, dar ce vor lua parte la acţiunea de asistenţă comună cu o sumă ce se va fixa ulterior.

Statul nu poate contribui de cât foarte puţin în împrejurările actuale din cauza crizei budgetare în lupta contra tuberculozei. Cerându-i o contribuţie cât de mare posibilă va trebui să căutăm fonduri în altă parte. Aplicând legea la loteria Statului se va găsi fonduri în această luptă — 48 milioane lei se vor întrebuinţa pe an pentru tuberculoşi. Timbrul antituberculos de va fi lansat cu o sforţare mai mare de propagandă, va putea aduce sume mari. Un monopol de distribuţie al laptelui în oraşe a cărui beneficiu se va da luptei contra tuberculozei, va da un mare ajutor.

Contribuţia beneficiului monopolului alcoolului după un articol al legei acestui monopol, acel al direcţiei poştelor ce are angajamente cu ministerul sănătăţii de a-i servi o subvenţie anuală, taxele unui nou timbru sanitar, aplicat pe unele obiecte de lux, ar aduce sume considerabile.

Dacă s'ar pune în practică un program de luptă cum l'am schiţat în acest raport tuberculoza ar diminua în România cum s'a micşorat în celelalte ţări, cu adevărată cultură higienică şi sanitară.

Este rolul medicilor de a fi animatorii în lupta întreprinsă pentru a reduce numărul tuberculoşilor. Victoria trebue să fie la capătul acestei lupte. Până atunci nu trebue să ne desarmăm nici contra boalei nici contra atâtor inerţii capabile cari se opun ca această victorie să fie câştigată cât mai repede.

* * *

II. DEBUTUL TUBERCULOS PULMONAR LA ADULT ŞI DIAGNOSTICUL EI. — Raportor: Docent D-r L. DANIELLO.

Digitized by Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj

Concluziuni:

Doctrina clasică în sensul căreia tuberculoza fibrocazeoasă comună a adultului se desvoltă insidios, dintr'o leziune cu caracter folicular, situată în vârful plămânului şi se propagă continuativ de sus în jos poate fi considerată definitiv perimată.

Constatări anatomice, clinice, dar mai ales radiologice permit să afirmăm, că leziunea istologică a tuberculozei incipiente nu este foliculul, ci alveolita specifică, înconjurată de o reacţiune inflamatorie perifocală, ce infiltrează dela început şi în scurtă vreme teritorii mai întinse de parenchim.

Localizarea predilectă a infiltratelor tuberculoase se face în regiunea dintre claviculă şi hil (zisă intercleido-hilară) adeseori le găsim periscizural, mai rar la baze şi excepţional în vârfuri.

Patogenia infiltratelor ftizice nu este încă lămurită.

Ele trebuesc considerate ca reinfecţiuni, probabil de origine endogenă, fără să putem scoate cu totul din cauză contagiunile recente contractate pe cale aeriană din mediul extern.

Reinfecţiunile endogene pleacă pe una din cele trei căi: bronşică, sanguină şi limfatică, din vechi focare de tuberculoză latentă (ganglioni hilari, noduli calcifiaţi în parenchim, scleroze tuberculoase ale intestinului). Rolul ftiziogenetic pe care îl joacă printre ele scleroza vârfului (vechea apicită), după constatări clinice îndeajuns de confirmate, pare a fi neînsemnat şi această leziune nu trebue considerată ca o fază incipientă a ftiziei.

Potrivit caracterului pneumonic, debutul evolutiv al tuberculozei adul-

tului se traduce, în mai bine de jumătate a cazurilor, printr'un sindrom acut şi numai în rest prin simptomatologia discretă a unei impregnaţiuni bacilare.

Dată fiind localizarea lor profundă, cele mai multe infiltrate tuberculoase nu se exteriorizează prin sindrome stetacustice tipice şi nu pot fi recunoscute decât cu ajutorul examenului radiologic. Inainte de a-l practica n'avem dreptul să excludem prezenţa unei leziuni pulmonare.

In vederea stabilirii diagnosticului etiologic şi de activitate vom utiliza toate procedeele de explorare: examen fizic, radiologic, de laborator şi observaţia bolnavului.

Depistarea singurului semn de certitudine a tuberculozei: prezenţa bacilului Koch, trebue practicată sistematic dela începutul bolii căci de cele mai multe ori primele spute eliminate sau înghiţite sunt deja bacilifere.

Recunoaşterea precoce a unei ftizii incipiente este de cea mai mare importanţă prognostică şi profilactică, dat fiind că cele mai multe infiltrate evoluiază rapid spre cazeifiare şi ramolisment, dând în scurtă vreme metastaze bronşice la distanţă. Pentru a le opri evoluţia trebue să le opunem din timp un tratament energic căci, dacă scăpăm momentul oportun unei collapsoterapii, viitorul bolnavului este aproape totdeauna compromis.

*

ELEMENTE BIOLOGICE DE DIAGNOSTIC. — Coraportor: Docent D-r **M. NASTA.**

Conclusiuni:

Concluzia acestei expuneri cred că se impune dela sine. Nu avem metodă de mai mare certitudine, când rezultatul e pozitiv, nici de mai mare fidelitate pentru a decela cazurile, chiar cele mai discrete de tuberculoză pulmonară evolutivă incipientă, decât cercetarea bacilului în expectoraţie (spută, secreţie laringee, conţinut gastric, materii fecale) prin examenul direct, omogenizare, cultură şi inoculare ţinând seamă şi de formele filtrabile ale bacilului.

Tot ce ştim despre natura procesului anatomic al debutului tuberculozei pulmonare la adult, toate datele obţinute prin cercetări făcute anume în acest scop ca şi numeroase observaţiuni clinice, indicaţiunile atât de impresionante şi de preţioase pe care ni le dau ultimele cercetări asupra tuberculozei infantile, ne îndreptăţesc să afirmăm acest lucru.

S'ar părea la prima vedere că afirmând acest lucru enunţăm o banalitate şi că o atât de lungă expunere era inutilă dacă nu cel puţin exagerată, dacă era vorba de a ajunge la această concluzie. Totuşi credem că proclamarea acestui adevăr nu este inutilă. Când la lumina atâtor fapte, unele cu totul noui, vedem imensa valoare pe care o are cercetarea bacilului, care ne îndreptăţeşte să enunţăm aproape ca o axiomă afirmaţia că nu există leziune evolutivă incipientă fără eliminare de bacili, şi invers că fără aceasta, repetate examene rămânând negative, putem aproape cu siguranţă elimina tuberculoza evolutivă, nu avem oare cu toţii impresia că până acuma am pus prea puţin în practică toate metodele de care dispunem pentru decelarea bacilului şi că desigur din această cauză multe cazuri au fost diagnosticate mai târziu decât am fi putut s'o facem dacă nu neglijam toate resursele pe care această cercetare ni le punea la dispoziţie?

Evident, se poate spune că dacă bolnavul e sub continuă supraveghere,

mai târziu sau mai de vreme leziunea va deveni evidentă şi o vom mai putea surprinde încă într'un stadiu destul de precoce. Dar, lăsând la o parte faptul că nu întotdeauna avem putinţa de a urmări bolnavul, putem noi să afirmăm vreodată că ajungem prea de vreme sau măcar destul de vreme cu măsurile noastre terapeutice? Odată pornit procesul exudativ putem prevedea vreodată ce desfăşurare va lua? Şi chiar intervenind prin colapsoterapie, oricât de precoce, putem garanta întotdeauna o evoluţie fericită, aceasta încă reprezentând cel puţin 2 ani de tratament?

Prin urmare datoria noastră este să ajungem cât mai curând la un diagnostic de certitudine, şi să punem în funcţiune toate metodele de cercetare care ne-ar da, de n'ar fi decât o singură posibilitate în plus, pentru a ajunge la acest ţel. Dacă astăzi, cum am mai spus, nu facem tot ceiace trebue în această direcţie, este fiindcă nu eram poate suficient de pătrunşi de valoarea cercetărei bacilului pentru diagnosticul precoce al tuberculozei. Cred că expunerea noastră va fi avut de rezultat să întărească această convingere.

După cum nu mai concepem astăzi o staţiune de depistare a tuberculozei fără instalaţie radiologică şi fără personal competent pentru conducerea ei, cred că la fel nu trebue să mai admitem lipsa laboratorului bine utilat şi competent condus, unde să se poată face sistematic şi pentru toate cazurile suspecte cercetările de care am vorbit mai sus. Cheltuiala desigur că nu va fi mai mare, decât aceia necesitată de cerercetările radiologice, şi chiar dacă ar ridica cu ceva costul examinărei fiecărui bolnav, acest surplus de cheltuială este cu prisos compensat dacă printr'un diagnostic mai precoce reuşim să scurtăm cât de puţin durata tratamentului, în special a celui sanatorial, al cărui cost se cifrează cu sume variind dela 120—180 lei pe zi. Iar pentru a remedia şi acest inconvenient, al sporului de cheltueli, credem, că cea mai bună cale ar fi centralizarea activităţei diagnostice de preferinţă în puţine dispensare bine şi complect utilate, decât s'o lăsăm risipită în mai multe, incomplect instalate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dacă acest punct de vedere, al diagnosticului precoce, nu este indiferent nici în ţările, cari dispun de un armament antituberculos complect, el se impune în mod cu atât mai imperios la noi, unde mijloacele de internare şi de tratament sunt încă atât de insuficiente.

Faţă de carenţa autorităţilor de stat şi a opiniei publice, datoria noastră, a medicilor, este să redublăm zelul în perfecţionarea metodelor technice de diagnostic şi tratament, pentru ca puţinele şi insuficienţele mijloace pe care le avem la dispoziţia noastră să le putem utiliza cu maximul de eficacitate.

*

ELEMENTE RADIOLOGICE DE DIAGNOSTIC. — Coraportori: Doc. D-r **E. LAZEANU** şi Doc. D-r **A. GEORGESCU.**

Conclusiuni:

Clinica modernă se caracterizează desigur azi prin desvoltarea considerabilă a radiodiagnosticului în domeniul patologiei interne. Phtiziologia este una din ramurile medicinei care profită zilnic de datele radiologiei, graţie examenului radiologic, diagnosticul leziunilor iniţiale a devenit mai uşor. Pentru diagnosticul acestor leziuni de început a devenit capital rolul radiologiei.

De altfel diagnosticul leziunilor profunde şi a leziunilor cronice ce

evoluiază către scleroză este în general un diagnostic exclusiv radiologic. Dar radiologia ca orice metodă de laborator are limitele sale de sensibilitate.

Pentru chestiunea aşa de delicată al diagnosticului tuberculozei pulmonare la început, trebue să asociem toate metodele de investigaţie de care dispunem azi, deseori radiologia singură ne va da un diagnostic sigur.

In ceia ce priveşte technica examenului radiologic al plămânului apreciând însă în justa valoare radioscopia, suntem de acord că radiografia pulmonară este indispensabilă. Ea ne dă amănunte ce scapă radioscopiei. Dar pentru aceasta este necesar ca clişeul radiografic să fie impecabil. Azi se cere un desin foarte clar şi precis pe cât posibil, trebue să unim la o claritate maximă un contrast destul de pronunţat.

Inceputul tuberculozei pulmonare la adult s'a studiat în ultimul timp bazându-ne pe date radiologice. Teoria clasică care considera vârfurile pulmonului cu sediul leziunilor iniţiale, nu se mai admite azi. Radiologia ne-a arătat că această teorie nu este întotdeauna în conformitate cu realitatea.

Autorii germani Assmann din Lipsca şi Redeker din München, au descris ca sediul leziunei iniţiale ale tuberculozei pulmonare la adult, partea externă a regiunei sub-claviculare.

Simptomele clinice ale acestei leziuni sunt de cele mai multe ori atenuate, consistând într'o uşoară alterare a stărei generale ale bolnavului. Diagnosticul proces al leziunei este exclusiv radiologic.

Profesorul Leon Bernard din Paris, consideră hilul ca punct de plecare a tuberculozei pulmonare. Leziunile perihilare şi leziunile intercleidohilare sunt de cele mai multe ori leziunile incipiente ale tuberculozei pulmonare la adult.

Prin sediul lor profund leziunile hilare nu dau loc la semne stetacustice şi întotdeauna cu examenul radiologic obţinem diagnosticul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Vasele limfatice au un rol important în propagarea germenilor pathogeni. Profesorul Sergent a descris perilobulite şi profesorul Besançon tramita, consecutivă la reinfecţia pe cale limfatică.

Deseori tuberculoza pulmonaă se localrizează într'un lob al plămânului. Ea constitue atunci o lobită tuberculoasă, formă anatomică studiată de profesorii Leon Bernard şi Sergent. Diagnosticul acestor forme anatomice constitue o indicaţie de pneumotorace artificial.

Scizura interlobară este deasemenea un sediu frequent al leziunilor tuberculoase.

Scizuritele şi periscizurite studiate de Sabourin sunt bine cunoscute.

Pentru diagnosticul precis al tuturor acestor leziuni atât de variate cu sediu şi cu aspect clinic radiologia joacă un rol foarte important.

Ea ne dă în acelaş timp indicaţii precise din punct de vedere al pronosticului şi therapeuticei.

* * *

III. ARTRODEZA IN TRATAMENTUL CAXITEI TUBERCULOASE. — Raportori: Prof. **D-r I. IACOBOVICI** şi Doc. **D-r NICHITA.**

Conclusiuni:

1) Numărul cazurilor de artrodeză pentru coxalgie, adunat de noi cu prilejul acestui raport, este de 758.

Dintre acestea 46% au fost juxta-articulare; 30.4% para-articulare, 14.3% mixte; 9.3% intra-articulare; nedeterminate 2.5%.

Ca rezultate globale au fost: 88.7% bune, 9.5% mediocre, restul rele; mortalitate globală de 1.6%; prea recente 14%.

2) Indicaţiunile artrodezei în ceia ce priveşte vârsta şi faza de evoluţie variază foarte mult după autori.

Noi am admite mai curând părerea acelora, cari împart aceste indicaţiuni în absolute şi relative.

A). **Absolute** în următoarele sechele:

a) luxaţii iliace;

b) şolduri instalibile;

c) atitudini vicioase progresive;

d) şchiopătare pronunţată antalgică sau a fessierilor;

e) şolduri dureroase.

B). **Relative:** în următoarele forme de coxalgii, incomplect vindecate, sau în evoluţie, la adolescenţi şi adulţi:

f) coxalgii cu evoluţie prelungită (trenantă);

g) coxalgii recidivate;

h) forme uscate;

i) forme cu leziuni osoase precoce, care de regulă sunt menite să evoluieze grav;

j) în genere toate formele cu evoluţie gravă.

C). La copii majoritatea autorilor fac indicaţiuni relative şi numai în 2 forme:

a) forma cu destrucţiuni osoase rapide şi extensive.

b) formele rebele la tratamentul ortopedic.

Contraindicaţiunile sunt determinate de cauze:

a) **generale:** stare de bacilemie; alte localizări tuberculoase şi cu deosebire cele viscerale şi toate contraindicaţiunile operaţiilor, în genere;

b) **locale:** coxalgie bilaterală, în care se va urmări anchiloza numai de o parte; abcese, fistule, leziuni ale pielii şi părţilor moi.

3) Artrodeza nu schimbă principiile tratamentului clasic actual al coxalgiei, bazat pe imobilizarea şi despovărarea articulaţiei, dar a realizat la maximum aceste principii.

Artrodeza, judicios aplicată în coxalgii, realizează acelaş lucru ca sinostoza vertebrală în morbul lui Pott: adică un mijloc de vindecare a unoi forme cu evoluţie rea; o corectare a sechelelor; siguranţa unei vindecări mai durabile şi uneori mai repede.

Ca atare, artrodeza în coxalgie constitue un progres şi dovadă este faptul că ea se practică pe o scară întinsă tocmai acolo, unde metodele ortopedice au maximum de condiţiuni favorabile, pentru a da cele mai bune rezultate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

AL XIII CONGRES DE NEUROLOGIE, PSIHIATRIE, PSIHOLOGIE ŞI ENDOCRINOLOGIE

ţinut la Sibiu în zilele de 17, 18 şi 19 Septembrie 1933

Congresul se deschide în sala Prefecturii.

D-nul Insp. **Preda** salută congresiştii şi mulţumeşte publicului pentru viul interes ce poartă activităţii acestei societăţi.

Se trimite o telegramă omagială M. S. Regelui.

Apoi se alege comitetul congresului:

Preşedinţi: D-rii Prof. Marinescu, Prof. Parhon, Prof. Urechia, Prof. Minea, Prof. Papilian.

Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj

Vice-Preşedinţi: D-nii Agregaţi P. Tomescu şi Ionescu-Sişeşti, D-nii Conf. St. Drăgănescu, Radovici, Balif, D-ri Lascu şi D. Ionaşiu.

Secretarul congresului: D-r Stoenescu.

Secretari de şedinţă: Docent D-r Dimolescu, D-ri Dragomir, Popescu-Sibiu şi M. Briese.

Urmează apoi sărbătorirea d-lui Prof. Marinescu.

D-rul **S. Preda** arată că D-rul Prof. Marinescu, prin opera sa originală a făcut ca ştiinţa medicală română să fie apreciată în străinătate.

Ca fondator al neurologiei române, prin opera D-sale mondială, rămâne o glorie a ştiinţei. Acum când a atins vârsta de 70 ani, congresul şi elevii îşi arată mulţumirea de a-l avea în mijlocul lor şi-i doresc mulţi ani pentru a continua opera sa creatoare.

Aduce apoi cuvinte de laudă pentru Prof. Marinescu **P. S. Vicarul Stan,** D-l **C. Ştefan** prefectul judeţului, D-nul **Goritz** din partea municipiului Sibiu, D-nul **General Scheletti** din partea armatei, D-nul **Insp. Stoichiţă** exprimă de asemeni cuvinte de recunoştinţă din partea ministerului sănătăţii, apoi D-l **D-r Col. Worell** din partea colegiului medical din Sibiu şi D-nul **D-r Weidel** din partea medicilor saşi.

Ia apoi cuvântul D-nul **Prof. D-r Parhon** din partea şcoalei neurologice române, arătând viaţa şi opera D-lui Prof. Marinescu. Arată cum Prof. Marinescu a pus bazele adevăratei activităţi neurologice la noi în ţară, cum a ştiut prin inteligenţa şi avântul pentru ştiinţă să-şi atragă elevi.

D-sa are lucrări în toate ramurile neurologiei. S'a ocupat cu atrofiile musculare din hemiplegie, cu miopatiile primitive, neuroartropatiile, acromegalia, sclerodermia.

AL XIII CONGRES DE NEUROLOGIE, PSIHIATRIE, PSIHOLOGIE ŞI ENDOCRINOLOGIE

ţinut la Sibiu în zilele de 17, 18 şi 19 Septembrie 1933

Congresul se deschide în sala Prefecturii.

D-nul Insp. **Preda** salută congresiştii şi mulţumeşte publicului pentru viul interes ce poartă activităţii acestei societăţi.

Se trimite o telegramă omagială M. S. Regelui.

Apoi se alege comitetul congresului:

Preşedinţi: D-rii Prof. Marinescu, Prof. Parhon, Prof. Urechia, Prof. Minea, Prof. Papilian.

Vice-Preşedinţi: D-nii Agregaţi P. Tomescu şi Ionescu-Sişeşti, D-nii Conf. St. Drăgănescu, Radovici, Balif, D-ri Lascu şi D. Ionaşiu.

Secretarul congresului: D-r Stoenescu.

Secretari de şedinţă: Docent D-r Dimolescu, D-ri Dragomir, Popescu-Sibiu şi M. Briese.

Urmează apoi sărbătorirea d-lui Prof. Marinescu.

D-rul S. **Preda** arată că D-rul Prof. Marinescu, prin opera sa originală a făcut ca ştiinţa medicală română să fie apreciată în străinătate.

Ca fondator al neurologiei române, prin opera D-sale mondială, rămâne o glorie a ştiinţei. Acum când a atins vârsta de 70 ani, congresul şi elevii îşi arată mulţumirea de a-l avea în mijlocul lor şi-i doresc mulţi ani pentru a continua opera sa creatoare.

Aduce apoi cuvinte de laudă pentru Prof. Marinescu **P. S. Vicarul Stan,** D-l **C. Ştefan** prefectul judeţului, D-nul **Goritz** din partea municipiului Sibiu, D-nul **General Scheletti** din partea armatei, D-nul **Insp. Stoichiţă** exprimă de asemeni cuvinte de recunoştinţă din partea ministerului sănătăţii, apoi D-l **D-r Col. Worell** din partea colegiului medical din Sibiu şi D-nul **D-r Weidel** din partea medicilor saşi.

Ia apoi cuvântul D-nul **Prof. D-r Parhon** din partea şcoalei neurologice române, arătând viaţa şi opera D-lui Prof. Marinescu. Arată cum Prof. Marinescu a pus bazele adevăratei activităţi neurologice la noi în ţară, cum a ştiut prin inteligenţa şi avântul pentru ştiinţă să-şi atragă elevi.

D-sa are lucrări în toate ramurile neurologiei. S'a ocupat cu atrofiile musculare din hemiplegie, cu miopatiile primitive, neuroartropatiile, acromegalia, sclerodermia.

IV.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

† Emile Roux (1853 – 1933)

Născut la 1853, face primele studii medicale la Clermond-Ferrand, unde este elevul lui Duclaux. In 1877 devine preparatorul lui Pasteur. Dela început studiază cu maestrul său şi cu Chamberland cărbunele şi organizează lupta împotriva acestei maladii. Anii 1880—1882 de o importanţă capitală pentru bacteriologie sunt anii în cari Pasteur şi Roux studiază cholera găinilor, stabilind că maladia este infecţioasă, inoculabilă şi contagioasă. Studiului acestei maladii îi urmează descoperirea vaccinaţiei anticarbonoase, care va deschide calea vaccinări în diferite maladii. Roux în calitate de medic este un colaborator preţios cu care Pasteur descoperă metodul de vaccinare împotriva turbării. Acest studiu a constituit şi subiectul tezei de doctorat a marelui savant. Dela această dată lucrările şi descoperirile lui Roux se succed din ce în ce mai importante. Impreună cu Yersin pune la punct problema baccililor difterici şi pseudo-difterici, capitol în care nici bacteriologia modernă nu ar găsi nimic de modificat. Marea sa descoperire a fost însă când a dovedit că bacilul difteric nu acţionează prin răspândirea în organism, ci prin intermediul toxinei difterice. Descoperirea aceasta a dus la seroterapia antidifterică şi antitetanică, preventivă şi curativă.

Intr'un memoriu din 1894 Roux, L. Martin şi Chailou aduc rezultatele a 300 cazuri de difterie complicate, tratate cu ser scăzând mortalitatea dela 51,71% la 24,5%. Roux a stabilit legile generale ale seroterapiei.

Ca Director al Institutului Pasteur, personalitatea savantului şi cercetătorului este imprimată tuturor celor ce au lucrat în laboratoarele sale, astfel că prin iniţiativele ce a luat prin directivele ce a dat, prin sfatul său, contribuţia sa anonimă se găseşte amestecată în toate importantele lucrări ce s'au făcut în acest focar de ştiinţă.

Trăind ca un ascet, Roux nu a avut altă preocupare decât bacteriologia conformă cu tradiţia Pasteuriană, decât munca pentru dragul de a munci, decât cercetarea ştiinţifică pentru binele umanităţii.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

† Albert Calmette (1863 - 1933)

Născut la Nisa în 1863, aparţine întâiu marinei, trece apoi în serviciul sanitar al trupelor coloniale şi lucrează în Institutul Pasteur din Saïgon. Aci se ocupă de sacharificarea amidonului, de fabricarea alcoolurilor industriale, organizează vaccinarea anti-variolică şi face studii memorabile asupra veninurilor de şerpi. Prepară serul antipestos şi ajunge la descoperirea serului antiveninos. Conduce în 1895 Institul Pasteur din Lille, unde începe studiile asupra tubecrulozei, organizând şi lupta contra aecstei maladii sociale prin crearea de dispensarii.

Tot aci îşi începe primele încercări de vaccinare antituberculoasă la bovidee, iar ca Profesor al Facultăţii din Lille, desfăşoară o intensă activitate de higienă publică, realizând instalaţiile de epuraţie biologică a apelor reziduale.

In 1910 fondează Institutul Pasteur din Alger.

Războiul îl găseşte la Lille, unde suferă durerea şi tirania invaziei inamice, rezistând din toate puterile în apărarea sănătăţii populaţiei.

In această perioadă redactează importanta sa lucrare „L'infection bacillaire et la tuberculose".

După războiu, ca subdirector al Institutului Pasteur din Paris, face primele încercări pe om ale vaccinului său pe care l'a preparat împreună cu Guérin. Rezultatele bune ce obţine fac ca B. C. G-ul să fie răspândit în numeroase ţări şi statisticile cu mii de cazuri vin să-i confirme rezultatele favorabile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ca toţi marii descoperitori trebue totuşi să-şi apere opera. Este atacat din multe părţi şi în special de cercetătorii germani. Catastrofa dela Lubeck pare să fie lovitura cea mai puternică.

Calmette răspunde cu argumente din cele mai scrioase. Ancheta dela Lübeck făcută de specialişti germani, arată că B. C. G-ul nu poate fi cauza nenorocirii. Gloria lui Calmette creşte prin înfrângerea adversarilor şi Calmette avu bucuria să vadă opera sa atât de folositoare umanităţii, adoptată aproape pretutindeni.

Munceşte fără răgaz la perfecţionarea acestei opere şi se stinge în plină activitate şi glorie ştiinţifică.

* * *

Un neurolog român laureat al premiului Potain.

In cotidianul „Dimineaţa" D-l D-r *Ygrec* scrie între altele:

„Agenţia telegrafică „Rador" a transmis ziarelor româneşti vestea că „Academia de Medicină din Paris" a decernat premiul **Potain** neurologului român D-rul Ionescu-Siseşti, (**Potain** e numele celui mai mare cardiolog francez). Ştim că premiul Potain n'a mai fost acordat nici unui savant român şi mi se pare, n'a fost atribuit până azi nici francezilor. Pe doctorul

Ionescu-Siseşti îl cunosc personal de vreo doi ani, de când, părăsind clinica dela Salpetrière din Paris, unde ocupa invidiatul post de şef de clinică, studiind în colaborare cu Prof. Guillain, venise la Bucureşti spre a ocupa catedra de Agregat la clinica de boli nervoase a facultăţii noastre. Mai ştiam că acum trei ani, o lucrare a d-sale asupra tumorilor medulare, a fost medaliată de Facultatea de medicină din Paris, lucrare care a fost elogiată de revistele medicale de specialitate din întreaga lume.

Noua d-sale lucrare pe care Academia de Medicină din Paris o cinsteşte de astă dată cu premiul Potain, e referitoare tot la bolile măduvei şi ale bulbului rachidian. Titlul ei este: **„Syringobulbie, contribuţie la Fiziopatologia trunchiului cerebral".**

Am ţinut s'o cunosc, fiindcă mă interesează din medicină mai mult lucrările privitoare la creer. O am acum înaintea mea şi după ce am citit-o (deşi e un volum de 360 pagini), îmi dau seama de marea ei valoare. D-rul Ionescu-Siseşti studiază în ea o boală a bulbului, adică a prelungirii măduvei spinării spre creer, boală („syringomyelie"), care până acum nu era privită ca o boală a parte (ca o „entitate"), ci era încorporată între boalele măduvii care ating canalul central al acestui organ.

Mulţi ani de zile a lucrat laureatul de astăzi, spre a pune la punct atâtea şi atâtea probleme de fiziologie, şi-n deosebi de anatomopatologie a sistemului nervos, până să aibă succesul recunoscut astăzi de cel mai înalt for al ştiinţei medicale.

Studiul d-sale ridică multe probleme noui cu privire la funcţiunile bulbului şi prelungirilor sale în creer. D-sa aduce vederi cu totul noui, personale şi extrem de interesante asupra nucleilor nervoşi din creer, din care iau naştere nervii cei mai importanţi pentru viaţa omului. D-sa aduce o concepţie cu totul originală (şi verificată ca exactă) asupra acelor centrale din bulb de unde pornesc mişcările inimii şi ale respiraţiei.

Profesorul Guillain, şeful serviciului de la Salpetrère, urmaşul lui Charcot, Dejerine, Pierre Marie, vorbind de lucrările D-rului Ionescu-Siseşti afirmă că aceste cercetări ale savantului neurolog român vor revoluţiona noţiunile cele mai clasice asupra fiziologiei şi patologiei bulbului rachidian".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Asociaţie, Sindicat sau Colegiu Medical?

D-l D-r *M. Kernbach*, ridicat de curând la treapta de Prof. univ., şi de Director al Inst. Medico-legal din Cluj, publică la acest titlu în No. 11 din „Clujul medical" un documentat şi interesant articol, în care înfăţişează pe rând instituţiile profesionale medicale în diverse ţări şi evoluţia lor conformă cu necesităţile timpului. Din analiza lor D-l Prof. Kernbach ajunge la concluzia că Asociaţiile au fost lipsite de puterea de acţionare şi că sindi-

catul este „contra principiilor fundamentale ale artei şi ştiinţei, cărora le repugnă forţa brutală multiplicată cu scopul aproape esenţial, dobândirii unei existenţe cât mai frumoase, depăşind limitele impuse de onoarea şi morala profesională".

D-l Prof. Kernbach îşi rezumă propunerile D-sale, asupra organizării corpului medical, în următoarele 3 puncte:

1) Corpul medical să fie acel senat corporatist, singurul în măsură a conduce şi fixa legile, regulamentele vieţii medicale şi sanitare medicale, ca autoritate de sine stătătoare, cu putere legislativă.

2) Această corporaţie să vegheze ca rolul acestei profesiuni în Stat să nu fie prin nimic atins, iar tendinţele de a transforma o profesie liberă în una aservită politicei sau salarizării necorespunzătoare, să fie dela început înlăturate, cu condiţia ca aplicarea operilor de asistenţă şi medicină socială să nu fie cu nimic împiedecate. Ea să asigure o existenţă materială demnă de rolul unui medic în Stat.

3) Aceeaşi corporaţie să aibă dreptul — şi numai ea singură — de a veghea, controla şi sancţiona abaterile dela conduita de demnitate şi moralitate a profesiunii, menţinând cu stricteţe locul de onoare ce-l ocupă ea în rostul unui stat.

D-r I. R.

D-l Prof. Kernbach D-r M. înlocueşte la catedra de medicină legală a fac. de medicină din Cluj, pe D-l Prof. D-r N. Minovici, transferat la Bucureşti.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-sa desfăşoară o activitate ştiinţifică şi profesională variată şi intensă pe terenul medicinei româneşti, pentru care merită toate laudele.

D-l Prof. D-r M. Kernbach face parte din Comitetul de redacţie al revistei „Mişcarea Medicală Română", încă dela apariţie.

Aducem omagiile noastre colaboratorului, care împreună cu atâţia alţi distinşi membri ai Corpului universitar medical românesc ilustrează Comitetul de redacţie al revistei noastre.

D-r M. C.

* * *

D-l Prof. D-r C. Daniel a luat parte la al VII-lea Congres al Asoiaţiei Ginecologilor şi Obstetricenilor de limba franceză care a avut loc la Paris dela 5—7 Oct. D-sa a prezentat între altele „Rezultatele a 38 de cazuri de tuberculoză utero-anexială" operate de D-sa.

D-l *Prof. Couvelaire* care prezida a mulţumit D-lui Prof. Daniel elogiindu-i activitatea. Deasemenea Asociaţia medicilor români din Paris a sărbătorit pe D-l Prof. Daniel printr'o şedinţă festivă.

* * *

Criza medicinei şi sinteza istorică

Cu acest titlu, D-l Prof. D-r *V. Bologa* a ţinut o interesantă Conferinţă la Societatea Ştiinţelor medicale din Cluj.

Prin **criza medicinei** D-l Prof. Bologa înţelege criza doctrinei medicale şi mai precis instabilitatea doctrinară în ştiinţa şi arta medicală modernă. După ce exemplifică această părere, autorul crede că: „Pentru a înţelege clar ideile fundamentale şi eterne, însăşi esenţa şi scopul medicinei, adică pentru a o concepe situaţia şi a o înţelege filosofic, nu ajunge să-i cunoaştem numai elementele actuale, dobândite mai ales prin inducţie, trebue să o simţim, s'o trăim şi să o retrăim". După ce arată importanţa studiului istoriei medicinei „ca instrument intelectual pentru cunoaşterea rădăcinilor problemelor de azi" D-l Prof. Bologa închee interesanta D-sale Conferinţă astfel:

„Prin **sinteză,** cu ajutorul gândirii istorice, medicul poate ajunge la o pătrundere filosofică a ştiinţei şi artei sale, devenind iarăşi hipocratic, în înţelesul cuvântului plin de adâncime al tatălui medicinei: „Medicul filosof este egal zeilor. Numai astfel el poate să-şi redobândească o doctrină, a cărei lipsă credem că e una din cauzele crizei gândirei medicale moderne".

D-r I. R.

* * *

Congres Internaţional de Radiologie 1934

Conform regulamentului congreselor internaţionale de radiologie nu pot participa la aceste congrese decât membrii societăţii internaţionale de radiologie sau cei recomandaţi de aceste societăţi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Societatea Română de Radiologie anunţă deci confraţii cari ar dori să participe la Congresul Internaţional de Radiologie, care se va ţine dela 21 la 24 Iulie 1934, la Zürich şi St. Moritz, că **adesiunile se primesc la Societatea Română de Radiologie** (adresate fie preşedintelui, **D-r Jovin,** Bd. Dacia No. 19, fie secretarului general, **D-r Meller,** Str. Banu-Manta No. 30, pentru a putea fi trimisă la Zürich).

Pentru a uşura formalităţile în ceia ce priveşte trimiterea cotizaţiei, care este de 60 fr. elveţieni pentru membrii titulari şi 30 fr. elveţieni pentru membrii asociaţi, Societatea îşi va lua angajamentul să facă această trimitere în bloc, anunţând participanţii despre aceasta la timp.

* * *

Cum trebuesc făcute alegerile la colegiile medicale

Alegerile pentru Colegiile medicale judeţene, în conformitate cu art. 168 din legea sanitară, urmează să continue în cele mai multe judeţe din ţară. Astfel că, am fost solicitaţi din diferite părţi, să arătăm în coloanele acestei reviste — care s'a ocupat prin numeroase articole de problemele profesionale şi de organizaţie sanitară şi care mai uşor îşi poate procura materialul informativ — cari sunt modalităţile de efectuare a alegerilor la colegiile medicale judeţene.

După informaţiile ce avem, alegerile, acolo unde au avut loc, s'au efectuat după norme diferite: Astfel, în unele părţi s'au depus mai multe liste de câte 5 membrii, din care s'a votat una prin aplicarea ştampilei „votat". In alte părţi s'a depus o singură listă, care a fost proclamată aleasă fără vot şi în rare cazuri procedura a fost acea *într'adevăr legală.*

Nu este de mirare deci, că faţă de aceste norme diferite de procedare, s'au ivit proteste. Astfel, alegerile la Colegiul medical din Ilfov, unde s'a prezentat şi a fost aleasă o singură listă, au fost comentate de către D-l D-r Rotman, Directorul „Presei Sanitare" în „Universul" din 16 Noembrie crt.

In articolul D-sale cu titlul *„Alegerile dela Colegiul Medicilor din Ilfov. O punere la punct pentru cele 70 secţiuni judeţene şi tot corpul medical din ţară,* spune în rezumat următoarele:

Alegerile la Colegiul medical al judeţului Ilfov urmau să fie amânate în baza contestaţiei sindicatului medicilor înregistrată la No. 143247 din 10 Nov. crt. şi a referatului Contenciosului administrativ No. 16451 din 11 Nov. crt., pentru motivele că **publicaţiile nu s'au făcut cu o lună înainte afişarea nu s'a făcut** la locul secţiunii judeţene şi la prefectură **şi nu s'a întocmit lista complectă a medicilor.**

„Pentru a scăpa de îndeplinirea cerinţelor legale, biroul electoral a găsit cea mai rapidă formulă declarând pur şi simplu aleasă lista unică depusă pe baza art. 53 din legea electorală". Acest procedeu de alegere D-l D-r Rottman îl socoteşte ilegal, pentru motivul de nerespectarea a aceluiaşi articol 53 din legea electorală, care arată formalităţile ce trebuesc îndeplinite şi cari, după părerea D-sale, la Ilfov nu au fost respectate. Din articolul D-lui D-r Rottman reţinem însă o serie de precizări de un deosebit interes: „Greşit s'a prevalat însă biroul electoral de acest articol (este vorba de art. 53 din legea electorală) de oarece pentru aceste alegeri nu se cere a se depune două liste **ci una singură** aşa cum a prevăzut Ministerul Sănătăţii cu ord. No. 65415 din 19 Noembrie 1930...",

In acest ordin la punctul 3 citim:

„Toate candidaturile se vor scrie pe o singură listă, după alfabet, iar votanţii vor şterge după listă pe candidaţii pe cari nu-i vor, lăsând cel mult cinci, cari se vor declara aleşi în ordinea numărului de voturi obţinute".

Pentru a întări mai mult acest mod de votare, D-l D-r Rottman arată că Regulamentul comitetului executiv al colegiilor medicale, aprobat de Ministerul Sănătăţii cu No. 33214 din 1 Oct. 1931 stipulează în art. 17 următoarele:

„Alegerea este secretă şi se face prin buletine de vot, votând PERSOANE după o singură listă, pe care Colegiul medicilor o înmânează celor cu drept de vot".

Reese deci precis că, în conformitate cu dispoziţia ministerială şi regulamentul amintit mai sus, *votarea se face alcătuind o singură listă alfabetică a tuturor candidaţilor iar alegătorii aleg persoane, cel mult cinci, după această listă unică, pe care colegiul medicilor o tipăreşte pe buletinul de vot.* Nu este nicăeri vorba nici de mai multe liste şi mai ales nu se vorbeşte despre alegerea pe liste.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sistemul votării pe liste este defectuos din mai multe motive:

1) Listele se alcătuesc deobiceiu, din cercuri de prieteni sau simpatii, ceace împiedecă pe unii din cei cari ar reprezenta cu prestigiu şi demnitate corpul medical, să refuze această cinste ancorându-se de un cap de listă, sau formându-şi una personală pentru care să lupte ca pentru un partid în miniatură, înţelegând doar să solicite singur şi independent de ceilalţi votul colegilor.

2) Dacă alegătorul apreciază o persoană după o listă şi pe celelalte după restul listelor, el nu poate alege decât în bloc persoanele după o singură listă.

Şi împiedecă astfel adevărata selecţiune a candidaţilor şi se opreşte astfel alegerea unei reprezentanţe de prestigiu şi autoritate.

3) Sistemul de alegere pe listă prin aplicarea ştampilei este înjositor pentru corpul medical. Dacă în exercitarea votului universal, ştampila aplicată pe semnul electoral înlocueşte ştiinţa de carte a multor din alegătorii analfabeţi, acelaş sistem nu poate fi decât degradant pentru un corp de intelectuali şi o insultă pentru judecata lor şi spiritul lor critic.

4) Nu se poate obiecta că alegerea pe liste are în vedere păstrarea unităţii de conducere şi a unui spirit de solidaritate în comitet, fiindcă la colegiul medicilor comitetul nu se alege nici în baza unui program al listei nici pentru realizarea unui program al colectivităţii medicale, ci pentru unicul scop de a fi forul de judecată şi supraveghere a legilor sanitare şi deontologice. Şi încă, în societăţile unde comitetele se aleg în baza unui program, reprezentarea proporţională este admisă ca o necesitate de contrapondere şi control.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

Din cele expuse se poate deci conchide că votarea *persoanelor după o unică listă a tuturor candidaţilor aşezaţi în ordinea alfabetică,* nu este numai legală în *conformitate cu dispoziţiile ministeriale şi regulamentele amintite, dar şi logică şi mai ales în conformitate cu demnitatea şi prestigiul unui corp selecţionat de alegători, cum este corpul medical.*

Redacţia.

* * *

Conferinţe de neurologie oculară

D-l Docent D-r Petre Vancea, şef de lucrări al Clinicei Oftalmologice, va începe în cursul lunei Ianuarie o serie de conferinţe de neurologie oculară. Aceste conferinţe publice şi gratuite vor avea loc în fiecare Vineri la orele 18, în Amfiteatrul Clinicei Oftalmologice din Cluj, după următorul program:

1) Vineri 19 Ianuarie: Introducere la studiul neurologiei oculare.

2) Vineri 26 Ianuarie: Anatomia şi fizio-patologia căilor optice.

3) Vineri 9 Februarie: Staza papilară ca expresiune a ipertensiunei intracraniene. Terapeutica sa.

4) Vineri 16 Februarie: Pronosticul paraliziilor oculare în traumatismele închise ale craniului.

5) Vineri 23 Februarie: Localizările cerebrale. Zonele vizuale.

6) Vineri 2 Martie: Sifilisul sistemului nervos central şi corelaţiile sale oculare.

7) Vineri 9 Martie: Tulburările oculare în scleroza în plăci.

8) Vineri 16 Martie: Encefalita epidemică. Paraliziile mişcărilor asociate.

9) Vineri 23 Martie: Idrodinamica intracraniană şi corelaţile sale cu aparatul vizual.

10) Vineri 30 Martie: Sindromele arteriale.

11) Vineri 20 Aprilie: Tonusul muşcular şi motilitatea oculară.

12) Vineri 27 Aprilie: Sindrome simpatice oculare.

13) Vineri 4 Mai: Inegalitatea pupilară.

14) Vineri 11 Mai: Trigemenul ocular. Patologia sa.

15) Vineri 18 Mai: Ochiul şi glandele endocrine.

* * *

O anchetă

Cu privire la ancheta propusă de D-l D-r *C. Samson* din Paşcani, în numărul precedent al revistei, D-l D-r *M. Schächter* din Bucureşti, trimite următoarele:

„Am citit cu multă plăcere ancheta propusă de D-l D-r C. D. Samson, cu privire la chestiunea posibilităţii înghiţirei de şerpi. Cu această ocazie îmi permit şi eu să vărs la desbaterea problemei, un caz de care am auzit în timpul şederei mele la ţară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Era vorba de un copil (o fetiţă) care după ce a lucrat mai multe ore în câmp, a adormit de oboseală. Când s'a sculat, a simţit o jenă în abdomen. Jena a devenit repede foarte îngrijorătoare, aşa că s'a recurs la sfatul unei babe, care a diagnosticat: înghiţirea unui şarpe. Ca remediu s'a propus următoarea manevră. S'a ţinut fetiţa cu capul în jos şi picioarele în sus, deasupra unui lighian umplut cu **lapte cald.** Rezultatul fu că şarpele a ieşit încet încet din stomac, şi apoi a fost omorît cu lovituri de baston.

Natural că, informându-mă mai deaproape mi s'a spus că nimic din toate acestea nu corespund adevărului.

Ţin să observ ceva la finele acestei întâmplări. Mi se pare că toate relatările de cazuri cu înghiţire de şerpi, sunt cu totul de domeniul irealului. Dealtfel, chiar în timpul studiilor mele în Franţa am putut auzi poveşti de acest gen, deşi în regiuni unde nu există deloc şerpi.

Este banal de se repetă că nu este posibil ca somnul să nu fie întrerupt de pătrunderea orală a oricărui corp străin, fie chiar o bomboană... căci reflexul faringian este un păzitor destul de vigilent pentru a opri sau preveni cel puţin intrarea necontrolată a unui obiect în faringe.

Literatura medicală nu conţine date asupra acestei chestiuni care niciodată n'a venit la controlul obiectiv al unui medic. Un profesor pe care l-am întrebat de această chestiune între altele, mi-a spus: ce sont des bêtisses".

Dr. M. Schächter

BCU Cluj / Central University Library Cluj