ANUL IX-lea, No. 11—12. NOEMBRIE-DECEMBRIE 1936.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

I.

Pag.

Cronica medicală română 569

D-r VIOREL POPESCU — NECROLOG de D-r N. ALEXANDRESCU-Galați . 575

PARTEA I

D. MAVROMATI: ORIGINA HORMONULUI SEXUAL FEMENIN—FOLICULINA . 577

Docent V. D. MÂRZA: ASUPRA VARIETATILOR SI ORIGINEI CELULELOR INTERSTITIALE ALE OVARULUI 587

Docent I. NITZULESCU: NATURA SI ROLUL VITAMINELOR IN CAZUL PROCESELOR METABOLICE 594

ELENA PREDA DEREVICI: STUDIUL CONSTITUȚIEI IN STARE NORMALA SI PATOLOGICA. RAPORTUL EI CU ENDOCRINOLOGIA 610

Docent D-r ȘTEFAN POPESCU: TIROIDECTOMIA TOTALA 616

M. SCHÄCHTER: LIPO-DISTROFIA, O TURBURARE A LIPO-DISTRIBUTIEI . 629

PARTEA II

Prof. D-r N. HORTOLOMEI, D-r Th. BURGHELE și D-r M. GHERASIM: ALCOOLIZAREA SIMPATICULUI LOMBAR IN ARTERITELE OBLITERANTE JUVENILE . 633

Prof. TITU VASILIU: CUVÂNT CE TREBUIA SA FIE ROSTIT LA ANIVERSAREA A 10 ANI DELA MOARTEA LUI VICTOR BABEȘ 645

Docent S. IAGNOV, S. CALMAN și A. TAUBER: CONTRIBUTIUNI LA STUDIUL INSUFICIENTEI COLECISTICE 649

Doc. D-r ALFRED DIMOLESCU: ASUPRA MECANISMULUI DE PRODUCERE AL FORMELOR CLINICE IN UNELE PSIHOPATII SI PSIHOZE—ROLUL CONSTITUTIUNILOR MINTALE. *(Studiu clinic)* 661

I. BRECHER: DESPRE O NOUA METODA MARGINOPLASTICA SIMPLIFICATA PENTRU TRAT. OPERATOR AL TRICHIAZEI (INCLAVAREA INTERMARGINALA A PELICULEI DE OU CA SUCCEDANEU AL MATERIALULUI AUTOPLASTIC) 671

CONSTANTIN EFTIMIE și ST. MARIN: CINCI ANI DE ACTIVITATE CHIRURGICALA A SPITALULUI DIN PIATRA-NEAMȚ 677

IOSIF LEONIDA: EUGENIE SAU ETNOLOGIE? (O CONFUZIE SI UN RASPUNS). 692

EUGEN HERSKOVITS și FRANCISC HERSKOVITS: PRINCIPIUL REGAUD COUTARD IN RADIOTERAPIA CANCERULUI 699

Docent D-r M. POPESCU-Buzeu: SAPTAMÂNA MEDICALA BALCANICĂ . . 702

(Urmare pag. 2 cop.)

45.211.

SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Cluj / Central University Library Cluj

PARTEA III

Soc. ştiinţifice

A — pag.

ACADEMIA DE MEDICINA — *Şed. din 3 Martie, 17 Martie, 31 Martie, 28 Aprilie, 5 Mai, 19 Mai | 1936* 707

SOC. STIINTELOR MEDICALE DIN ORADEA — *Şed. dela 27 Martie (Adunare generală) 1936* 714

B

Cărţi — Monografii
Reviste noi

I. STOIA et P. STANCIULESCO: LE CANCER *(Etudes anatomo cliniques)* — Masson, Paris, 1936 717

Docent D-r AUREL VOINA: INGRIJIREA TENULUI. — Editura «Cugetarea», Bucureşti, 1936 718

D-r I. DUMITRESCU-POPOVICI: REGIMURILE ALIMENTARE IN DIVERSELE MALADII. — Buzău, Tip. Luca I. Oprescu, 1936, 160 lei 720

M. POPESCU-BUZEU: TRAVAUX DE LA III-ème SEMAINE MEDICALE BALCANIQUE — Bucarest 6—12 Juin, 1935, Tip. „Scrisul Românesc", Craiova . . . 722

D-r D. TĂNĂSESCU: BAILE HERCULANE — *(Generalităţi, isvoare, posibilităţi terapeutice, discuţiuni, interpretări, propuneri)* — Bucureşti, Institutul grafic „Lucia", 1936 723

D-r PETRE VLAD: PROBLEME DEMOGRAFICE CLUJENE SI RAPORT DE ACTIVITATE PE ANUL 1935. — „Universala", Cluj, 1936 724

D-r M. ENESCU: SITUATIA ECONOMICA A POPULATIEI RURALE DIN PUNCT DE VEDERE AL SANATATII PUBLICE SI AL HYGIENEI — Roman, 1936 725

REVISTA DE ENDOCRINOLOGIE, GYNECOLOGIE, OBSTETRICA 726

REVISTA SPITALELOR 728

Recensate de *D-r M. Cânciulescu*

NOI „CARTI" SI „REVISTE" PRIMITE LA REDACTIE 729

TABLA ALFABETICA A PUBLICITATII LABORATOARELOR FARMACEUTICE . I şi II

DIN „SUMARELE" NUMERILOR ANULUI 1937 . . . . . Cop. III

„ERRATA" . . . . . „ III

PARTEA IV

Informatiuni

Chronique médicale latine

Fédération de la Presse Médicale Latine

Voeux adoptés à l'issue du 4-è Congrès de la Presse Médicale Latine . 731

Comité permanent de la Federation 732

Un diner en l'honneur du Prof. Ricardo Jorge 734

Asoc. Docenţilor Fac. de Medicină din Bucureşti

ALEGEREA NOULUI COMITET 733

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Abonament anual 250 lei

Redacţia şi Administraţia:

„Mişcarea Medicală Română"

Str. Sf-ţi Arhangheli, 9

Craiova

ANUL AL IX-lea. No. 11-12 1936

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

— ACTA MEDICA ROMANA —

COMITET DE PATRONAJ:

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

DIRECTOR ŞI PRIM REDACTOR:
DOCENT DR. M. CÂNCIULESCU.

COMITET DE REDACŢIE:

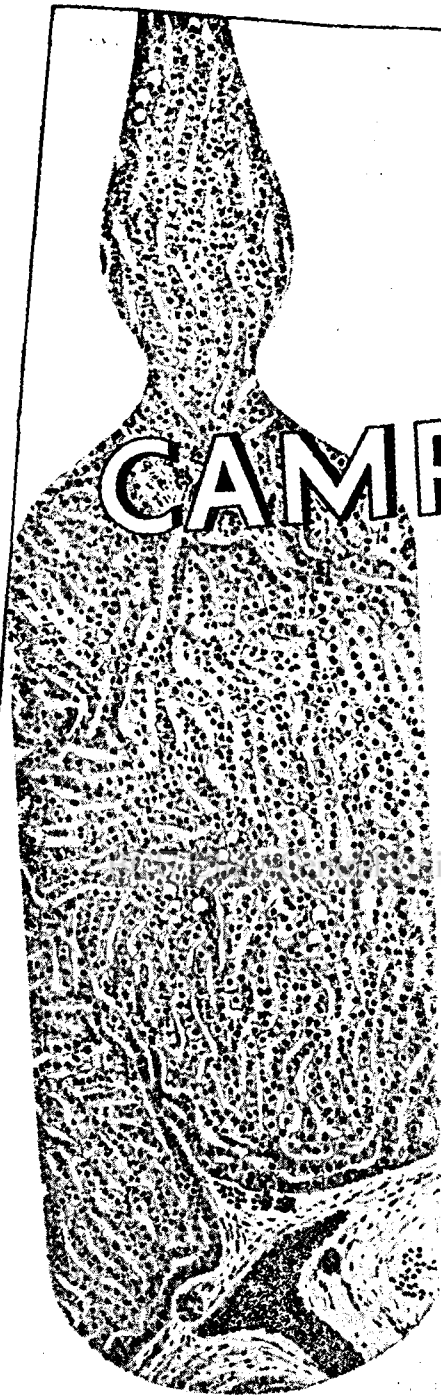
Anat. patologică: PROF. T. VASILIU.
Bacteriologie: CONF. D. COMBIESCU.
Cardiologie: AGR. B. THEODORESCU.
Cancer: PROF. E. CRĂCIUN - AGR. A. BABEŞ.
Chirurgie: PROF. IACOBOVICI - AGREG. I. JIANU - AGREG. T. NASTA.
Chimie biologică: AGREG. V. CIOCÂLTEU.
Dermato-Sifiligrafie: PROF. S. NICOLAU, V. DRĂGOESCU.
Căi digestive: DOC. I. PAVEL - AGREG. D. SIMICI.
Endocrinologie: PROF. C. PARHON.
Farm.-Terap.: AGREG. G. BĂLTĂCEANU.
Genito-Urinare: PROF. N. HORTOLOMEI.
Ginec.-Obstetrică: DOC. E. MATEESCU-I.
Histologie: PROF. I. NICULESCU.
Infecţioase: PROF. M. CIUCA, PROF. A. SLĂTINEANU.
Istoria medicinei: PROF. V. BOLOGA, V. GOMOIU.
Laborator clinic: R. HIRSCH.
Med. socială: DOC. GH. BANU.
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, AGR. D. PAULIAN.
Oftalmologie: PROF. D. MICHAIL, PROF. D. MANOLESCU.
Oto-rino-laringologie: CONF. V. TEMPEA, DOC. I. ŢEŢU, DOC. D. VASILIU.
Pat. internă: PROF. I. ENESCU, PROF. I. HAŢIEGANU, PROF. N. LUPU.
Parasitologie: PROF. G. ZOTTA.
Pediatrie: PROF. M. MANICATIDE, PROF. S. GRAÇOSKI.
Phisioterapie: PROF. P. NICULESCU.
Psihiatrie: PROF. C. URECHIA, PROF. P. TOMESCU, DOC. A. DIMOLESCU.
Radiologie: PROF. D. NEGRU, DOC. A. GEORGESCU, DOC. E. LAZEANU.
Tuberculoza: DOC. S. IAGNOV, DOC. M. NASTA.

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

COLABORATORI:

GH. I. ALEXIU; M. BACULESCU; V. BISTRICEANU; N. BLAT; V. CERCHEZ; AL. CRĂINICEANU; I. DANIEL; ALEX. DANIEL; DUMITRESCU-MANTE; V. DIMITRIU; I. GAVRILĂ; I. GLĂVAN; PROF. I. GOIA; M. GOLDSTEIN; E. HESSELMANN; N. IONESCU-SISEŞTI; A. IANCU; TRIFON-LICHTER; PROF. I. MINEA; H. MAKELARIE; L. MAYERSOHN; I. MARCU; G. MARINESCU; PROF. MRACZEK; PROF. C. MIHAILESCU; D. NOICA; I. NICOLAU; MEDEA NICULESCU; GH. NICULESCU; G-RAL I. PÂRVULESCU; I. PLĂCINTEANU; M. POPPER; POPESCU-BUZĂU; A. RADOVICI; A. RUSESCU; M. SĂCEANU; L.-COL. SĂRDĂRESCU; T. SARAGEA; H. SLOBOZIANU; C. STANCA; L.-COL. STROIAN; PROF. M. STURZA; DAN TEODORESCU; PROF. I. TUDORANU; PROF. ŢEPOSU; P. VANCEA.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



CAMPOLON

Extract de ficat injectabil foarte activ

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

In tratamentul continuu al anemiei pernicioase cu doze mari, şi a tuturor anemiilor de etiologie neclară.

Pentru accelerarea reconvalescenţei şi ca adjuvant în tratamentul de îngrăşare.

Măreşte puterea de coagulare a sângelui în hemoragii.

Ambalaje originale:

Cutii cu 5 resp. 25 fiole de 2 cmc.

Cutii cu 3 resp. 15 fiole de 5 cmc.

BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţii generali pentru România:
„Romigefa" S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel. 3-9285 şi 3-9286.

CRONICA MEDICALĂ ROMÂNĂ

Un vânt de tinerețe și de reînoire a corpului profesoral bate asupra facultăților noastre de medicină.

Oprindu-ne numai la fac. de medicină din București, vom spune că în toamna acestui an au fost aleși profesori, prin chemare care nu este întotdeauna fericită și, nu prin concurs care nu este întotdeauna cel mai bun criteriu de apreciere a valorilor, D-nii D-ri Emil Crăciun la catedra de Anatomie patologică și I. Niculescu la catedra de Histologie.

Profesorul E. Crăciun a umblat peste tot și a reținut tot, dar mai ales a aprofundat tot ce a văzut și învățat dela alții.

Produs indigen de cea mai bună calitate al școalei medicale românești, în străinătate (în laboratoarele și bibliotecile universităților americane, Hopkins și Harvard le Prof. Mac Callum, Waren Lewis, Folin, Koch; — în Berlin la Benda, Walter Koch și Hirschfeld; — în Paris la Roussy, ș. a. m.) n-a făcut decât să clădească pe o temelie solidă, la baza căreia au pus știința lor Prof. noștri I. Cantacuzino, D. Danielopolu, Gh. Marinescu, Mezincescu, Moldovanu.

Cine n-a asistat la lecția sa inaugurală din 4 Dec. crt., să o citească în „România Medicală" No. 1/1937, ca să audă cu profesia de credință în slujba științei, apologia lui „citește, cugetă și recitește", azi când nici nu se mai „citește" și totuși se ajunge.

Cine a urmărit publicistica medicală românească din ultimii ani, a fost isbit de activitatea excepțională ce a desfășurat noul titular pe terenul anatomo-patologiei; nu este ocazia de a face citații, ci vom observa numai legătura lucrărilor sale cu cazurile clinice, ce urmărise sau autopsiase în dif. servicii sau prosecturi ale spitalelor din București; astfel se explică o colaborare variată pe care nu o justifica din partea sa decât urmărirea peste tot a „lesiunilor".

D-sa a dat în special o atenție deosebită tumorilor maligne.

Despre numirea D-lui D-r I. Niculescu la catedra de histologie, în laboratorul căreia a trăit și a lucrat necontenit ani îndelungați, vom spune numai că spre deosebire de D-l D-r Crăciun, D-sa și-a câștigat pe loc drepturile la succesiune, printr'o participare covârșitoare de fie-ce zi la lucrările și reputația Institutului de histologie al fac. de medicină din București.

Orele de aprofundare a secțiunilor histologice, pe cari avea o predilecție deosebită a le exterioriza într'o iconografie admirabilă, constituiau tot atâtea momente de reculegere și concentrație sufletească pentru sfaturile, ce da apoi în scris studenților în medicină, externilor și internilor; toate acestea ar

trebui scoase în broşuri şi date fiecărui student care intră la medicină, pe care să-l însoţească ca un vade mecum.

D-sa şi-a împărţit activitatea ştiinţifică între Histologie şi Neuro-patologie; — medic primar de boli nervoase la Spitalul Colţea, D-l D-r Niculescu este şi laureat al Academiei de medicină din Paris, prin obţinerea în 1926 a Premiului Saintour pentru o lucrare de anatomie cerebrală „Les noyaux gris centraux et la région mésencéphalo-sousoptique" scrisă în col. cu răp. Prof. Agregat Charles Foix, medic al spitalelor din Paris.

Numeroasele **„Lucrări ştiinţifice"** expuse în broşură până în 1934, le împarte în: studii anatomice şi histologice, studii anatomo-clinice, studii histopatologice, studii clinice.

Histologist şi clinician, noul titular va putea să cuprindă în studiul anatomo-patologiei tisulare şi pe acela al fisio-patologiei celulare.

Ca **„Titluri"** D-sa a străbătut toate treptele dublei specialităţi în histologie şi neuro-patologie.

Vom remarca deocamdată numai pe acela de „docent", astfel cum a fost până la urcarea în profesorat şi D-l D-r E. Crăciun.

Docenţa, azi desfiinţată — deşi fusese introdusă în legea învăţământului superior de marele om al şcoalei, Spiru Haret, şi fiinţează la cea mai mare parte din universităţile străine — constitue un fel de platformă de cunoştinţe generale, întinse şi solide, pe care ca să te urci trebue să treci un examen greu; — docenţa permite o mai desăvârşită pregătire pentru încredinţarea unei „Conferinţe" de mai reduse proporţii; — docenţa constitue un stimul pentru ambiţiile tinere şi energiile creatoare; — docenţa este un titlu onorific care nu îngreuiază budgetul statului; — mai toţi profesorii noştri actuali au trecut prin docenţă; docenţi au fost până eri ultimii profesori făcuţi în 1936: profesorii Buzoianu la Cluj, Aburel şi Nicolau la Iaşi, Crăciun şi Niculescu la Bucureşti, cu cari se mândreşte corpul docenţilor fac. de medicină din ţară; şi vor fi încă mulţi dintre viitorii profesori; — o seamă dintre actualii docenţi s-au remarcat printr'o valoroasă activitate ştiinţifică; — revista aceasta chiar, **„Mişcarea Medicală Română"**, care face o atât de frumoasă figură în publicistica medicală, şi din Comitetul de redacţie al căreia fac parte noi profesori, este pusă în slujba activităţii docenţilor; — iar **Ciclul de conferinţe** pe chestiuni de **„Actualităţi medicale"**, şi cel de **Coloquii** ţinut anual la Bucureşti, precum şi **Cursul de perfecţionare** ce fi iala de Cluj face de 2 ani cu succes desăvârşit, fac mărturie despre rolul şi utilitatea corpului docenţilor la Fac. de medicină.

A fost o măsură pripită asupra căreia va trebui să se revină, desfinţarea docenţei „cu examen şi fără nici-o sarcină budgetară", şi creiarea agregaţilor onorifici „cu salarizare" din câmpul numai al cărora — caşi al atâtor conferenţiari suplimentari şi complimentari, onorifici, provizorii şi definitivi — urmează să se „cheme" viitori profesori, ba chiar la un eventual concurs docenţii nici nu sunt admişi a concura dacă nu vor fi trecut prin anume funcţiuni mai mult administrative (pe când bolnavii pe cari învăţăm şi ne desăvârşim cu toţi cultura medicală nu se găsesc numai în clinicile universitare, iar descoperirile cele mari nu es, cel puţin în trecut, de regulă din laboratoarele cele mai încărcate de aparate).

Asociaţia docenţilor facultăţilor de medicină din ţară, dintre care cea din Bucureşti mi-a făcut onoarea să mă aleagă preşedinte al comitetului său

BCU Cluj / Central University Library Cluj

pe 1936—37, îşi propune ca o datorie faţă de drepturile câştigate ale foştilor docenţi şi faţă de interesul învăţământului superior — care trebue să-şi aleagă reprezentanţii dintr'un cerc cât mai întins, în care să figureze neapărat docenţii — să lupte pentru reînfiinţarea docenţei.

Alături de noi vom avea, de sigur, pe colegii de până ieri; — dar în favoarea noastră să continuăm mai ales a desfăşura o activitate ştiinţifică care să ne consacre valoarea şi să ne justifice ambiţiunile.

A murit un mare medic de bine, Generalul N. Vicol, fost Inspector g-ral sanitar al armatei în timpul răsboiului, părintele balneologiei române moderne.

In ziua de 14 Sept. a. crt., a ţinut în cadrul Cursului de perfecţionare în Balneologie dela Slănicul Moldovei, conferinţa sa **„Impasurile balneare"**, ultim gest de activare în slujba idealului său dela sfârşitul vieţei: valorificarea staţiunilor noastre balneare şi desăvârşirea lor din punct de vedere tecnic, medical şi administrativ.

In ziua de 14 Sept., i se **inaugurase bustul** în staţiunea Herculane pe care o afecţiona în deosebi, cu toate că i-a procurat mult necaz în vieaţă, în „semn de recunoştinţă din partea medicilor balneologi", cum scrie pe plachetă, cu toate că fondurile au fost strânse prin obolul obştesc al tutulor şi recunoştinţă mai desinteresantă îi purta lumea suferindă şi medicii cari nu practicau în staţiuni; — în auzul a 16 oratori cari i-au spus în faţă, lui care detesta discursurile, tot binele ce a făcut în vieaţă; — şi în prezenţa D-lui Ministru al Sănătăţii, D-rul I. Costinescu, care ca să-l ţină pe cel oficial, care aci nu avea ce să mai consacre, s'au ţinut în suspensie până după amează celelalte şi cu ele tot programul aranjat pentru dimineaţă.

Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj

Iar în seara de 17 Dec., în cadrul „Societăţii Regale Române de Istoria Medicinei" al cărei preşedinte fusese, şi într'o atmosferă de adâncă pietate, i se face **Comemorarea.**

Am asistat la toate aceste 3 manifestaţii şi mi-am format o idee complectă de personalitatea doctorului Vicol.

In vieaţă fiind, în slujba datoriei şi a convingerilor sale a activat nu numai cu fapta (şi sunt atâtea de amintit) şi cu gestul (precum cel cu demisia anticipată din armată), dar cu vorba (care nu era întotdeauna blândă şi sfătoasă, faţă de cei cari stau în calea convingerilor lui), şi cu scrisul (care, tăios când trebuia, desmintea dese-ori reputaţia sa de om bun).

Eu mai mult l-am cetit decât l-am ascultat; de aceea socotesc că va trebui complectat tabloul de scriitor ce i-a făcut D-l B. Lăzureanu ş. a., în şedinţa de comemorare, de altfel atât de plastic şi evocator; şi complectat mai ales cu recunoaşterea calităţilor stilului de claritate şi preciziune, cu accentele de convingere şi isbucnirile de combativitate, continuând a rămâne înflorit şi colorat, însuşiri cari rees cu prisosinţă din cetirea numeroaselor articole ce scria în „Revista de Hidrologie şi Climatologie medicală" pe care tot el a înfiinţat-o, ca să o pună în slujba balneologiei române.

G-ralul Vicol — spunea D-l D-r Trifu — a înjurat odată pe cineva care îl supărase; şi, pe urmă, i-a tras o pereche de palme de necaz că-l adusese în stare să-l înjure.

In urmărirea binelui, a fost om reputat prin bunătatea sa ştia să se facă rău; — ceea ce este încă spre lauda lui.

A murit şi fostul Inspector general Sanitar al regiunei sanitare a Olteniei, D-rul Viorel Popescu.

Dăm în primele pagini ale acestui număr **„Necrologul"** făcut de D-l D-r Alexandrescu dela Galaţi, în şedinţa din 29 Noembrie crt., a Adunării Consiliului Plenar al Asoc. G-rale a Medicilor din România.

D-l Prof. T. Ganc, Secretar General al Ministerului Sănătăţii, într'o improvizaţie admirabilă prin simţirea adâncă şi expresia aleasă, s-a asociat la elogiul funebru al acestui funcţionar modest, mort la datorie.

Şi tot în slujba datoriei căzuse bolnav de tifos exantematic cu mulţi ani mai înainte, în calitate de intern al Serv. de Contagioşi dela Spitalul Colentina din Bucureşti.

In numele revistei **„Mişcarea Medicală Română"**, din comitetul de redacţie al căreia făcuse parte, Direcţia confundă în această comunitate de sentimente propriile ei păreri de rău pentru dispariţia distinsului său colaborator.

O facem şi în numele **„Societăţii de Medicină din Oltenia"**, al cărui preşedinte fusese, şi pentru preţiosul concurs dat în calitatea sa înaltă în erarhia sanitară la înjghebarea cărei societăţi personal îi păstrez o deosebită recunoştinţă.

Şi D-rul Viorel Popescu era un om bun, chiar prea bun, încât bunătatea sa îi paraliza de multe ori bunele intenţiuni şi-l făcea tolerant — ceeace îi ştirbea din autoritate; şi îl făcea incapabil de reacţiuni salutare cari să reintroducă ordinea acolo unde legalitatea şi cinstea fuseseră nesocotite.

De vină nu sunt însă numai roadele ce ajunsese să culeagă de pe urma bunătăţii sale, că ajunsese „blasat", şi se descurajase, încât aştepta cu nerăbdare anul până la pensie; — ci şi încurajarea care i-a lipsit de sus.

Moare sărac, aşa cum a trăit o vieaţă întreagă; dar cinstit, şi este un bun exemplu pentru corpul medical al Ministerului Sănătăţii.

Omul bun nu este ipso facto şi un om de bine; — bunătatea creiază slăbiciune, tocmai când este nevoe mai mare de tărie de caracter.

Din acest punct de vedere G-ralul N. Vicol şi Inspectorul sanitar V. Popescu se deosebeau profund.

In continuarea bunului exemplu dat anul trecut de D-l Prof. M. Sturza dela Cluj, care a aranjat un Curs de **perfecţionare în balneologie** la Sovata, anul acesta D-l Prof. Gh. Tudoranu dela Iaşi a organizat unul similar la Slănicul-Moldovei; cu un succes deplin.

Au asistat numeroşi medici,, din toate colţurile ţării; — conferinţele au purtat asupra mai tutulor ramurilor din balneologie; — printre conferenţiari vom cita numele D-lor Profesori Gh. Tudoranu, E. Mironescu, N. Hortolomei, C. Parhon, C. Şumuleanu, Marius Sturza, C. Mihăilescu, I. Iacobovici, Agreg. Dimitriu Borca, Docenţi Gh. Niculescu, E. Hurmuzachi, Doctori Dumitrescu Popovici, L. Radescu, Maria Sibi, V. Popea, E. Anca.

Noi am ţinut o conferinţă intitulată „Inainte, în timpul şi după o cură într'o staţiune hidro-balneo-climatică".

Este în deobşte cunoscut că bolnavul nu nemereşte întotdeauna staţiunea care i se potriveşte din cele mai multe puncte de vedere; precum şi că în staţiune deseori nu i se aplică tratamentul cel mai potrivit; de asemnea că foloseşte prea puţin pentru restul anului luna petrecută la băi, neglijând complect sfaturile primite acolo.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am socotit că este instructiv să se insiste asupra unor procedări greşite prejudiţiabile bolnavilor şi aceasta nu o putea face decât un medic care nu este legat de o staţiune şi care prin practica sa întinsă are puncte de contact intim cu balneoterapia.

Vom publica în extenso această conferinţă care poate servi ca o introducere la practica balneo-climatoterapiei.

In ziua de 5 Decembrie a. c., s'a întrunit în localul Asociaţiei generale a medicilor **Comitetul plenar al Asociaţiei Medicilor de Spitale ai Ministerului Sănătăţii**, sub preşedinţia D-lui Agr. D-r Paulian, preşedinte.

La ordinea de zi: repartizarea rapoartelor şi pregătirea viitorului congres al asociaţiei.

Statutele acestei societăţi prevăd participarea în Comitetul central a 8 membri delegaţi din partea instituţiunilor sanitare ale fie-cărui inspectorat general sanitar din ţară.

In această calitate de delegat al Insp. 5 sanitar al Oltenici, am luat şi eu parte.

Voi insista, în scurt, asupra câtor-va din chestiunile desbătute, rămânând a le desvolta pe larg cu ocazia congresului fixat în primăvară.

Pe bună dreptate Comitetul a fost pentru desfinţarea concursului de medici primari pe liste anuale, şi nu pe locuri vacante; astfel, acest select corp se va compromite; pe lista celor reuşiţi se pot uşor strecura şi elemente nu îndeajuns de pregătite; cel reuşit, şi reuşesc mai toţi cari se prezintă, de a doua zi îşi pune pe reţetă şi pe tabla dela poartă noul titlu de medic primar, căci în vederea aceasta s'au prezentat cei mai mulţi; şi totuşi 3 ani poate să aştepte, până să-i vină rândul la alegerea unui loc convenabil şi rămâne cu titlul, chiar dacă n-a ales deloc, fiecă nu i-a venit rândul sau că n'a vrut.

Or, ceea ce face valoarea adevăratului medic primar, nu este atât titlul obţinut de altfel în condiţiuni mult mai grele prin concursul pe loc vacant, cât practica ce fatal urmează a face în locul ocupat.

Inzestrarea spitalelor şi aprovizionarea cu medicamente este o nenorocire; şi răul porneşte dela „licitaţia" primă, care nu se face totdeauna în conformitate cu prescripţiile legei; trece prin „furnitura" care rare-ori corespunde caetului de sarcini; şi termină astfel, dând câte un exemplu dela materiale, obiecte de pansamente şi medicamente: saltelele (furnizate nu de plăpumari ci de stielari), costă 1500 lei bucata la Craiova (la Caracal, 800 şi bune), sunt umplute cu rintie (rumeguş de lână scurtă, smulsă cu var nestins de pe picioarele oilor moarte), prin dosul lor îţi vâri degetele şi sunt primite totuşi prin centru, cu toate că 2 comisiuni de recepţiune dela periferie le refuză; — obiectele de pansamente, fie că le au şi le au toţi chirurgii cari ştiu cui să se adreseze, fie că nu le au (şi nu le au aceia cari se mărginesc numai a le cere prin rapoarte chiar repetate), bolnavul tot plăteşte pentru ele câte 500 lei, fie că este vorba de panariţiu sau de operaţia lui Talma; — iar untura de peşte cred că soseşte în primăvară şi siropul iodotanic în carnă peste tot, nu numai la Craiova.

In Comitet noi însă am vorbit de „standardizare", de „competinţele" puse în comisiunile de comandă; n-am atins chestiunile cu piedicile puse de regulele de contabilitate şi nici de alte inconveniente mai mici şi mai uşor de rezolvat, fiind chestiuni de formă cari privesc organele administrative ale Ministerului,

pe când noi am acordat toată atenţiunea noastră chestiunilor de fond, de ordin technic.

Taxele în spitale au făcut obiectul unor discuţiuni şi mai aprinse; nu putea fi desigur acomodare între punctele de vedere al D-lui D-r St. Popescu, care cerea majorarea taxelor prin crearea de clase sanatoriale în spitalele de provincie (nu şi în cele din Bucureşti); al D-lui D-r Vuia dela Arad, care cerea, în numele iniţiativei luate mai mult de medicii din Vestul ţării, micşorarea taxelor; şi al meu, care în interesul practicei medicale generale, ceream desfiinţarea taxelor pe clase şi cu îngrijire specială în spitalele statului şi denunţam mai ales cointeresarea noastră a medicilor oficiali la veniturile statului.

Spitalele statului sunt pentru populaţia nevoiaşe, iar noi medicii şi mai ales chirurgii să nu le transformăm în sanatorii particulare, fără nici-o cheltuială din partea noastră şi cu toate la dispoziţie.

Internarea în spitalele statului să fie riguros supraveghiată; să fie prevăzută şi plata unei taxe pentru oamenii cu stare, a căror internare este dictată uneori şi pe unele părţi de cauze neprevăzute; dar nici-o distincţie să nu fie făcută între bolnavi în tratament şi spitalizare.

Şi pe noi medicii de ce ne cointerescează statul? nu ne plăteşte? nu ne dă pensie mai târziu? nu ne conferă un titlu care ne ridică valoarea în clientela particulară şi posibilităţile continue de perfecţionare în instituţiunile sale?

Fiindcă ne oferă un salariu mic? să luptăm pentru majorarea lui, ţinând seamă de toate condiţiile de salarizare ale celorlalţi funcţionari în cadrul general al funcţionarilor publici, în comparaţie cu toţi medicii şi în raport cu posibilităţile actuale ale statului.

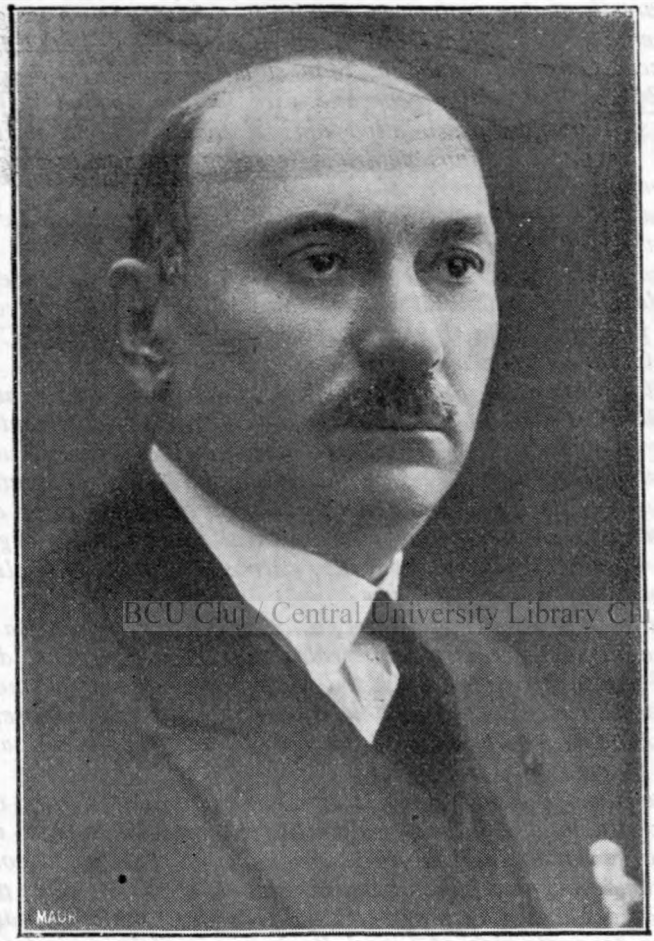
Iar ca să ne facă părtaşi la veniturile lui, când bietului stat îi trebuesc atâţia bani! — este o desinteresare greu de înţeles; şi numai pe unii, căci este îndeobşte cunoscut că chirurgii îşi fac partea leului, de aceea tot ei cer aranjarea pe clase; iar alţii nu participă deloc, sau prea puţin — ceea ce este o inegalitate de tratament nedreaptă.

Privirea pe toate feţele a acestor taxe în spitale, o vom face însă în plin Congres, căci înainte de a avea în vedere interesele noastre, trebue să ne preocupăm de interesul obştesc, şi o vom face cu date comparative, cu statistici, cu citare de cifre (nomina odiosa), cu relatare de ce se petrece aiurea ş. a.

Tot atunci vom desvolta pe larg interesul pentru bunul mers al spitalelor, al respectării legei sanitare prin punerea în aplicare a noului text al art. 114, modificat de însu-şi actualul Ministru al Sănătăţii, D-l D-r I. Costinescu, care pe unele părţi l-a pus de altfel în aplicare, dar întârzie a-l generaliza; el prevede rolul ce trebue acordat Consiliilor medicale în conducerea spitalelor şi schimbarea la 2 ani a directorilor, prin alegerea lor dintre şi de către membrii Consiliului, iar nu numirea lor printr'o impunere şi menţinere silnică, atunci când perd încrederea colegilor lor.

Despre „Congresul Presei Medicale Latine dela Veneţia", despre realizarea primului „Parlament medical românesc", despre „Cursul de perfecţionare medicală dela Cluj" organizat de filiala din Cluj a Asoc. G-rale a Docenţilor Fac. de Medicină din România, şi alte manifestaţii medicale româneşti vom scrie în „Cronica" viitoare.

M. Cânciulescu.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Insp. G-ral Sanitar D-r Viorel Popescu
(1877—1936)

Incă un reprezentant distins din vechea gardă, strălucit reprezentată odinioară în orașele de provincie, a medicinei preventive, a medicinei sociale ne-a părăsit brusc.

Până acum câteva zile, figura masivă, statuară, plină de bunătate și înțelegere pe care i-o cunoșteam cu toții, aceluia care a fost Inspectorul G-ral Sanitar D-rul Viorel Popescu, — *își plimba ochii vioi și surâsul prietenos printre colegii regiunei Craiova.*

Viața acestui om, care pulsa intens, mintea ascuțită, sfredelitoare, frământătoare de idei și năzuinți, și-a curmat deodată firul în cursul unei inspecții, făcute în regiunea sa.

Viorel Popescu moare încă tânăr, după o viață frumos împlinită, frumos împletită. Școala primară și liceul l'a făcut la Brăila, unde tatăl său era directorul liceului local, iar facultatea de medicină la București, unde strălucirea facultății o dădea și o asigura în acea vreme profesori ca D-rul Babeș, Cantucuzino, Toma Ionescu, Marinescu, Obregea, Paulescu, Sion și alții.

El făcea parte din generația care nu era străină de cultura clasică și filozofică greco-latină din strălucirea căreia purta pentru sine un nimb luminos pentru a trece cu ușurință la înțelegerea spiritelor moderniste.

Datorită unei erudiții în domeniile legate de medicină, el admitem, ca și Prof. Hans Much, unitatea științei.

Cu acest crez, în acest spirit, a funcționat la început ca Medic de plasă la Covurlui, Medic comunal la Câmpina, Medic primar de județ la Brăila, Inspector general sanitar la Galați, Chișinău și apoi Craiova; cu acelaș spirit el și-a făcut pe deantregul datoria de slujitor credincios al statului și de priceput apărător al sănătății publice. Peste tot și mai ales în înaltele comandamente sanitare, ce a avut, a adus contribuția unei largi experiențe, unite cu cunoașterea legii și a regulamentelor. O clipă n'a desmințit prin activitatea lui pe intelectualul de rasă, pe vrednicul iubitor de arta și știința medicală, contribuind cu impulsul său la nouile organizări sanitare și manifestațiuni medicale, care sunt în plină evoluție de 25 de ani.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Astfel, ca inspector sanitar, a contribuit la înființarea și organizarea dispensarului anti-tuberculos. D-r Alex. Carnabel din Galați, iar ca inspector și președinte al filialei Asociației medicilor din Covurlui, a organizat cu colaboratorii locali, acel congres științific al Asociației dela Galați de acum câțiva ani, care a lăsat cred, amintiri plăcute.

N'a făcut politică și nu a cunoscut sinuozitățile care duc pe mulți la situațiuni nemeritate. Puternic înarmat fizicește și intelectualicește, a rămas doar slujitorul credincios al statului, al societății pe care o dorea mai bună și mai luminată, al democrației pe care o voia curată, sinceră, nepervertită de slujitori perfizi și fățarnici. De aceea se poate zice că Viorel Popescu a unit în majestatea trupului frânt acum câteva zile, majestatea minții, a cinstei și eleganța nobililor avânturi și că pentru tot ceeace el a dat ca slujitor țării, societății, orașului Galați și jud. Covurlui, al cărui corp medical mi-a dat mandatul pentru ziua de astăzi, noi îi vom păstra o amintire nepieritoare și rugăm de aci, pe îndureratul părinte și familie, să găsească în sentimentele ce exprimăm aci, o cât de slabă mângâere a ireparabilei lor pierderi.

(Din „Cuvântarea" D-lui D-r Alexandrescu-Galați, Medic comunal al Municipiului Galați, în Consiliul plenar al Asoc. g-rale a Medicilor din România de la București, în ziua de 28 Noembrie 1936).

PARTEA I

Endocrinologie.

ORIGINA HORMONULUI SEXUAL FEMENIN (FOLICULINA)

de

D. MAVROMATI
Medic Şef al C. C. A. S.

Foliculina este secretată de celulele foliculare ale tecei interne a foliculului lui de Graaf, când acesta ajunge la oarecare grad de desvoltare, până la dehiscenţa foliculului matur.

In timpul sarcinei placenta secretă foliculină; elementele secretorii ale placentei sunt celulele choriale.

Substanţe foarte asemănătoare chimiceşte şi fisiologiceşte cu foliculina sunt foarte răspândite în natură, în special în alimente.

De aceia unii autori admit origina exogenă, socotind ovarul doar ca un transformator al foliculinei ingerate într'o foliculină specifică, proprie organismului său.

Hormonele ovariene cunoscute până astăzi sunt două: foliculina sau oestrina şi luteina sau progestina, fiecare din aceste hormone au modul şi sfera lor de acţiune, mai mult sau mai puţin separată una de alta, atât în sfera genitală cât şi în sfera economiei generale. Foliculina numită astfel de Courrier (1922), este o hormonă cu activitate predominantă în sfera sexuală, adică în sfera preparatoare pentru gestaţiune. Ea acţionează cu deosebire asupra funcţiunilor de relaţie şi anume în mod excitator, adică mărind în genere capacitatea întregei vieţi de relaţie atât psihică cât şi organică. Dar ea acţionează şi asupra funcţiunilor vegetative, însă cu mai puţină intensitate şi uneori în sensul frenator. A doua hormonă e *luteina,* cu acţiune mai accentuată în sfera gestativă şi vegetativă. Ea acţionează cu deosebire asupra funcţiunilor vegetative în sensul unui excitator al acestor funcţiuni, dar activează şi asupra funcţiunilor de relaţie adesea ori în sensul frenator.

Origina hormonei sexuale, foliculina, are o deosebită importanţă practică şi ştiinţifică. Ea poate fi considerată din două puncte de vedere şi anume: endogenă sau exogenă. Prin *endogenă* înţelegem organul sau ţesutul ce secretă acest hormon, iar prin *exogenă*

înţelegem substanţa alimentară din care este extrasă această hormonă.

ORIGINA ENDOGENĂ.— Până în prezent se cunosc două organe care secretă hormona sexuală femenină şi anume ovarul şi placenta. Această dublă origină a unei hormone cu o funcţie atât de importantă şi complexă în organism, ne face să ne gândim dacă hormonul de origină ovariană şi cel de origină placentară sunt identice din punct de vedere farmaco-dinamic. Aceasta este o chestie de o importanţă teoretică şi mai ales practică imens de mare, pe care nu o putem discuta aici şi care am discutat-o în termen general în altă parte.

Origina ovariană a foliculinei. — Ovarul este fără discuţie sursa principală, dacă nu şi unică a foliculinei din organismul femeiei. Ovarul are o structură complexă şi cu o mare diversitate de ţesuturi. Se pune întrebarea care din aceste celule sunt elementele secretorii ale foliculinei? In această chestiune părerile sunt împarţite, cu toate că pentru majoritatea autorilor, chestiunea pare să fie clarificată în linii generale. Elementele secretorii cunoscute până astăzi din ovar sunt cinci: *corpul galben, glanda interstiţială, teaca internă a foliculului, celulele granuloase ale foliculului* şi *ovocitul;* toate acestea au fost presupuse pe rând ca sursă a foliculinei.

1) Ancel şi Bouin (1908), au fost cei dintâi care au susţinut că celulele corpului galben sunt singurele celule din ovar ce secretă „hormonul ovarian" (pe atunci se credea că ovarul secretă numai un singur hormon). Această teorie a dominat mulţi ani în ginecologie, până când ulterior a fost înlocuită cu teoria glandei interstiţiale a lui Steinach. De câţiva ani însă reuşind a se extrage foliculina din corpul galben, pe de altă parte observându-se că curba de foliculină din sânge coincide cu evoluţia corpului galben (Clauberg, Pende, Anttogneti şi Geriola, etc.), s'a revenit din nou la ipoteza lui Ancel şi Bouin, dar modificată şi anume că corpul galben secretă foliculine dar împreună cu alte elemente ovariene.

2) *Glanda interstiţială.* — Ulterior concepţiei lui Ancel şi Bouin am spus că Steinach a susţinut teoria glandei interstiţiale. El a arătat că această glandă care e considerată omologă glandei interstiţiale din testicul, se ipotrofiază la pubertate, iar în viaţa genitală activă a femeii rămâne mai mult sau mai puţin desvoltată şi că ea ar fi elementul determinator, prin intermediul unei secreţii interne, al desvoltărei caracterelor sexuale secundare şi al aparatului genital femenin.

Este necesar că în prealabil să dăm o descripţie sumară asupra modificării glandei interstiţiale a cărei cunoaştere încă nu este bine stabilită. Unii autori au găsit această glandă, este foarte slab reprezentată la femee (ovarul fiind examinat în prima jumătate a perioadei intermenstruale) şi, pentru acest motiv i s'a contestat vre-o funcţiune secretorie; alţii autori însă au găsit această glandă la femeie mai desvoltată şi cu caractere net de elemente secretorii (Clauberg şi alţii) făcând secţiuni în ovar în a doua jumătate a epocii intermenstruale. In fine alţii examinând-o în epoca prepu-

berală a găsit-o mult desvoltată, (Steinach şi alţii), Pende observă că din această glandă interstiţială se naşte o serie de celule asemănătoare corpului galben şi pe care le-a numit *celule cu luteină. In rezumat glanda interstiţială variază ca extindere dela o epocă la alta în raport cu ciclul menstrual şi în raport cu vârsta.* La unele animale este foarte desvoltată în unele epoci, aşa la chiroptere, Bianchi a găsit-o foarte desvoltată în epoca rutului, deasemenea a fost găsită desvolta la iepuri, pisică, etc., ea este slab reprezentată însă în epoca hibernală la chiroptere. La femee în genere este slab reprezentată în prima jumătate a epocii intermenstruale şi este foarte slab reprezentată numai prin câteva grupe de celule în a două epocă intermenstruală. Este însă bine desvoltată în epoca puberală şi prepuberală la femee, ceeace a făcut pe Steinach să o numească *glanda puberală;* deasemeni ea este bine desvoltată în timpul sarcinei după involuţia corpului galben (von Biedl), este însă în genere foarte slab reprezentat în timpul existenţei corpului galben menstrual şi cel de sarcină (Ancel şi Bouin, Fränkel, etc.). Dat fiind această variabilitate a glandei interstiţiale, acordul între autori, relativ la funcţiunea ei, nici astăzi încă nu este stabilit. Unii autori o consideră ca elementul principal de secreţie a foliculinei (Steinach), alţii îi limitează rolul secretor numai la pubertate (Maranon). Alţii o consideră ca elemente de substituţie a corpului galben (Ancel şi Bouin, Fränkel, etc.), alţii că ar secreta foliculină „în colaborare sau în substituţie cu celulele foliculare" (Pende şi alţii) susţin că ar fi o continuare a corpului galben în secreţia foliculinei (V. Biedl). Noi credem că această glandă secretă, un alt hormon ovarian în legătură cu funcţiunea sexuală a femeii. In aceste împrejurări este greu să precizăm funcţiunea secretorie a glandei interstiţiale.

3) *Ovulul.* — Unii autori în baza paralelismului care există între evoluţia ovulului nefecundat sau fecundat şi pe de altă parte între evoluţia corpului galben menstrual sau de sarcină şi chiar între întreg ciclul menstrual, au presupus că ovulul poate fi elementul secretor al foliculinei, atât în timpul vieţei sale intrafoliculare cât şi în viaţa sa liberă sau fixat pe mucoasa uterină. Această ipoteză sugestivă a fost complect abandonată în urma experienţei lui Brambel, Fielding şi Parkes (1929). Aceşti fiziologi au distrus prin iradiere ovulul (ovulul este foarte radiosensibil) şi au constatat pe de o parte că folicul îşi continuă evoluţia sa normală, pe de altă parte că foliculina dozată în urină şi sânge continuă a fi normală. De aici s'a conclus că ovulul nu poate fi un element secretor de foliculină.

4) *Celulele tecei interne.* — Unii autori susţine că ar fi producătoare de foliculină. (Celulele tecei interne au fost omologate de Ancel şi Bouin, Schikelé, cu celulele glandei interstiţiale), ele se ipertrofiază în apropierea maturaţiei foliculului, se vascularizează şi prezintă semne de activitate secretorie intensă. Pe lângă aceasta Aschheim şi Zondek, cei mai mari apărători ai acestei teorii, grefând diverse fragmente din ovar la femele castrate a constatat

© Biblioteca Universitară "Carol I" Bucureşti

că numai grefele de fragmente din teaca internă, au putut opri involuţia tractusului genital la castrate.

In favoarea acestei ipoteze vin şi experienţele lui Ancel, Bouin şi Villemin, apoi Hussy şi Villaert, care susţin că au putut distruge celulele tecei interne, prin razele X şi a constatat pe de o parte că celulele glandei interstiţiale se ipertrofiază, pe de altă parte că tractusul genital şi mamelele se atrofiază la aceste animale ca şi la castrate. Harmus a putut opri această atrofie a organelor genitale la broaşte castrate prin grefare de fragmente de celulele tecei interne fără celulele interstiţiale.

La aceste experienţe se poate aduce obiecţia că Marschal, Jolly şi Mac Illory a putut împiedica involuţia genitală la castrate cu grefe de ovar ce conţineau numai celule interstiţiale, iar pe de altă parte alţi autori, susţin că razele X nu pot atinge în mod electiv celulele tecei fără să nu lezeze celulele interstiţiale care se alterează ulterior, (Specht, Bergonié şi Tribondeau, apoi Biedl) în favoarea acestei ipoteze vin şi observaţiunile că în menoragii şi metrolagii, celulele tecei interne s'au găsit foarte desvoltate.

5) *Celulele granuloase* ale foliculului, şi ele au fost presupuse de mulţi autori că ar fi o sursă de foliculină. Un elev al lui Schroeder, Schuschania (1930), la o femeie bătrână cu o tumoare a granuloasei a observat că a reapărut foliculina în urină şi că mucoasa uterină a suferit transformări caracteristice uterului tânăr. Max Aron (1932), prin extract prehipotizat, a obţinut o creştere a granuloasei şi paralele a foliculinei în sânge. In ultimii ani, în special în 1932—1933, s'a publicat o serie de observaţiuni de tumori ale granuloasei la femei bătrâne şi care au determinat corelativ o creştere a foliculinei în sânge şi urină şi o redeşteptare a caracterelor sexulare secundare şi primare, realmente o întinerire a femeii (Sz. Stefancsik 1932, Fauvet 1932, Z. V. Szathmarys 1933, O. Wallis 1933, A. Lellbach 1933, Klaften 1933, W. Plante 1933, etc.). H. O. Neumann în 1933, a publicat o statistică foarte complectă a publicaţiunilor apărute pâ-ă atunci asupra tumorilor granuloase la diverse epoci: prepubertate, pubertate, maturitate, menopauză, după postmenopauză şi senilitate, la care a adăugat şi el o serie de cazuri personale cu tumori ale granuloasei şi la care s'a constatat: apariţia foliculinei în cantităţi mari în urină şi o redeşteptare a aparatului genital cu apariţia menstruaţiei şi a caracterelor sexuale secundare în plină eflorescenţă, mărirea sânilor şi chiar apariţia secreţiei lactate. La toate, deci semne de o întinerire sub influenţa foliculinei, secretată de tumorile granuloase, fapt interesant că după extirparea acestor tumori, toate aceste caractere au cedat.

Aceste fapte notate mai sus pledează în favoarea teoriei că foliculina este secretată de celulele granuloase ale foliculului.

In rezumat, există multă probabilitate, pentru fiecare din aceste 5 elemente — în afară de ovocit — că ar secreta foliculină. Pentru fiecare se poate spune că demonstraţia a fost făcută şi ne este permis să conchidem că *toate aceste ţesuturi glandulare ale ovarului, pot secreta foliculină fie simultan, fie succesiv.*

Origina placentară a foliculinei. — In timpul gestaţiunei există

o mare cantitate de foliculină în sângele femeii, această cantitate creşte cu mersul sarcinei. Origina acestei hormone în timpul sarcinei este cu totul alta decât din afară de sarcină. In timpul sarcinei ea nu poate fi de origină foliculară, deoarece aparatul folicular în timpul sarcinei este în stare latentă. Funcţiunea ovariană este reprezentată aproape numai de către corpul galben, care creşte enorm de mult în timpul sarcinei, formând aşa zisul corp galben de sarcină. Acest corp galben de sarcină nu e altceva decât corpul galben pregravid care şi-a continuat creşterea ajungând la dimensiuni mari. Paralel cu creşterea corpului galben creşte şi foliculina în sânge. Creşterea foliculinei din sângele gravidei este paralelă cu creşterea corpului galben. Ea atinge în lunile III—IV, adică când corpul galben este la maximum până la 6—700 u. ş. Dela această dată, adică de când corpul galben începe a involua şi când placenta s'a constituit în o mare glandă endocrină, zic dela această dată, cantitatea de hormone în sânge creşte vertiginos, ajungând în câteva zile la câteva mii u. ş., apoi continuă să crească până la finele sarcinei, când ajunge la câteva zeci de mii şi chiar sute de mii u. ş. Aceasta nu poate fi, după cum am spus secretată de celulele foliculare; dar nici de ale corpului galben, deoarece foliculina creşte enorm în sânge la femei gestante, tocmai când corpul galben începe a involua. Origina ei dar trebue căutată în altă parte.

De aceea atenţia cercetătorilor s'a îndreptat asupra altui organ şi anume asupra placentei. Studiile experimentale la început nu au dat suficiente rezultate. Intr'adevăr Loewe şi Voss grefând fragmente din placentă de femee la şoareci, castraţi de mai multă vreme, au determinat apariţia unui oestru prelungit, de unde autorii au conclus că foliculina este secretată de placentă. Li s'a reproşat însă, că placenta ar fi numai un rezervor de foliculină şi nu un organ de secreţie. Cercetându-se cantitatea de foliculină ce conţine placenta, s'a constatat că în placentă nu se găseşte decât o cantitate de foliculină aproape egală cu aceea ce ar conţine sângele cu care e imbibată placenta (5—700 u. ş.).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un fapt de o importanţă deosebită a venit să aducă un argument crucial în favoarea originei placentare a foliculinei.

Şi anume, Waldstein[27]) (1929), a constatat la o femee însărcinată şi castrată în a 34-a zi de sarcină, prezenţa de foliculină în cantităţi mari. Sarcina a continuat să evolueze normal, hormona foliculinică a continuat a fi abundentă. De atunci cazuri de acestea s'au înmulţit. Dăm mai jos studiile amănunţite făcute pe două cazuri similare. Artur v. Probsner[20]) relatează cazul unei femei însărcinată în luna a doua, care a fost castrată suferind de chisturi dermoide duble. Femeea a dus sarcina la termen normal născând un făt de 3 kgr. la 266 de zile după ultima menstruaţie. Uterul a involuat normal în 4 luni, lactaţia normală şi copilul s'a desvoltat normal. Titrând hormonul folicular în urină, găseşte că după castrare, imediat a scăzut mult ajungând nedozabil. In luna a 4-a a ajuns la 500 u. ş. (sub normal) din luna a 6-a foliculina atinge cifre de 7—9000, adică egal cu femeile normale. Cu aceiaşi metodă dozează la femei normale foliculina în urină şi găseşte

că din luna a 3-a creşte brusc dela 1—200 la 5—6000, iar în urmă creşte provizoriu până la 8—9000 la finele sarcinei. In rezumat la această femee a existat o mare cantitate de foliculină, care nu poate fi decât din placentă. După castrare însă secreţia foliculinei e scăzută brusc şi în câteva luni a revenit la cantităţi normale.

Un alt caz tot atât de interesant şi bine studiat a fost redat de curând de Brindeau şi Hinglais[6]). La o femee însărcinată în luna a doua se extirpă al doilea ovar (primul fusese extirpat cu doi ani înainte) sarcina şi naşterea au evoluat normal. Cantitatea de foliculină în urină, sânge şi placentă a fost normală. Ei au găsit următoarele date: în luna a 9-a a sarcinei (ea nu fusese dozată înainte de această dată) în urină 1200 u. şob. la litru (1550 în 24 ore) în sânge 180 u. şob. la kgr. de sânge, în placentă 650 u. şob. toate aceste cifre sunt normale şi chiar puţin crescute. Autorii conclud că „acesta e un argument crucial în favoarea originei extra-ovariană a foliculinei din timpul sarcinei şi probabil e secretată de placentă cel puţin în cea mai mare parte".

Amintim încă faptul că cercetările de grefe placentare dovedesc că grefele făcute cu fragmente de placentă de sarcini până în luna a 3-a în genere nu determină oestru la animale castrate, pe când grefele de placentă de sarcină după luna a 3-a, la animale castrate (şoareci) dau oestru, şi această reacţiune e cu atât mai intensă cu cât placenta e dela o sarcină mai înaintată.

Concluzia care reese din datele de până azi este că la începutul sarcinei placenta nu secretă foliculină până în luna a 3-a.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Foliculina din urina femeilor însărcinate, din primele 3 luni, este secretată de corpul galben, în proporţie crescândă până în luna a 3-a 4 adică, cât durează acţiunea corpului galben, foliculina creşte paralelă cu evoluţia acestuia. Dela această epocă, placenta se constitue ca organ secretor şi începe a secreta mari cantităţi de foliculină, de aceea foliculina din urină creşte repede, dela 6—7 sute pe kgr. la 5—6000, dela această epocă foliculina din urină şi din sânge creşte paralel cu evoluţia placentei.

Rămâne de rezolvat chestiunea care este porţiunea din placentă care secretă foliculină. Se ştie că mola hidatiformă şi corio-epiteliomul sunt boale care se însoţesc de secreţie producătoare de mari cantităţi de foliculină, cu mult mai abundentă decât în sarcină. Ori atât mola cât şi corio-epiteliomul sunt tumori ale ţesutului corial. Cantitatea de foliculină secretată variază cu activitatea procesului la nivelul ţesutului corial. De aceea în caz de corio-epiteliom, care este un proces extrem de activ, avem o enormă cantitate de foliculină în urină, pe când în molă avem o cantitate mai mică de foliculinurie, totuşi mult mai mare decât în sarcină. La aceasta putem adăoga şi faptul că unii autori au constatat că, dacă după un avort sau o naştere mai rămân resturi de ţesut corial, atunci cantitatea de foliculină din sânge rămâne tot mare şi nu scade decât după extragerea şi eliminarea ţesutului corial lipit pe uter. Rezultă dar că foliculina din timpul gestaţiei este secretată de ţesutul corial al placentei, el este acelaş care secretă şi hormonul gonadotrop, prolanul B.

ORIGINA EXOGENĂ A FOLICULINEI. — De curând marele endocrinolog spaniol G. Maranon a emis ipoteza care, dacă nu e încă complect demonstrată, este însă foarte sugestivă. El presupune că hormona foliculară ar putea fi de origină exogenă, adică extrasă din alimente, de diverse glande, prin intermediul ovarului. Această hormonă este într'adeăvr foarte răspândită în natură, fie ca o substanţă identică cu foliculina, fie sub forma de substanţe cu constituţie chimică asemănătoare foliculinei şi cu acţiune oestrogenă. Aşa, o serie de *roce de origină animală* sau *vegetală* s'au dovedit că conţin substanţe oestrogene. Aschhein şi Holweg au găsit o serie de substanţe oestrogene în turbă, antracit, petrol, substanţe bituminoase, etc. Doods a găsit la o serie de *derivaţi antracini* o acţiune oestrogenă similară a foliculinei. Rivoir găseşte că în genere corpii sterolici au acţiune oestrogenă.

Pe lângă această asemănare farmacodinamică a acestor substanţe, avem şi o mare asemănare de constituţie chimică şi anume ele conţin în constituţia lor un nucleu de fenantren sau cel puţin de antracen.

Fenantrenul el însuşi nu are o acţiune oestrogenă, dar o serie de derivaţi ai săi sunt activi. Foliculina, ea însăşi este un fenantren hidrogenat parţial. De asemenea compuşi fenantrenici: dibezantracen, dipropilat; 1 ceto, 1, 2, 3, 4, tetrahidrofenantren şi o serie de procese fiziologice similare cu foliculină şi un oestru complect însoţit de congestia şi hipertrofia uterului, iar la animale impubere determinând o pubertate precoce. (Cook, Aschheim, Holweg, Doods, Hewet). Doods a obţinut transformarea penajului claponului în penaj de găină, prin o serie de derivaţi fenantrenici de copoziţie diferită.

Mai mult încă Rivoir constată *în grupele sterolilor cu acţiune oestrogenă, activitatea lor fiziologică creşte cu gradul lor de nesaturaţie.* De asemeni Cruz-Coke a constatat o acţiune oestrogenă la o o altă serie de substanţe şi anume la acizi graşi superiori nesaturaţi. La plante şi mai ales în organul generator, s'a constatat că există substanţe cu acţiuni asemănătoare foliculinei. Frank[10] bis) constată că există o serie de substanţe foarte asemănătoare foliculinei în diverse plante şi animale ca drojdia de bere, muguri diverşi, sfecla, cartofi, ovăz, grâu, pătrunjel, cireşe, prune, ouă, peşti, etc. Substanţe pe care el le numeşte parafoliculine.

In rezumat substanţe asemănătoare foliculinei atât *din punct de vedere al acţiunei lor, cât şi din punct de vedere al constituţiei chimice, există răspândite foarte mult în alimente;* Kon a observat că dacă se compară substanţele oestrogene din seria fiinţelor vii; microorganisme, plante, nevertebrate, vertebrate, se vede că substanţele oestrogene sufăr o serie de modificări chimice cari nu sunt decât *diferenţieri şi specifizări a funcţiunei sale normale.* La început — în plantele inferioare — avem *substanţe cu o funcţie metabolică generală,* ele se diferenţiază la animalele superioare în funcţiuni hormonice sexuale. Habria consideră de asemeni că foliculina îşi are origina în un hormon metabolic general, dar

care în timpul evoluţiei speciilor s'a diferenţiat într'un hormon cu acţiune specifică. *Cu alte cuvinte hormona sexuală femenină, foliculina nu ar fi decât o hormonă sexuală a fiinţelor inferioare specificat şi perfecţionat în funcţiunea sa.* Deci se admite şi la această hormonă o evoluţie de diferenţiere şi specifizare similară protoplasmei în timpul evoluţiei fiinţilor vii. Fapt de mare importanţă din punct de vedere evoluţionist.

Organismul culege hormona femenină din alimente şi îi imprimă diferenţieri specifice, în sensul cum face cu grăsimile şi albuminile din alimente, o depozitează în ovar care o transformă într'o hormonă proprie, şi-o secretă după nevoe.

Frank[10] bis) susţine că această hormonă din alimente, nefiind utilizată la bărbat, este eliminată prin bilă şi materii fecale. Pe de altă parte Maranon[15]), apoi Planelles şi Morata au găsit această hormonă în urină şi sânge la bărbat, aceasta se explică şi prin faptul că în interiorul glandelor sexuale mascule se găseşte în proporţii variate şi celule secretorii femenine şi care ar transforma foliculinele din alimente, în foliculine pe care o secretă în sânge. Ipoteza aceasta a lui Frank[10] bis), că glandele genitale mascule nu ar utiliza hormonele sexuale din alimente nu e suficient de întemeiată. Intr'adevăr între hormonele sexuale masculine şi hormonele sexuale femenine nu este o mare asemănare de constituţie chimică, şi anume hormona sexual masculină nu e decât hormona femenină, la care se adaugă o a doua funcţie etilică (CH 2-CH 3).

Digitized by Cluj Central University Library, Cluj

Dacă ipoteza originei exogene s'ar verifica, atunci e probabil ca glanda genitală masculină ca şi glanda genitală femenină îşi formează hormonii lor respectivi din aceleaşi produse alimentare cu deosebirea funcţiunilor etilice relatate mai sus*).

Dacă ipoteza originei exogene a foliculinei nu se va verifica, în orice caz datele de mai sus ne arată că glandele sexuale atât mascule cât şi femele îşi sintetizează hormonele sale respective din substanţe de constituţie chimică şi cu acţiune fiziologică foarte apropiată de ale lor.

ORIGINA FOLICULINEI IN CAZURI PATOLOGICE

In unele cazuri patologice o serie de autori a constatat creşterea foliculinei în sânge şi în urină, în special în cazuri de tumori maligne ca corioepiteliom şi cancer, foliculina e mult crescută. H. de Snoo[23] bis) citează un caz în care la o femee tânără s'a făcut o isterectomie totală pentru corioepiteliom tubar, după operaţie rămase o serie de metastaze multiple cari se desvoltă ulterior şi în 3 luni moare. In tot acest timp de 3 luni postoperator, autorul a constatat mari cantităţi de foliculină în urină. E. Harde, P. Henri şi J. Batier, examinând urina la 12 canceroase în etate de 45—55 de ani, din care 8 cu cancer uterin au constatat următoarele: la 3 din cele cu cancer uterin au prezentat mari cantităţi de foliculină în urina matinală. La una din cele cu cancer extragenital (cancerul feţii) au găsit de asemeni mari cantităţi de foli-

*) Nu este fără interes să notăm că al doilea hormon femenin luteina nu este decât un hormon mascul hidratat la care s'a înlocuit un O_2 prin un propil (CH_3—Ch_2—Ch_3).

culină în urina matinală. Courrier susţine că femeile cu cancer, în special cu cancer genital pot avea până la 10.000 u. ş. de foliculină la kgr. de urină.

Aceşti autori examinând 11 bărbaţi canceroşi au găsit la unul mari cantităţi de foliculină în urina matinală, la alţii 3 au găsit asemeni foliculină în urina matinală, dar în cantităţi mai mici (50 u. ş. la kgr.). Trebue să notăm că Maranon, Dhorn, E. Largueur, Frank, etc., au găsit foliculina în urină la bărbaţi normali.

Unde s'a format această foliculină în cantităţi aşa mari? Jiro, Kosakae, Tadasu, Ohga şi Sakaki Ocamoto[12]) examinând 400 de carcinomatoase, au găsit la toate foliculina crescută în urină, chiar la cele trecute de menopauză. Eliminarea foliculinei este foarte neregulată şi autorii cred că foliculina se produce la nivelul leziunei canceroase, fiind în legătură cu procesul de necrobioză, s'ar forma dar un necrohormon al ţesuturilor lezate.

UNDE SE GĂSEŞTE FOLICULINA IN NATURĂ

Am spus mai sus că foliculina este foarte răspândită în natură. Foliculina sau o substanţă cu acţiune oestrogenă s'a găsit în plante, în animale mascule şi femele, în pământ, în cărbune, în petrol, în substanţe bituminoase, asfalt, turbă, etc.

In regnul vegetal a fost găsită de asemeni destul de frecvent în special în embrion, în floarea diverselor plante (Schoeller, Loewe, Budenandt), în muguri, (Frank). Frank, Fellner, Dohrn, Faure, Glim şi Wadehn, Walker şi Janney, apoi în drojdia de bere, în grăunţe de ovăz, în cartofi, în rubarbe. De Knoke a găsit-o în apa de mare. In apa de mare susţine Courrier, ar proveni dela animalele marine. A fost găsită în fluturi (Loewe) la protozoare.

De asemeni se găseşte la animalele de mare, la peşti, batracieni, păsări (Fellner, Allen, Sereni şi Loewe). La animalele superioare (la mamifere este foarte răspândită) s'a găsit în bilă. (Maranon, Frank, Gsell, Busse) în ficat, (Schröeder, Goerbig, Lagueur) în unele chisturi ovariene, (Courrier) în lapte, (Brouha şi Simonnet) în uter, (Courrier, Brouha şi Simonnet) în sânge şi toate organele femeii însărcinate, vitamina D.

Trebue să notăm că această răspândire a substanţei oestrogene. S'a cercetat prin metoda biologică, adică metoda Allen şi Doisy, de a provoca oestrul la şoareci sau şobolance castrate. Şi pentru a fi mai precişi trebue să spunem că nu este vorba de foliculină, ci de un principiu activ oestrogen şi sexual, care poate fi identic chimiceşte cu foliculina, dar poate fi mult deosebit, poate fi egal de activ şi complect ca foliculina, dar poate fi şi mai activ sau mai puţin activ ca foliculina. Ţin să fixez acest punct care, dacă pentru moment nu pare să aibă mare importanţă, în curând va fi de o importanţă deosebită.

Această răspândire extraordinară a foliculinei în natură pe de o parte îndreptăţeşte ipoteza de mai sus a originei exogene a foliculinei, pe de altă parte pune o serie de probleme biologice în raport cu diverse procese fiziologice, biologice şi patologice. In

special problemele asupra funcţiunei generatoare par să capete un nou câmp deschis. De asemeni problema cancerului şi în genere a tumorilor maligne şi begnine (fibronul) sunt în legătură cu acţiunea proliferatoare a foliculinei.

In rezumat foliculina este secretată de celulele foliculare ale tecei interne ale foliculului lui de Graaf, când ajunge la oarecare grad de desvoltare, până la dehiscenţa foliculului matur. La apariţia corpului galben, gradat, secreţia foliculinei este înlocuită de corpul galben şi aceasta pe tot timpul vieţii sale, deci 9—10 zile înainte de menstruaţie.

In timpul sarcinei corpul galben îşi continuă vieaţa şi deci secretă foliculină cu intensitate gradată. In luna 3—4 a sarcinei, corpul galben involuează, îşi pierde vitalitatea şi puterea secretorie. In acest timp placenta s'a organizat ca o mare glandă secretorie şi produce în mod abundent foliculină ce se găseşte în urină, de aceea din acest moment cantitatea de foliculină în urină creşte abundent şi continuă să crească până la finele gestaţiunei paralel cu creşterea placentei.

Elementele secretorii din placentă sunt celulele coriale. In cazuri patologice când celulele coriale proliferează abundent (mola sau corio-epiteliom), secreţia foliculinei creşte în proporţie cu viteza de proliferare a celulelor coriale.

Origina exogenă. — Substanţe foarte asemănătoare chimiceşte şi fiziologiceşte cu foliculina sunt foarte răspândite în natură, în special în alimente. O serie de autori cred că foliculina este pur şi simplu ingerată şi depozitată în ovare pentru a fi elaborată după nevoi în sensul glicogenului hepatic. Alţi autori cred că prin alimentaţie se introduc o serie de foliculine vegetale şi animale foarte aproape de foliculina organismului respectiv. Organismul, în special ovarul, absoarbe aceste foliculine şi le transformă în o foliculină specifică proprie organismului său în sensul cum face cu grăsimile. In scurt ovarul nu face decât să modifice constituţia chimică a foliculinei ingerate în sensul unei specifizări proprii.

Ambele aceste concepţii, exogenă şi endogenă se pot perfect de bine armoniza între ele în aşa fel, încât ambele să formeze un tot unitar.

BIBLIOGRAFIE

Bogata bibliografie, care urmează, ne putând fi publicată din cauza dimensiunilor prea mari ale acestui număr, urmează a fi cerută de către doritori la redacţie, sau direct la autor (Spitalul Colţea — Clinica Ginecologică, Bucureşti).

L. MAVROMATI: *L'origine de l'hormone sexuelle féminine. (La folliculine),*

—: *L'origine del 'ormone sessuale feminile (foliculina),*

—: *Herkunft des weiblichen sexual Hormons (Follikuline).*

ASUPRA VARIETAŢILOR ŞI ORIGINEI CELULELOR INTERSTIŢIALE ALE OVARULUI

de

V. D. MARZA

(Laboratorul de Histologie, Facultatea de Medicină din Iaşi)

După autori, sunt descrise mai multe varietăţi de celule interstitiale; toate se pot integra în clasificaţia lui Benoit care recunoaşte 3 tipuri: C. L. şi E. Celulele C. şi L. sunt considerate de majoritatea autorilor ca două faze de evoluţie ale aceleiaşi celule.

Chestiunea originei celulelor interstiţiale este controversată. S'a admis o origine mesenchimatoasă şi alta epitelială.

După cercetări personale, V. Mârza ajunge la concluzia că celulele L sunt de natură epitelială iar celulele C de natură plasmocitară, cu facultatea de a migra.

Digitized by Central University Library Cluj

Celulele interstiţiale sunt cunoscute de multă vreme, dar rolul lor în determinismul caracterelor sexuale secundare nu se cunoaşte decât din 1903, când Bouin şi Ancel au început să studieze glanda interstiţială din acest punct de vedere.

ISTORIC. — In 1850 Leydig descopere celulele interstiţiale de testicul; în aceste celule el observă cristaloizii descrişi mai târziu din nou de Reinke (1896).

Celulele lui Leydig au fost regăsite şi descrise din nou de Pflüger (1863), His (1865), Tourneux (1879), Kölliker (1898), Bouin (1899), Limon (1901), Regaud şi Policard (1901), Bouin şi Ancel (1903, 1904, etc.), Regaud şi Dubreuil (1906) etc. în gonadele mamiferelor şi în special în gonadele rozătoarelor şi carnivorelor unde aceste celule sunt deosebit de abundente.

In gonadele de păsări celulele interstiţiale au fost observate pentru prima dată de His (1865); ele au fost în urmă studiate de Waldeyer (1870), de Pol. (1908), de Ganfini (1906) şi mai recent de către Firket (1914-1920), Morgan (1915-1916), Pearl şi Boring (1917), Goodale (1919), Morgan (1920), Nonidez (1920-1922) Parhon şi Parhon (1922), Benoit (1923), Fell (1923), Stieve (1926), Mârza şi Mârza (1932; 1935), Mârza şi Golăescu (1935), Mârza (1935).

Dela începutul studiului glandei interstiţiale, Born (1874) şi Tourneux (1879) au stabilit perfecta identitate dintre celulele in-

terstiţiale ale păsărilor cu cele ale mamiferelor, pe de o parte, şi dintre celulele interstiţiale ale testiculului cu cele ale ovarului, pe de altă parte.

Tipuri de celule interstiţiale. — Sainmont (1906), descrie 5 forme de celule interstiţiale, care după el ar reprezenta tot atâtea etape ale evoluţiei celulelor interstiţiale. Cele 5 forme ale lui Sainmont sunt: 1) celula interstiţială tânără; 2) celula interstiţială de transiţie; 3) celula interstiţială adultă; 4) celula interstiţială degenerată, şi 5) celula insterstiţială hipertrofiată.

Clasificaţia lui Sainmont nu-i admisă de toţi cercetătorii. Astfel Bayer şi den Velden descrie numai trei tipuri de celule interstiţiale în ovarul mamiferelor: 1) o celulă luteinică; 2) celula theca-luteinică, şi 3) celula interstiţială a stromei ovariene.

Aschner, identifică celula luteinică cu celula interstiţială din stroma ovariană şi reduce la două numărul tipurilor din celulele interstiţiale.

In ovarul de pasăre nu există corp galben, ci numai foliculi normali, în creştere, foliculi atrezici şi tunicile foliculilor dehiscenţi. Aceştia din urmă nu se transformă în corpi galbeni, lipsindu-le elementele epiteliale pe socoteala cărora se desvoltă, la mamifere, corpul galben. In ovarul de pasăre, Firket (1914—1918), a descris existenţa numai a două tipuri de celule interstiţiale, iar Benoit (1923—1926), descrie trei tipuri.

Ne vom opri mai mult asupra clasificărei lui Benoit în cadrul căreia vom integra şi tipurile de celule interstiţiale descrise de alţi autori. După Benoit în ovarul de pasăre există:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

a) O celulă interstiţială mică, ovală sau poliedrică, bogată în chondriom (de unde şi numele de celula *C* pe care îl dă Benoit), săracă în inclusiuni grase. Nucleul acestei celule este excentric;

b) O mare celulă, cu citoplasma alveolară. In alveolele acestei celule s'a găsit cholesterol (Mârza şi Mârza, 1932), grăsimi neutre, lipide. Această celulă se încarcă câteodată cu un pigment luteinic. Pe baza acestui pigment Pearl şi Boring (1918), au căutat să identifice celula aceasta cu celula luteinică a corpilor galbeni de mamifere.

Celula interstiţială mare, tratată cu alcool xilol, etc., are un aspect clar.

Celulele *L* nu sunt specifice gonadelor de pasăre; ele se găsesc deasemenea în ovarele şi în testiculii mamiferelor;

c) A treia varietate de celulă interstiţială este celula *E* a lui Benoit. Aceasta este un element mic, sărac în condriom şi în inclusiuni lipidice, rău definită ca tip de către Benoit. Celula *E* ar avea o origină epitelială.

*

Denumiri. — Celula *C* şi celula *L* sunt considerate de majoritatea autorilor ca două faze de evoluţie ale uneia şi aceleiaş celule.

Aceste două celule interstiţiale au fost denumite: „Plasmazellen" (Waldeyer, 1870), „Stromazellen" (Schrön, 1863; Tsukaguchi şi Okomato, 1928), „Kornzellen" (cellules à granulations), His,

1865; Poll, 1908), „luteal-cells" (Boring şi Pearl, 1918), „fat-laden cells" (cellules remplies de graisses), (Nonidez, 1922), „cellules claires" (Caridroit, 1926), „celule tinere şi adulte" (Sainmont, 1906), „celule *L* şi *C* (Benoit).

*

Evoluţie. — Celula interstiţială clară rezultă din evoluţia celulei C după Limon (1901), Regaud şi Dubreuil (1906), Sainmont (1906), Fell (1923), Benoit (1926), etc., prin supra încărcare liposterolică sau lipopigmentară. Această părere nu este împărtăşită de Nonidez (1922) şi de noi (1935).

Localizare. — Cele două varietăţi de celule interstiţiale au fost găsite:

a) In teaca internă a ovulelor normale de păsări şi mamifere, însă în număr mic;

b) In teaca internă îngroşată a ovulelor atrezice, unde celulele interstiţiale sunt în număr foarte mare atât la păsări cât şi la mamifere;

c) In stroma ovariană celule interstiţiale formează grămezi mai mult sau mai puţin compacte: 1) în zona corticală a ovarului dedesuptul epiteliului folicular (Benoit, Mârza şi Golăescu, 1935); 2) în locul unui folicul atrezic rezorbit; 3) în adventicea arteriolelor şi a venulelor şi în număr mic în periteliul capilarelor; 4) în grămezi mici sau ca celule izolate în spaţiile lacunare ale ovarului de pasăre (Fell, Nonidez, Mârza şi Golăescu);

BCU Cluj / Central University Library Cluj

d) Celulele interstiţiale au fost deasemenea găsite în hilul ovarului de femee în vecinătatea imediată a fibrelor amielinice (Berger, 1923; Lewin, 1926; Kohn, 1928; Neumann, 1929; Jachimowits, 1931 şi Wieser, 1931).

Celulele interstiţiale ale hilului sunt identice cu celulele lui Leydig din testicul. Ca şi în acestea din urmă, în celulele interstiţiale din hil, Berger a găsit cristaloizi proteici. Celulele hilului nu dau reacţia chromafină, argentafină sau reacţia siderofilă, (Berger, 1923).

*

Inmulţire. — Celulele clare, (celulele „L"), sunt celule evoluate care, după Boring şi Pearl, nu prezintă decât rar mitose. Celulele acestea par chiar la termenul evoluţiei lor, şi în multe din ele, Sainmont (1901), Regaud şi Policard (1901), Nonidez (1920), au remarcat nuclei picnotici, iar în cazul când celula întreagă este încărcată cu pigment, aceşti autori au observat chiar dispariţia complectă a nucleului.

Noi n'am observat niciodată mitoze în celulele clare a tecei ovulelor normale, deşi am examinat un foarte mare număr de aceste

1) *Berger L.*: Arch d'Anat. d'Histol et d'Embryol. 1923, v. 2, p. 255—306. — *Lewin B. D.*: Am. J. Med. Sci. Philad., 1926, v. 171, p. 518. — *Kohn Alfred*: Endokrin. 1928, v. 1 p. 1—10. — *Neumann H.*: Virch. Arch 1929, v. 273, p. 511—523. — *Jachimowits*: Zentralbl. Gynäk. 1931, p. 26, 97. — *Wieser C.*: Endokrin., 1931, v. 8, p. 321 şi 404.

celule atât cu ocazia studiului nostru asupra localizărei histochimice a cholesterolului (Mârza şi Mârza, 1932), cât şi cu ocazia altor studii.

Celulele interstiţiale *C*, fac impresia unor celule tinere. Totuşi nici în aceste celule n'au observat mitose, Firket (1914—1918), Nonidez, Fell, Sonnenbrodt, Winiwarter şi noi înşi-ne.

Esaki (1928), în culturi in vitro şi Stieve (1927), la embrioni, au observat mitose la nivelul celulelor *C*.

Alţi autori socotesc că celulele *C* se divid amitotic (Ganfini, 1906; Regaud et Dubreuil, 1906; Stein, 1931; Mârza şi Golăescu, 1935).

Fell şi Benoit au observat că celulele interstiţiale sunt puţin numeroase în teaca foliculilor normali. Aceşti autori admit că celulele interstiţiale se multiplică activ când ovulul este atins de atrezie. In acest din urmă caz, teaca ovulelor atinse de atrezie se îngroaşă foarte mult pe socoteala celulelor care au crescut de volum (Benoit), sau ca număr (Aron). Ingroşarea tecei ovulelor atrezice s'a mai explicat şi în alt fel. Numărul celulelor interstiţiale într'o teacă de ovul normal este infinit mai redus decât într'o teacă de ovul atrezic, (Mârza şi Golăescu). Ingroşarea tecei în acest caz nu poate fi datorită mărirei de volum a celulelor interstiţiale din teacă, şi nici diviziunei lor, directe sau indirecte (care se observă aşa de rar). Ingroşarea tecei în timpul atreziei foliculului ovarian se datoreşte într'o foarte largă măsură unei emigraţii active a histiocitelor către ovulul atrezic (Nonidez, Mârza, 1935). Histiociţii se încarcă nu numai cu grăsimea, lipidele şi sterolii viţeluşului ci transformă în pigmenţi ferici, sângele revărsat în cavitatea ovulului atrezic (după cum am arătat într'o lucrare făcută în 1932, împreună cu E. Mârza şi cu Chiosa). După noi, migraţia este cu atât mai importantă, (şi îngroşarea tecei cu atât mai mare), cu cât ovulul atins de atrezie este mai evoluat.

Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj

ORIGINA CELULELOR INTERSTIŢIALE.

Chestiunea originei celulelor interstiţiale a dat loc la multe controverse.

In linii generale se admit două origini: una mesenchimatoasă, alta epitelială.

a) *Origina epitelială.* Nu toţi autorii care admit această origină sunt de acord asupra elementului din care derivă celulele interstiţiale. Aşa de ex., după Harz şi Chiarugi (1885), celulele interstiţiale nasc din *corpul lui Wolff.* Dar Whitehead (1904) combate această ipoteză arătând că cel puţin la porc, celulele interstiţiale apar înainte ca să se fi stabilit vre-o conexiune între testicul şi corpul lui Wolff.

După Ganfini (1906), Truffi (1926), Bayer e den Velden; Benoit (1926), Tsukaguchi şi Okamoto (1928), celulele interstiţiale nasc din *epiteliul ovarian.* Această opiniune este, la rândul ei combătută de Stieve.

După Janosek (1888), Loisel (1904), Rubaschkin (1912),

Fell, Nonidez, Kitahara (1923), Benoit (1923), Tsukaguchi şi Okamoto, celulele interstiţiale pot să derive deasemenea din *cordoanele medulare* ale ovarului, cordoane care în ovarul adult dau naştere spaţiilor lacunare.

b) *Origina conjunctivă.* — Numărul autorilor care s'au raliat la părerea că celulele interstiţiale sunt de origină conjunctivă este foarte mare. Printre autorii care admit originea conjunctivă a celulelor interstiţiale la mamifere putem cita pe: Pflüger (1863), Schrön (1863), Born (1874), MacLeod (1880), Tourneux (1879), Plato (1894), Maximow (1899), Bouin (1899), Limon (1901), Cohn (1903), Allen (1904), Sainmont (1905), Winiwarter (1908, 1912), Brugnatelli (1919), Humphey (1920), Seitz (1921), Kronfeld (1921), Lahm (1922), Kitahara (1923), Bascom (1923), Stieve (1923), Esaki (1928), Schröder (1930).

Originea conjunctivă a celulelor interstiţiale din gonadele păsărilor este susţinută de: Waldeyer (1870), Firket (1920), Nonidez (1920), Mârza (1934).

După unii din aceşti autori, celulele interstiţiale derivă direct din celulele mesenchimatoase Plato (1897), Maximow (1899), Ancel şi Bouin (1903), Allen (1904), Whitehead (1904), Sainmont (1906), Firket (1918), Brugnatelli (1919), Kitahara (1923), Stieve (1923), Esaki (1928), Brugnatelli şi Esaki au urmărit în culturi „in vitro" geneza celulelor interstiţiale.

După un alt grup de autori, celulele interstiţiale derivă din histiociţi. De această părere sunt: Goldmann (1909), Ishibashi (1919), Humphrey (1921), Guilera şi Kronfeld (1921), Stieve (1923), Wagner (1923—25), Esaki (1928), Brătianu (1930), Mârza (1934).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După un mic număr de autori celulele interstiţiale derivă din limfociţi, (Bouin şi Ancel, 1905; Moreau, Nonidez, 1920; Stieve, 1923), fie prin transformarea directă a limfocitilor în celulele interstiţiale, (Bouin), fie prin transformarea limfocitilor în histiociţi (Nonidez).

Celulele interstiţiale ar deriva din leucocite după Policard (1902), care le-a studiat la Selacieni (Rajade), Champy (1913), la broască, Goodale (1919), la găină, Courrier (1922), la peşti, Bruni (1925) la ecvine.

*

Din acest scurt rezumat se poate vedea cât de nesigură şi de controversată este încă originea celulelor interstiţiale. După noi, una din cauzele acestor controverse se datoreşte faptului că majoritatea autorilor care au studiat celulele interstiţiale s'au servit de un număr foarte redus de metode de investigaţie. Din această cauză, au fost considerate ca identice celule, care ca aspect pot să se asemene, dar care diferă mult una de alta ca origină, ca reacţii histochimice şi ca reacţii fagocitare.

CERCETĂRI PERSONALE. — Faţă de aceste păreri aşa de contradictorii noi am reluat chestiunea originei celulelor interstiţiale ale ovarului, utilizând: a) O metodă histofiziologică (injecţiile cu albastru de tripan); b) Metode de coloraţie sanguină (coloraţia May-Grün-

wald-Giemsa; coloraţia cu pironină verde de metil pentru plasmazellen; metoda cu albastru polichron a lui Unna, coloraţia cu albastru de metilen şi cu thionină pentru mastzellen; coloraţia cu acridină verde malachit pentru plasmazellen), pentru a elucida raportul care există între limfocite, hemocitoblaşti şi celulele *C;* c) Metode histochimice (pentru cholesterol, pentru fer, pentru potasiu, pentru proteine cu reacţie acidă şi bazică); d) Metode mitochondriale; e) Metode pentru reticulină (aceasta din urmă ca un compliment la metoda cu tripan).

Rezultate. — Frecvenţa celulelor interstiţiale *C* şi *L*, din teaca foliculilor normali (pasăre) variază cu faza de desvoltare a ovulului. In general numărul celulelor interstiţiale este foarte redus la începutul şi la sfârşitul evoluţiei foliculilor ovarieni. Celulele interstiţiale sunt mai numeroase în perioada în care vitelusul apare în ovule. Dar numărul lor este extrem de mic, chiar atunci, faţă de numărul celulelor interstiţiale din teaca unui folicul atrezic de aceleaşi dimensiuni.

După datele noastre rezultă că celulele interstiţiale din ovulele atrezice nu derivă din micul număr de celule interstiţiale din teaca foliculilor normali. Enormul număr de celule interstiţiale din teaca ovulelor atrezice nu se poate explica prin ipoteza naşterei lor pe socoteala elementelor preexistente, ci numai prin migraţie activă. Chestiunea migraţiei pune în discuţie însăşi natura celulelor interstiţiale. Noi am ajuns la concluzia că celulele *L* din teaca foliculilor normali sunt celule de natură epitelială ce se înconjoară de o membrană de reticulină şi de reticulociţi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Afară de aceste celule, în teaca foliculilor normali se mai găsesc şi celule *C*. Aceste celule au facultatea de a emigra. Ele au toate reacţiile de colorare ale plasmocitelor.

In teaca foliculilor normali am găsit un număr mic de histiociţi, hemocitoblaşti şi foarte rari mastociţi. Contrar lui Goodale (1919), noi nu am găsit eosinofile în ovarul de pasăre.

Natura plasmocitară a celulelor *C* explică frecvenţa lor împrejurul vaselor, sub epiteliul germinativ al ovarului.

In teaca ovulului atrezic am găsit un enorm număr de histiociţi tineri sau încărcaţi de inclusiuni grase şi pigmentare. Aceşti histiociţi au fost confundaţi până acuma cu celulele *L* (epiteliale) din teaca foliculilor normali. Dar aceste din urmă celule nu se încarcă niciodată de granule de tripan.

Plasmociţii sunt extrem de numeroşi în teaca ovulelor atrezici.

Viteloliza este întovărăşită de hemoragii intra-foliculare. Digestia acestor proteine ca şi acelea ale vitelusului par a fi foarte dificile. In timpul vitelolizei se formează probabil heteroproteine, ceeace ar explica abundenţa mare a celulelor de tip plasmocitar împrejurul focarelor de atrezie. Numărul mare al histiociţilor se explică prin cantitatea enormă de substanţe grase care trebue rezorbită din foliculii atrezici mari.

Spre deosebire de celelalte celule interstiţiale, cele din foliculii atrezici sunt deosebite de bogate în fer anorganic rezultat din scindarea moleculei de hemoglobină din sângele revărsat în folicul.

In gonadele embrionului găsim gonocite secundare şi hemocitoblaşti. Aceste două celule seamănă mult una cu alta. Numai un examen atent şi poziţia lor stabileşte natura lor. Gonociţii se găsesc în tubişorii seminiferi şi în mod normal nu migrează în ţăsutul interstiţial cum susţine Benoit.

BIBLIOGRAFIE

Aron M.: C. R. Soc. Biol. 1933, v. 113, p. 1069. — *Aschner B.:* Arch. f. Gynäk. 1916, v. 102. — *Bascom K. F.:* Am. J. Anat, 1923, v. 31, p. 38 — *Benoit:* C. R. Soc. Biol. 1923, v. 89, p. 1326, C. R. Acad. Sc. 1924, v. 176, p. 341 şi 1640, ibid. v. 182, p. 240, 1926, C. R. Soc. Biol. 1926, v. 94, p. 873. — *Bernardo Comel:* Arch. Ital. Anat. e Embriol. 1932, v. 29, p. 78—108. — *Bouin P.:* Arch. de Biol. 1900, v. 17. — *Bouin şi Ancel:* Arch. Zool. exp. et gén. 1903. v. 1 (IV), p. 437, J. Physiol, et Pathol. gén 1904, v. 6, p. 1012, Arch. Zool. exp. et gén. 1905, v. 4 (III), p. 391. ibid. p. 418. — *Born:* Arch. f. Anat. u. Physiol. 1874. — *Boring şi Morgan:* J. gen. Physiol 1918, v. 1, p. 127. — *Boring şi Pearl:* Anat. Rec. 1918, v. 13 şi J, exp. Zool. 1918, p. 25. — *Brătianu Ş.,* C. R. Soc. Biol. 1930, 101, p. 710. — *Brugnatelli:* Boll. Soc. Med. Chir. di Pavia, 1918, Nr 3. — *Bruni:* Atti Soc. Lomb. Sc. Med. e Biol. 1925, v. 14, f. 5. — *Caridroit:* Bull. Biol. Fr. et Belg., 1926, v. 60, p. 136. — *Champy Chr.:* Arch. Zool. exp. et Gen. 1913, v. 52, p. 135, ibid. 1933, v. 76, p. 59—104. — *Chiarurgi:* Ric. Istit. Anat. Siene, 1885. — *Cohn T.:* Arch. f. Mikr. Anat. 1903, v. 62. — *Courrier:* Arch. d'Anat. et d'Embryol. 1922, v. 2, p. 115. — *Dulzetto F.:* Ric. Morphol. Roma, 1926, v. 6 p. 1—24. — *Esaki:* (1928, citat după Stieve 1930). — *Fell H. B.:* Brit. J. Exp. Biol. 1923, 1, p. 97 şi p. 293 şi Theză inaug. Edinbourg 1924. — *Firket:* Arch. de Biol. 1914, v. 19 şi 1920 v. 20. — *Ganfini:* Arch. ital. Anat. e Embryol. 1906, v. 7, f. 3, ibid. 1908, p. 373 şi 1902, v. 1, p. 253. — *Goodale:* Anat. Rec. 1919, v. 16, p. 247—250. — *Guilera şi Kronfeld:* (1921, citaţi după Stieve, 1930). — *Humphry:* Am. J. Anat. 1921, v. 29, p. 213. — *Janossik:* Sits. d. Kais. Akad. d. Wissensch. 1888, v. 96. — *Ishibashi:* Mitt. D. Med. Fac. d. Kais. Univ. Tokio 1919, v. 22, p. 39. — *Kitahara Y:* Arch Entwicklungsmech. 1923, v. 52, p. 550—615. — *Lahm N.:* Monatschr. f. Geburtsch. u. Gynäk. 1922, v. 58, p. 128. — *Leydig:* Ztschr. f. wiss. Zool. 1850, v. 2, p. 1 — *Limon:* Trav. Lab. Hist. Labor. Nancy, 1901. — *MacLeod:* Arch. de Biol. 1880, v. 1. — *Mârza V.:* C. R. Soc. Biol. 1934, v. 117, p. 1278. — *Mârza şi Goldescu:* C. R. Soc. Biol. 1935, v. 118, p. 1470. — *Mârza V.* şi *Mârza E:* Bull Histol. appl. 1932, v. 9, p. 313. — *Mârza V, Mârza E. şi Chiosa L.:* Bull. Histol. appl. 1932, v. 9 p. 213. — *Maximow:* Beitr. z. Path. Anat. u. allg. Path. 1899, v. 26 p. 230. — *Morgan:* Carn. Inst. Wash. Public., 1919 şi Endocrinology, 1920, v. 4 No. 3. — *Nonidez F.:* Amer. J. Anat. 1920, v. 28 No. 1; Vol. Jubil. di S. Ram. y Cajal 1922, Madrid şi Amer J. Anat. 1922 v 31 No. 2. — *Parhon şi Parhon:* C. R. Soc. Biol. 1922, v 87, p. 1277. — *Pearl şi Boring:* Amer. J. Anat 1918, v. 23 p 1-37. — *Pflüger:* Die Eierstock d. Säugetiere u. d. Menschen, Leipzig 1863. — *Plato F.:* Arch f. mikr. Anat. 1896, v. 48 p. 280. — *Policard A.:* C. R. Soc. Biol. 1902. — *Poll:* Arch. f. mikr. Anat. 1911 v 78, s. II p. 63. — *Regaud şi Dubreuil:* Arch. D'Anat. micr 1906, v. 63, p. 647 şi Bibliogr. Anat 1906, v. 15 p. 169. — *Regaud şi Policard:* C. R. Ass. Anat. 1901. — *Reinke F.:* Arch. f. mikr. Anat 1896, v. 47, p. 34. — *Sainmont:* Arch. de Biol. 1905, v. 22. — *Schröder:* capitolul «Atresia Foliculară» în Möllendorff VII/I. volumul Harn u. Geschlechtsapp 1930, p. 347. — *Schrön:* Ztschr., f. wiss. Biol. 1863, v 12. — *Seitz:* Verh. deut. des. Gynäk. Kiel 1905. — *Sonnenbrodt:* Arch. f. Mikr. Anat. 1908, v. 72, p. 415. — *Stein:* Ztschr. Zellforsch. 1931 v. 12 p. 483. — *Stieve H.:* Anat. Anz. 1921, v 54; Arch. f. d. ges. Phys. 1923, v. 200, p. 470: Arch. f. mikr. Anat. 1923, v 99 p. 390; Ztschr. f. mikr. Anat. Forsch. 1926, v. 2 p 111 şi cap. «cel. interst. testic.» in Möllendorff, 1930, v. VII—2 p. 111. — *Tourneux:* Journ. Anat. et de Physiol. 1879 v. 15. — *Truffi:* Boll. Soc. Ital. Biol. sper. 1926, v 1, No. 5 — *Tsukaguchi şi Okamoto:* Folia Anat. Jap. 1928, v. 6, p. 663. — *Wagner K.:* Anat. Anz. 1923, v. 56, p. 559 şi Biologia Gener 1925, v. 1, p. 22. — *Waldeyer:* Eierstock und Ei, Leipzig 1870. — *Whitehead R. H:* Amer. Journ. Anat. 1904, v. 3, p. 167. — *Winiwarter (H. de—):* Anat. Anz. 1908, v. 3; ibid. 1912 v. 41, p. 309 şi C. R. Ass. Anat. 1929, p. 543.

V. MÂRZA: *Sur les variétés et l'origine des cellules interstitielles de l'ovaire.*

—: *Sovra la varietà e l'origine della cellule interstiziale dell'ovaro.*

—: *Über die Varietäten und Herkunft der interstiziellen Zellen des Ovariums.*

NATURA ŞI ROLUL VITAMINELOR IN CADRUL PROCESELOR METABOLICE

de

D-r I. NITZULESCU

Prin structura lor, prin rostul lor, vitaminele se confundă cu hormonii şi poate că nici presupusa lor independenţă de sistemul nervos vegetativ nu e chiar aşa de completă.

Studiul lor poate fi astăzi considerat ca un capitol al endocrinologiei.

Vitaminele participă activ la complexul schimburilor metabolice în organism; în general ele au fost considerate ca agenţi de cataliză oxidativă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Studiul vitaminelor a evoluat paralel cu acela al glandelor endocrine. Abia întrezărite în empirismul popular şi în observaţii sporadice, până acum 25—30 de ani, considerate apoi, în prima fază a cercetării lor ştiinţifice ca un capitol mai degrabă curios şi periferic al fiziologiei, ele au căpătat astăzi o importanţă capitală, însemnând alături de hormonii endocrini, factori esenţiali în lanţul complex de procese chimice ale metabolismului intermediar.

„Dacă încercăm", scrie Z. Bacq, să ne închipuim modul în care organismul mamiferelor îşi menţine constantă temperatura, compoziţia chimică a humorilor, metabolismul general, dacă încercăm să analizăm mecanismele care intervin pentru a asigura păstrarea acestor proprietăţi, mecanisme cărora Cannon le dă numele de Homeostazie, atunci putem considera 2 sisteme de apărare, două mijloace de acţiune ale organismului: Cel dintâi, lent, independent de sistemul nervos, sistemul cel mai primitiv din punct de vedere filogenetic, vitaminele. Al doilea mai rapid sistemul neuroendocrin... Vitaminele par să lucreze încet, pot fi inmagazinate în cantităţi considerabile. Hormonii au o acţiune mult mai rapidă şi dependenţa lor de sistemul nervos e sigură mai ales în ce priveşte adrenalina şi tiroxina".

Din paginele ce urmează se va vedea că poate chiar această distincţie între cele 2 sisteme e încă oarecum artificială. Prin structura lor, prin rostul lor, vitaminele se confundă cu hormonii şi

poate nici independenţa de sistemul nervos vegetativ nu e chiar aşa de complectă. Studiul lor ar putea fi astăzi considerat ca un capitol al endocrinolegiei.

Acest capitol a ajuns însă prea vast ca să poată fi oglindit într'un mod cuprinzător în cadrul strâmt al unui articol. Ne vom mulţumi să trecem aci în revistă cu deosebire ultimele cercetări, care au contribuit să lămurească rostul vitaminelor în procesele nutritive şi au justificat importanţa pe care le-o acordăm acum.

E în general cunoscut că în timp ce plantele pot sintetiza din elementele simple întregul lor complex de substanţe organice, animalele trăesc pe socoteala energiei acumulate graţie acestei sinteze. In regnul vegetal predomină activitatea sintetică, în cel animal acea analitică. Aceasta nu înseamnă însă că şi în corpul animalelor nu se produc nenumărate sinteze, ci numai că în locul sintezelor totale făcute utilizând direct energia solară, animalele, după ce au desfăcut materialul adus de alimente în compuşi mai simpli, graţie digestiei, resintetizează substanţele de care au nevoe, şi care le caracterizează structura, numai folosind energia rezultată din procesele de desfacere şi de oxidare, care au loc necontenit paralel cu procesele de sinteză.

Animalele pot prin urmare construi şi ele nenumărate structuri organice, dar capacitatea lor de sinteză, pe lângă că rămâne condiţionată de arderile concomitente, e mărginită. E destul de interesant să constatăm că un organism animal, capabil să construiască singur o moleculă aşa de complexă cum e aceia a colesterolului sau se pare a ergosterolului, nu e în stare totuşi să o poată transforma pe aceasta din urmă în izomerul care e vitamina D. (Calciferolul), ori nu e în stare să construiască o moleculă aşa de simplă cum este aceia a vitaminii C.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Vitaminele fac parte din substanţele acestea pe care organismul nu le poate în general construi singur. Nu sânt însă numai ele. Dintre cei 21 de aminoacizi care alcătuesc structura proteinelor, şi şi de care organismul animal are neapărată trebuinţă, sunt unii (triptofanul, lizina, histidina, cistina) despre care ştim că, la fel cu Vitaminele trebuesc aduşi de alimente, fie sub formă de proteine, fie cum a dovedit Abderhalden sub forma de simplu amestec de acizi aminaţi. Tot mai bine înţelegem astăzi că alimentele noastre au pe lângă cele 2 roluri bine cunoscute de mult, rolul plastic (creşterea şi repararea ţesuturilor) şi cel energetic (isvorul de energie calorică şi mecanică) şi un al 3-a rol nu mai puţin esenţial, acela de a furniza organismului substanţe cu acţiune funcţională, agenţi chimici indispensabili în lanţul nenumăratelor reacţiuni care caracterizează activitatea metabolică. Tiroxina, adrenalina, histamina, etc. nu pot fi preparate de organism decât pornind din nucleii acestor acizi aminaţi, care nu pot fi sintetizaţi în organism.

Aceşti aminoacizi au deci pe lângă rolul lor plastic, (construirea moleculelor proteice noi ale organismului în creştere) şi un rol funcţional, prin care îi putem apropia de vitamine. Insăşi hormonii, pe care glandele endocrine nu-i pot face decât plecând din asemenea

nuclei aminoacizi preformaţi, se apropie în ultimă instanţă de vitamine. Aminoacizii respectivi ar fi nişte adevăraţi prohormoni aşa cum se cunoaşte o provitamină, carotenul, din care ficatul e în stare să facă la nevoe vitamina necesară. De îndată ce ei lipsesc în alimentaţie, organismul trebue să dărâme propriile lui proteine ca să şi-i procure.

Nu e imposibil ca în viitor să se descopere şi alte structuri indispensabile, pe care animalele sunt obligate să le găsască în alimente. De odată putem constata că pe măsură ce studiul alimentaţiei progresează, numărul substanţelor clasificate între vitamine creşte. In locul celor 6 vitamine astăzi clasice autorii tind să admită acum existenţa probabilă a cel puţin 15—16 compuşi bine individualizaţi.

Iată o scurtă CLASIFICARE ŞI PROPRIETĂŢILE LOR.

I. *Vitamine liposolubile:*

1) Vitamina A antixeroftalmică. Rostul ei de căpetenie e să asigure nutriţia celulelor epiteliale. In lipsa ei se produc leziuni degenerative ale pielei şi mai ales a mucoaselor, cu tendinţa la proliferare şi keratinizare. Rezultă suprimarea secreţiilor glandulare, uscarea şi inflamaţia epiteliilor, infecţia globului ocular, broncopneumonii, calculi biliari şi urinari. Fujimaki, Fridericia au văzut apariţia de papilomi stomacali care redispăreau după un tratament cu vitamină A. Bisceglie (citat de Marinescu) a văzut rolul stimulant al vitaminii asupra culturilor de ţesuturi. b) Leziuni ale sistemului nervos central şi periferic aducând turburări funcţionale, incoordonare, fenomene spastice. c) Scăderea puterii de apărare împotriva infecţiilor mai ales din cauza lezării barierei epiteliale dar şi a scăderii apărării humorale. De curând Konig şi Sebesta au semnalat creşterea antitoxinei difterice la copii trataţi cu vitamină A. d) Turburări de acomodare a vederii la întuneric (hemeralopia).

2) Vitamina D antirahitică. Restabileşte echilibrul mineral turburat în rahitism. Lipsa balaţei mineralelor aduse de alimentaţie (Ca şi P), proasta lor absorpţie la nivelul tubului digestiv, ori incapacitatea organismului de ale utiliza normal pentru calcificare sunt corectate de vitamina D care restabileşte absorpţia intestinală, proporţia normală de Ca şi de P în sânge, şi readuce la normal procesele chimice şi anatomice ale osificării.

3) Vitamina E a reproducerii. Lipsa ei produce la masculi sterilitatea prin degenerare testiculară, iar la femele, deşi permite ovulaţia şi chiar concepţia, nu lasă posibilă desvoltarea fătului provocând avortul. Unii autori (Grijns, Martino) se întreabă dacă nu cumva există 2 vitamine E diferite, fiecare cu acţiune asupra unui sex.

II. *Vitamine hidrosolubile:*

4) Vitamina B_1 antipolinevritică. In lipsa ei apar cu deosebire simptome nervoase, paralitice şi convulsive, turburări digestive şi circulatorii. La om se produce boala numită Beriberi. In tipul clinic zis uscat, e o consumaţie musculară marcată, turburări sensitive, paralizii ale membrelor şi chiar ale muşchilor respiratori. In timpul umed se adaogă edeme şi revărsări de lichid în seroase, dilataţia şi edemul miocardului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

5) Vitamina B_2 antidermatitică, numită şi antipelagroasă. In lipsa ei animalele de experienţă (şobolan, câne) fac turburări asemănătoare cu pelagra umană, în special leziuni simetrice de dermatită pe labe, pe urechi, pleoape, (la şobolan), ulceraţii labiale, bucale, turburări digestive grave. Unii autori au semnalat la şobolan apariţia cataractei.

Factorul B_2 pare el însuşi compus din 4 sau chiar 5 elemente. Pe lângă factorul B_2 propriu zis (lactoflavina) se mai deosibesc: un factor special pentru creştere, un factor antidermatitic, un factor antianemic, şi poate unul preventiv al cataractei (Guha) (a).

Etiologia pelagrei umane e încă discutată. După cercetările recente se pare că în ori ce caz în afară de factorul B_2, organismul şobolanului şi poate şi al omului mai are nevoe de încă 2 vitamine B_4 şi B_6.

6—7) Vitamina B_4 (Reader) şi B_6 (György). In lipsa factorului B_4 apare la şobolan o slăbire musculară, un mers spastic, incoordonare, labe umflate roşii, încetarea creşterii şi poate turburări de hematopoeză (Kyer) Chick descrisese un factor Y necesar creşterii şobolanului. Acesta pare azi identificat cu factorul izolat mai recent de Gyorgy (vit. B_6) şi considerat ca adevăratul factor antidermatitic şi antipelagros. In lipsa lui animalele fac o dermatită mai floridă ca în cazul lipsei lui B_2 (György, (a. b.) Chick Copping şi Edgar). Sindromul acesta se poate vindeca fără B_2 (flavină) (Elvehjem şi Koehn, Harris, Stare). Pentru György deci factorul antipelagros ar fi compus din cel puţin 2 elemente B_2 şi B_6.

8—9) Vitaminele B_3 şi B_5. Par indispensabile numai porumbeilor, care în schimb nu cer B_2 B_4 şi B_6. Factorul B_3 descoperit de Williams şi Waterman şi confirmat de Peters e necesar creşterii şi bunei funcţionări nervoase şi cardiace. Factorul B_5 (Carter, Kinnersley Peters) pare necesar menţinerii greutăţii deşi nu promovează în mod special creşterea.

10) Vitamina C antiscorbutică. In lipsa ei se produc turburări de nutriţie în celulele endoteliilor vasculare, anemie, hemoragii gingivale, subperiostice, edeme, turburări de osificare, leziuni dentare şi articulare, scăderea rezistenţii la infecţii (Schmidt, Polonyi în difterie, Euler Södor Malmberg în pneumonie).

Injecţia de streptococi la animalele scorbutice aduce, după Rinehard, în cord şi articulaţii, leziuni similare cu cele din reumatism. Unele turburării digestive, cum e diareea tropicală (Sprue) par să fie tot un scorbut modificat prin acţiunea luminii solare. Unii autori se întreabă dacă nu cumva vitamina C e compusă şi ea din 2 factori (Stepp. Randoin).

III. *Vitamine de creştere.*

De fapt toate vitaminele ar trebui să fie indispensabile creşterii (poate vitamina C n). Turburarea, pe care ori care din ele o aduc organismului, nu se poate să nu influenţeze creşterea. Se pare însă că există unele vitamine a căror lipsă nu se manifestă vizibil prin nici un alt simptom decât oprirea creşterii. Acestea sunt singurele, care după Stepp ar trebui numite vitamine de creştere. Se cunosc astfel:

11) Vitaminele de creştere liposolibilă (Coward Kay, Morgan) a cărei lipsă aduce se pare şi turburări de reproducere, asemeni cu lipsa vitaminelor A şi E.

12) Vitamina hidrosolubilă de creştere (Sure Kick Smith) ar fi unul din factorii complexului vitaminei B_2. Mai e numită vitamina F.

13) Vitamina de creştere insolubilă Williams şi Smith). Mai e numită, vitamina K.

IV. *Pe lângă acestea s'ar putea adăoga:*

14) Vitamina antiseboreică (György).

15) Factorul X al lui Boas-Fixsen care neutralizează acţiunea toxică a albuşului de ou uscat, sau chiar proaspăt.

16) Factorul antianemic, care face parte din complexul B_2, dar e diferit de factorul lui Castle. Poate lipsei lui i-ar fi datorită anemia din pelagră.

STRUCTURA CHIMICA A VITAMINELOR:

Dacă studiul multora din aceşti factori e încă abia la început şi existenţa unora din ei poate fi încă discutată în schimb cercetările ultimilor ani au adus identificarea chimică aproape definitivă a celor 6 vitamine clasice. Iată datele ce avem asupra acestor structuri.

Vitamina A (C_2 OH_{29} OH).

Structura de bază e un nucleu β ononic. Vitamina A poate fi derivată în vivo, şi se pare că şi în vitro, din pigmentul galben liposolubil al planntelor numit Caroten. O moleculă de caroten se desface în 2 molecule de vit. A.

Vitamina B_1 C_{12} H_{16} N_4 SO H Cl. Structura ei e încă incomplect studiată.

Nucleul pirimidinic ne sugerează posibilităţi de relaţie cu nucleinele.

Vitamina B_2 6. 7 dimetil-9-tetroxipentil izoalloxazima. (Lactoflavina). Ellinger distinge pigmenţi biologici activi, lipocromii liposolubili, (tip caroten), din care derivă vitamina A, şi pigmenţii hidrosolubili Ciocromii (tip flavină), din care derivă vitamina B_2 nervos central şi periferic aducând turburări funcţionale, încoordosau Lactoflavina. Conţinând în structura ei o moleculă de pentoză şi combinându-se cu o moleculă de acid fosforic lactoflavina constitue o structură de adevărat nucleotid, asemeni celor din acidul nucleic, în care grupa azotată purinică sau pirimidinică e înlocuită de flavină. Analogia cu acidul nucleinic e şi mai mare datorită faptului că nucleotidul flavinic se combină şi el cu o proteină dând o substanţă izolată de Warburg, fermentul galben respirator.

Vitamina B_4. S'au obţinut cristali având compoziţia centezimală a adeninei deşi adenina pare inactivă.

Vitamina C numită azi acid ascorbic.

Vitamina D C_{28} H_{44} O. Izomer al ergosterolului. Se obţine prin acţiunea razelor ultraviolete asupra acestuia.

Vitamina E. Structura ei e încă puţin cunoscută. Kim dă de curând o formulă posibilă C_{40} H_{54} O_2. Unii autori sunt înclinaţi să admită vitamina E, derivă din un lipocrom înrudit cu carotenul Xantofilul.

SINTEZA VITAMINELOR.

Sinteza in vitro. Un progres imens au făcut şi încercările de sinteză. Vitamina A. Olcott crede că a reuşit să obţină in vitro sub acţiunea unei enzime hepatice, carotenaza, transformarea acestuia în vitamină.

Vitamina B_2 a putut azi fi sintetizată complect de Kuhn şi colaboratorii săi.

Vitamina C a fost de asemeni sintetizată de Haworth şi Hirst. Intocmai ca şi pentru fermenţi, structura sterochimică are o importanţă deosebită. Acidul ascorbic dextrogir pare cu totul inactiv.

Vitamina D. Poate fi preparată în laborator prin iradiarea ergosterolului, sau a substanţelor alimentare care-l conţin. Yoder, Thomas şi Lyons au preparat un compus, acidul colesterilenic, care ar fi mai activ decât untul de peşte sau de cât viosterolul, fără să trebue iradiat.

Sinteza in vivo. Am spus că prin definiţia lor vitaminele sunt substanţe pe care organismul animal nu le poate sintetiza. Incapacitatea aceasta este însă numai relativă şi nu poate fi făcută regulă generală.

Ea variază în primul rând cu specia animală. La nevertebrate, de exemplu la musca numită Drosofila, se pare că există posibilitatea de a face vitaminele A. D. E. Dar şi Drosofila trebue să primească vitaminele B. (Vant'Hoog). Am arătat mai înainte că în ce priveşte complexul B porumbelul şi şobolanul cer fracţii diferite. Abderhalden (citat de Stepp) se întreabă şi el dacă nu cumva toate celulele nu ar putea face măcar parţial sinteza vitaminei B, ori a unei provitamine. Vitamina B_2 se găseşte încă în cantitate abondentă în muşchi şi în organele animalelor supuse carenţei, aşa încât Griffith se întreabă şi el dacă nu cumva ea intră ca element constitutiv în structura celulară. Atenuarea fenomenelor de avitaminoză B_1 în cursul inaniţiei, ar putea fi explicată tocmai prin liberarea unor asemenea nuclei rezultând din distrugerea autolitică celulară.

In ce priveşte vitamina C se ştie azi bine că ea poate fi complect sintetizată de unele specii animale. Şobolanul, epurul, găina se pot dispensa cel puţin în condiţii normale de ingestia vitaminii C. Ea este sintetizată în embriogeneza puiului de găină (Ray). După Rohmer, Bezssonoff, Stoer, chiar sugarul în primele 6 luni de viaţă, ar fi capabil să facă sinteza acidului ascorbic. Sediul sintezei pare să fie în primul loc ficatul, apoi suprarenala, ovarul, cristalinul chiar (Müller). Guha (b. c.) a reuşit incubând in vitro la 37^0 3 ore ficat de şobolan, de epur sau de porumbel, cu manoză, să obţină transformarea ei în vitamină C. Nu a reuşit însă cu ficatul animalelor susceptibile să facă scorbut (maimuţă, cobai). Alte zaharuri, fructoza galactoza, xiloza nu au putut fi transformate.

Dacă în condiţii normale şobolanul îşi poate face singur vitamina C necesară, Kollath a reuşit prin anumite diete conţinând acizi graşi nesăturaţi, să obţină şi la acest animal un sindrom scorbutic. Asupra acestei experienţe voi reveni mai departe.

In ce priveşte vitamina D, organismul animal se pare că o poate sintetiza până în stadiul de ergosterol şi numai transformarea izomerică finală care o activează trebue să fie făcută prin intervenţia exterioară a luminii ultraviolete. Putem spune deci că adevărata vitamină, factorul exogen e în acest caz lumina solară.

Descoperirea rolului carotenului ca provitamină A ne arată că şi în acest caz organismul are o capacitate relativă de sinteză. Se cunosc azi (Stepp) o serie de compuşi chimici, unii direct înrudiţi cu carotenul (Xantofil), alţii mai deosibiţi, eventual colesterolul ori clorofilul, din care organismul la nevoe poate face singur vitamina A. Condiţiile în care asemenea transformare poate avea loc sunt încă misterioase. Se pare de exemplu că xantofilul nu poate deveni vitamina A decât dacă organismul posedă în rezervă măcar urme de caroten. Acesta ar servi deci ca un catalizator al transformării. Sediul transformării e probabil tot în ficat şi poate în corticala suprarenală. Administrarea de caroten aduce îmbogăţirea ficatului întâi în vitamina A incoloră şi numai după aceia când proviziile acesteia au devenit probabil suficiente, restul se acumulează mai departe ca pigmentul galben, caroten. De aceia în timp ce excesul de vitamină A dă fenomene toxice de hipervitaminoză, excesul de caroten nu pare să fie toxic. (Davies Moore). Am amintit că şi vitamina E pare să aibă o provitamină pe care organismul animal ar putea-o transforma (xantofilul).

Dar chiar această capacitate de utilizare a procitaminelor nu e aceiaşi la toate speciile. Pisica de exemplu nu ar putea transforma carotenul în vitamina A (Stepp).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In legătură cu sinteza vitaminelor în organismul animal, trebue amintit rolul important pe care-l joacă bacteriile care trăesc în simbioză cu el. Fridericia şi apoi Roscoe au observat că unii şobolani supuşi carenţei de vitamină B_1 se vindecau spontan şi rămâneau mai departe indemni de Beri-beri, deşi regimul lor continua să fie lipsit de vitamina antiberiberică. S'a dovedit că în intestinul acestor animale se desvoltaseră nişte bacterii care puteau sintetiza vitamina B_1 şi că şobolanii care practică pe o scară întinsă coprofagia ingerau astfel în acelaş timp agentul de sinteză. Mai mult, materiile fecale date altor şobolani bolnavi, aduceau şi vindecarea acelora, afară de cazul când erau prealabil sterilizate. Procesul acesta nu pare particular excluziv şobolanului. In stomacul rumegătoarelor (vaca), pare că se poate desvolta de asemeni o floră capabilă de sinteză care face ca şi aceste animale să poată rezista fără primejdie avitaminozei B_1.

Am arătat mai sus că fiecare din vitaminele bine cunoscute posedă o structură definită. Ne putem însă întreba dacă activitatea ei e legată obligator de structura aceasta întreagă, ori poate numai de anumite grupe atomice ale ei. Cu alte cuvinte dacă nu cumva mai multe substanţe având în comun unele particularităţi structurale, nu ar putea exercita deopotrivă aceiaş acţiune vitaminică. Câteva observaţii ar veni în favoarea acestei ultime ipoteze. Astfel Euler. Karrer Malmberg au reuşit să facă sinteza unei d. raboflavine

a cărei activitate e mai puternică decât aceia a vitaminei B_2 naturale care e o d. riboflavină. Betke, Record, Wilder au notat de asemeni diferenţe evidente de activitate între vitamina D extrasă din produse animale şi aceia de origină vegetală.

Iată dară că chiar din punct de vedere al originii lor, vitaminele nu mai pot fi considerate cu totul în afara posibilităţilor de sinteză animală. Dacă hormonii însăşi trebue, cel puţin uneori, să-şi găsească materialul de construcţie gata preparat în hrana zilnică, vitaminele pot şi ele în anumite împrejurări să fie construite în organism independent oarecum de aportul alimentar.

VITAMINELE ŞI HORMONII.

Interrelaţiile strânse ale vitaminelor cu hormonii endocrini pot fi urmărite mai bine în însăşi acţiunea lor fiziologică. Caşi produsele glandelor cu secreţie internă vitaminele au o acţiune morfogenetică. In lipsa lor se produc turburări de creştere. In genere însă creşterea e numai oprită sau întârziată, lăsând animalului proporţiile lui fireşti şi posibilitatea, când efectul carenţei nu a fost prea dezastruos, ca odată cu regimul complect să reia o creştere normală în ritm accelerat.

Până acum cunoaştem prea vag complexul proceselor metabolice, în care diferitele vitamine îşi exercită influenţa. Observaţiile încă puţine ne arată însă neîndoelnic că ele intervin încrucişind acţiunea lor cu aceia a glandelor endocrine şi exercitând uneori o influenţă considerabilă asupra acestora. E poate bine ce pentru mai multă claritate să studiem din acest punct de vedere fiecare glandă endocrină în parte.

Tiroida.

Activitatea tiroidei pare să fie strâns legată în primul rând de vitamina A. S'ar părea că între cele 2 substanţe tiroxina şi vitamina A e un adevărat antagonism funcţional, o tendinţă de echilibru continu care face ca oricând excesul uneia să tindă să fie neutralizat de producţia celeilalte crescută. Din acest punct de vedere constatăm că şi lipsa ca şi excesul vitaminii A pot fi deopotrivă vătămătoare ca şi excesul sau lipsa tiroxinei.

Vitamina A pare să fie astfel în stare să neutralizeze toxicitatea tiroxinei. Tiroxina administrată unui animal, simultan cu vitamina A, e mai puţin toxică (Fassold). Vitamina A scade efectul tiroxinei asupra metabolismului bazal (Rappai Rosenfeld) şi tinde să reducă metabolismul crescut al bazedovienilor. Excesul de tiroxină la rândul lui, aduce o consumare excesivă de vitamină A. El opreşte astfel depozitarea ei în ficat, scade cantitatea de vitamină A şi caroten din ser (Parhon şi Werner), scade influenţa de stimulare a creşterii pe care o are vitamina A. In boala lui Bazedow vitamina A şi carotenul din sânge sunt scăzute, şi revin spre normal după tratament (Wendt). Administrarea vitaminei A permite depozitarea ei în ficat (Schneider Widmann). De asemeni în hipervitaminoza A se constata în acelaş timp o stimulare a tiroidei. Rezervele de coloid par reduse şi foliculii sunt mărginiţi cu celule înalte. (Sherwood, Luckner). Totuşi Giedosz a constatat că vitamina A poate

avea şi o acţiune deprimantă asupra tiroidei, inhibând poate hormonul hipofizar tireotrop. Acţiunea vitaminii A e probabil în funcţie şi de dozaj şi de durata timpului de administrare. De notat că hipervitaminoza A poate fi combătută cu tiroxină.

In concordanţă cu aceste date, în insuficienţa tiroidiană vom constata o vitamină a consumului de vitamină A, o reducere a transformării carotenului în vitamină şi creşterea lui în sânge paralel cu scăderea vitaminii A. Laptele caprelor etiroidate e mai galben din cauza excesului de caroten. De asemeni în lipsa vitaminei A tiroida pare să-şi modereze funcţia.

Vitamina B_1 ar lucra tot ca antagonist al tiroidei. Ea coboară sensibilitatea organismului pentru tiroxină (Abelin). In lipsa ei aceasta are o acţiune mai nocivă, (Sure Smith). Nita a văzut de asemeni că tiroida accelerează simptomele avitaminozei pe când extirparea ei le încetineşte. După Verzar lipsa vitaminii B aduce o scădere a funcţiei tirodiene. Vitamina C ar influenţa şi ea tiroida. Giedosz crede că şi dânsa poate inhiba hormonul tireotrop deşi în alte experienţe s'a văzut o acţiune stimulantă. Tiroxina pare că antagonizează acidul ascorbic. Dacă unui cobai scorbutic i se administrează 0,1 mgr,tiroxină, cantitatea de vitamină C necesară creşte dela 0,5 mgr. (Demole şi Ippen).

In ce priveşte vitamina D Nietschke crede că tiroida joacă un rol important alături de calciferol în regularea metabolismului calciului constituind poate un centru supraordonat pentru metabolismul fosforului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Hormonul tiroidian administrat în doze moderate ar putea ameliora rahitismul expermental iar în doze mari ar aduce ca şi vitamina D efectul opus, decalcificarea. Prin extirparea tiroidei s'ar putea obţine un sindrom clinic asemeni rahitismului care însă, fapt interesant, nu poate fi vindecat prin calciferol ci numai prin tiroxină.

In lipsa vitaminii D, regimul rahitigen al lui Steenbock aduce o adevărată exagerare a funcţiei tiroidiene, mergând până la surmenare şi epuizare. Tiroida creşte în volum şi nevoia organismului pentru Iod creşte. Pentru acelaş motiv la animalele ţinute la întuneric, odată cu apariţia semnelor distincte de rachitism, se poate constata şi o exagerare a funcţiei tiroidiene. Dimpotrivă lumina, prin urmare vitamina D, pare să pună glanda în repaoz. După administrarea de doze mari de calciferol Lands şi Stoland au văzut apariţia de vezicule mari pline cu coloid, aşa cum pot fi întâlnite vara la animalele care trăesc în soare. Goormaghtigh şi Handowski au văzut de asemeni apariţia semnelor de hipotiroidie în urma administrării timp de 50 de zile a unor doze mari de vitamină D.

In strânsă legătură cu metabolismul mineral şi în acelaş timp cu vitaminele, în special cu vitamina D, e şi activitatea glandelor *paratiroide*. In rahitism au fost adesea notate hipertrofii paratiroidiene. Excesul de vitamină D are acelaş efect decalcificat ca şi parathormonul. S'a crezut la început că acţiunea aceasta se exercită chiar prin intermediul paratiroidelor. Se pare însă că e o acţiune independentă, care se menţine şi după paratiroidectomie. Vitamina

D poate preveni astfel tetania paratireoprivă şi menţine calcemia normală. Aci s'ar putea să intervină şi timusul, care poate fi considerat în această privinţă ca un antagonist al paratiroidelor. Spretar se întreabă dacă hipocalcemia paratireoprivă nu ar putea fi datorită acţiunii hipocalcifiante a timusului care a rămas necontrabalansată de paratiroide şi dacă rolul protector al vitaminii D nu ar fi decât tocmai antagonizarea acţiunii timice. Messini şi Coppo au văzut totuşi că ergosterolul iradiat are o acţiune mai slabă la epurii timectomizaţi. Nu produce hipercalcemie, nu se opune decalcifierii, nu ajută formarea callusului osos în fracturi. Autorii se întreabă dacă nucumva aceasta e datorită acidozei tisulare rezultate din cauza timectomiei sau dacă aceasta nu aduce dispariţia vreunui alt hormon necesar regulării metabolismului calcar.

In lipsa vitaminii D acţiunea toxică a paratiroidelor e scăzută. Animalele rahitice par oarecum imune faţă de parathormon. (Kozelke). Totuşi Perras a obţinut la animalele supuse unei diete lipsite de vitamina D şi de Caciu, decalcifieri de tip Recklinghausen prin administrare de parathormon. Eu însumi nu am putut obţine cu doze moderate de parathormon o modificare a aspectului clinic al rahitismului şobolanului, supus dietei rahitigene al lui Mc. Collum.

Şi vitamina A care să aibă un rol în metabolismul mineral. In boala lui Paget, vitamina A scade în sânge. Schneider şi Widmann au constatat că administrarea vitaminei a scăzut hipercalcemia şi conchide că vitamina A are un rol în metabolismul calciului din osteita deformantă.

In legătură cu raporturile între glandele endocrine şi alimentaţie, trebuesc amintite şi cercetările Doamnei Parhon Ştefănescu şi Coban care au studiat paralel acţiunea avitaminozei B şi aceia a unui regim artificial, dar părând complect, în comparaţie cu un regim normal. Autorii au găsit în avitaminoza B creşterea greutăţii tiroidei, scăderea greutăţii pancreasului, şi oarecare creştere a greutăţii suprarenalelor. Fapt interesant însă şi animalele supuse regimului artificial complect au prezentat într'un grad mai mare sau mai mic aceleaşi modificări. Din punct de vedere istologic se vedeau în ambele cazuri tendinţa la mărirea foliculilor cu turtirea epiteliului şi hiperplazia cortiticalei suprarenale. In afară de vitamina B deci şi alţi factori intervin în influenţarea glandelor endocrine.

Suprarenalele. După Giedosz activitatea suprarenalelor ar fi şi dânsa stimulată de vitamină. Din cercetările lui Chevalier, Malméjac şi Choron ar rezulta că vitamina A creşte în sânge după excitarea sistemului neurovegetativ. Excitarea splanchnicilor aduce liberarea în corticala suprarenală a unui principiu care poate fi pus în evidenţă prin anastomoza suprarenojugulară a lui Tournade şi Chabrol. Vitamina A a crescut în sângele animalului care a primit sângele suprarenalei excitate prin splanchnic. Experienţa aceasta ar contrazice părerea lui Bacq că vitaminele scapă controlului nervos vegetativ.

Mult mai importantă se pare legătura între suprarenale şi vitamina B_1. De mult s'a observat că în avitaminoza B_1 suprarenalele

BCU Cluj / Central University Library Cluj

sunt hipertrofiate, atunci când celelalte glande sunt mai degrabă reduse. Mc. Carrison se întreba dacă predispoziţia la edeme a beri-bericilor nu trebue pusă pe socoteala suprarenalelor. Beznak, Porjes constată de asemeni că vitamina B_1 şi suprarenala sunt în strânsă legătură cu metabolismul. In travaliu, nevoia de vitamină B creşte chiar de 5 ori, sau dacă nu, suprarenala se hipertrofiază. Ei cred că nevoia de vitamină B_1 ar putea fi chiar definită în funcţie de metabolism.

Schmidt a constatat acţiunea curativă a hormonului suprarenal supra simptomelor beri-berice.

Lipsa vitaminii B_2 aduce de asemeni mărirea suprarenalei. După Verzar şi Laszt, vitamina B_2 ar avea un rol corelat cu corticala suprarenală în rezorpţia digestivă, în fosforilarea zaharurilor şi a sterolilor şi în sinteza din nou a grăsimilor în pereţii intestinali. Aşa s'ar explica apariţia unei diarei grave în lipsa lui B_2 şi poate turburările digestive în pelagră. S'ar putea ca B_2 să stimuleze formarea în suprarenală a unui hormon specific pentru travaliul rezorpţiei. Intoxicaţia cu acid iodoacetic, care turbură absorpţia grăsimilor şi aduce o steatoree osteoporoză şi eritem cutanat, aduce şi hipertrofia suprarenalei şi poate fi combătută cu Eucorton sau cu esterul fosforic al lactoflavinei, nu cu flavina singură.

Funcţia glandelor suprarenale e de asemeni strâns legată de vitamina C. Abondenţa acesteia în glandele suprarenale la animalele sănătoase, scăderea sau dispariţia înscorbut sau în unele afecţiuni sunt o dovadă. Schneider şi Widmann au văzut că administrarea de hormon tireotrop şi de vitamină C în acelaş timp aduce o hipertofie a medularei. Extractul cortical ar avea şi efectul să întârzie apariţia sccorbutului în avitaminoza C. (De Barbieri).

Herbrand, Polonyi, Schmid Fjord Nielsen au constatat că vitamina C neutralizează alături cu corticala suprarenală toxina difterică. Administrarea simultană a ambilor hormoni proteje cobaiul contra dozelor mortale de toxină.

Ovarul şi testiculul. Funcţia glandelor genitale este fără îndoială strâns legată de vitaminele liposolubile A, E., şi poate vitamina liposolubilă de creştere. Lipsa vitaminii A determină turburarea ciclului oestral, şi aduce sterilitatea. Acţiunea Vitaminei E a putut fi apropiată de aceia a hormonilor gonadotropi hipofizari. Verzar se întreabă chiar dacă vitamina E nu serveşte ca un proferment necesar elaborării prolanului hipofizar.

La femele infantile, injecţia de vitamină E aduce hipertrofia genitală întocmai ca şi extractele de lob anterior. Pe de altă parte lipsa vitaminii E aduce la şobolanul mascul un aspect particular a blănei asemănător aceluia al şobolanilor castraţi. Hormonul pituitar injectat zilnic restabileşte aspectul normal.

Lipsa vitaminii E determină apariţia de leziuni în lobul anterior hipofizar, care seamănă cu acelea din castrare. (Gierhake). Se pare că în anumite condiţii nevoia organismului de vitamină E, creşte. Concentrate de vitamină au fost astfel întrebuinţate cu succes în combaterea avorturilor spontane la animale, (Dryerre citat de Thomas, Vogt Möller) sau chiar la femee. (Vogt Möller). Cum

în asemenea împrejurări cantitatea de vitamină administrată întrece desigur raţia necesară normalului, putem presupune că în asemenea cazuri nevoia organismului pentru vitamină e mai mare, ori că ea e consumată mai mult ca să combată o altă carenţă a organismului.

Procesele reproducerii par să fie de asemeni legate şi cu metabolismul vitaminei C Mouriquand şi Schoen semnalează faptul că sarcina întârzie producerea scorbutului la animalele carenţate. E o nevoe mai redusă de vitamină C în aceste împrejurări ori ea e acum înlocuită prin alte substanţe, sau sintetizată nu putem şti. Scorbutul se declară imediat după naştere.

Prin structura ei chimică, vitamina D e strâns legată de foliculină şi de hormonul masculin. Organismul animal pare capabil să sintetizeze nucleul colesterinic care e la baza acestor structuri. Din acest nucleu el poate deriva singur hormonii genitali, pe când pentru vitamina D e nevoe de intervenţia razelor ultraviolete. Calciferolul păstrează însă încă proprietăţi oestrogene ca foliculina după cum foliculina se pare că exercită asupra calcemiei o acţiune antagonistă paratiroidei şi similară vitaminei D. (Bacq).

Asupra relaţiilor *hipofizei* cu celelalte vitamine în afară de vitamina E, avem încă puţine date. Am amintit în treacăt influenţa vitaminii A şi C. S'ar putea ca turburările de creştere produse prin lipsa vitaminelor, să fie datorite şi modificărilor hipofizare.

Funcţia endocrină a *pancreasului* intervine şi ea în metabolismul vitaminei A. In lipsa lui utilizarea vitaminei e turburată. Ralli, Pariente, Flaum au văzut în aceste condiţii apariţia simptomelor de avitaminoză, pe care administrarea de vitamină A nu le putea îndepărta. In diabet se constată o carotinemie foarte pronunţată. (Wendt), care nu pare însă influenţată de insulină. S'ar putea ca predispoziţia la turburări cutane a diabeticului să fie datorită şi proastei nutriţii epiteliale aduse prin utilizarea insuficientă a vitaminei A.

SC Cabinet Medical Dr. Radu Cimpu

ACŢIUNEA VITAMINELOR IN METABOLISM.

Toate datele acestea ne dovedesc că vitaminele întreţesându-şi acţiunea lor cu aceia a hormonilor endocrini trebue să participe în o măsură însemnată în complexul schimburilor chimice în organism. In general ele au fost considerate de unii autori ca agenţi de cataliză oxidativă. (Openheimer).

După Bourne mitocondriile ar fi constituite din o pătură externă de vitamină A şi Caroten, şi o fază internă lichidă cu vitamină C şi glutation. Capacitatea lor de centri respiratori celulari ar fi datorită acestei structuri.

De fapt fiecare vitamină pare să-şi aibă rosturile ei chimice bine definite.

Vitamina A. Pare să aibă o importanţă deosibită în metabolismul lipidelor. In avitaminoza A, rezervele de lipide ajung reduse de tot, pe când în hipervitaminoză (Drigalski, Collazo şi Rodriguez, Domagk şi Dobenek) s'a constatat o adevărată blocare cu lipoizi a întregului sistem reticuloendotelial. Din acest punct de vedere hipervitaminoza A prezintă asemănări sugestive cu sindromul lui Schüller Cristian.

Vitamina A participă în măsură însemnată la regenerarea purpurei vizuale. După cercetările lui Wald, purpura vizuală e un derivat al vitaminei A., combinat cu o proteină. La lumină găsim în retină o cantitate destul de însemnată de vitamină A, la întuneric apare mai ales un derivat carotinoid numit retinen. In transformarea reversibilă Vitamină A-Retinen o parte din vitamina A se pierde probabil şi de aceia retina are nevoe mereu de aport de A din organism. In lipsa acestuia regenerarea purpurei la întuneric se turbură şi apare hemeralopia. Euler şi Hellström au scos din o stea de mare un pigment carotinoid asemeni purpurei vizuale.

Se pare că rolul vitaminei A în producerea diferitelor litiaze nu nu e numai acela de a evita desquamările, care favorizează precipitarea pietrelor. Administrarea de vitamină A nu numai că împiedică apariţia de calculi noi, dar ar părea că face să se topească şi să dispară calculii deja formaţi, la animalele de experienţă şi chiar la om. (Higgins).

Vitamina A are în afară de acestea un rol morfogenetic însemnat în desvoltarea ochiului. Halle a văzut că scroafele supuse avitaminozei A în timpul sarcinei, pot naşte pui fără ochi.

Vitamina B_1 Abderhalden consideră vitamina B_1 ca un catalizator al respiraţiei. Diferiţi autori care au măsurat respiraţia tisulară în beriberi au găsit-o considerabil scăzută. Nu se poate încă preciza până la ce punct această diminuare a consumului de oxigen nu e datorită inaniţiei care întovărăşeşte sindromul beriberic. In ori ce caz cercetările lui Peters şi Gavrilescu, care au studiat în special sistemul nervos central, arată că şi avitaminoza joacă un rol în turburarea arderii glucozei în ţesuturi.

Dutcher a văzut scăderea catalazelor în sânge, Findlay scăderea glioxalazei în ficat, Chiba (citat de Marinescu) o întârziere în apariţia peroxidazelor leucocitare.

Mai bine studiat e rolul vitaminei B_1 în metabolismul zahărurilor. Vitamina ar servi în special la constituirea rezervelor de glicogen în ţesuturi pe când B_2 la combustia glicogenului (Marinescu).

Toleranţa pentru zahăr a animalelor beriberice e scăzută. Se constată hiperglicemie, şi creşterea curbei de hiperglicemie alimentară (Nitzescu şi Benetato), scăderea glicogenului în ficat şi în muşchi. Arderea zahărurilor e turburată. Produsele unei arderi imperfecte se găsesc acumulate în organism, carbonuria desoxidativă (Bickel, Kaufman Cosla, Parhon Ştefănescu) creşte în urină. Labbé a reuşit să influenţeze favorabil glicemia şi glicozuria diabeticilor prin administrarea unui preparat concentrat de vitamină B. Kaufman Cosla a văzut de asemeni că insulina ameliorează turburarea metabolismului zaharat în beriber experimental.

Inţelegem deci de ce un regim cere cu atât mai multă vitamină B cu cât e mai bogat în zaharuri (Randoine Simonnet).

Se pare că eficacitatea vitaminei B atârnă mult de natura zahărurilor. Pe când glucoza, levuloza, sucroza date în cantităţi crescute pot fi încă utilizate graţie dozelor corespunzătoare de

vitamină B, excesul de galactoză sau de levuloză nu poate fi bine metabolizat şi ele se comportă ca adevăraţi toxici, ori cât de multă vitamină B am da (Randoine, Milhaud).

Vitamina B_1 participă în oarecare măsură şi la metabolismul grăsimilor. După Guha şobolanii adulţi sau în creştere contractă beriberi tipic, chiar când primesc cantităţi importante de vitamină B, dacă dieta lor nu conţine grăsimi, iar zahărurile sunt reprezentate prin galactoză. Nevoia de vitamină B ar creşte odată cu reducerea grăsimilor alimentare iar galactoza agravează şi mai mult această deficienţă.

Evens şi Lepkowski admit şi ei că creşterea grăsimilor alimentare diminuiază nevoia de vitamină B, după cum lipsa lor dimpotrivă o cresc. Burr a descris un sindrom particular obţinut la şobolan cu o dietă lipsită de grăsime. Acest sindrom e caracterizat printre altele prin turburări generale, leziuni caracteristice cutanate mai ales leziuni ale cozii, care pot merge până la necroză. Pentru Roche sindromul acesta e datorit tot lipsei de vitamină B de care organismul are mai multă nevoe în lipsa grăsimilor. Sure, Buchanan se îndoesc însă dacă grăsimile ar avea în adevăr un rol de cruţare pentru vitamina B.

Vitamina antiberiberică pare să joace încă un rol şi în metabolismul apei şi al mineralelor. Jung şi Fawns au găsit modificări ale echilibrului mineral (creşterea potasiului) în pielea animalelor beriberice. Edemele, imbibiţia cu apă a muşchiului cardiac, întovărăşesc de asemeni sindromul de avitaminoză, datorită poate acţiunii acesteia asupra suprarenalelor.

Vitamina B_2. Lămurirea structurii chimice a vitaminei B_2 a permis să se stabilească participarea ei la fenomenele respiraţiei celulare. Ea constitue elementul esenţial în compoziţia fermentului galben respirator al lui Warburg. Structura acestuia în totul asemeni acidului nucleinic, ne face să ne gândim la analogii funcţionale cu substanţele nucleare, care constituesc cum se ştie centrul trofic al celulelor.

Vitamina B_2 pare să aibă şi ea un rol în metabolismul azotat şi poate în al unor minerale (Fe). Sherman şi Derbigny au observat că regimul bogat în vitamină B_2 permite creşterea animalelor, chiar când proteinele sunt reduse. In avitaminoza B_2 reducerea proteinelor aduce apariţia precoce a simptomelor severe şi scurtează viaţa. Poate tot în legătură cu activitatea ei de ferment respirator, flavina joacă un rol important şi în nutriţia cristalinului. Apariţia cataractei a fost semnalată în cursul avitaminozei B_2. Se pare că nu e însă constantă şi că atârnă şi de alte împrejurări. După Day Langston, Cosgrave, regimurile în care proteinele erau reprezentate prin cazeină, dădeau mai degrabă cataractă decât acele în care era ovalbumină.

Vitamina C joacă şi ea un rol important în fenomenele respiratorii. Ea constitue cu acidul dehidroascorbic un sistem oxidoreductor reversibil (Bezssonoff şi Woloszyn), care funcţionează poate în legătură strânsă cu glutationul şi cu flavina. Prezenţa

celor 3 sisteme a fost semnalată în umoarea apoasă a ochiului, şi se pare că are un rol important în nutriţia cristalinului. Cristalinul ar sintetiza poate vitamina C. In cataractă senilă sau expermentală, ţermenţii aceştia respiratori scad sau dispar. Nu putem însă preciza dacă lipsa lor e cauza eficientă a cataractei, sau numai un fenomen paralel.

După Kollath, apariţia sindromului scorbutic pare legată de anumite turburări în metabolismul grăsimilor. Am văzut că şobolanul poate sintetiza singur vitamina C şi că în condiţiile obişnuite nu face deci scorbut. Kollath a reuşit să producă scorbut şi la acest animal, dacă înlocuia în regimul lui alimentar grăsimile prin oloi de arachide. Pentru el acizii graşi nesaturaţi conţinuţi în acest ulei ar exercita o acţiune toxică specială. El se întreabă dacă nu cumva animalele sensibile la avitaminoza C, nu ar prezenta particularităţi metabolice aducând producţia unor asemenea acizi în ficat. E probabil că prezenţa acizilor graşi nesaturaţi creşte deci nevoia de vitamină C şi că chiar capacitatea de sinteză a şobolanului pentru acidul ascorbic e limitată. Vitamina C pare să aibă un rol şi în metabolismul lipoizilor. Nagayama şi Togaya au văzut că în lipsa ei colesterolul din sânge e redus. Morelli crede că tendinţa la hemoragii din scorbut e poate explicată şi prin dezechilibrul lipoid, scăderea colesterolului care neutralizează lizocitinele hemolitice.

Tot vitamina C are şi un rol în metabolismul pigmenţilor melanici. Ea opreşte in vitro formarea melaninelor (Schaaf). In vivo se pare că nu are această acţiune. Totuşi Kahler a văzut că eliminarea urinară de melanogen care creşte în general după expunerea la soare e diminuată sau suprimată după tratament cu acid ascorbic. Relaţia între melanină, suprarenală şi vitamina C e încă destul de nelămurită.

Vitamina D. Rolul ei în metabolismul mineral a fost amintit mai înainte. Calciferolul creşte absorpţia la nivelul intestinului şi deplasează eliminarea de P şi Ca., spre urină. Ea influenţează fosfatazele sângelui şi ale ţesuturilor. Pentru unii ea poate libera fosforul organic din combinaţiile lipinice. (Mc. Gowan).

Am amintit efectul toixc şi decalcifiant al dozelor mari de vitamină D. Toxicitatea aceasta pare neutralizată până la un punct de doze corespunzătoare de vitamină A. (Thoenes) sau de vitamină B.

PROBLEMA TOXAMINELOR. Se pare că şi unele alimente din cele mai uzuale cereale, grâu, ovăz, păpuşoi, albuşul de ou, etc., pot aduce în anumite condiţii turburări metabolice serioase. E Mellamby a notat că regimul bogat în cereale sau conţinând de exemplu o cantitate de germen de grâu provoacă în lipsa vitaminii A leziuni în sistemul nervos central. La fel produc în asemenea condiţiuni şi doze reduse, de ergot de secară. Mellamby admite că vitamina A poate neutraliza acţiunea toxică a ergotului şi că chiar în germenul de grâu se găsesc substanţe asemănătoare cu acţiune nocivă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

asupra sistemului nervos. El propune să numim asemenea substanţe cu acţiune diametral opusă vitaminelor Toxamine. Vitamina A ar neutraliza astfel toxaminele nervoase din cereale sau ergot, prevenind ergotismul, latirismul etc. Chick şi Aykroyd se întreabă de asemeni dacă şi pelagra nu ar fi la fel datorită prezenţei unei toxamine pelagrogene în păpuşoi, care-şi exercită acţiunea în lipsa vitaminei B_2. Cerealele par că conţin şi toxamine decalcifiante (Mellamby, Nitzescu Popoviciu Opreanu) pe care le poate neutraliza vitamina D. Factorul X al lui Boas Fixsen neutralizează toxamina albuşului de ou.

După Ungley leziunile nervoase întâlnite în anemia pernicioasă ar avea o patogenie asemănătoare. De aceia ele sunt vindecate prin tratamentul cu ficat întreg, pe când extrasele hepatice antianemice purificate vindecă numai anemia, neinfluenţând leziunile nervoase.

Toate aceste fapte ne explică de ce nevoia organismului pentru diferitele vitamine variază după împrejurări. Nu există un minimum veşnic acelaş pentru ele. Din potrivă atunci când anumite afecţiuni, cu totul diferite de carenţa vitaminică, turbură echilibrul metabolic, vitaminele pot interveni cu succes ca nişte adevărate medicamente ca să-l restabilească. Un regim care conţine cantităţi ordinar suficiente de vitamină D nu poate vindeca rahitismul. Un regim care conţine o cantitate normală de vitamină E nu poate preveni sterilitatea în anumite împrejurări. Diferitele infecţiuni consumă o cantitate crescută de vitamină A ori C. Aceasta din urmă pare azi un medicament util în intoxicaţia difterică ca şi extractul cortico suprarenal. La fel organismul are uneori nevoe de un supliment de hormoni endocrini. Adrenalina, tiroxina, foliculina, insulina sunt şi ele adevărate medicamente.

BCU Iași / Central University Library

După cum vedem studiul metabolismului vitaminelor e abia la început. El nu poate progresa decât odată cu pătrunderea mai adâncă a problemelor nesfârşit de complexe ale întregului metabolism intermediar şi va contribui de sigur la rândul lui la lămurirea acestora.

Pentru «*Bibliografie*» a se adresa Redacţiei revistei sau direct Autorului, la Fac. de Medicină din Iaşi.

I. NITZULESCU: *La nature et le rôle des vitamines dans le cadre des processus metaboliques.*

I. NITZULESCU: *Die Art und die Rolle der Vitamine in den Rahmen des metabolischen Fortsatzes.*

STUDIUL CONSTITUTIEI IN STARE NORMALA SI PATOLOGICA RAPORTUL EI CU ENDOCRINOLOGIA

de

ELENA PREDA-DEREVICI

Inainte de a intra în tratarea subiectului, ce mi-am propus să studiez în articolul de faţă, e necesară o scurtă lămurire a termenilor întrebuinţaţi în mod curent în studiul constituţiei.

Termenul de *constituţie* exprimă pentru noi totalitatea caracterelor somatice, funcţionale şi psihice, precum şi modul lor de reacţie, diferit individual şi în raport cu rassa, sexul şi vârsta. In consecinţă, în constituţie intră toate caracterele moştenite şi transmisibile prin plasma germinativă exprimată într'un cuvânt *genotipul* sau *idiotipul*, şi, în afară de acestea, toate caracterele câştigate în decursul vieţii intra şi extra-uterină, prin acţiunea diferitor factori exogeni, ceia ce numim *paratip*. Totalitatea caracterelor câştigate sunt desemnate de Tandler prin cuvântul *condiţie*. Prin *fenotip* se înţelege suma însuşirilor ereditare şi neereditare într'un individ dat.

Majoritatea cercetătorilor înţeleg prin constituţie caracterele fizice şi psihice, autorii germani cuprinzându-le în termenul de *personalitate*. *Personalitate*, *individualitate* (după autorii italieni) şi *constituţie* ar fi deci sinonime.

Pentru Viola însă, noţiunea de constituţie e mult mai îngustă. Totalitatea însuşirilor fizice şi psihice ce deosebesc un om de altul formează ceia ce numeşte el individualitatea. Aceasta, în mod practic, nu se poate scinda căci somaticul e în strânsă legătură cu psihicul. Pentru a putea, însă, analiza această individualitate, e necesar de a o scinda abstract în constituţie, care pentru el cuprinde numai caracterele fizice, şi, în personalitate, însuşirile psihice ale individualităţii.

Noi vom întrebuinţa însă termenul de constituţie în sensul larg al cuvântului, cuprinzând în el caracterele somatice pe care le vom denumi *constituţie somatică*, *conformaţie somatică* sau *habitus* — şi însuşirile psihice, adică *temperamentul* şi *caracterul*.

După Laignel Lavastine, constituţie, temperament şi caracter n'ar fi decât expresiile: anatomică, fiziologică şi psiholo-

gică a modului de reacţie individual; caracterul n'ar fi decât expresia psihologică a temperamentului.

După Martius, Chvostek, Schmidt, Freund, Viola, etc., constituţia se modifică în timpul vieţii sub influenţa diferiţilor factori.

Pentru Tandler, Bauer, Mathes, noţiunea de constituţie are un sens mai îngust. Tandler limitează constituţia la genotip, adică la tot ceiace e înăscut, moştenit şi deci nemodificabil şi opune acesteia paratipul, adică totalitatea caracterelor câştigate denumite de el condiţie. Bauer, de aceiaşi părere, propune de a se numi tot ceiace e ereditar, constituţie, ceiace e câştigat, condiţie şi de a reuni aceste două noţiuni în termenul de conformaţie somatică.

Mulţi autori din cari vom cita pe Kraus şi Brugsch în Germania; Pende, Rondoni, în Italia sunt de părere contrară.

Viola critică termenul de condiţie al lui Tandler spunând că el nu poate exprima decât condiţiile externe ce sunt necesare producerii unui fenomen şi nu fenomenul în sine care, trebuie bine deosebit de cauza ce l-a produs.

Din punct de vedere practic, e greu însă, să facem o deosebire netă între caracterele moştenite şi cele câştigate. Toate modificările, pe cari le sufere copilul în cursul vieţii intrauterine, sub influenţa diferiţilor factori cum pot fi de ex. o infecţie sau o intoxicaţie a mamei, nu sunt de fapt decât caractere câştigate, prin acţiunea factorilor exogeni. Ele ne apar însă ca însuşiri endogene, moştenite; caractere câştigate şi caractere moştenite nu sunt decât noţiuni relative.

De altă parte există cercetări cari tind să demonstreze că unele caractere câştigate se pot transmite prin plasma germinativă.

Guyer şi Smith injectând, la cobai, ser de găină imunizată contra cristalinului de cobai a determinat la aceste animale diferite leziuni oculare (cataractă, micşorarea cristalinului, colobom al irisului) cari au putut fi urmărite în decursul a 8 generaţii.

Grote, administrând timus la şoareci albi înainte de copulaţie a putut determina la descendenţii acestora o încetinire a creşterii.

R. Otto, sensibilizând şoareci prin injecţie intracutană de ricină şi abrină a putut urmări transmiterea acestei hipersensibilităţi atât prin femelă cât şi prin mascul, la descendenţii lor.

C. I. Parhon şi D-na Parhon; D-na Mârza, extirpând tiroida la animale a observat că descendenţii lor aveau această glandă mai mică.

Coulaud, iradiind tiroida unui iepure mascul, a observat că descendenţii lui prezentau leziuni histologice ale acestui organ.

Acelaş lucru s'ar putea spune şi pentru încercările de hipertiroidizare. In aceste cazuri D-na Mârza a observat o micşorare a glandei puilor.

Toate aceste fapte ne dovedesc că unele caractere câştigate se pot transmite mai departe; constituţia nu este ceva fix, ci poate fi influenţată durabil prin influenţe externe.

Transmisibilitatea caracterelor câştigate s'ar face, după unii autori, prin modificări în funcţiunea glandelor endocrine, cari la rândul lor ar influenţa celulele sexuale (Hering şi Semon, Hart).

Să menţionăm şi apariţia anomaliilor constituţionale la descendenţii persoanelor la cari germenul a fost lezat prin diferite substanţe toxice sau maladii, deşi nu e vorba de ereditate propriu zisă, ci de debilitarea celulei germinative; o astfel de celulă va da naştere la indivizi cu un grad de inferioritate organică.

* * *

Deşi relativ nou, studiul constituţiei a preocupat de mult cercetătorii. In secolul al XVI un autor, Levinus Lemnius, tratează diferite probleme de constituţie: modificarea constituţiei, factorii exogeni ce ar putea-o influenţa, corelaţia între psihic şi somatic, stabilirea de tipuri somatice, relaţia dintre starea sistemului pilos şi sterilitate şi alte chestiuni.

In cercetările ce urmează autorii s'au servit de criterii diferite pentru clasificarea indivizilor în anumite tipuri.

La începutul cercetărilor a prevalat *criteriul funcţional.* Hippokrates, în tipurile sale *ftizic* şi *apoplectic,* avea în vedere predispoziţia fiecărui tip către maladiile unor anumite sisteme de organe; Wunderlich, stareea de excitabilitate generală, în descrierea tipurilor sale: 1) *puternic;* 2) *excitabil,* şi 3) *molatec.*

Starea tonusului muscular determină pe Tandler a deosebit un tip *hipertonic,* un altul *hipotonic* şi un al treilea *normotonic.*

După starea de excitabilitate a s. n. vegetativ Eppinger şi Hess descriu tipul *vagoton* şi *simpaticoton,* tipuri cari nu corespund însă realităţii, căci astăzi se ştie că nu există tipuri pure de vagotoni şi simpaticotoni. V. Bergmann, de altfel a descris tipul *„stigmatizaţilor vegetativi"*, unde există o mărire a excitabilităţii atât a vagului cât şi a simpaticului.

Beneke şi Rokitanski în Germania; Giovanni în Italia, au pus bazele anatomice ale clasificaţiei în constituţie. Criteriile lor sunt mai ştiinţifice, sunt măsurătoarele antropometrice.

Servindu-se de măsurători exacte pe organe, Beneke stabileşte două feluri de anomalii constituţionale: 1) Cu capacitatea funcţională sub mijlocie; 2) Deasupra mijlociei. Intre aceste două tipuri e cel normal.

Giovanni la rândul său, descrie un tip numit de el habitus *ftizic* (indivizi cu torace îngust, sistemul cardio-vascular hipoplazic) un al II-lea, habitus *atletic* (torace larg, s. muscular bine desvoltat) şi însfârşit, habitus *pletoric* (desvoltarea exagerată a abdomenului şi a organelor intraabdominale) predispus către obezitate şi gută.

Plecând dela ideea că desvoltarea trunchiului exprimă gradul de desvoltare a sistemului vegetativ, iar cea a membrelor a sistemului locomotor şi că desvoltarea trunchiului e în raport invers cu cea a membrelor, Viola stabileşte în populaţia veneţiană două tipuri somatice: *macrosplanchnic* sau *megalosplanchnic* şi *microsplanchnic.* Tipul macrosplanchnic e caracterizat prin mărirea cavi-

tăţilor viscerale şi din contră scurtimea membrelor, pe când cel microsplanchnic are cavităţile viscerale mici şi membrele lungi.

După acest autor, vârsta n'ar influenţa conformaţia somatică, fapt care nu e admis astăzi de toţi cercetătorii.

In Franţa Sigaud, după predominenţa unor sisteme de organe, descrie 4 tipuri constituţionale: *respirator, muscular, digestiv* şi *cerebral.*

Voi insista mai mult asupra acestei clasificări căci împreună cu clasificare germană a lui Kretschmer şi cu cea italiană a lui Viola sunt cele mai mult întrebuinţate.

Tipul respirator e caracterizat printr'un torace lung, abdomenul scurt, gâtul şi membrele lungi, umerii căzuţi, profilul feţei semilunar din cauza nasului aquilin.

Tipul muscular e caracterizat prin desvoltarea simetrică a abdomenului şi toracelui, desvoltarea însemnată a sistemului muscular. Acest tip are două forme: o formă joasă şi una înaltă.

Persoanele aparţinând tipului digestiv au abdomenul mare, toracele şi membrele scurte. Faţa e lată, cu unghiurile maxilarului inferior bine desvoltate, proeminente, gâtul scurt şi gros, posedând adesea o dublă bărbie, umerii rotunjiţi.

Insfârşit, tipul cerebral, caracterizat prin volumul relativ mai mare a capului, faţă de corp, în comparaţie cu celelalte tipuri; pare să nu fie decât o formă hipoplazică a tipului respirator.

Clasificarea lui Sigaud are şi o valoare clinică, căci aceste tipuri se deosebesc nu numai prin conformaţia somatică, dar şi prin predispoziţia către maladiile unor anumite sisteme de organe.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Să menţionăm în trecere şi pe elevii lui Sigaud, Chaillou şi Mac Anliffe, cari descriu tipul rond şi tipul plat.

Tipurile pure, după cum a constatat şi Bauer în cercetările sale făcute pe populaţia vieneză, nu sunt aşa de frecvente, cele mai comun observate fiind cele mixte.

Servindu-se de dimensiunile şi proporţiile corpului, Brugsch împarte indivizii după talie, în: înalţi, mijlocii şi scunzi, iar după dimensiunile toracelui, în indivizi cu toracele îngust, larg şi mijlociu. Rezultă în clasificarea lui, stabilirea a 9 tipuri somatice.

După Brugsch, profesia ar exercita o influenţă asupra conformaţiei somatice, fapt admis şi de autorul american, Gould, care stabileşte 4 tipuri profesionale: 1) Tipul omului care exercită o muncă fizică (trunchiul lung şi membrele scurte, mâinile şi picioarele mici); 2) Tipul marinarului (trunchiul scurt şi membrele lungi; şi 3) Tipul lucrătorului manual dela ţară sau oraşe care ar avea caractere intermediare celorlalte două tipuri.

Un progres însemnat în domeniul constituţiei a fost realizat de cercetările autorului german Kretschmer, care a studiat constituţia somatică şi psihică atât în stare normală cât şi patologică.

Kretschmer descrie 3 tipuri somatice normale: *picnic, leptosom* şi *atletic.*

In tipul picnic e vorba de indivizi scurţi şi graşi, îndesaţi,

cari fac impresia că au fost turtiţi în sens vertical. Diametrele transverse predomină asupra celor longitudinale.

Talia e mică, greutatea corpului mare, trunchiul lung în raport cu membrele cari sunt scurte. Ţesutul adipos e mult desvoltat, oasele în genere sunt mici. Faţa e lată de formă pentagonală, gâtul scurt şi cu tendinţa la dublă bărbie, cavităţile viscerale mari, în special abdomenul.

In tipul *leptosom* sau astenic intră persoane subţiri, gracile, cu diametrele longitudinale predominând asupra celor transverse. Talia e mică, greutatea corpului de asemenea, mult mai mică decât la picnici cari au aproape aceiaşi talie. Ţesutul adipos e aproape absent, sistemul muscular slab desvoltat, sistemul osos gracil. Membrele sunt lungi în raport cu trunchiul, cavităţile viscerale mici, în special toracele care e îngust. Faţa e lungă sau ovală, nasul drept, lung şi formând cu bărbia, deseori mică, un profil angular. Gâtul e lung şi subţire, umerii înguşti.

Tipul atletic cuprinde indivizi înalţi şi voinici, cu desvoltarea proporţională a diametrelor longitudinale şi transverse, desvoltarea însemnată a sistemului osos şi muscular pe când ţesutul adipos e redus.

Kretschmer mai deosebeşte un al patrulea tip, *displazic*, care în contrast cu celelalte 3 tipuri cari reprezintă tipuri normale însă desvoltate în anumite direcţii, e un tip anormal în care indivizii se îndepărtează mai mult dela medie.

Kretschmer stabileşte de asemeni o legătură între conformaţia somatică şi psihică; tipurile sale somatice le corespunde temperamente diferite, tipului picnic, temperamentul *ciclotim*, celui astenic şi atletic, temperamentul *schizotim*.

Tipurile constituţionale de cari am vorbit sunt mai puţin caracteristice la femei, ceiace a îndreptăţit pe Bauer de a lua în considerare, în clasificarea lui, dispoziţia topografică a ţesutului adipos. El stabileşte pentru femei 4 tipuri constituţionale: 1) Cu dispoziţia ţesutului adipos în regiunea coxalilor, bazinului, feselor şi şoldurilor; 2) In regiunea trochanterelor (Reithosentypus); 3) In regiunea superioară a corpului; la braţe, ceafă, spate şi piept, lipsind în jumătatea inferioară a corpului, şi însfârşit 4) Cu localizarea ţesutului adipos în jumătatea inferioară a corpului, de obiceiu la gambe şi coapse, lipsind în partea superioară.

In ultimul timp, cercetările în domeniul constituţiei au devenit numeroase (K. O. Henche, Kolle, Moellenhof, Hoffmann, Lange, etc., etc.).

Anomaliile constituţionale au fost şi ele clasate. Stiller descrie *habitus astenic*, Mathes *infantilismul astenic*, Paltauf *status timico-limfatic*, Czerny *diateza exudativă*, Bartel şi Stein *constituţia hipoplazică* cu hipoplazia şi inferioritatea funcţională a sistemului limfatic şi a unor glande endocrine şi creşterea compensatoare a ţesutului conjonctiv.

Studiul constituţiei prezintă o importanţă remarcabilă, dacă considerăm faptul bine cunoscut că în isbucnirea unei maladii nu

intră în joc numai agentul patogen ci şi terenul care favorizează acţiunea acestui agent. Acest studiu ne deschide orizonturi noi în profilaxia şi terapeutica maladiilor. Putem astfel interveni, la persoane predispuse către anumite maladii, ridicându-le starea de inferiorrirtate organică, prin influenţe exterioare: educaţia fizică, operaţii, mijloace farmacologice şi opoterapice.

Să dăm câteva exemple. Pribram crede că s'ar putea interveni operator în constituţia timico-limfatică prin extirparea timusului. Czerny vorbeşte de ameliorarea constituţiei hidropice, considerată de el ca o oprire în desvoltarea bio-chimică a organismului şi care predispune la maladii infecţioase, la tuberculoză cu evoluţia spre granulie şi meningită tuberculoasă, prin limitarea ingestiei de hidraţi de carbon.

Diateza exudativă, care e considerată ca o anomalie a schimbului apei în ţesuturi şi care predispune la infecţii cutanate şi a mucoaselor, ar putea fi deasemeni influenţată prin hrană. Limitarea ingestiei de grăsimi ar putea micşora predispoziţia la aceste maladii.

Ebstein semnalează ca un fapt important, din punct de vedere profilactic, stabilirea unei diete la persoanele cari au în ereditate, obezitate, gută, diabet.

Exemplele s'ar putea multiplica la infinit. Persoanele de tip leptosom sunt predispuse prin constituţia lor somatică la tbc., iar prin constituţia psihică la schizofrenie. O profilaxie raţională ar putea corecta într'o anumită măsură această constituţie şi deci şi predispoziţia către aceste maladii. De altă parte, cunoscând constituţia unui individ trebue să ţinem seama de ea în alegerea profesiei.

Privind chestiunea într'un mod mai general am putea interveni şi pentru îmbunătăţirea unei rasse, respectiv a unui popor.

După Bauer aceasta s'ar putea face fie: 1) prin sustragerea dela reproducţie (castraţie, iradiaţii cu Roentgen) a indivizilor capabili de a transmite anumite maladii sau a da naştere la anumite anomalii constituţionale, cum sunt de ex. indivizii cu sif., tbc., alcoolism, etc.; 2) de a interzice căsătoria între doi indivizi cu stigmate degenerative sau a rudelor între ele; 3) prin conferinţe în popor pentru a arăta acţiunea nocivă a alcoolului (concepţia în stare de beţie), a sif., a vârstei înaintate a genitorilor asupra produsului de concepţie; 4) de a stimula prin măsuri sociale reproducerea unor anumite straturi sociale, superioare, din punct de vedere biologic.

Lossen a putut realiza experimental, pe animale, transformarea unui caracter ereditar dominant în caracter recesiv, prin iradiaţia germenului cu substanţe radioactive.

(Urmare).

Digitized by Google / Cluj Central University Library Cluj

TIROIDECTOMIA TOTALA *)

de

Docent D-r ŞTEFAN POPESCU

Chirurg Primar

Tiroidectomia totală este logică în cardiopatiile necompensate la care tratamentul medical nu mai dă rezultate; dă bune rezultate în angina de piept; este eficace în insuficienţele cardiace care se ameliorează prin repaos.

Dar bolnavii trebuesc bine studiaţi şi bine aleşi, operaţia să fie corect executată şi să fie controlaţi dupe operaţie.

Cu practicarea tiroidectomiei chirurgia şi-a întins domeniul în tratamentul asistoliei cardiace ireductibile prin tratament medical.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Privind evoluţia cihrurgiei din timpurile cele mai vechi şi până în prezent, deosebim câteva etape bine distincte.

1) O primă perioadă, în care chirurgia friza şarlatenia, preoţii care-i servea erau dentiştii, iar actele operatorii foarte puţine printre care: îngrijirea plăgilor şi luarea sângelui erau cele mai curente, iar amputaţiile cele mai mari operaţii.

2) In a doua perioadă studiul anatomiei pe cadavru, duce la cunoaşterea perfectă a corpului, iar descoperirea antisepsiei, asepsiei, anesteziei şi ligaturii arteriale, ridică chirurgia pe punctele cele mai înalte. In această perioadă cei mai mari chirurgi sunt cei mai mari anatomişti. Rezultatele operatorii sunt adevărate minuni. Bazele chirurgiei se fixează odată pentru totdeauna: anatomia. Operaţiile însă se limitează la amputaţii, extirpări de tumori, hernii, extirpări de corpi străini, plăgi, etc., cu rezultate bune. Ce deosebire între rezultatele strălucite ale acestei perioade când la începutul ei ori unde se punea bisturiul urma o supuraţie şi se deschidea o poartă pentru moarte şi operaţiile dela sfârşitul perioadei când supuraţiile devin o raritate.

3) Cu începutul secolului al 20-lea, chirurgia este într'o evo-

*) Conferinţă ţinută la Asociaţia docenţilor Fac. de Medicină din Bucureşti, în ziua de 24 Aprilie 1936.

luţie ascendentă, studiul anatomiei formează baza, iar actele operatorii înmulţindu-se, se precizează technica şi astfel nasc procedee operatorii. In ultimii 30 ani, anatomia macroscopică nu mai are nimic ascuns, disecţiile pe cadavru se fac numai în timpul studiilor şi la concursuri abia se mai cere o probă de anatomie şi puţină medicină operatorie, pentru a se vedea îndemânarea chirurgicală. Câtă distanţă între chirurgii anatomişti, care dimineaţa erau în spital şi după masă la disecţie, şi astăzi, când disecţia se face numai în timpul studiului pentru a se înţelege mai bine anatomia. In această perioadă tratatele chirurgicale apar ca tratate de technică şi procedee operatorii, cu figuri frumos executate şi text cât mai puţin. In ajunul operaţiei deschizi un tratat, îţi arunci ochii pe figuri şi cunoscând câteva principii şi multă anatomie, orice operaţie se execută cu uşurinţă. Rari sunt cazurile în care întâmpini greutăţi, pentru că, în timpul uceniciei în clinici şi servicii chirurgicale, ai avut timp să vezi executându-se toate operaţiile.

Abdomenul nu mai are nimic secret. Toracele şi craniu încep să se deschidă şi am putea să spunem că sunt singurele părţi ale corpului, în care technica chirurgicală mai este pe cale de a se preciza.

4) In ultimul timp chirurgia intră într'o nouă fază. Procedeele operatorii bine studiate, precis fixate în tratate şi executate cu măestrie de şefi, sunt uşor asimilate de asistenţă. Clinica chirurgicală bine cristalizată şi precizată, mulţumită marelui număr de operaţii (fiecare chirurg execută anual în medie 800—1000 intervenţii), lasă timp liber chirurgilor pentru alte preocupări. Chirurgia intră în faza experimentală, iar fiziologia începe să îi arate multe secrete necunoscute. Operaţiile încep să devină fiziologice. Puţini mai sunt astăzi, care mai respectă technica cihrurgicală, care rămâne bună pentru începători. Fiecare chirurg îşi are technica lui. Ideea care domină azi este să faci cât mai puţin rău, şi să extirpi numai atât cât trebue. Studiul simpaticului, al glandelor cu secreţie internă, hormon, etc., modifiică multe operaţii şi impun noui conduite operatorii. De exemplu: lăsarea pe loc a unui ovar, sau porţiuni de ovar cu putină mucoasă uterină, pun la adăpost de turburări postoperatorii; se extirpă antru piloric pentru că el regulează secreţia acidă a stomacului. Simpatectomia periarterială şi mai ales lombosacrată salvează multe amputaţii, vindecă ulcere cronice, turburări în sfera genitală şi acum în urmă constipaţiile rebele. Chirurgia capsulelor suprarenale, se adresează hipertensiunei, paratiroidele deţin metabolismul calciului şi unele reumatisme, iar chirurgia tiroidei câştigă noui terenuri. Azi exceptând chirurgia tumorilor, cea reparatorie şi cea infecţioasă fiecare operaţie devine o problemă pentru rezolvirea căreia cunoştinţele trebuesc căutate în fiziologie, şi mai ales în fiziologia patologică. Inarmaţi cu cunoştinţe fiziologice, cunoscând bine anatomia şi câteva principii chirurgicale care au devenit axiome, începem să deslegăm probleme. Niciodată mai mult ca azi unui chirurg nu i se impune o continuă cercetare a nouilor descoperiri fiziologice, iar fiziologilor cunoaşterea perfectă a rezul-

tatelor postoperatorii. Din această colaborare va naşte noua orientare chirurgicală care caracterizează această perioadă. Voi căuta să arăt prin ce faze a trecut chirurgia glandei tiroide şi problemele noi pe care le desleagă.

Chirurgia corpului tiroid începe cu tratamentul guşii. Ea se practică mai ales în scop estetic, în guşile mari; iar chirurgii care vulgarizează aceste operaţii, sunt: Kocher, tatăl şi fiul, Reverdin, Berard, De Quervain, etc. Executarea acestei operaţii încă dela început se face scoţându-se cât mai mult şi de multe ori chiar glanda întreagă. Aşa se explică dece să descriu în aceste timpuri, tetanii postoperatorii datorite extirpării paratiroidelor şi mixedemul postoperator. Descrierea acestor două complicaţii postoperatorii este suficientă să facă pe chirurgi foarte prudenţi şi să se limiteze la extirpări parţiale.

A doua etapă în chirurgia corpului tiroid, începe cu cunoaşterea boalei lui Bazedow, care este pusă pe seama corpului tiroid. Tratamentul bazedowului în care de multe ori corpul tiroid era prea puţin mărit de volum sau chiar deloc, nu este îndreptat decât mai târziu spre glandă. De altfel nici diagnosticul nu se punea dela început, el era pus atunci când boala era destul de avansată sau chiar către sfârşitul ei. Aşa se explică că trepiedul simptomatic al acestei boale se precizează la: exoftalmie, tachicardie şi tremurături. Abia mai târziu când se studiază arderile în organism care sunt sub dependinţa tiroidei, metabolismul bazal devine semnul patognomonic al bazedowului şi diversele medicaţiuni şi intervenţii chirurgicale sunt controlate prin acest examen. Iodul şi chinina, repausul la munte şi liniştea, formează baza tratamentului medical. Din agenţii fizici, radio-terapia inconstantă în rezultatele ei se adresează tratamentului medical.

Chirurgia bazedowului începe mai întâi cu operaţii pe simpaticul cervical, dupe indicaţiile lui François-Franc în 1899. Extirpările diferitelor porţiuni ale simpaticului cervical până la extirparea totală a lui, (Toma Ionescu) dau rezultate bune asupra exoftalmiei, inconstante şi de mică durată în tachicardie, de aceia se şi părăseşte pentru bazedow începând cu operaţii asupra corpului tiroid. Din cauza intervenţiilor tardive când turburările ajunsese la maximul lor, dar mai ales insuficienţa operaţiilor şi pregătirilor pre şi post operatorii, rezultatele chirurgicale nu sunt la înălţimea aşteptărilor. Mortalitatea fiind destul de mare şi fiind pusă pe socoteala şocului operator, se începe cu operaţii seriate, ligaturi atrofiante ale pediculelor vasculare, rezecţii parţiale, extirparea unui lob şi în urmă la rezecţia sub totală. Controlul acestor operaţii se face prin diminuarea semnelor şi mai ales prin căutarea metabolismului bazal. Aceste operaţii dau rezultate bune, post operator, dar de scurtă durată, totuşi asociate tratamentului medical devin mulţumitoare, mai ales că acesta nu mai dă rezultate bune şi suficiente. Labbé socoteşte baza tratamentului bazedowului „iodul", iar când acesta nu mai dă rezultate satisfăcătoare, operaţia.

Şcoala franceză în frunte cu Berard este partizana operaţiilor în serie terminându-se cu tiroidectomia sub totală.

Şcoala americană văzând că metabolismul bazal se influenţează constant şi de lungă durată prin tiroidectomia sub totală, încep cu această operaţie, pe care o practică în numeroase cazuri ale căror rezultate bune sunt publicate şi vulgarizate.

Asocierea iodului pre şi post operator, executarea operaţiilor mai precoce, datorită cunoaşterii metabolismului bazal, ameliorează rezultatele operatorii. Iată stadiul chirurgiei corpului tiroid în bazedow până la 1932. Dacă la această chirurgie a bazedowului, mai asociem chirurgia estetică a guşii, avem toată chirurgia tiroidiană la această dată.

In America, către sfârşitul anului 1932, chirurgia tiroidiană bazată pe observaţii şi studii anterioare, îşi lărgeşte câmpul operator începând să se practice tiroidectomia totală în bazedow, angină de piept şi asistolie.

Să vedem care sunt observaţiile câştigate în decursul timpului care au dus la tiroidectomia totală în *asistolie*.

1) Kocher în 1878 şi 1883 cât şi fiul său în 1902, deci din primele timpuri ale chirurgiei tiroidiene, observase acţiunea favorabilă a tiroidectomiei asupra decompensării cardiace, chiar şi în formele grave, cu fibrilaţie auriculară.

Aceste ameliorări se observă imediat după operaţie şi nu pot fi datorite decât suprimării acţiunei secretorii a tiroidei, iar nu obstacolului pus de ea în circulaţie. Bazat pe aceste observaţii, Levine încă din 1927, apoi în 1932 împreună cu Blumgart, propun tiroidectomia totală în decompensările cardiace înaintate, la bolnavii cu tiroida şi metabolismul normal.

CC-BY-SA / Colecţia Universitatea Babeş-Bolyai Cluj

2) Blumgart între 1925—1931, studiază viteza curentului sanguin în diverse boale. Această măsurătoare este foarte simplă: se injectează diverse substanţe în vena dela plica cotului şi se constată prezenţa lor prin senzaţia gustativă produsă, sau ajungerea ei la braţul de partea opusă. Măsurătoarea vitezei sanguine (normal 18 secunde) se face prin injecţii de un corp radioactiv la electrometru care injectat la un braţ ar fi reperat la braţul celalt prin electro-metru sau injecţii de dehydrocholat de sodiu la plica cotului şi care ajuns la limbă produce un gust special. Lian şi M-me Bourass întrebuinţează fluoresceina în anul 1920—1930. Weiss şi Blumgart histamina care dă un gust acid sau metalic. Fishberg sacharinat de sodiu care dă un gust dulce. Timpul consumat între injecţia şi constatarea prezenţii, arată viteza curentului sanguin. Astfel se constată că această viteză este mult micşorată în mixedem, asemenea în decompensările cardiace (asistolie) unde ajunge până la 50 secunde. Viteza este accelerată în bazedow, efort, digestie care măresc metabolismul bazal. Există deci un raport între viteza circulatorie şi arderile din organism.

3) Este cunoscut că în bazedow arderile în organism sunt mult exagerate şi de aceea şi schimburile gazoase sunt mărite. Pentru a satisface această nevoie a organismului, se cere un efort asupra cordului care la început este compensat de muşchi, iar mai târziu duce la decompensare şi asistolie. Aceste schimburi gazoase mărite se constată prin stabilirea metabolismului bazal.

4) Acţiunea tiroidei asupra cordului nu este măsurată întotdeauna numai cu metabolismul bazal. Aşa Wilson în 1932, publică observaţii cu fibrilaţii auriculare tranzitorii, în care metabolismul bazal era normal. Chiar în bazedowul incipient, cu metabolismul bazal normal sau aproape normal, în care inima nu este supusă la un efort prea mare, se observă câteodată anomalii de ritm. Coller în 1931, observă numeroase cazuri de guşă endemică cu turburări cardiace de ritm sau frecvenţă, fără ca metabolismul bazal să fie modificat şi în care cordul revine la normal după tiroidectomie sub totală.

Levine şi Rosenblüm în 1933, cei dintâi publică un caz cu asistolie la care extirpându-se glanda tiroidă se găseşte normală, iar metabolismul este foarte puţin modificat. Levine publică numeroase cazuri de hipertiroidism frust, cu metabolism puţin ridicat şi unde tiroidectomia totală restabileşte cordul. De aci, se ajunge la ipoteza că cordul este influenţat nu numai de efortul cerut de arderile exagerate în bazedow, ci şi de o toxină (tirotoxină) secretată de corpul tiroid. Gallavardin se exprimă astfel: „Există un produs de origină tiroidiană care exercită cu timpul o acţiune toxică asupra cordului. Această substanţă după ce determină o tachicardie simplă, declanşează o fibrilaţie auriculară cu o hipertrofie a cordului care progresând ajunge la asistolie".

5) Extirpând un corp tiroid, am suprimat tirotoxina care influenţează cordul şi în acelaş timp am diminuat schimburile gazoase din organism, diminuând astfel metabolismul bazal. Prin această diminuare a metabolismului, efortul cordului este micşorat, acţiunea tirotoxinei dispare şi ea, iar viteza circulatorie mică din asistolie devine suficientă şi cordul se restabileşte. Deci la o viteză a sângelui mult micşorată, un metabolism bazal scăzut, poate să facă să dispară fenomenele de asistolie din cauza suprimării efortului şi acţiunei toxice.

Iată ideile care au condus şcoala din Boston la tiroidectomie totală în asistoliile ireductibile şi care azi după 3 ani se practică pe o scară foarte întinsă, dupe cum se constată din publicaţiile recente. Cordier şi Lageze din Lyon, publică în Mai 1935, un caz de tiroidectomie totală în o asistolie ireductibilă cu rezultat foarte bun.

Revenim acum la boala lui Bazedow, unde şcoala franceză ajunsese la tiroidectomia sub totală, care la început se practica în mai mulţi timpi (în serie). Azi actul chirurgical se îndreaptă spre tiroidectomia totală. Aşa spre exemplu: Berard într'un articol publicat în 1935, spune textual: „Principiul care domină hipertiroidia bazedowului este necesitatea unei rezecţii largi bilaterale, asupra tutulor ţesuturilor hiperplaziate din care să se scoată cât mai mult posibil. Acest principiu admis de mult timp (congresul internaţional de chirurgie din Varşovia 1929), conduce la practicarea tiroidectomiei sub totale, care nu lasă decât partea posterioară a lobilor, formată din o lamă subţire de parenchim care să protejeze nervii recurenţi şi paratiroidele. Această lamă este suficientă totuşi pentru

menţinerea echilibrului endocrin. Trebue să rămânem credincioşi acestui procedeu din cauza siguranţei, dar mai ales din cauza rezultatelor excelente ce se obţin, chiar în formele grave cu insuficienţă cardiacă (Congresul francez de medicină din Liege, 1930)". Acelaş autor în articolul din 1934, spunea: „Rezecţia primitivă a devenit formula aplicabilă la marea majoritate a cazurilor". Deci Berard ajunge la concluzia că trebue extirpat cât mai mult lăsând o lamă posterioară subţire de ţesut tiroidian. Ca să ne convingem cât însemna această lamă subţire vom cita pe Gentil, care la congresul francez de chirurgie din 1933, expune o observaţie foarte complectă unde a făcut tiroidectomie sub totală, lăsând din tiroidă în o singură parte o porţiune cât o alună mare. Insistă şi atrage atenţie că eşecurile sunt datorite extirpării incomplecte, că aceste eşecuri apar mai târziu şi că numai o extirpare largă dă un rezultat complect şi definitiv. Astfel Berard stabileşte formele cele mai grave ale bazedowu'ui cu turburări cardiace foarte mari pe care le grupează sub denumirea „cardio-tireoze" pentru care propune tiroidectomia sub totală cât mai largă şi executată primitiv. In Aprilie 1935, Welti la societatea de terapeutică publică 20 cazuri de tiroidectomie sub totală în bazedow cu 4 recidive (deci 1/5) şi 6 ameliorări (deci 1/3), ceiace revine la 50% numai vindecări durabile. Acelaş autor comunică un caz în care bazedowul începuse de 11 ani, iar turburările cardiace cu semne de asistolie durau de 4 ani; tratamentul medical neajutând în acest caz se ajunge la tiroidectomia sub totală cu rezultat mediocru şi astfel se face o tiroidectomie totală secundar, cu rezultat admirabil după 4 zile. Fenomenele de asistolie şi aritmie au dispărut, rezultat ce persistă după 6 luni. Intr'un articol (Jean Patel şi Lemaire), publicat în Ianuarie 1936, dă observaţia foarte complectă a unui bazedow, în care tratamentul medical cel mai bine condus (iod, ouabaină, insulină, glucoză, repaos), nu dă nici un rezultat şi atunci se recurge la operaţii seriate cu uşoare ameliorări şi la care tiroidectomia totală dă un rezultat foarte bun. Cu ocazia comunicării acestui caz la societatea spitalelor, Fissinger şi May mai aduc câte un caz. Roussy, Huguenin şi Welti, studiind din punct de vedere istologic resturile de tiroidă rămase după operaţie, constată că ele prezintă acelaş aspect ca în bazedow şi trag concluzia că bazedowul ar fi un hipertiroidism şi numai o extirpare cât mai largă duce la vindecare persistentă, ceiace nu poate da razele X.

Din aceste exemple se vede cum şcoala franceză atât de prudentă în chirurgia corpului tiroid în bazedow, urmează şcoala americană şi se îndreaptă către tiroidectomia totală.

In rezumat: 1) Tiroidectomia totală trebue să se facă în boala lui Basedow în care cordul este inasistolie gravă, ca fiind singura operaţie cu rezultate bune imediat şi durabile; b) Tiroidectomia totală dă rezultate bune în asistoliile ireductibile ale cardiacelor fără guşă.

Cum ar lucra tiroidectomia totală în asistolie? In asistolie viteza sanguină este mult diminuată, iar nevoile organismului nu

sunt diminuate după cum se vede din metabolismul bazal, care rămâne normal + 20 până la — 10 sau e chiar mărit. Cu tratamentul medical, ce facem dând digitală sau ouabaină, cu repaos, venesecţie şi regim alimentar? Tonificăm cordul, mărim viteza sângelui şi astfel nevoile organismului sunt din nou satisfăcute şi asistolia dispare. Când însă cordul nu mai răspunde tratamentului medical, bolnavul este pierdut căci nu mai putem ajunge la acest echilibru între cerinţele organismului normale sau mărite (bazedow) şi circulaţia diminuată.

Aci intervine tiroidectomia totală; scoţând tiroide care reglementează arderile în organism, acestea diminuă după cum ne arată metabolismul bazal, iar circulaţia deficientă devine suficientă pentru nevoile scăzute ale organismului, miocardul îşi recapătă tonicitatea şi asistolia dispare. Intr'un caz prin tratamentul medical ne adresăm circulaţiei şi în al doilea prin tiroidectomie ne adresăm arderilor din organism pentru a restabili echilibrul rupt.

A treia indicaţie a tiroidectomiei totale este în durerile anginoase. Ce este angina de piept? Nu prea este bine cunoscut nici azi; am rămas tot la descrierea dată de Heberden: „O criză dureroasă paroxistică debutând adesea la partea superioară a sternului, cu iradiaţii în braţul stâng şi întovărăşită adesea de senzaţie de moarte iminentă. De obiceiu aceste crize apar după un efort sau excitaţie". Durerea precordială sau substernală care apare în criză este destul de variabilă ca şi afecţiunile aortei sau cordului care o însoţesc. Se observă mai ales în trombozele coronariene, în afecţiunile valvulare ale aortei, în diverse ischemii ale miocardului (spasme) şi trebue deosebită de durerea anginoasă a anevrismului aortei şi aortitei. Predomină la bărbaţi şi poate să dureze câţiva ani. Se ameliorează cu alcool sau nitrat de amil şi de multe ori la autopsie nu s'a găsit nici-o leziune (Heberden).

Colecţia Muzeului Universităţii din Cluj

Tratamentul chirurgical s'a adresat anginei simple, anginei de efort sau anginei lui Heberden cum a fost numită.

In ce a constat acest tratament?

1) Ideia tratamentului chirurgical al anginei de piept revine lui François-Franch, care în 1899 în un studiu critic asupra simpaticului cervicotoracic întrevede în el fibre sensitive şi motorii pentru inimă. Bazat pe prezenţa fibrelor sensitive ale inimei, care ar trece prin trunchiul simpatic către centrii superiori, el propune extirparea simpaticului cervical. El mai studiase anterior extirparea simpaticului în bazedow, epilepsie, glaucom şi tachicardie. Realizarea extirpării simpaticului cervical în angina de piept se face abia în 1916, de Toma Ionescu şi Gomoiu. Astfel François-Franch şi Toma Ionescu preconizează extirparea cât mai largă, chiar de ambele părţi, a simpaticului cervical pentru a secţiona cât mai multe fibre sensitive.

Rezultatele obţinute sunt cele mai bune 53% rezultate satisfăcătoare pe 66 cazuri bine studiate.

In 1924, Coffey şi Brown din Saint Francisco propun o operaţie mai simplă, secţiunea simpaticului cervical sau extirparea nu-

mai a ganglionului cervical superior sau secţionarea nervilor cardiaci superior şi mijlociu, care ar fi suficiente să facă să dispară durerea anginoasă. Rezultatele satisfăcătoare sunt numai 48,5% din cazurile bine studiate. Astfel extirparea simpaticului cervico-toracic (cu ganglionul stelat) a lui Toma Ionescu şi Gomoiu, la care se adaugă mai târziu extirparea nervului depresor care iese din pneumogastric (care din nefericire nu este totdeauna bine separat la om) rămâne superioară. După ce s'a propus şi s'a executat aceste operaţii, încep o serie de studii anatomice şi fiziologice, întreprinse de Danielopol, Leriche şi Fontaine, Langley, Randsohn care se pare că confirmă existenţa fibrelor sensitive şi motorii pentru cord în lanţul simpatic cervical. Danielopol este contra extirpării complecte a simpaticului, căci se extirpă şi incitaţia motorie, ceeace ar fi periculos. Experienţele lui Cutler şi Levine, Cannon care extirpă toţi nervii simpatici ai inimii la animale, arată că existenţa acestora nu este periclitată cu nimic. Dar animalele erau tinere şi miocardul sănătos.

Din aceste lucrări (Cannon) însă se stabileşte că fibrele sensitive ale inimii trec şi prin primii 9 ganglioni toracici şi în patru cazuri în care simpatectomia toracică superioară a fost executată, a dat 4 vindecări.

Toate aceste numeroase operaţii asupra simpaticului, cât şi alcoolizările încercate pe ganglioni şi ramurile comunicante, cu technici destul de grele (ca cele încercate pentru extirparea simpaticului dorsal) cât şi ultimele cercetări ale lui Danielopol care au arătat că vazoconstrictorii arterelor coronare trec prin pneumogastrici, imposibil de a fi extirpaţi amândoi, arată că o intervenţie radicală, de a secţiona căile sensitive toate, este imposibil că vindecarea este relativă, depinzând de cantitatea căilor extirpate. In orice caz crizele datorite vazoconstricţiei arterelor coronare a cărei incitaţie trece prin pneumogastrici rămâne neinfluenţată.

Autorii americani Levine şi Blumgart propun şi execută în 1932 şi 1933 tiroidectomii totale în asistoliile cardiace, indiferent dacă ele aparţin grupului angină de piept, miocardită sau afecţiuni valvulare, cu rezultate bune. La aceste rezultate bune se adaugă şi fapte de observaţie:

1) La unii mixedematoşi trataţi cu extracte tiroidiene, apar adesea crize de angină pectorală, ca şi cum crizele ar fi existat, dar erau mascate de mixedem care ştim că diminuă metabolismul bazal. Ridicând acest metabolism prin opoterapie tiroidiană, crizele apar.

2) Deasemenea la persoanele în vârstă, cu decompensări cardiace, cărora li se administrează doze mari de extracte tiroidiene, fac să apară crize anginoase.

3) Ţinem seamă de acţiunea toxică a tiroidei asupra cordului, arătată la studiul tiroidectomiei totale în asistolii.

4) Având în vedere acţiunea simpaticului arătat de François-Franck încă din 1899 asupra bazedowului şi deci a tiroidei, cum şi acţiunea aceluiaşi simpatic asupra anginei de piept, Cutler şi Levine se întreabă: „cum timp de 34 de ani nu s'a putut gândi ni-

meni că acţiunea favorabilă a extirpării simpaticului în angina de piept ar fi datorită acţiunei extirpărei aceluiaşi simpatic asupra secreţiunei tiroidiene, care la rândul ei ar influenţa cordul şi crizele anginoase?" Aceşti doi autori bazaţi pe acest raţionament, pe observaţiile arătate mai sus, pe inconstanţa rezultatelor extirpării simpaticului în angina de piept, propun şi execută tiroidectomia totală în angor pectoris.

Până în Iunie 1934, aceşti autori operase 7 cazuri de angină de piept şi două în care simptomul dominant era dureri toracice (unul cu leziuni ale miocardului, altul cu leziuni valvulare) şi la care crizele anginoase au dispărut imediat după operaţie, au părăsit complect nitroglicerina sau alte medicamente şi şi-au reluat în parte ocupaţiile. Doi din aceşti nouă bolnavi au murit între timp fără să sufere. Ca să ilustreze rezultatele bune ale tiroidectomiei totale în angina de piept de efort, dă pe scurt o observaţie: O femee care suferea de crize anginoase de 8 ani, care surveneau la început în timpul unui efort apoi chiar în repaos, era complect imobilizată în pat. In timpul crizei tensiunea arterială se ridica, iar cea mai mică cantitate de adrenalină injectată în repaos, era suficientă să producă o criză. Făcându-i-se o tiroidectomie totală crizele dispar imediat. Nu mai uzează de nitrit de amil, îşi reia menajul, ridică scări, ba face şi un voiaj cu automobilul. In toate cazurile operate, autorii spun că, crizele dispar imediat, iar starea generală se ameliorează după operaţie pe măsură ce metabolismul bazal scade. Autorii nu pot să dea nici o explicaţie modului intim al vindecării. Faptul că înainte de operaţie injecţiile de adrenalină dau crize de angină, iar după operaţie nu, bănuiesc că între supra-renală, tiroidă, şi activitatea cordului, ar rămâne liber un hormon care n'ar avea acţiune asupra metabolismului, (căci nu scade imediat după operaţie) ci direct asupra inimii şi indirect asupra supra-renalei sau ar influenţa apariţia hormonului numit şi studiat de Cannon „simpatină". Simpatina are acţiune asupra contracţiei musculare. O altă explicaţie ar fi că, crizele ar fi datorate unor perioade de anoxemie şi că diminuarea metabolismului ar produce arderi mai puţine şi circulaţia deficientă ar deveni suficientă iar crizele nu mai apar. Către această explicaţie înclină mai mult autorii. In orice caz dispariţia crizelor prin simpatectomie când se rezecă căile sensitive ar lăsa un anginos să moară fără durere (pentrucă nu influenţează cu nimic boala), pe când tiroidectomia totală nu numai că face să nu mai sufere, dar chiar i-ar da câţiva ani de viaţă.

Iată tiroidectomia totală practicată la sfârşitul anului 1932, vulgarizată în America, în special prin şcoala din Boston, unde se practică actualmente pe o scară foarte întinsă care începe să câştige chirurgia franceză şi de loc la noi, dacă nu mă înşel. Boalele în care ar da rezultate foarte bune ar fi: asistolia ireductibilă, bazedowul grav şi angina de piept, unde orice alt tratament nu dă rezultate mai bune.

Tiroidectomia totală este posibilă? Da.

1) Chirurgical, ca technică este posibilă. S'a executat şi se

execută în cancerile tiroidiene, recomandată de Berard în Franța, Sudek în Germania, Penberton în America. S'a executat și se execută extiraprea complectă a unui lob; de ce nu s'ar putea scoate și al doilea. Chirurgia americană o practică în prezent pe o scară foarte întinsă.

2) Fiziologic. In tratatele de fiziologie ca și în unele observații post-operatorii, se scrie că extirparea totală a tiroidei dă mixedemul. Totuși în practică chirurgicală tabloul complect al mixedemului post-operator, așa cum l-a descris Reverdin, nu se observă la adulți și bătrâni sau se poate evita; iar dacă apare și controlul îl putem face cu metabolismul bazal, îl putem ameliora cu extracte tiroidiene. Tiroidectomia totală a fost executată în cancer și Berard scrie: „Rezultatele post-operatorii au arătat că spectrul mixedemului și al tetaniei nu trebue să sperie pe chirurg, pentru că operația practicată mai ales la bătrâni, nu aduce decât accidente fruste ușor de prevenit prin opoterapie". Până în Decembrie 1934, la Boston se practicase aproape 130 extirpări totale de tiroidă, cu glandă normală, urmate de hipotiroidism și excepțional de mixedem mare. Azi se știe că mixedemul apare când metabolismul bazal scade sub — 30 și când trebue să administrăm extract tiroidian. Până la — 30 avem semne de hipotiroidism traduse clinic prin: vorbirea puțin mai lentă, pielea puțin colorată în galben, uscată, mai groasă (din cauza ușorului edem), pulsul lent dar regulat, creșterea mai lentă a părului, senzație de frig la extremități, intelectul însă perfect conservat. Cum se face că extirpând complect tiroida nu avem fenomene de mixedem? și de ce la începutul chirurgiei tiroidei apărea des mixedemul atât de temut și bine descris de Reverdin.

Explicația dată a fost că ar fi glande accesorii care se hiperplaziază și ar împedica apariția mixedemului sau rămân resturi care produc acelaș efect. Această explicație nu poate sta în picioare pentru două motive: 1) Deși nu se poate exclude acest țesut tiroidian accesoriu, totuși ar fi greu de admis că s'ar găsi în toate cazurile, numărul bolnavilor operați de chirurgii americani și englezi, fiind foarte mare. 2) Dacă s'ar admite existența acestor tiroide accesorii sau resturi, atunci extirparea n'ar fi totală, ci parțială; ori e cunoscut că țesutul rămas se hiperplaziază istologic și funcțional (Parreira) și rezultatele ar trebui să fie mai puțin constante, mai puțin evidente și mai ales tranzitorii. Pugliese experimentând pe câini la care extirpă complect tiroida, lăsând paratiroidele intacte, observă că acestea se hiperplaziază, iau o structură veziculară, apropiindu-se foarte mult de tiroidă, cu cât animalele erau sacrificate la o distanță mai mare de operație. Deci în parte s'ar suplea tiroida prin paratiroidă. Wilmoth practică o grefă paratiroidiană heterogenă, la un bolnav etiroidectomizat și la care apăruse spontan crize de tetanie. La acest bolnav apare mai târziu semne de distiroidie: gușă mică, tachicardie, metabolismul + 35.

Chirurgii în operațiile dela început neavând o technică precisă, sigur că adesea lezau paratiroidele sau prin ligaturi prea apropiate de ele le făceau să devină insuficiente.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Indicaţii: 1) Trebuesc operaţi bolnavii bine studiaţi, ale căror crize de asistolie au cedat la tratament medical, dar la care acest tratament nu mai dă rezultate mulţumitoare şi de lungă durată.

2) Trebuesc operaţi bolnavii pe care repaosul în pat şi regimul îi ameliorează. Chiar principiul operator care este „diminuarea arderilor în organism" lucrează într'o măsură mai mare prin ceeace se poate obţine şi prin repaos. Blumgart insistă să nu se opereze bolnavii pe care repaosul nu-i ameliorează. Parson din New-York este mai strict, el ţine bolnavii 15 zile într'o cameră supraoxigenată (15%) şi numai dacă se ameliorează atunci sunt operaţi.

3) In angina de piept beneficiază de operaţie bolnavii cu crize pure sau cei cu fenomene de insuficienţă cardiacă. Cutler din Boston pentru bolnavii cu angină pectorală, cu slăbirea cordului şi alte semne grave ca edem pulmonar, scleroză, etc., recomandă mai întâi simpatectomia care dă 50% rezultate bune şi apoi tiroidectomia dacă nu sunt influenţaţi în bine.

4) Cauza asistoliei nu contează prea mult, numai să îndeplinească condiţiile de mai sus (ameliorări prin tratament medical şi repaos). Asistoliile hipertensivilor, leziunilor valvulare, profită de tiroidectomie căci nu se pretinde să se vindece leziunea ci să adaptăm un cord slăbit la cerinţele organismului (care trebuesc diminuate). Stenozele mitrale congenitale nu creiază nanismul mitral, adică un organism cu cerinţe mici?

5) Berard studiind cordul, în formele grave ale bazedowului, îl găseşte aproape întotdeauna mărit, mai ales la bolnavi în vârstă. Această dilataţie a inimei nu contra-indică operaţia; din contră el se teme mai mult de inimile mici şi insuficiente. Dilataţia cordului scade pe măsură ce metabolismul se apropie de normal (adică sarcina cordului a fost micşorată).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

6) Insuficienţa cardiacă în cardiopatiile valvulare reumatismale constituite sunt mai indicate pentru operaţie decât arteritele sifilitice, hipertensiunile arteriale şi sclerozele broncho-pulmonare care sunt numai ameliorate.

7) Turburările cardiace care se aseamănă cu cele dela purtătorii de guşă, dar care nu au guşă, profită foarte mult de operaţie.

Contra indicaţii: 1) Nu trebuesc operaţi bolnavii la care tratamentul medical nu mai dă nici un rezultat, care se găsesc în perioada terminală de asistolie sau de angină pectorală, când cordul este la limita rezistenţei. Bolnavii cu dispnee, edem generalizat, congestie hepatică, ascită, care nu sunt ameliorati cu tratament medical repaos şi regim 15—30 zile, nu trebuesc operaţi, ei au trecut limita operabilităţii.

2) Bolnavii la care metabolismul bazal este sub 15 nu trebuesc operaţi căci ajung la mixedem (Blumgart) sau trebuesc bine controlaţi după operaţie şi instituit tratament opoterapic tiroidian.

3) Nu trebue făcută tiroidectomie totală la cardiopatiile în evoluţia activă (reumatism cardiac evolutiv, endocardite infecţioase) (Lian şi Welti) sau stinse de puţin timp.

4) Insuficienţa renală şi insuficienţa cardiacă în nefritele sub acute sau cronice, contra indică operaţia sau dacă se face trebueşte multă atenţie, rezultatele fiind mediocre.

Directive operatorii: 1) Pregătirile preoperatorii au cea mai mare importanţă: repaos, iod, chinină, tonice cardiace ca digitală sau strofantus, sedative ca morfina sau barbiturice.

2) Anestezie locală sau amestec de eter şi oxigen.

3) Tirodiectomia trebue să fie absolut totală, căci numai ea dă diminuări persistente ale arderilor în organism. Nu trebue lăsată glandă la pediculul superior sau piramida lui Lalouette.

4) Trebuesc cruţaţi nervii recurenţi şi mai ales paratiroidele. Arterele nu trebuesc legate prea aproape de paratiroide, ca să lase posibilă circulaţia colaterală cel puţin. Dacă nu le-am găsit şi au fost extirpate împreună cu tiroida, trebuesc căutate şi transplantate imediat în muşchii sub hioidieni.

5) Post-operator dacă paratiroidele şi nervii recurenţi au fost respectate, trebue să controlăm numai metabolismul bazal să nu cadă sub — 30, iar dacă se apropie, trebueşte instituită opoterapie tiroidiană.

6) In timpul extirpării tiroidei nu trebue să denudăm prea mult trachcea, pentru a nu secţiona firele recurentului care merg la mucoasa tracheială şi care ar da o expectoraţie mucoasă, cauză de complicaţii pulmonare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rezultate: Până în 1934, se operase la Boston 130 de bolnavi, iar Cutler şi Blumgart au prezentat câte un raport la congresul din Toronto în Iunie 1934. Mortalitatea este mică, ţinând seamă de gravitatea boalei şi starea bolnavilor (asistolici ireductibili, angină de piept, bazedowieni cu cardiotireoze). Cutler pe 11 operaţi are un mort, iar Blumgart pe 16 operaţi 2 morţi. Alegerea bolnavilor şi mai ales prepararea preoperatorie are cea mai mare importanţă.

Rezultate terapeutice: Intotdeauna metabolismul bazal scade şi apar mici semne de mixedem. Pe 19 bolnavi cu tiroidectomie totală după un an dela operaţie rezultatele au fost: la 6 bolnavi cu angină de piept le-a dispărut imediat crizele (5 din ei erau insuficienţi cardiaci cu 3 ameliorări nete ale asistoliei, unul uşor ameliorat, iar altul neinfluenţat). Pe 10 cardiopatii reumatismale vechi, 6 au fost ameliorati foarte mult, 2 uşor ameliorati, 2 neinfluenţaţi (unul cu ciroză şi altul un cardiorenal cu nefrită cronică). O miocardită cronică vizibil ameliorată, o arterioscleroză ameliorată şi un astmatic cu cord insuficient net ameliorat. Deci 13 au beneficiat în bine de operaţie, 2 au scăpat de crizele anginoase. Berlin dă o mortalitate de 12% (6 la 50 operaţi morţi cu bronchopneumonie) la început, apoi o morţi la 30 operaţi, după ce technica a fost bine pusă la punct şi îngrijirile pre şi post-operatorii au fost mai bune.

CONCLUZII:

1) *Tiroidectomia totală este logică în cardiopatiile necompensate la care tratamentul medical nu mai dă rezultate.*

2) *Ea dă rezultate bune în angina de piept. Diminuând arderile, cordul slăbit devine suficient pentru un consum vital mai micşorat.*

3) *Operând bolnavii cu un metabolism bazal mărit, normal sau aproape de normal, mixedemul grav nu apare.*

4) *Este eficace în insuficienţele cardiace care se ameliorează cu repaosul şi în angina de piept.*

5) *Tiroidectomia totală are şi inconveniente de aceea bolnavii trebuesc bine studiaţi şi bine aleşi, operaţia corect executată şi controlaţi după operaţie.*

6) *In orice caz este o eroare de a îngriji luni de zile un asistolic ireductibil, imobilizat la pat (Patel şi Lemaire), ale cărui zile sunt numărate şi la care tratamentul medical nu mai dă nici un rezultat. Este timpul ca aceşti bolnavi să fie trecuţi serviciilor chirurgicale dar bine studiaţi şi nu atunci când nu se mai poate face nimic.*

BIBLIOGRAFIE

1) *Bérard et Colson*: A propos du coeur basédowien et des cardiothyréoses. Presse Médicale Nr. 72 Septembre 1934. — 2) *Bérard, Colson et Ropansky*: Comment pratiquer la thyroïdectomie sub-totale dans la maladie de Basedow? Presse Médicale Nr. 34, Avril 1935. — 3) *Bérard et Colson*: A propos des indications opératoirea dans la maladie de Basedow compliquée d'asystolie sévère *Lyon chirurgical pag. 203, 7 Juin 1934.* — 4. *Bérard et R. Peycelon*: Traitement chirurgical de la maladie de Basedow des goïtres toxiques 1636, Masson. — 5) *Cordie et Lagèze*: Asystolie irréductibile traitée par thyroïdectomie totale. Soc. Médicale des hôpitaux de Lyon 7 Mai 1935. — 6) *David Berlin*: Recenzie în Journal de chirurgie; pag. 101, Nr. 1, Janvier 1936. — 7) *Duff. S. Allen*: Recenzie în Journal de chirurgie, pag. 102, Nr. 1 1936. — 8) *Elliott Cutler et Samuel Lavine*: La douleur angineuse et son traitement chirurgical, Presse Médicale Nr. 46 din Juin 1934. — 9) *Gentil*: Congresul francez de chirurgie din 1933. — 10) *Georges Arnulf*: Thyroïdectomie totale dans le traitement de l'angine de poitrine et cardiopathies mal compensées. Presse Médicale Nr. 101, Decembrie 1934. — 11) *Jean Patel et André Lemaire*: Presse Médicale Nr. 8 din Ian. 1936. — 12) *Juliens Jensen*: Recenzie în Journal de chirurgie pag. 102, Nr. 1 din 1936 — 13) *Lemaire et Patel*: Maladie de Basedow avec asystolie; thyroïdectomie totale; guérison complète. Soc. médicale des Hôpitaux de Paris 18 Octombre 1935. — 14) *Lian, Welti et Facquet*: La thyroïdectomie totale dans l'insuffisance cardiaque des malades à corps thyroïde normal. Bulletins et mémoires de la soc. nationale de chirurgie pag. 479 Martie 1935. — 15) *R. Rivoire*: Les corélations hypophyso-endocriniennes. Presse Médicale Nr. 75 Septembre 1934. — 16) *Rodolfo Pugliese*: Considérations sur la thyroidectomie totale dans le traitement des cardiopathies Presse Médicale 27 Avril 1935. — 17) *Roussy, Huguenin et Welti*: Structure histologique de la thyroïde restante après guérison de la maladie de Basedow par thyroïdectomie subtotale. Soc. anatomique 3 Mai 1934. — 18) *Welti*: Bull. Soc. de thérapeutique Nr. 5 din 1935 — 19) *Welti*: A propos de la thyroïdectomie dans le traitement de l'asystolie basedowienne Soc. thérapeutique, 10 Avril 1935 — 20) *Welti, Facquet, Barraya et Leven*: Thyroïdectomie totale pour insuffisance cardiaque chez des malades à corps thyroïde normal, une contra-indication opératoire. Mémoires de l'Académie de chirurgie pag. 27 Janvier 1936. — 21) *Wilmoth*: Les greffes parathïdiennes. Progrès médical Nr. 50, Decembre 1932.

ST. POPESCU : *La thyroïdectomie totale.*

ST. POPESCU : *Die totale Thyroïdectomie.*

LIPO-DISTROFIA, O TURBURARE A LIPO-DISTRIBUŢIEI

de

D-r M. SCHACHTER, Bucureşti

Lipo-distrofia este o boală care începe de obiceiu înainte de pubertate şi se caracterizează prin topirea grăsimei în mod progresiv în jumătatea superioară a corpului (lipo-atrofie superioară) în contrast cu menţinerea sau creşterea grăsimei în jumătatea inferioară (lipo-hipertrofie inferioară).

Etio-patogenia, ca şi tratamentul acestei entităţi clinice descrise de Barraquer, Simon şi Campbell nu sunt încă precizate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prin turburări ale lipo-distribuţiei înţelegem, independent de etiologia lor, acele cazuri clinice unde uniformitatea depunerei stratului adipos la suprafaţa corpului, a suferit într'o măsură mai mult sau mai puţin importantă. Iată de ce credem că existenţa unei lipomatoze dispuse numai într'o anumită parte a corpului este suficientă pentru a intra în cadrul clinic al turburărilor lipo-distribuţiei, caşi lipo-distrofia descrisă de Barraquer, Simon şi Campbell, ca o entitate aparte.

Vom studia deci lipo-distrofia spărgând cadrele strâmte vechi, care luau numai în consideraţiune observaţiunile cu lipo-atrofie a feţei, gâtului, membrelor superioare şi toracelui, concomitentă cu o lipo-hipertrofie a basinului şi membrelor inferioare.

Din acest punct de vedere, este interesantă, clasificarea dată în Italia de Prof. Di Guglielmo. Pentru acest autor care a plecat dela observaţia clinică, trebue să distingem, următoarele grupe de lipo-distrofie: a) forme complecte cu lipo-atrofie superioară şi lipo-hipertrofie inferioară. Aceste forme, rare, clasice, sunt de cele mai deseori progresive. b) forme incomplete cu lipo-atrofie superioară numai. Acestea sunt desigur ceva mai frecvente. c) forme incomplete cu hipertrofia părţii inferioare a corpului, fără nicio turburare a lipo-distribuţiei părţilor superioare.

Clasificaţia lui Di Guglielmo a fost adoptată de mulţi autori, şi Gelli, un elev al său, a crezut chiar posibilă o diferenţiere mult mai fină, dar tot bazată pe date clinice, a tablouri-

lor de lipo-distribuţie observabile în clinică. In Franţa, pare să rămână în picioare vechea descriere statică a autorilor spanioli, iar recent H. Roger, Alliez şi Paillas, socotesc, că este o greşeală că se extind prea mult cadrele lipo-distrofiei. O părere, pe pe care n'o împărtăşim.

Trebue să recunoaştem că forma clasică, descrisă de Barraquer, Simon, Campbell, este cea mai bine cunoscută, celelalte forme fiind încă în studiu.

Fără a intra în detalii asupra maladiei lui Barraquer, să amintim că a fost cunoscută încă de Morgagni, B. Rondow, pentru a fi „redescoperită" de Flascher, Wolff, Barraquer, Simon, Campbel, şi studiată foarte pe larg de Di Guglielmo, Maranon, Marburg şi alţii. Literatura actuală nu cunoaşte mai mult de 140 cazuri (două cazuri au fost relatate de noi, împreună cu D-l Prof. Parhon; un altul studiat, dar nepublicat încă, împreună cu D-l D-r A. Radovici). Majoritatea lor, este studiată din punct de vedere clinic şi humoral; cazuri cu date anatomo-patologice sunt încă foarte puţine, şi cum spune H. Roger, numai puţine dintre acestea din urmă, au o valoare patogenetică notabilă. Se referă astfel, la cazul Zalla unde s'au notat leziuni hipofizare importante; la cazul Marburg unde s'a pus în evidenţă o reducere a parenchimului ovaric cu o creştere numerică a celulelor cromofile şi eosinofile ale lobuui hipofizar anterior, şi mai ales la unicul caz Sarbo, unde s'au notat leziuni ale corpului striat. Vom mai reveni asupra acestor date.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Maladia debutează între 4 ani şi 12 ani (înainte de pubertate) sau în mod excepţional după menopauză (cazul recent al lui H. Roger şi colab.), topirea grăsimei mergând, în forma clasică, dela faţă, la gât, umeri, spre torace şi apoi spre membrele superioare. Faţa, capătă prin perderea bulei lui Bichat, aspectul voltairian bine cunoscut. In contrast cu topirea ţesutului grăsos al părţii superioare a corpului, găsim că grăsimea abdomenului, a feselor şi membrelor inferioare n'a suferit nici o reducere, sau dimpotrivă au câştigat net în proporţiune.

Statistic, se pare că maladia predomină la femei, dar frecvenţa poate fi în legătură cu faptul că femeia este mai curând împinsă să consulte pentru raţiuni estetice, decât bărbatul. Cu toate acestea, autorii notează, că uneori aceşti bolnavi sunt consultaţi pentru turburări care n'au nimic comun cu turburarea lipo-distrofică. Astfel avem: astenia, anorexia, turburări digestive, neurastenie sau chiar psichastenie. In mai toate cazurile, examenul viscerelor, al sistemului nervos central şi al vieţii genitale, este negativ.

Studiul etiologiei lipo-distrofiilor este la început. Se poate afirma cu toate excepţiile publicate, că factorul ereditar sau familial nu pare să joace vre-un rol. La fel nici sexul şi nici rasa (deşi s'au adus şi fapte contrarii) nu sunt capabile să arunce o lumină mai clară asupra etiologiei.

*

Maladiile infecţioase cronice, precum sifilisul, au fost invocate în unele cazuri, dar nimic nu ne dovedeşte că nu era vorba de o simplă coincidenţă. Dealtfel, tratamentul specific n'are nici o influenţă asupra evoluţiei sau ameliorării turburării. La fel, existenţa în antecedentele imediate ale bolnavilor, de alte maladii infecţioase, traumatisme, au putut fi invocate în mecanismul deglanţiunii lipo-distrofiei, dar fără a se aduce vre'o demonstraţiune convingătoare.

Incertitudinea este tot atât de mare, dacă trecem la capitolul patogenezei lipo-distrofiilor.

După părerea Prof. Maranon, lipo-distrofia este o exagerare a dispoziţiunei constituţionale cromosomice în repartiţiunea grăsimei. Impreună cu J. Bauer, el crede că lipo-distrofia pune în evidenţă faptul că lipofilia ţesuturilor suferă oscilaţiuni variabile după indivizi şi chiar după rase, una din aceste modificări fiind scăderea acestei lipofilii în jumătatea superioară a corpului, cu conservarea sau exagerarea adipozităţii în partea inferioară a trupului.

Iar glanda endocrină care ar interveni în acest proces distrofic, largo sensu, ar fi numai tiroida. Intr'adevăr, pentru acest autor, caşi predecesorul şi compatriotul său, Soler (1926) hipertiroida este foarte frecvent asociată cu lipo-distrofia, lucru confirmat de mulţi alţi autori (un caz personal publicat în „Bulletin de la Soc. Endocrinol.", 1935, pledează în acest sens). Procentul asocierii lipodistrofiei cu hipertiroidie este apreciat la cam 20%, şi chiar mai mult. Concepţia aceasta a lui Maranon, este azi împărtăşită şi de Ziegler, Sternberg, Pollock şi alţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Vederile moderne se îndepărtează totuşi de această interpretare, şi lasă un loc tot mai mare intervenţiunei hipofizei singure sau sistemului funcţional sinergic hipofizo-tuberian, de când se cunoaşte rolul foarte important ce acest sistem (sau poate numai di-encefalul) îl joacă în metabolismul grăsimilor.

Marburg, care, după cum am amintit, a găsit într'un caz personal, leziuni în hipofiza anterioară şi anume o creştere a elementelor cromofile şi accentuarea maselor coloidale ale regiunii intermediare, înclină spre o concepţiune hipofizară a acestei maladii, dar nu îndrăsneşte încă să dea o formulă definitivă patogenetică, căci materialul de comparaţiune, este încă prea puţin abundent.

In lucrarea sa recentă, A. Perutz admite intervenţia hipofizei şi a tuberului în patogenia lipo-distrofiei. Pentru unele cazuri, el admite că singur lobul anterior ar fi suficient, căci se referă la cercetările lui Anselmino şi Hoffmann care au izolat o hormonă acetonemiantă, în legătură cu metabolismul grăsimilor. Pentru altele, numai leziunea formaţiunilor nervoase vegetative singure pot fi suficiente pentru a crea lipo-distrofia. In favoarea acestei din urmă posibilităţi, vine cu un caz personal de lipo-distrofie la o bolnavă post-encefalitică.

Dar înainte de acest autor, E. Leschke a subliniat rolul

ce revine leziunilor formaţiilor cenuşii infra-corticale în patogenia lipo-distrofiei, atunci când e descris lipo-distrofii la bolnavi post-encefalitici. In sprijinul său acest autor aducea cazul cu necropsia atât de interesantă şi precisă, a lui Sarbo, de care am amintit mai sus. Căci Sarbo a văzut, ceeace a rămas încă azi unic, leziuni striare nete, în cazul său de lipo-distrofie. Prof. Parhon şi Alice Streber au invocat încă din 1921 rolul centrilor vegetativi de la baza creerului.

O altă contribuţiune în favoarea concepţiunei diencefalice a lipo-distrofiei progresive, este lucrarea recentă a lui Roger, Alliez şi Paillas (1935) unde la o femeie de 64 ani cu lipo-distrofie ei au mai găsit o notabilă hipotonie ligamentară generalizată şi un reumatism cronic ankilozant generalizat. Această asociaţiune cu lipo-distrofia, face pe autorii francezi, să admită în cazul lor, fără a aduce dovadă anatomică, intervenţiunea formaţiunilor vegetative dela baza creerului, în determinismul complexului clinic ce-l relatează, şi deci al lipo-distrofiei.

S'a mai amintit la fine, că pentru Tramer, lipo-distrofia ar fi consecinţa unei turburări în desvoltarea ţesutului mezenchimatos; o turburare care ar deveni manifestă la pubertate sau menopauză, graţie intervenţiei glandelor endocrine şi sistemului nervos vegetativ.

*

Tot atât de descurajantă caşi etio-patogenia, este şi terapeutica lipo-distrofiilor în general. Deşi s'au relatat cazuri de ameliorări foarte importante, majoritatea autorilor rămâne încă în aşteptarea unui sau unor remedii. Acest lucru va fi posibil, după o mai profundă pătrundere în mecanismul intim al turburărilor de lipo-distribuţie. Până atunci, radioterapia hipofizară, insulina, opoterapia uni-sau-pluri glandulară, cu sau fără masajii, trebuesc încercate.

Biblioteca Universitară "Carol I" Bucureşti

BIBLIOGRAFIE

1) *Marañon M. Schler:* Rev. med. Barcelona, Iunie, 1926; 2) *Hartson:* Lancet, 1933, dec.; 3) *Barraquer-Ferrer:* Presse méd. 1935, No 86; 4) *Guandi:* Policlinico, 1934, Iunie; 5) *Marburg:* Arb. aus d. Neurol. Inst. 1927, Wien; 6) *Leschke:* Handb. inn Sekretion, Vol. 3/1, p 1104; 7) *Perutz:* Arch. f. Dermatol. Bd. 166, 1932; 8) *Gelli:* Arch. Endocrinol. e patol. cost. 1931, fasc. V; 9) *Roger, Alliez, Paillas:* Rev. fr. Endocr. 1935, No. 5; 10) *Parhon et Alice Strober:* Rev. neurologique 1921; 11) *Parhon et Schächter:* Bull sect. endocr. 1936, No. 2.

M. SCHACHTER: *La lipo-distrophie, trouble de la lipo-distribution.*

M. SCHACHTER: *Die Lipoidodistrophie als krankhafte Störung der Lipo-verteilung.*

PARTEA II

ALCOOLIZAREA SIMPATICULUI LOMBAR IN ARTERITELE OBLITERANTE JUVENILE

de

Prof. D-r N. HORTOLOMEI
D-r TH. BURGHELE şi D-r M. GHERASIM

Avantagiile alcoolizării simpaticului lombar în tratamentul gangrenei juvenile sunt multiple: înlăturarea şocului operator, a anesteziei, remarcabila facilitate tehnică a intervenţiei, instrumentar redus la o siringă, motive care o fac aplicabilă în orice mediu spitalicesc pe o scară întinsă.

De altfel metoda aceasta a simpatectomiei chimice (prin alcool) paravertebrale în trat. art. juvenile nu poate da, ca şi celelalte metode bazate pe acelaş principiu, decât o remisiune clinică a simptomelor funcţionale şi o întârziere a apariţiei sau evoluţiei gangrenei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Infiltraţia cu ajutorul a diferite substanţe anestezice sau neurolitice la nivelul lanţului simpatic paravertebral şi a ramurilor comunicante, cu scopul de a întrerupe reflexul simpatic senzitivo-motor în algiile vastului teritoriu organic cu inervaţie vegetativă, este o intervenţie de mult introdusă în terapeutică, deşi este relativ puţin cunoscută.

Această intervenţie a fost numită fie injecţie paravertebrală, fie anestezie, paravertebrală fie infiltraţia simpaticului, (Leriche). Credem mai logică nomenclatura de simpatectomie chimică paravertebrală atunci când injectăm o substanţă neurolitică (alcool) cu efecte îndelungate, realizând o adevărată secţiune chimică a teritoriului nervos interesat.

Injecţia paravertebrală cu novocaină a fost introdusă în terapeutică de Sellheim (1905) ca metodă de anestezie în operaţiuni gynecologice. Läwen (1909) o recomandă ca anestezie pentru operaţiuni de hernie. Ulterior metoda este extinsă, astfel încât în 1927 Mandl[1]) îi putea clasifica numeroasele indicaţiuni în trei categorii: 1) Metodă de anestezie operatorie, întrebuinţată de

1) *F. Mandl:* Ueber die paravertebrale Injektion auf Grund neurer Erfahrungen. Erg. d. ges. Med., Bd X, 1927.

Finsterer şi Kappis[2]) în operaţiunile abdominale, de Läwen[3]), de Illyès[4]) în operaţiunile pe rinichi, etc.

2) Metodă de tratament a afecţiunilor dureroase diverse. Naegeli, Pal, Läwen, Mandl, au întrebuinţat-o în tratamentul colicei nefretice, apendiculare, hepatice; Brandesky, Porges în colicele anexiale şi în dismenorea dureroasă, Läwen, Mandl şi noi în anuria calculoasă.

Anestezia paravertebrală a mai fost întrebuinţată în tratamentul crizelor gastrice tabetice, în angor pectoris[5]), în dureri ale cancerului inoperabil, afecţiuni dureroase ale membrelor inferioare: arterite, flebite postoperatorii ale membrelor inferioare, artrite dureroase, sindrome vazomotorii post traumatice, bonturi dureroase (Leriche şi Fontaine), maladia Raynaud (F. Deutsch). In rezumat, injecţia paravertebrală a fost întrebuinţată în toate etajele topografice ale simpaticului paravertebral cu indicaţia majoră, calmarea fenomenelor dureroase ale diverselor zone viscerale corespunzătoare.

3) Mai mult încă, precizându-se strict nivelul ganglionilor simpatici corespunzând unei anumite zone viscerale, s'a putut crea o metodă de diagnostic diferenţial a afecţiunilor dureroase abdominale prin anestezie paravertebrală[6]); de exemplu în cazul unei colici cu aspect atipic, anestezia paravertebrală la nivelul D 10, D 11, aducând sedarea durerilor sigur că durerea este biliară. etc. Această metodă a fost îndeosebi studiată de Läwen, Mandl, Gubergritz, Istschenko, Kappis, Gerlach.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noi am întrebuinţat cu succes anestezia paravertebrală lombară în tratamentul anuriei calculoasă[7]) şi în cazuriel de gangrenă juvenilă a membrului inferior, cari fac obiectul studiului de faţă. Anestezia paravertebrală a fost întrebuinţată în arterita obliterantă între alţii de Leriche[8]), Triass[9]) şi Brauecker[10]).

Tratamentul arteritelox juvenile, deşi a preocupat pe medicii din ultimul timp — în special pe Americani — este o chestiune departe de a fi elucidată. In acest grup de afecţiuni, azi putem separa două entităţi clinice: gangrena juvenilă sau presenilă şi trombo angeita obliterantă descrisă de Leo Bürger. Etiologia lor nu este încă clarificată, de aceea terapeutica actuală a acestor afecţiuni nu poate fi etiologică, şi atât cât nu este pur empirică este simptomatică, vizând un element al sindromului, de obicei durerea. Tot din acest motiv nu se poate face o justă apreciere a valorii diverse-

2) *M. Kappis:* Der gegenwärtige Stand der örtlichen Betäubung bei Oper. an den Harnorg. (Zeitschrift für urol Chir. B. X. 1932).

3) *Läwen:* Über Parav. Anästh. für Oper. v. Leisten und Schenkelhernien. Der Schmerz B. I. H. IV.

4) *v. Illyes:* Lokalanästh. bei urol. Oper. VI Congr. Urol Berlin 1924 şi VII cong. Urol. Wien 1932.

5) *F. Mandl.:* w. Erharungen mit der Parav. Inj. bei der Ang. Pect. Wien. Klin. Woch. 1925, No. 27.

6) *Läwen*: Bestreb. für Organdiagnose durch Parav. Nervenbetäubung (Arzt. Fortbildungskurs in Bad Kissingen Sept. 1926.

7) Congr. Rom. Urol. 1936 D-r Burghele D-r Gherasim. Anestezie paravertebrală în anurie.

8) *Leriche*: (Pr. med. 1934, Congr. intern. Chir. 1932).

9) *Trias*: (Congr intern. Chir. 1932).

10) *Brauecker*: Z. bl. für Chir. 1936 No. 22.

lor tratamente propuse, căci, din cauza cunoştinţelor precare asupra fondului etiologic al maladiei tratate, tratamentele propuse sunt variate, neasemănându-se între ele printr'un scop unitar urmărit şi deci nefiind comparabile. Intr'adevăr este riscată o comparaţie a valorii unor tratamente atât de deosebite ca supresiunea fumatului, simpatectomia lombară sau injecţiile cu ser clorurat hipertonic.

Pe de altă parte rezultatul diverselor tratamente propuse prezintă aceiaşi diversitate; totuşi în această ordine de idei există un singur fapt unitar al chestiunei, deajuns de descurajant pentru medic şi anume constatarea că nici un tratament nu a dat până în prezent vindecări *sigure, durabile* şi în *totalitatea* cazurilor. Pretenţia de a satisface aceste deziderate nu o poate avea decât un tratament bazat pe cunoştinţe etiologice certe, cari ne lipsesc în această maladie. Multiplicitatea tratamentelor propuse nu indică decât că, până azi, factorii etiologici implicaţi în apariţia gangrenelor juvenile sunt încă ipotetici: hiper-adrenalinemie, sifilis, tabagism, arterio-scleroză presenilă, septicemie cronică cu localizări elective angiotrope (Paupert-Ravault), hipoplazie arterială, etc.

Simpla enumerare a diverselor teraupetici întrebuinţate până azi ne arată că valoarea fiecăreia este departe de a fi universal admisă [11]: repaosul, supresiunea oricărei intoxicaţii cronice, gimnastica, circulatorie (Bürger) piretoterapia (Brown) helioterapie (Leibovici), băile calde, băile de aer cald, diatermia (Lian), radioterapia profundă lombară (Philips-Tunik), inj. de ser clorurat hipertonic (Koga, Mayer, Mayesima), injecţii cu ci rat de sodiu, ioduri alcaline, nitrat de sodiu, soluţie Ringer, insulină, ligatura venei femorale (v. Oppel), anastomoze arterio-evnoase (Wieting), ligatura arterei femorale (Dean-Lewis, Reichert), simpatectomia periarterială (Leriche), nevrotomia (Quénu), gangliectomia lombară (Adson Brown), suprarenalectomia (von Oppel, Leriche), congelaţia nervului sciatic (Läwen), paratiroidectomia (Dogliotti), diversele amputaţii economice, etc.

Din aceste consideraţii se desprinde însă tendinţa generală a chirurgilor de azi de a evita amputaţia înaltă, deasupra nivelului obliteraţiei vasuui principlal. Astfel Samuels [12], ne dă o statistică de 300 cazuri cu o singură amputaţie. Marschak [13], ajunge la aceleaşi rezultate prin tratament medical şi simpatectomie la care ajunge şi Silbert [14], prin secţiuni nervoase periferice.

Inainte de a discuta valoarea acestei intervenţii trebue să arătăm care este motivarea ei fiziopatologică. Intr'o arterită obliterantă juvenilă elementele care ne obligă să intervenim sunt două: un factor anatomic — gangrena — şi un factor rezumativ al tuturor fenomenelor fiziopatologice — durerea.

A. Din punct de vedere al patogeniei gangrenei vom aminti câteva date de care orice terapeutică trebue să ţie seamă:

---

11) *R. Leibovici*: Etude chir. des Gangr. juvéniles par arter. chron. non syphilitiques Doin 1927.
12) *Samuels* The journ of the Amer. Med. Ass. 1934 pag 436 şi Sept. 1927.
13) *Marschak*: (Bull. et mem. de la Soc. Med. des Hop. Paris 1933, p. 1558).
14) *Silbert*: (Ann. of. Surg. Iulie 1933).

1). In gangrena extremităţilor, obliteraţia arterei principale a unui membru, poate fi foarte depărtată proximal, deci sediul obliterării arterei principale poate fi mult mai sus situat decât limitele gangrenei. Astfel gangrenei unui deget îi corespunde obliteraţia femoralei până în triunghiul Scarpa sau chiar a iliacei externe, coapsa şi gamba neprezentând nici o mortificare. Deci obliteraţia trunchiului principal nu e suficientă pentru a produce gangrena (gangr. paradoxale ale lui Rocher, Milleney şi Müller[15]), Reque şi Challier[16]).

Acest fapt explică unele fenomene pe care le enumerăm şi cari, deşi intrate în domeniul clasic, le amintim pentru importanţa pe care o prezintă în orientarea terapeuticei conservatoare şi anume:

a) Bolnavi cu obliteraţia totală a întregei artere principale a unui membru, după amputaţia unui deget atins de gangrenă, se pot vindeca clinic, trecând uneori ani până la apariţia unui alt sfacel.

b) Bolnavi cu gangrena unei extremităţi şi obliterarea totală a arterei principale a membrului corespunzător, prezintă fără nici un semn clinic obliterarea arterei principale a membrului homonim (obs. I).

c) Oscilometria nu ne arată decât permeabilitatea trunchiului arterial principal, deci nu are nici o importanţă prognostică în ceeace priveşte conservarea vitalităţii membrului, pe care o asigură o circulaţie arterială colaterală, arteriolară şi precapilară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De aci, o primă concluzie de care terapeutica trebue să ţină seamă: că *un factor anatomic al maladiei — obliteraţia trunchiului arterei principale — este relativ bine suportat, putând coexista cu integritatea anatomică a membrului interesant.*

Vechea premiză, că trebue să amputăm la nivelul indexului oscilometric normal (Jeanneney şi Redon, Harburger, Fontaine 1923), nu este exactă pentru gangrenele juvenile.

* * *

Dimpotrivă, într'o gangrenă declarată, totdeauna găsim obliteraţia micilor artere şi arteriole regionale (Leibovici), care este factorul declanşator al gangrenei, lucru pe care îl demonstrează uneori faptul coexistenţei unei bune permeabilităţi a trunchiului arterial principal cu obliterarea periferică, urmată totuşi de gangrenă[17]). Relaţiile între circulaţia din marile trunchiuri arteriale şi aceea prin micile artere şi arteriole a fost schematizată de R. Leibovici care deosebeşte o circulaţie necesară funcţionării normale a unui membru, asigurându-i necesităţile de irigaţie, atunci când este supus unui efort fiziologic sau travaliului de cicatrizare a unei plăgi accidentale sau operatorii, *circulaţie de lux,* asigurată de trunchiul arterial principal al unui membru şi o circulaţie de

15) Ann. of Surg. 1925.
16) Presse med. 1905, p. 377.
17) Congr. fr. Chir. 1927, p. 375.

debit mai mic, asigurată prin colaterale, artere mici şi precapilare, necesară vieţii membrului în afara eforturilor mari fiziologice *circulaţia vitală.*

Concluzia generală ce se desprinde din aceste noţiuni este că o *terapeutică logică a obliteraţiei arteritei juvenile constă în menţinerea şi activarea circulaţiei vitale, arteriolare şi precapilare, singura capabilă de a menţine vitaltatea unei regiuni şi a opri apariţia sau progresiunea unei gangrene.*

Al 2-lea element care ne obligă la o terapeutică judicioasă este durerea. Nu vom descrie modalităţile clinice ale durerei; vom aminti însă câteva date capabile să ne orienteze terapeutica. Schematizând extrema complexitate a acestui simptom, vom face următoarele constatări:

1) Cauzele periferice ale durerei în art. oblit., juvenilă sunt, după Läwen: *vasculare* (spasm, iritaţia marilor trunchiuri prin periarterită), *tisulare* (durerile premonitorii aparaţiei gangrenei, durerile ţesuturilor ischemeiate, *nervoase* (prin spasmul sau endarterită vaselor nervilor), şi *venoase.* Sensibilitatea vasculară propriu zisă a fost pusă în evidenţă prin experienţa devenită clasică a lui Hellwig, care injectând o soluţie de Cl_2 Ba într"o arteră normală producea dureri intense cu spasm reflex, fenomene cari nu apar când artera e simpatectomizată.

Modalităţile durerei vasculare au făcut obiectul a numeroase cercetări printre care acele ale lui Archibald[18]). Pe de altă parte în unele sindrome de gangrenă a membrelor avem o participare venoasă la procesul general de inflamaţie obliterantă vasculară. Venele trombozate ar juca rolul de spină iritativă, la fel cu arterele, fapt demonstrat şi de rezultatele bune obţinute prin anestezia paravertebrală în flebite[20]).

Faptul că deşi trunchiul arterial principal fiind obliterat, cu I. O. = O, bolnavul poate uneori să nu acuze nici o durere până la apariţia gangrenei (Obs. I.) ne face să credem că durerea este datorită obliterării prin spasm sau arterită a micilor artere periferice şi nu obliterării marilor trunchiuri. In acelaş sens pledează şi calmarea imediată a durerilor pe care am obţinut-o prin anestezia paravertebrală, care aduce o vazo-dilataţie a circulaţiei periferice, evidenţiată simultan şi prin încălzirea membrului. (Obs. I, II, III). Trunchiul arterial principal trombozat, dacă nu produce turburări de ordin mecanic, poate produce turburări de iritaţie nervoasă, reflexă, comportându-se ca „un nerv simpatic în condiţii anormale", (Leriche şi Stricker).

Se poate ca durerea, printr'un reflex sensitivo-motor, simpatic, să producă spasmul arterial periferic, acesta mărind durerea, spasmul se măreşte şi el prin exagerarea excitaţiei dureroase periferice, stabilindu-se un cerc viţios între fenomenele spasmodice şi cele dureroase, unul exagerând pe celălalt, după un mecanism

18) *P. Wertheimer et Ph. Frieh.:* Pr. Med. 1935, p. 1004.
19) *Archibald:* Amer. Surg. p. 499, 1928.
20) *I. Kunlin* et *Lucinesco:* Soc. de Chir. Paris, 10 Iulie 1935.

descris de Prof. Danielopolu în angina de piept, şi pe care noi îl socotim posibil în arteritele juvenile ale membrelor.

Concluzia terapeutică ce se desprinde din aceste noţiuni este că, acţionând asupra unui element mecanic — spasmul arteriolar — acţionăm simultan şi asupra elementului pur funcţional care este durerea.

Independent de rolul pe care îl are în producerea spasmului arteriolar şi deci în declanşarea unei gangrene, durerea în multe cazuri este prin ea însăşi un element îndreptăţind, prin intensitatea sa, un tratament chiar pur simptomatic. Calmând durerea, punem pe bolnav în situaţia de a putea tolera luni şi chiar ani perioada pregangrenoasă. Atâta, şi o terapeutică pur simptomatică ar fi legitimă: cu atât mai mult, când cunoaştem rolul durerei în declanşarea fenomenelor de ischemie reflexă şi gangrenă consecutivă. De aceea calmarea durerei constitue în arterita obliterantă juvenilă, o terapeutică patogenică, nu numai simptomatică.

2) Căile de transmisiune ale durerei arteriale, ca şi a tuturor durerilor viscerale ne sunt încă incomplect cunoscute şi cu toate cercetările lui Bier, Wilms, Propping, Hesse, etc., chestiunea deşi importantă, rămâne încă deschisă. Nu vom insista asupra numeroaselor date contradictorii asupra căilor vegetative de propagare ale durerei viscerale. Fibrele simpatice centripete cât şi cele centrifuge merg dealungul vaselor (Callander), prin ramurile nervilor vertebrali cât şi direct, constituindu-se în nervi simpatici (ex. nervul crural [21]). După Oppenheimer, singurii nervi conductori ai senzaţiilor dureroase sunt vazomotorii. Aceste căi resfirate foarte complex la periferie, sunt centralizate la nivelul ganglionului paravertebral şi a r. c. pe cari mai toate le traversează [22]).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Vom aminti deci că unul din punctele unde putem intercepta arcul nervos sensitiv, conductorul durerei organice, profunde, este la nivelul ganglionului simpatic paravertebral şi a ramurilor comunicante [23]). Această noţiune îndreptăţeşte operaţiunile de tipul simpatectomiei lombo-sacrate sau alcoolizării simpaticului paravertebral.

* * *

Tehnica alcoolizării simpaticului lombar este aceiaşi ca şi tehnica anesteziei paravertebrale; noi am executat-o aşa cum a fost descrisă de Läwen [24]), Mandl [25]) şi Leriche [26]).

Bolnavul în decubit lateral de partea sănătoasă, toate măsurile de asepsie chirurgicală fiind luate, cu ajutorul unui ac lung de 12 cm., punctionăm la 4 cm., în afară apofizelor spinoase ale

21) *Otto Hahn*: Die Chirurgie des veget. Nervensystems. J. A. Barth. 1925. — *Mathey Cornat*: Chir du symp. periart. des membres Doin 1926.— *Braeucker*: Zbl. f. Chir. No. 22, 1936.

22) *Läwen*: loc. cit.

23) *Förster*: Die Leitungs bahnen des Schmerzsgefülls u. die Chir. Behandlung der Schmerzszustände. Breslau 1927.

24) *Läwen*: Lokalanästhesie für Nierenoper. Münch. Med. Woch. 1911 No. 26.

25) *Mandl.*: Die paravertebrale Injection. Wien 1926.

26) *Leriche*: Pr. Med No. 92 din 1934.

vertebrelor 2, 3, 4 lomb. Inaintăm până când acul care are o direcţie uşor oblică înăuntru atinge cam la 6—8 cm., în profunzime, faţa laterală a corpului vertebral. In acest moment retragem puţin acul, corijăm înclinaţia înăuntru a sa şi îl introducem încă 1—2 cm., acul răzând tangent-flancul corpului vertebral. In acest moment, suntem la nivelul ganglionului paravertebral. Controlăm prin aspiraţie o eventuală perforaţie vasculară şi apoi injectăm lent lichidul anestezic sau neurolitic.

Substanţa întrebuinţată de noi a fost alcoolul 85%. Handley în 1922 întrebuinţase alcoolul în simpatectom'a chimică periarterială Sicard crede că alcoolul 60% ar fi suficient pentru a paraliza un nerv senzitiv, această concentraţie neînfluenţând nervul sau fascicolele motorii. Förster nu confirmă aceste date, uneori chiar cu alcool 80%, neobţinând nici un efect chiar asupra unui nerv senzitiv. Svetlov şi Schwartz au alcoolizat simpaticul cervical cu o soluţie alcoolică 85%, în angina de piept cu bune rezultate [27]).

Accidentele posibile ale injecţiei paravertebrale ţin de technică şi de substanţa întrebuinţată. In prima categorie, puncţia venei cave sau aortei sunt de ordin mai mult teoretic, fiind uşor de evitat (aspiraţie). Intrebuinţând alcoolul, o injecţie intravascu'ară ar putea fi gravă, căci ar putea tromboza vasul. Durerile perzistente după alcoolizare ar fi posibile, căci alcoolul, substanţă oarecum caustică, ar putea da naştere la un ţesut scleros periganglionar. Mandl pe 100 cazuri de anestezie paravertebrală în diverse regiuni, cu diverse indricaţii nu a avut nici o complicaţie [28]).

B.C.U. Cluj / Central University Library Cluj

Leriche afirmă acelaş lucru pentru anestezia paravertebrală [29]).

Singura contraindicaţie a metodei, după Läwen, ar fi caşexia înaintată.

* * *

Observ. I. No. 250 Bolnavul A. Margulies, de 28 ani, comerciant, domiciliat în Cetatea Albă, se internează în serviciu cu impotenţa funcţională a membrului infer. dr., dureri intense, continui la nivelul piciorului şi gambei drepte şi o placă de gangrenă la nivelul falanginei degetului mare.

In anteced. bolnavului, infiltr. vf. drept (?) la 17 ani, icter la 21 ani. Neagă infecţii veneriene. Tabagism cronic (40—50 ţigări pe zi).

Maladia actuală a debutat acum 6 ani prin crampe dureroase la nivelul moletului drept, survenind la efort, la mari intervale. De 3 ani crizele dureroase devin mai intense, cu iradiaţii în degete, bolnavul prezintă net fenomenul claudicaţiei intermitente, durerile devin subcontinue. In timpul iernei are turb. trofice ale piciorului drept şi mânei stângi la nivelul cărora tegumentele devin roşii, lucioase producându-i furnicături şi mâncărimi. Acum 3 luni durerile devin continue şi apar şi în repaos, de intensitate paroxistică cuprinzând gamba şi piciorul sub formă de crampe şi dureri constrictive. La nivelul degetului mare sub formă de arsură continuă. Intensi-

27) *Svetlov a. Schwartz:* J. Amer. Med. Assoc. p. 1099 din 1928.
28) *Mandl*: Die p vert. iuj. mit Alkohol bei ang. pect. und andere Schmerzzustände in Wien. Klin. Woch. 1935, No. 16.
29) *Leriche — Fontaine*: op. cit.

tatea durerilor este atât de mare încât bolnavul în ultimele 3 luni nu mai poate părăsi patul, impotența funcțională este completă, somnul este aproape imposibil. Tot de 3 luni a apărut placa de sfacel al degetului mare sub forma unei mici bule ce se ulcerează, acoperindu-se cu o crustă neagră, de mărimea unui bob de porumb: placa este sediul unor dureri f. intense, ce crese cu mărimea sfacelului, care în momentul observației noastre, cuprinde în întregime tegumentele ultimei falange de pe fața dorsală. In jur tegumentele sunt roșii, lucioase, edemațiate. — La examenul local bolnavul prezintă fenomenele ischemiei de elevație și eritromeliei de declivitate.

Bolnavul a făcut diverse tratamente: injecții cu acecolină, padutin, repaos, băi calde, băi de nămol fără să obție nici o sedare a durerilor. In ultimul timp numeroase injecții de morfină îi aduc o analgezie foarte relativă și pe scurt timp. In primele zile în spital, bolnavul nu poate dormi aproape deloc noaptea din cauza durerilor.

Membrul inferior drept prezintă până la nivelul coapsei o colorație palidă a tegumentelor cari sunt reci, perii sunt rari, unghiile striate și casante, massele musculare atrofiate mult.

Oscilometria. (Apar. Pachon). Membrul infer. dr. I. O. = în tr. Scarpa.
„ inft. st. I. O. = O.
„ super, dr. T. A. Mx. 12 Mn. 8. I. O. 1½.
„ sup. stg. T. A. Mx. 15 Mn. 7. I. O. 2½.

Reacția B. W. și Meinecke negative. Glicemia 1,40 gr. Ureea în sânge 0,48 gr. Colesterina 1,82 gr. la litrul de ser. La analiza totală de urini nimic deosebit. Globule roșii: 4.260.000. Timpul de sângerare (proba Duke): 3 minute. Timpul de coagulare 7 minute. Numărătoarea globulelor albe pe mmc. 7300. La examenul celorlalte organe nimic deosebit în afară de numeroși nodului duri indolenți, pe traectul venelor superficiale, atât la membrele superioare cât și inferioare. Se face diagnosticul de mal. lui Bürger.

Tratament. Se suprimă tutunul. Repaos absolut. Se fac pansamente locale umede (Sol. Dakin) la nivelul plăcii de sfacel.

Se continuă cu aplicarea de pomade antiseptice. Starea locală nemodificată. Se fac timp de 15 zile injecții cu ser chlorurat 47,0/0 o, intravenos zilnic. Nici o modificare locală, nici o modificare a durerilor, bolnavul prezentând aceleași simptome ca și la intrarea în spital.

La 8 zile dela încetarea tratamentului cu ser chlorurat se face alcoolizarea simpaticului lombar la nivelul 1-a și 2-a lomb., de partea dreaptă, cu 20 cc. de soluție alcool 85 0/0, la nivelul fiecărui ganglion. Bolnavul acuză mari dureri lombare imediate, calmate după o jumătate oră; la o oră după injecție durerile în membrul inf. dr., se calmează spre a dispare complect după 4 ore. Tegumentele își reiau culoarea și temperatura locală crescută mai mult decât la membrele superioare. De altfel bolnavul acuză o senzație de căldură permanentă în membrul inf. dr. Se repetă după 7 zile alcoolizarea lombară la nivelul vertebrei 3 a lomb. deși bolnavul nu mai are nici o durere și chiar a treia zi dela prima alcoolizare poate merge cu bastonul. Placa gangrenoasă începe a se limita, suprafața necrozată se curăță, cicatrizarea făcând progres, așa încât după 24 de zile, bolnavul părăsește spitalul cu plaga complect cicatrizată, fără nici o turburare funcțională,

Digitized by Centro Studi e Ricerche Dialisi Cluj

mersul fiind normal. Atrofia musculară dispare cu încetul, astfel că la eşirea din spital nu se mai observă decât o foarte slabă diferenţă între membrele inferioare. Examenul oscilometric nu arată nici o modificare după infiltraţia simpaticului lombar. Eritromelia declivă a dispărut după anest., parav., însă ischemia de elevaţie perzistă.

Observ. II. Bolnavul I. Chivaru de 26 ani şofeur, vine în serviciul nostru pentru: dureri continue în piciorul şi gamba dreaptă şi necroza ultimei falange a degetelor 2,3 şi 5 a piciorului drept.

In antecedentele bolnavului blenoragie acum 11 ani.

Maladia actuală a debutat acum 3 ani prin senzaţii de amorţeală, de „deget mort" în degetele, apoi în planta piciorului stg. După câteva luni, au început dureri sub formă de crampe foarte dureroase în piciorul stg., la mers, apoi durerile, sub formă de arsuri, devin continui, astfel încât bolnavul nu mai poate merge de loc. I se pune diagnosticul de arterită obliterantă şi i se face în serv. D-l. prof. Angelescu o simpatectomie lombară după care, la 14 zile, apare gangrena degetului 4-lea, care i se amputează. Durerile nu cedează şi, după câteva luni de peregrinare în diverse servicii, acum 8 luni, internat în Spit. Brâncovenesc, i se face o amputaţie în $1/3$ inf. a coapsei stgi.

Acum 2 luni aceleaşi dureri apar, întâi intermitente, apoi continui, la nivelul degetelor, piciorului şi gambei drepte. Bolnavul prezintă durerile continui, sub forma de arsuri la nivelul degetelor, de zdrobire la nivelul piciorului, cu exacerbări paroxistice. Intensitatea durerilor e atât de mare, încât bolnavul la intrarea în serviciul nostru, nu poate dormi aproape de loc noaptea. De o lună, o veziculă repede transformată în pustulă, apoi o ulceraţie îşi face apariţia pe faţa plantară a degetului mic. Ulceraţia se întinde la tot degetul, acoperindu-se de o crustă negricioasă: concomitent, o zonă de necroză, apare în reg. periunghială a degetelor 2 şi 3. Băile calde antiseptice, pomezile, injecţiile de acecolină şi ser chlorurat hipertonic intravenos nu au adus nici o ameliorare.

La examenul local găsim degetele 2, 3 şi 5 ale piciorului stg. de culoare palid-cenuşie, infiltrate, dureroase, cu o zonă de limfangită ce urcă pe faţa dorsală a piciorului, care e uşor edematoasă. Ultimele falange ale degetelor 2, 3 şi 5 sunt sediul unei zone de sfacel negricioasă, suintantă, cu miros fetid, foarte dureroasă la orice atingere. Pulsul pedioasei, tibialei şi popliteei nu se simte. Tegumentele au o temperatură scăzută faţă de restul corpului; massele musculare sunt atrofiate, perii rari şi decoloraţi. La examen se observă fenomenele eritromeliei declive şi ischemiei de elevaţie, care este foarte dureroasă. Oscilometrul Pachon nu marchează nici o pulsaţie la nivelul piciorului şi $1/3$ inf. a gambei drepte. In $1/3$ super. a gambei drepte I. oscilometric maxim este 2 corespunzând unei T. A. Mx. = 12.

La nivelul $1/3$ inf. a coapsei T. A. Mx. 15 T. A. Mn. 11, I. O. = 4.

T. A. luat la nivelul braţului arată pentru braţul drept T. A. Mx $13.1/2$, T. A, Mn. $6.1/2$, I. O. 5. Braţul st. T. A. Mx: $13,1/2$, T. A. Mn. 9, I. O. 4.

In restul examenului general nimic deosebit.

Ureea în serul sanguin 0,42‰. Numărătoarea glob albe. 12.700 pe mm. c. cu formula leucocitară 78%. poli. 2% eosinofile, 2% mononucl. 18% limfocite. Glicemia 1,20 gr. la litrul de ser. Colesterina 1,85 gr. la litrul de ser.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

R. B. W. şi Meinecke negative. Nimic deosebit la analiza totală a urinei în afară de erme slabe de albumină. Timp de sângerare şi timp de coagulare normale.

Tratament. Repaos absolut. Se practică alcoolizarea simp. lombar la nivelul 1, 2, 3, vertebra lombară, cu câte 20 cc. alcool 85%. La 1 oră după intervenţie, bolnavul nu mai acuză nici o durere în membrul inferior drept. Datele oscilometrice neschimbate după anest. paravertebr. Analgezia se menţine de 40 zile după intervenţie; local, după 5 zile dela intervenţie, sfacelele sub influenţa băilor calde zilnice încep să se elimine, fiind înlocuite de o suprafaţă roşie, burjonantă. Bolnavul este reţinut încă sub observaţie în spital până la completa cicatrizare.

Observ. III, No. 290. Bolnavul R. G. de 41 ani, vine în serviciu pentru gangrena extremităţilor degetelor piciorului dr. Bolnavul neagă orice maladie în antecelente în afara unei blenoragii necomplicate, la vârsta de 19 ani. — Acum 10 ani, în urma unei gangrene a degetelor piciorului stâng, i s'a practicat dezarticulaţia genunchiului. Maladia actuală a debutat acum 5 luni, prin senzaţii de furnicături şi înţepături pe faţa plantară a degetelor piciorului drept. Aceste senzaţii deveneau intolerabile în timpul mersului şi în băile calde. In schimb băile reci le diminuau intensitatea. După 2 săptămâni dela debut bolnavul a observat o tumefiare a primelor 3 degete modificarea de culoare a lor spre roşu violaceu; fenomenele subiective se intensifică progresiv, durerile cuprizând şi gamba şi devenind continue. Acum 1 lună apare la nivelul degetului mare o ulceraţie periunghială carese întinde sfacelându-se după căderea unghiei. Concomitent apar plăci de sfacel pe ultimele falange ale degetelor 2 şi 3. In momentul internărei în spital, durerile cuprinzând întregul picior şi gamba sunt atroce: bolnavul de 4 zile nu doarme deloc. Piciorul este sediul unui oedem violaceu, pe care se desenează o limfangită reticulară. Primele 3 degete sunt sediul unei gangrene umede, de coloraţie neagră verzuie, fetidă, fără limite de separaţie netă a sfacelului. Gangl. inguinali duri, dureroşi, cu periadenită. Bolnavul este febril (39°5). Examenul general nu ne arată nimic important. Bolnavul a făcut numeroase injecţii de acecolină fără rezultat. Reacţia B. W. şi Meinecke negativă. Dozajul glucozei 1,42‰. Ureea 0,42‰. Examenul urinei din punct de vedere chimic, citologic şi bacteriologic nimic deosebit. T. A. = MX. 12, Mn. 7. I. O. absent la nivelul gambei dr. I .O. = 3/4 la nivelul 1/3 inf. coapsei drepte. La nivelul 1/3 mijlocii a coapsei dr. I. O. = 4. la nivelul coapsei str I. O. = O., (deasupra nivelului vechei dezarticulaţii a genunchiului).

Se face alcoolizarea simp. lomb. la nivelul 1-a, 2-a şi 3-a vert. lombare cu câte 10 cc. alcool 85%. — Durerile dispar după 3 ore, însă starea generală gravă cât şi gangrena umedă prea întinsă ne silesc a practica după 48 ore amputaţia coapsei în 1/2 inf., punând numai 3 fire de sutură pe bont, plaga lăsându-se aproape complect deschisă, deoarece limfangita se întinsese pe aproape întreaga gambă. Cu toate aceste condiţii cicatrizarea este terminată în 30 zile.

Schematizând observaţiile, rezultatele noastre sunt următoarele:

1) Indicele oscilometric la membrul inferior atins de gangrenă este nemodificat în urma alcoolizării simpaticului lombar, ceeace arată că marile trunchiuri arteriale sunt atinse de leziuni definitive de tromboză obliterantă. (Obs. I, II, III.).

2) Temperatura locală este mărită după intervenţii, la fel coloraţia tegumentelor membrului inferior bolnav din palidă, marmorată, devine normală. Atrofia musculară marcată dispare şi ea (obs. I), fapte care arată o activitate a circulaţiei în micile artere şi arteriole, care asigură cu ajutorul circulaţiei colaterale nutriţia vitală a membrului. (Obs. I şi II).

3) Durerile membrului atins de arterită obliterantă deşi de durată lungă (trei ani în obs.I), şi nemodificate de tratamentele anterioare, dispar la cca. o oră după intervenţie. Impotenţa funcţională completă (obs. I.), cu care bolnavul ni se prezintă dispare odată cu durerea (bolnavul vindecat a fost prezentat în şedinţa soc. de chirurgie din Mai 1936).

4) Dispariţia durerilor şi a impotenţei funcţionale se menţine în obs. I., două luni dela data intervenţei.

5) Gangrena incipientă a unui deget (obs. I), retrocedează după intervenţie cicatrizându-se rapid cu un tratament local foarte simplu (pomezi antiseptice).

6) Circulaţia periferică a fost îndeajuns de activată spre a permite (obs. III), reuniunea unei plăgi de amputaţie în cele mai bune condiţiuni fără infecţie secundară sau sfacel, cu toate că amputaţia se făcuse în vecinătatea apropiată a limfangitei gangrenoase, în zonă de indice oscilometric foarte redus şi într'un timp foarte scurt (30 zile) deşi plaga de amputaţie a fost lăsată aproape complect deschisă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Avantagiile alcoolizărei simpaticului lombar în tratamentul gangrenei juvenile, nu pot fi considerate decât în raport cu metodele terapeutice, bazate pe aceleaşi principii fiziopatologice. Metoda ne permite a înlătura gangrena, a o face să retrocedeze dacă a apărut, sau a obţine o cicatrizare rapidă necomplicată de sfacel într'o amputaţie în zona obliteraţiei a trunchiului arterial principal (obs. III). La aceleaşi obiective tind operaţiile de tip Adson-Brown, rezecţia splanchnicilor a lui Pende[30]).

Avantagiile alcoolizărei simpaticului lombar asupra acestei operaţiuni sunt multipe: înlăturarea şocului operator, a anesteziei, remarcabila facilitate technică a intervenţiei, instrumentar redus la o siringă, motive care o fac aplicabilă în orice mediu spitalicesc pe o scară întinsă, ceeace ar fi tocmai un mijloc simplu de a judeca pe un număr mare de cazuri valoarea secţiunei chimice a simpaticului lombar în gangrenele juvenile.

In ceeace priveşte remisiunile observate în urma anesteziilor paravertebrale s'ar putea obiecta că ele survin uneori fără nici un tratament în cursul maladiei. Totuşi o coincidentă în acest sens nu poate fi invocată în cazurile noastre unde durerea a dispărut la cca. o oră după intervenţie.

Pe de altă parte nu trebue să scoatem din metoda anesteziei paravertebrale în tratamentul art. juv. decât ceeace această metodă poate da. Despre o vindecare în sensul anatomic nu poate fi vorba,

30) *Durante:* Bull. Acad. Med. Martie 1932.

obliterația marilor trunchiuri ale membrelor odată constituită fiind definitivă. Putem vorbi însă *de o remisiune clinică a simptomelor funcționale și de o întârziere a apariției sau evoluției unei gangrene,* — adică de posibilitatea chirurgului de a întârzia o amputație sau de a face una economică evitând operațiile mutilante. Nu suntem încă în măsură de a preciza dacă operația mutilantă este evitată definitiv sau numai întârziată și nici pentru cât timp, este întârziată. Leriche[31]) susține că anestezia paravertebrală aplicată în angor pectoris a dat rezultate funcționale durabile. Brauecker în multe cazuri a obținut o restabilire funcțională perfectă, menținută mult timp (10 ani), repetând la nevoe anual anestezia paravertebrală. Până în prezent rezultatele noastre se mențin neschimbate pe intervale de timp variind între 2—5 luni. Urmărind cazurile noastre vom putea reveni spre a clarifica acest important factor al problemei.

N. HORTOLOMEI, TH. BURGHELE et M. GHERASIM: *L'alcoolisation du sympatique lombaire dans le traitement des artérites juveniles.*

N. HORTOLOMEI, TH. BURGHELE et M GHERASIM: *Die Alcoolisation des Lendensympaticus in der juvenilen Obliteration der Adern.*

PENTRU TERAPIA SIFILISULUI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SOLUȚIE CLARA DE BISMUT IN COMPOZIȚIE OPTIMALA

Avantagii: 1) **Nu e dureros.** 2) Nu produce reacțiuni locale (dureri, inflamațiuni sau efecte nedorite) 3) 0 70 gr. sol. conține **0.06 gr. bismut metalic.** 4) Resorbție rapidă. 5) Acțiune de lungă durată. 6) Manipulare simplă.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: **FREDERIC SPODHEIM & Co., S. A.**
BUCUREȘTI I, Str. Sf. Constantin No. 4.

HORMON SEXUAL MASCULIN

Titrat în unități biologice de pește

O ampulă conține **50** unități biologice

Un drageu conține **20** unități biologice

In comerț. Flacoane cu 40 drageuri și cutii cu 10 amp.

31) Congr. Chir. 1932.

CUVANT CE TREBUIA SA FIE ROSTIT LA ANIVERSAREA A 10 ANI DELA MOARTEA LUI VICTOR BABEŞ

de

Prof. TITU VASILIU

Delegat al Facultăţii de Medicină din Cluj

Moartea a răpit prea curând pe Victor Babeş, în plină putere a facultăţilor sale, surprinzând pe toată lumea, care nu se aştepta, numele de Babeş devenit de mult timp popular în toată ţara, fiind desprins de persoane şi intrat în nemurire. Persoana lui Victor Babeş era cunoscută mai mult lumii medicale, marea mulţime ştia doar, că există undeva un savant, care lucrează pentru sănătatea oamenilor, în special că prepară serul său antidifteric şi scapă pe cei muşcaţi de câini turbaţi, de o moarte îngrozitoare fără leac, dând savantului un prestigiu imens, ce mergea până la veneraţie. Victor Babeş când a venit în regat (1885), era un nume nou, pentrucă era un tânăr învăţat ardelean, trăit la Viena, Buda-Pesta, Berlin şi Paris, adus de Ion Brătianu pentru a da şi Medicinei, abia înfiripate pe aceste meleaguri, un îndrumător priceput. In schimb însă „dincolo de munţi", Babeş era un nume mare şi iubit, fiindcă Vicenţiu Babeş, tatăl lui Victor Babeş a fost unul din luptătorii de frunte al Românilor de acolo şi preşedintele Partidului Naţional Român, acel partid foarte activ în acele timpuri, când fermentaţia naţionalismului cuprindea toată Europa în năzuinţa instaurării drepturilor naţiunilor. Victor Babeş este unul din oamenii acestei generaţii agitate, posedând temperamentul timpului său, dotat cu fire de luptător şi de apostol, el va rămâne pentru ştiinţa românească echivalentul poeţilor mari naţionali şi îndrumători ai secolului trecut Victor Babeş părăseşte capitalele Monarchiei Austro-Ungare, unde era apreciat şi reţinut, convins de misiunea ce o avea „dincoace", unde focul minţei lui va găsi un teren mai potrivit şi dorul lui de muncă creatoare, se va încadra mai bine în rostul lui naţional. Ţara noastră mică, era atunci un stat în formaţie, iar oamenii epocei erau plini de zel şi dornici de refaceri cât mai repezi, el credea că erau acei ce-l puteau înţelege mai uşor. Victor Babeş nu era omul care să se mulţumească cu o muncă tichnită, în cele patru ziduri ale unui laborator: el era atras de latura socială a ştiinţei lui, şi voia să o întroneze în ţara mică de atunci. El înţelegea să lupte pentru

BCU Cluj / Central University Library Cluj

sănătatea şi buna stare a populaţiei, îngrozit de starea sanitară plecară, mai cu seamă de acea dela ţară. El venea să reformeze metodele, sau mai bine zis să introducă noui metode create în mare parte de el. Atunci, cu o tenacitate rar întâlnită, începe să propovăduiască prin toate mijloacele: catedră, conferinţe, articole, convorbiri, pentru a convinge pe toţi guvernanţii, dela Rege până la cel din urmă funcţionar, de necesitatea de a sprijini şi de a da curs iniţiativelor lui, în materie de Sănătate publică. Câtă duşmănie a întâlnit în cale, o duşmănie organizată, coalizată şi cu cât greu a putut răsbate pentru a putea învinge la sfârşit! Reuşeşte ca în 1887 să obţie fonduri pentru înfiinţarea Institutului de Patologie şi Bacteriologie şi a început imediat tratamentul preventiv pasteurian contra turbării. Lupta lui ne aduce aminte de cea dusă de Pasteur însuşi în Capitala Franţei, pentru a înlătura turmentările şi hărţuelile provenite din neîncrederea şi reaua voinţă a multor colegi şi contemporani. Marele Pasteur nu a fost mai fericit în ţara lui şi înţelegem bine vorbele de consolare ale unui preşedinte a Academiei din Paris, într'o şedinţă din 1886, care îi spuse, textual: „Toate descoperirile mari au timpul lor de încercare! Să dea D-zeu ca sănătatea voastră să reziste la încercările la cari aţi fost supus". Victor Babeş nu a suferit mai puţin, dar nimic nu l-a abătut din drumul său, de multe ori izolat, închis în gândurile lui, adăpostit doar de miopia şi de hotărârea fermă a lui. Ce îmbucurător şi tot odată surprinzător este, să vezi în ţara mică românească, dela 1888, instalându-se un om, care, să aibă curajul, de a'şi lua asupra sa răspunderea introducerei metodelor, ce păreau aşa de îndrăsneţe chiar în Capitala Lumii, la noi, într'o atmosferă de totală neîncredere de sus până jos, în puterile şi capacitatea noastră şi să reuşeşti aşa de strălucit! Babeş completează metodele pasteuriene, aducând modificări personale, devenind încurând unul din cei mai mari cunoscători ai turbării, cunoscut în toată lumea pentru ştiinţa nouă a Bacteriologiei şi a Serologiei. Lângă numele lui Pasteur, în chestiuni de turbare, se găseşte în orice carte şi numele lui Babeş, deşi acesta din urmă trăia departe de Paris, în ţara „ţăranilor dela Dunăre!" Dar în serul antidifteric, ce luptă nouă nu s'a dus şi tot aşa cu celelalte boale epidemice ca, holera, febra tifoidă, lepra, pelagra, la om precum cu morva la animale. Cetind prefaţa scrisă de el în Analele Institutului de Patologie din 1888, se poate vedea concepţia lui clară şi desăvârşită asupra organizării luptei ştiinţifice în ţara noastră, pentru apărarea Sănătăţii! Institutul de Patologie era conceput la baza acestei lupte! Acest Institut este unicul în felul lui la acea epocă! Format din cinci secţiuni: Anatomie Patologică, Bateriologie, Seruri şi Vaccinuri, Serviciul Antirabic, Secţia bolilor Veterinare şi Secţia de Chimie Biologică. Un institut în acelaş timp făcut pentru cercetările ştiinţifice, de diagnostic şi terapie, pentru boalele microbiene cât şi un Institut de învăţământ medical ştiinţific, dedicat acelor ştiinţe noui ale medicinei, care de abia îşi făceau timid apariţia, chiar în facultăţile medicale cele mai bune din apus. Toate

BCU Cluj / Central University Library Cluj

aceste secţiuni erau sub conducerea lui personală, ajutat doar de cinci medici tineri începători în acele ştiinţe. Concepţia a fost originală a lui Babeş, şi nu este o exagerare ocasională, spunând că nu era în acel timp în alte părţi în Europa un Institut de amploarea Institutului creat de Victor Babeş la Bucureşti. Pentrucă la acea epocă nu se găseşte nici un om mai complet preparat ca Victor Babeş (spus de Virchow). Crescut odată cu bacteriologia Pasteuriană şi cu Anatomia Patologică, eşit din şcoala lui Rokitansky şi Virchow, cunoscând metodele lui Koch, la Paris lucrează împreună cu V. Cornil, dovedind legătura temeinică a Bacteriologiei cu Anatomia Patologică, rezultând din acea colaborare cele trei volume „Les Bacteries" (1885—1887), care reprezintă tot atâtea descoperiri în noul domeniu câte capitole sunt studiate, totul fiind făcut de mintea şi mâinile lor. Ce a însemnat pentru Igiena românească Babeş şi Institutul său? Este unica bază de îndrumare a organizării serviciului sanitar până spre 1910, când mijloacele de care dispune ţara au crescut, graţie ideilor şi activităţii lui V. Babeş, sporite prin aportul mare al activităţii şi priceperii celuilalt bacteriolog şi igenist: I. Cantacuzino şi pleiada distinsă de cercetători, din ultimele patru decenii.

Ce a însemnat pentru învăţământul medicul Babeş şi Opera lui? Este de ajuns să ştim că atunci când a venit Babeş în ţară, învăţământul nostru medical, era abia trecut dela Şcoala de Felceri la Şcoala de Medicină, înjghebată de curând graţie marelui talent de organizaţie a lui Carol Davila. Dar la această dată nivelul ştiinţific al şcolii noastre medicale, era foarte redus, încât venirea lui Babeş a ridicat acest nivel deodată aproape la acela al Facultăţilor din apus, graţie muncei lui, depusă în serviciul acestui Invăţământ. Munca de profesor a lui Babeş, reprezintă o cheltuială de energie de toate zilele, el nefăcând politică şi neprimind însărcinări oficiale administrative, şcoala fiind pentru el o datorie imperioasă; nu lipsea nici odată când nu era bolnav, în nouă ani de zile, cât am fost alăturea de profesorul Babeş ca preparator şi asistent, nu a lipsit niciodată.

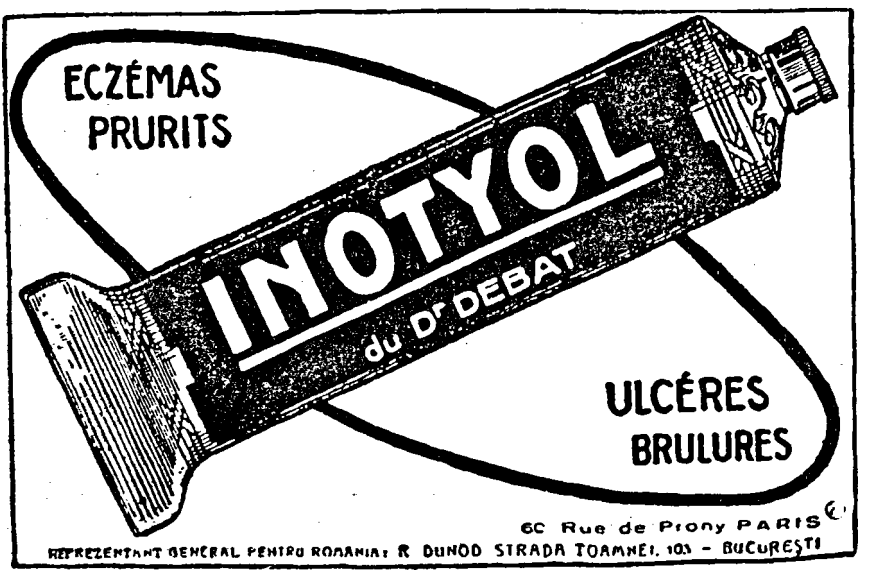
Despre publicaţiile ştiinţifice cât şi despre valoarea lor s'au ocupat specialiştii de pretutindeni şi au relatat în diferite publicaţiuni, în gazetele străine cât şi în ale noastre. Deunăzi profesorul Marinescu, elevul cel mai în vârstă în viaţă şi cel mai mare, el însuşi cu o reputaţie consacrată în toată lumea, a făcut o succintă dar luminoasă dare de seamă la Radio. Ar trebui iniţiată o operă de colaborare sub conducerea acestui maestru cu elevii lui V. Babeş, pentru o lucrare completă asupra operei şi vieţii lui Victor Babeş.

Când în 1919 s'a transformat Universitatea din Cluj în învăţământ românesc, Victor Babeş a fost însărcinat, ca împreună cu o comisie de profesori dela cele două facultăţi româneşti, să proceadă la recomandaţia profesorilor noui, cât şi la organizarea Facultăţii de Medicină. Victor Babeş s'a oferit să facă lecţiuni în calitate de profesor la Facultatea de Medicină din Cluj şi să puie bazele învăţământului Anatomiei Patologice dela Cluj ceiace a

BCU Cluj / Central University Library Cluj

şi făcut, ajutat de mine ca agregatul său, având satisfacţie de a se vedea profesor român în capitala Transilvaniei lui, el care şi-a început cariera profesorală la Facultatea de Medicină ungurească din Buda-Pesta, ca cetăţean Austro-Ungar! Facultatea de Medicină din Cluj a fost măgulită şi stimulată de exemplul dat, căutând să-şi facă datoria cât mai mulţumitor. Invăţământul Anatomo-patologic a continuat şi mai departe tradiţia babesiană a acestui învăţământ, cu metodele sale, prin contopirea bacteriologiei cu Anatomia Patologică, făcând astfel o metodă activă de cercetare completă, morfologică, experimentală şi clinică, aşa cum a practicat-o Victor Babeş, timp de 40 de ani, în Facultatea Capitalei româneşti, obţinându-se şi aici rezultate mulţumitoare şi bine apreciate.

Facultatea de Medicină din Cluj a fost şi este mândră de a-l fi avut măcar la început, coleg şi îndrumător, pe cel mai mare profesor al nostru şi pe medicul biologist cel mai cunoscut, pe care l-a înconjurat cu toată dragostea şi respectul, rămânându-le profesorilor ei memoria lui scumpă, simţindu-se călăuziţi în opera lor de spiritul lui care trăeşte vecinic între ei. In amfiteatrul Anatomiei Patologice se vorbeşte în fiecare an şi fiecare zi, despre opera lui Babeş, iar în diferite ocazii, conferinţe speciale arată marelui public şi celor mai tineri, cine a fost profesorul Babeş, iar o stradă, care trece pe lângă clinici, îi poartă numele. In numele profesorilor şi al studenţilor am fost trimis să aduc omagiile lor de gratitudine iniţiatorilor — în frunte cu profesorul Marinescu — a turnării în bronz al chipului lui V. Babeş şi transportarea aici în faţa Institutului creat de dânsul, a rămăşiţelor pământeşti cari de 10 ani au fost vitregite prin ţinerea lor departe de locul unde 40 de ani acest mare om al Neamului şi-a risipit trupul şi geniul său.



Spitalul „Caritas" şi „Noua Maternitate"
Serviciul Consultaţiilor de Medicină Internă
Medic Primar: Docent D-r S. IAGNOV

CONTRIBUŢIUNI LA STUDIUL INSUFICIENŢEI COLECISTICE

de

S. IAGNOV, S. CALMAN şi A. TAUBER

Autorii bazaţi pe concluziunile trase din 170 sondagii duodenale, arată că excreţia bilei este un semn al funcţiunei de contractilitate a vesicei.

Spre a dobândi o cunoaştere temeinică a mecanismului de golire a vesicei biliare, trebue să cercetăm întregul aparat care regulează funcţiunea de contracţiune a vesicei şi astfel vom putea grupa simptomele insuficienţei colecistice după cum ele corespund fazei de compensaţie sau de decompensaţie.

BCU Iași / Central University Library Iași

Studiile experimentale, farmacodinamice şi radiologice făcute asupra fisiologiei vesiculei biliare au caracterizat funcţiunile ei de mobilitate şi concentraţie. Indiferent de factorii cauzali ai acestor funcţiuni, cercetările pomenite au lăsat în câmpul clinicei noţiunea unei vesicule biliare autonome, ale cărei turburări fisio-patologice urmează a defini natura patologică a boalei şi varietatea ei clinică. Dar, gândirea medicală se află dinaintea unor piedici anevoioase atunci, când trebue să pue într'un acord de reciprocitate datele clinice cu acelea dobândite prin explorarea funcţională a vesiculei biliare.

Intr'adevăr, aruncând o privire de ansamblu asupra capitolului patologic al vesiculei biliare vedem, că putem grupa simptomele variatelor entităţi fisio-patologice sub forma a trei sindrome: vesi-

culare, dispeptice, la distanţă. Dar turburările vesiculare — durerea cu iradiaţii sau nu, sub formă de colică sau nu, etc. — se întâlnesc în colecistita calculoasă şi în acea necalculoasă, în acea scleroatrofică ca şi în atonii, pericolecistită sau stază. Deasemeni turburările dispeptice — fenomene gastrice variate — precum şi cele la distanţă — nervoase coincidând cu perioada menstruală, cefaleea, etc. — se găsesc în intensitate şi calitate variabilă în fiecare din aceste entităţi de sine stătătoare sub raportul anatomo-patologic. Mai apoi, dacă ţinem seama de varietăţile lor clinice — colecistita calculoasă cu forme latente, dispeptice, dureroase, cu colici repetate, etc.; colecistita supurată, cu lithiază coledociană, etc., etc., — atunci putinţa de a găsi în turburarea funcţională a vesiculei axa boalei, şi în elasticitatea limitei ei varietatea clinică şi prognoza, devine cu adevărat anevoioasă.

Şi totuşi integritatea funcţională a vesiculei biliare a fost cu lărgime dovedită. Trecând peste datele devenite clasice şi definitive ale mecanismului secreţiei biliare — rolul celulelor hepatice şi al sistemului reticulo-endothelial, ca şi peste acela al acţiunei digestive a bilei — s'a studiat cu bogăţie de amănunte funcţia excretorie a bilei. S'a putut astfel stabili că rolul important fisiologic al bilei este garantat de contractilitatea ţesuturilor elastice şi mai ales muşchiulare ale pereţilor vesiculei, datorită căreia se poate realiza excreţiunea bilei. Dovezile acestei excreţiuni de origină vesiculară, deşi în mecanismul de producere sunt variate, statornicesc convingerea neîndoelnică asupra importanţei centrale a vesiculei biliare în procesul de excreţiune al bilei. Astfel că, indiferent dacă această acţiune a vesiculei e determinată de contracţiile muşchiulaturei netede din păretele vesicei (Schöndube, Witaker, Berg, Brüning, etc.), sau este un fenomen pasiv datorit unor condiţii anatomice speciale extravesiculare (Graham, Wurkelstein, Aschner, etc.), sau reprezintă o funcţiune neuro-muşchiulară tonică vegetativă şi nu peristaltică (Chyray şi Pavel), rămâne stabilit faptul, că vesicula biliară are o funcţie de motilitate precisă, cu rol hotărîtor în excreţiunea bilei.

Această realitate fisiologică a contractilităţei vesiculei biliare, ca element primar în excreţiunea bilei — socotită autonomă de către Ischyama prin găsirea în păretele vesicei a unor ganglioni nervoşi autonomi, şi dovedită radiograficeşte ca şi prin acţiunea farmacodinamică a medicamentelor vegetative — a făcut pe Chiray şi Pavel să izoleze entitatea clinică a insuficienţei colecistice. Autorii citaţi o utilizează îndeosebi pentru indicaţiile terapeutice chirurgicale ale colecistectomiei sau ale colecistotomiei. Simptomele sunt: turburări

digestive vagi, achilie sau hipersecreţie, insuficienţă pancreatică, infecţiuni intestinale prin perderea funcţiunei antiseptice a bilei. Mijlocul de diagnostic îl indică proba excreţiunei biliare provocate Meltzer-Lion, cea mai uzitată dealtminteri pentru cercetarea funcţiei de contractilitate a vesicei.

Dar noţiunea insuficienţei de contractilitate a colecistului nu poate fi redusă la un criteriu singular, de apreciere a bilei vesiculare. Insuşirile acestcia de calitate şi cantitate relevă concentraţia până la lithiază sau nu a bilei, gradul de permeabilitate a căilor ei excretoare, procesele inflamatorii posibile sau staza ei. Conclusiunile generatoare pentru întregul tablou simptomatologic al răscrucei hepato-biliare nu se impun cu plenitudine din studiul bilei vesiculare şi nici din semnele subiective şi obiective, descrise până acum, ale insuficienţei contractile a colecistului. Dacă într'adevăr soarta, evoluţia afecţiunilor vesiculei biliare atârnă în principal de ritmul excretoriu al bilei, de funcţia ei de contractilitate, atunci pe linia acestei funcţiuni deviate ar trebui să se mişte toate entităţile patologice ale organului, fiecărei varietăţi clinice şi vesmântului ei particular simptomatic, trebuind să-i corespundă o anumită modificare în constituţia şi scurgerea bilei.

In ce măsură faptele se petrec sau nu astfel, voim să arătăm prin observaţiunile, ce urmează.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am avut prilejul, să urmărim la consultaţiile medicale ale spitalului „Caritas" şi „Noua maternitate", în răstimpul a 3 ani, o serie de bolnavi vesiculari, cărora le-am cercetat funcţia de contractilitate a vesiculei, cu ajutorul sondajului duodenal şi prin proba excreţiunei a lui Meltzer-Lion.

Am făcut în total 170 de sondagii duodenale. Unora dintre bolnavi le-am făcut şi cercetări radiografice. Dar în principal, diagnosticul nostru se sprijinea pe datele semiologice, iar proba cu sondaj constituia o cercetare complimentară indispensabilă pentru sprijinul diagnosticului. Din acest punct de vedere, ea ne-a servit, aşa precum îndeobşte, datele furnizate de sondajul duodenal sunt concludente pentru diagnosticul unor anumite afecţiuni vesiculare.

Am împărţit prin-urmare numărul bolnavilor noştri în patru grupe după simptomele prezente: atonii vesicale, pericolecistite, colecistite cronice necalculoase, icterici, colecistite calculoase. Tablourile No. 1, 2, 3 şi 4 înfăţişează, pentru demonstraţie, o parte din aceşti bolnavi, cu simptomele lor caracteristice şi cu amănuntele dobândite prin studiul bilei B.

Bibliotecă Universitatii Regele Ferdinand I. din Cluj • ROMANIA

T A B L O U No. 1.

Atonii vesiculare *).

Sondaj duodenal.
Proba Meltzer-Lion.

No. Bolnavilor	Vârsta	SIMPTOME PRINCIPALE	ANALIZA BILEI						
			Timpul de apariţie	Cantitate	Culoare	Reacţie	Pigmenţi săruri	Microbi	Citologie
1	37	Migrenă, greutate epigastrică, n'are colici constipaţie.	60'	50 cm³	brună	alcalină	+	—	—
2	42	Turburări de menopausă, hipertensiune, constipaţie, cefalee.	75'	60 „	brună	alcalină	+	—	—
3	39	Turburări de menopausă, dureri în hip. dr în timpul menstruaţiei. constipaţie.	90'	60 „	brună	alcalină	+	—	—
4	40	Cefalee intensă, K. W. negat. senzaţie de plenitudine dupe mese.	80'	40 „	brună	alcalină	+	—	—
5	45	Dureri vagi epigastrice, constipaţie.	120'	30 „	brună	alcalină	+	—	—
6	30	Dismenorhee, dureri în epigastru, constipaţie.	80'	50 „	brună	alcalină	+	Lamblia	—
7	37	Dureri permanente în hipocondrul dr. n'are constipaţie.	70'	40 „	brună	alcalină	+	Lamblia	—
8	32	Dureri vesiculare, constipaţie, migrenă.	100'	40 „	brună	alcalină	+	—	—
9	36	Dureri abdominale, vagi, cefalee.	60'	50 „	brună	alcalină	+	—	—
10	40	Balonare dupe mese, cefalee, constipaţie	70'	30 „	brună	alcalină	+	—	—
11	29	Ptoză abdominală, migrenă, dureri în hipocondrul dr.	120'	30 „	brună	alcalină	+	—	—
12	35	Cefalee, constipaţie, dureri în hipoc. dr.	70'	40 „	brună	alcalină	+	—	—

*) Alte observaţiuni asupra Atoniei vesiculare au fost publicate în articolul nostru din Mişcarea Medicală Română No. 11—12 | 1934, pag. 953, precum şi în teza de Doctorat a D-rei *R. Marcus*.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TABLOU No. 2.

Apendiculo-colecistită.
Pericolecistită.

Sondaj duodenal.
Proba Meltzer-Lion.

No. Bolnavului	Vârsta	SIMPTOME PRINCIPALE	ANALIZA BILEI B						
			Timpul de apariţie	Cantitate	Culoare	Reacţie	Pigmenţi săruri	Microbi	Citologie
1	27	Punct vesicular, crize intermitente, vărsături.	90'	10 cm	brună	alcalină	+	—	Mucus
2	50	Punct apendicular, stare toxemică, lentă.	130'	5 cm³	brună	acidă	+	—	Mucus, câteva leucocite
3	30	Apendicectomie, punct vesicular, stări nervoase.	70'	30 „	brună	alcalină	+	—	Mucus
4	34	Punct dureros, apendico-vesicular, crize vesiculare.	150'	5 „	brună	acidă	+	—	Mucus, leucocite
5	30	Dureri dupe masă vesiculare, punct apendicular.	90'	20 „	brună	alcalină	+	—	—
6	37	Inapetenţă, insomnie, constipaţie.	70'	30 „	brună	alcalină	+	—	—
7	50	Vărsături intermitente, punct vesicular.	80'	25 „	brună	acidă	+	—	Leucocite
8	25	Punct vesicular, „ apendicular, constipaţie.	90'	20 „	brună	alcalină	+	—	—
9	39	Dureri dupe masă, sensaţie de tracţiune, epigastr.	70'	30 „	brună	alcalină	+	—	Mucus
10	30	Apendicectomie, punct vesicular, vărsături.	120'	5 „	brună	alcalină	+	—	—
11	50	Colecistectomie, dureri epigastrice, hipertensiune	150'	—	Nu s'a obţinut de loc Bila B.				

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TABLOU No. 3.

Colecistită cronică calculoasă.

Sondaj duodenal
Proba Meltzer-Lion.

No. Bolnavilor	Vârsta	SIMPTOME PRINCIPALE	ANALIZA BILEI B						
			Timpul de apariţie	Cantitate	Culoare	Reacţie	Pigmenţi săruri	Microbi	Citologie
		Dureri tardive după masă, arsuri, constipaţie, Radiog.-calculi.	70'	40 cm³	brună deschisă	acidă	+	—	Epitelii, polinucleare, leucocite
		Colică vesiculară, constipaţie.	100'	50 „	brună deschisă	alcalină	+	—	Albumină, leucocite polinucleare
		Vărsături, constipaţie, crize dureroase cari îl opresc dela şcoală.	60'	40 „	brună	alcalină	+	—	Leucocite, mucus
		Vărsături, constipaţie, crize dureroase, febră.	80'	50 „	brună	acidă	+	—	Leucocite polinucleare
5		Dureri continue vărsături, constipaţie de slăbit kg. 10.	120'	Nu se poate obţine bila B. Radiografia indică forma sclero-atrofică.					
		Crize dureroase, constipaţie.	90'	40	brună	alcalină	+	—	Mucus polinucleare
		Cirze dureroase, Vărsături.	70'	30	brună	acidă	+	—	Leucocite
		Dureri preprandiale, diarhea crize vesiculare.	50'	40	brună	acidă	+	—	Polinucleare, mucus
		Colică vesiculară repetată, constipaţie.	90'	30	brună	acidă	+	—	Polinucleare

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TABLOU No. 4.

Colecistite necalculoase
Icter.

Sondaj duodenal
Proba Meltzer-Lion.

No. Bolnavului	Vârsta	SIMPTOME PRINCIPALE	ANALIZA BILEI B						
			Timpul de apariţie	Cantitate	Culoare	Reacţie	Pigmenţi săruri	Microbi	Citologie
		Turburări gastrice capricioase crize fără iradiaţii, durere vesiculară la presiune.	90'	50 cm³	verzue	acidă	+	—	Mucus
		Dureri vesiculare. radioscopie: stomac oblic, pilor sus. Colecistografia negativă.	70'	40 „	verzue vâscoasă	acidă	+	—	Polinucleare
		Constipaţie şi diarhee, punct vesicular.	80'	30 „	groasă verzue	acidă	+	—	Mucus, polinu. cleare
		Crampe abdominale, constipaţie, punct vesicular.	70'	25 „	verzue	alcană	+	—	Mucus
		Crize fără iradiaţii, punct vesicular, constipaţie.	90'	30 „	brună	acidă	+	—	Mucus, polinucleare
		Icter, acolie şi punct vesicular dureros hepatomegalie.	150'	Nu se obţine bila B. Bolnavul a sucombat în serviciu.					
		Icter dupe colică hepat. prurit, acolie.	150'	Anatomo-patologic: adeno-careinom hepatic nu se obţine bila B.; s'a obţinut bila A. şi C.					
		Icter, acholie, hepatită.	90'	20 „	brună	acidă	+	—	Leucocitoză abundentă
		Punct vesicular. constipaţie şi diarhee debilitate mare.	120'	50 „	verzue	acidă	+	—	Polinucleare
		Crize abdominale, fără iradiaţii, constipaţie.	70'	40 „	brună	alcalină	+	—	Leucocitoză
		Crize dureroase în flancul dr. constipaţie, spasme.	90'	50 „	verzue	acidă	+	—	Polinucleare
		Lithiasica veche, icter, acolie, diarhee.	150'	Nu s'a putut obţine bila B.					
		Dureri vesiculare. colecistografia negativă, constipaţie.	80'	40 „	verzue	acidă	+	—	Polinucleare
		Constipaţie, diarhee, punct vesicular, crize. fără iradiaţii.	120'	25 „	brună	alcalină	+	—	Leucocitoză

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din conţinutul fiecăruia din aceste tablouri se poate vedea paralelismul dintre excreţiunea bilei B şi suma principalelor simptome avute de oricare din bolnavii cercetaţi. Astfel, în atonii vesiculare: bila B, era brună închisă, conţinea mulţi pigmenţi şi săruri de reacţie normală alcalină, fără semne citologice inflamatorii. In pericolecistite, bila B avea aproape aceleaşi caractere. Unde semnele clinice indicau un proces inflamator şi al apendicelui — apendiculo-colecistitele lui Dieulafoy — eisxtă o reacţie acidă, mucus şi destul de frequent leucocite. In colecistitele necalculoase reacţiunea bilei B este în general acidă, coloraţiunea ei este de obiceiu verzuie, reacţia citologică polinucleară. Precum este clasic, n'am obţinut bila B în icterele prin obstrucţie şi am obţinut-o în acele hepatice, unde acolia este incomplectă. In colecistitele cronice calculoase, diagnosticate în parte prin colecistografie ca şi prin semnele indirecte ale radioscopiei gastro-duodenale, bila B a fost obţinută şi cu aceleaşi caractere clasice: brună deschisă, acidă, cu mult mucus şi abundentă polinucleoză. Intr'un singur caz de colecistită cronică sclero-atrofică, (Tablou No. 3, bolnavul No. 5) diagnosticată radiografic, nu s'a putut obţine bila B. In toate variatele afecţiuni, de cari am pomenit mai sus, cantităţile de bila B obţinute, ca şi unitate de timp în care acţiunea SO_4 mg. a deslănţuit excreţiunea n'au variat mult. Nu se poate deduce din cifra lor vre-un criteriu pentru diagnostic şi nici un indiciu pentru calitatea excreţiunei. Fapte, dealtminteri bine cunoscute în clinica uzuală.

Dacă apreciem însă rezultatul excreţiunei bilei B, în raport cu funcţia de contractilitate a vesiculei, şi pentru fiecare entitate patologică în parte, atunci nu se găsesc criterii diferenţiale. Evident, că se modifică culoarea bilei în raport cu stagnarea ei prelungită în vesiculă, elementele citologice ale inflamaţiei se produc în raport cu cantitatea şi calitatea conţinutului lithiasic iritant, reacţia mucusului creşte din necesitatea de apărare a ţesutului. Dar contracţiunea vesicei se exercită, atâta timp cât răspunde din plin probei de excreţiune provocată SO_4 mg. Şi exercitarea funcţiei de contractilitate se face deopotrivă, pentru fiecare afecţiune studiată, chiar dacă bila B sufere modificările de circumstanţă impuse de natura etiologică a boalei.

Dar prin suprapunerea rezultatelor obţinute prin proba excreţiunei provocate şi a simptomelor prezentate de bolnavi, lipsa unei derivaţiuni absolut genetice între ele ese mai mult în evidenţă. In afara simptomului colică — socotit, mai ales dupe cercetările lui Chiray şi Pavel, drept un fenomen de contracţie tonică neuro-vegetativă, — toate celelalte, nu pot fi puse direct în legătură cu modificările de evacuaţiune ale bilei B, mai ales dacă excreţiunea obţinută SO_4 mg. este aproape egală. In special, simptomele nervoase ca şi cele digestive, cari după descripţia insuficienţei colecistice îi constituc o parte integrantă, desemnând componenţa extravesiculară a sindromului, sunt mai puţin legate de fenomenul exclusiv al contractilităţei vesiculare. Aceasta, cu atât mai mult, cu cât excreţiunea bilei se face egal în cazurile unde simptomele extravesiculare

există şi chiar acolo unde ele sunt absente. Fenomenul apare mai larg înţeligibil, dacă separăm formele colecistitelor litiasice de acele nelitiasice, dacă analizăm simptomatologia icterului prin obstrucţie şi a celui hepatic.

In colecistele nelitiasice, turburările extravesiculare sunt variate şi complexe. Crampe epigastrice, amintind aşa de frequent pe acelea din stenoza pilorică. Turburări sensitivo-motrice analoage cu acelea ale atoniei gastrice, prin ptoză viscerală. Manifestări reflexe intestinale antagonice: constipaţie şi diarhee. Iar din punct de vedere vesicular, bolnavii seamănă adesea cu anemicii. Numai când păretele vesiculei este mult îngroşat, bila B poate lipsi, adesea prin insuficienţă de concentraţie a vesiculei mai mult decât prin acea de contractilitate. Procesul patogenic al boalei este mai mult o infecţiune, de origină intestinală, după cum dealtminteri s'a dovedit prin culturile microbiene făcute cu ajutorul sondei Einhorn. O infecţiune pe cale intestino-porto-hepatică sau duodeno-coledoco-cistică (Gilbert), sau chiar septicemică, după cum rezultă din experimentările lui Lemière şi Abrami. Mecanismul de producere al boalei trece cu mult peste hotarele unei insuficienţe de contracţie a vesiculei biliare, ceace de altminteri, repetăm încăodată, nu e dovedită prin proba excreţiunei provocate care produce suficientă bila B.

In forma dispeptică a colecistitei calculoase, lipsa de paralelism între funcţiunea de excreţiune şi simptomele boalei e deopotrivă de sugestivă. Simptomele digestive sunt proteiforme, cu o pronunţată accentuare de ulcer duodenal. Pirosis, care persistă luni de zile. Adesea, hemoragii intestinale oculte printr'o duodenită congestivă (Loeper). Dureri preprandiale, cari l-au făcut pe Loeper să diferenţieze patru varietăţi, după intensitate şi frequenţă. Radioscopia indică viţii de formă ale stomacului, iar sondajul duodenal arată o evacuare normală a bilei B. In forma colecistitei calculoase, la care colicele sunt intens repetate, simptomele extravesiculare adesea lipsesc, dar şi proba sondajului este adesea negativă, prin inflamaţia uşoară a păretelui vesicular, şi nu prin obstrucţia canalelor excretoare. Deci, lentoare în eliminarea bilei B, fără ca totuşi simptomele extravesiculare să existe. Şi tot astfel colecistita calculoasă sclero-atrofică marchează o vădită disproporţie între multiplicitatea şi gravitatea simptomelor şi evacuarea totuşi posibilă a bilei. Dureri mari cu vărsături, adesea febră. Bolnavul nemâncând de frică, slăbeşte în câteva luni în aşa fel, încât diagnosticul diferenţial de cancer este un imperativ clinic. Aderenţele sub-hepatice s'au dovedit a fi în principal pricina durerilor, iar prin proba excreţiunei provocate obţinându-se adesea suficientă bila B, insuficienţa hepato-pancreatică este mai probabil cauza slăbirei.

In sfârşit, mai amintim pe scurt, că în icterile prin obstrucţie lithiazică, unde evacuarea bilei este câteodată luni de zile oprită, simptomele extravesiculare sunt mult mai secundare ca în icterul hepatic, unde proba excreţiunei provocate este aproape de regulă pozitivă. In această din urmă varietate de icter, simptomele diges-

tive premonitoriu reapar accentuându-se în decursul desfăşurărei lui, şi aceasta paralel cu pronunţarea procesului de insuficienţă hepatică. Şi totuşi prin sondajul duodenal se obţine mereu bila B, care deşi alterată, continuă să dovedească perzistenţa funcţiunei de contractilitate a vesiculei biliare.

Rezultă, fără îndoială, din analiza ce precede, că nu există un raport absolut de cauză şi efect între simptomatologia extravesiculară a afecţiunilor vesiculei biliare şi între funcţia ei de excreţiune. Că funcţia de contractilitate a vesiculei biliare, măsurată după metoda excreţiunei provocate a lui Meltzer-Lion, îşi păstrează îndeobşte integritatea ei, modificările calitative şi cantitative ale bilei B, servind mai mult ca mijloc de diagnostic diferenţial, decât ca un indicator al insuficienţei colecistice. Aceste deducţiuni, trec peste ipoteza — inutilă dealtminteri, a insuficienţei probei lui Meltzer-Lion, prin intermediul sondajului duodenal, pentru cercetarea contractilităţei vesiculei biliare. Experienţa aşa de frequentă a clinicei a dovedit-o mai sigură decât proba radiografică a lui Boyden, şi mai uzitată decât acţiunea farmacodinamică a pituitrinei, pilocarpinei, etc. Astfel că, prin intermediul excreţiunei provocată putând aprecia funcţia de contractilitate a vesicei, rămâne de văzut în cele ce urmează, în ce măsură turburarea acestei funcţii poate deveni un factor potenţial în evoluţia clinică a afecţiunilor descrise mai sus.

Intr'adevăr, am văzut din judecăţile noastre anterioare, că pentru diversele entităţi patologice, grupate în tablourile noastre, funcţia de contractilitate a vesiculei, cercetată prin proba excreţiunei bilei, s'a dovedit aproape în limitele ei normale. In toate acele cazuri nu se putea considera realitatea unei insuficienţe colective. Fiindcă, suntem obişnuiţi, prin usajul de analogie clinică ca şi prin înţelegerea integral fisiologică a noţiunei, ca semiologia „insuficienţei" să însemne înlăturarea funcţiunilor principale ale organului. Chiar dacă insuficienţa organului n'a ajuns la limită, ea continuă a se manifesta prin semne relative. Deaceea în fisio-patologie ca şi în clinică insuficienţa unui organ se cercetează în dubla ei înfăţişare relativă şi absolută. Şi mai ţinând seama şi de faptul, că în forma de insuficienţă relativă, în genere, organul bolnav este supleat, în întregime sau numai în partea lui lezată, prognosticul şi tratamentul oricărei boale se orientează după limita funcţională a organului bolnav. Aceasta înseamnă, că pentru a studia starea de insuficienţă a unui organ bolnav, trebue să vedem, care sunt elementele lui de supleanţă funcţională, invadarea patologică a cărora definind absolut insuficienţa.

Din acest punct de vedere, funcţia de contractilitate a vesiculei biliare, a cărei principal rezultat este eliminarea bilei, nu atârnă exclusiv de mişcarea tonică sau peristaltică a muşchiulaturei vesiculei. Evacuarea normală a bilei este în funcţie şi de alte organe, de a căror integritate fisiologică atârnă suplearea hipofuncţiunei tonice vesiculare şi a căror participare graduală sau totală aduce în planul clinic simptome nouă şi variate. Astfel evacuarea

BCU Cluj / Central University Library Cluj

bilei atârnă de o bună permeabilitate a cisticului. Halpert şi Blond, cred de o pildă, că valvulele lui Heister facilitează ca un ventil sosirea bilei în vesiculă şi opreşte eliminarea ei prin cistic. Dar, prin ajutorul colecistografiei s'a putut dovedi adesea umplerea gâtului cisticului, ceace înseamnă indubitabil, că bila nu se elimină pirn retroresorpţie, ci prin canalul cistic. Dacă totuşi evacuarea bilei prin canalul cistic este peremptoriu dovedită, Aschof a insistat asupra defectelor de poziţie anatomică a vesiculei, constituind puncte de deficienţă funcţională. Prin mărirea unghiului de inplantaţie al cisticului pe col, scurgerea bilei întâmpină adesea resistenţă, iar faptul unei mai intense inervaţiuni a gâtului canalului poate îndreptăţi după Aschoft, spasme fără lithiază, precum însuşi colica vesiculară.

O altă cauză, care reglează scurgerea bilei, în intestin, o constitue aparatele sfincteriene duodeno-coledoco-pancreatice. Studiate mai recent de Matsuno, ele au drept scop ca prin diferenţe de presiuni reciproce, cu predominenţă coledociană, să faciliteze scurgerea bilei în intestin. Pentru aceasta intră în funcţiune peristaltismul şi mişcările ritmice şi pendulare ale duodenului (Copper şi Kodama), precum şi integritatea funcţională a sfincterului lui Oddi (coledoc) şi a celui al canalului lui Wirsung (pancreas). Turburările de tonicitate ale acestora pot merge dela spasm (sfincterul lui Oddi—Nanu Muscel şi Pavel) până la leziune. Iar orice modificări în toate aceste trei organe, cu cât sunt mai prelungite cu atât vor apare pe tabloul clinic componentele simptomatice legate de insuficienţele fisiopatologice instalate şi centrate în deosebi în jurul scurgerei bilei. In măsura, în care turburările organelor, care reglează scurgerea bilei, apar izolate sau treptat, afecţiunea patologică a vesiculei biliare apare cu simptome, care maschează leziunea de bază vesiculară, orientând diagnosticul spre ipoteza unui proces duodenal, pancreatic, sau spastic coledocian. Ba, chiar dacă elementul vesicular semiologic predomină, simptomele dispeptice, slăbirea, simptomele bizare la distanţă sunt semnele mute, nereliefate organic, al unui început de insuficienţă pendinte de unul sau de toate organele de regulaţiune a scurgerei bilei.

Digitized by Cluj / Central University Library Cluj

Aceste consideraţiuni duc la concluzia finală, că într'adevăr, axa funcţională, pe care se desfăşură procesele patologice ale vesiculei biliare, este îndeosebi turburarea funcţiei ei de contractilitate şi deci, modificări în evacuarea bilei. Proba evacuărei provocată prin sondaj duodenal este prin-urmare un mijloc de investigaţie clinică indispensabilă. Dar evacuarea bilei nu atârnă numai de elementul contractil vesicular, ci şi de acela al organelor de reglare a scurgerei bilei. In aprecierea modificărilor petrecute, în timpul unei afecţiuni vesiculare, în funcţia de contractilitate a vesiculei, — cea mai principală — trebue considerat întotdeauna, dacă organul a ajuns sau nu la limita lui funcţională. Criteriile de apreciere sunt constituite din simptomele pendinte de organele regulatoare ale excreţiei bilei. Aceasta înseamnă, că după technica uzitată în clinică, într'o afecţiune vesiculară avem de considerat,

în desfăşurarea boalei, două faze: una de compensare a modificărilor petrecute dealungul axei funcţionale a boalei şi alta, în care această supleare nu se mai poate face, fiindcă fisio-patologic organul e complect decompensat. Perioadele de compensare şi decompensare ale afecţiunilor vesiculare sunt însoţite de simptome mari şi mici. Ele apar din cuprinsul funcţional al tuturor organelor adiacente cu acelea cari produc, reţin şi elimină bila: ficat, căile biliare intrahepatice, vesicula biliară, căile excretoare ale bilei, duoden, pancreas, intestin. Deaci, multiciplitatea, varietatea, singularizarea şi ciudăţenia simptomelor. Deaci, evoluţia prelungită a boalei, ca şi nenumăratele ei varietăţi clinice.

Dar mai ales, din toate consideraţiunile de mai sus reiese greutatea, de a se putea izola într'o simptomatologie graduală şi evolutivă, fenomenul de insuficienţă al colecistului. Organul îşi atinge şi-şi depăşeşte pragul funcţional sinuos, pe căi întortochiate, de cele mai multe ori dominat de fenomenul proeminent al durererei, care prin violenţa lui mecanică hotărăşte poruncitor therapeutica. Sondajul duodenal, cu probele de excreţiune provocate, este, deocamdată, singurul mijloc cert de a cerceta funcţia de contractilitate a vesiculei, de a putea stabili ipoteze asupra soartei bilei, dela origină şi până la eliminarea ei. Dar, credem, că prin deprinderea, de a aprecia în clinică, toate valenţele organice de care e legată vesicula biliară, realitatea insuficienţei colecistice se conturează mai concret, simptomele de supleanţă, de compensare ale insuficienţei, capătă valoarea unei frâne pentru o terapeutică precipitată şi adesea dăunătoare.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

S. IAGNOV, S. CALMAN, A. TAUBER: *Contributions à l'étude de l'insuffisance colécistique.*

Les auteurs, documentés par 170 cas de sondages duodenaux faits dans des affections variées de la vésicule biliaire, étudient l'élimination de la bile B, c'est-à-dire, la fonction de contractilité de la vésicule biliaire. Ils pensent, qu'il est nécéssaire d'établir en clinique la fonction contractile de la vésicule biliaire en tenant compte de l'entier appareil organique pour la régulation de l'évacuation biliaire.

De la connaissance de cet appareil et de son utilisation dans la clinique journalière depend la compréhension des différents symptômes sous lesquels se présentent les afféctions vésiculaires, de même que l'application de la notion d'insuffisance colécistique.

Dans ce but, les auteurs soutiennent que les symptômes des affections vésiculaires doivent être rangés pourque elles corespondent aux deux phases par lesquelles passe l'insuffisance colécistique: de compensation et de décompensation.

S. IAGNOV, S. CALMAN, A TAUBER: *Beiträge zur Kenntniss der Gallenblaseninsuffizienz.*

Die Verfasser beweisen, auf Grund von 170 Duodenalsondierungen, dass die Excretion der Galle, ein Zeichen der Kontraktilitätsfunction der Gallenblase ist.

Um eine gründlichere Kenntnis des Mechanismus der Gallenenlärung zu erzielen, muss man den ganzen Appafat, der die Kontraktilitäts function reguliert, untersuchen.

Auf diese Weise, ist zu erklären, varum die Gallenblaseninsuffizienz durch eine verschiedene Symptomatologie sich aüssert Die Symptome entsprechen den zwei Phasen der Gallenblaseninsuffizienz-entwichlung: die decompensierte und die undekompensierte.

Auto-referate.

Clinica de Psihiatrie din Bucureşti
Director: Profesor D-r P. Tomescu

ASUPRA MECANISMULUI DE PRODUCERE AL FORMELOR CLINICE IN UNELE PSIHOPATII ŞI PSIHOZE ROLUL CONSTITUŢIUNILOR MINTALE. STUDIU CLINIC[1])

de

Docent D-r ALFRED DIMOLESCU
Medic Primar la Spitalul Central din Bucureşti

IMPORTANŢA NOŢIUNEI DE CONSTITUŢIE.

Când pentru prima oară, *Claude Sigaud,* a vorbit de constituţia morfologică a individului, nimeni n'ar fi crezut că acolo, se află germenul, din care va ieşi mai târziu, marea şi importanta problemă, a constituţiunilor umane.

In lunga evoluţie, care a pornit acum 2000 ani cu *Hipocrat,* problema constituţiunilor a rămas aceiaşi, până în ultimele decenii, când a fost reclădită, pe noi baze şi observaţii ştiinţifice, culminând cu epoca actuală, când, interpretată de un *Kretschmer,* este capabilă să facă mult căutata legătură, dintre suflet şi corp. Astfel, problema constituţiunilor, fie privind constituţia morfologică a indivizilor, fie pe cea pur psihică, reprezintă azi fără îndoială o bază, dela care plecând, putem explica manifestările patologice individuale; mai mult chiar, putem vedea, prin prisma constituţiunilor, procesul de devenire patologică, a indivizilor.

„Constituţiunile mintale, ne explică spune *Dupré,* elementele dinaintea psihozei, elementele ce preced şi prepară origina şi naşterea psihozei".

De altfel, nu este un lucru nou, faptul că la baza psihopatiilor constituţionale, se află constituţiile lor respective.

Astfel, — lucru observat de mulţi autori, — psihopatiile de mai sus, paranoia, psihoza periodică, mania, schizofrenia şi psi-

1) O parte din materialul din această lucrare a făcut subiectul tezei de Doctorat al D-lui Popescu Ulmu, lucrată sub direcţia subsemnatului.

hoza perversă, nu sunt decât o exagerare, a stărilor constituţionale primitive. Bineînţeles că, nu totdeauna această transformare este obligatorie, ea putând rămâne latentă toată viaţa individului, şi apărând în acest caz, ca o originalitate, curiozitate sau temperament excentric.

Dupré, Claude, au arătat cu drept cuvânt că, trebue terminat odată, cu aceşti termeni şi că aceste temperamente bizare, nu sunt decât manifestări ale unei personalităţi psihofizice, care se poate încadra perfect, în constituţiile mintale.

Dar, nu numai atât; însăşi cauze întâmplătoare, traumatisme, infecţiuni, stări toxice, pot contribui ca tabloul clinic actual, să lase să se întrevadă, structura primitivă constituţională a individului.

Astfel, am întâlnit în spitale, destule cazuri, în cari paralizia generală de exemplu, prezenta tabloul psihic, fie al unei manii pure, fie al unei stări de interpretare delirantă, acuzatorie, lucru foarte demonstrativ, pentru confirmarea părerii de mai sus.

Mai mult, *Pende, Giovanni, Viola,* precum şi toţi morfologiştii, cari s'au ocupat de tipurile morfologice ale constituţiei umane, au arătat că există chiar o afinitate foarte accentuată, între tipurile respirator, digestiv, cerebral şi muscular şi, bolile cari afectează cu predilecţie organele respective, adică: pulmonii, aparatul gastro-intestinal, creerul sau aparatul locomotor. *Mac Auliffe, Parhon* şi în general endocrinologii, subliniază deasemenea această afinitate între tipul endocrinologic şi personalitatea individului. Este un mare adevăr, care are consecinţe de o capitală importanţă, faptul că la baza evoluţiei şi psihologiei individului, stă formula endocrină. Este suficient să recunoaştem că, afectivitatea, care reprezintă cea mai mare parte din individ, văzut psihologiceşte, este pendinte de tiroidă, pentru a ne da seama, de importanţa rolului sistemului endocrin, în manifestările omeneşti.

Mai mult, marea majoritate a tipurilor umane, corespund unei formule endocrine, anumite. Această formulă, dictează structura şi comportarea individului, adică întreaga lui personalitate.

Kretschmer, a împins mai departe aceste puncte de vedere, arătând legătura care există între cele două temperamente extreme, schizoid şi cicloid, şi temperamentul individului. De 15 ani „Körperbaum und Karackter" domină această problemă, prin noutatea ideilor expuse şi profunzimea adevărului.

Este incontestabil deci, că studiul personalităţii individului, cercetat din punct de vedere fizic, psihologic sau psihopatologic, ne arată aptitudinile, posibilităţile de realizare, comportarea în viitor, precum şi viitorul patologic al individului. Acest lucru, dacă ar fi să luăm în considerare numai selecţia profesională, în vederea utilizării cât mai eficace a individului în societate, ar fi operă de mare valoare.

Studiul constituţiunilor însă, măreşte şi aprofundează activitatea profilaxiei mintale, fapt care nu prezintă o mai mică importanţă.

In ceeace ne priveşte, vom căuta să subliniem însemnătatea existenţei acestor stări constituţionale, arătând cum pot acestea să domine viaţa psihopatică a individului, cum e cazul în psihozele constituţionale, cari sunt exagerarea stărilor constituţionale latente. Deasemenea ele pot dicta tabloul clinic al unei boli accidentale, cum ar fi un traumatism, o boală infecţioasă sau şoc moral. Ori, acest lucru, dat fiind sărăcia mijloacelor terapeutice în această specialitate, constitue un ajutor de cea mai mare importanţă, atât prin întrevederea prognosticului, cât şi prin eficacitatea tratamentului.

După cum au arătat între alţii şi *Claude*, nu este obligator ca un constituţional, să-şi transforme starea sa, într'o maladie mintală. Dar, dacă acest lucru, se petrece datorită cauzelor pe cari le vom studia la timp, maladiile psihice constituţionale, corespund în cea mai mare parte a cazurilor, constituţiilor respective. Acest lucru este recunoscut de autori, ca: *Paul Courbon, Montesano, Maurice de Fleury, Kretschmer, Bernaix,* etc. şi nu-l vom semnala decât în treacăt, fără să formeze obiectul de căpetenie, al preocupărei noastre.

Pentru a sublinia însă, rolul destul de mare, al constituţiunilor, care există chiar în unele afecţiuni neconstituţionale — cum ar fi psihozele toxice, infecţioase, traumatice, etc. — *vom arăta că acestea din urmă, au o înfăţişare clinică corespunzătoare stării constituţionale respective a indivizilor;* cu alte cuvinte, *o stare constituţională, are un rol determinant în ceeace priveşte forma clinică a psihozei, ea fiind exarcebată de diferite cauze ocazionale.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONDIŢIUNILE ŞI MECANISMUL DE PRODUCERE AL PSIHOPATIILOR.

1. *Rolul terenului.*

Paul Courbon vorbind de constituţia psihopatică, recunoaşte că la unii oameni, poate să existe germenul unei maladii mintale care în mod spontan — ca urmare a uzării de viaţă sau accidentelor patologice sau maladiilor câştigate — să se transforme în psihoză.

Montesano, înţelege constituţia ca o predispoziţie nativă, ca o potenţialitate pe cari cauze secundare, o pot face să treacă la realitate.

M. Fay, relevă importanţa constituţiilor în psihopedagogie, arătând că unele fenomene ca: lenea, minciuna, instabilitatea, nu sunt decât comportări ale diverselor stări constituţionale.

Alexander, din Bruxelles, studiind terapeutica constituţiilor examinează posibilitatea de adaptare şi de comportare ale acestora, iar *Gilbert Robin,* arată importanţa constituţiilor epileptoide şi utilitatea depistării acestor simptome psihice la copil.

Pellacani, face o critică generală a concepţiei actuale a constituţiunilor dela *Morel* şi *Magnan,* până la concepţia actuală a lui *Bleuler* şi *Kretschmer.*

Maurice de Fleury, vorbeşte de o ciclotimie dedublată, la care faza maniacală este la o generaţie, iar cea depresivă, la alta. Din punct de vedere somatic, *Rava din Bologna, Poppi din An-*

çonne, Louis Corman, caută să stabilească un raport între psihic şi formula fizică; astfel pentru ultimul, tabeticii sunt microsplachnici, iar paralitici generali, macrosplahnici. Acelaşi lucru îl face *Bernaix,* pentru demenţa precoce, catatonie şi paranoia. Profesorul *L. de Lisi,* în volumul său, studiază importanta chestiune a constituţiei motorii, care nu este altceva decât o extindere a doctrinei constituţiunilor, în lumina activităţii motorii.

De multe ori, însă, este imposibil de a pune o etichetă constituţională, unui individ. Individul a prezentat din punct de vedere caracterologic şi temperamental, un complex degenerativ polimorf. Hereditatea psihopatică, degenerescenţa stau la baza antecedentelor individului, constituind un teren prielnic, pentru desvoltarea psihozei.

Deasemenea constituţiunea discrinică, cu anomalii glandulare: infantilism, hipotiroidism, turburări neuro-vegetative, turburări de afectivitate diverse, constituesc semne indubitabile, de inferioritate psiho-somatică, dar cari nu se pot încadra totdeauna, în una sau alta, din constituţiuni.

Acestea au o valoare mare, pentru a explica starea de dezechilibru a terenului. Ar fi foarte necesar să luăm în considerare acest teren hereditar deficient, sau mai bine zis, această constituţie degenerativă, care prezintă o afinitate pentru turburările nervoase de mai târziu. Acest teren încărcat de cele mai multe ori, nu prezintă o simptomatologie aparentă ci latentă. Deaceea pare curioasă, apariţia unor psihoze după cauze de mică importanţă.

Mecanismul acesta de producere este frecvent în apariţia acelei psihopatii, descrisă de *C. Urechia,* sub titlul de „psihoză de reacţiune". Aci, turburările afective, neobservate în timpul stării normale şi cari sunt expresiunea stării degenerative a individului, dau naştere unei isbucniri psihopatice la care contribue, în majoritatea cazurilor, un traumatism afectiv, care, după cum spuneam, este de multe ori de mică importanţă. *C. Pascal* a studiat în acest cadru, condiţiunile de apariţie ale psihozelor amoroase, survenite la fete tinere, cari au un astfel de teren deficitar.

2. *Rolul cauzelor ocazionale.*

Pe un teren care se prezintă în condiţiuni de perturbare neuro-psihică, este destul ca un şoc să producă o psihoză, nu atât prin intensitatea sa, cât prin condiţiunile de receptivitate, în care se găseşte organismul. Intr'un cuvânt, acest mecanism, nu este altceva decât raportul dintre cauza determinantă şi cauza ocazională, subiect desbătut şi clarificat cu ocazia comunicărei lui *E. Dupré* asupra constituţiei emotive, la Societăţile reunite de neurologie şi psihiatrie, ţinută la Paris în 1911.

Asupra acestor cauze ocazionale, nu vom insista prea mult, ele fiind cunoscute. *Cele mai frecvent observate, sunt şocurile infecţioase, toxice, emotive, şi mai rar traumatice. Am putut aduna exemple, în cari sifilisul, puerperalitatea, pelagra, alcoolismul, traumatismul şi emotivitatea, au determinat transformarea unei constituţiuni în psihoză.* In observaţiunile noastre, avem o serie de indivizi cu constituţiuni diverse, cari au căpătat o psihoză, în urma diferitor cauze ocazionale. Le vom analiza la capitolele respective.

PSIHO-NEVROZA EMOTIVĂ.

Traumatismul psihic. — In cele de mai sus am semnalat că o bună parte din pacienţii cu psihoze reacţionale prezintă un teren nevrotic, caracterizat printr'o constituţie hiperemotivă. Revenim asupra acestei chestiuni, care este de o importanţă deosebită. Psihonevroza emotivă, descrisă de *Dupré,* prezintă diferite grade de intensitate. Destul de frecvent, această stare, nu se manifestă decât prin câteva simptome, puţin aparente. Nu este vorba în aceste cazuri de nevroza emotivă în toată plenitudinea ei, ci mai degrabă de o stare latentă, ale cărei manifestări se pot rezuma la un dezechilibru vagosimpatic, caracterizat prin puls accelerat, extrasistole, reflexul oculo-cardiac staţionar de cele mai multe ori, sau prea puţin scăzut, emotivitate în diferite situaţiuni banale, roşeaţa feţei cu uşurinţă, în general timiditate, etc.

Intr'un grad mai înaintat, apar stări de insomnie, migrene, plâns uşor la cinematograf sau lecturi, iritabilitate accentuată în preajma menstruaţiilor, etc.

Pe acest teren, traumatismele psihice pot cu uşurinţă, duce la psihoză. Emoţiunile pot declanşa, fie o stare maniacală, fie crize de melancolie, mai cu seamă în stările constituţionale ciclotimice. Astfel *Tinel* a reuşit a provoca crize melancolice la mai multe persoane, prin emoţiuni vesele. Dacă se compară aceste crize, cu acelea euforice sau de excitaţie provocate de o emoţie dureroasă, reese după cum au arătat mai mulţi autori, între care şi *Tinel* că, forma emoţiei, nu este în raport direct cu forma clinică a crizei psihice, ci ceeace interesează este intensitatea şocului emoţional.

De curând, Prof. *C. Urechia,* sub titlul de „Psihoze de reacţiune", precum şi Prof. *A. Obregia, P. Tomescu* şi *A. Dimolescu,* studiază o serie de psihopatii, cari se manifestă dela starea de „depresiune" până la „confuzia mintală" cu stupoare sau cu fenomene schizoide şi cari au la bază traumatisme psihice: pierdere de bani, de situaţii sau a unei persoane iubite, conflicte ale subiectului cu mediul ambiant, etc. *C. Pascal,* limitându-se numai la domeniul iubirei, arată în recentul său volum „Chagrins d'amour et psychoses" importanţa pe care o are acest factor în producerea psihonevrozelor. Nimeni nu a subliniat atât de precis până la acest autor, problema amorului psihogen. Se analizea în acest volum, forme diferite de psihoze, prin acumulare, în legătură cu diferitele sentimente psihologice sau instincte explicându-se mecanismul lor de producere, prin analiza subconştientului şi a inconştientului. Pascal, arată rolul de cauza ocazională pe care îl poate avea amorul şi care pe un fond de stare constituţională morbidă, poate provoca acele stări descrise de autor sub numele de „la folie de l'amour" sau „la psychose d'amour". Dăm mai jos câte-va observaţiuni, cari ilustrează rolul şocului psihic pe o constituţie emotivă.

OBSERV. I *). — Pacienta M. P., modistă, în vârstă de 20 ani, intră în clinica noastră, la 24 Octombrie 1935, pentru stare de nelinişte, cu anxietate,

*) Majoritatea Observaţiunilor sunt luate din clinica D-lui Prof. Tomescu.

insomnie, uneori halucinaţii, fenomene ce durează de trei săptămâni. Debutul psihozei, brusc, în urma unui şoc emoţional. Ducându-se ca de obicei, să-şi vadă prietenul, un advocat, a aflat din partea familiei acestuia, că avocatul ar fi plecat în străinătate. A fost bruscată cu această ocazie. In aceiaşi noapte a survenit agitaţia şi insomnia; în clinică prezintă tablou de melancolie. Este tristă, nu vorbeşte, nu mănâncă decât cu insistenţă din partea personalului. A traversat o perioadă de agitaţie, cu anxietate, solilogvie, gatism. In faza actuală este mult mai liniştită. Işi dă seama de ce se petrece în jurul său. Pronunţându-se suficient de tare fraza: „avocatul s'a întors din străinătate", pacienta îşi întrerupe pentru un moment activitatea, privirea e fixă, clipeşte des, apoi are o criză de agtiaţie cu plâns, anxietate şi încercare de fugă.

27. XI. 1935. Pacienta vorbeşte cu medicii. Povesteşte că a fost foarte supărată, a dorit să moară, de oarece a fost părăsită de prietenul ei, pe care îl iubea. Din acea zi, nu a mai voit să mănânce şi să se îngrijească, singura dorinţă a fost de a muri. Ştie că a fost bolnavă; în prezent se simte mai bine.

OBSERV. II. — Anica O., de 19 ani, este internată în spitalul nostru la 26. II. 1936, pentru turburări psihomotorii. Din istoric reese că fenomenele psihice au apărut, după ce a fost la nunta aceluia, care trebuia să o ia pe dânsa în căsătorie. Debut brusc, prin tendinţă la izolare, apoi fenomene maniacale: cânta, râdea, avea gesturi stereotipe, tendinţă la fugă, colinda, toată noaptea, motive pentru cari familia a cerut internarea.

29. II. 1936. Pacienta răspunde la întrebări, ne dă informaţii despre ea, dar nu voeşte sau nu ştie să spună dece a fost adusă la spital. Intrebată asupra împrejurărilor, în cari a început boala sa, devine tristă, apoi se închide într'un mutism de neînlăturat.

3. III. 1936. Are momente când este comunicativă. Apoi refuză să mai vorbească, şade tăcută pe pat, cu atitudinea imobilă, caracteristică a melancoliei.

OBSERV. III. — Pacientul N. M., de 21 ani, intră în spital, la 14 Iunie 1931, pentru o stare depresivă, accentuată cu anxietate intermitentă.

Istoric. Boala a debutat brusc, în urma unui şoc afectiv, puternic, produs de faptul că prietena sa, l-a părăsit. In urma acestui fapt, a început să prezinte mutism, tristeţă, insomnie şi refuz de alimentare, pentru cari a fost internat. Pacientul prezintă un tablou tipic de melancolie, caracterizat prin inerţie, concentrare dureroasă, insomnii, refuz de a se alimenta. Nu are tendinţe la sinucidere. Din când în când, are crize de anxietate, caracterizată prin excitaţie motorie cu gemete.

In restul timpului, păstrează un mutism imposibil de înlăturat. Nu are fenomene schizoide. In urma tratamentului, pacientul părăseşte mutismul, anxietatea dispare, devine comunicativ, se îngraşe, doarme şi se alimentează normal. La 13 August acelaş an, părăseşte spitalul vindecat.

OBSERV. IV. — D-na E. M., se prezintă la consultaţii pentru nevroză hiperemotivă, caracterizată prin plâns uşor, nemotivat, insomnie, iritabilitate, crize uşoare de anxietate paroxistică, stare generală de depresiune.

Din antecedente reese că pacienta a fost tot timpul o fire impresionabilă, sensibilă, nemanifestând nemulţumirile şi căutând să rezolve conflictele cari se iveau prin suferinţă în sine. Căsătorită la 22 ani, a avut o copilărie de care n'a fost mulţumită, atât prin faptul că nu era în legătură sufletească cu nici unul din fraţii şi surorile sale, cât şi pentru faptul că a

avut o mamă vitregă. N'a avut nici-o naştere şi nici-un avort. Neagă sifilisul şi maladiile infecto-contagioase.

Istoric. Turburările actuale datează de câteva luni: debut insiduos în legătură cu o serie de fricţiuni şi nemulţumiri cu superiorii săi. Fiind profesoară, a încercat în nenumărate ori, să-şi mute postul din provincie în Capitală, unde locueşte şi azi împreună cu soţul său. Viaţa neregulată, voiajurile continue, carenţa spermatică, toate acestea au contribuit la producerea stării actuale. In ultimul timp, o ceartă cu unul din superiorii săi, a făcut să isbucnească mai accentuat această stare. La examen, se constată o stare de emotivitate, cu formulă negativă simpatico-tonică, metabolism bazal mărit, insomnie.

Se plânge de iritabilitate, lipsa puterii de concentraţie în activitatea sa, tristeţă nemotivată şi dismenoree. Se institue un tratament simptomatic, având ca obiect ovarul şi sistemul vegetativ, precum şi calmante generale. Se face un tratament sumar psihanalitic, arătându-se rolul pe care îl prezintă în turburările sale, lipsa unei constanţe sexuale, precum şi continuele deplasări, lucruri ce aduc o evidentă ameliorare. D-na E. M. pare perfect conştientă de realitatea acestor lucrări şi arată o înţelegere deplină a situaţiei.

La examenul neurologic, se constată că refelexele osteo-tendinoase sunt exagerate. Motilitatea activă şi pasivă, normală. Sensibilitatea păstrată. Nu prezintă turburări trofice, vaso-motorii sau sfincteriene. Reacţiile sanghine pentru sifilis negative. Ureea în sânge normală.

D-na E. M. prezintă o stare constituţională hiperemotivă latentă, descrisă de Dupré, cu toate caracteristicile clasice. Faptul că la un moment dat, după o viaţă regulată, este nevoită să-şi întrerupă acest ritm, care aduce după sine o perturbare a ritmului sexual şi al vieţii în general, pacienta prezintă o exagerare a stării sale constituţionale, prezentând la un moment dat, o veritabilă, psiho-nevroză emotivă. Cum această afecţiune este posibilă de ameliorare prin tratament, se ajunge aici, prin aducerea în lumina conştiinţei a cauzelor, care au provocat turburările de mai sus.

„Criza schizofrenică, termen nou, care nu este bine clasat, arată o stare psihopatică trecătoare, foarte des întâlnită în clinică. Existenţa ei a fost arătată de mulţi autori, între cari: *Claude, Lévy Valensi, Jaspers, Bornştein, Obregia, Tomescu, Mayer Gross, Bleuler,* etc. In ceea ce priveşte factorul „emoţii", *M. Gross,* îi discută valoarea, atât de importantă după *Bleuler,* arătând că mii de cazuri de schizofrenii latente, în sensul şcoalei din Zürich, au fost expuse în timpul răsboiului mondial, la cele mai grele încercări emotive, fără ca starea lor să se agraveze. Origina schizofreniei, având drept cauze, turburări sufleteşti intime, în sensul lui *Freud,* sunt şi ele numeroase. Nu există însă o dovadă precisă, că psihopatia, era singura cale a deslegărei conflictului sufletesc. Totuşi, ceeace se poate afirma, este că, astfel de schizofrenii pot fi tratate cu succes, în mod psihoterapic. O vindecare complectă însă, psihanaliştii nu ne-au dat până azi, în astfel de cazuri *(M. Gross). Reinhold-Krauss,* a găsit între anii 1892—1922, la clinica din Heidelberg, numai 28 cazuri de schizofrenie prin şoc emotiv. El a studiat numai schizofreniile psihoreactive, bazându-se pe reacţia lor sufletească mai mare. Asupra formei de schizofrenie, aceasta poate să fie catatonică, aşa cum au arătat *To-*

mescu, M. Gross; formă simplă; formă halucinatorie *(Hans V. Meyer);* forma acuzatorie, etc.

Bumke, pentru a explica marea varietate a simptomelor acestor schizofrenii, insistă asupra influenţelor variate ale cauzelor provocatorii, dând ca exemplu o paralizie provocată printr'o puternică emoţie şi conchizând că totdeauna este vorba de o schizofrenie latentă, care în anumite circumstanţe, iese la iveală. La deţinuţi, cazurile de schizofrenie sunt foarte dese, ele apărând în timpul închisorii. Este interesant de remarcat că, boala, a apărut la cei condamnaţi pe viaţă, aşa cum au arătat *Lepman, Liepman,*

SCHIZOFRENIA SIMPTOMATICĂ.

A. *Origina psihică.* — Din observaţiunile noastre reese că o cauză ocazională, fie ea de natură infecţioasă, emotivă sau toxică, poate provoca o criză de schizofrenie, cu caracter pasager sau chiar o schizofrenie durabilă. A considera, aşa cum a făcut *Bleuler* la început „o schizofrenie de origină pur psihică" constitue azi o părere, care pierde teren. Totuşi, rolul de agravare al constituţiei schizoide, prin emoţiuni, rămâne un lucru admis. Chestiunea participării şocurilor emotive, în producerea unei schizofrenii, este încă mult desbătută. *Willmans,* sfătueşte că, în cazurile când schizofrenia apare îndată după un conflict sufletesc, să ne întrebăm dacă este o simplă întâmplare, sau există o legătură între ele. In acest din urmă caz este vorba de o reacţie a unei schizofrenii latente, de o criză schizofrenică trecătoare, sau de o psihoză asemănătoare, cum ar fi psihoza periodică, care împrumută de multe ori, aşa cum a arătat D-l Prof. *Obregia,* aspectul schizoid.

Többen, Ruedin. Astfel din 47 de bolnavi, *Ruedin* găseşte 21, demenţi precoci îmbolnăviţi majoritatea în primul an de puşcărie. Apariţia grabnică a boalei, face pe *Mayer Gross* şi pe *Wilmans* să creadă că fapta penală a fost însăşi începutul psihozei. Este indubitabil că participarea emoţiilor sufleteşti asupra îmbolnăvirii sistemului nervos, se face prin intermediul sistemului vasomotor şi sistemului endocrin, căci altfel nu ne-am putea explica turburările de ordin somatic ce se găsesc la astfel de psihopaţi.

OBSERV. V din care reese apariţia sindromului schizoid, în urma şocului afectiv.

Lili S., de 25 ani, necăsătorită, este adusă de familie în spitalul nostru, la 21. VI. 1935, pentru o stare de agitaţie psihomotorie survenită brusc.

Pacienta a fost de mică o fire retrasă, nu lega prietenie cu colegele sale, preferând să citească şi mai târziu să studieze. Avea uneori bizarerii, în purtarea sa, în general fiind un temperament original.

Mama sa ne spune că era o fire ambiţioasă, sensibilă, că avea preocupări totdeauna mai înalte decât acelea obişnuite vârstei sale. Luând licenţa în ştiinţe naturale, ocupă un post de învăţătoare în mod provizoriu într'un sat. Această abdicare o chinuia sufleteşte deşi nu lăsa să se vadă nimic. In ultimele luni nu i s'a plătit leafa, aşa că a fost nevoită să se împrumute la o rudă pentru a putea face faţă necesităţilor vieţii zilnice. Pretinde că lumea din sat râdea de ea şi o făcea proastă că ocupă postul în mod gratuit. In primele zile ale lunii Iunie, părăseşte satul odată cu închiderea şcoalei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sosită în Bucureşti, este acostată într'o seară în drumul său spre casă de un domn care a încercat să o sărute, apoi a făcut oarecare gesturi obscene. Toate acestea au contribuit mult la apariţia stărei ei actuale. Nu dorea decât să ocupe o slujbă, pentru a-şi ajuta mama şi să aibă cu ce trăi.

Nu a reuşit, iar evenimentele din ultimele zile au determinat starea de agitaţie psiho-motorie.

Din punct de vedere somatic, face parte din tipul leptosom **(Kretschmer)**. Inaltă, slabă, sprâncenele groase, îmbinate, umerii scoşi, proeminenţi, diametrul biacromial mic, sistemul pilos mult desvoltat.

In timpul efectuărei actelor de internare, încearcă să se sinucidă în camera de gardă, cu un cordon dela rochie. In spital, agitaţia este înlocuită cu negativism şi inactivitate.

Examenul lichidului cefalo-rachidian, pentru sifilis, complect negativ. Tensiunea 30 **(Claude)**. Limfocite 1—2, pe mmc. Reacţia M. K. R. negativă.

Examenul neurologic nu arată nimic anormal din partea sinsibilităţii, motilităţii sau reflexelor.

Ex. **psihic**. Vorbeşte cu greutate după ce i se repetă întrebarea. Păstrează aceiaşi atitudine, fără să aibă catatonie. In răspunsurile sale are oarecari bizarerii de intonaţie, nu are un delir concentrat, ci mai mult o stare subdelirantă cu idei polimorfe, fie de autoacuzare, fie de heteroacuzare faţă de familia sa, care este răspunzătoare de starea ei actuală. A doua zi după internarea sa, are o stare de anxietate cu agitaţie: vociferează, rupe îmbrăcămintea, loveşte bolnavele din jurul său, încearcă să fugă. Se aplică un tratament cu sol. opium 5%, care face să dispară definitiv stările de anxietate şi agitaţie. Se instalează o serie de elemente schizoide: bizarerii, manierism (rare de altfel), negativism verbal, nu mânca, era tot timpul imobilă şi inactivă. Refuză să-şi vadă mama, sub motiv că nu se simte bine. La 15 Iunie, fenomenele schizoide persistă încă, deşi vorbeşte curent şi ne spune toată starea sa sufletească prin care a trecut. Astfel când este chemată de medic, refuză sub motiv că-i este teamă să nu fie bătută.

Fiind asigurată că nu i se va întâmpla acest lucru, cere să fie adusă la examinare pe altă uşă laterală.

„Dacă mergem pe uşa aceea, sunt sigură că nu voi fi bătută" spune ea. In timpul conversaţiei cu medicul, nu voeşte să stea jos, pe scaun. Deasemenea, cere să fie însoţită de o femee, căci îi este frică să stea singură cu un bărbat.

In starea actuală, memoria este normală. Ne spune că de doi ani, de când şi-a luat licenţa, a suferit continuu din cauza răutăţii oamenilor şi că a dus o viaţă mizerabilă din lipsă de bani. Este foarte sensibilă la suferinţele mamei sale. Crede că anumite înţepături pe mână, pe care le-a observat acum mai multe luni, au fost făcute cu scopul de a o face inconştientă. Interpretează starea de agitaţie din timpul internărei, ca o încercare de a o prosti. Nu îşi aminteşte, ce s'a întâmplat cu ea atunci. Pretinde că era dementă.

Este vorba deci, de o constituţie schizoidă care prin şoc afectiv prelungit dă naştere unui puseu delirant polimorf, cu elemente paranoide şi schizoide. Se ştie doar intensitatea vieţei interioare a acestor constituţionali, lucru care explică apariţia acestei stări. Dacă starea constituţională ar evolua cum sunt în unele cazuri *(Claude)*, cu siguranţă că am avea deaface cu o schizofrenie catatono-para-

noidă. Deocamdată psihopatia s'a oprit aici, pacienta mergând cu paşi repezi spre vindecare.

OBSERV. VI după **Mayer Gross**, în care se arată isbucnirea unei schizofrenii, în urma unui şoc emotiv trist.

Bertha Strassler, născută în 1888. A fost întotdeauna o fire nervoasă: în şcoală a fost elevă bună; a învăţat cu multă plăcere şi silinţă, iar mai târziu a lucrat într'o fabrică de giuvaergerie, ca poliseusă. In timpul răsboiului în 1916, i-a murit tatăl, apoi în scurt timp au căzut pe câmpul de luptă cei trei fraţi ai săi şi în fine îi moare şi soţul său. In urma acestor nenorociri, începe să prezinte turburări mintale şi este internată. La început este furioasă, ţipă, bate, este periculoasă, etc. Are grandomanie religioasă; spune că a mântuit pământul. După mai mulţi ani, în 1925, e tot bolnavă, dar nu atât de violentă. Este încă în spital actualmente.

B. *Origina organică.* — *Bostroem,* discutând apariţia schizofreniei, după paralizia generală, şi malario-terapie, arată că deşi procesul paralitic stagnează după tratament, rămânând doar câteva resturi de psihoză paralitică, procesul schizofrenic pus în mişcare, la oameni cu înclinare specială spre această boală, îşi ia cursul său magic. *Warstadt, Obregia* şi *Urechia, Urechia* şi *Ruşdea, Obregia* şi *Dimolescu, Vermeulen, Dimolescu* şi *T. P. Ionescu,* au publicat cazuri, în cari paralizia şi tratamentul malaric, au rămas fără influenţă asupra evoluţiei schizofreniei. *Carrière,* publică 3 observaţiuni din Norvegia, vorbind de o întindere a procesului anatomic, pe tărâmul schizofreniei. Asupra interpretărilor acestor fapte, *M. Gross,* dă următoarea posibilitate de interpretare: simptomele pot fi numai asemănătoare schizofreniei fără să fie caracteristice acesteia, cum este cazul stărilor paranoide şi halucinatorii. In cele mai multe cazuri, psihopatia prezintă în grad atât de înaintat de perturbare, încât un examen mai amănunţit elimină uşor diagnosticul schizofreniei. In fine, la restul cazurilor se potriveşte explicaţia lui *Bostroem,* la cari există o pregătire maladivă schizofrenică. In general conchide *Bleuler,* — citat de *M. Gross,* — *simptomele psihice, ca şi cele somatice, trebuesc văzute în legătură cu starea generală, iar evoluţia boalei nu trebue să fie privită ca ceva apărut la întâmplare; numai astfel poate să fie realizată o asociere etiologică a acestor cazuri, aşa de greu de cercetat.*

(Urmare).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lucrare din Serv. Oculistic al Casei Asigurărilor Sociale Rădăuţi, Bucovina

DESPRE O NOUA METODA MARGINOPLASTICA SIMPLIFICATA PENTRU TRAT. OPERATOR AL TRICHIAZEI

(Inclavarea intermarginală a peliculei de ou ca succedaneu al materialului autoplastic)

de

D-r I. BRECHER

Oculist, Rădăuţi, Bucovina.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Avantagiile acestei metode sunt: material uşor procurabil, operaţie scurtă şi simplă, membrana este tolerată de ţesutul uman, rezultat cosmetic satisfăcător.

Metoda aplicată la 16 bolnavi şi-a dovedit inocuitatea şi utilitatea.

Trichiaza este complicaţiunea cea mai frecventă şi jenantă a *Conjunctivitei granuloase* şi nu ne surprinde deci, că tocmai această afecţiune pare a fi format un capitol special de *tentaţiune* pentru toţi chirurgii de ochi de a concepe o sumedenie de procedee operatorii, cari din cari mai variate şi mai complicate.

Dar tocmai faptul, că aproape nu trece zi, unde să nu ne pomenim cu publicarea unei noi metode pentru tratamentul chirurgical al trichiazei, dovedeşte, că problema redresării ideale a genelor deviate n'a fost încă resolvată în mod cu totul satisfăcător şi că cerinţele din punct de vedere *cosmetic, technic* şi în ultimul rând al *economiei de timp*, — care este azi principiul dominant în toate domeniile chirurgiei, — impun operatorilor sforţări necontenite pentru găsirea unor mijloace technice mai practice şi mai rapide.

Cadrul acestor nenumărate procedee şi variante devine ce-i drept — din ce în ce mai limitat graţie faptului, că aproape majoritatea autorilor s'a unit în ultima vreme cu principiul *grefei intermărginale*, admiţând că incizia intermărginală este locul de abordare

cel mai convenabil pentru execuţia operaţiunilor *marginoplastice.*

In schimb însă există un desacord aproape deconcertant în privinţa *felului* execuţiunei acestei marginoplastii, unii preconizând întrebuinţarea tarsului ca material *autoplastic* (Friede, Warschafsky), alţi preferând cartilagiul lobului auricular (Goldfeder), iar alţii în frunte cu Van Millingen utilizând mucoasa labială, procedeu foarte preferat în Orient mai cu seamă.

Un important progres în această privinţă l-a realizat în ultimul timp Goldfeder[1]) prin aceea că a conceput *inclavaţiunea* grefonului, constând din cartilagiul auricular, lipsit de piele, — *înăuntrul* inciziei intermarginale, în locul simplei *inserţiuni* a transplantatului, cum se obişnuia până acuma. Prin procedeul lui Goldfeder aşa dar grefa se *invaginează* totalmente în profunzimea plăgii intermarginale, formându-se pe deasupra un nou strat epitelial, ce nu se deosebeşte de loc de restul interstiţiului. Astfel resultatul cosmetic devine mult mai satisfăcător, evitându-se desavantagiile implantaţiunilor epiteliale, cari produc pe de o parte o îngroşare şi căscare prea mare a mărginei pleoapei, prin tendinţa lor proliferativă şi prin excrescenţele sub formă de ciucuri, ce rezultă foarte des.

Insă tuturor acestor procedee, inclusiv metoda lei Goldfeder, sunt inerente toate desavantajele, legate de întrebuinţarea unui material *autoplastic* pentru grefa intermarginală: pe de o parte riscurile de necroză şi unei infecţiuni secundare prin materialul întrebuinţat, mai ales la procedeul Van Millingen, pe de altă parte toate dificultăţile preparării grefonului, care întârzie timpul execuţiunei şi complică foarte mult technica, contrazicând principiul de economie de timp în plus compromiterea resultatului *cosmetic* prin tendinţa proliferativă a grefelor implantate sau chiar invaginate, şi în sfârşit neajunsul numai puţin neglijabil, că prin nevoia de a lua grefa autoplastica din altă parte a organismului (ureche, buze, ş. a. m. d.) bolnavul trebue să fie expus unei duble traumatizări operatorii şi în consecinţă şi unei *duble* traumatizări psihice. Acest fapt, deşi în aparenţă neînsemnat, trebue totuşi luat în consideraţie, dovadă că, după cum mi s'a relatat în mod autentic cu prilejul voiajului meu de studii în orient din primăvara trecută, mulţi arabi, ce urmează a se supune unei operaţiuni contra Trichiazei, oferă altora câte 10—15 lire engleze pentru cedarea mucoasei labiale, necesară pentru executarea procedeului Van Millingen, numai pentru a nu suporta ei însă-şi dubla operaţie.

Aceste considerente m'au determinat să concep o modificare importantă şi după părerea mea foarte binevenită a marginoplastiei, înlocuind materialul *autoplastic,* în uz până acuma, printr'un alt material *alloplastic* adequat, care prin felul lui să corespundă mai avantajos scopului urmărit. Ori, în diferite comunicări şi publicaţiuni, apărute în reviste din ţară şi străinătate, am dovedit, în baza experienţelor mele pe animale şi în baza multiplelor aplicaţiuni clinice pe bolnavi, că *membrana testacea,* pelicula de ou, care se află imediat sub coca calcarină a oului de găină, acel înveliş extrem de

subţire, resistent, indestructibil în mediu humoral, se oferă în mod ideal ca material de grefă în chirurgie oculară pentru diverse scopuri de invaginaţiune, inclavaţiune sau proteguire a corneei.

Această peliculă de consistenţă keratinică şi de natură animalică, având anumite proprietăţi biologice asemănătoare ţesutului human, ce se poate procura oriunde şi orişicând în cantităţi nelimitate, este suportat foarte bine în profunzimea ţesuturilor humane, fără a provoca nici-un fel de reacţiune sau iritaţie, servind dar ca material plastic, după cum a făcut-o Lampe în marea chirurgie, folosindu-se de această membrană pentru invaginaţiuni la suturi de nervi şi pentru disocierea bridelor cicatriciale, (după arsuri mari pe corp).

Introducând utilizarea peliculei de ou în chirurgia oculară, am demonstat, că poate fi întrebuinţat chiar înăuntrul globului ocular, ca material de inclavaţie pentru fistulizarea permanentă a interstiţiului suprachorioidean după ciclodializă [3]).

In conformitate cu aceste diverse aplicaţiuni am adoptat dar acelaş material ca grefon intermarginal în operaţia trichiazei. Primele mele resultate prin acest procedeu de inclavaţie fiind într'adevă foarte încurajatoare, noua mea iniţiativă a fost întâmpinată cu foarte mult interes de către mai mulţi clinicieni competenţi din orient, cărora am avut prilejul să demonstrez execuţia acestei metode, publicând în urmă o scurtă dare de seamă despre primele cinci cazuri în „Folia Ophthalmologica Orientalia"[2]).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intre timp având ocazia să aplic această metodă foarte *simplificată* la un număr mai mare de bolnavi (16 cazuri), şi punând astfel la punct unele amănunte de technică cari după cum m'am convins sunt indispensabile pentru o bună reuşită a acestui nou procedeu marginoplastic, considerăm ca util de a face o expunere mai amănunţită a technicei operatorii, analizând totodată oportunitatea acestei metode faţă de celelalte procedee marginoplastice cunoscute.

Incizia intermarginală se face în mod obişnuit, cu preferinţă cu un bisturiu obişnuit, numai că trebue incizat mai adânc, cam 10—12 mm., pentru ca buzele plăgii să poată să cuprindă totalmente grefonul membranos, ce vine invaginat adânc.

Pe de altă parte incizia trebue să poarte în mod clasic, după cerinţele lui Elschnig, asupra interstiţiului intermaginal, care e adevărat uneori este extrem de atrofiat, imediat sub nivelul cililor, cruţând pe cât posibil glandele meibomiene, iar nu după cum am observat la unii colegi, chiar pe marginea *posterioară,* adică chiar în plină conjunctivă aproape, cceace este foarte desavantajos, placa posterioară de disecţie rămânând atunci foarte subţire, astfel că suturile prinse se rup uşor şi se compromite rezultatul final.

După disecarea interstiţiului intermaginal şi hemostază complectă se pun 5—6 suturi simple *anticipative,* ale căror anse să menţie banda de peliculă adânc între buzele plăgii. Aceste fire vor fi trecute 3—4 mm. depărtare de linia inciziei, iar firele terminale să fie plasate chiar imediat la colţurile inciziei. Astfel se

asigură ca grefonul peliculos să fie tras cât mai adânc peste toată întinderea a plăgii intermarginale pentru ca deasupra acestei inclavaţiuni de membrană testacee să se formeze apoi un strat epitelial nou, conform cu dorinţele juste ale lui Goldfeder. Numai astfel se asigură o persistenţă a membranei invaginate şi imposibilitatea de a fi eliminată printr'o căscătură în crăpătura intermarginală. Condiţiunea esenţială este dar, ca pelicula să nu rămâie prinsă în nici-un punct între buzele plăgii, ci căptuşită de cele două plăci palpebrale.

După aceea se prepară pelicula de ou, necesară pentru grefare. Se pune un ou întreg pe cât posibil mai proaspăt într'o soluţiune antiseptică (Sapoform, Chloramină, etc.) pentru 15 minute, pentru a desinfecta coca calcarină, care se manipulează cu mâinile sterilizate. Oul se crapă apoi în două părţi în felul cum o fac gospodinele, golindu-se conţinutul dinăuntru, apoi se desprinde dintr'una din cele două calote învelişul membranos ce îmbracă coca calcarină dinăuntru, cel mai uşor prinzând-o cu o pensă de colţurile calotei şi trăgând de ea încet, până ce se deslipeşte integral ca o coajă de ceapă.

Se taie apoi o fâşie longitudinală de vreo $2\frac{1}{2}$— 3cm., care se îndoaie cu ajutorul unei spatule de ochi, apoi se taie din această bandă îndoită un lambou îngust numai de 4—5 mm. Acest lambou de peliculă, bine netezit, şi muiat într'un desinfectant, atât pentru îndepărtarea resturilor de albumină, cât şi pentru motive de precauţiune antiseptică, se trece dedesuptul anselor firelor puse aniticipativ, şi se aranjează astfel înăuntrul crăpăturii intermarginale, ca să nu fie sucită sau încolăcită. Trăgându-se apoi în mod succesiv de firele amintite, membrana este invaginată cu ajutorul cusăturilor, înăuntrul crăpăturii, producându-se pe deasupra ei o alipire perfectă a buzelor plăgii. Firele înodate nu se taie, ci se prind cu ajutorul unei bande de leucoplast de regiunea sprincenară resp. cea malară.

Resturile de membrană, rămase la colţuri în afară, se taie apoi cât mai aproape de suturile terminale, pentru a evita o eventuală tracţiune sau dislocare asupra părţii inclavate, ce ar putea duce la eliminarea ei.

După 4—5 zile firele se scot evitându-se cu atenţie lezarea noului epiteliu, ce s'a format între timp deasupra crăpăturii.

Rezultatul cosmetic a fost foarte sătisfăcător în toate cazurile mele, eversiunea mărginei ciliare fiind de cca. 30—45 grade, şi niciodată n'am observat vre-o reacţiune sau alteraţiune patologică a regiunei inclavate a pleoapei. Tumefacţia postoperatorie dispare foarte repede, şi rezultatul cosmetic, cum am accentuat la început. este cu atât mai frumos, întrucât grefonul invaginat n'are nici-o tendinţă de proliferare şi în consecinţă neproducându-se acele îngroşări desfigurative sau acele excrescenţe sub formă de muguri epiteliali, ce se observă atât de des, mai ales la procedeul Van Millingen.

Avantajele acestui procedeu alloplastic sunt însă făcând ab-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

stracţie de rezultatul estetic mai convenabil, şi de ordin *technic şi al economiei de timp.* Nu se mai pierde vremea cu prepararea migăloasă a grefei autoplastice din mucoasă sau cartilaj, nu mai trebue o dedublare a plăgii şi a traumatismului psihic al bolnavului. Pelicula de ou fiind de natură keratinoasă şi de vitalitate nelimitată, întrebuinţarea ei nu aduce riscul unei necroze ca la grefa autoplastică, unde se întâmplă des această complicaţiune.

Bineînţeles că acest procedeu marginoplastic se poate întrebuinţa cu folos numai în acele cazuri de trichiază parţială sau totală, unde este indicată orice altă marginoplastie, exceptându-se dar acele cazuri complicate, unde se impune o ablaţiune totală a plastronului ciliar (Polistichie, entropion foarte mare, etc.).

Schemele alăturate ilustrează în mod clar felul execuţiunei acestei technici destul de uşoare şi accesibile pentru orişicine.

Ţin să relevez, că în trei cazuri, unde technica iniţială fusese încă defectuoasă, rezultatul operator a rămas totuşi satisfăcător, (redresarea cililor fiind de 30 grade), cu toate că după 4—5 zile pelicula grefată s'a eliminat, fie că firele s'au rupt înainte de vreme, căscând plaga, fie că crăpătura a rămas dela început neacoperită complect.

Acest fapt curios se explică probabil prin împrejurarea, că în intervalul eliminării succesive şi încete a peliculei de ou, se formase între timp un strat de ţesut neoformat dedesuptul lui, care s'a interpus la rândul lui între buzele disecate ale plăgii intermarginale, formând aşa dar un fel de *„autoinclavat"* interstiţial, care produce acelaş efect ca şi grefa alloplastică sau ca şi grefonul autoplastic luat din altă parte.

Evidenţiând prin faptele clinice relatate utilitatea şi în primul rând simplicitatea şi absoluta nenocivitate a aceste metode, sper că onoraţii clinicieni competenţi nu vor ezita de a-o încerca, pentru a se încredinţa dacă merită consideraţiunea cuvenită sau nu.

Regret foarte mult, că din lipsa mijloacelor technice necesare n'am reuşit să fotografiez aceste cazuri operate, după cum aş fi dorit, cari fotografii ar fi fost foarte demonstrative şi edificatoare. Sper să pot reveni cu alt prilej cu un nou material de observaţie.

LITERATURA

1) *Goldjeder* Ueber Marginoplastik mit hautfreim Ohrknorpel, Klin. Monatsblaetter f. Augenheilkde 1931, vol. 86, pag. 228 — 2) *Brecher*: Sur la greffe intermarginale de la pellicule d'oeuf, nouvelle methode marginoplastique simplifiée pour le traitement chirurgical du Trichiasis., Folia Orientalia Ophthalmolgica, vol. II, 1936, fasc. 2, pag 149. — 3) *Brecher I.*: Ueber eine neue Modification der Zyklodialyse durch Inclavation von Eischalenhaut. Klin. Monatsblaetter f. Augenheikde, 1936, vol. 96, pag. 236. — 4) *Brecher I.*: Ueber eine neuartige Schutzplastik der Hornhaut. Der biologische Schutzverband des Auges mit der Vogeleischalenhaut-Membrana testacea-Muench. Med. Wohschr., 1936, No. 24, pag. 976. — 5) *Brecher I.*: Despre un mijloc de protecţie a corneei în cursul tonometriei. Cernăuţi Medical, Anul III, 1936, Nr. 3, pag. 181. — 6) *Brecher I.*: Ueber eine einfache Hornhautdeckschutzmethode und die Nuezlichkeit deren Anwendung bei der Tonometrie. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkde 1936, vol. 96, pag. 508 — 7) *Lampe*: Ueber die Verwendbarkeit der Schalenhaut (membrana testacea) des Vogeleies in der Chirurgie, Zentralbl. f. Chirurgie, 1933, Nr. 172, pag. 893 — 8) *Choinacki P.*: Mittels Huehnereihaeutchens geheilter Fall von Hornhautfistel, Klinika Oczna (polon.)

1934, vol. 112, pag. 502, refer. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkde, 1935, vol. 94, pag. 122. — 9) *Filatoff*: Sur la technique de la transplantation partielle pénétrante de la cornée, Arch de Ophth. Hispan-Americ. Sept. 1934, refer. Annal. d'Oc. 1935, vol. 172, pag. 893.

I. BRECHER: *Sur la greffe intermarginale de la pellicule d'oeuf, nouvelle méthode marginoplastique simplifiée pour le traitement chirurgical du Trichiasis.*

L'auteur décrit un nouveau procédé très simplifié de marginoplastie antitrichiasique, consistant dans l'implantation d'une pellicule d'oeuf dans l'incision intermarginale, en remplacement de tout autre tissu d'origine autoplastique (muqueuse buccale ou cartillage).

Le procédé, appliqué à 16 malades avec Trichiasis s'est montré très aisé et efficace, en se prétant convenablement, pour tous les cas, ou suffit une simple interposition intermarginale. Les avantages de cette opération marginoplastique modifiée sont: le materiel alloplastique proposé (pellicule d'oeuf), est facilement procurable, l'opération très simple et courte, les inconvenients d'une deuxième plaie sont epargnés tant au pacient, quant à l'opérateur. La membrane inclavée est tolerée très bien par le tissu humain, n'eutrainant pas aucune réaction d'irritation ou gonflement de la paupière, le résultat cosmétique s'avéra aussi comme très satisfaisant, ne résultant pas aucune prolifération par la membrane invaginée dans l'interstice intermarginal, l'éversion des cils était de 30-45 grades.

L'auteur conclut en se basant sur ses travaux précédents et ses applications ci-dessus sur l'utilité et l'innocuité de sa méthode.

I. BRECHER: *Ueber eine neuartige Schutzplastik der Hornhaut. Der biologische Schutzverband des Auges mit der Vogeleischalenhaut*

Es wird ein neues marginoplastisches Verfahren gegen die Trichiasis beschrieben, das in der *Einlagerung* von Huehnerei Schalenhaut in den intermarginalen Schnitt besteht, als Ersatz fuer anderes Material autoplastischen Ursprungs (Lippenschleimhaut oder Knorpelgewebe). Das Verfahren eignet sich fuer alle Faelle partieller oder toataler Trichiasis, wo eine einfache Einlagerung genuegt. Die Vorteile dieser neuen Methode sind: das vorgeschlagene alloplastische Material ist leicht zu beschaffen, die Operation denkbar einfach, und es bleibt sowohl dem Operatuer als auch dem Patienten die Unannehmlichkeit einer zweiten Wundsetzung erspart.

Verfasser berichtet ueber zufriedenstellende Erfolge bei weiteren 16 Faellen, wo dieses Inclavationsverfahren angewendet wurde. Das *Schalenhautinclavat* wunde in allen Faellen reactionslos vertragen, der Lidrand bleibt nicht verdickt oder zottenfoermig entstellt, wie bei anderen Verfahren, die Eversion der Wimpern ist genuegend gross (30-45 Grade).

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

CINCI ANI DE ACTIVITATE CHIRURGICALA A SPITALULUI DIN PIATRA NEAMŢ

de

D-r CONSTANTIN EFTIMIE şi **D-r ST. MARIN**
Medic primar chirurg — Medic secundar

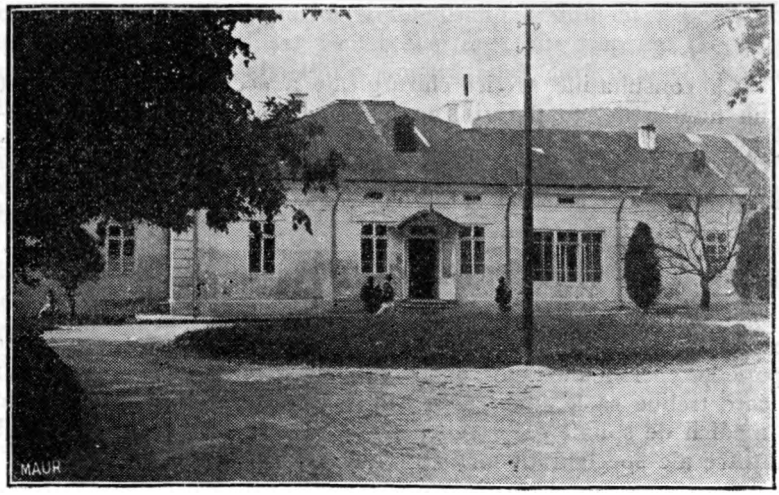
Chirurgia în oraşele mici de provincie, întâmpină greutăţi necunoscute în centrele mari; la lipsa de materiale, personal, se adaugă adesea şi lipsa de locale proprii înzestrate cu toate cele necesare, lipsuri datorite fie sărăciei materiale generale, fie mentalităţii prea centralistică care ne predomină.

Spitalele judeţene în oraşele din vechiul regat, au fost considerate ca o instituţie de mâna a doua.

Ca o dovadă este că până acum un an, doi, în cele mai multe oraşe din vechiul regat, capitale de judeţ, spitalele erau mixte sau cu cel mult două secţii mici cu un număr de paturi foarte redus. De exemplu: In Piatra Neamţ la o populaţie de 32.000 locuitori, spitalul avea 50 de paturi pentru două secţii până acum un an, iar până în anul 1930 era un spital mixt cu numai 30 de paturi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

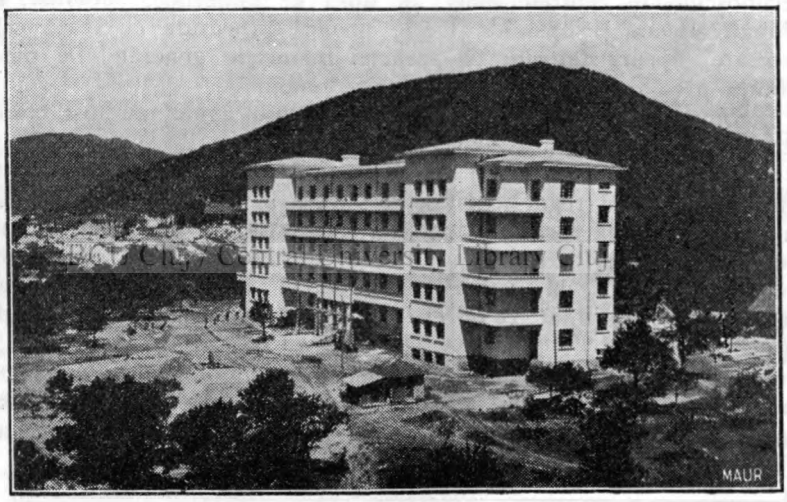
Cu totul alta era situaţia în Ardeal, unde oraşul Sighişoara cu 18.000 locuitori, avea un spital cu mai multe secţii şi cu un număr de aproape 400 paturi, cam acelaşi lucru la Lugoş, Sighetul Marmaţiei, iar în Basarabia, Tighina şi Orheiul.



Mărirea spitalelor, dublarea lor în secţiuni şi toate progresele unei bune organizări spitaliceşti sunt datorite exclusiv Domnului Ministru D-r I. Costinescu, care a dat toată atenţia medicinei curative, legându-şi pentru totdeauna numele pentru această operă. Mărirea spitalelor, înzestrarea lor cu materialul corespunzător progreselor ştiinţifice, o descentralizare medicală pe centre judeţene, a fost nu numai un deziderat al populaţiei nevoiaşe, care nu putea veni să se trateze în centrele mari dar şi tuturor oamenilor politici cu dragoste sinceră pentru această populaţie.

Dar această necesitate a centrelor chirurgicale provinciale, nu a devenit operantă decât în momentul când medicii locali, prin activitatea lor au dovedit-o şi evidenţiat-o prin munca lor zilnică, prodigioasă chiar în spitalele vechi dărăpănate.

In ultimul an toate capitalele de judeţ din vechiul regat, au ajuns să aibă şi ele spitale mari pe specialităţi.



La consultaţiile secţiei chirurgicale a acestui spital, deservită de un număr de 30 paturi s'au prezentat în cursul anilor 1931—1935, 24.344 bolnavi, dintre care 15.693 bărbaţi şi 8.651 femei.

Au fost internaţi şi trataţi în această secţie 4.806 bolnavi, dintre care 2.541 bărbaţi şi 2.265 femei.

S'au efectuat 4.684 operaţii.

STATISTICA

Statistica unui spital din provincie constitue nu numai o recapitulare a unei activităţi, un auto control spre formarea unei experienţe personale, dar şi o enumerare a tuturor greutăţilor pe care trebue să le învingă în aceste medii din oraşele de provincie medicii de spitale care trebue să fie la curent cu toate progresele ştiinţifice ale specialităţii lor.

Anestezia întrebuinţată a fost:

1. Rachianestezia pentru abdomen, bazin şi membrele inferioare cu novocaină sau sincaină 8% în injecţii de 0,009—0,14 ctgr.

Rachianestezia întotdeauna a dat rezultate excelente, fără a avea în nici un caz alte accidente decât uşoară cefalee.

Acţiunea de scoborîre a tensiunei arteriale după rachianestezie, necesită o injectare prealabilă a unei cafeine, adrenaline, în cantitate variabilă după caz.

Accidentele citate de mai mulţi autori (paralizii, şocuri rachianestezice) ne fac să ne asociem la credinţa regretatului nostru Prof. D-r Juvara, cum că aceste accidente grave ale rachianesteziei, ar fi datorite de cele mai multe ori unei greşeli technice:

Intrebuinţarea de ac prea gros, manevrarea şi traumatizarea cu el a măduvei spinării, barbotaj brusc al lichidului cefalo-rachidian, etc.

Combaterea cefaleei care este mai frecventă la orăşeni şi intelectuali în proporţie de 15—20%, am tratat-o în cazurile când apare după gravitate: antinevralgice, injecţii intravenoase cu ser glucozat şi hipertonic 30%, 10—15 cmc. sau cu apă distilată în aceiaşi cantitate.

2. Anestezia generală pentru membrele superioare şi cap, cu cloroform dat cu masca lui Ombredanne, iar cu kelen în cazurile ce necesita o intervenţie de scurtă durată.

3. Anestezie locală şi regională cu soluţie de novocaină de 4%. Este de remarcat bunele rezultate obţinute pentru tiroidectomii cu anestezia locală şi regională prin anestezierea plexului cervical superficial.

Operaţiile cele mai numeroase au fost apendicitele cronice în număr de 426 faţă de 23 acute. Aceasta se datoreşte faptului că bolnavei fie din cauza distanţei, fie din cauza neştiinţei vin la spital, la câteva zile dela declararea crizei aşteptând pentru a fi, operaţi la rece.

Am avut toate rezultatele excelente întrebuinţând pentru secţionarea apendicelui, bisturiul şi tincturând bontul cu o pensă muiată în tinctură de iod, iar pentru scurtarea din timp am făcut ligatura mezoului apendicelui într'o singură ansă, fără a avea niciodată vre-o neplăcere.

4. Fracturele în special de gambă şi antebraţ (fiind o regiune muntoasă şi cu o intensă exploatare de păduri). De aceea este nevoe de a înfiinţa o instalaţie de mecanoterapie, pentru a combate complicaţiile tardive ale fracturilor.

5. Avorturile provocate se practică pe o scară întinsă, fie din cauza crizei economice, fie din cauza dorinţei de a nu avea copii, fie din cauza mediului industrial în care adesea ambii părinţi lucrează în fabrică. Din cauza restricţiei legilor sunt provocate pe ascuns în condiţii cât se poate de proaste, venind la spital pentru a fi complectate.

In curetajul uterin am întrebuinţat burajul uterului cu o faşă de tifon înmuiată într'o soluţie foarte slabă de tinctură de iod in-

trodusă în uter cu un tamponator metalic compus dintr'un cilindru şi un piston dinţat care împinge meşa în fundul uterusului.

Burajul făcut în acest scop, asigură hemostaza şi drenajul cavităţii uterine. Principiul acestui procedeu este asemănătoar procedeului fizio-patologic ce se produce după un avort neprovocat.

In cavitatea uterină se formează un chiag de sânge care mulează cavitatea uterină, opreşte emoragia, antrenează în formarea sa resturile formate în cavitate. excită contracţia muşchiului uterin şi după o zi sau două se elimină.

6. Frenicectomiile sunt dese. Oraşul Piatra Neamţ fiind staţiune climaterică cu o altitudine de 400 m. şi la 14 km. depărtare de Sanatorul tbc. Bisericani. Operaţia a fost făcută cu anestezie locală bolnavilor ambulanţi, practicând metoda lui Sauerbruch, incizia de 2—3 cm. lungime şi la 2 cm. deasupra şi paralel cu clavicula.

Descoperirea şi smulgerea cu prudenţă a nervului frenic.

Mortalitatea cea mai mare a fost la herniile încarcerate (în număr de nouă), precum şi la ocluziile intestinale (în număr de şase). Aceasta din cauza greutăţii cu care bolnavii rurali se hotărăşte în asemenea cazuri să vie la spital, întârziind până atunci când peritonita şi flegmonul stercoral sunt formate.

Această statistică este concretizarea energiilor convergente dintr'un timp de cinci ani a unui chirurg cu echipa sa de colaboratori devotaţi şi entuziasmaţi pentru progresul instituţiei lor.

Este o învingere a tuturor greutăţilor de ordin formalistic şi material prin care a trecut Ministerul Sănătăţii Publice, nu totdeauna bogat cu spitalele.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar este şi rezultatul unor încurajări bine voitoare din partea tuturor autorităţilor sanitare cât şi locale şi un sentiment de obiectivitate ne face să aducem mulţumiri atât fostului Inspector General Sanitar D-r P. Cazacu şi actualului Inspector General Sanitar D-r T. Bulău, precum şi toate autorităţilor locale din ultimii cinci ani de zile.

CAP, GÂT, FAŢĂ.

1. Plagă cu înfundare craniană în regiunea parietală dreaptă, cu hernierea substanţei cerebrale, orbire. — Trepanaţie.
2. Plagă cu înfundare craniană, a phaziei. — Trepanaţie.
12. Infundare craniană. — Trepanaţie.
16. Cancer al buzei inferioare — Extirpare.
2. Cancer al buzei superioare. — Extirpare.
12. Buză de epure. — Cheiloplastie.
3. Gură de lup. — Rezecţia promotorului, plastie.
34. Guşe. — Tiroidectomie parţială.
3. Sinusita maxilarului superior. — Deschis curetaj.
1. Sinusită frontală. — Trepanaţia sinusului frontal drept, drenaj nasal şi frontal.
2. Cancroid regiunea sprincenară. — Termocauterizare.
11. Neoplasm al pleoapei inferioare — Termocauterizare.
2. Ectropion al pleoapei inferioare. — Corectare.

15. Chalasion. — Enucleare.
9. Corpi streini cornee. — Extragere.
1. Vegetaţie a globului ocular. — Extirpare.
2. Negi unghiul intern al ochiului. — Ligatură, excizie, cauterizare.
3. Abces pleoapa inferioară. — Deschis.
3. Abces regiunea sprincenară. — Deschis.
2. Tumoare mixtă parotidiană. — Extirpare.
1. Grenuetă cu prelungire în regiunea cervicală. — Extirpare.
6. Angiom al feţei. — Extirpare, cauterizare.
1. Epiteliom regiunea facială. — Extirpare.
3. Meningocel. — Extirpare
1. Vegetaţie obraz. — Termocauterizare.
5. Lupus al feţei. — Termocauterizare.
1. Lupus al nasului. — Termocauterizare.
2. Abces parotidian. — Deschis.
11. Abces regiunea facială. — Deschis.
11. Furuncul cap. — Deschis, curetaj.
4. Furuncul antracoid ceafă. — Deschis, curetaj.
3. Cicatrice vicioasă a obrazului. — Corectare.
1. Cancer al larinxului şi flegmon cervical. — Deschis, drenaj.
3. Fistulă regiunea cervicală anterioară. — Extirparea traectului fistulos.
23. Adenită cervicală. — Extirpare.
18. Abces regiunea cervicală. — Deschis, drenaj.
17. Flegmon regiunea cervicală. — Deschis, drenaj.
2. Adenită submaxilară supurată. — Extirpare
13. Limf. adenită cervicală. — Puncţie, injecţie Callot.
87. Adenită tbc. a gâtului. — Puncţie, soluţie Callot sau curetaj, sau iradiţie cu ultra violete.
1. Corpi streini regiunea cervicală. — Extracţie.
1. Neoplasm al limbei. — Extirpare.
2. Papilom al limbei. — Extirpare.
4. Abces sub lingual. — Deschis.
4. Epulis gingivalis. — Extirpare, Termocauterizare.
24. Aderenţe a frenului limbei. — Incizie.
86. Carie dentară. — Extracţie.
14. Colţi dentari. — Extracţie.
1. Chist dentar. — Extirpare.
51. Abces dentar. — Deschis.
1. Epilepsie. — Trepanaţie bilaterală largă, în fosa temporală, procedeul lui Cuschinng.
4. Plagă prin armă de foc în regiunea temporală cu retenţia glontelui. — Extracţia glontelui.
1. Plagă prin armă de foc regiunea temporală. — Debridarea superficială a plăgii.
1. Plagă împuşcată regiunea cervicală laterală stângă de 10 cm. — Sutură.
54. Plăgi tăiate faţă. — Sutură.
19. Plăgi tăiate regiunea occipitală. — Sutură.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

5. Plăgi tăiate regiunea parietală. — Sutură.
6. Plăgi tăiate buză cu dislocarea dinţilor. — Extracţie dentară şi sutura plăgii.

OTO RINO LARINGOLOGIE.

20. Mastoidită.
6. Mastoidită.
8. Abces retro mastoidian.
1. Parotidită. — Deschis.
2. Abces pavilionul urechii. — Deschis.
3. Plagă tăiată a urechii. — Sutură.
3. Furuncul ureche. — Deschis.
9. Polipi ai conductului auditiv extern. — Extirpare.
18. Corpi streini ureche. — Extracţie.
5. Otită medie supurată. — Evidare, petromastoidiană.
15. Otită medie supurată acută. — Paracenteza timpanului.
33. Cerumen ureche. — Extragere.
9. Hipertrofia cornetelor nasale. — Rezecţia parţială a cornetelor.
1. Polipi nasali, deviaţia de sept. — Rezecţia cornetelor şi corectarea deviaţiei.
43. Polipi nasali. — Extirparea cu ansa.
16. Corpi streini în nas. — Extragere.
105. Hipertrofia amigdalelor. — Amigdalectomie.
37. Abces amigdalian. — Incizie.
1. Corpi streini intra-tracheal. — Extirparea prin tracheotomie.
1. Crup difteric. — Tracheotomie.
14. Vegetaţie adenoide. — Curetaj.
1. Polip laringian. — Extirpare.
1. Nodul ai coardelor vocale. — Extirpare.
1. Laringită tbc. — Injecţie neurolitică pentru nervul laringian superior, extirparea ganglionului laringian lateral.
1. Plagă cu secţionarea tracheei. — Sutura tracheei.

T O R A C E.

2. Chist hidatic al plămânului. — Costotomie, extirparea membranei germinative.
21. Pleurezie purulentă. — Rezecţie de coastă, drenaj, (procedeul Juvara cu lambou în supapă).
10. Pleurizie purulentă. — Puncţie.
1. Hidro-pio-pneumotorax. — Rezecţie de coastă, drenaj.
76. Tbc. pulmonar. — Frenicectomie.
20. Mastită. — Incizie, drenaj.
4. Cancer al mamelei. — Extirparea mamelei, operaţia lui Halstet.
2. Fibrom al mamelei. — Extirpare.
1. Abces al mamelei. — Deschis.
2. Fistulă costală. — Rezecţie costală.
2. Corpi streini hemitorace. — Extragere.
1. Plagă înjunghiată cu perforarea pleurei. — Sutură.
4. Plăgi hemitorace. — Sutură.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ABDOMEN, STOMAC.

9. Ulcer gastric. — Rezecţia parţială a stomacului.
3. Ulcer gastric recidivant. hematemeză. — Transfuzie de sânge repetată.
11. Stenoza pilorului. — Gastro-entero-anastomoză.
6. Cancer al pilorului. — Gastro-entero-anastomoză.
7. Cancer stomacal aderent inoperabil. — Laparatomie exploratrice.
2. Gastro-phtoză. — Gastropexie.
2. Corpi streini în esofag (monedă a 1 leu). — Extragere.
1. Corpi streini esofag (os de carne). — Extragere.
1. Stenoză esofagiană. — Esofagoplastie, esofagostomie, gastrostomie timp 1 (operaţie făcută cu D-l Prof. D-r I. Jianu).
1. Stenoză esofagiană. — Gastrostomie.
3. Tumoare abdominală inoperabilă. — Laparatomie exploratrice.
2. Plagă penetrantă în hipocondrul stâng cu hernierea epiplomului. — Laparatomie mediană.
1. Plagă penetrantă cu perforarea diafragmului şi stomacului. — Laparatomie, sutura stomacului prin înfundare, drenaj.
1. Plagă penetrantă abdominală cu hernierea intestinului gros. — Laparatomie laterală.
1. Plagă penetrantă abdominală cu hernierea intestinului subţire. — Laparatomie mediană.
1. Plagă împuşcată cu orificiul de intrare în regiunea epigastrică, perforarea peretelui abdominal drept şi a peritoneului, perforarea cecului în dreptul apendicelui cu retenţia glontelui. — Laparatomie supra şi sub ombilicală, extracţia glontelui, sutura cecului, drenaj.
1. Plagă împuşcată cu orificiul de intrare în hipocondrul drept, retenţia glontelui, în hemitoraxul stâng. — Extracţia glontelui.
1. Aderenţă abdominal post operatorie. — Laparatomie, debridare.
15. Intoxicaţie voluntară. — Spălătură de stomac.

INTESTIN.

426. Apendicită cronică. — Apendicectomie.
23. Apendicită acută. — Apendicectomie, primele 36 de ore.
7. Flegmon peri apendicular. — Deschis, drenaj.
1. Apendicită acută, parotidită. — Transfuzie de sânge.
1. Apendicită cronică, anexită dreaptă cu aderenţă inoperabilă. — Laparatomie exploratrice.
1. Tumoarea cecului inoperabilă. — Laparatomie exploratrice.
1. Corpi streini în cec (dantură falşă) Extragere.
1. Neoplasm al capului pancreasului inoperabil. — Laparatomie exploratrice.
17. Ocluzie intestinală prin torsionarea mesenterului. — Laparatomie detersionare.
2. Eventraţia liniei albe sub ombilicale cu aderenţa intestinului subţire. — Debridarea ansei intestinale, refacerea peretelui.
4. Eventraţia abdominală sub ombilicală post operatoriu. — Refacerea peretelui.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. Plagă penetrantă subombilicală cu hernierea intestinului subţire. — Laparatomie, sutura intestinului.
162. Hernie inguinală. — Cură radicală.
10. Hernie inguinală bilaterală. — Cură radicală.
27. Hernie inguinală încarcerată. — Cură radicală.
1. Hernie inguinală încarcerată cu flegmon stercoral. — Deschis, debridat.
1. Hernie inguinală încarcerată cu spacelarea ansei intestinale. — Resecţia intestinului, entero-anastomoză, latero-laterală.
1. Hernie inguinală directă. — Cură radicală.
5. Hernie crurală. — Cură radicală.
1. Hernie crurală încarcerată. — Cură radicală.
1. Hernie crurală veche, stercoral. — Anus contra naturei.
1. Hernie crurală cu sfacelarea ansei intestinale, peritonită. — Anus contra naturei.
6. Hernie ombilicală. — Cură radicală.
1. Hernie epigastrică. — Cură radicală.
2. Hernia liniei albe supra ombilicale. — Cură radicală.
75. Hemoroizi. — Ligatură, excizie, termocauterizare.
2. Vegetaţie regiunea anală. — Extirpare, termocauterizare.
6. Prolaps rectal. — Reducere.
3. Stenoză rectală neoplasică. — Anus contra naturei.
3. Stenoza anală. — Dilataţie.
1. Imperforaţie anală. — Debridare.
15. Fisură anală. — Dilataţie.
4. Fistulă anală. — Dilataţie, extirparea traectului fistulos.
4. Abces regiunea anală. — Deschis.
1. Plagă sdrobită regiunea anală.

Biblioteca Centrală University Library Cluj

F I C A T.

17. Colecistită calculoasă. — Colecistectomie.
6. Colecistită calculoasă. — Colecistostomie.
1. Colecistită, anemie pernicioasă. — Transfuzie de sânge.
1. Neoplasm al ficatului. — Colecistostomie.
3. Chist hidatic al ficatului. — Extirpare.
1. Abces al ficatului. — Deschis drenaj.
1. Abces subhepatic. — Deschis drenaj.
1. Fistul colecistică. — Extirparea vezicii biliare.
1. Fistulă vezico-biliară. — Extirparea parţială cu înfundare.

P E R I T O N E U.

44. Ascită-paracenteză.
6. Peritonită tbc. — Laparatomie.
1. Peritonită tbc. a colonului ascendent. — Laparatomie.
2. Peritonită generalizată. — Laparatomie în butonieră Murphy.
1. Peritonită inchistată în bazin şi fosa iliacă stângă. — Laparatomie, drenaj.
1. Peritonită fibro-adezivă. — Laparatomie.
1. Peritonită pneumococică. — Deschis, drenaj.

2. Obesitate cu relaxarea peretelui abdominal. — Resecţie eliptică sub ombilicală a tegumentelor cu ţesut adipos.
1. Peritonită de origină apendiculară. — Deschis, drenaj.

OBSTRETICA.

1. Hidro-amnios cu sarcină generală. — Histerectomie sub totală.
9. Prezentaţie pelviană. — Extracţia fătului.
12. Strâmtoare de bazin, inerţie uterină. — Cezariană.
1. Sarcină a 7-a lună. — Hiposistolie-Cezariană.
1. Sarcină transversă cu prolabarea membrului superior, ruptură uterină. — Histerectomie sub totală.
18. Poziţie transversă simplă sau cu prolabarea unui membru. — Versiune podalică.
15. Poziţie transversă şi făt mort cu prolabare. — Embriotomie.
15. Forceps după indicaţii.
3. Fenomene eclamptice.
7. Retenţii de placentă. — Curetaj uterin.
5. Retenţii de placentă. — Deslipire manuală.
13. Naşteri premature.
150 Naşteri normale.

GINECOLOGIE.

36 Endometrite hemoragice polipoase. — Curetaj uterin.
32 Avorturi terapeutice. — Curetaj uterin.
47. Avort în curs. — Curetaj uterin.
113. Resturi post-abortum. — Curetaj uterin.
49. Metroragie post-abortum. — Curetaj uterin.
3. Metrită cronică. — Curetaj uterin, cauterizarea colului uterin.
1. Metrită cronică, salpingită bilaterală. — Histeretomia fundică.
18. Sarcină extra-uterină tubară. — Extirparea trompei şi sarcinei.
1. Sarcină extra-uterină bilaterală cu evoluţie simultană. — Histerectomie fundică.
1. Litophedeon. — Laparatomie extragere.
26. Anexită cronică. — Salpingectomie uni sau bilaterală.
67. Fibrom uterin. — Histerectomie subtotală.
2. Fibrom uterin. — Metroragie-curetaj uterin.
1. Uter fibromatos gravidic. — Laparatomie, enuclearea fibromului.
28. Chist de ovar. — Extirpare.
12. Chist de ovar aderent. — Marsupializarea chistului.
2. Chist de ovar torsionat. — Extirpare.
4. Ovarită sclerochistică. — Ovariotomie unilaterală, cauterizarea ovarului rămas.
6. Cancer uterin. — Histerectomie subtotală.
13. Cancer uterin inoperabil. — Rezecţia plexului presacrat şi ligatura arterelor hipogastrice operaţia lui „Cotte".
1. Neoplasm uterin, anexită dublă. — Salpingectomie bilaterală, ligatura arterelor hipogastrice, rezecţia plexului presacrat.
1. Neoplasm al colului uterin. — Cauterizarea vegetaţiilor depe col.
7. Retroversiune. — Histeropexie Doleris-Bardescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

6. Prolaps uterin. — Histeropexie-Bardescu colpo-perineo-rafie.
7. Prolaps uterin. — Colpo-perineo-rafie.
1. Prolaps vesico-vaginal. — Perineo-rafie.
5. Pelviperitonită. — Colpotomie.
20. Polipi uterini sub mucoşi acuzaţi prin col. — Extirpare prin torsionare-curetaj uterin.
2. Stenoza colului uterin. — Dilataţie.
5. Stenoza colului uterin. — Dilataţie, curetaj uterin.
1. Chist al colului uterin. — Extirpare.
1. Chist al vaginului. — Extirpare.
1. Corp străin în vagin. — Extragere.
9. Vegetaţii vulvare. — Extirpare, cauterizare.
10. Bartolinită. — Extirpare.
1. Ruptură perinială. — Sutură.
1. Infecţie puerperală cu perforaţie uterină. — Histerectomie subtotală.
5. Infecţie puerperală. — Transfuzie de sânge.

CHIRURGIA ORGANELOR GENITO-URINARE.

6. Fimoză. — Rezecţie.
1. Parafimoză. — Debridare.
2. Stricturi uretrale, retenţie de urină. — Cistostomie.
3. Calculi uretrali. — Extragere.
4. Polipi uretrali. — Extirpare.
1. Plagă traumatică a meatului urinar. — Termocauterizare.
1. Gangrena penisului şi a scrotului. — Extirparea ţesutului gangrenos.
8. Varicocel. — Rezecţia pachitului varicos.
16. Hidrocel. — Rezecţia totală a vaginalei.
1. Hidrocel tuberculizat. — Castraţie.
3. Hidrocel. — Puncţie evacuatorie.
1. Epiteliom malpighian al penisului. — Circumcizie.
6. Orhiepididimită tbc. — Castraţie.
3. Orhiepididimită tbc. — Epididectomie.
4. Ectopie testiculară. — Scoborîrea testiculului şi fixarea lui.
1. Ectopie testiculară, tumoare abdominală, seminom? — Laparatomie exploratrice.
1. Sarcom al testiculului. — Castraţie.
1. Orchită fistulizată. — Deschis, drenaj.
1. Flegmon al testiculului. — Deschis, drenaj.
1. Plagă sdrobită, regiunea scrotală şi peniană cu perdere de substanţă (emulgerea scrotului şi denudarea testiculelor). — Sutură, plastie.
1. Plagă tăiată, scrot. — Sutură.
1. Chist al glandelor lui „Cooper". — Puncţie, extracţia lichidului, injecţie caustică.
1. Flegmon urinos. — Deschis larg, drenaj.
17. Hipertrofie de prostată. Prostatectomie în doi timpi.
3. Calculi vezicali. — Cistostomie, extragerea calculelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. Retenţie de urină. — Cistostomie.
1. Prolaps vezical. — Colporafie.
1. Polip, gâtul vezicei urinare. — Extirpare.
3. Fistulă vezico-vaginală. — Laparatomie, denudarea utero-vezicală
3. Neoplasm renal. — Nefrectomie.
1. Pionefroză. — Nefrectomie.
2. Pionefroză. — Nefrostomie.
1. Calculi renali. — Nefrostomie.
1. Tumoarea rinichiului, aderentă neextirpabilă. — Incizia lojei renale.
2. Flegmon peri-nefritic. — Deschis, drenaj.
2. Abces perinial. — Deschis.

MEMBRE ŞI OPERAŢII GENERALE.

78. Adenită inguinală. — Incizie, drenaj.
18 Hidro-adenite. — Incizie, curetaj.
4. Adenită strumoasă, bilaterală. — Extirparea massei ganglionare.
8. Varice. — Extirparea venelor varicoase.
2. Varice. — Ligatura în etaje a veni safene interne.
8. Varice. — Injecţii sclerozante.
5. Ulcer varicos. — Injecţii sclerozante.
12. Furuncul. — Incizie, drenaj.
5. Furuncul antracoid. — Incizie, curetaj.
154. Abcese calde. — Deschis.
11. Abcese reci. — Puncţie, Callot.
18. Flegmon fesă. — Deschis.
BCU Cluj / Central University Library Cluj
120. Flegmoane membre. — Deschis, drenaj.
82. Panariţiu. — Deschis, drenaj.
145. Plăgi tăiate accidentale. — Sutură.
2. Plăgi tăiate antebraţul drept cu secţionarea tendoanelor. — Sutură.
22. Unghie incarnată. — Extirpare, rezecţie cuneiformă a matricei.
35. Lipom. — Extirpare.
3. Sarcom incapsulat al gambei. — Extirpare.
21. Chist sinovial. — Extirpare.
82. Chist sebaceu. — Extirpare.
9. Chist dermoid. — Extirpare.
1. Chist hidatic muscular. — Extirpare.
3. Papilom. — Extirpare.
1. Limfangiom. — Extirpare.
95. Corp străin (ac) membre. — Extragere.
2. Corp străin (alice) mână. — Extragere.
2. Corp străin (glonte) cu lipom. — Extracţie şi extirpare.
1. Corp străin de natură endogenă gambă. — Extirpare.
1. Neoplasm reg. posterioară a cotului. — Extirpare.
7. Hematom. — Incizie.
56. Condiloame. — Termocauterizare.
2. Spinaventoza a degetului mare. — Dezarticulaţie.
1. Spinabifida. — Extirpare.
2. Spinabifida. — Puncţie, ligatură sclerozantă.
1. Mal perforant plantar. — Simpatectomie periarterială Leriche.

1. Mal perforant flegmonizat. — Deschis, curetaj.
3. Antrax. — Termocauterizare.
2. Plagă prin armă de foc în regiunea fesieră şi retenţia glontelui în coapsă. — Extragerea glontelui.
1. Plagă prin armă de foc cu retenţia glontelui gambă. — Extragerea glontelui.
25. Plăgi sdrobite cu amputarea sau desarticulaţia degetelor. — Desarticulaţie sau amputaţie.
1. Amputaţia accidentală a antebraţului. — Amputaţia antebraţului 1/3 superioară.
1. Amputaţia accidentală a braţului. — Amputaţia braţului 1/3 mijlocie.
2. Amputaţia accidentală a coapsei. — Amputaţia coapsei 1/3 superioară.
2. Amputaţia vechi a coapsei. — Refacerea bontului.
3. Bont dureros al gambei stângi. — Amputaţie, refacerea bontului, Reżecţia peroneului.
1. Amputaţia veche a gambei, bont dureros. — Refacerea bontului.
10. Amputaţie accidentală.
3. Degete supra numerare. — Extirpare.
1. Sindactilie mână. — Eliberare.
8. Gangrena extremităţilor membrelor inferioare. — Amputaţia coapsei 1/3 mijlocie.
6. Gangrena extremităţilor membrelor inferioare. — Amputaţia gambei.
BCU Cluj / Central University Library Cluj
7. Gangrena degetelor piciorului. — Desarticulaţia degetelor.
2. Gangrenă prin congelaţie a degetelor. — Desarticulaţie.
3. Osteo-sarcom al genunchiului. — Amputaţia coapsei 1/3 mijlocie.
2. Osteita degetului mare a piciorului. — Desarticulaţie.
2. Ostiom al falangelor. — Desarticulaţie.
1. Ostiomielita a gambei. — Luxaţia genunchiului. — Amputaţia coapsei 1/3 mijlocie.
1. Artrită obliterantă a membrelor inferioare. — Simpatectomie periarterială.
1. Ostiom-condrom deget mare picior. — Extirpare.
1. Cicatrice vicioasă cu anchiloza degetului inelar mână. — Desarticulaţie.
4. Cicatrice vicioasă. — Plastie.
1. Cicatrice cheloidă. — Extirpare.
1. Tentativă de sinucidere cu secţionarea venelor braţ. — Ligatură-sutură.

ORTOPEDIE

13. Picior varus-equin. — Tenotomie, reducere, aparat ghipsat.
5. Picior varus-equin. — Reducere, aparat ghipsat.
2. Picior varus-equin. — Rezecţia cuneiformă a marginei externe a tarsului.
2. Halux-Valgus. — Rezecţia parţială a metatarsienilor, procedeul Bălăcescu-Juvara.

1. Picior strâmb congenital. — Aparat ghipsat.
1. Genunchi valg. — Rezecţia cuneiformă supra condiliană a femurului.
2. Lipsa congenitală a radiusului. — Aparat ghipsat.
28. Morbul lui Pott. — Aparat ghipsat.
2. Morbul lui Pott cu abcese. — Puncţie Callot, aparat gipsat.
2. Scolioză. — Aparat gipsat.
15. Cocsalgie. — Aparat ghipsat.
33. Fractură de femur. — Aparat ghipsat.
1. Fractura femurului ambele coapse. — Aparat ghipsat.
3. Fractura colului femoral. — Aparat ghipsat.
1. Fractura cominutivă, extremitatea inferioară a femurului cu secţionarea traumatică a arterei poplitee. — Amputaţia coapsei 1/3 mijlocie.
64. Fractura tibio-peronieră. — Aparat ghipsat.
15. Fractura tibio-peronieră. — Extensie.
15. Fractură deschisă tibio-peronieră. — Aparat ghipsat.
2. Fractură deschisă a gambei. — Osteosinteză cu ligatorul automat „Juvara".
1. Fractură deschisă a gambei cu ruptura arterei poplitee. — Amputaţia coapsei.
3. Fractura peroneului. — Aparat ghipsat.
12. Fractura bilameolară. — Aparat ghipsat.
3. Fractura rotulei. — Cerclaj.
30. Fractura claviculei. — Aparat Gerdy.
27. Fractura humerusului. — Aparat ghipsat.
2. Fractura colului humeral. — Aparat ghipsat.
2. Fractura epicondilului şi a epitrocleei. — Aparat ghipsat.
71. Fractura radio-cubitală. — Aparat ghipsat.
2. Fractură deschisă radio-cubitală. — Aparat ghipsat.
8. Fractură deschisă cu sdrobirea policelui. — Rezecţie.
1. Fractură consolidată a tibiei, osteomielită. — Trepanaţie.
1. Fractura oaselor nasale. — Reducerea oaselor, rezecţia parţială a cordetelor inferioare.
2. Fractura coloanei vertebrale, paraplegie, retenţie de urină. — Incizie, deschiderea şi curăţirea focarului de eschile, laminectomie, decompresivă.
3. Luxaţia temporo-maxilare. — Reducere.
33. Luxaţia scapulo-humerală. — Reducere.
6. Luxaţia cotului. — Reducere.
1. Luxaţia veche a cotului. — Reducere pe cale sângerândă.
2. Luxaţie deget. — Reducere.
5. Luxaţia coxo-femorală. — Reducere.
1. Luxaţia genunchiului. — Reducere.
2. Ostiomielita arcadei zigomatice. — Trepanaţie.
2. Ostiomielita maxilarului inferior. — Trepanaţie.
1. Ostiomielita calcaneului. — Curetaj.
9. Ostiomielita membre. — Trepanaţie.
1. Exostoza crestei tibiane. — Extirparea exostozei.
1. Osteocondrom deget. — Desarticulaţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

4. Tumoare albă a genunchiului. — Aparat ghipsat
9. Tumoare albă fictulizată a genunchiului. — Amputaţie.
7. Hidartroza genunchiului. — Puncţie.
1. Artrită tbc. a genunchiului picior plat. — Aparat ghipsat.
3. Artrită traumatică a genunchiului. — Aparat ghipsat.
4. Artrită traumatică a genunchiului cu plăgi penetrante. — Artrotomie.
10. Artrită supurată a genunchiului. — Deschis larg, curetaj.
2. Artrită supurată a genunchiului, anemie pernicioasă. — Transfuzie de sânge.
2. Artrită tbc. fistulizată a gambei. — Amputaţia gambei.
1. Osteoartrită tbc., articulaţia pumnului. — Aparat ghipsat.
1. Artrită tbc. deget. — Desarticulaţie.
1. Artrită tbc. fistulizată, articulaţia tibio-metatarsiană. — Deschis, curetaj.
7. Tbc. articular. — Aparat ghipsat.
2. Tbc. articular. — Puncţie, aparat ghipsat.

MORŢI.

1. Flegmon gazos al maxilarului inferior cu prelungire în regiunea cervicală. — Deschis larg.
1. Pleurezie purulentă, flebita membrului inferior, embolie consecutivă. — Costotomie.
2. Cancer stomacal, broncho-pneumonie-gastro-entero-anastamoză.
1. Pleurezie purulentă, cachexie. — Costotomie.
3. Sarcină transversă cu prolabarea membrului superior, ruptură uterină probabilă în urma tentativei nereuşite de versiune podalică, strâmtoare de bazin. — Cezariană.
2. Peritonită inchistată în bazin şi fosa iliacă stângă, septicemie. — Deschis, drenaj.
1. Peritonită generalizată. — Laparatomie în butonieră Murphy.
1. Peritonită generalizată cu ruptura traumatică a vezicei urinare, fractură de bazin. — Laparatomie, drenaj abdominal şi vezical.
2. Peritonită fibro-adezivă, ocluzie intestinală. — Laparatomie, drenaj.
1. Plagă tăiată cu infundare craniană, hernierea meningelui şi a substanţei celebrale. — Trepanaţie.
3. Plagă sdrobită cu infundare craniană, meningită. — Trepanaţie.
1. Plagă abdominală cu perforarea intestinului subţire, peritonită acută. — Laparatomie laterală şi mediană, sutura intestinului.
1. Hernie ombilicală, flegmon stercoral, erezipel regiunea ombilicală. — Deschis.
2. Hernie ombilicală incarcerată, azotemie, miocardită. — Cură radicală.
6. Hernie inguinală încarcerată, flegmon stercoral, peritonită. — Incizia flegmonului, drenaj.
3. Ocluzie intestinală, uremie, miocardită cronică, hiposistolie. — Laparatomie sub ombilicală, detorsionare.
3. Ocluzie intestinală, peritonită. — Laparatomie, drenaj.
2. Placenta praevia, strâmtoare de bazin, hemoragie. — Embriotomie.
1. Naştere la termen hidrocefal. — Embriotomie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. Cancer al colului uterin, infiltrația parametrului, azotemie post-operatorie. — Histerectomie totală.
3. Hipertrofie de prostată, broncho-pneumonie. — Prostatectomie.
1. Mastoidită, meningită. — Trepanație, paracenteza timpanului.
1. Colecistită acută, septicemie, embolie. — Colecistectomie.
1. Guşe exoftalmică, broncho-pneumonie. — Extirpare.
1. Flegmon urinos cu infiltrație de urină în perineu, flegmon gazos. — Deschis larg, drenaj.
1. Fibrom uterin, intoxicație cu cloroform. — Histerectomie sub totală.
1. Fibrom uterin multilobar, pneumonie. — Histerectomie sub totală.
1. Chist al ovarului drept, fibrom uterin sub mucos, apendicită cronică, broncho-pneumonie. — Extirpare, enucleare, apedicectomie.
1. Chist al ovarului drept, fibrom uterin, hemoragie internă. — Histerectomie sub totală.
2. Chist al ovarului multilobular şi aderent, ascită, cachexie. — Marsupializarea chistului.
2. Gangrenă senilă a membrelor inferioare. — Amputația coapsei.
1. Gangrena antebrațului, embolie. — Amputație.
2. Amputația accidentală a gambei, hemoragie, pneumonie. — Amputație.
1. Fractura deschisă a gambei cu ruptura arterei poplitee, hemoragie, embolie. — Amputație.
1. Flegmon dentar, amigdalită flegmonoasă, septicemie. — Deschis.
1. Furuncul antracoid regiunea renală, septicemie. — Deschis.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medicația calcică pe cale bucală

Calciclor Micron

Clorură de calciu chimică pură
în suc de portocale.

40 picături = 1 gr. Ca. Cl_2

Gust plăcut Toleranță perfectă-Asimilare complectă

INDICAȚIUNI:

Hemostatic în metroragii, intervenții chirurgicale, obstetricale, etc.
Remineralizator
Sedativ nervos (în insuficiențe ovariene)
Antiflogistic: (inflamațiuni utero-anexiale acute, etc.)
Tonicardiac şi **Declorurant**

Literatură şi eşantioane medicale.
LABORATORUL MICRON, Bucureşti IV, Str. Olari No 4, Tel. 4.17-87

EUGENIE SAU ETNOLOGIE?
(O confuzie şi un răspuns)

de

D-r IOSIF LEONIDA

Med. Circ. Poseşti-Prahova

Articolul meu. *„Ce poate realiza practic Eugenia la noi?"* publicat în revista „Mişcarea Medicală Română" Nr. 5—6/1935 a fost un articol buclucaş.

In buletinul Eugenic şi biopolitic Nr. 3—4/1936, d-l D-r I. Făcăoaru, criticând cele susţinute de mine, spune pur şi simplu că: *„autorul nu cunoaşte problema de care se ocupă"* şi ceva mai jos: *„nenorocirea adevărată e alta: că ne credem competenţi în anumite domenii chiar fără un minimum de pregătire"*.

Ce-mi rămâne de făcut decât să caut să dobândesc acest minimum de pregătire? Şi cum aş fi putut mai bine realiza aceasta decât studiind operile temutului meu critic, d-l D-r I. Făcăoaru?

După lectura acestor opere. *(1. Criteriile pentru diagnoza rasială. 2. Elemente de antropologie şi 3. Indicele nazal la români, săcui şi unguri)*, am rămas însă tare nedumirit.

Intr'adevăr, m'aş fi aşteptat ca ideile susţinute în buclucaşul meu articol să supere pe vre-un eugenist, când iată că au supărat pe un etnolog!

Vreau să arăt în acest articol că dacă este vre-o confuzie, atunci nu sunt eu care fac confuzie, ci alţii cari cunosc problema eugeniei, de vreme ce publică articole în buletinul eugenic.

Ce este eugenia?

Eugenia este un capitol de igenă în care se studiază mijloacele de a căpăta descendenţi sănătoşi din punct de vedere fizic şi psihic şi de a preveni degenerarea rasei.

Studiul ereditătii este baza eugeniei.

Eu cred însă că n'ar trebui să se vorbească de *„degenerarea rasei"* ci ca noi de *„degenerarea ţăranului"* pentrucă, dacă la ţăranul nostru se poate descifra diverse tipuri rasiale, după anumite criterii, ce importanţă practică poate avea aceasta *de fapt*, când se constată zilnic de către cei cari activează pe teren *că ţăranul — fie el de un tip rasial sau de altul — degenerează*, sub influenţa nefastă a acelor

trei mari cauze de degenerare: alcoolul, spirocheta şi bacilul lui Koch?

„Rasa" ţăranului este o abstracţie, care nu degenerează.

Ţăranul alcoolic, tuberculos, sifilitic, acesta da, acesta degenerează.

Nu-mi place să filozofez, de aceia în acest articol voiu aduce câteva cazuri din practica mea de aproape 6 ani în mediul rural. Să începem cu ereditatea.

Sunt legile eredităţii la om cunoscute?

O, eu sunt ignorant, dar să vedem ce spunea Grasset, care n'a fost numai un mare clinician, ci şi un mare biolog, şi un mare gânditor:

„L'étude de l'hérédité est l'étude d'un fait dont le mystère reste toujours impénétrable".

Unul din criteriile, cari servesc pentru diagnoza rasială, este, după D-l D-r Făcăoaru, *culoarea ochilor.*

Dar când procreatorii nu aparţin aceluiaş tip rasial, după care normă se transmite ereditar acest caracter?

Numărul descedenţilor la om este limitat, aşa că, cu toată bunăvoinţa, legile lui Mendel nu sunt aplicabile. Apoi transmisiunea ereditară poate să se verifice şi la a 2-a, a 3-a, a 4-a etc., generaţie. Să fim sinceri: cine poate preciza culoarea ochilor străbunicilor din partea paternă şi din partea maternă?

Natura are însă curiozităţile ei, cari sfidează competinţa eugeniştilor. Având un material de observaţie foarte întins (25.000 suflete în Circ. Poseşti) am constatat la câţiva indivizi o anomalie, care nu este chiar aşa rară, anume **heterocromia irisului,** adică individul are un ochi de o culoare — să zicem albastru — şi celalt ochiu de altă culoare — să zicem căprui. Cu toate investigaţiile anamnestice n'am putut descoperi o transmisiune creditată a acestei anomalii, care apare, deci, sporadic. Şi neavând o competinţă specială în materie de etnologie, nu pot şti dacă heterocromia irisului m'ar fi îndreptăţit să etichetez jumătatea dreaptă a individului de un tip rasial şi jumătatea stângă de alt tip rasial!

Ni s'a obiectat că noi confundăm eugenia cu medicina curativă!

Se pune întrebarea: **medicul de plasă,** — care nu cunoaşte diversele criterii pentru diagnoza rasială şi deci nu este competinte în problema eugeniei (eugenie sau etnologie?) — **care tratează o femeie gravidă sifilitică** şi previne astfel ca descendentul acestei femei să nu fie un degenerat, un stigmatizat din punct de vedere somatic şi psichic, **acest medic de plasă făcând medicină curativă nu face şi operă de eugenie?**

Pentru viitorul neamului nostru, pentru eugenia ţăranului român, ce are importanţă mai mare: a eticheta tipul rasial al ţăranului după culoarea ochilor — eventual în caz de heterocromie a irisului a stabili în jumătatea dreaptă a unui individ un tip rasial şi în jumătatea stângă alt tip rasial — sau a preveni consecinţele nefaste ale sifilisului?

Cu alte cuvinte: *cine face operă de eugenie: etnologul închis în turnul de ivoriu al ştiinţei pure (omul-fişă) sau medicul de plasă, căruia i se încredinţează sănătatea a 80% din populaţia ţării?*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un alt caz clinic ne va demonstra că o simplă ţărancă a intuit legile creditătii cu tot atâta precizie cât şi prezumţioşii oameni de ştiinţă, cari pretind să descifreze indescifrabilul.

O tânără ţărancă de 20 ani vine, însoţită de mama ei, la consultaţie, pentru că nu mai are menstruaţie de vre-o 4 luni. Nu mi-a fost greu să fac diagnoza de sarcină. Mama fetei, deşi nu excludea o asemenea posibilitate, căci fata fusese servitoare, nu părea totuşi convinsă. La termenul prevăzut fata a dat naştere unui copil de sex femenin **cu polidactilie**, câte 6 degete la ambele mâini, câte 6 degete la ambele picioare.

Când am revăzut-o, mama fetei mi-a spus:

„Domnule Doctor, tot Dvs., aţi avut dreptate. Dar ştiţi că în familia în care a servit fata mea, o soră a tânărului care şi-a bătut joc de ea, a avut de asemenea 6 degete la o mână. Astfel că, de şi el are degete ca toată lumea, nu poate să tăgăduiască de a fi tatăl copilului".

Am socotit interesant să cercetez mai cu deamănuntul acest caz.

Sora tânărului, care are 6 degete (numai la o mână) este căsătorită, dar cei trei copii ai ei nu au polidactilie. Tânărul, care n'are polidactilie, capătă un copil cu 24 degete.

Iată deci pe ţăranca noastră care cu mult bun simţ dovedeşte în mod peremptoriu paternitatea unui copil ilegitim cu simpla intuiţie a transmisiunei ereditare a polidactiliei. Oamenii de ştiinţă cari pretind a cunoaşte **„legile creditătii la om"**, ce ar fi avut de adăogat la explicaţia ţărăncii?.

Ce precizări ar fi putut ei să aducă când mecanismul transmisiunii ereditare, vectorii proprietăţilor ereditare transmise sunt lucruri — orice s'ar spune — necunoscute pentru noi?

Sunt lucruri simple, cari ne lasă confuzi: dece odată embrionul uman de la a 6-a săptămână se orientează către sexul masculin şi altă dată către sexul femenin?

Cunosc familii în cari copiii sunt numai de sex femenin şi altele în cari predomină unul din sexe, ca şi când sexul copilului s'ar moşteni cu caracter dominant când din partea paternă, când din partea maternă!

Vectorul, care transmite ereditar culoarea ochilor — deci un caracter rasial — ce a păţit în cazul heterocromiei irisului? Dece şi cum s'a ajuns să se manifeste doi vectori, în loc de unul?

Cum să interpretăm faptul că pot coexista, la acelaş individ, doi vectori de culoare diferită, având amândoi vectori rădăcini adânci, cari, se transmit, dealungul secolelor.

Sau poate trebuie să ne oprim ceva mai încoace?

Dacă noi suntem: chromosomii sunt vectorii proprietăţilor ereditare, aceasta — s'o recunoaştem — nu este o explicaţie, ci o hipoteză şi încă o hipoteză plină de mister.

Această hipoteză este tot atât de misterioasă ca şi teoria gemulelor lui Darwin, ca şi teoria plastidulelor lui Haeckel, ca şi teoria plasmei germinative a lui Weissmann.

Transmisiunea ereditară este incontestabilă, însă constatarea ei la om se face în fiecare caz aparte, a posteriori, după ce transmisiunea ereditară a avut loc (vezi cazul cu polidactilia!). Ea depă-

şeşte posibilităţile noastre de prevedere, nu se lasă încadrată într'o formulă, într'un cuvânt nu poate fi vorba de o lege (!) a eredităţii la om.

Mare mister planează şi asupra transmisiunii ereditare a polidactiliei!

Dar, în cele din urmă, polidactilia, ca şi heterocromia irisului, este o anomalie, care nu este incompatibilă cu sănătatea unui individ.

Sunt însă anomalii constituţionale grave, cari interesează în cel mai înalt grad pe eugenist.

Intr'un articol publicat în Revista Ştiinţelor Medicale[1]), am descris observaţia clinică a două familii diferite. In ambele familii tatăl era chondrodistrofic şi căsătorit cu o femeie normală. Intr'o familie, chondrodistrofia s'a transmis ereditar la 2/3 din descendenţi, 1/3 fiind normali, pe câtă vreme în a doua familie numărul descendenţilor era limitat la doi, dar amândoi copiii erau normali. Şi concluzia era că noi nu putem interzice, **într'un scop energic**, acestor copii normali să se căsătorească, având în vedere caracterul dominant al chondrodistrofiei din prima observaţie şi că s'ar putea **eventual** la prima, sau la a doua, sau la a noua generaţie a acestor copii normali să mai apară chondrodistrofici.

Căci baza ştiinţifică a eugeniei — studiul legilor eredităţii la om — încă nu este solidă.

Referindu-ne la cele spuse de Grasset, mă consolez cu ideia de a nu fi singurul care ignorez aceste legi ale naturii, legile eredităţii la om.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Statura individului chondrodistrofic adult este inferioară normalei (1,20 m.—1,30 m.), şi această stare patologică, care interesează sistemul osos, este datorită, după autori moderni ca Biedl, Pende, ş. a., unei disfuncţiuni endocrine a gl. genitale, a tiroidei, şi a hipofizei.

Statura este, după d. doctor Făcăoaru, un alt criteriu pentru diagnoza rasială. Dacă în secolul trecut era la modă antropometria simplă pentru studiul raselor de culoare diferită, astăzi nu ne mai putem limita la aceste măsurări, fără a ţine cont de influenţa sistemului glandular endocrin, asupra desvoltărei sistemului osos, deci asupra staturii individului.

Astfel considerată, statura individului nu ne mai apare ca un criteriu pentru diagnoza rasială, ci ca o rezultantă a complexelor acţiuni reciproce a diverselor glande endocrine.

Este un adevărat anacronism, a voi să descifrezi diverse tipuri rasiale la ţăranul român, după măsurarea staturii lui, când totul nu este decât expresia unor complexe acţiuni fiziologice, până azi numai în parte cunoscute.

Un alt criteriu pentru determinarea rasială, pe lângă culoarea ochilor şi statura, este, după d-l D-r Făcăoaru, *indicele nasal.*

---

1) Iosif Leonida. Despre hereditatea caracterelor şi anomaliilor constituţionale şi importanţa relativă a certificatului medical prematrimonial, Revista Ştiinţelor medicale 1935, No. 9.

Nasul, însă, ca şi sistemul osos, nu se desvoltă la întâmplare ci este în strânsă corelaţie cu restul organismului.

Se ştie bunăoară că la indivizi cu vegetaţiuni adenoide, nasul este când scurt şi larg la rădăcină cu nările îndreptate înainte, când ceva mai lung şi turtit în sens transversal, cu rădăcina în continuarea planului frontal; că indivizii hiperpituitarici au un nas voluminos, mai cu seamă în lungime; că în acromegalie — datorită aceasta unui adenom al hipofizei — nasul se îngroaşă considerabil (pe lângă maxilarul inferior şi părţile distale ale membrelor); că în heredosifilis nasul are o formă tipică, în şea; că acnea rozacee modifică indicele nasal al unui individ fără a putea spune totuşi că individul respectiv şi-a modificat şi tipul rasial, etc. — Ţin să remarc însă, că în determinarea indicelui nasal, trebuie să se aibă în vedere şi profesia individului: indicele nasal al unui boxeur poate să nu fie acelaş la începutul şi la sfârşitul unui match!

Las în seama celor competinţi crearea unei noui rubrici speciale pentru înregistrarea modificărilor profesionale ale indicelui nasal!

Un pumn sdravăn aplicat în regiunea nasală poate să modifice indicele nasal al unui individ, făcând dintr'un leptorin un chamerin şi să încurce serios socoteala statisticelor etnologice! [2]).

Nu mai insist asupra celorlalte criterii pentru determinarea rasială, adică culoarea părului, indicele facial şi indicele cefalic.

Noi acceptăm pe ţăran aşa cum este, fără a ne preocupa de diversele tipuri rasiale stabilite de d-l. Dr. Făcăoaru la ţăranii din Transilvania (rasa alpină, dinarică, mediterană, nordică, mongoloidă, mediterană-dalică, dalică-mediterană, nordică-mediterană, dinarică-mediterană, mediterană-alpină).

Eugenia ţăranului român nu are nimic de profitat de pe urma cunoaşterii etnologiei lui.

Se ştie că prin încrucişări meşteşugite, se poate obţine o rasă de găină care să dea multe ouă, o rasă de vacă care să dea mult lapte, o rasă de porc care să dea multă grăsime, etc.

Dar datele biologice cari rezultă din studiile făcute asupra raselor animalelor domestice, nu sunt aplicabile la om. De o adevărată cunoaştere ştiinţifică a legilor eredităţii la om. *(„Verum scire est per causas scire")*, nu poate fi vorba, după cum spuneam mai sus.

S'ar putea oare obţine *ad libitum* oameni geniali, dacă am

2) Leptorin însemnează nas subţire şi chamerin nas lat. Nu vedem întrucât numirile de hiperleptorin, leptorin, mezorin şi chamerin ar fi mai precise şi mai ştiinţifice decât cele corespunzătoare de: nas foarte subţire, subţire, potrivit şi lat! Dar d-nii etnologi preferă nomenclatura greacă, sperând că aceasta să fie inaccesibilă vulgului ignorant! Păstrând şi noi această nomenclatură, ne întrebăm: dacă se căsătoreşte un hiperleptorin cu o chamerină sau vice versa un chamerin cu o hiperleptorină, copiii (eventual nepoţii şi strănepoţii) ce indice nasal vor avea? Cine poate şti *dacă şi de ce* indicele hiperleptorin (sau chamerin) se transmite cu caracter dominant (sau recesiv) şi la ce proporţie de descendenţi sau *dacă şi de ce* indicele nasal al copiilor reprezintă media aritmetică a indicelor nasale ale procreatorilor, sau poate fi şi independent de acestea, reproducând forma şi indicele unor nasuri străbune de cari noi habar nu avem?

fi în posesia secretului ce tipuri rasiale anume trebuie să aibe procreatorii, pentru ca descendenţii lor să fie geniali?

Alchimiştii au trebuit să renunţe la visul lor — piatra filozofală, se pare că biochimiştii au renunţat la visul lor de a sintetiza în laborator substanţă vie. Sunt convins că şi eugeniştii vor renunţa la descoperirea legilor eredităţii la om, delimitând ceeace se poate cunoaşte de ceeace nu se poate cunoaşte, aşa precum a gândit şi Grasset în fraza citată.

Cele susţinute de mine acum un an jumătate n'au pierdut nimic din actualitate.

Astăzi, ca şi atunci, marile ziare cotidiane dau mereu semnale de alarmă în ce priveşte starea sanitară a ţăranului. Femeile gravide muncesc până în ultimul moment al sarcinei şi rezultatul este că avem copii debili congenitali, cari mor anual în număr de 120.000. Ftiziologii se lamentează că avem un număr infim de paturi pentru marele număr de tuberculoşi, deci izolarea lor este inexistentă. Alcoolismul, această plagă socială a ţăranului incult, este cauza că ţăranul nu poate munci suficient şi cu profit, că alimentaţia lui este insuficientă că locuinţa lui este insalubră, că trăeşte într'o mare promiscuitate — şi înfine alcoolismul debilitează organismul, făcând să cadă victima bacilului lui Koch. Când tânărul este chemat să-şi facă stagiul militar, este găsit inapt pentru o proastă desvoltare corporală.

In asemenea condiţiuni, astăzi, ca şi acum 1½ an, mă întreb: „ce poate realiza practic eugenia la noi?"

Biblioteca Universitară Library Cluj

Eugenia — nu etnologia, ca să fim înţeleşi.

Scopurile societăţii de eugenie sunt însăşi scopurile urmărite de politica sanitară a statului, cu mult înainte de a lua fiinţă această societate.

Bine înţeles când condiţiunile economice vor permite statului să combată analfabetismul, alcoolismul, tuberculoza şi sifilisul, pentru a mă limita la cele mai importante cauze de degenerare a rasei (recte a ţăranului), atunci când standardul de viaţă al ţăranului se va ridica şi ţăranca gravidă nu va mai munci până în ultima zi a sarcinei, atunci nu vom mai avea să ne temem de degenerarea ţăranului.

Atunci — să nu fie cu supărare — eugenia îşi va fi pierdut raţiunea de a fi, căci, descifrarea tipurilor rasiale la ţăranul român n'are nimic de a face cu îmbunătăţirea rasei ţăranului.

Această descifrare a tipurilor rasiale ne apare azi, când ţăranul trăeşte mizerabil, ca o operă de diletantism ştiinţific, asupra utilităţii căreia *pentru eugenie* un oarecare grad de scepticism este îndreptăţit.

Multiplicitatea tipurilor rasiale ale ţăranului român şi catalogarea lor în rubrici speciale ne apare nouă, ignoranţilor, ca o chinezerie ştiinţifică, *căci amestecul diferitelor rase, în decursul secolelor, şi regăsirea elementelor componente la ţăranul de azi cu ajutorul criteriilor de diagnoză rasială în diferite combinaţii şi proporţii este evident că se sustrage controlului riguros ştiinţific.*

Rasa ţăranului, cum spuneam mai sus, este o abstracţie care nu degenerează, nici nu poate fi îmbunătăţită. *In concreto* însă, un ţăran sifilitic poate fi tratat, un ţăran tuberculos poate fi izolat şi tratat, un ţăran poate fi împiedicat de a deveni alcoolic.

Indiferent dacă el şi descendenţii lui ar fi hiperleptorini sau chamerini, dolichocefali sau brachicefali, cu ochi albaştri, negrii sau cenuşii [3]) de tip mediteran, sau alpin, etc.

Putem rezuma gândirea noastră astfel:

Partea bună a eugeniei se confundă cu politica sanitară a statului, şi deci nu este ceva nou, ceva original.

Studiul etnologic al ţăranului, care este de dată recentă, deci ceva original, este un balast inutil *pentru eugenie*. Medicul de plasă, care este prima instanţă în realizarea politicei sanitare în mediul rural, are dreptul să-şi spună părerea în chestie de eugenie, chiar admiţând că n'ar poseda cunoştinţe speciale, de etnologie şi chiar dacă adevărul s'ar întâmpla să supere.

AEGROSAN

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ferro-Sacharat, Calcium-Sacharat, Cuprum-Sacharat.

MĂREŞTE POFTA DE MÂNCARE
PÂNĂ LA SENZAŢIA FOAMEI

Sugari: 1—20 picături în lapte copii: 20-60 picături şi adulţi 40—120 picături în lapte sau apă 3— ori pe zi înaintea meselor. Fiecare carton conţine o mensură. O diviziune=20 picături. Flac. 120 g.

Nici o turburare digestivă chiar la sugari şi bătrâni.

DOLORSAN

0.81 % Iod, Camfor, Ol. Rosmarin, Amoniac, Alcool.

Dureri nevralgice, articulare şi musculare.

Acţiune profundă. Fricţiuni uşoare. Flacon mic şi mare.

LARYNGSAN

4,52 % Iod, Camfor, Ol. Menth. pip., NH_3, Natr. coff. benz. Alcool.

Răceli, Gripă, Guturai, Catar.

1—7 picături 3 ori pe zi înaintea meselor. Flacon cu pipetă.

Exclusivitate: L. Melamed & Co., Calea Şerban-Vodă. 41, Bucureşti.

3) Observăm cu satisfacţie că pentru culoarea ochilor nu se întrebuinţează nomenclatură greacă. — Ar fi de dorit ca întreaga nomenclatură etnoantropologică să fie tradusă în româneşte. Prin aceasta nomenclatura n'ar pierde în precizie şi nici etnoantropometria în fond ştiinţific.

PRINCIPIUL REGAUD-COUTARD IN RADIOTERAPIA CANCERULUI

de

D-r EUGEN HERSKOVITS şi D-r FRANCISC HERSKOVITS

Bucureşti.

Principiul constă în aplicarea de iradiaţii prelungite, adevărată „bae de raze X", care comportă luarea unor anumite măsuri pentru menajarea pielei.

Vechiul principiu, principiul clasic în radioterapia profundă, a suferit în ultimii ani o revoluţionare, prin intrarea în scenă a unui principiu nou, în multe privinţe contrar celui clasic, legat de numele lui *Regaud* şi *Coutard*. Având în vedere pe de o parte faptul, că acest nou principiu deschide orizonturi noui în radioterapia cancerului, pe de altă parte, că metoda nouă n'a pătruns, decât într'o măsură infimă în ţara noastră, am găsit necesar să expunem în câteva cuvinte esenţa şi însemnătatea acestui nou principiu.

http://www.anvers.ro/ - Copyright

Principiul vechi în radioterapia cancerului se caracterizează prin următoarele:

1) O doză relativ mică, după *Holzknecht* 110% HED, în profunzime, cu menajarea riguroasă a pielei prin încrucişare şi filtraj relativ sever.

2) Administrarea dozei totale într'un timp cât se poate mai scurt, ca astfel doza să se cumuleze şi să aibă un efect masiv, eroic de distrugere. S'au construit în acest scop aparate, cari admiteau iradiarea simultană, prin două porţi de intrare, o ampulă fiind deasupra mesei de tratament, iar alta dedesubtul ei. După acest principiu, cultivat mai ales de şcoala germană, tratamentul ar fi avut cu atât mai multe şanse de succes, cu cât doza de cancer se administra într'un timp mai scurt.

Pe lângă această metodă clasică, s'au făcut încercări — mai ales în şcoala franceză — cu aplicarea aceleiaşi doze totale într'un timp mai îndelungat, fracţionând-o în şedinţe înmulţite.

Pfaler face un pas spre principiul nou, recomandând combinarea dozei masive, cu doze mici, fracţionate, administrate cu o intermitenţă de 2—3 zile, după terminarea terapiei masive.

Principiul nou al lui *Regaud* şi *Coutard* este bazat pe următorul raţionament. O doză administrată masiv, cumulat într'un timp redus, are efecte eroice destructive asupra celulei tumorale, fără să putem conta însă pe o distrugere complectă şi definitivă. Astfel după terminarea terapiei masive administrată în scurt timp, procesul de diviziune celulară reîncepe, se nasc celule tumorale tinere şi viguroase, cari deşi slăbite întrucâtva de radioterapia aplicată pe ţesutul tumoral mumă, se desvoltă în voe. Prin urmare este cât se poate de logic, să se aplice iradiaţii prelungite, un tratament lung de „băi" de raze X. Ţinând astfel ţesutul tumoral într'o baie prelungită de raze X, vom lovi, paraliza, celulele tinere în „stare născândă", vom trata deci nu numai tumoara într'un anumit stadiu de desvoltare, ci şi elementele celulare rezultate din procesul de înmulţire celulară. Din acest nou principiu rezultă următoarele consecinţe technice:

1) Durata tratamentului trebue să fie prelungită, pe un timp de vreo 3 săptămâni.

2) Şedinţele, aplicate zilnic, vor fi cât de mult prelungite, atingând 45—60 de minute. Doza aplicată într'o asemenea şedinţă este de vreo 20% HED (200 R).

3) Astfel doza totală, administrată în 20—25 asemenea şedinţe, ajunge la 500% HED (5000 R).

4) Insistăm asupra duratei lungi a şedinţei, ceeace satisface principiul „băii" cu raze Röntgen. Atât pentru prelungirea şedinţei cât şi pentru menajarea pie'ei, este absolută nevoe de:

a) Aplicarea unui filtraj foarte sever: 2 mm., Cu sau cel puţin 1 mm. Cu plus 1 mm. Al.

b) Aplicarea cât de dibace a tacticei porţilor multiple. Căci cu cât porţile sunt mai numeroase, cu atât pielea este mai menajată.

c) Iradiarea din distanţe foarte mari (cel puţin 60 cm.). Astfel, prin legea distanţei, se prelungeşte mult timpul de iradiaţie, pe de altă parte şi pielea este mai menajată prin apropierea spre 1 a proporţiei dozei din profunzime, la doza de suprafaţă. Astfel şi poarta de intrare va fi mai mare, ceeace este un avantaj în acest caz, căci niciodată nu putem să ne dăm seama de întinderea elementelor tumorale.

5) Cu toate aceste măsuri de menajare a pielei, la o asemenea doză ridicată, nu se poate evita o radiodermită seacă (pigmentare, descuamare, mâncărime) a pielei. Prin urmare, ca preventiv, se aplică emoliente („raderma" lui *Wintz* spre ex.) pe pielea porţilor de intrare. Această radiodermită seacă, se vindecă fără urmă, astfel nu poate forma o piedică în tratamentul unei maladii mortale. Trebuesc luate măsuri spre a apăra mucoasele şi tegmentele mai sensibile (mameloanele, conjuctiva, etc.).

Această nouă metodă se aplică în străinătate, pe o scară foarte întinsă. Rezultatele obţinute până acum sunt foarte bune. *Coutard* a obţinut 12 cazuri de vindecare controlată, la 46 cazuri de carcinom amigdalian. *Siegel* publică rezultate satisfăcătoare la carci-

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

noamele tubului digestiv. *Mischer* şi *Kahlstorf* şi alţii sunt deasemenea de părere, că acest nou principiu ameliorează foarte sensibil rezultatele obţinute. La noi în ţară — cât ştim noi — n'a fost introdusă această metodă, decât de către *Herskovits I*, la Cluj, care publică câteva cazuri cu rezultate foarte satisfăcătoare, în comparaţie cu metoda veche. Noi ne-am lovit de rezistenţa inerţiei obişnuinţei şi a conservatismului în introducerea acestui principiu în uzul practic. Unul din noi a avut ocazia în Spitalul Israelit din Galaţi, să aplice această metodă la câteva cazuri de cancer inoperabil. Rezultatele acestor încercări au fost cât se poate de bune. Intr'unul din aceste cazuri, o tumoară mediastinală, cu metastaze ganglionare întinse, deşi terapia a fost începută într'o stare aproape muribundă a bolnavului, cu preţul unei radiodermite seci, s'a putut prelungi viaţa bolnavului cu un an şi opt luni.

In calea aplicării în clientela particulară a acestei terapii stă pe de o parte faptul, că metoda este costisitoare, pe de alta, fobia ilogică faţă de radiodermită. Totuş ne-am folosit de câteva ocazii ca să aplicăm acest fel de tratament, evitând însă cu manevre technice şi o uşoară reducere a dozei totale, radiodermita. Rezultatele obţinute au fost mai mult ca satisfăcătoare.

Un caz de cancer inoperabil al vezicei urinare observat şi trimes de D-l D-r V. Plătăreanu, e în al cincelea an în tratat. nostru, până acum într'o stare excelentă. Un caz de tumoare cerebrală supra selară, observat şi trimes de D-l Agregat D. Paulian, tratat după trepanaţia fără succes, e vindecat de trei ani. Un caz cu seminom tratat după intervenţia chirurgicală făcută de D-l Prof. Hortolomei, e vindecat de patru ani. Un caz de cancer al maxilarului superior tratat după extirparea lui de către D-l Doc. Dan Teodorescu, e de doi ani fără recidivă şi fără metastaze.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am ţinut să expunem acest nou principiu, în câteva cuvinte, spre a-l aduce la cunoştiinţa medicului practician şi spre a accentua importanţa şi perspectivele acestei orientaţii noi. Calea de evoluţie în acest nou sens nu se poate prevedea încă, fiind precondiţionată de importante perfecţionări technice, dar cursul este incontestabil spre adevărata „baie de raze Röntgen", spre teleradioterapia extradură, generală.

SAPTAMANA MEDICALA ROMANA

Istambul 7—13 Octombrie 1936

de

Docent D-r M. POPESCU-Buzeu
Secretar General al Uniunei Medicale Balcanice.

Săptămânile medicale balcanice sunt organizate de *Uniunea medicală balcanică,* organism realizat în 1932 la Bucureşti în urma unui raport ce l-am făcut la secţia de politică socială şi higienă a Conferinţei balcanice.

Primele trei săptămâni medicale s'au ţinut la Atena, Belgrad (1933) şi la Bucureşti (1935) iar cea de a patra se hotărâse în Consiliul general ce a avut loc la Atena în Aprilie 1936 să aibă loc la Istambul în Octombrie.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Ce urmăresc săptămânile medicale balcanice? Nimeni nu le-a arătat mai bine rostul decât d. *Hasan Saka,* vice-preşedintele Camerei deputaţilor şi preşedintele grupului naţional turc al Conferinţelor balcanice, în cuvântarea pe care a ţinut-o la şedinţa solemnă dela palatul Yldiz: „sunteţi cei mai indicaţi colaboratori pentru a ralia popoarele; solidaritatea balcanică nu poate fi mai bine servită decât de voi medicii iar cauza civilizaţiei nu putea găsi mai buni făuritori. Medicul este un amic al fiinţei umane şi numai el poate să cunoască şi să depisteze inamicul comun: boala. Congresiştii au de studiat în Balcani cazurile şi suferinţele unor oameni cari trăesc aceeaşi viaţă şi mor de aceeaşi boli".

Amicii noştri turci înţelegând valoarea reuniunilor noastre, nu numai pentru punerea la punct a problemelor sanitare şi medicale specifice ţărilor noastre, dar mai ales pentru cimentarea legăturilor sufleteşti dintre elitele ţările noastre, au dat o mare desvoltare, neobicinuită pentru un congres medical, la toate manifestaţiunile care făceau parte din cadrul săptămânei.

Congresul a avut loc la palatul Yldiz, care ascundea pe vremuri melancolia lui Abdul Hamid.

Intr'un cadru feeric, departe de sgomotul oraşului, această clădire transformată în palat al Conferinţelor şi congreselor, a devenit un cadru ideal pentru astfel de reuniuni.

Erau prezente la deschiderea din ziua de 7 Octombrie, numeroase personalităţi turce din lumea oficială şi mai ales medicală.

Se aflau de faţă 60 participaţi, greci, iugoslavi şi români cari deţineau recordul atât prin faptul că erau majoritatea (35) cât şi prin aceea că erau multe femei-doctore.

In zilele următoare au avut loc lucrările ştiinţifice, care au constat din conferinţe, câte una de fiecare secţiune naţională. Au conferenţiat: prof. *Gheorghiu,* (Bucureşti), prof. *Bensis,* (Atena) prof. *Sahovici* (Belgrad) şi prof. *Sedat,* (Istambul), fiecare dintr'un domeniu în care are păreri şi cercetări personale.

De asemenea au fost făcute o serie de conferinţe mici de 15 minute. Raportul principal a fost: *Staţiunile balneo-climatice din ţările balcanice.* Au vorbit pentru Grecia prof. *Livieratos* şi dr. *Phocas;* pentru Turcia prof. *Akil Moukhtar;* pentru România: col. dr. *Marinescu,* col. dr. *Suhăţeanu,* docent *M. Popescu Buzeu,* docent *Slobozeanu,* etc.

De asemenea s'au mai făcut o serie de comunicări relativ la medicina socială şi higienă.

In afară de desbaterile ştiinţifice şi vizitarea instituţiilor medicale şi sanitare, aproape tot timpul au avut loc recepţii şi festivităţi.

Colegii greci, iugoslavi şi români au fost unanimi în a mărturisi dragostea cu care ne-au primit nu numai colegii turci, ci toate autorităţile şi populaţia, realizând ceace d. prof. *Gheorghiu,* preşedintele secţiunei noastre, afirmă la banchetul dat înainte de plecare: „nu ne mai simţim amici, ci fraţi întru realizarea aceluiaşi ideal".

Digitized by Muzeul Literaturii Române

A contribuit foarte mult, la această frumoasă reuşită în afară de d. Hasan Saka, prof. *Akil Moukhtar Ozden,* preşedintele secţiunei turce, mesager de idei umanitare al cărui suflet şi inimă sunt complect în slujba idealului de solidaritate balcanică. Desigur că în bună parte, reuşita revine şi prof. *Sedat* şi *Suheyl,* secretari generali, etc. încât pe bună dreptate dr. *Zika Marcovici,* preşedintele secţiunei iugoslave a putut afirma în şedinţa de închidere în numele nostru al tuturor: „din cauza voastră, a tuturor, imediat ce vom găsi un amic turc, indiferent unde vom fi, îi vom deschide inima noastră şi îl vom primi ca un frate".

Simbol al recunoştinţei participanţilor la toate eforturile depuse de naţiunea turcă pentru a-şi avea o nouă viaţă, conduşi de mâna de fier a marelui lor şef Atatürk, a fost manifestarea din faţa monumentului Victoriei, când s'au prezentat în corpore şi au depus o coroană de flori.

De curând în toată Turcia s'a sărbătorit această aniversare, poporul manifestându-şi bucuria pentru acel ce a fost făuritorul victoriei de atunci şi creatorul Turciei de astăzi.

Medicii participanţi şi-au dat seama că dacă răsboiul le-a fost pentru Turci o necesitate de neînlăturat în 1922, tot astfel pacea le este o necesitate acum şi au fost convinşi de sinceritatea sentimentelor exprimate de unanimitatea celor cu cari veneau în contact.

Conform tradiţiei creiate la săptămâna dela Bucureşti de a reuni într'o excursiune comună pe toţi participanţii, s'a plecat după închiderea desbaterilor dela Istambul, cu un vapor special să se viziteze insulele şi o parte din Asia Mică.

Prima etapă a fost la insula *Prinkipo*, unde după o promenadă circulară s'a luat deajunul la Yacht-Club. A mulţumit în numele congresiştilor d. prof. *Gheorghiu*.

După dejun participanţii s'au reîmbarcat pe vapor pornind spre *Yalova*. Aceasta este o staţiune cu ape minerale termale cloruro-sodice-iodate şi sulfurate, situată la 6 km. dela ţărm.

Cunoscută în vechime sub numele de Pythie, a avut un mare renume sub împăratul Justinian şi împărăteasa Theodora. A fost numită apoi Hellenopolis, după numele mamei împăratul Constantin, care a construit palate, spitale, etc. Numele actual se trage din Yalakobad dat de Turci în secolul XV.

Sub actualul regim, staţiunea a fost reconstruită.

După ce congresiştii au vizitat ruinele romano-bizantine şi instalaţiunile termale actuale, precum şi sursele de băut ce au indicaţiuni în bolile de nutriţie, s'au strâns în sala cazinoului unde au luat dineul. A vorbit d. *Tevfik Reşet*, preşedintele Touring-Clubului din Turcia, căruia i-a mulţumit d. prof. *Bensis*. După dineu s'a dansat până târziu, fiecare grup participant executând cântece şi dansuri naţionale respective.

In ziua următoare, după micul dejun s'a plecat cu autobuzele spre Brusa. Mareşalul Moltke se exprimă astfel despre acest oraş: „după ce am trecut printr'o serie de dealuri joase, am zărit Brusa întinzându-se într'o câmpie vastă la picioarele muntelui Olimp. Care din cele 2 capitale ale suveranilor osmani este mai bine situată, cea veche sau cea nouă, Brusa sau Constantinopol? Intr'adevăr este foarte greu s'o afirmi. Aici este marea, acolo pământul care ne încântă; peisagiul acesta este colorat în albastru, celălalt în verde. Pe fondul închis al pădurilor care acoperă flancurile abrupte ale muntelui Olimp se profilează peste o sută de minarete albe şi cupole încovoiate".

Brusa, creiată de Prusia, regele Bitiniei, contemporan cu Cresus, a fost ocupată de generalul roman Luculus, după lupta ce a avut-o cu Mithridate în peninsula Capadociei.

Sub împăratul Traian a făcut cele mai multe progrese. Exista atunci şi o imensă bibliotecă în faţa căreia se ridica o majestoasă statue a lui Traian.

Ascultam aceste explicaţii cu acea emoţie cu care la Assuan în 1928, 2.000 km. mai la sud priveam resturi de aşezări ale celuia ce, prin luptele lui cu Dacii, a dus la creerea noastră ca popor. Turcii au ocupat Brusa în mod definitiv în 1926, când a început să fie din nou prosperă. Moschei, mausoleuri, etc., au fost construite de Oshan-Bey, Murat-Bey, Ilderim Bayazed, Murad II, etc. Sub Murad II a trăit ultimele zile de glorie, deoarece luarea Constantinopolului şi transferarea capitalei i-a dat lovitura de graţie.

Digital Copy Central University Library Cluj

Azi ea renaşte. Un magnific hotel pentru turişti (Celik-Palace), stabiliment balnear pentru sursele minerale calde, fabrici de mătase, etc., încep să-i schimbe aspectul său pitoresc.

După ce s'a luat dejunul oferit de medicii din Brusa la Celik-Palace, şi le-a mulţumit dr. *Simovici,* secretarul general iugoslav, s'a vizitat oraşul, moscheele şi muzeul.

Ceaiul a fost luat la chioşcul republicei, situat pe o înălţime şi de unde s'a putut admira pe lângă frumoasele covoare persane şi o priveliişte minunată a oraşului. La dineul oferit de primarul oraşului a mulţumit d. prof. *Gheorghiu.*

In ziua a treia a excursiei cu toată vremea uşor ceţoasă s'a făcut cu autobuzele *ascensiunea muntelui Olimp.* (Uludag), a cărui înălţime este de 2.540 m. şi care prezenta încă zăpadă prin unele văi. Pădurile de pini făceau un contrast minunat cu frunzele arămii ale fagului şi cele galbene ale esenţelor uşoare

O gustare turistică a avut loc la casa alpină. Preşedintele secţiei locale de turism şi-a eprixmat bucuria de a primi aceşti distinşi oaspeţi. Dr. *Popescu Buzeu,* răspunzând arată cum frumuseţile naturei întăresc şi mai mult dorinţa pentru realizarea idealului comun: colaborarea interbalcanică.

După ce s'a luat deajunul la Brusa s'a plecat în automobile la portul *Mudania,* unde congresiştii s'au îmbarcat pe vaporul „Ismir" pus la dispoziţia congresiştilor împreună cu un bogat bufet şi muzici de directorul Serviciului Maritim turc.

Pe la 10 noaptea, vaporul acesta la Istambul în luminile feerice ale acestuia iluminat cu mii de becuri ca pentru o mare sărbătoare.

Săptămâna medicală balcanică oficială se terminase. Grupurile însă mai aveau un răgaz de o zi sau două înainte de plecare.

In ziua de 14 Octombrie d. prof. *Gheorghiu* a reunit la un dejun pe toţi membrii consiliului general împreună cu Excelenţa Sa Hasan Saka iar seara grupului iugoslav pleca, condus la gară de toate celelalte grupuri.

In ziua de 15 Octombrie grupul român şi grec a oferit un dejun la Pera-Palace comitetului de organizare.

A domnit o atmosferă de mare cordialitate. Au fost cele mai multe discursuri, fără nici un caracter protocolar, ce arătau mulţumirile călduroase ale celor ce plecau şi regretul despărţirei al celor ce rămâneau: d. Hasan Saka, d. prof. Gheorghiu, prof. Bensis, prof. Akil Mouthtar, d. Tewfik Reşet, d-na Bancheriu şi bineînţeles semnatarul acestor rânduri.

Profitând de faptul că prof. Bensis într'o spirituală improvizaţie făcută la Braşov în 1935 arătase că: „l'amour, c'est les *grands* mots avant, les *petits* mots pendant et... les *gros* mots après, am arătat că pour l'amour balkanique il faut inverser la formule de prof. Bensis, parceque l'époque des *gros mots* et des querelles est notre passé, les *petits mots* ont eu lieu pendant... la création de notre Union médicale balkanique et de l'Entente politique et les *grands mots* c'est tout notre avenir, la paix créatrice!

Pacea pentru popoarele balcanice este o necesitate vitală!

Vechile certuri, aproape întotdeauna având la bază nu numai o revendicare naţională ci şi o serie de intrigi ale marilor puteri au făcut ca decenii întregi meleagurile balcanice, în loc de prosperitate economică, culturală, sanitară, etc. să fie ocupate cu lupte uneori meschine.

Cel mai frumos şi mai mare exemplu l-a dat Turcia, care deşi pierduse cele mai multe şi mai întinse teritorii, prin glasul şeful lor a spus: *vrem să trăim în pace şi armonie cu toţi vecinii noştri.*

Din conferinţele balcanice oficioase, a ieşit Inţelegerea balcanică politică, din care lipseşte spre regretul nostru al tuturor Bulgaria.

Avem nevoe de pace pentru a reface drumurile noastre, pentru a reface sănătatea popoarelor noastre, pentru a complecta cultura popoarelor noastre, pentru a ne complecta civilizaţia noastră într'un cuvânt.

Tuberculoza, paludismul, etc. sunt ravagii comune Balcanilor; studierea chestiunilor sanitare, epidemiologice şi medicale ale ţărilor noastre, şi propunerea soluţiunilor celor mai potrivite, iată unul din scopurile Uniunei medicale balcanice.

Dacă la Bucureşti s'a cercetat „Higiena rurală", iar la Istambul „Staţiunile balneo-climatice", la Atena în primăvara anului 1938, se va studia „Paludismul în ţările balcanice".

Corpul medical român, a cărui pregătire şi reputaţie în Balcani sunt apreciate foarte mult, are o datorie de împlinit: de a secunda efortul guvernelor noastre în domeniul sanitar interbalcanic şi eventual de a le atrage atenţiunea atunci când nu le acordă un suficient interes.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toate realizările cer eforturi financiare, linişte şi mai ales continuitate şi directivă.

Blocul balcanic cu cât va fi mai sudat, cu atât îşi va impune voinţa lui de linişte şi pace; va putea astfel să recâştige şi reconstruiască ceace certurile dinainte au împiedicat să se realizeze.

A

Academia de Medicină
din România

Şedinţa din 3 Martie 1936

DIVIZIUNEA ŞTIINŢIFICĂ.

Conf. CRAINICEANU AL.: **Cercetări clinice asupra acţiunei hemostatice a unor hormoni.**

S'a studiat acţiunea hemostatică a extractelor de corp galben, a insulinei, a thecagenului (substanţă extrasă din urina femeilor gravide) în 27 de cazuri de meno-metroragii (infecţii genitale, turburări funcţionale, tumori).

S'a obţinut: bune rezultate în 23 de cazuri, 2 ameliorări, 2 neinfluenţate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. Stanislas LLUESMA URANGA, profesor la Facultatea de Medicină din Madrid: **Filigranele de fir de argint în cranioplastie.**

Autorul arată procedeul personal în pierderile osoase craniene prin aplicarea unei reţele fine de argint. Rezultat bun, controlat după un an.

Prof. G. MOURIQUAND, profesor la Facultatea de Medicină din Lyon: **Atrepsie şi distrofii ireversibile. (Cercetări clinice şi experimentale).**

Autorul studiază chestiunea din punct de vedere clinic şi experimental. Produce scorbutul la cobai pe cari îi tratează cu acid ascorbic. Tratamentul precoce îi vindecă — cel tardiv este fără efect: animalele mor prin caşexie. Arată asemănarea între cazurile clinice şi cele experimentale şi necésitatea unei terapeutice active urgente.

Prof. NICULESCU PETRE, HERESCU D. şi STRAT C.: **Tratamentul prin sulf în insuficienţa hepatică şi în maladii febrile.**

Autorii constatând, împreună cu TUDORAN, creşterea glutationului prin apele sulfuroase, diatermia şi radium terapia, au încercat tratamentul insuficienţei hepatice prin injecţii prelungite (21 zile) cu sulf coloidal. Au găsit o creştere a glutationemiei care arată posibilitatea de a trata această insuficienţă etiologie în ceeace priveşte metabolismul sulfului. In afecţiunile febrile unde ei au constatat o micşorare a glutationemiei, au obţinut aceeaşi creştere tot prin administrarea de sulf coloidal.

Prof. NICOLA PENDE, Profesor la Facultatea din Genova: **Sinteza unei doctrine personale biotipologice: legile excitabilităţii celulare în determinarea biotipului individual.**

Autorul descrie trei tipuri biologice: ortometabolis, hiperanabolic şi hipercatabolic; tipul brevilign hipernabolic cu toate reacţiunile funcţionale lente, cu inteligenţă analitică, cu predominenţa sistemului parasimpatic; tipul longilign hipercatabolic cu reacţiunile funcţionale rapide, inteligenţă sintetică, sistem ortosimpatic.

D-r GEORGE G. PROCA: **Studiu asupra curentului monofazic al inimei.** (Notă introductivă).

Curenţii de acţiune monofazici ai inimei „in situ" sunt înregistraţi la la câine prin Galvanometrul cu coarde a lui Einthowen şi prin Electrocardiograful cu amplicator. Traseuri comparative.

D-r GEORGE G. PROCA: **Curentul monofazic al inimei câinelui.** (Nota II).

Experienţe pe câini adulţi. Inregistrări de curenţi monofazici ai inimei „in situ".

Imagini: de alternanţă cardică, frecvenţă maximală, superpoziţie, fenomenul lui Bowditch, fibrilaţie ventriculară, variaţie periodică a amplitudinei unui croşet atipic (croşetul X).

In Şedinţa din 3 Martie a. c., au fost aleşi ca membri ai Academiei de Medicină următorii:

Asociaţi străini: Prof. MARFAN — Paris; Prof. GOSSET — Paris; Prof. JULES BORDET — Paris; Prof. CAULLERY — Paris; Prof. LECLAINCHE — Paris; Prof. RENÉ FAVRE — Paris.

Corespondenţi străini: D-r LUCIEN PAUTRIER — Paris; Prof. NICOLA PENDE — Roma; A. LEMIÈRE — Paris; PIERRE DUVAL — Paris; De QUERVAIN — Paris; Prof. FINSTERE — Viena; Sir HENRI DALLE — Lontra; LOUIS MARTIN — Paris; Prof. BOIVIN. Prof. BRUMPT — Viena; Prof. VALLÉ — Paris; Prof. M. PERROT — Paris.

Membrii titulari naţionali ai Diviziunei de Organizare din Diviziunea Ştiinţifică: Prof. MANOLESCU; Prof. NICOLAU; Prof. IONESCU-MIHAIEŞTI; Prof. CIUCA MIHAI.

Membrii titulari naţionali independenţi în Div. de Organizare: Prof. GUSTI; D-r IONESCU-BRAILA; Prof. MANICATIDE; Prof. TITU GANE; Prof. NICU MINOVICI.

Membrii corespondenţi naţionali: D-r NASTA TRAIAN; D-r COMBIESCU; Prof. BALTEANU — Iaşi; D-r EMIL CRACIUN; D-na TRANCU-RAINER; D-r CERNOIANU — Chişinău; D-r PÂRVULESCU — Cluj; D-r BOGDAN ST. — IAŞI.

Şedinţele din 17 Martie 1936

DIVIZIUNEA ŞTIINŢIFICĂ.

A. ASLAN: **Reflux hepato-tiroidian, semn de insuficienţa inimei drepte în timpul maladiei Graves-Basedow.**

Acest reflux poate fi întâlnit de câte ori există: guşă vascularizată şi cu vase hipotonice, stază hepatică, tonus diminuat al cavităţilor cardiace drepte.

Prof. CIUCA M., Prof. BALTEANU şi N. CONSTANTINESCU: **Receptivitatea pisicii la virusul exantematic. Infecţie spontană. Formă inaparentă.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorii demonstrează existenţa boalei inaparente (spontană) la pisicile cari trăesc în focarele de epidemii, creerul acestor animale inoculat la cobai dă o boală febrilă urmată de imunitate. La şobolanii inoculaţi în aceleaşi condiţiuni, infecţiunea inaparentă nu este însoţită de febră.

Prof. D. DANIELOPOLU: **Angină de piept vindecată de 11 ani prin metoda supresiunei reflexului presor.**

Autorul prezintă o bolnavă care în anul 1925 a fost operată de Prof. Iacobovici pentru anghină de piept, prin metodda sa personală (metoda supresiunei reflexului presor). Bolnava n'a mai avut nici-o criză (unsprezece ani de observaţie).

Prof. DANIELOPOLU şi N. GINGOLD: **Asupra terminologiei întrebuinţate pentru a desemna benzenul şi medicamentele cu nucleu benzenic (benzol, benzină, piramidon şi medicamente chimic asemănătoare, dinitrofenolurile, arsenobenzenurile).**

Marele număr de denumiri întrebuinţate de Fabrici pentru a desemna aceiaşi substanţă, produce confuzie în lucrările ştiinţifice. Când autorii întrebuinţează termenul de benzol, trebue să înţelegem că este vorba de benzén C 6 H 6; când se servesc de termeni ca: dinitra, dinitrofenol, nitrofenin, alphadinitrofenol, etc., — sau de termenul piramidon sau de termenul arsenobenzen, autorii nu înţeleg vre-o specialitate farmaceutică, dar a vre-unei case farmaceutice, dar dinitrofenolul în general, sau toate medicamentele având aceiaşi formulă Dimethyl-amino-phenil-dimethyl-pyralozon, sau arsenobenzenurile în general.

Căci autorii vorbesc de un grup de medicamente, foarte utile când sunt supravegheate, dar al căror inconveniente sunt datorite nucleului benzenic, ce toate aceste medicamente conţin, ori-care ar fi specialitatea

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. MICHAIL: **Cercetări asupra leziunilor provocate prin inocularea virusului trachomatos în glanda lui Harder.**

Produsul de reclaj al conjonctivei trachomatoase inoculat în glanda lui Harder la epure provoacă leziuni cari amintesc leziunile trachomului. Autorul recomandă acest procedeu ca metodă de diagnostic.

Prof. C. I. URECHIA, J. MANTA şi M. BUMBACESCU: **Reacţiunea lui Waltmann în afecţiunile sistemului nervos.**

Autorii, aplicând reacţiunea lui Waltmann în 152 cazuri de afecţiuni neurologice şi psihiatrice, constată că banda de cuagulaţie are de multe ori un aspect anormal, uneori anticipată şi rar întârziată. Aceste aspecte anormale se datoresc insuficienţei hepatice sau tuberculozei pulmonare, iar nu maladiei nervoasă.

Prof. D. DANIELOPOLU: **Despre tifosul exantematic în România.**

Autorul propune ca Academia de Medicină să institue o Comisiune temporară mixtă care va avea dublul rol de a întreprinde cercetări clinice şi şi experimentale asupra tifosului exantemic şi de a stabili un program unitar de profilaxie contra acestei boli. Acest program va fi prezentat Ministerului Sănătăţii. Academia desemnează în Comisiunea tifosului exantematic pe D-nii: M. Ciucă şi C. Ionescu-Mihaieşti, membri titulari, Bălteanu I., Combiescu D. şi Crăciun E., membri corespondenţi naţionali.

Medic General VICOL, Preşedintele Societăţii de Hidrologie şi de Climatologie medicale: **Proect de lege balneo-climatic.**

Autorul se ocupă de proectul de lege care va fi prezentat la Parlament, asupra organizărei staţiunilor balneare şi izvoarelor de ape minerale.

Şedinţele din 31 Martie 1936

1) **DIVIZIUNEA ŞTIINŢIFICĂ.**

ANREP G. V., Profesor de Fiziologie la Universitatea din Cairo: **Histamina din sânge în raport cu contracţiunea vasculară.**

Hiperhemia constatată după o contracţiune musculară este datorită unei liberări de histamină, ce se poate aprecia astăzi în sângele venos a muşchiului contractat. Această liberare de histamină nu se produce numai în muşchii striaţi dar şi în inimă, unde este proporţională cu forţa contractilă a acestui organ.

Agr. IONESCU SISEŞTI N.: **Asupra naturii sclerozei în plăci.**

Autorul prezintă studiul unei boli familiale a sistemului nervos întinsă la mai multe generaţii. Dintr'un total de 74 de membri, 12 erau bolnavi, cei mai mulţi realizând tabloul unei heredo-ataxii cerebeloase. Examenul anatomo-patologic a revelat leziuni caracteristice de scleroză în plăci. Autorul discută raporturile acestei maladii familiale cu scleroza în plăci clasică.

JOLTRAIN E. (Paris): **Cazuri de pestă benignă observate în regiunile pariziene. Dificultăţi de diagnostic.**

Autorul după ce face câteva consideraţiuni generale asupra epidemiei de pestă din 1920, apărută în împrejurimile Parisului — descrie un caz nou, arătând dificultăţile de diagnostic.

Prof. NICULESCU P. şi HERASCO D.: **Amino-acidemia ca indice al reversibilităţii celulei hepatice.**

Autorii consideră că mărirea tranzitorie a acizilor aminaţi nu corespunde unei insuficienţe funcţionale, ci unei leziuni hepatice reversibile.

Prof. PARHON C. şi TATIANA CAHANE: **Degenerescenţa coloidă a lobului epitelial al hipofizei la un cocoş bătrân.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La un cocoş bătrân, autorii observă o degenerescenţă coloidă a hipofizei. Mici picături de coloid eosinofil apar, se unesc în picături mai mari şi pot umple toată celula. Nucleii degenerează, iar picăturile rămân libere, — glanda se depopulează astfel de celule, procesul diferind de acela observat la om şi mamifere, unde picăturile sunt dispuse în mijlocul acinilor celulari, provenind din topirea în massă a unei celule.

PETRESCU M. şi D-na E. VANESCU: **Tratamentul cu foliculină al marei hemofilii familiare.**

La un mare hemofil, de 46 ani, cu foarte numeroase accidente, în special hemartroze şi hematurii, urmărit timp de 9 luni, tratamentul cu foliculină în injecţii zilnice, a produs scurtarea timpului de coagulare dela 2 ore 50', la 20' şi aproape totala dispariţie a accidentelor.

STOICESCU S. şi GINGOLD N.: **Acţiunea acidului ascorbic (vitamina C) asupra metabolismului hidraţilor de carbon la diabetici.** (Nota II).

La diabetici, acţiunea vitaminei C asupra glicemiei „à jeun" şi asupra curbei de hiperglicemie provocată prin ingestie de glucoză, este dintre cele mai variabile şi inconstante.

2) **DIVIZIUNEA DE ORGANIZARE.**

Prof. P. NICULESCU P.: **Organizarea luptei contra reumatismelor cronice considerate din punct de vedere social.**

Autorul după ce arată măsurile luate în alte ţări — arată măsurile ce trebuesc luate de urgenţă în România pentru combaterea reumatismului.

Comisiunea tifosului exantematic, compusă din D-nii: Prof. CIUCA M., Prof. IONESCU MIHĂEȘTI C., membrii titulari; Prof. BALTEANU, Prof. CRACIUN E., D-r COMBIESCU D., membrii corespondenți, depune raportul asupra organizărei luptei contra tifosului exantematic.

Academia desemnează o Comisiune, compusă din D-nii: Prof. CIUCA M., Prof. D. DANIELOPOLU, Prof. IONESCU-MIHĂIEȘTI C., Prof. MANICATIDE M., Prof. SLĂTINEANU AL., membrii titulari; Prof. CRACIUN E., D-r COMBIESCU D., membrii corespondenți, în scopul de a stabili un program de cercetări științifice, clinice și experimentale, cari vor fi executate în focarele endemice.

Comisiunea Balneo-climatică, compusă din D-nii: Prof. MANICATIDE M., Prof. NICULESCU P., Prof. PARHON C., depune raportul său asupra legei balneo-climatice, asupra căreia Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale a cerut avizul Academiei.

Ședința din 28 Aprilie 1936

D-nii Profesori PIERRE DUVAL dela Facultatea de Medicină din Paris și SCRIABIN dela Facultatea de Medicină din Moscova, iau parte la această ședință.

DIVIZIUNEA ȘTIINȚIFICĂ.

Prof. DANIELAPOLU D.: **Notă necrologică pentru Prof. Vaquez.**

Prof. PIERRE DUVAL și LEON BINET: **Studiu experimental asupra leziunilor hepatice în intoxicația operatorie.**

Injectând polypeptide la câini — 10 ctgr. pe kgr. de animal — s'au produs în mod constant leziuni hepatice. Autorii emit ipoteza că turburările hepatice post-operatorii sunt în funcțiune de intoxicația declanșată de operație.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. ALESSANDRI R., Profesor la Facultatea de Medicină din Roma: **Ganglioneurom al glandei suprarenale stângi la o fetiță de 7 ani.**

Autorul a operat o fetiță de 7 ani care prezenta o tumoră de mărimea unui cap de copil în hipocondrul stâng, diagnosticată tumoră solidă a capsulei suprarenale stângi. Examenul histologic al tumorei a arătat structura tipică a ganglioneuromului. Vindecare complectă.

Agr. COMBIESCU D. și POPESCU C.: **Date experimentale asupra tratamentului specific al septicemiilor cu stafilococ.**

Asociind la imunitatea pasivă o vaccinare activă cu anatoxină, se poate avea o metodă de tratament care să asigure sterilizarea organismului infectat. Autorii preconizează pentru primele 6 zile administrarea alternativă de ser și anatoxină, apoi tratamentul să fie continuat numai cu anatoxină.

Prof. DANIELOPOLU D., Prof. LUPU N. G., D-r CRĂCIUN E. și D-r PETRESCU M.: **Leziuni ale sistemului vegetativ în tifosul exantematic și mecanismul sindromului cardio-vascular.**

Leziunea caracteristică a tifosului exantematic este localizarea vasculară (thrombo-arterită obliterantă a arteriolelor pre-capilare) și leziunile foate intense ale sistemului nervos vegetativ al inimei și vaselor. Aceste leziuni vasculare există în toate organele economiei. Sindromul cardio-vascular în tifosul exantematic prezintă caractere speciale care nu se găsesc în nici-o altă infecțiune generală acută, și care sunt în legătură cu aceste leziuni vasculare și vegetative.

Autorii prezintă secțiuni de miocard, de ganglion stelat, de centri ve-

getativi. Rezultatele lor se sprijină pe cercetările clinice ale lui Danielopolu, făcute pe 600 de cazuri de tifos exantematic în timpul războiului, pe 29 de autopsii care le-a făcut cu această ocazie şi pe examenul histologic executat pe autopsii mai recente în Institutul D-sale de către D-nii Lupu, Crăciun şi Petrescu.

Prof. IACOBOVICI I.: **Sindrom pancreatic după choledochografie.**

La o femee care prezenta o colecistită, autorul a făcut o colecistectomie. Cinci ore după executarea unei choledochografii, bolnava prezintă tabloul clinic tipic de pancreatită. După 4 zile, fenomenele retrocedează.

Docent MARCU I.: **Extrasistole experimentale de origină endocardică. Consideraţiuni critice asupra concepţiunei clasice a levo- şi dextro-cardiogramei.**

După descripţia unei metode ce permite excitaţia mecanică a peretelui intern al cavităţilor ventriculare la câine, autorul prezintă electro-cardiograme luate în cele trei derivaţii uzuale, în care extrasistolele obţinute au o astfel de conformaţie încât duc la inversarea complectă a interpretării clasice a imaginelor corespunzătoare fiecărui ventricol.

Docent PAVEL I. şi PAUNESCU-PODEANU: **Colecistită şi angină de piept.**

Autorii au găsit în 3 cazuri din 4 observaţii de colecistită cu formă anginoasă, modificări ale traseului electric, cari traduc o modificare a circulaţiei coronariene. In a patra observaţie atingerea cordului era din punct de vedere clinic neîndoioasă. Autorii se întreabă dacă nu e cazul să stabilim o indicaţie a colecistectomiei la aceşti bolnavi pentru a evita noi iritaţiuni la nivelul cordului. Starea inimei trebue să reţină atenţiunea şi să conducă atitudinea terapeutică în asemenea cazuri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. WEGELIN, Profesor la Facultatea de Medicină din Berna: **Leziuni hepatice în hiperthyreoze.**

Autorul a găsit la basedovieni — un ficat micşorat de volum şi greutate, cu infiltraţie grăsoasă, dispariţia glicogenului, micşorarea volumului celular hepatic. Autorul a produs experimental la şoareci şi cobai leziuni asemănătoare prin injecţii cu thyroxină.

Şedinţa din 5 Mai 1936

DIVIZIUNEA ŞTIINŢIFICĂ.

A. ASLAN: **Suflu sistolic perceptibil numai în cursul contracţiei post-extrasistolice. Mijloc de a decela leziuni orificiale mute.**

In două cazuri de insuficienţă cardiacă s'a putut observa apariţia unui suflu de insuficienţă mitrală care survenea numai în cursul sistolei post-extrasistolice. Acest fenomen ar fi datorit forţei mai mari şi debitului sanghin mai important al sistolei post-extrasistolice. Este indicat în cazurile cu leziune cardiacă mută de a practica compresiunea sinusului carotidian pentru a produce extrasistole şi apariţia consecutivă a suflului post-extrasistolic.

J. GALUP (du Mont-Dore) şi D-na A. DRILHON: **Ţara plasmatică de instabilitate în astm.**

Autorii au constatat că punctul isoelectric este deviat spre dreapta între crizele de astm. Aceste fapte şi cercetările făcute asupra rezervei alcaline conduc pe autorii să emită părerea de instabilitate a tarei humorale.

Prof. GRAÇOSKI: **Asupra meningitei limfocitare simulând meningita tuberculoasă.**

Autorul expunând întâi cercetările făcute pe un mare număr de cazari, ajunge la concluziunea că meningitele cu limfocitoză rachidiană, care au o mare asemănare cu meningita tuberculoasă, dar cu evoluţie benignă, n'au o etiologie cunoscută.

A. RADOVICI: **Tratamentul atropinic al crampei scriitorului. Încercare de clasificare patogenică.**

Crampa scriitorului, considerată încă ca o nevroză, are în realitate o patogenie care începe a fi cunoscută. Autorul propune o clasificare bazată pe patogenie: 1) Crampa de origină centrală (cerebrală) cu predominenţă mintală (obsesiune, fobie, idei fixe), sau cu predominenţă motrice (fenomene uşoare de parkinsonism). 2) Crampa de origină periferică (nevrită, iritaţie radiculară prin spondilită cervicală).

Tratamentul atropinic are întotdeauna un efect favorabil asupra crampei din prima categorie, cu cele două varietăţi.

Prof. AL. SLĂTINEANU, Prof. I. BĂLTEANU, D-r M. FRANCHE şi D-r E. POP: **Tratamentul erizipelului prin Prontosil.**

Autorii au administrat Prontosil în 34 de cazuri obţinând rezultate foarte bune: diminuarea temperaturei şi involuţia placardului erizipelatos. Evoluţia complicaţiilor supurative nu se modifică.

Prof. C. I. URECHIA, D-r I. MANTA şi M. BUMBACESCU: **Studii asupra mecanismului reacţiei lui Weltmann şi despre valoarea sa în maladiile sistemului nervos.**

Autorii conchid că reacţia lui Weltmann este în raport cu ionizarea serului. Măsurând conductibilitatea au obţinut o bandă alungită cu seruri cari au o conductibilitate mărită şi o bandă mai mică cu seruri cari au o conductibilitate micşorată.

Şedinţa din 19 Mai 1936

DIVIZIUNEA ŞTIINŢIFICĂ.

Prof. I. BĂLTEANU şi N. CONSTANTINESCU: **Asupra unui virus murin de febră exantematică izolat la Iaşi.**

Autorii au examinat 121 şobolani dela Iaşi şi unele sate din Basarabia, din punct de vedere al virulenţei creerului şi la 104 din aceşti şobolani au practicat şi reacţia Weil-Felix.

Rezultatele: Reacţia Weil-Felix a fost pozitivă pentru Proteus X 19, variind dela 1/50—1/100 la 43.3%; numai 6.73% prezentau în ser cifra de aglutinare care depăşea 1/100, ajungând chiar 1/600.

In ceeace priveşte virulenţa creerului, autorii au găsit că creerul a 11 şobolani s'a arătat virulent, ceeace le-a permis să izoleze 4 surse. A patra sursă, numită virusul murin „Dacia" este întreţinută în laborator de mai mult de un an şi a suferit 63 treceri prin cobai.

Virusul prezintă proprietăţile următoare:

Este patogen pentru animalele de laborator: şobolani albi, şobolani sălbateci, şoareci, cobai, provocând o boală caracterizată printr'o incubaţie de 3—4 zile, febră foarte ridicată timp de 6—11 zile, o pierdere a greutăţii şi o mortalitate care atinge o jumătate din cazuri.

ŞERBAN BRĂTIANU, GH. ŞTEFĂNESCU şi D-na BRĂTIANU: **Sistemul intra-mural al veziculei biliare la om şi la animale. Prezenţa de celule argentafine.**

Autorii germani susţinând că în vezicula biliară nu există celule nervoase şi nici microganglioni nervoşi, s'a reluat în 1931, studiul sistemului nervos la om, iepure, pisică, câine, ariciu, cu metoda de impregnare a lui Gross, coloraţii vitale şi diferite coloraţii histologice.

S'au pus în evidenţă la om şi la aceste animale, în toate tunicile veziculei biliare, celule nervoase multipolare, izolate sau grupate în microganglioni, contrar aserţiunei autorilor germani.

Cu aceleaşi metode, la unele animale, s'a putut pune în evidenţă celule argentafine de tipul Masson, fie juxta şi intra-nervoase, fie subepiteliale; topografia lor, identică cu cea a Mastzellen-elor, pare să probeze că sunt celule de acelaş tip, cu granule impregnate cu argint.

D. COMBIESCU şi C. POPESCU: **Cercetări experimentale asupra tratamentului difterici.**

Autorii, pe baza cercetărilor experimentale, cred că tratamentul difteriei prin o injecţie unică de ser antidifteric, aşa cum a fost preconizat de Weil-Hallé, de Ramon, Debré, etc., ar fi ameliorat dacă injecţia de ser ar fi urmată după un interval scurt de 3—4 zile, de o injecţie de anatoxină (0,5 cmc.), injecţie care ar fi repetată după 7—8 zile (1 cmc.).

SIMICI D. şi V. CONSTANTINESCU: **Cercetări asupra valoarei reacţiei lui Wolf-Junghans pentru diagnosticul cancerului stomacal.**

Autorii expun rezultatele cercetărilor personale asupra valoarei clinice a acestei reacţii pentru diagnosticul cancerului stomacal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această reacţie vrea să puie în evidenţă în sucul gastric cules după prânzul Ewald-Boas, albuminele solubile, coagulabie prin acidul fosfowolfframic (fosfotungstic). Cercetările executate pe mai mulţi bolnavi atinşi de cancer al stomacului şi pe gastropaţi anaclorhidrici, fără cancer, au dovedit că această reacţie are o mare valoare pentru acest diagnostic, şi în plus, este totdeauna în drept de a ne face să excludem eventualitatea unui cancer la un bolnav gastropat, având un suc gastric lipsit de acid clorhidric liber.

* * *

Societatea Ştiinţelor Medicale

din Oradea

Şedinţa dela 27 Martie 1936 (Adunarea generală)

Şedinţa este prezidată de D-l D-r *I. Glăvan*, vice-preşedintele societăţii, care constată că adunarea generală este convocată pentru a doua oară, deci, conform statutelor, este constituită legal.

Dă apoi cuvântul D-lui Secretar general, D-r *M. Haliţa*, care citeşte următorul raport asupra activităţii pe anul care se încheie:

Ca şi în anii precedenţi, suntem datori ca la încheerea unui an de activitate, să trecem în revistă lucrările desfăşurate de societate. O constatare pe care trebue s'o facem dela început este că, faţă de sforţările pe care le de-

pune comitetul de a menţine societatea la un nivel ridicat din punct de vedere ştiinţific, se observă un desinteres aproape complect al membrilor ei. Este un fenomen invers, judecând avântul frumos pe care-l luase societatea în anii precedenţi. In adevăr, faţă de anii precedenţi atât numărul şedinţelor, cât şi frecvenţă membrilor la aceste şedinţe, au scăzut simţitor. Putem însă să justificăm numărul redus al şedinţelor prin faptul că, conformându-ne strict statutelor, anul acesta am încheiat activitatea societăţii mai de vreme cu 2 luni de cât în anul trecut, am avut prin urmare o activitate numai de 7 luni. Trebue să constatăm însă, cu multă durere, că participarea membrilor la şedinţe a fost atât de neregulată, încât a trebuit să amânăm unele din ele, pierzându-se în acest fel un număr mare şi valoros de bolnavi, cari n'au putut fi prezentaţi.

Dacă în anii precedenţi majoritatea comunicărilor au provenit din Spitalul Central, trebue să facem regretabila constatare că anul acesta comunicările au fost făcute exclusiv de către medicii acestui spital. Nu avem nici o explicaţie ca să putem motiva absenţa colaborării celorlalte instituţii sanitare, dupăce în anii precedenţi ele dăduseră un sprijin preţios societăţii. Ne place să credem că acest desinteres este un fenomen trecător şi că, cu noul an de activitate, vom putea înregistra o epocă mai prosperă, pe care o merită societatea noastră.

Numărul şedinţelor din acest an a fost de 5. Repartizate pe specialităţi am avut:

Medicina internă: 3 comunicări; Chirurgie: 3 comunicări; Ginecologie: 4 comunicări; Oftalmologie: 3 comunicări; Otorinolaringologie: 2 comunicări; Radiologie: 1 comunicare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un eveniment important din viaţa societăţii, pe care trebue să-i amintim cu regret, a fost demisia dela preşedinţia societăţii a d-lui Medic Colonel D-r Mircea Ionescu, ca urmare a plecării d-sale din Oradia. Fostul preşedinte al societăţii noastre atâţia ani a avut o activitate dintre cele mai frumoase, atât în cadrul societăţii, cât şi în viaţa medicală din Oradea. Societate îi datoreşte toată recunoştinţa, asigurându-l că a lăsat între membrii ei cele mai mai frumoase amintiri.

Inregistrăm de asemenea vizita făcută de societatea ştiinţelor medicale din Temişoara societăţii noastre în luna Iunie 1935, cu care ocazie s'a ţinut o şedinţă ştiinţifică la Casa Naţională, cu un program foarte instructiv, format din comunicările membrilor acelei societăţi.

Nu putem încheia raportul nostru fără a constata, cu plăcere, că revista „Vestul Medical", buletinul societăţilor ştiinţifice dela graniţa de Vest, care este în al doilea an de apariţie, apare în mod regulat şi se bucură de o bună apreciere în lumea medicală din ţară, dovedind prin aceasta utilitatea sa ca organ al manifestaţiilor medicale româneşti dela această graniţă.

Inchei dorind comitetului viitor mai multă reuşită în rezolvarea problemelor ce aşteaptă să fie înfăptuite.

Ia cuvântul apoi D-l D-r *Cornel Crişan,* casierul societăţii, care citeşte raportul asupra gestiunei financiare, din care se constată următoarele:

Incasările anului care expiră, adică dela 23 Mai 1935 şi până la 27 Martie 1936, au fost de lei 1000, iar cheltuelile de 5856 lei.

Situaţia casei, pe ziua de azi, este: In bancă depuşi 17.790 lei, în casă 884 lei, efecte de stat în valoare nominală de lei 60.000.

Deficitul mare al acestui an se datoreşte faptului că nu s'au încasat cotizaţiile dela membri.

După citirea raportului casierului se deleagă o comisie formată din D-nii D-ri *Găldău* şi *Terţan,* pentru verificarea actelor justificative şi pentru a propune adunării descărcarea casierului, dacă vor fi găsite în ordine toate lucrările.

Ia cuvântul apoi D-l D-r *I. Glăvan,* care schiţează activitatea anului trecut şi arată motivele pentru care activitatea societăţii în anul care expiră n'a fost la înălţimea altor ani. Aducând mulţumiri societăţii pentru încrederea acordată, prezintă demisia comitetului, urmând ca şedinţa să fie prezidată de cel mai în vârstă dintre membri, D-l D-r *Ioan Matei.*

Se formează o comisie de candidare, compusă din D-nii D-ri Costa, Arghiriade, Marcovici Paul şi Găldău, pentru a propune comitetul viitor.

Comisia, după o consfătuire intimă, face propunerea să fie ales următorul comitet:

Preşedinte: D-r Ioan Glăvan; Vice-Preşedinte: Medic Maior D-r C. Arghiriade; Secretar general: D-r Mircea Haliţa; Secretar de şedinţă: D-r Eugen Demeter; Casier: Medic-Locot. Octavian Pop.

Membrii în comitet: Costa Romul, Dumitreanu Zeno, German Victor, Găldău D., Isaicu Lazăr, Iluţia Teodor, Marcovici Paul, Matei Ioan, Nemeş Al., Pop Al.

Comitetul este primit cu unanimitatea voturilor adunării.

D-l D-r *I. Glăvan,* noul preşedinte mulţumeşte adunării pentru onoarea de a-i fi încredinţat destinele societăţii şi cere concursul tuturor pentru ridicarea nivelului ei ştiinţific. Face apoi următoarele propuneri, cari se aprobă de adunare:

1. Cotizaţia de membru să rămână tot 100 de lei pe an.
2. Cotizaţia restanţă, din anul trecut, să se încaseze în acest an.
3. Societatea să acorde o subvenţie de 5000 lei revistei „Vestul Medical".

D-l D-r Găldău propune fuzionarea, dacă e posibilă, sau activitatea simultană a societăţii cu reuniunea medico-militară din localitate, sau ţinerea de şedinţe comune, alternativ, la spitalele militar şi Central.

D-l Medic Maior Arghiriade arată cari ar fi dificultăţile unei fuzionări, de oarece reuniunea medico-militară este o filială a societăţii ştiinţifice a corpului sanitar militar din Bucureşti. Este de părere că o activitate simultană ar fi posibilă şi promite că va cerceta toate posibilităţile pentru realizarea ei.

D-l D-r Costa propune ca în anul viitor să se facă, din toate specialităţile, puneri la punct asupra noilor progrese realizate. Propune în acelaş timp să se înfiinţeze un premiu, în bani, pentru cea mai frumoasă şi documentată conferinţă ce se va ţine la societate.

Adunarea aprobă ambele propuneri, rămânând ca suma ce va fi necesară pentru premierea conferinţei cele mai bune să fie fixată de comitet.

B

Cărţi — Monografii
Reviste noi

I. STOIA et P. STANCIULESCO: **LE CANCER (Etudes anatomo-cliniques)** – Masson, Paris, 1936.

O carte de 321 pag., cu 147 fig în text, bazată pe studiul anatomo-clinic a 103 obs. personale studiate şi citate în text, apărută în ediţia „Masson" de la Paris şi a cărei prefaţă o scrie Prof. Ch. Lenormant — constituesc tot atâtea indicii peremptorii de valoarea ei deosebită.

Spiritul general de concepţie şi modul original de întocmire îl expun, în *„Prefaţă"* D-l Prof. Lenormant şi în *„Introducere"* autorii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Pour le cancer, dans l'ignorance où nous sommes, concernant la nature et les causes des tumeurs malignes, la confrontation des aspects cliniques et évolutifs avec les lésions anatomiques demeure le seul guide qui, jusqu'à présent, puisse nous éclairer.

Stoïa et Stanciulesco l'ont bien compris.....; ils sont, avant tout, anatomo-pathologistes, mais sont aussi des médecins et vivent dans un milieu chirurgical" — spune, între altele, Prof. Lenormant.

Iar autorii lămuresc că: şi-au întocmit lucrarea cu referire la 10 chestiuni privind tumorile maligne, chestiuni de interes practic sau mai supuse desbaterilor; în numeroasele observaţiuni ce expun, urmăresc boala de la început până la datele anatomo-patologice, servindu-se de numeroase fotografii şi microfotografii, toate originale; — şi, preced totul cu o foarte preţioasă *expunere de ordin anatomo-clinic a întregei chestiuni*, cea ce îi conferă un caracter didactic nepreţuit.

Aceste 10 chestiuni tratate sunt:

Studiul anatomo-clinic al canc. primitiv al plămânului (cu 17 obs. anatomo-clinice personale); — limfogranulomatoza malignă (14 obs.); — consideraţiuni asupra tumorilor maligne ale ovarului (15 obs.); — relaţia anatomică între diferitele tumori cu mieloplaxe (10 obs.); — consideraţiuni asupra seminomului testicular (6 obs.); — cancerul pleural (5 obs.); — cancerul renal primitiv (10 obs.); — contribuţiuni la studiul cancerului corpului tiroid (17 obs.); — carcinoidul apendicelui (1 obs.); — consideraţiuni asupra studiului neoplasmelor căilor biliare (8 obs.).

Medicina străbate încă, în prezent, *„etapa fisio-patologică"*; dar mecanismul viţios de funcţionare rămâne dictat tot de lesiunea iniţială interpusă în organism *(anatomo-patologia)*; iar atenţia este atrasă în primul rând tot de modul cum se manifestă acea lesiune *(clinica)*.

Este deci naturală revenirea spre *„etapa anatomo-clinică"* aşa cum fac autorii de faţă — şi cum a făcut-o cu mulţi ani în urmă marele nostru clinician, D-l Prof. C. Bacaloglu, actualul titular al clinicei I medicale din Bucureşti, când a înfiinţat *„Societatea anatomo-clinică din Iaşi"* care în prezent îşi găseşte continuarea în *„Societatea anatomo-clinică din Bucureşti"* prezidată cu atâta potrivire şi competinţă tot de D-l Docent D-r I. Stoia.

Dupe succesul înregistrat cu publicarea vol. *„Les rectites infiltratives"* tot la Masson, în col. cu D-l Doc. D-r V. Dimitriu, aceasta este a doua mare lucrare ce publică D-l D-r I. Stoia.

Despre valoarea ei documentară face dovadă competinţa deosebită a autorilor şi materialul excepţional de bogat şi original pe care se sprijine; — despre actualitatea ei vorbesc conţinutul şi spiritul în care a fost concepută.

Azi, când publicistica medicală se face mai mult prin casuistică fortuită, când documentarea se sprijine pe citarea a câtor-va articole mai recente din revistele la îndemână, iar contribuţia personală constă în interpretări analitice isolate şi nu în deducţiuni sintetice generale, asemenea lucrări sunt rare; cu atât mai mult deci trebue să li se salute cu entusiasm apariţia.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mai adăogăm că între sutele de indicaţiuni bibliografice ce se cuprind la finele chestiunilor, sunt citate 123 lucrări medicale româneşti; — caracter documentar românesc, care merită să fie subliniat dupe acela original al întregei lucrări.

D-r M. Cânciulescu.

* * *

Docent D-r AUREL VOINA: **INGRIJIREA TENULUI.** — Editura «Cugetarea», Bucureşti, 1936.

D-l Docent D-r A. Voina, medic primar de boli de piele al Spitalului Central „Prof. D-r I. Cantacuzino" din Bucureşti, şi-a propus a scrie o TRILOGIE, al cărui prim volum apărut este acesta, iar cele următoare vor trata al 2-lea despre *Igiena şi Estetica Părului*; iar al 3-lea despre *Siluetă şi Frumuseţe*.

Este prima realizare de acest fel ce se încearcă în literatura medicală românească.

Noul volum, de un format şi aspect elegant, scris cu multă îngrijire, într'un stil curgător şi nespus de atrăgător „pe înţelesul tutulor", corespunde din toate punctele de vedere scopului ce autorul şi-a propus: de a-l adresa tutulor, în primul rând marelui public, în covârşitate femenin, rămânând însă o lucrare strict medicală în esenţa ei; de acolo, parfumul ce degaje şi eleganţa femenină în formă; de aci seriositatea şi precisiunea în fond.

Prin citatele istorice, incursiunile în mitologie, reflexiunile de ordin social şi biologic ş. a., autorul face literatură de cea mai bună calitate pe fondul cu *„teza"* de ordin medical, care este *„Ingrijirea tenului"*.

Lucrarea de faţă este *o operă literară de cuprins medical,* cea ce înseamnă altceva decât o operă medicală de vulgarisare.

Ii prezicem un succes desăvârşit de librărie, pentru că interesează pe toată lumea, mai ales dela o vârstă anumită şi în special pe femei; — pentru că instrueşte (şi aci trebue de cuprins şi pe medici) şi distrează; — pentru că este de cea mai vie actualitate „vieaţa de astă-zi se sbuciumă sub o zodie fizică şi sexualistă", trăim sub influenţa „Sex-appeal-ului" şi la „Chemarea sexului"; — şi va fi în totdeauna, de oare-ce „sexualitatea reprezintă axa principală a existenţei", „frumuseţea fizică este cel mai puternic suport al acestei axe", iar „coquetăria este tecnica prin care frumuseţea se poate pune în evidenţă cu mai multă plasticitate"; — şi încă pentru că „tinereţe fără bătrâneţe" nu există, iar cu mersul anilor „involuţia senilă a pielei este inevitabilă şi implacabilă" şi aşa va fi şi soarta omului de mâine, chiar dacă măsurile eugenice îl vor face mai sănătos şi mai frumos la tinereţe şi-i vor prelungi limitele bătrâneţei.

Or, „igiena preventică şi medicina curativă ne pun la dispoziţie numeroase arme de apărare şi de luptă contra factorilor care ne ruinează figura înainte de vreme".

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Iar cartea de faţă a fost scrisă anume în acest scop.

Ar fi de făcut multe citate din această folositoare lectură, care instrueşte fără oboseală şi ţine atenţia mereu trează.

Ne vom mărgini a înşira capitolele principale, cari prin însu-şi titlul lor dau o idee de cuprins:

Frumuseţea şi existenţa (frumuseţea, este motorul principal al vieţei; ştiinţă şi frumuseţe; cosmetologia este ştiinţa frumuseţei). — **Ingrijirea frumuseţei în decursul timpurilor. — Pielea, tenul şi funcţiunile vitale ale organismului** (legătura dintre piele şi restul organismului; pete şi boli; roşeaţă şi boală; tenul şi glandele cu secreţie internă; tenul şi alimentaţia; ten şi constipaţie). — Gama tenurilor (ten gras — coşurile sau acneea, ten transpirat; ten uscat — sbârciturile; ten pătat — pistru, pete roşii, nas roşiu, semne şi negi, etc.). — **Mijloacele folosite pentru îngrijirea tenului** (Apa şi substanţele chimice şi medicamentoase: apa, săpunul şi substanţele cari îl pot înlocui, pudrele, cremele, apele de toaletă, parfumurile; — mijloacele mecanice: masagiul feţei; alte mijloace pentru întreţinerea tenului: duş filiform, chirurgia ridurilor; fardurile şi fardarea; buzele şi roşul de buze; genele şi sprâncenele). — **Suflet şi frumuseţe** (frumuseţe şi sex appeal; frumuseţe, tinereţe, bătrâneţe).

„Pielea este cea mai fină stofă de pe lume" spune autorul dupe Anatole France; şi totuşi individul îi acordă aşa de puţină atenţie, iar femeile chiar când o îngrijesc, n'o fac de obiceiu cu mijloacele cele mai potrivite.

Pielea mai este un organ de cea mai mare importanţă pentru o bună funcţionare a organismului, şi totuşi şi medicul o lasă

pe un plan cu totul secundar al preocupărilor sale.

Autorul face un serviciu tutulor prin cartea ce a scris, cu o competinţă ştiinţifică desăvârşită şi cu calităţi literare frumoase.

D-r M. Cânciulescu.

* * *

D-r I. DUMITRESCU-POPOVICI: **REGIMURILE ALIMENTARE IN DIVERSELE MALADII.** — Buzău, Tip. Luca I. Oprescu, 1936, 160 lei.

In această *„Carte de regimuri"* autorul, care a făcut strălucite studii de specialitate în spitalele din străinătate şi practică la Vichy, cuprinde în 320 pagini toate noţiunile teoretice şi practice relative la instituirea unui regim alimentar în stare normală şi în diferitele boale.

Cartea sa o adresează autorul mai de grabă bolnavilor, decât medicilor, şi în special are în vedere pe bolnavii din staţiunile hidrominerale; dar acestora le va folosi mai de grabă întorşi acasă, unde uită repede sfaturile căpătate la băi.

Fie-care regim este însoţit de explicaţii preliminare de ordin fisio-patologic cari îi explică raţiunea; — şi regimurile se aplică pe grup de afecţiuni comune din punct de vedere al nutriţiei, precedate şi ele de noţiuni de ordin anatomic şi patogenic, schematizare care sintetizând uşurează reţinerea şi aplicarea noţiunilor:

In PARTEA I-a se cuprind: **Generalităţi** cu privire la raţia de întreţinere, compoziţia alimentelor, vitaminele. — **Consideraţiuni generale asupra regimurilor.** — **Principii higienice în alimentaţie** (masticaţie, buna dispoziţe, alimentaţie exagerată şi insuficientă ş. a.). — **Greşeli în alimentaţie şi prejudecăţi asupra unor alimente.** — **Diverse regimuri şi cure** (regimurile restrictive: hidric pur, lactat; diverse cure cu lapte şi preparate cu lapte; regim de fructe; regim vegetarian; regim lacto-vegetarian şi ovo-lacto-vegetarian.

In PARTEA II-a se detaliază: **Regimurile pentru dif. boale ale tub. digestiv cu gland. anexe şi boli de nutriţie:** ulcerul gastro-duodenal, dispepsiile, cancerul stomacal, turburările gastrice acute, aerofagie, operaţiile pe stomac, bolile de intestin în general, regimul în diaree, în constipaţie; — în afecţiunile de ficat şi în acele ale căilor biliare, în ictere; — în gută-artritism; — în diabet; — în obesitate (cu diferitele cure speciale). — **Arta de a slăbi.** — **Cura de îngrăşat.** — **Regimul alimentar în anemii.** — **Regimul alimentar în boalele de rinichi** (în colab. cu D-r V. Vintici). — **Regimul alimentar în afecţiunile cordului şi apoi în bolile de piele.**

In PARTEA III-a se dau numeroase **Reţete de bucătărie,** de a prepara alimentele după regulele expuse de higienă alimentară, sau băuturile de regim.

Când şi-a conceput cartea, autorul s'a gândit în primul rând şi numai la medici, dovada: documentarea bogată, expunerea noţiunilor de ultima oră, spiritul critic care o animă, factura oarecum didactică cu preliminări de ordin anatomic, desvoltare patogenică şi conclusiuni terapeutice de regim alimentar — metodă adoptată de răp. Prof. Teohari în Tratatul său de terapeutică.

Când a scris-o, a făcut însă largi concesiuni bolnavilor, că-

BCU Iasi / Central University Library Iasi

rora de altfel declară că le-o adresează cu precădere, dovadă: stilul une-ori prea înflorit; unele expresiuni prea familiare, fraza care se adresează par-că maselor din staţiunile de cură; abuzul de Paul Reboul, căruia nu i se poate tăgădui un foarte mare bun simţ şi gust în alegerea şi prepararea bucatelor, dar care nu este o autoritate în materie, ba chiar îl bat alţii în propria lui specialitate; caracterele cu cari au fost scrise sub-titlurile alimentelor permise şi nepermise — ca să cadă mai repede sub ochi — şi cari sunt aceleaşi cu ale titlului general al regimului în diferitele afecţiuni; ş. a.

Nu facem o critică, ci o constatare; fie-care autor are drept să-şi adreseze cartea cui vrea şi să o scrie pentru cine vrea; dar atunci trebue să fie consequent cu el, şi armonios în toate; medicului, mai pretenţios, şi marelui public, c re se mulţumeşte cu mai puţin, „felul" sub care li se serveşte mâncarea trebue să varieze ca preparare, adică ca tratare: chiar dacă în compoziţia lui intră aceleaşi ingrediente.

Pentru o carte de popularizare, lucrarea este prea mare; conţine adaosuri inutile şi multe desvoltări cari se repetă; în schimb îi lipsesc scheme clare, ca cele scrise pe dosul reţetelor, de ce mai ales să mănânce şi ce anume să nu mănânce un bolnav.

Dar are tot ce-i trebue ca să constitue un admirabil *„Manual de dietetică"* care să stea la îndemâna fie-cărui medic, ori cât de pretenţios; cu condiţia ca să fie imprimată într'un Institut de tipografie cu litera variată şi complectă în fie-care corp (la pag. 217 se amestecă cursivele cu dreptele); — ca autorul să citească şi răscitească manuscrisul (pentru ca morcovii şi sfecla să nu conţină 11% hidraţi de carbune la pag. 216 şi 6% la pag. 218) şi şpalturile de corectură (pentru-ca greşelile de ortografie cari atâtea se strecoară în articolele de reviste medicale, de viaţă efemeră să nu scape şi în aceste cărţi de mai durabilă statornicie); să serieze titlurile şi să schematizeze expunerea ş. a.

Intocmită astfel, marele public tot se va grăbi să o cumpere, iar autorul va fi îmbogăţit şi literatura medicală românească cu o carte de valoare, ast-fel precum a făcut în col. cu F. Ramond, publicând în editura „Masson" Paris *„Les fonctions gastro-duodénales"* şi *„L'aerophagie* et *son traitement"*.

Şi la această ediţie românească viitoare, care poate coincide şi cu o ediţie refăcută ad-hoc pentru vulgarizare, este de dorit să lipsească franţuzismele (ca jambon, eforturi, maladii, ş. a.) şi să fie înlocuite cu expresii pentru cari se găsesc termeni în limba românească.

Tocmai pentru-că această carte este de valoare şi chemată să aducă real folos medicilor şi bolnavilor, am găsit cu cale să formulez aceste observaţiuni, mai mult de formă decât de fond, cari departe de a constitui o critică de ordin peiorativ, sunt chemate să o desăvârşească în viitor.

D-r M. Cânciulescu

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. POPESCU-BUZEU: **TRAVAUX DE LA III-ème SEMAINE MEDICALE BALCANIQUE** — Bucarest, 6-12 Juin, 1935, — Tip. «Scrisul Românesc», Craiova.

In cursul anului 1936 şi prin îngrijirile neobositului secretar general al „Uniunei Medicale Balcanice" care este dela fundaţie D-l Doc. D-r M. Popescu-Buzeu, au apărut *„Lucrările celei de a III-a Săptămâni Medicale Balcanice"*, care a avut loc la Bucureşti, între 6—12 Iunie 1935.

Trecând peste discursurile ocazionale, cari nu pot lipsi din program, vom referi asupra desbaterilor propriu zise şi din acestea vom semnala numai câteva rapoarte şi comunicări; în special acelea referitoare la ţara noastră sau făcute de medici români.

Dintre rapoartele referitoare la „HYGENA RURALĂ IN ŢĂRILE BALCANICE" D-l D-r Cantemir Angelescu în **Higena rurală în România**, socoteşte că „regimul sanitar în România se găseşte în faza evolutivă"; — dă o imagine fidelă a stări sanitare înapoiate la ţară, pentru o ţară agricolă în proporţie de 82,2% asupra populaţiei urbane; — arată sforţările ce s-au făcut de a ameliora starea circomscripţiei rurale, celula noastră sanitară, înmulţind numărul acestora cu circa 200 şi micşorându-le şi perimetrul, transformând în dispensare vechile spitale mixte şi creând la oraşe spitale mari cu servicii de specialitate; — denunţă lipsa cunoştinţelor de higienă personală şi gospodărească la sate, agravată de alţi factori culturali, sociali şi economici, în ceea ce priveşte locuinţele, alimentaţia, higiena mamei şi copilului, bolile contagioase şi cele medico-sociale (sifilisul, cu 25% bolnavi în unele comune; — tuberculoza, cu 2500 paturi în sanatorii pe toată ţara şi 250 paturi pentru tub. chirurgicală; — sforţările mari din partea iniţiativei particulare şi de-abia schiţate de curând şi din partea statului care a decis construirea a 7 sanatorii cu o capacitate totală de 1000 paturi; — paludismul, cu 160.000 bolnavi declarabili anual; — pelagroşi, cu 66.083 bolnavi anual şi numai 3 pelagrozerii).

In **„Locuinţa şi alimentaţia ţăranului român"** D-l D-r I. Jianu arată că ţăranul îşi clădeşte case chiar estetice, dar fără scânduri şi face propunerea ca statul să organizeze transportul în condiţiuni eftine ale lemnului de foc şi de construcţii la ţară.

In chestiunea „MEDICII IN ŢĂRILE BALCANICE" D-l D-r M. Popescu-Buzău în rap. **Medicii în România** expune starea actuală a profesiunei medicale la noi, arătând că la o populaţie de 19 mil. locuitori avem 8500 medici, dintre cari vre-o 2000 oficiali şi dând date în ceea ce priveşte serviciul lor, salarisaţia, clientela particulară, protecţia socială, decăderea profesiunei.

Iar D-l Prof. P. Niculescu denunţă la noi pletora medicală la oraşe, adică reaua repartiţie; propune limitaţia numărului studenţilor nu numai prin cifra numerică, dar mai ales prin examinarea lor corporală şi dupe valoarea intelectuală; arată starea dăunătoare în care funcţionează la noi asigurările sociale şi mutualităţile, salarizarea ridicolă a medicilor asigurărilor, pentru care propune libera alegere a medicului sau salarizarea în raport cu serviciul prestat; şi preconizează în concluzie pe cât posibil întocmirea medicului funcţionar cu medicul practician, caşi raţionalizarea balastului administrativ extra-medical.

In „ASUPRA BENEFICIILOR MORALE ALE SAPTĂMANII MEDI-

CALE BALCANICE" D-l Prof. Bensis din Atena socoteşte pe medici alături de poeţi şi scriitori „des médiateurs de malentendus et des arbitres d'injustices"; — le fixează rolul de a contribui la clădirea „păcei prin dreptate" în această peninsulă, „dont la destinée, après avoir été la poudrière de l'Europe, est de devenir son éteignoir"; — face rezerve asupra „desensibilizărilor prea rapide" de ură şi resentimente şi speră mai mult „du psychisme qui se degaje de ces réunions plus que des résolutions et que des voeux".

In comunicări D-na Medea Niculescu denunţă **„Transportul femeilor însărcinate"** cari la noi se face în condiţiuni improprii; iar D-l D-r M. Farmicy expune chestiunea **„Triajului medico-social preventiv"** arătând că măsura primordială de luat de către stat pentru apărarea socială este aceea a aplicării sistematizate a higienei: sociale, psihice, morale şi eugenice; iar la sfârşit autorul se întreabă sugestiv cu L. Rollin, după conferinţa acestuia „Comment se recrute l'armée du crime", „que penserait-on d'un homme qui laisserait pousser et croître librement sur ses terres l'ivraie, les orties, les ronces?".

Fără a subestima tendinţele politice ale *„Uniunei Medicale balcanice"*, şi neconsiderând aci decât aspectul strict medical al diferitelor ei manifestaţiuni, vom adăoga că „Săptămână Medicală Balcanică dela Bucureşti" a avut un deosebit succes, nefiind chiar decât acela de a fi strâns la o laltă o seamă de rapoarte, adevărate documente, asupra unor foarte importante probleme de ordin medical.

D-r M. Cânciulescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

D-r D. TĂNĂSESCU: **BĂILE HERCULANE – Generalităţi, isvoare, posibilităţi terapeutice, discuţiuni, interpretări, propuneri** – Bucureşti, Institutul grafic «Lucia», 1936.

Intr'o monografie de 59 pag. autorul, medic oficial al staţiunei şi director al „Sanat. militar Regele Ferdinand I", expune succint tot ce poate da o idee precisă asupra staţiunei „Băile Herculane" şi asupra apelor sale.

Generalităţi introductive asupra staţiunei şi împrejurimilor ei, îmbunătăţirile cari s-au făcut treptat, studiile şi observaţiile făcute de numeroşii medici ai staţiunei; — discuţiuni cu privire la apele termale în special la cele dela Herculane, asupra factorilor curativi determinanţi şi a temperamentului individual; — indicaţiunile generale ale apelor dela Herculane, injecţiunile cu apă, rezultatele obţinute; — contraindicaţiunile, date şi interpretări noi geologiice: — isvoarele (Carmen-Sylva, Dragalina, Elisabeta, Hercule, Regina Maria, Ileana, Hygeia sau Tămăduirea, isvorul apei de stomac, isvorul apei de ochi), fiecare cu debitul, temperatura şi compoziţia lui, precum şi instalaţiile de hidroterapie; — reacţiunile curei, senzaţiile încercate în timpul curei termale şi interpretările asupra tratamentelor paratermale în staţiuni; — la sfârşit, concluziuni şi propuneri pentru îmbunătăţiri de adus în viitor staţiunei.

Noţiunile acestea informative, astfel cum şi-a propus autorul a le expune, aduc o contribuţie reală la cunoaşterea staţiunei Herculane şi ilustrate cu fotografii şi schiţe vor putea la o viitoare

ediţie, apărută pe alt format şi hârtie, să constitue un *Ghid informativ preţios pentru vizitatori şi turişti,* celor străini fiindu-le destinată o *parte finală scrisă în limbi străine.*

M. C.

* * *

D-r PETRE VLAD: **PROBLEME DEMOGRAFICE CLUJENE ŞI RAPORT DE ACTIVITATE PE ANUL 1935.** – „Universala" Cluj, 1936.

In acest volum de 125 pag., autorul, medic şef al Municipiului Cluj, expune pentru a treia oară activitatea desfăşurată de diferitele servicii pendinte de serviciul sanitar al oraşului.

De altfel, dela începutul anului autorul începuse a prezenta lunar, deci fregmentar, aceste date într'un „Buletin" Sanitar Municipal, a cărui apariţie am anunţat-o la timp.

In acest volum datele sunt întregite, aşa fel că intensa activitate ce se desfăşoară acolo se pune în plină lumină, caşi concluziunile de tras.

In „Introducere" se arată între altele că acest „buletin constitue o inovaţie curajoasă, care deschide larg ferestrele serviciului sanitar, pentru-ca opinia publică să-i controleze activitatea" — o opinie publică astfel evoluată în viitor, încât să fie în stare să priceapă cum stau lucrurile; se speră că diferiţii colaboratori la această operă în comun, care trebue să se exerciteze cu precădere pe teren preventiv şi de control, (iar nu pe teren curativ precum spre ex., adăogăm noi, a face injecţii în serie la cât mai mulţi nevoiaşi ca să se încarce statistica consultaţiilor gratuite). Fiind supuşi controlului se vor simţi mai înboldţii la îndeplinirea datoriei sau se vor lua chiar la întrecere, fiind mânaţi de o nobilă ambiţie — alternativa dintâi fiind mai plausibilă; se arată greutatea ce se întâmpniă şi la Cluj cu internarea bolnavilor săraci în clinici, reclamându-se de urgenţă întemeerea unui spital public — în speranţă vană că astfel bolnavii vor scăpa de sfănţuială, ca la Craiova de exemplu; se semnalează ca experiment important trecerea serviciului sanitar al oraşului la Ministerul Sănătăţii, odată cu spitalele cari erau întreţinute de primărie, spitalul de femei şi cel epidemic, dar au şi început alte inconveniente, — şi vor mai veni, cât timp autorităţile superioare nu vor înţelege că în indeplinirea atribuţiunilor sanitare partea morală trebue să primeze asupra celei materiale; nici la Cluj n'au luat încă fiinţă Eforiile creiate în 1934 — şi chiar dacă vor lua fiinţă, ele nu vor corespunde scopului atât timp cât în ele vor fi introduse în scopuri inavuabile persoane deşi notabile, dar nu mânate de sfânta chemare; în sfârşit autorul prefaţei şi al întregului volum, care este sufletul animator al frumoasei activităţi sanitare ce se desfăşoară la Cluj, exprimă recunoştinţă primarului sau care i-a înţeles şi înlesnit străduinţele şi care s-a nemerit să fie D-l Prof. *N. Drăgan,* — dar deja îngrijorat pentru viitor termină „sperând în sprijinul autorităţilor când ne vom prezenta cu cereri de interes obştesc.

http://biblioteca.ubbcluj.ro/ Centrul de Cercetare Digitală Universitatea Babeş-Bolyai

In restul lucrării se desvoltă activitatea în capitolele următoare:

D-r VLAD PETRE: Mişcarea demografică: 1. Populaţia, căsătorii, spor; 2. Morti-natalitatea; 3. Natalitatea; 4. Mortalitatea; 5. Tuberculoza; 6. Cancer; 7. Sinucideri; 8. Mortalitatea infantilă. — D-r VLAD PETRE: Boli infecţioase: 1. Scarlatina; 2. Difteria; 3. Febra-tifoidă; 4. Alte boli infecţioase. — D-r POPOVICI FLORIAN: Oficiul de ocrotire. — D-r LEON PRODAN: Controlul industriilor şi al salubrităţii. — Activitatea medicilor de circumscripţie. — D-r DRAGULESCU CORIOLAN: Controlul alimentelor şi băuturilor. — Avocat D-r B. SUCIU: Urmărirea contravenţiilor. — D-r WEBER CAROL: Ambulatorul policlinic. — Prof. TRAIAN FLORIAN: Colonia de vară din Lomb. — Fondul sanitar. — D-r BERARIU CONSTANTIN: Dispensarul societăţii pentru profilaxia tuberculozei. — D-r DOMINIS STANCA: Spitalul de femei. — D-r TITU TURCU: Laboratorul regional de igienă. — D-r ZUGRAVU GHEORGHE: Dispensarul de copii „Principele Mihai". — D-na LIVIA BOILA: Reuniunea „Sf. Maria" a femeilor gr. cat. — D-r MARCELA FABIUS: Dispensarul soc. „Principele Mircea" Filiala Cluj. — Doc. D-r KONRADI: Societatea voluntară de salvare.

D-r M. Cânciulescu.

* * *

D-r M. ENESCU: **SITUAŢIUNEA ECONOMICA A POPULAŢIEI RURALE DIN PUNCT DE VEDERE AL SĂNĂTĂŢII PUBLICE ŞI AL HYGIENEI** — Roman 1936.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Volum de 182 pagini, reprezentând datele unei întinse şi minuţioase anchete sociale, ale cărei concluziuni adânc descurajatoare, autorul medic primar al judeţului Roman, le cuprinde în cele ce urmează:

Cutoate fenomenele foarte importante de ordin economico-social care au survenit dela război (marea reformă agrară, mărirea ţărei şi înglobarea populaţiei noilor teritoare cu un nivel cultural mai apreciabil, etc.), starea sanitară şi hygienică a masei rurale a rămas neschimbată.

Se observă mai ales un fenomen caracteristic: masa ţărănească n'a recurs la asistenţă medicală decât acolo unde aceasta i-a fost oferită în condiţii complect gratuite.

Autorul se întreabă: starea actuală economică a ţăranului român justifică şi până la ce punct starea sanitarea sa sanitară şi hygienică? Putem stabili o corelaţie ştiinţifică între aceste două aspecte ale vieţii colective?

In acest scop el a întreprins o anchetă destul de minuţioasă în judeţul Roman, a cărui medic şef este, anchetă privitoare la veniturile materiale a 100 familii ţărăneşti, familii de mici proprietari rurali (6 hectare şi sub). Veniturile fiecărei familii, bugetul familial, posibilităţei de plasare a recoltei, etc., au fost studiate pe baze statistice.

Din 44.107 familii ce compun populaţia, 5,9% nu sunt proprietari; 18,4% posedă mai puţin ca un hectar; 20,1% până la 2 hectare; 21,2% până la 3 hectare; 15,9% până la 4 hectare; 8,9% până la 5 hectare; 4,2% până la 6 hectare şi 5% mai mult ca 6 hectare teren.

In ceeace priveşte locuinţele 2,3% sunt bordee; 26,7% sunt construite în lemn şi argilă; 48% sunt construite dintr'o singură odae; 41,5% din 2; 6,3% din 3; 2,3% din 4 şi 1,4% au mai mult ca 4 camere. Latrinele sunt în majoritatea cazurilor într'o stare primitivă. De remarcat că starea precară a factorului locuitului persistă independent de siuaţia maerială a şefului familiei, în timpul iernei atât bogaţii cât şi ceilalţi toţi membrii unei familii ocupă o singură cameră. Sobele sunt şi ele construite primitiv.

Sursa principală a veniturilor se datoreşte agriculturei; această sursă este încă mediocră din cauza primitivăţei technicei agricole, a samsarilor şi a lipsei de cooperative bine organizate.

In ceeace priveşte cheltuelile familiei ţărăneşti ele sunt reprezentate pentru 50—70% prin cheltueli alimentare. Alimentaţia este totuşi săracă în materii azotate; consomaţia grăsimilor şi a hidrocarbonatelor este deasemenea minimală; carnea se mănâncă cel mult 120 zile pe an, mai des 60—40 zile; se notează o ignoranţă aproape totală a preparărei alimentelor.

Hainele reprezintă minimale cheltueli. Asemenea cu cheltuelile în caz de boală; o veche tradiţie empirică, fatalism caracteristic al mentalităţii ţăranului, în fine lipsa de educaţie hygienică, fac ca recursul la ingrijirea medicului să fie o excepţie. Numai în ultimul timp binefacerile seroterapiei şi a roentgenterapiei au fost sezitate de populaţia rurală.

Concluziuni: Cu toată întinderea micei populaţii ruarle (95% din numărul total al familiilor au 82% pământ disponibil), starea economică a populaţiei rămâne precară, echilibrul budgetului familial nu se menţine decât graţie numeroaselor privaţiuni şi higiena asă de dorit; alimentaţia ţăranului este peste tot deficientă şi plata muncei sale este mediocră.

Comunele rurale nu pot în starea actuală să contribue la nevoile sănătăţei publice; pentru moment se impune: de o parte organizarea — cu cheltuiala Statului — a profilaxiei boalelor sociale şi a puericulturei; de altă parte: creearea de centre medicale, unde ţăranii vor beneficia de mdicină curativă; se va face propagandă ca aceştia să plătească asistenţa medicală, ori de câte ori va fi posibil.

Studiul se termină prin reproducerea unei anchete detaliate asupra budgetelor familiale în fiecare categorie economică urmărtiă comparativ in 1929 şi etc. 1932.

Toate aceste constatări puţin îmbucurătoare pentru ţara noastră, autorul a crezut bine să le traducă şi în limbi străine, franceza şi germana, pentru ca şi lumea din afară să ia cunoştiinţă de ele.

Această precauţiune putea lipsi.

M. C.

* * *

REVISTA DE ENDOCRINOLOGIE, GYNECOLOGIE, OBSTETRICĂ.

La Cluj a apărut în cursul lunei Decembrie o nouă revistă „Endocrinologie, gynecologie şi obstetrică", buletin al Societăţii cu acelaş titlu.

Rolul acestei reviste şi nevoile ce deserveşte se concretizează în Cuvântul introductiv al D-lui Prof. *Ar. Grădinescu,* preşedintele societăţii de Endocrinologie, ginecologie şi obstetrică, pe care îl publicăm în întregime:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Societatea de ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE şi OBSTETRICA din Cluj, ţinându-şi şedinţele în cursul anului trecut, a avut în ordinea de zi, lucrări originale de toată importanţa.

Acest fapt ne-a îndemnat spre scoaterea acestei reviste, în care vor fi publicate lucrările originale comunicate în şedinţele societăţii noastre, precum şi orice alte lucrări, ce ne vor fi trimise spre publicare, făcute în alte centre decât Clujul, asupra endocrinologiei, ginecologiei şi obstetricei precum şi a celorlalte ştiinţe ca: fiziologia cu chimia biologică, medicină internă, neurologia, psihiatria, eugenia şi tot ce se leagă firesc de ştiinţele biologice experimentale.

Vom da o deosebită atenţiune mai ales lucrărilor originale, însă vor fi binevenite şi punerile la punct a diferitelor probleme în lumina cercetărilor actuale, precum şi recenziile lucrărilor nouă, făcute de tineret, şi acestea vor fi inserate în revistă.

Va fi o manifestare a ştiinţei româneşti, pentru publicul ştiinţific românesc în primul rând.

Articolele vor fi publicate în româneşte şi numai însoţite de rezumate într'o limbă străină.

In primele pagini vom da loc şi unui articol al vreunui cercetător străin, pentru a menţine un contact cât mai intim cu străinătatea.

Imi închipui că tineretul nostru, care a fost îndrumat de elemente de valoare ale ştiinţei româneşti, dintre care reamintesc numai pe profesorii: D-r Marinescu, D-r Minea, D-r Cristea Grigoriu, D-r Mihail, D-r Haţieganu, D-r Danielopol, D-r Parhon, D-r Daniel, D-r Niţescu, D-r Urechia, D-r Goia, D-r Gheorghiu, D-r Popa Gr. etc., va fi în totdeauna gata a ne da un sprijin efectiv. Fiindă într'adevăr aceşti apostoli devotaţi ştiinţei au format şi formează cadrele viitorului.

La noi în ţară sunt exemple tipice: aşa tot ce este fiziologic este făurit în cea mai mare parte, în şcoala mult regretatului Profesor I. Athanasiu.

Munca migăloasă, zi de zi în contactul intim al unui „maestru" formează pe viitorul specialist.

N'am decât să mai reamintesc apoi şcoala prof. Babeş, a prof. Cantacuzino, a prof. Thoma Ionescu şi a distinsului neurolog prof. Marinescu.

S'a muncit mult şi se munceşte mult la noi. In revistele din străinătate găsim o mulţime de lucrări ale cercetătorilor români.

Condiţiunile materiale în care se lucrează la noi lasă foarte mult de dorit, e destul să amintim că laboratoarele şi institutele noastre nu mai dispun de nici un fond şi toată lumea ştie că ştiinţa se face cu bani; ea necesitând instalaţiuni, aparate, material.

In lupta cercetărilor ştiinţifice moderne, trebuesc avute mijloacele cele mai noi de investigaţiuni, ori la noi faptele sunt cu totul altfel.

Plecăm la drum în speranţa, că vom fi încurajaţi şi susţinuţi de fiecare, atât din punct de vedere ştiinţific cât şi material în opera noastră care e destul de grea.

Ne vom face o datorie de a face în coloanele revistei noastre

recenzii ale articolelor, ce se vor publica în această prea interesantă nouă publicaţiune medicală românească, al cărui bogat prim număr preludează în mod fericit asupra ţinutei ei viitoare.

M. C.

* * *

REVISTA SPITALELOR.

O altă nouă revistă medicală românească şi-a făcut apariţia. In „Năzuinţele noastre" cuvânt introductiv, care îl serveşte de *„Prefaţă"*, promotorii îi justifică scopul şi anunţă *„Programul"* astfel:

„Medicina curativă răspunde unor exigenţe sociale de importanţă primordială. Medicul curativ se găseşte în centrul de atenţie a populaţiei, pentru care instituţiile spitaliceşti sunt organe vitale de primă necesitate.

In ochii oricărui cetăţean spitalul este pentru sănătatea publică sau individuală, ceeace şcoala sau biserica este în domeniul spiritual. După calitatea unui spital se preţueşte valuta sanitară a unei localităţi. Un spital primitiv produce o stare de spirit nefavorabilă nu numai pentru noţiunea de medicină curativă, ci şi pentru ideia de sănătate în genere.

Aversiunea faţă de spital a unei părţi importante din populaţia ţării a început să se risipească în timpul din urmă. Cele aproape 400 de instituţii de medicină curativă depe întregul cuprins al ţării deabia reuşesc să spitalizeze pacienţii care solicită asistenţă medicală, cu încredere din ce în ce mai mare.

Deşi serviciile privind sănătatea publică din România sunt risipite pela diferite departamente, adevărata răspundere medico-sanitară revine în primul rând — şi în mod covârşitor — Ministerului Sănătăţii, cu cadrele celor peste 2500 de medici oficiale, dintre care mai mult de o treime activează în spitale şi dispensarele acestui departament.

Opt sute de medici de spitale şi dispensare prezintă o forţă care apasă greu în cumpăna sănătăţii publice din România. Aceşti 800 de medici conduc aproape 400 de instituţii mari şi mici, cu aproape 20.000 de paturi, ceeace reprezintă peste trei sferturi din numărul total al paturilor de spital din România.

La aceşti colegi apelează sutele de mii de bolnavi, lipsiţi de mijloace, depe întregul cuprins al ţării, pentru a le alina durerea şi a le reda sănătatea. Şi meritul lor nu poate fi trecut cu vederea, deoarece de cele mai multe ori îşi îndeplinesc misiunea în condiţii aşa de anevoioase, încât activitatea ce desfăşoară ia proporţiile unui adevărat apostolat.

Acestor numeroşi colegi ne adresăm în primul rând, invitându-i să se concentreze în jurul acestei reviste, care este a Domniilor lor în aceeaş măsură ca şi a celor care o iniţiază.

„Asociaţia Medicilor de Spitale şi Dispensare ale Ministerului Sănătăţii", care a luat fiinţă în Mai 1935, va putea să-şi exprime aspiraţiile şi să-şi afirme activitatea în coloanele publicaţiunii.

Medicii primari ai **Spitalului Central** „Prof. D-r I. Cantacuzino" care au luat iniţiativa înfiinţării acelei Asociaţii, întemeiază astăzi „REVISTA SPITALELOR", în ale cărei coloane speră să poată saluta colaborarea unui număr cât de mare de confraţi de pretutindeni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„REVISTA SPITALELOR" va căuta să păstreze un caracter eminamente practic, animat de o strictă obiectivitate ştiinţifică. Fără a neglija contribuţiile originale „REVISTA SPITALELOR" se va năzui să prezinte un bogat material informativ de actualitate clinică şi terapeutică, din toate domeniile medicinii, pentruca medicul specializat într'un domeniu restrâns să poată fi la curent cu progresele realizate în celelalte ramuri ale medicinei, iar medicul practician nespecializat să se poată informa repede şi complect asupra tuturor problemelor medicale practice la ordinea zilei".

Scopul este de mare folos pentru toţi medicii practicieni, iar programul schiţat sub aspectul cel mai nemerit.

Dar meritul este în funcţie de realizări şi realizările în funcţie de oameni.

Pe cei cari şi-au luat această sarcină, care nu-i deloc uşoară, îi cunoaştem bine.

Prin creditul ce-l deschidem acestora, nu ne îndoim că noua revistă va corespunde aşteptărilor.

Să o aşteptăm la lucru.

D-r Cânciulescu.

Noui
CĂRŢI ŞI MONOGRAFII*)
primite la redacţie pentru recenzie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L. STROMINGHER: **La colibacilose,** Masson, Paris, 1935.

Prof. C. BACALOGLU: **Frederic Chopin şi Mihail Eminescu din punct de vedere medical,** „Independnţa", Bucureşti, 1936.

Prof. G. RUZOIANU: **Activitatea Clinicii Oto-Rino-Laringologice din Cluj.** „Ardealul", Cluj, 1936.

Prof. C. DANIEL: **Contribuţiuni la reforma studiilor medicale în România,** „Eminescu", Bucureşti, 1936.

Prof. DANIELOPOLU: **L'enseignement médical et la Carrière médicale,** Paris, 1936.

Prof. GH. POPOVICI: **Elemente de Pediatrie şi Puericultură,** 2 vol., „Lumina", Cluj, 1936.

N. BLATT: **Cercetări şi studii de oftalmologie.**

Doc. A. DIMOLESCU: **Psihozele emoţionale,** Bucureşti, 1936.

V. CIOCÂLTEU: **Titluri şi lucrări,** „Bucovina", Bucureşti, 1936.

I. STOIA: **Expunere de titluri şi lucrării ştiinţifice,** Bucureşti, 1936.

M. BREZIS (Ploeşti): **Călăuza mamelor,** Bucureşti, 1936.

Insp. Vet. D-r G. RĂDULESCU-CALAFAT: **Boalele de uger şi Problema frigului în raport cu igiena alimentară a Capitalei,** 1936.

N. IGNA: **Instrumente chirurgicale romane găsite la Apulum şi Cultul lui Esculap şi al Hygei cu privire la Dacia superioară,** Cluj, 1935.

Revista de medicină legală, „Oltenia", Bucureşti, 1936.

Iaşul Medical, 1936.

Revista Ştiinţelor Oto-Rino-Laringologice, Cluj, 1936.

---

*) Recenziile se fac în ordinea cronologică a primirii lucrărilor la redacţie.

Sapic-TONICUM

Compoziţie chimică:

Monometilarseniat de Na 0,1 gr.
Săruri complexe de Fer, Mangan, Cupru . . 1,22 gr.
Glicerofosfat de Na . . 5 gr.
Elixir stomachic . . . 2,5 gr.
Tinct. nuc. vomica . . 0,25 gr.
Sirop arom. ad. . . . 100 gr.

Indicaţiuni:

Neurastenie,
Astenie generală,
Convalescenţă,
Anorexie,
Cloroză.

Dozare:

3 linguriţe pe zi în puţină apă sau vin.

Preţ pentru public:

Flacon cu 180 gr. Lei 109.—

Cu mostre şi literatură serveşte la cerere

„SAPIC" S. A.

pentru Industria Chimică

Bucureşti VI, Str. Cazărmii 89.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR şi AL MUŞCHILOR

A Probat de Ministerul Sănătăţii

Apreciat de D-nii Medici Neurologi şi Internişti

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.

CHRONIQUE MEDICALE LATINE

FEDERATION DE LA PRESSE MEDICALE LATINE
52, avenue de Breteuil, Paris (VII-è).

Voeux adoptés à l'issue du 4-è Congrès de la Presse Médicale Latine

Sur la proposition du D-r L. M. PIERRA (Paris):

„Le 4-me Congrès de la Presse médicale latine, réuni à Venise en Octobre 1936, émet le voeu:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1⁰ — Que l'étude du latin et du grec soit rendue obligatoire et contrôlée par des examens avant l'accession aux études médicales.

2⁰ — Que des études spéciales soient instituées pour les médecins se destinant à l'exercice d'une spécialité médicale ou chirurgicale et sanctionnées par la délivrance de certificats spéciaux — étant bien entendu que les dits certificats ne seront pas exigés pour l'exercice de la spécialité choisie, mais pourront l'être pour la nomination à des fonctions officielles concernant la dite spécialité".

Sur la proposition du Sen. Prof. N. PENDE (Rome).

„Le 4-me Congrès émet le voeu qu'il soit institué dans les grandes villes latines des Centres de bonification ou d'amélioration humaine et d'orthogénésie pour la conservation de la santé et du développement des jeunes sujets".

Sur la proposition du Prof. TRICOT-ROYER (Louvain):

Le 4-me Congrès de la Presse médicale latine émet le voeu qu'il soit établi, par les soins de la Fédération, et pour toutes les Nations latines, une bibliographie des periodiques médicaux d'expression latine selon le plan suivant:

1⁰ — Un répertoire rigourousement alphabétique et soigneusement numéroté, accompagné des millésimes de fondation et d'extinction, suivi du sigle de la bibliothèque la plus accessible ou, le cas échéant, de celle qui possède la collection la plus complète.

2⁰ — Un réportoire idéologique ou analytique divisé en un nombre de

sections sur lequel l'entente se ferait aisément: les numéros placés sous chacune des rubriques et sous rubriques correspondant à ceux du répertoire alphabétique.

3° — Un répertoire chronologique.

Le chercheur aurait ainsi à sa disposition un instrument de travail précieux qui, en un temps infime, le mettrait au fait de la documentation qu'il désire".

Sur la proposition du D-r H. TECON (Lausanne):

„Le 4-me Congres de la Presse Médicale Latine émet le voeu:

1° — Que les autorités des Nations latines étudient la possibilité d'interdire d'annoncer par la presse, politique ou d'information, ou de toute autre façon, les médicaments, spécialités pharmaceutiques et remèdes secrets sans autorisation préalable du Ministère responsable.

2° — Que les Revues et journaux médicaux appartenant à la Fédération de la Presse Médicale latine apportent une attention particulière aux annonces publiées par eux, sous une forme plus ou moins apparente — toute annonce ou tout article à caractère de réclame ne pouvant être inséré qu'après approbation de leur Comité de rédaction ou rédacteurs responsables".

* * *

Comité permanent de la Fédéation

Le Comité permanent de la Fédération de la Presse Médicale Latine s'est réuni au siège social, à Paris, le 29 Octobre 1936, sous la présidence du Prof. **Ricardo Jorge** (de Lisbonne), membre du Comité d'honneur de la Fédération, assisté des Prof. **M. Loeper** (de Paris), président fondateur, et **Danielopolu** (de Bucarest), vice-président.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Etaient représentées les Nations suivantes: Belgique, Cuba, France, Haiti, Italie, Portugal, Roumanie, Suisse.

Après avoir donné connaissance du procès-verbal de la réunion précédente et de la corespondance, le D-r **L. M. Pierra** fait un bref compte rendu du 4-ème Congrès, qui s'est tenu à Venise du 29 Septembre au 3 Octobre, avec un incomparable éclat. Le Comité, désirant rendre hommage à son Président, le Sen. Prof. **D. Giordano**, principal auteur de ce grand succès, décide à l'unanimité, de l'appeler à faire partie du Comité d'honneur de la Fédération. Le même honneur est décerné au Prof. **Austregesilo** (de Rio de Janeiro), vice-président-fondateur de la Fédération.

Le Comité désigne ensuite, à l'unanimité, le Prof. **Reynaldo Dos Santos** (de Lisbonne), comme président, en remplacement du Prof. **Giordano** et le Prof. Sen. **Nicolà Pende** (de Rome), comme vice-président, en remplacement du Prof. **Austregesilo.** Le bureau du Comité permanent se trouve donc ainsi composé: Prof. **Reynaldo Dos Santos** (de Lisbonne), président: Prof. **Danielopolu** (Bucarest), **N. Fiessinger** (Paris), **R. Horno Alcorta** (Saragosse) et **N. Pende** (Rome), vice-présidents. Le D-r **L. M. Pierra** (Paris), reste secrétaire général; le D-r **Henri Tecon** (Lausanne), trésorier; les D-rs **Beckers** (Bruxelles), **De Sanctis Monaldi** (Rome) et **Juan Noguera** (Madrid), secrétaires-adjoints.

Sur la proposition du Prof. **Loeper,** le Comité décide de transmettre les

voeux adoptés par le 4-ème Congrès non seulement aux pouvoirs publics des différentes Nations latines, mais aux Académies, Facultés de médecine, etc., ainsi qu'à toutes les Revues médicales. Un voeu du Prof. **Tricot-Royer** (de Louvain), tendant à la constitution d'un répertoire complet et méthodique des publications médicales ayant paru et paraissant actuellement dans tous les pays latins, sera transmis à tous les membres de la Fédération.

Saisi par un libraire Italien d'un projet de création d'une Association internationale de la Presse Médicale, le Comité décide de réserver sa décision à ce sujet, au moins jusqu'à ce que la Fédération comprenne l'unanimité des grands périodiques médicaux des Nations latines.

Le Comité donne mission à son Secrétaire général de s'entendre avec ses collègues portugais pour organiser le 5-ème Congrès, durant les vacances de Pâques 1938, à Lisabonne, sous la présidence d'honneur du Prof. **Ricardo Jorge** et sous la présidence effective du Prof. **Reynaldo Dos Santos.**

* * *

Un diner en l'honneur du Prof. Ricardo Jorge

Profitant de la présence à Paris du Prof. **Ricardo Jorge** (de Lisbonne), membre de son Comité d'honneur, où il représente le Portugal, la Féderation de la Presse Médicale Latine avait organisé, le 29 Octobre, dans les salons de l'Hôtel Lutetia, un dîner en son honneur, à l'issue de la réunion du Comité de la Fédération, qu'il venait de présider.

A côté du Prof. **Danielopolu** (de Bucarest), vice-président de la Fédération, qui présidait cette fête intime en l'absence du Prof. **Giordano** (de Venise), président en exercice, avaient pris place les D-rs **L. M. Pierra,** secrétaire général fondateur de la Fédération; **Le Sourd,** président honoraire de l'Association de la Presse Médicale Française; **V. Gardette,** secrétaire général de la même Association; **J. Huber** et **G. Milian,** médecins des hôpitaux de Paris; **Minopoulos** (d'Athènes), **M. G. Masson,** éditeur; les D-rs **Benjamin Bord, Maurice Delort, Crouzat, M. Matte; M. R. Gardette,** secrétaire administratif de la Fédération, ainsi qu'une vingtaine de convives, désireux de témoigner au Prof. **Ricardo Jorge** en quelle haute estime sa personne et son pays sont tenus parmi les médecins latins.

Au champagne, Le D-r **L. M. Pierra** mit ses collègues au courant des décisions que venait de prendre le Comité permanent de la Fédération et fit acclamer le Prof. **Ricardo Jorge,** auprès duquel il a trouvé dans ces derniers mois un concours si empressé et si utile à la réalisation de ses projets, le Prof. **Reynaldo Dos Santos** (de Lisbonne), qui succèdera prochainement au Prof. **Giordano** comme président de la Fédération, et tous leurs collègues portugais.

Le Prof. **Danielopolu,** qui, depuis plusieurs années, collabore avec le Prof. **Ricardo Jorge** à l'Office International d'Hygiène publique, fit un éloge très vif et très applaudi de ce grand travailleur, qui réunit en sa personne les plus rares qualités de l'administrateur, pénétré de l'importance de la prophylaxie sociale, et du médecin pour qui rien ne peut être réalisé en cette matière qu'en tenant compte des enseignements de la clinique.

Le Prof. **Ricardo Jorge,** tout en se défendant de mériter les éloges qu'on voulait bien lui décerner, exprima sa joie d'être l'hôte d'un groupement où son

pays est aimé et admiré et son juste orgueil d'appartenir à une Nation fière et libre, qui n'ira jamais chercher ailleurs ses points de direction et tient avant tout à rester elle-même.

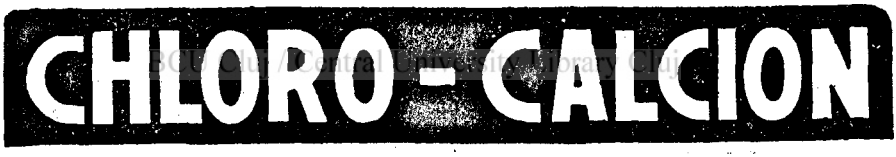
La soirée s'acheva par un échange de vues très animé et très intéressant sur l'organisation et le programme du 5-ème Congrès de la Presse Médicale Latine, qui se tiendra à Lisbonne, sous la présidence du Prof. **Reynaldo Dos Santos** pendant les vacances de Pâques 1938.

ALEGEREA COMITETULUI pe 1936—1937 AL ASOC. DOCENȚILOR FAC. DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

In ziua de 8 Decembrie, s'a ținut **Adunarea generală a Asociației Docenților dela Facultatea de Medicină din București.**

Vechiul comitet depunându-și mandatul, s'a ales **Noul comitet pe anul 1936—37,** în persoana domnilor docenți: Președinte, D-r M. Cânciulescu; Vice-Președinți: D-ri D. Ionescu și I. Marcu; Secretar general, D-r I. Bazgan; Casier, D-r D. Vasiliu; Cenzori: D-ri S. Brătianu și C. I. Ghițescu.

Conform statutelor, au fost cooptați ca vice-președinți actualii președinți ai comitetelor din Iași și Cluj.



LABORATOIRE MICHELS — 9, Rue Castex — PARIS — (IVe)

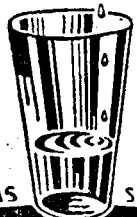
O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ.

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1GR. CaCl²

Hemostatic

Recalcifiant DIRECT

Dechlorurant ASSIMILABIL



LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚII-VECHI No 1, BUCUREȘTI 3.

Biblioteca Universitară din Cluj • ROMÂNIA