

MIȘCAREA MEDICALĂ

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

S U M A R U L

	Pag.
CRONICA de <i>Dr. M. Cănciulescu</i>	263
I.	
A. — ARTICOLE DE FOND.	
Metabolismul apei de <i>Doc. Dr. I. Daniel</i>	265
B. — LUCRĂRI ORIGINALE.	
Cura de îngrășare cu insulină la bolnavii nediabetici de <i>Dr. I. Gavrilă</i>	270
Considerațiuni asupra modificațiunilor calitative ale aortei de <i>Doc. E. Lazeanu</i>	283
Febra sifilitică de <i>D-ri I. Băcescu și I. Vasilescu</i>	286
C. — EVOLUȚIA TERAPEUTICĂ.	
Trat. ulceratiilor prin Synthol de <i>Dr. I. Vasilescu</i>	I
Acetylholina de <i>Dr. R. Hirsch</i>	II
Trat. Anemiilor Pernicioase prin Met. Whipple-Minot de <i>Dr. S. Paulon</i>	III
Trat. tub. pulm. prin dietetică, noua metodă germană de <i>Dr. I. Rosman</i>	IV
Trat. hemoptiziilor de <i>D-ri M. Cănciulescu și M. Popper</i>	VI
II.	
MIȘCAREA MEDICALY ROMÂNEASCA	
I N Ț A R A	
A. — PUBLICAȚIUNI MEDICALE.	
Buletinul Medico-Terapeutic No. 4, 6, 7 din 1928	291
Buletinul Asoc. G-le a Med. din România No. 4—5 din 1928	293
Buletinul Minist. S. P. și Ocrot. Sociale No. 3—6 din 1928	293
Clinica No. 3—1928	293

	<u>Pag.</u>
Clujul Medical No. 5 și 6 din 1928	295
Revista Științelor Medicale No. 6 din 1928	298
Revista Sanitară Militară No. 4—5 din 1928	299
Revista de Obstetrică Mai și Iunie 1928	302
Revue Médicale Roumaine No. 2 din 1928	303
Revista de Chirurgie Mai 1928	303
România Medicală No. 11—12 din 1928	304
Spitalul No. 6 și 7—8 din 1928	305
Viața Medicală No. 6—7 din 1928	308

B. — SOCIETĂȚI ȘTIINȚIFICE.

Asoc. Internilor de Spitale din București, Șed. 11 Mai 1928	310
Reuniunea Ginecologică și Obst. din Cluj, Șed. 29 Febr. 1928	310
Soc. R. de biologie, Sec. din Buc., Cluj și Iași	311
Soc. Spitalelor din București, Șed. 4 și 25 Aprilie, 16 și 30 Mai 1928	316
Soc. Șt. Medicale din Cluj, Șed. din 21 Ian., 4 și 25 Febr., 24 Martie, 5 și 19 Mai 1928	318
Soc. Șt. în Medicină din Buc., Șed. 7 Febr., 5 Martie, 2 și 16 Iunie 1928	320
Soc. Română de Oto-Rino-Laringologie, Șed. din 5 Iunie	321
Cercul Medico-Farmaceutic din Craiova, Șed. 1 și 15 Iunie, 1 Iulie 1928	322
Reuniunea Șt. Medico-Militară din Timișoara, Șed. 20 Iunie 1928	327
Soc. de Chirurgie din București, Șed. 14 și 28 Martie 1928	328

C. — CONGRESE.

Conf. Asoc. G-le a Med. la Timișoara	331
Al 31-lea Congres al Asoc. G-le a Med. din România	332
Al V-lea Congres Internațional de Thalassoterapie	334
Conf. Corp. Medical din Oltenia	338

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

IN STRĂINĂTATE	343
--------------------------	-----

III.

MIȘCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

Tuberculoza	349
Conf. Prof. Calmette la Viena	353

IV.

DIVERSE — INFORMAȚIUNI

Vizite — Conferințe (357). Lupta contra bac. B. C. G. continuă (359). Cancerul în Străinătate (360). Certificatul medical prenuptial (362). Organizarea igienei publice în Italia (363). Numiri în învățământ (363). Medici Români premiați în străinătate (364). Nonl Decan al Fac. Med. din București (364). Cercul Medical din București (364). Transferări (365). Reușiți la concursuri (365). Prof. Levaditi la Academia de Medicină din Paris (365). Delegații (366). Specifice Medicale (366).

C R O N I C A

Apa este un aliment indispensabil vieții și manifestării fenomenelor vitale; fără apă nu se poate trăi decât câteva zile, fără alimente chiar mai multe săptămâni; cazul primarului din Anglia și al postitorului celebru italian sunt concludente: greva foamei o fac mulți, pe cea a setei n-a făcut-o, pe cât se pare, încă nimeni până acum.

Un adult are nevoie în 24 ore de 2300 ctmc. apă, dacă este în stare de repaos, și de 3700 ctmc., dacă lucrează; această cantitate este acoperită de alimentele solide (40—60%) și de băuturi (origine exogenă) iar o parte rezultă din arderile hidraților de cărbune, grăsimilor și subst. albuminoide (origine endogenă).

Apa constituie mediul interior al corpului uman: ea formează 69% din greutatea copilului la naștere și 58% din cea a adultului; face parte integrantă din compoziția celulei (formând pentru coloizi elementul determinant al menținerii stării osmotice — iar la baza fenomenelor de nutriție se știe că stau constituția coloidală și fenomenele de endo și exosmoză); disolvă și transportă prin intermediul circulației sanguine și limfatice cristalozii în tot organismul și, dupe ce activează viața celulei, ajută la desintoxicare conducând la căile de excreție produsele de desasimilație; sub o a treia formă: de susținere și de rezervă, apa veghează la menținerea izohidriei, a patra constantă a mediului interior.

Sunt anumiți factori cari regulează circulația apei, eliminarea și reținerea ei în organism în stare fiziologică.

O turburare a acestor factori și apa este eliminată în exces, ceea ce duce la deshidratarea organismului, la o spoliatiune apoasă cu urmări incalculabile, dacă deperdițiunea nu este oprită la timp.

Eliminarea se face pe cale renală și extrarenală; prima este cea mai importantă, dar și cea mai des turburată; cea de a doua cale reprezintă pierderile prin plămâni (700—800 ctmc. în 24 ore), piele, intestin, salivatie, lacrimi, vărsături.

În scop terapeutic medicul are posibilitatea prin anumite medicamente (diuretice, purgative, ape minerale) sau agenți fizici (băi calde, băi de sudare, masaj, fricțiuni) să favorizeze eliminările în anumite stări anormale.

Dar apa poate fi reținută în exces în organism, ceea ce conduce la starea de oedem, al cărui mecanism de producere și deci de obviare face obiectul a noi cercetări în ultimii ani din partea diferiților autori.

Pentru că apa este aliment indispensabil și trebuie mănuită uneori și ca un adevărat medicament, am găsit necesar să ne adresăm D-lui Docent Dr. I. Daniel, directorul Stației Hidrominerale dela Olănești, care împreună cu diverși colaboratori a întreprins studii aprofundate asupra **Metabolismului apei** în general, rugându-l să expue într-o serie de articole cu caracter practic această importantă chestiune.

Și asemenea expunerii vor urma și pentru alte elemente, cari normal sau accidental intră în compoziția organismului omenesc.

Influența desăvârșită asupra denutriției diabeticilor a condus pe autori

a întrebuița insulina și la indivizi nediabeteici cu stări de slăbire și denutriție până la cachexie.

Pentru prima oară în afară de stările diabetice insulina a fost administrată de Mac Kim Mariot în hipotrofiile infantile la copii și de Falta la adulți în diferite stări de denutriție.

Resultatele favorabile obținute de acest autor și alții în urmă au condus pe D-l *Dr. I. Gavrilă*, asistent al Clinicei Medicale din Cluj, să întreprindă **Cura de Îngrășare cu insulină la 30 bolnavi nediabeteici**, dintre cari numai în 3 casuri a înregistrat insucces iar în celelalte 27 a obținut creșteri în greutate variabile dela 1—4.900 kgr. în 3—4 săptămâni.

Technica și mersul tratamentului, efectul, modul cum lucrează insulina, indicațiile și contraindicațiile cași pericolele la care expune tratamentul insulinic sunt redade de autor cu precisiune și claritate și îndeamnă pe medicul practician să întindă întrebuițarea acestui agent, care rezervat numai diabeticii și sanatoriilor îl făcea aproape inaccesibil mării practici medicale.

Modificațiunile calitative ale aortei studiate de D-l *Doc. Dr. E. Lazeanu* sunt mai puțin cunoscute ca cele cantitative.

Cu toate că alterațiile pereților aortei, traduse prin diferite grade de opacifiare, însoțesc de obicei modificațiunile de calibru, sunt cazuri când ele există singure și constituiesc unica expresiune radiologică a unei aortite, care de obicei este o aortită gravă cu fenomene clinice alarmante și evoluție rapidă spre ectazie.

Visibilitatea aortei descendente este remarcabilă pe clișeu aci reproduc.

Morbus Gallicus nu mai trebuie considerat ca un morbus absque febre.

Febra sifilitică există și D-nii *D-ri I. Băcescu* și *I. Vasilescu* în studii lor o prezintă amănunțit sub toate formele, sub care se poate manifesta.

Tardivitatea apariției exantemului sifilitic sub toate posibilele sale manifestațiuni cutanate poate rătați semnificația febrei dictate de precocitatea unui enantem (pleural într'unul din cazurile relatate de autori) sau altor procese morbide, cari mai ales cu epoca secundară încep să se producă în interiorul organismului.

Iar dacă febra nu cedează imediat tratamentului instituit, încă n-avem dreptul să-l părăsim înainte de 3 săptămâni, existând febre sifilitice rebele cași îndejuns de cunoscutele lesiuni sifilitice rebele.

Personal avem încă prezent în minte cazul unei Doamne, pe care timp de o lună cu diferiți conrați de specialitate am văzut-o zilnic timp de o lună și la care febra a fost pusă succesiv pe seama unei infecțiuni intestinale nedeterminate, a unui început de însemnătate a unuia din vârfuri, a unei inflamațiuni anexiale — și la fiecare nou diagnostic se institua o foarte severă dietetică și nu mai puține mijloace terapeutice adequate — până când apariția unei sifilide palmare ne-a pus pe adevărata cale și a condus la unicul tratament.

Nu putem trece cu vederea semnalarea în această cronică a capitoului de **Evoluție terapeutică** cu **Note de Actualități și Pagini de Formular**, ce am introdus și cari vor fi de o importanță capitală pentru medicul practician.

Nu vor fi semnalate aci și prezentate decât medicamentele, medicațiile și metodele de tratament mai noi, cari au avut norocul de a trăi mai mult decât viața unui an și cari vor putea figura în **Mișcările Terapeutice și ale altor ani**.

Iar **Paginile de Formular Terapeutic** vor fi scrise de cei, cari au competența desăvârșită să o facă și de cât mai mulți și pe specialități pentru ca ele să nu oglindească o singură doctrină sau să reprezinte vederile unei singure școale ci să reprezinte întreaga Școală Terapeutică Românească.

Aceste pagini vor putea fi deprinse și așezate după un repertoriu aparte.

Dr. M. Cănciulescu.

METABOLISMUL APEI *)

de

Docent Dr. I. DANIEL

Director medical al Stațiunii Olănești

În alcătuirea substanței vitale, precum și în constituirea mediului în care se petrec fenomenele biologice, apa formează elementul primordial.

După analizele lui *Gerhartz*, în organismul unui făt de trei luni apa constituie 94% din greutatea corpului, la naștere 66-69% și în vârsta adultă 58%. În raport cu diferite organe, apa se găsește în mai mare cantitate în acele care au de îndeplinit o funcțiune mai activă.

Puterea de fixare și mecanismul regulator al distribuției apei în organism — proces complex asupra căruia vom reveni — cresc cu gradul de independență și cu facultățile de adaptare ale viețuitoarelor. La sugari și copii sistemul regulator al apei este mai labil decât la adulți.

În genere, pierderile și reținerile de apă sunt invers proporționale cu activitatea fiziologică a organelor. *Engel* a arătat că la un animal omorât trei ceasuri după ce i s'a făcut o injecție intravenoasă cu o soluție de Na. Cl. 0.6-0.9%, cantitatea de apă reținută de organe merge descrescând: muschi, piele etc. și sfârșește cu sângele.

Metabolismul apei nu trebuie privit în mod izolat, de oarece apa intră în compoziția tuturor elementelor care formează unitatea biologică — celula: — săruri și baze minerale, proteine, lipozii, hidrați de carbon.

La baza fenomenelor de nutrițiune stă constituția coloidală, care prin alcătuirea ei e sub dependența permanentă a unui me-

*) Sosit la Redacție la 27 Iunie 1928.

cauism regulator. In organismul animal relația în care se găsește apa cu celelalte elemente este variabilă. Teoretic apa constituie pentru coloizi elementul determinant al menținerii stării osmotice și elementul disolvant — corpora non agunt nisi soluta — și de transport pentru cristalozii.

Cantitatea necesară de apă în 24 ore pentru un adult este de 2300 cmc. în stare de repaos și 3700 cmc. în timpul lucrului. Această cantitate este acoperită de alimentele solide (40–60%), restul de beuturi.

În afară de această apă de origine exogenă organismul dispune de o altă cantitate de apă — endogenă, rezultată din procesele de dezasiilație ale hidraților de carbon, grăsimilor și substanțelor albuminoide. Această apă este în întregime eliminată formând $\frac{1}{6}$ din eliminări.

Circulația apei. Apa ingerată, după o scurtă ședere în stomac maximum o oră, trece în intestin unde începe procesul de resorbție. În intestinul subțire și cel gros apa este absorbită de ramificațiunile venei porte și de aci trece în circulația generală. În acest moment sângele se diluiază, avem ceea ce se numește o stare pasageră de *hidremie*. Cantitatea de apă ingerată nu trece ca atare în sânge, ea este transformată într'o soluție izotonică în momentul procesului de resorbție. Odată intrată în circulația generală, — sângele având tendința de a-și menține compoziția constantă —, o parte este eliminată, restul în măsura necesităților organice trece în țesuturi, unde este depozitat.

Aceste depozituri nu se fac ori unde, organismul posedă „locuri de predilecție” și printre aceste ficatul, așezat între vena portă și hepatică, formează unul din principalele rezervoare.

În organism apa, care se menține într'o cantitate constantă, se găsește sub următoarele trei forme:

I. *Apă de constituție*, cea care face parte integrantă din structura celulară.

II. *Apă de circulație*, ea intră în compoziția sângelui și a limfei și rezultă din apă ingerată și din aceea care provine din procesele de dezasiilație.

III. *Apa de susținere și de rezervă*, care se găsește în interstițiile celulare, cavitățile seroaselor și în spațiile, care separă organele.

Apa mobilizată, aceea care ia parte la procesele schimburilor

intermediare și la eliminări, este apa de circulație, de susținere și de rezervă.

Intervenind între procesele chimice — procese de hidroliză și de hidratațiune — apa împreună cu celelalte produse ale combustionilor organice este eliminată. Eliminarea se face pe două căi: *renală* și *extrarenală*. Prima este cea mai importantă, cea de-a doua cuprinde eliminările prin plămâni — 700—800 cmc. în 24 ore —, prin piele — *perspiratio insensibilis* — prin intestin, salivație, lacrimi, vărsături.

Factorii regulatori ai eliminării și reținerii apei în organism. Procesul eliminării — diureza — și în același timp vom vorbi și de reținerea apei în organism, este rezultatul unui complex de factori, care lucrează independent sau concomitent la menținerea celor patru constante ale mediului interior: *izotonia*, *izotonia*, *izohidria* și *izotermia*.

Desigur nu este aici locul de a intra în toate detaliile, pe care le comportă enunțarea de mai sus.

În cercetări anterioare am arătat împreună cu *Högler*, modul în care schimburile apei sunt influențate de electroliți — calciu, potasiu, magneziu și sodiu — și de anelectroliti — uree și zahăr. — Aceste elemente după modificarea pe care o produc asupra coloizilor din organism, prin fenomene de dezumflare — sinereză, sau de dezumflare — hidrosinteză, măresc eliminările sau reținerile de apă.

De asemeni am arătat că și produsele de secreție ale glandelor endocrine — tiroidina, pituitrina și adrenalina — printr'un mecanism similar pot influența metabolismul apei.

Sistemul nervos vegetativ, posedă în mesencefal o serie întreagă de centri, care prezidează distribuția apei în organism. O leziune a acestor centri are drept consecință o turburare a metabolismului apei.

Schimbările de reacțiune în organism, cu alte cuvinte o deplasare a echilibrului acid bază în sensul unei creșteri a acidității — a ionilor de H. — poate produce turburări profunde în schimbările apei, teoria edemului a lui *M. Fischer*.

Mayer și *Schäffer* atribue și lipoizilor un rol foarte important în procesele de eliminare și reținere a apei. Coeficientul lipolitic, adică raportul dintre colesterol și acizii grași, cu cât este mai mare cu atât crește și puterea țesuturilor de-a fixa apa.

Natural că numai ținând seama de acești factori vom putea aprecia rolul determinant al rinichilor.

În stare fiziologică, raportul între apa ingerată și cea eli-

minată este constant. La menținerea acestei constante contribuie factorii pe cari i-am analizat, felul de alimentație, starea de repaos sau lucru, temperatura mediului ambiant.

În mod normal cantitatea de lichide necesară este experiența prin sete. *Senzațiunea de sete* apare atunci când concentrațiunea cristalozilor din sânge crește. Această stare dă loc la o excitație care se transmite sistemului nervos central, prin aceasta centrilor vegetativi care regulează echilibrul apei și al substanțelor minerale din organism. Practic senzațiunea de sete este percepută în porțiunea superioară a căilor digestive.

Metabolismul apei în stare patologică. În stare patologică, metabolismul apei este caracterizat printr'o pierdere prea mare sau printr'o reținere puternică.

Cazurile în care observăm o pierdere prea mare de apă și natural o creștere corespunzătoare a ingerării acestui element sunt:

Stările febrile, diareele de orice natură ar fi, hemoragiile abundente, unele afecțiuni renale cronice — scleroza renală — afecțiunile căilor urinare inferioare, diateza urică, diabetul zaharat, diabetul insipid, poliuriile nervoase, probabil tulburări ale echilibrului vegetativ cu predominanța parasimpaticului și în așa numita potomanie.

În aceste diferite cazuri, cauza turburării metabolismului apei este datorită: unor eliminări prea mari prin căile extrarenale, creșterii concentrațiunii moleculare în lichidele tisulare și în sânge, incapacității rinichiului de a concentra, alterațiunilor centrilor vegetativi superiori, a glandelor endocrine și în sfârșit unor turburări psihice.

Pierderile mari de apă pot fi provocate și în scop terapeutic și în acest caz ne servim de substanțele diuretice, a căror mecanism de acțiune, foarte variat, poate fi sau printr'o dezumflare a coloizilor: sărurile de Ca. K. și Mg., ureea și zahărul, sărurile de mercur: novasurolul, cianurul de Hg, sau printr'o triplă acțiune, asupra cordului, presiunii arteriale și asupra epiteliului renal — acțiune de vasodilatație locală, — aci intră deoparte grupul diureticilor xantici: teobromina, diuretina, cafeina digitala, strofantus și scila.

Regimul declorurat sau hiperpotasic, cura de struguri are acelaș scop.

Cura cu ape minerale și în special cu acele oligometalice dă aceleaș bune rezultate. În aceste cazuri, după cum am arătat împreună cu *Crăciun și Popescu-Buzeu*, acțiunea diuretică a apelor

minerale ar fi datorită unei excitațiuni a funcțiunii uropoietice a ficatului, manifestată printr'o creștere puternică și pasageră a ureei din sânge.

Băile calde, de acid carbonic, băile de sudație, masajul, impachetările, fricțiunile măresc eliminările de apă ale organismului.

Aci e locul să arătăm importanța *rolului terapeutic al apei*. În afară de faptul că este un aliment indispensabil, apa ingerată în cantități mari are de efect o stimulare a activității celulare, care se traduce prin bogate eliminări ale produselor de dezsimilație ale nucleo-proteidelor — acțiune de desintoxicare — și o creștere a metabolismului bazal. În acelaș timp apa stimulează secrețiunea gastrică și pancreatică.

În opoziție cu cazurile, în care am menționat o abundență eliminare de apă, sunt stările patologice, în care organismul pierde această facultate, el reține apa.

Independent de cauza provocatoare a acestei stări morbide, expresiunea fizio-patologică și clinică a acestei manifestațiuni de turburare a metabolismului apei ne-o dă *edemul*.

Asupra acestui subiect vom reveni într'un articol special, aci ne vom mărgini să menționăm că factorii, care influențează eliminarea apei sunt responsabili și de reținerea ei.

O reținere pasageră a apei în organism o putem observa și în stare normală, după un regim hiperclorurat sau prea acid.



De oarece metabolismul apei constituie un capitol din cele mai importante ale procesului de nutrițiune, nu avem pretențiunea de a-l epuiza într'un articol. Am înțeles să schișăm numai câte-va puncte utile.

CLINICA MEDICALĂ DIN CLUJ
Prof. Dr. I. HAȚIEGANU

CURA DE INGRĂȘARE CU ÎNSULINĂ LA BOLNAVI NEDIABETICI. *).

de
Dr. I. GAVRILĂ

Cura de ingrășare constituie de multe ori o problemă foarte greu de rezolvat pentru medic, ori câte rutină și răbdare ar avea medicul, totuși foarte adesea nu se ajunge la rezultatul dorit. Mijloacele întrebuintate până astăzi în cura de ingrășare sunt cele igienodietetice, ajutate de medicamente tonice și producătoare de foame. Cura de repaos în aer liber combinată cu alimentație substanțială și rațională dă foarte adeseori rezultate bune, mai ales în sanatoriile de boli pulmonare.

Există însă anumite stări de denutriție, slăbiri esențiale, astenii constituționale, bolnavi cu visceroptoze generalizate, unde cele mai deseori mijloacele întrebuintate până acum în cura de ingrășare nu reușesc. Evident că orice nou medicament, care ne-ar putea fi de folos în cazuri, trebuie primit cu bucurie. Astfel de medicament este insulina, care în cele mai multe din aceste cazuri ne dă rezultate satisfăcătoare.

Se cunosc rezultatele strălucite, ce le dă insulina la diabetici. Între alte acțiuni importante este acțiunea sa trofică, care se traduce la diabeticii gravi printr'o câștigare în greutate, printr'o denutriție mai mică a țesuturilor, uscăciunea pielii dispare, printr'o acțiune anti-astenică remarcabilă și printr'o restabilire a echilibrului azotat. Influența aceasta așa de remarcabilă asupra denutrițiunii diabeticiiilor a făcut pe autori să aplice insulina și la indivizii nediabetici, cari

*) Sosit la Redacție la 23 Iunie 1928.

prezentau stări de denutriție și de slăbire. Prioritatea acestei idei aparține autorilor americani, între cari *Mac Kim Mariot* pentru prima dată s'a servit de insulină în ipotrofiile infantile cu rezultate bune, apoi tot în ipotrofiile infantile au întrebuințat insulina *Butterwieser*, în Germania, *Nobécourt* și *Levy, Lesné* și *Dreyfus-Sée* în Franța. La adulți prof. *Falta* a aplicat pentru prima dată insulina ca mijloc de îngrășare în stările de denutriție. *Falta* relatează observația a trei bolnave, la cari cu repaos, supraalimentație și medicamente tonice nu s'a putut mări de loc greutatea, însă unde instituind o cură de insulină se obțin rezultate surprinzător de bune. Autorul administrează zilnic doze mari de insulină începând cu de 5 ori 10 unități și urcând doza într'un caz până la de 5 ori 30 unități (deci 150 unități pe zi), bine înțeles că autorul are grije de a administra doze mari de hidrați de carbon după fiecare injecție, pentru a evita fenomenele ipoglicemice. Cura este de o durată de 23-35 de zile. În toate trei cazurile se produce o poftă de mâncare enormă, coincizând cu o creștere în greutate însemnată, 6-9 kgr.

Bauer și *Nyri* au întrebuințat cura de îngrășare cu insulină în mai multe cazuri între cari într'un caz de *Basedow* și au obținut rezultate asemănătoare cu ale lui *Falta*, însă ei au administrat insulina în două-trei injecții pe zi, în doze de 40-60 unități, timp de 3-4 săptămâni. Autorii recomandă această metodă de îngrășare în asteniile constituționale, în slăbirile senile arterio-sclerotice, în *Basedow*, în tuberculoza latentă, ganglionară, nu o indică în stările febrile și în neoplasme.

Vogt încă recomandă cura de îngrășare cu insulină în doze de 40-60 unități pe zi, însă dacă după 3 săptămâni sub influența tratamentului foamea nu crește, atunci să se întrerupă tratamentul.

Feissly publică 6 observațiuni unde, a aplicat cura de îngrășare cu insulină, 40-60 unități pe zi, timp de 3-4 săptămâni și se declară foarte satisfăcut de rezultatele obținute.

Bodmer, Gabbe, Jaksch-Wartenhorst, Frank la fel confirmă rezultatele bune ale curei de îngrășare cu insulină.

Böckheler dă observația a 10 cazuri cu slăbire constituțională, astenie, visceroptoze, cu tuberculoză pulmonară fără temperatură, în cari în cele mai multe cu 40-60 unități insulină pe zi obține rezultate bune, însă în altele nu se constată nici o îngrășare. În cazurile cu tuberculoză obține rezultate mediocre.

Levy dă 14 observațiuni (4 copii, 10 adulți), unde a aplicat insulină cu scopul de a îngrășa bolnavii, el dă la adulți o singură

injecție de insulină pe zi, de 20–40 unități, în total 15–20 de injecții și constată rezultate satisfăcătoare, urcările în greutate variază la adulți între 1–3 kgr.

Mai recent *Moutier* publică o statistică de 68 de cazuri tratate cu insulină unde în cele mai multe cazuri este vorba deptoze și dipepsii diverse, în 2 cazuri de vărsături acetonemice, în 3 de ulcere gastrice, într'unul de tuberculoză, în 2 de ipertiroidism. *Moutier* administrează 20–40 unități pe zi în două injecții, durata curei în general este de 3 săptămâni, care se poate repeta după un anumit interval. Rezultatele mai bune le-a obținut înptozele însoțite de slăbire. Autorul obține în seriile de tratament de 3–5 săptămâni creștere în greutate variabilă între 0 kgr. 500 și 3 kgr, pentru seriile de tratament discontinue, de 6 săptămâni până la 3–4 luni, obține urcări în greutate variabile dela 4–7 kgr., într'un caz 8 kgr. În 18 cazuri tratamentul a fost defavorabil, în aceste cazuri e vorba în general de anorexii mentale foarte exprimate, sau de bolnavi cari sufereau în acelaș timp și de epiloite dureroase. Cazurile de vărsături acetonemice și de ipertiroidism au fost influențate în bine cu insulină. În cazurile de ulcer gastric insulina n'a dat nici un efect bun.

Cazurile supuse de noi la cura de îngrășare sunt în număr de 30, dintre cari dăm numai câteva observațiuni în mod mai detaliat.

Observația I. — M. A. femeie de 41 de ani, intră în Clinică în 25/II/1928. Diagnostic: gastro-enteroptoză, constipație spastică. Aproximativ de 10 luni are ușoare dureri în abdomen, o inapetență însemnată, tot de atunci bolnava constată că slăbește mereu. Toate tratamentele încercate de către medicul curant pentru a-i opri scăderea în greutate, eventual pentru a-și recăștiga greutatea sunt zadarnice. La intrare în Clinică prezintă o greutate de 40 kg. pe lângă o talie de 1,51. Bolnava este foarte slăbită. Pulmon, cord normal. La examenul radiologic al tubului gastro-intestinal se constată o gastro — și transversoptoză, cu un tablou de constipație spastică. Examenul fecalelor la fel ne arată că este vorba de o constipație spastică cu digestie bună. Relațiile de aciditate în suncul gastric normale. Urina normală. Reacția Wassermann în sânge negativă. Glicemie pe nemâncate 1,05 gr. la mie. Metabolismul bazal — 5% (normal).

În 28/II, se începe un tratament cu insulină Degewop, cu două ori 10 unități pe zi în injecțiuni subcutanate, la amiazi și seara înainte de mâncare cu 10 minute, se urcă doza progresiv așa că a patra zi i-se dă bolnavei de 2 ori 20 unități pe zi. I-se dă o alimentație mai bogată în hidrați de carbon, în special după injecțiunile cu insulină. I-se tratează în același timp și constipația cu regim și medicamente. Injecțiunile sunt continuate cu aceleași doze (40 unități pe zi) timp de 35 de zile, apoi urmează un repaos relativ. Imediat după începerea injecțiunilor cu insulină bolnava prezintă o poftă de mâncare mai bună; după 4 zile de tratament bolnava însăși se miră de

faptul căt mănăncă, de unde până atunci nu avea poftă de mâncare de loc. Cele mai multe ori și pela ora 10 seara bolnava cerea din nou demăncare. De câteva ori seara, pela ora 9—10, a prezentat fenomene ipoglicemice inițiale: nervozitate, sudori, senzație de gol în stomac, cari fenomene au trecut repede după ingerarea a 20—30 gr. zahăr, sau alt aliment hidrcarbonat. Greutatea bolnavei a fost măsurată săptămănal, în prima săptămănană a căștigat 0 kg. 600, în a doua 0 kg. 500, în a treia 0 kg. 700, în a patra 0 kg. 700, în a cincea 0 kg. 500. În total a căștigat în greutate 3 kg. în 35 de zile. Bolnava și-a recăpătat forțele și este în stare să-și reia ocupația de funcționară. Este adevărat, că creșterea în greutate de 3 kg. în 35 de zile nu este mult, însă având în vedere faptul, că la această bolnavă mai înainte au fost încercate toate metodele de îngrășare (repaos, alimentație, injecțiuni cu toate medicamentele tonice) și fără nici un rezultat, aceasta mai ales din cauza inapetenței, având în vedere aceste fapte rezultatul obținut prin insulină este destul de însemnat.

Observația II. — S. C. femeia de 32 de ani intră în Clinică în 20/III/1928. De 6 ani prezintă fenomene de apendicită cronică cu constipație, în Noembrie 1926 a fost operată de această boală, când s'a explorat și vesica biliară. Inșă după operație a continuat să sufere în aceeași măsură, în ultima jumătate de an a slăbit foarte mult, vr'o 7 kg., are o inapetență exprimată. Cu tratamentele urmate până acum nu s'a reușit să se oprească pierderea în greutate. La intrarea în Clinică are o greutate de 59 kg. cu o înălțime de 1,66. Prezintă o leziune scleroasă tuberculoasă inactivă la vârful drept, este afebrilă, prezintă aderențe duodeno-vesicale, pericecale și fenomene de epiploită în urma operației suferite. La examenul radiologic al tubului gastro-intestinal se constată o stagnare a bariului în cec și colonul ascendent. Urina normală. Tensiunea arterială 9—15 cu Vaquez-Laubry.

Se începe o cură de îngrășare cu insulină începând cu de 2 ori 10 unități pe zi, la amiază și seara înainte de mâncare și urcând doza progresiv, astfel că în a 4-a zi primește de două ori 20 unități pe zi. În același timp se combate și constipația prin regim corespunzător și laxative. Bolnava păstrează tot timpul numai un repaos relativ. Se continuă tratamentul cu aceeași doză de insulină 21 zile, în care timp bolnavei îi merge foarte bine. Deja după primele injecții de insulină apetitul crește, pentruca 3—4 zile bolnava se prezintă o adevărata bulemie. Concomitent cu creșterea apetitului greutatea crește în mod considerabil și repede, în prima săptămănană a crescut 2 kg., în a doua a crescut 1 kg. 400, în a treia 1 kg. 500, în total în trei săptămăni crește 4 kg. 900. Bolnava se simte cu totul refăcută, mai prezintă încă ușoare dureri în abdomen, cari sunt suportabile.

Observația III. — C. M. femeie de 25 de ani, prezintă o debilitate generală, o astenie și slăbire constituțională cu ptoză a viscerelor abdominale (stomac, transvers, rinichiu drt.) și o constipație spastică. Prezintă o greutate de 55 kg. cu o înălțime de 1,67. Orice mijloc a întrebunțat pentru urcarea în greutate n'a reușit. Deaceia în 21/III/1928 i-se începe o cură de îngrășare cu insulină, care este condusă în mod ambulant, venind de două ori pe zi, la amiază și seara la injecții. I-se începe tratamentul cu 2 ori 10 unități pe zi, și se urcă în cinci zile până la 2 ori 25 unități pe zi, și cura este continuată până la capăt cu această doză, adecă timp de 4 săptămăni. Imediat

după injecție totdeauna bolnava lua puțin zahăr sau ciocolată pe gură, apoi mergea acasă la masă. Injecțiunile au fost suportate foarte bine, fără a prezenta fenomene ipoglicemice, doar uneori ușoară stare nervoasă, care trecea repede după mâncare. În ce privește efectul tratamentului el a fost din cele mai bune, apetitul a crescut considerabil, se mirau cei din jurul bolnavei de faptul cât mănâncă. Greutatea a crescut în timpul de 4 săptămâni cu 3 kg. 500, și anume în prima săptămână 0 kg. 800, în a doua 0 kg. 900, în a treia 1 kg. 300, și în a patra 0 kg. 500. Revăzută bolnava după o lună, greutatea câștigată se menținea și apetitul este destul de bun, totuși nu este ca în timpul insulinei.

Observația IV. — V. M. femeie de 24 de ani, în 25/III/1928 se prezintă la noi în Clinică spre a-i indica o cură de îngrășare. Totdeauna a fost mai debilă și ușor anemică. Orice mijloace a întrebuințat până astăzi de a se îngrășa n'a reușit. La examen are o înălțime de 1,57 și o greutate de 45 kg., prezintă o gastroptoză evidențiată la Röntgen. În rest nu prezintă nimic patologic nici în ce privește examenul clinic, nici în ce privește examenele de laborator. I-se aplică o cură în mod ambulant cu insulină începând, cu de 2 ori 10 unități pe zi, la amiazi și seara înainte de mâncare, pacienta totdeauna, ca și în cazul precedent, imediat după injecție lua ceva zahăr sau ciocolată pe gură, apoi mergea la masă acasă. În 4 zile insulina se urcă la de 2 ori 20 unități pe zi și se continuă cu această doză 15 zile, în acest timp apetitul bolnavei crește puțin, însă nu așa tare ca în cazurile precedente, greutatea iar crește încet, în prima săptămână crește cu 0 kg. 400 gr., în a doua cu 0 kg. 500. Tocmai din aceste motive pentru a obține un rezultat mai bun am urcat doza de insulină la de 2 ori 30 unități pe zi, luând toate precauțiunile pentru evitarea fenomenelor ipoglicemice. De fapt după doza aceasta mai urcată rezultatul obținut este ceva mai bun, fiindcă în restul de 14 zile cât s'a mai continuat tratamentul bolnava a crescut ceva mai mult în greutate, a crescut 1 kg. 600. Deci în total în timpul curei de 29 de zile bolnava a crescut cu 2 kg. 500. Intr'o seară bolnava neurmând prescripțiunile noastre întocmai, adecă neluând masa imediat ce a ajuns acasă, a prezentat fenomene de ipoglicemie mai pronunțate, amețeli mari, a căzut la pat, sudori profuze, nervozitate, foame intensă, turburări vizuale, cari fenomene au trecut repede după luarea unui sirop și apoi masa obișnuită. După trei săptămâni revăzând bolnava se constată că a mai câștigat o jumătate de kg. în greutate.

Observația V. — B. I. femeie de 18 ani, intră în Clinică în 16/V/1928. De vr'o 7 luni este inapetentă și a slăbit vre'o 7 kg. La intrare prezintă o greutate de 48 kg., și o înălțime de 1,63. La pulmon prezintă ușoare fenomene de scleroză, inactive, este afebrilă în rest nu prezintă nimic anormal, nici în ce privește examenul clinic, nici cele de laborator.

Metabolism bazal \pm 5% (normal), glicemie pe nemâncate 0,95 gr. la mie. Este supusă la o cură de întărire cu insulină ca și în cazurile precedente începând cu de 2 ori 10 unități și urcând doza până la 2 ori 20 unități pe zi. Se continuă tratamentul cu această doză (40 unități pe zi) timp de 23 de zile, în timpul tratamentului bolnava păstrează un repaos relativ. Sub influența tratamentului apetitul bolnavei crește, greutatea se urcă, însă foarte încet, în tot timpul curei bolnava câștigă 1 kg. 700. În prima săptă-

mână 0 kg. 500, în a doua 0 kgr. 300 și în restul timpului 0 kg. 900. Bolnava prezintă seara foarte adesea fenomene ușoare de ipoglicemie pe lângă toată cantitatea însemnată de hidrați de carbon ce o îngerează, astfel că doza de insulină nu o putem urca peste 40 unități pe zi.

Observația VI. — H. I. bărbat de 30 de ani, este transpus la noi în Clinică în 29/II/1928 dela Clinica Chirurgicală, unde i-s'a făcut o rezecție costală pentru un empiem. În prezent plaga evoluiază în condițiuni bune, este încă drenată cu tifon, bolnavul prezintă subfebrilități de 37,2—37,4 grade. Inșă bolnavul este foarte slăbit, astenic, inapetent, are o greutate de 54 kg. și o înălțime de 1,68. Se încearcă o tonifiere și excitare a apetitului bolnavului prin injecțiuni de ser neurotonic, medicamente stomachice pe gură, fără a obține nici un rezultat, după 4 săptămâni de încercare bolnavul abia a crescut în greutate cu 0 kg. 400. În 27/III, i-se institue un tratament cu insulină începând cu de 2 ori 10 unități și urcând doza până la de 2 ori 20 unități pe zi, se continuă acest tratament timp de 3 săptămâni, după care bolnavul părăsește clinica. Sub influența injecțiilor cu insulină starea bolnavului s'a schimbat cu totul și destul de repede, starea de astenie a dispărut, pofta de mâncare a crescut considerabil, forțele bolnavului au revenit cu încetul, astfel că după o săptămână de tratament părăsește patul. Greutatea bolnavului a crescut cu 3 kg. 100 și anume: în prima săptămână cu 1 kg. 200, în a doua 0 kg. 900, în a treia 1 kg. Bolnavul părăsește clinica cu plaga toracală închisă și cu o stare fizică satisfăcătoare.

Observația VII. — F. C. bărbat de 25 de ani, intră în Clinică în 8/IV/1928. Bolnavul este debil, astenic, n'a fost niciodată prea gras, totuși în ultimul timp a pierdut mai mult în greutate, vr'o 7 kg. în decurs de un an. De un an de zile prezintă fenomene dispeptice cu ușoară ptoză gastroduodenală la Röntgen. Relațiile de aciditate în secreția gastrică sunt normale. Examenul clinic și de laborator nu arată nici o leziune organică. În prezent are o greutate de 43 kg. și o înălțime de 1,62. Acasă a ținut foarte mult repaos, a urmat diferite injecțiuni cu arsen, fier, fără însă a reuși să câștige ceva în greutate. Dela intrarea în clinică i-se aplică o cură de îngrășare cu insulină pe lângă un repaos relativ. Se începe cu de 2 ori 10 unități pentru a trece în 4 zile la de 2 ori 25 unități pe zi. Se face acest tratament timp de 20 de zile, bolnavul prezenta câteodată seara, pe la ora 9—10 ușoare fenomene ipoglicemice, care de altfel treceau repede după ingerarea unei cantități de hidrocarbonați, în rest tratamentul a fost foarte bine suportat. În timpul injecțiilor cu insulină pofta de mâncare crește, depresiunea psihică dispare, bolnavul crește 2 kg. 500 în greutate și anume: 1 kg. 300 în prima săptămână, 0 kg. 500 în a doua și 0 kg. 700 în a treia.

Observația VIII. — C. R. femeie de 27 ani intră în Clinică în 8/III/1928. Menstruația o are și a avut-o totdeauna în mod regulat. Este bolnavă de 18 luni, din timpul unei gravidități. Boala a început cu vărsături imediat după mâncare în fiecare zi, vărsăturile sunt spontane și se produc cu foarte mare ușurință, acum 10 luni a născut un copil normal (4 kg.), copilul este sănătos. Inșă vărsăturile n'au cedat după naștere, survin în fiecare zi după mâncare fără dureri. Dureri încă are în epigastru, cu iradieri în spate, însă nu în legătură cu vărsăturile, sunt independente de alimentație, cele mai deseori sunt dureri tolerabile, mai rar are dureri mai mari, când i-s'a dat chiar și morfină.

Durerile vin foarte neregulat, uneori în fiecare zi, alteori la 2—3 săptămâni odată. Are o greutate permanentă, scaun regulat. A slăbit în greutate 22 kg. de când este bolnavă. Acum 10 luni a avut un subicter, care de atunci este variabil în intensitate.

La intrarea în clinică are o greutate de 57 kg., pe lângă o înălțime pe 1,67. Tegumentele ușor palide, conjunctivele sub-icterice. Examenul clinic și de laborator este mai mult negativ. Pulmon, cord, normal. Ușoară sensibilitate în epigastru la presiune. Tubul gastro-intestinal la examenul radiologic nu arată nimic deosebit. Aciditățile gastrice după dejun de probă sunt normale. Reacția Wassermann în sânge este negativă. Colesterinemie 1,80 (Bloor), glicemie 1,10 gr. la mie. Urina conține urme de acetonă, rezervă alcalină în sânge 63 ‰.

Din antecedente și examinările făcute i-se stabilește diagnosticul de colecistită cu vărsături probabil mai mult de natură nervoasă.

La 2 zile după intrarea în clinică i-se începe un tratament cu insulină de 2 ori 10 până la de 2 ori 20 unități pe zi, care este continuat trei săptămâni, i-se administrează în același timp mâncări mai compacte cu foarte puține lichide. În primele 10 zile de tratament cu insulină bolnava încă mai are vărsături, însă nu mai sunt în aceeași măsură, după fiecare mâncare, ca până acum. Varsă tot cam la 2—3 zile odată. Într'una din nopți a avut și dureri destul de exprimate în epigastru și ipocondrul drept. În aceste prime 10 zile s'a îngrășat 1 kg. Acetona dispăre complet din urină, rezerva alcalină se urcă la 65 ‰. În ultima săptămână de tratament n'a mai vărsat de loc, mănâncă destul de bine, mai câștigă în greutate încă 0 kg. 600. Bolnava pleacă apoi acasă fără vărsături prescriindu-se o medicație și un regim ca la o colecistită cronică. Se pare deci că în acest caz insulină să fi avut o acțiune favorabilă contra vărsăturilor, fiindcă în timpul injecțiilor cu insulină vărsăturile s-au oprit, în același timp bolnava crește și 1 kg. 600 în greutate. Bolnava revine după 4 săptămâni și ne spune, că n'a mai vărsat de loc, s'a mai îngrășat 2 kg. însă mai are din când în când ușoare dureri în epigastru și în ipocondrul drept.

În serviciul clinicei noastre am avut ocaziunea să observăm alte trei cazuri de vărsături în legătură cu sarcina (cazuri publicate în Nr. 5—928, din Viața Medicală), unde am aplicat insulina. Din aceste trei cazuri în primul am înregistrat o vindecare, în al doilea o ameliorare și în al treilea un succes. În primele două cazuri tratamentul a fost continuat și după oprirea vărsăturilor, trei săptămâni în total, și într'un caz bolnava câștigă 1 kg., într'altul 1 kg. 500.

În restul observațiilor până la 30 este vorba de următoarele:

- 4 cazuri de boala lui Basedow
- 3 cazuri de gastroptoză, constipație cu epiploită post-operatorie
- 2 cazuri de scleroză tuberculoasă inactivă a vârfurilor pulmonare
- 10 cazuri de dispepsie, visceroptoze diverse (stomac, transvers, rinichi), constipație.

În ceiace privește cazurile de Basedow tratate de noi cu insulină rezultatele obținute nu pot fi tocmai concludente, fiindcă bolnavii în același timp au făcut și ședințe de Röntgen pe tiroidă. În două din acestea bolnavii au câștigat câte 2 kg. 500 în trei săptămâni, în celelalte mai puțin, într'unul 1 kg. 100, într'altul 1 kg. 600.

Intr'unul din cazurile de epiploită postoperatorie creșterea în greutate a fost de 2 kg. 400, în celelalte două oscilațiuni în greutate au fost neînsemnate, așa că greutatea dela sfârșitul curei a fost aproape identică cu cea dela început.

În cazurile cu scleroza vârfurilor pulmonare se obține o creștere în greutate într'unul de 3 kg. 500, într'altul de 2 kg.

În cazurile de dispepsie, visceroptoze, constipație, creșterea în greutate variază în 6 cazuri între 2 kg. 100 și 3 kg., în 4 cazuri între 3 și 4 kg.

Technica și mersul tratamentului.

Technica și mersul tratamentului se deduc din observațiunile date mai sus, totuși credem necesar de a înșista puțin în mod special asupra lor. Este bine ca în timpul tratamentului, mai ales în primele zile ale lui, bolnavul să stea în repaos la pat, rezultatul fiind mai desăvârșit în acest fel. Inșă tratamentul să poate face bine, poate cu acelaș succes, și cu un repaos relativ, chiar în mod ambulant, bolnavul venind la medic pentru injecții. Numărul injecțiunilor pe zi poate fi 2 sau 3, inșă mai convenabil este în special când este vorba de tratament ambulant, de a da 2 injecțiuni pe zi la amiazi și seara înainte de mâncare cu 10-15 minute. Injecțiunile se vor face pe cale subcutanată. În ceea ce privește cantitatea de insulină de administrat, doza mai bine tolerată de către bolnavi este de 40-50-60 unități pe zi. Dozele enorme de insulină de 90-150 unități pe zi, în 5 injecțiuni, date de către Prof. Falta sunt doze excesiv de mari și sunt incompatibile cu un tratament ambulant. Inșă nu este mai puțin adevărat că pentru a obține un rezultat satisfăcător trebuie să dăm doze mari de insulină, cel puțin 40 unități pe zi, cu doze mici de 20 unități pe zi rezultatul fiind nul. Când tratamentul se face în spital, sub supravegherea de aproape a medicului se pot da și doze mai mari de insulină, 60-70-80 unități pe zi, în trei injecții, inșă depășirea acestor doze nu este de recomandat. Inșă repetăm încă odată în practica curentă mai recomandabil este de a lucra cu 40-60 unități pe zi după toleranța individului. În ceea ce privește regimul el trebuie să fie bogat în hidrați de carbon, în rest nu comportă nimic special. Vom indica bolnavului ca după fiecare injecție să ia la masă o cantitate însemnată de hidrați de carbon sub orice formă, așa fel ca cel puțin 2 grame de hidrați de carbon să corespundă la o unitate de insulină. Dealtfel rația alimentară și-o mărește de cele mai multe ori bolnavul dela sine, în urma apetitului exagerat, ce se prezintă după injecțiunea de insulină. Pentru evitarea fenomenelor ipoglicemice,

chiar și în fața lor inițială, când se face tratamentul în mod ambulant, este bine de a recomanda bolnavului să ia imediat după injecție puțin zahăr, ciocolată, sau alt aliment hidrocarbonat.

Durata unei cure de insulină este de 3-4 săptămâni, noi în majoritatea cazurilor am făcut-o de trei săptămâni. Cura se poate repeta la anumite intervale, la 1-3 luni, de altfel în această privință se procedează individual după fiecare caz în parte. În cazurile unde după 2-3 săptămâni, nu se obține nici un rezultat, mai bine este de a întrerupe cura și de a o repeta după un anumit interval dintr'odată cu doze mai mari. (Moutier).

Pericolele tratamentului insulinic.

Tratamentul insulinic nu prezintă nici un pericol, afară de fenomenele ipoglicemice, care se pot prezenta în decursul ori căruia tratament cu insulină. Combaterea acestor fenomene este mai mult preventivă, adică indicând bolnavului regulile de mai sus, de a ingera după fiecare injecție cantități însemnate de hidrați de carbon. Dacă cu toate aceste precauțiuni fenomenele ipoglicemice totuși s'ar prezenta atunci în faza lor inițială sunt repede combătute tot prin ingerare de hidrați de carbon (sirop, compot, ciocolată etc.), în faza lor inițială fenomenele ipoglicemice se manifestă printr'o stare nervoasă, senzație de gol în stomac, uneori foame intensă, turburări vizuale, sudori profuse, și dacă nu se intervine prin ingerare de zahăr, atunci aceste fenomene cresc, individul amețește, cade, își pierde cunoștința, prezintă contracțiuni musculare trece într'o stare de comă, cu ipotermie, bradicardie, eventual și convulsii. În cura de îngrășare cu insulină niciodată nu s'a ajuns cu fenomenele ipoglicemice până la starea de comă, dar dacă totuși s'ar întâmpla vr'o dată, atunci din această stare bolnavul este repede salvat printr'o injecție intravenoasă de zahăr 25%, 20 c. c. eventual combinată cu adrenalina. Se va indica bolnavilor, cari fac injecțiuni cu insulină, ca să aibă totdeauna o anumită cantitate de zahăr, li-se vor explica felul de a se manifesta al fenomenelor ipoglicemice în faza lor inițială și atunci însuși bolnavul le va combate totdeauna cu succes.

Efectul tratamentului.

În majoritatea cazurilor efectul tratamentului se manifestă în mod evident asupra stărei generale, asupra apetitului și asupra greutateii bolnavilor.

Starea generală se modifică în mod simțitor, astenia dispare, bolnavii se simt mai în putere, sunt capabili de eforturi, pe care înainte nu le puteau face.

Apetitul la cei mai mulți bolnavi crește considerabil, astfel că să sperie ei însuși și se sperie și cei din jur, de faptul cât trebuie să mănânce. Unii prezintă o adevărată bulemie, 1—2 ore după ce au luat masa și s'au săturat bine, sunt nevoiți să mănânce din nou, uneori se scoală chiar din somn, pentru a mânca. Evident că nu în toate cazurile pofta de mâncare crește așa de mult, însă în general aproape în toate cazurile crește puțin. Foarte puține sunt cazurile unde inapetența să persiste și după injecțiunile cu insulină.

Greutatea bolnavilor aproape la toți crește în timpul tratamentului. În cazurile noastre creșterile în greutate în mod global au variat dela 0—4 kg. 900, în timpul de 3—4 săptămâni cât s'a făcut cura, cercând de a specifica puțin găsim următoarele:

În 3 cazuri 0 kgr.

În 6 cazuri 1—2 kgr.

În 13 cazuri 2—3 kgr.

În 7 cazuri 3—4 kgr.

Într'un caz 4 kgr. 900. Central University Library Cluj

Creșterea în greutate este aproape întotdeauna ceva mai mare în prima săptămână, pentru ca apoi să se uniformizeze. În general greutatea câștigată de bolnavi este conservată și după suspendarea tratamentului cu insulină, cei mai mulți bolnavi i-am revăzut la 3—5 săptămâni după întreruperea curei și își păstrau greutatea câștigată, unii chiar au mai adăugat la ea, apetitul evident că nu mai este așa de exagerat ca în timpul injecțiilor, ci prezintă un apetit normal.

Se notează de către autori (Moutier), ceiace în parte confirmăm și noi, că bolnavii în timpul tratamentului digeră, funcțiunile intestinale se normalizează, au scaun regulat, însă cu suspendarea injecțiilor constipația revine din nou.

Dintre cazurile noastre însușes propriu zis am înregistrat în trei cazuri, într'un caz de vărsături incoercibile ale sarcinei și în două cazuri de dispepsie cu fenomene dureroase de periviscerită cu epiploită.

Physiologia terapeutică.

Sub influența insulinei se produce o creștere în greutate aproape constant, și aproape totdeauna creșterea în greutate în primele zile este mai pronunțată ca în zilele ulterioare. Faptul acesta se constată

incă și mai în mare măsură în diabet. Aproape toți autorii atribue această creștere bruscă în greutate dela început unei retențiuni de apă în organism. Feissly confirmă această ipoteză prin studiul eliminării urinei, și anume: acest autor constată că sub influența injecțiunilor cu insulină în primele zile diureza scade dela 1200 la 700 c. c. pentru ca apoi după câteva zile să se stabilizeze și să ajungă iar la 1000–1200 cmc. fapte confirmate și de noi. Însă această retențiune de apă mai ales la indivizii nediabetici se poate considera ca o asimilare veritabilă de apă, lichidul fixat de către țesuturi devine așa zicând o constituentă normală protoplasmei (Feissly). Proba este că această retențiune de apă la normali nu sa manifestă prin nimic la exterior, nu se produc edeme, acest lichid nu este mobilizabil prin diureticele obișnuite.

În afară de această retențiune hidrică sub influența insulinei se restabilește echilibrul azotat, la indivizii cari sunt în denutriție azotată se produce o fixare de azot în țesuturi, se produce apoi o transformare a hidraților de carbon în grăsimi, cari se depun sub formă de rezervă în țesuturi. Într'un cuvânt insulina are o acțiune directă asupra metabolismului din țesuturi, o acțiune trofică, o acțiune de fixațiune a principiilor necesari refacerii țesuturilor.

Apetența mărită, uneori considerabil, la bolnavii sub tratament insulinic, după Bauer și Nyri, s'ar explica prin variațiunile glicemiei: se produce sub influența insulinei o scădere a glicemiei sub valoarea normală și această scădere ar provoca necesitatea de a îngheri cu mult mai mare cantitate de alimente, decât până atunci.

Indicațiuni și contra indicațiunile insulino-terapiei.

În afară de diabet insulina este indicată în toate stările de slăbire, de denutriție. După Marcel Labbè slăbirea patologică este datorită la 5 factori principali: fie că este vorba de o asimilare defectuoasă, fie că este vorba de metabolism exagerat, și într'un caz și într'altul alimentația este insuficientă și duce la denutriție. Astfel că indicațiile insulinei se pun în felul următor:

1) În toate stările de cașexie, de atrepsie, fie că este vorba de adulți sau de copii.

a) La adulți este vorba de denutrițiile întâlnite înptoze viscerale, abdominale, apoi mai sunt diversele stări de denutriție întâlnite în turburările endocrine și turburările nervoase depresive cele mai variate. La adulți mai sunt apoi stările de denutriție datorite

unui metabolism exagerat stările de ipertiroidism (Basedow), ipersimpaticotonile.

b) La copii sunt stările de atrepsie, stările de ipotrofie infantilă, apoi se mai dă la copii cu vărsături periodice acetonemice, intoxicațiuni alimentare, gastro-enteritele infantile. La copii de 3-7 luni se incepe cu 3-5 unități pe kgr. de greutate, și se urcă doza eventual până la 8 unități pe kgr. Se va da în același timp copilului o alimentație cu mult zahăr sau în caz de intoleranță gastrică se va da după insulină o injecție de ser ipertonic glucozat 30%, vre-o 10-12 gr. glucoză. Injecțiunile de insulină se dau 10-20 zile, uneori se obțin rezultate bune.

2) Insulino-terapia mai este indicată în slăbirile datorite vărsăturilor acetonemice la adulți, apoi în versăturile incoercibile ale sarcinei.

3) Se mai poate da insulina la arterioscleroticii senili și slăbiți.

3) În ceiace privește insulino-terapia în tuberculoza pulmonară (fără diabet) părerile sunt împărțite până la un punct. Din experiența autorilor cari au întrebuințat insulina în tuberculoză (Bodmer, Hecht, Unverricht, Bockheler, Richter, Zelter) se degajă următoarele fapte:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sunt potrivite pentru tratament cu insulină numai cazurile cronice, procesele inactive, în acest fel pericolul provocării unei hemoptizii este exclus. În dozarea insulinei se va avea mare grijă, fiindcă unii tuberculoși sunt foarte sensibili față de insulină, cu doze mici pot face fenomene serioase de ipoglicemie. Dozele trebuie foarte mult individualizate. Se recomandă în același timp cu insulino-terapia și injecțiuni intravenoase de zahăr 50%. Cu aceste indicațiuni și considerațiuni tratamentul insulinic dă rezultate bune în tuberculoza pulmonară. Noi am tratat 5 cazuri de tuberculoză pulmonară inactivă, localizată la vârfuri, cu rezultate satisfăcătoare.

Contra indicații. — 1) În cașexiile canceroase cei mai mulți autori, cari au încercat insulina, în astfel de cazuri o contra indică.

2) Stările febrile de orice natură la nediabetici contraindică întrebuințarea insulinei.

3) Stările hemoragice la fel constituiesc o contraindicație, unii autorii merg mai departe și suspendă insulino-terapia în timpul menstruației (Unverricht). Ulcerele gastrice, stările diareice, iar ar constitui o contra indicație (Moutier).

Concluziuni. — Din toate cele expuse în paginile anterioare se degajă, că insulino-terapia constituie un mijloc foarte eficace în

cura de îngrășare, chiar pare a fi mijlocul cel mai eficace din cele întrebuițate până acum. Condușă după regulele expuse mai sus terapia cu insulina ne dă aproape în toate cazurile rezultat satisfăcător, din 30 de cazuri ale noastre numai în 3 cazuri am înregistrat un insucces propriu zis, în toate celelalte am obținut o urcare în greutate variabilă între 1-4 kgr. 900, în 3-4 săptămâni de tratament.

BIBLIOGRAFIE

- Bauxer și Nyri: Med. Kl. 1925 p. 1456
 Bernhardt: Mediz. Klinik 1926 No. 115
 Bodmer: Schw. med. Wft. 1926 No. 18
 Bochheler: Münch. mediz. Wft. 1926 No. 46
 Buttervieser; Med. Klin. 1925 No. 18
 Falta: W. Kl. Woch. 1925 No. 27
 Feissly: Presse. Méd. 1926 No. 13
 Franck: Deut. Med. Wft. 1927 No. 6
 Gabbe: Münch. Med. Wft. 1926 p. 1343
 Cavrilă: Viața Medicală 1928 No. 5
 Jaksh-Wartenhorts; Münch. med. Wft. 1926 p. 1565
 Lesné și Dreyfus-Sée: B. et M. Soc. Méd. Hôp. de Paris 1925 p. 1219
 Levy: Arch. mal. app. dig. 1927 No. 3
 Mac Kim Mariot: J. of. The. Amer. med. Ass. 1924 No. 8 p. 600
 (citat de Moutier)
 Moutier: Annales de Méd. No. 5 Décembre.
 Noébcourt și Lévy: B. et M. Soc. Méd. Hôp. de Paris 1925 No. 26
 Priesel și Wagner: Klin. Woch. 1925 No. 11, 1926 No. 2
 Unvericht: Münch. med. Wft. 1926 No. 36
 Vogt: Münch. med Wft. 1926 No. 13.

CLINICA I MEDICALĂ
Prof. Dr. I NANU-MUSCEL

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA MODIFICAȚIUNILOR CALITATIVE ALE AORTEI*)

E. LĂZEANU

Docent Universitar

În privința aortitelor examenul radiologic constituie metoda cea mai obiectivă și precisă, atât pentru diagnosticul exact cât și pentru urmărirea de aproape a evoluției acestor leziuni.

Alterațiunile aortei se traduc la ecran prin *modificațiuni cantitative*, adică prin exagerarea calibrului aortei și prin *modificațiuni calitative*, adică modificațiunile de transparentă ale părților vasculare.

Pe lângă aceste simptome radiologice mai trebuiesc semnalate *modificațiunile imaginii radiologice a pediculului vascular dela baza inimii*, datorite lărgirii crossei prin alungirea aortei sclerozate, care face ca crossa să devină sinuoasă, *abolirea sau conservarea pulsațiunilor aortice*; iar în cazurile grave existența unuia sau mai multor *pungi aneurismale*.

Dintre aceste simptome radiologice ale aortitelor, modificațiunile calitative sunt mai puțin cunoscute, mulți medici nu sunt încă convingși de importanța lor, iar unii autori se îndoiesc chiar de valoarea lor în diagnosticul aortitelor.

Modificațiunile calitative ale aortei au fost descrise și demonstrate în mod experimental de **Vaquez și Bordet**.

În practica noastră, considerându-le totdeauna în raport cu manifestațiunile clinice ale bolnavilor și cu cercetările anatomopatologice, când lucrul a fost posibil, am ajuns la convingerea că

*) Sosit la Redacție la 2 Iulie 1928.

importanța lor este indiscutabilă și că ele nu mai pot fi astăzi neglijați în diagnosticul radiologic al aortitelor. De aceea am crezut util să atragem atențiunea asupra lor.

Alterațiunile părților aortei, constând în plăci gelatiniforme, scleroza părților vasculare sau existența plăcilor de atherom fac ca aorta să prezinte o capacitate mai mare la examenul radiologic și prin urmare porțiuni din aortă, care în stare normală sînt invizibile, devin vizibile pe ecran sau pe clișeu radiografic.

Un *prim grad* de exagerare a opacității aortei face ca aorta descendentă să devină vizibilă în pozițiunea frontală la persoane, ce nu au vârsta de 60 ani.

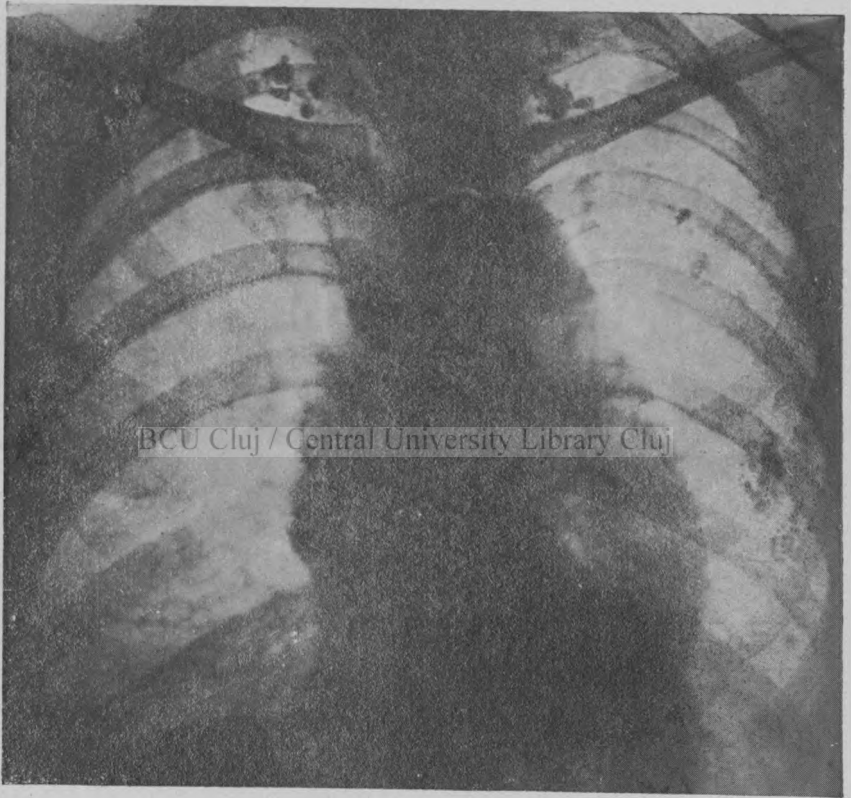
Al *doilea grad* de opacifiere a aortei se traduce prin vizibilitatea întregii porțiuni orizontale a crossei în pozițiunea oblică-anterioară-stîngă și prin vizibilitatea aortei descendente în pozițiunea oblică-posterioară-stîngă. Al *treilea grad*, când opacifierea aortei este foarte accentuată, aorta descendentă este vizibilă în toate pozițiunile oblice și în special în pozițiunea oblică-anterioară-dreaptă. Vizibilitatea aortei descendente în pozițiunea frontală la persoane, ce au trecut de vârsta de 60 ani, este un fenomen normal.

De obicei modificațiunile calitative însoțesc modificațiunile cantitative ale aortei. Sunt însă cazuri, în cari modificațiunile calitative constituiesc singura expresiune a unei aortite și cu aceste împrejurări importanța lor devine considerabilă. Ceva mai mult, Vaquez și Bordet au atras atențiunea asupra faptului că de multe ori, aortitele, cari se traduc la examenul radiologic numai prin modificațiuni calitative, sînt aortite grave, cari dau loc la manifestațiuni clinice alarmante și la fenomene dureroase, iar la un moment dat modificațiunile cantitative survin, avînd o evoluțiune rapidă spre ectazia aortei.

Într'un caz recent, observat la consultațiunile externe ale clinicei I-a medicale (prof. Nanu-Muscel) am întîlnit aceste modificațiuni calitative ale aortei într'un grad foarte accentuat, încît el poate servi ca un exemplu demonstrativ de vizibilitate a aortei descendente.

E vorba de o bolnavă în etate de 54 ani, ce prezintă un suflu clasic de aortită, la care examenul radiologic a pus în evidență o aortă a cărei opacitate este mult exagerată, încît aorta descendentă este vizibilă în totalitate, până la diafragm.

În plus, alungirea anormală a aortei sclerozate face ca aorta descendentă să prezinte o îndoitură destul de accentuată. Radiografia pulmonară mai



BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

arată în plus la nivelul vârfurilor și câmpurilor pulmonare leziuni sclerozate. Aceiași tendință a organismului la sclerozarea leziunilor pulmonare ca și la sclerozarea păreților aortei. E vorba de un proces bacilar pe un teren sifilitic ?

Lucrul este posibil; radiografia poate pune chestiunea, clinica este aceea, care va putea da soluțiunea problemei.

SPITALUL FILANTROPIA DIN CRAIOVA
SERV. DERMATO-VENERIC

FEBRA SIFILITICĂ

D-ri I. BĂCESCU și I. VASILESCU

Dacă prin articolul de față redeschidem capitolul sifilisului febril, nu o facem decât din dorința de a atrage atențiunea asupra caracterului febră în evoluția sifilisului, având ocazia să urmărim câteva cazuri într'un timp relativ scurt. Cu nici o nouă contribuție nu vom putea face mai multă lumină în această chestiune și deaceea ne vom mărgini la o sumară expunere a cazurilor și o clară descriere a febrei sifilitice.

Fournier în tratatul său de sifilografie (vol I) caută să impună atențiunii clinicienilor febra sifilitică, dar cu toată imensa lui autoritate științifică nu a isbutit, să-și ajungă scopul. Bazat pe un bogat material de observațiuni, el afirmă că departe de a fi totdeauna o maladie apiretică, sifilisul uneori devine febril, vechea dogmă «*Morbus gallicus est morbus absque febre*» nefăcând altceva decât să întrețină în spiritul medicilor o eroare gravă de diagnostic.

Mai târziu, **Chiray, Netter, Gilbert și Castaigne** dau la iveală noi și numeroase comunicări de sifilis febril, de aci înainte observațiunile clinice înmulțindu-se tot mai mult, pe măsura unor cercetări mai atente și competente. În 1926 la noi în țară, **prof. Hațieganu** dă la lumină admirabilul său tratat «*Sifilisul visceral medical*» unde capitolul febrei specifice documentat studiat și argumentat poate fi considerat un adevărat strigăt de alarmă.

Este de notat că febra sifilitică poate apărea în orice moment al evoluției boalei caracterul ei clinic fiind extrem de variat: *continuă, remitentă și intermitentă*. Din această cauză diagnosticul devine extrem de dificil, dacă nu se însoțește de o altă manifestare

sifilitică, mai ales că se acompaniază de fiori și transpirațiuni abundente.

Trebuie să reținem însă că are o dominantă simptomatologică : *exacerbarea vesperală sau nocturnă*. Un caracter patognomic al acestei febre este acela de a rezista la orice medicațiune alta decît cea specifică.

Clasificarea ei cea mai admisibilă și făcută din punct de vedere clinic este a lui Favre, Coury și Chiray, care stabilesc următoarele tipuri :

I) *Febra sifilitică primară* care apare 7-8 zile după ivirea sifilomului primar, este mai frecventă în șancru amigdalian, iar după **Suntz** denotă o infecțiune gravă. Profesorul **Hațieganu** a remarcat-o în cazurile de viscerotropism (mai ales hepato tropism) accentuat.

II) *Febra sifilitică secundară* în timpul perioadei de difuziune spirilară sau imediat înainte ei.

III) *Febra sifilitică terțiară* survine în afecțiunile tuturor vișcerelor, dar mai ales hepato splenice și ale sistemului nervos. Ea poate dura luni sau chiar ani de zile, dacă nefiind diagnosticată nu este tratată la timp și în această ordine de idei **Glasser** citează cazul unei femei, care de 7 ori fusese în spital timp de 2 ani subiectul unor diagnostic greșite, până ce într-o zi apare o placă mucoasă pe limbă.

În prima și a doua categorie noi am avut o serie de 4 cazuri ivite la scurt interval una de alta și dintre cari numai pe un singur pacient l'am putut urmări mai mult timp.

a) Primul caz :

Febra sifilitică primară. Pacientul I. I. de 33 ani profesiune militar se prezintă unuia din noi cu febră, ce durează de 2 săptămâni, necedând la nici o medicațiune.

Ant. her. colat. Mamă moartă de tîphus exantematic. Tatăl, o soră și 2 frați cardiaci.

Ant. person. La 2 ani tusă convulsivă, la 5 ani rușeolă, la 7 ani scarlatină. După această vîrstă în mai multe rînduri malarie.

Accidente venerice. Blenoragia la 21 ani. La 10 Februarie 1928 apare un șancru prepușial nedureros ; ultimul contact sexual pe care-l bănuște infectant la avut la 22 Ian. 1927. Acest raport l-a consumat cu o prostituată pe care în Martie 1928 unul din noi a văzut-o la spitalul județean Tg.-Jiu cu sifilide papuloase vulvare.

Istoricul. Boala a debutat în luna Februarie 1928 10—15 zile după apariția sifilomului, cu astenie pronunțată, diminuarea capacității de muncă și febră (38°—39°) mai ridicată spre seară ; considerându-se gripat își pune

ventuze uscate și ia toată seria antipireticilor fără nici un rezultat mulțumitor. Cu toată febra își vede de ocupațiuni; simțindu-se mai rău însă, este examinat la Balș pe ziua de 8 Aprilie 1928 de către un medic, care-i găsește pleurită bazală dreaptă și cortico pleurită a vârfului stâng. Bănuind origina bacilară a acestor fenomene pleuro pulmonare, pe ziua de 10/IV/928 vine la examenul unui distins clinician din Craiova.

Se afirmă diagnosticul clinic de sifilis secundar. *Examene de laborator* : Koch în spută negativ.

Wasserman în sânge intens pozitiv.

Pleacă într'un orașel de provincie pentru a urma cura igienico dietetică ordonată, dar la 1. V. 928, îi apar pe fața anterioară a antebrațelor și flancuri mici elemente maculoase și lenticulare.

La 3 Mai 1928 este internat în Servic. Dermato-Veneric din Spitalul Filantropia din Craiova cu sifilis secundar eruptiv.

Starea prezentă. Febril, apetit complect dispărut, forțele fizice mult scăzute, moralul scoborât.

Pe piele erupție polimorfă constituită în majoritate de rozeolă sifilitică, în șanțul naso genian stâng și comisura labială dreaptă sifilide seboreice, iar în pelea capului 20—39 elemente papulo scuamoase. Pe scrot și fața internă a coapselor sifilide papulo-hypertrofice; adenopatie inguinală bilaterală aflegmazică.

Pulmonar. Zonă de submatitate la baza pulmon. drept cu intense frecături pleurale, ce încep din apropierea unghiului omoplatului. Obscuritate respiratorie la acest nivel.

În zona supra spinoasă stg. submatitate, sensibilitate la presiune și fine frecături pleurale, ce se aud și în $\frac{1}{2}$, externă a claviculei stângi.

Cord normal.

Splina ușor percutabilă.

Ficatul matitate în limite normale, nedureros la pipăit.

Incepe tratamentul antisifilitic la 3 Mai, care este urmat de o rapidă ameliorare: febra începe să cadă în lyzis, apetitul crește, buna dispoziție revine. Examenul somatic arată o diminuare marcată a semnelor stetoacustice pleuro-pulmonare.

La 17. V. 928, părăsind spitalul după cerere i se mai face un examen clinic la care se găsește fine frecături la baza pulmonului drept și câteva crepitațiuni superficiale sub clavicula stângă.

Evident acest caz interesant prin momentul apariției febrei și mai ales prin manifestările secundare pleurale e susceptibil de întinse discuțiuni, în cari se vor angaja mai ales cei ce nu admit decât cu mare greutate sifilisul febril cu determinări viscerale. Logic vorbind însă, de ce să nu admitem existența unui *enanthem sifilitic pleural*, tot așa după cum apare exanthemul cutanat sau leziunile pe seroase (artrite) destul de frecvente în sifilis.

Enanthemul produce fenomenul de pleurită și odată cu dispariția lui, consecutiv tratamentului, dispar și fenomenele morbide. Că

ar putea constitui o spină iritativă pentru a redeștepta un vechi proces bacilar existent nu este de tăgăduit, cazul se găsește însă în observațiune, deși impresia noastră clinică este a unui *sifilis visceral febril*.

Al II-lea caz. Este vorba de pacientul T. C. de 31 ani. Se prezintă la vizita medicală cu febră de 39° și cu un sifilom primar balano prepușial.

Se face un examen ultra microscopic în luna Decembrie 1927 la laboratorul D. Savoppl care confirmă diagnoza.

Se începe tratamentul de atac antispecific cu doza de 0.01 gr. Cyanur de mercur de teama unei reacții Herxheimer pacientul fiind în preajma apariției fenomenelor secundare. La primele injecțiuni febra e mai mare ajungând la 40°; după 6—7 cyanur Hg. începe neo salvarsan doza I. Febra cade treptat, starea generală se îmbunătățește și sifilomul se cicatrizează.

De remarcat că febra a apărut ca și în primul caz 10—15 zile după apariția sifilomului primar. *Nu a fost examinat somatic.*

Important în aceste două observațiuni este faptul că ambii pacienți au avut contactul cu aceeași prostituată. E oare vorba aci de o simplă coincidență de *sifilis primar febril*, de o reacțiune brutală a 2 organisme slăbite (ambii uzau de alcool) și virgine de infecțiunea sifilitică sau există o rasă de spirochet, care ar da febra specifică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Celelalte 2 cazuri apărute la interval de 1 lună unul de altul sunt aproape identice și intră în grupul *sifilisului secundar febril*. Ambii pacienți tineri 22 | 25 ani au prezintat concomitent cu sifilomul pe cale de cicatrizare și rozeola sifilitică. Febra n'am putut-o preciza, când a apărut. Există însă fără a fi făcut nici un tratament anti-sifilitic anterior, așa că liza microbiană era exclusă.

Aceste trei grupe de febră (primară, secundară, și terțiară) Favre le încadrează în *febra specifică concomitentă*, iar Fournier o denumește *simptomatică*, ea survenind în legătură cu un accident specific. Mai există o *febră sifilitică esențială*, care se observă în perioadele sifilitice tardive fără leziuni decelabile clinice, aci se presupun leziunile hepatice sifilitice.

Când febra are un caracter subfebril vesperal se poate confunda cu baciloza, iar dacă este îndelungată și intermitentă cu septicemiile cronice, limfogramulomatoza, paludismul.

Patogenia nu este complet elucidată, unii autorii cred că febra ar fi datorită afectării directe a centrilor nervoși termogenetici, alții rezorbției țesutului specific (gome) sau afectării țesutului hepatic, dar cea mai admisibilă teorie rămâne a febrei da-

torite *lizei spirilare* și punerea în circulație a proteinelor microbiene sau endotoxinelor lor.

Tratamentul este unul singur : cel antisifilitic obicnuit, adică administrarea sărurilor de mercur, bismuth și neosalvarsan, după cazuri. Vom ști însă că *febra nu cade totdeauna repede după începerea tratamentului*, ci uneori durează 10–15 zile, așa că medicul nu-l va părăsi decât 3 săptămâni dela începerea lui, *îndreptându-și atenția spre alte direcțiuni, dacă febra perzistă.*

MIȘCAREA MEDICALĂ

REVISTĂ MEDICO-CHIRURGICALĂ LUNARĂ
INDEX ANALITIC-MEDICAL ROMÂNESC

Mișcarea Medicală a reușit să întrunească Colaborarea celor mai autorizați reprezentanți ai Medicinii Românești și ai Facultăților de Medicină din țară.

Mișcarea Medicală oglindește întreaga Activitate medicală românească în țară și în străinătate prin articolele, ce publică, și mai ales prin întinderea mare ce acordă recenziilor.

Mișcarea Medicală a înțeles necesitatea unor pagini de „Actualități Terapeutice“ într'o revistă care se adresează mai ales medicului practician.

Mișcarea Medicală aduce în rubrica „Diverse și Informațiuni“ știrile profesionale cele mai interesante atât din țară cât și din străinătate, iar la „Specifice Medicale“ încearcă să prindă amusante instantanee privind tipuri de medici și întâmplări din viața medicului practician.

Mișcarea Medicală nu urmărește alt scop decât ca, cu fiecare număr nou al revistei, să devină Mai utilă și Mai plăcută Corpului Medical Românesc. Și pentru sacrificiile, ce face, nu nu cere decât răgazul necesar și încurajare prin

Cetire și Răspândire

II.

MIȘCAREA MEDICALA ROMĂNEASCA IN ȚARĂ

A. — PUBLICAȚIUNI MEDICALE

BULETINUL MEDICO-TERAPEUTIC

(No. 4, 5, 6, 7 din 1928)

Henri Roger. *Le nystagmus dans les maladies du labyrinthe.* (No. 4). — Autorul arată nistagmusul spontan în complicațiile labirintice ale otitei medii inflamatorii, în otitele coleosteatomatoase, în labirintită cicatricială, în hemoragii labirintice, și surdități progresive.

Dr. Paullan, I. R. Demetrescu și C. Fortunescu. *Asupra unui caz de scleroză laterală amiotrofică.* — Relatează observația clinică a unui bolnav la care controlul anatomo-patologic a confirmat diagnosticul.

Dr. Francisc Herskowitz. *Diatermia în tratamentul pneumoniei* arată ce fel lucrează diatermia în pneumonie: 1) influențează virulența agenților patogeni și produce hiperemie, care e o armă de apărare a organismului.

Obține o ameliorare a stărei generale a bolnavului, o expectorație ușoară și bogată și o cădere mai rapidă a temperaturii.

Prof. Fedele Negro. *Syndrom parkinsoniana post-traumatica* (No. 5). arată observația unui bolnav care în urma traumatismului a prezentat toate simptomele parkinsoniene. Nu i-a fost posibil de a găsi în antecedente encefalita lethargică, probabil traumatismul a produs mici hemoragii în sediul anatomic al boalei Parkinson.

Dr. Buzolanu. *Cum trebuie prescris un regim lichid luându-ne după proba diurezei fracționate a lui Violle.* — Recomandă a se regula proba băurilor astfel:

1) În caz de tulburări cardio-vasculare să bea apa culcat de preferință dimineața la deșteptare și seara când se culcă.

2) În caz de tulburări de absorbția apei: a) dacă există o dilatație de stomac să nu bea la mese ci în afara meselor în doze mici fracționate și culcat; b) în tulburări intestinale să nu reducem băuturile; c) în hipertensiuni portale și în special cele de natură hepatică să dăm să bea în afara meselor.

3) În tulburări humorale, în caz de retenție clorurată să proporționăm exact lichidele.

- 4) In tulburări renale vom ține sama de suplețea funcțională a rinichiului.
 5) In cazurile mixte vom ține sama de factori multipli.

Dr. B. Kraus. *Considerațiuni asupra diagnosticului diferențial și tratamentului cefaleei sifilitice.* — Arată amănunțit ce fel se poate diferenția cefaleea sifilitică de migrenă, celule, cefaleea adolescenților, neurasteniciilor, reflexă, nefriticilor, ale tulburărilor de secreție internă, vărsăturilor incoercibile, intoxicațiilor și sindromelor anemice.

Dr. Dem. Paullan și Dr. I. Blitrceanu. *Câte-va considerațiuni asupra hipercholesterinemiei în arteritele ateromatoase cerebrale. Importanța determinării ei ca o necesitate pentru conduita terapeutică.* (No. 6). — Arată că în emoragiile subite ale adulților în lipsa probelor de specificitate, urea în sânge fiind în limite normale, tensiunea arterială prea puțin mărită, determinarea cantitativă a colesterolului în sânge rămâne singurul mijloc ca să stabilească factorul patogenetic a acestor accidente, un element important în fixarea unei terapii dietetico medicamentoase.

Dr. Stănculescu și Dr. Apostol Od. *Observația clinică a unui caz de diabet insipid.* — Comunică cazul unui bolnav tânăr la care nu se găsesc simptome de heredo-sifilis nici de encefalită letargică. Simptomul dominant este poliuria și polidipsie — vagotonia și azoturia. R. W. l. c. r. = negativă, șeaua turcească normală. Nici un tratament nu a produs vre-o modificare a evoluției boalei.

Dr. B. Kraus. *Considerațiuni asupra diagnosticului și a tratamentului cefaleei sifilitice.* — Continuă a arăta cu ce se poate confunda cefaleea sifilitică: cefaleea în sindromele leucemiei acute și sindromele hemoragice, aci semnele hematologice sunt tipice și pun diagnosticul.

Cefaleea din reacțiile meningeene și leziuni meningeene nu au vre-o modificare bio-chemică.

Prof. D. Olmer. *Les formes cliniques anormales du cancer primitif du poumon.* (No. 7). — Arată polimorfismul cancerului pulmonar și frecvența formelor anormale: 1) o formă cavitară; 2) apoi cazurile unde o infecție supra-ajutată transformă tabloul clinic. Ne gândim la supurații pulmonare sau pleurale, la o gangrenă pulmonară, la o pleuro-pneumonie, la o broncho-pneumonie; 3) adeseori semnele pulmonare sunt șterse iar cele predominante sunt cancer al ficatului, nevralgii rebele, une-ori sindrome cerebrale și medulare; 4) mai rar se observă semne de insuficiență cardiacă cu dispnee, edeme: forma asistolică a cancerului pulmonar.

Dr. D. Zamflr. *Considerațiuni asupra unui caz de acrocyanoză.* — Comunică observația unei bolnave ce are tulburări vazo-motorii ale extremităților, cyanoză permanentă simetrică a extremităților pe un fond de deficiență generală a sistemului vascular la care se adaugă un sindrom de nestabilitate vago-sympatică de origină pluriglandulară. Ca tratament institue opoterapia pluriglandulară.

Dr. B. Kraus continuă asupra: *diagnosticului diferențial al cefaleei sifilitice* cu meningizmele helmintiazei, cu meningita seroasă uremică, infecțioasă, saturnină. Lipsa reacțiilor biologice ale lichidului cefalo-rachidian face diagnosticul diferențial cu meningismul. În stabilirea diagnosticului diferențial între meningita tuberculoasă și cea sifilitică vom aproia rezultatul examenului lichidului cefalo rachidian de simptomele clinice.

BULETINUL ASOC. G-LE A MED. DIN ROMÂNIA

(No. 4 și 5—6 Iun. 1928)

Concursurile pentru ocuparea posturilor de medici de diferite grade, la diferite instituțiuni de Prof. Dr. N. Ghlorghlu (No. 4).

Secretul profesional de Dr. V. Trifu.

Lucrările Comitet. Central, ale Biuroului Asociației și Lucrările Filialelor.

Darea de Seamă asupra celui de al 31-lea congres al Asoc. G-le a Med. din România, a raporturilor prezentate, a programului adunării generale și a conferințelor ținute cu ocazia congresului la Timișoara (No. 5—6).

Turismul medical de Dr Popescu-Buzău.

BULETINUL MINIST. S. ȘI OCROT. SOCIALE

(No. 3—4, 5 și 6 din 1928)

Ordine, Adrese, Procese verbale ale comis. adve. și disciplinare, Decizii ministeriale.

Buletin de mișcarea bolilor infecțioase în România pe lunile Ian. Aprilie 1928.

Tabloul de mișcarea internațiilor din instit. pendinte de Dir. Gen. a Asist. Sociale pe lunile Ian. Feb. 1928.

Raport asupra activ. „Inst. de Seruri vac. Dr. Cantacuzino“ pe anul 1927 de Prof. Dr. Cantacuzino.

Activitatea spit. „Regele Mihai“ din Chișinău de D-na. Dr. Panaitescu.

Darea de seamă asupra act. labor. de chimie din Constanța pe anii 1925—27 de Dr. Frangopol.

Controlul Ceaiului de Dr. Caragea.

Orbii din România (studiu statistic) de D-na Dr. Leonida Paul.

Cum este privit „Albumul statistic“ al Minist. Săn. în străinătate, Recensie art. din Presse Méd. No. 11/1928.

Darea de seamă asupra cursurilor de Higienă, organizate de Soc. Națiunilor de Ins. Gen. San Violei Popescu (No. 5).

Principalele cauze ale mortalității în orașele României în anul 1926 de Dr. Glicsman (No 6).

Organizarea Soc. Națiunilor. Incercări terapeutice făcut cu Quinetum și câțiva alcoaloizi secundari ai chininei. (Raport care e servit de bază în discuțiunile comisiei de malarie al Soc. Naț. asupra valorii terap. a amestecului de alcoaloizi din coaja de chinină) de Prof. Dr. M. Gluca.

Darea de seamă asupra Congr. de Antropologie din Amsterdam de Prof. Dr. N. Minovici.

C L I N I C A

(No. 3 Mai-Iunie 1928)

Singura cauză a hemoragiilor post-partum. Prof. N. Gheorghlu. — Hemoragiile puerperale post-partum n-au drept cauză de cât inerția uterină și această inerție este provocată prin existența de resturi ovulare în cavitatea

uterină. Celelalte cauze invocate până acum de autorii clasici nu sunt justificate de observațiile clinice.

Din momentul ce controlul cavității uterine a fost instituit ca tratament profilactic al infecției puerperale, hemoragiile puerperale post-partum au dispărut din clientela sa particulară și al Institutului Maternitatea, ce dirijează,

Retenția placentară cu manifestări tardive dupe facere. **Dr. Desnoyers.** — Retenția placentară cu manifestare precoce este benignă, cea cu manifestare tardivă constituie o complicație gravă, or care ar fi tratamentul aplicat. În fața unei hemoragii abundente sau a unei infecții grave se va practica histerectomia vaginală sau abdominală cu drenaj à la Mickulicz; în celelalte cazuri dacă fragmentul placentar recunoscut prin explorația intra-uterină este foarte aderent sau puțin aderent, se va practica histerectomia sau ablația cu degetul.

Transfuziunile sanguine masive în chirurgie. **Robert Soupault** cere ca practica lor să fie sistematizată, iar preparația pentru transfuzie trebuie să fie regulată dinainte prin alegerea dătorului și punerea la punct a apareiajului.

Intrebuințarea transfuziei când trebuie și cum trebuie va suprima toate casurile de moarte prin hemoragie.

Transfuziunile masive de mai mult de un litru sunt eficace în stările anemice desperate; cele mai mici își păstrează diversele indicațiuni în medicină.

Diagnosticul cancerului prostatei. **Dr. Bayle** spune că este greu la început. Semnele funcționale, tactul rectal, semnul lui Chevassu (în cancerul prostatei uretrul tinde să se depărteze de cavitatea rectală, în hipertrofia prostatei peretele cenetral posterior tinde să se apropie din ce în ce de mai mult de cavitatea rectală — grosime a peretelui retro-uretral ușor de apreciat prin tactul rectal dupe introducerea unui cateter metalic, înfundarea verului montanum la uretoscop deosehesc hipertrofia de cancer. Singură biopsia dă certitudinea.

Sinostoza în Morbul Pott. **Dr. Cosăcescu** a practicat-o cu rezultate excelente la 7 bolnavi în plină evoluție, urmărite la 3 bolnavi timp de 4 ani, la ceilalți între 6—18 luni; blocajul osos este excelent și aduce o ușurare a durerilor cu reluarea unei activități parțiale. Operația este pentru traumatizantă și procedeul personal aplicat necesită mici grefe osteo-periostice obținute prin dedublarea apofizelor spinoase.

Tratamentul rațional al fracturilor tibio-tarsiene. **Dr. Răduțescu** îl socotește că este cel care se practică prin reducția fracturei sub ecranul radiosopic, căci numai așa se asigură reducția anatomică la milimetru a suprafețelor de alunecare și astfel și recupeerația funcțională este absolută și timpul de vindecare mult scurtat.

Considerațiuni asupra terapeuticei chirurgicale a ulcerului gastric. **Dr. Toma Ionescu** propune ca gastro-enterostomia, care este mai simplă dă o mortalitate mai mică și rezultate bune tardive ca și pilorectomia, să fie aplicată pe o scară mai întinsă și nu numai în casurile complicate.

Socul obstetrical este dupe **Dr. Mavrlanopol** un sindrom, care apare dupe evacuarea uterului gravid. El trebuie tratat cu încălzirea bolnavei și la nevoie adrenalină; această stare de choc trebuie deosebită de anemia produsă prin hemoragiile expulsiunii, anemie care se tratează cu injecții de serum și transfuziuni, practice cari din contră măresc fenomenele de choc.

Tratamentul chirurgical al Pseudo-Artrozelor gâtului femoral. A. Moruzl, intern al spitalelor din Paris, spune că aceste pseudo-artroze sunt frecvente și constituie o infirmitate gravă; propune ca tratament cel mai bun procedeul lui Robineau, anume: artrotomia pentru a îndepărta calul fibros, reducția fie văzute sub ochi, înșurubarea printr'un șurub făcut din os de bou, apoi o bună contențiune și grefe osteo-periostice.

Dr. C.

CLUJUL MEDICAL

(No. 5 și 6 Mai și Iunie 1928)

Dr. I. Gavrilă. *Tratamentul comei diabetice* (p. 311 No. 5). — Timp de 1½ ani a tratat în Clinica Medicală din Cluj, 4 cazuri de comă diabetică prin injecții cu insulină (intravenos și subcutanat) și a obținut 2 vindecări.

Insulina a fost injectată dela început în doze mari, chiar în prima zi (480 unități obs. III) depășind astfel doza preconizată (300 unități). Doza este indicată de starea bolnavului; procedând astfel a putut salva cazul III, care prezenta o comă gravă.

În zilele următoare, unitățile de insulină erau dictate de starea bolnavului și de datele furnizate de laborator (acidoză, glicemie, etc.). În unele cazuri a injectat iarăși doze mari. În obs. III a injectat în ziua 2-a și a 3-a câte 390 unități, în ziua 4-a 230.

Hipoglicemia a fost combătută prin injecții intravenoase de soluția de glycoză 20%, iar când toleranța gastră permitea, prin ceaiuri cu zahăr, clisme zaharate, zeamă de lămâe, regim apropiat.

Concomitent cu insulinoterapia, administra bolnavului cardiotonice pentru insuficiența cardiacă.

Doc. Dr. N. Popoliță. *Tratamentul nevralgii faciale prin injecții intracraniene de alcool* (p. 318). — Nevralgia facială poate fi vindecată uneori prin tratamentul cauzal (gură, nas, urechi, etc.), altelei este rebelă, nu cedează la un astfel de tratament. În atari cazuri tratamentul prin injecții cu alcool (½—1½ cc. alcool) este preferabil gasserectomii și nevrotomii retro-ganglionare. În sprijinul acestei afirmațiuni aduce 4 observații de nevralgii faciale care au fost vindecate prin injecțiile cu alcool.

Dr. L. Popp. *Despre radiodiagnosticul cancerului stomacal* (p. 322). — Relatează 2 observații de cancer gastric cari au fost diagnosticate radiologiceste acolo unde examenul clinic și de laborator nu-l putuseră pune.

Doc. Dr. C. Stanca. *Considerațiuni asupra procedeeilor anestezice în laparatomille ginecologice* (p. 327). — În 500 laparatomii făcute în spitalul de femei din Cluj a utilizat narcoza (eter) în 24,4%, rachianestezia de 37,6%, anestezia locală 1%.

Dintre toate rachianesteziele folosite (Syncaina, Rachicaina, Tropocaina, Stricno-Stovaina) cel care i-a dat cele mai bune rezultate a fost Syncaina Clin.

Rachianestezia o face cu un ac subțire și din lichidul extras injectează 3—5 ce intramuscular, după procedeu propus de Prof. Daniel, pentru combaterea șocului anestezic.

Cauza insuccesului rachianesteziei în unele cazuri se datorește, după autor, resorbției accelerate, rapide a anezesticului în circulația sanguină, deoarece atari fapte le-a observat la femeile cari aveau o hipertensiune a L. C. R. Hipertensiunea provoacă o compresiune a vaselor durei și arachnoidei și atunci când se extrage o cantitate mare de lichid — ceiace făcea înainte pentru evitarea durerilor de cap — vasele se dilată la maximum și deci rezorbția este rapidă. De când în astfel de cazuri n'a mai extras decât cantitatea necesară pentru injecția intramusculară, n'a mai înregistrat nici-un eșec.

Dr. N. Protopopescu. *Contribuțiuni la studiul anevrismelor arterio-venoase traumatice* (p. 321). — După ce face câteva considerații asupra anevrismelor arteriovenoase, relatează 2 observații de anevrisme arterio-venoase, corespunzând primelor 2 tipuri descrise de Moure, și în care a făcut, la tipul I ligatura canalului intermediar și extirparea sacului, iar la tipul II anevrismorafia reparatoare, care după autor este preferabilă quadruplei ligaturi cu rezecția sacului. În ambele cazuri rezultatul post-operator a fost excelent.

Dr. D. Okolcsanyi și D. Kuthy (Budapesta). *Despre întrebuițarea Karyonului în tuberculoză* (p. 334). — Karyonul Richter, este principiul activ care se găsește în foile de nuc și în coaja verde a nucilor. Are acțiune asemănătoare tuberculinei, de care diferă prin aceea că nu prezintă inconveniente ultimei. Se găsește sub trei forme M (mitte) F (forte) și R (forte reactivum) și se administrează subcutanat și intravenos.

Se poate utiliza în tuberculoza pulmonară, dar mai ales în cea extrapulmonară; laringiană, osoasă, ganglionară, peritoneală, oculară și cutanată. În aceste cazuri au obținut ameliorări și chiar vindecări.

Dr. E. Nicoră. *Un caz de ruptură totală renală prin traumatism* (p. 338). — Mai întâi face câteva considerațiuni asupra traumatismelor renale și apoi relatează observația unui tânăr care în timpul sportului cu săniuța suferă un traumatism puternic în reg. lombară stg. Seara bolnavul are hematurie abundentă care se repetă și în timpul nopții. Adus la spital și constatându-se bombarea și echimoze în reg. lombară se procedează la operație. Din cauză că găsește capsula renală ruptă și rinichiul fărămițat, face nefrotomia și după 12 zile ese complect vindecat.

Dr. Alex. Lenghel. *Un autograf al Doctorului Ioan Molnar-Pinariu* (p. 340).

Prof. Dr. Hațeganu și Dr. I. Danileco. *De ce continuă să suferă cei operați de apendicită?* (p. 363, No. 6). — Tineri mai ales femei 80,8%, între 17—23 ani, operații de apendicită cronică 86,6%, au fost examinați și tratați în clinica medicală pentru constipație dureroasă 88,2%, însoțită de o stare toxiinfecțioasă.

La operație s'a găsit apendicita enterogenă simplă de 77,5%, iar în 21,5% mezenterită apendiculară, apendice retrocecal, bloc apendicular.

Cauza constipației dureroase este mezenterita mai ales, apoi epiploita și aderențele periceale.

Studiază mai ales mezenterita, care este ades confundată cu apendicita cronică, relatând 4 cazuri, dintre cari 3 prezentau o mezenterită bacilară, iar unul cu mezenterită nespecifică.

Pe baza constatărilor făcute trag concluzia că apendicita cronică se însoțește frecvent cu mezenterita apendiculară și ades și cu acea a intesti-

nului subțire. De aceea recomandă chirurgului ca atunci când găsește afectat mezenterul apendicelui să-l exploreze și pe acel al intestinului subțire; examenul anatomo-patologic al ganglionului extirpat va elucida natura specifică sau nespecifică a procesului, după care se va conduce tratamentul.

Dr. T. Spârchez și R. Popa. *Considerațiuni asupra unui caz de leucemie mieloidă acută cu peritonită* (p. 368). — După ce fac un rezumat al noilor date asupra leucemiilor, relatează observația unui caz la care prin examenul clinic se constată că atât splina cât și ficatul, precum și ganglionii periferici nu sunt palpabili; în fosa iliacă stg. găsesc o rezistență dură cât un pumn, neregulată. Examenul hemo-leucocitar indică diagnosticul de leucemie mieloidă.

La necropsie găsesc ficatul și splina relativ mici, ganglionii mezenterici măriți de volum, cât o nucă; mezenterul îngroșat $2\frac{1}{2}$ cm., în fosa iliacă stg. o tumoare de mărimea a doi pumni formată din ganglionii mezenterici măriți de volum, unii cât o mandarină, înglobați în țesut conjunctiv.

În peritoneu aproape 1 kgr. lichid vâscos, șocolatiu

Prof. Dr. Tătaru și Dr. Axente Iancu. *Trei cazuri de ascaridoză cu seroreacția Wassermann și reacțiile de floculație pozitive* (p. 372). — Relatează 3 cazuri de ascaridoză la care au găsit atât sero-reacția Bordet-Wassermann cât și reacțiile de floculație (R. B. Müller și Sachs-Georgi pozitive).

După eliminarea ascarizilor au devenit negative. În aceste cazuri nici sifilisul dobândit nici cel ereditar nu pot fi incriminate, deoarece din examenul amănunțit făcut nu s'au găsit nici semnele de certitudine, nici cele de prezumție.

Prin studii ulterioare rămâne de elucidat relațiile dintre ascaridoză și pozitivitatea sero-reacțiilor.

Dr. V. Mărgineanu. *Câteva considerații asupra fracturilor basinelor în legătură cu observațiile clinice chirurgicale din Cluj* (p. 374). — În clinica chirurgicală au fost tratate 18 cazuri de fracturi ale basinelor, cauzate în 38,98% de traumatisme violente, mai ales surpăturile de mal.

Segmentul osos cel mai des interesat a fost pubele apoi ileonul (27,78%).

Dintre cazurile complicate 5 au fost tratate chirurgical, restul cazurilor au fost tratate prin imobilizare în pat, iar când deplasările erau prea mari, prin extenzia Bardenhauer.

Dr. S. Sfîntescu. *Poliradioterapia* (p. 379). — Prin acest articol atrage atenția medicilor ca să utilizeze acest tratament nou care utilizează simultan sau succesiv diversele radiațiuni: Röntgen, ultraviolete, supra-roșii, diatermia, și care s'a dovedit eficace în mâinile medicilor străini în multe afecțiuni nervoase, reumatismale, chirurgicale și dermatologice, etc.

Dr. M. Kerntach. *Pruncucidere prin părăsire sau expunere* (p. 381). — Cazurile de pruncucidere prin părăsire sau expunere sunt foarte greu de rezolvat de medicul-legist. Sunt rare și se publică și discută pentru a fi de folos în interpretare. Un astfel de caz a avut să rezolve și D-sa, caz pe care-l publică cu toate dificultățile pe care le-a întâmpinat în punerea concluziilor. Este vorba de un copil, născut la termen, viabil, care a murit din cauza fie a lipsei de îngrijiri fie a frigului: la autopsie nu s'a găsit nici-un alt indiciu care să elucideze cauza morții.

Discută în același timp legislația din vechiul regat și cea din Transilvania, și arată lacunele primei în astfel de cazuri.

Dr. M. Săceanu.

REVISTA ȘTIINTELOR MEDICALE

(No. 6 Iunie 1928)

Prof. Dr. Iacobovici. *Considerațiuni a cincizeci cazuri de ulcere perforate ale stomacului și duodenului.* — Autorul arată frecvența ulcerelor perforate și importanța cunoașterii acestei chestiuni dat fiind că rezultatul terapeutic este subordonat diagnosticului. — Alcoolismul joacă un rol important în producerea ulcerului perforat. Infecțiunea are un rol important în producerea ulcerului. — Durerea localizată la nivelul epigastrului, în jurul ombilicului este simptomul cel mai important cu care începe drama perforațiunii, — apoi vărsături, sughit, hematemeza, — puls frequent, apărare musculară. Greșala nu este în a confunda o apendicită, ocluzie, cholecistită cu o perforație, dar a nu indica intervenția care este singura salvare. Cu cât intervenția este mai repede, șansele de vindecare sunt mai mari.

Cele mai bune rezultate le-a obținut autorul cu resecția gastrică și anastomoza după Reichel. — După resecție bolnavii sunt la adăpost de ori-ce complicație tardivă.

Când resecția nu se poate face atunci cauterizarea, sutura și infundarea completate cu gastro-entero-anastomoza dă bune rezultate.

Docent Dr. Fotlade. *Corpi străini tracheo-bronhici.* — Arată frecvența, pericolul și simptomele corpurilor străini și inocuitatea mijloacelor endoscopice de extracție. Volumul corpurilor străini cât și forma lor netedă sau neregulată, ascuțită, greutatea lor influențează mult așezarea lor.

Fixarea lor în bronhii se face prin intermediul neregularităților ce le prezintă suprafețele lor și cu ajutorul spasmului glotic. În majoritatea cazurilor corpii străini ce se pot angaja în bronhii cad în bronchia dreaptă. Tabloul clinic e variabil și este condiționat de volumul corpului străin, de poziția pe care o ocupă și de faptul dacă s'a fixat sau a rămas mobil. Ori-ce spasm laringian, tusă și bronchită astmatiformă, ce survine brusc în timpul ce un individ ținea în gură un corp străin, trebuie să fie interpretat până la proba contrarie ca simptomatic de corp străin tracheo-bronhic.

Autorul insistă asupra bronhoscopiei în extracția corpurilor străini tracheo-bronhici, și anume bronhoscopia pe cale superioară bucală, — aceasta trebuie executată de specialiști antrenați în bronhoscopie, alt-fel e periculoasă.

Dr. V. Panaitescu. *Rozătoare și pureci cari întrețin și propagă pesta.*

Dr. I. Gavrilă. *Două cazuri de comă ipoglicemică.* — Comunică 2 observațiuni de comă ipoglicemică, într'un caz coma s'a produs cu ocazia unei boale intercurente, a unei gripe, — în al doilea caz coma s'a produs la un copil la care regimul și insulina nu au fost perfect echilibrate. Sindromul ipoglicemic cu comă și convulsii se produc în general, când glicemia este la 0,40 gr. ‰ sau sub această valoare. Recomandă a se da seara o doză mai mică de insulină, pentru a evita accidentele ipoglicemice în timpul somnului. Combate aceste tulburări ipoglicemice prin ingerarea a 15—20 gr. hidrați de carbon sub ori-ce formă, iar în coma ipoglicemică administrează o soluție de glucoză 30 cc. din sol 20 ‰ pe cale intra-venoasă.

Dr. B. M. Tatarschl. *Un caz de abces extra-dural de origină otică.* — Relatează observația unui bolnav care în afară de simptomele de otită medie supurată și tulburări meningee mai avea pareza extremităților de partea

opusă otitei și bradicardie. În urma trepanației mastoidei și a cavității epitimpanice bolnavul s'a vindecat.

Dr. M. Popovici-Lupa și C. Aurlan. *Phlyctenoterapia în scarlatină.* — Aplică bolnavilor de scarlatină în plină erupție serozitatea din flictene provocate de vezicatoare la convalescenți de scarlatină și au stabilit: 1) efecte biologice: în 9 din 11 cazuri tratate obțin 4 ore după injecție o diminuare numărului leucocitelor. Fenomenul de stingere Schultz-Carlton mai puțin intens ca cu serul de convalescent 2) efecte clinice: o apreciazabilă diminuare a simptomelor generale.

Dr. D. Roessle. (Berlin). *Propuneri pentru standardizarea statisticilor internaționale asupra Morbidității.* — Arată ce servicii importante s'ar realiza dacă statisticile cauzelor morbidității în diferite țări ar fi întocmite după liste uniforme de boală. E de părere a se alcătui tablouri pentru diferitele feluri de statistici asupra cauzei morbidității cu o listă detaliată și una prescurtată: 1) Tablou pentru statisticile societăților de asigurare pentru boală. 2) Tablou pentru statisticile armatei și marinei, 3) Tablou pentru statisticile spitalelor generale. 4) Tablou pentru statisticile spitalelor de copii. 5) Tablou pentru inspecția medicală a copiilor de școală. 6) Tablou pentru statisticile azilelor de alienați. 7) Tablou pentru cauzele invalidității.

Dr. R. Hirsch.

REVISTA SANITARĂ MILITARĂ

(No. 4—5 din 1928)

1) **Prof. Dr. M. Butoianu, D. C. Stoian și D. Gh. Mihăilescu.** *Intrebuințarea sol. hipertonică de clorur de sodiu în intoxicațiunile consecutive ocluziunilor intestinale.* — În unele cazuri de ocluziuni intestinale, se produc fenomene de intoxicație supra acută chiar după operațiune, datorite unor absorbțiuni în masă a toxinelor intestinale. Dacă până acuma terapeutică pur simptomatică nu era suficientă să salveze viața bolnavilor, în urma cercetărilor autorilor americani cari au observat o diminuare a cloruremiei în asemenea cazuri, azi avem o armă de luptă eficace în soluțiile hipertonică (20%) de clorur de sodiu. Administrată pe cale intravenoasă de 2-3 ori pe zi în cantitate de câte 10 cc. autorii în 2 cazuri de ocluzie după hernie încarcerată, au obținut cele mai mulțumitoare efecte terapeutice, salvând ambii bolnavi.

2. **Farmacist Colonel Prof. Al. Ionescu Matiu și H. Varcovici.** *Dosagiul principiilor alcaloidici în formele farmaceutice prin metoda mercurimetrică.*

3) **Lt. Col. Dr. Ionescu B. Mircea.** *După 3 $\frac{1}{2}$ ani de antropometrie la liceul militar Iași.*

4) **Dr. N. Nestorescu, Dr. C. Vasilescu și Dr. Popa Vasile.** *Considerațiuni asupra gastro și entero radiculitelor sifilitice (caz personal).* — Este vorba de un bolnav, cu simptomatologie clasică de ulcer gastric; tratat medicamentos contra dispepsiei hiperacide fără rezultat, părăsește spitalul. Revine după 1 $\frac{1}{2}$ ani în acelaș serviciu cu simptomatologia mai accentuată, având în plus durere la punctul lui Lanz. Se trimite din această cauză la chirurgie pentru apendicectomie; făcându-i-se examenul L. C. R. se obține R. W. in-

tens pozitivă, Limfocitoză 8-9 pe mmc. Vindecare după instituirea unui tratament antisifilitic.

Medic Col. Dr. C. Ionescu. *Raport științific asupra mersului serviciilor din sanatoriul pentru ofițeri El. Eraclide pe anul 1928.*

SOCIETĂȚI ȘTIINȚIFICE

Soc. științifică a ofițerilor Corpului Sanitar Militar Român

Medic Gen. Prof. Dr. Butolanu. *Face o dare de seamă asupra serviciilor chirurgicale din Paris, insistând asupra faptului că toți operatorii de seamă lucrează numai cu mânuși sterilizate.*

Corpul II Armată

Filiala Constanța

Med. Căp. Dr. N. Brezeanu. *Icterul ca complicație chirurgicală, care survine în timpul anesteziei sau din cauza ei, în timpul operațiunii sau după operație.*

Medic Căp. Dr. Holban. *Caz tipic de Tabes cu R. W. negativă, ameliorat după tratament.*

Medic Căp. Dr. P. Georgescu. *Un caz de tumoră în regiunea ficatului, dură, voluminoasă și neregulată cu R. W. pozitivă; e vorba probabil de sifilis hepatic deoarece s'a ameliorat după tratament.*

Corpul III Armată

Chișinău

Medic Căp. Dr. Stamatiu C. *Rezecție intestinală urmată de enterorafie într'o hernie strangulată.*

Garnizoana Galați

Medic Căp. Dr. Bârsan. 1) *Atrofie oxicefalică a nervilor optici.* 2) *Chorioretinită atrofică* diseminată bilaterală și *fistulă lacrimală stângă* de natură tuberculoasă.

3) *Pete pe ambele cornee și cataractă polară anterioară la ochiul stâng.*

Medic Căp. Dr. Schreiber N. face 3 comunicări: 2 Comunicări de *sarcocel sifilitic.* 1 Comunicare de *sifilide peri anale hipertrofice.*

Dr. David. *Meningitele otice.*

Corpul IV Armată

Garnizoana Roman

Veterinar Major Saxu. *Știința medicală și valoarea ei.*

Garnizoana Botoșani

Locot. Dr. I. Popescu-Sibiu. *Aspectul psihologic al psihonevrozelor.*

Corpul V Armată

Filiala Brașov

Medic Căp. Dr. Liviu Ursu. *Face o dare de seamă asupra conferințelor ținute de Prof. E. Sergent la facultat. medic. București.*

1) *Exam. aparat. respirator* insistă asupra necesității de colaborare

a vechilor metode clinice de investigație cu mijloacele tehnice noi și în special cu radiologia.

II) *Tuberculoza la adult*. Ar fi datorită unei inoculări bacilare realizată în prima copilărie: șancrul de inoculare se găsește într'unul din lobii inferiori pulmonari și se însoțește de adenopatie ganglionară satelită. Insistă asupra rolului pe care-l joacă *terenul* în tuberculoza pulmonară la adult.

III) *Insuficiența glandei suprarenale* care poate fi acută și cronică de cele mai multe ori de origină bacilară. Insuf. suprarenală cronică însoțită de melanodermie realizează *Sindromul Adissonian*. Tratamentul se face cu extract total de glandă suprarenală, nu cu adrenalina.

Medic Colonel Dr. Opreșcu. *Un caz de insuficiență a glandelor suprarenale.* — Cu absența aproape totală a melanodermiei

Medic Căp. Dr. Sonea Octavian. *Un caz de anemie pernicioasă cryptogenetică.* — Insistă asupra terapenticeii cu metoda Minot-Murphy și importanței grupurilor sanguine când e nevoie să facem o transfuzie sanguină. Emite părerea ca să imităm armata americană unde fiecare soldat are trecut pe biletul individual și grupa sanguină din care face parte. La noi acest lucru ar fi ușor de realizat la epoca încorporărilor când se fac inoculările antitifice, mai ales că toate corpurile de trupă au medicul lor militar.

Garnizoana Focșani

Medic Căp. Cazan C. *Syndrom cerebelos datorit paludismului (forma tropică)* — și produs printr'o embolie parazită pe unele din arterele creierului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Garnizoana Buzău

Medic Căp. Ionescu Putna. *Razele Roentgen.* — Natura lor și aplicațiunile în medicină.

Garnizoana Ploești

Medic Lt. Col. Ionescu S. Gh. *Mijloacele actuale și viitoare de transportat răniții și bolnavii în campanie.*

II-ua Comunicare. *Sărurile de argint în afecțiunile conjunctivale.*

Medic Căp. Axente Cosma. *Apendicita latentă.*

Corpul VI Armată

Garnizoana Cluj

Medic Col. Stănculescu, Medic Căp. Apostol O. și Dumitru Gh. *Diabet insipid forma inositică.* — Datează din copilărie și a survenit în urma unui traumatism epigastric.

Medic Căp. Dr. Vancea. *Neuroretinită albuminurică.*

Garnizoana Oradea

Dr. Munteanu. Expune constatările și concluziile sale asupra *sifilisului în armată*, după examinarea a 16.000 de soldați.

Corpul III Armată

Garnizoana Timișoara

Dr. Căndea. *Expune 2 cazuri de esofago plastie operate în serviciul d-sale din spitalul de Stat.*

Medic Col. Dimitriu Mamant. *Hernie inguino scrotală încarcerată.* — Operată cu deplin succes.

Dr. Gabor. Prezintă o piesă de sarcină extra-uterină gemelară

Dr. I. Vasilescu

REVISTA DE OBSTETRICĂ

(Mai și Iunie 1928)

Docent Dr. Constantin Stanca. *Conduita în tratamentul operator.* — După o descriere amănunțită a preparării bolnavei, a preparării peretului abdominal și a poziției Trendelenburg, ce o aplică în toate laparotomiile ginecologice, autorul trece la anexotomie, făcându-și principiu că acolo unde găsim organe sănătoase, să nu sacrificie decât pe cele bolnave.

Ast-fel din 142 operațiuni pe anexe face în 24 cazuri anexotomia bilaterală și în 59 anexotomie unilaterală, ast-fel procedează și histerectomii sub-totale și totale lăsând pe loc anexele sănătoase. Ajunge la concluzia că ambele anexe nu se comportă la fel, pe când trompa este foarte ușor de a fi recunoscută ovarul se comportă variat în formele lui fiziologice și patologice. Vom sacrifica ovarul la femei tinere când e evidentă o hipertrofie sau când e prins în false membrane. În totdeauna peritonizăm plaga ligamentului larg după anexotomie.

Autorul găsește dese ori apendicite în anexite, une-ori sciatică secundare în tumori anexiale. Insistă ca în toate afecțiunile ale traectului vascular sau nervos a extremităților inferioare de a face și un examen ginecologic. Recomandă a se observa tulburările, ce le dă epiploonul în afecțiunile ginecologice.

S. Odăgescu. *Rachianestezia în operația cezariană.* — După un istoric al rachianesteziei în obstetrică și al fizio-patologiei anesteziei rachidiene în sfera genito-peritoneală, insistă asupra anesteziei rachidiene ce e întotdeauna indicată când trebuie să practicăm operația cezariană corporală sau supra-simfizară.

1) Ea suprimă un ajutor, 2) asigură liniștea abdominală, dă o anestezie constantă, retractilitatea uterină e mărită, contracția uterină e conservată, hemostaza perfectă, asupra fătului nu are influență. Cu ajutorul acestei anestezii cicatricea se poate perfect consolida, dând uterului posibilitatea de ași îndeplini funcțiunea sa fiziologică.

Dr. Medea Niculescu și Dr. Ioanin Lupescu. *Considerațiuni asupra unui caz de uter dublu cu vagin dublu. Sarcina luna a III-a.* — Citează acest caz în care arată că instilațiunea intra-uterină cu lipiodol urmată de radiografie poate fi util în studierea acestei malformațiuni.

Deși diagnosticul precis al varietății malformațiunii uterine nu poate fi pus decât în urma examenului piesei anatomice. Desvoltarea sarcinei în uterul drept în care himenul evident prin dimensiunile sale nu poate da bănuiala unei fecundațiuni directe din două posibilități: a) fecundațiunea s'a făcut cu spermatoziii pătrunși prin uterul stâng urcați prin trompa stângă culeși de trompa dreaptă, fecundațiunea în trompa dreaptă, iar ovulul fecundat s'a fixat în uterul drept.

b) A doua posibilitate: fecundațiunea directă cu himenul intact mai puțin posibilă.

Dr. George Teodorescu. *Câte-va considerațiuni asupra operațiunii Cezariene în placenta praevia.* — Autorul insistă asupra indicațiilor și contra-indicațiilor acestei intervenții. Când femeia e la termen, colul șters și dilatabil avem toate șansele să extragem copilul pe căile naturale.

Când femeia este departe de termen cu o săptămână, două, trei sau mai mult, colul va fi lung și Cezariana se impune.

Dr. Dominic Stanca. *„Pentabi” în terapia antisifilitică.* — Acesta e un preparat bismutic dizolvat în lecitină, cantitatea pentru injecție e mică 1—2 c. c., nu produce durere; infiltrație, nu alterează rinichii, se elimină $\frac{1}{7}$, prin intestine. Din punct de vedere clinic se observă ameliorări după primele injecțiuni. În tratamentul femeilor gravide grație injecțiilor cu Pentabi starea generală s'a îmbunătățit rapid, sarcina a continuat în condiții normale până la termen.

Dr. R. Hirsch.

REVUE MÉDICALE ROUMAINE

(No. 2—2928)

Prof. I. Iacobovici. *Deux cas de tumeur de la glande carotidie.* — Cazurile de tumori maligne ale glandei carotide fiind rare, autorul comunică un caz cu sarcom fuзо-celular tipic al glandei carotice și altul al unui paraganglion carotidian ce a putut fi extirpat parțial.

În ambele cazuri s'a făcut legătura carotidei primitive și a ambelor sale ramuri și a unei jugulare interne, de asemenea s'a făcut resecția carotidei primitive care n'a fost urmată de nici o turburare. Autorul recomandă a se face o extirpație largă când tumoarea s'a dezvoltat repede iar când dezvoltarea tumorei e lentă trebuie făcute compresiuni preoperatorii de preparație, resecția arterei, când nu poate fi izolată, disecția vaselor când sunt normale lăsând pe loc o parte din tumoră.

Cercetări făcute de autor cu Prof. Nitzescu și Pop arată rolul hipotensiv al glandei carotice, compresiunea mecanică și excitația electrică a glandei carotice produc hipotensiune.

Prof. I. Nicolau. *La question du traitement abortif de la syphilis (suite).* — Luminoasa punere la punct trebuie citită în original în diversele publicații medicale sau broșura, în care a apărut (Tip. Cartea Medicală Buc. 1928).

REVISTA DE CHIRURGIE

(Mai 1928, București)

Confer. Ion Marlan. *Tratamentul fracturilor supra condiliene ale humerului la copii.* — Fracturile supra condiliene sunt cele mai frecvente din fracturile cotului la copil. În serviciul d-lui Prof. Bălăcescu din 144 cazuri fracturile cotului au fost 34 supra condiliene.

Pentru imobilizare autorul întrebuințează metoda numită a D-lui Prof. Bălăcescu:

După reducere sub cloroform se pune antebrațul în flexiune în unghi ascuțit pe braț; mobilizare prin gutieră de gips de la gâtul mânei la axilă, se completează cu câteva circulări de fașă gipsată prinzând antebrațul și brațul deasupra cotului. După 8 zile se scoate aparatul și se imobilizează în extensiune completă în gutieră.

Dupe 8 zile se așează în unghi drept tot în gips. Dupe alte 8 zile se lasă liber. În cele 34 cazuri s'a obținut vindecări complete.

Medic. Gl. Prof. Butolanu și Medic Major Stolan. *Contribuțiuni la studiul tetanosului post operator.* — În urma unei Kelotomii pentru hernie strangulată bolnavul face tetanos și sucombă dupe 72 ore.

Seroasa, musculara și sub mucoasa ansei strangulate era plesnită. Autorii conchid că e vorba de un tetanos endogen cu punct de plecare intestinal. Recomandă injecțiile cu ser antitetanic preventiv în asemenea cazuri.

Dr. Baculescu.

ROMÂNIA MEDICALĂ

(No. 11 și 12—1928)

No. 11 este închinat în întregime congresului de thalassotherapie.

Cuprinde: **Prof. Dr. Theoharle.** *Tendințele moderne ale thalassoterapiei.* *Discursurile oficialităților române și răspunsurile delegaților străini.* **Prof. Maragliano (Italia), Prof. Marcel Labbé, Rathery, Lalngnel Lavastine (Franța).**

Prof. S Nicolau. *Profilaxia boalelor venerice (No. 12—1928).* — Autorul împarte măsurile profilactice în 2 categorii: 1) Măsuri de ordin medical. 2) Măsuri de ordin legislativ. Măsurile de ordin medical cuprind: A) Profilaxia individuală și B) Profilaxia socială.

În profilaxia individuală citează mijloacele de prevenire locală și tratamentul preventiv aplicabil în profilaxia sifilisului. Amintește tratamentul pe cale bucală cu Stovarsolul; se declară însă pentru tratamentul prin injecțiuni deoarece aceasta rămâne sub supravegherea medicului, pe când primul deschide poarta pentru abuzuri (siifilofobi).

În profilaxia socială a boalelor venerice, consideră tratamentul ca cel mai puternic mijloc, mai ales în ceace privește sifilisul.

Subliniază necesitatea intervenției energice a autorităților publice și înființarea de: Dispensarii antisifilitice.

Docent Dr. Medea P. Niculescu. *Sterilitatea secundară la femeie (No. 12—1928).* — Autorul cercetează etiologia și pathogenia sterilității la femeie, presupunând că bărbatul nu e în cauză.

Primele elemente cari intervin sunt: modificările locale produse asupra uterului și anexelor prin diferitele procedee de evacuare ale oului (dilațiile cu laminarii, raclaje, injecțiuni intra-uterine cu t-ră de iod etc.)

2) Intreruperile repetate de sarcină, cari au repercusiune asupra ovarului, e din cauza suprimării secrețiunei corpului galben și după unii autori a secrețiunei glandelor miometrale și chiar a unei secrețiuni musculare uterine și cari duc la ovarul micropolichistic, iar mai târziu la atrofie uterină, turburări în ciclul ovario-menstrual și ca consecință sterilitatea și frigiditatea.

3) Mijloacele anticoncepționale, cari modifică secrețiunea vaginală dând adevărate vaginite.

- 4) Infecțiunea gonococică cronică care dă leziuni tubare.
 - 5) Deviațiunile uterine, cervicitele, rupturile de perineu etc.
 - 6) Dezechilibrul pluri glandular poate produce suspendarea ovulațiunei.
 - 7) Tabagismul care duce la oligo și amenoree iar în urmă la sterilitate.
- Inchee prezentând un tablou de simptomele cu cari se prezintă de obicei a aceste paciențe și mijloacele de diagnostic.

Dr. A. Abramovici. *Considerațiuni asupra radium terapiei în medicină* (No. 12—1928). — Citează după numeroși autori efectele emanațiunilor de radium asupra unei serii de procese organice și cari se rezumă la :

- 1) Augmentarea numărului de globule albe și roșii.
- 2) Favorizează schimburile nutritive, metabolismul acidului uric a cărui eliminare crește de la 0,50 la 1,75 și mai mulți în 24 de ore.
- 3) Acțiune vasodilatatoare și hypotensivă.
- 4) Augmentează diureza și funcționarea glandelor cu secreție internă, în special a capsulelor suprarenale.
- 5) Accelerează creșterea și regenerarea celulară. Administrarea acestor emanațiuni se face pe 3 căi: 1) cură de băut. 2) Cura de băi. 3) Cura de inhalatii.

Citează rezultatele favorabile obținute personal în diferite cazuri cu emanatoarele de radium tip. T. (pentru un singur bolnav) și tip R. A. (pentru mai mulți bolnavi).

Dr. N. Banu. *Organizarea luptei anti canceroase în Franța.* Centrul regional Strasburg. (No. 12—1923). — Autorul expune pe larg istoricul și organizarea actuală a luptei anticancerose în Franța, dând pe larg organizarea centrului regional Strasburg, ce funcționează sub conducerea Conf. Grunselt, un distins specialist al Franței.

Dr. Al. Teodoru.

S P I T A L U L

(No. 6 Iunie și 7—8 Iulie August 1928)

(București)

Prof. Gh. Marinescu, Dr. O. Sager și Dr. A. Kreindler. *Disociația între excitabilitatea voluntară și excitabilitatea electrică a nervului periferic* (No. 6). — Observând 3 cazuri clinice în care există o disociație între excitabilitatea voluntară și excitabilitatea electrică a nervului periferic, autorii au avut ocaziunea să facă interpretarea acestui fenomen. Cu ajutorul metodei cronaximetrice ei au observat într'un caz de poliomielită că mișcările voluntare au revenit cu opt zile înaintea excitabilității electrice a nervului; în alt caz de nevrită radială traumatică, mișcările voluntare erau posibile cu 11 zile înaintea nevenirei excitabilității electrice, iar în al 3-lea caz (tot o poliomielită) fenomenul era inversat excitabilitatea electrică a nervului fiind normală, cu toate că mișcările voluntare ale mușchilor nu erau posibile.

După enunțarea diferitelor teorii, autorii ajung la *concluzia* că excitația producând o diferență de potențial, această diferență se propagă în lungul țesutului excitat. O excitație nu se produce decât într'un țesut cu structură adecuată, capabil de a suferi transformările fizico-chimice pe care

i le impune excitația. Pe de altă parte un țesut cu structură specială, are nevoie de o excitație adecuată capabilă de a produce toate reacțiunile fizico-chimice.

Dr. Dem. Paullan, Dr. I. Dumitrescu și C. Fortunescu. Asupra frecvenței și valorii clinice a inegalității pupilare și a reflexelor sale, în manifestările sifilitice ale s. nervos. — În 341 cazuri de sifilis nervos autorii au constatat inegalitatea pupilară de 246 ori (72%) și egalitate în 95 cazuri (28%) așa că reacțiile pupilare au o mare importanță mai ales din punct de vedere clinic.

Dr. Ilie Bădescu. Asupra unui caz de ectromelie a membrului superior stâng. — În acest articol autorul face descrierea clinică, radiografică, radioscopică și etiologică a unei anomalii congenitale, caracterizată prin lipsa totală a membrului sup. stâng și a celor de a 3 și 5 falangă dela degetele piciorului drept.

I. Niculescu și Maria Niculescu. Comparațiune între regimul anatomic al motricității piramidale și extra-piramidale. — Rolul comisurilor din baza creierului în mecanismul sincineziilor, automatismelor și al motricității tonigene.

Motilitatea piramidală esențialmente voluntară se efectuează grație activității unilaterale a unui hemisfer cerebral.

Activitatea extrapiramidală constituie substratul unei motilități primitive, mai mult globală și sincinetisantă.

Sistemul piramidal nu are căi comisurale, în opoziție cu sist. extrapiramidal care funcționează sub un regim de bilateralitate grație comisurilor dela baza creierului. Aceste comisuri asociază centri extrapiramidali ai celor 2 hemisfere cerebrale și constituie substratul anatomic al unei fiziologii bilateral solidare.

Sincineziile globale și sincineziile de coordonare tip Raïmiste aparțin semiologiei sist. piramidal, în timp ce sincineziile de imitație depind de fiziologia extrapiramidală.

Motilitatea infantilă a primilor ani, bogată în mișcări involuntare, este atașată sistemului extrapiramidal vegetativ și comisurilor dela baza creierului. Mai târziu copilul prezintă mișcări asociate normale, și aceste sincinezii au fost studiate de Noica.

Sincineziile globale exprimă un fenomen de deficit piramidal și de liberare extrapiramidală, în timp ce sincineziile de imitațiune depind de o alterare a sistemului extrapiramidal.

Majoritatea sincineziilor de coordonație sunt constituite de o serie de mișcări sinergice complexe, care stabilesc o tranziție între mișcările simple și funcțiunile coordonate a marilor automatisme.

Sincineziile de coordonare depind de o atingere pyramido-extrapiramidală, cari condiționează modificări importante în activitatea tonigenă, reflexă, sincinetică și automată.

Synergiile complexe, necesare automatismelor etajate ale nevraxului, sincineziile și activitatea tonigenă utilă activității bilaterale a mușculaturii sunt în raport cu organizarea anatomică a comisurilor extrapiramidale dela baza creierului.

Dr. Gh. Plăcintlanu și Dr. Gr. Țurcanu. Plagă prin armă de foc a uterului gravid la termen.

C. Eftimie. Tratamentul flegmoanelor tecilor palmare. — Autorul insistă asupra procedurii recomandată de Lecène, secțiunea ligamentului anterior al carpului. Acest procedeu a fost practicat în serviciul prof. Juvara pe 10 cazuri, dintre cari trei sunt personale. Bolnavii operați în oraș pentru pânarișu au venit cu flegmoane a tecilor și colecții purulente pe marginea cubitală a antebrațului. Ca rezultat operator, degetul operat rămâne cu mișcările de flexiune incomplete a falangelor. Nici un caz de artrită a pumnului. Ușoara flexiune permanentă a degetului mic ar fi datorită unei miosite sclerozante a flexorilor.

Dr. Banu D. Nicolae Diatermo-terapia în gynecologie. — Efectele fiziologice ale diatermiei sunt: vaso dilatație, hiperactivitate sanguină, analgezie și acțiune antispasmodică. Unii autori îi admit rol fibrolizant și multiplicator al leucocitelor. Diatermoterapia se întrebuițează în afecțiunile nevralgice, genito-urinare, metrite, endometrite și tratamentul conservator al infecțiilor pelviene. Expunând 10 observațiuni de afecțiuni genitale tratate prin diatermie, autorii trag concluzia că acest mijloc de tratament al afecțiunilor ginecologice dă cele mai bune rezultate.

Dr. I. Jianu. Extirparea plexurilor nervoase lombo-aortice și hypogastrice în nevralgiile cancerului uterin inoperabil. (No. 7—8). — Extirparea în bloc a plexurilor lombo-aortice, hypogastrice superioare și a unei părți din plexul hypogastric inferior este o operație, care dă rezultate analgezice în nevralgiile pelviene și lombare datorite extensiunii sau compresiunii tumorilor maligne.

Această operațiune derivă din aceea a lui Cotte și Dechaume, întinzând-o pe aceasta de partea superioară până la nivelul arterelor renale și de partea inferioară până deasupra ligamentelor utero-sacrate.

Efectul analgesiant este imediat și durabil. Această operațiune poate fi complectată cu extirparea lanțurilor ganglionare sympatice sacrate și lombare inferioare, precum și prin ligatura arterelor iliace interne.

Dr. Poenaru Căplescule. Transfuzia sanguină directă. — Este cel mai mare progres realizat de Therapeutica actuală, pe care-l datorăm Franței glorioase și nemuritoare. Autorul a făcut 37 transfuziuni directe cu *siringa lui Jubè* în infecțiuni acute și diferite cazuri grave, dela 1 Martie 1925 la 1 Mai 1928. Ca să obținem rezultate admirabile și neașteptate, transfuzia trebuie practică cu o tehnică precisă și la timp, înainte ca bolnavul să fi devenit un muribund. Din toate cazurile, 32 bolnavi au fost scăpați dela o moarte sigură, dintre care 14 de peritonită generalizată de origină apendiculară.

Autorul conchide că în afară de cazurile cu indicațiune clasică (hemoragii traumatice, anemii cu hemogenie, sarcină extra-uterină ruptă), transfuziunea directă trebuie aplicată în toate infecțiunile grave.

Dr. Medeea P. Niculescu și Ștefania Popovici. Patogenia eclampsiei. — Marele număr de teorii patogenice ale eclampsiei ne arată dificultatea înțelegerii mecanismului de producere al ei. Aceste teorii pot fi divizate în: *teorii locale*, cari au încercat să explice tot sindromul prin analiza unui simptom și *teorii generale* (vasoconstricțiunea) cari par cele mai verosimile și cu ajutorul cărora se caută explicarea tuturor simptomelor.

Docent Dr. Șt. Popescu și Dr. Gh. Buzoianu. Incercări de chirurgie actuală în cardiopatii. — Articol de sinteză în cari autorii fac istoricul tu

țuror operațiilor *extracardiace* și *intracardiace*, prevăzând un viitor posibil cu rezultate mulțumitoare pentru categoria celor din urmă.

Dr. Horla Slobozeanu și E. Cohen. *Mamele axilare aderente la piele.* — Pe cinci cazuri de mamele axilare aceste formațiuni au fost bilaterale în 2 cazuri, unilaterale în trei cazuri. Secreția lactată prezentă în 2 cazuri. În locul numirei de pseudo mamele suplimentare axilare, autorii propun termenul de *mamele axilare aderente la piele*, termen care marchează caracterul lor principal și cari le diferențiază de alte formațiuni glandulare din regiunea axilară.

Dr. I. Gavrilă și I. Cata. *Turburări glycoregulatorie în afecțiunile cardiace.*

Dr. Al. Florescu. *Asupra indicațiilor sympatectomiei periarteriale în tratamentul tuberculozelor osteo-articulare.* — În opoziție cu V. Climescu și Gh. Vintilă autorul crede că sympatectomia arterială în tratam. Tbc. osteo-articulare este o admirabilă și eficace operațiune *adjuvantă*, cu condiția de a nu părăsi tratam. clasic (imobilizare, aparat gipsat, helioterapie) și mai ales de a *alege bine cazurile*. Semnalând o eroare bibliografică, revendică paternitatea acestei intervențiuni, recunoscută și de profesorul Lenriche din Strassbourg.

Indicațiunile sunt multiple și operațiunea ne permite să scurtăm durata unei imobilizări, de a ajuta reparația conjunctivă și osoasă după o rezecție, de a utiliza în condițiunile cele mai bune o operațiune de evidare osoasă și de a închide fistulele.

Dr. D. Grigorescu și C. Iordănescu. *Asupra unui caz de monoplegie hysterică cu disociație ilogică a sensibilității.* — Este vorba de o monoplegie hysterică cu anestezie, la un adolescent care face această maladie în urma unui vis. Cheia în geneza acestei manifestațiuni este *complexul lui Oedip*, căci bolnavul de o stare constituțională hypobulică face această paralizie, pentru a găsi în subconștient motivul revenirii lângă mama lui. În același timp autorii relevă *disociația* între simțul stereognostic și anestezia tactilă, ca un semn patognomic de manifestare hysterică.

Dr. I. Vasilescu.

VIAȚA MEDICALĂ

(No. 6 și 7 din 1928)

Dr. Emil Pocrean. *Superioritatea tubajului gastro-duodenal simultan.* (No. 6). — Convins de superioritatea tubajului gastro-duodenal simultan autorul insistă asupra sondei gastro-duodenale improvizate de autor în colaborare cu V. Steopoe, sondă care se compune din doi tubi de cauciuc introduși unul într'altul. Technica este identică cu a tubajului duodenal simplu. Aceasta ne dispensează de controlul radioscopic privitor la poziția sondei, diferența de lichide există numai când sonda a ajuns în poziție gastro-duodenală. Tubajul gastro-duodenal simultan: evidențiază refluxul de bilă în stomac, permite studiul tonicității și evacuării gastrice; poate studia cholagogele administrate pe cale gastrică.

Poate urmări eliminarea și acțiunea unei substanțe injectate în stomac

și influența ei asupra sucului gastric și duodenal. Autorul arată că uleiul de olive administrat pe cale gastrică sau duodenală are ca efect evacuarea tardivă a veziculei biliare.

Dr. Rațlu. *Importanța practică a placentelor accesorii.* — Autorul atrage atenția asupra complicațiilor ocazionate prin placentele accesorii, ca astfel să evităm erorile posibile.

D^r. Od. Apostol. *Starea statică și dinamică a pupilei în diferite stări și boli.* — Autorul arată toate cauzele care provoacă mioza și midriaza. Cauze locale oculare: coroiditele, oftalmii purulente, scleroza coroidiană a bătrânilor, leziuni orbitare și sinusiene, leziuni ale sistemului nervos central și periferic produc mioza. Midriaza se observă: în glaucom, papilite, nevrite, leziuni retiniene, tumori, leziuni ale chiazmei, abcese și tumori cerebrale, encefalita letargică, tuberculoza și alte boale infecțioase.

Dr. Radu Corneliu. *O scurtă privire asupra problemei profilaxiei sifilisului ereditar.* — Autorul insistă pentru declarația nominală obligatorie a tuturor sifiliticilor.

Dr. D. Stăncă. *Neomesarca în tratamentul sifilisului și malariei.* — Ajunge la concluzia că neomesarca este un preparat eficient în tratamentul sifilisului, poate înlocui neosalvarsanul dând aceleași rezultate. Este foarte eficient și în malarie.

Dr. T. Leucuța. *Radiotherapia inflamațiilor pyogenice.* (No. 7). — În formele acute și sub-acute se administrează doze foarte mici de raze Röntgen, de fapt cele mai mici doze întrebuintate în știința radioterapiei. În cazurile cronice dozele sunt ceva mai mari. Dozele mici au efect stimulator local și un efect general de imunizare. În furunculoză, carbunculoză, stafilocoză și panarițiu se aplică radioterapia superficială, o doză de 50% din doza de eritem. În cazurile acute sau sub-acute de flegmon, abces, limfangită și limfadenită raze dure, o doză de 10—15% din doza de eritem. În cazuri cronice doza e de 20—25% din doza de eritem. În osteomyelite, artrite gonococice, radioterapia dă rezultate bune. Speră că prin perfecționarea metodei acest tratament să aibă o valoare mai mare.

Dr. M. Kernbach. *Accident prin curent electric de mică tensiune. Responsabilitatea patronului.* — Comunică observația unui lucrător care a atins partea metalică a lămpii (ce avea un mâner izolator de lemn) și stând pe un teren umed a primit și a lăsat să treacă prin el curentul de 150 v. Este un caz tipic de moarte prin electricitate de mică tensiune. În felul cum s'a produs accidentul patronul nu este responsabil. Lampa putea să se găsească în cele mai bune condiții de izolare și accidentul tot ar fi avut loc. Lucrătorul a dat dovadă de o mare neglijență udând locul pe care se găsea. Dacă lucrătorul s'ar fi găsit pe un teren izolat și dacă atingea lampa s'ar fi ales cu o simplă electrocutare și fără nici o urmărire. Autorul arată că e nevoie de o strânsă colaborare între tehnician, medic și jurist pentru a lumina accidentul electric.

Dr. Od. Apostol. *Tratamentul sifilisului cu neobismosalvan.* — Acest medicament are o eficacitate terapeutică mare în sifilis. Adjuvant al Hg. și salvarsanului este indicat în toate formele de sifilis mai ales mercuru salvarsano rezistente și în cazuri de intoleranță față de Hg. și neosalvarsan.

Prof. Dr. N. Gheorghiu. Asistența mamei și a copilului. — O conferință publică în care d-l Profesor Gheorghiu cere înființarea de 3-4 instituții de asistență materno-infantile cu toate secțiile necesare: 1) o asistență materno-infantilă, 2) de educație specială pentru medici și moașe și una de propagandă.

Dr. Paulon.

B. — SOCIETAȚI ȘTIINȚIFICE

ASOCIAȚIA INTERNILOR ȘI FOȘTILOR INTERNI DE SPITALE

DIN BUCUREȘTI

Ședința din 11 Mai 1928

Internii D-ri G. Buzoianu și S. Țovaru. Afonie hysterică însoțită de sughiț rebel vindecată prin curetajul cavumului. — O bolnavă de 28 ani, fără nicio leziune organică manifestă cu temp. ce nu trece de 37°, cu uree normală în sânge, sughite de 4 zile în continuu, nu mai poate merge, nu se poate alimenta, când apare și o afonie neînsoțită de răgușală, cu voce șoptită (caracteristică hysteriei) și inerție complectă a coardelor vocale în poziția de repaos; este vindecată pe loc de câteva lovituri de curetă în cavitatea naso-faringiană și de mica hemoragie naso-bucală consecutivă, care impresionează și mai mult asemenea bolnave.

Intern Dr. S. Țovaru. Un caz de hematurie apendiculară pune în discuție existența relațiilor de cauzalitate dintre o hematurie și extirparea apendicelui bolnav. După Lacquièrre (Journal d'Urologie No. 2—3/1926) autorul amintește că între rinichiul drept și apendice există *conexiuni vasculare*:

1) Comunicări directe între venele apendicelui și ureterului, anastomoze între venele colice și renale, vasele plexiforme născute din colon și apendice se varsă între altele și în stelele lui Verheyen. 2) *Conexiuni limfatice*: comunicații între limfaticele rin. drept și col. ascendent, cari pot transmite infecția dela apendice la ureter și de aci la basinet și rinichi. 3) *Conexiuni nervoase* prin intermediul plexului solar.

Hematurille se întâlnesc relativ frequent în toate formele de apendicită și excepțional dupe apendicectomie. În cazul de față admite existența unui embolus plecat din apendice și oprit în rinichi, în care a produs un infarct renal.

REUNIUNEA GINECOLOGICĂ ȘI OBSTETRICALĂ DIN CLUJ

Ședința din 29 Februarie 1928

Dr. P. Vancea. Profilaxia conjunctivitei gonococice a noilor născuți. — Complicație extrem de gravă, care dă 15%, orbi dupe statisticele străine și o proporție și mai mare dintre orbii noștri; complicațiile corneene create au fost notate în 49% a cazurilor în clinica obst. din Cluj și au survenit între a 12—16 zi a boalei, deci precoce. Pentru o profilaxie eficace propune aplicarea severă a met. lui Crédé (introd. soluției de nitrat de argint 2% în sacul conjunctival).

Prof. Grigoriu pune pe seama moaşelor învechite, cari n-au pregătire suficientă, întinderea mare a acestei afecţiuni în ţara noastră şi de aceea a insistat pentru crearea cursurilor de perfecţionare pentru moaşele vechi pe lângă clinica ginecologică şi obs. din Cluj.

Prof. Michall cere aplicarea met. lui Crédé imediat dupe naşterea copilului, căruia în prealabil i s-au şters pleoapele cu vată înmuiată în soluţie de acid boric, iar soluţia de nitrat de argint să fie proaspătă; insistă pentru un control medical sever în aplicarea acestor măsuri profilactice.

Dr. Velluda cere şi tratarea mamelor, cari în timpul sarcinei au prezentat o leucorce mai abundentă.

Doc. Dr. Velluda. *Teoria fetalizării lui Bolk.*

Dr. Gh. Stănilolu. *Un caz de malfamaţie congenitală a feţei.*

SOCIÉTÉ ROUMAINE DE BIOLOGIE

Séction de Bucarest

Séance du 1 Mars 1928

I. Steopoe. *Une nouvelle schizogregarine coelomique chez Nepa cinerea. L.,* arată ciclul evolutiv al scizogregarinei celomice la *Nepa cinerea* care e o scizogonie tipică urmată de sporogonie.

A. Bateş et M-elle L. Şerbănescu. *Cancer du goudron obtenu chez le lapin par le gouaron de Roumanie* au observat că epurii de rasă belgiană sunt acei care în urma badijonărilor cu gudron au căpătat tumori canceroase. Afirmă că gudronul provenind din România e cancerigen.

Séance des 15 Mars et 5 Avril 1928

G. Zotta. *Présence du Dicrocoelium dentricum, Rudolphi 1819 chez l'homme.* — Autorul a găsit de 8 ori acest trematod la diferite persoane originare din România. Arată că *dicrocoelium dentricum* este destul de frequent şi poate evolua la om.

A. Babeş et M-elle L. Şerbănescu. *Guerison spontanée du cancer précoce du goudron chez le lapin.* — După ce arată precocitatea apariţiei cancerului după badijonarea pielei epurelui cu gudron, comunică 2 cazuri unde tumora a dispărut într'un interval de 44 zile şi în altul de 42 zile. Ajung la concluzia că cancerul precoce al gudronului la epure se poate vindeca, aceasta ar fi o exagerare a procesului de vindecare a organismului contra cancerului, fapt ce se observă şi la om, mai ales în cancerile pielei.

M. Nasta. *Recherches sur le rapport entre la sensibilité à la tuberculose et l'immunité dans la tuberculose du cobaye. Action des rayons ultra violets sur ces deux facteurs.* — Ajunge la concluzia că nu este vre-un raport între reacţiile de imunitate şi sensibilitatea la tuberculină de oare-ce acelaş factor poate favoriza desvoltarea unora şi împedecea cealaltă.

M. Nasta şi M. Catzap. *Action des injections répétées de tuberculine sur les cobayes ayant reçu de fortes doses de B. C. G.* — Autorii arată în urma experienţelor făcute pe animale inoculate cu 1 cgr. de B. C. G., deşi au reacţionat net la administrarea repetată de tuberculină pe cale sub-cutanată sau intra-dermică cu reacţii generale şi locale intense, nu au suferit după

acest tratament, are-o turburare a stărei generale și nu au prezentat nici un semn de generalizarea leziunii care ar face să se presupue o întoarcere a virulenței bacililor atenuați ceau fost injectați.

Séance du 3 Mai 1928

A. Dâmboviceanu. *Variations des substances protéiques coagulables par la chaleur dans le plasma des Carcinus maenas normaux et saeculinés.* — Arată că substanțele proteice coagulabile prin căldură cresc mult în plasmă la răcii aproape de mal, cresc și mai mult la răcii saculinați. Pseudo globulinele sunt cele ce cresc.

D. Nasta et D. Blechmann. *Nombre des leucocytes et formules leucocytaires chez le cobaye tuberculeux soumis à l'action des rayons ultraviolets.* — Au observat că cobai tuberculoși expuși la razele ultra-violete au o sensibilitate atenuată la acțiunea iritantă a bacilului tuberculos leucocytoză mai mică, absența polynucleozei și un grad de mononucleoză, reacții caracteristice a rezistenței la infecția tuberculoasă.

C. Ionescu Mihăești et Dora Dumitrescu. *Groupes sanguines chez le lapin.* — Din cercetările făcute ajung la concluzia că apariția structurii sanguine la epuri e rară în 20,22% de cazuri, izoaglutinogenul era prezent în 10, 33% și isoaglutinina în 9, 5%.

D. Nasta et D. Blechman. *Action generale et locale des rayons ultraviolets sur la sensibilité a la tuberculine du cobaye tuberculeux.* — Din experiențele făcute reese o diminuare a sensibilității cutante a cobailor supuși la acțiunea razelor ultra-violete.

A. Stroe, C. Aurlan et V. Paidiu. *Etude de correlations entre le sérum des individus normaux et le phénomène de Schultz-Carlton.* — Autorii ajung la concluzia în cazuri suspecte de scarlatină diagnosticul biologic precis se sprijină pe: 1) constatarea unei reacții Dick negativă, 2) neproducerea fenomenului lui Schultz-Carlton cu serul bolnavului suspect.

A. Bateș et M-elle Șerbănescu. *Cancer du goudron et verrue du goudron chez le lapin.* — Deduc că ambele feluri de tumori cancer și papiloame datorite gudronului apar în condiții diferite. Probabil că elementul gudronului ce produce aceste două feluri de tumori diferă.

Séance du 17 Mai 1928

Comblescu et R. Brauner. *Action desensibilisante des solutions saturées de bicarbonate de soude dans l'anaphylaxie passive locale chez le lapin.* — Rezultă din experiențele făcute că bicarbonatul de sodiu desensibilizează epurii contra fenomenelor de anafilaxie pasivă, fie că e administrat pe cale endo-venoasă sau pe cale bucală.

D. Comblescu et C. Cartis. *Sur les modifications antigéniques du Bacille de Flexner cultivé sur des milieux au violet de gentiane ou a la quinine.* — Ajung la concluzia că microbul cultivat în mediu cu chinină are o putere antigenică mai slabă ca cel cultivat în mediu cu violet de gențiană. Serul epurilor inoculat cu microbul de origină aglutinează la fel microbul de origină și cel cultivat pe mediul cu violet de gențiană.

M. Popovici Lupa et C. Aurlan. *Variations du nombre des leucocytes et étude du phénomène de l'extinction dans la scarlatine, sous l'influence de la sérosité des vésicatoires prélevée sur les convalescents de scarlatine.* —

Au găsit 9 cazuri din 100 micșurare a numărului leucocitelor 4 ore după injecție. Iar fenomenul lui Schultz-Charlton l'au găsit pozitiv. Pare că defervescența a fost grăbită și starea generală ameliorată sub influența injecției de 1 cc.

Dumitrescu-Mante et D. Haglescu. *Action des injections de sels biliaires sur le rythme du pouls chez le singe normal.* — Au găsit o acțiune tachycardisantă după injecțiile de glycocholat la maimuța normală, deosemena cu injecțiile de taurocolat de sodiu obțin o mărire a pulsațiilor la maimuțe,

Georges Magheru et O. Bonciu. *Recherches comparatives sur les méthodes de vaccination contre les streptocoques (sensibilisés et non sensibilisés).* — Ajung la concluzia că calea sub-cutanată sau intra-dermică conferă imunitatea cea mai activă. Vaccinarea cea mai eficace se obține cu streptococul nesensibilizat.

Eugenie Soru. *Le signe de la charge électrique du vibron cholérique normal, de l'aglutinine correspondente et du vibron sensibilisé.* — Presupune că fenomenul de aglutinare specifică este datorit unei modificări a tensiunii superficiale care ar avea ca urmare o adsorpție a aglutinelor la suprafața microbului după legea lui Gibbs.

A. Babeș et M-elle L. Șerbănescu. *Etude sur l'action à distance du goudron dans la production des lésions proliferatives et du cancer du goudron.* — Aceste leziuni după autori sunt datorite acțiunii la distanță a gudronului, acțiune ce se exercită sub forma de radiații sau sub influența unor substanțe solubile sau volatile ale gudronului.

R. Vlădescu. *Sur la présence de l'urée dans la salive; ses rapport avec l'urée sanguine.* — Observă la un om o relație strâmtă între variațiile azotului dozabil cu hipobromit, în sânge și în salivă.

Séction de Cluj

Séance du 31 Mars 1928

J. Gavrilă și E. Caba. *L'épreuve de l'hyperglycémie provoquée dans les affections cardiaques.* — Autorii au instituit la bolnavii cu afecțiuni cardiace proba glicemiei provocate de glucoză după tehnica lui M. Labbé, se administrează per os 50 gr. glucoză anhidră, se dozează zahărul sanguin și glycozuria. Din cercetările făcute deduc că există tulburări importante ale mecanismului glyco-regulator la 6 bolnavi atinși de leziuni cardiace; se manifestă prin schimbări ale probei hyperglycemiei. Aceste tulburări sunt mai importante la bolnavii cu fenomene cardiace mai accentuate, mai ales când ficatul este atins, cred că insuficiența funcțională a ficatului dă aceste tulburări.

D. Michall, T. Bëndescu et P. Vancea. *Action de l'ergotamine sur le métabolisme basal et la glycémie dans les affections oculaires.* — Ajung la concluzia că în cursul afecțiunilor oculare ergotamina produce o diminuare a metabolismului bazal, și o scădere a glicemiei în cazurile unde există o hyperglycémie sympaticotonică.

D. Michall et P. Vancea. *Recherches sur le pouvoir cholesterinolytique du serum humain dans les affections oculaires.* — Autorii admit că serul uman în general nu posedă decât o capacitate solubilizantă redusă pentru o limită joasă a concentrației sanguine, cholesterina are o tendință de a se

precipita în țesuturi. Intervin unii factori locali pentru a provoca precipitarea cholesterinei.

Dr. Michail et P. Vancea. *Action de l'extrait lacrymal sur les mouvements respiratoires.* — Pare că extractul lacrimal mărește amplitudinea mișcărilor respiratorii și încetinează ritmul printr'o acțiune directă asupra centrului bulbar al respirației.

I. Minea. *Sur quelques réaction des axones dans la sclérose en plaques.* — Autorul presupune că virusul sclerozei în plăci distruge teaca de myelină și tulbură nutriția axonului. Studiază în ultimul timp reacțiile axonilor și găsește o regenerescență intra-axonală. Această reacție a fibrei nervoase în scleroza în plăci apare în condiții excepționale sau nu a fost cunoscută, urmează a se elucidă aceasta.

I. I. Nitzescu. *L'ergotamina et l'hyperghycémie post-hypophysaire.* — Rezultă din cercetările ce le-a făcut că ergotamina nu are nici-o influență asupra hyperglycemiei determinate de injecția de extract pituitar. Crede că hyperglycemia post-hypofizară e datorită unei alte cauze ca glycogenoliza consecutivă excitării simpaticului.

I. I. Nitzescu. *Iohimbine, glycémie et l'hyperglycémie adrenergique.* — Arată acțiunea inhibitoare a yohimbinei asupra hyperglycemiei simpatică consecutive injecțiilor de adrenalină. Fapt evident la epuri. Trebuie totuși doze diferite de yohimbina pentru a exersa o acțiune paralizantă, după diferitele grupe de terminații ale sistemului simpatic.

Victor Papilian et I. G. Roussou. *Recherches expérimentales sur la ligature de la veine splénique.* — Arată influența ligaturii venei splenice asupra numărului elementelor figurate a sângelui: Numărul hematiilor scade și al leucocitelor crește după operație.

C. I. Urechia et G. Popovici. *Le calcium et le Phosphore sanguins après simpatectomie et dans les hémiplegies.* — Autorii au găsit la hemiplegici cu contractură calciu mărit față de partea sănătoasă. În paralizii flasce unde simpaticul e paralizat se observă o diminuare a calciului. Fosforul variază în limite mici. În 3 cazuri era diminuat de partea operată.

Séance du 28 Avril 1928.

C. I. Urechia, M. Kernbach et I. Dragomir. *La réaction d'Abderhalden appliquée à l'étude du système végétatif.* — Autorii arată că rezultatele metodei lui Abderhalden și a testurilor farmacodinamice nu sunt prea concordante. În majoritatea cazurilor reacția și proba cu adrenalină concordau. În cât reacția lui Abderhalden găsește aplicații interesante în studiul sistemului vegetativ.

I. I. Nitzescu et I. Cosma. *La dépression barométrique d'altitude produit-elle une polyglobulie aigue?* — Arată că poligiobulia imediată și generală observată în aer rarefiat și mediul închis este datorită acidului carbonic; o depresiune barometrică de scurtă durată nu dă o polyglobulie imediată dacă aerul rarefiat e reînnoit. Polyglobuliile în ascensiunile alpiniste sunt datorite activității musculare.

I. Moldovan. *La Réticuline M. produit de sécrétion interne du système réticulo-endothélial.* Consideră substanța cu acțiunea hypotonică ca un produs de secreție internă a sistemului reticulo-endotelial, ca un hormon „Réticulina M.” ce ar avea proprietăți antianafilactice.

I. Moldovan, T. Siăvoacă et M. Zolog. *Sur la nature de la substance désensibilisante du serum des animaux bloqués à l'encre de chine.* — Ajung la concluzia că substanța desensibilizantă este solubilă în alcool, stabilă în soluție acidă și rezistă la temperatura de 100°.

T. Turcu, *Modifications sanguines consécutives aux injections intra-veineuse d'encre de Chine.* — A observat o micșorare a coagulabilității sanguine și o reducere a titrului complementului câteva minute după injecția substanței bloquante, fapte ce persistă 24-48 ore. Cholesterinemia a variat de la un animal la altul.

Section de Iassy

Séances de 28 Février, 28 Mars 1928

C. Cernăianu. *Vaccination intra-dermique contre le charbon bactérien.* — Arată că acest mod de vaccinare nu dă nici-o reacție generală, dă o imunitate rapidă și poate fi aplicat în caz de epizootie declarată, — fără seroterapie preventivă.

C. I. Parhon, M. Cahane et V. Marza. *Influence de la gravidité sur la teneur en eau du sang, du tissu musculaire et de quelques organes.* — Sângele mușchii și ficatul femelelor gravide sunt mai hidratate ca a animalelor normale și ale aceloră căroră s'a făcut injecții cu insulină.

M. Clucă, G. Tudoranu et M. Franke. *Modifications morphologiques du sang dans la scarlatine.* — Dat fiind polyadenia generalizată și leucocytoza cu polinucleoza ce se observă în scarlatină, autorii presupun că virusul scarlatinei dă o inflamație a ganglionilor și streptococul influențează organele hematopoetice dând polinucleoza.

C. Cernăianu et T. Schlenker. *La variole aviaire et son traitement par l'hexaméthylène tetramine.* — Au obținut cu 1 gr. de substanță activă pe 1 kgr. de animal dat în două rânduri în 24 ore vindecări a variolei aviare.

I. Gheorghiu et C. Barth. *Caracteres biochimiques et sérologiques de différentes souches de bacillus coli.* — Studiind 18 sușe de bacili coli ce proveniau de la om și animale, au obținut seruri aglutinante cu aceste sușe, a căror putere de aglutinare nu era mai mare ca 1:50. Toate serurile fixau alexina în prezența antigenului corespondent.

Séance du 5 Mai 1928

I. Gheorghiu. *Quelques particularités d'un carcinome de la souris.* — A observat că carcinomul la șoarece în cursul trecerilor în vivo a suferit o atenuare care se manifestă printr'o întârziere a dezvoltării tumorei și o supraviețuire a animalelor. Această modificare a celei canceroase e ereditară și se transmite în cursul pasagiilor următoare.

M. Cahane. *Sur la teneur en calcium et magnésium du tissu musculaire des animaux soumis au traitement thyroïdien.* — Observă o diminuare a calciului țesutului muscular la animalele ce au suferit tratament thirodian. Mangneziu variază ca și calciul.

C. I. Parhon et Hélène Derevici. *Modifications de la constitution du sang dans le syndrome hyperthyroïdisme expérimental et chez les animaux simplement soumis au traitement thyroïdien.* — Autorii ajung la con-

cluzia : prezența fenomenului de tetanie caracteristic la animale hyperthiroïdizate și lipsite de parathiroide cu toate că aveau o micșorare a calcemiei; fenomene asemănătoare s'au constatat la animale cu calcemie normală sau mărită. Deci nu numai o micșorare a calciului intervine în pathogenia tetanei la animalele parathiroïdizate.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE BUCAREST

Ședința dela 4 și 1. Aprilie 1928

Danielopolu, Aslan, Marcu, Maxim și I. Proca. *Tonusul cardiovascular normal și patologic.*

D. Danielopolu. *Metoda supresiunii cercurilor reflexe în chirurgia sistemului vegetativ.*

D. Danielopolu și D-ra Maxim. *Variațiunile Cholinei, Potasiului și Calciului în timpul accesului de angină pectorală.* — Studiind pe 2 cazuri de angină pectorală variațiunile acestor substanțe în mediul sanguin, în timpul accesului, autorii au găsit o mărire importantă a potasiului și mai ales a Cholinei, care dispare $\frac{1}{2}$ oră după criză. Calciu se mărește după criză. Toate aceste substanțe sunt amfotrope cu predominență parasimpatică, în timp ce Calciul este amfotrop cu predominență simpatică.

Reflexul presor se intensifică atunci când substanțele amfotrope cu acțiuni simpaticotropă predominantă, cresc în mediu sanguin; când cresc cele cu predominență parasimpaticotropă, reflexul presor încetează. Pare posibil ca în sindromele paroxistice (angină pectorală, astm, tachicardie paroxistică, epilepsie), modificările sanguine să contribuie a exagera sau provoca încetarea accesului, după natura substanței vegetative care se găsește mo difi cată în mediul sanguin.

I. Pavel, A. Tănăsescu, I. Dumitrescu și S. Ciomac. *Cercetări experimentale înainte de introducerea în clinică a Hepatografiei.* *Hepatografia experimentală la câine.* — Bazându-se pe proprietatea ce o are ficatul de a reține și a elimina aproape exclusiv anumite substanțe opace (tetraiodofenoltaleina), autorii au căutat să găsească pe cale experimentală o metodă hepatografică utilizabilă în clinică.

Dificultatea o constituie faptul că ficatul în mod normal prezintă o opacitate marcată pentru raze, și a o face mai evidentă ar trebui să injectăm fenoltaleina în cantități prea mari, toxice.

Dacă vezicula biliară devine opacă cu cantități relativ mici de această substanță, se datorește în mare parte funcțiunei ei de *concentrare*.

Totuși autorii au ajuns la concluziile următoare:

1. Hepatografia este posibilă la câine.
2. Doza de tetraiodofenoltaleină este de 25 ctgr. pe kilo de animal.
3. Maximum de opacifiere are loc 2 ore după injecție.
4. Injecțiunea prealabilă de morfină favorizează opacifierea ficatului.

A. Radovici și M. Petrescu. *Contribuțiuni histopatologice la studiul Maladei lui Heine-Medin.* — Pe lângă alterațiunile cunoscute descrise în această maladie, autorii au descoperit prin metoda de colorare a lui Doinikow, *granulațiuni bazofile metacromatice*, existente în substanța albă medulară și mai numeroase pe câmpul rădăcinilor anterioare. Fiind găsite în

mod constant și în encefalita epidemică, aceasta este o probă în plus de legătura între virusul acestor 2 infecțiuni.

H. Aubert și M. Enăchescu. *Endocardita ulcero vegetantă a aortei, meningită purulentă pneumococică.* — Autorii citează un caz de endocardită aortică pneumococică post pneumonică, cu leucocitoză abundentă (23.000) și moarte prin meningită pneumococică.

Ședința din 16 și 30 Mai 1928

D. Danileopolu. *Cele 3 legi fundamentale cari conduc funcționarea sistemului nervos vegetativ în stare normală și patologică.* — Bazându-se pe amfotropismul substanțelor, pe acțiunea diferită a micilor și marilor doze, pe predominanța acțiunii asupra simpaticului sau parasimpaticului după doze, pe întrebuintarea mai multor doze la același subiect și pe administrarea intravenoasă, autorul în studiul sist. nervos vegetativ a obținut rezultate precise și constante. A reușit să simplifice acest studiu, stabilind 3 legi în funcționarea sist. nervos vegetativ:

1. Legea amfotropismului.
2. Legea predominanței.
3. Legea mecanismului circular amfotrop.

Tonusul vegetativ este starea de excitațiune permanentă în care se găsește sistemul vegetativ; el este întreținut de un *factor periferic* (mediu humoral) amfotrop și de un *influx central* care vine prin simpatic și parasimpatic. Substanțele cari acționează asupra acestui sistem (adrenalina, pilocarpina) sunt *amfotrope*, cu predominanță simpatică sau parasimpatică, după doza utilizată: *reflexul oculo-cardiac este amfotrop* pentru că se conduce pe ambele căi, predominând asupra căiei inhibitoare (parasimpatic la cord, simpatic la tubul digestiv). Contrar opiniei clasice, cele 2 grupuri mai totdeauna sunt hipertone sau hipotone, rar unul singur modificat și numai excepțional unul în hiper și altul în hipofuncțiune.

Tonus permanent se numește rezultanta unui tonus amfotrop distribuit în mod egal asupra unuia dintre grupele simpatică sau parasimpatică.

Predominanța factorilor amfotropi depinde de: intensitatea acțiunii uneia din grupe, de starea *tonusului general* vegetativ și de starea în care se găsește *tonusul local*.

Tonusul permanent și variațiunile sale, se produc grație unui *mechanism circular amfotrop*, cu predominanță asupra uneia sau alteia din grupe, după intensitatea excitației, starea tonusului vegetativ general și starea tonusului local.

Dr. Dumitrescu Mante și Dr. D. Haglescu. *Contribuțiuni la studiul tonusului vegetativ în bradicardiile icterice.* — Pe un număr de 7 cazuri, studiind tonusul vegetativ, autorii au găsit:

- a) Raritatea hypervagotoniei pure clasice icterice.
- b) Variabilitatea marcată a tonusului vagal în cursul icterelor hyperamfotonice.
- c) Asociația hypervagotoniei cu hiposimpaticotonia, rară în icter.
- d) Variabilitatea reflexului O. C. și raportul său inconstant cu tonusul parasimpatic în icterul cataral.
- e) Marea toleranță a ictericilor față de atropină.

Dr. Dumitreseu Mante, Dr. St. Mitacu și V. I. Camenită. *Contribuțiuni la studiul funcțiunilor renale în cursul pneumoniei. Retenția clorurată.* — În multe cazuri de pneumonie există un grad de alterațiuni parenchimotoase renale, însoțite de *retenții clorurate mute*, adică ce nu se însoțesc de nici un semn subiectiv clinic. Pentru a pune această retenție în evidență, trebuie s'o căutăm.

Dr. C. Radoslav și D-ra El. Daraban. *Rezultatul tratamentului tuberculinic în reumatismul cronic deformant tuberculos.* — Un caz tratat cu injecțiuni subcutanate din vechea tuberculină a lui Koch, cu ameliorări însemnate după mai multe luni de tratament; leziunile pulmonare pe care le prezintă bolnavul s'au ameliorat și ele.

Dr. M. Popovici și Dr. Corneliu Constantinescu. *Contribuțiuni la studiul paraliziiilor tardive în difteria tratată.* — Pe 4 cazuri tratate dela început cu seroterapie precoce și intensivă, contrar tuturor părerilor clasice, autorii au avut paralizii ale vălului palatin. S'au vindecat toate cu o reluare a tratamentului seroterapic intens, căruia i s'a adăugat injecțiuni subcutane de stricnină în doze progresive (până la 0.010 miligr. pe zi).

C. Litarczeck și C. Rălleanu. *Un caz de hemoragie meningee curabilă a tinerilor persoane.*

A. Aslan, G. Nicolau și M. Petrescu. *Syndrom Addisonian acut prin tuberculoza secundară a capsulelor suprarenale.* — Observație anatomo-clinică.

Dr. L. Caffé. *Miocardită difterică acută, cu apariție tardivă.* — Expune un caz de complicație (miocardită) difterică apărută 12 zile după vindecarea clinică a infecțiunii. În cursul acestei miocardite au apărut *vomismențele*, marele simptom de alarmă și pe care *Marfan* îl consideră ca precedând moartea. Cu tratament energetic tonicardiac, (fără reluarea seroterapiei din cauza unor accidente anafilactice) pacienta s'a restabilit după 3 săptămâni; pulsul fiind 120 pe minut pronosticul *quoad futurum* este rezervat. *Concluzia:* În vindecările clinice ale difteriei tratamentul seroterapic trebuie continuat.

Dr. I. Vasilescu.

SOC. ȘTIINTELOR MEDICALE DIN CLUJ

Ședința din 21 Ianuarie 1928

Prof. I. Hațiegagu și E. Anca prnzintă un bolnav cu *Scleroza art. pulmonare*, la care diagnosticul a fost pus de cianoza pronunțată a feței și extremităților, degete hipocratice cu un arc livid la extremitatea unghiilor, dispnee, tuse, ortopnee continuă cu lipsa oedemelor, somnolență continuă, voce răgușită, hyperglobulie (6.500.00), nevrită optică de stază, hipertensiune rachidiană și radiologicește prin dilatarea arcului pulmonarei, mărirea cordului drept și stază hilară. Autorii trec în revistă cele 4 forme prevăzute de acești cardiaci negri indentificați de *Ayeroza* și bine studiați în urmă de *Girox*, *Arillaga* și *Vaquez* și atrag în special atenția asupra nevritei optice și hipertensiunii rachidine prezentate de bolnav în legătura cu sindromul sclerozei arterei pulmonare.

Ședința din 21 Ianuarie 1928

Căp. Dr. Nichita și Safca Alex. *Sindromul scafoidian a lui Köhler* cu un caz clinic. În studiul complet, ce autorii fac acestui sindrom, se conchide că: *a)* scafoida tarsienă a copiilor mici (boala lui Köhler) este relativ rară și se caract. prin trepidul radiologic: diminuare de volum, contururi neregulate, radioopacitate metalică a scafoidului *b)* se obs. mai des la copii între 5—10 ani, rar la adolescenți și întâlnită și la adulți *c)* cauzele și factorii multipli (anomalii, trauma, infecții atenuate) lucrează prin turburări isohemice cu diminuarea circ. intraosoase *d)* evoluția benignă uneori se complică de deformații și turburări funcționale (picior plat funcțional).

Căp. Dr. Nichita prezintă un bolnav cu *coxalgie histerică* și altul cu un *sindrom coxalgic prin retracțiuni musculare*.

Ședința din 4 Febr 1928.

Dr M Mitrea. *Un caz de volvulus al cecului* în care 2 factori predispoziționi cu intervenit; un mezo f. lung și leziuni inflamatorii ale epiplo-mului și aderențele dintre acestea și cec.

Dr. Vasiliu și Rusu S. *Plasmocitom gastro-intestinal* cu relatarea a 3 cazuri întâlnite, date cari la 2 tumora a plecat nu dela os ci dela țestul conjunctival și f. limfolitici și sau constatat tumori ulcerate pe stomac și intestin.

Doc. Dr. Axenie Iancu și Dr. L. Darlu. *Endemie de paralizie infantilă într'o colectivitate de prima vârste.* — În centrul p. ocrotirea copiilor din Cluj din 32 copii 4 au prezentat simptome de paralizie iar 4 numai fenomene suspecte (forme abortive).

Doc. Dr. C. Velluda: *un cas de anevrism posterior al aortei toracice* cu o simptomatologie minimă din cauza coalației pungei deasupra bonșiei stângi.

Ședința din 25 Febr. 1928

Căp. Dr. M. I. Nichita, Aldea Sc. și Pascu C. 2 bolnavi din spit. militar din Cluj cu *Tbc. apof. transverse stg. a vertitelor V-VI cervicale, cu abces rece cervico lateral stg. volominos și tumoră coccigiană pediculară consecut.*

Ședința din 24 Martie

Căp. Dr. M. Nichita: 2 cazuri de *apofizită tibială anterioară*, cu consid. asupra etiologiei și patogeniei, dupe cari autorul povestește afecțiunea ca datorită unui proces osteogenetic de osteomielită atenuată locală, provocată de o infecțiune atenuată exercitată asupra polizei tibiale anterioara într'o perioadă activă de creștere.

Ședința din 5 Mai 1928

Dr Daniello. *Un cas de cancer secundar cavităar al plămânului grefat pe o veche scleroză sifilitică.* — O obs. clinică f. instructivă, care arată că dificultățile de diagnostic al cancerului secundar al plămânului, de obicei mai mici, sunt uneori tot atât de mari ca ale cancerului primitiv, îndeobște cunoscute. Un țigan de 50 ani vechiu tușitor este primit în clinica din Cluj pentru hemoptizii repetate și expectorație cari impun diagn. de tuberculoză pulmonară. Da peste puțin lipsa repetată a bac. Koch în spată, coexistența

unei infecțiuni specifice vechi cu manifestațiuni mai recente tabetice și constatarea unei imagini cavitare parahilare stâng schimbă diagn. în sifilis pulmonar forma sclero-gomoasă cu gomă ramolită. Se institue un tratament specific intens dar după 2 săptămâni starea se agravează iar constatarea unei tumori pe coarda vocală dreaptă, indentificată la biopsie de Prof. Vasiliu ca fiind un cancer spino-celular un substrat scleros, probabil sifilitic, impune bănuiala unei metastoze pulmonare canceroase ramolite și excavate. Peste câteva zile se constată câțiva bacili acido-resistente în spută și diagnosticul se stabilește de: cancer laringian, scleroză pulmonară sifilitică cu emfizem și bronșită, tuberculoasă cavitara. Bolnavul moare și diagnosticul anatomopatologic macroscopic pare a fi: cancer laringean, tub. pulm. cavitara, scleroză pleuro-pulmonară cu emfizem, totuși cel adevărat nu a putut fi stabilit decât pe secțiunile microscopice cari nu constată nicaeri procese tuberculoase. pereții cavernei mari și ai celor mai mici dela vârful stâng constituite dintr'un țesut canceros spino-celular, scleroza pulmonară este bronchio-vasculară și de caracter sifilitic și astfel se ajunge la diagn. definitiv de: scleroza pulmonară sifilitică cu emfizem și bronșită cronică, cancer secundar cavitara al plămânului.

Dr. Danello și Sireteanu. *Un cas de hemotorace survenit în cursul trat cu pneumotorace artificial.* — Această complicație survine foarte rar; este prima din cele 600 pneumotorace practicate în clinica medicală din Cluj în ultimi 10 ani și poate primul caz publicat la noi. În literatura franceză nu s'au găsit publicate decât 5 cazuri. În speță el s'a datorat rupturii aderenței generale vascularizate sub influența unui efort, ce bolnavul a făcut în ziua aceea, iar nu unei rupturi pleurale, căci nu a fost urmaț de fistulă pleuro-pulmonară; și nu a fost determinat nici de cantitatea mare de aer injectată (1400 ctmc. aer filtrat, tensiune intrapleurală terminală 0), căci a survenit la 8 ore dupe practicarea pneumotoracei, iar nu imediat.

Ședința din 19 Mai 1928

D-ri Nichita, Aldea și Pascu *Calculoză uretrală diverticulară cu prezentare de bolnav și piesă.*

D-ri Nichita și Fodo. *An căs de fractura cubitului în $\frac{1}{3}$ sup. cu luxația ant.-ext. a capului radial (fractura lui Monteggia).*

D-ri Nichita și Jianu. *Un cas de ectromelia bazei peroniere stângi cu coxa vara stg. picior valg, trofie și scurtare mare a memb. inf. stg.*

Dr. I Gavrilă: *2 cazuri de comă ipoglicemică survenită în urma unei administrării unei prea mari cantități de insulină, 70 unități de insulină în primul caz și bolnava a fost salvată prin 30 ctm. soluție glicoză 20% intravenos și $\frac{1}{4}$ mg. adrenalină subcutant, 80 unități în al doilea și bolnavul a fost salvat prin injecția intravenos a 30 ctmc. soluție glicoză 25%.*

Dr. Mihail Mltrea: *un cas ae lipom al piciorului.*

SOCIETATEA STUDENȚILOR ÎN MEDICINĂ

din București

Ședința din 7 Februarie 1928

Dr. Mitacu Stelian, Intern C. Andreoiu, extern S. Giorapciu. *Insemnările peretelui toracic în urma puncțiilor pleurale.* — Factorii, cari înlesnesc însemnătarea peretelui sunt: a) structura specială a peretelui toracic compus

dintr'un plan osteo-cartilaginos, care întinde mușchii interpuși, căruia îi aderă pleura parietală, structure, care se opune dupe puncție distrugerii paralelismului planurilor interesate, b) fragilitatea țesutului celular subcutanat cu mijloace slabe de apărare contra inoculațiilor c) multiplicitatea puncțiilor.

În pleureziile tuberculoase seroase sau purulente sau în cele consecutive pneumotoraxului art. prin puncții repetate inocularea peret. consec. puncției se poate traduce prin apariția unui nodul mic, care se poate resorbi sau constitui ulterior un abces rece. În pl. netuberculoase purulente inocularea locală poate conduce la un abces cald flegmonos sau gangrenos, cu consecințe posibil grave.

Concluziile la cari ajung autorii sunt: 1) multiplicitatea puncțiilor este periculoasă. 2) Acul să fie cât mai subțire când grosimea lichidului o permite să fie făcută dincolo de linia atilară iar bolnavul să fie culcat pe partea sănătoasă. 3) Nodului de însemnătate să fie tratat prin helioterapie. 4) Să se inducă un mandrin în interiorul acului înaintea extragerii acestuia sau 5) Să se injecteze câțiva cmc. soluție Dakin înainte de a retrage acul.

Ședința din 5 Martie 1928

Dr. S. Mitacu și S. Clorapclu. *Tumoare cerebrală voluminoasă* localizată în reg. rolandică dreaptă cu evoluție rapidă căci în o săptămână ridică operculul osos creiat de trepanatie de compresivă și proemină la exterior ca un cap de focuș; la autopsie se constată ue glio-sarcom cu punct de plecare în corpul calos.

D. Clorapclu *Exotoze osteogenetice multiple* la un bolnav de 20 ani, apărute dela o vârstă de 4 $\frac{1}{2}$ ani și de preferință pe epifize. Patogenia în speța s'ar explica prin teoria nervoasă, emisă de Terdens, care socotește exotozele osteogenetice ca datorite unor leziuni trofoneurotice.

Ședința din 2 Iunie 1928

Dr. G. Lăzărescu și C. Andreoiu, interni. *Insemnătate neoplazică a peretelui abdominal consecutivă unui Mikulitz.*

Ședința din 16 Iunie 1928

Extern Achil Dimitriu. *Asupra unui cas de Epispadias peno-pubiani.*

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE OTO-RINO-LARINGOLOGIE

București

Ședința din 5 Iunie

Dr. Bernea. Corp străin (copcă) al laringelui.

Dr. Mihăescu. Sarcom primitiv cu invadare rapidă a sinusului maxilar stâng. Eșecul radioterapiei. Generalizare. Moarte.

Dr. Tempea. 1) Cancer al esofagului vindecat prin radio și radiumterapie. 2) Epitelioma al miofaringelui. 3) Nevrită auditivă la un bolnav cu ulcer al stomacului tratat cu bismuth. 4) Chondrom al conductului auditiv extern.

Dr. Brătescu și Dr. Brătășanu. *Septicopiemia de natură otică vindecare prin cantități masive de serum antistuptococ (peste un litru).*

Dr. Fotlad. *Sindrom vestibular trecător după o injecție cu novocaină adrenalină în fosa pterigo-maxilară.*

Dr. Costiniu și Bernea. *Otită medie supurată cronică stângă. Mostoidită Trombofobilă a sinusurilor lateral și longitudinal. Abces cerebelos extradural stâng.*

Dr. Mayersohn.

CERCUL MEDICO-FARMACEUTIC DIN CRAIOVA

Ședința din 1 Iunie 1928

Prezidează D-l Medic General Dr. Vasilescu A.

Dr. Socor E. și Becherescu N. *Aspect radiologic rar dar normal a ficatului.* — La examenul radiologic făcut unui confrate găesc cupola diafragmatică prezentând mai mult în partea internă o ridicătură perfect curbă, ca o jumătate de portocală „en brioche” aparținând ficatului.

Examenul aparatului respirator nu decelează nimic patologic.

Discuție: **Dr. Cănelulescu.** — Crede că deformația radiologică discutată se referă mai degrabă la diafragm decât la ficat și că acest aspect patologic este relativ frecvent. Afirmația și-o bazează pe următoarele considerații:

a) Chiar pe clișeul radiografic prezentat de autori se vede că deformația nu este perfect regulată, circulară, ci ușor festonată, fapt pe care l-am mai constatat recent studiind bolnavul și sub ecran; contrar ar fi fost dacă într-adevăr fața superioară a ficatului ar fi fost făcută o proeminență, așa cum se vede pe figura raportată de Fontoynt și care se referă într-adevăr la un caz cu aspect rar dar normal al ficatului.

b) Pe placă se vede cum de la colțurile deformației diafragmatice pleacă în sus traveurile pleuro-pulmonare, care desigur determină această deformație.

c) În inspirații profunde se vede cum cupola aceasta se turtește, ceiace nu s'ar petrece dacă sub ea s'ar afla țesut hepatic compact.

Turtirea s'ar putea explica prin incursia descendentă a părților libere din diafragm, din jurul deformației, cari în timpul inspirației forțate ar continua să descindă și ar antrena cu ele și segmentul deformat; desigur la aceasta ajută chiar dilatația inspiratorie a plămânului a cărui bază scoboară în inspirație.

d) Semiopacitatea deformației raportată la opacitatea ficatului (contrar de ce se vede chiar pe clișeul lui Fontoynt). Arată că acolo nu poate fi țesut hepatic și că deformația este determinată prin tragerea în sus a diafragmului iar nu prin împingerea lui de jos.

e) Subiectul, a cărui observație au raportat-o autorii, prezintă clinic și radiologic semne de pleuro-scleroză simfizară la ambele baze.

Această afecțiune determină frecvent atari deformații ale diafragmului, dar cu aspect festonat mai exagerat.

La Soc. Spit. din Paris în 1922 Maingot a prezentat un asemenea caz intitulat: Scleroza pleuro-pulmonară cu re-tracție hepato-frenică simulând un Kist hidatic al fi-

ca t u l u i, tocmai ca în cazul de față, în care pacientul a fost alarmat de bănuiala existenței unui Kist al ficatului, pe care unii dintre cei cari l-au examinat, au lăsat-o să se întrevadă.

Kist nu poate fi printrucă în inspirații deformația nu s'ar fi modificat, printrucă chiar în stare de repaos inspirator deformația ar fi fost refulată, printrucă după 3 luni dela primul examen deformația ar fi crescut, printrucă pacientul prezintă o altă afecțiune care justifică cu prisosință deformația radiologică prezentată.

D-sa socotește că deși nu se poate vorbi cu siguranță, ca peste tot în medicină, dar dacă aceasta este cauza deformații, pacientul ar trebui să țină socoteală de ea, căutând să combată tendința de accentuare a sclerozării între altele printr'o gimnastică respiratorie adecuată și evitarea cauzelor cari ar putea accentua procesul scleros pleuro-pulmular.

Dr. Baculescu. — Intrucă D-sa a inspirat diagnosticul crede că procesul se găsește sub diafragm și reprezintă o ușoară ridicătură a subst. hepatice; schimbările de aspect pe care le prezintă în respirație, se datoresc faptului că ficatul basculând înainte în inspirație și înapoi în expirație, ridicătura urmând ficatul apare mai mică sau mai mare după poziția pe care o ia.

Crede că este o ușoară deformare a subst. hepatice și deci nu poate fi un Kist. Combate părerea Dr. Cănciulescu, după care ar fi vorba de aderențe pleuro-diafragmatice de oarece ca să fie aderențe pleurale, cari să provoace deformațiunea aceasta așa de mare, atunci chiar baza pulmonului trebuie să prezinte oarecare opacitate deasupra cupolei diafragmatice spre bază sau bil, căci se știe că o pleură îngroșată produce o obscuritate la razele X. Din contră luminozitatea bazei pulmonare care tranșează net față de opacitatea curbei diafragmatice, arată că deformațiunea „en brioché” chit că nu este perfect curbă, ca trasă cu compasul, ține de-o anomalie subiectă, așa încât autorii și-au intitulat bine comunicarea.

Med. Col. Dr. Diamandescu, Theodoru și Vasllescu. *Pleurezia interlobară puriformă amicrobiană dreaptă cu sindrom frenic.* — Este vorba de un soldat din serviciul Medical al Spit. Militar al Corp I A., intrat în a 4-a zi de boală pentru junghi în hemitoracele drept, frison și febră, tuse fără expectorație.

La examenul pulmonar au constatat prezența unei matități suspendate la nivelul scizurei superioare pe 5—6 cm.; în spate o bandă de matitate la nivelul unghiului inf. al omoplatului pe 4 laturi de deget; la nivelul mameionului la auscultație se auzea un suflu aproape tubar (în ambii timpi) raluri crepitante și raluri cu bule mijlocii; ușoară tăcere la bază; semnul banului pozitiv. Restul organelor normale.

Puncția făcută în al VIII-a spațiu intercostal dr. lângă coloana vertebrală dă o mică cantitate de puroi legat; examenul frotiului arată polinucleare și floră microbiană absentă.

În ziua II-a intens suflu în H. apoi fenomenele încep să se șteargă.

Puncțiile repetate la nivelul scizurei au dat lichid turbure apoi citrin care injectat la cobai n'a dat nici-o reacțiune, iar frotiurile n'au arătat nici-o floră microbiană.

Radioscopia a arătat o umbră transversală cu margini nete la nivelul spațiului al IV-a largă spre hil și îngustându-se spre axilă. Hemidiafragmul

drept are cupola mult ridicată și amplitudinea mișcărilor dispărute, ceiace caracterizează sindromul frenic.

Discuție : **Dr. Cănelulescu**, adaugă că lipsa oricărei specii microbiene presupune că conturul polinuclearelor nu era deformat și că acest puseu fluxionar, pe care-l socotește simultan în cavitatea mare și pe scizură, era datorit unei inflamații, o corticalită (bolnavul n'a tușit nici la începutul boalei) al cărei sediu inițial a fost la dreapta sternului, focare în care chiar azi după 3—4 săpt. de boală se percepe o respirație suflantă și crepitații.

Dr. I. Vasilescu amintește de lucrările lui Sergent care insistă asupra abuzului ce se face cu diagnosticul de pleurezie interlobară, și atrage atenția asupra confuziei clinice și uneori anatomo-patologice ce se face în majoritatea cazurilor cu abcesul pulmonar periscizural.

Pune la punct aspectul radiologic al acestor două afecțiuni, arătând că în Pl. interlobară imaginea este „en berceau“, marginea inferioară a umbrei luând forma unei linii curbe cu concavitatea în sus, din cauza greutateii lichidului din cavitate; umbra pe măsură ce se apropie de hil se lărgeste.

În abcesul pulmonar periscizural, deși umbra este tot transversală, marginea ei inf. din cauza limitei impuse de scizură, este dreaptă.

Dr. C. Baculescu. *Un caz de volvulus al cecului*. — Aduce observația unui pacient în vârstă de 38 ani care înainte cu 5 zile a avut dureri abdominale, vărsături și balonare cu oprirea gazelor și materiilor fecale, fenomene care cedează puțin. Venind la Craiova și consultând pe A. găsește că balonarea abdomenului a scăzut aproape complet, dureri la palpație în partea stângă a ombilicului, rezistență ușoară. Seara bolnavul are din nou dureri abdominale; a doua zi are vărsături, dureri și balonare abdominală. La examen găsește o tumoare gazoasă de mărimea unui cap de făt în hipochondrul stg., dureroasă spontan și la palpație, bine delimitată în partea superioară, iar în partea infer. se pierde insenzibil spre dreapta și în jos de ombilic; mișcări peristaltice intestinale.

Prin laparatomie constată că fosa iliacă dr. este goală, câteva anse subțiri sunt dilatate; tumoarea din ipochondrul stg. este cecul cu o parte colonul ascendent, care este întors în sus și spre stânga dilatat enorm și prezentând sub el și o ansă subțire gătită. Cecul la nivelul cudei prezintă o gătuire prin compresiune, fără nici-o alterație a pereților.

După 3 zile dela operație bolnavul face congestie pulmonară la ambele baze și moare în ziua a 5-a deși abdomenul era suplu, cu evacuarea intestinală regulată.

Discuție : **Dr. Haglețeanu**, spune că acest caz este foarte interesant, constituind una din modalitățile excepționale de ocluzie intestinală, volvulusul cecului fiind tot atât de excepțional ca acel al intestinului subțire.

Crede că moartea pacientului poate fi datorită și stercoremii, dată fiind tardivitatea intervenției.

Dr. D. Dumitrescu, amintește de 2 cazuri pe care le-a văzut și în care la unul cecul era posterior în flancul stâng și la altul în regiunea ombilicală. Crede că în cazul de față ar fi fost indicată creierea unei fistule prin secționare din apendice și dilatarea lui, după cum preconizează V. Pauchet în Jurnalul chirurgical ilustrat.

Dr. D. Arsenie, este de părere că complicația pulmonară este datorită

enterococului care ar fi plecat din plagă; de aci necesitatea autovaccinului care poate ar fi salvat viața pacientului.

Ședința din 15 Iunie 1928

Dr. I. Sărdărescu. *Glicozurie și diabet în raport cu gestațiunea.* — Glicozuria la femeile gravide este fiziologică; începe cu luna 4-a și cantitatea ei crește până la luna de travaliu. Odată cu glicozuria s'a constatat și o hiperglicemie și lactozurie.

Mecanismul glicozurii: la femeile gravide se explică prin faptul unei măriti a permeabilității renale, care lasă să se elimine glucoza, fapt norocos pentru femeie, căci ar rezulta o hiperglicemie ce ar duce la comă.

Fabricațiunea de zahăr mult se explică prin: a) țesutul foetal care are nevoie de zahăr; b) glanda mamară care are nevoie de lactoză ce-o ia din glucoza sanguină, apoi intervine și hormonul pancreatic atât timp cât o femeie nu are insuficiență pancreatică.

Când există această insuficiență se declară diabetul și deci coma se așteaptă. La gravide acidoza ca și coma se remarcă până în luna 4-a și apoi tocmai în luna de travaliu, în perioada de deslipire placentară. Bonting a explicat acest fenomen prin funcționarea pancreasului foetal.

Consecințele diabetului la gravidă sunt: copilul naște mort, hidramnios, hidrocefalic, distocie; la mamă: distocie, acidoză, comă. Deci pronostic nu este favorabil.

Înainte se preconiza avortul, azi grație insulinei 80% din cazuri scapă atât pe mamă cât și pe copil, cu regim: minimum de albuminoide
 „ „ subst. grase } 1 gr. pe 1 kgr. greu.
 Maximum de hidrocarbonate 5 gr. pe 1 kgr.
 cu insulină, care constituie cel mai științific tratament de azi.

Discuție: Dr. Sol. Hirsch, adaogă că starea fiziologică a glicozurii și lactosurii se continuă și la cele ce alăptează. Din statisticile făcute reiese că o femeie din 5 păstrează copilul, restul avortează.

Dr. Drăgoescu, Băcescu și Vasilescu. *Sifilis secundar febril cu determinări cortico-pleurale.* — Relatează cazul unui bolnav la care pe lângă erupția secundară tipică au mai constat și semne nete de cortiopleurită, influențată de tratamentul specific.

Discuție: Dr. Diamandescu, remarcă că proba terapeutică instituită pentru a hotărî dacă manifestațiile pleurale au fost sau nu de natură sifilitică, își pierde din importanță din moment ce s'au făcut și injecții cu Neosalvarsan, căci vindecarea ar fi putut fi determinată de acest medicament, chiar dacă leziunile nu erau de natură specifică.

Dr. Băcescu, replică că este o dovadă în plus aceasta, căci dacă pleurita ar fi fost de natură tbc, Neo, ar fi exagerat procesul congestiv, și deci n'ar fi ameliorat-o așa de rapid.

Dr. Sărdărescu, spune că nu trebuie pus cu prea mare ușurință diagnosticul de pleurită sifilitică, pentru că de curând la o lecțiune clinică auzită la Paris se spunea că lui Carnot i-au trebuit 14 ani într'un caz de sifilis pulmonar să afirme cu certitudine diagnosticul; că leziunile în sifilis sunt mai mult mediastinale decât corticale.

Dr. Drăgoescu, spune în replică că proba terapeutică a fost așa de netă încât se poate afirma natura specifică a leziunii; cazurile vizate de D-l Dr. Sărdărescu, se referă la sifilisul pulmonar terțiar, ceiace nu este în cazul de față, fiind etichetat secundar.

General Dr. Vasilescu, amintește de un caz publicat de D-sa în 1919 și găsește că observațiile se suprapun. Bolnavul tratat cu fricțiuni s'a vindecat.

În 1923 îi scade entuziasmul în urma lucrărilor publicate de diferiți autori, cari dau ca imposibilă separația studiului clinic al sifilisului aparatului respirator de acela al tuberculozei. Unii admit entitatea sifilisului pulmonar, alții sunt de părere că infecția specifică coexistă cu cea bacilară. Darier n'a observat în lunga lui carieră nici-un caz de leziuni cortico-pleurale determinate de sifilis.

Dr. Cănculescu, ia cuvântul pentru că D-sa a văzut cel dintâi bolnavul și a sugerat bănuiala că leziunile pleurale ar fi de natură specifică, între altele și pentru că concomitent evoluau manifestările sifilitice; adăogă că nu trebuie așteptat ani pentru punerea diagnosticului unei pleurite sifilitice, care în speță era de ordinul perioadei secundare, cu anii se determină leziuni broncho-pulmonare și sunt apanajul sifilisului terțiar și că ulterior un bolnav care a făcut la un moment dat o pleurezie sifilitică are tot dreptul a face și o tbc pleurală sau pulmonară, fără ca prin aceasta să se infirme diagnosticul precedent.

Efectul salutar rapid al Neo. pledează pentru natura specifică și contra celei tuberculoase.

Rectifică numai diagnosticul pus prea des de corticalită, termen la modă, în detrimentul celui de pleurită simplă, pe care mai degrabă crede că prezentat-o bolnavul de față, ale cărui frecături pleurale nu erau însoțite de fenomene de condensare oricât de puțin corticale și care nu tușea de loc.

Dr. Cănculescu, R. Hirsch, S. Paulon, I. Vasilescu, prezintă cu *Miopatie progresivă primitivă tip Leyden-Moebus*, în etate de 20 ani, cu atrofie musculară a centurei pelviene și a ambelor coapse: un început de pseudohipertrofie a pulpelor. Mersul dendinant, cu baza de susținere lărgită, nu prezintă reacția de degenerescență la curentul faradic. Conracțiunile idiomusculare prezintă numai în mușchii cari mai păstrează fascicule nealterate și reflexele osteo-tendinoase sunt în raport cu atrofiile musculare: reflexul rotulian drept abolit, cel stâng reacționează slab; reflexele ochiliene sunt exagerate. Diminuarea funcțională a membrelor inferioare și puterea dinamică mult micșorată la cele superioare, deci fără alterațiuni musculare. Hypotensiune arterială; reflexul luminos leneș, reacția acomodativă la distanță normală. Turburări în senzibilitatea tactilă: zone de hipo și hiperestezie cutanată.

Discuție: Dr. Diamandescu, întreabă cum se explică simetria leziunilor, dacă leziunea ar fi de natură centrală?

General Dr. Vasilescu, răspunde că anatomia patologică este mută asupra acestui punct, pe care nici cercetările lui Babeș și Marinescu nu l-au elucidat.

Noile cercetări cu acetyl-choleină ale lui Villaret s'ar putea întrebuința ca diagnostic diferențial între fenomenele de claudicație intermitentă datorite

unui spasm față cu acelea datorite arteritei obliterante organice, tip Leo Burger.

Dr. L. Segall, martor ocular, referă asupra desbaterilor contradictorii ce a suscitât *metodei vaccinării cu B. C. G.*, prezentată chiar de Prof. Calmette în fața societății medicilor vienezi.

Șediata din 1 Iulie 1928

Dr. Al. Teodoru. *Chocul anafilactic și maladia serului.* — Interpretarea greșită a apariției de fenomene serice în a 8-a zi după o injecție cu ser antidifteric la o doamnă, determină pe autor să facă o punere la punct a fenomenelor anofilactice serice, amintite mai sus, ținând seamă de ultimul cuvânt ce s'a spus până azi. Arată lipsa până în prezent de mijloace de prevenire a maladiei serului.

Precizează că ceace fuseser pus drept cauză a apariției maladiei serului și ca o greșală de procedare (lăsarea serului rămas după prima injecție de desensibilizare (Besredka) și care a fost injectat după 3 ore, sub un bec care l-ar fi alterat) constituie un procedeu întrebuițat în mod curent pentru a diminua puterea toxică anofilactică a serurilor (încălzire prelungită și repetată).

Dr. M. Săceanu.

REUNIUNEA ȘTIINȚIFICA MEDICO-MILITARA TIMIȘOARA

Ședința dela 20 Iunie 1928

Prezidează **D-l Medic General Dr. Mihălescu Spiridon**, Medic Șef al C. 7 Armată, președintele Cercului Medico-Militar Sibiu, aflat în inspecție la Timișoara.

Iau parte toți ofițerii sanitari aflați în garnizoană, precum și numeroși medici civili din Timișoara, în frunte cu medicii directori șefi ai instituțiilor sanitare.

D-l Medic General Mihălescu, e salutat la începutul ședinței printr-o scurtă alocuțiune, de Medicul Colonel Dr. Dumitriu Mamant la care Domnia-sa răspunde că se bucură că, vede atâta armonie între medicii militari și civili în Timișoara.

Arată că la banchetul oferit de Asociația Medicilor din București în cinstea *D-lui Inspector General Sanitar, D-l Profesor Medic General Dr. Butoianu*, D-l Președinte al Asociației, Profesorul Gheorghiu a insistat că *nu trebuie să mai existe deosebire între medicii militari și civili. medicina fiind una și aceiași.*

Felicită pe Medic Colonel Dr. Dumitriu Mamant, Președintele Reuniunii Medico-Militară-Civile, din Timișoara, că a reușit atâta de frumos, în acest scop și urează spor la muncă Reuniunii, pentru a servi de exemplu pe toată țara.

D-l Dr. Căndea. Medic Șef Director și Chirurg Primar al spitalului de Stat, prezintă *4 cazuri clinice de ulcere gastro interstinale, operate* în serviciul său cu oșebit succes, prin resecție de stomac, urmată de gastro-enteroanastomoză, arătând și piesele operatorii care sunt foarte demonstrative.

Toți pacienții după 2-3 săptămâni de la operație se prezintă cât se poate de bine, au scăpat de durerile lor atroce și au câștigat sensibil la cântar. Foarte interesante sânt și radiografiile acestor cazuri care au permis stabilirea unui diagnostic precis.

Reamintește că tânărul cu osteo-sarcomul prezentat în ședința trecută, n'a acceptat operația, pentru că un medic, tânăr din oraș i-a făgăduit vindecarea prin injecții.

Medic Colonel Dr. Dimitriu Mamant, prezintă un caz de *perforație apendiculară cu peritonită consecutivă*, operat în primele 3 ore. S'a făcut resecția apendicelui perforat și drenajul larg al cavității peritoneale. Bolnavul e în a 10 zi de la operație și poate fi considerat ca salvat. Dacă prezintă cazul este, pentru a arăta că actualul bolnav e tot recrut jandarm și că s'a profitat de experiența cazului cu hernie încarcerată trimis după 30 ore la operație, întrucât numitul a fost trimis imediat la de la primele dureri intense abdominale. Debutul a fost brusc în plina sănătate, în puterea nopții de 5-6 Iunie c.

Durerea abdominală a fost atât de atroce că pacientul a fost silit să-și părăsească patul, din dormitor dar eșit afară a căzut în nesimțire.

În 3 ore tabloul peritoneal era complet iar etajul subombilical total lemnos, vărsăturile biliare, pulsul, febra și starea generală au impus diagnosticul și deci și intervenția operatorie salutară.

D-l Dr. Rusau, prezintă un caz clinic de *abces osifluent al coloanei dorso-lombare*, luat drept un auevrison aortic apoi face darea de seamă a congresului de la Constanța de talasoterapie, expunând amănunțit toate rapoartele prezentate acolo și concluziile votate în congres.

DISCUȚIUNI

Medic Colonel Dr. Dimitriu Mamant, roagă pe D-l Director Cădea să precizeze punctul său de vedere asupra conduitei terapeutice în ulcerele gastrice, în ce privește tratamentul lor specific, având în vedere bogata sa experiență în materie.

D-l Director Cădea, face o minuțioasă expunere și constatând cu sute de cazuri operate ajunge la concluzia că dacă reacția Waserman negativă și starea pacientului se agravează numai intervenția chirurgicală singură poate fi salvatoare.

Complicațiile tardive (ulcer peptic etc.) țin la aceea că nu se respectă regimul.

Dr. Emil Pocrean, expune *ultimile date în terapeutila ulcererilor* arătând bogata statistică a lui Mariano.

D-l Medic General Mihallesc, felicitând pe medicii, pentru cazurile interesante tratate și atențiunea acordată, ridică ședința cu regretul că nu se poate afla cât mai des în mijlocul Reuniunii din Timișoara.

Col. Dr. Dimitriu.

SOCIETATE DE CHIRURGIE DIN BUCUREȘTI

Ședința din 14 Martie 1928

Prof. Juvara Dr. V. Dumitriu. *Halus valgus dureros operat prin procedeul și în serviciul Prof. Juvara*. — Pacienta a fost operată la ambele picioare.

Dr. Georgescu. *Prezintă 2 bolnavi cu arsuri de gr. II, la ambele mâini,*

tratat la o mână cu ambrină iar la cealaltă cu acid tanic. rezultatul tratamentului cu acid tanic este mult mai frumos de cât al celui cu ambrină.

Teodorescu, Dumitrescu. *Un caz de exostoza a unei lame vertebrale simulând o tumoră medulară.* — La operație lama din dreapta a vertebrei a II-a dorsală prezintă o îngroșare, care comprimă măduva producând: constipație, retenție de urină, mers dificil, hipostezie. În urma rezecției fenomenele sau ameliorat.

Prof. Marinescu, Prof. A. Jianu și Drăgănescu. *Compresiune medulară prin tumoră extra durală operație, vindecare.* — Ca simptome: Paralizie, contractură, senzație de constricție toracică etc. Intervenția la I dorsală și VII cervicală. Dupe laminectomie se constată o tumoră contra durală care se extirpă.

Dupe operație bolnava se simte din ce în ce mai bine. La ieșirea din spital motilitatea activă și forța membrului inferioare sunt aproape normale. Autorii cred că e necesar ca în patologia medulo-rachidiană să fie mai frecvente intervențiile cu caracter explorator în cazurile dubioase și în care bolnavul suferă.

Ședința din 28 Martie 1928

Dr. C. Leonte. *Cordotomia anterolaterală în durerile mari abdominale.* Sensibilitatea profundă ocupă cordonul posterior, cea tactilă partea anterioară a cordonului antero-lateral, iar sensibilitatea dureroasă și termică trece prin partea laterală a cordonului antero-lateral. Rezecția nervului presacrat și lombo aortic este mai simplă cu rezultate mai puțin bune, pe când cordotomia antero-laterală este operația delicată cu rezultate însă cu mult superioare.

Dupe sfaturile lui Spiler în 1912 executată întâia oară de Martin, a fost făcută în țară de către Prof. Iacobovici odată, iar autorul a făcut-o de 2 ori. Rezultatele obținute au fost bune, durerile dispărând complet, au reapărut cn 3 luni înainte de a sucomba din cauza cancerului uterin, care a progresat.

Dr. I. Jianu. *Extirparea capsulei suprarenale stângi în Epilepsia esențială* — O bolnavă de 30 de ani, cu epilepsie f. gravă. Autorul practică în 2 ședințe succesive. Simpatectomie cervica la bilaterală, exclusiv ganglioni stelați. Rezultat nul. La 17 Ianuarie face supra-renalectomia indicată de Fischer. Rachianestezie, Incizie lombo-abdominală stângă, utilizând calea extraperitoneală, fără să fie nevoie a rezeca coasta XII sau XI-a. Rezultat nul. Autorul își propune să facă intervenția pentru prolapsul uterină de care suferă bolnava combinat cu o extirpare a plexului lombo-aortei și poate o greșă ovariană.

Dr. Medea Niculescu. *Făt monstru. Pseudoanancefal Thlipsencefalie.*

Dr. I. Jianu. *Rezecția arterei femorale pentru gangrenă uscată consecutivă endarteritei obliterante.* — Autorul a rezecat un segment de 0,08 ctm. din porțiunea hunteriană a arterei femor. la un om de 50 ani, cu gangrenă uscată. Artera la acest nivel era transferată în cordon dur, calcificată în parte, fără pulsație. Rezultat bun. Leriche o practică cu rezultate frumoase realizând prin aceasta o simpatectomie totală. Autorul a practicat-o în 1910 atunci când nu exista noțiune de simpatectomie periarterială ca tratament al gangrenei uscate. În cazul din 1910 a restabilit și circulația arterială prin

sutarea capetelor. Nu știe dacă s'a menținut permeabilitatea arterială dar e sigur că s'a realizat o simpatectomie a lui Leriche, cu rezultat bun.

Dr. V. Dumitru. *Fibrom submucos cu două pedicule, expulzat la vulvă.* — Pacientă de 54 ani, în menopauză, de un an pierde sânge. În urma unei căzături a simțit o tumoră vulvo-vaginală, dureri, pierderi de sânge. Se constată prin examen o tumoră care ocupă vulva și care se continuă în sus prin 2 pedicule, unul inserat pe gâtul uterului, iar altul pătrunde în uter.

Extirpare, vindecare. Explicația celor 2 pedicule este dupe autor: un fibrom submucos pediculat care s'a exteriorizat acum un an. Stabilindu-se aderențe între polip și gâtul uterului ulcerat s'a făcut al 2-lea pedicul prin tracțiunea polipului.

Dr. Ignătescu arată că ar fi unicul caz în literatura medicală.

Prof. Juvara, Dr. I. Jianu. *Operațiune rachianchilozantă pentru tuberculoză.* — Bolnav în etate de 50 ani, avea morbul Pott dorsal, vertebra 4, 5, 6, cu gibozitate mică. A fost operată de Prof. Albee cu ocaziunea venirii sale la congresul de chirurgie din Oct. trecut. Avea și turburări în mers.

Un grefon tibial, 12 ctm. garnisit de periost și de strat medular, a fost introdus în spintecătura apofizelor spinoase 6, 4—6, masa musculară suturată pe deasupra. Nu s'a aplicat nici un corset gipsat. Rezultatul dupe atâtea luni relativ mulțumitor din punct de vedere al mersului și durerilor. Local fistule mici din cauza unui hematom deschis spontan; sau s'a deschis la exterior procesul bacilar?

Prof. Juvara, Dr. V. Dumitru. *Grefonul Albee la 3 luni de la operație.* Piesă anatomică, a 2-a cervicală, a 2-a dorsală de la o pacientă sucombată de tubc. pulmonară avea și morbul Pott, (3-a. cervicală 6 cervical). A fost operată prin grefon dupe proced. Albee. I s'a mai făcut și frenicectomie. Piesa arată sutura osoasă între grefon și apofizele spinoase dupe 3 luni de la operație. Grefonul trebuie să aibă o lungime cât mai mare, și o suprafață de contact cât mai mare cu apofizelă.

Dr. V. Dumitru. *Ganglioni metastatici dupe extirparea unui cancer vulvo-vaginal.*

Dr. Medea Niculescu, Dr. Ioanin Lupescu. *Uter dublu cu vagin dublu. Sarcină luna III-a.* — Cazul a fost studiat din punct de vedere clinic și prin radiografic în urma injecțiilor cu lipiodol. Himenul vaginului drept este intact și totuși sarcina este în uterul drept; himenul stâng rupt.

Desvoltarea sarcinei în uterul drept, parte în care himenul este intact, dă loc la 2 ipoteze.

1) Fecundațiunea s'a făcut cu spermatozoizi pătrunși prin uterul stâng urcați prin trompa stângă, culeși la trompa dreaptă, fecundație în trompa dreaptă, fixarea ovului fecundat în uterul drept.

2) Fecundațiunea directă cu himerul intact, mai puțin probabilă.

Dr. Ion Jianu. *Extirpațiunea plexului lombo-aortic, presacrat, plexurilor hipogastrice și lanțurilor ganglionare simpatiche sacrate în visceral-giile pelviene datorite cancerului uterin neoperabil.*

Conferențiar Dr. Poenaru-Căplescu. *Calculi salivari.*

Dr. G. Marinescu. *Aneurism rupt al arterei poplitee.*

Horla Slobozlanu. *Mamele axilare aderente cu pielea.*

Prof. Gheorghiu. *Glandă mamară accesori în mamela stângă.* — Nu admite termenul de pseudo-mamelă.

Popescu Buzău ca medic recruta a întâlnit la 3348 recruți 9 cazuri de mamele supra numerare.

Dr. Baculescu.

C. — C O N G R E S E

CONFERINȚELE ASOC. G-LE A MEDICILOR LA TEMIȘOARA

În zilele de 28—30 Aprilie cor., a avut loc la Temișoara al V-lea ciclu de conferințe organizat de Asoc. G-lă a Medicilor. Primele 3 cicluri au avut la București, în anii 1926 și 1927, dar audierea conferințelor de către un număr din ce în ce mai mic de medici a decis Asociația să țină în viitor aceste adevărate cursuri și în câte unul din orașele mai mari din provincie; este între alte scopuri urmărite și acela de a înlesni audierea lor unui număr cât mai mare de medici, fiind mai ușor pentru cei câțiva conferențieri să meargă în provincie — dar cu atât mai laudabile sunt bunele intențiuni ale acestora — decât pentru medicii din provincie în număr mai mare să vină în Capitală.

În acest scop și pentru început s'au ales noile provincii alipite și s'a ținut ciclul din toamna trecută la T.-Mureș iar cel din primăvara aceasta la Temișoara.

Dar este de văzut dacă — pentru și mai marele profit al auditorilor — nu este bine a se reveni la vechea practică de a se ține ciclurile tot într'unul din marele centre universitare (Iași și Cluj pe lângă București) cu conferințe de ordin practic anual alese și ținute de personalități cu vază științifică, și ca aceste conferințe să îmbrace aspectul unor adevărate cursuri de perfecționare; și medicii din provincie, în special funcționarii să fie nu numai îndemnați, dar oare-cum obligați, să vină, iar condițiile de călătorie și încartiruire să fie așa de lesnicioase, încât să fie cât mai mulți ispițiți a veni.

Programul conferințelor *) a fost următorul:

Docent Dr. P. Niculescu. *Noile achizițiuni în balneologie* cu expunerea pe larg a tuturilor indicațiilor și contraindicațiilor tratamentelor balneare în legătură cu stațiunile noastre balneo-climaterice reputate din țară; insistă în special asupra rezultatelor bune date de talassoterapie.

(Această conferință sub aspect didactic și amplificată cu ultimile date de ordin științific expuse la congresul internațional de talassoterapie, ce a avut loc la București în Iulie, va apare într'unul din numerele viitoare ale Revistei noastre).

Prof. Dr. Zaharescu-Karaman. *Determinismul fenomenelor ciclului ovarian asupra evoluției sarcinei*, noțiuni de concepție personală, cari vor face în viitor să se calculeze durata sarcinei dupe altă normă și cu mai multă precisiune.

Conf. Dr. Poenaru-Căpleseu. *Apendicitele hepatice*, adică cari îmbracă aspectul unei afecțiuni hepatice, cu care se pot confunda.

Prof. Dr. N. Gheorghiu. *Protecția mamei și a noului născut până la vârsta de un an* (conferință publică).

*) Dintre conferințele ținute până acum n'au apărut în volum decât cele din toamna anului 1926.

Prof. Dr. Iacobovici. *Ulcere gastro-duodenale perforate* cu relatarea a numeroase cazuri personale și rezultatele operatorii obținute.

Conf. Dr. P. Tomescu. *Tratamentul sindroamelor nervoase datorite encefalitei letargice.*

D-na Doc. Dr. Medea Niculescu. *Fiziologia placentei* cu expunerea documentată a celor 2 mari funcțiuni ale placentei: funcțiunea de izolare și funcțiunea de schimburi nutritive.

Prof. Dr. D. Manolescu. *Necesitatea cunoștințelor oftalmologice pentru orice medic.*

AL 31-lea CONGRES AL ASOC. G-LE A MEDICILOR DIN ROMÂNIA

a avut loc în zilele de 30 Iunie și 1 Iulie la București în sala de festivități a Asociației și în prezența D-lor Miniștrii **Inculeț**, **Stelian Popescu**, **C. Argetolanu**, a D-lor **C. Nicolaescu**, președintele Senatului, **N. N. Săveanu**, fost Ministru al Sănătății Publice, președinte al Camerei și a numeroși Profesori ai Facultății de Medicină.

D-l Prof. Dr. N. Gheorghiu, președintele Asociației, deschide congresul, cu o amănunțită dare de seamă a activității Comitet. Asoc. Arată solitudinea, ce întotdeauna a găsit la d-l Ministru al Săn. Publice întru apărarea intereselor profesionale ale medicilor; expune succesele realizate pe terenul științific prin organizarea ciclurilor de Conferințe în diferite centre din țară, pe teren profesional prin instituirea de concursuri pentru ocuparea posturilor de medici în diferite instituțiuni și a consultării Asoc. de către aceste instituțiuni pentru întocmirea programului concursurilor, prin înființarea pe cale de realizare a „Casei de ajutor“ pentru medici și familiile lor și crearea de Sanatorii de odihnă pentru medici la Băile Herculane și Constanța, pe teren financiar prin aceea că grație reprezentațiilor și loteriei instituite s'au plătit mai toate datoriile, cari presau asupra imobilului, nerămânând în prezent decât un rest de plată de circa 150.000 lei, iar disponibilul actual se ridică la 1 mil. și jumătate, pe teren național, prin ceea că s'a început a se trezi interesul medicilor minoritari pentru Asociație.

La sfârșit D-sa desvelește bustul, ce Asociația în semn de recunoștință a ridicat în amintirea primului Ministru al Sănătății Publice., **G. G. Mârzescu** al cărui elogiu cald și vibrant îl face d-l **Prof. Dr. Titu Gane**, efor al Spitalelor civile și inițiatorul ridicării acestui bust.

D-l Ministru Inculeț salută congresul, aduce cuvinte omagiale Asociației pentru munca depusă și rezultatele obținute pentru propășirea corpului medical românesc, pe care îl stimează și iubește. Găsește foarte bună împărțirea adunărilor anuale în științifice și profesionale și noua organizație dată Asociației. Dorește să nu fie medic în țara românească, care să nu aparțină nobilului Corp al Asoc. Medicilor și ca fiecare membru al Asoc. să se inspire în activitatea lui de directivele morale date de Asociație și promise că se va strădui ca să întărească legăturile între Minister și Asociație.

D-l Dr. Crălniceanu, secretar general, face darea de seamă anuală a activității Comitet. Central și Filialelor pe anul 1927.

D-l Dr. Marlus Georgescu, casier general al Asociației, citește bilanțul

anual din care se constată că pe 1927 contul titlurilor ipotecare ale Asoc. prezintă un sold de 1.229.500, că pentru achitarea imobilului cumpărat în 1916 s'au plătit toate ratele mai rămânând de plătit la Creditul Funciar 112.363, că excedentul anului 1927 a fost de lei 431.837 față de cel de 235.413 din 1926.

Se citește și se aprobă raportul censorilor asupra gestiunii financiare și se dă cuvenita descărcare.

Se aprobă budgetul pe anul 1928 însumând la venituri 1.413.000 iar la cheltueli 1.310.000.

Seara se ia masa în comun la Restaurantul Cheateaubriand.

A doua zi **D-l Dr. Tănăsescu-Iași** constată puținul interes, cu care sunt urmărite adunările generale de un număr din ce în ce mai mic de medici.

D-l Prof. N. Gheorghiu spune că ocupațiile lor mari și continue, cheltuelile necesitate de drum și un spirit de solidaritate puțin dezvoltat fac pe medici să nu ia o parte mai activă la mersul Asociației. Enumără tot ce s'a schimbat în bine de când D-sa conduce Asociația și spune că va lupta să facă o lege de obligativitate a înscrierii medicilor în Asociație, sperând ca astfel să facă mai sensibili pe medici la chemările Asociației în interesul apărării propriilor lor interese.

D-l Dr. Marius Georgescu arată că Comitetul Asoc. și-a făcut cu prisosință datoria pe toate tărâmurile și că dupe congresul dela Iași în 1924 până acum s'a făcut la Asociație adevărata politică a intereselor medicale precum și o bună administrație și gospodărie, reușindu-se a se plăti într'un an ceace nu plățiseră comitetele anterioare în 4 ani.

D-l Dr. P. Tomescu cere o muncă cu atât mai intensă din partea puținilor, cari se interesează, ca să înlocuiască deficitul dat de indiferentismul celor mulți, cari se desinteresează de interesele colectivității, mai găsește că este o porție satisfăcătoare între cei ce datează pentru politica generală a țării (un milion dotanțe din 18.000.000 locuitori) și ceace se ocupă de politica propriilor lor interese medicale (200 prezenți la această adunare din 3000 medici).

D-l Dr. Câmpeanu cere ca datele congresului să fie fixate cu mult timp și la data fixă mai înainte și mai cere o activitate mai intensă din partea filialelor.

La ora 11 **D-l Prof. Dr. Dimitrie Ionescu**, care a reprezentat țara și fac. de medicină din București la festivitățile ce au avut loc la Londra în luna Mai pentru celebrarea tricentenarului lui Harvey, descoperitorul circulației sanguine, a ținut o conferință documentată și luminoasă tratând despre viața și opera genialului savant.

Dupe amiază **D-l Dr. Albu-Arad** arată multele nedreptăți și jicniri, ce se fac medicilor funcționari, pe a căror apărare o cere Asociației cași pe acea a regulării situației militare a medicilor din Arad.

D-l Prof. Dr. Gheorghiu arată că **D-l General Dr. Butoianu** a promis a satisface doleanțele medicilor în privința situației militare neclarificate.

D-l Dr. Alexandrescu-Dersca cere combaterea practicei ilicite a medicinei, reglementarea practicei medicilor radiologi improvizați și micșorarea cotelor de impunere fiscală a medicilor.

D-l Prof. Dr. Dimitrie Ionescu se asociază la aceste desiderate, găsește

Inoportună pentru moment cererea de a se micșora cota de impunere fiscală și mai propune și adunarea aprobă instituirea unei comisii compuse din D-nii Prof. Gheorghiu, Gane, Dimitrie Ionescu și Nicolae Minovici, care să fie admisă de Ministerul de Justiție a colabora la redactarea capitalului privitor la responsabilitatea penală a medicilor, azi când este pe cale a se revizui noul cod penal.

D-sa mai expune chestiunea medicilor școlari, arătând că a reușit să înscrie în noua lege a învățământului secundar obligația ca igiena să fie predată de un medic, recrutat prin concurs ca trebuind să aibă o pregătire specială, medic care să facă și controlul sanitar al școalei și să asigure asistența celor constatați bolnavi.

D-l Dr. Popper combate Soc. de binefacere și gratuitate medicale, cari prin policlinicile de consultațiuni gratuite măresc criza medicală iar pe de altă parte calcă și principiile de caritate, în baza cărora își dătoresc o existență, cu prea multă ușurință acordată de organele în drept, prin acea că percep dela bolnav diferite taxe pentru analize și tratament.

Cere aplicarea strictă a unei doctrine Monroe medicală: spitalele și policlinicile pentru săraci, libera practică pentru cei cu mijloace.

D-na Dr. Medea Niculescu în numele D-lui Dr. Paniculescu propune ca Asociația să admită în sânul ei referenți minoritari, propuneri care se respinge.

D-l Dr. Mitrăa arată că certificatele liberate de medicii particulari sunt conservate de autorități și propune remedierea răului, dar fiind date abuzurile Asociația lasă la aprecierea autorităților în drept fixarea normelor de eliberare și control al certificatelor medicale; rezolvarea chestiunii se face obiectul de discuție al congres. profesional din Oct. dela Chișinău.

Are loc apoi întrunirea Marelui Consiliu al Asoc., se face Prezentarea noului Regulament și se cere aprobarea lui. Iar seara la ora 9^{1/2}, se procedează la Constituirea Noului Birou, care se face conform noilor statute ale Asociației; dupe ele Comitetul Central este ales pentru 3 ani, iar Biouroul se alege din sânul Comitetului în fiecare an.

Pentru anul 1928—1928 Biouroul a fost constituit astfel: Președinte: Prof. N. Gheorghiu, vice președinți: Prof. Dr. D. Ionescu, Col. N. Marinescu, Dr. A. Mitrăa, Dr. P. Niculescu, Dr. Marlus Georgescu, Secretar General: Dr. Saragea, Dr. Ovidiu Alfandary, Casier: Dr. V. Trifu, Sub-Casier: Dr. I. Constantinescu, Bibliotecar: Dr. I. Tetzu. Secretari de ședință: Dr. Komorovoschy, Dr. Mussu, Dr. Naum, Dr. Glurglu, Dr. Pușcarlu.

Se dă delegație D-lui Marlus Georgescu de Director General al Instituției, și cu procură generală sau specială, asistat de advocați, să poată reprezenta Asociația înaintea instanțelor de judecată.

Comitetul de redacție al buletinului se constituie din D-nii Prof. Dr. Gheorghiu, Dr. P. Tomescu, Dr. Marlus Georgescu, Dr. Saragea și Dr. Alfandary

AL V-lea CONGRES INTERNAȚIONAL DE THALASSOTERAPII

București—Constanța 24—27 Mai 1927

Hotărârea congresului dela Arcachon de a ține în România al V-lea congres internațional de thalassoterapie însemna pentru noi românii o grea răspundere. *Putem constata cu doșebită satisfacție că am întrecut aș-*

tăptările congresiștilor. Desfășurarea congresului, ordinea și organizarea sa perfectă, atmosfera de înălțătoare fraternitate latină, valoarea sa științifică, au reușit să dea oaspeților noștri o imagine frumoasă — și adevărată de data aceasta — despre frumusețile locurilor noastre, bogățiile noastre naturale, arta, moravurile și tradiționala ospitalitate românească, valorile noastre științifice și sentimentele ce ne leagă de neamurile amice ale poporului nostru.

Entusiastele impresiuni dela congres ce citim în revistele medicale franceze confirmă constatările de mai sus. Acest succes românesc îl datorăm în totul organizatorilor: D-l Profesor Dr. A. Theohari care întrunește calitățile omului, savantului și cercetătorului: occidentalismul, erudiția și modestia: D-l General Dr. Vicol, organizator neîntrecut, Docent Dr. Petruș Niculescu, entusiast și muncitor neobosit, minunat „causeur“ poligot, cum îl numește Prof Armand-Delille în conica sa. Soțiile și fiicele congresiștilor au avut admirabila primire și grațioasa tovarășie a unui comitet de doamne în frunte cu Doamna Cantacuzino, D-na Vicol, D-na Dr. Haram cari au făcut să se scrie că au fost „la complaisance même“.

Congresul de thalassoterapie a fost primul congres medical internațional ținut pe teritoriul românesc. În afară de valoroasele schimburi de rezultate științifice, a fost un minunat prilej de propagandă românească. Ne-a arătat resursele energiei noastre organizatoare și creatoare și a dovedit încă odată că sub — aprecierea și dificultățile nu pot de cât să îndârjească către o mai bună prezentare în ochii lumii civilizate. Să ne fie învățământ și incurajare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj
„Mișcarea Medicală“

* * *

Ajunși la 21 Mai la frontiera românească, congresiștii sunt primiți D-l General Dr Vicol, D-na Dr. Vicol și D-na Dr. Haram. Se fac recuzite la Temeșoara, băile Herculane, vizitează cazanele și porțile de fier, Turnu-Severin și ajung la București la 23 Mai.

Ședința se deschide dela 24 Mai.

Sala mare a Ateneului era plină. Ședința se deschide sub presidenția D-lui Prof. Dr. Theohari asistat de D-nii *Eduaro Maragliano* (Italia) *Dr. Delchef* (Belgia) *Dr. Giulio Ceresole* (Italia) și *Prof. Marcel Labbé* (Franța)

Din corpul diplomatic asistă Domniile Brederode ministrul Portugaliei D. Ciolack Antici, ministrul Jugoslaviei; Viconteles Kintom Mushakoji, ministrul Japoniei; Conteles Szembek, ministrul Poloniei; D. Gabriele Preziosi, ministrul Italiei; Baronul Guillaume, ministrul Belgiei; D. Ismail Kemal Bey, ministrul Egiptului; D. Graphos, însărcinatul de afaceri al Greciei.

Din oaspeții streini: Prof. Rathery, Dr. Armand-Delille, Dr. Etienne Sorel, Prof. Laignel-Lavastine, Dr. Regaud, Dr. Baudouin, Dr. Satre, Dr. Dufoir (Franța), Prof. Ceresole, Dr. Minutella (Italia), Dr. Delchef (Belgia) Dr. Nagiub Iskander (Egipt) și mulți alții fără delegații oficiale.

D-l Profesor Dr. Theohari desvoltă conferința: **Tendințele Moderne ale Thalassoterapiei.** Incepe prin a aduce omagiile Congresului M. S. Regina Maria sub al cărui înalt pat onaj se ține congresul. Mulțumește apoi D-lui Prof. Dr. Anghelescu, ministrul instrucțiunii, D-lui Inculeț, ministrul sănătății, corpului diplomatic și oaspeților pentru cinstea ce fac congresului asistând și

luând parte la lucrările lui. Face un scurt istoric al thalassoterapiei la noi. Trece în revistă principalele cercetări făcute asupra acțiunii thalaso și helioterapiei arătând că multe din rezultatele frumoase obținute nu-și găsesc încă o explicare științifică, lucrările de biochimie în această materie nefiind prea numeroase. Crede că nu trebuie să subordonăm în materie de thalassoterapie clinica laboratorului.

D-l Ministru Inculeț, în numele guvernului salută pe congresiști mulțumind pentru onoarea ce ni se face de a participa la acest congres întrunit pe pământ românesc.

D-l Profesor Dr. Marinescu, în numele Academiei Române, într-o cuvântare scurtă dar scilpitoare urează bun venit congresiștilor insistând asupra prilejului pe care știința îl oferă națiunilor pentru a-și strânge legăturile, și omenirei pentru a deveni mai bună și prosperă.

D-l Prof. Dr. Obregia, în numele Asociației Generale a Medicilor.

D-l General Dr. Vicol, în numele societății de Hidrologie și

D-l Colonel Dr. Mihăilescu, în numele Serviciului Sanitar Militar, salută congresul și urează oaspeților bun venit.

D-l Senator Prof. Dr. Maragliano răspunzând, vorbește cu entuziasm de România sora mai mică a Italiei, urând o cooperatie intelectuală cât mai strânsă între ele.

D-l Prof. Dr. Marcel Labbé, președintele Asociației Internaționale de thalassoterapie, în numele congresiștilor francez prezintă omagiu curajului inteligenței și bunătății M. S. Regina Maria, felicită pe organizatorii congresului și în fraze entusiaste arată identitatea de spirit sentimente și cultură ce unesc între ele Franța și România. „Un acelaș spirit, sentimente asemănătoare domnesc și la voi și la noi. Chiar dacă n'ați vorbi tot așa de ușor limba noastră ca un francez din Franța, cred că tot ne-am înțelege, prin gesturi, prin priviri ca și copilul ce nu vorbește, totuși înțelege pe mama ce-l hrănește și se face înțeles de ea“.

Urează glorie și succes congresului.

Prof. Rathery, Dr. Armand-Delille, Dr. Sorrel, Prof. Laingnel Lavastine, Prof. Delchet, Dr. Baudouin, Dr. Bufnoir și Dr. Nagiub Iskander salută congresul în numele asociațiilor ce reprezintă.

Ședința se închide la ora 1 d. a. când oaspeții străini au plecat la Athénée Palace unde D-l Prof. Theoharii a oferit un banchet în onoarea congresiștilor.

Ședința de după amlază.

La ora 4, în Amfiteatrul mare al Facultății de medicină D-l Prof. Marcel Labbé și-a dezvoltat conferința sa despre: *Tratamentul Diabetului*.

La ora 6 debaterile congresului continuă în aula Facultății de Medicină, sub presidenția Prof. Delchet.

Comunicări: *Dr. Etienne Sorrel* chirurg al Spitalului Maritim Berck și D-na *Dr. Sorel Dejerin* dezvoltă raportul asupra: *Tratamentul morbului. Pott*. Socotesc tbc. osoasă ca o localizare a unei stări de infecție generală cu bacili, De aceia tratamentul general trebuie să joace un rol principal

Chimioterapie, vaccinoterapie și seroterapie nu dau rezultate prea însemnate.

Arată că helioterapie la marginea mării ajutată de talassoterapie acționează favorabil și asupra leziunilor și asupra organismului.

I. In ceace privește tratamentul local autorii impart bolnavii în două categorii :

a) *la copii*: imobilizarea, cu sau fără extensie, tratament ce se întrebunțează în tot timpul evoluției anatomice a maladiei;

b) *la adulți* autorii socotesc că singurul tratament eficace este *cel operator* (Albée, Gibbs), *ajutat de imobilizare*.

II. In alt capitol studiază tratamentul abceselor, paraplegiilor, precunizând pentru primele *puncții evacuatoare, fără injecție* de substanțe anti-septice și pentru cele din urmă *imobilizarea severă* — fiind împotriva intervențiilor chirurgicale în aceste cazuri.

Prof. I Delchef (Bruxelles) expune raportul său asupra: *Tratamentului morbului Pott la mare*. După ce face un istoric complet al chestiunii studiază pe rând :

I. *Climatul marin și efectele sale asupra organismului*, arătând că apa și nisipul, într'un aer pur sunt reflectoare ale razelor solare, absorbante ale razele roșii și infraroșii, lăsând să treacă cele ultraviolete. Acționează asupra organismului stimulând apetitul și ameliorând nutriția. Insistă asupra modului de acțiune a ultravioletelor, care declanșează glandele pigmentare și acționează ca bactericid, cicatrizează, mărește numărul hematiilor ridică metabolismul albuminoidelor și hidrațiilor de cărbune.

II. In alt capitol arată: *aplicațiile noțiunilor precedente la Pottici*.

III. Trece apoi la: *Tratamentul morbului Pott la mare* ajungând la la aceleaș concluzii cu autorii francezi.

Dr. Dona arată într'un raport valoarea terapeutică a lacului Teckirghiol **Zlua II.** — Dimineața corgreaiștii au vizitat pavilionul de ape minerale din Cișmigiu, au depus flori pe marmântul soldaților francezi morți în răboiul pe pământ românesc, și o coroană pe mormântul soldatului necunoscut. Au vizitat apoi clinicilo D-lui Prof. Theohari, Prof. Marinescu și serv. D-lui Dr. Ion Jianu.

După amiază, *D-l Prof. Laignel Lavastine* și-a desvoltat conferința. despre: *Endocrinonevroza hipotensivă*, și *D-l Dr. Armand-Delille* despre: „*Complicațiunile de tuberculoză pulmonară în morbul lui Pott*“.

Comunicări — *D-l Prof Manicadide* comunică despre: **Tratamentul medical al morbului lui Pott**. Crede că tratamentul care dă rezultatele cele mai bune rămâne cel medical (săruri de calciu, tuberculină etc.) și helioterapie arătând că tratamentul chirurgical n'a dat până în prezent rezultate multumitoare.

D-l Prof. Bălăcescu prezintă prin *D-l Dr. Zlotescu* o comunicare despre: **Tratamentul chirurgical al Morbului lui Pott**, în care arată că operațiunile sub cloroform au dat rezultate multumitoare.

D-l Prof Paul Bujor a vorbit despre: **Noui contribuțiuni la studiul biologiei lacului Tekirghiol**.

D-l Nagiub Skander a făcut o comunicare despre: **Morbul lui Pott în vechiul Egipt**.

D-l Prof. Dr. Iacobovici expune: **Considerațiuni în tratamentul chirurgical al boalei lui Pott**.

D-l Prof. N. Șumuleanu a vorbit despre: **Considerațiuni asupra lacului**

Sabolat-Budachi și D. Dr. Tudoran despre: **Noi cercetări bacteriologice asupra nămolului din Teckirghiol și încercări de regenerare a acestui nămol.**
Seara a avut loc la Ateneu un festival de gală iar a doua zi congresiștii au plecat în excursie pe valea Prahovei.

Continuarea desbaterilor congresului la Constanța

Comunică: *D-l Dr. Bardișian* despre Posologia solarică în complicațiunile Morbului Pott.

D-l Dr. Horia Slobozianu despre: Temperatura Mării Negre și a lacului Teckirghiol din punct de vedere al Thalssoterapiei.

D-l Dr Rădulescu (Cluj) despre: Inostoze vertebrale prin transplant costal și talassoterapie ca tratament al Morbului Pott.

D-l Dr. I. Jianu despre: Intervențiuni chirurgicale în spondiloze.

D-l Dr. Hurmuzache despre: Viteza de sedimentare a hematiilor în tuberculoza osoasă și ganglionară sub influența helioterapiei.

D-ra Dr. Panătescu despre: Evoluția și tratamentul Morbului Pott.

Seria comunicărilor o încheie *D-l Prof. Dr. Theohari* vorbind despre: **Ațiunea curei marine practică în stațiunea Carmen-Silva** după care tot D-sa citește următoarele concluzii ale congresului aprobate în unanimitate de congresiști:

1. Necesitatea selecționării medicale a bolnavilor având ca bază nu numai diagnosticul, ci și cunoașterea condițiilor climatice și geografice ale stațiunii, aceasta pentru a se obține la epoci diferite ale anului maximum de efect terapeutic în stațiuni.

2. Să nu se limiteze prin anticipație durata curei marine în stațiunile de talassoterapie.

3. Organizarea în fiecare țară a centrelor de studii și învățămân special de thalassoterapie pentru a ușura facerea cercetărilor necesare precum și formarea medicilor și a infirmierilor specialiști.

CONSFĂTUIREA CORPULUI MEDICAL DIN OLTENIA INAUGURAREA SANAT. DE TUBERCULOȘI DELA LEAMNA-(DOLJIU)

Pe ziua de 1 Iulie cor., *D-l Ministru al Sănătății Publice și Ocrotirilor Sociale* a venit la Craiova pentru a asista dimineața la inaugurarea Sanatoriului de tuberculoși dela Leamna, o regiune împădurită și deluroasă, situată la câți-va kil. de Craiova și a prezida după amiază o consfătuire a Corpului Medical din Oltenia, Regiunea I Sanitară, pe ale cărui păreri exprimate prin organul câte unui delegat anume și în cadrul atribuțiilor sale speciale a ținut să le afle.

D-sa a fost însoțit de D-nii *Dr. Cazacu*, Secretar General al Ministerului și *Dr. Vișoianu*, Director General al Serv. Sanitar.

În preseara zilei sosise și *D-l Prof. I. Cantacuzino* în acelaș scop precum și pentru a ține o conferință asupra vaccinului cu bacilul B. C. G.

De dimineață s'au vizitat diversele Instituțiuni Sanitare ale orașului precum Spitalul Filantropia, așezământ mare și modern, cu 5 secțiuni (a șasea, de ochi, deși votată prin budget și cu lefi prevăzute și încasate la

timp pentru personal, nu s'a putut deschide din lipsă de prevedere de fonduri și pentru bolnavi și a trebuit să se mute la Sibiu) și serviciu de radiologie și de a cărui îngrijită ținută exterioară d-l Ministru a rămas viu impresionat; în urmă laboratorul de igienă (inspectat în prealabil cu amănunțime de D-l Prof. Dr. I. Cantacuzino), Maternitatea și Spitalul de contagioși.

La ora 10.30 se inaugurează Sanatoriul cu solemnitate deosebită în prezența D-lui Ministru, a D-lui Prof. I. Cantacuzino și a tuturilor autorităților locale și unui foarte numeros public.

Dintre cuvântările, cari s'au rostit, este de remarcat a D-lui Dr. Ch. Laugier, Inspector General Sanitar și Președinte al Soc. pentru Profilaxia Tuberculozei, Secția Craiova.

D-sa face istoricul Așezământului: „Sacrificiile câtorva oameni încredători în scopul final, au reușit prin perseverență, tenacitate și pricepere să dea suflet acestei măndre instituțiuni, așa cum o vedeți azi!

„Făcând apel, imediat după război, la D-na Maria Pop, la regretatul Dr. Augustin la D-rii Vernescu Voiculescu și Măldărescu am hotărât înființarea unei societăți de luptă în contra tuberculozei.

„Societatea din Craiova s'a afiliat pe lângă cea din București, de sub președinția D-lui Dr. Cantacuzino, ilustrul nostru profesor, care, deși încă destul de suferind, a ținut să ia parte la serbarea de azi.

„Un dispensar a fost prima noastră manifestare, rămânând ca mai târziu, când vom dispune de fonduri, să înființăm și un sanatoriu.

„În 1920 încep să ne vie primele ajutoare și grație stăruințelor D-nei Maria Pop, obținem dela Ministrul Domeniilor un teren de 25 hectare, în pădurea Leamna, pentru sanatoriu.

„După ce se mai adună ceva fonduri, am început construcția care a durat aproape 6 ani, fiindcă nu am avut niciodată banii trebuincioși ca să mergem tot înainte, ci a trebuit să întrerupem în câteva rânduri lucrările”; arată toate greutățile, pe cari comitetul a trebuit să le învingă, toate fazele, prin care a trecut opera până să se desăvârșească, exprimă în numele inițiatorilor toată bucuria ce cu ei simt azi când văd lucrarea terminată, bucurie, care ar fi fost complectă, dacă n'ar fi lipsit dela festivitate tocmai cel care se identificase mai mult cu scopul și înfăptuirea operei, Dr. Augustin, azi decedat, mai lămurește nedumeririle, ce ridicarea acestui sanatoriu prea în apropierea șoselei ar putea suscita, și arată cum inconvenientul se poate obvia prin gudronarea porțiunii de șosea vecină.

Sanatoriul trecând în seama Ministerului Sănătății Publice, care l-a prevăzut în budget cu sumele necesare pentru întreținerea a 70 bolnavi, existența sa va putea fi astfel asigurată și va constitui cu adevărat „un instrument extrem de prețios pentru combaterea tuberculozei”, adăogă D-l Dr. Laugier, care înainte de a termina arată pe binefăcătorii instituțiuni inaugurate.

Din Cuvântarea D-lui Ministru Inculeț este de reținut intenția de realizat în viitor, de a întoarce în sarcina autorităților locale îngrijirea Sanatoriului, descentralizare de cheltueli, care face de altfel parte dintr'un sistemul de guvernământ; descentralizare desigur de aprobat și cu atât mai eficace cu cât va fi însoțită de o descentralizare și de atribuții și aceasta de făcut pe seama autorităților locale numai sanitare, singurele competente în materie;

și încă de subliniat urarea ce D-sa face, pentru prosperitatea sanatoriului în viitorul apropiat numai în ce privește rezultatele sale bune, iar în viitorul îndepărtat pentru încetarea oricărei activități prin arătarea roadelor vaccinației cu bac. B. C. G.

Iar din *Gesturile de semnalăt, de admirat și de dorit și altora acela* făcut de D-l T. Andreescu, care donează 500.000 lei pentru întreținerea Sanatoriului cași acela al D-lui Ministru Argetoianu, care donează parcul imens inconjurător pentru folosința bolnavilor.

Sunt fapte în bani iar nu în vorbe, cu cari Craiovenii n'au fost prea obișnuți din partea bogătașilor săi mai proaspeți și acest început fericit poartă gândul și mai recunoscător la ceilalți *Bani ai Craiovei*, a căror cu adevărat *Cetate* a fost Craiova de altă dată.

La ora 1.30 s'a luat masa în comun cu cele câteva sute de medici și reprezentanți ai autorităților locale în Parcul Bibescu, cel mai întins și frumos din țară și cu prea puține asemănător și din străinătate, făcut pe timpul când Craiova nu era canalizată și nici aprovizionată cu suficientă apă potabilă, dar care — rod al unei fericite sperații — azi constituie mândria și plămâni Craiovei.

În cuvântările ținute a fost cinstit D-l *Ministru Inculeț*, pentru meritele sale dovedite și activitatea sa desfășurată pe ogorul sănătății publice.

Este o ocazie să semnalăm admirația și dragostea, ce și-a câștigat printre medici prin intenția sa clară a treburilor sanitare și pentru bunele sale intențiuni manifestate cu privire mai cu seamă asupra medicului sanitar.

Dacă dintre cei calificați din breasla medicilor, unii sunt ținuți la o parte, alți nu sunt puși chiar cu sila și contra voinței lor la treburile sanitare, pentru cari au o competență desăvârșită, iar câți-va fug dintre ai lor și-și îndreaptă o activitate laudabilă în alte direcții, bine că s'a găsit un Ministru, care nefiind medic să le înțeleagă rosturile și simți aspirațiile mai bine ca unul dintre ei și care n'are decât cusurul de a nu fi medic.

Profitându-se de circumstanță și pentru a nu se deroga dela obiceiul pământului, în această reuniune de medici strânși laolaltă pentru inaugurarea unei opere de asistență socială și încă în scopul unei consultări asupra nevoilor corpului lor, pe care ei în primul rând sunt cei mai indicați a le cunoaște și a și le striga, s'a închinat de către persoane, cari nu sunt medici și pentru persoane absente, cari nici acelea nu sunt medici și până în prezent cu nimic n'au bine-meritat dela recunoștința corpului lor, ba din contră; — iar între oratori din localitate, desigur nici ei medici, au avut loc contraverse — dar e adevărat pe chestiuni de ordin sanitar — și pe un ton de iritabilitate — și acela de împrumut medical — și pentru revendicări dictate de emulație personală — ori din invidia împrumutată tot din patrimoniul medicilor și care este pessima —; episoade, cari au răsunat pe medicii cu titlu și au mărit voioșia asistenței.

Și astfel fără voe și printr'o contagiune fericită se intră în ambianța medicală, în care se începuse dimineața vizitarea instituțiilor sanitare și se continuase inaugurarea unei noi opere de asistență socială, Sanatoriul dela Leamna, și trebuia să se continue tot astfel în programul de dupe masă prin consfătuirea proiectată și conferința medicală anunțată și se ajunge la persoana celui care a fost adevăratul sărbătorit între ai săi, la D-l *Prof. F. Cantacuzino*, care încă suferind de pe urma accidentului suferit anul trecut

n'a pregetat de a veni să asiste la inaugurarea unei instituțiuni, pentru al cărei scop se devotează și de a ține o conferință pentru triumfarea unor idei, a căror realizare pare a constitui mândria vieții sale de savant.

D-l *Dr. Cazacu*, Secretar General a amintit fapte și întâmplări din trecut, cari au pus în evidență personalitatea și meritele *Prof. Cantacuzino* pe terenul organizației sanitare.

În răspuns D-l *Prof. Cantacuzino* a ținut o cuvântare înălțătoare asupra problemei tuberculozei și însemnătății operei, care l-a adus acolo.

În numele Revisitei „Mișcarea Medicală“ a vorbiț directorul său, D-l *Docent Dr. Cănciulescu*, care a rostit următoarele:

„În numele Revistei, care își are înlipte rădăcinile aci în Oltenia, dar își întinde ramurile asupra întregii țări prin Comitetul său de Patronaj și cel de Redacție, iau cuvântul, pentru ca să aduc și în public mulțumiri recunoscătoare D-lui *Prof. I. Cantacuzino*, care a binevoit să intre în Comitetul său de Patronaj și ridic paharul în cinstea *Savantului cu reputație mondială*, căruia își face o cinste și o plăcere *Roux* ca să-i arate stima și amicitia sa în Prefața la monumentale *Archives Roumaines de Pathologie experimentale et de microbiologie*, pe care D-l Profesor spre adevărata glorie a țării românești a făcut să apară la Paris; — și în fața D-tră, în covârșitoare măsură medici și în atmosfera medicală, ce se pare că toată lumea prezentă o respiră acum — și oratorii precedenți dovediră că și înțeleg nu numai simt ca noi medicii, neam prin excelență iritabil — să-mi fie permis a adăoga că D-lui *Prof. Cantacuzino* revista, ce am onoarea a reprezenta, i-a recensionat în scurtul timp a 2 numere 3 lucrări de dată recentă: *Reacțiile de imunitate la Sipunculus nudus*, un animal, care n'are măcar meritul de a trăi în țara românească, dar cu atât este mai mare al aceluia, care s'a dus să-l caute în grotele și pe plaja de la Loquémeau unde se ascunde, lucrare care a apărut în numărul din Ian. cor. al Arhivelor sale; *Resultatele obținute în România prin malarioterapie în tratamentul sifilisului centrilor nervoși* publicate în Buletinul ofic. intern de igienă din Februarie 1928 și *vaccinarea cu B. C. G. în România* comunicată Academiei de Medicină din Paris în ședința din 16 Mai 1928.

Și acestea le spun pentru o slabă recunoaștere a activității sale neobosite, pe care de altfel o dovedește prezența D-sale aci, atât de eloquentă, și orizontul ce se întrezărește din cuvântarea D-sale de odinioară, adevărată pagină de îndreptar științific pentru noi.

Dar numai *omul de știință*, se poate cinsti în D-l *Dr. Cantacuzino*? dar *Profesorul* admirabil, *creator de școală*, de acea mândră școală dela *Institutul* D-sale, operă prin care va supraviețui? dar *omul*, omul cu sufletul mare și armonios, pe care i-l cunosc cei, ce au fericirea de a trăi în intimitatea D-sale? și *organisorul* spre a cărui lege sanitară se cere a se reveni și al cărui Directorat în timpul războiului a însemnat de fapt creierea primului Ministeriat al Sănătății Publice.

De acea, iubite D-le *Dr. Cantacuzino*, pentru ceace sunteți ați avut un început de mărturie al venerației, ce vi se păstrează, în echoul dureros trezit în sufletele noastre de nenorocitul accident, ale cărui urme nu s'au șters încă și în îngrijorarea, cu care toți v'am însoțit în lunga D-stră suferință și încă în respectul afectuos, de care sunteți înconjurat; iar pentru

ceace ați realizat, prea stimate D-le Profesor, cel mai înalt omagiu ce vi se poate aduce îl aveți în nevoia viu simțită a persoanei D-stră cu mintea sa luminată și sufletul său cald și generos.

Și când ridic paharul și zic să trăiți încă mulți, mulți ani pentruca să vă bucurați de rodul seminței aruncate, iar nouă să continuați a ne fi exemplu viu și îndreptar în viață, cred că cu adevărat reprezintă Mișcarea Medicală Românească de pretutindeni și cu ea vă strig „să trăiți“.

Seria cuvântărilor o încheie D-l *Ministru Inculeț*, care se simte bine între frații olteni, pe cari îi stimează și iubește, pentrucă sunt oameni de acțiune și de suflet, energici și tenaci, și în a căror șiretenie nu trebuie să vadă decât un mijloc de realizare a aspirațiilor lor.

Dupe prânz, la ora 4^{1/2}, are loc în Sala de Ședințe a Palatului Prefecturii o consfățnire, mai de grabă o consultare, a Corpului Medical din Reg. I Sanitară, care cade în Oltenia.

Cu această ocazie s'a expus de câte un delegat doleanțele corpului respectiv, așa au vorbit: D-nii *Dr. Gabor*, medic al Circ. Dăbuleni-Dolj și *Dr. P. Mihail*, medic al Circ. Dolj, în numele medicilor de circumscripție rurală; D-l *Dr. F. Mărz*, medic de oraș în Caracal, în numele medicilor de orașe, D-l *Dr. Florantin*, medic primar al Jud. R.-Vâlcea, ca mandatar al medicilor primari de Județe din Reg. I Sanitară, D-l *Dr. A. Poenaru*, medic director al Spit. Filantropia din Craiova pentru medicii conducători de spitale, D-l *Dr. Safroneac*, medic al orașului Petroșani, care a relevat situația acelor centre mari muncitorești, colonii mari cu zeci de mii de locuitori, pentru cari avându-se în vedere condițiile locale de trai, activitate, accidente, boale soiale, este nevoie de clause anume de organizație sanitară.

Chestiuni de importanță mai restrânsă au ridicat D-l *Dr. Vasilescu*, medic șef al Spitalului Calafat, care a cerut crearea unui dispensar de tuberculoză la Calafat, D-na *Doc. Dr. Mateescu*, șefă a Maternității din Craiova, care a ridicat grava problemă a asistenței asupra facerii de către moașe empirice la sate și chiar orașe și a propus remedierea răului prin nebotezarea de către preot a copiilor, pentru cari nu se face dovada că au fost asistați de o moașe oficială, D-l *Dr. Cănciulescu*, care a cerut în numele medicilor primari șefi de secție, punerea în aplicare a art. din organizația spitalicească, ca să se convoace în spiritul legii consiliul medical local spitalicesc în spitalele cu mai multe secții (cu peste 200 paturi), conduse de un medic zis director și tot astfel și în cele cu mai puține secții (sub 200, paturi), conduse de un medic zis conducător, distincția ce s'a făcut în trecut între aceste 2 feluri de spitale fiind nelogică și putând duce la abuzuri.

La sfârșit D-l Ministru, care tot timpul a dat o deosebită atenție citirii memoriilor, cari au fost depuse, a resumat desbaterile, a dat pentru unele chestiuni ridicate lămuriri, sau a propus soluțiuni practice de imediată realizare, iar pe altele a promis a le lua în mai amplă cercetare dupe ce vor fi fost ascultate doleanțele și din alte regiuni sanitare.

Socotim de cea mai mare însemnătate ținerea acestor consultări regionale ale corpului medical; cei, pe spinarea cărora se legiferează, sunt cei mai indicați să-și spuie ei păsurile; numai astfel defectele sau lacunele unei legiuiri sau organizațiuni, făcute cu cele mai bune intențiuni de altfel, vor putea fi luate în seamă și îndreptate.

Intr'un număr viitor sau într'un număr supliment vom da cât mai pe larg memoriile prezentate împreună și cu cele ce vor fi înaintate de către corpurile celorlalte regiuni sanitare, pe cari D-l Minstru și-a propus a le consulta.

La ora 6 1/2, D-l Prof. I. Cantacuzino și-a dezvoltat conterința despre vaccinarea anti-tuberculoasă cu bacilul B. C. G.; pe care o vor reda în extenso într'un număr viitor.

Mișcarea Medicală.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ IN STRĂINĂTATE

D. Danielopolu și A. Săvulescu. *Efectele hyperventilației pulmonare asupra motilității gastrice* (Journal de Phys. et de Path generale 1928 tome XXVI No. 2). — Hyperventilația pulmonară constă într'o serie de respirațiuni cât mai profunde posibile, timp de 10—15 minute, în urma cărora se produc fenomene de tetanie generalizată, la o persoană sănătoasă în decubitus dorsal. Aceste crize de tetanie se explică printr'o *alcaloză* marcată a sângelui, consecutivă unei deperdițiuni exagerate de acid carbonic la nivelul pulmonului alcaloza excită parasimpaticul și determină tetania.

Autorii prin metoda personală a *inscripțiunilor viscerele* au controlat că la nivelul stomacului hyperventilația pulmonară produce întotdeauna o *exagerare a motilității gastrice*, tot prin intermediul sistemului parasimpatic.

Dr. I. Vasilescu.

At. L. Florescu. *Sur les indications et les resultats dela Sympathectomie périartérielle dans la tuberculose ostéo-articulaire. Travail de la clinique du Prof. Leriche. Strassbourg.* (Presse Méd. din 7 Iulie 1928). — În 1922, autorul a fost cel dintâi care a emis ideea de a aplica simpatectomia la tratamentul tbc; de atunci indicațiunea a fost aplicată în toate țările. Rezultatele au fost variabile. A fost aplicată de multe ori fără alegerea cazurilor.

În imensa majoritate a cazurilor leziunile sinoviale sunt secundare leziunii osoase. Dupe cercetările lui Leriche și Policard pentru ca un proces de reparație osoasă să se poată produce 2 fenomene sunt indispensabile: o mobilizație a sărurilor de calciu și o stare congestivă a tesutului conjunctiv, ele trebuie să coexiste la un moment dat.

Operațiunile simpactice, prin stările circulatorii declanșate realizează exact termenii osficațiunei la adult și reparațiunei osoase. În realitate acest proces evoluează în 2 faze: La început hiperemia activă provocată prin simpatectomie aduce o rezoluție osoasă destul de mare uneori (acest fenomen se petrece și în cura solară). Rarefacția aceasta osoasă este pasageră și îi urmează o fază de condensare și de producție osoasă. Acesta este rolul simpatectomiei și ea nu va putea influența o cavitate osoasă profundă, cu cocă rigidă împrejur de cât dacă o operație anterioară a ridicat coca rigidă.

Simpatectomia nu exclude alte mijloace de tratament, ca: mobilizarea, regimul și tratamentul chirurgical local necesar.

Obiectivul simpatectomiei este limitat.

Dupe Leriche indicațiunile simpatectomiei sunt:

1) Simpatectomia singură pentru a diminua imobilizarea și a accelera vindecarea în formele superficiale, fără leziuni osoase destructive centrale.

2) Pentru a favoriza rezultatul operațiunii de evidare osoasă urmată sau nu de greșă.

3) Pentru a ajuta la reparația conjunctivă și osoasă dupe o rezecție.

4) Pentru a întinde câmpul de acțiune al rezecției, în cazuri grave, la limita amputațiunei.

5) Pentru a ajuta vindecarea prin închiderea fistulelor în oare care artrite infectate.

Toate aceste indicațiuni sunt documentate cu observațiuni clinice din serv. Prof. Leriche, din care autorul trage concluzia că simpatectomia este un mijloc terapeutic capabil de a da frumoase vindecări acolo unde alte metode au eşuat. O excelentă și foarte eficace operațiune adjuvantă.

Dr. V. Baculescu.

Jean Gavrilă. *La réaction des humeurs de l'organisme dans les affections gastriques.* (Arch. des mal. de l'app. digestif. Mai 1928). — Autorul a studiat în afară Ph. sângelui și urinei rezerva alcalină a plazmei care decelează mai bine starea de acidoză și alcalioză a organismului.

Ajunge la concluzia că în humorile organismului la bolnavi ce sufer de ulcer gastric Ph este în limite normale; rezerva alcalină deasemenea este normală; rezistența urinelor la alcalinizare este aproape ca la indivizii normali. În stenoza pilorică se constată o alcaloză compensată manifestă.

Dr. R. Hirsch.

I. Gavrilă et C. Berarlu. *La cholesterinemie dans les nephrites chroniques.* (Arch. des Mal. de l'App. digestif No. 6 Juin. 1928 p. 645).

Autorii studiază 100 de bolnavi de nefrită cronică dozând cholesterina în sânge după metoda Bloor, determinând azotul total ne proteic după Kjeldahl și albuminuria după Esbach urmărind în acelaș timp tensiunea arterială cu Vaquez-Laubry.

Constată o hipercholesterinemie în 89% din cazuri. În 75% din cazuri hipercholesterinemia este superioară la 2 gr.‰. Cantitatea mx. găsită în cazurile cercetate a fost de 4 gr., 6‰.

Nu gădesc nici o relație între gradul presiunii arteriale, retenția azotata sau clorurată și cholesterinemie ci numai între albuminurie și chelesterinemie. Această din urmă observație nu este constantă.

Variațiile cholesterinemiei în timpul tratamentului nu sunt în legătură cu variațiile celorlalți factori ai nefritei cronice (tensiune arterială, azotemie, albuminurie, chloremie) cari evoluează independent.

I. Gavrilă et V. Vlor. *La cholesterinemie dans la tuberculose pulmonaire.* (Arch. des Mal. de l'App. digestif No. 6 Juin 1928 p. 633). — Utilizând metoda Bloor și luând ca valoare medie pentru cazurile normale 1 gr., 60 la 1000 au dozat cholesterina la 100 de bolnavi cu diferite forme de tuberculoză pulmonară obținând următoarele rezultate:

În tuberculoza pulmonară fibroasă, sau ulcerocaseoasă localizată se constată o hipercholesterinemie cu atât mai accentuată cu cât leziunile sunt inactive și neevolutive. În forma ulcero caseoasă extensivă există o hipocolesterinemie când leziunile sunt evolutive.

Pleuresiile exudative nu par să influențeze chelesterinemia, aceasta fiind condiționată de leziunile pulmonare.

Factorii cari influențează cholesterinemia sunt în ordinea importanței lor: activitatea sau inactivitatea, evoluția sau staționarea leziunilor; starea de imunitate a organismului și forma anatomo-patologică. Rezultă deci din cercetările autorilor că hipercolesterinemia este un semn de bun diagnostic iar hipocolesterinemia un prognostic grav.

I. Hatzleganu et E. Anca. *Un cas d'aortite abdominale*, (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôpitaux de Paris No. 23/1928 p. 1155). — Cazul prezentat de autori este interesant și instructiv mai ales pentru dificultatea de interpretare a simptomelor observate.

Este istoria clinică a unei bolnave tratată cu un an înainte în serv. Prof. Hatzleganu cu diagnosticul de litiază biliară, miocardită și aortită. Venită în serviciu se constată, o pneumonie lobară stângă la o bolnavă cu miocardită și aortită. După criză bolnava rămâne subferilă, cu balonare mare a abdomenului și meteorism, constipație rebelă cu retenție de gaze, și dureri în flancuri. Disarmonia între meteorismul persistent chiar după evoluția pneumoniei și ameliorarea cardiacă, localizarea meteorismului mai ales în regiunea caeco-transversală și durerile iradiind spre coapse au determinat pe autori către diagnosticul de aortită abdominală—diagnostic confirmat de autopsie. Insistă însă asupra faptului că deși aortita abdominală ar fi putut determina prin ea însăși semnele abdominale constatate totuși pneumonia și insuficiența cardiacă au jucat un rol determinant.

S. Iagnov. *Le traitement des abcès pulmonaires non amibiens par le chlorhydrate d'emetine*. (Annales de Médecine No. 2 Juillet 1928 p. 223). — În această interesantă lucrare autorul expune rezultatele clinice a 7 cazuri de abces pulmonar neamebian vindecate cu emetină injectată subcutanat în doze zilnice de 0,03—0,08 ctgr. timp de 5—15 zile. Călăuzit de constatarea că abcesul pulmonar rezultă din turburări și schimbări în morfologia și constituția chimică a celulei, fiind deci în strânsă dependență de starea humorală a organismului și cunoscând posibilitatea de augmentare a aglutininelor prin anumiți alcaloizi autorul și-a pus întrebarea dacă tratamentul cu emetină nu ar acționa și el pe cale humorală crescând aglutininele.

Experiențele numeroase pe care le-a făcut *in vitro* nu conchid la o influență a emetinei asupra microbilor. Experiențele *in vivo* însă, făcute pe soareci au arătat acțiunea favorabilă a emetinei în dezvoltarea aglutininelor confirmând astfel acțiunea humorală a emetinei în cazurile de vindecare obținute de autor.

Dr. I. Rosenstein.

D. Ionescu Mihăești, A. Tupa et B. Wissner. *Sur un virus de polyomyelite s'atenuant au cours des passages*. (C. R. de la Soc. de Biologie Paris No. 19/1928). — Dintr'o serie de experiențe în curs autorii comunică o parte din rezultatele ce au obținut inoculând la maimuțe o emulsie de măduvă, creier, bulb provenită de la indivizii ce au murit de poliomyelită tipică. Au obținut rezultate pozitive cu virusul provenit dela bolnavii morți în primele zile ale boalei (în 6 cazuri).

Autorii atrag atenția asupra faptului că prelungirea timpului de incubatie de la maimuță e însoțită de o atenuare considerabilă a tabloului simpatomatic și de o imposibilitate absolută de a transmite boala.

Dr. R. Hirsch.

Levaditi, Bize. Lépine și Troisler. (*Académie de Médecine. Paris* 10 Iulie 1928). — Cu privire la etiologia encefalitei post vaccinale, autorii cred că encefalita este o infecțiune a nevraxului de aspect clinic și histologic particular, provocată de un *virus diferit de al vaccinului Jenerian* și în majoritatea cazurilor neinoculabilă animalelor de laborator (cimpanzeu, maimuțe inferioare, șoareci).

Această netransmisibilitate a maladiei umane permite să apropiem encefalita post vaccinală de encefalita letargică, care nu poate fi conferită experimental decât la un număr foarte limitat de cazuri. Poate că hypoteza neuroinfecțiunilor mortale autosterilizabile este chemată să explice această particularitate a anumitor *ectodermoze neurotrope*, ca encefalita letargică, herpes, encefalita post vaccinală, turbarea sau poliomielita anterioară.

Dr. I. Vasilescu.

C. Levaditi et M. Delorme. *Mécanisme des accidents nerveux tardifs des trypanosomiasés.* (C. R. de la Soc. de Biologie Paris No. 23/1928). — Din cercetările făcute la animale în urma injecției intrarachidiene de o emulsie de trypanosomiase moarte, la epuri au determinat o infecție trypanosomiazică sanguină ce apare a 2 și a 3 zi.

Deci: 1. Inocularea repetată de trypanosome moarte în cavitatea rachidiană nu provoacă imunitatea generală nici o stare refractară locală.

2. Neuro-imunitatea nu apare decât în urma unei infecții reale a sângelui și a cavității rachidiene.

3. Antigenul reprezentat prin trypanosome moarte nu joacă nici un rol în creațiunea stărei refractare a nevraxului și a învelișurilor sale. Stare refractară ce slăbește în perioada terminală a tripanosomiaziei și dă accidentele nervoase în această perioadă.

C. Levaditi, R. Schoen et V. Sanchis Bayarri. *L'encephalo myélite toxoplasmique chronique du lapin et de la souris.* (C. R. de la Soc. Biologie No. 19/1928). — Autorii arată leziunile histo patologice și parazitare a encefalitei toxoplasmice a epurului și șoarecilor: 1) Nevraxul epurilor este contaminat de toxoplasme închistate ce se aseamănă cu chistele parazitare ale hidrocefaliei umane. 2) Encefalo myelita toxoplasmică a șoarecilor poate evolua cronic. Unele animale pot trăi până la 100 zile, au o aparență normală, cu toate leziunile intense ale nevraxului, deși sunt purtători de germeni virulenți pentru epure.

Dr. R. Hirsch.

Prof. S. Nicolau. *Sur quelques particularités morphologiques du syphilome primaire de certaines localisations. Essai d'interpretation pathogénique.* (Ann. des maladies vénériennes No. 5 Mai 1928 p. 321). — Pe lângă exagerarea dimensiunilor sifilomelor primare localizate în unele regiuni (abdomen, torace, fesă, bărbie coapsă, etc.) Prof. Nicolau a mai observat în cele 3 observațiuni pe care le publică, un fapt nou: proliferare papuloasă în jurul accidentului primitiv, înainte chiar de apariția accidentelor cutante,

Dimensiunile exagerate pe care le are șancrul în aceste regiuni s'ar datorii unei rezistențe insuficiente contra multiplicării și difuziunii spirochetelor iar proliferarea papuloasă care a constatat-o în apropierea lui s'ar datorita propagării spirochetei într'o epocă în care alergia cutanată s'a dezvoltat și deci țesuturile însemănțate vor reacționa prin leziuni de tipul papulos.

Dr. Săceanu.

I. Nicolau. *Syndromul purpuric în variola hemoragică* (Journal de Phys. et de Path. Générale tome XXVI 1928 No. 2). — Pe un număr de 12 observațiuni de variolă hemoragică, autorul a căutat să explice patogenia sindromului purpuric în această maladie.

Făcând repetate examene de sânge, a găsit în mod constant o *trombopenie accentuată*; fără a nega rolul predominant pe care plachetele sanguine îl joacă în coagularea și retractibilitatea chiagului, Nicolau crede că purpură hemoragică se datorește nu numai *trombopeniei*, ci și alterațiunilor endoteliului vascular, dar mai ales *alterațiunilor grave leucocitare și polinuclearelor neutrafile*, a căror fermenti iau parte importantă în coagulare. De altminteri alterațiunile grave și constante *ale ficatului* în variolă hemoragică sunt de incriminat în sindromul purpuric, turburările funcționale ale acestui organ aducând diminuarea plachetelor sanguine, iretractibilitatea chiagului și întârzierea cuagulărei,

Dr. I. Vasilescu.

Nicolau S. and Galloway I. A. Preliminary Note on the experimental study of Enzootic Encephalo-Myelitis (Borna Disease) (Brit. Journ. of Exp. Path. 1927. VIII. 336).

Nicolau S. et Mme. O. Dim. Nicolau. Sur les septinevrites à virus filtrables. La virulence et les modifications histologiques du système nerveux périphérique des lapins infectés par voie cérébrale avec le virus Neurovacinal. (C. R. Soc. Biol. 1927, 97 1702).

Nicolau S. et Galloway I. A. Sur les septinevrites à virus filtrables. La virulence et les modifications histologiques du système nerveux périphérique des animaux infectés par voie cérébrale avec le virus rabique des rues. (C. R. Soc. Biol. 1928, 98 31).

Nicolau S. et Galloway. Sur les septinevrites à virus filtrables. Presence du virus et des lesions dans le système nerveux peripherique des animaux infectés par voie cerebrale avec le virus de l'encephalo-myelite enzootique. (Maladie Borna). (C. R. Soc. Biol. 1928. 98 112)

Nicolau S. et O. Dim. Nicolau. Sur les septinevrites provoqués par le virus herpetique dans l'organisme du lapin. (C. R. Soc. Biol. 1928, 98, 206).

Nicolau S. et Poincloux. Resultats d'une greffe de peau saine faite en 1924 sur un doigt atteint d'herpes recidivant pendant cinq années precedentes. (C. R. Soc. Biol. 1928, 98, 360).

Nicolau S. Nevraxita enzootica. (Revista medico-chirurgicală de la Jași, 1927, 38, 389).

Nicolau S. Nevraxita enzootica. (Revista medico-chirurgicală de la Jași 1927., 38 499).

Nicolau S. Les modifications histo-pathologiques des capsules surrenales et des glandes salivaires des lapins morts d'encephalo-myelite enzootique experimentale (Maladie de Borna). (C. R. Acad. Sc. 1928, 186, 655).

Nicolau S. et Matelescu E. Septinevrite a virus rabique des rues. Preuves de la marche centrifuge du virus dans les nerfs peripheriques des lapins. (C. R. Acad. Sc. 1928, 186, 655).

Nicolau S. et O. Dim. Nicolau et I. A. Galloway. Sur la septinevrite provoquée par le virus de l'encephalomyelite enzootique (Maladie de Borna). (C. R. Soc. Biol. 1928, 98, 1119).

Nicolau S. et Matelesco E. Sur la pretendue action de permanganate de potassium dans la vaccine. (C. R. Soc. Biol. 1928, 98, 1185).

Nicolau S. et Galloway I. A. Septinevrite experimentale à virus Polio-myelitique. (C. R. Soc. Biol. 1928, 98, 1403).

Nicolau S. et Șerbănescu V. Septinevrite experimentale à virus rabique fixe dans l'organisme du lapin. (C. R. Soc. Biol. 1928, 99 294).

Nicolau S. O. Dim. Nicolau et Galloway I. A. Septinevrite experimentale à virus encephalo-myelitique (Maladie de Borna). Virulence des capsules surrenales et du pancreas des lapins morts dela maladie conferée par voie intracranienne. (C. R. Soc. Biol. 1928, 99, 464).

Nicolau S. O. Dim. Nicolau et Galloway I. A. Alteration du système nerveux intracardiaque chez les lapinis morts d'encephalo-myelite enzootique conferée par voie intracerebrale. Lesions des cellules nerveuses intrapulmonaires et peribronchique (C. R. Soc. Biol. 1928, 99.)

Nicolau S. O. Dim. Nicolau et Galloway I. A. Genèse, structure et interpretation des corpuscles de Joest Degen. (Inclusions nucleaires caracterisant l'encephalo myelite enzootique. (C. R. Soc. Biol. 1928, 99).

In press.

Nicolau S. and I. A. Galloway. Borna Disease and Enzootic, Encephalo-Myelitis of Sheep and Cattle. Green Report, Medical Research Council.

Galloway I. A. and Nicolau S. Appendix III to 3 rd Progress Report of the Foot and Mouth Disease Committee.

1) Histogenesis of Foot and Mouth Disease lesions in Rabbits and Guinea Pigs. 2) Distribution of the virus in the organs of expermental animals, rabbits and guinea pigs. 3) Observations on Immunity and action of bile, dyes, and certain chemicals on the virus of Foot and Mouth Disease. 4) Filtration Experiments.

Nicolau S. La nevraxite enzootique. (Un capitol în tratatul de Bacteriologie și medicină experimentală al Prof. Nattan-Larrier, editat de Doin-Paris).

Lian, Nicolau et Poincloux. Etude anatomo-pathologique du nodule d'Osler (manifestation cutanée de l'endocardite maligne). Archives des maladies du-cœur etc.

Nicolau S. L'Herpes. (Un capitol în tratatul Prof. Nattan-Larrier. Edit. Doin-Paris.

Nicolau S. Studiu anatomo-pathologic al encephalo-myelitei experimentale. Revista Științelor medicale 1928 No. Dr. C.

E. Pocrean et V. Steopoe. Une nouvelle sonde gastro-duodenale. (Arch. des Mal. de l'app. digestif 1928). — Autorii au imaginat o sondă simplă pentru a face tubajul gastro-duodenal simultan. Acesta se poate practica la patul bolnavului fără control radiosopic. Sucul duodenal este mai închis ca sucul gastric amestecat cu bilă.

Tubajul simultan gastro-duodenal ne oferă posibilitatea de a studia influența substanțelor injectate în stomac asupra bilei și a sucului pancreatic și influența substanțelor direct în duoden asupra evacuării gastrice. Se poate urmări curba grafică a variațiilor spontane provocate de pituitrină, sulfat de magneziu, oleu de olive, etc. ce pot aduce contribuții noi în studiul patologiei digestive.

Dr. R. Hirsch.

Popescu-Buzeu. *L'exploration fonctionelle renale. Recherches sur le cycle d'elimination de la phenol sulfonephtaleine (P. S. P.) et considerations sur le role du foie dans le cycle de cette elimination.* (Journal d'urologie T. XXV No. 5 Mai 1928 p. 458). — A cercetat eliminare P. S. P. prin urină, salivă, stomac și suc duodenal pe 3 tineri normali și a ajuns la concluzia că aproape totalitatea P. S. P. se elimină prin rinichi, urine prin suc duodenal și deloc prin stomac și salivă.

H. Slobozianu, Solu et Petrescu. *Dysembryome renal, uretère double unilateral et dilatation Kystique intra-viscerale.* (Journal d'Urologie T. XXV, No. 5 Mai 1928, p. 471). — Un copil născut la termen, moare din cauza unei bronchopneumonii, la o lună după naștere.

La autopsie găsim rinichiul drept situat mai jos și mai mic decât cel stâng, cu 3 lobi în loc de 6 cum are cel stâng. Intre polul superior al rinichiului dr. și capsula suprarenală o formație triunghiulară cât o migdală cu mici kiste. Are două uretere superior și inferior, care s'au putut separa în toată lungimea lor, afară numai de o porțiune de 1,5 cm. deasupra bășicii; deschizându-se separat în vezică, cel superior terminându-se sub forma unei dilatații kistice.

Examenul istologic al lobului renal displazic constituie un disembryom renal.

Dr. M. Săceanu.

Prof. Tănăsescu 226 *opérations pour ulcère gastrique ou duodenal. Rapport de Okinezyc.* (Soc. de chirurgie Paris 27 Iunie 1928). — Statistica integrală cuprinde 105 ulcere pilorice, 55 ulcere ale duodonului, 53 ulcere ale micii curburii, 6 ulcere asociate, 3 ulcere ale marelui curburii, 1 ulcer al părții posterioare stomacului, 1 stenoză mediogastrică și ulcere peptice ale jejunului. Mortalitatea globală a fost de 6,9 la 100.

Pe 105 ulcere pilorice, 46 au fost tratate prin gastro enterostomie post. și 48 prin gastro enterostomie post. cu excluzie prin legătură; mortalitate 4%: 11 cazuri au fost operate prin gastro pilorectomie cu mortalitate de 9,9 la 100. Pe 55 ulcere duodenale, 21 au fost tratate prin gastro-enterostomie simplă cu mortalitate nulă. 29 au fost operați prin gastro-enterostomie cu excluziune, mortalitate nulă și 50% vindecări complete iar 31 la 100 eșec. În 5 cazuri s'a făcut gastro pilorectomia cu mortalitate nulă și 75% vindecări complete.

Pe 53 ulcere ale curburii mici s'a făcut 24 gastro enterostomii simple cu 125 la 100 mortalitate și 47% vindecări complete. De 15 ori s'a făcut rezecția în șea cu gastro enterostomie, cu 1 mort și 2 vindecări complete; 6 Balfour cu 1 mort și 1 vindecare completă și în fine 7 gastrectomii cu 2 morți și 5 vindecări complete.

Dr. Baculescu.

III

MIȘCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

TUBERCULOZA

Tuberculoză laringee la bolnavi cu absența bac. Koch în spută de N. Rh. Blegoad și C. N. Würtzen. Acta Tuberculosea Scandinavica 1928 vol. IV, fasc. 1. — Este recunoscut faptul că tub. laringelui se observă cel

mai des la bolnavi cu bacili în spută (Blumenfeld, Bingler, Brandenburg, Laub). Astfel după ultimul autor din 114 bolnavi cu tuberc. laringelui 78% aveau bacili în spută. Totuși procentul acesta diferă mult dela un autor la altul și aceasta a făcut pe autorii articolului să întreprindă cercetări de control, căutând în același timp să stabilească calea de invazie a laringelui prin bac. Koch. Pe baza experiențelor meticuloase ce au făcut, ajung la concluzia că trebuie admis într'o anumită măsură două posibilități ale infectării laringelui dela pulmoni: *cea prin spută și cea hematogenă*. Ei consideră ca probabil faptul că tub. laringelui este în unele cazuri de origină sanguină prin analogie cu infecția tuberculoasă a oaselor, a articulațiilor, a pielăi, etc., unde necesarmente trebuie să bănuim o infecție hematogenă pornită dela vreun focar oarecare din organism. De asemenea este foarte probabil, sub toată rezerva, că un număr din cei 17 pacienți fără bacili în expectorație, au căpătat tuber. laringeală pe cale sanguină. Inșă autorii sunt de părere că infecția prin spută este cea mai frecventă și această afirmație o bazează în special pe sediul tuberculozei. După cum se știe tub. laringelui poate să-și ia origină în modul cel mai frecuent în spațiul interaritenoidian sau pe coarde vocale, foarte rare ori în părțile cele mai anterioare ale laringelui.

Acest sediu de predilecție al tub. laringeale este greu explicabil în cazurile de infectare hematogenă, dar poate fi explicată în supoziția infectării prin spută, întrucât leziuni superficiale ale epiteliului coardelor vocale pot apare cu ușurință și prin care pot pătrunde în profunzime bacili Koch din spută. Regiunea interaritenoidă este situată pe un plan decliv când pacientul zace pe spate și este deci în mod articular expus influenței sputei bogată în bacili.

Această supoziție găsește un important argument luat din patologia animală. Astfel Dr. Sjerlev, care este și veterinar și medic în același timp a atras atenția experimenterilor noștri, fapt de altfel controlat și în literatura veterinară că la vaci cea mai frecventă localizare a tuberculozei laringeale este în partea cea mai anterioară a laringelui în regiunea dintre cartilajele tiroid și cricoid, care la vacă este partea cea mai declivă, și unde sputa poată să facă să i se simtă influența. Și la cai cari de obicei nu tușesc, tuberculoza laringelui este foarte rară.

Tratamentul prin sanocrysină al tuberculozei experimentale.

II. Tuberculoza iepurilor de casă de Th. Madsen și I. R. Morch. *Acta Tuberculosea Scandinavica* 1928 vol. IV fasc. 1.

In rezumat: 1) două serii de experiențe cuprinzând 73 de iepuri au permis confirmarea observațiunii făcute în cursul unei experiențe anterioare, și anume că:

Tratamentul prin sanocrysină (10 doze a 2 c. g. de sanocrysină de kgr.) al unei tuberculoze provocată prin o cultură foarte virulentă poate opri în desvoltarea sa și steriliza pulmonii infectați de tuberculoză la un număr însemnat de animale tratate, *când tratamentul începe 3—5 zile după infecție, dar nu, când tratamentul începe în același timp cu infecția.*

2) *Reactivarea organismului, care este necesară pentru ca sanocrysină să-și poată dezvolta acțiunea sa curativă, apare în aceste experiențe la 3 zile după infecție: în adevăr, toate animalele tratate înaintea acestei date (12 min., 1—5—24 și 48 ore după infectare) au murit de tuberculoză — în-*

divizi tratați cel mai timpuriu având aceeași durată medie de viață ca ș martorii și cei tratați ulterior având o durată medie de viață puțin mai prelungită.

Toate animalele tratate 3—5 zile după infecție au supraviețuit.

3) Din cele ce preced, nu se poate admite că sanocrycina are o acțiune distructivă directă asupra bacililor tuberculoși în organism.

4) Rezultatul terapeutic al tratamentului prin sanocrysină (incepu 3—5 zile după infectare) a fost în aceste două serii de experiențe mai puțin izbitor decât în experiențele anterior publicate, în adevăr autopsia efectuată la 2¹/₂—4 luni după moartea ultimului martor a arătat că numai 10 indivizi din 19 tratați nu prezentau nicio tuberculoză aparentă microscopică. La 9 animale din 10 pulmoni erau strilizați în cea ce privește bacili tuberculoși.

5) Virulența culturai bacililor întrebuițați a scăzut în decursul experiențelor, acțiunea terapeutică a sanocrysinai a urmat și ea o scădere paralelă. În experiențele anterioare în cari martori au murit în mediu la 34 de zile după infectare, cam 95 % din animalele tratate fură găsite fără tuberculoză; în experiența IX, în care martori muriră în mediu la 41 de zile după infectare. 71 % numai fură liberi de tuberculoză și în experiența X, în care martori muriră în mediu la 57 de zile după infectare, numai 41 % au fost găsiți fără tuberculoză, înfine toate animalele muriră de tuberculoză într'o serie de experiențe în cari martori muriră în mediu la 130 de zile după infectare.

Acest raport dintre virulențabacilului întrebuițat și efectul terapeutic al substanței curative se constată de asemenea în cea ce privește acțiunea rivanolului asupra streptococilor și a salvarsanului în spirochetoze.

6) Cercetările noastre făcute în colaborare cu O. Bang au făcut să apară că tuberculoza experimentală a lapinului câte odată se prezintă sub o nouă formă care rezistă în totul tratamentul prin sanocrysină cel puțin prin administrarea a 10 doze a 2 c. g. de Kgr.

Conținut de materie activă lipoclastică în unele remedii oleioase, întrebuițate în combaterea leprei și tuberculozei. G. E. Tuxen. Vejleljord Satorium (Batavia). Acta tuberculosea scandinavica 1928, Vol. IV, fasc. I.

Autorul ajunge după experiențe numeroase la următoarele concluzii :

1) Este posibil ca din diferite materii vegetale (nuci de cocs, morcovi s. a.) a se atrage materie lipasică activă, care pare a fi identică sau aproape înrudită cu materia, numită Javanin, extrasă din pancreas.

2) Diferite remedii antileproase ca : ol. gynocardii. „Moogrol“ „Ecco“, accelerează procesul lipoclastic.

3) Este posibil ca din aceste remedii și din ol. de olive să se prepare extracte apoase, care să conțină menționată substanță activă lipasică

4) O metodă pentru această extracție este indicată.

5) Arată că ol. chaulmogra conține mai mult din subst. activă decât derivatul seu „Moogrol“ și de cât ol. de olive.

6) În timpul experiențelor similare cu „Ecco“, s'a văzut că camforul și creozota conținute în acest remediu, accelerau în mod puternic lipoclazia.

7) El sugerează ideia că această proprietate poate juca un rol important în efectele terapeutice ale Creozotei și Camforului.

General Dr. Vasilescu.

Influența toxinelor verminoase asupra evoluției tuberculozei experimentale. Cade, Morenas și Jeannin. (Journal de Physiologie et de Patologie Générale. Tome XXVI No. 2 1928). — În urma observațiilor lui Raillet, că tuberculoșii purtători de tenia văd leziunile evoluând defavorabil, autorii au căutat să vadă adevărul pe cale experimentală, lucrând pe 2 loturi de cobai tuberculizați.

Primul lot a fost *injectat* cu extract verminos (asc. megalcephal) pe cale subcutantă, pe când al doilea a fost tratat *per-os* cu acelaș extract.

Concluzia acestor experiențe este că o intoxicație cronică cu extract verminos, ori cum ar fi administrat, precipită evoluția tuberculoasă la cobai. Intoxicația pare a da o lovitură de biciu infecțiunii bacilare, pentru că cobaii intoxicați mor cu leziuni tuberculoase mult mai avansate în evoluția unei inoculări de dată relativ recentă.

Dr. I. Vasilescu.

L'immunité et les réactions de bacteriolyse cellulaire dans la tuberculose. Jean Paraf. (Presse méd No. 57 1928). — După ce arată că la om și la animale tuberculoase nu s'a putut găsi în tumori (sânge, ser, serozități) existența proprietăților distructive a bacililor *in vitro*, ajunge la concluzia că nu există suport humoral al imunității antituberculoase. În cursul infecției tuberculoase apărarea celulară este mare.

Lucrări recente ale lui Borrel, Sabin și Doan au arătat rolul celulelor fixe, a marelor celule mononucleare în distrugerea bacilului Koch. *Monocitul* opune o barieră la acțiunea năvălitoare și distructivă a bacilului, el se găsește în procesul de proliferare celulară (la animalul receptiv la infecție) care va constitui foliculul și tuberculul. Iar celulele fixe ale țesutului conjunctiv este celula macrofagă, care face bacterioloza bacilului Koch.

Afunge la concluzia că la animalul refractant și la animalul sănătos, cât și la cel tuberculos procesul de apărare antibacilară este acelaș.

În toate cazurile tendința organismului de a îngrădi și a elimina bacilul iar de altă parte de a-l distruge. Acestea sunt datorite marelor elemente mononucleate. Cercetări experimentale ale lui Carrel, Smith, Willis și Levis Maximof, studiând acțiunea bacilului asupra culturai leucocitare, au observat că numai monocitul dintre leucocitele normale are o acțiune fagocitară. Leucocitele anormale, myeloblastele au o activitate antibacilară marcată. Speră că izolând monocitele unui cobai tuberculos în stare de alergie și imunitate să putem obține o reacție maximă de acțiune litică bacilară.

Dr. R. Hirsch.

Zur Frage der diätetischen Behandlung der Lungentuberkulose de Konrad Martin-Breslau (Zeitschrift für Tuberkulose 1928 vol 46 caetul 1-6).

Se simte nevoia de a se mări alcalinitatea sângelui, prin fructe, verdețuri, salată verde ș. a. m. d. Totdeodată trebuie dat pe cale bucală substanțe minerale în special Natron și Kalk pentru a preveni demineralizarea.

Die Rolle des Kampfers bei der Behandlung der Lungentuberkulose de F. L. von Müralt și P. Weiller-Montana. (Zeitschrift für Tuberkulose 1928 caetul 4). — Autorii recomandă camforul în tratamentul hemoragiilor pulmonare în hemoptiziile mari ca și în febră.

Über Dauererfolge nach Röntgenbestrahlung bei Lungen-tuberkulose

de Kurt von Holten (Zeitschrift für Tuberculose 1928, vol. 47 caetul I). — Cercetând 353 pacienți tratați cu razele Röntgen, după un interval de șase ani, autorul a găsit un procent de 69,9 de procese vindecate, fiind în același timp buni de lucru. Rezultatele obținute le pune pe seama sedințelor de Röntgen.

Der Tuberkulöse Primärcomplex in der Leber de Martin Nordman-Köln. (Zeitschrift für Tuberculose 1928 caetu 5). — Autorul descrie complexul primar al tuberculozei găsit în ficat.

Insulinmastkur bei beginnender und bei stationärer Lungentuberculose de H. Grossfeld. (Zeitschrift für Tuberculose 1928, vol. 47 caetul 5). Pentru cura cu insulină sunt de recomandat cazurile de tuberculoză fibroasă sau staționară. S'au observat rezultat bune injectându-se de trei ori pe zi 10 unități.

Das tuberkulose infraklaviculäre infiltrat de Dr. Friederich Scheldemandel-Nürnberg (M. M. W. No. 10 1928, pag. 430). — În ultima vreme cercetătorii în tuberculoză s'au împărțit în două tabere. Unii susțin că ftizia cronică se desvoltă pe o leziune anterioară avută la o varstă fragedă. Este vorba de complexul primar, din care mai târziu microbul se transportă către vârfuri pe cale hematogenă, bronchogenă sau limfogenă. Apoi dela vârfuri se întinde leziunea în tot pulmonul. Fac parte din această grupă partizanii infecțiunii endogene.

Alții susțin că ftizia este datorită unei infecțiuni exogene care se așează pe o leziune anterior avută care a ajuns alergică, dând organismului imunitate. Aceștia sunt partizanii infecțiunii exogene sau mai bine zis superinfecțiunii. Amândouă tabere aduc în sprijinul lor teorii bune și procese clinice de necontestat.

Important este că în ultimii ani, cercetătorii arată că origina infecțiunii este un infiltrat tbc. în regiunea infraclaviculară. Autorii arată că foarte multe cazuri din ftiziile cronice, nu-și au evoluția din vârfuri ci din regiunea infraclaviculară,

Locul de predilecție este lateral în regiunea infraclaviculară între 1 și a 2-a coastă, în mijlocul câmpului.

La Röntgen se observă un proces inflamator exudativ circumscris. Primul care a descris aceste focare a fost A. Bmann.

Pedeker de asemenea este partizan al ftiziei cronice, cu punct de plecare din infiltratul infraclavicular și consideră actuala teorie a infecțiunii dela vârfuri ca o învățătură éronată. Cercetători ca Ickert și Lydtin susțin același lucru. Nu e mai puțin adevărat că Romberg susține că înafară de cazurile arătate de A Bmann și Redeker, sunt fapte certe că tuberculosa poate începe și dela vârfuri pe cale hematogenă pe cale endogenă, dar de ale mai multe ori cazurile observate arătau că pornesc dela infiltratele infraclaviculare.

Dr. I. Rosman.

VACCINUL B. C. G.

CONFERINȚA PROF. CALMETTE LA SOC. MEDICILOR DIN VIENA

Prof. Calmette și colaboratorii săi *Guérin* și *Weill-Hallé*, invitați de către Soc. Medicilor din Viena au venit în seara de 22 Mai a. c., să conferențeze și să răspundă apoi la obiecțiunile ridicate și susținute cu vehe-

mență, contra vaccinațiunei cu B. C. G. de către corifeii școalei medicale vieneze.

Au fost în acea seară și în serile următoare de 23 și 24 Mai ședințe, pe care presa cotidiană vieneză le-a numit pe drept epocale.

Pasiunea discuțiunilor a prelungit prima ședință până aproape de ora 3 noaptea deși începuse la 6.

În ultima ședință s'a hotărât că, cel puțin pentru moment, *aplicațiunile vaccinațiunei cu B. C. G. nu poate fi îngăduită.*

Prof. Calmette a schițat într'o magistrală conferință, faptele experimentale și observațiunile clinice care stau la baza metodei sale, dupe ce mai întâi a arătat că insuccesul încercărilor de imunizare cu tuberculină, cu extracte bacilare sau chiar cu bacili omorâți se datorește faptului că în tuberculoză ca și în sișilis, *imunitatea*, adică rezistența la reinfecțiuni, persistă numai atâta vreme cât organismul adăpostește **elemente vii** de ale agenților specifici, agenți vii cari trebuie să fie îndeajuns de slăbiți ca să nu determine turburări grave, incompatibile cu viața.

Dupe ce împreună cu Guérin a observat încă din 1906 că :

Animale infectate și slab afectate nu dobândesc niciodată o tuberculoză grea prin reinfecțiune, chiar dacă li se inoculează o doză masivă de bacili virulenți, doză mortală rapid pentru animalele de control și după ce a observat că :

Tuberculoza determinată prin reinfecțiune ia forma unei maladii cronice, au ajuns la convingerea că organismul poate fi făcut rezistent contra reinfecțiunilor massive, dacă este expus unei infecțiuni bacilare cât mai ușoare, pe care o suportă fără să se desvolte o tuberculoză.

Tot pe cale de observațiune a putut stabili că această infecțiune trebuie făcută la o vârstă când contaminarea naturală încă nu s'a produs și cu agenți a căror slabă virulență este hereditar statornică.

Cu modul de preparare a acestui bacil Calmette afirmă că *inocuitatea* este de necontestat și aduce în sprijinul acestei afirmațiuni printre altele, cercetările lui Cantacuzino și Ionescu.

Cu abundență de fapte a demonstrat cum a ajuns să stabilească resorbția prin intestinul animalelor tinere a bacililor introduși pe cale orală, ea fiind datorită faptului că la această vârstă mucoasa intestinală e alcătuită numai din celule protoplasmice cu o putere fagocitară considerabilă.

A arătat cu câtă emoție și câtă esitare a practicat prima vaccinațiune în 1921 unui copil care, născut într'un mediu tuberculos era ca și condamnat la moarte, că acest copil azi de 7 ani, e perfect sănătos.

De atunci numărul copiilor vaccinați atinge numai în Franța 75.000. Institutul Pasteur furnizează zilnic 900 de doze.

Ca rezultat, de unde mortalitatea în Franța la copii născuți din mamă tuberculoasă era 24%, la o mortalitate generală de 50%, la copii vaccinați cu B. C. G. mortalitatea scade la 0,9% pentru tuberculoză.

Inocuitatea vaccinațiunei cu B. C. G. se evidențiază din faptul că la 75.000 copii vaccinați, în Franța nu s'a produs nici un accident care să fie datorit administrării acestui vaccin.

În acelaș timp e indubitabil că vaccinul constituie o apărare eficace contra infecțiunilor virulente ocazionale, întrucât mortalitatea tuberculoasă a copiilor vaccinați, cel puțin până la 5 ani este cu mult inferioară copiilor nevaccinați, trăind în mediu tuberculos.

Ca încheiere, Calmette cere medicilor vienezi să permită extinderea metodei sale de luptă antituberculoasă, întrucât cele 75.000 de cazuri vaccinate în Franța și 150.000 în Europa și America demonstrează suficient atât inocuitatea cât și eficacitatea vaccinului pentru prevenirea tuberculozei în vârsta cea mai fragedă.

Obiecțiunile ridicate au fost:

1. S'au autopsiat prea puțini copii vaccinați la naștere și morți apoi de diverse boale.

La care Calmette răspunde că deși s'a practicat autopsia tuturor vaccinațiilor morți în spitale, protocoalele n'au fost publicate fiindcă constatările necropsice au fost fără importanță.

Este și el de părere ca medicii spitalelor de copii să practice mai des autopsia să facă inoculări la cobai cu material cadaveric și să publice rezultatele.

Poate însă afirma că niciunul dintre medicii cari fac pe scară întinsă vaccinațiunea cu B. C. G. nu i-au comunicat măcar un singur caz în care vaccinațiunei să i se poată atribui cea mai mică vătămare sau modificațiune tuberculoasă.

2. *Wellgren, Götzel și Rosenfeld* exprimă îndoială asupra exactității cifrelor prezentate de Calmette și expun timp de o oră toate cercetările lor din care rezultă că mortalitatea sugacilor și copiilor mici în familiile cu tuberculoză deschisă nu întrece pe cea a copiilor vaccinați.

Calmette răspunde că atât Institutul Pasteur cât și statisticienii comitetului național francez de apărare antituberculoasă stau la dispoziția oponenților cu toate fișele și documentele privitoare pe copii vaccinați cari trăesc în mediu tuberculos, pentru a putea astfel controla veracitatea cifrelor sale.

3) Un al treilea argument îl ridică *Prof. Pirquet și Nobel*.

Absorbțiunea B. C. G.-ului prin intestinul noilor născuți e îndoelnică, de oarece după vaccinare numai foarte puțini copii, reacționează la tuberculină.

Calmette citează lucrările autorilor care au evidențiat că acido rezistenții ingerati cu hrana de către un cobai apar în sângele inimii și în vesicula biliară dupe 3—48 ore dela ingestie, iar reacțiunea la tuberculină abia dupe o lună.

De altfel imunitatea la tuberculoză nu e condiționată de o alergie tuberculinică.

Între senzibilitatea la tuberculină și rezistența la reinfecțiuni nu este nici un raport.

Senzibilitatea tuberculinică a unui individ survine abia atunci când s'a produs symbioza bacilului tuberculos cu celule limfatice și cu endoteliul vascular.

Atâta vreme cât există doar un parazitism între fagocit și bacilii pe

care îi conțin, alergie tuberculinică nu vom avea, în schimb însă se va putea vorbi de rezistență la reinfecțiuni adică de imunitate.

Prin urmare a socoti că nu există imunitate fără alergie tuberculinică este o eroare.

4. A patra și cea mai gravă dintre obiecțiuni este ridicată de *Löwenstein* și *Pirquet*: Posibilitatea pe care o are B. C. G.-ul de a-și recăștiga virulența în organismul indivizilor slăbiți.

Deși lucrările lui *Petcoff* și ale altor autori germani arată acest lucru ca posibil, totuși *Calmette* răspunde că starea de sănătate admirabilă a primilor vaccinați, azi în vârstă de 5 până la 7 ani spulberă orice temere de recăștigare a virulenței.

Față cu obiecțiunile pe cari cei mai mulți oratori le susțin cu pasiune și multă elocință, abia se ridică, în afară de *Calmette* câteva glasuri care pledeze pentru B. C. G.

Prof. Kraus a spus:

B. C. G. este tuberculogen când e injectat în doze massive, mai ales intraperitoneal sau intravenos.

Procesul tuberculos cu toate caracterele sale rămâne localizat și nu se generalizează, ba chiar retrocedează și se vindecă. Retransmisiunile nu reușesc.

1. *Deci B. C. G. e tuberculogen dar nu nosogen.*

2. B. C. G. rămâne permanent slăbit și în nici un fel nu-și recăștigă patogenitatea. E un virus fix ca și vaccinurile *Jenner* și *Pasteur*.

3. B. C. G. e încă cultivabil puțină vreme dupe introducerea lui în organism. Mai târziu însă nu mai este decât colorabil și apoi dispare.

Se cere de către unii ca să se adapte o cale de mijloc, adică: vaccinațiunea să fie admisă de încercare pentru noi născuți din mame tuberculoase și care din cauza mediului contaminat unde sunt chemați să trăiască și unde înaintea lor au mai murit și alți copii, sunt oricum condamnați să moară.

La această propunere *Prof. Pirquet* răspunde textual:

Sunt și eu pentru o cale de mijloc însă aici e vorba nu de a găsi o cale de mijloc ci de a deplasa responsabilitatea asupra autorităților sanitare, respectiv asupra clinicilor.

Trebuie să ajungem la o hotărâre clară dacă admitem sau nu noua metodă și în acest caz trebuie să spun că hotărârea mea până acum este că această metodă încă nu poate fi îngăduită.

Această hotărâre a fost comunicată în ședința din 2/V la care *Calmette* urma să ia parte, dar la care lipsind s'a citit următoarea scrisoare din parte-i:

Obligați, eu și colaboratorii mei de a ne reîntoarce la Paris, regretăm a nu putea lua parte la ședință.

Suntem convinși că amplele discuțiuni din ședința precedentă au soluționat pe deplin chestiunea inocuității tulpinei B. C. G. și că această *inocuitate* este acum admisă.

Numai chestiunea eficacității B. C. G.-ului prin critica adusă statisticilor noastre favorabile, este încă pusă la îndoială.

Ne-ar fi fost ușor să combatem aceste critici, suntem însă de părere că un răspuns în scris este mai potrivit pentru expunerea adevărului decât o simplă discuțiune verbală care ar putea determina oarecari nepreciziiuni.

Rugăm dar pe colegii noștrii vienezi să ne acorde creditul lor, până vom fi tipărit răspunsul nostru.

Dr. Laurian Segall.

IV.

DIVERSE. — INFORMAȚIUNI

Vizite. — Conferințe.

În anul 1928 am primit și am făcut vizite și de ambele părți s'au ținut interesante conferințe :

Vizita Dr. H. Fay.

Dr. H. M. Fay, asistent al Prof. agr. Laignel Lavastine, și care s'a ocupat în deosebi cu Psihiatria infantilă, a ținut în luna Ianuarie cor. la Asoc. Medicilor o conferință tratând despre: Studiul, tratamentul educația copiilor anormali.

Conferința Prof. N. Gheorghiu la Paris.

Prof. Dr. N. Ghiorghiu, invitat de anul trecut de către Prof. Brindeau de la fac. de med. din Paris să țină o conf. pentru ciclul lecțiilor de Joi seara, care se fac în fiecare an la clinica Tarnier pentru medicii specialiști, a vorbit în ziua de 19 Jan. cor. ora 8¹/₂, seara la această clinică despre: Tratatamentul profilatic al infecțiunii puerperale autogene.

Ideile expuse de autor au fost redată pe larg de către D-na Doc. Dr. Eug. Mateescu-I., șefă a Maternității din Craiova în numărul prim al Revistei noastre la capitolul Actualităților.

Ideile acestea cari aparțin școalei românești sunt de dată recentă, ele au fost combătute de Prof. Brindeau prin argumente teoretice, dar au impus prin faptele relatate și statisticile prezentate, care le-au consacrat definitiv.

Prof. E. Sergent în România.

D-l Prof. Dr. Emile Sergent, prea cunoscut prin lucrările sale de reputație mondială iar nouă românilor și prin sentimentele sale filo-române, ne-a vizitat și anul acesta și ținut un ciclu de 3 conferințe.

D-sa a tratat în ziua de 6 Februarie cor. la ora 5 p. m. în amfiteatrul cel mare al fac. de Medicină: Principiile metodei de explorațiune a aparatului respirator.

Au urmat apoi:

Reactivarea focarelor tuberculoase latente și concepția generală asupra evoluției tuberculozei la adult; și ultima Insuficiența supra renală.

Conf. au apărut în broșură prin îngrijirile D-lui Dr. Th. Moisescu, care a lucrat mai mult timp în clinica D-lui Prof. Sergent de la Paris.

Idelle expuse sunt îndeajuns de cunoscute publicului medical din diferitele publicațiuni, în cari au fost scrise, dar modul magistral de expunere a impresionat și adevărul cuprins în ele a convins.

Sărbătorit ca puțini alți savanți, care ne vizitează, prin discursuri ținute de reprezentanții cu autoritate ai învățământului medical românesc cât și de alte persoane proeminente ale vieții noastre publice și oficiale de stat, D-l Prof. Sergent, al cărui nume D-l Primar al Capitalei a promis că-l va da unei strade, emoționat, a explicat de ce a venit pentru a 2 oară în România și de ce va mai veni „pentru că la primul voiaj am uitat jumătate din inima mea și am venit acum să o caut și sunt sigur că la plecare voi uita cealaltă jumătate cea ce mă va obliga să reîncep”.

O dare de seamă amănunțită a vizitei făcute cât și a discursurilor ținute s'a făcut de către România Medicală în No. 4 din 1828.

Prof. Danielopolu în Jugo-Slavia. Urmând invitației făcute de Universitățile din Belgrad și Zagreb D-l Prof. *D. Danielopolu* a ținut în ziua de 8 Mai, în amfiteatrul Institut. de Fiziologie dela Belgrad o conferință tratând „Despre tonsul vegetativ cardio-vascular” iar dela 10—15 la Zagreb 4 conferințe asupra „Fiziologiei normale și patologice a sistemului nervos vegetativ.

În aceste conferințe au fost expuse cercetările sale de un deceniu asupra sistemului nervos vegetativ, dintre ele multe au ajuns clasice și anumite probe precum a adrenalinei și ortostatismului îi poartă numele.

Complexul acestor lucrări se poate urmări pas cu pas în Buletinul Soc. Medicale a spitalelor din București și este de regretat numai întârzierea apariției într'un volum a tuturor acestor frumoase străduințe cari n'au numai o valoare pură științifică speculativă ci și aplicare imediat practică prin metode personale, precum cea asupra tratamentului chirurgical al anGINEI de piept și cele ce privesc și alte algii simpatice.

În afară de recunoașterea științei medicale românești prin omagiul adus de reprezentanții cei mai autorizați persoanei D-lui Prof. Danielopolu, cât și de strângerea relațiilor de prietenie dintre ambele țări prin manifestațiile oficiale făcute, relații cari vor fi cu atât mai cordiale, cu cât stima reciprocă va fi și ea mai mare, această vizită a condus și la perspectivele unei colaborări științifice prin propunerea de a se realiza o *Asociație științifică a medicilor și naturaliştilor din țările micii înțelegeri* precum și din Polonia și Grecia stabilindu-se o colaborare științifică cât mai strânsă prin aranjarea de conferințe reciproce și scoaterea unui organ de publicație comun.

Comunicarea Prof. Marinescu la Academie.

Somnul și turburările lui: Comunicarea a avut loc în ziua de 25 Mai. cor. D-sa face o amănunțită trecere în revistă a tuturor semnelor exterioare, cari caracterizează somnul și a modificărilor mai profunde din partea organelor (cord, respirație, secrețiuni), a schimburilor nutritive (metabolismul basal scade) a termogenezei și a activității psihice conștiente, care este suprimate.

Pentru elucidarea mecanismului fisio-patologic de producere D-sa amintește de cercetările anatomopatologice cari au descoperit leziuni inflamatorii sau tumori localizate la nivelul canalului lui Silvius în casuri de somn pato-

logic, precum și de leziunile, ce determină narcoticele luate în doza mortală la nivelul tuberului; dar pentru somnul normal, fiziologic D-sa admite intervențiunea a fenomene de inhibiție, de modificare de ordin parasimpatic din partea sist. nervos vegetativ, prin care schimburile nutritive sunt încetinite și activitatea circulatorie diminuată în centrul nervoși superiori, fenomene vegetative comandate poate de anumite schimbări precursorii a stărilor electrice ionice.

Somnul este absolut necesar pentru organismul uman și dacă voința, ca în anumite cazuri celebre, îl poate comanda sau întrerupe la timp dar, nu-l poate suprima.

Prof. G. Marinescu la Praga.

A ținut o conferință despre Bătrânețe și Reîntinerire și a luat contact cu savanți cehi în scopul strângerei legăturilor științifice dintre ambele țări.

Vizita Prof. Dr. Pousepp.

Țara noastră a fost vizitată în luna Ianuarie de savantul chirurg-neurolog Prof. Pousepp dela [Universitatea din Dorpat (Estonia). D-sa a operat în serviciul D-lui Dr. I. Jianu dela Spit. Colentina un bolnav cu o tumoare ponto-cerebeloasă punând în evidență detalii din tehnica, pe care i-a dat-o vasta D-sale experiență în materie de chirurgie nervoasă.

Vizita se datorește invitației D-lui Prof. Marinescu, cu care ilustrul savant a legat prietenie la Petrograd în timpul războiului cel mare.

Conf. D-nei Dr. Noél Suzana.

D-na Dr. Noel Suzana fostă internă a spitalelor din Paris, atașată la spitalul St. Louis a ținut în ziua de 13 Martie cor. la Cluj în localul Teatrului Național o conferință intitulată Chirurgia estetică și rolul său social.

Conferința însoțită de numeroase proiecțiuni, a fost organizată de D-l Prof. Tătaru, directorul clinicei dermatologice.

Conferințara a expus sistematic diversele metode, multe personale, cari se practică în chirurgia estetică a feței și apoi a celorlalte regiuni ale corpului, insistând asupra dușului filiform.

Lupta contra bac. B. C. G.

continuă

La Viena înaintea Soc. Medicilor Vienezi au avut ample discuțiuni ridicate de Conf. Prof. Calmette și pe cari le-a relatat pe larg D-l Dr. Laurian Segall, martor prezent, în corpul acestui număr, discuțiuni pasionate și cari au ridicat mai pe toți oratorii înscriși contra acestei vaccinațiuni.

Resultatul a fost: s'a interzis pentru moment vaccinarea noilor născuți cu bacilul B. C. G. în Austria iar Prof. Calmette n-a mai luat parte la ședința de a doua zi rămânând să-și formuleze în scris răspunsul la obiecțiunile aduse *).

*) Cea ce până în prezent nu s'a produs.

Dar, ca și altă dată față de Pasteur, la faptele aduse de Calmette s'a răpuns de medicii vienezi cu argumente.

Iar în fața Acad. de Med. din Paris Lignières a adus ultimele obiecțiuni trase: 1. *Din lipsa reacțiilor de alergie* (cuti reacția) și *deci a stării de premuniție* la cea mai mare parte din copii vaccinați pe cale bucală (bacili au traversat tubul digestiv fără a impregna organismul) precum și a survenirii de accidente diferit de grave la mai puținii copii, la cari bacili pătrunzând adânc în sistemul limfatic impregnarea s'a făcut suficient ca să dea reacțiile de imunitate dar și accidente posibile — în răspunsul dat Leon Bernard a adus statistice inverse asupra frecvenței cutireacțiilor, pe cari la cea mai mare parte din copii vaccinați pe cale bucală le-a găsit positive, iar accidente patologice n'a întâlnit niciodată.

2. *De ordin clinic prin relatarea în extenso a 2 observațiuni la cari vaccinarea cu bacili B. C. G. s'a dovedit fatală și deci bacilul a putut fi nociv* (prima obs. aparține D-lor Lavale și Pomaret și se referă la un medic atins de lepră, care a insistat să fie vaccinat cu bacilul B. C. G. cea ce s'a făcut pe cale subcutanată dar cu doze inițiale prea mari și prea mult timp continuuate și care o sucombat dupe câteva luni în stare de cașexie și cu formarea de abcese locale conținând bacilul injectat; a doua observație aparține D-rilor Chenard și Ferrier și se referă la un cas fatal de adenită supurată la o fetiță vaccinată cu B.C.G. și care a contaminat și pe sora sa mai mică asemenea vaccinată la timp).

Nu se cunoaște încă răspunsul la Calmette—dar ne putem întreba dacă excepțiile nu confirmă regula?

De-ocamdată s'a anunțat o conferință internațională asupra lui B. C. G. la Paris în toamnă, inițiativa fiind luată de secția de igienă a Soc. Naț., iar printr'o comunicare la Academia de Medicină Remlinger și Bailly dupe o experiență de 3 ani pe 500 animale anunță că mortalitatea cobailor tratați prin B. C. G. este inferioară aceleia a animalelor martore (27.4% pentru cobai vaccinați, 28.6% pentru cei nevaccinați) cea ce fără îndoială este de capitală semnificație.

Cancerul în străinătate.

Institutul pentru lupta contra cancerului (Krebsinstitut), care ține de Charité din Berlin, și-a celebrat cu mare fast a 25 aniversare dela fundație printr'o festivitate la care au luat parte reprezentanți ai altor institute similare sau ligi de luptă contra cancerului din Germania și străinătate.

Directorul acestui institut, Prof. Dr. Blumenthal a ținut de curând o conferință la Paris la Salpêtriera în serviciul Prof. Gosset, asupra lucrărilor sale.

Intre altele spicuim: personal combate celula canceroasă și caută printr'o cât mai radicală operație să îndepărteze recediva, care totuși poate surveni dacă vreo celulă a rămas pe loc, sau dacă deja pătrunsese în circulație, sau încă în virtutea persistenței stărei precanceroase; respinge concepția că cancerul este o boală generală sau datorită unui metabolism special și o combate cu eficacitate local prin radioterapie sau electrocoagulație combinată cu radio-radiumterapie sau cu ace conținând thorium X; desin-

fecția ulceraiiilor canceroase o realizează admirabil prin Synthol, medicament nou inventat în Franța de Dr. E. P. Roger.

Calea intravenoasă dă rezultate inegale; plumbul atacă și celulele normale; corpii chimici coloranți au suprimat glicoză în vitro și au dat bune rezultate numai la animalele grefate, metodele biologice cu lipoizi au dat numai regresii, autovaccinul produs de Leyden și autor este în studiu, oxigenul sub presiune în cameră pneumatică (Fischer) este propus prea de curând.

În lupta ce duce contra cancerului este în comunicare permanentă de lucrări și intențiuni cu celelalte institute similare din Germania și în numele tuturor invită pe Prof. Regaud să-i viziteze.

Ca cercetări personale relatează diferența profundă în cea ce privește glicoliza aerobienă între organele predispuse la cancer (stomac, intestin) și cele refractare (ficat, rinichi); lipoliza este diminuată în țesuturile canceroase țesutul canceros disolvă albumina altor țesuturi (cea ce explică creșterea infiltrativă și distructivă), disolvă fibrina și țesutul normal pus în mediul de cultură al lor.

Ca etiologie crede că paraziții joacă un rol mare, dar nu admite un parazitism strict specific; pentru cancerul gudronului sau al razelor X cauză o pune pe seama iritației cronice, care predispune terenul pentru intrarea virusului, care se găsește în stare saprofită și ubiquitară.

Tumora se produce prin lupta dintre procesul de iritație locală cancerigenă și cel de regenerare din partea organismului.

În ce privește proteoliza și glicoliza nu există diferențe decât de cantitate nu de calitate între celula canceroasă și cea normală totuși se admite o biologie specifică canceroasă cu putere de transmisiune.

Relatează numeroasele încercări făcute de diferiți autori de a transmite cancerul la animale în serie și insistă asupra celei a lui Carrel, care a cultivat din sângele găinilor atinse de cancerul lui Rous macrofage cari injectate la alte găini au produs aceleași tumori; crede ca și Carrel, care îl compară cu bacteriofagul lui d'Herelle, că agentul cancerigen este un catalizator sau un ferment, care nu se formează numai decât în splină (animale splenectizate iau grea mai iute chiar ca cele cărora li s'a conservat splina), ci chiar în celulele țesutului, în care se produce cancerul; principiul eliberat prin procesele de destrucție canceroasă este pus în libertate și reluat de macrofage, care îl transportă sau la locul de origină al cancerului (recidivă, sau la loc îndepărtat (metastază).

Este pe cale de construcție la *Paris un Institut al cancerului* pendinte de facultatea de medicină care se ridică sub impulsia Prof. Roussy, la catedra de anatomie patologică a căruia este atașat; el se ridică pe terenurile disponibile ale ospiciului Paul-Brousse dela Villejuif, unde funcționează deja de 8 ani un centru anticanceros, care se va încorpora acum la noul institut.

Acest institut va cuprinde secțiuni de chimie, chimie-fizică, medicină experimentală, histologie, toate cu șefi și asistenți aparte, dar lucrând în comun și coordonându-și eforturile printr'o conlucrare generală, cea ce este și mai demn de remarcat.

Certificatul medical prenuptial în Franța :

Propunerea Pinard : Propunerea Schreiber :

Proiectul Prof. Pinard adus de curând în fața camerilor deputaților în Franța pentru a fi transformat în lege suna astfel: „orice cetățean francez, voină să se căsătorească, nu va putea fi înscris în registrele oficiului stării civile decât dacă este prevăzut cu un certificat medical datat din ajun și atestând că nu prezintă niciun simptom apreciabil de vreo boală contagioasă».

D-rul G. Schreiber, vice președintele soc. fr. de Eugenie din Franța, adversar al proiectului redactat astfel, se întreabă: de ce numai cetățeanul și nu și cetățeanca franceză, mai ales văduva, divorțata pe cale de recăsătorie și aparenta tânără fată dela țară? Și nu și străinul care dorește să ia o franceză? și în ajun se poate cunoaște sifilisul contractat câteva zile mai înainte? iar sumedenia de blenoragici cronici, depistați în ajunul căsătoriei grație filamentelor din urină sau spermoculturii, ce vor deveni? contagioasă nu este și o simplă angină sau guturaiu? dar dacă medicul nespecialist (și celalalt) ia un simplu placard psoriasic drept leziune specifică? și câte alte boale contagioase nu scapă și celui mai bine înzestrat medic? sau dacă tânăra candidată a anticipat iar presupusului său viitor soț medicul îl constată o uretrită blenoragică, sau chiar un lues evolutiv, îi va refuza certificatul? nu s'ar încuraja astfel căsătoria liberă, pasibilă și de mai multe neajunsuri? și de aceea D-sa propune o nouă formă de redactare, mai flexibilă și mai adecuată împrejurărilor: „nicio persoană care dorește să se căsătorească nu va putea fi înscrisă în registrele stărei civile, dacă nu prezintă un certificat medical datat de cel puțin 15 zile atestând că a fost supusă unui examen sanitar detaliat“.

Avantajele noului proiect ar fi: nu se refuză contractarea căsătoriei, dar cel puțin candidații se cunosc pe ei și unul pe celălalt, medicul le-a atras atenția și vor putea în plină cunoștință a lua măsuri în propriul lor interes; iar înmulțindu-se cu unul examenul sanitar detaliat al individului care în Franța se mai practică de la consultațiile de sugaci și continuă la inspecția medicală școlară, la admiterea într-o slujbă la stat, fabrică sau casă de comerț, recrutarea în armată, asigurări la societăți, nu poate fi de cât în avantajul profilaxiei individuale și deci al colectivității.

În Norvegia nu se cere de cât o *declarație scrisă de candidați* că nu snt atinși de anumite boale contagioase, dar îi pedepsește cu închisoare de 2 ani pe cei ce au dat o declarație falsă; și ei nu se pot sustrage penalității intru cât declarația se ia sub prestare de jurământ și deci conștient sau făcut culpabili de delictul de contaminare; și încă medicul este deslegat acolo de secretul profesional pentru anumite casuri specificate prin legea matrimonială.

În America se face propagandă întinsă prin broșuri și conferințe pentru *Examenul medical periodic preventiv* odată sau de mai multe ori pe an sau la 2 ani, începând din primele luni și până la adânci bătrâneți.

Iar noi în materie de profilaxie preventivă și examen medical periodic chiar nedetailat n-avem încă corpul de moașe necesar, ca să înlocuiască pe cele empirice pentru asistența noului născut; și nici nu putem face altceva decât întoarce în mediul său pe tânărul predispus odată recrutat și ulterior devenit tuberculos și scos încă nu prea târziu dintre ceilalți soldați.

Și cum chestiunea certificatului medical de căsătorie este legată de aceea a secretului profesional și soluționarea lor nu poate fi făcută decât avându-se în vedere și o latură strict specifică fie cărei țări, la noi nu este oportun pentru moment nici a se vorbi de el.

Organizarea igienei publice

În Italia :

A luat mare avânt de când șeful guvernului italian se complace a declara că „într'un stat ordonat sănătatea fizică a poporului trebuie să fie pusă pe primul plan“.

Ea este asigurată prin organe centrale, provinciale și comunale

La centru direcția generală a sănătății publice cu biourile sale administrative și tehnice, serviciul de inspecție, laboratoare științifice, corpuri constituite printre cari în frunte consiliul superior al sănătății.

În *fiecare provincie* prefectul cu biourile medicului provincial, veterinarului provincial, inspectorul medical pentru serviciul venețian, biourile sănătății maritime, medicii de port, veterinarii de frontieră și de port comitetul provincial antituberculos; și pe lângă prefect laboratoare provinciale de igienă și de profilaxie cu secțiuni microscopice și chimice, comitete speciale (consiliul provincial al sănătății, comisia de supraveghere, comisia contra alcoolismului.

În *fiecare comună* primarul cu ofițerul sanitar, medici de școale, guarzi sanitari, medici comunali, moașe, veterinar comunali și în anumite comune farmacii comunale; iar pe lângă primar servicii de izolare pentru atinși de boale infecțioase, dispensarii profilactice și în comunele cu mai mult de 150.000 locuitori laborator comunale.

La supravegherea sănătății publice mai concură biourile sanitare ale ministerelor de resboiu, marinei, ale comunicațiilor, liga națională a maternității și copilăriei, legea națională Balilla pentru educația fizică și morală a tinerilor, crucea roșie italiană, casa națională de asigurări sociale (care asigură obligator contra tuberculozei).

Și legile cele mai severe au fost edictate în privința luptei contra boalelor infecțioase în general și boalelor sociale în special, contra marilor intoxicațiuni (alcool, morfină, cocaină), în cea ce privește igiena alimentară, lucrările urbane de asanare, igiena solului și locuinței, apeducte; în cea ce privește supravegherea stabilimentelor industriale, protecția lucrătorilor și maternităților.

Iar rezultatul practic se citește pe statistici.

Numiri în învățământ :

Profesorii :

Au fost numiți în urma concursului depus: D-l *Dr. Vitold Baroni*, profesor agregat la Catedra de Bacteriologie și D-l *Dr. Teosu*, profesor agregat la Catedra de Urologie a Facultății de Medicină din Cluj; D-l *Dr. Em. Savini.*, profesor agregat la Catedra de Farmacologie și D-l *Dr. Gr. Popa*, profesor agregat la Catedra de Anatomie a Fac. de Medicină din Iași.

Conferențiarilor definitivii :

Pentru a fi numiți au fost recomandați de către Consiliul Fac. respective și Senatul Universitar M-terului de Instrucție :

D-l *Dr. G. Marinescu* la conferința de Urologie, D-l *Dr. D. Paulian* la conferința de Patologie a sist. nervos, D-l *Dr. S. Bejan* la conf. de Mică Chirurgie, D-l *Dr. E. Hristide* la conf. de Tehnică și Semiologia Chirurgicală dela Fac. de Med. din București, iar D-l *Doc. Dr. Cosăcescu* a fost numit provizoriu conf. la conf. de Terapeutică Chirurgicală, non-înfințată prin bugetul în curs la aceeași facultate.

La Fac. de Med. din Iași au fost numiți conferențiarilor D-l *Doc. Dr. Emil Radu* la conferința de Radiologie, D-l *Doc. Dr. V. Dumitriu Borca* la conf. de Oto-Rino Laringologie, D-l *Dr. S. Nimereanu* la conf. de Semiologie Medicală.

La Clinicile din București :

au fost numiți :

D-nii *Dr. Marius Georgescu* șef de lucrări la clinica obstetricală ; *Dr. E. Fotino* șef de lucrări la clinica I chir. ; *Dr. Marinescu-Slatina* asistent la aceeași clinică ; *Dr. Alfred Dimolescu* asistent la clinica de boale mintale ; *Dr. Constantinescu* preparator la aceeași clinică.

Docenți : în urma examenului depus au fost numiți D-l *Dr. Victor Dumitriu* în specialitatea de chirurgie la Fac. de Med. din București, D-l *Dr. Litarzeck* în specialitatea de Medicină Internă dela aceeași Facultate și D-l *Dr. S. Mihăilescu* în specialitatea de Psihiatrie la Fac. de Medicină din Cluj.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medici Români premiați în străinătate :

D-lui *Prof. Dr. C. Levaditi* dela Institutul Pasteur din Paris, i s'a acordat de către Senatul Universității din Edimburg premiul **Cameron** pe anul 1928 pentru lucrările sale asupra acțiunii terapeutice a bismutului în sifilis.

D-lui *Dr. V. Sava*, asistent al Instit. Medico-Legal din București, i s'a acordat de către Academia de Medicină din Paris dintre premiile anului 1927 premiul **Berrante** pentru o lucrare făcută în colaborare cu D-rii *Surmont* și *Ardoin* dela Paris.

Noul Decan al Fac. de Med. din București.

a fost reales de unanimitatea cons. profesoral în persoana tot a D-lui *Prof. Dr. I. Bălăcescu*.

„Cercul Medical“ din București.

Și-a ales următorul comitet pentru anul 1928 : *Președinte*, *Dr. I. Goldenberg* ; *Vice-Președinți*, D-nii *S. Löbel* și *I. Perlzweig* ; *Casier*, *Dr. Weinberg* ; *Director*, *Dr. H. Weiss* ; *Secretar științific*, *Dr. Aurel Avramovici* ; *Secretar de ședință*, *Dr. A. Teitel-Bernard* ; *Bibliotecar*, *Dr. I. Cohn*, dentist ; *Censorii*, D-nii *Lică Rosenberg*, *Dr. E. Odeseanu* și *Dr. S. Mihailovici-Putna*.

Transferări.

D-l *Prof. Dr. C. Parhon* medic director al ospiciului Socola-Iași a fost transferat ca medic primar la spitalul central de boale mintale și nervoase din București, în locul creat pur bugetul anului 1928.

Reușiți la Concursuri.

La concursul pentru ocuparea a 4 locuri de *medici secundari la spitalele Eforiei din București* au reușit în ordinea clasificăției D-nii Dri. Gheorghiu Const., Maxențian Ion, Caffé Leon și Dumitrescu Teodor.

La concursul de *medici secundari* de medicină internă și cu titlu definitiv dela *Spit. Brâncovenesc* au reușit: Dr. Ion Stoia ca medic internist pe lângă serviciul Prof. E. Juvara și Dr. Constantin Petrescu la laboratorul serv. medical al D-ului Dumitrescu Manté.

D-l Dr. *Grișore Eftimescu* a fost numit în baza concursului depus medic primar la *Serv. Cons. căilor urinare dela spit. Colentina* din București, iar D-l Dr. *Derevici Mihail* medic primar al secției de alienați a spit. din *Decio-Sân-Martin*.

Prof. C. Levaditi membru al Academiei

de Medicină din Paris

D-l *Prof. C. Levaditi* a fost ales *membru al Academiei de Medicină din Paris în secția IV* (Șt. biologice, fizice, chimice și naturale) în ședința din 12 Iunie cor.

Din 80 votanți, D-l Dr. C. Levaditi, prezentat în prima linie, a întrunit 52 voturi, deci majoritatea absolută contra 25 atribuite lui Rouvière, 1 lui Nattan-LARRIER, 1 lui Portier și 1 lui Strohl.

La sentimentele de mândrie națională, ce încercăm ca Români și compatrioți, socotind pe D-l Prof. Levaditi ca ambasadorul permanent și reprezentantul cel mai strălucit al Științei Medicale Românești în străinătate, «Mișcarea Medicală» adaugă și pe acela că D-l Prof. Levaditi face parte din comitetul său de Patronaj.

În numărul imediat următor și care va fi dedicat operii sale științifice vom prezenta această imensă activitate, pe care Academia de Medicină n-a făcut prin gestul ei decât să o recunoască oficial.

Numiri :

D-l *Medic General Butoianu*, profesor la Fac. de Medicină din Iași, a fost numit *Inspector General al Serv. Sanitar al Armatei* în locul D-lui Dr. *Potârcă* eșit la pensie.

* * *

D-l *Profesor Dr. Cantacuzino* a fost numit *Director al Biuroului Internațional de Higienă Secția România, al Ligii Națiunilor*, biurou care funcționează pe lângă Ministerul Sănătății Publice.

D-l Prof. Dr. C. Daniel a fost numit *Delegat al României în Comitetul Internațional de Chirurgie* în locul decedatului Profesor Toma Ionescu.

* * *

D-l Prof. Dr. Titu Gane dela Fac. de Medicină din Cluj a fost numit *Efor al Spitalelor civile din București* în locul D-lui L. Catargi demisionat.

* * *

D-l Prof. Dr. Ionescu-Mihăești a reprezentat România între 16—21 Mai la *Conferința Internațională pentru combaterea șoarecilor* ca agenți propagatori de boale, conferință ținută la Paris și urmată de demonstrațiuni practice de deratizare a vapoarelor la Havre.

* * *

D-l Prof. Dr. D. Ionescu a primit delegație oficială *de a reprezenta țara la festivitatea serbătoririi la Londra în zilele dela 14—18 Mai a tricentenarului cărții lui William Harvey*, care tratează descoperirea circulației sanguine.

SPECIFICUL MEDICAL

Deschidem o rubrică, la cari sunt rugați să contribuie toți cei cari au ceva de adus inedit: întâmplări din practica medicală personală sau a altora, din prezent sau din trecut, istorioare, note de psihologie medicală, portrete, pățanii, în care victima sau eroul să fi fost medicul (mai puțin pacientul, căci recolta prea ar fi bogată) însfârșit crâmpes din viața medicală, cari bine ogândite descrețesc fruntea și odihnesc mintea.

Aceste pagini de biografie și mai ales autobiografie medicală românească și-ar atinge și mai bine scopul dacă — veridice fiind — și redade exact cu nota humoristică bine prinsă a momentului ar putea cu timpul ajuta la încheierea aceluia *Specific Medical Românesc*, care nu se poate să nu existe la noi ca și la alte popoare în mod distinct.

Trebuie să existe o notă dominantă, caracteristică medicului fiecărui popor — or cât universalitatea disciplinei amestecă trăsăturile — caracter dictat de rasă, naționalitate, mediu, școală, gradul culturii și alte contingente, cari ajută la formarea sufletului fiecărui.

Ar fi interesant dacă din complexul variat adunat la o laltă am reuși cu încetul să desprindem un portret, care să reamintească chiar pe dedeaparte pe medicul român cu rama variată, în care situația sa l-ar încadra, un portret în care indefinitiv să se găsească o

liniuță, chiar numai una singură, la cât mai multe din capetele expuse în Galeria Medicală Românească.

D-l Dr., care iscălește Ics, deschide rubrica cu o deziluzie (nu spune dacă este personală) dată de formula sacramentală, care menționând că rețeta este pentru propriul uz al medicului ar fi chemată să-i creeze avantajii sau cel puțin să-i evite urmări supărăcioase.

Iat-o :

Pro uzu proprio. Ad Aquas Herculi sacras ad Mediam — dar în zilele noastre — un confrate răcit formulează pentru sine — și semnalează aceasta pe colțul prescripțiunei prin cuvintele pro uzu proprio — o banală poțiune expectorantă precum și 2 buline cu sulfat de chinină a câte 0.25 ctgr. fiecare și trimite rețeta pentru execuție la farmacia locală.

D-l farmacist execută și taxează acele 0.50 ctgr. chinină cuprinsă în 2 buline cu suma de lei 28.

Intrigat medicul se duce și întreabă pe acest frate al său *) mai mic și devenit în urmă ajutor al său, cum a procedat la operația taxării și spre stupoarea lui tânărul subchirurg artist (farmacia este o artă), un mic asistent al farmaciei, dar care dovedea astfel aptitudini desăvârșite de a deveni și el odată chirurg șef, îi prezintă astfel timpii operației: 5 lei medicamentul, 4 lei cele 2 căpăcele de buline, 8 lei turnatul în căpăcele (cifra fixă fie că este unul sau sunt 6 buline), 11 pusul în cutiuța de carton (se cheamă expediție), iar patronul, care cu dragoste adâncă fiască își privea tot timpul ajutorul, a trecut pe colțul rețetei protocolul și l-a iscălit cu grase, pentru că „el înțelege să ia răspunderea actelor executate în farmacia sa”.

Sărmanul confrate, intrigat și care credea că nici să-și mai vadă rețeta, a plecat convins de inepabilitatea procedurii — întradevăr ritul operației este clar prescris în condica de taxare — deși mai puțin de oportunitatea procedării și confus, ca parcă a-și cere scuze, a îngăimat că nu știa că kilogr. de chinină costa 56.000 lei, ceace i-a atras o privire de reproș și o dojană din partea iscusitului său auxiliar: „aceleași 2 buline cu aceeași cantitate de chinină și scoase din acelaș borcan dar cerute oral — chiar de el medic — l-ar fi costat 8 lei (și nici atât) pe când trecute prin ciurul recepturii l-au costat 28”.

Dr. Ics.

S'o știe altădată, adăogăm noi, și să facă bine să nu-și mai formuleze nimic pentru uz propriu, ci toată viața și cât mai mult să prescrie din erburile culese de Panacea pentru uzul altora și folosul ei **) propriu.

*) Mitologia ne spune că Aesculap este socotit ca părintele Mediciniei și al Farmaciei și că era ajutat în nobila sa misiune de ficele sale Hygeia și Panacea.

**) Tot mitologia spune că Panacea, mai bine inspirată, culegea plantele medicinale cu ajutorul șarpelui dresat, iar Hygeia, proasta, numai le prescria; mai bine își dresa și ea un șarpe și nu lăsa tot panaceul pe mâna Panaceii.

Este mai probabil însă că cele 2 fete, deși dintr'un tată același, concedem, dar nu se aveau bine; iar tatăl lor iubea mai mult pe cea mică, căreia dintr'o inspirație divină i-a dat cu sfatul de a culege erburile și numele de Panacea.

Dar din această pățanie nu reese specificul românesc, pe care îl căutăm, nici din partea medicului, care în definitiv este drept ca și la noi — cum de mult la alții — să fie pus a suporta riscurile propriei sale rețete, și nici a farmacistului, care nu era ținut să facă un gest, care nu era trecut în condica lui de taxare, ci poate din a textului prea elastic și nu în deajuns de explicit al procedării de urmat în procedura farmaceutică; — și dacă va fi astfel, cei ce au stabilit procedura de taxare farmaceutică ar putea trage învățăminte la o nouă revizie.

Dar dacă și la alții bulinul cerut prin scris și deci trecut la «receptură» costă tot de 3 ori mai mult decât dacă te-ai fi dus în persoană să-l obții prin «dătătura» din acelaș borcan? atunci istorioara pierzându-și valoarea de document românesc păstrează încă pe cea a humorului, ce însoțește pățania semenului tău, de care răzi mai cu seamă când ți-e confrate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj