

MIȘCAREA MEDICALĂ

REVISTĂ MEDICO-CHIRURGICALĂ
INDEX BIBL. MEDICAL ROMÂNESC

SUMARUL

I.

Pag.

Cronica 181

A. — REVISTĂ GENERALĂ

Sindroamele hemoragipare, Hemofilia și Purpura de *Dr. D. Zamfir* 185

B. — LUCRĂRI ORIGINALE

Efectul lactagog al razelor ultra-violete într-o perioadă mai avansată a procesului de alăptare de *D-ri Axente Iancu și Ilie Iana* 198

Efedrina de *D-ri Docent C. Radoslav și Mircea Petrescu* 206

Cercetări făcute asupra sindromului hemogenic (trombocitopenic) din purpura de *D-ri Doc. M. Cânciulescu, R. Hirsch și S. Paulon* 217

C. — CASURI CLINICE

Un caz de Sifilis hereditar tardiv de *D-ri V. Drăgoescu și S. Băcescu* 212

Turburări vaso-motorii ale extremităților tratate prin diatermie de *D-ri D. Paulian și G. Ghimuş* 215

D. — EVOLUȚIA TERAPEUTICĂ

Tratamentul colibacilozei de *Dr. S. Rosenstein* I—VI

II.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

IN ȚARĂ

A. — SOCIETĂȚI ȘTIINȚIFICE

Soc. Med. a Spit. din București (Șed. din 14 și 28/XI, 14 și 28/XII/1928, 9 și 23/I/1929) 233

Reuniunea Anatomică din Cluj (Șed. din 10/XI/1928) 236

Reuniunea Ginec. și Obstetr. Cluj (Șed. din 23/XI, și 18/XII/1928) 237

Soc. de Ginecologie din București (Șed. din Mai 1928, 26/I și 3/II/1929). 238

Soc. Română de Oftalmologie (Șed. din 22/II și 28/III/1928) 239

	Pag.
Soc. R. de Biologie (Section Iassy : Séances du 28/XI, et 28/XII/1928 ; Section Cluj : Séances du 30/X, 22/XII/1928 et 29/I/1929).	240
Soc. de Neurologie, Psihiatrie, Endocrinologie și Psihologie Iași (Șed. din 9/XII 1928 și 2/II/1929)	245
Soc. de Chirurgie București (Șed. din 7, 19, 21/XI și 8/XII/1928)	250

IN STRĂINĂTATE

<i>Structure anat. des tumeurs bact.</i> de Al. Cantacuzène — . . .	256
<i>De l'existence des tumeurs chez diverses algues marines de Al. Cantacuzène — Signification de la glycogénie du sarcom de lensen</i> de G. Roussy și E. Crăciun — <i>Glycogénie de sarcom de Plyton-Rous</i> de G. Roussy și E. Crăciun — <i>Sur les cellules pigmentaires de la peau de l'anguille</i> de A. Panu — <i>Contribution à l'étude des satellites du Genre Hordeum</i> de V. Ghimpu — <i>Une forme d'angine avec exantème particulier</i> de Th. Mironescu și Angenomen — <i>Cas de charbon sympt sans bac. Chauvaei ni vibrion septique</i> de Weinberg și Mihailescu — <i>Bacillus oedematiens et Charbon sympt</i> de M. Weinberg și M. Mihailescu — <i>Bacillus chauvaei et charbon sympt</i> de M. Weinberg și M. Mihailescu — <i>La contr. par électr.</i> de F. Battelli și N. Gavrilescu — <i>A propos de l'Encephalite epidémique des renards</i> de C. Levaditi — <i>L'excitabilité neuro-musc. dans la rigidité de décébration et son Mécanisme</i> de G. Marinescu, O. Sager și A. Kreindler — <i>Encephalo-myélite enzootique exp. și Nouvelles rech. sur son virus</i> de S. Nicolau și I. Galloway — <i>L'immunité dans l'encephalo-myélite enz. exp.</i> de S. Nicolau, I. Galloway și N. Stroian — <i>Anticorps tissul.,... contre la mal. de Borna</i> de S. Nicolau și Stroian — <i>Réaction de fixation contre le virus herpétique et dans l'enc. myél. enz. exp.</i> de N. Stroian — <i>Recherches sur la bradicardie ictérique</i> de D-trescu Mante, Hagiescu, Maxim și C. Petrescu — <i>Cas de synd. cérébelleux</i> de M. Guillain, Thevenard și Ionescu — <i>Variations des chronaxies muscul.</i> de S. Marinescu, O. Sager și A. Kreindler — <i>Réact. liquide c.-rach. après malarioth.</i> de D. Paulian — <i>Syphilis traumatique, Synd. prot. syph., Démarche à petits pas</i> etc. de Ureche, Goldemberg, Groze și Dragomir — <i>Ambrina in pans. evidațiilor de David-Galați și Gheorghiu</i> — <i>Contr. la papilomatoza laringiană</i> de Tempea și Buzoianu — <i>Sur l'hématurie</i> de L. Strominger — <i>Syphilis d'emblée par transfusion sanguine</i> de E. Constantinescu și N. Vătămanu — <i>Activation des propr. curatives du bismuth</i> de C. Levaditi și A. Horvard — <i>Action prév. de l'or dans la syph. exp.</i> de C. Levaditi — <i>Sur le cycle évolutif du virus syph.</i> de Levaditi, Schoen și Sanchis-Bayarri — <i>La culture de steptobac., Le chancre simple exp. chez le lapin, L'introduermoréaction dans le chancre mou, La réaction de Bordet dans le chancre mou Sensibilisation exp. à l'antigène chanc.</i> de Prof. Nicolau și Banciu — <i>Frequence du chancre mou à Bucarest</i> de Prof. Nicolau și Aricescu.	265

III.

MIȘCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

<i>Bibliografie</i>	266
-------------------------------	-----

IV.

DIVERSE — INFORMAȚIUNI

Congr. Asoc. G-le a med. la Galați, Journées Méd. de Paris . . .	270
Stagiunea balneară la Herculane și Ocna-Sibiului, Soc. de Radiologie, Serbătorirea Prof Gerota	273
Specificul Medical Românesc	275

C R O N I C A

Sângele, acest organ special — mediu interior comun întregului organism — prezintă boale proprii, precum poate traduce suferința tuturilor celorlalte organe în atâtea alte boale și totuși patologia lui este în general puțin cunoscută iar indicațiunile de ordin semiologic, ce se pot trage din examenul său sistematic nu sunt îndeajuns de apreciate.

Printre sindromele sanguine cel hemoragiar a impresionat mai mult și astfel a fixat în deosebi atenția cercetătorilor.

D-l Dr. D. Zamfir face o clară punere la punct a acestui **Sindrom hemoragiar**, ale cărui 2 aspecte deosebite îl constituiesc **Hemofilia și Purpura**:

Hemofilia boală familială și hereditară, foarte rară, transmisibilă din generație în generație, și care lovește cu predilecție sexul masculin deși se transmite prin sexul feminin, se caracterizează cliniceste prin: abundența hemoragiilor, multiple și variate, cari sunt provocate de cauze neînsemnate și sunt foarte greu de oprit, pentru că recidivează foarte ușor; iar din punct de vedere hematologic prezintă o întârziere a coagulabilității, (peste $\frac{1}{2}$, până la o oră, — normal sângele pus pe lamă sau într'o eprubetă coagulează între 5—10 minute), iar aspectul chiagului, în loc să fie roșiu, este alb.

Aspectele sale clinice sunt diferite: dela formele cele mai grave până la formele fruste, de multe ori latente și până la forme sporadice, cari și-au pierdut caracterul hereditar.

Purpura, afecțiune banală, extrem de răspândită, dobândită în timpul vieții printr'o etiologie variată, de cauză manifestă sau ascunsă, debută în mod acut sau cronic, putând avea un rapid sfârșit letal ori vindecare, precum și să recidiveze timp îndelungat.

Formele ei clinice sunt extrem de variate: dupe debut, evoluție, cauză, dar tuturilor le este comun un sindrom sanguin, pe care E. P. Weill l-a denumit **hemogenie**: timp de sângerare alungit, o diminuare a plăcuțelor sanguine, un timp de coagulare normal și o leziune (presupusă) a endoteliului vascular, care face posibile sufuziunile locale determinate de presiunea exercitată cu degetul, de o sfoară strânsă în jurul brațului sau prin ciupitură.

În ultimul timp s'au degajat aspecte mixte **hemofilo-hemogenice**, cari participă la caracterele hematologice ale ambelor varietăți. Dacă degajarea caracterelor clinico-hematologice ale acestor 2 syn-

drome a fost mai ușoară, în schimb prinderea mecanismului patogen a rămas tot așa de grea și în această privință încă plutim în pline pozițiuni în cea ce se referă la partea care trebuie făcută elementului hematopoetic, celui humoral sau celui nervos vegetativ.

Tratamentul adecuat și susținut pare a dovedi multă eficacitate; diversele metode sunt prezentate de autor cu multă claritate; printre acestea mai sunt de luat în considerare cele obținute de noi personal cu irradiație de mai lungă durată a tegumentelor prin raze ultra-violete, precum și cele expuse de curând în mod demonstrativ de către Mondon la Soc. Spitalelor din Paris în ședința din 12 Oct. 1928 prin aplicarea metodei lui Whipple cu ficat. *).

A devenit o axiomă indiscutabilă necesitatea alimentației materne pentru sugarul, pe care numai cazuri de forță majoră trebuie să-l priveze de sânul mamei; dar mai puțin este luată în seamă nevoia de a controla această secreție lactată și a-i îmbunătăți calitatea și cantitatea prin luarea de măsuri adecuate, cari să îndrepte o hipogalactie eventuală.

Orî, un mijloc de a favoriza secreția mamelelor a fost utilizat de curând de către 2 medici germani, Stolte și Weiner, prin iradiația cu raze ultra-violete: rezultatele obținute au fost atât de încurajatoare, încât au angajat și pe alți cercetători, mai ales că metoda este foarte simplă; ședințe zilnice 2—3 săptămâni, mai târziu mai rari, dela o distanță de 80—60 ctm. durata 5 până la 45 minute; dar succesul n'a corespuns în totul așteptărilor și D-nii D-ri Docent Axente Iancu și Ilie Iana căutând Efectul lactagog al razelor ultra-violete au văzut că într'o perioadă mai înalțată a procesului de alăptare se lasă așteptat, mai cu seamă când se are de a face cu o hipogalactie primitivă prin atrofia foliculilor glandulari și chiar cu o hipogalactie secundară cât timp subalimentația mamei, condițiile neigienice de viață, starea de anemie, boala generală consumptivă, eventuala intoxicație etc. n'au fost combătute și mama adecuat tratată: altfel iradiația mamelelor rămâne fără efect și secreția lor lactată nu este ameliorată.

Concluziile autorilor trase din 15 obs., riguros studiate fiecare în parte, nu pledează pentru aceasta nouă metodă, aplicată fără discernământ și fără o cunoaștere precisă a cauzei hipogalactiei, care nu poate fi remediată numai printr'un tratament unilateral.

Efedrina un alcaloid vegetal, sau E f e t o n i n a, similarul ei sintetic, este menită să detroneze adrenalina în anume din indicațiile terapeutice ale acesteia și chiar în cercetările de ordin biologic, întrucât se bucură de o acțiune mai prelungită, poate fi mănuită în doze mult mai întinse și administrația ei este posibilă și pe cale bucală.

D-nii D-ri Docent C. Radoslav și Mircea Petrescu expun într'un articol cercetările lor și pe cele făcute în alte colaborări cu efectele obținute prin doze variate de efedrină administrată pe cale venoasă asupra ridicării tensiunii arteriale, măririi glicemiei, variației tabloului sanguin și creșterii metabolismului basal; mai propun facerea unui spleno-diagnostic pentru paludismul cronic în felul adrenalino-diagnosticului practicat

*) D-l Dr. Paulon a expus în mod complet în No. 6—7/1928 al Revistei noastre în ce constă această metodă precum și modalitatea ei de aplicare.

și expus de noi în *Nº. prim al revistei și enumeră indicațiile terapeutice ale acestui agent*: stările hipotensive, mai ales infecțioase, colapsul cardiovascular post operator, astmul și stările similare, sindromele variate de ordin anafilactic etc.

D-nii D-ri Dăgoescu și Băcescu expun observația unui caz de Sifilis hereditar tardiv, la etatea de 31 ani, la care leziunile de ordin terțiar s'au dezvoltat pe o veche cicatrice, și denunță traumatismul drept cauză posibilă de izbucnire a manifestațiilor la sifilitici latenți, în specie hereditari.

D-ni D-ri Paulian și Ghimuș au tratat la 2 paciente Turburările vasomotorii ale extremităților prin dilaterile și au obținut rezultate favorabile; autorii cred că turburarea primitiv centrală — deci cauza — care a avut repercusiunea periferică de ordin simpatic, a putut fi la rândul-i modificată, și chiar îndepărtată, prin simpla influențare a manifestației sale periferice — adică a efectului.

D-ni D-ri Cănciulescu, R. Hirsch și Paulon au căutat pe 4 bolnavi prezintănd *Syndromul hemogenic*, dar de etiologie diferită, să vadă efectele obținute prin iradierea tegumentelor cu raze ultra-violete, și prin iradiația splinei cu raze Röntgen asupra evoluției boalei în general precum și asupra duratei sângerării și cifrei hematoblaștilor locali.

Cercetările făcute în mai multe ședințe seriate sunt expuse cu toate detaliile pe tablouri sinoptice, din cari se poate vedea a) că acești agenți fizioterapici au avut o influență favorabilă în 3 din cazuri, la cari *syndromul purpuric* era în plină manifestare activă (la al 4, aflat între crize, terenul hemoragipar n-a putut fi influențat prin iradiația splinei, cum se întâmplase cu 3 ani mai înainte, când bolnavul se găsea în plină crisă) deci recomandarea acestui fel de tratament, b) determinarea prin iradiația cu raze ultra-violete a unui choc de ordin coloidoclastic, la care a participat și cifra hematoblaștilor c) demonstrarea oare cărei relații între diminuarea timpului sângerării locale și creșterea hematoblaștilor locali, dar relație nu absolută, ceea ce permite a face partea leziunii de endotelită parcellară denunțată de Roskam în acest *syndrom* și care explică aritmia sângerării.

Frecvența afecțiunilor colibacilare prin excursia tot mai deseori constatată în organism a colibacilului, acel oaspe banal și inofensiv al intestinului, înmulțirea *syndromelor* cauzate de acest microb capabil de agresivitate, atunci când virulența îi este exaltată printr'o afecțiune mai todeauna primitiv intestinală, multele stări febrile nedeterminate, în care sero-reacția Vidal pentru tific și paratific este negativă și totuși evoluția pledează pentru o afecțiune de ordin digestiv, constatarea destul de frecventă în aceste stări — și altelei în mod intermitent în timpul unor accese febrile pseudo-paludice — a colibacilului în uritele scoase aseptice cu sonda din vesică, ne-au determinat să expunem *Tratamentul colibacilozei* în general și D-l Dr. Rosenstein a făcut-o într'un mod practic și complet pentru o orientare de ordin general; atragerea atenției asupra unei atare posibilități ne face să căutăm și să constatăm acest *syndrom* mai des decât ne-am putea aștepta.

Dr. Cănciulescu

COMPTES RENDUS DES ARTICLES ORIGINAUX:

Les syndromes hemorragiques, Hemophilie et purpura par le *Dr. D. Zamfir*. Revue générale avec mise au point de la question et exposé des dernières recherches et indications thérapeutiques.

L'effet lactagogue des rayons ultra-violetes dans une période avancée de l'allaitement par *Ax. Iancu et Ilie Iana*. — La méthode de *Stolte et Wiener* (irradiation par la lampe de Quarz des mamelles en état de l'hypogalactie) a été appliquée par les auteurs chez 15 femmes d'une collectivité infantile de Cluj; dans des observations, très bien suivies, ils ont constaté que „dans un état de hypogalactie — chez la plupart de ces femmes — l'actinothérapie, le facteur alimentaire restant constant et le même tant avant qu'après le traitement, aurait pu exercer son effet lactagogue“ si cette nouvelle méthode constituerait le panacé attendu pour toute sorte de hypo ou d'agalactie.

Conclusion: l'effet escompté dépend de la nature de l'hypogalactie, la quelle doit être traitée en même temps.

L'Efédrine par les *D-teurs C. Radoslav et M. Petrescu*. — Les auteurs publient les constatations, qu'ils ont faites sur les avantages, que présente et sur les effets que cet alcaloïde végétal, appelé à remplacer l'adrenaline, exerce sur la tension artérielle, la glicémie, le tableau sanguin, le métabolisme basal, de même que pour le spleno-diagnostic du paludisme chronique.

Leurs études in extenso ont été exposées dans des diverses publications et par des communications faites à la Soc. Méd. des Hôp. de Bucarest, dont on trouve les indications au bas des pages. [11]

Un cas de syphilis héréditaire tardif par les *D-rs V. Dragoescu et S. Bacescu*, cas dont les manifestations tertiaires à l'âge de 31 ans, ont apparu sur une ancienne cicatrice traumatique du pied.

Troubles vaso-moteurs des extrémités traitées par la diathermie par *D. Paulian et D. Ghimuș*—chez deux malades et dont elles ont été momentanément guéries.

Le Traitement des collibacloses par le *Dr. I. Rosenstein*. Revue générale d'ordre thérapeutique.

Recherches faites sur le syndrome hémogénique (tromboctopenique) du purpura par les *D-rs M. Canciulescu, R. Hirsch et S. Paulon*. — Les auteurs ont cherché chez 4 malades présentant le complexe symptomatique du purpura, (par des prelevements sériés de sang aux pulpes des doigts et lobules des oreilles de même que dans la veine du coude) les chiffres — donc les rapports que existent entre les divers composants du syndrome sanguin (hémogénie appelé par *E. Weill*) caractéristique de cette maladie; les recherches ont été faites avant et à divers moments après l'exposé des teguments aux rayons ultra-violetes et irradiation de la rate et du foie (de même que de la pulpe d'un doigt et lobule d'une oreilles); le sens des variations (avec provocation de crises hémoclasiques *Vidal*) se voit sur les tableaux connexés; et l'amélioration (jusqu'à la guérison dans les obs. 2 et 3) des malades plaide pour l'emploi des rayons ultravioletes tout aussi bien que pour celui des rayons X dans cette sorte de maladie du sang.

REVISTĂ GENERALĂ

SYNDROMELE HEMORAGIPARE, HEMOPHILIA ȘI PURPURA

de

Dr. D. ZAMFIR

În afecțiunile hemoragipare, modificările celulare — morfologia sângelui — cad pe planul al doilea, în primul rând, rolul principal îl joacă tulburările coagulației sângelui și a vorbi de afecțiunile hemoragice, este a face istoricul maladiilor coagulației sângelui.

Afecțiunile hemoragice apar în un mare număr de afecțiuni medicale, în special maladiile ficatului, a rinichilor, a sângelui și în care hemoragiile nu sunt explicabile prin intensitatea leziunilor locale și pentru care trebuie considerat un factor umoral, factorul sanguin.

Astfel vom descrie hemoragiile dela hepatici, din cursul icterului grav, a spirochetozei icterigene și în un mare număr de afecțiuni medicale — de exemplu purpurile.

Afecțiunile hemoragice pot fi grupate în două categorii: 1) una specială cunoscută din vechime, sub numele de hemophilie; 2) altă mai complexă în raport cu diferite afecțiuni viscerale, reunite sub numele de purpură. Voi trata mai întâi, hemophilia, afecțiunea cea mai bine caracterizată dintre afecțiunile hemoragice.

I.

HEMOPHILIA

Este caracterizată frecvent prin abundența, incoercibilitatea și gravitatea hemoragiilor, provocate și nu spontane.

Din punct de vedere hematologic, hemophilia se caracterizează prin un singur simptom: întârzierea coagulației, incoagulabilitatea sângelui. Un al treilea caracter, necesar să completeze definiția acestei afecțiuni, este că ea e familiară și ereditară. În unele cazuri se observă hemophilia sporadică, care se arată pură sau asociată la syndromele purpurice. Voi discuta mai târziu aceste stări hemophilice mai complexe.

Prin urmare caracterele hemophilei sunt:

1. *clinic*: abundența, imposibilitate de a opri hemoragiile;
2. *hematologic*: întârzierea coagulației;
3. *etiologic*: caracter familiar și hereditar.

A. — HEMOPHILIA FAMILIARĂ

Aceste hemophilii familiare cunoscute din antichitate, au fost studiate adeseori de medicii arabi și sunt cunoscute din toate timpurile, în deosebi de medicii de copii.

Caracterele etiologice. Caracterul principal a acestei afecțiuni, este de a fi familială. Nici o dată etiologică nu explică geneza hemophilii familiare, nici o distrofie congenitală. Nici o infecțiune, nici o intoxicație câștigată sau hereditară nu explică leziunile sanguine, permanente în timpul, înainte și după accidentele hemoragice. Deci nu poate fi discuție nici de syphilis hereditară, nici de tuberculoză hereditară, etc., nimic nici de partea diferitelor viscere: ficat, rinichi, nici de partea sistemului nervos.

Singurul factor etiologic familiar este cunoscut, se citează unele familii, cum este familia Mempel, familie germană, care a fost studiată timp de cinci generații și grație lucrărilor medicilor care au urmărit-o, s'au putut bine evidenția caracterele particulare a acestei afecțiuni familiare.

Care sunt aceste caractere:

1. *Ea este transmisibilă din generație în generație.*
2. Totuși, ca în multe maladii familiare, medicul trebuie să fie atent și să nu elimine (înfirmă) diagnosticul de hemophilie sub pretext că în generația imediat anterioară a bolnavului n'a fost hemophilie; această afecțiune este *susceptibilă de a sări una sau două generații.*

3. Hemophilia familiară lovește în deosebi *sexul masculin*, băieții; în tot cazul ea este excesiv de rară la fete și este atenuată (ea este mai atenuată mai de grabă decât foarte rară).

4. Caracter destul de rar, ea este o maladie care lovește indivizii de sex masculin, dar care este *transmisibilă prin individul de sex feminin*. Ea este transmisă prin femei care sunt indemne în aparență și oamenii care sunt hemophilii nu par a transmite hemophilia la descendenții lor. De exemplu, în familia Mempel, s'a studiat familia cu 212 membri. Din acești 212 erau 111 indivizi de sex masculin, din care 37 hemophilii și 101 indivizi feminini, din care nici unul hemophil. Se socotește că hemophilia se transmite sexului masculin după legea heredității mendeliene. Se socotește că 50% aproape dintre hemophilicii hereditare au șanse de a fi hemophilii ei însuși. Așa într'o familie citată de Emile Weill, care erea compusă din opt băieți și opt fete, din opt băieți patru erau hemophilii; din opt fete nici una nu era hemophilică.

Sunt excepții: se citează familia în care indivizii masculini, transmit hemophilia descendenților lor, contrar regulii clasice sau ca hemophilia să apară în familie, considerate până atunci indemne. Totuși în aceste cazuri de hemophilie, este chestiunea adeseori de o diateză hemophilică ușoară, care a sărit una sau mai multe generații și din faptul că indivizii feminini erau mai numeroși ca acei din sexul masculin, nu s'au putut pune în evidență accidentele serioase — deci o hemophilie mică spre deosebire de marea hemophilie cu caracterele bine stabilite.

Symptomele marei hemophilii — a hemophilii familiare, sunt cunoscute de mult timp, de oarece în religia ebraică se admitea că în familiile hemophilice, când doi copii au sângerat la circumcisiune, se putea evita altora să sufere acest accident a circumcizii. La noul născut, după căderea cordonului ombilical, s'au văzut cazuri foarte repede mortale.

Caracterele generale și esențiale ale hemophilii:

a) Hemoragie în general unică, care nu este spontană — deci deosebită de a purperei cronice.

b) Durata este extrem de lungă.

c) Au tendință de a recidiva local (exemplu tendința de a se reface a unei hemoragii la nivelul aceleiași articulații. Ceiace este esențial e că hemoragiile nu sunt spontane, dar provocate, câte odată prin cauze neînsemnate în aparență.

Diferitele hemoragii ce pot fi observate: 1) hemoragii a mucoaselor, hemoragii dentare, exemplu în urma unei avulsioni sau în urma căderii naturale a unui dinte; 2) epistaxis, în urma celei mai mici leziuni ale mucoasei; 3) hemoragii ale mucoaselor interne: melena, hēmatemeze, hematurii sau metroragii. Acestea sunt extrem de importante, căci pot întuneca pronosticul hemophiliiilor la femeie. Caracteristic la hemophilia feminină, când este gravă, este de a fi limitată la un singur simptom: metroragia. Este posibil de a vedea într'o familie hemophilă o fată îndemnă de hemophilie, prezentând mai târziu în momentul nașterii, hemoragii de expulsiie foarte grave, uneori mortale — ceea ce arată că hemophilia poate să existe și la femeie; 4) hemoragii cutanate, mai puțin importante ca ale purpuri; hematome cutanate de mare importanță pentru diagnostic, o echymoză cutanată poate orienta diagnosticul în sensul unei maladii hemoragice.

5) Hematomele subcutanate sunt mai importante. În aparență spontane, în realitate sunt datorite unui mic traumatism ca injecție medicamentoasă, o înțepătură (injecție) pentru cacodylat. Sediul acestor hematome-subcutanate la nivelul membrelor inferioare; hematomele fesiere în deosebi sunt foarte greu de rezorbit și dau o crepitație deosebită. Pot fi găsite de asemeni la nivelul psoasului sau la nivelul pleoapelor sau a aparatului reorobitar. Cauza: un efort, o oboseală neobișnuită. Hematomul psoasului este cel mai cunoscut: după un efort, o adevărată psoită cu membrul inferior flectat, bolnavul palid și anemic, febril. Această falsă psoită se rezorbe fără supurație, în marea majoritate a cazurilor.

Marele hematom dintre mușchii fesieri se traduce prin o crepitație de zăpadă importantă și câte odată o echymoză care atinge pielea după un oarecare timp și care este extrem de întinsă.

În al treilea rând, după țesuturile subcutanate și musculare vin articulațiile. Aici avem complicația cea mai importantă a hemophilii:

6) Hemartrozele hemophilice, destul de rare și este nevoie de o mare hemophilie familiară cu o mare întârziere a coagulații sanguine pentru ca să fie produse. Ating în deosebi genunchiul, mai rar coapsa. Se observă în general în urma unui efort ușor, extrem de ușor, disproporționat cu importanța leziunii articulare și această disproporție este suficientă ca să caracterizeze hemartroza hemophilică.

La 12 ore după durere, genunchiul devine globulos, membrul în semi-flexiune, fără echymoză vizibilă dar se observă o crepitație de zăpadă în raport cu chiagul și revărsarea sanguină; senzații de căldură locală, adeseori temperatura ușor ridicată, la 38°, care este o febră de rezorbție și nu de infecție — probă că odată cu rezorbția sângelui, temperatura revine la

normal, fără nici un fenomen infecțios. În 15 zile totul intră ordine; dar câteodată persistă puțină atrofie a quadricepsului. Ceiace este important este posibilitatea recidivei fie cu ocazia unui traumatism, fie fără cauză aparentă — predispoziția locală.

Uneori ori hemartroza nu se rezoarbe și este urmată de o adevărată artrită, frecături, cracmente articulare inculție colaterală sau chiar rechauzarea artritei prin noi puseuri hemoragice. Alteori hemartroza este urmată de o adevărată anchyloză, nu completă și osoasă, ci fibroasă, hematoamele sunt foarte limitate, dureroase și individul poate deveni infirm, chiar cu o subluxație a platoului tibial.

Concluzii terapeutice: în fața unei hemartroze lente în a se rezorbi și necomplet, se impune imobilizarea membrului în o poziție favorabilă în vederea unei bune anchyloze adică în rectitudine pentru membrul inferior, în unghiu drept pentru cot.

7) Hemoragii viscerale, contrar celor observate în purpura, sunt rare. Hemoragiile retiniene și choroidiene se produc cu o cecitate, cele labirintice se traduc prin o surditate cu vertijul lui Ménière. Hemoragiile cerebrale și meningiene servesc la autopsie să se facă diagnosticul retrospectiv de hemophilie.

Gravă este hemoragia în urma unei răni de război — hemoragie incoercibilă în urma căreia individul moare pe câmpul de luptă. Un motiv pentru care hemophilia este un caz de incompatibilitate absolută la serviciul militar, un caz de reformă.

d) În afară de perioada hemoragică nu se poate găsi nici un stigmat de hemofilie, la nivelul vr'unui organ (nici ficat, nici rinichi, etc.), ci trebuie făcut examenul sângelui, numerotarea globulelor roșii n'are interes, fiindcă la hemophili elementele figurate sunt sensibil normale.

Marea anemie a hemophilii nu se vede în practica curentă, ci se observă numai la hemophilii în pragul morții din cauza intensității hemoragii.

Ca și numărătoarea gl. roșii, examenul hemoglobinei n'are importanță; hemoglobina este normală dacă individul nu sângerează, este micșorată la prora hemoragie în perioada hemoragică.

Globulele albe. Nimic de semnalat de partea acestora. Ușoara leucocitoză este un fapt banal, în raport cu hemoragia care va dispărea, de îndată ce bolnavul va fi reparat sângele său.

Plaquetele sanguine, sunt în hemophilie în același număr ca normal (adică 250—300.000 pe mme.). Șe cunoaște rolul lor în coagulație sau mai bine zis în retracția chiagului.

Fibrina este normală (ar avea interes pentru că grație precipitării fibrinei se opresc hemoragiile).

Sărurile de calciu sunt normale (phenomen paradoxal). Singurul stigmat sanguin — *întârzierea coagulații* — un symptom constant, chiar în afară de perioada hemoragică.

Cum se caută întârzierea coagulații?

Mai multe procedee: 1) luarea de sânge practicată la capătul unui deget, ca pentru un examen hematologic obișnuit, sângele cules pe lamă (Millian) sau într'o eprubetă (Hayem). Procedeu expus la erori, fiindcă mica plagă digitală poate provoca coagulația sângelui; 2) Puncția venoasă (Ben-

saude, P. Emile-Weill) cu un ac de mic callbru. Sângele va fi recoltat într'un tub de hemolyză de diametru de $\frac{1}{2}$ cm., se va lua sânge în 2—3 tuburi de hemolyză — deci 4—5 cmc. de sânge. Normal coagulația începe după 5—6 minute, apoi se completează iute și după 10 minute se poate răsturna tubul, constatându-se fenomenul de coagulație. Din contră, la hemophili, coagulația nu începe decât după 20 minute $\frac{1}{2}$ și chiar 1 oră.

Al doilea fenomen privește *aspectul chiagului*. Normal după 24 ore, se observă refracția chiagului, care plutește în serul clar mai mult sau mai puțin colorat de sânge.

În hemophilie: fibrina prin faptul încetinelii coagulării, întârzie să se formeze și să învâluască globulele. Acesta prin faptul greutateii lor, cad la fundul tubului, iar la partea superioară a tubului se observă plasma mai mult sau mai puțin abundentă.

Coagulația se face încet, dar în un mod cu totul special, în loc de un chiag roș înconjurat de ser, globulele roșii vor cădea la fund, iar la partea superioară un chiag alb, constituit de fibrină, înglobând plaquetele, la partea inferioară, va îngloba hematiile sedimentate, dar nu retractate.

Acest fenomen poartă numele de „coagulație plasmatică“.

Retracția chiagului este mai puțin energetică decât este normal și mai marcată, în regiunea superioară decât cea inferioară.

Un ultim punct: *timpul însângerării*, adică durata micii hemoragii ce se observă la lobulul urechii, în urma unei mici răni cu un vaccinostyl — o plagă de 2 mm. lărgime pe 2 mm. profunzime. Normal timpul de însângerare este de 3 minute la un sănătos; de aceeași durată este și la un hemophilic.

Deci hemophilia fermă comună are particularitățile enumerate adică debut din copilărie, symptome mucoase, echymoze subcutanate, dar câteodată se atenuiază la pubertate și determină o ameliorare.

În forma gravă din contră, se observă mari hemoragii hemartroze, așa că după Carrière 11% numai depășesc vârsta de 20 ani.

Alături de formele grave, sunt formele fruste și latente, hemophilii ușoare, aproape necunoscute. Dintre acestea face parte *hemophilia feminină*. Aceasta este atenuată și se traduce prin hemoragii genitale fie în momentul regulilor, fie în momentul expulsii.

Deci raritate și localizare la uter: iată cele 2 particularități ale acestui fel de hemophilie.

Alături de marea hemophilie familiară a cărui tablou l'am expus, există o mică hemophilie — *numită hemophilia sporadică*.

B. — HEMOPHILIE SPORADICĂ

Este chestiunea de indivizi, care nu aparțin unei familii hemophile, și totuși prezintă hemoragii incoercibile, mai puțin importante ca în marea hemophilie, putând pune viața în pericol și care au acelaș stigmat hematologic, adică o întârziere a coagulației. Hemophilia, este just, este mai puțin netă, mai puțin gravă, mai puțin forte, iar tulburările de coagulație sunt mai puțin intense. Timpul de coagulație prezintă o întârziere de 20—30 minute și ajunge rar la o oră. Tratamentul este acelaș.

Tratamentul pentru toate varietățile de hemophilii, este acelaș: consistă în adjoncțiunea de ser proaspăt organismului care duce lipsă de

unele substanțe, anume de trombo kinază (ferment coagulant). Următorul fapt probează această particularitate: dacă la sângele de hemophil care coagulează cu o extremă încetineală, se adaugă într'un tub, ser de om sau de animal normal, proaspăt, se produce o coagulație rapidă în tub. Această proprietate este utilizată în terapeutică.

Se fac *injecții intravenoase subcutanate sau chiar intramusculare de ser proaspăt uman sau de ser proaspăt de animal* — ca serul hemopoietic care provine dela cai (excitant al hematopoiezei): hemostyl, hemogenol. În lipsă de ser hemopoietic, ser antidifteric, antimeningococic, cu condiția să fie proaspăt.

În unele cazuri, dacă hemoragia este foarte profuză, se întrebuințează *serul antihemoragic Dufour*, asociindu-l cu pansamentele locale cu comprese îmbibate de acelaș ser proaspăt sau pudră de ser.

Tratamentul preventiv al unui hemofil, care ar avea nevoie de ex. de o intervenție chirurgicală sau avulsie dentară: poate fi împedecat de a sângera, făcându-i 24—48 ore înainte intervenției o injecție subcutanată cu 30—40 cc. de ser proaspăt.

Se poate încerca ameliorarea stării sângelui la un hemophil, care nu sângerează? P. E. Weill recomandă de a practica la 2 luni sau în fiecare lună o injecție de 20 cc. de ser hematopoetic sau ser proaspăt și făcând din timp în timp examene ale timpului de coagulație, se va observa că foarte adese ori el devine din ce în ce mai repede, apropiindu-se de normal.

Deci în unele cazuri se poate vorbi de ameliorare, nu de vindecare, punând hemophilicii la adăpostul accidentelor așa de grave ale hemophiliei familiare.

II.

PURPURILE

Purpurile primitive acute	}	purpura reumatoidă purpurile infecțioase hemoragice purpura echimotică.	}	purpura typhoidă purpura fulminans
Purpurile primitive cronice	}	1) purpura cronică apyretică (Bensaude și Rivet)	}	
		2) hemogenia		
		3) trombopenia esențială (Franck)		
		4) purpura splenogenă (Kaznelson)		
		5) purpura trombastenică (Glanzmann).		
Purpurile simptomatice	}	infecțioase	}	meningococică
				pneumococică
				streptococică
toxice: benzol, novarsenobensol	}	}	}	tuberculoase
				din cursul febrei eruptive.
				autotoxice: icter grav, spirochetoza-ictero-hemoragică, etc.

Purpura este o boală atât de răspândită, un sindrom atât de frecvent cu patologia infecțioasă acută sau cronică, încât merită toată atențiunea noastră. Voi căuta a schematiza într'o clasificăție cât se poate de completă

diferitele varietăți ale acestui sindrom. Iată cazul unui tânăr de 17—18 ani, venit în serv. Prof. Widal și prezentat nouă pe ziua 24/IV/928 de maestru. Ceiace frapează este cecitatea ochiului stâng în urma plăci hemoragice retiniene (hemogenie oculară); în acel moment timpul de sângerare 15 minute, cel de coagulare puțin tardiv, cu chiaguri retractile. De teama de a nu și pierde vederea și la celalt ochiu, reclamă cu insistență intervenția operatorie și i-se practică splenectomia (ligatura splinei ar fi de recomandat la marii anemiatii). Splenectomia a dat rezultate admirabile: revenirea la cantitatea de hematoblaste normale de 260.000 pe mmc. în loc de 15.000, ca înainte de intervenție.

Timpul de sângerare normal, semnul storei negativ. Ilustrând cu acest caz capitolul purperei, voi trece la descrierea pe larg a diferitelor tipuri clinice.

Mai întâi *ce este purpura?* Este un *symptom cutanat: hemoragii cutanate care nu se șterg la presiune*; cele de volum mic se numesc *peteșii*, de talie mai mare *vibice* și înfine hemoragiile de talie considerabilă, numite *echymozes*.

Purpura astfel înțeleasă nu devine gravă și nu ia caracterul unei maladii decât când se însoțește de hemoragii ale mucoaselor sau a viscerelor. Vom considera astfel purpura ca un sindrom, deosebit prin modificările.

Conform tabelului alăturat vom descrie mai întâi

A. — PURPURILE PRIMITIVE ACUTE

Cea mai frecventă dintre purpurile primitive acute este purpura reumatoidă, numită deasemeni purpura simplex, semnificând că în această maladie, purpura cutanată este singurul simptom și nu se însoțește de hemoragii ale mucoaselor, nici a viscerelor.

Purpura reumatoidă se observă adese ori la copii, este o maladie primitivă, fără nici un raport cu ereditate nici cu o tendință hemoragică sau hemophilică anterioară.

Odată terminată în evoluția ei, nu lasă nici o stare hemoragică, indivizii sunt vindecați sau imunizați, deci se comportă ca o maladie infecțioasă.

S'a numit reumatoidă, fiindcă această afecțiune se rezumă la două symptome: purpura cutanată și dureri reumatismale. În primele zile un sindrom infecțios ușor (38°) cu tulb gastro-intestinale.

După câteva zile peteșii pe membrele inferioare, câteodată la membrele superioare, trunchiu, cu o distribuție nu-metamerică ci radiculară ca în zonă. Durerile articulare sunt atât de intense că ne gândim la reumatism poly-articular acut, însă fără mare fluxiuone, generalizate la un mare număr de articulații, ca și la regiunile abarticulare, la mușchi, teci-tendinoase. La durerile reumatoide se adaugă oedem, puțin marcat, dar uneori destul de important, la nivelul membrelor inferioare a gâtului, picioarelor, maleolelor.

Albumină trecătoare. Turburările gastro-intestinale importante se traduc prin crize abdominale dureroase, vărsături precoce, câte odată diaree cu sânge (singura excepție la regula relativă a purperei reumatoide care nu se însoțește în general de hemoragii interne). Totul deci formează o stare infecțioasă care aduce erori de diagnostic și ne face a ne gândi la apendicită și chiar la fenomene peritoneale.

La copii, s'au văzut cazuri de a fi aduse pe masa de operație copii

mici pentru apendicectomie, la care nu era nici urmă de apendicită și la care a doua zi dela intervenția chirurgicală, durerile articulare ale purperei apărură. Câte odată erupția purpurică este acompaniată de o erupție nepurpurică, de typul urticarian sau de typul erytemului nodos. (Se știe că erytemul nodos care se înrudește cu reumatismul acut, se caracterizează prin dureri reumatismale, oedem, albuminurie, symptome care se adaugă la fenomenele de purpură esențială).

Acesta este tabloul purperei simple, care se vindecă și nu durează mult timp (în 15 zile evoluția este terminată) și nu lasă sequele ca reumatismul articular acut.

Al doilea typ: **purpura infecțioasă hemoragică**. Ceiace domină în acesta este febra, sindromul infecțios, care 'l deferențiază de precedentul unde predomină durerile articulare.

Al doilea fenomen nou sunt hemoragiile (a mucoaselor și chiar uneori a viscerilor). Această formă de purpură hemoragică se divide în

(a) <i>forma typhoidă</i> cu evoluția acută
	b) <i>forma fulminans</i> a lui Hensch cu evoluție supra-acută.

Forma typhoidă este *tyfosul angio-hematic al lui Landouzy*. Această formă se caracterizează prin un sindrom infecțios important, temperatură cu debut brutal la 39°—40°, care rămâne apoi în platou sau prezintă câteva oscilații timp de 8—15 zile (de aici numele de tifos angio hematic). Apoi fenomenele gastro-intestinale se instalează cu aceleași caractere ca în purpura reumatismală, dar mai intense, iar după câteva zile apare *purpura*, cu un caracter mai important ca în precedentă, mici peteșii, mari peteșii și echymoze mari și chiar bule sanguinolente, cari se pot ulcera și deveni gangrenoase cu ulceratii profunde, cari sângerează și devin de o gravitate considerabilă.

Hemoragia se întinde și la mucoase: epistaxis, hemoptizii, hematurii, hemoragii buco-pharyngee și chiar hematemeze.

Uneori există și hemoragii viscerale (moarte în urma unei hemoragii cerebrale sau meningeae). N'are complicații cardiace în general. Evoluția acestui sindrom este severă, moarte în $\frac{1}{2}$, sau chiar $\frac{2}{3}$, de cazuri. Totuși un tratament destul de energic poate salva bolnavii (transfuzie sanguină și radioterapia splinei).

Purpura fulminans a lui Hensch, este forma hyperinfecțioasă a precedentei. Se observă în special la copii, debut brutal prin frisoane, temperaturile 40° și repede acompaniată de echymoze, oedem, albuminurie. Phenomenele infecțioase sunt atât de grave, în cât moartea survine în 2—3 zile.

Nu se observă hemoragii ale mucoaselor, fiindcă n'au avut timp să apară din cauza evoluției rapide a afecțiunii. Ceace omoară bolnavii, nu este fenomenul hemoragic, ci însăși infecția.

A treia și ultima formă de purpură primitivă este *purpura echymotică sau maladia lui Werlhof*. Survine în general la copil, dar ceiace o face să difere celelalte forme: 1) *este apyretică*, cu toate că este acută; 2) *adă loc la vaste echymoze*, acompaniate de hemoragii ale mucoaselor destul de discrete. Echymozele sunt astfel demarcate încât această maladie a copiilor a ocazionat câte odată erori medico-legale destul de particulare; unii părinții au fost urmăriți judiciar de a fi brutalizat copii cari erau pur și simplu

atingi de maladia lui Werhhof, pe când se dedea de gândit că este vorba de traumatizme a copiilor, cari au fost znopiți de lovituri, fiindcă n'aveau nici temperatura și nici sindromul infecțios descris în celelalte purpuri.

Cu toată întinderea și numărul echymozelor, această maladie are o evoluție benignă, ceiace concordă cu caracterul său neinfecțios și nefebriil.

Deși descrisă la capitolul purpurilor acute, ar putea foarte bine intra în cadrul purpurilor cronice cu un puseu apyretic survenind la un individ atins de o formă frustă de purpură. O maladie cronică care se traduce prin episoade acute, nu este o afecțiune cronică în viața individului, infecțioasă hemoragică ca purpurile acute.

B. — PURPURILE CRONICE

În acest grup, sunt aceleași symptome ca în purpurile cutanate ca și aceleași complicații: hemoragii mucoase și viscerale. Dar cea ce le caracterizează este starea cronică și desesperantă a recidivelor. Ca și hemophilia durează aproape toată viața individului. Acești bolnavi au nevoie de a fi tratați mult timp, de a fi supravegheați, căci este chestiunea de o particularitate a sângelui lor, de a face purpuri numeroase.

După tabloul alăturat avem a descrie: 1) **purpura cronică apyretică a lui Bensaude și Rivet**, care se împarte în: a) forma continuă, care este rară și b) forma intermitentă, mai frecventă. Sunt indivizi care cu ocazia tulburărilor gastro-intestinale, fac mari puseuri de purpură, care când sunt destul de forte, se acompaniază de hemoragii ale mucoaselor, a viscerelor. Această afecțiune este apyretică, afebrilă, fără dureri reumatizmale, nici n'are sindrom hemoragic. Ea creiază o stare deosebită a individului și îl împiedcă de a duce o viață normală, din cauza tenacității sângerării.

2) **Hemogenia** după E. P. Weill este o stare a sângelui analoagă hemophiliei, dar care se opune acesteia.

Este o stare a sângelui caracterizată prin un timp de sângerare alungit, o diminuare a plachetelor; prin posibilitatea de a provoca semnul „storei” (purpura provocată), înfine caracterizată încă prin un timp de coagulație normal, care se opune hemophiliei. Este o stare latentă sanguină patologică, descrisă de Weill, deși nu cu totul de aceeași natură ca purpura cronică apyretică, dar în realitate îi constituie substratul.

3) Stările descrise de germani: Prima este **trombopenia esențială a lui Franck**, caracterizată prin tendința la purpură și prin trombopenie, adică diminuarea plaquetelor sanguine sau hematoblaste. Această insuficiență cantitativă a sângelui în plaquete, ar fi pentru majoritatea autorilor, cauza principală a alungirii timpului de însângerare.

4) **Kaznelson** a numit altă formă, **purpura splenogenă**. După acest autor, splina este primum movens al acestei maladii (de unde și numele de purpură splenogenă) și el a avut ideia de a trata purpura prin splenectomie, care este tratamentul cel mai heroic a acestor purpuri.

Splina ar exercita acțiunea în situ de distrugătoare a plachetelor; după Franck din contră acțiunea splinei s'ar exercita la distanță indirect asupra megacaryocitelor măduvei osoase și deci origina trombogeniei ar fi mai mult medulară decât splenică. Splenectomia cadrează deci și cu ideile lui Franck,

căci se știe că ablația splinei pare să stimuleze activitatea măduvei osoase și a megacaryocitelor în particular.

5) În fine, în a cincea formă, vom descrie cu numele **purperei trombastenice** a lui Glanzmann, o purpură care s'ar datori unei insuficiențe calitative a plaquetelor, dând o alterare a funcțiunei plaquetelor sau trombocytelor. *Etiologie.* După Aubertin ar fi bine ca toate aceste varietăți de purpură cronică să fie unite într'un singur grup (grupul purpurilor cronice primitive). În toate maladia este aceeași, caracterizată prin o tendință purpurică însoțită de fenomene hemoragice și stigmatice hematologice, desemnate sub numele de hemogenie. Este un syndrom destul de frecvent, care se poate observa la toate vârstele, dar care debută mai târziu decât hemophilia și care se observă tot atât de bine în sexul feminin ca și în sexul masculin.

Contrar hemophilia este o afecțiune hepatică adeseori; în insuficiența hepatică, cholemia familiară în icterul hemolitic, în diversele afecțiuni care se caracterizează prin o debilitate hepatică, se observă acest syndrom purpuriform.

Deci în prezența purperei trebuie căutată etiologia hepatică, dar sunt și alte organe care pot juca un rol purpurigen, astfel tyroida, ovarele, adică insuficiența tyrodiană sau ovariană, care în unele tipuri de amenoree sau dysmenoree sunt în raport cu syndromul purpuric. Și nu este rar de a observa ameliorări la unele femei care prezintă acest syndrom, prin tratamentul endocrinian, ovarian, tyroidian sau tyro-ovarian asociat. În unele cazuri s'a putut vindeca o maladie a căilor genitale a femeii fără întrebuițarea tratamentului hemato-ethyroidian, când fenomenele sunt legate de un basedowism.

Am văzut deasemeni rolul ce'l joacă splina (după concepția lui Kaznelson și a lui Franck) cu indicația terapeutică a splenectomii.

Tuberculoza ca și sifilisul hereditar joacă deasemeni un rol important în etiologia purpurii cronice.

Symptomele purpurii cronice.

Puseuri purpurice, recidivante, dezesperante atât pentru familie cât și pentru medici; raporturile cu regulile a acestor puseuri, care recidivează înainte sau după momentul regulilor. Ele se văd și în cursul infecțiilor, sau după maladiile infecțioase (contrar hemophilii).

Alături de puseurile cutanate, hemoragiile ale mucoaselor uneori ușoare, alteori grave, mai există hemoragiile viscerale, (hematemeze, maelena) mai puțin importante ca acele a mucoaselor. Febra și fenomenele generale (anemia) sunt puțin încercate, cu toată importanța syndromului purpuric și hemoragic. Anemia este în raport cu gradul hemoragic.

Ficatul, splina sunt puțin mărite de volum; nu se observă nimic la inimă, nici la pulmon, nu se observă hematurie *ci numai leziuni sanguine.*

Aceste forme cronice sunt compatibile cu o viață lungă. Terapeutică întrebuițată vizează nu a vindeca maladia, ci puseurile purpurice, deci ameliorarea individului. Singură splenectomia ar permite transformarea vi-ciului sanguin (substratul purperei).

C. — PURPURILE SIMPTOMATICE

Purpurile descrise până acuma erau fără etiologia precisă, cele ce le voi descrie recunosc diferite cauze.

Le putem deviza în purpure infecțioase, purpure toxice și antitoxice.

Printre formele infecțioase, descriem mai întâi purpura meningococică, adică septicemia meningococică fără meningită cerebro-spinală.

Această afecțiune cu tip de febră meningitică se traduce adeseori prin purpura particular intensă cutanată și mucoasă.

În fața unui caz de purpură unii autori susțin a se întrebuința la întâmplare ser antimeningococic mai degrabă decât ser antidifteric, căci astfel se pot face 2 lucruri: a lucra asupra meningococemiei și asupra purpurii, întrebuințând o substanță antitoxică din punct de vedere meningococic și ser proaspăt din punct de vedere al purpurii.

Forma pneumococică. Importanță din punct de vedere experimental pentru că cu infecția pneumococică se putea provoca la unele animale purpura, nu e rar de a vedea septicemii pneumococice traducându-se prin endocardită și însoțită de purpură (pneumococii erau probați prin hemocultură).

Forma streptococică. Există o maladie datorită streptococului, numită scarlatina puerperală (este o septicemie strepto-pneumococică, însoțită de o afecțiune scarlatiniformă și câte odată de purpură). Altă formă de afecțiune streptococică este *endocardita infecțioasă a cardiacilor, maladie a lui Ossler-Vaquez*. Purpura se acompaniază aici de panarițiu lui Ossler (un fel de erytem nodos la nivelul degetelor și de splenomegalie).

Tuberculoza și în special forma acută granulia, se poate acompania de purpură (granulie cu formă hemoragică) ele nu sunt grave.

Febrele eruptive pot cauza sindromul purpuric astfel: variola hemoragică (care se traduce adeseori prin purpură, însoțită de hemoragii mucoase și viscerale) numai noțiunea de epidemie de a diagnostică variola, care altfel ar trece necunoscută ca atare din cauza fenomenelor care amintesc purpurile simptomatice.

Printre formele toxice: în intoxicațiile cu benzol și cu novarsenobenzol se observă purpure.

Formele autotoxice, unde ficatul, rinichii, inima, cașecesia joacă un rol important. În ceiaze privește ficatul insuficiența hepatică se traduce prin purpură în icterul grav, *spirochetoza ictero-hemoragică, perioada terminală a cașeciilor*.

Din punct de vedere hematologic se cunosc cele cinci stigmatе ale purpurii: 1) *prelungirea timpului de sângerare*; 2) *irretractilitatea chia-gului* (complectă, totală sau discretă); 3) *diminuția numărului plaquetelor*; 4) *timpul de coagulare normal* (semn negativ); 5) *purpura provocată*.

Toate aceste fenomene se opun formal sindromelor hematologice ale hemophilii.

T R A T A M E N T

În timpul accidentelor acute se va recurge la medicația coagulantă, în perioada intercalară la medicația endocriniană, patogenia glandulară jucând un mare rol, după cum am văzut la descrierea varietăților de purpură:

1) *Medicația opoterapică.* P. E. Weil, ținând seamă de frecvența tulb-endocrinienne, în particular thyo-ovariene și hepatice, înzistă asupra tratamentului opoterapic bine susținut. Recomandă *hemato-ethyroidina*, extract tyroidian; în caz de metroragie extract mamar, iar în caz de cholemie în-

tenă (exagerată la hemogenie) extractele hepatice. Metoda lui Whipple se adresează la bolnavii foarte anemiți.

2) *Medicația coagulantă*, în prezența accidentelor hemoragice : a) clorul de calciu, soluțiile de pectină, ser de cal normal sau serul antitoxic, calea gastrică discutabilă, injecția subcutanată (20 cc.) expune la accidente anafilactice, de aceea se va recomanda calea rectală goute à goute rectal de $\frac{1}{2}$ litru sau 1 litru de ser glucozat 47 la 1000, la care se adaugă 40—60 cmc. de ser de cal și la nevoie câteva picături de adrenalină.

Serul seric al lui *Dufour și Le Hello* (ser de iepure de casă, care a primit în diferite reprize mici injecții intravenoase de ser). O ampulă de 10 cmc. este suficient, Cohen întrebuințează ser uman dela bolnav însuși, sau dela rude.

Peptonă în injecții subcutanate. Se injectează 3—10 cmc. (Nolf).

din soluția	{	Peptonă Wite	5 gr.
		Na Cl	0,50
		Apă destilată	100 cc.

3) *Medicații lucrând asupra plaquetelor sanguine*. Semnalăm mai întâi simpla injecție de sânge total (20—40) cmc.) fie dela bolnav însuși, sau dela o rudă, sau chiar dela un străin, ne vom înconjura de toate precauțiunile obișnuite în transfuziuni (alegerea grupului sanguin este absolut necesar).

Trei procedee par să se adreseze în deosebi insuficienței plaquetelor : *injecția de extract de plaquete; iradiația splinei, a măduvei osoase sau a pielii; splenectomia*. Să semnalăm deasemeni și ligatura arterei splenice.

a) *Injecția de extract de plaquete (coagulen)*. Sunt puține observațiuni relativ la acest procedeu. Trei injecții de 20 cmc. de coagulen la 2 zile interval opresc hemoragiile. În alte cazuri 40 cmc. de coagulen dau același rezultat (amândouă sunt observațiile lui Mercklen și Wolf dela Strassbourg, Soc. Méd. des Hôpitaux Août 1926). *Marquezy* critică eficacitatea acestei metode.

b) Al doilea procedeu irradiație splenice, măduvei osoase și a suprafeții cutanate.

În 1920 Stéphan a inaugurat metoda radioterapiei în tratamentul purporei cronice. Cercetările în Franța a lui Pagniez, Ravina, Solomon, Mercklen și Wolf în urmă, au demonstrat în definitiv că dacă irradiația splinei are acțiune asupra coagulației sanguine, acțiunea ei asupra timpului de sângerare pare mai îndoișoasă. Din contră, irradiația oaselor lungi este mai utilă, ea pare să stimuleze activitatea măduvei osoase, unde ar lua naștere globulinele. La ultimul procedeu se pare că ne putem adresa în hemogenie, fără însă a aștepta rezultate definitive.

3) Kaznelson a indicat primul splenectomia (în 1916) în purpura hemoragică cronică. De atunci observațiile s'au înmulțit. Între alte observații putem citi și a lui Hațieganu și Jacobovici. (Congrès français de médecine Oct. 1927).

Operațiunea însăși este destul de simplă. Splina neindurată, puțin hipertrofică, este rar aderentă. Scurtimea ligamentului phreno-splenic poate face dificilă exteriorizarea. Hemoragiile operatorii sunt rare. Mortalitatea post-operatorie la 44 cazuri, raportate de N. Fiessinger este de 10 la 100.

Prepararea bolnavului este foarte importantă. Chirurgul nu va interveni

decât la un bolnav neanemiat, a cărui timp de coagulație și de sângerare se apropie maximum de normală. Este de subliniat importanța transfuziunilor sanguine ca și a medicației coagulante, în zilele cari preced.

În 80 % aproape (după Allan Spence) rezultatele splenectomiei sunt admirabile. Azistăm la o adevărată resurecție și hemoragiile încetează aproape imediat, chiar câteodată pe masa de operație. Instantaneu aproape se observă modificările sanguine, diminuarea timpului de sângerare și mărirea considerabilă a numărului plaquetelor sanguine. În acelaș timp chiagul devine retractil. Disparația semnelui sforii este mai puțin constantă.

În majoritatea cazurilor, vindecarea clinică se afirmă și hemoragiile nu se mai reproduc. Pronosticul maladiei este în întregime transformat. Din studiile diferiților autori, sunt cazuri de vindecare clinică și biologică totală. Sunt cazuri de vindecare clinică completă cu vindecare biologică incompletă (timp de sângerare normal, cu numărul de plaquete tub normal). Din contră sunt cazuri de vindecare biologică nulă sau pe aproape cu ameliorare clinică foarte marcată. Pentru a judeca mai bine de viitorul acestor bolnavi splenectomiizați, este de dorit ca bolnavii să fie urmăriți mai mulți ani.

Lemaire și Debaisieux din Louvain publică în Acad. royale de Belgique, Mars 1924, ca și cazurile expuse la Congrès Français de Médecine din Oct. 1927, observațiuni de purpura hemoragică acută foarte grave, cu sângerare à blanc, deci anemie foarte pronunțată și în care ligatura arterei splenice a dat rezultate admirabile. Bolnavii foarte slăbiți nu puteau suporta splenectomia. În viitor rămâne de stabilit indicațiile splenectomiei și a ligaturii arterei splenice.

In re z u m a t : splenectomia în cursul purperei hemoragice cronice rămâne o intervenție admirabilă, de recomandat în formele grave cu hemoragii abundente tenace și repetate.

În formele benigne, mijloacele medicale, (injecții de sânge, sau de ser, coagulen, iradiația splinei sau cutanată, opoterapia) vor fi suficiente în mare număr de cazuri.

Centrul pentru ocrotirea copiilor Cluj

**Director : Docent Univ. Dr. Axente Iancu,
med. primar**

EFFECTUL LACTAGOG AL RAZELOR ULTRAVIOLETE INTR'O PERIOADĂ MAI AVANSATĂ A PROCESULUI DE ALAPTARE *)

de
AX. IANCU și ILIE IANA

Alimentația sugacilor la sânul mamei este azi pentru toți pediatrii de o incontestabilă importanță. Cu toate progresele științei medicale în general și a pediatriei în special și cu toate lucrările și publicațiile extrem de numeroase cari au văzut lumina tiparului, referitor la alimentația artificială, laptele de mamă este încă mereu alimentul suveran, singurul adecvat cerințelor organismului tânăr care poate să-l utilizeze fără ca el să ajungă în «stare de suferință și pericol de moarte» (Th. Roussel).

Statisticile internaționale dovedesc că mortalitatea infantilă este mai mare la copii alimentați artificial decât la cei alimentați natural. În timp ce sucombă un singur copil alimentat la pieptul mamei sale, dintre cei alimentați artificial mor 5-7.

Pfaundler a demonstrat că un copil rachitic face de 3 ori mai repede bronchopneumonie pe urma afecțiunilor catarale ca: gripă, pojar și tuse convulsivă și că el sucombă de 2 ori mai repede decât cei nerachitici. Dat fiind că contingentul extrem de mare al rachiticilor se recrutează cu o deosebită predilecție din contingentul sugacilor alimentați artificial, fiecare poate să se documenteze chiar și din aceste cifre publicate de clinica pediatrică din München, asupra marelui importanțe care revine laptelui de mamă în alimentația copiilor din primele luni ale vieții.

Dacă laptelui de mamă îi revine un rol de o considerabilă

*) Lucrare prezentată în ședința din 23 Februarie 1929 a Soc. științelor medicale din Cluj.

însemnătate în alimentația sugacilor din mediul familiar, apoi această importanță crește până la valoarea unui aliment absolut indispensabil pentru mediul colectivităților infantile, care aglomerează și adăpostește copii din prima vârstă expuși infecțiilor multiple, în ciuda principiilor de asepsie și antisepsie bine stabilite cari nu pot fi ținute în seamă fie din cauza unei amenajări defectuase a serviciilor, fie din motivul că combaterea infecțiilor, îndeosebi celor catarale, este extrem de anevoioasă. Pericolul colectivităților infantile există și azi din nenorocire, el este însă mult atenuat în raport cu ravagiile pe cari le producea în trecut. Numai aceste ravagii înregistrate în trecut chiar și de către cei mai esceleți pediatri pot să justifice recomandarea curioasă pe care a făcut-o Henoch lui Heubner cu ocaziunea predării serviciului de clinică infantilă: «es wäre am besten die Säuglingsabteilung ganz eingehen zu lassen, da sie nur dazu führte, die Klinik zu discreditieren», recomandare care azi natural cu atât mai puțin poate rămâne în picioare (Wien. Klin Wochenschr Nr. 47, 1928).

Colectivitățile infantile mai au o parte slabă. Ele aglomerează și concentrează la un loc sugacii ajunși pe urma diferitelor infecțiuni sau turburări digestive și de nutriție, susținute chiar în multe cazuri și de un factor constituțional deosebit, într-o stare de denutriție foarte avansată, după cum se întâlnește la distrofici și atrofici. În alimentația acestei categorii de copii, laptele de mamă îi mai revine o valoare medicamentoasă care reiese cu suficientă evidență în relief și în constatările lui Langstein. «Din cauza poziției proeminente a laptelui de mamă în tratamentul distrofiilor, prezența laptelui de mamă în instituțiile de ocrotire și spitalicești pentru sugaci constituie un deziderat, la care un medic conștient de răspunderea sa nu renunță. Căci numai de când ne stă la dispoziție laptele de mamă, s'a schimbat în bine și soarta sugacilor cu distrofie gravă. Numai acel serviciu spitalicesc destinat sugacilor poate fi considerat ca fiind apt pentru ca să primească sugaci cu distrofii grave, care dispune de lapte de mamă în abundență». (Langstein: Dystrophien, Durchfallskrankheiten im Säuglingsalter Thieme Leipzig 1926 pag. 93).

Aflându-ne noi într'un serviciu de colectivitate infantilă care prin vârsta pensionarilor săi, — în majoritate absolută copii din prima vârstă, — prin starea de denutriție a internaților, (sugacii distrofici și atrofici întotdeauna la ordinea zilei) și prin amenajarea departe de a corespunde întru toate cerințelor actuale ale puericulturii, suntem

printre cei dintâiu condamnați ca să apreciem la justa ei valoare toată importanța pe care o prezintă laptele de mamă.

Deaceia credem că este foarte natural ca să dăm o atențiune deosebită tuturor mijloacelor terapeutice considerate de către diferiți autori ca având un efect lactagog, precum tot așa de natural a fost și sentimentul de mulțumire pe care l-a trezit în noi o lucrare a lui Stolte și Wiener (Deutsche med. Wochenschrift 7 Februarie 1928), în credința că în fine vom fi în situația ca să rezolvim una dintre cele mai dificile probleme, ce ne-au cauzat multă grijă și necaz. Prof. Stolte din Breslau grație, «tratamentului luminos» «Lichtbehandlung» se declară a fi în situație ca să determine toate glandele mamare ca să secreteze lapte de mamă. Pe cele cari nu produc lapte în cantitate suficientă, le face ca să-și urce secreția.

Au fost anumite mame cari cu tot consultul medical cerut diferitelor somități medicale din diferitele centre universitare nu au fost în situație ca să-și alăpteze mai mulți copii în serie, pentruca ajungând sub efectul razelor ultraviolete, sânul lor să se umple dintr'o dată cu lapte de mamă, iar copilul ajuns într'o stare de înaniție să se transforme ca prin minune trecând într'o stare înfloritoare (culoare roză, somn bun, dispoziție escelentă și o vociune sănătoasă). Mame care de luni de zile au încetat ca să mai alăpteze, supuse tratamentului cu cuarț (tratament făcut numai local la nivelul glandelor mamare) și-au recâștigat laptele care dispăruse încă demult. Autorii au ajuns numai întâmplător la efectul lactagog al razelor ultraviolete. Ei au tratat la început mastitele mulgându-le laptele și aplicându-le în acelaș timp și un tratament local, cu cuarț conform preconizării lui Tauber încă din anul 1924.

Acești autori mai citează și pe C. Chisholm și Mc. Killop cari au constatat la fel un efect stimulant al actinoterapiei asupra funcției glandelor mamare.

Technica iradiațiilor cu raze ultraviolete, indicată de autori este următoarea: durata primei ședințe este de 5-7 minute, la proximele ședințe durata expunerii este augmentată cu câte 2-5 minute până ce se va ajunge la o durată de 25-45 minute de o ședință. Distanța inițială a fost de 80 cm. reducându-se apoi treptat la 70, iar mai târziu la 60 cm. Pe timpul ședințelor de iradiere a glandelor mamare, mamele au fost culcate pe o masă. După ședințele zilnice practicate timp de 1-2 săptămână, iradierea s'au practicat numai de două ori săptămânal.

Autorii insistă în deosebi asupra a două perioade critice prin

cari trece procesul fiziologic de alăptare, între 3-4 săptămâni și între 7-8 săptămâni. Prima criză s'ar afla în raport cu schimbarea condițiilor de viață ale mamei pe când a doua ar fi determinată de sistarea hormonilor stimulanți cari cu involuția uterină încetează.

Dintre cele 15 cazuri observate de către noi numai unul se afla între cele două perioade (No. 10.) și unul singur (No. 7.) se află la limita perioadei a doua indicată de către autori. Dorind noi să augmentăm cantitatea de lapte de mamă pe seama sugacilor din serviciul nostru ne-am adresat natural mamelor internate la noi cari însă se aflau într'o perioadă mult mai avansată a procesului de alăptare decât vârsta indicată de către Stolte și Wiener, credem că acestei împrejurări se datoresc rezultatele noastre mai puțin satisfăcătoare decât cele înregistrate de autori mai sus citați *).

1. A. *Mama*. O primipară a cărui copil poartă semne de nevropatie la internare, 6 luni dela facere, are o secreție a glandelor mamare de 950 gr. zilnic. În cursul următoarelor 3 luni și $\frac{1}{2}$, laptele scade până la 300 gr. Menstruată la 6 luni. Incepe tratamentul la 9 luni și $\frac{1}{2}$. Pe timpul tratamentului local cu cvarț secrețiunea se urcă din nou până la 550 gr. Face o serie de 18 ședințe ajungând până la o expunere de 45 minute.

Concluzia: o mamă care a avut în prealabil o secrețiune de lapte suficientă, dar care încă înainte de începerea tratamentului cu 3 luni și $\frac{1}{2}$, i-se prezentase menstruația și care aparținea categoriei de nevropați sub efectul razelor ultraviolete prezintă o urcare din nou a secreției cu 250 gr.

2. L. *Mama* este o sifilitică primipară, internată la 2 săptămâni dela facere. Menstruate la 6 luni dela facere. Cantitatea de lapte de mamă se urcă treptat ajungând până la 1 litru zilnic. A scăzut apoi până la 300-400 gr. pe zi. Sub efectul razelor ultraviolete aplicate local, laptele de mamă continuă să scadă mereu până la 50 gr. cu toate că i-s-au făcut 18 ședințe de cvarț.

3. Sz. *Mama multipară*. Se prezintă la 1 lună și $\frac{1}{2}$ dela facere. Incepe tratamentul la 3 luni și 3 săptămâni. Cantitatea zilnică de lapte de mamă în primele luni se ridică până la un Kgr. se reduce treptat ajungând la 450 gr. când începe tratamentul cu cvarț. Pe timpul actinoterapiei cantitatea laptelui de mamă se urcă la 550 gr. face vre-o două oscilațiuni între 400-550 gr. pentru că după aceia să scadă treptat în decursul tratamentului și după suprimarea lui. I-s-au făcut 18 ședințe.

4. A. *Multipară*. Intrată la 1 lună și $\frac{1}{2}$, începe tratamentul la 3 luni și $\frac{1}{2}$ dela facere. Cantitatea de lapte de mamă se urcă treptat până la 970 gr. zilnic în decursul tratamentului laptele se menține cam la acelaș nivel. Menstruația mamei s'a prezentat la 6 luni dela facere, deci, 1 lună după încetarea tratamentului cu cvarț. I-s-au făcut 24 ședințe.

*) D. Prof. Nițescu ne atrage atențiunea asupra calităților biologice diferite ale diferitelor fasciole din spectrul razelor ultraviolete printre cari unele au un efect stimulant iar altele unul inhibitor. D-sa se întreabă dacă nu cumva acțiunea electivă a unora numai, să fi fost utilizată exclusiv eliminând acțiunea celorlalte fapt care ar putea explica deosebirea dintre rezultate.

Din lucrarea consultată de către noi nu rezultă însă ca autorii să fi întrebuințat această tehnică.

5. *P. Primipară*, internată la 3 săptămâni dela facere, începe tratamentul la 4 luni. Menstruația absentă și acum.

Cantitatea de lapte de mamă pe timpul internării și înainte de tratament se urcă pe la vre-o 950 gr. scade la 700—850. Sub influența tratamentului cantitatea de lapte de mamă se menține cam la același nivel cu o vădită tendință la scădere însă. I-s'au făcut 24 ședințe.

6. *B. Primipară*, internată la 2 și $\frac{1}{2}$ luni dela facere începe tratamentul la 3 luni dela facere. A fost mai înainte doică, peste 2 luni însă concediată. Copilul propriu grave turburări de nutriție. Menstruația absentă încă. I-s'au făcut 24 ședințe.

Cantitatea de lapte de mamă se urca până la 650 gr. Cu începerea tratamentului de cvart cantitatea laptelui crește mereu. Dar și copilul se dezvoltă bine în mod progresiv.

7. *H. Primipară*. I-se începe tratamentul la 2 luni dela facere. Cantitatea laptelui de mamă înainte de tratament a ajuns la 600 gr. Ea se menține încă 4 zile și după începerea tratamentului, când începe să scadă progresiv la 400 gr. I-s'au făcut 20 ședințe constatându-se o scădere continuă și progresândă pe timpul tratamentului local cu cvart.

8. *F. Multipară*, nebună. Are dela început puțin lapte 40--60 gr. în prima lună. Incepe tratamentul cu cvart la aprox. 4 luni dela încetarea completă a secrețiunii glandei mamare. I-se face 18 ședințe de cvart încercându-se concomitent și alte metode de stimulare și golire a sânelui, laptele nu s'a mai prezentat din nou.

9. *T. Primipară*, mai în vârstă (34 ani). Este internată la 3 săptămâni dela facere, menstruația la 12 săptămâni, iar tratamentul se institue la 8 luni și 10 zile. Cantitatea de lapte de mamă înainte de tratament s'a urcat până la 600—700 gr. Înainte de tratament scăzuse până la 400 gr. pe zi. Incepând tratamentul cu cvart secrețiunea este augmentată die nou la 550 gr., ca începând cu ședința a 20-a să recadă din nou la 400 gr. I-s'au făcut 24 ședințe.

10. *M. Primipară*, internată la 3 săptămâni dela facere, începe tratamentul la 5 săptămâni. Menstruația încă absentă. Cantitatea laptelui înainte de tratament 400—550 gr. Pe timpul tratamentului câteva variațiuni intermitente între 400—600 gr. Spre finea seriei constând din 24 ședințe secrețiunea se pare a se fi stabilit în jurul a 500 gr. lapte pe zi. În acest caz nu putem constata deci nici un efect lactagog.

11. *C. Primipară*, internată la 1 lună, începe tratamentul la 8 luni dela facere menstruată tot atunci. Cantitatea de lapte de mamă înainte de tratament s'a urcat treptat până la 1100 gr. Incepând tratamentul cu raze ultraviolete, secreția se menține la același nivel pentru ca spre finea seriei ședințelor (24) de cvart, să scadă mereu.

12. *B. Multipară*, internată la 1 lună și $\frac{1}{2}$, începe tratamentul la 2 și $\frac{1}{2}$. Menstruația reapare la 6 luni, 2 luni după terminarea sex. Cantitatea de lapte de mamă înainte de tratament 300—400 gr. Incepând tratamentul secreția augmentează progresând la 600 gr. cu o menținere în jurul la 600 gr. Spre finea seriei constând din 34 ședințe cantitatea se reduce la 480 gr.

13. *P. Primipară*, internată la 5 săptămâni, începe tratamentul la 3

juni și 10 zile. Cantitatea de lapte de mamă înainte de tratament se ridică la 750 gr. pe zi. Incepând tratamentul cu cvartș nu se constată nici o creștere a secreției. Cantitatea laptelui de mamă se menține aproape fix la acelaș nivel. Menstruația absentă. I-s'au făcut 18 ședințe.

14. *M. Primipară*, internată la 1 lună și 3 săptămâni, începe tratamentul la 3 luni și $\frac{1}{2}$ dela facere. Cantitatea de lapte de mamă înainte de tratament s'a urcat până pela 850 gr. Incepând tratamentul cu cvartș (23 ședințe), laptele de mamă scade treptat. Menstruația încă absentă.

15. *P. Internată*, la 4 luni dela facere, vine prezentând în sâni numai mici cantități de lapte care este aproape complet dispărut. I-se institue imediat tratamentul local cu lampa de cvartș, fără însă a putea determina vre-o revenire a secrețiunii. I-s'au făcut până în prezent numai 8 ședințe (28).

Observațiunile noastre cari, ce e drept, se referă la mame cari se aflau într'o perioadă mai avansată a procesului de alăptare sunt de natură ca să nu demonstreze un efect lactagog prea pronunțat ca și cel înregistrat de către *Stolte* și *Wiener*. Observațiuni similare cu cele ale acestor autori au mai fost publicate și de către *Vogt* din Tübingen (*Deutsche med. Wochenschrift* No. 33 S. 1367 din 1928). Pe când cei dintâiu au obținut rezultate extrem de favorabile în 20 de cazuri, aceștia din urmă au obținut aceleași bune rezultate în 30 de cazuri, atât în cazuri de hipogalactie primară cât și în cele de hipogalactie secundară. *Prof. Engel* (Dortmund) într'o lucrare de tot recentă (*Grundriss der Säuglings-und Kleinkinderkunde* 1929 Bergmann, München) se pronunță la capitolul hipogalactiei asupra efectului lactagog al razelor ultraviolete la pag. 41 în felul următor: «Gelegentlich wird Massage und Bestrahlung der Brust empfohlen. Da beides harmlos ist, kann es ruhig ausgeübt werden».

Că constatările extrem de favorabile referitoare la efectul lactagog al razelor ultraviolete publicate de către *Stolte*, *Wiener* și *Vogt*, nu pot să se refere la toate cazurile de hipogalactie deopotrivă, rezultă și din construcția anatomică a glandei mamare. *Engel* la lumina unor observațiuni făcute la autopsie pe o serie de femei cari se aflau în perioada de alăptare a putut demonstra că animalele hipogalactiei primare își au explicația în substratul anatomic, când substanța glandulară este foarte mult redusă, ea fiind înlocuită cu un țesut conjunctiv, pentru procesul de secrețiune lactată fără nici o valoare. Este foarte logic ca asupra acestui fel de glande, actinoterapia locală să nu poată exercita nici un efect lactagog deosebit. După *Jaschke* (*Pfysiologie, Pflege und Ernährung des Neugeborenen*, München Bergmann 1927), hipogalactia poate fi

primară când la început nu se prezintă lapte de loc și secundară când secreția care s'a instalat la început dispare mai târziu. Hipogalactia mai poate fi *genuină* când cauza ei rezidă în construcția anatomică a glandei mamare sau *acvitată* printr'o greșeală de tehnică de alăptare. Asupra hipogalactiilor primare fatal efectul lactagog al razelor ultraviolete, trebuie să fie foarte limitat. Hipogalactiile secundare pot fi determinate de o golire incompletă a sânilor sau prin lipsa lor de întrebuințare, prin subalimentația mamelor și prin stările lor de anemie sau alte maladii grave și consumptive sau intoxicații. Rolul traumatismului psihic ca: spaima doliului, este mult discutat în determinismul hipogalactiei secundare. Efectul lactagog al actinoterapiei chiar și asupra unei hipogalactii secundare determinate de o subalimentație a mamelor, este numai cu greu de închipuit. Aceste câteva constatări în sine impun în mod logic o restricțiune oricărei tendințe de generalizare a observațiunilor autorilor mai sus citați. Mai nou chiar și un alt autor german tot din Breslau, Freund (Zur Frage des Bestrahlungseinflusses auf die Milchbildung stillender Mütter, Zeitschrift für Kinderheilkunde 46 Bd. 3 Heft, Ref. Archiv f. Kinderheilk. 86 Bd. Heft 1. 1928) critică efectul lactagog extraordinar de favorabil atribuit razelor ultraviolete. El crede că observațiunile prea favorabile ale lui Stolte, Wiener și Vogt sub raportul efectului lactagog al razelor ultraviolete pledează pe lângă faptul că printre mamele observate de către dâșii nu ar fi existat nici măcar un singur caz de hipogalactie primară.

Concluzii : a) *Observațiunile noastre interesează 15 mame cari au fost supuse tratamentului local cu cvarț la : 9 și 1/2 luni ; la 10 luni ; la 3 luni și jumătate ; la 3 luni și 1/2 ; la 4 luni ; la 3 luni ; la 2 luni ; la 5 luni ; la 8 luni și 10 zile ; la 5 suptămâni ; la 8 luni ; la 2 luni și 1/2 ; la 3 luni și 10 zile ; la 3 luni și 1/2 ; și la 4 luni dela facere.*

b) *Intr'un caz când actinoterapia locală s'a făcut la 4 luni dela încetarea completă a secrețiunei glandei mamare, secreția glandei mamare nu a mai putut fi refăcută (vezi No. 8).*

c) *Intr'un caz când mama prezenta numai câteva picături de lichid mai mult apos în sân, nu s'a putut împiedica nici măcar dispariția lui completă ne cum să se fi putut determina vre-o revenire a secreției (vezi No. 15).*

d) *In 4 cazuri c'a constatat o urcare a secreției glandei mamare de o mai scurtă sau mai lungă durată. În aceste cazuri*

tratamentul cu cvarț a început la 9 luni și $\frac{1}{2}$ (No. 1); la 3 luni (No. 6); la 8 luni și 10 zile (No. 9); și la 2 luni și $\frac{1}{2}$ (No. 12).

e) In 4 cazuri secreția glandei mamare s'a menținut la acelaș nivel în decursul tratamentului ca și înainte de instituirea lui (vezi N-rii 3, 4, 10 și 13).

f) Intrun caz secreția lactată la început se urcă pentruca spee finea seriei ședințelor ea să scadă iarăși (vezi No. 9).

g) Intr'un caz secreția glandei mamare se menține la început la acelaș nivel pentruca spre finea seriei să scadă. (No. 11).

h) In trei cazuri secreția glandei mamare s'a redus treptat încă pe timpul când tratamentul local cu cvarț era în curs (No. 2, 7 și 14).

i) Cu toate că mamele internate în serviciul nostru având o alocație zilnică de 16 lei numai, ar putea fi considerate cu drept cuvânt ca fiind subalimentate, deci într'o stare de hipogalactie secundară, totuși credem că actinoterapia factorul alimentar fiind constant și acelaș atât înainte cât și în cursul tratamentului ar fi putut să-și exercite totuși efectul lactagog.

Lucrare făcută în Institutul Clinico Medical B. Spit. Filantropia
Dr. Prof. Danielopolu

E F E D R I N A

Dr. C. RADOSLAV
Docent Universitar
Medic La Spit Filantropia

de
și

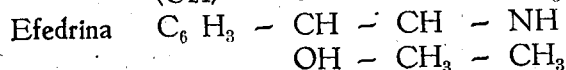
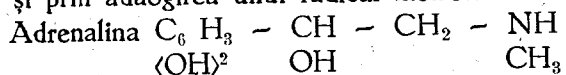
Dr. MIRCEA PETRESCU
Preparator Universitar

Cu toate că cercetările asupra efedrinei datează de mai multă vreme, totuși numai de când *K. K. Chen* a reușit în 1923 datorită unei tehnice noi de extracție cu ajutorul amoniacului și al cloroformului să obțină efedrina cristalizată încep și cercetările experimentale și farmacologice. Într'adevăr toate lucrările anterioare făcute de *Yamanashi* și *Nagai*, *Amatsu* și *Kubota* dădeau rezultate fiziologice inconstante deoarece alcaloidul obținut era impur.

Acest alcaloid se obține, cum am văzut dela *Cehn*, prin extracție amoniacală și cloroformică, dintr'o plantă *Ephedra vulgaris*, var. *helvetica*, care sub numele de *Ma-Huang*, era cunoscută din cele mai vechi timpuri în Rusia și mai ales în China, ca un medicament popular prețios în tuse și în stările tifoide.

Efedrina are forma de cristale albe, solubile în apă, alcoolul, eter și cloroform. Soluțiile deviază la stânga planul de polarizare al luminei. Baza alcaloidică nu este utilizabilă. Sărurile sale însă, sulfatul și mai ales chlorhidratul, sunt stabile, sunt ușor sterilizabile, au caractere precise și pot fi conservate mai mult de 9 luni fără a fi alterate de aer sau lumină.

Formula sa chimică este foarte apropiată de a adrenalinei. Deosebirea este dată de dispariția a doi hidroxili din nucleul benzenic și prin adăogirea unui radical metilic.



În deosebire de adrenalină, și avantajele toate fiind de partea efedrinei, aceasta își conservă activitatea sa în administrarea perorală: nici sucurile digestive și nici ficatul nu exercită asupra ei nici un fel de acțiune distructivă. În al doilea rând produsul nu se acumulează, repetarea nu dă obișnuință, nu produce nici leziuni organice, nici efecte secundare supărătoare cum se întâmplă cu adrenalina, și în sfârșit efectele sale sunt mai puțin brutale și sunt de mult mai lungă durată. În același timp dozele în care se administrează sunt mult mai mari și mai ușor maniabile.

Două dintre acțiunile fiziologice ale efedrinei au fost mai ales studiate experimental, atât asupra animalelor cât și asupra omului: acțiunea hipertensivă și acțiunea asupra musculaturei bronchiale.

Hipertensiunea se aseamănă cu cea adrenalinică, dar prezintă o amplitudine mult mai mare, și are o durată mult mai lungă. Această hipertensiune este datorită vasoconstricțiunii care se produce atât în teritoriul splanchnic cât și în teritoriul periferic. Rolul hipertensiv pe care îl exercită prin stimularea contracțiilor cardiace este mult mai mic, în orice caz, nedând efecte superpozabile celor pe cari le dă adrenalina.

Glandele suprarenale cât și centrul nervos vasomotori, bulbari și medulari nu joacă nici un rol în obținerea acestei hipertensiuni, ea rămânând datorită aproape numai elementului vasoconstrictor și într-o mică măsură stimulării contracțiilor cardiace, — obținându-se absolut același efect în curba tensiunii arteriale și după ablația ambelor glande suprarenale ca și după excluderea centrilor vasomotori.

În ceea ce privește acțiunea sa asupra musculaturei bronchiale este cunoscută eficacitatea pe care o are în astmul bronchial. Acest rezultat terapeutic semnalat întâi în America de Miller (59 cazuri) a fost confirmat apoi în foarte numeroase cazuri. Noi înșine în Institutul Clínico-Medical B. și în clientela particulară am putut să ne convingem de eficacitatea sa în câteva cazuri.

Unul dintre noi, împreună cu S. Stoicescu,¹⁾ a studiat la omul

¹⁾ C. Radoslav, S. Stoicescu. Soc. méd. d. Hôp. București Noembrie 1927 și Wirkung intravenös einverleibter abgestufter Ephedrinlösungen auf den Blutzucker und Blutdruck beim Menschen im Vergleich mit Adrenalin Wiener klin. Wochenschrift 1928 No. 52.

Lucrare făcută în Institutul Clinico Medical B. Spit. Filantropia
Dr. Prof. Danielopolu

E F E D R I N A

Dr. C. RADOSLAV
Docent Universitar
Medic La Spit Filantropia

de
și

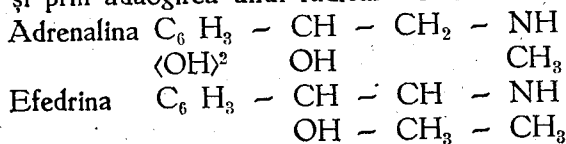
Dr. MIRCEA PETRESCU
Preparator Universitar

Cu toate că cercetările asupra efedrinei datează de mai multă vreme, totuș numai de când *K. K. Chen* a reușit în 1923 datorită unei tehnice noi de extracție cu ajutorul amoniacului și al cloroformului să obțină efedrina cristalizată încep și cercetările experimentale și farmacologice. Într'adevăr toate lucrările anterioare făcute de *Yamanashi* și *Nagai*, *Amatsu* și *Kubota* dădeau rezultate fiziologice inconstante deoarece alcaloidul obținut era impur.

Acest alcaloid se obține, cum am văzut dela *Cehn*, prin extracție amoniacală și cloroformică, dintr'o plantă *Ephedra vulgaris*, var. *helvetica*, care sub numele de *Ma-Huang*, era cunoscută din cele mai vechi timpuri în Rusia și mai ales în China, ca un medicament popular prețios în tuse și în stările tifoide.

Efedrina are forma de cristale albe, solubile în apă, alcoolul, eter și cloroform. Soluțiile deviază la stânga planul de polarizare al luminei. Baza alcaloidică nu este utilizabilă. Sărurile sale însă, sulfatul și mai ales chlorhidratul, sunt stabile, sunt ușor sterilizabile, au caractere precise și pot fi conservate mai mult de 9 luni fără a fi alterate de aer sau lumină.

Formula sa chimică este foarte apropiată de a adrenalinei. Deosebirea este dată de dispariția a doi hidroxili din nucleul benzenic și prin adăogirea unui radical metilic.



În deosebire de adrenalină, și avantajele toate fiind de partea efedrinei, aceasta își conservă activitatea sa în administrarea perorală: nici sucurile digestive și nici ficatul nu exercită asupra ei nici un fel de acțiune distructivă. În al doilea rând produsul nu se acumulează, repetarea nu dă obișnuință, nu produce nici leziuni organice, nici efecte secundare supărătoare cum se întâmplă cu adrenalina, și în sfârșit efectele sale sunt mai puțin brutale și sunt de mult mai lungă durată. În acelaș timp dozele în care se administrează sunt mult mai mari și mai ușor maniabile.

Două dintre acțiunile fiziologice ale efedrinei au fost mai ales studiate experimental, atât asupra animalelor cât și asupra omului: acțiunea hipertensivă și acțiunea asupra musculaturei bronchiale.

Hipertensiunea se aseamănă cu cea adrenalinică, dar prezintă o amplitudine mult mai mare, și are o durată mult mai lungă. Această hipertensiune este datorită vasoconstricțiunii care se produce atât în teritoriul splanchnic cât și în teritoriul periferic. Rolul hipertensiv pe care îl exercită prin stimularea contracțiilor cardiace este mult mai mic, în orice caz, nedând efecte superpozabile celor pe cari le dă adrenalina.

Glandele suprarenale cât și centrul nervos vasomotori, bulbari și medulari nu joacă nici un rol în obținerea acestei hipertensiuni, ea rămânând datorită aproape numai elementului vasoconstrictor și într-o mică măsură stimulării contracțiilor cardiace, — obținându-se absolut acelaș efect în curba tensiunii arteriale și după ablația ambelor glande suprarenale ca și după excluderea centrilor vasomotori.

În ceea ce privește acțiunea sa asupra musculaturei bronchiale este cunoscută eficacitatea pe care o are în astmul bronchial. Acest rezultat terapeutic semnalat întâi în America de Miller (59 cazuri) a fost confirmat apoi în foarte numeroase cazuri. Noi înșine în Institutul Clinic-Medical B. și în clientela particulară am putut să ne convingem de eficacitatea sa în câteva cazuri.

Unul dintre noi, împreună cu S. Stoicescu,¹⁾ a studiat la omul

¹⁾ C. Radoslav, S. Stoicescu. Soc. méd. d. Hôp. București Noembrie 1927 și Wirkung intravenös einverleibter abgestufter Ephedrinlösungen auf den Blutzucker und Blutdruck beim Menschen im Vergleich mit Adrenalin Wiener klin. Wochenschrift 1928 No. 52.

normal acțiunea efedrinei asupra glicemiei și asupra tensiunii arteriale. În toate cercetările a fost folosită calea intravenoasă pentru a elimina erorile datorite variațiilor de absorbție. În toate cercetările s'a folosit o singură concentrare $\langle 2\% \rangle$ de efedrină clorhidrică, livrată de Merck. Fiecare dintre valorile găsite reprezintă în mediu 2-3 determinări concomitente. Toate aceste cercetări au fost realizate dimineața pe normal și bolnav, à jeun de cel puțin 12 ore.

În același timp pentru a putea constata dacă analogia cu adrenalina, semnalată deja în ceea ce privește tensiunea arterială, se menține de asemenea și pentru acest factor al «sistemului vegetativ al lui Krauss» care este glicemia, am urmărit în aceleași condițiuni variațiile glicemice provocate de adrenalina.

Doza de 0.0015 efedrină nu are absolut nici o influență asupra glicemiei și tensiunea arteriale.

Dozele mici, cuprinse între 0.005 mlgr. și 0.03 ctgr. inclusiv, au asupra glicemiei o acțiune bifazică. În prima perioadă aceste doze produc o mărire a glicemiei, mărire care însă nu se obține în mod constant, maximum de urcare fiind atins între 5'-15'. În perioada două, dozele mici scad foarte mult glicemia, maximum al acestei scăderi fiind atins după o oră. Întotdeauna însă, s'a obținut în toate cazurile o revenire, sau tendința la revenire la normal, după 2 ore.

Dozele mari însă de efedrină - peste 0.03 ctgr. până la 0.09 ctgr. au o acțiune bifazică și mai accentuată. Creșterea glicemiei este constantă în primele 3'-10' și cu atât mai accentuată și mai prelungită cu cât doza a fost mai mare și urmată în general de o scădere mai puțin mărcată de cât cea care urmează după dozele mici. Și în aceste cazuri - dozele mari - întreaga durată a celor două faze descrise cuprinde tot 2 ore.

În ceea ce privește tensiunea arterială, dozele mici, cele dela 0.005 mlgr. până la 0.02 ctgr. produc o ridicare a tensiunii de 10-22 mm. Hg. în primele 5'-10', dozele mijlocii dela 0.03 ctgr. la 0.04 ctgr. produc o ridicare a tensiunii de 25-75 mm. Hg. ridicare care se menține 30'-60'. Dozele mari între 0.05-0.09 ctgr. ridică tensiunea cu 55-75 mm. Hg. revenirea la cifra inițială făcându-se treptat în timp de 2 ore. Cu toate dozele - indiferent mici, mijlocii sau mari - ridicarea tensiunii este maximă după 2'. În nici unul din cazurile noastre chiar în cele unde s'a administrat dozele mari de 0.09 ctgr. nu s'au observat turburări obiective sau subiective apreciable.

Și arătam în concluzie, că efedrina produce aceleași modificări ale glicemiei în doze de cel puțin 1000 de ori mai mari. Pe omul normal prin injecție intravenoasă echivalența efectelor nu se obține cu doze de 100 de ori mai mari cum au susținut unii autori experimentând pe animal, ci prin doze cu mult mai ridicate de 1000 sau chiar de 2000 de ori mai mari.

Și în al doilea rând dacă durata modificărilor glicemiei este aproape aceeași pentru amândouă substanțele — efedrină și adrenalină — în ceea ce privește tensiunea arterială efedrina are o acțiune mult mai durabilă. Fiindcă dacă adrenalina dă modificări ale tensiunii arteriale sensibil omoloage ca importanță cu cele pe cari le produce efedrina, natural păstrând echivalența dozelor, durata lor este foarte scurtă nedepășind nici odată câteva minute.

Efedrina însă injectată în doze mari de 0,05 ctgr. 0,09 ctgr. produce o ridicare a tensiunii arteriale care se menține fără nici o turburare subiectivă sau obiectivă, turburări cari apar destul de frecvent după adrenalină.

Printre numeroasele cazuri studiate se găseau și hipertensivi — cardiorenali și hipertensivi esențiale — cărora doza mijlocie de 0,03 ctgr. injectată intravenos nu le-a produs nici un fel de turburare.

Arătăm prin urmare că efedrina este un puternic agent hipertensiv prezentând asupra adrenalinei un avantaj practic considerabil căci permite de a obține prin utilizarea sa în doze mult mai mari întreaga gamă a efectelor dorite.

Tot din aceste cercetări rezultă importanța pe care o joacă efedrina ca agent terapeutic în toate stările hipertensive cari sunt atât de frecvente în maladiile infecțioase ca și în stările de colaps cardio-vascular consecutive intervențiilor chirurgicale.

Împreună cu E. Mateescu unul dintre noi (C. Radoslav) a arătat, acțiunea dozelor fracționate de efedrină asupra metabolismului bazal. Dozele mici — până la 0,03 ctgr. — nu aveau acțiune precisă, în schimb dozele mari — până la 0,09 ctgr. — ridicau producerea de căldură cu 20–30%.

În ceea ce privește acțiunea efedrinei asupra organelor hematopoetice — a splinei în special — cât și asupra tabloului sanguin ca și asupra concentrării în albumină a serului sanguin unul dintre noi împreună cu I.

*Marcu*¹⁾ a arătat efectele asupra omului normal, cât și în numeroase afecțiuni unde întotdeauna există curbe similare, cât și curbele speciale cari au fost găsite în maladia lui Addison și în limfogra-nulomatoza malignă.

Și în aceste cercetări a fost utilizată în mod constant calea intravenoasă pentru a elimina erorile datorite absorbției. Cercetările au fost făcute pe oameni tineri, à jeun după cel puțin 12 ore, și au fost împărțite în două grupe distincte după doza de efedrină injectată 0.02 ctgr. și 0.06 ctgr.

În primul grup (0.02 ctgr.), am constatat întotdeauna o creștere în primele 5' ale leucocitelor cari se puteau ridica cu 2000 elemente. Treptat apoi după ce creșterea maximă a fost atinsă la 5' numărul leucocitelor tinde să revie la cifra inițială pe care însă nu o atinge nici după 1 oră 40'. Creșterea numărului eritrocitelor ca* și a hemoglobinei urmează o curbă diferită. Punctul maxim atins de această curbă este după 40'.

Totuș, în grupul al doilea unde s'a injectat 0.06 ctgr., creșterea numărului eritrocitelor este mult mai importantă decât creșterea numărului leucocitelor, menținându-se chiar după 2 ore cu 300.000 elemente deasupra cifrei inițiale. Interesant, tot în acest grup, sunt variațiile pe cari le prezintă formula leucocitară, care în primul grup nu arătase modificări constante. Într'adevăr, media cercetărilor arată că după injecțiile cu doze mari de efedrină procentul inițial de 60 leucocite polinucleare neutrofile și 29 limfocite se transformă după 10' dela injecție în 48% leucocite polinucleare neutrofile și 44 limfocite.

În concluzie arătăm că și dozele mari ca și cele mici determină o concentrare sanguină evidentă — găseam creșterea numărului eritrocitelor, leucocitelor, hemoglobinei ca și albuminei serului sanguin, — creștere totuș care nu este proporțională cu doza injectată.

În al doilea rând, formula leucocitară care în prima serie a cercetărilor arăta variații minime, după administrare de 0.06 ctgr., numărul limfocitelor crește aproape la dublu, creștere care dura aproape 2 ore revenind apoi la procentul inițial. Puneam această limfocitoză în relațiune cu reacția splinei alcătuind prin puterea cât și prin durata reacțiunei un spleno-diagnostic — injecția adrenalinei.

¹⁾ *I. Marcou, M. Petresco.* Action de l'éphédrine sur le sang chez l'homme. Comptes rendus d. séances d. l. Soc. d. biologie.

Décembre 1927 T. XCVIII p. 246.

I. Marcu, M. Petresco. Sur l'inversion de la réaction sanguine normale après l'éphédrine.

Soc. méd. d. Hôp. Bucarest Novembre 1927.

În această privință—spleno diagnosticul—atât de indicat în paludism cronic, cercetările noastre ne-au arătat avantajele pe cari efedrina le prezintă față de adrenalină. În primul rând, reacție puternică și în al doilea rând, reacție mult mai prelungită în timpul căreia cercetările hematologi sau bacteriologice se pot face cu toată ușurința.

Desavantajul însă pe care îl prezentă efedrina era că avea un preț prea ridicat, desavantaj care de când Casa *Merck* a fabricat un produs sintetic, **efetonina**, care posedă exact formula automică a efedrinei, nu mai există. Diferența între corpul natural și produsul sintetic este aceeaș ca și între adrenalina sintetică și adrenalina naturală.

De altfel *Kreitmair, W. Fischer* admit după experiențele făcute identitate absolută între cele 2 produse: efedrina, efetonina.

Deja *indicațiile efedrinei sau efetoninei* se fac din ce în ce mai numeroase:

În astm, cum crede și *Ségard*, dă mai ales rezultate bune în crizele astmatice ușoare și în dispneele astmatiforme ale emfizematoșilor. Această eficacitate a efedrinei-efetoninei este datorită excitării centrului respirator bulbar și relaxării mușchilor netezi din peretele bronhiilor. În al doilea rând ea mărește debitul respirator și frecvența respirațiilor.

Efedrina administrată înaintea crizei de astm poate s'o oprească, administrată în timpul crizei poate s'o juguleze după 15'—30'. În cazurile cele mai rebele atenuiază dispneea. Luată zilnic ea poate modifica în bine sensibilitatea astmaticului.

Și în sfârșit efectele sale durează mai îndelung decât durează cele ale adrenalinei: după ingestie de 5—10 ctgr. efedrină bolnavul își păstrează respirația normală 7—9 ore, și iarăș alt avantaj (avantaj foarte mare față de adrenalină) ea poate fi administrată per os fără ca să fie distrusă de sucurile digestive sau ficat.

Acțiunea sa decongestionantă asupra mucoasei nasale cu efect bun și în astm, este mai ales eficace în hay-fever (rhume des foins). Statistica anglo americană dă procente de 40—80 succese în hay-fever împărțind ameliorările obținute în 2 grupe egale: în ameliorări totale și parțiale.

În afară de aceste afecțiuni în cari, efedrina sau produsul sintetic efetonina, și-a arătat calitățile, s'au mai obținut rezultate bune în migrenă, și mai ales în urticarie și în sindromul lui *Quincke* și în general în toate stările anafilactice.

Spitalul Filantropia Craiova
Serviciul Dermato-Veneric

UN CAZ DE SIFILIS HEREDITAR TARDIV

Dr. V. DRĂGOESCU
Medic Primar

de
și

Dr. S. BĂCESCU
Medic Secundar

După cum știm, Sifilisul hereditar tardiv, foarte bine studiat de A. Fournier, coprinde ansamblul accidentelor specifice care provenind dintr'o infecție hereditară, apar la o vârstă mai mult sau mai puțin înaintată: în a doua copilărie, în adolescență și chiar la adult. După Fournier, aceste accidente apar între 3 și 28 de ani, cu maximum în jurul vârstei de 12 ani. După vârstea de 28 de ani cazurile sunt foarte rare, chiar excepționale. Aceste manifestațiuni ale sifilisului hereditar tardiv apar la indivizi care au prezentat, în primele luni ale vieții lor, accidente de sifilis hereditar și care vindecându-se au lăsat urme: cicatrice indelebile, deformațiuni definitive. Aceasta este prima modalitate și cea mai frecventă. Îl putem întâlni la indivizi care nu prezintă de cât leziuni distrofice, și când aceste leziuni distrofice nu pot fi puse în sarcina altor infecțiuni. Aceasta este cea de a doua modalitate, mult mai rară după unii autori, și chiar inexistentă după alții. Mai există o a treia modalitate excepțională în care leziunile specifice apar la indivizi, care nu prezintă și n'au prezentat nimic anormal, care se găsesc în perfectă stare de sănătate aparentă și la cari infecțiunea specifică a rămas latentă complect liniștită.

Prima modalitate și cea de a doua formează «stigmatul revelatoare ale sifilisului hereditar tardiv» așa de bine studiate și descrise de A. Fournier. Leziunile, ce apar în sifilisul hereditar tardiv, sunt întotdeauna de modalitate terțiară, având aceleași caractere ca leziunile terțiare din sifilisul dobândit.

Trecând sumar peste aceste considerațiuni de ordin general, trecem la expunerea cazului nostru:

Este vorba de un individ, M. N. în vârstă de 31 de ani, din comuna Hurezani de sus, Jud. Gorj, de meserie plugar, care intră în serviciu nostru la 14 Februarie 1928, pentru o vastă ulceratiune, ocupând toată jumătatea internă a piciorului stâng, și pornind la 3 centimetri de la vârful degetului mare.

Ant. herd. și colaterale. Ambii părinți morți. Tatăl la vârsta de 59 ani, nu știe de ce maladie a murit. De asemenea nu știe de ce boală și la ce vârstă a murit mama sa. Nu știe dacă ar fi avut vre-un avort. Are doi frați, ambii sănătoși, căsătoriți, cu copii sănătoși.

Ant. personale. Nu a fost niciodată bolnav de vre-o boală venerică și nici n'a suferit de vre-o maladie generală. Nu a urmat, nici odată, vre-un tratament, sau să fi luat vre-un medicament. „Este prima boală pe care o are de când există“ după cum spune el. S'a căsătorit la vârsta de 21 de ani. Soția este complect sănătoasă. Are o fetiță în vârstă de 2 ani născută deci după 8 ani de căsătorie. Este singurul copil. Până la acesta soția sa nu a avut de loc sarcină. Fetița este complect sănătoasă; la 1 an a mers în picioare iar la un an și jumătate a început să vorbească.

În anul 1926, luna Decembrie, bolnavul ciopliind la un lemn s'a tăiat cu săcurea în regiunea internă a piciorului stâng; tăetura pornind din spațiul prim-interdigital și terminându-se pe fața internă partea inferioară a piciorului stâng, cam la jumătate distanță între vârful piciorului și călcăiu. Această leziune a interesat părțile moi și cele osoase. Cicatricea acestei tăeturi este vizibilă și acum. Oparte din această cicatrice a fost coprinsă de leziunea actuală. Tăetura a fost cicatrizată în timp de 7 săptămâni, îngrijită fiind de un agent sanitar. După un interval de timp, cam de 9—10 luni, adică prin Octombrie 1927, bolnavul a observat o mică rană ce i-a apărut pe cicatrice și pe care o atribuia unei rosături de ghetete. Deși îngrijită de acelaș agent sanitar, această rană a progresat, astfel că într'un interval de 5 luni, de la apariția ei, ea coprinsese jumătate din partea internă a piciorului stâng. Dezesperat a venit la Craiova și a intrat în serviciul nostru.

Starea bolnavului la intrare: De talie înaltă, slab, cu un facies brun, teros și anemic. Prima atenție ce ne-o atrage este: deformarea nasului care prezintă o scobitură la partea sa mijlocie. Este caracteristica nasului în lorgnette, stigmat precis patognomic de heredo-sifilis. (Fig. I) Această deformare, spune bolnavul, că a avut-o întotdeauna și că așa s'ar fi născut. În plus prezintă o ușoară asimetrie facială: jumătatea dreaptă a feței mai mică ca cealaltă jumătate stângă. Urechea stângă în totalitate, mult mai mare ca cea dreaptă. Maxilarul stâng superior și partea stângă a maxilarului inferior mai desvoltate ca cele din partea dreaptă. Prezintă un ușor amorfism dentar fără semne caracteristice distrofice. Bolta palatină însă foarte profundă ogivală. Restul normal. Reflexele toate normale.

Leziunea piciorului stâng (Fig. II) enormă ocupă jumătatea internă a piciorului întinzându-se pe fața dorsală și plantară, numărând 14 centimetri de lungime pe 10 de lățime. Pornește la 3 centimetri de la vârful degetului mare până la jumătatea părții interne a piciorului, cu bordura bine delimitată neregulată, îndurată, „taillée à pic“ de culoare roșie închisă; profundă, de la 4—8 milimetri, anfractuoașă, acoperită pe alocuri de substanță galbenă, sanioasă, purulentă și având un miros fetid. Aspectul clinic al ulcerății specifice terțiare cutanate (sifilidă ulceroasă).

Se face reacțiunea Wassermann în aceeași zi și este pozitivă cu două cruci: Se începe tratamentul intensiv cu Cianur Hg. Neosalvarsan și iodură de Ka.

Leziunea se cicatrizează aproape complect în 25 de zile. Numai rămâne din vasta ulcerăție decât o mică leziune de mărimea unei piese de un leu. Leziune, de sigur, care s'ar fi vindecat complect în câteva zile, dacă bolnavul ar fi avut paciența să mai rămâe în serviciu.

În rezumat avem un individ, care nu a fost bolnav niciodată, care nu știe să fi avut cea mai mică leziune, care nu a urmat vre-un tratament sau să fi luat vre-un medicament; care este căsătorit și are o fetiță în vârstă de 2 ani complect sănătoasă și la care la vârsta de 31 de ani îi apare o ulcerăție terțiară specifică cu Wassermann pozitiv, prima leziune de când există. Prezintă însă leziuni distrofice caracteristice și un nas în lorgnetă.

Cazul nostru este interesant nu numai pentru că leziunea de natură specifică hereditară s'a manifestat așa de târziu, dar și prin aceea că această leziune a apărut pe vechea cicatrice. Traumatismul suferit de bolnavul nostru a fost cauza de redeșteptare a infecției sale latente și leziunea specifică a apărut acolo unde tegumentele se găseau într'o stare de inferioritate ca vitalitate, «Locus minoris resistentiae». De curând Profesorul Gougerot, Kuss și P. Thiroloix au prezentat la Societatea de Dermatologie și Sifilografie și publicat în buletinul societății din 8 Noembrie 1928, un bolnav, la care sifilidele terțiare ulceroase au apărut în jurul unei cicatrice consecutive unei operații pentru osteo-artrită traumatică a genunchiului, cu șeaze ani înainte. D-rul Lacapère într'un studiu asupra sifilisului făcut la Musulmani a semnalat leziunile specifice, care au apărut la unii din bolnavi în urma traumatismelor repetate într'o anumită regiune (aparitia de sifilide frontale în urma traumatismelor repetate ale regiunii frontale în momentul rugăciunilor).

Traumatismul ar fi deci o cauză importantă în ecloziunea leziunilor specifice la indivizii sifilitici.

TURBURĂRI VASO-MOTORII ALE EXTREMITĂȚILOR TRATATE PRIN DIATHERMIE

de

D. PAULIAN și D. GHIMUȘ

Vom raporta două observațiuni clinice culese din clientela noastră particulară și la care evoluțiunea se aseamănă în parte ca o maladie a lui Raynaud în prima fază, dublată în cazul al doilea de turburări de genul acrodyniilor cu acroparesthezii dar mai ales cu erithromelalgie.

Bilateralitatea leziunilor și simetria lor, ca și aparițiunea în unele cazuri în forma paroxistică, ne face să înclinăm către o turburare centrală, cu repercusivitate simpatică vasculară în teritoriul de inervațiune respectiv — membrele superioare.

Repercusivitatea vegetativă atât de susceptibilă poate să fie reactivată și sindromul reinoit chiar prin simpla umețare a mâinilor cu apă rece.

Diathermia sistematică a adus în ambele cazuri vindecarea, după toate probabilitățile datorită acțiunei curenților de înaltă frecvență asupra inervațiunii simpatice vasculare și indirect prin repercusivitate asupra centrilor vaso-motori medulari.

Din punct de vedere al rezultatelor practice din următoarele două observațiuni clinice:

Observația I-a: D-șoara G., în etate de 39 ani, se prezintă la consultațiune prezentând: o impotență funcțională a ambelor membre superioare, cari sunt reci, unghiile dela degete exangue, mișcările segmentare active foarte încete, mișcările degetelor dificile, în cât îi erea imposibil să-și încheie nasturii și chiar să se servească de mâini la trebuințele zilnice. Tegumentele reci, senzație continuă de răceală în brațe și mâini, în cât mai tot timpul ținea mâinile pe sobă și bine învelite.

Reflexele osteo-tendinoase diminuate, sensibilitatea obiectivă obtuză. Sensibilitatea subiectivă: acuză furnicături, amorțeli în ambele membre superioare și în degete chiar dureri în formă de crampe dureroase.

Tratament: diathermie longitudinală în acelaș timp la ambele brațe, un electrod circular la braț în treimea sa superioară și altul cilindric în mână,

Ședința de $\frac{1}{2}$ oră. Ședințe zilnice; concomitent tratament cu raze ultra-violete, doza sedativă (\Rightarrow distanță de 1 metru, începându-se cu 2 minute pe față și spate, crescând la fiecare 4 zile cu un minut). În total 15 ședințe din fiecare.

Zilnic injecțiuni subcutanate cu *acécholine* (acethyl-cholină).

Remisiune completă; bolnava a câștigat după 15 ședințe în greutate 2 $\frac{1}{2}$ kgr., toate turburările obiective și subiective au dispărut.

Ajunsă acasă, a încercat la câte-va zile să se spele cu apă rece pe mâini și imediat a simțit apărându-i la mâini aceleași senzațiuni cari au dispărut în urma unei băi calde prelungite.

Observația II-a: D-na Mir... în etate de 39 ani, vine la consultațiune, acuzând dureri, amorțeli și furnicături în ambele brațe și mai ales în mâini și cari se accentuează către seară. Exact la orele 3 din noapte este deșteptată de crampe dureroase în mâini, cari sunt puțin cyanosate și aproape imobile; durerile sunt așa de mari în cât îi împiedecă somnul. În ultimele două săptămâni a încercat totul: fricțiuni, sedative, salicilat local (metyl) ca și la interior salicilat de sodiu fără efect.

Tratament: acelaș ca și în observațiunea precedentă, fără însă nici raze ultra-violete și nici injecțiuni cu acethylcolină.

CERCETĂRI FĂCUTE ASUPRA SYNDROMULUI HEMOGENIC (TROMBOCITOPENIC) DIN PURPURA

de

D-ri Doc. M. CÂNCIULESCU, R. HIRSCH și S. PAULON

Pornind dela faptele stabilite cu destulă precisiune că aproape constant în hemogenie există ca semne cardinale o diminuare a plăcuțelor sanguine și o prelungire a timpului de sângerare (coagulabilitatea sângelui nefiind modificată) precum și că trebuie să existe și o leziune a endoteliului vascular (endotelita parcellară a lui Roskam), care să explice aritmia duratei de sângerare în diferite regiuni ale suprafeței corpului și fragilitatea sistemului vascular (semnul lui Rumpell Leede sau al facetului Weil), am căutat.

1. În primul rând să stabilim raportul de relație dintre cifra hematoblastelor și durata sângerării prin :

a) Înțepături simultane la lobulii urechilor și la degetele dela mâini, măsurând durata sângerării prin procedeul clasic al lui Duke și numărând hematoblaștii prin procedeul Fonio.

b) Am căutat să determinăm variația acelor elemente prin aplicarea de raze ultraviolete și iradiații de raze X pe diferite regiuni și organe continuând a practica — se înțelege — studiul local al cifrei hematoblaștilor și duratei sângerării la nivelul diferitelor înțepături.

În totdeauna am practicat o numărătoare a hematoblaștilor și la nivelul circulației generale prin puncție în vena-cot și prin procedeul Aynaud, aceasta în scopul de a prinde și raportul posibil dintre variația cifrei hematoblaștilor la nivelul circulației locale (în legătura cu leziunea locală de endotelită) și la nivelul torentului sanguin din marea circulație.

2. Practicând în același timp și alte examene precum determinarea presiunii sanguine, numărătoarea globulelor albe și echilibrul leucocitar am căutat prin seriarea analizelor din 20' în 20' să vedem dacă nu putem prinde sub influența precipitațiilor agenți fizici și fi-

zioterapici și vre-o posibilă reacție vasculo-sanguină de ordin hemoclastic și mai cu seamă să vedem cum variază în raport cu momentele acestei reacții humorale cifrele locale ale hematoblaștilor și ale timpului de sângerare.

3. Am practicat aceste examene nu numai în primele 90 minute, dar și la intervale mai mari, de câteva ore și zile, pentru ca să vedem nu numai răspunsul imediat de ordin coloidoclastic al organismului la acțiunea acelor agenți fizici dar și influența lor tardivă de ordin terapeutic asupra mersului boalei în general^{*)}.

4. Schimbând regiunile și organele de iradiare am căutat să vedem cum răspunsul organismului variază, și adresându-ne la ultra-violete și raze X (aceasta în repetate rânduri la acelaș bolnav și la intervale de câteva zile), am voit să ne convingem de acțiunea și eficacitatea fie-cărui agent în parte.

METODA DE STUDIU

Cercetările s'au făcut totdeauna dimineața, deci înafara perioadelor digestive, bolnavii fiind culcați și supuși la un regim acelaș în tot timpul studiului, nedându-li-se deloc medicamente din momentul începerii cercetărilor. (Copilului Udrea i s'au practicat atingeri locale cu neosalvarsan și 2 injecții în vene cu neos. doza I în zilele de 11 și 14 Martie 1926, iar cercetările au început în ziua de 16 Martie; femeia Niculescu n'a luat deloc medicamente înainte de începerea cercetărilor în ziua de 14 Ianuarie; fetița Denisa primise cu 2 zile mai înainte a doua injecție subcutană cu Hemostyl, iar Anghel D. fusese luat în starea de aparenta sănătate, în care se găsea).

Măsurarea tensiunii sanguine s'a făcut totdeauna la brațul drept cu Sfigmotensiofonul Vaquez-Laubry, în poziție culcată și practicându-se la fiecare dată mai multe măsurători.

Numărătoarea glob. albe și roșii cași echilibrul hemoleucocitar s'a făcut prin metodele și colorațiile obișnuite.

Pentru hematoblast am recurs, când sângele s'a prelevat din circulația generală (vena-cot), la *procedeul Aynaud*:

Sângele este luat din venă cu o seringă care conține 2 cmc. soluție de citrat de sodiu, în ac. se ia 3 cmc. de sânge.

Apoi se diluiază acest sânge într'o soluție de:

citrat de sodiu	10 gr.
clorur de sodiu	5 gr.
apă destilată	500 gr.
Formol pur	10 cmc.

astfel se ia 4 cmc. din ac. soluție formolată într'un pahar parafinat și se lasă să curgă o picătură de sânge citratat.

Avem astfel diluția 1 : 100 (a numărării obișnuite a hematiliilor).

Hematoblastele apar ca bastonașe, ce se recunosc ușor.

*) Acțiunea favorabilă în purpura a iradiației splinei cu raze X este în deajuns de cunoscută; observațiile abundă azi; la noi un cas demonstrativ a publicat Dr. Goia în anul 1926 în Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. Paris No. 12.

Facem raportul hematoblaști și globule (numărate după procedeu obișnuit) și avem numărul hematoblastelor pe m.m. c. de sânge:

S'a recurs la *procedeu Fonio*, atunci când s'au practicat înțepăturile la degete și urechi:

Se pune o picătură mare de sulfat de magneziu 14% pe un deget, după ce a fost bine șters cu eter, se înțepă prin picătura de sulfat de magneziu astfel ca sângele să se amestece bine, se aspiră cu o pipetă și o picătură din aceasta se întinde pe lamă ca sângele.

Se colorează după o fixare prealabilă cu Giemsa: p. numărătoare am pus în ocular un patrat de sticlă împărțit în 4, numărăm în fiecare câmp toate hematiile și plăcuțele astfel ca să avem numărate 1000 hematii plus X. hematoblaste.

Normal avem 50—60 plăcuțe : 1000 hematii.

Normal $\frac{50-60}{1000} 5000000 = 50-60 \times 5000$

deci 300000 hematobl. pe m. m. c.

Pentru studiul coagulabilității sângelui noi am procedat astfel: am măsurat timpul coagulării sângelui pur.

Sângele obținut prin puncție venoasă a fost cules în tubi p. hemoliză ce i-am flambat ușor; timpul de coagulare a fost măsurat din momentul luării sângelui până în momentul, când începea coagularea și apoi când era completă, încât puteam răsturna tubul*).

Pentru durata sângerării am întreb. *proba lui Duke*: puncția lobulului urechei sau pulpa degetului cu un ac scurt (vaccinostil); picăturile de sânge le-am cules pe hârtie de filtru pe măsura ce cădeau, — sau la $\frac{1}{2}$ minut sau la un minut.

În cazul femeii Niculescu s'a făcut de Dl. Dr. Savopol și dozarea cholesterolinei prin procedeu Chauffard-Grigaut.

Ca punct de orientare, pentru a se ști de unde plecăm, am practicat întotdeauna o primă serie din aceste cercetări în minutele, cari au precedat punerea în aplicare a agenților, de cari se face mențiune mai jos.

* * *
Aplicarea de raze ultra-violete s'a practicat de D-l. Dr. Eschenasy cu Lampa Qwarz Hanau, la distanță de $\frac{1}{2}$ metru timp de 5—10 minute, fără a se utiliza lămpile de căldură (atunci când și acestea erau aprinse, s'a făcut mențiune pe tablou).

Aplicarea de iradiățione cu raze X s'a făcut cu tubul Müller, cu apă distanța 25 ctm. durata 10 minute, filtru de aluminiu de 2 mm., lungime de scântee 25 ctm., tăria razelor 7 la Benoist, 4 unități H.

Posibilitatea de a face cercetările ne-a fost dată de un număr relativ frecvent de bolnavi, la cari am putut constata în ultimii 4 ani cu semne clinice de purpura un syndrom sanguin de tipul celui denumit de E. P. Weill hemogenie și care constituie substratul comun al oricărei purpuri cronice (dupe Aubertin).

Pentru ușurință (fiind dat numărul mare de examene sanguine, seriarea și complexitatea lor, ca și nevoia de a le efectua rapid) s'a recurs în cursul aceluiași cercetări și la procedeu mai simplist al lamei.

Aceasta va da poate mai puțină valoare absolută cifrelor și evoluției lor, cu toate că sensul general nu poate fi alterat.

Am practicat toate aceste cercetări în scopul indicat în Z rânduri: odată în anul 1926, când au fost făcute pe bolnavii: o femeie în etate de 36 ani Maria N. și un copil în etate de 10 ani Ion Udrea, amândoi prezentând un sindrom hemogenic clasic, al femeii fiind fără determinare precisă, al copilului fii d simptomatice de o stomatită fuso-spirilară de tipul Vincent*), — a doua oară, de curând și au purtat asupra fetiței Denisa V. în etate de 8 ani care a făcut un sindrom purpuric simplu în împrejurări și cu un debut de așa fel încât suntem înclinați a-l considera ca fiind datorit unui desechilibru vago-humoral de ordin coloidoclastic și asupra tânărului Anghel D. de 21 ani, care de mulți ani prezintă un teren hemoragiar cu crize recidivante de purpura acută.

Obs. 1. — Maria N., văduvă, de 36 ani, intră în spital la data de 4 Ianuarie 1926 pentru un sindrom purpuric.

În 1919 a avut febră tifoidă; are 3 copii sănătoși, niciun abort; menstruația regulată.

Bolnavă de 8 zile prin apariție pe trunchiu și membre de pete de culoare roșie-vinoasă, altele violacee, cari nu dispar prin presiune digitală, de dimensiuni între un bob de meiu și un bob de linte, forma regulată rotundă; pe alocurea confluează; aceste pete alternează cu echimoze, a căror colorație variază dela violaceu la roșu-brun și gălbui; ele prezintă în părțile profunde o indurație; pe alte părți nodositățile constituiesc evidente hematome indolore.

Nimic deosebit la cord și plămân.

Splina percutabilă. Puls 84. N'are albumină.

Ușor febrilă (37°).

5 Ian. Examenul sângelui:

Globule albe 9.600 pe mmc.

Globule roșii 3.300.000 " "

riematoblaști 20.000 " "

Hb. 60 % Talquist, 70 % Sahli.

Coagulabilitatea 30'.

Retracția chiagului incompletă dupe 18—24 ore.

Durata sângerării: la lobulul urechii 90 minute.

la deget 60 "

Limfocite 17 %, mononucleare 6 %, polinucleare neutrofile 77 %, eosinofile 1 %.

6 Ian. Viteza sedimentării 15 mm. dupe o oră.

Resistența globulară pe sânge integral și pe hematii deplasmatisate maxima 3,5, minima 4,5.

Seroreacția Wassermann negativă.

Puncție lombară, l. cefalo-rachidian:

albumină 0.15 % 1 element pe celula Nageotte;

Nonne-Appelt-Noguki-Wassermann negative.

Benzoică coloidală negativă.

*) Aceste prime cercetări au fost comunicate la *Cercul Medico-Farmaceutic din Craiova în ședința din 1 Mai 1926* sub titlul: *Contribuțiune la studiul fiziopatologic al hemogeniei (trombo-citopeniei).*

Dupe puncție durere în centură cu iradiație în picioare mai ales în m. inferior drept; reflexele sunt exagerate, la dreapta ușor clonus.

La presiunea exercitată pe piele se produc echimoze (semnul lui Rumpel-Leede, semnul lacetului Weill positive).

7 Ian. Hematom puternic cu echimoză pe antebrațul drept la nivelul ciupitului; epistaxis puternic; flux menstrual anticipat.

9 Ian. Constipație de 5 zile; tușește din ziua precedentă; acuză dureri în tot corpul, țepăună dela șale în jos; la baza dreaptă respirația sufliantă, crepitații; roncus bronșic generalizat; temperatura, care dela internare a oscilat între 37°—37° urcă brusc dimineața la 39°, scade seara la 38°. Coagularea 20'.

Retracția chiagului nulă dupe 24 ore.

Durata sângerării 60'.

10 Ian. Temp. dimineața 38°, seara 37°; epistaxis puternic (o jumătate scuipătoare).

11 Ian. Frecături baza dreaptă; reflexele rotuliene egale de ambele părți, dar ușor bruște; n'au mai apărut noi echimoze și petechii, iar sufusiunile vechi evoluează decolorându-se treptat.

13 Ian. Coagulare 15'.

Retracția chiagului nu se face dupe 24 ore.

Durata sângerării 60'.

Temperatura în aceste 3 zile a oscilat între 37° dimineața, 37° seara.

14 Ian. Incep cercetările cu iradiația de raze ultraviolete; din această zi temperatura, care cu o seară mai înainte se ridicase la 37°, scade și se menține definitiv sub 37, până la finele cercetărilor, când în seara de 26 Ian. urcă la 37°, în seara de 27 Ian. urcă la 37°, pentru a scobori iarăși în serile zilelor următoare la 36°; pe tablou se vede că pe lamele cu sânge din acea zi s'au decelat rari gameți de malarie terțiană (ceace presupune o ușoară mobilizare a hematozoarului la această paludică latentă *).

18 Ian. La presiunea pe extremitatea superioară a antebrațului stâng extern se formează echimoze mult mai reduse ca intensitate și întindere ca de data precedentă; la nivelul de compresiune al brassarului fonendoscopic apar mici sufusiuni sanguine.

Obs. 2. Copilul Ion Udrea, de 10 ani, intră în serviciu la 10 Martie 1926.

Este al 5-lea copil din 6 (4 sănătoși, unul mort de mic) a zăcut de friguri în vara anului 1924.

De constituție mediocră, prezintă fața cași mucoasele decolorate.

Bolnav de o săptămână cu febră ușoară, apariție pe întreg corpul, membre și față de pete variind între o gămălie de ac și bob de linte și mai mari, de culoare roșie vinoasă la început, violaceu-galben-verzi mai târziu; petechiile alternează cu echimoze de mică întindere pe corp, mai mari la nivelul abdomenului, petechii ale mucoasei gingivale cu stomatoragii; prezintă de la aceeași dată pe marginea dreaptă a limbei întinzându-se pe fața ei inferioară ca și pe cea dorsală, precum și pe fața internă a obrazului corespunzător o ulceratie sângerândă cu fundul cenușiu și o fetiditate mare, fesutul obrazului împăstat cu tumefierea regiunei.

*) Mobilizarea hematozoarului prin raze ultra-violete am mai obținut-o în 1924, în minuțioasele încercări de reactivare a paludismului latent, ce am practicat la acea dată prin diverse mijloace.

TABLOUL I

Maria N. (14-28 Ian. 1926).

DATA	Iradiație cu Raze Ultra-Violete	Coagulabilitate (inceputul coa- gularel, coa- gulare comp.)	Retracția chiagului	Durata sângerării (tobul ureche)	Plăcuțe sanguine	Glob. albe	Globule roșii	Formula leucocitară	Tensiunea art. Br. drept ap. Vaquez-L.	Colecterina	Viteza sediment. 15 ore după Viteza
14 Ianuarie 1926	Inainte de iradiație: 5' pe piept 7' pe spate	5'-14'	nu s'a retractorat după 24 ore	40'	30000	12000	3600000	Limf. 20, Mon. 8, Pol. 70, Eos. 2%	Mx. 12 Mn. 9	2.50	15 mm.
	Imediat dupe								Mx. 11 Mn. 8 1/2	} sub infl. probabil a lamp. calorice	
	dupe 40'	5'-10'	nu s'a retractorat după 24 ore	40'	20000	8000	3400000	Limf. 24, Mon. 14, Pol. 58, Eos. 4%	11-9		
dupe 60'	4'-10'	după 24 ore a transudat prea puțin ser		20000	7600			L. 26, M. 14, P. 57, E. 3%	10 1/2-8	1.65	
dupe 90'	4'-10'	începe a se retracta după 24 ore (chiagul nu se fragmentează)		20000	10000		3300000	L. 28, M. 12, P. 59, E. 1%	11 1/2-9		16 mm.
16 Ianuarie	Inainte de iradiație: 5' piept 10' spate	6'-15'	iretractorat chiagului dupe 24 ore		35000			L. 20, M. 10, P. 67, E. 3%	10 1/2-7 1/2 (imed. dupe: 10-7)		
	dupe 90'	8'-18'	retractorție parțială a chiagului dupe 24 ore		30000						16 mm.
	dupe 4 ore	6'-20'	« « «		20000			L. 21, M. 17, P. 58, E. 4%			
19 Ian.	Inainte de iradiație piept 10' spate 10'	6'-20'	abia începe după 24 ore	60'	30000	12400	3450000	L. 26, M. 10, P. 60, E. 4%	11 1/2-9 (im. d. 11-8 1/2)		d. o oră 15 mm.
	dupe 20'	6'-15'	după 24 ore se observă o mică cantitate de ser		10000	6200	3400000	L. 25, M. 18, P. 52, E. 5%	10 1/2-8		16 mm.

19 Ianuarie 1926		22 Ianuarie 1926		26 Ian.		28 Ian.		19 Febr.	
dupe 40'	5'-10'	parțială după 24 ore	10000	6000	3400000	Limf. 26, Mon. 17, Pol. 53, Eos. 4%	10 $\frac{1}{2}$ -8	16 mm.	
dupe 60'	5'-10'	chiagul începe a se retracta după 2 ore și se obs. o cantitate mai mare de ser după 24 ore	10000	6000	3400000	L. 27, M. 16, P. 52, E. 4, Mielocite 1%	10 $\frac{1}{2}$ -8	15 mm.	
dupe 90'	5'-10'	începe a retracta după o oră și jumătate, necomplectă după 24 ore	5000	6300	3420000	L. 30, M. 13, P. 53, E. 4%	10-7 $\frac{1}{2}$	17 mm.	
dupe 24 ore	5'-10'	retracție parțială după 18 ore după 24 ore chiagul e înconjurat de o cantitate apreciabilă de ser	120000	10000	3450000	L. 30, M. 10, P. 55, E. 3, Megaloblaste 2%	10-8	15 mm.	
înainte de iradiație pe spîlnă 10'	4'-12'	după 24 ore retracție parțială	80000	9000	3500000	L. 28, M. 12, P. 57, E. 3, Megaloblaste 1%	11-8 $\frac{1}{2}$ (imed. dupe 10 $\frac{1}{2}$ -9)	14 mm.	1.75
dupe 40'	4'-10'	după o oră chiagul transudă foarte puțin ser ce rămâne staționar 24 ore	120000	7000	3200000	L. 27, M. 17, P. 52, E. 2, Limfoblaste 2%	11 $\frac{1}{2}$ -9	16 mm.	
dupe 60'	4'-8'	după 24 ore o cantitate apreciabilă de ser înconjoară în jur chiagul	120000	7200	3400000	L. 20, M. 16, P. 59, E. 3, Limfoblaste 2%	10 $\frac{1}{2}$ -8 $\frac{1}{2}$	16 mm.	1.66
dupe 90'	5'-10'	se observă o transudare și mai pronunțată a serului după 24 ore	140000	7200	3500000	L. 27, M. 9, P. 57, E. 3, Limfoblaste 4%	10 $\frac{1}{2}$ -8	15 mm.	
dupe 24 ore	5'-10'	chiagul se retractă după 24 ore mai mult ca în 22 Ian.	120000	9000	3600000	L. 25, M. 8, P. 62, E. 2, Limfoblaste 3%	10 $\frac{1}{2}$ -8	dupe o oră 16 mm.	
în. de iradiație 3 zile consecutive pe spîlnă câte 10'	5'-12'	după 24 ore retracția chiagului completă	140000	9000	3500000	L. 30, M. 8, P. 60, E. 2%	10 $\frac{1}{2}$ -8	dupe o oră 16 mm.	1.60
5 ore dupe a 3-a iradiație	4'-12'	după 24 ore retracția chiagului aproape completă	140000	8000	3600000	L. 28, M. 10, P. 57, E. 4, L. 1%, foarte rari gameti malarici terțiană		dupe o oră 15 mm.	1.33
	7'-20'	necomplectă după 48 ore	72000	9600	3570000	L. 16, M. 11, P. 68, E. 3, Megaloblaste 2%			R. glob. max. 3 min. 3-5

Ion Udrea (16-27 Martie 1926) TABLOUL II

Iradiație cu RAZE X	Sânge prelevat din :	Coagulabilitate	RETRACTIA CHIAGULUI	DURATA SÂNGERĂRII	PLĂCUTE SANGUINE		Globule roșii	GLOB. ALBE	FORMULA H. LEUCOCITARĂ	Hgl.	Tensiunea arterială
					Pr. Fonio	Pr. Ay- naud					
ora 8.30	deget	4'-10'	transudă f. puțin ser după 24 ore; coag. refractat parțial dupe 48 ore	ur. dr. 8' ur. sig. 10' deget 5'	64000		3200000	9000	Lim. 19, Mon. 6, Poi. 72, Eosin. 2, Megal. 10%	40% (Sahli)	
Iradiație spinală 10'											
dupe 20'	deget			ur. dr. 6' ur. sig. 6' deget 9'	50000 ur. sig. 42000 deget 40000			9000 (deget)			
dupe 40'	venă cot.	5'-8'	retracție foarte mică după 24 și 48 ore	ur. dr. 3' ur. sig. 4' deget 8'	50000 ur. sig. 42000 deget 40000	50000		9000 (cot) 8200 (deget)			Mx. 9/2 Mn. 6/2
dupe 60'	deget			ur. dr. 4' ur. sig. 7' deget 8'	80000 ur. sig. 80000 deget 80000			8000			9/2-6/2
dupe 24 ore	venă cot.	4'-7'	parțială după 24 ore; incompletă după 48 ore			110000	3200000	8000	L. 25, M. 7, P. 66, E. 2%	60% Taliq.	
ora 8.30	venă cot.	4'-8'		ur. dr. 11' ur. sig. 11' deget 8'		110000	3370000	7000	L. 23, M. 6, P. 68 E. 3%	60% Taliq.	
Iradiație ficat 10.40-10.50											

DATA

16 MARTIE

17 M.

18 MARTIE

11.10			ur. dr. 9' ur. stg. 6' deget 5'	ur. dr. 90000 ur. stg. 60000 deget 115000	3300000				
11.30	venă cot.	4'—8'	ur. dr. 7' ur. stg. 5' deget 2'	ur. dr. 90000 ur. stg. 80000 deget 120000	3500000	150000			
11.50			ur. dr. 8' ur. stg. 7' deget 6'	ur. dr. 100000 ur. stg. 100000 deget 120000	3500000				
5 p. m.	venă cot.	4'—7'	ur. dr. 6' ur. stg. 4' deget 5'		3400000	115000	L. 27, M. 9, P. 60, E. 2, Türck 20/0	60% (Sahli)	
ora 12	venă cot.	5'—8'	ur. dr. 10' ur. stg. 7' deget 13'		3300000	85294	L. 30, M. 10, P. 57, E. 2, Bazoffie 10/0	60% (Sahli)	
10.15	venă cot.	5'—9'	ur. dr. 16' ur. stg. 10' deget dr. 10' deget stg. 11'	ur. dr. 60000 ur. stg. 72000	3000000	100000	L. 30, M. 6, P. 62, E. 20/0 Polln. înere	60% (Sahli)	
12.10									
12.40	venă cot.	4'—7'	ur. dr. 7' ur. stg. 6' deget stg. 7'	ur. dr. 60000 ur. stg. 58000 deget dr. 72000 deget m.dr. 72000 deget « stg. 80000	3200000	91430		60% (Sahli)	
9.30	venă cot.	5'—8'	ur. dr. 16' ur. stg. 16' mediu dr. 6' media stg. 6'	ur. dr. 51100 ur. stg. 42900 mediu dr. 66000 media stg. 55100	3300000	76000	L. 28, M. 9, P. 60, E. 2, Bazoffie 10/0	65% (Sahli)	
ora 11.40									
12.10	venă cot.	4'—7'	ur. dr. 13' ur. stg. 9' deget dr. 4' deget stg. 3'	ur. dr. 39600 ur. stg. 35000 deget dr. 82500 deget stg. 46200	3300000	55100	L. 30, M. 8, P. 60, E. 20/0	65% (Sahli)	

18 MARTIE

19 M.

22 M.

25 MARTIE

27 MARTIE

De 3 zile, bolnavul prezintă urine hemoragice.

Banda aplicată la braț nu lasă echimoză.

Urina conține 4.290 gr. albumină și abundente hematii.

Frecături pleurale în regiunile subcapulare și sub clavicula dreaptă-
Splina percutabilă; pulsul f. mic, 108 pe minut, respirația 24.

11 Martie: Examenul sângelui:

Globule albe 9600, roșii 3.170.000, plăcuțe sanguine 40000.

Hgb = 60%, valoarea globulară 1.

Coagulabilitate 20', rețracția chiagului parțială dupe 24 ore, incomplectă
dupe 48 ore, coagulare prin straturi succesive.

Limfocite 17%, monocite 8%, polinucleare neutrofile 73%, eosinofile
1%, bazofile 1%; anisocitoză, poikilocitosa, hiperchromie.

Secreția bucală de pe plagă (ex. direct) bacili fuziformi, spirili.

Se face o injecție intravenoasă cu 0.15 ctgr. și atingeri locale cu
neosalvarsan.

12 Martie. Plăcuțe sanguine 80.000; durata sângerării la deget 8'.

Resistența globulară pe hematii deplasmate: R minimă 4,5 R
maximă 2,5.

13 Martie. Stare generală relativ bună, febra scăzută la 37° tumefacția
obrazului diminuată, plaga linguală curățită în parte, pe corp n'au mai apărut
petechii noi; puls mic, radiala abia palpabilă, 80 pulsații pe minut cu pro-
nunțată aritmie respiratorie.

14 Martie. La nivelul ciupitureri exercitate în $\frac{1}{3}$, superioară a ante-
brațului apare a 2 zi echimoză întinsă; la nivelul presiunii executată pe $\frac{1}{3}$,
infer. nu apare nimic.

Nouă injecție intravenoasă cu 0.15 ctgr. neosalvarsan.

15 Martie. Petechiile se șterg; noi nu mai apar; tensiunea cu ap.
Vaquez-Laubry $9\frac{1}{2}$ — $6\frac{1}{2}$; urina liberă de albumină; rari hematii.

16 Martie. Incep cercetările cu iradiația splinei, ficatului, iradiația locală
a lobului urechi și pulpei degetului, cari țin până la 26 Martie; efectele san-
guine obținute se pot urmări pe tabloul 2.

Temperatura care în ziua de 17 și 18 Martie atingea seara 37° și 37°;
a scăzut sub 37° până la data de 23 Martie, de când a început iarăși a
oscila între 37° și 37°.

Intradermoreacția cu tuberculină negativă.

Reacția Wassermann negativă.

21 Martie. Pe locul ciupitureri în $\frac{1}{3}$, infer. a brațului stâng ușoară
echimoză.

23 Martie. Urinele nu mai prezintă hematii.

Obs. 3. Fetița Denisa V. în etate de 9 ani prezintă la data de 16
Aprilie 1929*) petechii pe tot corpul de mărimea unui bob de meu până la
un bob de linte precum și câteva echimoze întinse pe membre.

Cu 2 săptămâni mai înainte a căzut pe o mașină încinsă provocându-și

*) Greutăți de tipar, întârziând apariția acestui număr de Martie, au permis publi-
carea odată cu Revista generală asupra Sindr. Hemoragipare a D-lui Dr. Zamfir și a
acestui studiu, în care parte din cercetări s'au făcut în cursul unei Aprilie.

Publicarea ambelor lucrări laolaltă credem că este bine venită.

o arsură a podului palmei stângi de gradul II-lea; plaga evalua favorabil, când cade pe palmă și provoacă cu ruperea crustei formate o vastă denudare a dermului cu hemoragie locală.

La câteva minute după cădere și fără a fi fost atât de speriată ca la primul accident, apar pe tot corpul și față plăci de urticaria, cu mâncărime cari de a doua zi au cedat dând loc la hemoragii pe nas, gingii și petele hemoragice descrise.

Văzută îndată de un medic i se dă hemostyl per os și în injecții; o primă injecție se face la 12 și alta la 14 Aprilie.

Examenul sângelui practicat la data de 13 Aprilie arată:

Gl. roșii 3.400.000, gl. albe 5100, hematoblasti 8000 Hgl. 60%.

Limfocite 43%, monocite 7%, polinucleare neutrofile 42%, celule de iritație Türk 5%, eosinofile 3%. Coagulabilitatea 15', durata sângerării 6'—10'.

La data de 16 Aprilie (2 zile dupe ultima injecție de hemostyl) se încetează orice medicație, se practică un examen de sânge complet, ciupitura provoacă pe loc petechii și echimoză în orele următoare; jaretiera dela coapsa stângă, mai strâmtă, face sub ea o bandă circulară pichetate de petechii (semnul lacetului pozitiv deci, fără a-l mai căuta) dupe câteva ore se face o primă iradiație cu Raze Röntgen pe splină timp de 10', care se repetă pe ziua de 17 și 8 Aprilie, iar la câteva ore dupe iradiația 3-a în aceleași condițiuni similare ca în ziua de 16 Aprilie se practică un examen detaliat de sânge; acesta se repetă în ziua de 23 Aprilie (deci dupe 5 zile).

Detaliile acestor cercetări se văd pe tabloul III.

La data de 23 Aprilie fetița n'a mai prezentat dela începutul iradiațiilor nicio petechie nouă, iar cele vechi aproape au dispărut; ciupitura nu mai determină echimoză iar jaretiera cea strâmtă, schimbată la coapsa cealaltă n'a mai lăsat semne petechiale.

Obs. 4. Dumitru A., de ani 21, funcționar de bancă, se află sub observația noastră de aproape un an pentru un sindrom hemogenic prelungit.

Până înainte de războiul din 1916 n'ar fi avut nimic, dar de când l'a lovit un cal cu copitele în cap (i s-a umflat și el a suferit o emoție puternică din sperietură), pretinde el, a început să-i curgă deseori sânge pe nas și să prezinte hemoragii multiple gingivale, cutanate și subcutanate.

Ele surveneau sub formă de crise, la intervale neregulate, precedate de senzații subiective vagi cu 2—3 zile mai înainte, dar mai totdeauna de oboseli fizice sau emoționale.

Acum 3 ani pentru epistaxisuri repetate a consultat un specialist otolaringolog, care i-a recomandat facerea câtorva ședințe de radioterapie pe rădăcina nasului și pe splină, după cari s'a simțit f. ameliorat și crise puternice n'au mai survenit până în Iunie anul trecut, de când se află sub observația noastră.

Atunci se afla iarăși în plină crasă și n'a fost ameliorat decât de o cură prelungită cu ficat de vițel, ce a urmat toată luna Iulie acasă, pe toamnă au survenit câteva mici epistaxisuri, dar de mică importanță pentru bolnav, cari cași sufusiunile sanguine și petechiile nici odată n'au lipsit complect.

Azi, 17 Apr. cor., stare de bine, dar totuși prezintă numeroase petechii răspândite pe tot corpul, de diferite epoci de apariție (proaspete mai ales pe părțile de fricțiune, între spete); ciupitura i-a provocat o tumefacție-hematom,

Denisa V. (16 - 23 Aprilie 1929)

TABLOUL 3

Data examen.	Sângele		Coagulabilit. sângelui		Retracția chiagului			Durata sângerării			Hematobi.			Globule albe			Globule roșii			Hgb.			Formula h. leucocitară							
	16/IV	18/IV	23/IV	16/IV	18/IV	23/IV	16/IV	18/IV	23/IV	16/IV	18/IV	23/IV	16/IV	18/IV	23/IV	16/IV	18/IV	23/IV	16/IV	18/IV	23/IV	16/IV	18/IV	23/IV	16/IV	18/IV	23/IV			
16 Apr. înainte.					Retracție part. dupe 18 ore							49295	10000	9000	3500000	3700000	3800000	60%	80%	80%				Limf. 45, Mon. 6	Pol. 48, Eos. 1%	Limf. 29, Mon. 4	Pol. 66, Eos. 1%	Limf. 27, Mon. 6	Pol. 65, Eos. 2%	
16-18 Apr. 3 șed. de irradi. spl. cu Raze X de câte 10' fiecare.					Retr. completa dupe 36 ore							90000	90250	88000	9000	3700000	3800000	60%	80%	80%				Limf. 45, Mon. 6	Pol. 48, Eos. 1%	Limf. 29, Mon. 4	Pol. 66, Eos. 1%	Limf. 27, Mon. 6	Pol. 65, Eos. 2%	
23 Apr. (la 5 zile dupe ultima iradiție).					Retr. completa dupe 22 ore							90000	90250	88000	9000	3700000	3800000	60%	80%	80%				Limf. 45, Mon. 6	Pol. 48, Eos. 1%	Limf. 29, Mon. 4	Pol. 66, Eos. 1%	Limf. 27, Mon. 6	Pol. 65, Eos. 2%	
16 Apr. înaintea																														
18 Apr. (după iradiția treia).																														
23 Apr. (la 5 zile dupe ultima iradiție).																														

TABLOUL 4

Angheld. (17—22 Aprilie 1929)

Data examen.	Sediul vârst. sâng.	Coagulabilit. sângelui		Retracția chiagului		Durata sângerării		Hematobl.		Globule albe		Globule roșii		Hgb.		Formula h. leucocitară	
		17/IV	19/IV	22/IV	17/IV	19/IV	22/IV	17/IV	19/IV	22/IV	17/IV	19/IV	22/IV	17/IV	19/IV	22/IV	17/IV
17 Aprilie (nainte de iradiație).		30'		40'	Retr. f. mică dupe 36 ore, chiag friabil p. ag.				50000	60000	7000	3000000	3120000	70%			Limf. 18, Mon. 7, Pol. 69, Eos. 6%
17—19 Apr. 3 sed. de irad. spl. cu Raze X de câte 10' fiecare.		12'	15'	15'		7	12'	78900	70000								Limf. 28, Mon 6, Pol. 62, Eos. 4%
19 Apr. (la câteva ore dupe iradiația treia).					Se desagegă și se liquefiază												
22 Apr. (la 3 zile dupe ultima iradiație).					abia o pic. ser dupe 24 ore, chiag friabil												

cu apariție de echimoză în orele următoare; semnul lacetului este pozitiv dupe o constricție mai puternică. Gingiile sângerează și exală miros ușor fetid.

Pulsul rar, 60 pe minut, tensiunea arterială cu aparat Vaquez 12-8 $\frac{1}{2}$, bolnavul tușește discret, vârful drept ușor submat cu cracmente sub claviculă. Crepitații la nivelul hilului stâng; splina percutabilă pe 4 laturi de deget în spațiile 9 și 10 intercostale pe linia axilară posterioară; greutatea 60 kgr.

Am aplicat acestui pacient, în stare de bine pentru momentul de față, ședințe de iradiația splinei pentru a vedea schimbările survenite în tabloul său sanguin; rezultatele examenelor practicate înainte și dupe iradiație se pot urmări în tabloul 4.

CONSTATĂRI: În cazul femeii Maria N.

a) Am reușit să punem în evidență o reacție hemoclastică; într'adevăr recitând cifrele găsite ale momentelor inițial și la o oră, găsim la *prima încercare* cu iradiația pieptului 5' și a spatelui 7': înainte de iradiație coagulația 5'-14', globule albe 12000, tensiunea arterială 12-9, iar după o oră coagulația 4'-10', globule albe 7600, tensiunea art. 10 $\frac{1}{2}$ -8, la *a treia încercare* cu iradiație pe piept 10' și pe spate 10': înainte de iradiație coagulația 6'-20', globulele albe 12400, tensiunea art. 11 $\frac{1}{2}$ -9, iar după o oră coagulația 5'-10', globule albe 6000, tensiunea art. 10 $\frac{1}{2}$ -8, la *a patra încercare* cu iradiație pe splină 10' (cu toate că nu credem în răspunsul splinei, ci tot în al tegumentului suprajacent iradiat): înainte de iradiație coagulabilitatea 4'-12', globule albe 9000 tensiunea art. 11-8 $\frac{1}{2}$, iar dupe o oră coagulabilitatea 4'-8', globule albe 7200, tensiunea art. 10 $\frac{1}{2}$ -8 $\frac{1}{2}$.

b) În legătură cu momentele humorale de mai sus constatăm o variație și din partea hematoblaștilor, în prima probă: într'o oră dela cifra de 30.000 mmc. la 20.000, în a treia probă: scad dela 30.000 la 10.000, în a 4 probă cu iradiația pe splină: variază în sens opus, crescând dela 80.000 înainte de iradiație la 120.000 la o oră după iradiație.

Această creștere generală ar putea fi pusă în legătură nu cu iradiația splinei din ziua de 22 Ian. ci cu ameliorarea generală a boalei sub influența prelungită a iradiațiilor cutanate anterioare, deoarece cu două zile mai înainte - din ziua de 20 Ian. - găsim pe tablou cifra de 120.000 hematoblaști.

c) Ameliorarea evidentă a boalei în timp de 5 zile (dela 14-20 Ian), - în cari s'au practicat 3 ședințe de iradiații, - ameliorare constatată clinic prin scăderea bruscă a febrei din prima zi de iradiație și prin ameliorarea hemoragiilor subcutanate, iar hematologic prin creșterea cifrei hematoblaștilor și redobândirea proprietății de retractilitate a chiagului sanguin - indică o acțiune favorabilă, dar de mai târzie manifestare, a razelor ultraviolete asupra sindromului hemogenic și deci se impune recomandarea aplicării și a acestui fel de tratament la asemenea pacienți.

d) Nu se constată la prima bolnavă un paralelism perfect între cifra hematoblaștilor și durata scurgerii, deși în general cu

creșterea cifrei lor coincide spre sfârșitul boalei o micșorare a duratei scurgerii.

În timpul momentelor hemoclasice deslănțuite de raze se constată o diminuare a cifrei hematoblaștilor, în timp ce durata sângerării nu variază — cea ce în definitiv se poate interpreta favorabil în sensul participării la efectele crizei.

La copilul Udrea, la care studiul local prin diferite înțepături s'a făcut mult mai detaliat și la care am utilizat ca agent de influențare razele X, am constatat:

a) Lipsa unui paralelism perfect între cifra hematoblaștilor și durata sângerării, întrucât la degetul drept, care sângerează 8', găsim 40.000 hematoblaști iar la lobulul stâng, care sângerează 4', găsim 42000, iar altă dată la degetul, care sângerează 5', găsim 115000 hematoblaști, iar la lobulul stâng care sângerează 6' găsim 66000 hematoblaști.

b) Crise hemoclasice sub influența razelor X n'am căutat să punem în evidență, așa că din prezența câtorva elemente nu se pot trage concluziuni ferme.

c) Sub influența iradiației pe splină, vedem o creștere a cifrei hematoblaștilor locali și a acelor din circulația generală precum și o micșorare a timpului de sângerare locală.

d) Sub influența iradiației pe ficat constatăm iarăși creșterea cifrei hematoblaștilor locali și a acelor din circulația generală, creștere care merge mână în mână cu o mai vădită micșorare a timpului de sângerare locală.

e) Prin iradiația separată: într'o probă a mediului stâng și a lobului drept iar într'o a doua probă a deg. mediu drept și lobului stâng — am căutat să punem în evidență influența iradiației cu raze X asupra leziunii locale de endotelită parcellară și întrucât iradiația locală ar dicta variația duratei sângerării și cifra hematoblaștilor locali: dar concluziuni ferme nu s'au putut trage, și în această privință este nevoie absolută de material de studiu mai bogat.

Se poate face totuși remarcă că: iradiația cu raze Roentgen chiar a unei oare cari părți restrânse din organism (precum un deget sau lobul de ureche — iar nu numai a splinei sau ficatului) influențează și părțile similare neiradiate (la 25 Martie: urechea dr. înainte de iradiație sângerează 16' iar dupe irad. 7', dar și durata sângerării la ur. stg. neiradiată scade dela 10' la 6'), ceace ar pleda pentru intervenția unei cauze de ordin general precum sistemul neurovegetativ sau vaso-motor — care este de ajuns să fie sgduit într'un punct, pentru ca excitația locală, intrată în circuitul general, să determine efecte universale.

Această ipoteză este întărită de altă constatare, anume: cifra hematoblaștilor locali fie în punctul iradiat, fie în punctul similar opus neiradiat se influențează prea puțin și chiar deloc (ba chiar în minus, în timp ce în aceleași puncte, durata sângerării a scăzut

la jumătate), și această constatare la rândul-i pledează contra unei intervențiuni de ordin hematopoetic.

Iar constatarea unei disociații nete între durata sângerării, care scade și cifra hematoblaștilor, care rămâne neinfluențată, ar putea fi invocată ca dovadă în sprijinul existenței în hemogenie a leziunii locale de endotelită (Roskam), dar nu a unei leziuni de ordin anatomic cât de ordin dinamic, căci nu s'ar putea concepe ca o alterație celulară oricât de puțin profundă să fie atât de repede modificată (în 20') prin intervenția razelor X, mai ales când efectul s'a manifestat și în punctele neiradiate.

La fetița Denisa V. (din obs. 3) iradiația splinei în cele 3 ședințe consecutive s'a dovedit foarte eficace pentru ameliorarea generală a boalei, care a mers paralel cu constatările sanguine locale, iar cifrele locale s'au manifestat în sensul unei corelații paralele între diminuarea duratei sângerării și creșterea cifrei hematoblaștilor (cu excepție la deget, la care poate că intervin și condițiuni locale de ordin epidermic sau circulator).

La tânărul Anghel D. (din obs. 4) efectul iradiației a rămas nul, ba chiar se constată că Razele au determinat o alungire a timpului de sângerare, o diminuare a hematoblaștilor locali și o întârziere a coagulabilității.

Și mai este de remarcat că acest pacient se găsea în stare de sănătate aparentă (între crize), deci că razele X n'au putut modifica terenul hemoragipar (ba chiar l'au deservit) cum îl influențaseră așa de favorabil cu 3 ani mai înainte, când pacientul se află în plină criză.

CONCLUȘIUNI GENERALE:

a) *Razele ultra-violete și X influențează favorabil, clinic și sanguin, sindromul hemogenic al purperei, dar nu modifică terenul hemoragipar (dintre crize) al formelor prelungite.*

Efectele se manifestă prompt, dar ele se mențin și se accentuează treptat sub influența unei acțiuni mai prelungite.

b) *Iradiația cu raze ultra-violete poate determina un choc de ordin coloidoclastic, la care să participe și cifra hematoblaștilor.*

c) *Nu există un paralelism perfect între durata sângerării și cifra hematoblaștilor locali: durata poate scădea în timp ce cifra hematoblaștilor rămâne staționară sau chiar diminuează, în loc să crească; iar această disociație (pusă mai ales în evidență prin iradiații locale) pledează pentru existența leziunii de endotelită parțială în sindromul hemogenic, iar anume considerațiuni ne fac să opinăm pentru alterări de ordin dinamic mai degrabă de cât anatomic ale acestei leziuni endoteliale.*

II.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ IN ȚARĂ

A. — SOCIETĂȚI ȘTIINȚIFICE

SOC. MEDICALĂ A SPITALELOR DIN BUCUREȘTI

Sedința din 14 și 28 Noiembrie 1928

Prof. D. Danileopolu. *Suprimarea unui acces de angină de piept prin compresiunea sinusului carotidian. Mecanismul de terminare al unui acces anginos.* — După autor accesul anginos nu se poate produce decât grație unui reflex presor cu punct de plecare în zona reflexogenă cardio-aortică.

În lucrări anterioare a demonstrat amfotropismul acestui reflex, amfotropism care poate predomina asupra simpaticului sau parasimpaticului. Din cauza predominanței factorului amfotrop, aceeași zonă reflexogenă poate mări sau inhiba reflexul presor, după gradul și intensitatea excitației.

Patogenia anginei de pept fiind rezumată într'un dezechilibru între travaliul miocardului și irigațiunea sanguină, un reflex carotidian depresor prin diminuarea travaliului cordului (scoborirea T. A. micșorarea propriet. fund. cardiace) va stabili echilibru între irigațiune și travaliu miocardului.

Prof. D. Danileopolu. *Suprimarea unui acces de tachycardie paroxistică prin compresiunea sinusului carotidian.*

Dr. I. Stola și Dr. N. Banu. *Lymfosarcom al amigdalei. Moarte prin hemoragie parenchimatoadă și asfixie.* — Caz rar observat de autori în centrul anticanceros al Inst. de Anatomie Patologică din Strasbourg. La autopsie nu s'a constatat nici o leziune a vaselor mari ale gâtului, nici vre'o embolie cardio-pulmonară. Era vorba numai de o tumoră sarcomatoasă a amigdalei drepte, destul de radio sensibilă, care a ocazionat moartea printr'o enormă hemoragie parenchimatoadă și asfixie prin aspirațiune pulmonară.

Dr. Maria Maxlm. *Studiu asupra cantității sanguine de Cholină, Calcium și Potasium în stare normală și patologică. Concluziuni:*

1. Colina se găsește diminuată în: icter cu tachycardie, hipertensiune arterială, asistolie și maladia lui Basedow.

2. Se găsește mărită în: icter bradicardic, epilepsie, paralizie gen., accese tetanice și fenomene anafilactice.

Alexandru Săvulescu. *Palpația bimanuală compresivă, manevră de*

amplificație a vibrațiilor toracice. — Palpațiunea bimanuală preconizată de Lassegne, dacă i se adaugă și *compresiunea* devine o manoperă utilă în mărirea vibrațiilor toracice, la persoane cu voce subțire sau slabă.

Ședința din 14 și 28 Decembrie 1928

P. Tomescu. *Studiul modificărilor pletismografice sub influența stărilor emotive.* — Cu ajutorul inscripțiilor grafice și cunoscând că o stare emotivă agreabilă sau desagreabilă este însoțită de mișcări circulatorii și respiratorii importante, autorul caută să studieze modificările pletismografice în cursul acestor stări emotive.

Prin cercetările expuse și mai ales cu ajutorul graficelor înregistrate se vede cu diversele stări emotive influențiază evident circulația periferică și sub influența lor se produc oarecari mișcări involuntare (tremurături) cari influențează traseul.

Dr. I. Constandache și Dr. M. Francke. *Un caz de meningită cerebro-spinală cu germen necunoscut.* — Este vorba de un bătrân care în urma unui traumatism cranian (fisura bazei craniului etaj. anterior) face o meningită cerebro-spinală după aproape 2 luni. Puncția lombară: lichid sero-purulent; pe frotiu se constată un bacil gram negativ, cari în culturi este de un pofimorfism accentuat cu predominența formei cocobacilare. Se pare a fi vorba de un *saprofit* obicinuit al foselor nasale, cari în condițiunile speciale determinate de traumatism a devenit patogen. *Terapeutică:* puncții lombare decompressive repetate, spălarea cav. arachnoidiene cu ser fiziologic căldicel și tratament specific cu autovaccin. Videcare după 60 zile. A rămas cu o ușoară diminuare auditivă.

A. Radovici și C. Păunescu. *Paralizie generală începând prin hemitremurături Parkinsoniene.* — După o sumară punere la punct a fiziopatologiei sifilisului cerebral și paraliziei cerebrale, autorii reamintesc că la s. cerebral leziunile sunt predominente pe meninge și cortexul creierului pentru motivul că infecțiunea s'ar transmite pe calea L. C. R. pe când în P. G. leziunile sunt profunde în substanța cenușie și nucleii optostriat, infecțiunea ajungând aci pe cale sanguină. Expun observația a 2 cazuri de P. G. cari au început cu hemitremurături Parkinsoniene, dintre care unul foarte mult ameliorat prin malarie terapie și tratam. specific. Oscilațiunile erau evidente mai ales la membr. superior și comisura bucală, tremurături cu caracter de mari oscilațiuni și facies imobil de Parkinsonian.

T. Saragea și P. Valter. *Contribuțiuni la studiul de origină a umbrelor nucleare.* — Umbrele nucleare sunt niște formațiuni reticulare care se găsesc în frotiul sanguin, fixat și colorat după metodele obicinuite.

După *Besançon* ar fi leucocite patologice, embrionare și degenerate, cari fiind mai fragile se transformă ușor în umbre nucleare.

Aceste elemente celulare sunt prețioase pentru diagnosticul și pronosticul hematologic.

În urma cercetărilor întreprinse, autorii au ajuns la concluziunea că toate varietățile de leucocite sunt susceptibile de a se transforma în umbre și că aproape la fiecare caz este o speță determinată de leucocite care se transformă cu predilecție.

În paludism sunt *monocitele* care se arată mai fragile, în pneumonie

polinucl. neutrofile, în leucemia limfatică lymfocitelê și lymfoblastele, etc. Ceeace se poate afirma pentru moment este faptul că transformarea reticulară a leucocitelor, pare a fi influențată de starea patologică a celulei însăși.

Marla Maxim și C. Vasillu. Cantitatea sângelui în Potasiu Calciu și Cholină în hipertensiunea arterială :

1. La hipertensivi întotdeauna se găsește hypocholesterolemie.
2. Calciu în sângele total se găsește în Exces.
3. Potasiu diminuat în majoritatea cazurilor.

Ședința din 9 și 23 Ianuarie 1929

Dr. C. I. Parhon. Un caz de tetanie hypoparatiroidiană. Bune rezultate cu parathormonul Collipp. — Este vorba de o pacientă în etate de 40 ani care vine să consulte pentru spasme musculare în membrele superioare și inferioare. Semnul lui *Trousseau*, *Chvostek* și *Weiss* sunt net pozitive. Hypocalcemie. Tratamentul cu clorur calciu 4% nu influențează în bine afecțiunea. Injecțiunile sub piele în fiecare zi cu *parathormonul Collipp* (care este un extract paratiroidian prin hidroliza cu acid clorhidric diluat) ameliorează evident mersul boalei. Faptul acesta demonstrează existența *tetanilor paratyreoprive*.

N. G. Lupu și R. Brauner. Considerațiuni asupra tratamentului cu ficat a anemiilor. — Căutând să vadă acțiunea ficatului nu numai în *anemiile pernicioase* ci și în *anemiile secundare* (posthemoragice, splenomigalice, hemolitice) sau *esențiale*. Autorii au întreprins în clinica Prof. Danielopolu o serie de cercetări și au ajuns la următoarele concluzii: **ry Cluj**

1. Ficatul are acțiune și *fript* nu numai fert, puree sau emulsionat.
2. Tabloul de acțiune al anemiilor pernicioase este modificat sub acțiunea ficatului, exceptând turburările consecutive sclerozei medulare combinate.
3. Rezultatele sunt bune și anemiile secundare când măduva este capabilă de a reacționa.
4. În trombopenia esențială nu se obține înmulțirea trombocitelor.
5. Incetarea tratamentului face să apară simptomele de anemie.

P. Tomescu și Ionescu-Bucșani. Studiu modificărilor pletismografice și respiratorii sub influența stărilor emotive. — Continuând seria cercetărilor pletismografice în stările emotive autorii au conchus :

- a) Circulația periferică și respirația sunt influențate de aceste stări.
- b) Intensitatea acestor reacțiuni este variabilă după individ, pentrucă depind de sensibilitatea și emotivitatea fiecăruia.
- c) Modificările circulo-respiratorii se constată pe grafică și atunci când nu se traduc prin nici un semn exterior.

Dr. Niculescu și Dr. I. Stoia. Aneurism al aortei toracice cu perforație esofagiană. Moarte lentă. — Cazul observat la un vechi specific, este interesant prin aceea că deși era vorba de ruptura aneurismului aortei, moartea s'a produs lent din cauza unei obturări prin deplasarea unui chiag în punga aneurismului. Așa se explică și rezultatele fructuoase ale teraputiceii instituite cu ocazia primei hematemeze.

Dr. I. Vasilescu.

REUNIUNEA ANATOMICĂ (din Cluj)

Sedința din 10 Noembrie 1928

Dr. M. Kernbach și C. Cotuțiu. *Embolii grăsoase generalizate — accident de muncă.* — Prezintă observația unei bolnave care sucombă în urma unui accident cu fractură a gambelor. La autopsie se găsesc embolii grăsoase în creier, plămân, inimă, ficat, splină, rinichi. Aceste embolii grăsoase sunt o complicație a fracturilor osoase.

Dr. Cotuțiu. *Miocardită purulentă și ruptura spontană a inimii.* — Comunică autopsia unui individ ce a murit subit și la care s'a găsit o miocardită purulentă, infiltrații de polinucleare printre fibrele musculare a cordului degenerate. Aceste miocardite survin des în urma septicemiilor, endocarditei, în cazul de față lipsește anamneza.

Discuții: Prof. Vasiliu atrage atenția asupra rarității cazului, Prof. Hațieganu încadrează cazul ca fiind în legătură cu gripa care dă supurațiuni miocardice. Prof. Iacobovici, prezintă o piesă de la o fetiță de 5 ani din reg. cervicală, crede că sunt ganglioni tuberculoși. Profesorul Vasiliu crede că e un limfogranulom.

Prof. Titu Vasiliu, Dr. I. Dinescu. *Endocardită infecțioasă ulcero-vegetativă cu tromboza iliacel primitive a iliacelor și femuralelor, gangrena membrilor inferioare și endometrită.* — Autorii comunică observația unei bolnave care sucombă în urma unei endocardite. La autopsie se găsește o endocardită și panmetrită și o trombo-arterită purulentă a celor două iliace.

Discuții: Dr. Voicu arată că bolnava de mai sus a avortat în urma endocarditei și apoi a suferit de o septicemie gonococică.

Profesorii Vasiliu și Hațieganu atrag atenția asupra septicemiilor produse de gonococ.

Dr. Dobocan. *Septicemie pneumococică și prim afect a lui Ranke.* — Prezintă organele provenite dela o bolnavă ce a sucombat cu fenomene clinice de meningism și t. b. c. pulmonară. La autopsie se constată insule nodulare conglomerate în jurul bronșurilor. Pe fața anterioară a plămânului drept în apropierea scisurii interlobare un nodul de mărimea unei alune și care la secțiune prezintă o caseificare. Inima are un aspect degenerativ, ficatul o stază iar splina e friabilă, rinichii alterați cu aspect de glomerulo-nefrită, în froiturile făcute s'au găsit pneumococi.

Discuții: Dr. Manta pretinde că bolnava a avut semne clinice de meningită t. b. c. cu condensarea virfului stâng. Prof. Hațieganu nu crede că a fost o meningită t. b. c., de oarece bolnava a sucombat foarte repede. Prof. Titu Vasiliu spune că era pneumococie cu meningism.

Dr. Horațiu Tănăsescu. *Distocie prin circulară de cordon în jurul gâtului fetal.* — Insistă asupra pronosticului mai puțin benign al acestei afecțiuni.

Prof. Grigoriu arată că diagnoza se face greu.

D-șoara Dr. M. Bulgaru. *Vaccinările B. C. G. în serviciul clinicei ginecologice și obstetricale din Cluj.* — A făcut vaccinări la 170 copii dintre care zece cu ascendenți tuberculoși. Nu a remarcat vre-o influență dăunătoare a vaccinării, copii sănătoși și se dezvoltă bine.

Docent Dr. Iancu și D-na Buda, sunt de părere de a se face o statistică după observații precise a copiilor vaccinați, de aceeași părere este și Dr. Nicoară.

REUNIUNEA GYNECOLOGICĂ ȘI OBSTETRICALĂ (Cluj)

Ședința din 23 Noembrie 1928

Docent Dr. Axente Iancu. *Un caz de atrepsie cu piodermie la un sugaci separat de mama lui* (considerațiuni de ordin legislativ). — Prezintă un copil atreptic cu abcese multiple și atribue această stare faptului că copilul a fost separat de mamă care era doică și nu i se permitea să-și alăpteze copilul. Autorul cere cu insistență aplicarea legii Roussel aplicate în Ardeal din 1876 care interzice ca cine-va să se ocupe de îngrijirea copiilor streini fără obținerea unui bilet de voie dela serviciul sanitar.

Tot în cuprinsul legii copii cari nu fac parte din azilele de copii sunt puși sub supravegherea medicilor sanitari și de circumscripție. Insistă ca această lege să se legifereze în întreaga țară.

Urmează o serie de discuții între D-nii D-ri Popovici, Iubas și Tănăsescu asupra necesității alăptării cu lapte de mamă în primele 3 luni ale sugarului.

Dr. Tr. Popovici. *Considerațiuni asupra operației lui Doppler.* — Această operație constă în cauterizarea cu fenol 7% a perisimpatcului la nivelul vaselor spermatice sau ovariene; autorul a făcut la 7 indivizi suferind de demență precoce și nu a observat nici o modificare psihică. A obținut numai o hiperfuncțiune a glandelor genitale de scurtă durată.

Dr. Boroda. *Actiunea toxinelor din serul de menstruată, gravidă, leuză și făt asupra plantelor.* — Autorul aplică metoda lui Boehmer, utilizând plantele ca element de experiență, ia garoafe proaspete și albe și le pune în soluții fiziologice cu ser de gravidă, făt, extract placentar și a ajuns la concluzia că: toxina cea mai activă e în cursul gravidității și la cei atinși de neoplasm, apoi vine serul de făt și extract placentar. Mai puțin toxic e serul de leuză și menotoxina.

Dr. Sireteanu Mircea: prezintă un *kist dermoid* în loja abdominală care era compus din elemente osoase, cartilaginoase și substanță nervoasă.

Ședința din 18 Decembrie 1928

Docent Dr. A. Iancu. *Mameloanele ombilicate și alăptarea la sânul mamei.* — Prezintă un caz a unei femei ce a putut să-și alăpteze copilul deși avea mameloane ombilicate.

Discuțiuni: D-na Dr. Buia arată că se poate interveni la sugari cu buze de epure la vârsta de 3 luni ca să poată să fie alăptat. Docent Dr. Iancu, Dr. Nicoară, Dr. Iubaș susțin că aceste intervențiuni chirurgicale ar aduce servicii problemei alăptării.

Dr. Ioan Voicu prezintă un caz de t. b. c. pulm. activă care a născut un copil la termen fără ca leziunile ce le-a avut înainte de a fi gravidă să se fi agravat. Insistă asupra vaccinării noilor născuți cu B. C. G.

Dr. Ioan Voicu. *Pott dorsolombar cu diformație maximă a trunchiului*

și sarcină. — Comunică observația unei femei multiplare cu o deformație maximă a trunchiului mai ales la nivelul cavității abdominale. Basinel strâmtat și plat. Pentru observație nu se întrerupe acestei paciente sarcina.

Discuțiuni: Dr. Nicoară, Dr. Voicu crede că ar trebui să menținem sarcina până la termenul posibil. Apoi se discută de Docent Dr. Iancu chestiunea separării copiilor născuți din mame tuberculoase.

Profesor Grigoriu crede că în cazurile de tuberculoză latentă nu este absolută necesară separarea copilului de mamă.

SOCIETATEA DE GYNECOLOGIE (din București)

Ședința din Mai 1928

C. Daniel. *Histerectomia profilactică (în bloc) în uterul fibromatos gravid.*

C. Daniel și Al. Șolmaru. *Rezultatele insuflațiunei tubare.* — În clinică insuflațiunea tubară a dat rezultate utile asupra permeabilității trompelor pre și postoperator. Printre rezultatele obținute înregistrează o sarcină la o femeie ce a fost sterilă 4 ani până la aplicarea insuflațiunei.

Autorii mai comunică și rezultatele experimentale făcute pe piese, proaspete scoase prin histerectomie.

Al. Crălniceanu, S. Goldenberg-Bayler și S. Florlan. *Cercetări experimentale asupra absorbției substanțelor colorante introduse în pungile anexiale.* — Studiază puterea de absorbție a fenol-sulfonftaleinei de pungile anexiale. S'au injectat 6 miligrame fenol-sulfonftalein în interiorul pungilor anexiale și s'a urmărit eliminarea colorantului prin urină.

Proba de absorbție a fenol-sulfonftaleinei ar da indicații utile asupra anexitelor chistice în vederea tratamentului.

Pavelescu și G. Segal. *Contribuțiuni la studiul analgeziei obstetricale.* — Autorii arată că hemipnonul este un medicament analgesic ce determină diminuarea durerilor în cursul travaliului în majoritatea cazurilor.

Ședința din 26 Ianuarie 1929

C. Daniel. *Variantele hemisecțiunei uterine.*

C. Leonte. *Kist al mezenterului.* — Autorul comunică observația unei bolnave care a fost operată pentru un kist al mezenterului ce s'a putut enuclea și bolnava s'a vindecat. Structura histologică a kistului era cea a intestinului, era deci de natură enteroidă și întim conexasă de intestin. Discuțiune: I. Jianu și A. Babeș.

Al. Șolmaru. *Cancerul uretrei la femeie.* — Comunică observația unei bolnave cu un carcinom primitiv pavimentos al uretrei, cu bogată infiltrațiune. În faza de stare diagnosticul se bazează pe turburări urinare, frecuența în micțiune, dizurie progresivă, hemoragii. Ca tratament resecția parțială și totală a uretrei, conduita de urmat este în legătură cu starea anatomică sub care se prezintă afecțiunea.

Gr. Lăzărescu și V. Plătăreanu. *Sarcină abdominală secundară de 5 luni.* — Au operat o gravidă care prezenta fenomene de sub ocluzie intestinală era denutrită și trebuia să se intervie. Se scoate un kist fetal aderent

de trompă și ovar. Principalul schimb sanguin era asigurat de vasele din ligamentul infundibulo-pelvian. Autorii clasează acest caz între sarcinile abdominale secundare. S'a extirpat kistul fetal în întregime și bolnava s'a vindecat repede.

Sedința din 3 Februarie 1929

C. Danlei și A. Babeș. *Strumă ovariană.* — Autorii comunică observația unei bolnave cu strumă ovariană, ascită enormă, căreia i s'a făcut de profesorul Daniel histerectomie subtotală scoțându-se tumora kistică și bolnava s'a vindecat. Piesa are un aspect polikistic, — chistele erau de volum diferit de la un bob de mei până la o vișină. Pick consideră această tumoră cu o formațiune teratoidă în care predomină tiroida.

Discuțiune: Eraclie Sterian și Al. Babeș.

I. Jianu. *Un timp personal în tehnica histerectomiei sub totale.* —

Discuțiune: Al. Crăinceanu găsește că nu e nevoie de măsuri excesive de asepie în histerectomii subtotale.

A. Babeș crede că mucoasa colului nu se poate decola ușor.

Prof. Daniel pretinde că în leziuni anxiale peritoneul e vaccinat și pericolul unei infecțiuni în histerectomii e mai redus.

Alex. Șoimaru arată necesitatea aplicării procedurii Jianu în fibroamei

I. Jianu: Aplică acest procedeu în toate cazurile cu ușurință, căci poate sculpta ușor mucoasa colului uterin.

Alex. Șoimaru. *Asupra hirudinizării flebitelor chirurgicale.* — Comunică observația unei bolnave a cărei flebită se vindecă în urma hirudinizării. Deci hirudinizarea aplicată în faza inițială a boalei, în stadiul preobliterant dă rezultate bune.

Flebitele chirurgicale și obsbetricale prin hirudinizare evoluția boalei este scurtată. Contra indicațiile hirudinizării sunt la hepatici și cardiaci unde hirudina poate determina hemoragii tardive grave.

Discuțiune: A. Babeș, Eraclie Sterian, Pavelescu, Popescu, Țovaru, Prof. Daniel.

Al. Crăinceanu și I. Jovin. *Un caz de cancer uretro-vulvar tratat prin iradiațiune.* — Într'un caz de cancer uretro-vulvar care a luat o extindere mare și o invazie ganglionară s'a renunțat la intervenția chirurgicală și s'a hotărât un tratament prin iradiațiuni. Tratamentul a fost procedat de o cistotomie. În urma iradiației: tumora a diminuat $\frac{1}{3}$ din volumul inițial.

Dr. R. Hirsch

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE OFTALMOLOGIE

Sedința din 22 Februarie 1928

Dr. Lobel. *Tratamentul medical al glaucomului.* — După ce rezumă pathogenia glaucomului și arată că această boală este o hipersimpaticotonie arată influența glaukosanului și a gynergenului în glaucom. Reese că *gynergenul* are acțiune asupra tonusului ocular când se adaugă local și pilocarpina, eserina.

Glaucosanul dextrogir asociat cu eserina dă scăderi de tensiune.

Glaucozanul levogir face servicii în irite hipertensive.

Discuții: Dr. Răsvan crede că tratamentul chirurgical este indicat în glaucom.

Prof. Manolescu susține tratamentul medicamentos în glaucom. În acest moment în clinica d-sale se fac cercetări spre a stabili precis efectul glaucosanului.

Prof. Dr. Michail și Dr. P. Vancea. *Influența inaniției asupra evoluției leziunilor oculare naftalinice.* — Autorii au administrat la epuri supuși inaniției injecții cu $\frac{1}{2}$ gr. naftalină zilnic pe cale digestivă și peritoneală, primele leziuni oculare apar după 48 ore și sunt mai pronunțate la animalele la care s'a administrat naftalina intraperitoneal.

Prof. Dr. Michail și Dr. Vancea. *Curba glicemiei în cursul intoxicației naftalinice.* — Din cercetările ce le-au făcut pe epuri au constatat că: 1) se produce o hiperglicemie la o jumătate de oră după administrarea naftalinei; 2) hiperglicemia naftalinică matinală diminuează progresiv în cursul zilei; 3) Naftalina pe cale bucală și sub-cutanată produce o hiperglicemie ce crește a 5—6 zi, apoi scade 10—12 zile.

Ședința din 28 Martie 1928

D-na Dr. Adela Leonida-Paul. *Statistica orbilor din România.* — Arafă că numărul orbilor a scăzut simțitor (dela 1860—1915) dela 32 la 5 orbi pentru 10.000. Procentul ar fi și mai mic dacă s'ar lua măsuri energice contra oftalmiei purulente.

Discuțiune: Prof. Manolescu arată importanța măsurilor profilactice contra oftalmiei purulente și a trachomului ca să scadă numărul orbilor. De aceeași părere este și D-l Dr. Staicovici.

Prof. Dr. Manolescu și D-nu Dr. Florescu. *Accidentele operatorii în operațiile de cataractă senilă în clinica oftalmologică din București dela 1920—1928.* — Face o dare de seamă complectă asupra accidentelor ce a avut la 616 operații cu cataractă.

Prof. Dr. Michail și Dr. Vancea. *Metabolismul colestेरinei în organe în cursul intoxicației naftalinice.* — Din cercetările făcute pe epuri ajung la concluzia că intoxicația naftalinică activează colestेरinogeneza capsulei supra-renale, splină, aparat digestiv, creier. Această intoxicație exercită colestेरinoliza în retină, cristalin, cord.

Retina și cristalinul par a fi regulatorul metabolismului colestेरinic al ochiului.

Prof. Dr. Michail și Dr. Vancea. *Acțiunea extractului de glandă lacrimală asupra presiunii sanguine.* — Autorii ajung la concluzia că extractul de glandă lacrimală are o acțiune amfotropă asupra parasimpaticului.

SOCIÉTÉ ROUMAINE DE BIOLOGIE

(Section de Iassy)

Séance du 28 Novembre 1928

C. I. Parhon. et Héiène Derevici. *Action du sang, du sérum sanguin et du lait sur la symptomatologie et la sérocalcémie des animaux tyro-parathyroidectomisés.* — Au căutat efectul injecțiilor de ser sanguin și de

lapte asupra simptomelor și calcemiei animalelor parathiroidectomizate. Rezultă din experiențele făcute că injecțiile de ser sanguin sau sânge total nu influențează calcemia, nici simptomele care succed ablației parathyroidelor. Injecțiile de lapte măresc calcemia și împiedică convulsiile la animalele parathiroidectomizate.

C. I. Parhon, M. Kahane et V. Marza. *Action des glandes endocrines sur la teneur en eau des muscles striés.* — Au dedus din experiențele făcute pe câini, pisici, cobai, că mușchii sunt mai bogați în apă la animalele tratate de cât la martori și anume la animale ethyroidate (2,62 %), ovariectomizate (0,82) la ethimisate (0,22), thyroparathiroidectomizate (0,11). Din contră mușchii sunt mai săraci în apă la animalele cărora li s'a făcut injecție cu adrenalină (1,26) supuse la tratament thyroïdien (1,20), injecții cu lipoizi suprarenali (0,94).

C. I. Parbon et V. Marza. *Les globes oculaires chez les petits nés de parents ayant subi l'enucleation des yeux.* — Cercetările pornesc de la problema: „absența unui organ la ambii părinți are vreo influență asupra organului corespondent al descendenților?” La 33 pui din trei generații a cobailor a căror ochi au fost enucleați, autorii nu au observat nici o modificare morfologică sau funcțională a globilor oculari la naștere.

Gr. T. Popa. *Sur la motilité des spermatozoides chez quelques vertébrés supérieurs (taureau, bœlier, homme).* — Autorul a arătat că îndată ce lipoizii ce fac teacă spermatozoizilor este atacată, acesta reacționează prin mișcări. Spermatozoizii tratați cu o soluție de clorură de sodiu 0,9 %, teaca de lipoid dela suprafață se dezagregă și se topește în mici picături de grăsime. Autorul crede că această separație a lipoizilor determină mișcările spermatozoizilor.

Gh. Werner. *Modifications morphologiques après castration expérimentale.* — La cobaii castrați autorul găsește numai o dezvoltare mai mare de țesut grasos. La berbeci, coarnele animalelor operate erau mai reduse ca la martori, iar capul celor operați mai mare ca al celor neoperați. Lâna era mai lungă la martori ca la cei operați.

Gh. Werner. *Recherches sur les modifications de la glycémie de la calcémie et de l'urémie après castration expérimentale.* — Autorul cercetează a stabili glycemia, calcemia și uremia la cobai și epuri castrați și ajunge la următoarea concluzie: glycemia este mărită după ablația testiculară.

Calcemia animalelor castrate asemenea este mărită, de asemenea și urea serului animalelor castrate e mărită.

Séance du 28 Decembre 1928

M. Ciucă, L. Ballif et M. Vieru. *Sur la biologie de l'hématozoïre de Laveran dans l'infection expérimentale par le sang virulent.* — Autorii au studiat pe 165 cazuri de terță benignă, 37 de quartă și 20 de tropică, cărora li s'a inoculat malaria în scop terapeutic, evoluția parazitului în circulație și mai ales a formelor sexuate. Au făcut și examenul sângelui după mobilizarea parazitului (cu adrenalină, emulsie de bacili tifici, etc.) și au ajuns la concluzia: Apariția precoce a gameților în infecția malarică experimentală poate fi apropiată de polimorfismul formelor schizogonice sau sexuate din sângele dătorului. Probabil formele sexuate în evoluție continuă maturația

lor în organismul individului inoculat și apar mai devreme în circulație. Aceasta ar explica și diferența curbei febrile în infecția experimentală.

M. Ciucă, L. Ballif et M. Vieru. *Evoluțion des formes sexuées dans l'infection malarique expérimentale par transfusion du sang virulent.* — Inoculând prin transfuzie de sânge virulent de febră quartă la un paralizic general au observat evoluția neîntreruptă a diferitelor forme de paraziți din sângele doneurului la acel al bolnavului inoculat. Aceste fapte explică apariția precoce a gameților în organismul inoculat cu sânge virulent ce conține diferite forme de parazit.

M. Cahane. *Augmentation du magnésium et du calcium dans le foie des animaux hyperthyroïdés.* — Cercetările au fost făcute pe cobai, cărora li s'a dat per os glanda thyroïdă dela 4 gr. 5—21,32 gr. timp de 18 zile și 5 luni. După ce animalele au fost sacrificate autorul a dozat calciu și magneziu prin metoda gravimetrică și au găsit că ficatul cobailor tratați cu thyroïdă era mai bogat în calciu și magneziu.

(Section de Cluj)

Séance du 30 Octobre 1928

Pierre Thomas et Roza Imas. *Sur l'utilisation des pentoses dans l'organisme animal et le mécanisme de cette utilisation.* — Din cercetările anterioare autorii au arătat că ingestia scilozei și arabinozei produce o modificare a permeabilității renală, acțiune care variază cu zahărul ingerat. Întrebuințând doze mici de zahăr un timp de, se poate micșora autoeliminarea și mări întrebuințarea zahărului. Au ajuns la concluzia că arabinoza este mai bine întrebuințată ca scyloza.

Pentozele în soluțiile diluate sunt mai bine întrebuințate. Pentozele dau 54% din greutatea lor glycogen.

P. Vancea. *Recherches sur l'état du tonus du système nerveux organo-végétatif dans les affections oculaires.* — Din cercetările cu proba Danielopol (atropină și ortostatism) în studiul reflexului oculo cardiac și în unele cazuri metabolismul bazal în afecțiunile oculare au ajuns la concluzia că: tonusul sistemului nervos vegetativ este deviat de tipul său normal astfel: 1) în cataractă senilă către simpaticotomie (68%); 2) în glaucom (58%) către amphotonie; 3) în trachom către vagotonie; 4) în keratita parenchimatoasă către simaticotonie; 5) în blefaro-conjunctivita ecsematoasă către amfotonie; 6) în irită, keratită sclerozantă, catarul printanier către amphotonie; 7) în ulcer cornean către simpaticotonie.

D. Michail et P. Vancea: *Action de l'Extrait de la glande lacrymale sur la résistance globulaire.* — Injectând la câine pe cale intra-venoasă 2 grame de extract de glandă lacrimală autorii au observat că acest extract micșorează rezistența globulară. Micșorarea rezistenței globular ar fi probabil datorită substracției colesterolinei al învelișului globulelor roșii grație extractului glandei lacrimale și de aci o mărire a permeabilității membranei globulare.

D. Michail et. P. Vancea: *Action de l'extrait de la glande lacrymale sur le calcium, le phosphore et le ph. sanguin.* — Studiind la câine acțiunea injecției intra-venoase de extract de glandă lacrimală provoacă în prima fază o micșorare a calcemiei și fosfatemiei ca în 24 să devie normală. Alcalinitatea sângelui e diminuată în acest timp.

I. Hatzleganu, I. Gavrilă et Borbii. *Action des diurétiques mercuriels sur l'hydrémie, la chlorurémie, l'azotémie et les éliminations urinaires.* — Din cercetările făcute la 12 indivizi supuși la un regim fix trei zile și cărora li s'a luat sângele la 8 ore dimineața apoi la 3 ore și cinci ore de interval în prima zi fără diuretice, apoi a doua zi s'a injectat bolnavului un diuretic mercurial.

Ajung la concluzia: 1) hidremia este mărită 5 ore după injecția diureticilor mercuriale; 2) cloruremia este mărită cu 0,50‰ în două cazuri, în altele 5 cu 1‰ cinci ore după injecție; 3) azotemia nu influențată.

I. Gavrilă et C. Beraru. *La cholesterinémie dans les maladies infectieuses aiguës.* — Autorii studiază variația valorii colesterolului în perioada febrilă și convalescența a scarlatinei, difteriei, erisipelului, a febrei tifoide parotiditei epidemice și pneumoniei.

În general hipocolesterinemia în perioada febrilă este cu atât mai pronunțată cu cât tabloul clinic prezintă mai multă gravitate, dar uneori hipocolesterinemia este mare și în cazuri ușoare.

Séance du 22 Décembre 1928

Gavrilă I. Vior. V. et. Ramneantzu. *La créatininémie et la créatinémie dans quelques états pathologiques.* — Din cercetările făcute de autori reiese că în afecțiunile cardio-vasculare valorile creatininemiei și creatiniei sunt normale, în unele cazuri nu mai e mărită,—același lucru l'au obserbat și în diabet.

În trei cazuri din 7 de leucemie au găsit o hypercreatinemie. Infecțiunile hepatice creatininemia și creatinemia sunt normale. În nefrite cronice creatinemia este superioară normalei. În nefrite grave este o retenție de azot și de creatină. În tuberculoză pulmonară, pleurezia bacilară, bronchectasie valoarea creatininemiei și a creatiniei este normală.

Pierre Thomas, Maria Malevanala et Roza Imas. *Action des doses faibles de phlorizine sur l'élimination azotée.* — Autorii au studiat glucozuria după o injecție de 5 mgr. phlorizină făcute la femeii adulte sănătoase și au găsit în afară glucozuriei o mărire a eliminării în urină a corpurilor azotați. Emit ipoteza că phlorizina are o acțiune renală ea produce o destrucție exagerată a substanțelor proteice, acestea dau naștere la acid amine care sunt dezagregate de rinichi. Restul acid al substanțelor proteice se transformă în glucoză, amoniac din dezaminație în uree. Phlorizina împiedică întreținerea acestui zahăr de celula renală care e eliminat sub formă de glucoză.

G. Popovici. *Action des bains chlorurés-sodiques sur le calcium.* — A determinat la 14 indivizi (în vârstă de 6—70 ani) calciu și fosforul la începutul și sfârșitul tratamentului cu băi cloruro-sodice la Sovata și a observat o mărire a calciului și fosforului sub acțiunea băilor saline.

Victor Papilian et Mariette Jianu. *Recherches expérimentales sur la glycémie pilocarpinique.* — Experiențele au fost făcute pe câini la care au examinat sângele arterial și venos înainte și după injecția de pilocarpină și au ajuns la concluzia: a) integritatea simpaticului este necesară producerii, glycemiei parasimpatice, b) după secțiunea nervilor splancnici mecanismul glycemiei parasimpatice este alterat, c) sistemul vegetativ joacă probabil un rol important în întreținerea zahărului de țesuturi.

J. Gavrilă, V. Vlor, et Ramneantzu. *La créatininémie et la créatinémie chez l'homme normal.* — Au studiat creatinina și creatina la 23 indivizi normali și au obținut rezultatele următoare: creatininemia oscilează între 1,20—1,89 mgr. la sută creatinemia variază între 3,29—6,30 mgr. ‰.

C. I. Urechia et L. Dragomir. *Influence de l'insuflation rachidienne d'air sur la formule leucocytaire et le tonus végétatif.* — Din cercetările făcute reiese că hipertensiunea rachidiană poate să modifice tonusul vegetativ.

C. I. Urechia et L. Dragomir. *Action d'un extrait rétro-hipophysaire sur la tension rachidienne.* — Au observat o mărire a presiunii în lichidul cefalorachidian și în sistemul circulator după ce au injectat sub cutanat pituglandol sec, (Roche).

C. I. Urechia et L. Dragomir. *Influence du chlorhydrate de pilocarpine sur la tension du liquide céphalorachidien.* — Au studiat presiunea lichidului cefalo-rachidian la 10 bolnavi atinși de paralizie generală sau demență precoce în urma injecției de 1 cgr. de pilocarpină. Maximum mării presiunii se observă după 5—10 minute pentru a redescinde la valoarea inițială.

I. I. Nitzescu. *L'ergotamine, la yohymbine et la réaction glycemique des hémorragies. Contribution a l'étude du mécanisme de hyperglycémie post-hémorragique.* — Dintr'o serie de experiențe făcute pe câini, autorul caută de a vedea ce fel este influențată hiperglycemia posthemoragică sub influența ergotaminei și ajungé la următoarele concluziuni: ergotamina și yohimbina exercită o influență inhibitoare asupra hiperglycemiei post-hemoragice pe care o micșorează. În acelaș timp ambele substanțe paralizează sistemul ortosympatic periferic și opresc acțiunea hyperglycemiantă a adrenalinei. Mai mulți factori intervin în hiperglycemia post-hemoragică. Trebuie s'admitem alături de o glycogenolyză hepatică prin excitarea simpaticului și o degajare de zahăr combinat din plasmă și poate o glycogenolyză tisulară provocată prin anoxemia și pierderi mari de sânge.

Séance du 29 Janvier 1929

I. Gavrilă. *La vitesse de sédimentation des globules rouges dans la pellagre.* — Autorul urmărind viteza de sedimentare a hematiliilor în 10 cazuri de pelagră a ajuns la concluzia că ea este mărită în această boală.

I. I. Nitzescu et Orthanse Mihalescu. *Effet des injections intraveineuses de carbonate de soude sur la polyglobulie de l'exercice musculaire.* — Autori fac o serie de cercetări pe câine cărora le injectează intra-venos o soluție carbonat de sodiu 5‰ și ajung la concluzia că poliglobulia mare și generală (periferică și centrală) produsă prin mers este împedecată de carbonatul de sodiu. Excesul de carbonat neutralizează cataboliții acizi vărsați de mușchi în sânge și centri nervoși normal sunt excitați pentru a declanșa splenocontractia.

J. A. Scriban et E. Epure. *Sur la fonction adipogène du nevrileme chez haementeria costata Muller.* — Au găsit în conjunctive ale nevrilemului ale haementeriei globule de grăsime ce arată că aceste celule sunt niște elemente glandulare ce pot secreta globule de grăsime. Din punct de vedere fiziologic nevrilemul elaborând substanța grasă joacă un rol în nutriția lanțului ganglionar nervos.

Titu Vasillu. *Emploi du pétrole et de l'essence comme solvants dans*

l'inclusion à la paraffine. — Autorul a întrebuințat cu succes petrolul ca intermediar între alcool și parafină. Nu a observat alterații celulare sau contracții cu acest procedeu.

Titu Vasillu et Victor Stolca. *Culture in vitro du sang du lapin.* — Au întrebuințat procedeul culturii țesuturilor în vitro: cultura pe lamele, mediul era format din plasmă sanguină homologă adăugată de suc embrionar. Sângele era luat din carotida epurelui. Rezultate obținute concordă cu ale celorlalți autori: 1) polinucleare și hematiile dispăreau în primele 24 ore. 2) Mononuclearele devin din ce în ce mai numeroase iar după cinci zile se observă elemente fuziforme în fine granulații de cromatină ce se aseamănă cu fibroblastele. Deci monocytul sanguin și probabil și limfocitul sunt elementele generatoare ale sângelui dau macrofagele și fibroblastele,

Dr. R. Hirsch

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE, PSIHIATRIE, ENDOCRINOLOGIE ȘI PSIHLOGIE

(Secțiunea Iași)

Ședința din 9 Decembrie 1928

Dr. L. Ballif și D-ra Lavrenenco. *Un caz de taboparalizie infantilă.* — E vorba de o fetiță de 12 ani cu aspect de heredo-sifilitică, care dela vârsta de 7 ani a început să aibă turburări psihice. Bolnava în prezent e dezorientată, are mișcări de masticăție continui, calculele cele mai simple nu le poate face și nu cunoaște decât câteva litere. Reflexele rotulienă și achilene abolite, sensibilitatea păstrată. Reacția Wassermann în lichidul cefalo-rachidian și sânge pozitivă, albumina 1 gr., limfocite 55 pe mm. c. Se pune diagnosticul de tabo-paralizie infantilă.

Dr. L. Ballif și D-ra Lavrenenco. *Asociația sifilisului cu alcoolismul.* — Bolnavul e un avocat adus în spital pentru crimă; la rădăcina nasului are o leziune ce indică o gomă specifică anterioară. Psihicul e acela al unui alcoolic. R. Wassermann pozitivă fără reacții celulare. După malarie și 3 injecții neosalvarsan Wassermann devine negativ, modificare de reacțiune care nu se observă în p. g. p., dealtfel bolnavul nu se prezintă din punct de vedere psihic ca un paralizic general.

In discuție :

D-l Prof. Parhon confirmă la primul caz diagnosticul de tabo-paralizie și adaugă că paralizia generală determină la copii idiotie prin oprirea în dezvoltarea.

Prof. Bacaloglu spune că bolnava este o distrofică glandulară prin localizarea poate a leziunilor specifice la sistemul endocrin respectiv.

In al doilea caz :

D-l Prof. Parhon amintește că în general se pune diagnosticul de sifilis cerebral atunci când leziunile sunt bine localizate și apar în primii 2 ani după infecțiune. Leziunile cedează la tratament. Paralizia generală este un proces mai difuz, ameliorarea se poate obține prin tratamentul precoce.

Prof. C. Parhon și Dr. M. Brlese. *Demență precoce cu miopatie.* — Un schizofren în vârsta de 23 ani prezintă și o atrofie musculară miopatică în

regiunea scapulară. Se observă scapulae alatae, neegalitatea omoplatelor, scolioză și alte diformțiuni în scheletul toracic. Concomitența turburărilor psihice și procesului miopatic a făcut ca bolnavul să fie adus la societate; dealfel ambele afețiuni recunosc o origină endogenă. Au mai fost prezentate cazuri de miopatie asociate cu idioție (recunoaște un proces meningo-encefalic). Miopatia poate fi datorită unui proces nervos, deși nu se gădesc leziuni în măduvă sau nervii periferici. Inervația simpatică și parasimpatică a mușchilor poate fi incriminată.

Foix și Niculescu au descris leziuni în miopatia primitivă la baza creerului și în coarnele anterioare.

Marinescu e de părere că leziunile coarnelor anterioare pot fi secundare.

În discuție :

Prof. Bacaloglu spune că origina boalei trebuie căutată în viața embrionară, în legătură cu un proces toxic sau infecțios. Inferioritatea tisulară a unor mușchi ar determina localizarea.

Dr. L. Ballif remarcă distrofia osoasă în cazul prezentat.

Prof. C. Parhon citează opinia *Prof. E. Savini* care vorbea de distrofie osteo-artro-musculară și crede că leziunile osoase pot fi și primitive nu numai secundare în cazul de față.

Dr. Zoe Caraman. Asupra unui caz de torticolis. — O femeie de 38 ani intră în spital cu torticolis, tremurături ale capului, rigiditatea trunchiului și lipsa mișcărilor asociate în mers. Anterior acestor simptome a prezentat insomnie turburări în motilitatea globilor oculari, totodată a devenit amenoreică. Relativ la pathogenia acestei afețiuni, rămâne la concepția actuală, care consideră torticolisul ca fiind adese ori manifestau simptomatică a unui proces infecțios ce lezează anumiți centri. Cazuri asemănătoare datorită encefalitei epidemice sunt cunoscute.

Dr. L. Ballif se întreabă dacă în acest caz nu e vorba de o mioclonie.

Prof. C. Parhon remarcă faptul că acest torticolis apărând la o insuficientă ovariană ar fi putut să fie luat ca o obsesie. Cum alături de torticoli bolnava mai prezintă și alte distonii musculare diagnosticul de torticolis encefalic e evident.

D-ra Dr. V. Niculescu. Un caz de tabes și diabet insipid. — E prezentat un bolnav de 33 ani cu simptomatologia netă de diabet insipid asociat cu un tabes incipient. Wassermann în sânge și lichid cefalo-rachidian intens pozitivă. Nonne Apelt pozitiv și limfocitoză. Concomitența acestor afețiuni exprimă etiologia comună. Relativ la pathogenia diabetului insipid menționează teoriile existente. Leziunea sifilitică ar putea interesa regiunea infundibulară singură sau și hipofiza.

Prof. C. Parhon și Dr. M. Derevici. Un caz de paralizie generală progresivă cu castrație bilaterală și vitiligo. — O paraliză generală cu reacțiile pozitive în lichidul cefalo-rachidian are și plăci de vitiligo. Bolnavei i s'a făcut ovalectomia bilaterală în urmă cu 2 ani. Actualmente se pune vitiligo pe seama turburărilor glandelor endocrine.

Prof. Parhon și alți autori au semnalat vitiligo în Basedow. Laignel-Lavastine are un caz de paralizie generală cu vitiligo la care testele glandulare au arătat hipertiroidie. Etiologia sifilitică a plăcilor de vitiligo poate fi admisă și în acest caz ar putea fi determinate prin intermediul tiroidei.

Prof. Parhon și D-ra Parhon au obținut dispariția pigmentului la păsări prin hipertiroidizare.

Prof. Parhon a mai observat încă 3 cazuri de vitiligo la femei ce suferiseră castratie. In aceste cazuri tiroida ar fi în hiperfuncțiune datorită antagonismului thyro-ovarian. S'au semnalat vitiligo în insuficientă hipofizară; experimental au fost depigmentate broaște prin extirparea hipofizei, sau pigmentate prin injecțiuni de extract hipofizar. Toate aceste fapte vin în sprijinul opiniei că vitiligo este datorit afecțiunilor disendocrinene.

Dr. L. Ballif și M. Cahane. *Un caz de parkinsonism cu crize epileptoide și distrofiile glandulare.* — E adus un bolnav de 18 ani cu parkinsonism, distrofii glandulare și accese ce apar brusc, cu o durată de 15—20 fără mișcări clonice sau tonice, nici cu pierdere de cunoștință.

D-na Dr. E. Mărza. *Incluziuni de țesut cartilaginos în glanda tiroidă.* — Prezintă piesele microscopice din tiroida unui cobai nou născut din părinți etiroidați, în care se găsesc noduli de țesut cartilaginos.

Prof. C. Parhon spune că n'a găsit niciodată țesut cartilaginos în glanda tiroidă.

Dr. Valeria Niculescu.

Ședința din 2 Februarie 1929

Dr. Bart și D-na Dr. Marla Brleşe. *Sindrom cerebelos de natură malarică.* — Bolnavul, în vârstă de 17 ani, prezintă mers cerebelos, hipermetrie, adiadococinezie, hipotonie musculară de partea stângă; reflexele tendinoase normale. În sânge se găsește hematozoarul palustru, forma quartă

După douăzeci de zile de tratament cu *quinetum*, paraziții dispar din sânge, iar bolnavul este mult ameliorat, mergând spre vindecare.

Malaria pernicioasă nu are o formă tipică. Fenomenele secundare apar la mare interval după accesul primar. Bolnavul nostru, cu trei luni în urmă a avut patru zile febră. Se crede că turburările nervoase ar fi datorite emoragiilor capilare din substanța nervoasă. S'au găsit capilare pline cu pigment și paraziți. Regresiunea fenomenelor în urma tratamentului pare a fi în legătură cu biologia parazitului. Reacția Wassermann pozitivă în malarie, ceea ce ar putea produce o eroare de diagnostic, dacă nu s'ar face examenul sângelui pentru căutarea hematozoarului. O dovadă mai mult că Bordet-Wassermann nu este o reacție absolut specifică.

Dr. L. Ballif, discutând această chestiune, face cunoscut că în cazurile de sifilis nervos tratate în serviciul D-sale cu malarie, Bordet Wassermann, a eșit pozitivă numai la paralizicii generali.

Dr. L. Ballif și D-na Dr. Marla Brleşe. *Un alt caz de sindrom cerebelos de natură malarică.* — Un bolnav în vârstă de 25 ani intră în spital pentru ataxia membrelor și a globilor oculari, care stingherește vederea. Aceste turburări cu apărut la patru luni după o serie de accese malarice, tratate insuficient. În sânge se găsește forma quartă a hematozoarului. Bolnavul are și o nevrită malarică, ceea ce îngreuiază tratamentul, pronosticul rămânând totuși favorabil.

Dr. Ballif și Dr. Lunestl. *Un caz de tic al feței: Analogie cu torticollis mental.* — Un bolnav în vârstă de 16 ani, prezintă mișcări convulsive ale feței, pe câte ori începe să vorbească, întorcând în același timp capul spre

dreapta. Ghicim In acest caz o hiperexcitabilitate neuro-musculară. Semnul lui Chwostek e prezent, fiind mai accentuat la dreapta. Se pare că aici există un defect în coordonarea mișcărilor.

Cazul acesta se aseamănă cu un torticolis mental, mai ales prin faptul că bolnavul face o rotație forțată a capului la dreapta. Se pune problema encefalitei epidemice. Reacțiile din sânge și lichidul cefalo-rachidian sunt normale. Boala durează de doi ani.

Prof. Parhon. arată importanța calcemiei în acest caz. Reamintește apariția ticurilor în urma encefalitei epidemice și legătura lor cu leziunile dela baza creierului. Recomandă în acest caz un tratament sedativ.

Dr. Ballif și Dr. Luneski. *Un caz de epilepsie cu coree.* — Un comițial cu accese relativ rare, odată pe lună, prezintă mișcări coreiforme la față și membre. Primul acces de epilepsie i-a apărut la o spaimă.

Dr. L. Ballif și D-na Dr. Emilia Cernățeanu Ornstein. *Un caz de histerie masculină.* — Un individ ce simulează hemiplegia, pentru a rămâne cât mai mult în spital. Cu trei ani în urmă a intrat în serviciul de boli nervoase, plângându-se de cefalagii și prezeătând reacțiile pozitive pentru sifilis s'a făcut un tratament specific, după care a părăsit spitalul. Revine din nou, cerând să fie tratat pentru boala sa. Reacțiile sunt găsite acum negative. Găsindu-se într'un salon cu mai mulți hemiplegici, începe să simuleze hemiplegia. Prezintă zone de anestezie cu topografie curioasă și neregulată, fără să aibă tipul troncular sau radicular.

Prof. Parhon. examinează reflexul pupilar la durere, găsindu-l prezent.

D-na Dr. Parhon. Ștefănescu *Contribuțiuni la studiul transformării morfologiei sexelor prin extracte de glande endocrine și ser de femeie gravidă.* — Un cocoș a fost tratat pe rând cu extract apos de ovar, de placentă, apoi cu urină de femeie gravidă. Înainte de a începe fiecare din aceste experiențe, s'au smuls penele în diferite regiuni. În timpul injecțiilor cu ovar, penele au reapărut nemodificate în ce privește tipul masculin și culoarea. Penele crescute sub influența hormonului placentar, au pastrat caracterul masculin, ce le caracterizau. Înainte de experiență predomina roșul, acum predomină negrul. Concomitent injecțiilor cu urină de femeie gravidă, au crescut pene tot cu caracter masculin, dar s'a schimbat distribuția celor două culori roșu și negru. Se presupune sau că dozele injectate au fost prea slabe, sau că hormonul ovarian de femeie din urina gravidei, nu acționează asudra morfologiei cocoșului. Experiența va trebui continuată cu doze mai mari.

Prof. Parhon, Dr. Ballif și D-ra Lavrenenko. *Vitiligo la o melancolică cu ovalectomie unilaterală.* — Bolnava a suferit o histerectomie și ablația unui ovar chistic. Se observă eventrație și un grad însemnat de adipozitate. Sub falsele coaste se găsește, deoparte și de alta, câte o placardă decolorată. E interesantă în acest caz coincidența hipertiroidei și a deficitului hipofizar (adipoza) cu vitiligo. La păsările hipertiroidizate, penele se decolorează. S'au descris turburări de pigmentație în castrație și în distrofiile hipofizare. Laignel-Lavastine a observat vitiligo într'un caz de paralizie generală cu hipertiroidie. Prof. Parhon și Dr. Derevici au întâlnit vitiligo la o paralică generală castrată.

S'au văzut turburări psihice, ca melancolia, asociată cu turburări de

pigmenlație. Vitiligo la bolnava prezentată a apărut anterior castrației, totuși ovarul era scos din funcțiune, chiar înainte de intervenția chirurgicală.

Cazurile acestea adevăresc ceea ce am afirmat și cu altă ocazie că psihiatria e ceva mai mult de cât o simplă psihologie patologică; psihiatria trebuie să studieze întreg organismul.

Prof. G. Parhon și Dr. Ellas: *Două cazuri de distrofie adipozo-genitală cu criptorchidie, în care tratamentul cu timus a provocat coborârea testiculelor.* — Autorii au pornit dela experiențele lui Camus, care prin leziuni la baza creierului a produs sindromul adipozo-genital, sindrom -ce regresa prin tratament cu timus.

Prof. G. Bacalogiu: *Un caz de encefalită epidemică, punând în evidență contaminarea directă.* — Bolnava, după o perioadă de insomnie și confuzie, a căpătat diplopie și o schiță de paralizie tip Millard-Gübler. Trigemenuul stâng e prins; se observă, sensibilitatea feții scăzută și cheratită neuro-paralitică. Bolnava a vizitat în alt oraș o persoană care a sucombat în urma encefalitei epidemice.

Dr. Zoe Caraman

NOUL PRODUS

ASPASMOL

WASSERMANN

ANALGESIC ANTIPASMODIC DE PRIMUL ORDIN

Cu baza de

BENZOAT DE BENZIL 25%

Tinct. Grindelia robusta—Tinct. Belladonna—Tinct. Hiosciam
in vehicol aromatic special.

Doza: dela 20—60 picături pe zi în 3—4 reprize în lapte,
marsala, sau apa îndulcită.

Indicațiuni: Spasmul bronhic—Spasmul vascular—
Dismenoreea în toate formele ei—Spasmul piloric
Peristaltismul exageat al intestinului—Colicile
nefritice Colicile hepatice.

Echantilloane la cererea D-lor Medici la
Depozitul Produselor **A. VASSERMANN & C.** din Milano
în București Rulevardul Basarab No. 37 Telefon 360 | 95.

SOCIETATEA DE CHIRURGIE (București)

Ședința din 7 Noembrie 1928

Prof. Dr. Marlănescu și Dr. St. Drăgănescu. *Rezultat operatoriu tardiv al unui caz de tumoră extradurală cervico-dorsală.* — Autorii prezintă o bolnavă operată de tumoră extra-durală în regiunea cervicală, de către D-l Profesor A. Jianu și care a mai fost deja prezentat în anul 1928. Ameliorarea s'a accentuat (bolnava fusese paraplegică), astfel în cât se poate socoti ca o adevărată vindecare.

Mersul este foarte bun. Poate umbla o jumătate de oră încontinuu fără baston, fără să obosească.

Senzibilitatea obiectivă e normală, simțurile bune, reflexele bune și mobilitatea la membrele superioare sunt excelente.

Cu această ocaziune D-l Profesor A. Jianu propune ca orice paraplegie al cărui diagnostic causal nu este precizat să fie supusă laminectomiei, operație fără nici'o greutate pentru bolnavi.

În același timp D-l Profesor Gerotă Președintele Societății aduce mulțumiri D-lui Profesor Marlănescu pentru interesul ce'l poartă societății de chirurgie și pentru succesul obținut de curând în America ca savant și român.

Profesor A. Jianu. *Absența congenitală a vaginului, operațiunea lui Baldwin-Mori.* — O bolnavă care dela vârstea de 13 ani a început să aibă dureri abdominale în pelvis cu durată de 5 zile și repetate la 20—25 zile. N'a avut nici'odată menstruația. S'a măritat la 25 de ani, a divorțat dupe un an.

Se constată că vulva este normală însă un locul vaginului există un fund de sac cu adâncime de 3 cm. Prin tactul digital rectal se simte un uter mic, dur.

Bolnava este operată în ziua de 2 Octombrie prin procedeul Baldwin-Mori: Timpul întâiu perineal prin care se crează în canal între vezică și rect. Timpul al doilea abdominal, în care prin laparotomie sub-ombilicală se izolează o ansă intestinală care accidental prezenta și un diverticul Meckel.

Dupe ce se face histerectomia se plasează ansa în canalul creat.

CONTRATENSIN

(1 fiolă 40 drageuri)

Indicațiuni: ANGINA PECTORIS
HYPERTONIA, ARTERIOSCLEROSIS

CONTRAANGIN

(1 cutie 30, capsule gelatinate)

Indicația: ANGINA PECTORIS

RENOCARDIN

(1 fiolă cu 50 tablete)

Indicațiuni: HIPERTENSIUNE PRIN
ARTERIOSCLEROSIS, NEPHR,
CHRON., NEPHROSCLEROSIS IN
FAZA DE COMPENSAȚIE. etc.

cu literatură și eşantioane servește

EGGER & Co. CLUJ

(WIEN, PRAHA)

Fabrică de preparate farmaceutice

Strada Săculască, 6

Timpul al treilea perineal în care se deschide diverticulul Meckel și se coase la fundul de sac vaginal preexistent.

Popescu-Buzău. Explorația funcțională renală.

Ședința din 19 Noiembrie 1923

T. Nasta. Ankiloză temporo-maxilară-bilaterală. Kiste dermoide multiple bilaterale.

Dan Teodorescu și Z. Zamfirescu. *Un caz de pancreatită hemoragică acută.* — Autorii prezintă o observațiune detaliată, a unui caz de pancreatită hemoragică acută operat în spitalul militar „Regina Elisabeta“.

Este vorba de un caz tipic de manifestare clinică a pancreatitei hemoragice, debutând cu durere abdominală violentă și aspectul de choc abdominal.

Diagnosticul diferențial se impunea cu 6 afecțiuni :

1. Ulcer gastro-duodenal perforat, diagnostic care se elimina prin lipsa de contractură epigastrică.

2. O apendicită perforată care nu cadra cu lipsa de contractură iliacă, vărsături, temperatură, etc.

3. Perforația veziculei biliare, căreia îi lipsea însă punctul de plecare vezicular, iradiatiunea în umăr, contractura subcostală dreaptă, evoluția către peritonită generalizată, etc.

4. Ocluzie intestinală de care se apropia foarte mult cazul de față ca manifestare clinică, cu absența gazelor și scaunelor, etc., fără ca durerea să se manifeste sub formă de colici.

5. Tromboza mezenterică cu aceiași durere acută se elimina din cauza lipsei de diaree și de hemoragie intestinală.

6. Pancreatită acută cu sindromul dramatic al lui Dieulafoy. Deși diagnosticul de ocluzie intestinală era cel mai apropiat totuși autorii, fără a preciza în mod absolut au operat pe bolnav pentru sindrom abdominal acut în etajul superior cu indicațiunea urgentă de a interveni.

Dupe laparotomie mediană supraombelicală se scurge o cantitate de lichid sero-hematic.

SYRUPUS HYPOPHOSPHIT

COMPOSIT. DR. EGGER

(1 fl. 250 gr.)

Indicațiuni : ANEMIA, CHLOROSIS, ASTHENIA, NEURASTHENIA, TUBERCULOSIS, DYSPEPSIA, LIPSA DE APETIT, RACHITIS

TABL. POLYBROM EGGER

TABL. POLYBROMAT. EFFERVESCENTES-SAL POLYBR. EFFERV.

(1 fiolă 30 tab. 1 fiolă 12 sau 25 tabl.
1 fl. 200 gr. sare)

Indicațiuni : INSOMNIE DE ORICE NATURĂ, NEURASTHENIA, EPILEPSIA, HYSTERIA

EGGER & Co. CLUJ

(WIEN, PRAHA)

Fabrică de preparate farmaceutice

Strada Săcuiască, 6

Distensiune intestinală enormă. Explorarea stomacului, veziculi biliare duodenului, intestinului, cu rezultat negativ. Bolnavul sucombă. Explorându-se mezocolonul transvers se constată pete de citostea tonecroză și infiltrație difuză hemoragică la nivelul pancreasului, ceiace confirmă diagnosticul, precum și prezența a doi calculi mari în vezicula biliară, ceiace face pe autor să discute patogenia pancreatitei.

Ca încheiere autorii susțin că litiaza biliară care se găsește în mod atât de frecvent asociată, dacă nu chiar în mod causal, de pancreatită acută, trebuie operată la timp așa cum susține Gosset.

Este capital pentru bolnav de a fi operat pentru o afecțiune care nu dă decât o mortalitate de 2—3%.

V. Dimitriu. *Chist al maxilarului inferior, operat, vindecat.* — Pacientul S. G. în etate de 34 ani, prezintă o îngroșare a maxilarului inferior pe linia mediană care a crescut treptat întinzându-se până la al doilea molar în dreapta și până la primul în stânga.

Mucoasa intens vascularizată. Lipsește primul incisiv din dreapta pe care pacientul nu l-a avut nici odată. Crepitație de pergament la presiune. Prin radiografie se vede că incisivul care lipsește, se găsește dezvoltat și înfipț în marginea inferioară a maxilarului. Anestezie regională pe nervii maxilari inferior, la eșirea din găurile ovale. Prin operație s'a extras un chist format dintr'o membrană epitelială. Chistul nu poate fi operat printre chistele foliculare pentru că dintele lipsă ereză format; nu poate fi clasificat nici printre chistele alveolo-dentală ale lui Fergue, pentru că chistul nu ereză format din rădăcina unui dinte. Seamănă ca dezvoltare chimică și interpretare patogenică cu chistele paradentare ale lui Malssez.

Christide și Făgărășeanu. *Chist dentifer al maxilarului inferior.* — Fetia Gina M. de 9 $\frac{1}{2}$, se prezintă cu obrazul tumefiat de partea stângă la nivelul maxilarului inferior. Tumefacția are consistență osoasă și ține de ramura orizontală stângă a maxilarului inferior, are mărimea unei nuci și este situată sub primul molar inferior stâng, lipsește un premolar din stânga fără ca să existe un spațiu între dinți liber. Diagnosticul de chist dentifer, este confirmat prin radiografie.

INJ. NOVOCAIN-ADRENALIN

(1 cutie 10 amp. á 1 ccm. sau á 2 ccm.)
PENTRU ANAESTHESIA LOCALIS
CU EFECT IMEDIAT. ANESTESIE DE
INFILTRATE. EXTRACTIE DE DINȚII

ASTHMOSEDIN

(1 cutie 5 amp. á 1 ccm.)

Indicațiuni: ASTHMA BRONCHIALIS
pentru încetare rapidă a acceselor
COLLAPSUS, MORPHINISMUS

TABLETE ȘI INECȚIUNI

POLYGLANDOL EGGER

contra lipomatosis masculin sau femenini
(1 fiolă 50 tabl. sau 1 cutie 10 amp.)

Indicațiuni: LIPOMATOSIS UNIVERS
TULBURĂRI POLYGLANDULARE

cu literatură și eșantioane servește

EGGER & Co. CLUJ

(WIEN, PRAHA)

Fabrică de preparate farmaceutice
Strada Săcuiască, 6

Prin operație, trepanația tablei externe a maxilarului inferior pe cale bucală, se enuclează un chist de mărimea unei nuci, conținând un lichid limpede și premolarul care lipsea dupe arcada dentară inferioară. Operația precoce ca și în alte cazuri a putut scăpa pe această pacientă dela mari și ireparabile stricăciuni la nivelul arcadei inferioare.

Christide și Eftimie. *Două cazuri de abcese cerebrale.*

Prof. Amza Jianu, Conf. Paullan și Aurel Popescu. *Tratamentul chirurgical al lepto-meningitelor cronice circumscrise medulare.* — Memoriul documentat de patru observațiuni clinice este publicat în întregime în revista de chirurgie No. 2 Februarie 1929. Simptomatologia acestei boli e în genere aceea a compresiunilor medulare. Diagnosticul deferențiar e foarte greu de făcut.

Determinarea nivelului la care se află leziunea se poate face cu ajutorul metodei lui Sicard.

Injectarea lipiodolului în spațiul subarahnoidian și radiografierea în serie a coloanei vertebrale. Orice oprire persistentă a lipiodolului indică limita superioară a unui obstacol a cărui natură precisă o vom cunoaște dupe laminectomie.

Pronosticul e favorabil dacă s'a pus diagnosticul și s'a intervenit înainte de a se produce turburările paraplegice trofice și sfinteriene, datorite sclerozei medulare la nivelul compresiunii.

Operațiunea este benignă. Procentul dat de autorii străini este de 10-20%.

Cristian Eugen. *Pielotomia unghiulară în tratamentul calculilor reno-basinetali.* — Calculi voluminoși și ramificați ai basinetului sunt extrași de autor prin următoarea tehnică comunicată deja în 1920 la Societatea de urologie: dupe exteriorizarea rinichiului se pune în evidență fața posterioară a basinetului care se incizează paralel cu axul său direct pe calcul fără a o prelungi prea mult în jos, pentru a evita stenoza orificiului ureteral. Apoi autorul face o nouă incizie transversală pe cea dintâi deschizând astfel caliciul inferior, și creind o cale largă pe unde extrage ușor calculi în întregime și poate face în același timp un control complex al cavități reno-basinetale. Avantagiile sunt următoarele :

1) Creează o cale largă pe unde se pot extrage cu ușurință și în întregime calculi.

2) Prin această plagă devenită unghiulară se face un control complex al cavități reno-basinetare.

3) Se evită necesitatea unei nefrolitotomii cerută de insuficiența inciziei simple a basinetului.

4) Lipsa de hemoragie în timpul sau după operație și fără a turbura funcțiunea renală.

Săvescu Vasile și Marinescu-Slatina: *Adamantion al maxiliarului inferior.* — Un bolnav prezintă regiunea maseteriană dreaptă, o tumoară de mărimea unui ou de porumbel, proeminentă sub piele fără a adera da ea.

Tumora este burjonantă roșie și sângerează ușor, este spre cavitatea bucală.

Operațiunea constă în rezecția jumătății drepte a maxilarului inferior. Examenul microscopic arată existența unui epiteliom adamantin.

Asemenea tumori își au origina (Malassez) în germeni neutilizați și nerezolviți ai organului adamantin embrionar, nu germeilor pararentari.

Caracterul tumorii este benign, căci nu se cunosc metastaze și nu recidivează dacă este extirpată în întregime.

Conferențiar C. Leonte : *Chist al mezenterului, operat, vindecat.* — Chistele mezenterului sunt afecțiuni rare. Diagnosticul e dificil. Ablațiunea este anevoioasă uneori de oarece chistul este inclavat între foile mezenterului și adesea ori aderent intestinului; câte odată este necesară rezecția intestinală.

Cazul este al unui tânăr de 17 ani, care prezenta crize cu vărsături, dureri de cap, dureri epigastrice ce se repetau la două, trei luni, datorite unei tumori în regiunea epigastrică. Bolnavul de constituție slabă prezintă o tumoră în regiunea epigastrică de mărimea unui cap de fetus mată la percuție, mobilă. Autorul face diagnosticul de chist al mezenterului pe care l'extirpează prin enucleare.

Deși intestinul se rupe pe o distanță de 2 cm. iar chistul dă scurgere unui lichid galben safraniu bolnavul se vindecă.

Asupra originii acestei tumori, arată că teoria cea mai apropiată este teoria congenitală, fie ea limfatică ori a rămășițelor embrionare din canalul omfalo-mezenteric, sau a inclavării intestinului în mezenter în momentul dezvoltării lui, tot ca origină congenitală ar fi chistele provenite din rămășițele tractusului urogenital.

Făgărășeanu : *Un caz de fractură spontană în maladia lui Paget.*

Ședința dela 21 Noembrie 1928

În această ședință se face darea de seamă anuală și se alege noul comitet sub președinția D-lui Profesor Anghelescu și vice președinția D-lor Profesori Juvara și Amza Jianu, secretar general, Dr. Cosăcescu.

Se hotărăște ca de aci înainte revista de chirurgie să apară sub auspiciile celor 5 clinici chirurgicale sub direcțiunea următorului comitet: Profesori, Anghelescu, Bălăcescu, Gheorghiu, Juvara și Amza Jianu.

Ședința din 8 Decembrie 1928

Iliescu : *Rezecție întinsă de ileon într'o hernie încarcerată retrogradă.*

Nasta : *Un caz de spondiloză rizomelică a jumătății inferioare a corpului.* — Un bolnav de 23 ani care de 6 ani a început a acuza dureri în articulațiile coxo-femorale care s'au accentuat din ce în ce mai mult, și căruia i s'au aplicat mai multe aparate ghipsate fiind luat drept coxo-tuberculoză.

La intrarea în serviciu prezintă o ankiloză completă în cele două treimi inferioare ale coloanei vertebrale. Ankiloza articulațiilor coxo-femorale și a genunchiului.

Este vorba de un caz cu spondiloză rizomelică a jumătății inferioare a corpului din care după André Leri sunt numai 33 de cazuri în toată literatura.

Afecțiunea se caracterizează dupe cum se vede și în cazul nostru printr'o osificare a ligamentelor articulare fără apariția osteofitelor, localizată la coloana vertebrală și articulațiunile de la coloana vertebrală și articulațiunile de la rădăcina membrilor fără a prinde articulațiunile mici. Pozițiunea de rectitudine a bolnavului nostru a fost favorizată și de imobilizare prin aparatele ghipsate multiple ținute timp îndelungat vre'o 2 ani de oarece afecțiunea a fost diagnosticată la început ca o simplă coxalgie tu-

berculoasă pură. Deci este vorba de spondiloză rizomelică care dupe Pierre-Marie este o menisco-ligamentită osifiantă cu ipertrofia regulată a extremităților osoase care ajung în contact și apoi se sudează.

Ca etiologie în față nu există nici o maladie osoasă recentă, ca tuberculoze, gonococle, sifilis.

Autorul își propune a face operația lui Murphy, deslăcând suprafețele articulare coxo-femorale și interpunând aponevroza fesieră, între suprafețele modelate.

Nasta și Sebastian: *Ankiloză temporo maxilară dublă completă și definitivă operată și vindecată.* — În urma unei osteomielite, la o bolnavă de 23 de ani s'au prins ambele articulații temporo maxilare, evoluând către ankiloză completă. Operația executată a fost rezecția condilului maxilarului inferior interpunându-se o porțiune pediculată din mușchiul temporal între suprafețele rezecate.

Dupe procedeele Huguier-Helferiah, executat de ambele părți și pe care autorii îl consideră cel mai bun.

Dupe 8 luni de la operație bolnava deschide gura și n'are nici o durere.

Nasta: *Chiste dermoide genitale multiple* (ale ambelor ovare și în pelvis) este vorba de un caz rar, unde prin operație s'au extirpat trei chiste dermoide.

Câte unul de fiecare ovar și unul în fundul Douglas, care au fost extirpate prin operație.

Dr. Eftimie: *Două cazuri de apendicită cronică cu ulcer cronic stomacal.* — Doi bolnavi cu crize repetate de apendicită prezintă o hiperclorhidrie cu turburări gastrice. La o săptămână dupe operația de apendicită prin examenul de laborator se observă că hiperclorhidia a dispărut, de asemenea și turburările gastrice.

I. Jianu: *Calus deformant consecutiv fracturii cotului. Paralizia medianului și a cubitalului.* — Un bolnav care acum trei ani avusese o fractură a cotului, vindecat prin intervenția și aparat ghipsat; cade pe o scară pe cotul stâng ceia ce-l face să intre în serviciu Dr. I. Jianu care constată paralizia medianului și cubitalului. D-sa face rezecția cotului interesând condilul, trochlea cupula radială și extremitatea superioară a cubitului, ce formau un bloc diform, care comprima nervul median și cubital.

Extremitățile osoase au fost rotunjite iar pe ele s'a aplicat fâșie de de cartilagii luate de pe circonferința cupulei radiale.

Rezultatul postoperator e admirabil din punct de vedere al recuperării funcțiilor nervului median și cubital.

Jianu: *Extirparea plexului hypo-gastric superior, în durerile cancerului uterin.* — Prezintă o femeie intrată în serviciul său pentru cancer uterin inoperabil, însoțit de dureri atroce pelviene și lombare. Prin intervenția operatorie s'a făcut legătura arterelor hypo-gastrice și extirparea plexului hypo-gastric superior.

Rezultatul a fost imediat, dispărând complet durerile lombare și pelviene.

G. Marinescu: *Un nou aparat de osteosinteză.* — Aparatul este în geniul acelor a lui Lambotte și Juvara, dar s'a înlocuit fișa ce perforează osul prin acest clește.

Aparatul nu a fost experimentat pe viu până astăzi.

Profesorul Jianu A: și Dr. Lăzărescu: *Neurotomie, retrogaseriană într'un caz de nevralgie a trigemenului. Vindecare.* — Un om de 66 de ani de constituție subnormală care prezintă o ușoară ptoză a pleoapei superioare drepte, ușoară asimetrie facială suferă de dureri foarte violente craniene sub formă de criză. Când apar crizele fațesul se schimbă cu totul, se congestionează se încruntă, gura se strâmbă, obrazul se încrețește, bolnavul caută să-și schimbe locul sau se face ghem în pat. Crizele țin aproximativ 30—60 secunde și survin la intervale inegale. Sensibilitatea obiectivă în domeniul trigemenului pentru toate modalitățile nu este alterată.

Se face operația ridicându-se lamboul muscular temporal și trepanându-se osul temporal de asupra arcadei zigomatice. Se descoperă ganglionul Gasser secționându-se rădăcina senzitivă după operație durerile dispar complet. După 6 luni bolnavul n'are nici o turburare oculară.

I. Jianu și Dr. Drăgănescu: *Epidurită supurată în regiunea cervicală, Tetraplegie.* — Autorii prezintă o piesă provenită dela o bolnavă care a sucombat și care suferea de această boală ca o complicație a osteomielitei vertebrale cervicale din cauza unui os de pasăre pe care pacienta îl înghițise.

G. Marinescu: *Valoarea diagnostică a uretro-pielografiei.* — Publicată în detaliu în revista de chirurgie Ianuarie 1929, însoțită de 20 de figuri radiografice.

S'a întrebuințat injecțiile cu bromur de sodiu 25%, injectat cu seringă de 30 cm.

Autorul conchide că uretero-pielografia prin preciziunea diagnosticului prin ușurința tehnicei și prin inocuitatea ei e o metodă de explorare a aparatului urinar de care nu trebuie să ne lipsim în cazurile în care diagnosticul este ezitant.

Albert Shapira: *Considerațiuni asupra Cowperitei bulbare.*

Dr. M. Baculescu

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ IN STRĂINĂTATE

ANATOMIE PATOLOGICĂ

ALEX. CANTACUZÈNE: **Structure anatomique des tumeurs bactériennes de *Saccorhiza bulbosa*.** (*C. R. de biologie Paris No. 35, 1928*). — Autorul studiază structura tumorilor acestei plante, o proliferare activă a celulelor ce formează tumora, prezența de celule gigante cu un număr mare de nucleu în zona de proliferare, iar în apropierea acestor celule gigante grupe bacteriene care sunt degenerate în tumorile vechi. Iar tumorile metastatice derivă din tumorile mai vechi.

ALEX. CANTACUZÈNE: **De l'existence des tumeurs chez diverses algues marines et de leur repartition regional,** (*C. B. de biologie No. 37, 1928*). — Autorul a studiat tumorile bacteriene la diferite alge din regiunea Roscoff, ca la flueus seratus, ascopluyllum nodosum. Tumorile sunt mari, feroidale și se ulcerează. Tumorile diferitelor alge se aseamănă histologiceste, epidermul lipsește la suprafața lor, probabil la început are loc o eroziune superficială. Algele infectate sunt grupate după o ordine anumită, ca și cum aceiași cauză patogenă influențează diferiți indivizi puși în contact unii cu alții.

G. ROUSSY ET E. C. CRĂCIUN: **Signification de la glycogénie du sarcome de Iensen.** (*C. R. de biologie No. 34, 1928*). — Caracterele glycogeniei se poate rezuma: 1) ea se manifestă în celulele tumorale și în celulele țes conjunctiv, 2) celulele glycogenice sunt puțin numeroase față de masa totală a tumorii, 3) focarele de glycogenie se găsesc la nivelul unui țesut cu nutriția turburată. Mecanismul acestei glycogenii este o glicogenie reacțională.

G. ROUSSY ET E. C. CRĂCIUN: **Glycogénie du sarcome de Pityon-Rous.** (*C. R. de biologie Paris No. 55, 1928*). — Glicogenul este absent în țesutul tumoral nealterat și se găsește în apropierea zonelor, necrotice. Este vorba deci de un fenomen reacțional care se localizează la nivelul zonelor necroză a căror celule au păstrat un grad oarecare de vitalitate.

BIOLOGIE

A. PANU: **Sur les cellules pigmentaires de la peau de l'anguille.** (*Anguilla anguilla L. C. R. biologie No. 7, 1929*). — Studiază anguile tinere și anguile argintate și mai ales pigmentul galben, guanofor și melanofor și găsește aceste celule pigmentate numai la indivizi la care funcția respiratorie a fost diminuată

în urma unui șederi în apă săracă în oxigen. Celula pigmentară ce are funcție respiratorie ajunge la suprafața pielei liberează oxigenul țesuturilor și apoi e distrusă.

V. GHIMPU: **Contribution à l'étude des satellites du genre hordeum.** (*C. R. biologie No. 3, 1929*). — Autorul studiază cytologia mai multor speții de orz și confirmă cu certitudine că un satelit nu este decât o extremitate a cromosomului separat de rest printr'o constricție profundă. Această prezență de sateliți este un caracter constant al orzului de cultură, dar nu are caracter hereditar sau afinități geografice anumite.

INFECȚIOASE-MICROBIOLOGIE

TH. MIRONESCU ET ANGENOMEN: **Une forme d'angine avec exantème particulier.** (*Bull. et memoires dela Soc. méd. des hôp. No. 5, 1929*) — comunică observația unei bolnave care în cursul unei angine prezintă un exantem infecțios al cotului și mâinilor. Pe cot avea aspectul unui exantem roșu intens, ușor hemoragic, iar pe mâini atât pe fața dorsală cât și cea palmară discuri eritematoase. În culturi absența bacilului Löffler, microbi banali, spirili. Autorii au mai observat 2 asemenea cazuri cu o erupție toxică cu aspect uniform ce erau însoțite de o amigdalită spirilară.

WEINBERG ET M. MIHAILESCO: **Cas de charbon symptomatique sans bacillus chauvaei ni vibriion septique.** (*C. R. biologie No. 34, 1928*). — Autorii comunică o serie de observații de cărbune simptomatic la animale la care s'a găsit *B. perfringens*. Deci: a) bacilul perfringens face parte din flora microbiană a cărbunelui simptomatic tipic și poate singur da infecțiunea b) serul ce se

întrebuințează pentru a trata cărbunele simptomatic trebuie să conțină anticorpii antiperfringens și anti oedmatiens.

M. WEINBERG ET M. MIHAILESCO: **Bacillus oedematiens et charbon symptomatique.** (*C. R. de biologie Paris No. 35 1928*). — Din cercetările ce le-au făcut reese că o serie de microbi anaerobii ce produce la animale leziuni asemănătoare de cele produse de vibriion septic sunt datorite bacilului cunoscută sub numele de cărbune simptomatic ca și gangrena gazoasă poate fi produsă de diferiți anaerobii patogeni asociați între ei.

M. WEINBERG ET M. MIHAILESCO: **Bacillus chauvaei et systematique des microbes anaerobes.** (*C. R. de biologie No. 4, 1929*). — Autorii au studiat acțiunea serului anti-vibriion septic pe un număr de 54 sușe diferite de bacil chauvei. Amestecul serul x cultură (de 24—48 ore) după ce a stat o oră la întuneric a fost injectată la cobai. În acest caz sușele cu caracter morfologic și cultural de bacil chauvei au fost neutralizate de serul anti-vibriion septic. Autorii consideră b. chauvei ca o rasă specială de vibriion septic adaptată la organismul bouului.

MEDICINA EXPERIMENTALĂ

F. BATTELL ET N. GAVRILESCO: **La contracture par électricité et les phénomènes électriques qui l'accompagnent.** (*C. R. de biologie Paris No. 35—1928*). — Autorii într'o serie de experiențe făcute pe mușchii striați ai broaștelor (gastrocnemian și tricepsul femoral) prin trecerea curentului alternativ care poate da o contractură generală sau limitată la o singură parte din mușchi după cum se aplică electrozii pe toată

lungimea sau la o extremitate, a ajuns la concluzia: curenții electrice ce apar în diferite țesuturi în urma unei puternice excitații electrice sunt datorite fenomenelor de polarizațiune.

C. LEVADITI: A propos de l'Encephalite épidémique des renards. (*C. R. de biologie No. 5—1929*). — Comunică observațiile autorilor americani asupra unei encefalite epidemice a vulpelor din centre de creștere nord-american. Green a trimis mai multe vulpi din aceeași crescătorie și virusul provocator al boalei. Autorul cu Lepine au confirmat constatările autorilor americani privitoare la encefalita epidemică a vulpelor.

G. MARINESCU, O. SAGER ET A. KREINDLER: L'excitabilité neuromusculaire dans la rigidité de décérébration. Résultats expérimentaux. (*C. R. de biologie No. 3—1929*). — Autorii fac o serie de cercetări pentru a lămurii excitabilitatea neuromusculară și mecanismul fiziologic care predomină la producerea rigidității animalelor decerebrate. Cercetările le face pe pisici, 35 din 54 au prezentat o rigiditate decerebrate tipică. Rezumând rezultatul experiențelor făcute, din punct de vedere motor: 1) cronaxia rămâne normală sau ușor mărită pentru mușchii ce nu sunt rigizi; 2) în apropierea punctului motor cronaxiile sunt mărite. Rezultă că mușchii pisicii în rigiditate decerebrată sunt compuse din fibre musculare cu o excitabilitate diferită.

G. MARINESCU, O. SAGER ET A. KREINDLER: L'excitabilité neuromusculaire dans la rigidité de décérébration. Mécanisme de cette rigidité. (*C. R. de biologie No. 3—1929*). — După ce autorii au stabilit că există

fibre musculare cu excitabilitate diferită în mușchii animalului rigid după decerebrare, autorii arată că o parte din fibrele musculare sunt diferit influențate de modificările vegetativo-humorale. Fibrele cu cronaxie mică formează ramură centrifugă a reflexelor profunde.

S'ar putea admite că la animalul decerebrat fibrele cu cronaxie mică servesc a da impulsia nervoasă și fibrele cu cronaxie mare intervin printr'un mecanism ce menține tonusul continuă. Așa dar regiditatea decerebrată pare ca un fenomen complex datorit modificărilor excitabilității sistemului piramidal atât ale regimului vegetativ general cât și ale regimului vegetativ ale sistemului muscular. Probabil are loc și o alterare a funcțiunilor fiziologice ale sistemului extra-piramidal.

I. A. GALLOWAY ET S. NICOLAU: Encéphalo-myélite enzootique expérimentale. Infection par cohabitation, par introduction de virus dans l'estomac et par voie intramusculaire. (*C. R. biologie No. 8—1929*). — Autorii deduc din experiențele făcute că în encefalo-myélita enzootică experimentală a epurilor contagiul se poate face cu o condiție ca animalele contaminate producându-le un traumatism cerebral. Se poate infecta epurii tineri administrându-le virusul cu ajutorul unei sonde în stomac.

S. NICOLAU ET I. A. GALLOWAY: Nouvelles recherches sur le virus de l'encéphalo-myélite enzootique. (*C. R. biologie No. 8—1929*). — Autorii au căutat a stabili ce fel se comportă virusul Borna amestecat cu substanțe inerte Kabin, negru animal, permanganut de potasiu, extract hepatic, substanțe care au fost ad-

sobite de celelalte ultra-virusuri (turbare, vaccin, herpes, febră aftoasă). Rezumând experiențele făcute arată că contrasiu celorlalte virusuri, germenele encephalo-myeleitei enzootice este greu adsorbabil de negru animal. Kaolin, permanganat de potasiu și extract-hepatic.

S. NICOLAU, I. A. GALLOWAY ET N. STROIAN: *L'immunité dans l'encephalo-myéélite enzootique expérimentale.* (C. R. de biologie No. 8-1929).—Continuând experiențele asupra imunității animalelor de laborator. autorii au obținut următoarele rezultate:

1. Inoculațiile intra-dermice de emulsie virulentă nu conferă imunitatea la epure. 1. Virusul formolat 0,2% în inoculare intra-musculară poate conferi imunitatea la epure dar inconstant. 3. Același virus formolat introdus pe cale cerebrală în mai multe reprize poate imuniza epurele dar inconstant. 4. Se poate pune în evidență anticorpii virulicizi in vitro în creerul epurilor imunizați.

S. NICOLAU ET N. STROIAN: *Anticorp tissulaires mis en évidence par la réaction de fixation du complément dans les extraits d'organes provenant de lapins immunisés contre la maladie de Borna.* (C. R. de biologie No. 2-1929).—Continuă cercetările pentru a pune în evidență in vitro substanțele sensibilizatrice în organele animalelor imunizate la boala lui Borna și în organele imunizate contra virusului vaccinal sau herpetic.

Autorii au obținut cu antigenul Borna reacții de fixare a complementului pozitive și extractul de organe a epurilor imunizați cu maladia Borna și virusul herpetic și neuro-vaccinal.

N. STROIAN: *Réaction de fixation du complément chez les lapins immunisés contre le virus herpétique.* (C. R. biologie No. 9-1929).—Autorul a căutat a demonstra prin această metodă prezența de anticorpi în serul și organele epurilor făcuți refractori contra virusului herpetic. Antigenul fie apos, fie alcoolic a dat rezultate pozitive cu serul animalelor imunizate contra herpesului. Serul epurilor normali a dat rezultate negative. Autorul a mai pus în evidență anticorpi în extracțele de organe ale epurilor imunizați contra herpesului.

N. STROIAN: *Réaction de fixation du complément dans l'encephalo-myéélite enzootique expérimentale.* (Maladie de Borna) (C. R. de biologie No. 2-1929).—Autorul a întrebuințat ca antigen în reacția de fixare, antigenul methylic (de creere al animalului mort de maladia Borna) și a pus în evidență sensibilizatrice în serul animalelor imunizate. În serul epurilor infectați cu virus herpetic sau cu neuro-vaccin sau cu serul maimuțelor rezistente contra virusului polyomielitei reacția de fixare era pozitivă. Antigenul preparat cu substanță cerebrală provenită de la animale moarte de encefalită epidemică, vaccinală sau rabică se comportă cu antigenul preparat cu creerul animalelor moarte de maladia lui Borna, anume dau reacții intens pozitive cu serul animalelor imunizate. Dr. R. Hirsch.

MEDICINA INTERNĂ

DUMITRESCO-MANTE, D. HAGIESCO, MARIA MAXIM ET C. PETRESCO: *Nouvelles recherches sur la bradicardie ictérique.* (Presse med. No. 1, 1929).—Azi bradicardia icterică este considerată ca o bradicardie totală neurogenă hipervago-

tonică, prin cholemie salină. Dintr'o serie de cercetări ce le face în bradicardia icterică făcând proba cu atropină modificată de Danielopolu, autorii afirmă că bradicardia icterică este o bradicardie nervoasă totală.

În altă serie de cercetări întrebuințează atropina și ortostatismul lui Danielopol în examenul sistemului nervos vegetativ al unor serii de icterici bradicardici, și ajung la concluzia: hipervagotonia pură căreia îi se atribuia bradicardia nervoasă icterică este rară. Injectând la omul normal pe cale intra-venoasă săruri biliare separate sau amestecate nu a obținut bradicardie. În icterele studiate de autori au găsit o mărire a colinei sanguine. Nu au găsit cholinemie în icterile tachicardice. Autorii afirmă că cholinemia joacă un rol important în pathogenia bradicardiei icterice.

BCU NEUROLOGIE

M. M. G. GUILAIN, THEVENAR ET IONESCO: **Un caz de syndrome cerebeleuse du type de l'atrophie olivoponto-cerebeleuse avec developement progressif d'un état hypertonique.** (*Société de neurologie Paris séance de 20 Nov. 1928*). — Prezintă o bolnavă la care s'a dezvoltat un sindrom cerebelos complet, cu o stare hipertonică, cu exagerația reflexelor. În absența ori căruia semn de neoplasm și de orice urmă de boală infecțioasă, rămâne diagnosticul de atrofiie ponto cerebeloasă, afecțiune în cursul căreia s'au observat asemenea stări de hipertonie. Boala evoluează spre o stare hipertonică permanentă.

G. MARINESCO, O. SAGER ET A. KREINDLER: **Variations des chronaxies musculaires avec l'état de tension du muscle dans la contracture hémiplegique.** (*C. R. biologie No. 9,*

1929). — Cercetările autorilor au plecat de la faptul că tensiunea mușchilor modifică excitabilitatea unor centri nervoși. Autorii au căutat a pune în evidență aceste modificări ale excitabilității cu ajutorul metodei cronaximetrice și studiază contractura hemiplegică la 16 bolnavi.

Rezultă că mușchiul contracturat se comportă diferit de antagonistul după cum este în stare de tensiune sau relaxat. Cu ajutorul metodei cronaximetrice autorii speră să lămurască unele funcțiuni dinamice ale centrilor nervoși.

EM. PAULIAN: **Les modifications des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien après malario-therapie.** (*Bull et memoires de la Soc. Médicale des Hopitaux. N. 22, 28 1928 p. 1073*). — Comunică 8 observații de bolnavi la care în același timp cu ameliorarea clinică a putut constata modificării ale reacțiilor biologice ale L. C. R. și în câteva cazuri reîntoarcerea la normal. În această privință malarioterapia pare să fie superioară celorlalte tratamente și crede că trebuie utilizată totdeauna în afecțiunile nervoase sifilitice.

URECHE ET GOLDENBERG: **Syphills traumatique du cerveau.** (*Bull et Mem. de la Soc. Med. des Hopitaux No. 19, Juin 1928 p. 959*). — Comunică cazul unui bolnav care a contractat sifilisul în 1922. În 1925 suferă un traumatism cranian și după un an prezintă fenomene psihice dementiale, iar după doi ani confirmă diagnosticul de Paralizie Generală. Nu dau nici o indicație asupra tratamentului antisifilitic de la început.

URECHE ȘI GROZE: **Syndrome protuberantiel syphilitique.** (*Bul. et Mem. de la Soc. Med. des Hopitaux No.*

19 Juin 1928 p. 987f. — Publică observația unei femei care face brusc un sindrom protuberanțial caracterizat printr-un hemi-anestezie alternă iar de partea dreaptă paralizie a facialului și a motorului ocular extern, și hiperestezie a trigemenului. Seroreacția Bordet-Wassermann pozitivă; reacțiile L. C. R. negative.

Rezultat excelent prin tratament antisifilitic.

URECHE ȘI DRAGOMIR : *Démarche à petits pas chez un syphilitique du nevraxe.* (*Revue neurologique T. II An XXXV No. 1 Juillet 1928 p. 288*). — Publică observația unui bărbat de 64 ani care prezintă un mers lacunar cu pași mici.

Modificările lichidului C. R. arată că-i vorba de una din acele forme foarte rare de localizare a sifilisului la nucleii bazei. Dr. M. Săceanu

OTO-RINO-LARINGOLOGIE

DAVID GALAȚI ȘI ST. GHEORGHIU: *Ambrina în pansamentul evidațiilor.* (*Annales des mal. de l'oreille Dec. 1928*). — Pentru otolog ca și pentru bolnav, tratamentul post-operator al evitării petro-mastoidiene e un adevărat calvar. Schimbarea zilnică a meșelor e dureroasă și de lungă durată. De aceea metoda D-rilor David și Gheorghiu realizează un progres real, fiindcă cu un minimum de suferințe și de manipulații, ajunge la epidernizarea completă a cavității de evitare într-un timp foarte scurt.

Pe un număr de 62 operații, autorii au întrebuințat, la 3 zile după operație minuțios radicală, ambrina din comerț pe care după sterilizare o toarnă caldă prin meatul auditiv extern și o lasă în plagă 10 zile. După scoaterea ambrinei, fundul plăgei e frumos burgeonat și roșu. Autorii umplu acum cavitatea

cu praf de acid boric sterilizat la autoclav și amestecat în proporție de $\frac{1}{300}$ cu pulbere de formolină.

Plaga e apoi spălată și controlată din 2 în 2 zile până la vindecare.

DOCENT TEMPEA ȘI GH. BUZOIANU: *Contribuțiune clinică la papilomatoza laringiană.* (*Annales des mal. de l'oreille Dec. 1928*). — După o amănunțită trecere în revistă a teoriilor etiologice a papilomatozei laringene din care e de reținut concepția lui Ulman din Viena care admite existența unui virus filtrant deoarece a reușit prin inoculări să transmită la om papilomul, autorii fac o judicioasă critică a metodelor terapeutice condamnând cu bună dreptate intervenția chirurgicală.

Operațiunea e urmată curând și în totdeauna de o exasperantă recidivă nu numai „in situ“ dar chiar și în zonele dimprejur. Intervențiile repetate mai au apoi drept consecință o stenoză a laringelui greu de combătut.

Din experiența cazurilor personale și din cercetările literaturii, autorii conchid că singurul tratament rațional și inofensiv, mai ales că e vorba de copil al cărui laringe e în continuă creștere, rămâne radioterapia profundă. Cu un dosagiu precizat al razelor e o metodă simplă de aplicat și cu eficacitate definitivă.

Dr. Laurian Segal-Craiova

UROLOGIE

L. STROMINGER: *Sur l'hématurie dans les rétrécissements de l'urètre.* (*Journal d'Urologie T. XXVII No. 1 Janvier 1929 p. 11*). — Aduce observația, de altfel rară, a unui stricturat care face 3 hematurii, dintre cari una gravă, și cari au cedat prin sonda à demeure. În același timp bolnavul mai prezenta pneumaturie și colibaciloză.

Hematuria se explică prin congestia vezicală, cauzată de retenție și infecție, iar pneumaturia este datorită descompunerii zahărului în alcool și acid carbonic.

VENEROLOGIE-SIFILIS

E. CONSTANTINESCU ȘI N. VĂTĂMANU: **Un caz de syphilis d'emblée par transfusion sanguine.** (*An. mal. vénériennes* No. 3 Mars. 1929 p. 161). — Aduc observația unei bolnave care fără nici un accident primar a prezentat o erupție secundară sifilitică cauzată de o transfuziune sanguină făcută cu 2½ luni mai înainte, Autorii au constatat un sifilis secundar la dătător.

Cu această ocazie amintesc cazurile publicate de Spilmann și Morel, de W. Felmann, trecând sub tăcere pe cel publicat de Levy și Guisberg în *Amer. Jour. of Syphilis* No. 3 1927 p. 447.

C. LEVADITI ETI A. HORVARD: **Activation des proplétés curatives du bismuth dans la syphilis sous l'influence des tissus riches de glutathion.** (*C. R. de biologie* No. 7 1929). Autorii ajung la concluzia că sub influența unui extract tisular bogat în sulf și glutathion bismutul capătă o activitate terapeutică remarcabilă, are o acțiune spirocheticidă în doze infinitesimale. Probabil metalul joacă rolul unui catalizator față de mijdefensive celulare sau humorale de care organismul dispune. Cercetările lui Fournier și ale colaboratorilor săi confirmă la om cele susținute de autorii acestor cercetări.

C. LEVADITI: **Action préventive de l'or dans la syphilis expérimentale.** (*Bul. de l'Académie de Médecine*. T. XCIX. No. 6, Février 1928 p. 180). — Reluând cu crysalbina ex-

periențele pe care le-a făcut mai înainte cu tellure și bismut din punct de vedere preventiv, ajunge la concluzia că dacă se injectează în doză de 0,05 pe kgr. în soluție uleioasă pe cale musculară are acțiunea curativă manifestă la iepure, și după Fournier și Mollaret la om. Aceiași doză nu este preventivă, căci dacă se face inocularea de probă după 4—30 zile dela injecție, inocularea dă rezultat pozitiv; pe când Bismutul și tellurul își manifestă acțiunea preventivă chiar după 100 zile.

Autorul crede că această inferioritate față de tellure și bismut este atribuabilă absorbției și eliminării mai rapide și mai totale a aurului.

LEVADITI, SCHOEN ET SANCHÈS-BAXARRI: **Le virus syphilitique comporte-t-il un cycle évolutif, dont le „treponema pallidum“ ne serait qu'une des phases comme.** (*Ann. de l'Institut Pasteur*. An. 42, Mai 1928, No. 5, p. 475). — Ganglionii limfatici proveniți dela iepurii sifilizați sunt foarte des virulenți. Acești ganglioni examinați chiar în perioadele active ale maladiei nu decelează treponemei decât excepțional, Ori inocularea subsciotală produce apariția unui nodul de aspect sifilomatos, bogat în paraziți spirilați sau pe cale de involuție. Pare deci plauzibil a se admite că treponema nu-i decât una din fazele ciclului evolutiv al virusului sifilitic.

Ciclu acesta trebuie să comporte și alte forme invizibile prin mijloacele noastre actuale. Autorii au constatat forme de involuție și mai ales granulații rotunde, ovalare sau neregulate de 0,1—0,3 M.

Pentru ei aceste forme ultra microscopice reprezintă faza prespirochetrană a virusului sifilitic.

Ipozeza aceasta poate, explica :

1) infecția sifilitică latentă cu prezența virusului în unele țesuturi în care nu se decelează treponema;

2) posibilitatea cazurilor de P. G. și tabes fără spirocheți în nevrasc și ineficacitatea frecventă a tratamentului în parasifilis;

3) recidivele cari survin cu tot tratamentul făcut, formele de rezistență fiind mai puțin sensibile la agenții chimioterapici decât formele vegetative (spirochetiene).

PROF. NICOLAU ȘI BANCIU: *La culture du streptobacille en milieu liquide.* (*Bul. de la Soc. française de Dermatologie et Syphilitigraphie. No. 7, Juillet 1928, p. 640.*) — Au utilizat pentru cultura streptobacilului un mediu compus dintr-o soluție de peptonă (Merk) 1% în apă fiziologică, căreia îi se adaugă $\frac{1}{5}$ sânge uman defibrinat.

Încălzirea la 60° timp de o jumătate oră, face mediul mai propice. Culturile își ating deplina dezvoltare după 24 și mai ales 48 ore de ședere la etuvă la 35°—36°. Streptobacilul se comportă ca un anaerob facultativ.

PROF. NICOLAU ȘI BANCIU: *Sur le chancre simple experimental chez le lapin.* (*Bul. de la Soc. fr. de Dermat. et Syph. No. 7, Juillet 1928, p. 643.*) — Au reușit să producă în mod experimental la 9 iepuri șancrul simplu, inoculând la ureche un sfert de centimetru cub dintr-o cultură în mediu lichid.

Șancrul produs conține streptobacil, și inocularea puroului produce la om șancrul. Încercările de inoculare dela iepure la iepure au eșuat.

Evoluția histo-patologică a procesului șancros experimental este asemănătoare cu aceea a șancrului moale la om.

PROF. NICOLAU ȘI BANCIU: *Recherches sur l'intradermoreaction dans le chancre mou.* (*Ibid. p. 066.*) — Din culturile în mediu lichid au extras un antigen solubil, numit *Ducreina* și un antigen figurat sau streptobacilar, [preparat cu corpii bacterieni.

Pe 65 bolnavi injectați cu cele 2 antigene, au obținut 63 rezultate concordante, dintre cari 58 pozitive și 5 negative și două discordante (pozitive cu *Ducreină* și negative cu antigenul figurat) Bazați pe aceste cercetări, ajung la concluzia că *Ducreina* și-a manifestat în mai mult de jumătatea cazurilor proprietăți mai marcate decât produsul bacilar.

Pe 79 cazuri injectate cu *Ducreină* au obținut 76 rezultate pozitive și 3 negative; iar în 33 cu antigenul bacilar au avut 31 reacții pozitive și 2 negative.

Totalizând rezultatele, ajung la un procent de 94,35 reacții pozitive, chiar la cei la cari infecția șancroasă fusese cu 7 luni, 5 ani, 22 ani și 32 ani mai înainte.

Cu titlul de control au mai făcut-o la aproximativ 100 cazuri diverse, dar cu rezultate constant negative.

PROF. NICOLAU ȘI BANCIU: *Recherches sur la reaction de Bordet dans le chancre mou.* (*Ibid. p. 670.*) — Cu ajutorul *Ducreinei* și antigenului figurat au practicat reacția de fixare a complementului la 182 bolnavi cu șancru moale, cu sau fără complicații, și au găsit-o pozitivă în 131 cazuri și negativă în 51, ceiace prezintă o proporție de 88,15 reacții pozitive. Pozitivitatea este mai ridicată în cele complicate și frecvența se mărește pe măsură ce șancrele se învechesc.

Comparând rezultatele obținute

de reacția Bordet cu acelea date de intradermoreacție, ajung la concluzia că modificările imprimare tegumentului cutanat sunt „mai constante, mai profunde și mai durabile“.

PROF. NICOLAU ȘI BANCIU: *Essais de sensibilisation expérimentale active à l'antigène chancrelleux.* (*Ibid.* p. 632). — Au injectat 16 persoane sănătoase cu unul din cele două antigene, Ducreină sau antigenul figurat, și au constatat că 15 au prezentat, după 4—16 zile fenomene de sensibilizare specifică, traduse printr-o intradermo-reacție pozitivă și prin reacții serologice de asemeni pozitive.

Alergia cutanată dispăre în general după 8—10 zile dela încetarea injecțiilor, menținându-se mai mult timp cele serologice.

PROF. NICOLAU ȘI ARICESCU: *Quelques données statistiques sur la fréquence du chancre mou à Bucarest, entre les années 1911 și 1927.* (*Ibid.* p. 709). — Numărul cazurilor de șancru moale observate în timpul acesta la spitalul Colentina și clinica dermato-sifiligrafică a fost de 8,312 dintre cari 2,371 bărbați și 5,941 femei.

Dela 1911 la 1914 numărul anual mediu a fost de 400—500, se ridică brusc la 737 în 1915 și se menține la acest nivel doi ani, apoi se ridică la 921 în 1919 pentru a atinge după doi ani cifra de 304 și se menține între 350—450 până în 1925; apoi din nou se urcă brusc atingând cifra de 633 în 1926 și 716 în 1927.

Dr. M. Săceanu.

ETABLISSEMENT CHATELAIN - PARIS

Thymocalcine (Recalcifiant)
Ultragadol (Tonic)
Bilexabol (Boli de ficat)
Depurativ Chatelain
Vin Chatelain
Digeronal (Digestii grele)
Fandorine (Hemoragii uterine)
Globeol (Anemii-slăbiciuni)
Gyraldose (Toaleta intimă)
Miloval (Tonic reconstituant)

Masglandol (Opoterapie pluriglandulară)
Femnoglandol (Opoterapie pluriglandulară)
Puberglandol (Opoterapie pluriglandulară)
Ricomalt (Laxativ)
Sinuberase (Auto-Intoxicație)
Jubol (Constipații)

LABORATOIRES AMIDO - LILLE

Geneserine (Afecțiuni stomacale)
Genatropine (Dureri intestinale)
Genhyosciamine (Stări spasmodice)
Genoscopolamine (Paralizii agitante)

Genostricnyne (Afecțiunile sistemului nervos)
Backerine (Cancer)
Amidal (Laxativ)
Glycobil (Tonic)
Vitamil

Echantioane și literatură gratuită.
Exclusivitatea generală.

DROGUERIA STANDARD

Strada Zorilor No. 2
BUCUREȘTI I

III.

MIȘCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

BIBLIOGRAFIE

Kurzes Lehrbuch der Chemie in Natur und Wirtschaft de *Carl Oppenheimer und Johann Matula*. 2 Vol. 471 pagini prețul 42 M. — Primul volum tratează chimia generală și anorganică, al II-lea volum chimia organică.

Grundzüge der Röntgen diagnostik Innerer Erkrankungen von *Dr. Felix Pektason*. 1 Vol. cu 222 figuri. J. F. Bergmann München 1927, M. 22. — Un volum în care cel ce nu e specialist în Röntgenologie va găsi noțiunile necesare spre a înțelege importanța acestei ramure a medicinei.

În partea întâia sunt noțiunile tehnice ale Röntgenologiei, iar în partea a II-a autorul insistă asupra röntgendiagnosticului în medicină.

Die nicht venerischen genitalerkrankungen de *Fritz Callomon*. (2 ediții — preț 18 M. 1928).

Radiologie du Coeur et des Vaisseaux de la base par *H. Vaquez et E. Bordet*. 1 Vol. cu 499 pagini și 457 figuri. Librairie J. B. Baillière & Fils 19 Rue Haute-feuille, Paris 1928, prețul 60 frs. — Autorii acestui tratat specialiști recunoscuți în materie au reunit lucrările lor anterioare asupra „cordului și aortei“ röntgenologia vaselor bazei cordului și a „Dilatației cordului“ într'un singur volum. Tot ce clinicianii și röntgologii au lucrat în afecțiunile cardiace sunt puse clar la punct. Nu numai din punct de vedere clinic dar și în cercetări științifice tratatul lui Vaquez și Bordet e folositor.

Grundzüge der Hygiene de *Max Eugling*. 1. Vol. cu 462 pagini, Urban și Schwazenberg, Berlin u. Wien 1929, Mărci 14. — Un volum în care studentul găsește toate noțiunile privitoare la igiena sănătății și la exercițiile fizice.

Taschenbuch der mikroskopischen technik de *B. Romeis*. 1 Vol. cu 732 pagini R. Oldenberg, München 1928, Mărci 25. — Autorul arată în partea I a tratatului peste 2009 de metode de examene deși unele sunt vechi trebuiesc totuși aplicate deși nu au o bază exactă fizică-chimică. Apoi sunt tabele cu figuri bune care folosesc în orice laborator de histologie.

Seuchen im Seeverkehr de *Hans Gleitsmann*. 1 Vol. edit Lehmann, München 1928, prețul 25 M. — Un volum cu date importante epidemiologice, care răspunde la întrebarea: „Ce putem învăța din punct de vedere epidemiologic privitor la evoluția epidemiilor pe vapor“?

Die Bedeutung des Reticuloendothelialsystems für das Streptokokkensepsisproblem von *Louros und Scheyer*. Georg Thieme Leipzig, M. 25. — Autorii arată legătura strânsă între infecțiuni și țesutul reticulo-endotelial, studiază apoi

modificările morfologice și biologice ale țesutului reticulo-endotelial în septicemii streptococice la șoarece. Susțin că au găsit modificări histologice ale ac. țesut și al sângelui. În partea a II a tratatului arată influența tratamentului în infecții streptococice. O serie de medicamente ca albastru tripan, hidrați de cărbune, vitamine, metale și săruri ale metalelor, raze ultra-violete sunt întrebuințate de autori în septicemii ale șoarecilor fără ca s'ajungă la un tratament eficace ale infecției streptococice. Cercetările continuă.

Lehrbuch der Kinderkrankheiten von H. Lehdorf. Julius Springer 1928, M. 14, Berlin. — Un volum ce orientează pe medic repede în boalele de copii. Simptomatologia boalelor copiilor este clară și bine redată. Studentul și medicul găsește în acest volum noțiuni complete.

Über funktionelle disposition zu Vergiftungen von Hermann. Frankf. z. Path. 481, M. 18. — Afecțiunile care sunt datorite hipersensibilității organismului la diferite medicamente (salvarsan, Bi, chinin, salicilat) sunt însoțite de o modificare microscopică a capilarelor.

Toxidermiile sunt leziuni primare vasculare.

Monocitoza apare în sânge când a trecut toxidermia și dispare în cazurile grave.

Lehrbuch der Blutkrankheiten für Aerzte und Studierende de Hans Hirschfeld. 1 Vol. 263 pagini, Bartz-Leipzig, 22 M. — O expunere scurtă și suficientă de hematologie.

În acest tratat găsim toate noțiunile mai noi asupra elementelor morfologice, hematopoezei și modificărilor patologice a elementelor sanguine.

Chirurgischen Krankheiten im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der einschlägigen pädiatrischen Fragen de E. Gohrrbandt, Paul Karger, Ernst Bergmann. Verlag S. Karger, Berlin 1928, M. 25. — Acest volum ne dă o privire generală asupra boalelor chirurgicale la copii. Chirurgul ce nu e specialist în bolile de copii găsește în acest volum caracteristica leziunilor chirurgicale la copii și de aci concluziile practice.

Anleitung zur diagnose und therapie der Kehlkopf, Nasen und Ohrenkrankheiten de Richard Kayser und Walter Klestadt. Verlag Karger, Berlin 1928, M. 10. — Un rezumat al boalelor de urechi, nas și gât pentru studenți.

Lehrbuch der Toxicologie für Studium u. Praxis de Cloetta, Faust, Flurg, Hübener, Zangger. 1 Vol. Flurg și Zanger, Berlin 1928, M. 29. — În acest volum autorii insistă asupra recunoașterii, intoxicației, tratamentului și evitarea intoxicărilor.

E o continuare a tratatului despre intoxicații de Bergmann și Stähelin.

Les artères de la région cœco-ileo-apendiculaire de A. Hovelacque et A. Sourdin. Un volum de 65 pagini (A. Legrand) Paris 1928. — O carte foarte interesantă pentru patologia cœco-apendiculară, arătând cauzele hemoragiilor care se pot face la nivelul bontului apendicular după ligatura arterei apendiculare și în care se găsește cauza perforației cœcumului în cursul apendicitei gangrenoase.

Les rayons ultra-violets de E. et H. Biancani. 1 Vol. de 218 pagini cu figuri (Gauthier Villars et Cie. Editeurs Paris), Prix 20 francs, 1928. — În prima parte autorii expun principiile fizice, chimice și biologice ale razelor ultra-violete, apoi proprietățile razelor ultra-violete. A doua parte este consacrată terapeuticeii și indicațiilor razelor ultra-violete.

Capitolele consacrate boalelor sugarului și copiilor: rachitism, spasmofilie, tetanie, tulburările creșterii în general, tuberculoza ganglionară și osoasă sunt bine tratate. Este un tratat foarte bun, folositor studenților și medicilor practicieni.

La therapeutique par les glandes de L. Moinson. Librairie de François 1928) 1 vol. 190 pag., Paris, 8 frs. — Această carte este mai mult un rezumat al opoterapiei glandulare, foarte clar și complet pentru cei ce'i interesează opoterapia.

Nouveau precis de bacteriologie de G. Delater et Grandglaude. 1 Vol. (Gauthier-Villars edit.) Paris 1928. — În prima parte autorii în 10 lecții dau o privire generală asupra bacteriologiei, fiziologiei microbiene, conflictului microb-organism viu. Figuri lămuresc morfologia microbienă. A II-a parte a volumului cuprinde lecții practice privitoare la colorația, însemnătarea și examenul preparațiilor. Într'o serie de tablouri și figuri găsim caracterele morfologice, tinctoriale a unni număr mare de microbi. În acest volum se găsesc principalele noțiuni de bacteriologie.

Leçons sur l'activité du cortex cerebral de I. P. Pavloff traduit par M-mele Dr. Trifonoff. Preface du professeur Gley, 1 volum de 418 pagini (Amedie Legrand éditeur) Prix 60 frs. — Marele fiziolog rus rezumă în acest tratat rezultatul a 25 ani de cercetări asupra activității cerebrale. Studiul reflexelor condiționali lămurește funcțiunea scoarței cerebrale. Activitatea omului depinde de celulele hemisferului, reacțiile nervoase sunt congenitale și se manifestă sub formă de reflexe. Asociația reflexelor este la baza activității nervoase. Studiul obiectiv al autorului se bazează pe cercetările făcute asupra reflexului alimentar și de apărare. În acest volum găsim protocolul experiențelor făcute de autor pe câine. Pavloff ne arată legile funcționării scoarței cerebrale.

Le diagnostic des affections de la colonne vertebrale chez l'adulte de Oudard, Hesnard et Courcaud. 1 Vol. de 250 pages et 37 figures (Masson et C-ie editeurs Paris 1928), Prix 39 fr. — Această carte este o contribuție interesantă la studiul afecțiunilor coloanei vertebrale. După un studiu al semiologiei rachisului și tulburărilor medulare autorii studiază amănunțit: lumbago traumatic, morbul Pott la copii și adult, osteo-mielitele vertebrale, spondilitele, cancerul vertebral și malformațiile congenitale ale coloanei vertebrale.

Traitement biologique des infections de A. Jentzer. 1 Vol. de 424 pagini cu 169 figuri (Masson editeur Paris 1928) Prix 80 fr. — Volumul conține rezultatele unor cercetări lungi și a unei experiențe personale îndelungate. Autorul a studiat împreună cu Max Egger și singur acțiunea fiziologică și terapeutică a esențelor, rezinelor și a lipoizilor. În partea I autorul face un istoric, clasificarea și farmacologia uleiurilor esențiale și a rezinelor. În partea a doua și a treia studiază tratamentul infecțiilor acute chirurgicale (streptococ, stafilococ, colibacil) pentru care el recomandă un amestec dozat de esență aromatică (frunze de brad, camfor, scorțișoară) cu balsam de Perou, o rezină și timol. Aceasta e denumită „themsalină“ și e întrebuințată în injecții intravenoase în doze de 2—6 zecimi de centimetru cub. Autorul arată rezultatele binefăcătoare acestei substanțe asupra evoluției focale, stărei generale a infecțiilor acute. În infecțiile cronice este necesar de a asocia themsalina cu esențe deterpenate și lipoizi „lipodeterpenol“ pe care autorul le administrează pe cale sub-cutanată și fricțiuni.

O serie de fapte clinice confirmă indicațiile practice acestei medicațiuni.

Questions cliniques d'actualité, leçons professées à la Charité service du professeur Sergent. 1 Vol. de 254 pages (Masson et C^{ie} éditeurs) Paris 1929, Prix 34 francs. — Intr'o serie de conferințe prof. Sergent reunește o serie de observații și fapte clinice a diferiților profesori francezi și străini. Astfel diagnosticul paraliziei infantile (Babboneix) bronchita cronică sifilitică (Benda). Relația între splină și respirație, splina colaborative a plămânului (Leon Binet.) A propos de diagnosticul miocardiei (Francis Bordet). Diabetul renal (Mariano Castex). Complicațiile pleurale ale pneumopatiilor acute simple datorite pneumococului (A. Courcoux). Partea chirurgiei în sindromul basedowian (Pierre Descomps). Virusul filtrant tuberculos (Henri Durand). Septicemiile datorite stafilococului (A. Lemierre). Tusa cardiacă și forma coclșoidă a insuficienței cardiace (E. Lian). Ascitele cirotice curabile (René Mignot). Linita gastrică (Pierre Oury). Accidente extra pleurale de origină pleurală survenite brusc în cursul pneumotoracelui terapeutic (Pierre Pruvost). Formele infecțiilor broncho-pulmonare ale noului născut și ale sugarului (L. Ribadeau-Dumas). Tratamentul diabetului zaharat (P. Rousseau). Independența cinematică a lobilor pulmonari (E. Sergent). Problema pluralității virusului sifilitic (Clement Simon). Sarcomul cu celule fuziforme a găinilor (A. R. Turpin). Subiectele diferite și numele conferențiarilor garantează succesul acestui volum.

Une grande page de l'histoire de la Médecine: la découverte de la transmission du paludisme par les moustiques de Ronald Ross cu o prefață și tradusă de Ch. Broquet. 1 volum, 1929, Paris (Maloine). — Un volum foarte interesant, e o traducere a memoriului lui Ronald Ross când a primit în 1902 premiul Nobel. Viața savantului englez și perseverența cercetărilor sale științifice în malarie interesează pe cercetătorii pasionați ai științei.

R. H.

IV.

DIVERSE — INFORMAȚIUNI

**Congresul științific al Asoc. G-le
a Medicilor Galați 19-21 Mai 1929**

Se face cunoscut că s'a hotărât ca Congresul Științific al Asociației să aibă loc în zilele de 19, 20, 21 Mai crt., în orașul Galați, cu următorul *program de medicină socială*:

1. **Prof. Dr. Clucă**: Combaterea malariei, după cercetările Comitetului Ligei Națiunilor.
2. **Prof. Dr. Zotta**: Paludismul în regiunea Dunării.
3. **Inspector Dr. Viorel Popescu**: Paludismul în regiunea Dunării.
4. **Prof. Dr. Nicolau**: Problema educației sexuale din școli, în legătură cu profilaxia boalelor venerice.
5. **Conferențiar Dr. Aurel Babeș**: Stadiul actual al etiologiei și anatomiei patologice a cancerului.
6. **Dr. P. Niculescu**: Organizarea centrelor anticanceroase.
7. **Prof. Dr. T. Gane**: Priviri asupra unor chestiuni de medicină socială.

Filiala Galați de sub conducerea domnului Inspector General Sanitar Dr. Viorel Popescu, a hotărât ca în afară de acest program și de toate înlesnirile de înquartuire și masă să organizeze două frumoase excursiuni:

Prima la Brăila și Lacul Sărat;

A doua pe Dunăre la Sulina și probabil până la Insula Șerpilor.

Comunele Galați și Brăila vor oferi Domnilor congresiști câte un banchet.

Se va organiza o frumoasă expoziție de medicamente și instrumente medicale.

Se va interveni la C. F. R. pentru a se acorda o reducere de 50% participanților la Congres și familiilor lor.

În consecință, este de dorit să se facă o propagandă cât mai întinsă ca să participe un număr cât mai mare de medici la acest congres.

Medicilor funcționari li se va acorda un concediu pentru acest scop.

Înscrierile se primesc la sediul central până în ziua de 30 Aprilie crt., când se vor expedia fiecărui membru înscris cartea de congresist, programul detaliat și biletele de reducere pe C. F. R.

Având în vedere ordinea de zi a Congresului care este foarte interesantă și excursiunile colegiale ce vor urma acestui congres, adeziunea celor cari vor să participe, trebuie trimisă în cel mai scurt timp posibil, pentru a se putea lua din vreme, toate măsurile necesare de înquartiruire etc.

Journées médicales de Paris

9—14 Iunie 1929.

Viitoarele *Journées médicales de Paris* vor avea loc de la 9 la 14 Iunie 1929; ele vor fi organizate cu concursul Revistei Medicale Franceze și a colaboratorilor săi și vor fi accesibile tuturor medicilor francezi și străini precum și studenților în medicină.

Biroul Comitetului este constituit în modul următor:

Președinte: D-l Profesor *Delbet*,

Vice-Președinți: D-nii Profesori *Sergent* și *Desgrez*,

Comisar General: D-l Profesor *Balthazard*,

Secretar General: D-l Doctor *Léon Tixier*,

Secretar General ajutor: D-l *Deval*, Șef de laborator] la Facultatea de Medicină,

Casier: D-l Doctor *Léon Giroux*, fost șef de clinică la Facultatea de Medicină.

Reuniunile vor loc în Palatul Expozițiilor orașului Paris (Poarta Vaugirare) unde va fi aranjată o expozițiune sub patronajul Comitetului Francez al Expozițiilor și sub direcțiunea D-lui Jean Faure, președinte al Sindicatului fabricanților de produse farmaceutice. După amiază, diferite conferințe vor fi ținute în noua sală a Palatului Expozițiilor pe către D-nii Profesori *Delbet* și *Sergent* de către D-l Doctor *Lesné*, medic al Spitalelor, etc.

Dimineața, un program bine stabilit, vă permite aderenților de a urmări demonstrațiile practice cu concursul tuturor șefilor de serviciu în clinicele Facultăței precum și în spitalele publice și particulare, Asistența publică, Institutul Pasteur, Institutul de radium, etc.

Comitetul serbărilor, prezidat de D-l Doctor *Henri de Rothschild* a prevăzut un program cu deosebire strălucit:

Duminecă 9 Iunie: Mare recepție la Palatul Expozițiilor, orchestră, teatru și bufet.

Marți 11 Iunie: Serată la Operă.

Joi 13 Iunie: Excursiuni în auto-care la Valée de Chevreuse, dejunul la Rambouillet, vizitarea castelului din Rambouillet, din Dampierre, a Monastirei din Port-Royal des Champs, gustarea la Monastirea de Veaux-de-cernay.

Vineri 14 Iunie: Aderenții vor fi primiți în diverse stațiuni climatice, termale sau marine în condițiuni deosebit de plăcute și avantajoase.

Un comitet de doamne va dirija în fiecare zi plimbări la marii croitori în muzee, concerte, ceaiuri, etc.

Se poate de pe acum prezice că, succesul reuniunilor Medicale din 1929 va depăși pe acela al celor precedente. Comitetul profitând de experiențele anterioare pentru a aduce toate îmbunătățirile dorite.

Cotizația : 50 Franci pentru aderenții la reuniuni ; 20 Franci pentru doamne și pentru studenți în medicină. Plata prin cec.

Pentru orice informațiuni a se adresa D-lui Leon Tixier 18 Rue de Verneuil Paris (7-e).

Stagiunea balneară la Herculane și Ocna-Sibiului

Pentru acordarea camerilor și băilor la stațiunile balneare Herculane și Ocna Sibiului pentru anul 1929 sunt următoarele condiții :

Art. 1.—Sezonul principal pentru băile Herculane este dela 1 Iunie 30 August, iar pentru Ocna Sibiului dela 1 Iulie 30 August.

Sezonul secundar este pentru băile Herculane în cursul lunilor Mai și Septembrie ; iar la Ocna Sibiului dela 15 Mai 30 Iunie și dela 1—30 Septembrie.

Sezonul de toamnă și iarnă, dela 1 Octombrie la 30 Aprilie numai la Băile Herculane.

Art. 2.—Prețurile camerilor și băilor sunt cele fixate prin tarifele aprobate de minister și publicate.

Art. 3.—În cursul sezonului principal, camerele nu se dau decât lunar, dela 1—30. Pentru Băile Herculane luna Septembrie, intră în același regulă.

Art. 4.—Distribuția camerilor se face de biroul de informații din direcția Băilor Herculane și Ocna Sibiului unde se vor adresa cererile la timp. Cererile vor fi timbrate.

După primirea cererilor se va răspunde de direcția băilor aprobarea provizorie a camerilor comunicându-se suma ce are de plătit cu înștiințarea că aceea sumă trebuie să fie trimisă în 10 zile în numerar sau în o recipisă a administrației financiare cu specificarea că s'a făcut venit la art. 191 pentru Herculane și la art. 192 pentru Ocna Sibiului. Nărăspunzându-se în acest termen camera se va atribui altui solicitator.

După primirea recipisei sau a banilor distribuția camerei rămâne definitivă comunicându-se aceasta și solicitatorului.

Art. 5.—Administrațiile Statului din Băile Herculane și Ocna Sibiului sunt autorizate a face singure medicilor o reducere de 40 la sută la o cameră din orice hotel și băile gratuite de care va avea nevoie medicul, soția și copiii minori. Reducerea nu se va face în sezonul secundar și de toamnă.

Art. 6.—Având în vedere că refacerea băilor, asigurarea funcționării isvoarelor minerale și reparația clădirilor reclamă cheltueli enorme ; că neexecutarea lor înseamnă degradarea stațiunilor, s'au luat măsuri a nu se face reduceri și gratuități în cursul sezonului principal.

Art. 7.—Pentru ajutorarea celor cu mijloace restrânse s'a înființat la Băile Herculane un sezon de toamnă și de iarnă, în timpul căruia prețul camerilor este redus numai la costul întreținerii lor (prețuri între 20 și 30 lei), toate taxele sunt suprimate, băile se acordă cu preț redus sau gratuit, costul alimentației iarăși este mult redus (90—100 lei).

Acest sezon care ține 7 luni (1 Oct. 30 Aprilie), se recomandă celor

cu mijloace mici și în special funcționarilor cari au nevoie de un tratament balnear.

Art. 8.—Pentru cei complet lipsiți de mijloace există, la Băile Herculane, azilul Carmen Silva, și un mic azil la Ocna Sibiului.

Art. 9.—În luna Iulie se acordă o reducere de 50 la sută la cameră pentru toți funcționarii ce vor prezenta, la direcția băilor, carnetul de funcționar vizat la zi.

Art. 10.—Se acordă câte 21 băi gratuite în sezonul secundar 50 la sută reducere la băi în orice timp, ori cărui funcționar ce va prezenta, la direcția băilor, carnetul de funcționar vizat la zi.

Art. 11.—La masajele, băi artificiale de acid carbonic și tratamente speciale balneare nu se fac deloc reduceri.

Soc. de radiologie și electrologie medicală din România

și-a ales următorul comitet: consiliul de direcție: dr. C. N. Giurea, conf. dr. G. Severeanu și prof. dr. D. Negru; comitet: președinte docent dr. A. Georgescu, vice-președinte, docent dr. E. Lazeanu, conf. dr. E. Radu; secretar general, dr. N. Bușilă; casier, dr. J. Jovin; secretar de ședință dr. V. Ionescu; dr. O. Meller; bibliotecar dr. Eugeniu Floru.

Aniversarea de 21 de ani a Sanatoriului Prof. Gerota

În ziua de 14 Martie cor. a avut loc la Sanatoriul Dr. Gerota din Capitală o solemnitate emoționantă, în care s'a sărbătorit 21 ani dela înființarea acestui Sanatoriu și adevărată instituțiune de bine public.

S'a oferit ilustrului Profesor o plachetă comemorativă și s'a rostit de d-l Doctor Dem. Berceanu, șef de lucrări la catedra D-sale dela fac. de medicină și asistent al Sanatoriului, următoarea cuvântare:

Iubite D-le Profesor,

Vă rugăm din toată inima să ne ertați indiscrețiunea, ce facem azi pentru că ea este pornită din inimă și din nețărmuita admirațiune ce vă purtăm.

Azi se împlinesc 21 de ani de la înființarea Sanatoriului de chirurgie și bolnavii, cari au trecut pe aci, au ajuns numărul de 10.000.

Este pentru Dv. o dublă sărbătoare.

Pentru noi, Sanatoriul dv. este o pildă și un imbold și de aceea casa aceasta este o școală de caractere.

Cine a trecut pe aci dacă și-a dat osteneala să reflecteze și să se uite în jurul lui, a putut culege principii fundamentale pentru o viațuire demnă și morală.

Pentru ca cei 10.000 de bolnavi să vă poată păstra sentimentele pro-

funde de recunoștință în sufletele lor, în gradul în care vi le-au păstrat și pe cari acum câtăva vreme, — fapt unic în lume — le-au manifestat atât de măreț, locașul acesta a trebuit să fie ceva excepțional.

Câtă voință, cât curaj și câtă perseverență v'a trebuit ca să-l faceți astfel. Câte zile de muncă fără preget, câte nopți nedormite. Toate pornite din sufletul unui îndrăgostit de muncă și munca este expresia celor mai înalte virtuți omenești, de aceea spuneam că Sanatoriul acesta este o școală de caractere. Sunteți și cel dintâi la toate, căci socotiți exemplul un mijloc de educație superior staturilor. Nici un minut mai târziu peste ora reglementară la catedră. Când după ce am stat împreună patru ore la operații cu masca pe figură, în aerul otrăvit de ether, noi suntem ruși de oboseală, dv. fără să vă scoateți mânușile dați ordinele precise, cari rânduiesc bolnavi, ce aveți de pansat în camerele respective și lucrul continuă cu aceeași intensitate.

Nici odată o slăbiciune indulgentă pentru o greșeală — și călcându-vă pe inimă, pe care o știm bună — pentru că așa o dorește principiul dv., de viețuire, ceea ce trebuia să fie o indulgență, se transformă într'o severitate câteodată excesivă dar cu atât mai utilă.

Noi vedem azi rezultatul acestei vieți, care n'a știut altceva decât grija și respectul de cel suferind. Ea este un fenomen de energie constantă și condusă către o concepție înaltă de viață.

Care dintre noi poate visa ceva mai bine decât să obțină ca și dv. prin el însuși acei 3 factori ai fericirii: o conștiință morală perfectă, o independență absolută și o generozitate împinsă la cel mai înalt grad.

De aceea expresiunea sentimentelor noastre de iubire pentru dvs. sunt pornite din inimă, și supunerea noastră nu stă numai în actele noastre, ci are la baza ei profundul respect ce vi-l păstrăm pentru ceea ce a-ți făcut pentru ceea ce sunteți.

Viața dvs. ne este o pildă către tot ce este nobil, către tot ce este frumos și aceste cuvinte, pentru că sunt simțite, le-am întipărit să rămână pe această placă de bronz, pe care vă rugăm să o primiți ca un jurământ de adevăr.

Regretăm a nu fi știut la timp de această festivitate, la care ne asociem din tot sufletul.

D-1 Prof. Dr. Gerota nu numai că este un savant anatomist cu reputație mondială, consacrat de tratatele clasice, un chirurg, pe a cărui știință n'o egalează decât conștiința D-sale fără seamăn și prin care și-a pus viața la dispoziția suferinzilor, D-sa mai face parte din Comitetul de Patronaj al Revistei noastre și ne-a încurajat cu mult avânt în opera, ce am întreprins, promițându-ne concursul D-sale prețios, D-sa mai este și un fiu al Craiovei și în această calitate împărtășim integral sentimentele celor din apropierea D-sale și cari l'au sărbătorit.

Diracția

„SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC LA VÂLCEA“

PERSONALITATEA DOCTORULUI SCHLACTER

ca

Medic funcționar și Medic practician

Primul medic, care a deschis spitalul din orașul R. Vâlcea – spital județean construit sub domnia lui Vodă Știrbei în anul 1854 – 1855 – a fost doctorul Schlacter; care după cum se pare nu a fost doctor în medicină ci mai mult un practician inițiat în arta moșitului, un așa numit patron în chirurgie, titlu ce se elibera pe atunci în Austria și de cari patroni a fost inundată țara românească pe la jumătatea secolului trecut.

Doctorul Schlacter a funcționat vre'o 18 ani până în anul 1873 cu oarecari mici întreruperi, fiindcă județul nu putea echilibra bugetul ori din motive politice reducea numărul paturilor în așa proporție, încât medicii erau siliți să-și dea demisia.

Personalitatea d-rului Schlacter – ca om și ca medic de spital, se poate vedea din următoarele :

Intre 1870–1874 Prefect al Jud. Vâlcea era C. Budișteanu boer vechiu rudă cu Lahovareștii; om cinstit, admirabil administrator, integru și foarte energic. Acest prefect supraveghia de aproape toate serviciile județului, deci și spitalul.

Intr'o dimineață trece pe la spital unde servitorii dormiau, subchirurgul era la piață pentru târgueli iar medicul nu venise încă. Rufele spitalului întinse pe frânghii le trăgeau porcii să le rupă. Budișteanu, care 'și bătea și subprefecții, începe să țipe, să ia la palme pe servitorul care'i iese în cale și pleacă supărat foc la Prefectură de unde trimite pe un călăraș după d-rul Schlacter care tocmai își lua cafeaua cu lapte.

Ordinul dat călărașului era să-l aducă imediat; d-rul Schlacter care era flegmatic spune calm călărașului să se ducă să comunice d-lui Prefect că imediat ce-și va lua cafeaua, trece pe la Prefectură.

Când îi comunică spusele medicului, Prefectul se înfurie și mai rău, bate pe călăraș și-i dă ordin să-l aducă pe Doctor imediat, cu el dindărăt.

Tocmai când soldatul alerga după Doctor, se întâlnește cu dânsul, îi

istorisește cele petrecute și Schlacter îl mângâie de bătae, își ia o atitudine mai flegmatică ca de obicei, nefiindu-i frică de Prefect, care era un om mărunț, pe când el era de două ori mai mare—și intră în cabinetul Prefectului. Cum îl vede Budișteanu îi spune răstit : d-le Doctor, porcii trag și rup rufele spitalului pe cari nimeni nu le păzește. Schlacter care avea obiceiul să rădă de câte ori îl apostrofa cineva, îi răspunde foarte liniștit : „ha, ha, ha, aștasta este o mare munțună (nu putea spune bine minciună)“.

Prefectul furios îi spune că a văzut cu ochii lui cum le trăgeau de pe frânghii și le rupeau, iar Schlacter și mai flegmatic : „ha, ha, ha, aștasta este și mai mare munțună“.

Budișteanu începe să țipe, să apostrofaze violent pe Doctor, care stă liniștit rezemat pe un baston gros, de care nu se despărțea nici odată.

După ce se mai liniștește Budișteanu, Schlacter îi spune : Mă ertați D-le Prefect, nu am vroit să vă supăr, dar trebuie să știți că rufele spitalului nu puteau fi trase și rupte întru cât spitalul nu are nici un porc. Știu răs-punse Prefectul, dar erau porcii străini, cari au intrat în curtea spitalului...

D-le Prefect, zice Schlacter, eu sunt Doctor, nu-s porcarul orașului ; mi s'a urât, decând cer să-mi împrejmuți curtea spitalului și în zadar am cerut, acum suportați consecințele.

Budișteanu, om drept și inteligent, a priceput, n'a mai zis nimic, s'a despărțit în buni termeni de Doctor și în scurt timp curtea spitalului a fost frumos împrejmuită.

Ca medic practician, Doctorul Schlacter făcea medicina așa cum o descria Molière : luare de sânge chiar la hemoragii, purgare, clistire. Medicamentul lui favorit era însă emeticul, căruia îi zicea «emeticon». În anul 1887 pe când acest medic era pensionar și practica în R. Vâlcea, a fost chemat în consult la o bolnavă de febră tifoidă cu hemoragii intestinale, pe care o îngrijea D-l Doctor Sabin. Familia bolnavei a fost prevenită că Schlacter îi va recomanda emeticul său favorit și într'adevăr că după ce a examinat-o sumar și a văzut sângele în oală, a spus că el a văzut minuni în viața lui și i-a prescris »emeticonul«. Cum cazul era disperat, familia a acceptat să i se dea și acest emetic, iar bolnava la primul efort de vărsătură a rămas moartă. Casele D-rului Schlacter erau în str. Traian, unde sunt astăzi casele Măciuceanu, fost senator.

Dr. Alex. Hozoc, R.-Vâlcea