

MIȘCAREA MEDICALĂREVISTĂ MEDICO-CHIRURGICALĂ
INDEX ANALITIC MEDICAL ROMÂNESC**SUMARUL**

I.

	<u>Pag.</u>
<i>Cronica</i> de <i>Doc. D-r M. Cănciulescu</i> .	381
Asistența medicală în București. Asistența incurabililor de <i>Doc. D-r State Drăgănescu</i>	387
Considerațiuni asupra unui caz de pneumotorax terapeutic simultan bilateral de <i>Doc. D-r M. Popper și D-r O. Meller</i> .	395
Sindrom Cruveilhier-Baumgartner de <i>Doc. D-r Iagnov și D-ra R. Schächter</i>	403
Considerațiuni asupra tratamentului iutavenos al blenoragiei prin gonacrina de <i>D-r I. Kritzman</i>	408
Acțiunea apelor minerale asupra microorganismelor. Rolul lor în imunitate de <i>Doc. D-r Gh. Tudoranu</i>	412
<i>Comptes rendus des articles originaux Grundriss der Originalarbeiten</i>	385

II.

**MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNESCĂ
ÎN ȚARĂ****A. — PUBLICAȚIUNI MEDICALE**

Archivesr. de path. exp. et microb. No. 4 Decembre 1928	419
Arhivele Colentinei Tomul I 1928	422
București Medical No. 1-4 1929	423
Clinica No. 2 1929	425
Clujul Medical No. 2, 3, 5/1929	427
Revista Medico-Chirurgicală din Iași No. 1/1929	431
Spitalul No. 4 și 5/1929	433
Revista Științelor Medicale Aprilie și Mai 1929	434
România Medicală No. 9-11 1929	437

B. — SOCIETĂȚI ȘTIINȚIFICE

Reuniunea Anatomică din Cluj Șed. din 10 Noem., 7 Dec. 1928, și 11 Ian. 1929	440
Soc. Medicală a Spit. din București. Șed. din 6 și 20 Martie 1929	445
Soc. de Oto-Neuro-Oculistică Șed. din 20 Ian., 23 Feb., 29 Martie, 14 Aprilie 21 Iunie, 18 Noembrie 1927, 14 Martie, 15 Iunie, 1928, 27 Ianuarie 1929	446

	<u>Pag.</u>
Soc. r. de biologie Secția București cu Șed. din 31 Ian. 7 Febr., 21 Febr., 7—21 Martie 1929—Secția Iași cu Șed. din 28 Ian. și 28 Febr. 1929— Secția Cluj cu Șed. din 23 Martie 1929	456
Soc. de Medici și Naturaliști din Iași Șed. din 21 Ian. 1929	464
C. — TEZE	
Facultatea de medicină din Cluj dela Noem. 1928—Aprilie 1929	467
D. — CĂRȚI—MONOGRAFII	
Doctorul de casă sau Dicționarul Sănătății de <i>D-r V. Bianu</i> și <i>I. Glăvan</i> Cluj 1928 rec. de <i>D-r I. Vasilescu</i>	477
Formular de terapeutică ginecologică de <i>Dr. Al. Crădineanu</i> Buc. 1928 rec de <i>D-r R. Hirch</i>	478
Lecțiuni de Clinică și Patologie Medicală de <i>Conf. Dumitrescu-</i> <i>Mante</i> București 1929 rec. de <i>D-r I. Rosenstein</i>	478
Elemente de Hematologie Clinică de <i>D-r M. Popper</i> și <i>G. Răileanu</i> Buc. 1929 rec. de <i>D-r R. Hirsch</i>	479
Technica calorațiilor bacteriologice și histopatologice de <i>D-r</i> <i>M. Popescu-Buzdu</i> Buc. 1929 rec de <i>D-r R. Hirsch</i>	480
Creșterea în Greutate dupe cură în stațiunea Movila T. Ghiol de <i>D-r Horia Slobozeanu</i> Buc. 1929 rec de <i>D-r I. R.</i>	481
Noțiuni Generale de terapie dermatologică de <i>St. I. Teodorescu</i> București 1929 rec de <i>D-r I. Vasilescu</i>	481

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

BCU Cluj / Central University Library Cluj
IN STRĂINĂTATE

<i>Comunicări, articole, monografii</i> diverse făcute de <i>D-ri Serban</i> <i>Bratiano</i> și <i>Antoiné Lombart</i> , <i>Serban Bratiano</i> și <i>A. Lom-</i> <i>bart</i> , <i>G. Dornesco</i> , <i>Gavrilescu G. Dornesco</i> și <i>Bejard</i> , <i>N. Ga-</i> <i>vruleco</i> , <i>Ionescu-Mihăești</i> și <i>A. Tupa</i> , <i>C. Levaditi—Lepine</i> și <i>Howard</i> , <i>C. Levaditi</i> și <i>Lepine</i> , <i>C. Levaditi—Lepine</i> și <i>Schoen</i> , <i>C. Levaditi—Lepine</i> și <i>Schoen</i> , <i>C. Levaditi—</i> <i>Lepine</i> și <i>Schoen</i> , <i>C. Levaditi</i> și <i>Lepine</i> , <i>C. Levaditi</i> și <i>And-</i> <i>erson</i> , <i>H. Sloboziano</i> și <i>Herscovici</i> , <i>H. Sloboziano—A.</i> <i>Georgesco</i> și <i>Herscovici</i> , <i>H. Sloboziano</i> și <i>S. Nicolau</i> dela <i>Institutul Pasteur din Paris</i>	483—488
---	---------

SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC

<i>Pentru apărarea drepturilor lor</i>	489
<i>Medice, cura te ipsum</i>	491

C R O N I C A

Asistența medicală a Capitalei României-Mari este cu desăvârșire insuficientă: pentru o populație de un milion locuitori există azi 3500 locuri (la Paris, și în 1905, capacitatea totală de primire a instituțiilor de asistență publică era de circa 32.690, dintre cari jumătate pentru afecțiunile curabile și jumătate pentru bătrâni și incurabili), cu un procent deci aici de 0,35 față de 0,80, și și mai mare azi, acolo și pe atunci.

Dintre aceste locuri dela noi 0.28%, sunt rezervate pentru boalele curabile, iar restul de 0.07 la sută (cifra care respunde la cele 816 paturi coprinse: 366 în cele câteva azile pentru bătrâni, 320 repartizate în serviciile „deschise“ ale D-lui Prof. D-r Marinescu dela Colentina, D-r Noica dela Pantelimon și în serviciul de infirmități cerebrale dela Spitalul Central, 130 locuri la Vatra luminoasă și la Azilul surdomușilor) reprezintă procentul de asistență publică pentru bătrâni, incurabilii atinși de afecțiuni cronice, infirmii în general și toate infirmitățile nervoase în special (chiar pentru parkinsonienii postencefalitici, destul de numeroși, cari socotiți ca contagioși ar trebui izolați aparte și pentru epilepticii, și mai numeroși, cari tratați prin anume metode fizioterapice și educați special ar fi încă recurperabili pentru societate).

Față de cele 16.000 paturi dela Paris rezervate acestor nenorociți procentul românesc de 15 ori mai mic, arată că în ce privește pe incurabili, asistența oferită de edilitatea Capitalei noastre este quasi inexistentă și că „printr'o tradiție, ce n-a dispărut încă, acești nenorociți vor continua să vină și în plină earnă, să ceară la porțile Spitalelor Eforiei din București un adăpost — inexistent — infirmității și sărăciei lor“.

De ce nu există o asistență publică în București, și mai ales, ce trebuie făcut ca să aibă și Bucureștiul nostru o asistență medicală publică convenabilă, dacă nu efectivă, nu va întârzia

să o spună d-l Docent D-r St. Drăgănescu, autorul acestui articol, care prin serviciul de consultații pentru boale nervoase de la unul din Spitalele Eforiei este cel mai în măsură să cunoască realitatea și să propună remediile adecuate.

Și ancheta ar trebui extinsă și în restul țării, importanța acestui fel de asistență depășind cadrul restrâns al unui singur oraș, fie el chiar Capitala, și cu un moment mai de vreme, pentru-ca — până să se înființeze cât mai multe — să nu se desființeze și altele din instituțiile similare existente, adhoc create și subvenționate de testatori, precum s'a întâmplat cu ospiciul Madona-Dudu dela Craiova, care a fost desființat pentru ca în acea instituțiune dela marginea orașului, special clădită și amenajată cu menirea ei, să se adăpostească o școală profesională de fete.

D-l Docent D-r Tudoranu expune în numărul de față o latură a Modulii de acțiune a apelor minerale.

Dela concepția simplistă că apele minerale lucrează numai prin spălarea organismului, pe care l-ar debarasa de unele substanțe nocive acumulate prin arderi insuficiente sau din cauza unei insuficiențe de eliminare, concepție care conducea pe medic să prescrie și pe bolnav să bea cantități cât mai mari de ape — s'a trecut cu încetul la o înțelegere mai aprofundată a mecanismului lor de acțiune.

Apele minerale ar interveni mai timpuriu încă asupra proceselor de nutriție, pe cari le-ar favoriza și ar corecta metabolismul viciat al multora din substanțele, cari intră în alimentația obișnuită a omului.

Ele ar avea încă o influență de ordin biologic, neutralizând acțiunea unor toxine și împedcând dezvoltarea altor micro-organisme; sau intervenind favorabil în anumite stări de ordin anafilactic (precum urticaria, astmul).

Greu de explicat, dar faptele precis constatate fac ca „apele cu infinitul lor de multe zerouri, cari preced cifra substanțelor chimice disolvate“ să pătrundă tot mai adânc în terapeutică boalelor, iar „dovedirea rolului imens jucat de infinitul mic în biologie“ pe care bacteriologia l-a demonstrat mai direct, readuce la ordinea zilei metoda terapeutică a lui Hahnemann cu dozele ei infinitesimale, fără însă să aducă vre-o probă în sprijin doctrinei homeopatice, care îi stă la bază și dupe care similia

similibus curantur și de aci nevoia dozelor mici de medicament,— și nici să infirme pe cealaltă doctrină eteropatică, care dela Hippocrate a cerut ca contraria contrariis curentur—și de aci nevoia dozelor mari de medicament.

Dar cantitatea de ape, intrinsec de medicament, cași felul ei, trebuie prescrisă felurit dupe pacient, iar acțiunea lor supra-vegheată în tot timpul curei, durata acesteia nu vedem de ce a fost cuprinsă în cele 3 septenare clasice, iar tradiționala vizită medicală de început — printr'o înblănzire rațională de o parte sau majorare benevolă de altă parte — n'ar cuprinde în ea și obligația pentru medicul balneolog de a-și revedea bolnavul în timpul și mai ales la finele curei, pentru-ca printr'o prescripțiune finală adecuată răscolirea temporară pricinuită de ape și de băi să fie utilizată la maximum pentru mai marele folos ulterior al bolnavului.

Nu vedem de asemenea de ce cei cu posibilități n'ar repeta cura în cursul anului la sursă, dupe cum cei cari nu-și pot permite luxul unei noi deplasări nu ar reface-o la domiciliu, apele închise hermetic continuând a păstra parte din virtuțile lor terapeutice.

O cură unică pe an, cași o vizită medicală unică la începutul curei sunt moșteniri, cari trebuiesc să dispară, și aceasta printr'o necesitate de ordin medical iar nu lucrativ.

In Considerațiuni asupra tratamentului intravenos al blenoragiei prin gonacrină, D-l D-r Kritzman expune rezultatele, ce prin aplicarea acestui nou tratament a obținut în practica D-sale personală pe 93 bolnavi.

Concluziunile, la cari ajunge autorul, restrâng cadrul indicațiilor la: orchiepididimite, casurile de infecție supraacută cu amenințare de complicații, la femeile cu recrudescențe post menstrual, la uretritele în faza acută, la bolnavii, cari nu pot urma un tratament local regulat.

Cum vedem entuziasmul suscitât de metoda lui Jausion cade încet, iar infecția gonococică care se vindecă uneori printr'o simplă metodă de expectație iar de cele mai multe ori nu cedează nici în fața aprigei ofensive locale de odinioară a lui Janet, care intenționa să o facă să avorteze încă o fașe, își așteaptă încă terapia magna sterilisans dar nu de ordin chimic ci specific.

D-nii D-ri Docent M. Popper și O. Meller publică observația detaliată, urmărită suficient pentru a putea

trage concluziuni ferme, a unui Cas de pneumotorax terapeutic simultan bilateral, cu evoluție favorabilă, primul publicat la noi în țară.

Dela colabarea unilaterală, restricție absolută la începutul erei pneumotoraxului terapeutic, s'a trecut la colabarea bilaterală succesivă, apoi la cea bilaterală simultană parțială cu un pneumotorax de selecțiune sau de destindere de cealaltă parte și azi la colabarea bilaterală simultană totală cu însuflări alternative și astfel apariția de leziuni în plămânul opus în cursul colapso-terapiei unilaterale nu mai este privită azi cu groază ci este pasibilă și ea de aceeași metodă salutară.

D-l Docent D-r Jagnov și D-ra Schächter publică observația unui Syndrom Cruveilhier-Baumgartner de apariție tardivă, la 30 ani.

Este al treilea caz publicat la noi în țară (primele 2 fiind publicate unul de D-r Hanganut dela Cluj și celălalt de Docent D-r Popper; casul acestuia a fost diagnosticat în viață și prezentat de autor la Soc. Spit. din București în Ședința din 10 Dec. 1924 iar piesele anatomo-patologice, cari au confirmat diagnosticul, au fost expuse de D-nii D-ri Serban Brătianu, Vișineanu și Solomon în Ședința din 25 Iulie (1928) și al 12 sau 13-lea cas cunoscut în literatura medicală.

Afecțiunea constă într'o persistență a venei ombilicale care în loc să se oblitereze dela naștere, rămâne permeabilă pe toată întinderea ei sau numai în porțiunea învecinând vena portă; această caracteristică anatomică, care se traduce prin prezența în ligamentul falciform a unui larg conduct venos, care stabilește comunicația între circulația profundă portală și cea superficială cutanată abdominală, și printr'o rețea venoasă localizată în jurul regiunii xifoidiene, se manifestă clinicește printr'un syndrom de hipertensiune portală (ca în cirose) latent sau mult timp tolerat (căci el se însoțește de slabe fenomene de anemie secundară și insuficiență hepatică, cu reduse manifestări digestive căci hemoroizii și hemoragiile gastro-intestinale aproape lipsesc iar ascita apare târziu sau de loc) cu marcată splenomegalie.

D-r M. Cănciulescu.

COMPTES RENDUS DES ARTICLES ORIGINAUX:

DOCENT D-R ST. DRĂGĂNESCU montre que pour son million d'habitants *L'assistance médicale de Bucarest* n'offre que 3500 places (donc un procent de 0.35) et de celles-ci 2684 (0.28 p. 100) sont réservées pour les maladies curables, 816 (0.07 p. 100) pour les incurables en général.

Ces 816 lits (répartis 366 dans les quelques àzils pour les vieux, 320 dans les services ouverts des M-rs le Prof. Marinescu, D-r Noica et dans le Service pour les infirmités cérébrales de l'hôpital Central, 130 à Vatra Luminoasă et à l'azil des sourd-muets) sont donc destinés à recevoir tous les vieux sans appui, tous les incurables atteints d'affections croniques, tous les infirmes en général y compris les infirmes nerveux (parmi les quels les parkinsoniens post-encéphalitiques et les épileptiques) dela capitale de la Roumanie.

DOCENT D-R TUDORANU expose *L'action des eaux minérales sur les microorganismes et leur rôle dans l'immunité par l'action antitoxique et antianaphylactique*, qu'elles exercent.

D-R I. KRITZMAN dans les *Considérations sur le traitement intraveineux de la blenoragie par la gonacrine* faites sur 93 malades (hommes et femmes) de sa pratique particulière réserve ce nouveau traitement pour les orchio-épididimites, les formes suraigües avec menace de complications, pour les recrudescences post-menstruelles de la blenoragie féminine, pour les urétrites post gonorrhéiques et chez les malades qui ne peuvent suivre un traitement local régulier.

DOCENT D-R M. POPPER & D-R O. MELLER font des *Considerations sur un cas de pneumotorax thérapeutique simultan bilatéral* le premier publié chez nous.

DOCENT D-R IAGNOV & M-ZELLE R. SCHÄCHTER publient un cas, de diagnostic fait pendant la vie, de *Syndrom Cruveilhier-Baumgartner*, le quel représente parmi les 12 cas connus jusqu'à présent dans la littérature médicale le 3-me cas publié chez nous.

GRUNDRISS DER ORIGINALARBEITEN

DOZENT D-R ST. DRĂGĂNESCU zeigt das *die Arztliche Fürsorge aus Bucarest* nur 3500 Plätze verfügt (das Rommt für seine Wöhner ein prozent von 0,35) und von diese Plätze 2684 (0,28%) sind für heilbaren Krankheiten und 816 (0,07%) für unheilbaren Krankheiten reserviert. Diese 816 Bette (366 Bette finden sich in Pflegeanstälte für

Alte, 320 in der öffentlichen Abteilung von Herrn Profess. D-r. Marinescu, D-r Noica, und in der Abteilung von Geistesschwäche des Central Krankenhaus, 130 bei der Vatra Luminoasă und in der Taubstumme Anstalt), diese Plätze sind für alle schutzlose alte Leute, für alle angegriffenen unheilbaren cronischen Leiden bestimmt, für alle Invaliden und Nervenleiden,—(darunter befinden sich die Parkinsonische kranken, die Postencephalitischen und die Epileptischekranken) von der Hauptstadt Rumäniens.

DOZENT D-R. TUDORAN berichtet über die *Wirkung der Mineralwässer auf die Microorganismen und ihren Einfluss in der Immunität durch ihre antitoxische und antianafilactische Wirkung.*

D-R I KRITZMAN: *Beitrag zur Behandlung der Blennorrhoe mit der intravenösen Injectionen von Gonacrin, in 93 Fälle von seiner Privatpraxis* und empfiehlt diese Behandlung für Orchi-epididimitis, zur Behandlung der acute Gonorrhoe besonders der komplizierten Erkrankungen, der Weiblichen postmenstruelle Gonorrhoe, in alle post gonorrhoeische Urethritis und bei Kranke die nicht eine regelmäßige Kur machen können.

DOZENT D-R POPPER und D-R O. MELLER berichten über einen *Fall von therapeutischen Pneumotorax gleichzeitig an die beiden Seiten*

DOZENT D-R IAGNOW und FRLEIN R. SCHÄCHTER publizieren einen Fall mit den *Cruveilhier-Baumgartner Syndrom*, wo die Diagnose wurde in Leben gemacht. Der Fall von 12 bekannten Fälle bis jetzt, ist der 3 Fall bei uns publiziert. library Cluj

ASISTENȚA MEDICALĂ ÎN BUCUREȘTI

Asistența Incurabililor

de

Dr. STATE DRĂGĂNESCU

Docent universitar

De aproape un an și jumătate dau consultațiuni de boli nervoase la unul din spitalele Eforiei. Aproape zilnic vin cel puțin 8—10 bolnavi, din care minimul 2—3 au nevoie de o internare în spital, fie măcar pentru câteva zile și abia dacă trei—patru pot fi primiți pe săptămână! Cu acești nenorociți pe care-i refuzăm ne mulțumim să le scriem pe biletul lor că nu sunt locuri sau îi trimitem la alte servicii, unde li se spune acelaș lucru. Bineînțeles că o parte din aceștia, sunt refuzați de oarece nu au formele necesare și nici nu-și pot plăti spitalul. Dar nu vorbesc de aceștia; sunt excepția; ci vorbesc de acei cu acte în regulă trimiși de Primărie, Casa Meseriilor, I. O. V. Poștă, etc. sau chiar de acei cari vor a-și plăti ospitalizarea. Sunt refuzați **din lipsă de locuri în spitale...** și aceasta se întâmplă mai ales cu bolile nervoase fără turburări mintale, boli cari necesită în general un lung tratament de spital (când sunt curabile) sau o internare perpetuă, când e vorba, cum se întâmplă atât de des, de incurabili.

Nu știu dacă există țară în Europa, în care Capitala să aibă o insuficiență spitalicească mai mare decât Bucureștii.

Să aduc câteva cifre comparative.

În Paris, Parisul pe care noi căutăm a-l imita în toate, există o asistență medicală admirabilă. Dacă las deoparte azilurile publice de alienați, — cu un regim administrativ prefectorial — și spitalele, clinicele și dispensariile private și amintesc numai de instituțiile ce depind de Administrația generală a Asistenței publice găsim cifre impresionante.

Numărul spitalelor, ospiciilor (incurabili nealienați sau bătrâni) și fundațiilor ce depind de această administrație este de 43 (numai în Paris, afară de alte 8 care se găsesc în provincie și-s cunoscute în lumea întreaga, ca: Bercq sur Mer, Brévanne, etc.).

Capacitatea totală a instituțiilor din Paris, era în 1905, (Vezi „L'Aesculape, guide pratique”, etc. de E. de Lavarenne et E. Jayle, 1905 Masson éd.), de aproximativ 28.954 (douăzeci și opt de mii nouă sute cincizeci și patru) de paturi.

Dacă adăugăm la aceasta cifra de 3.736 de paturi ce depind de instituții ale Ministerului de Interne, Prefecturii, etc., ajungem la cifra de 32.690. Din acestea 16.404 sunt locuri rezervate bătrânilor și infirmilor, **numai din Paris** și un mic număr din departamentul Senei, iar restul de 16 mii 286 reprezintă locurile rezervate afecțiunilor curabile. În aceste cifre, nu se cuprind cum am spus mai sus, bolile mintale, care au încăpătoarele aziluri ale Senei. Dacă facem procentul de asistență medicală (ospitalizare) pentru numărul actual al locuitorilor din Paris (deși cifrele pentru paturi sunt cele din 1905 găsim cifra de 0,80 % (azi e peste 1 %), a ceea ce revine jumătate bătrânilor și infirmilor, jumătate pentru maladiile curabile! Aici nu intră nici prevențiile, nici sanatoriile pentru tuberculoză!

Care e **situația Bucureștilor**, din acest punct de vedere? Pentru o populație eu un milion — asistența medicală a Capitalei oferă cam 3500 de locuri, dintre care **2000** ale Eforiei (din acestea însă abia 1400 sunt în București!) Avem deci o proporție de **0,35 % (mai puțin decât jumătatea procentului pentru Paris!)** Din această cifră, 0,28% e capacitatea de ospitalizare pentru maladii curabile (medicale, chirurgicale, nervoase, etc.), iar restul de 0,07% e asistența noastră pentru bătrâni, incurabili, infirmi, și în special infirmități nervoase.

Comparați cu aceea ce se vede în Franța, unde există în fiecare oraș de provincie o excelentă organizare sanitară. Aceasta înseamnă că în special pentru acești nenorociți membri ai societății — incurabili — nu există nici o asistență, îi lăsăm în voia soartei.

Cum se explică acest fapt? Desigur, că în primul rând este creșterea prea mare a populației Bucureștilor, față de care nu s'a ridicat decât neînsemnat capacitatea spitalicească (dacă s'a ridicat!). Numai pentru alienați s'a făcut ceva, grație stăruinței larg-văzătoare a profesorului Obregia, dar și pentru alienați capacitatea Spitalului central e insuficientă, căci s'a înzecit numărul nevoilor de internare acolo!

De ce nu s'au înmulțit serviciile spitalicești în capitala României mari? Lucrul merită să fie discutat. Exproprierea Efo-

riei Spitalelor Civile, de sigur că e una din cauze. Dar oare Eforia chiar dacă n'ar fi fost expropriată, ar fi putut singură să-și **tripleze** capacitatea de ospitalizare? Cred foarte îndoelnic acest lucru. Problema e mai complexă. Nu trebuie lăsată grija asistenței noastre medicale numai acestei instituții, care nu va putea răspunde splendidului rost cu care au întemeiat-o fundatorii ei, decât transformată.

Ministerul instrucțiunei — în ce privește clinicile — **ministerul muncii** — în ce privește nevoile asiguraților — **ministerul sănătăței și primăria**, etc. — în ce privește incurabili, infirmii, etc. — să dea sprijinul lor larg, să ridice noi clădiri, să amenajeze modern pe cele existente, să dubleze și tripleze capacitatea spitalicească, spre a înlătura rușinosul spectacol de azi: ca bolnavii să nu poată fi primiți în spitale și tratați omește!

Acei care sufăr cel mai mult din cauza acestei situațiuni sunt **incurabili**, ale căror procent de ospitalizare la noi în București, e de 0,07%, adică de 15 ori mai mic decât la Paris. E nevoe să viu cu oarecare precizări în această privință, de oarece sper că voi atrage atenția asupra nenorocitei categorii a incurabililor lipsiți de mijloace.

Cine intră în această grupă? E vorba în primul rând de **bătrânii** incapabili de a mai lucra din cauza senilităței lor și mai ales de bătrânii atinși de boli nervoase nevindecabile (hemiplegicii arterio-sclerotici în special). Unii din ei trăesc ani de zile, ca o povară pentru mizerabila lor familie, care chiar dacă ar putea plăti o sumă pentru îngrijirea lor, nu găsesc aziluri pentru ei, căci — cum vom vedea, — Bucureștii nu posedă asemeni instituțiuni. În al doilea rând e vorba de acei incurabili, de orice vârstă, atinși de diverse **afecțiuni cronice** (reumatici, canceroși etc.) sau de **incurabili prin accidente** (invalizi, invalizi de război, accidentați de lucru etc.), pentru care de asemeni aproape nu există nimic. În fine, în al 3-lea rând, intră **infirmitățile nervoase** observate la adulți, tineri, copii. Și numărul acestora e de asemeni considerabil. Aici găsim atâția infirmi — victime ale sifilisului nervos, paraliziei infantile, sclerozei în plăci, encefalitei letargice, etc. etc. Și aici mă simt dator să spun câteva cuvinte despre nenorociții atinși de encefalita letargică. La noi în țară, numărul lor este de cel puțin câteva sute... În cursul anului 1928, la consultațiile mele de boli ner-

voase, de pe lângă clinica Domnului Profesor Marinescu, am avut din 1000 de pacienți, 5% post-encefalitici parkinsonieni! Ați văzut de sigur fiecare acele statui ambulante, cu fixitate în expresie, cu rigiditate în ținută și mișcări, cu tremurături ale membrelor, cu greutate în vorbire, dar cu acea lumină a conștiinței lor, încă vie... nenorociți pe care soarta îi silește să asiste la mizeria lor fizică! Și din aceste câteva sute de parkinsonieni din țară, abia sunt internați câteva zeci în serviciile de specialitate. Și, cu perseverență, — fie că vin singuri mânați de iluzia vindecării în spital, fie că sunt trimiși de **diferitele autorități, care n'au o noțiune reală despre capacitatea spitalicească pentru infirmii nervoși**, — bat la porțile spitalelor actuale, unde nu există locuri, căci abia se găsesse pentru unii curabili!

Pentru acești infirmii nervoși, victime ale encefalitei epidemice, se impune creierea de servicii speciale, cum există, dacă nu mă înșel, în Elveția! Să nu fie trimiși, cum se întâmplă cu unii din ei la noi, în coloniile de muncă împreună cu vagabonzii culeși din stradă. Sunt bolnavi, delicăți, care au nevoie de o continuă supraveghiere medicală a unui specialist și de un tratament care îi ameliorează și de aceia se impune ca spitalul lor să fie sau atașat clinicei neurologice sau cu conducere aparte. În al doilea rând, se impune într'o oarecare măsură și izolarea lor, căci încă nu se știe până la ce punct pot fi și ei agenții de răspândire al virusului încă necunoscut al encefalitei letargice, din care vedem că tot mai apar cazuri sporadice...

În acelaș grup al infirmilor nervoși, intră marele număr al encefalopatiilor infantile, al diverselor grade de degenerații mintali, dela idiotii și imbecilii incapabili de orice educație, la înăpoiții mintali, educabili într'o oarecare măsură. Și dacă unii ei își găsesc locul — prin starea lor minală — în azilurile de alienați existente la noi, nu-i mai puțin adevărat că între ei există un grup unde starea mintală cade pe al doilea plan, totul fiind dominat de leziunea organică nervoasă, ce face din copil un infirm motor, cu oarecare conservare a intelectului. Aceștia au nevoie de secțiuni de neurologie, unde ei să beneficieze de un anume tratament fizioterapie!

Un regim aparte, altul decât al azilului de alienați, se impune și unui mare număr de **epileptici**, care nu trebuiesc claustrați

pentru totdeauna! Vorbesc de o categorie dintre acești bolnavi și anume de acei care nu au turburări psihice! și care sunt extrem de numeroși: ca dovadă 'e faptul că, la serviciul meu de consultații amintit în anul trecut am avut peste 140, adică un procent de 10% din numărul total de pacienți consultați. Pentru aceștia e nevoie de un regim special, de un serviciu unde epilepticul să vie de bună voe pentru câțva timp sau un anumit moment al anului (de pildă în iarnă, căci vara s'ar duce să lucreze!) și aci medicul specialist să îl vadă, să-i facă fișa lui respectivă, să-i facă educația lui, învățându-l cum să-și urmeze medicamentul (care-i rărește sau oprește crizele), cum să se alimenteze, cum să se odihnească, etc. Acești epileptici, în lipsa unui tratament medical și igienic pot deveni însă incurabili. Această asistență medico-socială a epilepticilor e inexistentă la noi în țară și din această cauză numărul incurabililor crește, sarcina socială se îngreuiază! În alte țări și în special în Belgia există o admirabilă organizație în acest sens.

După cele expuse mai sus, cred că am lămurit într'o oarecare măsură, cine constituie grupul incurabililor. Vedem deci că peste 80% e vorba de infirmi nervoși (am lăsat deoparte alienații mintali, de care nu mă ocup), pentru care trebuie create așezăminte speciale, dacă voim să fim socotiți în rândul țărilor civilizate. Pentru a întări cele afirmate, e nevoie să comparăm puțin unele instituții pentru incurabili din alte țări, cu aceia care există la noi, căci s'ar putea întâmpla ca această comparație — tristă pentru organizarea asistenței noastre sociale — să trezească interes și oarecare inițiative, poate particulare, poate ale Statului...

În Paris și departamentul Senei, numărul paturilor pentru incurabili și bătrâni atinge cifra de aproximativ 16.000 — șase-sprece mii — (exceptând azilurile de alienați, care cuprind un mare număr de incurabili). Marea majoritate o constituie infirmii nervoși, căci leziunile sistemului nervos sunt în genere ireparabile, lăsând grave sequele după ele. Aceștia sunt repartizați, pe lângă alte mici așezăminte în 3 mari fundațiuni: Ivry, Bicêtre, Salpêtrière. În ospiciul Ivry, sunt 2212 paturi, dintre care o parte pentru bătrâni și infirmi, o alta pentru femei bătrâne și pentru infirme, o mică parte (56) pentru copii incurabili. Acest ospiciu are un mic serviciu-infermerie de medicină internă și unul de chirurgie cu personalul său medical select, ce trebuie prin purgatoriul concursurilor Parisului.

Ospiciul Bicêtre, are 2953 de paturi, din care 2472 pentru bărbați bătrâni sau infirmi nervoși, 26 de paturi pentru femei și 455 de paturi pentru copii. Aceștia pe lângă grupul idiotilor, epilepticilor, etc., ineducabili, are și un număr de înapoiți mintali, ce urmează la școli amenajate acolo special pentru ei. Și acest ospiciu — care de fapt e un mic orașel — are serviciul său de infirmerie medicală și chirurgicală cu personal medical suficient.

Dintre toate așezămintele, Salpêtrière — vechea închisoare unde a suferit Manon — e cea mai încăpătoare și după Lavarenne și Jayle ar fi cea mai vastă instituție ospitalicească din lume. Are un număr de 3847 de paturi cu un buget anual, (vezi G. Guillain și P. Mathieu, „La Salpêtrière 1925 Masson) — în 1925 — de peste 17 milioane de franci. Din aceste paturi 3536 sunt rezervate femeilor atinse de infirmități prin boli nervoase, boli generale etc. sau femeilor bătrâne (o parte e pentru personalul inferior, retras din serviciu), un mic număr pentru bărbații cu afecțiuni nervoase și pentru copiii incurabili. La Salpêtrière se adăpostește ilustra clinică unde a lucrat Charcot, Raymond, Dejerine, P. Marie. De clinica neurologică, pe care acum o conduce profesorul Guillain, țin 5 diviziuni ale ospiciului unde se găsesc bătrâne și bolnave atinse de maladii cronice ale sistemului nervos, în număr de 1538. Tot de clinică țin încă 200 de paturi destinate bolnavilor „externi”, atinși de boli acute a sistemului nervos. Prin urmare un număr de peste 1700 de paturi afectate numai clinicei neurologice din Paris, (pe când în București, clinica d-lui profesor Marinescu, abia are 90 de paturi, pentru care se trimit pacienți nu numai din București, dar și din întreaga țară), căci pavilionul cel nou, care ar putea adăposti vreo 120 de bolnavi, e în lucru din anul 1914 — și nu se știe când se va termina...

Pe lângă aceste 3 mari ospicii rezervate incurabililor și bătrânilor, mai există cum spuneam încă o mulțime de alte fundațiuni, ca ospiciul Brévanne, (864 cronici și bătrâni), casa de retragere Ménage, (1443 paturi), osp. de la Reconnaissance (354 paturi), fundația Lenoir-Joussereau (218 paturi pentru bătrâni și săraci), etc. etc. În afară de aceste ospicii pentru bătrâni și incurabili, care cum am spus au o capacitate de aproape 16000 de paturi, mai găsim case și aziluri de convalescenți. (La Roche Guyon, Vincennes și Vacassi, Le Vésinet, etc.) cu un număr de

peste 1000 de paturi destinate bolnavilor săraci, care ospitalizați în Paris, sunt evacuați aci pentru terminarea convalescenței (aci nu intră tuberculoși, care au sanatoriile lor), spre a nu aglomera inutil serviciile active — acelea ce se observă la noi.

Aproape toate așezămintele de incurabili din Paris și departamentul Senei depind de Asistența publică din Paris și numai câteva de ministerul de interne. Unele din ele sunt opera donatorilor generoși, dar partea cea mai importantă este opera Asistenței Publice din Paris și numărul cel mai mare de paturi datează din jumătatea din urmă a veacului trecut. În unele din ospicii se primesc incurabili și bătrâni, în anumite condițiuni de plată. Cea mai mare parte însă din aceste ospicii servă pentru bătrâni (peste 60 sau 70 ani), incurabili sau infirmi nervoși, **lipsiți de mijloace**. Admisiunea o face directorul Asistenței Publice. Cum vedem din expunerea de mai sus, în Paris, există o organizațiune civilizată de asistență medicală pentru nenorociții săraci atinși de o maladie incurabilă sau de bătrânețe.

Ce există la noi?

Trebue s'o mărturisim cu durere că nu există aproape nimic pentru incurabili.

Aziluri propriu-zise pentru bătrâni nu sunt în București, decât câteva, cu un număr total de 366 paturi (trei sute șasezeci și șase!) și anume: Azilul Regina Elisabeta cu 220 de paturi, Vatra Noastră cu vreo 60 de locuri, Protopopol Tudor cu 26, Azilul Nae Ionescu cu 20, iar Xenocrat cu 40 de paturi. Mai exista înainte de războiu, un azil de bătrâni la spitalul Brâncovenesc, apoi ospiciul Zerlendi... acestea s'au desființat sau un fost transformate! Un mic număr de bătrâni continuă încă a fi primit la Spitalul Pantelimon — care având în vedere necesitățile bolnavilor curabili — a devenit aproape tot serviciul și pentru curabili și pentru infirmități. În ce privește **infirmitățile nervoase**, pentru indivizii de ori ce vârstă, nu există azi decât serviciul d-lui dr. Noica, dela spitalul Pantelimon, iar o mică parte din incurabili nervoși se găsesc la clinica d-lui profesor Marinescu și o altă mică parte, îmi pare, la serviciul de infirmități cerebrale dela spitalul Central. Cu multă bunăvoință se poate socoti cam la **320** numărul incurabililor și bătrâni ce-s ospitalizați în acest mod la aceste servicii „deschise”. Adăugând cele 130 de locuri dela Vatra Luminoasă

și dela azilul surdo-muților vedem că, numai cu bunăvoință ajungem la un total de 816 de locuri, pe care Capitala noastră le rezervă incurabililor lipsiți de mijloace. Pentru populația de aproape un milion de locuitori și pentru cinstea de a fi Capitala României Mari, e cam puțin, mai ales dacă comparăm că cele **16.000** de locuri pe care Parisul le oferă nenorociților săi. Problema asistenței bătrânilor și incurabililor (în special a acestor nenorociți atinși de infirmități nervoase și sărăcie în acelaș timp), nu a preocupat pe nimeni. E drept că până acum, au fost alte chestiuni mai urgente și de mai mare importanță pentru Capitală... chestiunea exproprierei diverselor imobile, chestiunea premiilor naționale, etc., etc.... Nu s'a putut deci face nimic pentru atâția nenorociți, pe care de altfel cine îi vede în toată mizeria lor, decât medicul de consultațiuni gratuite a Eforiei Spitalelor, unde printr'o tradiție ce n'a dispărut încă, ei continuă să vie și în plină iarnă, să ceară spitalului un adăpost — inexistent — infirmității și sărăciei. De ce nu există deci o asistență publică în București?

*Serviciul Consultațiilor de boli de piept din Spitalul
„Caritas”—Bacurești*

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE PNEUMOTORAX TERAPEUTIC SIMULTAN BILATERAL

de

Docent D-r M. POPPER și D-r O. MELLER

Însăși creatorul metodei de colapsoterapie prin pneumotorax artificial, Forlanini, a publicat în 1911 două observații clinice, în cari arată aplicarea cu rezultate satisfăcătoare a colapsului bilateral succesiv.

Apariția de leziuni bacilare evolutive în plămânul sănătos, câțiva ani după colapsul instituit asupra celuilalt plămân, justifică în mod neîndoelnic sistarea primului pneumotorax și insuflarea controlaterală. Această indicație o găsim de mult trecută printre cele clasice, rezultatele favorabile publicate sunt numefroase.

Atitudinea terapeutică era însă infinit mai dificilă când ne aflam în fața unui caz de bilateralizare precoce, când abia câțeva luni după aplicarea pneumotoraxului asistam la apariția de leziuni evolutive în plămânul până atunci indemn, cel puțin din punct de vedere clinic.

Technica clasică, până acuin câțiva ani, indică în asemenea situații extragerea aerului insuflat și instituirea tratamentului general, care deobicei în fața leziunilor grave bilaterale nu aducea nici un beneficiu terapeutic.

Observația clinică atentă a bolnavilor cu colaps unilateral, suportarea fără nici un incident marcat a exudatelor pleurale de partea opusă, perfecta toleranță a pneumotoraxului bilateral succesiv, instituit înaintea rezorbției totale a aerului din hemitoracele primitiv insuflat, lipsa în fine de dispnee accentuată la bolnavi cu leziuni pulmonare extrem de întinse, au conus pe nesimțite la admiterea posibilității unui colaps bilateral simultan.

La început cu oarecari corective: pneumotorax bilateral parțial, de destindere, preconizat de Gwerder—Pedoja în leziunile grave bilaterale, colaps parțial bilateral temporar preconizat de Sergent la femei după naștere, pentru a evita evo-

luția bruscă a leziunilor din cauza dispariției comprimării parțiale ce provoacă uterul gravid.

Rezultatele încurajătoare obținute au răspândit această metodă și au condus în ultimii ani la un foarte mare număr de observații favorabile.

Mai mult chiar, unii fiziologi au căutat să aplice colapsoterapia bilaterală dela început, în cazuri cu leziuni grave bilaterale, obținând chiar în asemenea situațiuni desperate, rezultate încurajătoare.

Dacă această indicație, cel puțin pentru moment, poate fi considerată ca excepțională, aplicarea colapsului bilateral în cursul apariției de leziuni evolutive în plămânul până atunci indemr. apare astăzi ca singurul tratament logic, eficace și de aplicație tehnică simplă.

Este evident că în asemenea cazuri, observația clinică și radiologică continuă este indispensabilă și că tratamentul nu ar putea fi aplicat cu folos decât într'un serviciu spitalicesc sau în sanatoriu.

Aplicarea acestei metode ne-a adus într'un caz, pe care l'am și putut urmări clinic și radiologic de aproape, un succes terapeutic atât de remarcabil, încât ne-am găsit îndrituiți de a-l publica.

Observațiune: Bolnavul F. D., în vârstă de 11 ani, este văzut pentru prima oară la serviciul consultațiilor de boli de piept al Spitalului „Caritas”, la 17 Dec. 1926, prezentând tuse, cu expectorație hemoptoică, febră, slăbiciune.

Părinții bolnavului sunt sănătoși, dar are o soră bolnavă de tuberculoză.

Simptomele acuzate de bolnav ar fi apărut cu 5 luni înainte, accentuându-se progresiv până la prezentarea la consultație.

Examenul clinic arată un bolnav debil, anemic, cu toraceșt astenic, cu o ușoară scolioză.

Examenul aparatului respirator arată prezența semnelor clinice, confirmate ulterior prin radiologie, de tuberculoză ulcerocazeoasă a lobului superior drept (cavernă la vârș de mărimea unei nuci mici).

Sputa muco-purulentă conțineă bacili Koch.

Se institue imediat pneumotoraxul terapeutic în dreapta și semnele clinice se ameliorează foarte repede; situația se menține foarte bună în Aprilie 1928, bolnavul urmând tratamentul ambulator.

La această dată însă, apar din nou tuse, expectorație și slăbiciune.

Examenul radiologic ne permite să constatăm un pneumotorax drept aproape complet, cavitatea dela vârș dispărută, per-

sistă însă diseminate în parenchim, elemente cu caracter productiv, cari apar mai difuz din cauza atelectaziei plămânului.

În câmpul pulmonar mijlociu stâng, deasupra regiunii hilare, se constată mediastinul împins prin efectul pneumotoraxului drept vechi.

Pe întregul plămân se văd diseminate elemente mici, nodulare, cu caracter mixt predominant productiv, dispuse circular, peribronșic sau perilobular, de nuanță închisă, de mărime și formă aproape egală.

Față de acest aspect de diseminare de leziuni evolutive, leziunile din primul plămân deși ameliorate, nefiind încă dispărute, ne hotărâm să aplicăm colapsul bilateral simultan.

Insuflațiile practicate în stânga întâlnesc o pleură liberă, sunt foarte bine suportate și la examenul radiologic ulterior constatăm un pneumotorax bilateral aproape total, hernia mediastinului este redusă prin egalitatea de presiune, elementele peribronșice apar mai puțin evidente.

Insuflațiile se practică alternativ la fiecare săptămână, apoi ambulator, la fiecare două săptămâni.

Fenomenele subiective dispar, tusea aproape complet, expectorația nu mai conține bacili acido-rezistenți, starea generală se ameliorează progresiv.

Astăzi, mai bine de un an de la instituirea pneumotoraxului bilateral, bolnavul își urmează tratamentul ambulator, se simte foarte bine, n'are de loc dispnee, n'ar putea fi prin nimic deosebit de purtătorul unui colaps unilateral banal.

Aspectul radiologic al pulmonului doi ani după instalarea pneumotoraxului în dreapta. (Aprilie 1928). Fig. 1.

Teleradiografie, 2 m. distanță focală, pozițiune verticală, incidența dorso-ventrală, inspirațiune profundă. Technica 70 k.w. eff. 60 m.A. 0,2 sec.

Imaginile coastelor au direcțiune orizontală, spațiile lărgite, mobilitatea redusă în timpul respirațiunii, aceasta fiind exclusiv diafragmică. Cupola diafragmatică dreaptă este linear turtită și situată la un nivel inferior celei de partea stângă. Suprafața cupolei prezintă oarecari neregularități, cari însă nu sînt caracteristice de aderențe bazale. Mobilitatea ambelor diafragme este în balanță și este datorită diferenței de presiune din cele două cavități pleurale, consecutivă pneumotoraxului artificial instalat la dreapta.

Pulmonul acesta apare aproape în totalitate colabat, exceptând o mică porțiune aparținând lobului antero-superior, care, sub forma unei langhete, rămâne aderentă printr'o extremitate superioară subțiată de suprafața domului apical. Aspectul pulmonului colabat contrastează cu luminozitatea cavității pleurale injectate cu aer și permite a remarca separațiunea distinctă a celor trei lobi pulmonari. Întregul mediastin fiind deplasat spre stânga, umbră hylara nu este vizibilă. Desemnul arborizațiunilor broncho-vasculare, aproape inexistent la periferia pulmonului, apare mai accentuat la nivelul

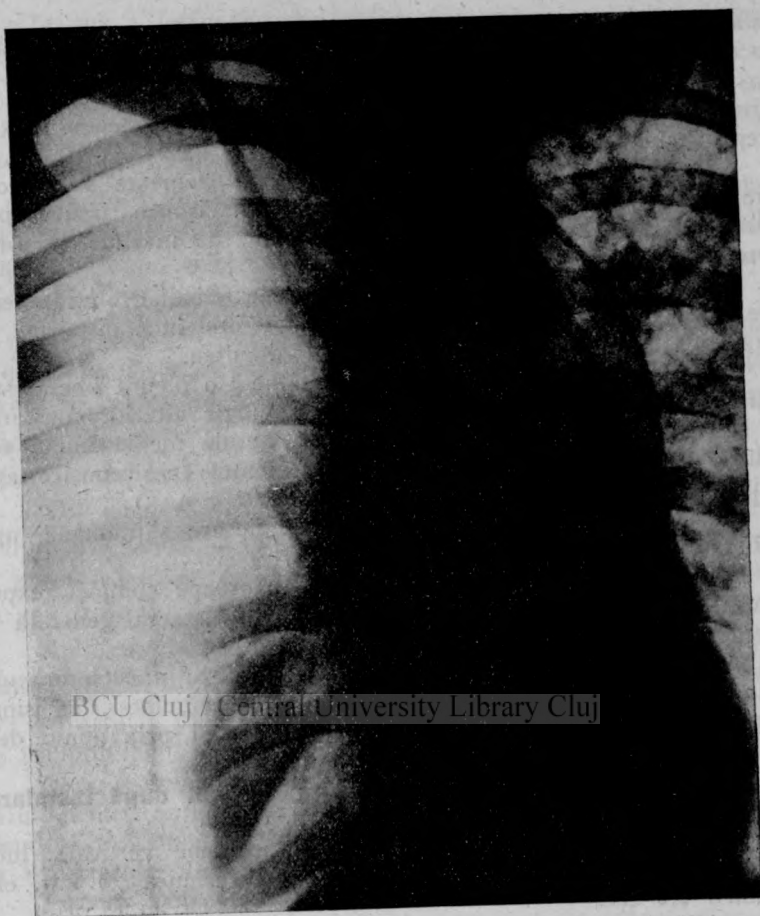


Fig. 1.

lobului mijlociu și în apropiere de nivelul hylului. Se mai poate remarca în același lob zone de condensări cu caracter nodular, de nuanță închisă și unele net conturate. Septul dintre lobul mijlociu și cel inferior este îngroșat, apare ca o subliniere (Fleischner) a lobului, traducând caracterele unei scisurite.

Lobul superior, în porțiunea posibil vizibilă nu prezintă caractere radiologice patologice în afară de transparența diminuată prin atelectazie. Lobul inferior, foarte redus în sinusul cardio-frenic, prezintă transparența diminuată și aspectul tramei accentuat.

La examenul radiosopic în timpul unei expirații forțate, se pune mai ușor în evidență cele afirmate mai sus, din cauza contrastului, care apare mai accentuat.

În câmpul pulmonar stâng se constată, la nivelul hylului și deasupra lui, prezența unei umbre arcuate cu convexitatea în sus și afară, care în timpul examenului radiosopic, prin mișcările

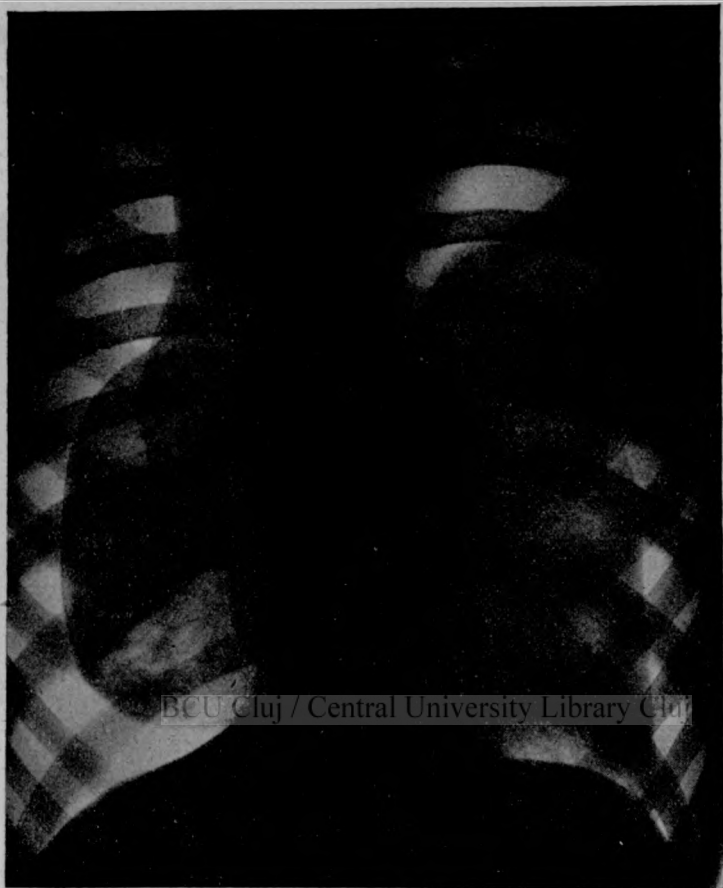


Fig. 2.

respiratorii, flutură în câmpul pulmonar: este proiecțiunea celor două foițe pleurale adosate, între cari se află un țesut lax conjunctiv și resturi de timus și cari herniază din mediastin prin porțiunea mai slabă a lui în partea anterioară, din cauza diferenței de presiune.

Intreg pulmonul stâng, dar mai cu seamă la nivelul câmpului mijlociu și superior infra-clavicular, se vede ocupat de numeroase formațiuni nodulare, cu dispozițiune peribronhică, de mărime și nuanță diferită, unele net conturnate, deci cu caracter productiv, altele cu conturul șters, deci cu caracter exudativ. Față de predominanța celor dintâiu se poate afirma calitatea lor de elemente acinoso-nodoase peribronchice mai mult productive.

Fig. 2 reprezintă imaginea aceluiaș pulmon câtva timp după înstituirea pneumotoraxului și în partea stângă. Fig 3 reprezintă aceeași imagine luată din profil. În ambele se constată existența unei aderențe bazale de partea stângă și care nu a permis colabarea completă dinspre bază a acestui pulmon. Ambii pulmoni



Fig. 3.

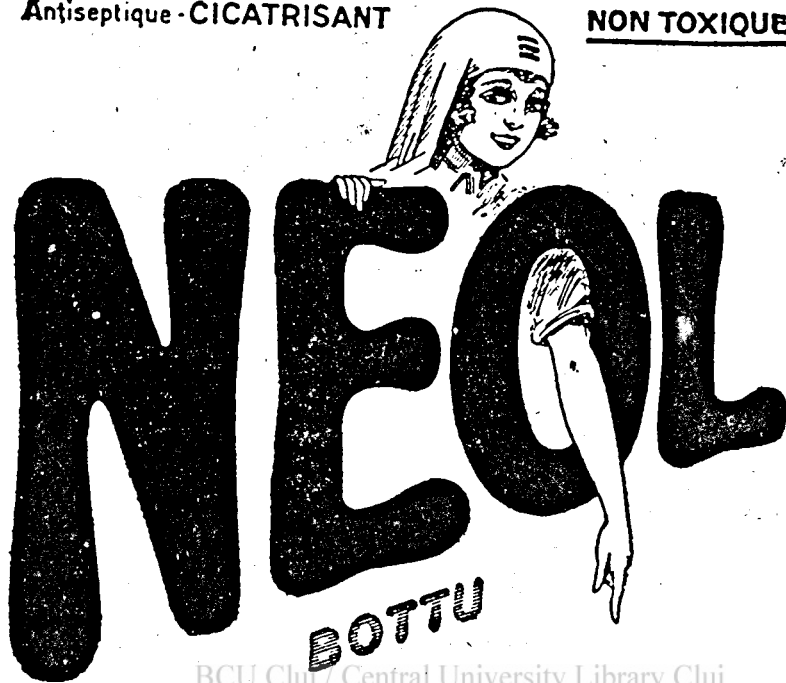
apar colabați și în timpul examenului se poate remarca migrațiunea succesivă a mediastinului produsă prin actul respirator. La diferitele examene făcute în urma insuflățiunilor se poate sublinia faptul demn de remarcat, că porțiunea herniată din partea mai slabă a mediastinului și pe care am descris-o mai sus, migrează când în dreapta când în stânga, în raport cu diferența de presiune existentă într'un hemotorace sau într'altul.

În pulmonul stâng nu se mai văd elementele nodulare existente în Fig. 1 și cari au lăsat în locul lor o tramă accentuată.

Observația clinică a acestui bolnav arată perfecta toleranță și rezultatul terapeutic favorabil obținut prin pneumotoraxul bilateral simultan, subliniind indicația și valoarea acestei metode în tratamentul bilateralizării în cursul colapsoterapiei unilaterale.

Antiseptique - CICATRISANT

NON TOXIQUE



BCU Cluj / Central University Library Cluj

guérit (Néol à 1/10)

ANGINES

cicatrise (Néol à 1/5)

ULCÉRATIONS

cutanées et muqueuses

épidermise (Néol à 1/5)

BRULURES par le FEU, le FROID
et tous les Agents physiques

L'eau néolée (Néol au 1/5) est utilisée journellement
dans tous les HOPITAUX de PARIS en remplacement de l'eau oxygénée

Laboratoires BOTTU. 35. rue Pergolèse. — PARIS (XVI-e).
Agent pour la Roumanie: Mr. R. DUNOD. 103, Strada Toamnei. — Bucarest

Hémostyl

Anémies

Du Dr.
ROUSSEL

Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

BCU Cluj / Central Un

Flacons-ampoules
de 10^{cc} de Sérum pur

A) Sérothérapie spécifique
des ANÉMIES (Carnot)

B) Tous autres emplois
du Sérum de Chedal:
HÉMORRAGIES (P.E. Weill)
PANSEMENTS (R. Petit)

Sirap... Comprimés
de sang hémopoïétique
total

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

97 RUE DE VAUGIRARD. PARIS

Agent pour la Roumanie: RENÉ DUNOD
103, Strada Toamnei — București

*Policlinica „Iubirea de Oameni”
Director D-r L. Ghelerter*

SYNDROM CRUVEILHIER-BAUMGARTNER

de

Docent D-r IAGNOV și D-ra R. SCHÄCHTER
Interna Policlinicii.

Literatura medicală cunoaște 12 cazuri de Syndrom Cruveilhier-Baumgartner, dintre cari numai 3 au fost publicate la noi în țară (Hanganuț, Popper, Vișineanu).

Raritatea maladiei lui Cruveilhier-Baumgartner provine, probabil, din pricina că diagnosticele în cazurile citate (afară de al lui Popper-Vișineanu), au fost făcute post-mortem, prin studiul anatomo-patologic al ficatului, de multe ori în viața spitalicească și a practicii medicale, au fost trecute cu vederea, sindroame Cruveilhier-Baumgartner.

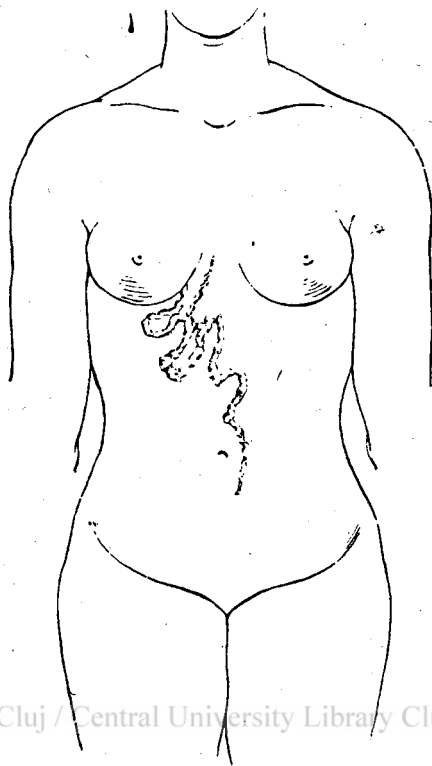
Raritatea e datorită lipsei datelor semeiologice. În afară de o circulație colaterală abdominală cu totul particulară, concentrată în deosebi în regiunea supra-ombilicală, hepato-epigastriacă, sindromul nu cunoaște alte symptome, particulare, clinicește relevabile.

Un asemenea caz, sosind la consultațiunile Policlinicii „Iubirea de Oameni”, am socotit necesar să-i publicăm Foaia de Observațiune clinică.

Bolnava A. V., în vârstă de 30 de ani, vine în spital în ziua de 12 Martie cor., pentru: lichid în abdomen, în cantitate mare, senzație de greutate, dureri în regiunea epigastriacă și în hypocondre.

Antecedente Heredo-Colaterale: Părinții trăiesc, sunt sănătoși. Frații și surorile sănătoase.

Antecedente personale: La vârsta de 7 ani a suferit de friguri, având zilnic, timp de 7—8 luni, frisoane urmate de febră și sudori (Paludism). La vârsta de 20 ani a avut febră tifoidă. S'a căsătorit la 24 de ani. A avut două nașteri la termen, normale. Copiii sunt sănătoși. A III-a naștere a fost la termen. Fătul mort. O a IV-a naștere gemelară, în 7 luni. Copiii au murit după două săptămâni. Menstrele au fost totdeauna regulate. Obiș-



BCU Cluj / Central University Library Cluj

nuia băuturi alcoolice, mai ales decând s'a căsătorit, deoarece e cărciumăriță.

Istoricul maladiei actuale. Timp de doi ani, bolnava a simțit dureri în hypocondrul stâng, cari survineau la intervale neregulate; dureri surde, neîmpiedecând-o să umble, și să muncească. N'a avut în tot acest timp turburări gastrice și intestinale.

În toamna anului 1928, acum vreo 4 luni, a simțit și observat, că abdomenul crește, devine balonat. În Decembrie, bolnava simte greutate în mișcări și mai ales în poziție culcată. Consultând un medic, se diagnostică ascită și-i se face o paracenteză, scoțându-i-se vreo 8 litri de lichid. După 10 zile, lichidul s'a refăcut în cantitate mare. I se face o nouă paracenteză. A 3-a paracenteză a urmat după 8 zile, a IV-a după alte 6 zile. După acestea, medicul a spus că are nevoie de operație, pentru care a fost trimisă în serviciul chirurgical al D-lui Conf. D-r Grigore Georgescu, dela Spitalul Filantropia. Operația s'a făcut cu rachianestezie. Bolnava pretinde că Medicul Chirurg i-ar fi spus, că are ficatul mic, splina mare și un rinichiu nu filtrează. După operație a mai rămas în spital două săptămâni, la sfârșitul că-

rora, lichidul fiind refăcut, i s'a mai făcut o paracenteză, i s'au scos agrafele și a fost trimisă acasă. După 5 zile lichidul s'a refăcut și a fost din nou scos. De atunci i s'a scos lichidul la fiecare săptămână și în ultima lună chiar de două ori pe săptămână, așa încât i s'au făcut până acum vreo 16 paraceuteze, cu evidări aproape complete de lichid.

În tot acest timp bolnava are poftă de mâncare, nu suferă nici de constipație, nici de diaree. Are meteorisin intestinal. N'a avut niciodată icter, colici hepatice, nici un fel de hemoragii.

Starea prezentă. Bolnava, de constituție generală bună, e slăbită față de starea ei dinainte. Culoarea tagmentelor normală. Se simte un ganglion mic în regiunea cervicală stângă, deasemenea ganglioni ușor măriți în reg. inghinală.

Abdomenul e enorm mărit. Prezintă o rețea venoasă, vari-coasă, ca o perniță, (vezi figura), mare, deasupra ombilicului, ocupând regiunea epigastrică și mediosternală inferioară dreaptă. Această rețea venoasă a fost observată de bolnavă, prima dată, în timpul ultimei gravidități. La palpate, acest plex venos transmite un fremisment. Nu prezintă rețeaua venoasă periombilicală (cap de Medusă). La ombilic se văd urmele operației de acum două luni. Stând în picioare, forma abdomenului nu se schimbă mult, deoarece lichidul e în cantitate foarte mare.

Examen obiectiv. Pulmon. Limite percutorii normale. Vibrațiile vocale și murmurul vezicular normale. **Cord.** Vârful în al V-lea spațiu intercostal stâng. Sgomotele normale. Ușoară tachicardie, 108 pulsații pe minut. Tensiunea arterială (Vaquez), Mx. 9 Mn. 1/2. Ficatul începe în al 5-lea spațiu intercostal drept. Jos se confundă cu matitatea ascitică.

Splina e mărită prin percuție, jos se confundă cu matitatea ascitică. E palpabilă după paracenteză.

Examinată genital găsim: Un col mic atrofic, fundurile de sac reduse, corpul uterin nu se simte.

Examene de laborator:

- 1) **Hemograma:** Hematii 2.840.000. Anisocitoză. Ușoară leucocitoză (9.300). În formula leucocitară eosmofilie 4,5%.
- 2) Hematozoarul palustru nu s'a găsit.
- 3) **Urina** de volum scăzut, urme de glucoză. Urobilina crescută.
- 4) Reacția Wasserman negativă.
- 5) Reacția Weinberg-Pârvu, negativă.
- 6) Examenului lichidului ascitic: R. Rivalta negativă. Citologic: Polinucleare și rare limfocite.

Din observația medicală mai sus înfățișată se vede, că avem de-a face cu o bolnavă, care prezintă un sindrom de Hy-

pertensiune portală, neînsoțit de sindromul de insuficiență hepatică. Ascita bolnavei nu e însoțită de nicio turburare de ordin digestiv. Circulațiunea colaterală abdominală a bolnavei este cu totul particulară. Starea sa generală, deși i s'au făcut 16 paracenteze, e deasemeni foarte bună. Aceste trei ordine de fapté, ne-au făcut dela început să bănuim că suntem în fața unui sindrom hepatic Cruveilhier-Baumgartner.

N'am putut stabili după datele semeiologice și clinice geneza sindromului. Sprijinindu-ne pe literatura cazurilor publicate, — cu precizie și în detalii expuse în teza D-lui Dr. Vișineanu — noi n'am putea spune, cu precizie, dacă originea sindromului bolnavei noastre recunoaște o persistență a venei ombilicale, un proces de aplazie primară a ficatului, sau vre-o altă turburare anatomică, într-una din ramurile terminale intrahepatice ale porței. Dealtminteri, literatura cazurilor, publicate până acum, conține descripțiunea hypotezelor patogenice ale sindromului precum și anatomia lui patologică. Nu o mai repetăm aci.

Ur. factor etiologic important reiese din observațiunea bolnavei, pe care îl subliniem cu puțință de a constitui o hypoteză în patogenia sindromului: infecțiunea paludică. Poate că această infecțiune să fi fost pricina sclerozării uneia din ramurile intrahepatice ale porței, a cărei consecință să fie aplazia unui lob al ficatului și constituirea sindromului. În majoritatea cazurilor publicate, viciul embryologic s'a tradus clinicește, din copilărie încă, prin particularitatea circulațiunei abdominale hepato-xyfoidiene.

La bolnava noastră această circulațiune colaterală apare târziu de tot în timpul celei de a 4-a sarcine.

Deace înseamnă, că defectul anatomic trebuie să se fi constituit târziu și că pricina lui e datorită unei cauze toxice sau infecțioase, mai mult decât unui motiv mecanic al vieții intrauterine. Tot ipotetic, ținând seama de considerațiunile de mai sus, am mai putea deduce încă o ipoteză referitoare la localizarea anatomică a sindromului.

În majoritatea cazurilor publicate, sindromul se relevă anatomo-patologic prin persistența venei ombilicale principale sau a uneia din colateralele ei.

În cazul publicat de noi, sindromul s'a constituit târziu de tot, fără să fi fost înainte indiciul unei circulațiuni colaterale abdominale, care să fi exprimat existența trunchiului vascular ombilical primitiv. Aceasta presupune, că procesul anatomicopatologic trebuie să se fi petrecut, la bolnava noastră, în ramurile portale intrahepatice.

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA TRATAMENTULUI INTRAVENOS AL BLENORAGIEI PRIN TRYPAFLAVIN (GONACRINA)

de

D-r I. KRITZMAN

Tratamentul local al Blenoragiei prin spălături, injecțiuni uretrale, masaj, dilatații, instilații, uretroscoapie, electroterapie, sero și vaccinoterapie, etc. etc., este destul de supărător și de plictisitor pentru bolnav ca și pentru medic, — ca să ne explicăm entuziazmul cu care mulți din confracții noștri au primit primele lucrări asupra tratamentului Blenoragiei cu Gonacrina (resp. Trypaflavin) pe cale intravenoasă.

S'a constatat de mult că culorile anilinei posedau în vitro o putere bactericidă destul de pronunțată. Toxicitatea lor însă nu permitea introducerea lor în arsenalul nostru terapeutic decât pe măsura ce se găseau derivatele lor nevătămătoare pentru organismul uman.

Acestui desiderat în măsura largă corespunde Gonacrina (resp. Trypaflavin) care întâi a fost propusă pentru combaterea infecțiilor grave, iar în anul 1926 Jausion și Diot au propus injecțiile intravenoase cu soluții de 2% de Gonacrină pentru tratamentul Blenoragiei, afirmând vindecări rapide și fără complicațiuni (Presse Médicale No. 13/1926).

A urmat un număr considerabil de publicațiuni din partea multor confracți din diferite țări, anunțând rezultate mai mult sau mai puțin favorabile de pe urma acestei metode de tratament.

În practica mea particulară am supus acestui tratament un număr de 93 bolnavi: 11 femei, 82 bărbați. Cu Blenoragia acută—32, cu Blenoragia subacută 11; Uretrita postgonoreică—9, Cystită—2, rectită—1, Blenoragie cronică—38.

M'am folosit tot timpul de soluții de Gonacrină sau Trypaflavin de 2%, care în genere erau suportate destul de ușor, neobservându-se fenomene serioase de intoleranță.

La 2 zile se făcea o injecție intravenoasă cu 5 cm. În unele cazuri am făcut injecțiile zilnic, fără vreun neajuns serios, dar și fără a fi observat un avantaj apreciabil.

Majoritatea cazurilor tratate de mine prin această metodă am putut urmări timp îndelungat, mulțumită avantajului de a fi medic de provincie, neoprinde-mă numai asupra efectului momentan obținut și controlând din când în când pe acești pacienți și după încetarea tratamentului.

Făceam în genere un număr de injecții, variind între 15—20 și dacă până atunci boala nu arăta o tendință netă către ameliorare, treceam la tratamentul clasic prin spălături, masaj, dilatări etc., uneori continuând mai departe injecțiile, alteori renunțând la ele.

Contrar afirmațiunii unor autori de a nu fi observat vreo complicație în timpul tratamentului, țin să constat că am avut 2 cazuri de orchiepididimită și multe cazuri de prostatită, survenite în timpul tratamentului exclusiv prin injecții intravenoase cu Trypaflavin.

Din cazurile de Blenoragie acută, numai 9, au putut fi duse până la sfârșit prin această metodă, însă în această categorie nici o vindecare n'a fost obținută cu un număr mai mic de 20 injecții, uneori fiind nevoie de 30—35 injecții.

Secrețiunea în genere se menținea abundentă, purulentă, cu mulți gonococi, uneori chiar după 12—15 injecții, ceea ce mă face a crede că nu există nici o comparație între puterea bactericidă a Trypaflavinei în vitro și în vivo, că mecanismul de acțiune a acestui medicament în procesele patologice este cu totul altul decât cel strict antiseptic.

În marea majoritate a cazurilor de Blenoragie acută, n'am putut obține vindecarea prin această metodă și am fost nevoit a recurge la tratamentul local, după ce făcusem un număr însemnat de injecții. În nici un caz n'am putut obține vindecări după 1—5 injecții cum afirmă unii. Presupunem că în astfel de cazuri să fi fost chestiunea nicidecum de blenoragie acută, ci de niște exacerbări de blenoragie cronică, unde în mod aproape constant obținem secarea secreției foarte repede, fără însă a putea vorbi de vindecare, după cum voi arăta mai jos.

Orchiepididimitele însă au cedat surprinzător de prompt acestui tratament. Uneori după prima injecție, în aceeași seară bolnavul simțea o stare de sedațiune, părăsindu-l durerile în mod aproape complet. Niciodată nu era nevoie mai mult de 3—4 injecții pentru a obține sistarea durerilor spontanee. Fapt cert este că aproape toți bolnavii de orchită după o zi două erau în stare a părăsi patul și să-și caute de treburile lor. Continuând injecțiile, cedau și durerile la presiune, cedau și fenomenele inflamatorii ale epididimei. Secrețiunea nu reapărea în majoritatea cazurilor și vindecarea se obținea cu un număr relativ mic de injecții, mai degrabă că în cazurile necomplicate.

În cazurile de Blenoragie subacută, secrețiunea se vedea secată repede, dar la întreruperea tratamentului, după 3—4 zile, secrețiunea reapărea și numai în 5 cazuri am reușit să obțin vin-

decarea, iar în restul cazurilor după un șir mai mult sau mai puțin lung de injecții, am fost nevoit a institui tratamentul local.

În schimb într'un număr de 9 cazuri, unde fără alt tratament decât cel local, după un timp destul de îndelungat a persistat o picătură fără gonococi și /fără leziuni apreciable uretroscopice, vindecarea am putut obține după 5—10 injecții cu Trypaflavin.

În blenoragiile cronice, în majoritatea cazurilor, obținem ușor secarea secreției, dar acesta revenea mai târziu sau mai repede, uneori chiar după 3—4 săptămâni. În același timp am observat că prostatitele cronice, spermocystitele, infiltrațiile periuretrale etc., etc., nu erau în mod vădit influențate de acest tratament, astfel că am luat ca regulă generală în cazurile de blenoragie cronică, de a combina tratamentul chimioterapic cu tratamentul clasic prin spălături, masaj, dilatații, diatermia etc. etc. Deaceea vindecările obținute nu se pot pune pe socoteala Trypaflavinei.

Cele 2 cazuri de Cystită n'au reputat vreun folos de pe urma Trypaflavinei.

Rectită blenoragică (1 caz) s'a ameliorat după 25 injecții, dar la 5—6 săptămâni secrețiunea a revenit; am mai făcut 20 injecții, am obținut încă odată o îmbunătățire, dar trecătoare iarăși.

În toate cazurile de blenoragie la femei, am reușit să obțin ameliorări importante, dar vindecare definitivă n'am obținut, cu toate că în unele cazuri am ajuns să fac 30—35 injecții. N'am observat însă nici o complicație din partea anexelor, nici în timpul nici imediat după tratament.

Cu toate că rezultatele au fost satisfăcătoare numai în unele din cazuri, nu ne putem permite luxul de a le neglija. Modificările aduse metodei în ultimul timp prin adaugare de bleu de methylen și pyridin (Jausion, Pecker, Lenègre — Bull. Soc. de Dermat. et Syphiligr. No. 4/1928), dovedesc ca chestiunea este încă în perioada de studiu și contribuția practicienilor poate fi de folos.

Din acest punct de vedere din observațiunile de până acuma îmi permit a trage următoarele concluziuni:

Tratamentul intravenos al Blenoragiei prin Trypaflavin (Gonacrină) desbrăcat de aureola inițială de putere universală, păstrează totuși o valoare indiscutabilă în arsenalul nostru terapeutic. Trebuesc însă bine selecționate cazurile unde este indicat acest tratament:

1) În primul rând orchiepididimitele vor folosi mult de pe urma acestui tratament care scutește pe bolnavul de dureri și scurtează durata boalei.

2) Cazurile de Blenoragie supraacută cu amenințarea de complicații, unde tratamentul local este contraindicat.

3) În blenoragia feminină, dacă se observă recrudescențe postmenstruale cu tendința spre invadarea anexelor.

4) Cazurile de uretrită postgonoreică sunt foarte bine influențate prin injecțiile intravenoase cu Trypaflavin.

5) În fine cazurile unde pacientul nu poate urma un tratament local regulat, fiindcă prezența Trypaflavinei în urină se constată uneori și după 2—3 săptămâni, astfel că în timpul întreruperilor acțiunea ei continuă totuși.

**ACȚIUNEA APELOR MINERALE ASUPRA MICROORGANISMELOR.
ROLUL APELOR MINERALE ÎN IMUNITATE:
ACȚIUNEA ANTITOXICĂ ȘI ANTIANAFILATICĂ**

de

D-r GH. TUDORANU

Docent universitar

Directorul medical al băilor Slănic (Moldova)

Acțiunea misterioasă a apelor minerale în tratamentul boalelor, ce nu putea fi explicată până acum câteva decenii, a început a fi desvăluită grație cercetărilor de laborator.

Dela lucrările lui C. Bertrand, Rollin și Delessene s'a văzut rolul considerabil al infinitului mic mineral în fenomenele biologice. Autorii mai sus citați au arătat că e de ajuns a suta mia parte dintr'un gram de zinc și a 100.000.000.000 dintr'un gram de Manganез pentru dezvoltarea unei culturi de *Aspergius niger*.

Cum apele minerale sunt o soluție electrolitică complexă, cu mult infinit mic, nu se mai poate mira nimeni acum de acțiunea lor terapeutică.

E meritul școalei franceze de a fi început studiul experimental al proprietăților biologice ale apelor minerale.

Billard și Fleig sunt acei cari pun bazele cercetărilor experimentale hidro minerale.

În articolul de față ne vom mărgini a face numai o scurtă ochire privitoare la acțiunea apelor minerale asupra microorganismelor și asupra imunității.

Billard și Fleig au studiat mai întâi felul de comportare a apelor minerale asupra anumitor celule izolate: globule roșii, globule albe, spermatozoizi, polen etc., pentru a trece apoi la studiul microorganismelor.

Autorii au găsit că globulele roșii nu se hemolizează, chiar dacă sunt puse în ape minerale hipotonice.

Să știe că hematiile scoase afară din organism se alterează foarte repede. Dacă însă sunt păstrate în anumite ape minerale se conservă timp de 8 zile.

Leucocitele de asemenea își păstrează motilitatea și activitatea fagocitară, atunci când sunt păstrate în anumite ape minerale.

Mișcările spermatozoizilor pot fi conservate 8 zile dacă stau la ghețar în anumite ape minerale.

Grăunțele de polen vegetează mult mai repede, când sunt puse în anumite ape minerale.

Dela aceste experiențe s'a trecut la influența apelor minerale asupra microorganismelor.

Billard și Aubertot au arătat felul de comportare a apelor minerale asupra anumitor ciuperci: *Penicillum glaucum* și *Sterigmatocytes Nigra*.

Apele minerale alcaline (Vichy) sunt defavorabile culturii de *Penicillum glaucum* apele bicarbonatate mixte sunt favorabile unele (Mont Dore) pentru creșterea miceliului, altele (St. Nectaire) pentru sporulație. Creșterea miceliului scoboară pH-ul mediului până la 4. E explicabil de ce apele alcaline care ridică pH-ul sunt defavorabile dezvoltării miceliului.

Aceleași rezultate s'au obținut și cu *Sterigmatocytes Nigro*. (Mouggeot) și drojdia de pâine (Harpuder).

S'a experimentat de asemenea funcția respiratorie a ființelor unicelulare precum: *Sacharomyces Cerevisial* (drojdia de bere) și drojdia de pâine.

Cea ce ne interesează și mai mult e însă acțiunea apelor minerale asupra microbilor.

Este recunoscută acțiunea bactericidă marcată a apelor sulfuroase.

Woodmansey și Lissimore au experimentat acțiunea apelor Harrogate asupra dezvoltării colibacilului, stafilococului aureu și streptococului din fecale.

Unele izvoare: Old Sulphur și Harlow Sulfur au o puternică acțiune bactericidă asupra stafilococului și streptococului și o slabă acțiune asupra colibacilului. Acțiunea bactericidă e în funcție și de contactul prelungit cu apa (cel puțin 24 ore): H^2S pare agentul cel mai activ în acțiunea bactericidă.

Apele feruginoase aproximativ izotonice au o acțiune bactericidă față de colibacil și stafilococ și mai puțin bactericidă față de streptococ.

Acțiunea e și mai netă cu apele feruginoase hipotonice.

Pinat și Izat au arătat acțiunea bactericidă a apelor de Barèges asupra bacilului tific și colibacilului.

De altfel din punct de vedere terapeutic apele minerale au reputație veche în vindecarea plăgilor.

Astfel se știe că Francois I după campania din Italia a utilizat cu mult succes apele sulfuroase din Pirinei pentru marele număr de soldați cu răni cari nu se mai vindecau. Rezultatele minunate obținute au dat acestor stațiuni numele de: „Eaux d'Arquebusade“.

Reputația apelor minerale în cicatrizarea plăgilor se menține și până astăzi.

Sunt chiirurghi de valoare ca Souligoux, care întrebuințează apa de Breuil (sursa Hydroxidase) ca lichid de pansament cu valoarea antiseptică și cicatrizantă.

În afară de acțiunea bactericidă unele ape minerale (Salsomaggiore) au acțiune bacteriolitică.

Menționăm că principiul litic s'a găsit și în apa râurilor (Arloing, Manoliu, Costin).

S'au făcut studii și asupra biologiei apelor minerale și a nămolurilor din lacuri.

Dufrénoy și Molinéry au studiat rolul foarte important al algelor termofile și sulfurofile din apele dela Luchon.

Menționăm în treacăt acțiunea microbilor în producerea nămolurilor. S'au descris microbi precum *Microspira aestuarii* (Van Delden, Bujor, Tudoranu) *Proteus vulgaris* (Nadson, Tudoranu) și *Actinomicetes* (Nadson) care iau o parte activă în producerea nămolurilor de tip Teckirghiol.

Acțiunea apelor minerale asupra imunității

a) Acțiunea antitoxică.

Billard a arătat că toxina tetanică, mortală pentru cobai, nu mai are niciun efect dacă cobaiul a fost injectat cu 7 zile mai înainte de toxina tetanică cu apă de Bourboule (Choussy Perrière).

Aceleași rezultate s'au obținut cu sulfatul de sparteină (care omoară cobaiul în doza de 7 mgr., la 100 gr. de animal) neutralizată de apele de Bourboule și Mont Dore; cu veninul de șarpe neutralizat de apele de Chatel Guyon; cu toxina difterică neutralizată de apele dela Saint Nectaire; cu toxina ciupercilor neutralizată de apele de Mont Dore și cu colibacilul întrebuințând apele de Bourboule.

Unii autori au căutat să pătrundă în intimitatea procesului apelor minerale asupra toxinelor.

Cunoscându-se afinitatea toxinei tetanice pentru lipoizii țesutului nervos s'a căutat să se explice acțiunea apelor minerale asupra toxinelor. Astfel toxina tetanică, care are o afinitate pentru stearați își pierde această afinitate prin contactul cu apele minerale, din pricină că stearații formează, cu anumiți electroliți ai apelor minerale, săpunuri, împiedicând astfel ca stearați să mai servească de vehicul toxinei tetanice.

Acțiunea apelor minerale se extinde și asupra eliminării a o serie de medicamente toxice.

Astfel e în deobște cunoscut că apele minerale sulfuroase fac o mai mare toleranță pentru tratamentul mercurial.

b) Acțiunea antianafilactică.

Anafilaxia a fost mult studiată, cu multe ape minerale.

Animale sensibilizate printr'o injecție preparantă de ser de cal și apoi tratate 21 zile cu anumite ape minerale, nu mai reproduc șocul anafilactic la injecția deslănțuitoare de ser de cal.

Printre apele minerale studiate care împiedică șocul anafilactic cităm: *în Franța*: Royat, Bourboule, Vichy (Billard, Grellety, Arboing, Vauthey, Dapeyroux, Ferreyrolles, Mougeot); *în Germania*: Ems, Fachinger și Wildunger (Cahn); *în Spania*: Gastona Mondariz, Colda de Allava, Solares, Coreonte (I. Garcia Vinals); *în Belgia*: Spa (Kopaczewski și Henryean); *în România*: Slănicul Moldovei, Olănești, Căciulata (Tudoranu, Daniel, Marbe, Epureanu).

Acțiunea antianafilactică a apelor minerale a fost utilizată cu succes în clinică la o serie de afecțiuni precum: idiosincrasii, urticarii și chiar în diateze (Billard).

Din lipsă de spațiu nu putem inzista așa de mult asupra interpretării acțiunii apelor minerale asupra anafilaxiei.

Cei mai mulți autori au căutat să explice acțiunea antianafilactică a apelor minerale prin modificarea albuminelor străine introduse în organism.

În ultimul timp însă acțiunea desenzibilizantă hidrominerală a fost explicată și prin acțiunea apelor minerale asupra lipoizilor.

Experiențele de retroanafilaxie ne arată că apele minerale modifică proprietățile toxice ale antigenului, de vreme ce animalele desenzibilizate cu ape minerale și apoi injectate cu albastru de metileu reproduc șocul anafilactic.

E vorba poate mai de grabă de o combinație între electroliții apelor și lipoizii membranei celulare, ce pun la adăpost celula de injuriile antigenului.

* * *

Din această expunere succinată și desigur incompletă se poate vedea cât de departe suntem de empirismul de acum câteva decenii și de scepticismul multor medici, cari nu-și puteau închipui cum infinitul de multe zerouri, care precedau cifra substanțelor chimice din ape, puteau să lucreze în terapeutică boalelor.

Astăzi s'a dovedit ce rol imens joacă infinitul mic în biologie!

Numai experiențele de laborator au arătat rolul incontestabil al apelor minerale în lupta de apărare a organismului contra agenților, cu care intră în conflict.

Deși cercetările de până acum nu servesc decât ca o introducere în vastul câmp al patologiei, nu e departe timpul când întregul mister al teraputiciei hidrominerale va fi desvăluit.

UROFORMINE

GOREBEY

COMPRIMÉS 0^g50
AMPOULES 2^{cc} & 5^{cc}

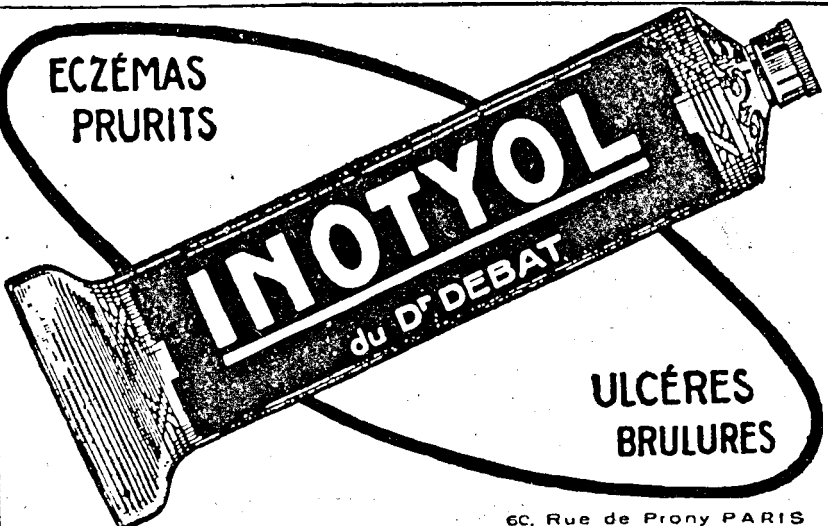
**ANTISEPSIE
GÉNÉRALE**

VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...

Agent pour la Roumanie: Mr R. DUNOD
103, Strada Toamnei. — Bucarest

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ECZÉMAS
PRURITS



INOTYOL

du D^r DEBAT

ULCÈRES
BRULURES

60, Rue de Prony PARIS
REPREZENTANT GENERAL PENTRU ROMANIA: R. DUNOD STRADA TOAMNEI, 103 - BUCUREȘTI

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES

(PARIS)

FERMENTHÉRAPIE LACTIQUE

LE BIOLACTYL

Symbiose de 2 ferments lactiques orientaux.

Se présente sous les formes suivantes :

en COMPRIMÉS (étui aluminium de 60)

Prescrire : 4 à 6 comprimés par jour à prendre avant les repas dans eau sucrée.

en POUDRE (en boîtes de 6 tubes)

Sert à la préparation du lait caillé.

(Technique sur notice)

Utilisé pour pansements gynécologiques et comme „poudre à priser“, (rhinites...).

MEDICATION BILIAIRE

LE BILEYL

Extrait pur et inalterable de bile fraîche de boeuf.
Globules keratinisés doses à 0.20 cgr.

Prescrire : Prendre a la fin des repas 2 à 3 Globules.

OPOTHÉRAPIE

LES ENDOCRISINES

désignent toutes nos poudres organiques obtenues suivant un même procédé, (dessiccation à froid dans le vide).

Dans toute prescription le mot Endocrisines doit donc précéder le nom de la glande :

Ex. :

Prescrire { Cachets
Ampoules } Endocrisine-glande Fournier
Comprimés }

N. B. Tous les dosages sont établis de façon à correspondre à l'administration moyenne de 1 à 2 cachets ou comprimés par jour. Ampoule 1 par jour.

Agent pour la Roumanie RENÉ DUNOD
103, Strada Toamnei — București

II.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNESCĂ ÎN ȚARA

A.—PUBLICAȚIUNI MEDICALE

Archives Roumaines de pathologie experimentale et de microbiologie.

(No. 4 — Décembre 1928).

CORNELIA POPESCO-COMBIESCO: *Recherches sur le rôle des plaquettes sanguines dans l'immunité. La fonction antixémique des plaquettes.*

Autorul face în cursul cercetărilor sale asupra stafilolisinei și imunizării epurilor contra acestei toxine, o serie de cercetări spre a stabili acțiunea litică a plachetelor sanguine a epurilor normale și imunizați și ajunge la concluzia că plachetele epurului sunt susceptibile de a neutraliza acțiunea hemolitică a stafilolisinei, — fie în prezența sau absența serului.

Plachetele epurului imunizat contra globulelor roșii de berbec exercită asupra acestora o acțiune hemolitică (după mai multe spălături), cu condiție de a adăoga la emulsie ser proaspăt. Această putere hemolitică lipsește în plachetele de epure normal.

Plachetele epurelui imunizat contra vibriunii cholerice, puse în contact cu antigen, au o acțiune lytică mai energică asupra vibriunii cholerice și dau naștere fenomenului lui Pfeiffer.

Din cercetările ce le-a făcut autorul, reese că plachetele absorb cantități mari de anticorpi și nu le lasă să difuzeze în mediul ambiant de cât atunci când s'a produs o alterație fizică în structura fizică a acestor elemente. Această proprietate a plachetelor de a absorbi anticorpii, aparține și plachetelor de animal normal când se adaugă în vitro ser cu anticorpi specifici. Deci plachetele pe lângă înglobarea părților solide, joacă rolul de vectori de anticorpi, — pe care-l restituie în mediul ambiant când li s'a alterat structura fizică, de exemplu în contactul fermenților eșiți din leucocite.

În focarele inflamatorii endocapilare (plămân, ficat), anticorpii se găsesc în cantitate mare grație proprietăților plachetelor.

EUGENIE SORU: *Recherches sur le signe de la charge électrique des bacteries et des cellules defensives à l'état normal et dans l'immunité.*

Autorul a studiat modificările potențialului electric al microbilor sensibilizați, adică a microbilor normali puși în contact cu serurile specifice. Pentru aceasta a studiat cu ajutorul cataforezei și a aglutinării cu acizi microbii normali, aglutininele specifice și microbul sensibilizat. S'a servit de *bacili tiphic*, *vibrion-choleric* și *bac. tumefaciens*. Din experiențele făcute, rezultă că: 1) bacteria sensibilizată prezintă un punct izoelectric, ce este aproape la fel cu acel al aglutininei specifice; 2) bacteria sensibilizată are o viteză de transport a electricității mai mare ca bacteria normală; 3) punctul izoelectric al aglutininelor diferă după cum această aglutinină se găsește sau nu în prezența proteinelor serului; 4) *zona de aglutinare* prin acizi este deplasată către aceia a aglutininelor debarasate de proteinele serului; 5) plachetele unui animal imunizat cât și plachetele normale puse în contact cu serul aglutinant, suferă o deplasare a punctului lor izoelectric; 6) aglutinina fixată prin plachetele unui animal imunizat sau normal, poate fi liberată când o supunem la pH cuprinși în zona de flocluație prin acizi. Deci fenomenul de sensibilizare are loc la pH la care bacteria și aglutinina au o încărcare electrică la fel. Pare deci că aglutinina să fie absorbită de microbi, cărora le cedează o parte din proprietățile fizico-chimice.

G. MARINESCO: *Nouvelles recherches sur les plaques séniles.*

Autorul studiază structura plăcilor senile în 2 cazuri, la o femeie de 90 ani, ce moare în urma unei hemoragii cerebrale și la o femeie de 45 ani, atinsă de polynevrită și tulburări psihice ce explică plăcile senile din creier. Primul fenomen care caracteriză plăcile, sunt apariția în parenchimul nervos, aproape de celulele nervoase și vase de mici flocoane, bastonașe izolate, formând mase stelate sau rotunde, de culoare neagră sau brună, pe piese impregnate cu nitrat de argint. Autorul distinge 3 feluri de plăci senile: 1) plăci amicroglice ce sunt aceluare, bacilare, în filamente dispuse ca o rețea și nu au relația cu microglia; 2) plăci formate prin filamente tumefiate și ramificate de microglie, celulele microglice ce formează aceste plăci, conțin lipoizi în interior; 3) forma ce reprezintă faza adultă a plăcilor unde vedem evoluția microliei și formația nucleului central care e constituit în mare parte de celule microglice ajunse în stadiu amiboid și încărcate de lipoizi. Marinescu crede că este vorba de o degenerescență analogă cu amyloidul.

Autorul este isbit de particulele argentofile și de picăturile de lipoizi din celulele microglice din plăci. După autor plăcile senile sunt datorate precipitării unei substanțe argentofile din cauza unui desechilibru coloidal, care se exercită asupra celulelor microgliciei, care suferă în procesul fagocitozei o serie de transformări asemănătoare degenerescenței amyloide, formând nucleul plăcii senile și rezultând din alterarea celulelor de microglie. Nevroglia nu ia parte la formarea plăcilor, dar suferă un proces de hipertrofie a prelungirilor ce înconjoară placa.

I. CIUREA: *Rossicotrema Donicum skrjabin et Lindtrop et sa métacercuire.*

Autorul face un istoric al acestui trematod găsit în Rusia, în intestinul câinilor. Autorul l'a găsit în intestinul câinilor nutriți experimental cu pește, — cu perca fluviatilis. Studiază evoluția și frecvența acestui parazit în regiunea Danubiană. Autorul bazându-se pe cercetările făcute asupra evoluției *Rossicotrema Donicum*, crede că metarcercariul acestui trematod nu pătrunde în mucoasa intestinală pentru a-și face o parte din evoluția sa ca metarcercariul lui *Metagonimus yokogawai*, *Metagonimus romanicus*. Deci nu produce turburări grave intestinale ca acei trematozi ce își face evoluția în mucoasa intestinală.

M. NASTA: *Recherches sur le mécanisme de l'immunité dans la tuberculose.*

Manifestația simultană a stărei de imunitate și a fenomenelor alergice de hipersensibilitate, este atât de frecventă, că s'a considerat starea de imunitate a unui animal după intensitatea fenomenelor alergice. În starea actuală a cunoștințelor, manifestația alergiei tuberculoase (reacția la tuberculină, reacția la supra-infecție, fenomenul local de reinfecție (fen. lui Koch), trebuie să fie considerate ca mător al infecției și nici de cum ca expresia imunității. Autorul și-a propus de a studia reinfecția tuberculoasă cu doze mici de bacili, și a urmărit diferitele modalități ale reacției la reinfecții și a imunității în stadiul precoce, în primele zile ale infecției. Apoi a variat doza, calea și natura primei infecțiuni.

Face experiențe pe 11 serii de cobai. A reproduș apoi sub formă de grafică, fluctuațiile perioadei inițiale de imunizare. Rezultă din experiențele făcute că: 1) Infecția tuberculoasă determină în organismul cobaiului, modificări care în timpul reinfecției cu bacili, se manifestă printr'o accelerare a reacției la reinfecție, care ia un caracter inflamator acut, cu o tendință la necroză și escară, — altele se manifestă printr'o toleranță progresivă la acțiunea bacililor și printr'o tendință de a opri progresul infecției în organism. 2) Aceste două ordine de modificări evoluează paralel, reacția la infecție este când întârziată, când accelerată. 3) La cobai infectați cu bacili virulenți, reacția de hipersensibilitate, maschează reacția la infecție. 4) La animalul vaccinat, hipersensibilitatea s'a atenuat, animalul reacționează la reinfecțiuni cu o reacție întârziată, pe când rezistența este mărită la reinfecțiuni. 5) A mai constat: persistența imunității după dispariția reactivității alergice de hipersensibilitate la reinfecțiuni. 6) Deci hipersensibilitatea și imunitatea sunt stări distincte și în nici un caz imunitatea nu poate varia după existența și intensitatea stărei de hipersensibilitate.

M. CIUCA, L. BALIF et M. VIERU: *Etudes sur l'immunité dans le paludisme.*

Fac o serie de cercetări experimentale în infecția malarică la 297 bolnavi alienați și ajung la concluzia că într'o țară unde

malaria este endemică ca la noi, se găsește un procent mare de indivizi care prezintă o imunitate față de infecția experimentală de terță benignă.

Toți indivizii rezistenți nu prezintă simptomele unei infecții cronice. Indivizii ce au imunitatea față de terță benignă posedă deasemenea rezistență față de febra quartă și pot fi sensibili pentru tropică. Nu există imunitate încrucișată pentru trei tipuri de paraziți.

D-1 R. Hirsch

ARHIVELE COLENTINEI

No. 1—1928

1) TH. MIRONESCU: *Seroterapia în scarlatină*. În acest articol, autorul pune la punct chestiunea seroterapiei și face o comparație între eficacitatea diferitelor seruri, (convalescent, antidiferic, anti-streptococic etc.), întrebuițate.

Pentru prima oară în România, la 1920, Mironescu face tratam. scarlatinei cu ser convalescent. Deși serul de convalescent nu este specific; deoarece eficacitatea lui pare a fi datorită Șocului proteic, totuși acțiunea lui este mai promptă și mai sigură.

Serul de lapte, preparat după o tehnică specială și recoltat dela o femeie în convalescență de scarlatină, are aceeași valoare terapeutică a serului sanguin de convalescent. Aceste argumente sunt în favoarea teoriei admise mai de mult de autor, după care serul de convalescent își datorește eficacitatea unei *puteri anti-toxice specifice*. Serul se recoltează 4 săptămâni după căderea febrei și se injectează zilnic intramuscular (20—30 cmc.), sau pe cale intravenoasă în mod excepțional, când *sindromul malign al lui Hutinel*, s'a constituit.

Trei zile consecutiv făcute injecțiunile, sunt suficiente ca temperatura să cadă, agitația să dispară și starea generală să se amelioreze.

Seroterapia în *complicațiunile scarlatinoase* nu dă nici un rezultat.

2) TH. MIRONESCU: *Considerațiuni asupra două cazuri de purpura: a) purpura exantematică cu crize abdominale; b) Purpura fulminans cu leziuni în ganglionii spinali*.

Interesul primului caz îl face faptul apariției unor *crize abdominale violente*, înaintea manifestării purpurei și durerilor abdominale.

În al II-lea caz existența leziunilor în ganglionii spinali pune întrebarea ce rol ar juca s. nervos în patogenia purpurei.

3) TH. MIRONESCU: *Bronșita sanglantă (Castellani), cu erupție cutanată*.

Boala a fost descrisă pentru prima oară de Castellani, la

1904 și observată la un indigen din Ceylan. La microscop se văd numeroși *spirocheți* cari sunt cu atât mai abundenți cu cât expectorația este mai sanguinolentă. La 1915, a fost semnalată în Europa de către *Galli Valerio*. Cazul expus se deosebește de aspectul clasic al bronșitei sanglante prin faptul că se însoțea de o *erupție lenticulară* diseminată pe corp și membre; bolnavul este febril, are jenă toracică, tusă și expectorație sanguinolentă în care furnică *numeroși spirocheți și bacili fusiformi*. Cu neosalvarsan se amendează simptomele și dispăre exantemul; se pare că acest exantem este produs de o rasă de spirocheți cari fac tranziția clinică între spirochetoza bronchialis și spirochetoza ictero-hemoragică.

4) TH. MIRONESCU: *Tratamentul Eryzipelului; considerațiuni generale.*

În această maladie care de multe ori se vindecă dela sine ca și cum ar fi vorba de o anafilaxie ce se termină brusc, tratamentul este mult discutat.

Autorul face studiu comparativ între diferitele tratamente întrebuințate și ajunge la concluzia că *vaccinul specific* (izolat dela un abces eryzipelatos) administrat intradermic și *tratam. local* (Tra-Jodi, ol. camforat și Ictiol în părți egale), în care compresele cu soluție boricată nu lipsesc, dau rezultatele cele mai bune.

Acțiunea serurilor antistreptococice este mult inferioară, pe lângă desavantagiul maladii serice, pe care o pot provoca.

Proteinoterapia (autohemo, Aolan, Omnadin etc.), dau uneori rezultate satisfăcătoare. Din cauză că *vaccinul specific* nu prezintă totdeauna o valoare egală, autorul în majoritatea cazurilor întrebuințează în serviciu *tratam. local* (sol. iod-camfor-ichtiol, plus comprese, acid boric), asociat cu autohemoterapia.

5) TH. MIRONESCU și N. NICOLICESCU: *Turburările funcției glicoregulatorie în cursul maladiilor infecțioase.*

6) G. ENESCU: *Streptothrix în Variola hemoragică.*

În câteva cazuri de Variolă hemoragică, prin însămânțări făcute din organe, autorul a putut obține o cultură pură de streptothrix; de aci credința că acest microb ar juca un rol în patogenia acestei V. hemoragice.

D-r I. Vasilescu

BUCUREȘTI MEDICAL

No. 1-2-1929.

PROF. WAGNER VON JAUREGG: *Tratamentul modern al tabesului.*

Autorul stabilește că durerile lancinante ale tabesului nu sunt expresiunea unui proces sifilitic activ în sist. nervos central. Printre metodele nespecifice, malaria este cea mai eficace și trebuie apli-

cată în toate cazurile, unde tratamentul specific prin As. și Bis. n'a dat rezultatele obicinuite.

Examenul L. C. R. are o semnificație deosebită; cazurile unde nu s'a obținut o ameliorare a l. c. v. fiind susceptibile de recidivă.

Bolnavii cu L. C. R. pozitiv, în timpul perioadei de sifilis latent sunt amenințați de tabes și P. G. P. Aceste cazuri sunt bine influențate de tratament și trebuie să se facă *malariaoterapia preventivă*.

În timpul crizelor dureroase, bolnavii trebuie să evite morfina, limitându-se la simple antinevralgice.

Prof. H. GOUGEROT: *Gravele erori de diagnostic în dermatologie.*

Dr. L. STROMINGER: *Câteva considerațiuni asupra formelor clinice ale colibacilozei urinare.*

Autorul inzistă asupra sindromului enterorenal al lui Heitz-Boyer și asupra consecințelor clinice și terapeutice. Face un studiu amănunțit asupra căilor de propagare a colibacilozei, *calea sanguină*, părând a fi cea mai frecventă; articolul se ocupă și cu diversele localizări clinice ale colibacilozei.

Dr. ER. STERIAN: *Despre serurile antivirul.*

Dr. AUR. ABRAMOVICI: *Cercetări Clinice asupra lui Neo-Mesarca Roche 914.* Cluj / Central University Library Cluj

Acest medicament e dotat cu eficacitate identică cu a neosalvarsanului; este indicat în tratamentul de asalt (4,50—5 gr. pe serie), cât și în cel de întreținere (3,50—4 gr. când se asociază cu seruri de Bi. sau Hg.).

No. 3—1929

Prof. H. FINSTERER: *Rezultatele operațiunilor abdominale la pacienții în vârstă înaintată.*

Se poate executa astăzi la bolnavii în vârstă, operațiuni abdominale sub anestezie locală; pe 1285 operați F. nu a avut decât un singur caz mortal de pneumonie.

Dr. D. EM. PAULIAN: *Malario-terapia în afecțiunile sifilitice ale sistemului nervos.*

Pare a fi terapia cea mai selectă și prin care trebuie să începem tratam. sifilisului nervos. Într'un interval de 4 ani, pe un număr de 306 bolnavi, calea de alegere a fost cea intra-venoasă.

Terța este preferabilă; în caz de malarie întreruptă reactivarea se face cu vaccinuri.

D-ri L. STROMINGER și I. MIHALOVICI: *Un caz de polipi ai uretrei anterioare.*

Observațiunea publicată este interesantă prin sediul formațiunei

și prin diversitatea ei. La acest bolnav s'a găsit un *polip în regiunea bulbară* și un papilom în $\frac{1}{3}$ ant. a uretei.

Trei ședințe de galvano-cauterizare la 8—12 zile interval au adus vindecarea.

No. 4—1929

Prof. Dr. A BOECKEL: *Asupra 6 cazuri de cancer infiltrat al vezicii, tratate prin scânteere cu vezica deschisă.*

Cancerul vezicii este unul dintre cele mai grave și când avem ocazie să facem o cystectomie parțială, rezultatele nu sunt prea bune. În cazurile de cancer infiltrat tratamentul paliativ cel mai indicat pare a fi *etincelajul cu vezica deschisă.*

Pe 6 cazuri autorul a obținut rezultate frumoase, durerea și hemoragiile abundente dispărând aproape complet. Chiar supraviețuirea bolnavilor a fost ceva mai lungă decât după oricare intervențiuni chirurgicale.

D-r I. Vasilescu

CLINICA

No. 2 Martie — Aprilie 1929

MAURICE VILLARET: *Crenoterapie des maladies du foie et des voies biliaires.*

Insistă în acest articol asupra indicațiilor clinice principale ale apei cu sare bicarbonato-sodice ce dau rezultate bune în congestia hepatică, scleroze hepatice, insuficiența funcțională a ficatului, infecțiile căilor biliare, lithiaza biliară și diferitele complicațiuni.

Deasemenea paludeanii cu hepatomegalii beneficiază de acest tratament. Vichy este stațiunea unde se poate combina terapeuica hidrominerală a afecțiunilor ficatului și tubului digestiv. La Chatel-Guyon se vor trimite entericii motori și retenționiști și diareiciji cu răsunet hepatic. La Brides hepaticii obeși, constipații cronici găesc ape sulfatate mixte și clorurate-sulfatate. Turburările dispeptice hepato-biliare se ameliorează la Boulou, Pougues, Sermaise, la Vals. Hepaticii cu insuficiență biliară și constipații se vor trimite la Vittel. Iar la Plombière se vor ameliora bolnavii cu o iritație a plexului solar.

Apa se va administra în doze fracționate și se va da bolnavilor în poziție culcată.

Prof. I. NANU-MUSCEL și E. LAZEANU: *Un caz de kist hidatic al ficatului deschis în bronșii.*

Comunică observația unui bolnav cu kist hydatidic la care primul examen radiologic nu a fost destul de caracteristic pentru a susține diagnosticul de kist hydatidic supurat. Constatarea ulterioară a membranelor hydatice, precum și prezența cârligelor și a

scolexilor în expectorația bolnavului au permis stabilirea și precizarea diagnosticului de kist hydatid supurat. La a doua radiografie s'a putut constata organizarea procesului de scleroză-cicatricială la nivelul bazei drepte, corespunzătoare kistului.

M. M. ETIENNE CHABROL ET MAURICE MAXIMIN: *Le traitement des ictères par les injections intraveineuses de sels biliaries.*

După autori sărurile biliare au o acțiune colagogă, bactericidă și pot realiza fenomenul de șoc, — fapt ce a determinat pe autori a întrebuița glicotaurocolatul de sodiu pe cale intravenoasă, în tratamentul icterului acut. La o bolnavă operată căruia i s'a făcut colecistectomie și coledocotomie, autorii au urmărit efectul colagogilor. Sub influența injecțiilor venoase de săruri biliare, autorii au constatat mărirea excreției biliare, dispariția febrei și a icterului, atenuarea fenomenelor de angiocolită.

Conf. D-r TR. NASTA și D-r ALEX. BORCESCU: *Administrarea rațională a colagogelor în diversele afecțiuni ale ficatului și veziculi biliare.*

Făcând o serie de cercetări asupra medicamentelor colagoge care influențează asupra excreției biliare, dau o serie de indicații asupra clasificății lor și indicațiile terapeutice.

Le împarte din punct de vedere al acțiunii lor asupra veziculi biliare: cholecisto-kinetice, cholecisto-relaxatoare și substanțe fără acțiune asupra veziculi biliare, iar din punct de vedere al acțiunii biliare: colagoge, substanțe inactive asupra acțiunii biliare și substanțe cholo-fluidifiante.

Docteur L. de GENNES: *La conception actuelle de l'uremie.*

Termenul de uremie constituie un sindrom în care insuficiența renală și tulburările retenției azotate, la alți bolnavi predomină edemele periferice și profunde, la alții hipertensiunea. Retenția azotată se afirmă prin creșterea ureei în sânge de la 0,50—3 gr.⁰/₁₀₀ Oboseală, dureri de cap, inapetență, sunt primele simptome ale azotemiei. Uneori adevărate psihoze cu caracter depresiv. Apoi vărsături, diaree, comă. Retinita și pericardită e de un pronostic grav la un azotemic. Anemia și hipotermia sunt două simptome ce nu lipsesc în azotemie.

Retenția clorurilor se observă în nefritele cu edeme mari, dar și la indivizi a căror tegumente nu sunt edemațiate. Fenomenele nervoase, convulsive, predomină în această uremie. Cefalee de tip cortical, amauroză uneori însoțesc convulsiile.

Accidentele respiratorii, palpitațiile, dispnea de efort se observă la hipertensivi. Cefalee, ictus pasager, pierderea cunoștinței preced accidentele grave ale uremiei. Uneori se observă paralizii fugace, mobile la uremici. S'a discutat la origina azotemiei ca o retenție a azolului rezidual și creatinemiei, — dar numai mărirea ureei este baza solidă pe care ne putem baza.

Dezechilibrul acid baza ar fi cauza edemelor, — Blum susține că

ionul sodiu este responsabil de retenția clorurată. În uremie clorure mică regimul declorurat și diureticele transformă mult bolnavii. La hipertensivi: regim ușor fără carne, și tonice cardiace.

D-r HENRY WALTER: *Comment étudier la valeur fonctionnelle du foie. L'épreuve du rose bengale.*

Autorul cercetează funcția biliară prin dozajul cholemiei și funcția cromagogă cu ajutorul probei cu roz bengal, — aceste 2 probe ar constitui *test de bază* suficiente în practică pentru explorarea ficatului. Technica cere: o scară colorimetrică și un bloc comparator. Tensiunile joase sunt o contra-indicație pentru aplicarea probei cu roz bengal. Când organismul reține mai puțin de 3 mm.gr. R. B. la litru, proba este negativă. Cu cât reține mai mult peste 3 mm.gr. R. B. la litru, cu atât leziunea hepatică este mai mare. când se compară cantitățile de R. B. cu gradul de cholemie, se pot deduce rezultate mai importante privitoare la insuficiența hepatică.

I. DANIEL: *Tulburările aparatului digestiv în maladiile de nutriție.*

Autorul voește a arăta că tulburările digestive preced în majoritatea cazurilor boalele de nutriție. Cunoașterea lor ne permite instituirea unui tratament care se confundă cu al boalei în care apar. Momentul constituțional, factorul endogen influențează schimburile și funcțiunile organismului întreg, iar factorul exogen ar reprezenta starea de inadăptare a organismului la un mod de alimentație. Terapeutica acestor tulburări digestive este cauzală.

D-r R. Hirsch

CLUJUL MEDICAL

(No. 2 Februarie 1929)

1) Prof. D-r I. MINEA: *Asupra factorilor extrinseci ai regenerării nervoase.*

După ce definește noțiunea factorilor extrinseci, autorul expune fapte clinice care demonstrează rolul tyroidei în unele polinevrite și fapte experimentale cari arată rolul acestei glande în *biotonusul* striat, precum și posibilitatea de a mări neurotropismul fibrelor nervoase periferice neoformate.

2) D-r V. PAPILIAN și D-na MARIETA JIANU: *Influența sist. vegetativ în mecanismul glycemiei provocate.*

Prin studii experimentale la câine, autorii trag concluzia că amândouă sist. vegetative intervin în apariția glicemiei provocate (adrenalinică și pilocarpinică).

3) D-r TH. HRYNTSCHAK: *Intervențiunile de urgență în retenția urinară acută.*

După definiția syndrom. retenția urinară acută și enumerarea cauzelor în raport cu etatea bolnavului, autorul indică procedeele

operatorii ce le vom uzita după cazuri și variabile cu vârsta pacientului.

4) Dr. ALEMAN și Dr. SARRU: *Influența mediului buco-dentar asupra stărei generale.*

În acest articol de ansamblu, se remarcă observațiunile personale de adenopatie cervicală, diplopie și irită acută, de origine dentară.

5) Dr. POPOVICI TRAIAN: *Considerațiuni asupra operațiunei Doppler:*

E vorba de cauterizarea simpaticului la nivelul vaselor spermatiche. Acest procedeu de excludere chimică e cunoscut sub numele de „*Sympatectomie caustică*” și se execută prin badijonare cu Sol. Fenol 7% a vaselor spermatiche prealabil descoperite și izolate. A fost întrebuițată pe 7 pacienți cu demență precoce și alte psichoze.

S'a remarcat o ușoară ameliorare și stimulare generală, din cauza hiperfuncțiunei glandelor genitale, care se măresc sensibil de volum pentru scurt timp.

6) Dr. NICOARA-REGHIN: *Contribuțiuni la studiul chistelor hydatice ale splinei.*

Se publică cazul din cauza localizării relativ rare a chistului în splină. În observația autorului avea dimensiunile unui cap de făt și după splenectomie vindecarea a fost definitivă.

7) Dr. N. LENGYEL: *Considerațiuni asupra uretritelor negonoreice și tratam. lor.*

Se insistă asupra simptomatologiei acestor uretrite, clasându-le după etiologie în 5 grupe. Procedeele terapeutice se expun în linii generale.

No. 3 Martie 1929

1) Dr. I. DANIELLO: *Asupra pneumotoracelui terapeutic bilateral bazat pe 5 observațiuni personale.*

În relație cu cele 5 observațiuni, autorul tratează în ansamblu problema pneumotoraxului bilateral, simultan sau alternant.

2) Dr. CONRADI și L. POPP: *Considerațiuni critice asupra valorii reacției lui Prunell, comparată cu Bordet—Wassermann, Sachs-Georgi și Müller.*

Este o metodă specifică, rapidă și de observațiune ușoară. Inferioritatea ei în comparație cu celelalte metode, stă în aceea că nu se poate aplica și L. C. R. Nu este o serohemofloculație căci reacția se bazează pe o simplă hemoliză.

D3) Dr. I. GAVRILA: *Un caz de mixoedem la adult, tratat prin tyroxina Schering.*

S'au obținut excelente rezultate cu administrarea tabletelor tyroxină, timp de 2 ani, infiltrația oedematoasă dispărând, intelțul înviorându-se și metabolismul bazal s'a ridicat:

4) Dr. C. BERARIU: *Astmosedina în tratam. astmului bronchial în 3 cazuri de astm de gravitate diferite.*

Este un preparat injectabil subcutan, compus din părți egale de sol. adrenalină $10/00$ și extr. lob. posterior de hyhofiză. S'a obținut satisfăcătoare rezultate în primele 2 cazuri. În cel de al III. care, era de gravitate mai accentuată, accesele au dispărut la administrarea *Astmosedinei*, dar au reapărut imediat la încetarea ei.

5) Dr. M. HALIȚA și I. GAVRILA: *Acțiunea apei minerale Sângioriu-Băi asupra secreției urinare.*

Concluziuni: a) Diureza globală în 24 ore e mai redusă cu apa minerală decât cu apa simplă.

b) Apa minerală mărește concentrarea urinară, eliminarea clozurilor, ureei și acidului uric.

c) Administrată mai mult timp ar provoca o diureză abundentă.

6) Dr. DOMINIC STANCA: *Ambulatoriul policlinic ca organ special pentru combaterea maladiilor sociale.*

Scopul acestor amulatorii este de a constitui centru de luptă contra maladiilor sociale: tuberculoză, maladii veneriene și mortalitate infantilă. Prin noua organizare, prostituția fiind o problemă de igienă socială, regulamentul și supravegherea ei va fi unul din punctele principale de activitate a acestor instituții.

BCU Cluj / Cluj University Library Cluj

No. 5 — 1929

Prof. I. MINEA: *O formă pseudo-polinevritică a sclerozei în plăci.*

La autopsie în afară de leziunile medulare tipice de scl. în plăci s'au găsit alterațiuni ale nervilor periferici și ganglionilor spinali.

Aceste leziuni polinevritice probabil că sunt produse chiar de presupusul virus al sclerozei în plăci, nu sunt expresiunea unui agent patogen asociat.

Prof. TITU VASILIU și Dr. R. POPA: *Considerațiuni asupra lymfogramulomatozei intestinale.*

E vorba de un caz excepțional de rar de limfogramulomatoză *exclusiv intestinală*, la microscop având mare asemănare cu leziunile de tbc. intestinală.

Prof. HAȚIEGANU și Dr. DANCICO: *Un nou simptom „semnul hepatobiliar” în distomiaza hepatică la om.*

Semnul constă în faptul că la examenul sucului duodenal, fără excepție acesta se prezintă de o culoare (zeamă de prună) și după extracție formează un depozit aproape negru.

La microscop se găsesc hematii, leucocite, cristale Charcot-Leyden, dar mai ales ouă de *fasciola hepatică*. Bacteriologic: stafilococi și streptococi.

Cervicale de origină dentară, diplopii, și irită acută prin propagarea infecției (continuitate și contiguitate) dela mediul buco-dentar.

Dr. POPOVICI TR.: *Considerațiuni asupra operației lui Doppler.*
Prof. V. PAPILIAN și Dr. I. RUSSU: *Rolul simpaticului cervical în mecanismul ritmului respirator.*

Pe experiențe practicate pe animale, autorii pun în evidență existența firișoarelor nervoase, cari plecând din gangl. cervic. superior se duc la faringe, esofag și trachee; secțiunea lor provoacă același efect ca smulgerea ganglionilor.

Prof. I. DRAGOI și Prof. I. NIȚESCU: *Aspectul histologic al plămânilor în diabetul experimental.*

Prof. D. NEGRU și Dr. E. GRAUR: *Enchondrome multiple ale mâinei.*

Radiologic se caracterizează prin transparența tumorii, delimitare netă, multiplicitate și aspectul normal al osului în rest.

Tratam. radioterapic fără rezultat.

Prof. I. NIȚESCU și Dr. BENETATO: *Secreția internă a pancreasului și lipodierea pulmonară.*

Atât în vivo cât și în vitro, pulmonii manifestă o activitate lipodieretică și cholesterolitică notabilă.

După exeresse pancreasului, *in vivo*, lipodierea și cholesterolysa au dispărut complet; *in vitro* se remarcă o profundă diminuare.

Administrarea insulinei în injecțiuni, restabilește activitatea pulmonului asupra grăsimilor și cholesterinei.

Ca concluzie putem spune că dacă pulmonul joacă un rol în *catabolismul* grăsimilor, rolul indispensabil însă revine pancreasului endocrin.

Prof. I. GUIART: *Ciuma și birourile sănătăței.*

Dr. N. ONACA: *Un caz de endocardită vegetantă a sygmoidelor pulmonare în cursul unei septicemii streptococice.*

Localizarea atât de neobicinuită a infecțiunei pe valvulele sigmoide se explică în cazul de față prin *scleroza pulmonară* și, *hypertensiunea în mica circulație*, cari au contribuit să micșoreze rezistența endocardului la acest nivel.

Dr. HANGANUȚ: *Considerațiuni radiologice în stenoza duodenală.*

Dr. S. JOHN și Dr. MESTER: *Contribuțiuni la studiul acelor înghițite.*

Se recomandă control radiologic și supraveghere atentă, pentru că de cele mai multe ori acele se elimină spontan. Insistă asupra dificultăților tehnice când trebuie să le ridicăm prin gastrostomie.

Dr. LUPU: *Tratam. varicelor prin injecțiuni flebosclerozante practicate în Clinica Chirurg. Cluj.*

Inj. flebo-sclerozante cu Salicilat de Sodiu, prezintă cele mai mari avantagii pentru pacient și pentru medic.

Studiul s'a făcut pe 100 cazuri și rezultatele fiind din cele mai bune se recomandă metoda cu căldură.

Dr. AXENTE IANCU: *Situația copiilor părăsiți după noua legislație, pentru reorganizarea asistenței infantile.*

Dr. GH. POPOVICI: *Contribuțiuni la acțiunea băilor de Sovata. Efectul băilor cloruro-sodice și carbo-gazoase asupra Ca. și Ph. Sanguin.*

Dr. IULIU ORIENT: *Chimia farmaceutică în timpul războiului.*

Dr. L. KOLESZAR: *Turburările echilibrului acido-bazic în organism în raport cu afecțiunile chirurgicale.*

D-r I. Vasilescu.

REVISTA MEDICO-CHIRURGICALĂ DIN IAȘI

No. 1 Ianuarie și Februarie 1929

Prof. D-r GR. POPA: *Normă și variante anatomice.*

Normă în biologie fiind dispoziția procentuală cea mai frecventă, ătorul emite părerea ca toate institutele de anatomie să aibe normele sale care comparate cu ale altor institute să servească ca punct de plecare, de tipuri ideale, de conformații și să se între-vadă legile variațiilor morfologice, — se vor putea stabili tendin-țele evolutive ale unui organism pe cale de progres.

D-r EUGEN LUCINESCU și D-rd EM. IONESCU: *Câteva va-riante anatomice găsite în sala de disecție a institutului de ana-tomie din Iași.*

Găsesc un radial accesoriu, terminându-se în grosimea scur-tului abductor. Apoi găsesc marele sciatic de două ori pe 10 ca-davre, divizat la nivelul basinului. La un cadavru au găsit două vene femorale până la $\frac{1}{3}$ superioară a coapsei. Mai găsesc divi-ziunea prematură a arterei humerale, și la altul două vene satelite poplitee independente de vena principală.

Prin aceste comunicări a cazurilor rare de variante anatomi-ce, institutul de anatomie va avea norma cea mai frecventă.

D-r M. NASTA: *Contribuțiuni la problema terenului în tuber-culoză, importanța grupelor sanguine.*

Autorul caută să stabilească raportul între structura sanguină a indivizilor și predispoziția lor la tuberculoză și gradul de evoluție a bolei și găsește prin bolnavii cu forme de tuberculoză avansată prin extensiunea lor, sau grave prin evoluție, un mai mare procent de indivizi din grupul A. Iar la bolnavii cu forme puțin întinse, proporția indivizilor este identică cu aceia a indivizilor normali. Aceasta nu înseamnă că numai de cât aglutinogenul A este un factor predispozant la tuberculoză. Probabil și proprietățile umo-rale, celulare, hormone etc. să intervină în această predispoziție la structura sanguină și tuberculoză.

tuberculoză. Ar trebui să se cunoască mai bine legătura între

D-r FRANCHE și T. BURGHELE: *Un caz de peritonită difuză datorită perforației ansei sigmoide prin os de pește.*

Comunică observația unui bolnav care prezintă interes, dat fiind raritatea sa, — e vorba de un bolnav ce intră în spital cu fenomene de ocluzie intestinală și peritonită. La operație se găsește în fosa iliacă stângă un os de pește ce ese prin ansa sigmoidă și o peritonită difuză. Se face drenaj Miculici, și bolnavul se vindecă. Intervenția precoce în perforația intestinului dă posibilitatea vindecărei.

Dr. C. DIACA: *Chist hydatic supurat al ficatului deschis în căile biliare, icter peritonită.*

Comunicarea pe care o face autorul, arată și mai mult cât de prețios este diagnosticul timpuriu al kistelor hydatice când intervenția chirurgicală ar putea salva bolnavul.

Bolnavul prezenta colici hepatice, icter intens și o reacție peritoneală intensă, ceiace face imposibile orice intervenție. La necropsie se găsește un kist hydatic supurat deschis în căile biliare. Infecția a fost ascendentă de la intestin, după ce kistul s'a deschis în căile biliare.

D-r FRANCHE și D-rd T. BURGHELE: *Plagă vasculară uscată în practica civilă.*

Autorii aduc observația unui bolnav care în urma unui accident are fracturi multiple a humerusului, complicată de o plagă vasculară uscată.

D-r DUMITRU LAZARESCU și D-r EUGENIA LAZARESCU: *Asupra rachianesteziei urmată de paraliziiile nervilor oculari.*

Comunică cinci cazuri de paralizia ochului motor extern, după rachistovaină; pe un număr de 5929 rachiantezii, cinci cazuri înseamnă 1:1187. Au apărut a 4—30 zi de la puncția lombară, — au fost unilaterale, Probabil sunt datorite unei lepto-meningite congestive după Terrien. Ele dispar singure și fără tratament.

D-r E. LAZARESCU și E. POPESCU: *Rezumat statistic asupra 172 cazuri de cheratită interstițială, internate în clinica boalelor de ochi din Iași, 1918—1928.*

Dr. DAN THEODORESCU și Dr. R. VINTICI: *Flegmonul perinefretic de origine renală.*

Cu ocazia a 5 cazuri observate în clinica Prof. Marion, autorii fac o punere la punct a acestei chestiuni și arată că în majoritatea cazurilor evoluția nu este benignă, fiind nevoie de *nefrectomie* secundară.

D-r R. Hirsch

S P I T A L U L

No. 4 din 1929

Prof. Dr. MANICATIDE și Dr. ZAVERGIU-THEODORU: *Rezerva alcalină la copii tuberculoși.*

După ce au determinat R. A. la 10 copii normali, autorii au studiat variațiile acestei rezerve la 70 copii tuberculoși, după metoda lui Van Slyke.

În general ei au găsit R. A. diminueată la cazurile grave de tbc. pulmonară, în câteva cazuri de adenopatii tracheo-bronșice și mai puțin diminuată în tbc. chirurgicale.

R. A. a fost găsită normală la tbc. incipientă.

Dr. TH. VASILIU: *Moarte prin electro-cuțiune la un tymphatic.*

Dr. D. GRIGORESCU și D. O. VASILIU: *Myoclonii faciale și tremurături de tip parkinsonian de natură hysterică.*

Cu ocazia a 2 cazuri de hysterie, care prezintau myoclonii faciale și tremurături parkinsoniene analoge simptomelor extrapiramidale, autorii ajung la concluzia că fenomenele hysterică recunosc drept cauză o liberare trecătoare a centrilor subcorticali de sub influența inhibitoare normală a scoarței cerebrale.

No. 5 din 1929

POENARU CAPLESCU: *Durerea în clinică și reflexul faringian.*

Deși durerea domină patologia, totuși uneori absența ei poate să falsifice un diagnostic. Cu numeroase exemple din practica domniei-sale, autorul arată câteva cazuri de apendicite grave, operate la timp, deși elementul durere lipsea. Sfătuște ca întotdeauna să căutăm și reflexul faringian și când acesta este abolit noi nu vom mai conta pe durere.

D-r DEM.-PAULIAN și D-r I. BISTRICEANU: *Ionoterapia electrică transcerebrală cu Clorur Ca (Sol. 1—2%) în tratam. syndrom. hemiplegice.*

Autorii expun rezultatele metodei lui Bourgnignon, pe 5 cazuri personale, unde efectele terapeutice au fost mulțumitoare.

Dr. STATE DRAGANESCU, D-șoara FL. DUMITRIU și D. VASILIU: *Parapareză în cursul unei scolioze coexistând cu maldia lui Reklinghausen.*

În acest articol se discută hypoteza unei parapareze prin comprimarea măduvei dorsale de discurile vertebrale deformată. Injecția cu lipiodol subarahnoidian, va lămuri în mare măsură diagnoza.

D-r P. ȘARAGEA și EVOLCEANU R.: *Hypotensiunea arterială în Tbc. pulmonară.*

În majoritatea cazurilor bacilarii sunt hypotensivi, aceasta fiind determinată de gravitatea leziunilor, febra hysterică și starea de

cachexie organică. Când găsim și cazuri de hipertensiune, este vorba de o *formă scleroasă*, relativ benignă și cu tendință la hemoptizii.

Dr. MĂRZA și C. VASILIU: *Acțiunea hypotensivă a insulinei.*

Această acțiune a insulinei s'ar datorii unei substanțe asemănătoare *Cholinei*; după prima injecție insulina stimulează aparatul Cholinogen, producând hypotensiunea observată în aceste circumstanțe.

D-r O. MILIAN: *Serul de convalescent în profilaxia scarlatinei.*

Expune 2 cazuri în care cu toată seroterapia (20 cmc.), intramusculară, administrată preventiv, pacienții au făcut scarlatina, unul o formă benignă, iar altul o formă severă.

Dr. C. BRATESCU: *Vaccinarea antidiđerică prin anatoxina Ramon.*

Anatoxina aplicată tuturor acelor care aveau *Schick pozitiv*, în injecțiuni subcutane (0,5, 1 cc., 1,5 cc.), la interval de 15—20 zile, este capabilă să confere o imunitate durabilă, care prezervă colectivitatea contra epidemiilor.

I. N. PETROȘEANU: *Asupra unui caz de tyfobaciloză Landouzy.*

Autorul insistă asupra importanței diagnosticului (hemocultura și seroreacția Vidal negativă, absența petelor lenticulare, convalescență extrem de lungă) și asupra tratamentului care va fi al oricărui bacilar. Trebuie să luptăm contra localizării viscerale a bac. Koch, așa de frecventă după tyfobaciloză.

D-r I. Vasilescu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

REVISTA ȘTIINTELOR MEDICALE

Aprille și Maiu 1929

H. CAUFMAN: *Contribuțiuni la studiul radiologic al apendicitei cronice.*

Dintr'o serie de cazuri tipice de apendicită prin aspectul lor radiografic, autorul arată concursul prețios al examenului radiologic în diagnosticul de apendicită cronică. Marea variație de poziție și de direcție a apendicelui, precum și variația raporturilor sale cu diferite organe îngreuiază, deseori diagnosticul.

Examenul radiologic mai ales în cazurile unde putem obține imaginea radiografică a apendicelui ne oferă un criteriu fix de orientare în formele cronice de apendicită, — în care condițiune inflamatorii și de conținut contribuie să dea imaginea radiografică a mulajului lumenului apendicular.

Prof. I. IACOBVICI și D-r MUREȘAN I.: *Douăsprezece cazuri de leziuni traumatice a splinei.*

Autorii arată frecvența rupturilor splinei mai ales în țările unde paludismul este endemic. Traumatizmele asupra hipocondrului sau a abdomenului provoacă ruptura splinei. Ca simptome: sincopa

imediată, durere la presiune și apărare musculară în hipocondrul stâng, contractarea peretelui, — temperatura 37—38°, sughiț, vărsături. Diagnosticul este dificil, dar în fața leziunilor abdominale se impune intervenția.

Tratamentul radical al leziunilor splinei este splenectomia. Autorii în 12 cazuri au pierdut numai 3. Prognosticul a fost agravat de abundența hemoragiei.

D-r ENEA P. BOTA: *Tratamentul cărbunelui cu ser anticarbonos „Cantacuzino”*.

În 30 cazuri de pustulă malignă a întrebuițat cu succes serul anticarbonos „Cantacuzino”. Doze masive de 40—80 cm., pe cale subcutanată până la căderea temperaturii. Rar a observat accidente serice. În lipsa serului anticarbonos, autorul recomandă neosalvarsanul.

D-r A. KREINDLER: *Asupra mecanismului fizio-patologic al unor modificări de caracter din encefalita epidemică*.

Tulburările mintale, exagerarea emotivității și perversitatea afectivității cu conservarea inteligenței și memoriei la cei ce au suferit de encefalită epidemică a făcut pe autor a urmări legătura între fenomenele psihice și centri subcorticali.

Rezultă din observațiile ce face, că după cum avem exagerarea reflexului psiho-motor sau a celui vegetativ, avem cazuri clinice deosebite. Influxul nervos venit pe calea cortico-talamică spre ganglionii de la bază, se canalizează în unele cazuri spre sistemul motor extra-piramidal, în altele spre centri vegetativi.

Mecanismul fizio-patologic al acestor turburări de inervațiune l'am putea pune în așa zisele modificări prin izolare, — pe care le suferă inervația unor centri izolați. În parkinsonism leziunea principală e în sistemul extra-piramidal, trebuie să admitem că aci se produce barajul.

D-r G. S. PETRESCU: *Ultima boală a lui Matei-Basarab*.

Prof. D-r AL. OBREGIA, D-r I. CONSTANTINESCU, D-r GH. CONSTANTINESCU, I. PAVELESCU: *Manifestările mintale datorite sifilisului, studiu statistic*.

Autorii fac o dare de seamă statistică asupra boalelor mintale, datorite sifilisului în ultimii anii de la 1923—1927, la Spitalul Central. Din 4027 bolnavi internați, 1191 manifestări mintale, sunt datorite sifilisului. Vârsta cea mai frecventă între 30—50 ani, — populația rurală dă un procent mai mic ca cea urbană. Ca tratament: injecții de sublimat intra-rachidian asociat cu săruri de arsenic și bismut. Malario-terapie și pyreto-terapia n'a dat rezultate superioare injecțiilor cu sublimat.

D-r M. I. CONSTANTINESCU: *Cum trebuie să luptăm contra sifilisului ereditar. Ce se face la noi în țară*.

Autorul insistă a se face la noi congrese de sifilografie, la care să ia parte medici pediatri, sifilografi, obstetriciani, cum cere Profesorul Iuliu Hațieganu din Cluj, — unde să se discute mijloacele de

combatere a sifilisului. Mai ales insistă ca medicii să se ocupe mai mult de femeia gravidă și de copilul nou născut din părinți sifilitici. A se introduce de asemenea în cărțile de igienă la cursul secundar, la școalele normale, școalele de meserii, noțiuni exacte despre sifilis.

Doctor ALFRED DIMOLESCU: *Constituțiunile psihopatie.*

După un istoric al clasificării constituțiilor mintale, autorul menționează clasificarea lui Dupré: constituția paranoică, perversă, mitomanică, ciclotimică și emotivă, la care se mai adaugă constituția automată. Preferă definiția următoare a constituțiilor: „Constituțiile morbide sunt stări individuale caracterizate printr'un ansamblu de proprietăți psihomatrice atipice, ce rezultă dintr'o evoluție anormală ontogenică, sub influența neclintită a factorilor ereditari”. Prin constituție putem cunoaște factorii morbizi ce țin de caracter și cei ce sunt accidentali. Iar problema constituțiilor așa cum se prezintă astăzi, poate contribui la tratamentul bolilor mintale și grație ei putem pune cu multă certitudine un prognostic psihiatric.

D-r V. PANAITESCU și D-r M. NASTA: *Considerațiuni asupra cutii și intradermoreacții la tuberculină în diferite forme de tuberculoză.*

Cu ajutorul cuti-reației și intradermo-reație la tuberculină, autorii studiază răspândirea infecției latente a tuberculozei, așa cum reiese din proporția indivizilor reacționând la tuberculină. Autorii arată că trebuie să ținem seama de reacția la tuberculină, mai ales când vrem să apreciem bazați pe imunologie, semnificarea diferitelor forme clinice ale tuberculozei.

Au ajuns la concluzia că cutireacția practică chiar cu tuberculină brută nediluată, este mai puțin sensibilă de cât intradermoreacția, chiar când aceasta e practică în diluția de $1/10000$, deosebire ce o constată la indivizii tuberculoși, cât și la convalescenții de diferite boale contagioase. Pot exista 45,8% de tuberculoze confirmate, care să nu reacționeze cu tuberculină, și deci se impune a completa această cercetare cu intradermoreacția în diluția de $1/10000$, $1/5000$, înainte de a ne pronunța asupra energiei complete. Acest studiu mărește studiul epidemiologic al tuberculozei la noi.

D-r MĂRZA GH. și VASILIU CONST.: *Acțiunea hipotensoare a insulinei.*

Părerea autorilor este că în insulină se găsește și cholină și dintr'o serie de dozări au substanță asemănătoare cholinei în insulină. Dar fiind că cantitatea de cholină găsită este prea mică probabil insulina stimulează aparatul cholinogen și are ca efect o acțiune hipotensoare.

Dr. I GAVRILA și Dr. V. RADULEȚ: *Tratamentul cărbunelui cu ser anticarbonos, „Dr. I. Cantacuzino”.*

Autorii au tratat 80 cazuri de cărbune în 1924—1928 cu ser anticarbonos și au avut numai 5 decese.

Injectează serul intra-muscular, de un an, întrebuițează doze mari de ser, până aci 20 cc. pe zi. Reese din observațiile făcute că sero-terapia are influență foarte bună asupra cărbunelui. Fenomenele generale și locale se atenuiază și durata boalei se scurtează. Mortalitatea sub influența sero-terapiei este redusă la 4% de la 25—35% înainte de ser.

Comparând rezultatele obținute cu acele ale autorilor străini, rezultă că serul anticarbonos „D-r I. Cantacuzino”, are aceeași eficacitate ca și serurile de proveniență străină.

D-r CONSTANȚA V. IONESCU: *Un caz de broncho-pneumonie simulând granulia la un sugar.*

Comunică cazul unei broncho-pneumonii acută trecută în stare latentă și care s'a vindecat după 10 luni. Rezultatul I radiografic de granulie, la al II examen radiografic ce arată: aspectul unor resturi ale unui proces congestiv. Cuti-reacția negativă, radiografia și clinica exclud infecțiunea tuberculoasă.

Probabil focarele de broncho-pneumonie au perzistat datorită lipsei de expectorație, reinsemnănțării plămânului și întârzierii formării imunității locale. Răbdarea mamei doctorandă în medicină a salvat copilul.

Prof. D-r G. MARINESCU și D-r A. KREINDLER: *Revista critică asupra permeabilității celulare.*

Autorii fac un studiu și o analiză complectă a teoriilor asupra permeabilității celulare care este una din cele mai importante probleme de biologie generală. Metodele întrebuițate pentru acest studiu sunt: osmotice, chimice, optice, care utilizează modificări vizibile în interiorul celulei și electrice, care utilizează modificările de conductibilitate. Din analizele ce s'au făcut reese că permeabilitatea tuturor celulelor prezintă între ele trăsături identice, ce pot stabili legi generale ale permeabilității celulare.

Cunoașterea fenomenelor de permeabilitate celulară, este astăzi necesară pentru fiziologi și patologist. Astfel metabolismul zahărului, problema transportului substanțelor alimentare e o chestiune a permeabilității celulare. Edemul e un exemplu tipic de mărire a permeabilității endoteliilor capilare în urma lezării lor.

Totuși nici una din teoriile emise, nu poate explica toate faptele cunoscute asupra permeabilității celulare, — fiecare din teorii deschid căi noi de cercetări. Prof. Marinescu, încă din 1909, a căutat a aplica noțiunile fizico-chimice la studiul fiziologiei nervoase.

D-r R. Hirsch

ROMÂNIA MEDICALĂ

No. 9 — 1 Mai 1929

Aniversarea de 10 ani a Societății Medicale a Spitalelor din București.

Recepția și conferințele D-lui Profesor M. Labbée.

Profesor D-r S. NICOLAU: *Considerațiuni asupra patogeniei generale a sifilisului.*

În acest interesant articol expune câteva din cunoștințele mai importante ce posedăm actualmente relativ la patogenia generală a acestei boale, analizând și interpretând în lumina noilor descoperiri, complexul de fenomene ce rezultă, în decursul său, din conflictul ce se petrece între organism și acest parazit.

Articolul trebuie citit în întregime.

Conf. D-r LITARCZEK: *Intoxicația cu oxid de carbon.*

Arată în considerațiuni de ordin general că tratamentul obișnuit nu mai corespunde fiziopatologiei actuale a acestei intoxicațiuni. După expunerea mecanismului acestei intoxicațiuni ajunge la următoarele concluzii practice în tratamentul intoxicațiilor cu oxid de carbon:

1. Transportarea imediată a intoxicatului într'o atmosferă lipsită de CO.
2. Protejarea contra frigului, învelirea și transportarea pacientului într'o cameră caldă, luminoasă și aerată.
3. Inhalarea de către pacient printr'o mască cu valve a unui amestec de oxigen cu 6—10% bioxid de carbon, timp de $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ oră.
4. Iradierea pe tot corpul fle raze ultra-violete în timp ce se iperemizează pielea prin fricțiuni uscate.
5. Respirația artificială în caz de nevoie.
6. Restul intervențiunilor obișnuite *afară de flebotomie.*

D-r P. COPACEANU: *Pneumotorax sportiv.*

Aduce un caz de pneumotorax survenit în timpul vâsilitului. Arată dificultatea în care se găsește medicul de a declara bolnavul tuberculos sau nu. Crede că este nimerit a se lăsa în voe rezorbția aerului din pleură deși surprizele ulterioare nu sunt excluse.

Conf. D-r P. TOMESCU: *Medicii și Reforma Administrativă.* Un documentat articol critic al Anteproectului de lege pentru organizarea administrațiunii locale.

Prof. D-r G. MARINESCU: *Câteva date asupra mecanismului bătrâneții și reîntineririi.*

Chestiunea care a ocupat pe săvanți și filosofi în toate timpurile și în care D-l Prof. Marinescu, are valoroase lucrări. Incepe prin a face istoricul chestiunei, trece în revistă încercările lui Steinach și Voronoff, teoria endocrină și expune apoi constatările proprii: Diminuarea progresivă a fermenților oxidanți și apariția substanțelor grase sunt caracteristice bătrâneții. Bătrânețea fiind un proces celular bio-chimic nu poate fi înlăturată.

Prof. D-r M. MANICATIDE și D-r M. ZAVERGIU-THEODORU: *Noi cercetări asupra Plasmochinului simplu și compus la copii.*

Din 8 observații făcute, autorii trag concluzia că plasmochinul simplu sau compus are efecte terapeutice tot așa de bune ca și chinina, mai bune în ceea ce privește dispariția gameților, (cei ce n'au dispărut prin chinină au dispărut prin plasmochin).

Splina scade simțitor ca volum. Numărul globulelor roșii a crescut. Pentru a evita accidentele, medicamentul se va administra în doze mici, adică câte $\frac{1}{2}$ comprimat de mai multe ori pe zi.

D-r HORIA SLOBOZIANU: *Preparatele de ergosterină iradiată.*

Trece în revistă preparatele. Crede că nu trebuie administrat mai mult de 1—2 mlgr. pe zi. Insistă asupra necesității de a controla activitatea preparatelor cu ergostenină, acestea putând fi inactive sau toxice.

D-r HORIA SLOBOZIANU: *Tratamentul diareelor acide prin substanțe adsorbante.*

Autorul a observat că subst. absorbante face să descrească aciditatea scaunelor. Administrează bolus alba, Fosfat tribasic de Calciu câte 7,5 gr., benzoat de sodiu ca anti fermentativ 0,75 gr., în apă distilate, 9,5 până la 150 gr. De 5 ori câte 2 lingurițe.

Nu trebuiesc date purgative cari măresc aciditatea scaunelor.

D-r. I. Rosenstein.

B. — SOCIETĂȚI ȘTIINȚIFICE

REUNIUNEA ANATOMICĂ DIN CLUJ

Ședința din 10 Noembrie 1928

Se fac următoarele comunicări:

1) Dr. KERNBACH și C. COTUȚIU: *Embolii grăsoase generalizate accident de muncă!*

Istoric: Cade pământ peste G. S. și i se fracturează ambele gambe. La clinica chirurgicală i se face osteosinteză cu placă de metal. La 8 ore după operație cade într'o somnolență de 4—5 ore după care apare rigiditatea cefei, a buzelor și, trismus al maxilarului. Tem. 38-39, lichidul cefalo-rachidian limpede, sucombă în a patra zi, după operație.

Autopsia: Fractură a gambei drp., fractură închisă a gambei stg. de asemenea ramura stângă a pubelui este fracturată. Creerul arată hemoragii mici insulare. Plămânul cu peteșii pe suprafața pleurală prezintă la secțiune numeroase puncte roșii deschis. Inima prezintă aceiași diseminare hemoragică. Ficatul și rinichii cu o hiperemie pronunțată. Splina moale și flască.

Istologia: In secțiuni colorate cu Scharach se găsesc embolii presărate în creer, plămân, inimă, ficat, splină și rinichi. Se cunosc emboliile grăsoase ce se găsesc în mod aproape curent în plămân; la acest caz însă aceste embolii sunt generalizate fapt de o însemnătate deosebită. Asupra etiologiei acestor embolii azi știm că ele nu se produc numai în cazul de fracturi cum se credea altă dată ci sunt suficiente anumite stări de șoc care determină un dezechilibru fizico-chimic al sângelui producând emboli grăsoși. Medicolegal această observație este necesară pentru a putea face legătura dela cauză la efect, moartea în acest caz fiind provocată de această complicație; embolia grăsoasă.

2) Dr. COTUȚIU: *Miocardită purulentă și ruptura spontană a inimei.*

Individul K. L. în etate de 70 ani muzicant pleacă de acasă în seara zilei de 15/IX—928. Pe drum cade și moare. La autopsie se constată: Vasele dela baza creerului îngroșate. Pericardul mult mărit (20 cm. long. 15 cm. transv.), îngroșat și scleros conținând în cavitate 500 cmc. sânge în parte coalugat. Inima mărită în ambele sensuri, coronarele cu un depozit bogat de grăsime. Pe peretele anterior al ventricolului stâng se vede o mare zonă hemoragică din care prin presiune se scurge sânge abundent. Sonda poate pătrunde în această fantă 1/2 cm. fără a fi silită. La secțiune ventricolul stâng este gol, dilatat, de asemenea și dreptul, aorta și pulmonara deasupra vulvelor tricuspide prezintă câte-va terome, coronarele sunt îngroșate cu aterome, sunt permeabile. Musculatura ventricolului stâng este îngroșată, are o culoare galbenă-brună. Făcând o secțiune la ni-

velul fantei pătrundem într'o zonă de ramolisment de mărimea unei boabe de fasole, foarte neregulat care ocupă mijlocul musculaturei. Ficatul prezintă o degenerescență grăsoasă vizibilă; splina este cardiacă, iar rinichii deasemenea degenerați.

Examenul microscopic al inimei ne arată focare purulente cu infiltrație de polinucleare printre fibrele musculare degenerate. Numeroase vase prezintă trombi caracteristici.

În rezumat este vorba de o miocardită, purulentă cu punctul de plecare probabil gripal celelalte cauze nefiind recunoscute.

Discuții: *Prof. Titu Vasiliu*: Miocardita purulentă, este destul de rară și se întâlnește în septicemii, septico-piemii cronice.

Prof. Hațiegan crede că determinarea septică în cazul de față poate să fie o gripă.

3) *Prof. IACOBVICI*: Prezintă o masă ganglionară extirpată din regiunea cervicală ce deplasa jugulara și disloca simpaticul cervical superior. Crede că ar fi un grup de ganglioni tuberculoși.

Discuții: *Prof. Titu Vasiliu*: Cu examenul microscopic făcut sumar nu poate da un diagnostic precis totuși bănuie o limfogranulomatoză.

4) *Prof. TITU VASILIU și DRD. I. DINESCU*: *Endocardită infecțioasă ulcero-vegetantă cu tromboza iliacei primitive a iliaceilor, și femurarelor, gangrena membrilor inferioare și endometrită.*

Femeia J. E. în etate de 20 ani care avortează un făt în luna V-a în Clin. Gynecol.

Starea generală se agravează, temp. 39,7; dureri de membre pe care apar mici regiuni cianotice cu tendința spre necrozare, lochii-fetide, cefalee iar după 25 zile dela avort sucombă.

La autopsie pe valvula mitrală fața atrială se găsesc vegetațiuni exuberante, moi, confluențe, luând forma unor mici tumori roșietice sesile sau pediculate acoperite de fibrină și mici chiaguri de sânge pe alocurea ulcerate cu marginele neregulate. Miocardul puțin friabil având o culoare de „foaie moartă“.

Histologic găsim două leziuni: pe de o parte un proces inflamator acut cu caracter purulent.

Ficatul prezintă o degenerare grasă, rinichii fără leziuni evidente, splina toxică.

Începând dela bifurcarea iliacei primitive și urmând traectul celor două iliace femurale găsim în lumenul acestor vase un tromb care în parte este organizat în parte se prezintă ca un veritabil abces. Microscopic lumenul vasului este plin cu o masă fibrino-purulentă cu fragmente de polinucleare și detritusuri celulare. În unele secțiuni dopul purulent stă în contract cu limitanta elastică internă care pe alocurea fiind ruptă dă drum procesului purulent prin medie până în adventiță. Este deci o trombartetită purulentă.

Uterul prezintă o veritabilă panmetrită.

Discuții: *Dr. Voicu*: Nu crede că bolnava să fi avut vre-o suferință veche din partea pulmonului sau inimei. Cu patru săptămâni

înainte a suferit de reumatism poliarticular complicat apoi cu endocardită. Avortul îl explică ca o consecință a endocarditei. Ulterior s'a atașat o nouă infecție (gonococică) confirmată prin hemocultură.

Prof. *Titu Vasiliu* emite părerea că endocardita poate să fie și de natura gonococică, că ar fi fost și o infecție mai veche ca determinare endocardită dar că a doua infecție e plecată dela vagin.

Prof. *Hațiegan*. Evidențiază gravitatea reinfecției cu gonococi a indivizilor cu endocardite vechi.

Dr. DOBOCAN I.: *Septicemie pneumococică și prim afect a lui Ranke*.

D-sa prezintă organele provenite dela o femeie în etate de 21 ani ce a sucombat în serviciul Cl. Medicale cu diagn. clinic: „*Meningită bacilară, tbc pulmonară*“.

Autopsia: Aderențe pleurale bilaterale, enfizem la ambii pulmoni iar la secțiune pulmonul drept prezintă insule nodulare conglomerate în jurul bronșilor de o culoare cenușie, formate de un țesut friabil cu docimazia pozitivă.

Pe fața anterioară a pulmonului drept și în plin parenchim găsim un nodul de mărimea unei alune cazeificat. Ganglionii hilari drepti măriți, cazeificați pete calcificați.

La creer găsim o congestie pronunțată și mici hemoragii pete și forme în substanță albă. Inima cu o degenerescență f. pronunțată, ficatul de stază, splina toxică, rinichii glomerulo-nefritici.

În froțiurile făcute din pulmon s'au putut pune în evidență pneumococi.

Cazul s'a prezentat pentru fenomenele clinice meningeale datorite aci de septicemia pneumococică pe de o parte cât și pentru adenopatia lui Laran și prim afect a lui Ranke.

Discuții. Dr. *Manta* spune că fenomenele clinice pledau pentru o meningită. A sucombat însă după 24 ore dela intrarea în serviciul și observația nu s'a putut face complet.

Prof. *Hațiegan* spune că diagnosticul a fost incurcat de fenomenele provenite din pareu pulmonului, numai faptul însă că bolnava a sucombat prea repede l'a îndreptățit însă să nu creadă o meningită bacilară.

Prof. *Titu Vasiliu*. Moartea se datorește fenomenelor generale septice. Pneumonia și splina mare ne dau dreptul să facem diagnosticul de septicemie.

Ședința din 7 XII. 1923

Prezidează: Prof. Titu Vasiliu.

Dr. POPA RUBIN: *Mixosarcom peritoneal cu metastaze ganglionare diafragm, pleură și pulmon*.

Este vorba de o fetiță de 10 ani, sucombată la Clinica Medicală cu diagnosticul de, tumoră abdominală. La autopsie abdomenul destins cu circulație colaterală pe flancuri. La deschiderea cavității abdominale întreg peritoneul parietal este căptușit cu un țesut neoplazic de culoare albă-gălbuie, cu porțiuni de consistență nucilagi-

noasă, ce înconjoară în întregime intestinul gros. Intestinele subțire sunt împinse în sus și prezintă o serie de mici noduli diseminați sub peritoneu. În bazin tumora formează o masă compactă aproape mucilaginoasă în grosimea căreia se poate evidenția: intestinul gros, rectul, uterul și vezica urinară. Trompele și ovarele nu se găsesc. Se găsesc metastaze în pulmon și diafragm ce au formă nodulară și au aspectul tumoral descris. Sunt prinși toți ganglionii abdominali. *Microscopic tumora este un Mixofibro-sarcom.*

Dr. POPA RUBIN: *Ulcere multiple stomacale.*

Prezintă stomacul provenit dela autopsia unei femei de 49 ani, la care înainte cu câteva luni i-sa făcut o gastro-entero-anastomoză, pentru ulcer al pilorului. La autopsie se găsesc aderențe fibroase între curbura mică a stomacului și diafragm și ficat. Stomacu prezintă o retracțiune mediogastrică luând aspectul de stomac bilocular. În regiunea pilorică se găsește un ulcer crateriform cu marginile îndurate, cari fac retracțiune în peretele stomacal și disociază peretele spre duoden încât se face o dublă comunicare cu duodenul. Punga stângă a stomacului puțin mai sus de gura anastomotică este aderentă de fața anterioară a peretelui toracic, iar mucoasa prezintă o ulceracțiune. Colonul transvers este prins în bloc și fixat de gura anastomotică, la acest nivel se găsește un ulcer peptic, iar colonul comunică cu gura anastomotică printr'o fistulă. Cazul este interesant prin multiplicitatea leziunilor stomacale și prin dedublarea orificiului piloric.

Prof. IACOBVICI: Spune că singurul tratament eficace al ulcerelor este rezecția.

Prof. TITU VASILIU: *Tumoră a hipofizei cu metastaze în mediastinul anterior, osoasă în craniu, în dura mater, în coaste și în măduva osoasă.*

Este vorba de un bărbat de 27 ani din serviciul Clinicii Medicale sucombat cu diagnosticul de mielom multiplu. La autopsie se găsesc tumori în regiunea frontală deasupra orbitei drepte, deasemenea și în regiunile temporale. La deschiderea cavități craniene se observă că tumorile amintite traversează și substanța osoasă apăsând creierul prin meninge. În mediastinul anterior se găsește o tumoră aderentă de pericard, pleură și plămânul drept. Ganglionii tracheo-bronșiți măriți și de aspect tumoral. Măduva osoasă gălbue presărată cu noduli roșii-bruni. La examenul histologic: atât tumora mediastinală cât și cea craniană din ganglioni măduvă sunt formate din celulele mari, cu protoplasma foarte abundentă eozinofilă, nucleul în grunji, celule au tendință de a forma alveole. Sunt celule epiteliale cu caracter eozinofil asemănător celulelor eozinofile din himofiză, pentru care fapt se pune diagnosticul de *cancer hipofizar cu metastaze.*

Prof. TITU VASILIU și Dr. VITALYOS: *Lipoid-histiocitoză, esențială tip Piek-Niemand.*

Femea sucombată în serviciul Cl. Chirurgicale. La autopsie se

găsește meningită-fibrino-purulentă. Măduva subțiată dela I vert. cervicală la I dorsală. La mijlocul acestui segment se găsește o mică porțiune din tumora extirpată (în Cl. Chirurg.). Istologic tumora are aspectul unui psamom, format dintr'o proliferație de celule fuziforme, ce formează fascicule, alături cercuri concentrice printre cari se găsesc incrustațiuni calcare. În cavitatea abdominală se găsește un chist ovarian voluminos (7 kgr.). Uterul fibromatos. În capsula suprarenală dreaptă se găsește un nodul de consistență moale învelit într'o capsula conjunctivă. Istologic este un *adenom* benign al capsulei. În grosimea mușchilor dorsali se găsesc noduli tumorali, cari istologic sunt formați din celulele asemănătoare cu cele din boala lui Gaucher și Pick-Niemand; protoplasma lor este încărcată cu substanță lipoidă (histiocitară lipoidă).

Sedința din 11 Ianuarie 1929

Prezidează: Prof. Titu Vasilu.

Dr. C. VELLUDA: *Vascularizația scafoidului tarsian.*

Vascularizația scafoidului se face prin artera pediosă și artera plantară internă între care coexista în 70 % din cazuri o areolă anastomotică din cari pleacă ramuri în sens radiar și se distribuie osului. Importanța clinică a acestei vascularizări ar fi în Malădia lui Köhler asupra căruia autorul va reveni.

Astfel atât sistemul tibial anterior cât și cel posterior asigură vascularizația scofoidului.

Prof. Dr. C. URECHIA: Prezintă un caz de tumoră cerebrală localizată în lobul frontal de p. stângă în plină substanță albă și menajând capsula internă, tumora mergea până sub meninge și în interiorul său prezintă o hemoragie. Histologic tumora era o metastară a unei tumori renale.

Dr. C. COTUȚIU: *Un caz de ruptură a unui anevrism aortic la un bărbat de 45 ani.*

Cauza rupturii se atribuie unui mic efort precum și starea de mișcare a individului. Cazul prezintă interes medico-legal prin faptul că accidentul, moartea, s'a produs în timpul muncii și familia cere despăgubiri. Conform art. 121 și 145 din Leg. sig. Soc. din România se acordă cheltueli de înmormântare și pensie pentru văduvă și copii. Dr. POPA RUBIN și Dr. I. DINESCU: *Asupra unui caz de gușe Basedowiană cu degenerescență grăsoasă profundă a ficatului și rinichiului.*

Este vorba de o femeie de 26 ani la autopsia căreia s'a găsit un corp tiroid de mărimea unui pumn de adult cu trabeculi conj. îngroșați consistența mărită. Interesantă este degenerescența grasă extrem de avansată a ficatului ce seamănă cu cel de găscă și a rinichiului, degenerescență cum nu s'a mai citat în literatură până acuma. Histologic întreg corpul celular e încărcat cu grăsime și pe toată întinderea parenchimului atât hepatic cât și renal.

Eliminându-se cauze toxice (As. Ph.) se atribue exclusiv Basedowului.

Dr. RUBIN POPA: *Un caz de epiteliom al pancreasului cu metastaze multiple simulând un sindrom mediastinal.*

Bărbat de 51 ani la autopsie în abdomen se găsește o tumoră ce cuprinde întreg pancreasul ce este învălît într'o capsulă conjunctivă fibroasă, la secțiune prezintă porțiuni scleroase alternând cu noduli unii gălbui, alții albicioși. Se găsesc metastaze în ficat, în apropierea ampulei lui Vater, ce explică culoarea verzue a parenchimului hepatic în urma stazei biliare—în partea superioară a mediastinului anterior, ce se prelungește în ganglionii tracheo-bronșici și de acolo pătrunde de alungul ramurei superioare a bronșiei drepte în lobul superior pulmonar. Diagnosticul se pune pe masa de autopsie de: *Cancer primitiv al pancreasului cu metastaze multiple.*

Dr. VITALYOS: *Un caz de carcinom al vezicii biliare.*

Prezintă organele provenite dela autopsia unui bărbat de 52 ani sucombat în serviciul Cl. Medicale cu diagnosticul de cancer al ficatului. La autopsie se găsește un cancer al vezicii biliare cu metastaze hepatice, obstrucție tumorală a canalului cistic și calculoză. Istologic este un carcinom cilindro-celular, adenopapilomatos plecat dela mucoasa vezicii biliare.

Prof. TITU VASILIU: *Un caz de neuroepiteliom.*

Prezintă o tumoră renală provenită dela autopsia unui copil complet tumoral și care istologic e formată din elemente epiteliale și conjunctive, dar are și un caracter neuro epiteliomatos. E vorba deci de tumoră embrionară tânără a sistemului nervos.

D-r Popa Rubin
Secretar general

SOC. MEDIC. A SPITALELOR BUCUREȘTI

Sedința din 6 și 20 Martie 1929
(No. 3—1929 din Buletin)

1) **N. GH. LUPU, R. PAPAȘIAN și I. DANIEL:** *Schimburile hydric în stare patologică la astolici.*

La acești bolnavi ficatul perde rolul hydroregulator; turburările de retenție și modificările sanguine sunt imputabile țesuturilor; funcțiunea hidrică a rinichilor se menține și durează, se produce consecutiv hydremiei.

2) **GH. LITARCZEK și C. RAILEANU:** *Două cazuri de anemia pernicioasă tratate prin metoda Whipple.*

Tratamentul dietitic s'a redus la 250 gr. ficat vițel, asociat cu un regim moderat în hidrat carbon, sărac în grăsimi, 125 gr. carne friptă, 300 gr. legume verzi și 240 gr. lapte. Dela început s'a dat acid clorhidric și pepsină iar după ameliorarea symptomelor s'a administrat arsenic. Efectele bune în ambele cazuri.

3) B. THEODORESCU și HAGI PARASCHIV: *Suflu continuu cu întărire diastolică într'un caz de maladia lui Roger acompaniat de aortită și insuficiență aortică.*

4) P. TOMESCU și M. COVRIGEANU: *Studiul reacțiunilor psichomotoare la oamenii normali.*

5) Dr. C. BARTH: *Două cazuri de sifilis gastric.*

Este vorba de 2 bolnavi internați la spitalul Sf. Spiridon din Iași. Prezintau semnele unei dispepsii ulceroase cu dureri mai mult nocturne, fără orar precis și acompaniate de *cefalee*. Ceeace isbea dela început era disociația dintre acuitatea syptomelor gastrice și starea generală bună.

6) MARIA MAXIM: *Variațiunile Cholinici în sânge în raport cu masa.*

Concluziuni: În general Cholina este crescută după masă, creștere în funcție de natura alimentelor ingerate.

Pentru legume (bogate în cholină) creșterea cantității de cholină în sânge este mai accentuată și mai accelerată (atingând maximum la 1½ oră dela ingerare), decât pentru carne, grăsimi și hydrocarbonate.

D-r Vasilescu

SOC. DE OTO-NEURO-OCULISTICĂ *)

Sed. din 20 Ianuarie și 23 Febr. 1927.

Prezid. D-l prof. Marinescu.

1) Prof. G. MARINESCU: *Un caz excepțional de oftalmo-neuro-mielită.*

E vorba de un bolnav tânăr care prezinta o tetraplegie, cu cecitate și stare generală gravă cu torpoare continuă. Fenomenele s'au instalat în decurs de câteva luni. La examenul lichidului s'a constatat o limfocitoză de 150 celule cu o ușoară albuminoză. Boala s'a ameliorat considerabil după 7—8 luni dela începutul ei. Diagnosticul pus a fost de oftalmo-neuro-mielită care nu trebuie înglobat în cadrul sclerozei în plăci. E probabil o infecțiune cu ultra-virus.

2) Prof. D. MANOLESCU: *Un caz de tumoră a lobilor frontali.*

Se prezintă piesa unei paciente sucombată cu fenomene de hipertensie intra-craniană. Prezența unor turburări psihice particulare și a unei cecități repede instalată au făcut pe autor să se gândească la o compresiune directă pe nervii optici și chiasmă așa cum au notat în cazuri anterioare Bull, Lancerant, Paton, etc. Lipsa unei hipertensiuni rachidiene marcate vorbea în acest sens. Autopsia a arătat în adevăr prezența unei tumori în lobii frontali în apropierea chiasmei.

3) Prof. MARINESCU și DRĂGANESCU: *Nistagmus girator de origină centrală.*

*) Toate comunicările acestei societăți au apărut până în prezent în extenso în Revue d'Oto-neuro-ophthalmologie (Doins éditeur) în No. 5, No. 7, No. 9—1927 și No. 1, No. 5, No. 9 1928, cu un total de 55 pagini.

În două cazuri autorii au observat un nistagmus girator-anti-ioral. În unul eră vorba de o scleroză în plăci, realizând sindromul vestibulo-piramidal a lui Barré (hemiparésie dreaptă cu turburări labirintice stângi: leziune probabil bulbo-protuberanțială stângă). În celalt exista un sindrom retro-olivar cu o leziune hemi-bulbară dreaptă. Natura leziunii (iritativă în primul caz, destructivă în al doilea) ca și sediul ei (bulbar inferior în ultimul, bulbo-pretuberanțial în celalt) ar aplica prezența în ambele a unui nistagmus girator anti-iorar.

4) Prof. D. MANOLESCU: *Hemianopsie dublă cu conservarea vederii maculare în urma unei tumori a lobului occipital stâng.*

La un bolnav cu fenomene de hipertensie craniană s'a notat pe lângă o stază papilară dublă și o strămtorare concentrică a câmpului vizual, cu conservarea vederii centrale. S'a crezut că aceasta ține de atrofia optică de stază. Bolnavul a sucombat la scurt interval după o trepanație decompresivă. S'a găsit la necropsie o tumoare care distrugea lobul occipital stâng și comprima pe cel drept. Conservarea vederii maculare și prezența acestei leziuni ne arată că eră vorba de o hemianopsie dublă (cu conservarea maculei), nu de o turburare vizuală prin stază. Cazul de față vine pe de altă parte în sprijinul ipotezei inervație duble maculare.

5) Prof. G. MARINESCU și DRĂGANESCU: *Noi condițiuni la studiul patogeniei zonei Zatter. Leziuni conceroase ale ganglionului Gasser fără zonă oculo-facială.*

Autorii demonstrează o serie de cazuri ca infiltrație neoplazică în ganglionul lui Gasser, iar în două cazuri se adăuga și metastaze în ganglionul simpatic cervical superior, fără ca în viață să fi existat o zonă oftalmică. În aceste cazuri există doar o keratită neuro-paralitică ce nu are nici o analogie cu erupția zosteriană oculară. Autorii au observat și cazuri de infiltrație conceroase a ganglionilor spinali fără zona după cum se știe că există numeroase procese inflamatorii ganglio-radiculare fără zona.

Aceste fapte arată că leziunea ganglionară descrisă în Z. Zoster nu este cauza (erupției) cutanate, ci din potrivă reprezintă localizarea în acest punct a virusului boalei care foarte probabil a pătruns întâi la nivelul pielei producând vesiculele cunoscute și în urmă printr'un mers ascendent s'a propagat spre nevrax. Această ipoteză susținută pentru prima dată de autori e confirmată de faptele experimentale observate în Herpes și de cele demonstrate mai sus.

În discuție D-1 prof. Manolescu amintește că a avut un caz de zona oftalmică în cursul unei tumori a bazei craniului ce invadase și ganglionul Gasser.

D-1 Prof. Marinescu crede că este o simplă coincidență.

Sedința din 29 Martie și 14 Aprilie 1927.

Prezid. D-1 Prof. Manolescu.

1) Prof. MARINESCU, DRĂGANESCU și LAZARESCU: *Turburări vizuale, hemiplegie cu mișcări atetoziforme, sindrom infundibular frust prin leziune tramnatică optico-tubero-capsulo-lenticulară.*

Prezentarea unui pacient cu această simptomatologie complexă.

În discuție D-rul *Niculescu T. I.* insistă asupra caracterului mișcărilor ce se apropie de ale parkrusionienilor, iar relativ la tremurătura intențională crede că e dată de leziunea fibrelor proprio-ceptive ale căei talamo-lenticulare.

2) Dr. NOICA: *Hemiplegie infantilă la un heredo-sifilitic, complicată de citate.*

Autorul e printre primii ce au mai publicat un caz analog. Prezența unei neosite optice în hemiplyia infantilă e un indiciu de etiologia sa heredo-sifilitică. Ocular e o atrofie optică bilaterală prin neosită. Weinchbrodt și Pandy pozitive în lichid, B. Wassermann și Meinicke în sânge.

3) Prof. MARINESCU și D-r DRĂGANESCU: *Nistagmus disociat (monocular alternant) în cursul unei scleroze în plăci.*

La un pacient piramido-cerebelos bilateral exista un nistagmus lateral monocular, ce apare numai la ochiul ce face abducția pe care autorii îl numesc *monocular alternant, disociat*. Pareza dreptului intern bilateral explică acest fenomen. Cum pacientul n'avea diplopie e mai curând vorba de o pierdere a constituanței tonice vestibulare a dreptilor interni.

4) Dr. NOICA: *Paraplegie spasmodică specifică cu amanroză.*

Coexistența unui proces mielitic și nevritic e rară. Cazul prezentat e demonstrativ de această posibilitate.

In discuție, D-l Drăgănescu amintește că în clinica D-lui Prof. Marinescu e un caz analog. Coexistența unui proces neuritic (parenchimatous) altul medular (vascular) vorbește împotriva dualității virusului specific.

D-l Prof *Manolescu* arată că hemianopsia existentă în acest caz e indiciul ca leziunea e în chiasmă sau mai înapoi.

5) Prof. MARINESCU, DRĂGANESCU și VASILIU: *Cataractă familială și oprire în dezvoltarea neuro-somato-psihică.*

E vorba de o maladie nouă, nedescrisă. În o familie de țărani, cu părinții aparent sănătoși, 2 copii erau normali și alți 4 anormali. Aceștia prezintau turburări de creștere, de echilibru și mers, cum și întârziere în dezvoltarea politică. O fată de 18 ani avea completă lipsă a caracterelor sexuale secundare inerente vârstei și, talia unui copil de 7 ani și intelectul unuia de 3—4 ani. Toți prezintau o *cataractă congenitală*.

In discuție D-l Prof. Parhon se întreabă dacă nu e o disparetiroidie, D-l Dr. *Răsvan* amintește asociația deasă între cataractă și manifestațiile spasmofiele.

Sedința din 21 Iunie 1927.

1) Prof. G. MARINESCU, Prof. MANICATIDE și Dr. DRĂGANESCU: *Un caz particular de encefalopatie infantilă ca hipertonie de atitudine, mișcări atetoide, etc.*

Autorii expun cazul unui copil de 6 ani, la care cu 2 ani mai

înainte, după o stare febrilă apare o rigiditate a extremităților, care lasă în urmă o diplegie cu mișcări atetoide. Copilul nu putea executa voluntar nici o mișcare. Examinat în repaos (decubit) avea o hepatonie marcată, iar în poziția verticală o hipertonie considerabilă, în extensie a membrelor inferioare. Cazul intră în cadrul sindromului lui Förster.

2) Prof. MANOLESCU și Dr. NOICA: *Paralizie completă și izolată a motorului ocular comun prin hemoragie pedunculară.*

Se prezintă secțiuni microscopice din un caz de paralizie unilaterală totală a perechei III-a, fără alte fenomene neurologice. Se observă în nucleul acestui nerv o hemoragie ce disocia și altera celulele nervoase. Mici hemoragii se nota și pe linia mediană. Asemeni cazuri sunt extrem de rari. Că etiologie nu-i exclusă specificitatea.

3) Prof. MARINESCU și D-nii DRĂGANESCU și SAGER: *Hemi-anestezie sensibilă și sensorială (anosmie, agnensie, cecitate și surditate unilaterale, cu turburări labirintice de aceeași parte).*

Tot acest complex a fost observat la un pacient care prezenta un sindrom Brown-Séguard organic (lues). Exceptând turburările sensitivo-motorii dela membrele inferioare, a căror organicitate nu lasă îndoială, restul turburărilor erau de natură funcțională. Interesantă e prezența de turburări simpatice (microsfismie, sudorație, etc.) în jumătatea atinsă de anestezie sensibilă și senzorială.

4. Dr. PAULIAN: *Gliom cerebelo-protuberanțial.*

Prezentare a unei tumori intracerebelo-protuberanțiale dar cu fenomene de unghiul ponto-cerebelos.

5) Dr. FOTIADE: *Abces cerebelos de origină otică, operat și vindecat.*

E vorba de un pacient care la câțva timp după o operație pe mastoidă prezenta încă fenomene însoțite cu vărsături bradicardic, ușoară febră. Aceste turburări cum și prezența unui nistagmus orizontal schimbător de direcție precum și o inexcitabilitate labirintică la proba lui Barany, au făcut să se diagnosticheze o localizare în etajul posterior al craniului. La intervenția făcută de autor, s'a găsit un abces în Kistat în partea antero-superioară a cerebelului, care fu evacuat și drenat. Bolnavul fu vindecat complet foarte curând.

6) Prof. G. MARINESCU, Dr. DRĂGANESCU și D-na Dr. NICULESCU: *Un nou caz de nistagmus girator anti-orar cu leziune bulbo-protuberțială stângă (tumoră fără stază papilară).*

Sedința dela 18 Noembrie 1927

Prezidează D-l prof. G. Marinescu.

1) Prof. Dr. G. MARINESCU și Dr. DRĂGANESCU: *Noi cercetări asupra stării aparatului vestibular la parchinsonienii post-encefali cu deviație conjugată a capului și ochilor.*

Explorația instrumentală labirintică, în special prin metoda calorică a lui Barany, arată la unii din acești bolnavi și între accese, oa-

recare modificări ca lipsa sau inexcitabilitatea canalelor verticale posterioare (absența unui nistagmus rotator, în poziția a III-a a lui Brünig), mai rar și a celor orizontale. La probele clinice se observă excepțional un mistagmus spontan, ori deviații tonice.

În momentul accesului însă apare un nistagmus fiu, viu, vertical sau oblico-vertical, îndreptat în direcția deviației tonice. La probele instrumentale, deviația tonică oculară se opune la producerea unui nistagmus în sens opus ei, deviațiile tonice însă se produc normal (deci disociație vestibulară).

La proba rotatorie, în timpul rotației spasmul oculo-gir dispare și se constată chiar nistagmusul amplu obicinuit, care bate spre partea rotației. La finele probelor spasmul reapare.

2) D-l D-r NOICA: *Hemiplegie infantilă, surdo-mutitate. Lenco-plazie bucală. Sifilis.*

Un caz complex, care aduce o dovadă de etiologia sifilitică a unora din hemip-legiile infantile. Aceiași cauză pare a fi produs aici și surdo-mutitatea.

3) Prof. G. MARINESCU, D-r DRĂGĂNESCU și D-r LAZARESCU: *Tumoră anilaterală. Hemisindrom cerebelos pur*, (demonstrare de piesă anatomică) Autorii expun cazul unei bolnave care pe lângă fenomenele cunoscute de hipertensie craniană, prezenta niște crize de epistotonus refalic cu dureri suboccipitale violente. Ca fenomene de focar exista un hemisindrom cerebelos stâng (adiadococinesie, disimetrie, etc.). E interesant că la examenul vestibular s'a notat o reacție paradoxală post rotatorie ce constă în apariția unui nistagmus de acelaș sens cu rotația. Prezența epistotonului cefalic cu crize cefalalgice sub occipitale erau un indiciu de abilitare a apeductului lui Sylvius. Diagnosticul de tumoare cerebeloasă s'a verificat necropsic, căci pacienta a sucombat brusc în una din acele crize.

4) D-nii Prof. D-r MARINESCU și D-r DRĂGĂNESCU: *Paralizie bulbară acută* (paralizie facială fenomene vestibulare, turburări respiratorii și de deglutiție) în cursul unei poliomielite acute.

Întâi expunere clinică a unui caz cu aceste simptome. În urmă expunere și demonstrații histopatologice, din acestea se constată că paralizia facială are un sediu nuclear, analog leziunilor din măduvă. Cât privește celelalte leziuni e interesant a arăta că în acest caz (ca și în alte cazuri de poliomielită cu tablou de paralizie bulbară), e o difuziune a lor, în toată substanța grisa a trunchiului cerebral și chiar în regiunea infundibulo-tuberiană. La acest nivel ca și în pedunculii cerebrali alterațiile nu pot fi deosebite de cele din encefalită letargică (se notează chiar o dezintegrare nelanică a locului niger).

În regiunea bulbo-protuberanțială ele au însă o localizare mai intensă în jurul venticolului 4 (regiunea bulbo-ponto-cerebroasă).

La Discuție D-l D-r Noica amintește că a avut un caz acut cu turburări de tip encefalitic, la care după câteva săptămâni apar atrofii în teritoriul mușchilor feței. Se întreabă dacă nu a fost un caz de poliomielită analog celui prezentat de D-l prof. Marinescu.

Sedința din 14 Martie 1928

Prezid. D-l prof. D-r Marinescu.

1) D-l Prof. G. MARINESCU și D-nii DRAGANESCU și VASILIU: *Două cazuri de hemiatrofie facială.*

În primul e vorba de o hemiatrofie facială aproape totală, observată la vârsta de 9 ani. Atrofia interesează teritoriul arterei faciale, temporale superficiale și auriculare posterioare, însoțindu-se de pigmentare și vitiligo la nivelul tegumentelor, rarefierea părului din jurul urechii și pierderea cililor, din jumătatea externă a pleoapei inferioare. În plus există o absență a sudorației la față bolnavă și modificări de secreție parotidiană, (de partea bolnavă secreție mai vâscoasă).

În al doilea caz, era o atrofie parțială în domeniul facialei, cu aceleași caractere ca în cazul precedent. Această atrofie apăruse la o față de 17 ani, în urma unei malarii prelungite.

Cazurile de hemiatrofie facială sunt relativ rare; ele indică participarea simpaticului. E vorba — judecând după topografia atrofiei — probabil de o neurită perivasculară. Totuși și simpaticul din nervul trigemen poate produce astfel de turburări cum a notat într'un caz prof. Marinescu cu *Sérieux*.

M2) D-nii PANDELESCU și TEMPEA: *Nevrită retrobulbară de origine sinusală; operație, vindecare.*

La o femeie de 33 ani, care își pierduse vederea la OS aproape complet în 4 săptămâni, rezecția cornetului mijlociu, cu deschiderea sinului sfenoidal, care prezintă fenomene de tumefacție congestivă, aduse o vindecare activă a nevritei optice.

La discuție D-l Prof. Manolescu amintește că sunt multe cazuri de nevrite retrobulbare, variate ca etiologie care se vindecă spontan; prin urmare nu este totdeauna o probă indiscutabilă a originii, efectul terapeutic. În cazul de față însă, unilateralitatea nevritei vorbește în favoarea concluziei autorilor.

3) D-l Prof. MARINESCU, MARIA NICULESCU și I. CLAUDIAN: *Tic multiplu facial post-encefalitic.*

E vorba de un individ tânăr, la care la 6 luni după perioada acută a unei encefalite letargice, apare un tic al feței, care se accentuează ulterior. Pacientul, la care se constată semne fruste post-encefalitice, are și în prezent (deci după 2 ani) acest tic, caracterizat prin o micșorare involuntară, nestăpănită, conștientă de proiectare înaintea buzelor (bot de animal), asociată cu ocluzia ochilor și respirație profundă cu uneori oprire respiratorie. Prin un gest antagonist un simplu contact al degetelor de pleoape, adese pacientul oprește ticul.

4) D-l D-r D. PAULIAN: *Considerații asupra stazei papilare în hipertensiunile craniene.*

Autorul, a remarcat că în cazurile de tumoră extracerebrală (mai ales a fosei cerebrale posterioare), staza papilei apare precoce. În tumorile intraviscerale staza apare tardiv, deși celelalte semne

clinice evoluiază relativ repede. Absența stazei deci în o anumită perioadă, în aceste cazuri, nu trebuie să ne oprească dela o intervenție, care-i necesară.

5. D-nii D-ri RADOVICI, RADOSLAV și SAVULESCU: *Gușe basedowiană cu enoftalmie unilaterală.*

Autorii relatează observația unei bolnave care cu ocazia unei sarcini prezintă un sindrom hasedowian cu gușe și enoftalmie de partea tumefacției tiroidiene mai accentuate.

Sindromul Cl. Bernard-Homer e însoțit de o vasoasimetrie facială de aceeași parte.

6) D-nii D-ri DRĂGĂNESCU, JOVIN și LAZARESCU: *Tumoră a bazei craniului (sindrom paralizic al unor nervi cranieni, cu sindromul Claude-Bernard-Homer). Ameliorare însemnată cu radioscopie profundă.*

Tumorile cranio-faringee produc paralizii ale nervilor cranieni prin extensia procesului neoplazic exo și endoeranian. În cazul de față pe lângă o adenopatie cervico-laterală dreaptă care-i provoacă dureri penibile existau turburări paralizice de partea nervilor V, VII, VIII, X drept, VI, VIII, IX, XII stâng. Radioterapia profundă, aduse scăderea ganglionilor, dispariția durerii, aproape dispariția anesteziei trigeminale și paraliziei faciale. În tumorile din cauza estenției procesului neoplazic, rontgenoterapia trebuie întotdeauna încercată.

La discuție D-l Prof. Manolescu relevă frecvența relativă a acestor tumori. D-sa a văzut în câțiva ani 3 cazuri, dintre care unul avusese un debut prin o zonă oftalmică. În toate existase și staza papilară.

D-l D-r Radovici amintește că a observat de asemeni un caz.

Sedința din 15 Iunie 1928

Prezidează D-l Prof. Marinescu.

1) Prof. General D-r BUTOIANU, STOIAN și TUDOR: *Plagă penetrantă craniană prin instrument înțepător, abces cerebral, hernie cerebrală post-operatorie; vindecare; hemi-anopsie.*

Accident traumatic survenit la un soldat, în regiunea occipitală dreaptă. În fața reacției meningee febrile, s'a trepanat regiunea aceasta și s'a drenat. Vindecare progresivă rapidă. Pacientul a rămas cu hemianopsie.

2) Prof. G. MARINESCU, I. JIANU și DRĂGĂNESCU: *Tumoră ponto-cerebeloasă operată, sindrom catatonie tardiv.*

Fenomene tipice de tumoră a unghiului ponto-cerebelos, cu hemiparesă însă de aceeași parte cu tumora, o primă intervenție se face de Dr. Jianu și Ilescu (trepanația decompresivă), iar la 3 săptămâni de către Prof. Pussep și Jianu. Se ridică parțial fragmentând-o foarte lent o tumoră în locul indicat, rămânând a se continua în un al 3-lea timp mai târziu. Bolnavul se ameliorează ușor, dar se instalează la el o stare de negativism cu tendință de izolare, care face imposibilă o nouă intervenție. Acest sindrom psihic e pro-

babil consecința unei hipertensii craniene. Ar putea da loc la erori cu localizări în lobul frontal.

3. Prof. AMZA-JIANU, D. PAULIAN și LAZĂRESCU: *Neuralgie paroxistică a trigemenului; vindecată prin radiocotomie retro-gaseriană.*

Admirabil rezultat operator în o neuralgie ce atingea mai mult regiunea temporo-maxilară. Pacientul era un bătrân.

În discuție, D-r Drăgănescu insistă asupra quasi-integrității sensitive la față, în urma acestei intervenții.

Prof. Marinescu, crede că secțiunea a atins mai ales fibrele ce erau în legătură cu regiunea dureroasă. Oftalmicul nu e lezat căci nu există keratită neuro-paralitică.

Prof. Manolescu arată că Hartmann notează cazuri cu neurotomie retrogaseriană fără turburări trofice oculare.

4) V. FOTIADE: *Sindrom vestibular trecător, provocat de o injecție de novocaină-adrenalină în fosa pterigo-maxilară.*

Sindromul observat (vertij, nistagmus, deviații tonice) e analog cu cel observat de D-r Drăgănescu și Lieon după după o injecție cu novocaină în reg. latero-cervicală a gâtului. S'ar explica prin iritarea simpaticului cervical care duce la crearea de modificări vaso-motorii bulbo-protuberanțiale, ce provoc fenemenele vestibulare. Terracol a observat experimentul un sindrom analog.

5) O. SAGER, GRIGORESCU et LAZĂRESCU: *Meningită seroasă în cursul unei irido-ciclite de natură reumatică la un specific.*

Starea pacientului s'a vindecat prin calicilat de sodiu, ser glucozat și atropină (1 mgr. pe zi). Un tratament specific fusese ineficace. Pentru provocarea acestei meningite seroase cu stază papilară, starea constituțională a bolnavului și factorul ocazional (diateza eruditivă) au adus modificări de permeabilitate meningeă ce a dus la augmentarea lichidului cefalorahidian.

Ședința din 27 Ianuarie 1929

Prezidează prof. D-r Marinescu.

1) Prof. G. MARINESCU, D-r LOBEL, D-r SAGER și D-r KREINDLER: *Turburări endocrine și vegetative într'un caz de retinită pigmentară. Cercetări cronaximetrice asupra mecanismului hemeralopiei.*

Autorii prezintă o bolnavă cu *retinită pigmentară* care are *turburări endocrine* importante (hirsutism, insuficiență ovariană, etc.) o albire completă a părului și o hiperexcitabilitate a întregului sistem vegetativ. La aceiași bolnavă autorii au făcut cercetări cronaximetrice asupra excitabilității retinei; s'a observat că *chronaxia* bastonașelor e mai mică decât normal heterochronizându-se astfel cu cea a neuronului multipolilor, ceea ce determină diminuarea câmpului vizual.

Discuție: D-l Prof. Manolescu amintește cercetările făcute în clinica oftalmologică asupra gradului de hermeralopie (adică simțul luminos la normal și patologic). D-șă constatat că din toate funcțiile retimien, simțul luminos e atins primul, pe când simțul for-

melor și culorilor e alterat mai târziu. În atrofia optică nevritică, în hemeralopia esențială, simțul culorilor și formelor era conservat, pe când cel luminos abolit. În staza papilară acest simț luminos e aproape intact până la sfârșit, în leziunile inflamatorii locale, e alterat (aceea ce ar servi ca un diagnostic diferențial între aceste două feluri de leziuni ale nervului optic).

D-l Prof. Manolescu a putut astfel stabili grafice reprezentând variațiile simțului luminos în diversele afecțiuni oculare.

Cercetările cronaximetrice poate vor putea aduce explicarea unor fenomene observate la hemeralopiei ca de ex. stricțiunea câmpului vizual.

D-l Prof. Marinescu, crede că într'adevăr mecanismul fiziopatologic al hemeralopiei e puțin cunoscut. D-sa a căutat să studieze hemeralopia, căci această turburare vizuală e adese ereditară și e foarte probabil că are la bază o leziune transmisibilă a pigmentului choroïdian și retinian. Se știe rolul important pe care pigmentul îl joacă în ereditate; e mai puțin cunoscut rolul său în ereditatea morbidă. Cercetări personale în curs, par a arăta că în legătură cu această alterație a pigmentului ocular există probabil alterațiuni în fermenții oxidanți. La nivelul retino-choroïdian, unde excitațiile luminoase se transformă în energie luminoasă, acești fermenți oxidanți — prin analogie cu aceia ce se observă la piele — au acest rol important.

2) V. VOTIADE: *Paralizia dilatatorilor glotei. Sindromul lui Gerhardt.*

După ce expune pe scurt mecanismul construcției și dilatației glotei laringiene, autorul descrie sindromul lui Gerhardt și arată deosebirea care trebuie să se facă între acesta și paralizia pură a dilatatorilor. Paralizia pură a dilatatorilor este o afecțiune latentă, care trebuie căutată laringoscopiceste ca să poată fi descoperită, fiind o afecțiune cu care bolnavul poate trăi relativ nesupărat, pe când sindromul lui Gerhardt este o paralizie a dilatorilor complicată de un spasm al constrictorilor.

Apoi expune patru observațiuni personale.

În trei din aceste cazuri paralizia pură a dilatatorilor a fost urmată la câțva timp de sindromul sgomotos a lui Gerhardt, care a necesitat tracheotomie de urgență. Dintre aceste, două cazuri au fost multă vreme urmărite și grație tratamentului antisifilitic, autorul a reușit să scoată canula tracheală după 4—5 luni de tratament.

Terminând, F. subliniază rolul important ce-l joacă sifilisul în etiologia paral. dilat. și recomandă să se insiste cu perseverență în facerea tratamentului. ²² Și dacă nu totdeauna reușim să vindecăm complet paral. dilat., totuși avem multe șanse să vindecăm sindromul lui Gerhardt, ceace este destul de mult.

În discuție D-l D-r Vasiliu, se întreabă dacă în două din observații ale D-rului F. nu era vorba de crize laringee tabetice.

D-l D-r Drăgănescu, amintește că în un caz de sindrom Avellis complicat, studiat de D-l Prof. Marinescu împreună cu dânsul, hemiplegia velo-palatină avea expresia anatomică în o distincție a nu-

cleului ambigun. Se îndoește deci de existența în caz de perturbație motrice în domeniu recurentului (cum e o paralizie a dilatatorilor) a unor leziuni în planșeul ventriculului IV cum a arătat Bertrand și Truffert experimental.

În ce privește tratamentul de făcut în leziunile arteritice se sifilis bulbo-protuberanțial, trebuie întotdeauna început cu un tratament moderat (doze mici de $\frac{1}{2}$ cinaur pe zi, odată apoi de 2 ori pe zi) și numai după 6—7 zile să se asocieze Neosalvarsan. În caz contrar turburările se pot exagera prin apariția unei reacții violente de focar. (Hertbeimer).

3) Prof. D-r G. MARINESCU, D-r STATE DRĂGANESCU și D-r I. DUMITRESCU: *Asupra modificărilor șelei turcești în cursul distensiei ventriculare prin tumori cerebrale la distanță.* (Demonstrațiuni radiologice și anatomice).

În două cazuri de tumori cerebrale cu fenomene mari de hipertensiune craniană și în special stază papilară, pe filmul radiografic există o lărgire considerabilă a fosei pituitere. Podeala șelei turcești și apofizele clinoide nu se mai distingeau. Cavitatea sinului sfenoidal apărea cu mult redusă. Există deci o imagine ca de tumoră distructivă la nivelul regiunii hipofizare. Și într'unul din cazuri, prezența unei hipersomii cu paralizia perechei a 3-a, pe lângă fenomenele piramidale, indică clinic o leziune aci. În al 2-lea caz însă, sediul era greu de precizat, în lipsa unor elemente clinice suficiente. La necropsie în primul se găsi o tumoră enucleabilă situată în loja pedunculo-caloso-cerebeloasă dreaptă (supra și subtentorială) și o dilatare ventriculului al 3-lea care forma un adevărat cloist. Compresia exercitată la nivelul pedunculilor provocase o dezarmare a acestora și o obliterare a aqueducului silvian. În celalt caz era o tumoră pe marginea posterioară a cerebelului, care indirect comprima partea posterioară a ventriculului, al 4-lea și creia de asemeni o mare distensie ventriculară și în special a celui de al 3-lea. Din cauza aceasta în ambele cazuri, șeaua turcească apărea înfundată în sinul sfenoidat, apofizele clinoide dispărute, iar podeala osoasă a șelei era redusă la o foiță papiracee cu țesutul său în rezorbiție cum se vede pe secțiunile istologice.

Hipertensia craniană și anume în cazul ventriculului al 3-lea poate da deci modificări mari ale șelei turcești ca în procesele neoplazice distructive locale. Sonques, Vincent, Cushing, Stenvers au fapte analoge.

În discuție D-l Prof. Manolescu arată că și d-sa a văzut cazuri de modificări mari ale șelei turcești, fără să existe vreun fenomen de tumoră localizată la această leziune.

4) D-r O. SAGER, D. GRIGORESCU și ANGENOMMEN: *Meningită post-tifică la un specific.*

O infecție, în speță febra tifoidă, produce pe un teren specific o hipersecreție a pleurilor coroidale, fie lucrând direct asupra lor, fie modificând permeabilitatea barierei hemato-encefalice prin alterări ale funcțiunii glandelor cu secreție internă. În sprijinul acestei ipo-

teze — susținută anterior — autorii relatează un caz de meningită seroasă apărută în plină convalescență a unei febre tifoide. În momentul vindecării meningitei seroase generalizate, bolnavul face o meningită seroasă circumscrisă cu localizare ponto-cerebeloasă, care se vindecă complet la rândul ei prin tratament specific și ser glucozat hipertonic.

5) D-rii STATE DRĂGĂNESCU, JOVIN și DINISCHIOTU: *Nevralgie facială violentă în cursul unei tumori infiltrante a bazei craniului, foarte ameliorată prin radioterapie profundă* (un nou caz).

Autorii prezintă un bolnav care avea o paralizie a perechei IV și VII bilaterală, V, IX—XII stâng, VII drept, instalate insidios de câteva luni. Atingerea trigemănelui stâng, era însoțită de dureri intense la față, care necesitau morfina. Turburările erau provocate de o tumoră difuză a bazei craniului, având punctul de plecare rinofarinxul stâng, cum a arătat o biopsie locală practică de D-r Țețu. În regiunea cervico-laterală stângă există o adenopatie importantă. Aplicațiunile radioterapice cranio-cervicale aduc o dispariție a nevralgiei în 5—6 zile (supresia morfinei), iar după 3 săptămâni o revenire a sensibilității în teritoriul trigemenului o atenuare a paraliziei faciale, o revenire a auzului la stânga și dispariția paraliziei recurentului.

Această ameliorare durează de peste 2 luni, dar — baziți pe un caz anterior — autorii cred că va fi pasageră.

D-r State Drăgănescu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE BIOLOGIE

Darea de seamă a secretarului General asupra activității Soc. române de biologie de la 1913—1929, prezentat Societății în adunarea generală de la 31 Ianuarie 1929.

În decursul celor 3 ani de la 1913—1916 Reuniunea biologică din București a ținut 36 ședințe la care s'au făcut 197 comunicări. De la 1916—1919 Societatea a rămas închisă. Iar de la 1921—1926 s'au ținut 108 ședințe cu 487 comunicări în cele trei centre universitare din țară.

De la 1926—1928 s'au ținut 69 ședințe cu 354 comunicări la București, Cluj și Iași. Deci de la 1913 până la 1929 societatea română de biologie a ținut în total 213 ședinți la care s'au făcut 1028 comunicări.

SECTION DE BUCAREST

(Séance du 31 Janvier 1929)

DEMÈTRE IONESCO et V. THEODOSIO: *Passage du virus rabique dans les glandes sous-maxillaires.*

Caută a preciza câte zile este virulentă glanda sub-maxilară înaintea apariției fenomenelor de turbare. Dintr'o serie de experiențe

făcute pe 10 câini ajung la concluzia că glanda sub-maxilară poate fi virulentă pentru epuri în inoculare subdurameriană 7 zile înaintea apariției simptomelor clinice de turbare și 10 zile înainte de moarte.

Așa dar se recomandă tratamentul antirabic persoanelor mușcate de câine în aparență sănătos, punând câinele în observație clinică cel puțin 7 zile.

DEMÈTRE IONESCO et V. VALTER: *Recherches expérimentales sur la splénectomie dans la rage.*

Pentru a-și da seama de modificările hematologice în turbare la animalele splenectomizate autorii au făcut o serie de cercetări la epuri; un stok era inoculat cu virus fix și îi s'a practicat splenectomia, altul era inoculat intra-cerebral cu ser fiziologic li se practică splenectomia, iar alt grup de epuri era numai inoculat cu virus fix. Reacțiile hematologice nu prezentau diferențe esențiale la epuri splenectomizați și nesplenectomizați inoculați cu virus fix.

ARISTIE DAMBOVICEANU: *Modifications physico-chimiques du plasma d'Astacus fluviatilis au moment de la mue.*

Dintr'o serie de cercetări făcute pe 50 raci bărbați și femei în timpul când își schimbă carapacele, autorul a găsit modificări mari privitoare la coagulabilitate, culoare, indecele refractometric și albuminelle coagulabile prin căldură. În luna Maiu când racilor le cade carapacele sângele lor devine mai coagulabil, indicele refractometric devine mai mare, valoarea albuminelor totale coagulabile prin căldură crește mult.

I. ISAC, V. SCURTOPOL et A. ST. STOICA: *Recherche du plomb dans les matières fécales des ouvriers imprimeurs.*

Autorii arată rezultatele obținute la 71 lucrători a unei imprimării din care reese că la 39 indivizi au găsit în fecale cantități dozabile de plumb, și la alții 10 urme nedozabile.

G. PETROVANU: *Influence de la température sur la marche de l'autolyse microbienne par l'eau oxygénée.*

Viteza autolizei crește în raport direct cu temperatura, variază pentru fie-care grup de microbi de la 44°—52°, și este nul la 60°.

Timpul necesar autolizei variază între 4—8 ore.

EUGÉNIE SORU: *Signe de la charge électrique des bacilles typhiques et du bacillus tumefaciens normaux et sensibilisés ainsi que de leurs agglutinines spécifiques.*

A constatat existența unei încărcări electrice negative la bacilul tifoid și b. tumefaciens normal. Iar la microbii sensibilizați existența unui punct izoelectric, fapt ce s'a constatat și la aglutininele specifice.

P. CONDREA: *Recherches sur le pouvoir toxique de deux races de bacilles tétaniques.*

Dintr'o serie de cercetări asupra puterii toxigene a celor 2 rase de bacil tétanic, luând ca unitate toxică doza mortală în trei zile pentru un șoarece de 15 gr., ajunge la concluzia că: rasa D. (mobilă) a bacilului tétanic posedă o putere toxigenă mai ridicată.

ca rasa L (imobilă) provenind de la aceeași sușe, — această diferență este mai mare când rasele sunt conservate în mediul glucozat.

M. NASTA, I. JOVIN et M. BLECHMANN: *Diminution de la sensibilité a la tuberculine chez le cobaye tuberculeux soumis a l'irradiation par les rayons X.*

Cobai tuberculoși expuși la razele X le face injecție intra-peritoneală cu tuberculină, cobaii iradiați sunt mai rezistenți ca martorii. M. NASTA, I. JOVIN et M. BLECHMANN: *Variations du nombre des leucocytes et de la formule leucocytaire chez le cobaye tuberculeux exposé aux rayons X.*

Dintr'o serie de cercetări asupra modificărilor numărului leucocitelor și formulei leucocitare la cobaii tuberculoși supuși razelor X, constată că razele X determină o leucopenie, cu o polinucleoză ce e pasageră; dar nu are nici un efect asupra leucocytozei și polinucleozei reinfecțiilor.

Séance du 7 Février 1929.

A. BABES: *L'origine des monocytes et leurs rapports avec le système réticulo-endothélial.*

Injectează sub-cutanat la epuri gudron și găsește în sângele epurilor injectați cu gudron o micșurare a numărului polinuclearelor și a limfocitelor și o mărire a numărului monocitelor. În splina și ganglionii limfatici a animalelor injectate cu gudron găsește o proliferare a țesutului reticulo-endothelial. Aceste cercetări ar putea lămurii în parte origina monocitului.

I. PAVEL, ST. MILCU et I. RADVAN: *Action de la morphine sur la sécrétion hépatique.*

Autorii studiază pe câini acțiunea morfinei asupra secreției biliare, și arată acțiunea inhibitoare a acestei substanțe asupra secreției biliare, acțiune care e imediată. În cât în insuficiențe hepatice este contra-indicată morfina, care ar putea mări insuficiența hepatică. M. NASTA: *Absence de virulence du bacille bilié de Calmette et Guérin inoculé par voie intraveineuse au lapin après blocage du système réticulo-endothélial.* Caută a stabili care este evoluția infecției pe cale venoasă cu B. C. G. la epure după blocajul sistemului reticulo-endothelial și dintr'o serie de experiențe arată că B. C. G. nu poate determina la epure leziuni progresive sau permanente, cu toată supresiunea aparatului de apărare fagocitar.

M. NASTA: *Réaction retardée a la reinfection chez le cobaye vacciné par le bacille bilié de Calmette et Guérin.*

Experiențele au fost făcute pe 11 cobai care au fost infectați pe diferite căi cu 1 cgr. de B. C. G., la aceștia li s'a făcut reinjecția intradermică cu $\frac{1}{10000}^{\circ}$ și $\frac{1}{100.000}^{\circ}$ de mgr. de bacili sușă bovină Halée la un interval de 1 lună, și 7 luni de la vaccinare. Au stabilit că leziunea locală apare la punctul de inoculare a 14—15 zi la o doză de $\frac{1}{10000}^{\circ}$ și a 17—18 zi pentru o doză $\frac{1}{100000}^{\circ}$. Așa dar cucât ne îndepărtăm de momentul infecțiunei reacția de hipersensibilitate se

atenuiază și dă loc unei rezistențe a organismului față de bacilul tuberculos.

C. IONESCU MIHAEȘTI, A. TUPA et I. MESROBEANU: *Sur le virus poliomyélitique de Roumaine en 1928.*

Continuă cercetările făcute în 1927 când au insistat asupra adunării virusului în cursul transmisiunilor de la animal la animal.

Autorii au luat fragmente de măduvă a 3 bolnavi ce au sucombat în cursul epidemiei de poliomyelită în 1928 și făcând o emulsie în ser fiziologic le-a inoculat la maimuțe 0,5 cc. Numai într'un singur caz au putut transmite poliomyelita la maimuțe.

(*Séance du 21 Fevrier 1929*)

A. BABES: *Sur la nature du réticulum du thymus.*

Autorul studiând 50 thymus la copii morți în urma boalelor infecțioase, mai ales a aceloră cu localizări pulmonare a găsit o tumefiere a elementelor reticulare a thymusului și o cantitate mare de lipoizi în aceste elemente, consideră aceasta ca o reacție de apărare la infecțiuni. La animalele ce au murit în urma intoxicației cu gudron găsește asemenea o tumefiere a elementelor reticulare. Deci thymusul trebuie considerat ca un organ limfatic și rețeaua thymică de origine reticulo-endotelială.

(*Séance des 7—21 Mars 1929*)

VINTILA CIOCALTAU: *Sur la spécificité du réactif phénolique pour le dosage électif de la thyrosine dans les protéines.*

Autorul ca să demonstreze specificitatea reacției fenolice pentru determinarea țyrosinei, a aplicat cu succes procedeul întrebuițat în determinarea tripofanului (de Follin și Ciocăltău) care consta de a determina interferența posibilă a sulfatului mercuric și a o evita.

D. SIMICI, B. VLADESCO et M. POPESCO: *Recherches sur l'urée et l'ammoniac des liquides gastriques a l'état normal.*

Pentru a lămuri chestiunea uremiei gastrice și mai ales a formelor fruste de uremie autorii studiază cantitatea de uree a lichidului gastric la indivizi normali și o găsește 0,14—0,42⁰/₁₀₀, — a jeun, — 0,18—0,34 în timpul digestiei. În urma injecției intra-venoase de uree 5—10 gr., cantitatea de uree a sucului gastric proporțional cu cantitățile injectate.

Amoniacul crește mult în sucul gastric după injecția intra-venoasă de uree. Probabil molecula de uree e dislocată în stomac și transformată în amoniac.

D. SIMICI, B. VLADESCO et M. POPESCO: *Recherches sur l'urée et l'ammoniac des liquides gastriques à l'état pathologique.*

Au găsit o cantitate mai mare de uree în produsele vărsăturilor bolnavilor de nefrite acute și cronice ce au fost însoțite de hiperazo-

teonie, urca varia între 0,76 ‰—2,66 ‰, asemenea amoniacul din aceste vărsături era mărit.

GEORGES et ALICE MAGHERU: *Apparition chez le cobaye de grandes quantités d'alexine dans les exsudats péritonéaux provoqués par l'injection de toxines.*

Dintr'o serie de experiențe făcute pe cobai cărora le-a injectat intra peritoneal, toxină disenterică, difterică și tetanică rezultă că ecsudatul peritoneal a acestor animale era mai bogat în alexină ca a acelor cărora nu li s'a injectat nimic. Alescina din serul cobailor inoculați era mai mică ca cea din ecsudatul peritoneal.

GEORGES et ALICE MAGHERU: *Fixation de l'alexine in vivo sur le complexe toxine-antitoxine.*

Continua cercetările care au arătat creșterea proprietății alescice a ecsudatului peritoneal față de sistemul hemolitic epure-anti berbec hematii de berbec. In urma inoculării intra-peritoneale de toxină și ser specific acțiunea alexică a ecsudatului este neutralizată.

Deci inocularea specifică provoacă dispariția proprietăților alexice a ecsudatului, dispariția este datorită fixării in vivo a alexinei: pe complexul toxină-antitoxină.

E. C. CRACIUN: *La glycogénie au cours de la régénération hépatique.* Caută a stabili fenomenul de glycogenie la animale cărora li s'a făcut o extirpare parțială a ficatului și care au fost sacrificate 4—9, 16 și 18 zile după aceia, — și găsește glycogenul numai în celulele hepatice de nouă generație, — pe când glycogenul e absent la nivelul canalelor biliare și elementelor de regenerare și cicatrice.

M. NASTA: *Action du bacille bilié de Calmette et Guérin administré au lapin par aspiration.*

Autorul face o serie de experiențe pe epuri și caută a arăta că în urma aspirării de o emulsie 0,5 cgr. de B. C. G. în 1 cc. lichid epuri prezentau mici focare de supurație în plămâni. Epurii infectați pe cale venoasă cu un miligram de bacili virulenți mor după 6 luni de pneumonie caseoasă, pe când cei vaccinați prin aspirație cu B. C. G. și inoculați cu bacili virulenți nu au de cât mici abcese sub-pleurale.

A. THEOHARI et D. BAIȘOIU: *Action de l'emetine dans les cas de bronchite sunglante et fétides a fuso-spirilles.*

Cred că acțiunea binefăcătoare a emetinei în bronchite fetide și gangrene pulmonare este datorită dispariției fuso-spirilare sub influența emetinei.

D. GHIMUȘ: *Contribution a l'étude du traitement de l'asthme essentiel par la diathermie.*

Comunică 2 observații de astm esențial la care a obținut rezultate bune cu diathermie. Autorul crede că diatermia are o acțiune antispasmodică asupra sistemului parasimpatic pulmonar și o acțiune distructivă asupra țesutului inflamator a bronhiilor cauză determinantă a accesului de astru. Probabil diatermia ar avea acțiune în bronchitele acute și cronice.

VINTILA CIOCALTAU: *L'influence des precipités sur la proportionnalité et sur le développement de la coloration dans les dosages colorimétriques.*

Insistă asupra felului cum trebuie făcută o reacție colorimetrică, soluția finală trebuie să fie clară de voim să avem o reacție colorimetrică fără erori mari. Să nu se filtreze lichidele ce voim a analiza cu ajutorul colorimetriei.

HÉLÈNE ROTH: *Presence du glucose dans l'urine des sujets normaux.*

Examinând o serie de urine la indivizi sănătoși autorul găsește 0,2—3 gr. glucoză la mie. Înainte de a admite existența diabetului trebuie căutată și glycemia.

G. LITARCZEK, H. AUBERT et I. COSMULESCO: *Sur l'afinité de l'hémoglobine pour l'oxygène exprimée par la constante de dissociation K de l'oxyhémoglobine dans quelques cas d'anémie.*

Autorii au studiat în 2 cazuri de leucemie limfatică, 2 de anemie pernicioasă și unul de endocardită lentă capacitatea totală de oxigen și au găsit-o mult scoborâtă. Scoborârea este paralelă cu scoborârea hemoglobinei. Micșorarea afinității hemoglobinei pentru oxigen K constituie un factor important în determinarea anemiei.

G. LITARCZEK, H. AUBERT et I. COSMULESCO: *Des causes et de l'utilité des modifications de l'afinité de l'hémoglobine pour l'oxygène dans quelques cas d'anémie.*

Din cercelările făcute reiese că schimburile afinității hemoglobinei pentru oxigen este datorită modificărilor intra globulare. Mărirea valorii $\frac{1}{K}$ arată că afinitatea hemoglobinei pentru oxigen este micșorată. Paralel cu mărirea $\frac{1}{K}$ coeficientul de întrebuințare a oxigenului crește compensând parte lipsa hemoglobinei.

D. IONESCO et A. TEITEL BERNARD: *Sur la structure des fibres nerveuses vegetatives.*

Faptul că s'au găsit în sistemul nervos vegetativ fibre fără mielină, fibre fine cu o teacă de mielină subțire și fibre groase cu mielină a făcut pe autori să studieze la epure, vișel, câine și pisică nervii sinus cardidian, depresorii, nervii cardiaci inferiori, nervii vertebrali, ramurile esofagiene, bronchice și abdominale. Și au găsit că fibrele receptrice ale sistemului vagall au o teacă mai fină de mielină ca acele simpatice. Fibrele efectrice sunt fibre fără mielină sau fibre fine cu o teacă de mielină subțire. Fibrele receptrice au un diametru variabil și o teacă de mielină mai groasă.

DUMITRESCO-MANTE et S. CIORAPCIU: *L'action du glycolate et du taurocholate de soude en solution dans le liquide Rouger-Loche sur le coeur isolé de la grenouille. Absence d'une action bradycardisante.*

Autorii fac o serie de experiențe cu inima întregă la broască, sinusul venos și cu ventriculul inimii de broască asupra căreia au studiat acțiunea soluțiilor slabe a sărurilor biliare în lichidul Ringer, nu a dat o bradycardie. Mai curând au obținut în experiențele lor a acțiune tachycardisantă.

SECTION DE IASSY

(Séance du 28 Janvier 1929)

C. I. PARHON et M-me T. CAHANE: *Propriété biologique de l'urine et du serum sanguin des femmes et des femelles gravides. Présence de grandes quantités de gynékhormone dans ces liquides.*

Experiențele au fost făcute pe 6 cobai, 4 femei și 2 bărbați, cărora le-a injectat zilnic 10 cc. de urină de femee gravidă și observă o mărire a glandei mamare, și o dezvoltare considerabilă a tractusului genital care devine turgescenț. Animalele injectate mai prezintă și o hipertrofie a corpului thiroid, a suprarenalelor și a splinei.

Autorii cred că aceste efecte sunt datorite prezenței în urină a unui hormon specific feminin.

M. CAHANE: *Influence de la gravidité sur la teneur du foie en glycogène.*

Face o serie de cercetări pentru a stabili la cobai variațiile glicogenului hepatic în timpul gestațiunii și găsește o micșorare a glicogenului hepatic între a 18—62 zi a gestiunii.

HÉLÈNE DEREVICI: *La sérocalcémie chez différentes espèces animales.*

La 67 câini, 27 epuri, 16 cobai, 15 berbeci, 6 rațe și o curcă autoarea caută a determina calciu seric prin metoda lui Waard și găsește la câine 110—130 mgr. calciu la mie, la epure calciu oscilează între 120—200 mgr., la cobai 100—130 mgr., la berbec 94—132 mgr. calciu la mie. Rezultate ce concordă cu cele găsite de Abderhalden.

GHERTA WERNER: *Variations de la glycémie et de la séro-calémie dans le syndrome athyroidien expérimental.*

Autorul determină glycemia la animalele thiroidectomizate și găsește la cobai și epure o mică diferență între valoarea glycemiei animalelor operate și martori, numai la berbec găsește o hipoglycémie netă.

Serocalcemia la animalele thiroidectomizate era mărită.

GHERTA WERNER: *Variations de la cholestérimémie et de l'urémie dans le syndrome athyroidien expérimental.*

Caută cholesterina serică (metoda Grégaut) la cobai, epuri și berbeci după ce li s'a extirpat thiroida și găsește o mărire a cholesterinei serice la animalele thiroidectomizate. Urea serului sanguin la animale după ablația corpului thiroid este mărită.

C. THEODORESCU: *Études expérimentales sur la virulence particulière de deux souches de virus rabiques.*

Cu ocazia unor cazuri mortale de turbare, autorul caută a arăta variațiile virusului rabilic. Virusul izolat din 2 cazuri a fost inoculat la cobai și epuri, se asemănă cu virusul străzilor dar nu conferea imunitatea la epuri vaccinați cu virus fix. Aceste virusuri constituie o formă de variație a virusului străzilor ce diferă de sușa originală de unde provine virusul fix întrebunțat. Probabil că aceasta explică nesuccesul vaccinației antirabice în aceste cazuri.

(Séance du 28 Février 1929).

M. GAROFEANU et. P. IONESCU: *Sur la toxicité des mélanges glucose-toxine tétanique chez la souris.*

Au inoculat la șoareci un amestec de toxină tetanică cu cantități variabile de glucoză (soluții 20 %) în mușchii coapsei și au văzut că glucoza protejă șoarecii contra intoxicației tetanice. Dacă se adaugă glucozei două doze mortale de toxină se constată o atenuare a toxicității acestor amestecuri, fără a neutraliza complet acțiunea toxică a toxinei. Deci glucoza are o acțiune neutralizantă asupra toxinei tetanice.

C. I. PARHON et I. ORENSTEIN: *Absence de pigmentation cutanée chez les animaux albinos soumis à l'action des rayons ultraviolets.*

Autorii au aplicat razele ultra-violete la cobai albinosși alții ca martori. Apoi au studiat structura epidermului animalelor iradiate, rezultă din experiențele făcute că celulele epidermice ale animalelor albinos nu au produs pigment sub influența razelor ultra-violete.

C. I. PARHON, M. CAHANE et I. ORENSTEIN: *La réserve alcaline chez les animaux soumis à un traitement thyroïdien.*

Experiențele asupra acestei chestiuni au fost făcute pe 8 câini cărora li s'a dat 2—4 gr. corp tiroid pe zi, și au constatat o micșorare a rezervei alcaline la animalele hipertiroidizate.

NINA TRIFON: *Hyperthyroïdisme et castration ovarienne. Vitesse de sédimentation des hématies.*

Autorul a constatat o micșorare a vitezei de sedimentare la animalele hipertiroidizate și o mărire a vitezei de sedimentare a hematiilor la animalele hipertiroidizate și castiate.

NINA TRIFON: *Hyperthyroïdisme et castration ovarienne; sérocalcémie et serocholesterinémie.*

Autorul a găsit la animalele hipertiroidizate o mărire a calciului sanguin. La animalele cărora li s'a făcut castrație ovariană o mărire a colestेरinei din ser, și o micșorată la animalele hipertiroidizate.

E. MARZA et. V. MARZA: *Influence de la thyroïdectomie des parents sur le poids de la thyroïde des descendants.*

Autorii au observat o mișcare a volumului și greutatei thyroidei cobailor noi-născuți provenind din părinți ethyroidați.

E. MARZA et V. MARZA: *Modifications histologiques de la glande thyroïdée.*

Autorii au constatat la cobaii născuți din părinți ethyroidați că thiroida prezintă o întârziere de diferențiere morfologică; cordoane epiteliale embrionare și puțin foliculi pe când la cobai născuții din părinți normali thiroida este formată din foliculi mari și este complet desvoltată.

Dr. R. Hirsch

SECTION DE CLUJ

(Séance du 23 Mars 1929)

C. I. URECHIA et S. MIHALESCU: *La tension veineuse dans quelques maladies nerveuses et ses rapports avec le système végétatif.*

Autorii fac un studiu comparativ al tensiunii arteriale, venoase și rachidiene la bolnavi de paralizie generală, demență precoce și epilepsie ce au o presiune rachidiană și tensiunile venoase și arteriale, ce sunt ratorite tulburărilor vazo-motorii.

Apoi caută în urma injecțiilor substanțelor simpatico sau vago-trope a determina presiunea venoasă și constată o variație pasageră a presiunii venoase sub influența paraliziei sau excitației sistemului vegetativ.

I. I. NITZESCU et GR. BENETATO: *La lipodièrese pulmonaire in vivo et la sécrétion interne du pancréas.*

Dintr'o serie de experiențe făcute pe câini autorii caută a determina acțiunea distrugătoare a grăsimilor la nivelul plămânului, in vivo la câine fac dozajii a grăsimilor din sânge înainte și după ce trece sânge prin plămân, apoi caută a vedea ce devine lipodizeza după depancreatizare completă.

Rezultă din aceste cercetări că plămânul exercită in vivo o acțiune lipodieretică care poate ajunge 15—16 % și care dispare după extirpația panceasului.

I. I. NITZESCU et GR. BENETATO: *La lipodièrese pulmonaire in vitro et la sécrétion interne du pancréas.*

Urmărind cercetările asupra lipodierezei pulmonare caută a determina dispariția substanțelor grase în fragmentele pulmonare supuse la autolisă asptică (in vitro) în prezența fluorurei de sodiu timp de 20 ore la 38°. Rezultă din experiențele făcute că plămânul are și in vitro o acțiune lipodieretică ce variază între 10—15 % care e micșurată mult sub influența depancreatizării. Deci secrețiunea internă a pancreasului constituie condiția sine qua non a metabolismului grăsimilor.

SOCIETATEA DE MEDICI ȘI NATURALIȘTI DIN IAȘI

Sedința din 21 Ianuarie 1921.

D-r LUCINESCU EUGEN prezintă un bolnav operat pentru *extrofia vezicii* prin procedeul Mayde de Prof. D-r Anghel.

D-rd GATOSCHI: *Luxația genunchiului.*

Autorul insistă asupra tratamentului și complicațiilor acestor luxații.

D-rii LAZĂRESCU și EUG. LAZĂRESCU: *Asupra rachianesteziei urmate de paralizia nervilor oculari.*

D-r LUCINESCU și D-rd IONESCU: *Variante anatomice.*

Sedința din 28 Ianuarie 1929.

D-r LUCHINESCU: *Fractură a tibiei și peroneului supra maleolară și o decolare a pelei în regiunea calcaneului și a oaselor tarsului.*
D-r. BARBILIAN și SEVERIN: *Un caz de exostoze multiple și radiografiile lor.*

La bolnavul prezentat s'a putut număra 48 exostoze, și insistă asupra tratamentului în caz de complicații.

D-rd BURGHELEA: *Moluscum pendulum al mamelonului.*

Autorul insistă asupra clasificării tumorilor cutanate fibroase și a structurii lor.

D-ra D-r VIOLETA STRAT: *Miocardita scleroasă, cu secțiuni anatomo-patologice de la câte-va cazuri de miocardita scleroasă.*

Sedința din 18 Februarie 1929.

D-rii FRANCHE și BURGHELEA: *Sindromul lui Volkman, comunică un bolnav care în urma unei mușcături de cal a prezentat acest sindrom.*

D-r GATOSCHI: *Aneurism arterio-venos la baza triunghiului Scarpa cu complicații cardio-vasculare.*

Autorul insistă asupra leziunilor cardiace frecvente în aneurismele arterio-venoase și care cedează în tratamentul chirurgical al aneurismului.

D-r BARBILIAN: *Radiografia unui caz de enchondromatoză a mânei drepte.*

Arată apropierea între această afecțiune și escostozele multiple.
D-r DABIJA: *Un caz de exostoza osteogenică pe extremitatea inferioară a femurului cu redeșteptare tardivă a procesului osteogenic.*

E interesant de a urmări evoluția tumorii mai departe.
Prof. D-r BACALOGU insistă asupra diagnosticului radiologic al tumorilor osoase.

D-r LUCINESCU: *Tumoare fibroasă a feței dorsale a limbei cu confirmarea diagnosticului clinic la examenul anatomo-patologic.*

D-rd IANCU: *Reacția de fixare în varicelă.*

Din examenele făcute de autor reese că în varicelă reacția de fixare după metoda Bordet nu dă rezultate satisfăcătoare.

Dr. R. Hirsch

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 pluri-glandură)
Feminoglandol (Opoterapie pluriglandulară)
Puberglandol (Opoterapie pluriglandulară)
Ricomalt (Luxativ)
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 (Luxativ)
Glycobil (Tonic)
Vitamil

Echantioane și literatură gratuită.
Exclusivitatea generală.

DROGUERIA STANDARD

Strada Zorilor No. 2
BUCUREȘTI I

NOUL PRODUS ASPASMOL WASSERMANN

ANALGESIC ANTISPASMODIC DE PRIMUL RANG

Cu baza de

BENZOAT DE BENZIL 25%

Tinct. Grindelia robusta — Tinct. Belladonna — Tinct. Hiosclam
în vehicol aromatic special.

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

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

Echantilloane la cererea D-lor Medici la

Depozitul Produselor A. VASERMANN & C. din Milano
In București Bulevardul Basarab No. 37 Telefon 360 | 95.

C. TEZE SUSȚINUTE LA FACULTATEA DE MEDICINA DIN CLUJ

dela Noembrie 1928 până la 1 Aprille 1929

Contribuțiuni la influența sistemului neuro-Vegetativ asupra tensiunii lichidului Cefalo-rachidian de Ioachim Totoianu, 1928.

1. Tensiunea rachidiană se modifică în urma schimbării echilibrului neuro-vegetativ.

2. În urma paraliziei vagului prin atropină (1—2 mlgr.) în injecțiuni intravenoase, se produce în cele mai multe cazuri o sporire a tensiunii rachidiene. În cazurile noastre această sporire am constatat-o în 8 din 10; în două cazuri tensiunea a scăzut. Urcarea a fost de 4—9 Claude.

4. Exercițiul simpaticei prin 1 mlg. de adrenalină în injecțiuni subcutanate, ne produce o sporire a tensiunii rachidiene. Scurtă vreme după injecțiunea de adrenalină (2—3 minute) se observă o scădere a tensiunii, ceea ce se explică prin acțiunea amfotonă a adrenalinei.

5. Observațiunea fiecărui caz a durat timp de 60 minute.

Reacțiunea Abderhalden, aplicațiunea ei în obstetrică și ginecologie de Ana Chirilă-Rivalet, 1928.

Reacțiunea Abderhalden apare din toate reacțiile biologice întrebunțate până acum în clinică cu particularitățile ei deosebite: e o reacțiune fermentativă. Față de celelalte reacțiuni prin care s'ar putea diagnostica sarcina, reacțiunea Abderhalden prezintă cele mai serioase garanții și astăzi este singura la care se poate apela în ginecologie și obstetrică pentru precizarea diagnosticului.

Calitățile și importanța acestei reacțiuni în Ginecologie și obstetrică se pot rezuma astfel:

1. Reacțiunea Abderhalden îndeplinește toate calitățile unei reacțiuni biologice, fiind o reacțiune bazată pe fapte anatomice.

2. Reacțiunea Abderhalden îndeplinește condițiunile unei metode practice putându-se oricând controla erorile și reactivii întrebunțați.

3. Reacțiunea Abderhalden nu pune diagnosticul prin ea însăși, ci aduce noi fapte clinicianului pentru precizarea unui diagnostic.

4. Prezența fermenților placentari nu pune diagnosticul de sarcină ci indică în organism prezența placentei (sarcină, avort, chorioepiteliom).

5. Reacțiunea Abderhalden nu este specifică pentru sarcină, dat fiind că este negativă uneori în cazuri de sarcină și pozitivă în cazuri de cancer sau afecțiuni inflamatorii ale organelor genitale.

6. Pentru procentul mic de rezultate nesigure, reacțiunea Abderhalden va trebui întrebunțată numai atunci când simptomele clinice singure nu pot decide diagnoza.

Medicii de seamă maghiari ai Ardealului în sec. XVII și XVIII de Dr. Frideric Mühlbacher, 1928.

1. Imprejurările vitrege ale secolului XVII-lea n'au fost proprii dezvoltării situației sanitare.

Pregătirea medicală e încă greoaie și pentru că acasă nu erau universități, tinerii se vedeau nevoiți să cercetezi străinătatea, ceea ce însemna mari pagube materiale. Din fericire se găseau mecenai cu gândire nobilă, orașe și biserici, care fac posibilă și eșirea din țară pentru a frecventa universitățile străine, a tinerilor merituosi, însă săraci.

2. Numărul medicilor era foarte redus. Intr'un oraș abia dacă întâlneam 2—3 medici. Medicii nu se stabilesc de cât în orașe, dar dacă au bolnavi în provincie, trebuiau adesea să rămână pe lângă ei câte 2—3 săptămâni mai ales din cauza grelei circulații.

3. Din cauza numărului mic de medici, oamenii săraci nu le puteau cere ajutorul, din care cauză se vedeau nevoiți să se adreseze vrăjitorilor și moașelor.

4. Către sfârșitul secolului XVII și la începutul secolului următor condițiile se îmbunătățesc și oficialitatea observă că clasa săracă e neglijată. Astfel se înființează postul de medic și chirurg oficial, precum și moașe oficiale. Aceste instituții oficiale erau obligați să trateze gratuit clasa săracă.

5. La sfârșitul secolului al XVII-lea fie în urma împrejurărilor economice favorabile, fie în urma înființării universităților acasă, condițiile sanitare se îmbunătățesc.

Instituția medicului oficial devine de o mare însemnătate îndeosebi în timpuri de epidemii, când oamenii bine pregătiți se luptă să le stăvilească. În secolele al XVII-lea și XVIII-lea dintre medici ardeleni maghiari au fost foarte mulți cari și-au câștigat merite pe terenul îmbunătățirii condițiilor sanitare. Cei mai importanți au fost Păriz-Păpai Francisc, Köleséri și Pataky, tatăl și fiul.

Tratamentul blenoragiei cu vaccinul antigonococic Cantacuzino de Eugen Demeter fost preparator al clinicei Dermato-Venerice, 1928.

1. Vaccinul antigonococic Cantacuzino este un preparat românesc care concurează cu cele mai bune preparate străine, ba chiar are avantaje față de aceste prin faptul, că se poate procura totdeauna proaspăt preparat și ieftin.

2. Se utilizează în scop terapeutic, asociat cu tratamentul local corespunzător.

3. Se administrează subcutan, intravenos, intramuscular și intrascrotal.

4. Efectul terapeutic variază după căile de inoculare. Cele mai frumoase și constante rezultate se obțin după injecții intravenoase dar acestea necesită un organism rezistent și repaus absolut în timpul duratei reacțiilor.

Reacțiunile ce se produc în urma injecțiilor intravenoase, sunt violente fără să se observe accidente de seamă.

Tratamentul subcutan și intramuscular sunt mult inferioare celui intravenos, rezultatele inconstante și variabile. Il aplicăm ori de câte ori organismul nu este în stare să suporte reacțiuni puternice.

Injecția intrascrotală simultană cu injecția intravenoasă în cazurile de epidimită gonococică, face să dispară repede durerile și dă regresii rapide. În decursul unei epidimite se administrează o singură injecție intrascrotală.

5. În cazurile de bl. acută simplă pe orice cale s'ar administra vaccinul, rezultatele sunt variabile și inconstante.

6. Cele mai frumoase și constante rezultate se obțin în complicațiunile blenoragice. După câteva injecțiuni — numărul variază după natura și sediul complicației — complicația se vindecă.

7. Asemenea observăm rezultate frumoase în blenoragie cronică necompliată dar după un număr mai mare de injecții (6—10).

8. Timpul vindecării variază deci după sediul infecției, durata boalei și caracterul complicației. Vaccinoterapia antigonococică cu preparatul Cantacuzino scurtează în mod considerabil durata tratamentului.

9. Asociat cu prateinoterapie (lapte, Aolan, Actoprotin) obținem rezultate frumoase în cazurile cronice. În cazurile acute n'am observat efect terapeutic deosebit.

Cultura Țesuturilor in vitro in special Cultura sângelui de Stoica Victor, preparator la inst. de Anat. Patol., 1928.

1. Cultura celulară in vitro, este o metodă care se aplică și la țesutul sanghin.

2. Technica culturilor este pretențioasă și destul de dificilă, însă se poate dobândi, transformându-se într'o metodă precisă și sigură.

3. Intrebuințarea heparinei simplifică și ajută mult pe cercetător.
4. Metoda culturilor cere o obișnuință a tehnicii sterilizării bacteriologice și chirurgicale.
5. Hematiile și polinuclearele sunt cele dintâi dintre elementele figurate ale sângelui care dispar din fragmentele cultivate.
6. O parte din linfoците degeneratează dispărând din cultură în primele două-trei zile.
7. O parte din elemente mononucleare fagocitează, devenind adevărate macrofage.
8. Macrofagii se transformă în celule fuziforme cu aspect cu totul asemănător fibroblastelor.
9. Această metodă este de mare ajutor studiilor hematologice, contribuind la lămurirea chestiunilor de histogeneză a celulelor sanghine.

Panarițiile de Iosif Ghizdavu, 1928.

1. Panarițiile sunt inoculări septice, prin leziuni mici, abia depistabile, (înțepături, zgârieturi, etc.) la nivelul degetelor.
2. Infecțiunile interesează mai des, mergând spre profunziune și prin propagări anatomice, toate straturile degetelor, dela piele până la os și se extind adesea la mână și la antebraț.
3. Degetele dela picior, deși mai rar și de gravitate mai mică, încă sunt sediul panarițiilor.
4. Agenții cei mai obișnuți sunt streptococii, stafilococii, mai ales aureu, fie izoafi, fie asociați între ei, alături anaerobi (panariții gangrenoase), alături se grecează bacterium coli, gonococul lui Neisser.
5. Manicure-ul poate declara infecțiuni grave și chiar epidemii de panariții (Körbl).
6. Panarițiile sunt mai frecvente la mâna dreaptă de cât stg., prin utilizare în măsură mai mare a mâinii drepte; la picior subsemnatul am găsit inversul.
7. Frecvența scade dela degetul prim spre degetul ultim, atât la mână cât și la picior, dar nu în mod absolut.
8. Panariții repetate la aceeași persoană ne face să ne gândim la diabet: examenul urinei se impune; insulina alături de tratamentul local se vor aplica cât mai grabnic, căci gangrena amenință.
9. Ori ce panarițiu e grav, ducă nu e încizat precoce, căci merge spre profunzime, dar dintre toate formele cele mai grave sunt panarițiile gangrenoase apoi panarițitul tecilor policelui și degetului mic, a căror synoială merge până la antebraț și duc deci repede infecțiunea până acolo, urmează panarițitul tecilor degetelor din mijloc căci pot da flegmoane palmare, apoi panarițiile osoase, articulare, etc.
10. La panarițiile gangrenoase degetul trebuie repede extirpat pentru a salva viața bolnavului.
11. Dintre metodele de incizie a panarițiilor tecilor policelui și auricularului cele mai bune sunt a lui Lecène și Kanavel. Lecène taie și ligamentul inelar al corpului ducând incizia dela mijlocul antebrațului până la falangeta auricularului, până la baza falangei ungueale a policelui, lăsând o punte la eminența tenară pentru păstrarea ramurei tenariene, care distrușă va aduce pierderea opoziției policelui. Kanavel face incizii lateralizate, discontinue.
12. La toate panarițiile, dar mai ales la cele profunde (teci, oase, articulare) timpul chirurgical să fie urmat, unde-i posibil și necesar de timpul ortopedic, care urmărește o vindecare cu maximum de utilitate a mâinii, chiar în deformațiunile, cari sunt inevitabile uneori.
13. Timpul ortopedic constă în punerea mâinii în „poziție de funcțiune“ (Kanavel), adică mâna în flexiune dorsală forțată (60°) și degetele flectate în 60°, iar policlele în adducțiune și opozițiune pe degetul din mijloc.
14. Cunoașterea și generalizarea noțiunii „poziției de funcțiune“, introdusă de Kanavel în America și popularizată în Franța de M. Islen se impune și la noi în țară, dat fiind, că mâna după creier este al doilea organ în ordinea utilului.

15. La panarițiile tecilor degetelor din mijloc incizia mediană longitudinală trebuie părăsită; se vor face incizii lateralizate (Keppler, Kanavel), cu punți prearticulare de o parte.

16. Cele mai frecvente flegmoane ale mâinii și antebrațului, sunt consecutive panarițiilor tecilor, dar mai ales rêtelor mărginașe: ele trebuiesc repede deschise, căci altfel compromis funcțiunea mâinii.

17. Amputațiile mâinii, funcțiuni rele, mortalitatea, care variază între 3—10%, se datoresc în cea mai mare parte panarițiilor tecilor extreme și flegmoanelor lojei mâinii.

18. Complicații semnalate și de o gravitate excepțională a panarițiilor sunt: erizipelul, tromboflebita, piemia (cu abcese în diferite organe: ficat, etc.) și septicemia.

19. Intervențiile precoce, drenarea cu mesi simple sau lame de cauciuc și aplicarea noțiunii noi a „poziției de funcțiune” a lui Kanavel, vor fi cea mai bună mână de ajutor dată atâtor oameni, cari sufer de panariții.

Concluziuni asupra apariției leziunilor terțiare sifilitice după infecțiune de Aurelia Mózès, 1928.

1. Perioada terțiară a sifilisului poate să apară dela câteva luni după infecțiune (terțiarism precoce) până la un timp nedeterminat, perioada de latență putându-se prelungi până la sfârșitul vieții.

2. Apariția manifestățiunilor terțiare o pot accelera factorii determinanți și adjuvanți.

3. Și sifidisul terțiar este infecțios.

4. Pentru prevenirea sifilisului terțiar — ca și a sifilisului în general — este nevoie de organizarea unei propagande antisifilitice preventive, prin educația și luminarea publicului prin broșuri, conferințe cu proiecțiuni și filme, îndemnându-l la consolarea medicului în prezența oricărei leziuni suspecte.

5. Pentru prevenirea perioadei terțiare este de o importanță capitală diagnosticul precoce.

6. Tratament obligator și gratuit oferit de către stat până la vindecarea completă a bolnavilor.

7. Tratamentul trebuie să fie cronic, intermitent, regulat și individual.

8. A se evita traumatismele brusce și lente.

9. Alimentație roborantă și alți factori cari promovează metabolismul intensiv, pentruca medicamentele antisifilitice să afe în organism suficiente forțe pentru producerea anticorpilor.

Epiteliomul mamelei la bărbat de Bugănescu Xenia, 1928.

1. Epiteliomul mamelei e o afecțiune, care se întâlnește foarte rar la bărbat. Pe atât de rar pe cât e frecventă la femei. Se întâlnește într-o proporție ce variază între 2 și cel mult 6 la 100 a cazurilor, raportat la cancerul mamar feminin.

2. Dintre formațiunile neoplazice a glandei mamare la bărbat, cele benigne sunt mult mai puțin frecvente decât cele maligne. Dintre tumorile maligne epiteliomul se întâlnește mai des.

3. Forma cea mai obișnuită e epiteliomul schios.

4. Printre factorii etiologici, predispozanți, se citează mai ales traumatismele ușoare și repetate, iritațiunile și inflamațiunile cronice.

5. Cancerul mamelei la bărbat, apare de obicei în vârsta înaintată, mai des după 50 de ani. Deci mai târziu decât la femei, adeseori în două etape. Persistența unei stări generale bune este mai lungă la bărbat. Aderența frecventă și precoce de planurile superficiale la bărbat. Sediul diferit. Invadarea mai frecventă a mușchiului marele pectoral; tendința spre ulcerare este deosemena mai frecventă și mai precoce la bărbat.

7. Tumefierea ganglionilor la bărbat se întâlnește foarte frecvent 65%.

8. Cancerul atacă o frecvență aproape egală atât sânul stâng cât și cel drept.

9. Prognosticul acestei afecțiuni depinde de precocitatea intervenției, de forma istologică a cancerului și de tehnica operatorie executată în rapost cu extensiunea afecțiunii.

10. Tratamentul cancerului mamar la bărbat nu este identic cu cel al femeii.

11. Rezultatele post operatorii imediat sunt foarte bune; însă puțin favorabile la bărbat decât la femei.

Radiotherapia tumorilor mediastinale de Ullman Charlotte, 1928.

1. În tumorile mediastinale benigne (fibrome, lipome, chiste dermoide, radioterapia nu are efect. Acestea vor fi îndepărtate prin intervențiune chirurgicală.

2. În tumorile mediastinale ganglionare (limfogramulom, limfosarcom și carcinom fie el primitiv sau secundar, toate celelalte mijloace terapeutice nu dau rezultate; radioterapia este singurul mijloc ce produce o ameliorare în starea bolnavului și constituie un tratament simptomatic prin excelență.

3. Cazurile de vindecare sunt rare. De obicei rezultatul obținut nu este definitiv. În cele din urmă tumora devine insensibilă la acțiunea razelor X, crește mereu și dă metastaze cari aduc sfârșitul letal.

4. La instituirea tratamentului trebuie să ținem cont de starea bolnavului și de radiosensibilitatea tumoarei. Nu se vor aplica doze puternice dela început căci pot produce o mărire de volum a tumorei, însoțită de fenomene ce pot periclita viața bolnavului.

5. Tratamentul se reîncepe atunci când starea bolnavului are tendință se se agraveze și simptomele de compresiune reapar.

6. Radioterapia tumorilor mediastinale reclamă instalații radiologice moderne, cari să producă raze destul de dure. Medicul curant trebuie să posedă cunoștinți temeinice în domeniul radioterapiei.

Acțiunea dozelor mici de florizină asupra eliminării azotului (cerceări experimentale) de Malevanaia Maria, 1928.

1. Doze foarte mici de florizină (5—10 miligr.) produc la om glicozurie întovărășită de o diureză marcată.

2. Eliminarea zahărului se produce în prima oră după injecția și în cele două ore următoare se găsesc numai urme de zahăr.

3. În cea mai mare parte din cazurile observate s'a constatat o mărire a azotului total și a ureei eliminate; creațiunea deasemenea s'a găsit eliminată în cantitate mai mare.

4. Rezultatele analizelor noastre sunt în contradicție cu ipoteza simplei scoborări a „pragului de eliminare“ a glucozei și confirmă ipoteza că glucoza eliminată este de origină proteică.

5. Se știe că florizina lucrează numai asupra rinichiului și e probabil că această se întâmplă la nivelul tubilor contorți. Se poate admite că florizina, care produce distrugerea exagerată a substanțelor proteice, ducând la o formare de glucoză, împiedică în acelaș timp utilizarea ei prin celulele renale. Din acest motiv glucoza este eliminată prin urină.

Contribuțiuni la studiul metabolismului lipidelor, rolul pancreasului endocrin în lipodierea pulmonară de Grigorie Benetato, 1919.

1. La animalul normal plămânul exercită o acțiune lipodieretică, care interesează totalitatea lipidelor sanghine, adevărat acizii grași totali cât și colesterolul.

2. Lipodierea pulmonară la câini normali se face atât „in vivo“ cât și „in vitro“.

3. Lipodierea pulmonară „in vivo“ la câini depancreatizați este redusă la zero.

4. Lipodierea pulmonară „in vitro“ la câini diabetici este și ea foarte mult scăzută cu tendința spre zero.

5. Această lipodiereză, atât „in vivo“ cât și „in vitro“ în urma injecției cu insulina are tendința de a reveni la normal.

6. Insulina adăugată direct organului diabetic în autoliză nu ajută lipodierea.

7. La câini depancreatizați se constată în primele zile de diabet o hiperlipemie moderată.

8. Această hiperlipemie revine la normal sub influența insulinei.
9. Hiperlipemia diabetică se explică în parte prin dispariția puterii lipodieretice a plămânului la câinii depancreatizați.

Cheratitis parenchimatosa ca manifestare a sifilisului hereditar de Fane I. Nică, 1929.

1. Cheratitis parenchimatosa este cea mai frecventă dintre afecțiunile sifilitice oculare (43.78 %).
2. În majoritatea cazurilor ea este de origine heredo-sifilitică, reprezentând (91.78 %).
3. R. W. în cheratitis parenchimatosa este pozitivă (88.61 %).
4. Stigmate heredo sifilitice se întâlnesc la bolnavi cu cheratitis parenchimatosa, în proporție de 82.11 %.
5. Cheratitis parenchimatosa se întâlnește mai des la sexul feminin.
6. În raport cu ocupația se poate spune că sifilisul ocular interesează deopotrivă toate clasele sociale.
7. Cheratitis parenchimatosa apare mai frecvent între 5—20 ani (67.48 la sută).

Contribuțiuni la studiul colectomiei totale de Coloman Parădi, 1929.

1. Tratamentul stazei proximale de formă ușoară: Tratament medical îndelungat, care decelează natura stazei: vindecă sau ameliorează staza de origine neuro-endocriniană, și prepară pentru intervenție formele organice. Dacă tratamentul medical dă eșec: se face coliză, prin liberarea aderențelor. Dară nici acest tratament nu dă rezultate, rămâne ca ultimul colectomia.
2. Staza proximală gravă: Examen complet și minuțios, tratament medical preoperatoriu, apoi colectomie (hemicolectomie dreaptă, ori colectomie totală, dacă există leziuni multiple pe colon.
3. Colectomia este tratamentul ideal al megacolonului: Colectomie parțială la megacolon parțial, colectomie totală la megacolon total, și la megacolon multicular.
4. La megacolon în stare de ocluzie se va face colectomie, cu anus contra naturii prealabil sau simultan, după caz.
5. Colectomia totală la cancer al colonului se va face, dacă bolnavul e rezistent, nu prea gras, cu abdomen moale, ori dacă coincid două segmente canceroase, sau coexistă cu un megacolon, stază proximală, leziuni grave ale intestinului gros, ori condițiunile anatomice nu permit o colectomie parțială (cancer al colonului transvers).
6. La cancer al colonului cu ocluzie intestinală: a) stare gravă: cecostomie, apoi rezecție peste câteva săptămâni. b) stare bună: lamparotomie și rezecția imediată în doi timpi, dacă starea intestinului o permite.
7. Procedeeul cel mai favorabil pentru colectomiile totale este rezecția în doi timpi: În primul timp rezecția cu stabilirea unei anus contra naturii iar în al doilea timp tratamentul anusului.

Diverticulul duodenal de Töth Antoniu, 1929.

Din cele expuse reiese:

1. Importanța cunoașterii acestei anomalii, având în vedere frecvența sa relativ mare, precum și turburările patologice diferite, ce e capabilă de a produce.
2. Valoarea științifică a diferitelor teorii care se referă la originea acestor diverticuli; precum și importanța din punct de vedere didactic a criteriilor, cari permit împărțirea lor în cele două grade: 1. Congenitali. 2. Câștigați.
3. Importanța practică a cunoașterii diferitelor sindroame, care pot fi cauzate de diverticulul duodenal: pentru a ne gândi în cazurile suspecte și la această posibilitate.
4. Rolul hotărîtor, pe care-l are radiologia în punerea sigură a diagnosticului.

5. Valoarea secundară (preventivă) a tratamentelor medicale.

6. Prin compararea procedeeelor chirurgicale, reese, că intervențiunea ideală e extirparea pungii, sau chiar a porțiunii, care poartă diverticulii. Ceelealte procedee au un caracter mai mult paliativ.

Organoterapia în medicina populară Românească de Dragoș Victor, 1929.

1. Ca și toate popoarele cu o medicină primitivă, poporul român are o vastă farmacoopce organo-terapeutică.

2. Leacurile folosite sunt sau animale întregi, sau părți, organe, secreții și excreții, ale corpului animal sau uman.

3. La baza acestor procedee stau credințe magice, tratamente prin simpatie și de signatură, cu efect în primul rând sugestiv.

4. Într'un procent destul de ridicat al acestor procedee se pot găsi însă și elemente fiziologice și farmacodinamice de o valoare terapeutică reală.

5. Aceste elemente de valoare terapeutică reală sunt:

a) Tratamentul endo-crinologic. b) Tratăment cu vitamine, enzime și zomoterapie; c) Tratămente cu efect dietetic; d) Săruri organice, revulzive, diuretice, etc.; e) Efecte sero-terapeutice.

6. Deși nu putem presupune, că aceste efecte reale de terapeutică au fost descoperite în mod rațional, ci s'au ivit accidental, împreună cu procedeele magice, totuși se pare că ele au fost observate cu timpul de empirici cu spirit de observație mai desvoltat. În orice caz ele au existat în medicina populară mult mai înainte de a deveni patrimoniul medicinei științifice.

Accidentele de automobil studiu medico-legal de Dragoș Roșca Lidia, 1929.

1. Accidentele mortale de automobil se înmulțesc simțitor, având în anul 1927 un accident față de 7 în anul 1928.

2. Aceste accidente se datoresc lipsei de instrucție a șoferilor, pietonilor și a nereglementării circulației.

3. Un bun șofer trebuie să îndeplinească următoarele condițiuni: o deplină integritate a funcțiilor cerebrale, lipsa unei boli cronice ce poate duce la moarte subită, să cunoască străzile orașului și să poseadă limba statului.

4. Școlile de conducători de automobile trebuiesc să prezinte o deplină garanție morală și să fie conduse de titrați (ingineri) aceste școli trebuie să predea pe lângă noțiuni tehnice și noțiunile elementare asupra regulilor circulației, viteză, străzi, etc.

5. Poliția trebuie să-și formeze un personal specializat, pentru a conduce direct circulația pietonilor și a vehicuilor și pentru a preîntâmpina accidentele dintre ei.

6. Pietonii trebuiesc să respecte regulile circulației.

7. Infracțiilor regulilor circulației să fie aspru pedepsiți și noile articole de cod penal să se menție.

Contribuțiuni la studiul modificărilor lichidului cefalo-rachidian în sifilisul ocular de Vasile Săbădeanu, 1929.

1. Studiul modificărilor lichidului cefalo-rachidian în afecțiunile sifilitice ale ochiului încă nu și-a ocupat locul pe care-l merită printre mijloacele de investigație întrebunțate în mod curent pentru stabilirea etiologiei sau prognosticului afecțiunii.

2. Importanța acestui studiu este mare în deosebi în unele afecțiuni oculare, ca retinite, nevrite și atrofii optice sau leziuni ale nervilor oculo-motori, în cari legătura anatomică între sediul leziunii și lichidul cefalo-rachidian este mai strânsă și reacțiile în sânge, caracteristice pentru sifilis, sunt mai rar pozitive ca în celelalte afecțiuni.

3. Modificările lichidului, chiar și în aceste cazuri, apar disociate sau chiar izolate și de cele mai multe ori puțin evidente.

4. Injecțiile intravenoase de neosolvasan, făcute în scop de provocare, după un anumit interval de timp, schimbă destul de des tabloul acestor modificări,

făcând uneori să dispară, mai des să apară sau să se intensifice reacțiile slabe ale lichidului.

5. Nu există reacții constant pozitive în lichidul sifiliticilor cu determinări oculare și unele dintre cele mai frecvente nu sunt specificate pentru sifilis, de aceea studiul modificărilor lichidului cefalo-rachidian în sifilisul ocular trebuie să se facă cu ajutorul lichidului cefalo-rachidian. În unele cazuri nici cele unsprezece mijloace de mine, cu atât mai puțin cele patru pretinse de Nonne, nu sunt suficiente pentru a putea afirma sau nega cu siguranță, după starea lichidului, etiologia sifilitică a afecțiunii oculare.

6. După rezultatele obținute de mine mijloacele care trebuie să facă parte sistemul de examinare al lichidului cefalo-rachidian, pe lângă altele a căror valoare trebuie stabilită sau verificate ulterior, sunt următoarele:

1) măsurarea tensiunii, 2) observarea aspectului, 3) determinarea numărului limfocitelor, 4) dozarea cantității albuminei totale, 5) reacția Pandey, 6) reacția Wassermann, 7) Reacția Müller și 8) reacția cu benzoie coloidal.

În cazurile necesare, ne vom servi de provocarea reacțiilor prin injecții de neosalvarsan.

Contribuțiunile experimentale la studiul metabolismului pentozelor, formarea glicogenului din pentoze, de Maria Benetato-Modval, 1929.

1. La epurii strichinizati în inaniție cantitatea glicogenului atât în ficat cât și în mușchi este foarte mult scăzută și uneori în urme nedozabile.

2. La epurii în aceleași condițiuni de experimentari în urma ingestiei cât și introducerii pe cale venoasă a pentozelor cantitatea glicogenului crește în ficat și mușchi.

3. Administrate fie per os fie în injecții intravenoase o parte se elimină prin urină ca pentoze; în urma injecției intravenoase cantitatea eliminată este ceva mai mare decât după ingestie.

4. În urma ingestiei de ramnoză, l-arabinoză și l-xiloză aproape în toate cazurile sporește mai mult cantitatea glicogenului în ficat și mai puțin în mușchi.

5. În urma introducerii pe cale venoasă a acestor hidrați de carbon, glicogenul pare că sporește în mușchi în măsură mai mare, în comparație cu cantitatea glicogenului fixată în mușchi după ingestie.

6. Ramnoza este cea mai aptă dintre pentozele experimentale, pentru glicogeneză, urmând după ea l-arabinoza și l-xiloza ocupă locul din urmă.

7. Aceste pentoze fiind glicogenetice sunt în parte utilizate în organismul animal ca hidrați de carbon trecând însuși în glicogen.

Valoarea diagnostică reacției Sachs-Georgi în sifilis de Szabó Elizabeta, 1929.

1. R. S. G. este un procedeu simplu, executabil și în laboratoarele mai mici.

2. Rezultatele sunt concordante cu R. W. în sânge în 82.50 %.

3. Rezultatele în lichidul cefalorachidian sunt concordante cu R. W. în 91.60 %.

4. Concordanță cu R. W. în l. c. r. este mai mare în:

sifilis I. trat. 100 %;
cheratita parenchimatoasă 100 %;
sifilis II, 99.99 %;
sifilis nervos, 94.14 %.

5. R. S. G. este mai sensibilă în cazuri de sifilis tratat, nervos și latent; când R. W. devine negativă ori slab pozitivă, R. S. G. rămâne încă intens pozitivă.

6. Reacția Sachs-Georgi nu-o poate înlocui pe R. W. totuși este o bună metodă integrantă al acesteia în punerea diagnosticului de sifilis. Are importanță mai ales în cazurile latente și tratate, unde indică tratamentul spe-

cific în multe cazuri mai sigur ca R. W. Este încă avantajioasă această reacție și prin faptul că se poate utiliza în lichidul cefalo-rachidian cu rezultate bune.

Studiu statistic asupra dermatomicozelor din Ardeal de Maria Popescu, 1929.

Cercetările statistice făcute asupra dermatomicozelor din Clinica Dermatologică din Cluj, cât și din alte spitale din Ardeal arată că:

1. Dermatomicozele în Clinica Dermatologică din Cluj, se întâlnesc în număr de 1388, deci 3,35% din 44.383 totalitatea bolnavilor trecuți prin Clinică în timp de zece ani (1918—1927).
2. Se întâlnesc în număr de 991 în restul spitalelor din Ardeal.
3. Totalitatea micozelor cutanate în întreg Ardealul este deci de 2379.
4. Sunt mai frecvente la bărbați decât la femei.
5. Vârsta între 1—20 ani este mai frecvent afectată.
6. Se întâlnesc mai frecvent la populația rurală decât la cea urbană.
7. Favusul este varietatea clinică cea mai frecventă.
8. Ele sunt un pericol social.
9. Combaterea lor se impune cât mai urgent.

Contribuțiuni la studiul radiologic al splinei de Stelian G. Gavrilescu, 1929.

1. Splina în mod normal fără nici-o pregătire este vizibilă radiologiceste în mai mult de 40% la copii și 10% la adulți.
2. Radiodiagnosticul splinei este un element de diagnostic tot atât de important ca celelalte metode de exploatare.
3. Splina prezintă variațiuni de lungime și lărgime în raport cu sexul.
4. Splina suferă o micșorare după moarte; deasemeni în raport cu vârsta cu eforturile și la cei ce dau sânge.
5. Polul inferior al splinei, la indivizii examinați în picioare, se află în majoritatea cazurilor între II—III vertebră lombară, putând varia după individ între I—V vertebră lombară.
6. Insuflația colică este metoda cea mai simplă, rapidă și cu rezultate bune, de exploatare a splinei.
7. Pentru diagnosticul clinic al splinei în lumina cazurilor discutate în această lucrare examinarea radiologică este un element indispensabil.

Erori de diagnostic și de terapeutică în apendicita acută de Aurora Varghiași-Săvoiu, 1929.

- I. Erori de diagnostic.
 1. Apendicita este una dintre afecțiunile cele mai frecvente.
 2. Simptomele sub care se manifestă sunt multiple, imitând adesea tabloul clinic al diferitelor afecțiuni, în special cel al anexelor din dreapta.
 3. Pentru a nu modifica tabloul clinic, purgativele și opiacele trebuiesc evitate.
 4. Diagnosticul de apendicită făcut la timp, rezultatele post operatorii vor fi satisfăcătoare.
 5. Apendicita în forma retro-cecală dă mai des gangrene și se manifestă cu fenomene dureroase grave.
 6. Numărul leucocitelor are mare valoare în diagnosticul de apendicită.
 7. Tușeul rectal sau vaginal se recomandă pentru clarificarea diagnosticului.
 8. Puncția de exploatare este contra indicată.
 9. În caz de apendicită cu peritonită, trebuie împiedecată extinderea.
- II. Erori de terapeutică.
 1. Diagnosticul de apendicită odată precizat, operația este de rigoare și chiar în caz de dubiu operația este mai utilă de cât expectativă.
 2. Incizia operatorie trebuie făcută cât mai largă.
 3. Negăsirea apendicelui după deschiderea cavității abdominale poate fi datorită unei amputații spontane gangrenoase.

4. Desinfectarea bontului și invaginarea completă este de mare importanță.
5. În apendicită supurată se face drenaj.
6. Închiderea plăgei fără o coaptare rațională duce la eventrație.
7. Lipsa de hemostază ideală da hematoame și abcese.
8. Aplicarea de suturi prea dese în peritonizarea bontului atrage după sine fistule intestinale.
9. Regularea regimului post operator este de mare importanță pentru împiedecarea altor complicații, ce survin des după operațiile de apendicită.

Contribuțiuni la studiul sindromului paralic al vârfului orbitei
de Dr. Iosif Boer Țagan, 1929.

1. Sindromul paralic al vârfului orbitei consistă într'o paralizie a nervilor motori, senzitivi, senzorial și simpatici trecând prin despicătura sfenoidală și gaura optică.
2. În clinică acest sindrom se poate întâlni în forma sa completă (oftalmoplegie senzorio-senzitivo-motorie) sau parțial (oftalmoplegie senzorio-senzitivo-motorie și oftalmoplegie motorie pură).
3. Cauzele provocatoare ale sindromului în ordinea frecvenței sunt: a) Osteo-periostită sifilitică a sfenoidului.
b) Osteo-periostită nesifilitică.
c) Sarcomul sfenoidului.
d) Traumatismele craniene iradiate la vârful orbitei.
e) Hemoragiile localizate la vârful orbitei.
f) Sinusitele sfenoidale.
4. Pronosticul acestui sindrom este în funcțiune de cauza provocătoare. Foarte grav în tumori, el este mai puțin grav în celelalte cazuri.
5. Tratamentul este cauzal.

D. — CĂRȚI — MONOGRAFII

D-r V. BIANU și D-r IOAN GLAVAN: *Doctorul de casă sau Dicționarul sănătății*. Ediția II. Editura Cartea Românească, S. A. Cluj. Lei 600. 804 pagini și 411 figuri.

Acest volum autorii l'au mai prezentat publicului românesc în 1910, cu care ocazie a fost distins cu *premiul Năsturel*, după propunerea savantului prof. D-r Gh. Marinescu.

O recompensă morală pentru autori, este apariția acestei a II ediții, aparițiune determinată de nevoia poporului de a se lumina și impusă de valoarea operei concepută.

Prin adnotările făcute și prin publicarea recentelor descoperiri științifice aduse în domeniul medical, „*Dicționarul sănătății*”, umple un gol de mult simțit la noi, explicând pe înțelesul tuturor noțiunilor necesare pentru îngrijirea sănătății și pentru cunoașterea diferitelor boale. Scopul pentru care a fost tipărit „*Doctorul de casă*”, nu este acela de a înlocui pe adevăratul medic, ci numai de a-l suplini acolo unde întârzie să vie și de a-l complecta uneori, când sfaturile medicale trebuiesc împlinite. Au avut în vedere nivelul intelectual extrem de scăzut al unei categorii sociale a poporului românesc, și pentru a fi de folos acestor *neluminați*, autorii explică fiecare termen tehnic cu expresia populară întrebuițată.

Mai toate specialitățile medicinei sunt amintite aci, dar cu deosebire se dă atenție *higienei și profilaxiei* medicale, fiind mult mai ușor să ocolești o boală, decât să o vindeci.

Intercalate în text și complectându-l admirabil, volumul conține 411 figuri, dintre care multe originale și altele luate după dicționarul lui *Galtier*. Bine puse la punct și clar tipărite, fac bună impresie cititorului și îi ușurează înțelegerea textului.

Opera de naționalizarea medicinei și la noi în țară, începută cu atâta spor de Facult. de Medicină din Cluj, își manifestă în această carte existența, constituind un punct de laudă pentru autori, mai ales acuma când au în vedere o largă explicare a termenilor medicali, cari pentru marele public înseamnă o limbă cu totul aparte.

Animați de spirit științific și dotați cu talentul scriitorului de elită, D-ni D-ri V. BIANU și I. GLĂVAN, au isbutit să scoată la lumină aceea ce lumea extra-medicală a așteptat de mult. Nu este nevoie să semnalăm greșeli ce s'ar fi putut strecura, (dar care nu s'au strecurat), după cum spun în prefață distinșii noștri confrăți, pentru că acest „*Dicționar al Sănătății*”, este o adevărată operă de artă, demnă de numele celor ce au scris-o și fiind pe merit suprema satisfacție a omului care a muncit.

Imi permit să cred că (de aci înainte, acolo unde se va găsi „*Doctorul de casă*”, acei așa ziși *bine inițiați*, cari au convingerea chemărei de a explica altora, tocmai aceea ce ei știu mai puțin, vor dispărea depe terenul medical, nemai având ocazia să dea sfaturi aceluia ce vor avea de unde să le ia.

Răspândirea acestui dicționar suntem datori s'o facem noi medicii, ca fiind o lucrare neapărat necesară poporului nostru și scrisă de unii dintre cei mai competenți și cunoscuți confrați.

Un cuvânt bun și pentru Editura Cartea Românească; tipărită elegant și civilizată, volumul merită să stea în biblioteci pretențioase.

D-r I. Vasilescu

AL. CRANICEANU: *Formular de terapie gynecologică*. (Edit. „Convorbiri Literare”, București, 1928).

Se simțea lipsa unui formular de terapie gynecologică în limba română, care să poată servi de vade-mecum ușor de citit și de consultat. Crăniceanu, a voit să umple acest gol, cunoscând bine chestiunea ca șef de lucrări la clinica gynecologică a Facultății de Medicină din București, a sintetizat cunoștințele sale într'un mic volum, interesant, clar asupra terapiei afecțiunilor gynecologice atât de frecvente la femei. Autorul a căutat a pune la punct toate metodele medicale din practica gynecologică, — pe care le-a expus clar, exact și scurt. În prima parte descrie tratamentul vulvitei la copil și adult, a bartholinitei, a pruritului și herpesului vulvar. Apoi trece la tumorile vulvei, afecțiunile vaginului, organelor genitale interne, metritelor, tumorile uterului, boalele anexelor, ale ovarului. Într'un capitol asupra sarcinei extra-uterine, autorul insistă asupra simptomatologiei acestei distocii și asupra tratamentului chirurgical în această anomalie a sarcinei. Arată apoi legătura insuficienței ovariene cu sistemul vegetativ. Tulburările vaso-motorii reprezintă fără îndoială simptomul cel mai frecvent al acestui sindrom, — turburări congestive, nervoase, trofice și psihice în menopauză.

Autorul administrează în insuficiența ovariană, preparate ovariane, antispasmodice și calciu. Astfel că autorul rezumă progresele continue ale terapiei gynecologice, și acest formular menit a aduce foloase reale studenților în medicină și medicilor practicieni care vor găsi repede ceia ce nu găsesc în tratatele mari prea complicate de gynecologie. Scopul de a pune la dispoziția cititorilor tot ce trebuie să cunoască ca tratament al boalelor gynecologice face ca acest volum să aibe succesul bine meritat.

D-r. R. Hirsch

Conferențiar Dr. DUMITRESCU MANTE: *Leccióni de Clinică și Patologie Medicală*, (vol. I. 139 pagini. Imprim. R. Sergies' București 1929).

Rolul cărților didactice este considerabil pentru dezvoltarea

unui învățământ. Este de mirare cum față de marile progrese pe cari medicina românească le-a făcut în ultimul timp, literatura noastră medicală didactică este cu totul insuficientă. Studentul român — mai ales în primii ani — când ia contact cu bolnavii și cu patologia, ascultă frumoase lecțiuni clinice, dar este desorientat când trebuie să-și precizeze noțiunile printr'un tratat. Atunci fie că se pierde în amănuntele marilor tratate, fie că se mulțumește cu un „Précis” în care nu poate găsi chestiunea pusă la punct.

Primul volum de Lecțiuni de Clinică și Patologie Medicală al D-lui Conf. D-r Dumitrescu-Mante, face un început de umplere a acestui gol. Inceputul este reușit. D-l Conf. Dumitrescu-Mante, cu ajutorul elevilor d-sale D-ri Călinescu și Mitacu, culege o parte din lecțiunile pe care le ține studenților primilor ani la Spitalul Brâncovenesc și deși concise, aceste lecțiuni reușesc să fie complete și puse la punct cu ultimele cercetări din literatura medicală.

În acest prim volum se ocupă de: pleuresia serofibrinoasă, endocardita lentă malignă, diabetul insipid, cancerul capului pancreatic, litiaza biliară, insuficiența aortică, ulcerul stomacal, pericardita, pleuro-peritonita sero-fibrinoasă bacilară, Colitele, Nefritele, Nefrita cu sindrom actual azotemic, nefrita cu sindrom actual hidropigen, nefrite cu sindrom albuminuric și hipertensiv. Fiecare chestiune cuprinde capitolele respective de fiziologie, fiziopatologie, anatomie patologică, simptomatologie și tratament.

Astfel fiind dat publicității acest prim volum și coresponzând unei reale nevoi resimțite de tineretul nostru medical, nu ne îndoiim că volumul D-lui Conf. Dumitrescu-Mante, va fi repede epuizat, constituind o încurajare pentru D-sa de a persevera în publicarea lecțiunilor D-sale — și un bun exemplu pentru numeroasele valori medicale și didactice ale medicinei românești.

Cu toate dificultățile tehnice și economice, cu toată indiferența oficialității, cărțile didactice românești trebuie să apară din ce în ce mai numeroase și mai complete.

D-r Rosenstein

Elemente de hematologie clinică, de D-r M. POPPER și D-r G. RAILEANU. Editura „Cartea Românească”, București 1929.

Această carte se adresează studenților și medicilor practicieni. Găsim în ea un spirit modern ce unește în știință, cunoștințe teoretice cu cunoștințe practice. Autorii s'au silit a selecționa printre multiplele metode tehnice, acelea ce prezintă a valoare recunoscută și o utilitate reală în diagnosticul clinic.

Prima parte a cărții este consacrată: tehnicii generale a examenului sângelui, a colorării vitale, a colorării preparatelor fixate „a numărării elementelor sanguine, a hemoglobinei, a viscozității, coagulării etc., toate metodele tehnice sunt expuse clar și cu precizie astfel în cât sunt un prețios conducător în practica zilnică la patul bolnavului.

Partea II este rezervată morfologiei elementelor normale a sângelui, autorii dau o serie de noțiuni de microchimie celulară, — care servesc mult în aprecierea caracterelor de tinerețe sau maturitate celulară.

Studiul precis al globulului roș și a globulelor albe, servește la stabilirea formulei leucocitare, modificărilor cantitative relative sau absolute a leucocitelor.

Apoi fac o scurtă privire asupra fiziologiei generale a leucocitelor și rolului lor în imunitate; studiul leucocitozei și a plachetelor sanguine sunt de asemenea utile în cunoașterea sângelui.

În partea III-a a cărții, autorii urmăresc elementele sanguine în perioada embrionară și adultă, în cât studentul poate din studiul hematopoezii să priceapă hematologia patologică.

Trece apoi la corelațiunea organelor hematopoetice care face să se menție un echilibru constant al formulei sanguine normale. După o descriere a morfologiei patologice a globulului roș și alb, arată modificările cantitative și calitative a elementelor sângelui. Fac apoi o descriere scurtă asupra grupului clinic al anemiilor primare și secundare, clorozei, anemiei pernicioase, al anemiei hemolitice, poliglobuliilor, leucemiilor, purperei și malariei.

Așa dar, această carte își găsește locul în primul rând, în biblioteca studentului în medicină care s'ar speria poate de tratatele prea mari de hematologie specializată a căror valoare nu o discutăm, dar a căror utilitate imediată e mai greu de aplicat în practica zilnică. Și o recomandăm cu nu mai puțină căldură medicilor practicieni cari sunt convingși la fiecare moment de serviciul mare ce-l aduce studiul sângelui în diagnosticul, pronosticul și evoluția boalelor.

D-r R. Hirsch

D-r M. POPESCU-BUZĂU: *Technica colorațiunilor bacteriologice și histopatologice.* (Tipografia Școalei Militare de Infanterie No. 1, București 1929).

Această scurtă carte este menită a aduce reale foloase studenților în medicină, căci uneori se găsesc în tratate mari, noțiunile suficiente practice și folositoare, celor ce lucrează în laborator.

În prima parte, autorul insistă asupra coloranților artificiali și naturali, a mordanților, colorațiunei frotiurilor, a fixatorilor. Modul cum se face colorațiunea specială a sporilor, a hematozoarului, a microbilor, — procedeul de omogeneizare a colorării bacilului Koch. În partea II-a, găsim colorațiuni histologice ale frotiurilor generale și speciale a sângelui, pentru țesuturi, grăsimi, lipoizi, fibre elastice, glicogen, mucus, amiloid, oxidaze, organe hemo și limfo-poetice și a țesutului nervos. Într'un articol e pus la punct procedeul ultra-rapid de diagnostic histologic, menit să aducă servicii mari, odată diagnosticul stabilit. Mai găsim și tehnica cea mai simplă pentru colorarea microbilor în țesuturi. Ulti-

mele capitole tratează despre prepararea coloranților și a fixatorilor și de conservarea pieselor anatomo-patologice.

Stilul concis, claritatea cu care metodele tehnice sunt expuse face ca acest mic volum să aibe locul în orice laborator și-i prezicem succes.

D-r. R. H.

D-r HORIA SLOBOZIANU: *Creșterea în greutate după cură, în stațiunea Movilă Tekir-Ghiol.* (Broșură de 20 pagini. Tipografia „Cultura” București, 1929, Lei 20).

Autorul face întâiu o serie de considerațiuni teoretice asupra apei de mare și de lac, cari interesează prin indicațiile și contra-indicațiile curei marine. Trece apoi la expunerea rezultatelor obținute pe 1500 de cazuri (203 adulți și aproape 1300 copii) la care a studiat variațiile ponderale și ajunge la următoarele rezultate:

A) Adulții care au făcut băi calde de nomol (148 cazuri), au dat creșteri în greutate în proporție de 70% și descreșteri în 25%. După băile reci de lac (25 cazuri) s'a observat un procent de 76% creșteri în greutate. Persoanele cari n'au făcut băi, ci au fost numai sub influența climatului maritim (14 cazuri), au dat un procent de 92% creșteri.

B) Dintre copii, cei veniți cu părinții, au prezintat creșteri în greutate după băile de lac calde (88%).

Urmează apoi copiii cari au făcut băi reci de lac (82%).

Băile alternante de lac și de mare au dat creșteri în proporție de 76%, băile de mare numai în 56%.

Pe măsură ce descrește numărul copiilor, cari au progresat în greutate, crește numărul acelor cari au prezentat greutatea staționare sau pierderi în greutate. Copiii din coloniile maritime au dat rezultate cari au variat dupe modul de alimentație și dupe felul cum au fost aplicate indicațiile medicale. În unele colonii am putut constata creșteri la 85% dintre copii. Fetele dau procente mai mici de creștere în greutate decât băeții.

D-r I. R.

ST. I. THEODORESCU: *Noțiuni generale de terapie dermatologică.* Ed. Convorbiri Literare, București 1929.

În această mică broșură de 68 pagini și într'un stil precis, D-l D-r Theodorescu, a condensat cunoștințele domniei-sale de dermatolog, așa cum le-a învățat și văzut la clinica dermat. din București.

Cu o sistematizare didactică demnă de admirat, face clasificarea agenților chimici și fizici, ai medicațiunii externe și înterne, întrebuițată în dermatologie.

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 Săcuiască, 6

SYRUPUS HYPOPHOSPHIT

COMPOSIT. Dr. EGGER

(1 fl. 250 gr.)

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

TABL. POLYBROM EGGER

TABEL. 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
NEURASTENIA, EPILEPSIA, HYSTERIA

EGGER & Co. CLUJ

(WIEN, PRAHA)

Fabrică de preparate farmaceutice

Strada Săcuiască, 6

Studentul ca și medicul practician, vor găsi aci noțiuni clare și puse la punct asupra diferitelor pomezi, soluții, unguente etc., precum și un formular terapeutic dermatologic, așa cum trebuie prescris.

O recomandăm confracților doritori de a se iniția sau completa în dermatologie.

D-r I. Vasilescu

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ IN STRĂINĂTATE

SERBAN BRATIANO ET ANTOINE LOMBART: *Fonction colloïde — pescique et fonction de colloïdo — stabilisation 'du système réticulo-endothélial.* (C. R. de biologie No. 18—1929). Caută a demonstra că funcțiunea coloido-pescică a țesutului reticulo-endotelial, nu depinde protoplasma celulelor, ci de starea fizică a substanțelor injectate, introduce între regiune a tegumentului în țesutul sub-cutanat, o suspensiune concentrată de carmin și altă regiune carmin litinat coloidal. In primul caz, constată o mobilizare și o concentrare celulară cu fagocytoză intensă, în al doilea caz elementele celulare fără a se mobiliza, fără a schimba de formă, au flocluat, coloidele introduse.

Deci funcțiunea specifică a sistemului reticulo-endotelial general și local este coloido-pescia și coloido-stabilizarea.

SERBAN BRATIANO et ANTOINE LOMBART: *Limites du système réticulo-endothélial. Système locaux; système général.* Studiază proprietatea ce au celulele sistemului reticulo-endotelial de a fixa diferitele substanțe coloidale, fără ca să-și schimbe forma.

Prin injecții intra-venoase de coloide (carmin litinat, cerneală de China), se pot pune în evidență aceste celule reticulo-endoteliale ale ganglionilor limfatici, splina, și măduvei osoase și a ficatului. Sistemul reticulo-endotelial restabilește echilibrul sanguin în urma injecțiilor de coloide.

D-r R. H.

G. TH. DORNESCO: *Constitution de la zone de Golgi de la cellule hépatique des poissons osseux,* (C. R. de biologie Paris, No. 16, 1929). Descrie zona lui Golgi, a celulelor hepatice a crapului, zonă care se găsește între nucleul și marginea celulei hepatice, în jurul canalicului intra-celular.

G. TH. DORNESCO: *Variations numériques des éléments de Golgi (Vacuome), au cours du fonctionnement de la cellule hépatique des poissons osseux.* (Ibid. pag. 130).

In cursul funcționării celulei hepatice, numărul elementelor vacuomului sau elementele lui Golgi, sunt mărite în același timp, are loc o activitate biliară și glicogenică mai mare. In repaus, nu-

mărul și volumul elementelor lui Golgi, a celulei hepatice a crapului sunt micșorate.

E. BUJARD et N. GAVRILESCU: *Action des sels de guanidine sur les globules rouges*. Autorii au observat o deformare a hematiilor în soluția de guanidină și cred că aceasta este datorită unei modificări a echilibrului fizico-chimic al globulelor, probabil alcaloza sanguină dă o deformare lentă a hematiilor.

N. GAVRILESCU: *Nouvelles remarques sur la déformation de la fibre nerveuse sous l'action du chloroforme et de l'éther*. (C. R. de biologie No. 18, 1929).

Urmărește mecanismul modificărilor suferite de fibra nervoasă, sub acțiunea cloroformului, eterului și soluțiilor hipertonică de clorură de sodiu, și asistă la o micșorare a volumului cylinderaxului. Se observă că fibra nervoasă este constituită de o parte din teaca myelinică boagă în lipoizi și de cylinderax bogat în substanțe proteice. Din cauza micșorării de volum a asconului, slaba tensiune sub care se găsește myelina, permite acesteia un fel de epanșament către cylinderax și formarea de boseluri ale tecei de myelină.

O. IONESCU-MIHAEȘTI et A. TUPA: *A propos de l'origine mésodermique de la microglie et de son rôle physiologique*. (C. R. de biologie No. 13—1929). În cursul cercetărilor asupra poliomyelitei experimentale la maimuță, autorii studiază modificările microgliei în cursul acestei boale infecțioase și confirmă în parte ipoteza lui Rio Hortega, asupra originii mezodermice a nevrogliei. Observațiile sunt făcute pe maimuțe inoculate cu virus poliomyelitic și sacrificate după 24—48 ore, după ce paralizia a început. Cupele făcute la nivelul măduvei cervicale, dorsale, și dorso-lombare, arată elemente celulare ce au caracterul morfologic și histochimic al microgliei ce tind a traversa canalul endependimar. Acestea arată puterea migratorie a celulelor microgliale și originea microglială a mononuclearelor din lichidul cefalo-rachidian al polionujelutei spontane sau experimentale.

C. LEVADITI, P. LEPINE et HOWARD: *Chimiotherapie et moyens défensifs de l'organisme dans la guérison des manifestations syphilitiques expérimentales*. (C. R. de la Soc. de biologie No. 13—1929).

Dintr-o serie de cercetări făcute în cursul infecției treponemice experimentale la epure purtători de sifilome scrotale a căror infecție data de 174, 132, 113 și 50 zile și supuși la tratamentul bismut-liposo-solubil, — a căutat efectul medicamentos după rapiditatea imobilizării și dispariției treponemei la nivelul chancrului, cicatrizarea sifilomului și floculația serului sanguin (Meinicke). Și ajunge la concluzia că mici doze de bismut sunt eficiente la epure ca mijloace de apărare naturală întinsă, pe când aceleași doze nu au nici o acțiune asupra epurilor ce nu au anticorpi.

Rezultă că unele medicamente ca arsenicul și bismutul, după ce a suferit în organism transformarea ce face o sinteză a toxalbu-

minelor arsenicale sau bismutice, au acțiune directă asupra treponemiei și stimulează anticorpii organismului.

C. LEVADITI et P. LEPINE: *Action preventive du mercure liposoluble dans la syphilis expérimentale*. (C. R. Soc. de biologie No. 11—1929). Studiază proprietățile preventive ale mercurului în sifilis experimental—phenyl-ethyl-acetat de Hg. liposolubil, 0,02 ctgr. Hg. pe c.c. și ajunge la rezultatele: dozele cuprinse între 0,02 ctgr.—0,03 pe kgr. sunt toxice pentru epure, —iar 0,005—0,015 gr. Hg. pe kgr. sunt tolerabile. Dintr'o serie de experiențe făcute pe epure arată că proprietățile preventive ale mercurului liposolubil este mai mare ca al aurului, se apropie de acel al bismutului: Totuși eficacitatea și durata prevențiunii sunt departe de a egala prevențiunea bismutică și telurică.

C. LEVADITI, P. LEPINE et R. SCHOEN: *L'encéphalomyélite épidémique du renard*, (C. R. Soc. de biologie No. 12—1929).

Autorii fac un studiu complect asupra virusului ce a dat la 3 vulpi encefalita, după ce inoculează intra-cerebral la vulpe un cc. din amestecul a 3 virusuri, inoculează la alții intranasal, la alte vulpi face o scarificare a corneei, și intra-muscular. Numai inocularea intra-cerebrală la vulpe a dat encefalita. Absența afinității corneotrope, autoriză a-l plasa în grupul ectodermozelor neurotrope. Ultra-virusul encefalopatiei vulpei nu e patogen pentru alte animale, epure, cobai, șoarece, câine.

Din punct de vedere histologic acest virus provoacă degenerescența oxifilă totală a neuronilor și cu o reacție microglică și monocitară. Autorii aseamănă acest virus de al turbărei.

C. LEVADITI, P. LEPINE et R. SCHOEN: *Modifications de la virulence des virus encéphalitique* (C. R. de biologie No. 16—1929). Dintr'o serie de cercetări, 112 inoculări cerebrale făcute cu virus proaspăt și cu virus conservat în glicerină au constatat modificări mari ale virulenței sușei herpeto-encefalitice, rezultate negative, care encefalite cronice și neuro-infecțiuni auto-sterilizabile. Probabil intervine și variabilitatea receptivității animalelor inoculate intra-cerebral; schimbând condițiile de viață a epurilor li se poate mări receptivitatea.

Influențe sezoniere și nutritive ar putea explica variația receptivității.

O. LEVADITI, P. LEPINE et R. SCHOEN: *Au sujet des neuro-injections mortelles autosterilisables. L'encéphalite hérbétique du renard*. (C. R. de Biologie No. 14—1929).

Existența neuro-infecțiunilor auto-sterilizabile, explică sterilitatea centrilor nervoși a unor bolnavi, morți de encefalită letargică, de poliomyelită, de encefalită post vaccinală. Faptul acesta prezintă mare interes pentru autori, care aduc un studiu experimental ce dovedește aceste encefalite auto-sterilizabile. Inoculează intra-cerebral unei vulpe virus herptic virulent în urma căreia vulpea moare de o encefalită asemănătoare encefalitei post-vaccinale. Alte-

rațiile interesează toți neuronii și vasele scoarței cerebrale, nucleii centrali, hipocampe, pedunculii și protuberanța și diminuează pe măsură ce ne apropiem de măduva spinării și absența leziunilor herpatică a celulei nervoase. Deci nevraxul vulpei era complet steril.

C. LEVADITI et P. LEPINE: *Etude sur la vaccination tissulaire dans la syphilis expérimentale*, (C. R. de biologie No. 13). Caută a crea la epure o stare refractară locală injectând treponeme moarte în scrot și testicul, țesuturi favorabile culturai virusului sifilitic în vivo și nu realizează o stare refractară locală, nici flo-culația serului sanguin la animalele injectate. Animalele continuă a fi receptive, se manifestă printr'un sifilom local sau o treponemoză inaparentă.

C. LEVADITI et T. E. ANDERSON: *L'état du virus de la fièvre récurrente (spirocheta duttoni) dans l'encephale de la souris*. (C. R. de biologie No. 13). Fac o serie de cercetări pentru a studia virulența creerului șoarecilor infectați cu spirocheta duttoni și evoluția virusului în sânge și splină.

Rezultă din experiențele făcute că virusul febrei recurente persistă mult în creerul șoarecilor unde nu are forma spirilară, probabil este în faza invizibilă, dacă se fac grefe sub-cutanate sau intra-peritoneale cu creerul șoarecilor infectați, el părăsește punctul de inoculare pentru a invada circulația generală și splina și se transformă în spirili.

D-r R.

H. SLOBOSIANO et P. HERȘCOVICI: *Etude sur le poids, la taille et le buste des foetus et des nouveau-nés à terme*, (Le Nourrisson No. 3/1929).

Din examenul a 125 de hoii născuți din care 78 prematuri, ajung la următoarele constatări:

Indicele „Gell” (după Pirquet, rădăcina cubică a greutateii înmulțită cu 10—„Gewichtliniar”), augmentează în timpul vieții intra-uterine. Dela 17—22 la 6 luni, atinge 29—35 la copii la termen.

Raportul lui Quetlet, (Raportul între greutate și talie exprimat în cm.), este în relație cu țesutul adipos care devine mai abundant în ultimele două luni ale vieții intrauterine.

Lungimea membrelor inferioare se mărește delă 12—13 cm. la 6 luni, la 16—21 cm. la termen. La foetus bustul este mult mai lung decât membrele inferioare. Are 23—24 cm. la 6 luni și 30—34 cm. la termen.

Raportul lui Manouvrier, (Raportul între lungimea membrelor inferioare și lungimea bustului augmentează în raport cu membrele inferioare. La foetus la 6 luni este de 0,43—0,56; la copii la termen este de 0,55—0,70.

„*Gelidisi*”. (Raportul între greutate și bust) este slab (86—95), la 6 luni din cauza absenței țesutului adipos. El se mărește (96—100) la 7 luni. La 8 și 9 luni apare tipul foetus-ului gras (indice 101—104), care nu se vede îla 6 și 7 luni.

H. SLOBOZIANO, A. GEORGESCO et P. HERSCOVICI: *Les malformations osseuses chez les monstres exencephaliens, pseudencephaliens et anencephaliens*. (Gynécologie et Obstétrique t. XIX, No. 2, Février 1929).

Un interesant studiu făcut pe șase monștrii, clasificați după Geoffroy Saint-Hilaire: 2 exencefalieni (unul exencefal și unul iniencefal), 3 pseudencefalieni, (2 thilipsencefali și unul nosencefal), 1 anencefal. Malformațiile osoase observate au fost următoarele:

a) Partea orbitară a frontalului este redusă la o lamelă de 1—3 mm. de lărgime. Prin acest fapt, cavitățile orbitare sunt deschise în sus și rămân puțin profunde, ceea ce explică exoftalmia.

b) Oasele craniului cari au o dezvoltare membranoasă lipsesc. Se găsesc doar formațiunile osoase cari au o origină cartilaginooasă.

c) Coloana vertebrală prezintă scolioze, cifoze, lordoze consecutive de cele mai multe ori unor malformațiuni a corpurilor vertebrale.

d) Anomaliile corpurilor vertebrale au fost observate și în cazurile cari au prezentat și rachischisis. Absența arcurilor posterioare ale vertebrelor și malformația corpului vertebral se constată în aceleași cazuri.

e) În unul din cazuri (exencephale), toracele are un aspect reticulat, dat de apofisele cari unesc coastele între ele și cari sunt mai frecvente în regiunea laterală și dorsală a toracelui.

D-r H. SLOBOSIANO: *A propos du traitement des diarrhées acides par les substances adsorbantes*, (Le nourrisson Mars 1929).

Autorul revine cu noi constatări în tratamentul diareelor acide, prin substanțe absorbante, înlocuind în formula propusă eterul cu benzoatul de sodiu, care oprește fermentația acidă. Iată formula la care se oprește: Bol alb și fosfat, tribasic de calciu, câte 15 gr., Benzoat de sodiu 1,5 gr., sirop 30 gr., Apă distilată 270 gr. De 5 ori pe zi câte 2 lingurițe. Copilul ia astfel 5 gr. de substanță adsorbantă și 0,25 gr. de benzoat de sodiu pe zi.

Par S. NICOLAU: *Etude sur les septinévrites a ultavirus neurotropes*. Extrait des Annales de l'Institut Pasteur. (Javier 1929. XLIII f. t.).

În această monografie, autorul reunește comunicările izolate publicate în ultimii ani la Societatea de Biologie din Paris. Era necesar o lucrare de ansamblu care să pue la punct problema septinévritei experimentale prin virus invizibil în sistemul nervos, analoagă cu aceia de septicemie produsă de microbi vizibili în sânge. După ce notează tehnica ce a întrebuințat în experiențele ce a făcut autorul, consacră primul capitol alterațiilor histologice a nervilor periferici a animalelor infectate sub-duramerian cu virusul encefalomyelitei enzootice (boala lui Borna). Din experiențele făcute deduce că virusul nevrascitei enzootice introdus în creerul epurelui, maimuțelor, cobaiului și al șobolanului dă septinevrită, — împrăștându-se pe calea nervilor, — dând nevrite interstițiale.

Autorul mai găsește corpusculii lui Joest și Degen, (inclusiv oxifile intra-nucleare), în creerul epurilor, șobolanilor și șoarecilor infectați pe cale intra-cerebrală, aceștia ar reprezenta formații de apărare celulară vis-à-vis de virusul care pătrunde în neuroni. A mai constatat prezența acestor corpusculi în ganglionul plexiform, în sistemul nervos autonom intra-cardiac, plexul aortic, în fine în formațiile nervoase ganglionare a pereților stomacului, intestinului și al tuturor viscerilor. A găsit alterații de septinevrită în pneumogastric, splachnie, plexul aortic. Septinevrita provocată de virusul maladiei lui Bornă, poate interesa întreg sistemul nervos central, periferic sau visceral.

În al II capitol, autorul continuă experiențele cu virusul herpetic și arată că virusul herpetic se împrăștie centrifug pe cale nervoasă și atinge nu numai regiuni vecine, ci și îndepărtate, producând leziuni de septinevrită.

Nicolau, continuă cercetările experimentale începute cu Levaditi, asupra virusului neuro-vaccinal introdus în creerul epurilor și arată că acest virus poate fi regăsit în nervii periferici, realizând astfel un proces de septinevrită.

Făcând o serie de experiențe pe maimuțe, arată că virusul boalei lui Heine-Medin, inoculat în creerul maimuțelor poate fi pus în evidență în nervii periferici și produce leziuni de nevrită interstițială. Studiază apoi leziunile nervilor periferici la animale moarte de turbare experimentală, inoculați cu virusul străzilor și găsește că aceste germene poate da o ușoară nevrită interstițială descendentă.

Asemenea găsește că virusul rabic fix se împrăștie în organism pe cale nervoasă.

În această monografie găsim concluziile trase de autor în urma unor serii de experiențe făcute pe animale asupra septinevritei experimentale în urma generalizării ultra-virusului neurotrop pe cale nervoasă. Concluziile sunt rezultatul observației pure, pătrunzătoare, fără ipoteze, fără teorii, fără frazeologie, sunt expresia a acelor observatori cari scriu ce au văzut și din care reese o serie de adevăruri definitiv achiziționate pentru știință, cari vor explica mecanismul unor stări morbide în patologia umană.

Lucrarea lui Nicolau, dă cititorului o noțiune precisă asupra septinevritei în starea actuală a științei.

Mișcarea Medicală.

III.

SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC

al anului 1929

Pentru apărarea drepturilor lor.

Federația Asociațiilor Generale
ale
Arhitecților, Inginerilor, Medicilor și
Medicilor Veterinari
BUCUREȘTI — Str. Izvor, 14—16.

București, 12 Iunie 1929.

Acest memoriu a fost prezentat d-lui Prim-Ministru, d-lui Ministru de Interne, d-lui Ministru al Sănătății Publice, d-lor Deputați și Senatori.

Domnule Ministru,

Asociațiile Generale ale Arhitecților, Inginerilor, Medicilor și Medicilor Veterinari, examinând „anteproiectul de lege pentru organizația administrațiunei locale”, am constatat că el conține o serie de dispozițiuni cari vor aduce prejudicii grave bunei funcționări a serviciilor tehnice specializate.

Intr'adevăr, anteproiectul desființează toate legile organice în baza cărora funcționează, în prezent, serviciile de specialitate și subordonează conducerei și controlului organelor administrative locale exercițiul profesiunilor libere în serviciul public.

Aplicarea acestei idei va aduce o perturbare enormă în buna funcționare a serviciilor, întrucât organele administrative a căror recrutare se face prin simpatia populară, nu vor putea avea nici competența și nici posibilitatea de a conduce servicii tehnice pentru care se cere o pregătire universitară îndelungată.

Prin sacrificii foarte mari, făcute de Stat, țara are un număr impozant de specialiști. Este în interesul general ca ei să fie utilizați în raport cu priceperea lor și cu nevoile țării. Pentru aceasta profesioniștii intelectuali au cerut și au obținut, în urma unor lupte îndelungate, să aibă legi speciale de organizare.

Aceste legi trebuiesc perfecționate și puse în concordanță cu cerințele timpului, nu desființate cum tinde să facă anteproiectul de reformă administrativă.

Deaceia în numele Asociațiilor Generale ale Arhitecților, Inginerilor, Medicilor și Medicilor Veterinari, avem onoare a vă ruga să binevoiți a interveni în mod hotărât pentru modificarea anteproectului în următoarele puncte referitoare la organizarea serviciilor de specialitate:

I. Trecerea Serviciilor de Specialitate în sarcina materială și sub conducerea autorităților comunale și județene.

Anteproectul prevede într'o serie de articole că serviciile de specialitate trec sub conducerea comunelor și județelor care le și întrețin din punct de vedere material.

Dacă este natural ca autoritățile locale să procure fondurile necesare serviciilor de specialitate, din punct de vedere tehnic ele nu pot depinde decât de Ministerele, cărora le aparțin în mod firesc prin specialitatea lor.

Deaceia, cerem să se abroge toate articolele contrarii acestui principiu și să se intercaleze un articol nou în care să se spuie precis că: — toate serviciile de specialitate (arhitectură, inginerie, medicină și medicină veterinară), vor depinde de Ministerele cărora le aparțin prin legile actuale de organizare. — Aceste Ministerere vor fi singurele autorități, în măsură să conducă, să coordoneze și să controleze buna lor funcționare.

Prin introducerea acestui articol, vor dispărea toate anomaliile la care anteproectul, în forma lui actuală, ar putea da ocazie.

Renunțându-se la ideea conducerii serviciilor de specialitate de către autoritățile locale, la controlul tehnic al aceluiași autorități, la acțiunea disciplinară, cu sau fără judecată, pe care anteproectul o dă în sarcina administrației locale, se va renunța la tot atâtea cauze de conflicte inutile și păgubitoare.

II Recrutarea și stabilitatea personalului de specialitate.

Anteproectul de reformă administrativă abrogă legile în vigoare după care se face recrutarea personalului de specialitate, lăsând în sarcina autorităților locale selecționarea întregului personal tehnic.

Asociațiile noastre cer stăruitor să se mențină principiul ca recrutarea funcționarilor de specialitate să se facă de Ministerele respective după prevederile legilor noastre organice, iar numirile să fie definitive.

Stabilitatea funcționarilor de specialitate a fost câștigată cu mare greutate în trecut, grație luptelor riguroase ale Asociațiilor noastre. Deaceia, este o datorie de onoare pentru noi să luptăm pentru menținerea acestor principii a căror aplicare au adus rezultate admirabile.

Situația de astăzi este rezultatul experiențelor din trecut, care

au dovedit că recrutarea personalului tehnic nu poate fi făcută cu toate garanțiile de obiectivitate, de cât de organele de specialitate.

Stabilitatea, care asigură continuitatea, este neapărat necesară ori cărei opere constructive serioase. A lega soarta specialistului, a cărui operă trebuie să fie continuă și unitară, de nestabilitatea organelor administrative locale, alese fără alt criteriu de cât al votului universal, este a întinde consecințele luptelor politice în domenii cari trebuiesc să rămână în afara acestor lupte.

III. Reprezentanții Profesiunilor de specialitate în Consiliile Comunale.

Prin anteproiectul de reformă administrativă, se înlătură reprezentanții profesiunilor de specialitate din consiliile comunale.

Aceste consilii au din ce în ce mai mult de rezolvat chestiuni de ordin sanitar, tehnic și edilitar. Problema sistematizării orașelor în care medicii, arhitecții și inginerii au un rol atât de hotărâtor este una din cele mai importante chestiuni ale timpului.

Deasemenea combaterea epidemiilor și epizotiilor cere o acțiune unitară după prescripțiuni de ordin științific, elaborate și conduse de specialiști.

Menținerea specialiștilor în consiliile comunale este o garanție de bună și chibzuită rezolvare a celor mai importante chestiuni în legătură cu viața comunală.

Incheind acest memoriu, vă rugăm stăruitor Domnule Ministru, să binevoiți a *intervenii pentru rectificarea punctelor* ce am avut onoare a vi le semnala.

Prin aceasta se va face nu numai un act de dreptate față de intelectualii țării, dar se va da posibilitate serviciilor de specialitate să funcționeze în cadrele lor firești.

Primiți, vă rugăm, Domnule Ministru, expresiunea distinselor noastre sentimente.

Președintele Societății Arhitecților Români,

(ss) Arhitect CIORTAN.

Președintele Asociației Generale a Inginerilor,

(ss) Inginer ALEX. DAVIDESCU.

Președintele Asociației Generale a Medicilor din România,

(ss) Prof. Dr. N. GHEORGHIU.

Președintele Asociației Generale a Medicilor Veterianri.

(ss) Prof. Dr. MOTĂȘ.

* * *

Medice, cura te ipsum.

În fața „*Ante-proiectului de lege pentru organizația administrației locale*“ ce stă a fi depus în Cameră și a prejudiciilor grave, pe cari votat în forma lui actuală le va aduce printre alte organe de specialiști și corpului medical în general: în fața *urgiei fiscale*, care s-a abătut de câțiva ani asupra medicului în particular — la noi arde încă vici *invidia* aceea, care pe drept a putut la unii discipoli ai lui Aescular să se înalțe la superlativul de *pessima*.

Azi, când Asociația G-lă a Medicilor din România trimite o drastică circulară filialelor, invitându-le să supună membrilor lor „*Considerațiunile Generale privind legea pentru organizarea corpului medical*“ întocmite de D-nii Avocat Al. Ionescu și Dr. Marius Georgescu și să refere de urgență asupra diferitelor păreri emise în discuție, iar *filialele nu se pot executa din lipsa de participanți la ședințele lor*, căci medicul român în prezent încă nu este convins de avantajile constituirii în corp închis a breslei sale — unii dintre ei, când n-au ocazia să-și aranjeze confrății în fața bolnavilor, așa cum este în dreptul lui, îi lucrează în fața organelor fiscale, ceea ce ca mandatar al tuturilor nu mai conferă aceiași libertate de acțiune.

De acea publicăm la această rubrică a „*Specificului medical Românesc din 1929*“ următoarea adresă și moțiune, căreia nu putem să-i facem loc de cât aci, pentru-ca Revista noastră să nu fie insultată nici măcar cu umbra bănelii de a face polemică sau că s'ar ocupa de acea a altora.

Și, aci încadrat, am pus acestui medalion drept Motto chemarea plină de înțeles, pe care un reprezentant autorizat o adresa acum 2—3 ani în numele societății lor electro-radiologilor francezi încălcați în drepturile lor de diferitele Societăți patronale.

Direcțiunea

Domnule Director,

Avem onoare a vă înainta aci alăturat una Moțiune, votată de Corpul Medical al orașului Slatina, privind fapta necolegială a D-nei Doctor Grigorescu-Orleanu.

Vă rugăm să bine-voiți a o publica în întregime în onorata D-vs. revistă, aceasta fiind singura noastră posibilitate de sancțiune morală.

Primiți, vă rugăm, *Domnule Director*, asigurarea stimei ce vă păstrăm.

Președinte, (ss) *D-r Kitulescu.*

Secretar, (ss) *D-r Șerbănescu.*

Domniei-Sale

Domnului Director al Revistei „Mișcarea Medicală” — Craiova

ASOCIAȚIA GENERALĂ A MEDICILOR DIN ROMÂNIA

FILIALA SLATINA-OLT

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MOTIUNE

Subsemnații membri ai Asociației Generale a Medicilor din România — Filiala Slatina, — întruniți azi 8 Mai 1929, orele 18, pentru a discuta noile impuneri așa cum au fost hotărâte de Comisiunea de Apel, protestăm cu indignare în contra procedurii Comisiunii și în contra cotelor cu adevărat spoliatoare, la care am fost impuși pe nedrept.

Comisiunea nu a ținut cont și nu a voit să înregistreze incidentele ridicate de noi asupra valabilității apelului făcut de Fisc, nici de argumentele și dovezile noastre bine întemeiate pentru susținerea apelului nostru, nici de criza economică grea în care ne aflăm și nici de pletera mare de medici ce se află în orașul nostru.

Dezaprobăm cu ultima energie atitudinea reprezentantului nostru: *D-na D-r Maria Grigorescu-Orleanu*, care punând înainte resentimentele sale față de unii din colegi, a săvârșit un adevărat atentat la spiritul de solidaritate și bună credință.

Deși *D-na D-r Grigorescu-Orleanu*, și-a dat cuvântul în plenu adunării Asociației noastre, că va apăra interesele noastre, păstrând aprecierile cu adevărat juste și în spiritul celei mai echitabile dreptăți, făcute de colegul nostru, *D-r Șerbănescu* — fost delegat în prima comisie, totuși *D-na D-r Maria Grigorescu-Orleanu*, pentru motive necu-

noscute, dar blamabile de noi toți, a cerut impunerea noastră la niște cote (cari întrec cu între 5—8 ori impunerea pe care D-sa și-a obținut-o) și pe cari suntem în imposibilitate a le plăti.

Hotărâm ca prezenta moțiune să fie înaintată Onor. Asociațiunii Generale a Medicilor, pentru a sancționa atitudinea, cu adevărat necolegială a D-nei D-r Grigorescu-Orleanu.

Hotărâm de asemenea ca această Moțiune să fie înaintată Onor. Ministerului de Finanțe, pentru a se vedea că sumele: 180.000, 160.000, 120.000, 90 mii, 60 mii, 50 mii, etc., la care suntem impuși, sune sume fabuloase, cari nu se pot câștiga într'un orașel cu 11.000 locuitori și 17 medici, toți funcționari, deci cu un timp liber foarte redus.

Hotărâm ca, de această Moțiune, în care se oglindește întregul adevăr, să ne servim în recurs pentru apărarea intereselor noastre.

Autorizăm ca această Moțiune să fie tipărită și dată publicității.

Președinte, (ss) *D-r Kitzulescu.*

Secretar, (ss) *D-r Șerbănescu.*

Membrii: (ss) *D-r Ștefănescu, D-r Stăncescu, D-r Sobolak, D-r Horovitz, D-r Soreanu, D-r Hanciu, D-r Cojan, D-r Eniu, Dr. Dumitrescu.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj