

Mișcarea Medicală

LUNARĂ

PUBLICAȚIE MEDICO-CHIRURGICALĂ
REVISTĂ ANALITICĂ ROMÂNEASCĂ

SUMARUL

	Pag.
BCU Cluj / Central University Library Cluj	
<i>Cronica</i>	
Kerato-Conjunctivita eczematואă în raport cu o tuberculoză atenuată.	49
Cataracta în raport cu glandele endocrine de Prof. agregat Dr. Fischer-Galați	51
Graviditatea în raport cu glicosuria și diabetul de L-Colonel Dr. I. Sărdărescu	60
Asupra tratamentului nevralgiilor faciale prin electroionizare cu aconitină de Conf. Dr. State Drăgănescu și Dr. C. Iordănescu	65
Eritem nodos polimorf cu streptococemie de D-ra Dr. R. Hirsch	73
Tribuna profesională: Discuțiuni și propuneri la ante-proiectul de lege pentru organizarea corpului medical de Dr. G. Scripca	77

II.

MIȘCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

Actualități de fisio-patologie:

Interesul clinic al măsurării vitezei circulației prin proba cu fluoresceină de M. C. Lian și F. Barras. — **Leziuni renale tardive ale hipertensiunii arteriale primitiv solitare** de A. Dumas. — **Asim**

III.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A.—SOCIETĂȚI ȘTIINȚIFICE

	<u>Pag.</u>
Cercul medico-farmaceutic din Craiova Ședințele dela 15 Dec. 1928, 15 Oct. 1929	133
Societatea română de biologie Sect. București, Șed. din 30 Ian., 20 Febr., 13 Martie 1930.—Sect. Cluj Șed. din 26 Febr. 1930	137
Societatea medicală a spit. din București Șed. din 8 și 22 Ian. 5 și 19 Febr. 1930	140
Societatea română pentru Istoria Medicinii și Folklor Ședința din 2 Aprilie 1930	144
Societatea Științelor medicale din Cluj Ședința din 1 Martie 1930	146
Reuniunea anatomică din Cluj Șed. din 8 Martie 1930	148
Reuniunea obstetrică și ginecologică din Cluj Șed. din 25 Ian. și 3 Febr. 1930	153

B.—PUBLICAȚIUNI MEDICALE

București medical No. 11—12 1929, No. 1 1930	158
Clujul medical No. 12 1929, No. 1 și 2 1930	159
Noua revistă medicală No. 11 (Martie) 1930	163
Spitalul No. 4 1930	163
Revista Sanitară Militară No. 8, 10—11 1929	164
Viața medicală No. 3 și 4 (1930)	169

C.—CĂRȚI—MONOGRAFII

Apele cloruro-sodice ale României de <i>Dr. M. Sturza</i> . Ediția Eklectica Viena 1930	170
La neurosyphilis, clinique et traitement de <i>Dr. A. Radovici</i> . Ed. Masson Paris 1930. Rec. de <i>Dr. M. Săceanu</i>	171
Prostituția și boalele venerice în România de <i>Dr. A. Voinea</i> 1930 Rec. de <i>Dr. M. Săceanu</i>	172

D.—MIȘCARE ÎN CORPUL MEDICAL

Sanitar civil.—În lunile Ian.—Febr. 1930	173
----------------------------------------------------	-----

IV.

DIVERSE — INFORMAȚIUNI

Atitudinea Asoc. G-le a medicilor față de ante-proiectul de reformă sanitară. — Comitetul Soc. de Radiologie. — Congresul internațional de fisioterapie din Liège. — Programme du voyage d'études des médecins hygienistes en Roumanie. — Despre asigurările sociale. — Premiul Albert I. — Medicii francezii se organizează. — Revendicările confed. sindicatelor med. franceze

MIȘCAREA MEDICALĂ

PUBLICAȚIE MEDICO-CHIRURGICALĂ

KERATO-CONJUNCTIVITA ECZEMATOASA IN RAPORT CU O TUBERCULOASA ATENUATA*)

și

CATARACTA IN RAPORT CU GLANDELE ENDOCRINE

de

Prof. agregat Dr. TH. FISCHER-Galați

Am vorbit despre clinica acestei boli, arătând că se poate accepta denumirea micelor eflorescențe de pe limbul corneei de „pustulă pericheratică” și procesul mai întins: „Conjunctivită pustuloasă difusă”, dupe propunerea prof. **Albitos**, predecesorul prof. Margnéz, actualul director al clinicii oftalmologice din Madrid, pentru că nu este vorba de o flictenă ci de un nod subepitelial, compus din celule rotunde, cari câteodată iau forma celulelor gigante. Nu este vorba de o veziculă cum credea **Michel**, ci de un nodul solitar, cum a demonstrat-o **Leher** și în special **Hayaschi**.

Procesul începe întotdeauna la afecțiunile corneei sub membrana Bowmani, pe care o vezi îmbolnăvindându-se de jos în sus, ceea ce te face să presupui că există o cauză constantă și nu un factor ectogen variabil.

Cercetările făcute de autor la Geheimrat **Loeffler** în 1913 și continuate apoi cu ocazia studiilor asupra sporotrichosei oculare la prof. **Splendore** din Roma și pe cari le-am dezvoltat la disertația încă inaugurală la clinica oculistică din Roma, sub prof. **Cirincione**, m’au condus la următoarele constatări:

1) Introducerea sputei unui tuberculos ce prezintă 40—50 bacili Koch, în câmpul microscopic, pe conjunctivita bulbară și aceeași cantitate intraperitoneal, dă loc la o tuberculoză atenuată

*) Aceste subiecte au fost tratate în conferințe ținute la catedrele Prof. **Soria** (Barcelona), **Marquéz** (Madrid), **Maranon** (Madrid), apoi la Soc. de Oftalmologie din Barcelona, sub președenția Prof. **Barragner** și la Academia Regală de Medicină din Madrid sub președenția decanului Facultății de Medicină.

la animalul căruia i s'a introdus sputa pe conjunctivă nelesată și la o tuberculoză miliară la acelea cari au primit-o în peritoneu.

Intr'adevăr dacă se iau 3 animale inoculate:

Primul cu o picătură de spută pe conjunctivă;

Al doilea cu o picătură de spută intra-peritoneal;

Al treilea de control;

și se țin 6 săptămâni în observație, separate unul de altul, dar în aceleași condițiuni de hrană, mediu, etc. și dacă după acest interval li se face o injecție de tuberculină 0,1 dosa letală pentru cobaiul sensibilizat.

Primul nu reacționează;

Al doilea moare în șoc anafilactic;

Al treilea rămâne impasibil.

Făcându-se autopsia celui de al doilea, se găsește o tuberculoză generalizată miliară.

Dacă primului animal din altă serie i se administrează 0,2; 0,3; 0,4; etc., până chiar la 1,0, el încă nu reacționează. De unde s'ar putea deduce:

1) Că nu s'a infectat cu bacili Koch.

2) Că tuberculoza lui trebuie să fie atât de atenuată, încât toxina nu are nici-o putere reactivă.

Ori la un cobai, după injecția de 0,8 tuberculină preparat la institutul de seroterapie Paltauf din Viena, primit proaspăt și bine tolerat, am obținut un șoc anafilactic ce se documentă astfel: Animalul are o scădere bruscă a temperaturii anale dela 38,4 la 35,8 cade ca trăsniț la pământ, nu poate să miște picioarele dinapoi și are câteva tremurături ca cele premergătoare stingerii lui. Peste $\frac{1}{2}$ oră își revine, apoi mănâncă și a 2-a zi se prezintă normal în aparență ca și animalul de control. Sacrificat se observă: O infiltrație ganglionară, mai ales cervicală și în regiunea anterioară a colului. Aci un ganglion gris-roșiatic mai umflat, un altul dedesubt quasi-caseificat. Din acestea, conținutul întins pe lamă și colorat după Ziehl-Nielssen dă la iveală 1, și pe altă lamă iar 1 bacil Koch, dovada infecției pozitive, dar înfine care impune anatomo-patologic aspect al (cadavrului animalic) unei scrofulose absolute.

Scrofulosa a fost considerată de Escherich ca un proces de hipersensibilizare pentru tuberculoză al individului limfatic tuberculinizat. Sahli crede că diateza exudativă este o stare de sen-

sibilitate față de orice proteină, stare achiziționată în prima copilărie, prin infecțiuni comune diverse. Această hipersensibilitate este existentă și față de albuminoidele alimentare.

Ori cum Keratoconjunctivita eczematoasă se găsește la copii scrofuloși cu diateză exudativă există o discuție asupra etiologiei ei. Este ea un proces care stă pe baza diatezei exudative, după interpretarea acesteia date de Czerny, (adică o predispoziție înăscută, un defect congenital în chimismul trecutului datorit unei supralimentări a copilului cu substanțe nutritive producătoare de grăsimi) sau este un proces tuberculos cum pretinde Stock, Igersheimer, Moro, Hagacher, Bruns, Ziehler, Brockner, Rosenhauch, etc. și eu însu-mi, deoarece se poate prin experimentare cu bacilul tuberculozei, dar mai ales cu toxina acestuia, obține procesul caracteristic morbid? Lashe Paton și Mas constată o ameliorare a indicelui opsonic după vindecarea ulcerelor de pe cornee. Dar niciodată nu se formează această „flictenă” dacă pe țesutul conjunctival al animalului tuberculizat, nu se găsește, dupe cum a arătat Rosenhauch, stafilococul aureus sau toxina lui. Cum însă histologic nu se găsește în „flictena” normală nici bacilul Koch, nici resturi parțiale ale acestuia sub forma granulelor lui Much, această fluorescență e datorită probabil produselor de reacție. Lucru ce l'a dovedit în parte Moro, care instilând în ochii indivizilor scrofuloși tuberculină, a obținut des formațiuni flictenulare.

Dacă ne gândim la teoria picăturilor (Tröpfchentheorie) lui Cornat pentru infecția tuberculozei, experiențele mele ar putea dovedi că sputa tuberculozului căzută în ochiul copilului (care posedă o rețea largă de țesut conjunctival ocular în primii ani ai copilăriei și permite o infecție prin bacili Koch, pentru care este permeabil), pune baza sensibilizării copilășului pentru morbul lui Koch. Limfatismul lui, diateza lui exudativă nu este decât prologul tuberculozei târzii care survine (Moro) ca consecința scrofulozei.

Scrofuloza ar fi deci o tuberculoză la un copil limfatic (mare).

Oricum prin eliberarea toxinelor în corpul individului sensibilizat ar produce un șoc anafilactic și acesta întotdeauna cu semne de iritațiune chiar pe locul de intrare al germenului infecțios. Nimic mai simplu decât de a accepta că pustula, flictena sau eflorescența pe ochiul individului ce vedem, este focarul de reacție

pe unde s'a produs infecția și de unde bacilul a fost târît de leucocitele mobile cu nucleul polilobat în circulația limfatică sau sanguină.

* * *

Cataracta este opacificarea cristalinului. Turbureala limpidității cristalinului este dese-ori consecința unei modificări fizicale.

Putem să producem experimental o cataractă cu ajutorul frigului. O temperatură de 10° este suficientă pentru a realiza o obnubilăție nucleară cristaliniană în vivo, care dispăre îndată ce temperatura soluției fiziologice în care a fost pus cristalinul a devenit călduță. Are loc deci o modificare moleculară intra-organică și nu un proces destructiv al protoplasmei celulare transparente. Cataracta experimentală datorită căldurei se face în urma coagulării albuminoide a fibrelor la temperatura de $40-45^{\circ}$.

Putem obține o cataractă polară posterioară în urma injecției unei soluții clorurate concentrate în corpul vitros, — aceasta se resorbe complet în scurt timp. Celulele constitutive ale cristalinului suferă o schimbare ireparabilă prin eliminarea substanțelor albuminoide când se experimentează într'o soluție hypisotonică.

Nu se poate cunoaște cataracta fără a studia schimburile nutritive ale cristalinului, și de ele se știe prea puțin. În afară de substanțele conținute normal în sânge, umoarea apoasă pare a juca un rol important. Schimburile nutritive ale acestui organ par a fi reduse și trebuiesc să se facă prin dializă. Mărirea sa în greutate este datorită unei constante albumine și apă și unor cantități mici de substanțe solubile în eter. Trebuie s'admitem trecerea substanțelor coloide prin capsulă. Trecerea substanțelor toxice în umoarea apoasă determină o opacifiare a cristalinului (exemplu cataracta naftalinică-Magitos). Această cataractă este în legătură cu alterația ce suferă celulele pigmentare și epiteliale ale corpului ciliar, (Peters, Sals).

După Peters, cauza opacificării nucleare a cristalinului în diversele forme ale cataractei (tetanică, zonulară, nucleară, spasmodică și senilă), ar trebui căutată într'o concentrație radicală

a substanțelor saline conținute în umoarea apoasă, care turbură osmoza normală a cristalinului.

Ea este datorită alterației celulelor corpului ciliar care apără prin acest aparat, filtrant ochiul. În intoxicația naftalinică, ergotinică, cu guanidină, etc., se găsesc mai ales turburările cristalinului. Ele sunt evidente în tetanie.

Erdheim descrie cataracta șobolanilor consecutivă distrugerii glandelor paratiroide, prima cataractă de natură endocrină. Cercetările lui Possek, Hayanos, Hyraishi, Nordman, Siegrist, Goldmann, etc., au confirmat existența unei cataracte hipo sau aparatiroidiană asociată la turburări ale altor organe de origine ectodermică. În general cataractele tetanice și toxice (spasmofile) sunt subcapsulare și apar a 20 zi după operație, foarte rar ele sunt localizate în substanța corticală cristaliniană, supranucleară și la nivelul ecuatorului cristalinului, aproape 8 zile după ablațiunea glandelor paratiroidiene (Nordman, Goldmann). Ele se apropie din acest punct de vedere de cataracta myotonică studiată pe larg de Vogt, Fleischer, Hauptmann și v. Szilly, etc., și descrisă de Koby într'un studiu făcut cu ajutorul lampei cu crăpătură în: **Microscopia ochiului viu**, ast-fel „cataracta este constituită printr'o mulțime de mici opacități unghiulare, situate în straturile superficiale ale cortexului anterior și posterior. Dar spațiul între capsulă și banda de disjuncțiune rămâne liberă, asemenea și nucleul. Opacitățile formează un desen punctat și pătat în care se vede lucind numeroase puncte colorate roșii și verzi (cholesterină?). Adesea toate împreună iau aspectul unei forme stelate, alte-ori scoarța e turbure uniform ca în observațiile lui Vogt”.

Această cataractă abondentă în colesterină se găsește în distrofia myotonică sau myotonia atrofică caracterizată în afară de prezența fenomenelor musculare, nervoase și cerebrale, de alterații osoase și ale tiroidei, și de o pierdere a poftei sexuale, mergând până la atrofia testiculară la om și la încetarea menstruației la femei.

Curshman a considerat-o ca un semn de tetanie latentă, de oare-ce este asociată la fenomenul de hiperexcitabilitate facială a lui Chvostek. Într'adevăr cercetările experimentale ale lui Siegrist, Goldmann și Nordman, arată că: 1) Cataractă tetanică se dezvoltă sub forma unor puncte mici imediat sub capsula cristaliniană; 2) Aceste capacități sunt acoperite de celulele transpa-

rente în timpul atacului spasmodic și trec în profunzimea substanței corticale a cristalinului. În acces o nouă zonă opacă se atașază la zona fibrelor clare și este acoperită de o nouă formație de fibre transparente în intervalul acceselor de tetanie. Are aspectul tipic a unei cataracte zonulare. Nucleul este mare și sclerosat, în timp ce cataracta miotonică este mică, infantilă. Fleischer a arătat că opacitățile încep într'un mod tipic în corticala posterioară cu o opacifiare a polului posterior, prezentând adesea o formă stelată. A arătat că mai târziu survin pete de cataractă în regiunea corticală anterioară, și cataracta primitivă se apropie de tipul cataractelor moi. Dacă suntem convinși că cataracta myotonică distrofică nu are vre-o relație cu tetania, atunci trebuie s'admitem că e de natură hormonică.

Ar fi o insuficiență pluriglandulară (Fleischer, Naegeli, Lust și mai recent Curshman), asociată la o leziune a simpatichului (Scharnke și Full).

Aceste cataracte presenile se găsesc în diverse dermatoze, dermonevrite, și mai ales sclerodermice în combinație cu diversele fenomene de degenerescență a organelor de origine ectodermală (cataractă dermatogenă Adagschy). Aproape întotdeauna ele se manifestă la indivizii ce suferă de o hipotiroidie, care prezintă turburări sexuale și de creștere și dese-ori un arc cornean senil semn al unei hypercolesterinemii manifeste.

Barbot semnalează de asemenea o caniție precoce sau alopecie, turburări iriene și retiniene și manifestări laringene. Ele sunt probabil în legătură cu turburările perturburărilor sistemului glandular endocrin asociate la o boală a sistemului vegetativ. (Brissaud și Goehring, Barbot, etc.).

Dar dacă aceste cataracte sunt interesante prin faptul că au loc la indivizi ce au turburări de natură endocriniană, o altă cataractă trebuie să atragă atenția noastră de oare-ce trece neobservată, nu deranjează vederea, trece neobservată este **cataracta pubertală**.

O numesc astfel, de oare-ce: 1) Apare în pubertate; 2) După observațiile mele ea este datorită insuficienței glandelor interstițiale (Ancet și Bouin) în timpul evoluției pubertale a individului.

O găsim după dilatația cu atropină a pupilei (deci acoperită de iris în stare normală) așezată în jurul ecuatorului nuclear, care este liber, înainte și înapoia a acestuia, în substanța corticală, reprezentată prin mici pete cenușii, aranjate sub formă de co-

roană; fapt ce a determinat pe Vogt și elevii săi de a o numi **cataractă coronară**. Este vechia cataractă „cerulea”, numită astfel din cauza culorii sale albastre.

Ea este întotdeauna bilaterală, familială și cu tendința de anticipare. Opacitățile se găsesc mai întotdeauna în partea inferioară și nazală a cristalinului (Krenger), adesea-ori mai dezvoltate temporar (Weissenbach). Intr'un caz relatat de Vogt a fost găsită 15 ori din 19 deci 80% în aceeași familie, o dată asociată la o miotonie distrofică. Faptul că această cataractă de formă coronariană nu apare niciodată înaintea pubertății, că ea se îngroașe la maturitate spre a da o opacificare completă, printr'o combinare de fente de imbibiție în bătrânețe, mergând până la capsulă și faptul că se grezează atunci pe petele cenușii de opacificare inițială, arată că aceeași cauză primitivă, insuficiența hormonală a glandelor pubertale se repetă la bătrânețe unde degenerescența întregului sistem endocrinian nu permite incitația incretorie a glandelor interdependente.

Am avut ocazia de a studia bolnavi atinși de cataractă, cari la vârsta de 36 ani erau în deficiență sexuală, care se exagera până la lipsa completă de libido și de puterea coabităției. Am mai văzut cataractosi care afirmau că au suferit un proces de decalcificare osoasă în pubertate. Cunoaștem hipocalcemiile hipogenitale. Știu de asemenea că evoluția pubertală este imperfectă aproape în 77, 8% de cazuri. Am examinat bolnavii noștri din punct de vedere al fenomenelor de hypoparatiroidie. Nu prezentau. Nu prezentau nici modificări ale glicemiei sanguine. Metabolismul calcic și metabolismul basal era normal. Cum evoluția pubertală coincide cu involuția tymusului, regulator al acidozei și sub influența căreia se face sinteza nucleinică, credem că aceste cataracte se pot explica sistematic, luând aceste momente ca punct de plecare.

Măsurarea secrețiilor celulelor interstițiale (raportate la evoluția lor incompletă), și ușoara acidoză consecutivă, provoacă o alterație a cristalinului printr'un desechilibru hormonal. (Și în diabet se observă formația unei cataracte în cazurile care prezintă o acidoză).

Cu evoluția definitivă și completă a glandei pubertale, procesul destructiv al celulelor cristaliniane încetează. Organul filtra partea bazală a corpului ciliar, este alterat.

Leziunile pe care cristalinul le-a suferit rămân din acest

moment neschimbate, așa cum le-am descris mai sus. Dacă echilibrul hormonal nu se restabilește din cauza imposibilității evoluției totale a celulelor interstițiale, repercucia asupra cristalinului devine fatal mai intensă. Dar individul va suferi și în sexualitatea sa. Mărirea acestor fenomene va depinde de incitația capabilă a acestor glande — dat fiind interdependența interglandulară și a timpului care scurge. Nimic mai normal de cât ca să găsim cataractoși la 20, 30 sau 40 ani, deseori potenți și uneori inpotenți.

La bătrânețe unde celulele interstițiale sunt mai puțin active, distrucția cataractosă va ajunge la maximum. Aceiași cauză va provoca aceleași efecte și ca probă cele constatate de Horlacher: cataractă coronară este în 60,5% sub forma cataractei senile, se dezvoltă și se grefează pe aceasta.

Harms, Nordman, Berghauer, au adus indirect un sprijin la observațiile mele, descriind dispariția cataractei inițiale, respectiv o ameliorare a limpidității cristalinului după activarea glandei pubertale prin vasectomia lui Steinach, sau prin procedeul Voronoff, stabilitatea coloidelor mărindu-se în același timp cu metabolismul bazal.

Această dispariție a petelor cenușii în cataractă la început este cu atât mai surprinzătoare cu cât arată că celulele cristaliniene nu erau alterate.

Trebuie să ne gândim că această opacificare ar fi rezultatul unei concentrații a sărurilor conținute în umoarea apoasă printr'un proces de deshidratare calcică, sau cum a fost descris de Parhon în experiențele sale asupra castrării animalelor?

Cred că trebuie să considerăm cataracta pubertală ca un semn patognomonic de un disechilibru hormonal. Să fie acesta datorit glandei pubertale sau unui choc timic, fie de natură uni sau pluriglandulară, în orice caz noi trebuie să tragem două concluzii:

1) Să examinăm în viitor cu lampa copii care prezintă turburări glandulare la pubertate, spre a depista cataracta pubertală, se vor examina și bolnavii mai în vârstă.

2) Să le recomandăm legătura vaselor deferente sau o altă operație analogă pentru a activa inerețiunea glandelor germinative în timp ce opoterapia este insuficientă.

Se pot modifica aceste mici intervenții chirurgicale numai de o parte, fără leziuni organice:

Făcând în loc de o vasectomie legătura vasului deferens cu catgut. Lichtenstern care propune această modificare o face mai eficace implantând o fracție suficientă de glandă germinativă a unei maimuțe.

Doppler a obținut rezultate excelente cu ajutorul simpatico-diaphteresei (eliminarea inervației vaso-constricției ramurilor fine a simpaticului). El face o simplă pensulație a glandelor incretorii genitale cu isofenol (isomer al tricresorului) și pretinde că efectele ce le obține sunt mai intense cu cele ce se obțin după operația lui Leriche. Se poate executa aceste operații chirurgicale de câte ori bolnavul trebuie să sufere o operație de apendicită, hernie, ovariectomie, etc.

SIROPUL

NEURO TONIC

GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR ȘI AL MUȘCHILOR

APROBAT DE
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
cu No. 16 091 1929 conform Jurnalului Consiliului Sanitar Superior din 23 Martie 1929

INDICAȚIUNI TERAPEUTICE :
Surmenaj intelectual, fizic și moral, Anemie, Melancolie,
Timiditate, Neurastenie, Impotență, etc.

TONIC și APERITIV
CONȚINUTUL 200 C. M. C.

DEPOZIT

FARMACIA ȘTEFAN GHEORGHIU
CRAIOVA — JUSTIȚIEI, 32. TELEFON 8/4

GRAVIDITATEA IN RAPORT CU GLICOSURIA ȘI DIABETUL

de

L.-Col. Dr. I. SARDARESCU

Chestiunea aceasta biologică, dacă glicosuria este un fenomen fiziologic, normal, la o femeie gravidă a suscitât diferite explicațiuni și experiențe. Cum problema este încă de actualitate, în urma experiențelor biochimice și a observațiunilor făcute, s'a ajuns la concluziunea că glicosuria este normală și încă și mai mult, ea constituie un mecanism salvator pentru viața unei femei în gestațiune.

Este locul a reaminti în treacăt, că: glicozuria, nu însemnează diabet. Autorii diferitelor națiuni și în special Profesorul M. Labbé au demonstrat în mod definitiv că prezența zahărului în urină (glicosurie), trebuie privită sub 2 aspecte: a) glicosurie fără hiperglicemie, și b) glicosurie cu hiperglicemie (zahăr în sânge), aceasta din urmă constituind punctul de plecare al diabetului zaharat, ce se termină în majoritatea cazurilor cu acidoză.

Desigur că chestiunea care se pune, este: glicosuria, la femeile gravide constituie un diabet, cu alte cuvinte e în joc hipofuncțiunea pancreatică, — ori, e datorit altor cauze?

Trebuie amintit un fapt clinic de o mare importanță și anume că glicuria începe la femeile gravide cu luna IV-a de gestațiune și durează până în luna de travaliu, când cantitatea ei crește. Acest lucru, desigur, că a alarmat pe medici și pe fiziologiști, pentru că au luat ca atinse de **diabet**, femeile gravide, când de fapt — după cum vom vedea mai jos — această glicurie e un fenomen pur fiziologic, normal; mai mult: odată cu glicozuria există la gravide și o hiperglicemie, deci un indiciu și mai mult ca teamă medicilor să fie și mai mare. Trebuie însă să se facă o distincțiune: când există această hiperglicemie există o lactosurie (lactoza e un disacharid, care prin descompunere dă: o moleculă de glicosă și o moleculă de ga-

lactoză). Mărirea glicosei în sânge e un proces normal: glanda mamară, care se prepară pentru funcția ei de a secreta lapte pentru făt la nașterea lui, trebuie a lua zahăr de undeva și desigur, că-l va lua din mediul nutritiv al organismului, deci din sânge. Dar se pune întrebarea: de ce acest paradox? glicosă în sânge, această glicoză să se transforme în lactoză în sângele mamei, ca apoi în stomacul copilului să se transforme iarăși în glicoză. Acest proces de transformare din glicoză în lactoză se produce datorit faptului că lactoza este diuretică, se elimină cu foarte mare ușurință prin rinichi: acest lucru constituie un agent terapeutic pentru organismul mamei, de a ușura și eliminarea subst. toxice, rezultate ale gestațiunii. Dar transforma aceasta biologică are o însemnătate și mai mare: e un mijloc de apărare pentru mamă de a nu deveni comatoasă, căci e ușor de înțeles că hiperglicemia duce la comă; în comă nu s'a constatat niciodată lactoză.

Mecanismul glicosuriei. Glicosuria se știe că e în funcțiune de două mari cauze: 1) Ori, producându-se o **hiperglicemie** (normal 0,7—1,1 la litru după Bang, deasupra și dedesupt constituind o hiperglicemie și hipoglicemie) este natural, ca excesul să fie eliminat, și în acest caz permeabilitatea renală e normală; 2) Ori, permeabilitatea renală este mărită (seuil d'excretion abaissé) și în acest caz eliminarea prin urină a glicozei se face cu ușurință cauza rezidând în această permeabilitate renală. Deci, hiperglicemia ori permeabilitatea renală prea mare, este chestiunea, care interesează pe medic și fiziologist, și această problemă de actualitate, a putut fi deslegată prin experiențele făcute atât în Franța cât și în America (Canada).

Trei probe experimentale au rămas în picioare pentru explicațiunea suficientă a acestui mecanism:

1) Se știe că lactoza deriva din glicoză; e bine cunoscut de biochimisti acest lucru. Transformarea în lactoză a glicozei din sângele mamei se face de glanda mamară, cum am arătat mai sus. Se extirpă glanda mamară; ar fi logic să ne așteptăm la o hiperglicemie și glicosurie în urma suprimării acestui organ transformator de glicoză în lactoză! totuși prin cercetările întreprinse în asemenea cazuri, niciodată nu s'a constatat o hiperglicemie. (Aceste experiențe le-am urmărit în clinica de maladii ginecologice a M-r Me Allister dela Royal Waterloo Hospital, Londra).

2) O altă experiență este proba cu floridzină. Se știe că

floridzina injectată la oamenii normali dă glicozurie — diabet renal — când se injectează un centimetru cub. Dacă se injectează la gravide o asemenea floridzină, se obține glicurie nu cu un cmc. de o atare substanță, ci numai cu 1—2 mgr., cu alte cuvinte glicozuria se mărește la femeile în gestațiune.

3) În fine o altă cercetare experimentală, e proba cu **insulina**. Este în deobște cunoscut că insulina în injecții diminuează glicuria la oamenii diabetici, la femeile gravide însă nu. Cum insulina este un extras pancreatic și prin injecțiile făcute cu ea se suplinește insuficiența pancreatică, la femeile gravide glicozia în urină și sânge nediminuând, se deduce că aci nu lucrează ca hormonă, deci nu e vorba de o insuficiență a pancreasului acestor femei. Bine înțeles că în toate aceste experiențe dozarea glicoziei s'a făcut înainte și după experiență.

Ce interpretare se poate deduce de aici? Concluzia pe care o putem trage este că: glicuria este fiziologică la femeile gravide și că acest lucru e datorit unei **mărituri a permeabilității renale**, care lasă să se elimine glicoză, fapt norocos pentru ea; alt-fel ar rezulta o hiperglicemie crescândă — (prin faptul că glanda mamară transformând glicoză în lactoză, sângele trebuie a-i aduce această glicoză) — și că acest fapt ar duce pe femeia în gestațiune la acidoză, la comă, la moarte.

Deci nu prin fapt de reținut este: **În timpul gestațiunii există un diabet renal și nu un diabet pancreatic.**

Mecanismul hiperglicemiei. Din cele expuse mai sus am putut constata că hiperglicemia la femeile gravide ca și glicozuria (lactozuria), sunt datorite unei permeabilități mărite a rinichilor și că nu există nici o probă, că ar fi datorite unor cauze pancreatice. Se naște atunci întrebarea: Pentru ce se fabrică așa de mult zahăr la femeile gravide? Și aici s'au adus două explicațiuni, suficiente a demonstra cauza creșterii glicoziei în sângele gravidelor.

1) Țesutul foetal, are multă nevoie de a consuma zahăr; de altfel, orice țesut din organism, care e anormal, cum de ex. tumorile, consumă foarte multă glicoză; ast-fel se explică de ce în tumorile cerebrale găsim glicorachie (semn de o importanță considerabilă în diagnosticul tumorilor în general și în tumorile cerebrale în special). Ori, tumora foetală, care se poate considera ca o tumoră până la un oarecare punct — are nevoie a consuma multă glicoză, cu atât mai mult, cu cât e un țesut (tumoră) fizio-

logică și consumarea de glicoză va fi necesită, grăbită, în vederea actului de expulsie a foetului. De aici necesitatea organismului de a menține tot timpul (dela luna IV-a—IX-a) organismul mamei invadat (submergé) de glicoză.

2) O altă cauză a hiperglicemiei la femeile în gestațiune se poate explica prin glanda mamară. Aceste glande, care se prepară pentru a secreta lapte, caută a imagazina lactoză; această lactoză nu o vor culege decât din glicoză sanguină; în asemenea caz organismul matern își consumă toate rezervele de zahăr, numai și numai că atât glandele mamare cât și foetul să nu sufere de lipsa, absolut necesară, a glicozei; în sângele femeii gravide se va mobiliza toate rezervele de glicoză producându-se în acest caz o hiperglicemie. Atâta timp cât endocrinismul ei este normal, hiperglicemia aceasta va fi fiziologică. Afară de cele relate mai sus, se mai poate adăoga și faptul că în consumarea zahărului, mai intervine și hormona pancreatică, care desigur că există cât timp glanda pancreasului e normală. Se întreveđe destul de ușor că în cazul unei hipofuncțiuni pancreatice (apare polidipsie, polifagie, etc.), la femeile gravide, diabetul zahărat e eminent.

În acest caz, avem cu adevărat o hiperglicemie cu glicozurie pathologică și desigur că consecințele sunt grave: atât pentru mamă, cât și pentru foet.

Diabetul femeilor gravide. Când o femeie în gestațiune are nenorocul de a poseda un pancreas bolnav, cu alte cuvinte când acest organ se găsește în stare de hipofuncțiune sau posedă o insuficiență excretorie în hormonele sale glandulare, diabetul se declară de timpuriu la aceste femei gravide. Sunt citate cazuri destule de asemenea natură, care s'au terminat cu comă diabetică și moarte atât pentru copil, cât și pentru mamă.

După observațiunile făcute mai ales în Canada, și în special statisticele arată că: fenomenele alarmate de diabet la o gravidă se remarcă în luna IV-a, în ultima lună și mai ales în faza de deslipire a placentei. Desigur, că s'a pus și această întrebare: de ce nu se constată fenomene așa de alarmante dela luna 4-a la luna 9-a? Banting a omis următoarea explicațiune: Dela a patra lună pancreasul foetal începe să se desvolte, el intră în funcțiune — în locul pancreasului mamei, pe care-l suplinește cu hormonele sale — asvârle în sânge aceste substanțe specifice și iată, desigur, o perioadă de stare bună a mamei, o durată de

timp liniștitoare, nealarmantă. În ultimele zile și în perioada de travaliu, pancreasul foetal nu mai este activ — căci perioada de expulzie se apropie și mama va suferi, fenomenele grave de acidoză și comă sunt iminente. Ca probă a celor explicate de Banting, el a găsit la o femeie gravidă diabetică, pancreasul foetului mărit de 7—8 ori mai mult ca cel normal.

Când ne găsim în fața unui diabet la o femeie gravidă, ce se poate constata?

a) Copilul naște mort; se constată hidramnios, hidrocefalie, de cele mai multe ori e macerat.

b) Mama naște extrem de greu: distocie; cade în comă prin acidoza crescândă și iminentă — ne așteptăm totdeauna la moarte sigură.

Este de întrevăzut că prognosticul în asemenea cazuri nu strălucește, sunt grave, fatale.

Ce se preconiză mai acum câți-va ani, în asemenea cazuri?
— **Avortul!**

Astăzi însă cu un regim „ad-hoc” studiat, și cu injecțiunile de insulină avem 80% posibilitatea de a scăpa și pe mamă și pe copil.

În rezumat, cu un regim:

minimum de albuminoide	} în medie 1 gr. pentru
minimum de subst. grase	

Maximum de hidrocarbonate = în medie 5 gr. p. kgr. putem avea cele mai frumoase succese, de unde până mai eri recurgeam poate la avort și totuși și prin acest mijloc nu s'ar putea ști care va fi prognosticul precis al mamei, care mai rămâne în viață.

Măsurând acidoza urinară, instituind tratamentul prin insulină, aplicând regimul în măsurile generale arătate mai sus, ne putem aștepta la cele mai frumoase și satisfăcătoare rezultate atât pentru mamă și copil cât și pentru medic.

ASUPRA TRATAMENTULUI NEURALGIILOR FACIALE PRIN ELECTROIONIZARE CU ACONITINA.

(Rezultate obținute în o serie de cazuri).

de

Conferențiar Dr. STATE DRAGĂNESCU și Dr. C. IORDANESCU

Una din nevralgiile cele mai frecvente este desigur aceea care atinge teritoriul nervului trigemen și e denumită obișnuit nevralgie facială, termen destul de impropriu.

Dupe caracterul durerilor putem avea două forme: nevralgia facială paroxistică și nevralgia facială continuă. În cele dintâu durerea rămâne localizată în teritoriu trigemenului, survine prin crize paroxistice cu intervale de calm absolut; în cele de al doilea în afară de nevralgiile simptomatice (secondare) găsim un grup de alгии în care durerile difuzează la distanță, sunt aproape continui și consistă mai ales din o senzație penibilă de arsură, din o amorțeală agasantă sau svâcnituri dureroase ca o descărcare electrică; mai totdeauna există în aceste din urmă forme turburări psihice foarte accentuate. În aceste alгии numite nevralgism facial (Sicard), simpatalgi faciale (Tinel), causalgie facială (Baudouin), participarea simpaticului este din cele mai importante. Ele sunt extrem de rebele la orice fel de tratament și chiar rezecția simpaticului nu dă nici un rezultat.

Nu e în scopul nostru ca în articolul de față să discutăm cauzele cari provoacă nevralgia facială. Aceia ce ne interesează este de a da câteva observațiuni de cazuri tratate prin electroionizare cu aconitină dupe metoda preconizată de prof. Barré și de Lavigne și rezultatele bune obținute. Să amintim dela început că, dacă simpatalgia nu e influențată aproape deloc de vre-un mijloc terapeutic, nevralgia facială esențială paroxistică cade în sfera posibilităților noastre terapeutice.

Nu vom insista asupra tratamentului nevralgiilor de cauze generale sau a celor simptomatice în care va trebui să suprimăm cauza care le produce.

Recent prof. Worms și Haguenau au obținut rezultate multumitoare în simpatalgiile faciale prin metoda lui Araya (electroanestezie).

Vom spune câteva cuvinte asupra celorlalte tratamente ale nevralgiei faciale insistând în deosebi asupra electroionizării cu aconitină.

Tratamentul medicamentos prin întrebuințarea antinevralgicilor, albastrului de metilen, extractului de opiu, asociației de chinină cu aconitină, etc. nu poate da o vindecare durabilă și completă ci cel mult ameliorări trecătoare.

Agenții fizioterapici au fost aplicați sub toate formele. În deosebi galvanizarea simplă și ionizarea ocupă un loc de frunte pe când diatermia simplă, radioterapia și radiumterapia nu dau rezultate constante.

Ionizarea, bazată pe principiul disocierei soluțiilor electrolitice de către curentul galvanic în anioni și cationi ne permite introducerea de diferiți agenți medicamentoși în organismul uman. Ionii medicamentoși sunt transportați prin piele de către curentul electric pătrunzând așa dupe cum au arătat Bourguignon și Leduc prin orificiul glandelor sudoripare și sebacee. Cu cantitățile de electricitate pe care avem puțința să le întrebuințăm astăzi în terapeutică s'a constatat că ionii nu trec de straturile superficiale ale organismului. Cu toate acestea adăogarea unui ion medicamentos este foarte utilă în nevralgiile faciale. Într'adevăr s'au semnalat cazuri de nevralgii faciale vindecate prin ionoterapie acolo unde curentul galvanic simplu fiind aplicat așa cum trebuie nu a dat nici un rezultat. Ca agenți medicamentoși Bourguignon a preconizat calciu, prof. Barré și Lavigne azotatul de aconitină, Delherm și Laquerrière bromurul de radium (foarte scump), Leduc salicilatul de sodiu.

Am aplicat la bolnavii noștri tratați în Clinica boalelor sistemului nervos a D-lui profesor G. Marinescu, ionizarea cu clorhidrat de aconitină întrebuințând o soluție de două centigrame la 1000 gr. apă destilată.

Iată cum procedăm noi: aplicăm pe regiunea dureroasă un electrod metalic înfășurat bine într'un strat de vată hidrofilă gros de 1—1½ cm. imbibat cu soluția calduță de aconitină (0,02%).

Acesta constituie electrodul activ și este astfel făcut ca să se adapteze cât mai bine pe regiunea dureroasă; el e pus în legătură cu polul pozitiv al sursei de curent, căci aconitina este un cation. Electrocul indiferent — format și el din o placă metalică înfășurată cu un același țesut hidrofil dar îmbibat cu apă destilată caldută — îl așezăm în regiunea suboccipitală (interstițiul occipito-vertebral) sau așa fel încât liniile fluxului electric să cuprindă cât mai bine regiunea bolnavă; el e în legătură cu polul negativ. Electrozii sunt menținuți în loc cu ajutorul unor feși de cauciuc.

Uneori am aplicat pe regiunea dureroasă o compresă de vată hidrofilă îmbibată în soluția caldută de aconitină; extremitatea din afară a compresei se prelungeste în conductul auditiv extern. Deasupra se așează o placă de metal maleabil pe care noi o învelim în țesut hidrofil îmbibat în aceeași soluție. Electrocul indiferent (cel negativ) rămâne același.

Se poate întrebuița în același fel și electrocul lui Bergonié; el acopere jumătatea feței trimețând trei prelungiri pe frunte, între ochiu și gură și pe bărbie.

În ceiace privește sursa curentului și intensitatea lui vom lua aceleași precauțiuni ca în galvanizarea simplă. Vom utiliza totdeauna un curent strict continuu produs de elemente sau acumulatori prevăzuți cu un reductor de potențial-care să mărească gradat intensitatea căci de multe ori trecerea dela un element la altul poate deslănțui o criză dureroasă ca și atunci când firele și conexiunile aparatului nefiind bine verificate se produce o întrerupere bruscă de curent sau oscilațiuni de intensitate.

Că și în galvanizare am dat maximul intensității pe care poate să-l suporte bolnavul. Ceiace e important pentru un tratament atât de delicat ca acela al nevralgiei faciale este că variația rapidă a intensității (mărire sau micșorare) este mult mai greu suportată decât intensitatea însăși. Urcând încet intensitatea am putut ajunge până la 30—35 miliamperi, fără ca bolnavul să se plângă de vre-o senzație desagreabilă.

Durata ședințelor a fost de 20—30 minute repetate în fiecare zi. În majoritatea cazurilor sedația durerilor s'a produs dela primele ședințe (dela a patra—a șasea) și deși ele au dispărut dela a zecea a douăsprezecea ședință am făcut bolnavilor noștri o serie completă de 20 ședințe. Atunci când crizele reapar ele nu

mai au intensitatea dela început ci constau mai ales în svâcnituri dureroase; o nouă serie de ședințe le vor jugula.

Rezultatele favorabile prin ionizare cu aconitină au avut și Duhem, Delherm și Laquerriere, Dieuzaide, Drevon, Vignal Marques și Chavaz, Juster și Lemann, iar la noi au fost publicat recent rezultatele favorabile obținute în serviciul D-lui Conf. Dem. Paulian și de Dr. I. Bistricianu.

Cel mai sigur tratament al nevralgiei faciale esențiale este neurotomia retro-gasseriană adică secțiunea rădăcinii posterioare a ganglionului lui Gasser. Această operație preconizată în America a ajuns în mâinile lui Cushing de o inocuitate impresionantă deoarece în ultima statistică de 800 cazuri nu s'a notat nici un accident. La noi a început să se practice de D-l Prof. Amza Jianu.

Mai practică și de o eficacitate mulțumitoare e alcoolizarea ramurilor periferice ale trigemenului. Această metodă se recomandă totdeauna înainte de a trece un bolnav la operație.

Dăm mai jos observațiile cazurilor tratate de noi prin electroionizarea cu clorhidrat de aconitină:

Obs. I.—Magd O. Nevralgie facială însoțită de fenomene vagotonice.

E vorba de o bolnavă în vârstă de 61 ani în antecedentele căreia găsim un tată specific iar mama ar fi suferit de nevralgii faciale. În urma unor supărări în Octomvrie 1926 a avut un ictus (amețeală cădere pierderea cunoștinței, etc.). A doua zi deșteptându-se, a observat o slăbire a jumătății drepte, iar fața îi era strâmbată spre stânga. Atunci ne spune bolnava că au început dureri sub formă de crize în hemifața dreaptă cari după 2 ani au dispărut. Cu 2 luni înainte de a veni la noi durerile, reapar mult mai intense și mai frecvente.

La examenul obiectiv găsim încă o ușoară hemipareză dreaptă fără turburări de sensibilitate interesând și fața. Punctele trigemenului sunt foarte dureroase la presiune. Dacă se apasă mai mult pe punctul supraorbital drept, bolnava începe să aibă eructații, sughițuri, greață și vărsături cari se însoțesc de o durere violentă în jumătatea dreaptă a feței și într'o mică parte a regiunii temporale. În urmă această jumătate se roșește mult, bolnava lăcrimează abundant și după 3—5 minute totul intră în ordine. Așa survin și crizele spontane de mai multe ori pe zi și în fiecare zi. Pacienta e anxioasă și deprimată, de oarece nu poate să se ocupe cu nimic din cauza durerilor.

Această nevralgie facială e probabil tot de origină periferică deși însoțește o hemipareză dreaptă.

Dupe 6 ședințe de ionizare cu clorhidrat de aconitină (0,02%),

făcute zilnic, crizele devin foarte rare și mai ales atunci când se schimbă vremea. Punctele trigeminale nu mai sunt dureroase la presiune și comprimarea lor nu mai dă naștere la nici-o criză. După 14 ședințe dispariție complectă a crizelor.

Revăzută dupe 5 luni bolnava ne-a relatat că durerile au dispărut complect.

Lipsa de fenomene sensitive obiective în partea dreaptă a corpului ar însemna până la un punct lipsa unui sindrom talamic. E probabil că în acest cas e vorba de o nevralgie facială latentă pe care leziunea cerebrală a revelat-o. Vindecarea ei pledează de asemeni pentru o nevralgie periferică.

Ținem să relevăm particularitatea interesantă că crizele puteau fi deslănțuite prin comprimarea punctului supraorbital drept și că ele se însoțeau de fenomene vegetative și în special vagale. E vorba aci de un adevărat reflex trigemino-vegetativ. De altfel ținem să amintim că Petzetakis a observat chiar un fenomen analog celui oculo-cardiac.

Un cas analog întrucâtva prin fenomenele de repercusivitate vegetativă prin iritația trigemenului am comunicat și anterior. Redăm observația lui căci e interesantă de relevant:

Obs. II.—Algie facială cu fenomene vagotonice.

D-1 K. în vârstă de 40 ani. După 3 săptămâni dela o gripă de care suferise, în iarna anului trecut, bolnavului îi apar fenomene dureroase în hemifața stângă și ceafă. E vorba când de o senzație de arsură localizată mai ales în regiunea malară când de dureri atroce survenind prin paroxisme. Criza durează aproape jumătate de oră și se repetă de 2-3 ori pe zi mai ales atunci când bolnavul are de făcut un efect intelectual susținut. În timpul crizei bolnavul are o senzație de căldură în jumătatea stângă a feței și lăcrimează mult; orice atingere a feței se traduce prin senzații de căldură și e foarte dureroasă. În același timp are amețeală și prezintă o serie de fenomene vagotonice din cele mai caracteristice: grețuri urmate de cele mai multe ori de vomismente tenesme vertij cu tendința la cădere spre stânga micțiuni foarte frecvente. Dupe cum am spus toate aceste turburări au apărut dupe o gripă. Trebuie să menționăm însă că prezintă încă din copilărie un ușor tic în jumătatea dreaptă a feței și acum 18 luni i s'a făcut extirparea unui cornet hipertrofic de partea stângă.

Atunci când am examinat bolnavul la 10 zile dupe apariția durerilor obiectiv n'am constatat nimic important de semnalat din punct de vedere neurologic afară de o durere destul de marcată la presiune regiunii latero-cervicale stângi și a punctului lui Arnold de aceeași parte ceiace ar denota o stare de iritabilitate a plexului cervical.

Am aplicat bolnavului un tratament electric constând din ionizări cu salicilat de sodiu; electrodul activ pe reg. latero-cervicală stângă cu o prelungire intra-auriculară cel indiferent (+) pe reg. latero-cervicală opusă. În același timp am prescris bolnavului un miligram de atropină pe zi, luat în trei reprize și mai ales atunci când începe criza. După 10 zile bolnavul era mult ameliorat și după 2 săptămâni crizele au dispărut cu totul. Chiar dela începutul administrării atropinei fenomenele vagotonice au dispărut și criza se manifesta sub forma unei senzații anormale pe care bolnavul nu ne-o putea descrie localizată la regiunea malară.

Obs. III.—Nevralgie facială localizată mai ales în cele două ramuri inferioare cu ușor caracter causalgie.

D-na E. I. de 47 ani. În Martie 1929, pe un frig mare a stat în curent; seara a avut dureri violente în hemifața stângă iradiate în ureche. A bănuț că ar fi de vină o măsea cariată și ducându-se să i-o extragă, dentistul a rupt coroana, așa că rădăcinele au rămas în loc. Durerile devenind mai accentuate i se extrag rădăcinele și se face un curetaj local. Durerile devin dela această dată aproape continui, prezentând câteodată exacerbații. I s'au extras doi dinți sănătoși fără nici un rezultat.

Bolnava se plânge de dureri aproape continui între al doilea și al treilea dinte inferior stâng, jumătatea buzei inferioare de aceeași parte și toată bărbia. Paroxisme încep cu o senzație de frig între cei doi dinți unde are durerile, urmează apoi o căldură care i se pare că se urcă pe narea stângă și apoi trece în hemifața stângă; atunci durerile ajung la paroxismul lor. Are senzația că-i ies flăcări din nări.

La examenul obiectiv se observă o ușoară exophtalmie cu ușoară hipertrofie a corpului tiroid. Puls 90. Tremurături fine ale degetelor. Ușoară pareză a facialului drept. Punctul suborbitar foarte dureros la presiune ca și cel mentonier; de asemeni și jumătatea inferioară a buzei stângi.

Dupe 8 ședințe de ionizare cu clorhidrat de aconitină durerile se mai atenuiază; paroxismele au dispărut. Ii practicăm o injecție cu alcool pe ramura inferioară a trigemenului și se continuă ionizările. La a 14-a ședință durerile s'au atenuat considerabil, ca apoi să dispară complet. Remisiunea durează de 3 luni.

Obs. IV.—Nevralgie facială cu crize paroxistice, „à frigore”.

I. D., funcționar, în vârstă de 52 ani. În antecedente: mama sa are o hemiplegie stângă; bolnavul nostru a suferit de o gripă cu fenomene nervoase în 1918. În iarna aceluiaș an când era la Lausanne, a adormit cu fereastra deschisă. Peste noapte s'a trezit cu zăpada în casă și cu o durere violentă în regiunea maxilarului inferior stâng. Această durere s'a repetat apoi sub formă de crize mai cu osebire toamna și primăvara, și dispărea momentan atunci

când pacientul își fricționa energetic regiunea dureroasă sau dupe ce lua un calmant. În ultimii doi ani crizele se întetesc și bolnavul le are în fiecare zi de 4—5 ori, de multe ori împiedicându-l să doarmă. Deseori însă durerile dispăreau după o fricțiune energetică cu alcool mentolat, atunci când își apăsa puternic înainte unghiul maxilarului inferior sau dacă ținea alcool în gură. Punctul de plecare al crizelor era când regiunea submaxilară, când bărbia, când comisura labială stângă, ca apoi să cuprindă toată hemifața stângă și să se iradieze în regiunea temporală. Prin tenacitatea și intensitatea lor au adus pe bolnav la disperare, așa că era hotărât să se sinucidă. A făcut 7 ședințe de radioterapie fără succes. La examenul obiectiv găsim dureroase toate punctele trigeminale, mai ales cel inferior. În regiunea comisurii bucale orice atingere e extrem de dureroasă. Hemifața stângă sensibilă la presiune. Atingerea limbei de dinți îi produce o senzație de arsură. Gustul diminuat subiectiv. Auzul de asemeni mai diminuat de partea stângă.

După 2 ședințe bolnavul ne spune că durerile s'ar fi localizat mai ales spre baza limbei și regiunea submaxilară. Dupe 4 ședințe durerile au dispărut, persistând o jenă în mișcarea limbei, După 6 ședințe, dispariție completă a durerilor. Vindecarea durează 2 luni, dupe cari apar svâcnituri dureroase în hemifața stângă. Urmează o nouă serie de ionizări cu clorhidrat de aconizări și dela a 5-a ședință sedație completă a durerilor.

Obs. V.—Nevralgie facială esențială, cu crize paroxistice.

D-na E. G. de 63 ani, menajeră. În anul 1906, observă că uneori când atinge vârful nasului are dureri ca fulgerul în hemifața stângă; în urmă aceste fenomene apar spontan sub forma de crize dureroase violente. Intreaga hemifață stângă era hipersensibilă, încât chiar atingerea cu cearșaful îi deslănțuia o criză. Era destul să vorbească mai tare sau să deschidă gura mai mult pentru ca durerile să apară din nou. În această perioadă numărul crizelor ajunge la 5—6 pe zi. Sfârșitul lor se anunța prin lăcrimare și o secreție nasală abondentă; fața i se roșea și simțea o căldură mare în hemifața stângă. În 1910, se duce la Paris, unde Sicard practică injecții neurolitice cu alcool în ramura ruperioară și mijlocie a trigemenului. În urma acestor injecții, crizele dispar până în 1913, când reapar cu același caracter. Se duce din nou la Paris, unde i se practică aceleași injecții neurolitice. Dispariția durerilor durează până în 1919. De data asta injecțiile cu alcool practicate în țară, sunt urmate de emoragii periorbitare și malare. De atunci bolnava a avut mereu crize în mod neregulat, căci treceau câteodată 2—3 luni de calm absolut. Bolnava se prezintă cu un facies imobil, cu o expresie mai mult dureroasă. Atunci când vorbește fața este inexpressivă și pacienta caută să facă cât mai puține mișcări ale feței. Hemifața stângă mai roșie și acoperită cu o secreție sebacee abondentă e foarte sensibilă la atingere, mai ales în regiunea gurei suborbitare și a buzei superioare stângi. O presiune

pe aceste puncte deslănțuite, criza care se manifestă prin dureri violente ca fulgere și constricții. Nasul secretă abundant, ochiul lăcrimează. După 3 minute criza dispare.

Se face diatermie urmată de ionizare cu clorhidrat de aconitină (0,02%). După 4 ședințe hiperestezia dispare complet; numai are dureri atunci când comprimăm punctele notate mai sus ca foarte sensibile. Din când în când simte câte-o jenă dureroasă care este tot ceiace a rămas din criză. După 12 ședințe dispariție completă a durerilor.

Bolnava revine peste o lună pentru svâcnituri dureroase în hemifața stângă. Diatermia nu mai poate fi suportată ci se pare că îi accentuează durerea. După 3 ședințe de ionizare continuă, bolnava nu mai acuză nici un fenomen dureros și dupe 8 ședințe nu mai urmează. Vindecarea se menține de 6 luni.

* * *

După cum se vede din observațiile relatate mai sus, am avut rezultate din cele mai bune cu tratamentul prin electroionizare cu clorhidrat de aconitină (soluția de 0,02% în apă destilată) în nevralgiile faciale paroxistice. Sedația durerilor apare dela primele ședințe pentru ca dupe 12—15 ședințe ele să dispară complet.

Deși în unele cazuri durerea a recidivat (obs. 4 și 5) ele nu mai aveau intensitatea dela început ci constau din svâcnituri dureroase ce dispar dupe primele ședințe de ionizare.

În afară de acestea ionizarea cu aconitină este o metodă de tratament din cele mai ușor de aplicat și fără să pună de loc în pericol viața bolnavului. Desigur că numai atunci când această metodă sau injecțiile neurolitice nu vor da rezultatul dorit vom consilia neurotomia retro gasseriană. În tot cazul nu vom consilia această operație decât numai atunci când am încercat fără rezultat aplicarea metodei de electroionizare cu aconitină, căci rolul terapeutului este de a vindeca prin metodele cele mai simple și anodine.

ERITEM NODOS POLIMORF CU STREPTOCOCEMIE

de

D-ra Dr. R. HIRSCH

Asistentă de laborator.

Cazurile de eritem nodos simplu sau polimorf sunt frecvente; dar natura lor este de cele mai multe ori greu de stabilit și, și mai greu este a pune în evidență directă prezența agentului cauzal.

Asupra cauzei, care întotdeauna este de natură infecțioasă sau toxică, se trag concluziuni dupe diferite considerente de ordin clinic (tabloul în cadrul căruia evoluează boala), de ordin terapeutic (efectul tratamentului), de ordin biologic (diferite cercetări de laborator, cari provoacă erupțiunea sau determină reacții în focar, precum cuti sau intradermoreacțiile cu tuberculină, sau constată prezența agentului in situ sau în sângele circulant), sau încă de ordin anatomo-patologic (secțiuni făcute în timpul vieții sau dupe moarte).

O categorie din această afecțiune este datorită streptococului și are ca poartă de intrare o inflamație amigdalo-faringiană; posedăm numeroase atari observații personale și totuși prezența agentului cauzal în sânge este constatată de autori extrem de rar.

De curând **L. de Gennes et M-zelle Dreyfus-Sée** publică un caz de eritem polimorf cu streptococemie*) și în considerațiile, cu cari îl însoțesc insistă asupra extremei rarități a constatării streptococului în sânge din cauză, specifică autorii, că el nu se poate prinde decât cu totul la începutul boalei și într'un moment, trecător, al trecerii lui temporare în sânge, când determină o **simplă bacteriemie iar nu o septicemie durabilă.**

Pentru acest motiv publicăm cazul de față, observațiile de acest fel fiind citate:

Bolnava **A. R.** în vârstă de 13 ani, intră pe ziua de 6 Februarie 1930, în Spitalul Filantropia (serviciul D-lui Dr. Cănciulescu), cu febră, dureri în regiunea abdominală și o erupție veziculo-eritematoasă pe aripile nasului.

În *antecedentele hereditare și colaterale* nu se găsește nici o boală familială.

În *antecedentele personale*: varicelă la 3 ani, febră tifoïdă la 10 ani.

Boala actuală a început cu dureri abdominale și febră cu o săptămână înainte de a intra în spital. Cu 48 ore înainte i-au apărut vezicule pe nas și față. La intrarea în spital, bolnava avea febră, și o erupție pe nas formată din mici vezicule intacte, parte sparte, pe un fond eritematos și ușor îndurat, dureroase la presiune și spontan dureroase. Asemenea vezicule 6-8 pe bărbie și mai mult diseminate pe umerii obrajilor și pe frunte.

Veziculele risipite, cari nu sunt în placarde, au un halo-violaceu de câți-va m. m. și nici o indurație.

Pe fața postero-externă a antebrațului stâng, vezicule numeroase formând un placard fără baza eritematoasă, iar pe antebrațul drept veziculele sunt izolate.

Elementele veziculare ale feței au aspectul caracteristic al unui eritem veziculos-infecțios.

În jurul celor 2 genunchi și în treimea mijlocie și fața anterioară a gabei stângi elemente ușor papuloase cu fond îndurat, dureroase la presiune, de culoare roșie violacee. Leziunile din jurul regiunilor articulare prezintă aspectul tipic de eritem nodos.

Ușoară sub-matitate și respirația suflantă în regiunea interscapulo-vertebrală de ambele părți.

Cordul în limitele normale. Nici un șgomot supra-adăugat, splina percutabilă. În restul organelor nimic deosebit.

Urina nu conține albumină, nici cilindri, nici hematii.

Bolnava are deci un eritem polimorf cu o erupție veziculo-eritematoasă a feței și membrilor superioare și cu o erupție de eritem nodos cu artralгии a membrilor inferioare ce a început cu un sindrom abdominal acut.

Hemocultura practică a 2-a zi dela intrarea în spital, a decelat un streptococ în bulion glucozat și bulion ascită, streptococ ce nu era hemolitic.

Insemnăntarea veziculelor de pe față și mâini e negativă.

La 12 Febr. a doua hemocultură e negativă, numărătoarea globulelor arată o leucocitoză de 15.000 elemente și o micșurare a polinuclearelor (38%) cu ușoară diminuare a globulelor roșii (3.400.000) și fără eozinofilie (1%).

În acest timp placardele își perd din intensitatea lor, iar veziculele pe nas și față se usucă.

La 17 Febr. placardele papulo-eritematoase aproape au dispărut pe gambe. Placardele pe antebrațul stâng uscate complect, pe nas dispărute.

La 19 Februarie, dureri în umărul stâng, gâtul ușor roșu, asemenea și amigdalele, febra a revenit, pentru a scădea definitiv dupe 3 zile.

Tot timpul boalei dela 6—10 Februarie, febra a oscilat între 38⁰—38,8⁰ dela 10—13 Februarie a început a scădea la 37,2⁰ ca la 15 Februarie bolnava să fie afebrilă.

Cuti-reacția la tuberculină și intra dermo-reacția pozitivă, fără a fi avut vre-o reacție asupra manifestărilor cutanate ale boalei.

În rezumat e vorba deci de un caz de eritem polimorf și nodos infecțios, datorit streptococului și cari prezintă mai multe puncte interesante:

Începutul abdominal acut analog cu sindromul dureros abdominal din reumatism și din purpura reumatoidă, și observat într'un caz de eritem polimorf cu streptocemie. Probabil sindromul dureros abdominal ar fi datorit unei localizări precoce a agentului patogen al eritemului nodos pe seroasa peritoneală; nu e exclusă și posibilitatea unor leziuni viscerale anterioare cari au favorizat localizarea microbului, dând durerile abdominale difuze, situate în cazul nostru în sus spre coaste, căci lipsea contractura peretului abdominal, vărsăturile și punctul dureros abdominal.

Variabilitatea leziunilor cutanate: buchete de vezicule, vezicule cu și fără bază inflamatorie, elemente nodoase, ar explica reacția diferită a pelei în diferite regiuni ale corpului, probabil intervine aci circulația locală, acțiunea vazo-dilatorie a toxinelor microbiene și imunitatea naturală a diferitelor teritorii cutanate.

Al treilea punct de remarcat în cazul nostru este origina sa infecțioasă, și deși a evoluat cu fenomene infecțioase de o intensitate mijlocie s'a putut găsi streptococul în sânge.

S'a confirmat astfel origina infecțioasă a acestui eritem nodos polimorf, ce prezenta bolnava.

Dacă s'ar căuta agentul patogen la începutul boalei, când trece în sânge spre a se localiza apoi, probabil hemoculturile ar fi mai des pozitive.

Nu s-a mai constatat ulterior în sânge, căci trecerea în sânge a fost efemeră și nici în vezicule, unde nu s'a putut înmulți.

Din punct de vedere clinic este de remarcat slaba intensitate a fenomenelor inflamatorii faringo-amigdalene, cari n-au atras atenția pacientei și pe care nu le-am putut constata la cele

câte-va zile, până la intrarea în spital. Această amigdalo-faringită, care a revenit la finele boalei sub influența probabilă a unei ușoare răceli și a determinat ascensiunea finală a temperaturii n-a mai fost însoțită de izbucnirea a noi elemente vesiculoase și nodoase; infecția mai atenuată sau condițiuni de imunizare locală sau generală n-au mai permis aceluiași agent cauzal să forțeze bariera limfatică a mucoasei faringiene.

Clinica Oftalmologică din Cluj lucrează la istoricul oftalmologiei românești și are nevoie de multe date despre primii oculiști ai Țării.

Pentru aceasta face un călduros apel la Domnii medici să-i trimită date biografice, fotografii, lucrări, sau numai titlul lor, și orice informație despre oculiști: Kugel, Fiala, Vlădescu, Vignali și Fabricius.

Domnii medici, care cunosc pe descendenții acestor oculiști sunt rugați să comunice numele și dacă e posibil, adresa lor, pentru a li se cere direct informații.

Toate actele ce se vor primi la clinică vor fi restituite în bună stare.

TRIBUNA PROFESIONALĂ

DISCUȚIUNI ȘI PROPUNERI LA ANTEPROIECTUL DE LEGE PENTRU ORGANIZAREA CORPULUI MEDICAL

de

Dr. GH. SCRIPCĂ

Organizarea corpului medical este necesară, dar nu însă imperios urgentă. Trebuie discutată, precizată, de adăugat și modificat unele articole, de înlăturat altele. Fiecare medic este dator să-și spună cuvântul în această importantă chestiune pentru că îl interesează pe el și pe urmașii săi dacă are fii ce urmează medicina. În acest prim articol voi discuta dela art. 38 până la 58 din antiproiect, voi cere lămuriri, voi face propuneri, în urmă în alte articole voi continua discuțiunea anteproiectului.

Discuțiunea fiind dela coleg la coleg, **nu trebuie să supere pe nimeni, nu vizez pe nimeni, căci numai din discuțiuni ese lumina și adevărul.**

La libera practică

Propun modificarea și redactarea art. 38 în modul următor:

„Libera practică a medicinei se va acorda de Ministerul „Muncei și Sănătăței Publice (ca până acuma) tuturor cetățenilor „români ce vor fi obținut diploma de doctor în medicină și chirurgie în țară și acelor obținute în țeri străine, după trecerea în mod „riguros a examenului de echivalență”. Toate celelalte articole până la 44 inclusiv, să se șteargă.

La cerere, acte, strămutare

Art. 45, 46 și 47, să fie menținute.

La procedură

Propun ca art. 48 să se modifice și să se redacteze în modul următor:

„Decanul Colegiului județului, văzând toate actele noului

„medic este dator să-l înscrie pe tabloul medicilor din județ.
 „Medicul având voe de a practica medicina unde vrea, în oricare
 „parte a țării, conform constituției; de asemenea se poate strămuta
 „când vrea și unde vrea, făcând cunoscut aceasta Decanului Cole-
 „giului județului pe care îl părăsește și celui unde se stabi-
 „lește”.

Toate celelalte articole până la art. 57 inclusiv, să fie anu-
 late.

Art. 58, să fie menținut.

Discuțiune:

Doctorul în Medicină și Chirurgie, după o muncă grea prin școli de 20 ani, cu cheltueli mari, în majoritate săraci, căci de obicei acei săraci se înhamă la muncă grea, **nu are altă posibilitate de trai decât practica medicinei, adică ceia ce a învățat.**

Un lincențiat în drept de exemplu are însă orizonturi foarte largi în toate domeniile. Astfel, dacă nu practică avocatură, poate fi: magistrat, pretor, funcționar în toate ramurile administrative și polițienești, căci sunt extrem de numeroase, **deci nu rămâne muritor de foame.**

Pe când unui medic dacă nu i se admite practica medicinei sau i se ia practica medicinei, **este complectamente distrus, ucis, căci nici nu este primit și nici nu se pricepe în altă ramură.**

Avere nu are nici un medic, căci dacă ar fi avut se făcea rentier, nu se apuca de medicină, puținii bani cari i-a avut s'au cheltuit în îndelungații ani de studiu.

Cu ce va trăi el, cu ce întreține familia, cu ce hrănește copiii, cu ce îi îmbracă, cu ce îi va întreține prin școli, cu ce va plăti chiria? etc. Ce ne facem, să venim cu o astfel de lege draconică, să distingem o specie de oameni contra Constituției țării, contra spiritului de civilizație a timpului? S'au întrebat făuritorii legii ce vor face acești oameni cu ai lor? **Ei nu pot ocupa și nici nu sunt primiți decât în slujbe de bransa lor, unde, dacă nu au libera practică nu vor putea prescrie nici-o rețetă.** Se poate concepe aceasta? Afară de aceasta, statul nu are locuri și nici nu este obligat să le dea slujbe la toți. Ce-i rămâne acestui doctor în medicină să facă la etatea de 30 ani, când a terminat studiile dacă nu i se dă dreptul de libera practică?

Intrebăm: Care este motivul legal? De ce nu se precizază? Că este „nedemn”? Ce vorbă e aceasta? Care este înțelesul

acestui cuvânt nedemn? Că a comis o crimă, că a făcut un furt? **Pentru acestea își ia pedeapsa imediat dela Codul Penal, care nu se poate schimba cu nici o altă lege, — și dacă este student nu mai ajunge doctor în medicină ca să mai ceară dreptul de liberă practică, fiind complect distrus imediat după comiterea faptei ce-i atrage numele de nedemn pentru totdeauna, față de întreaga societate.**

Cari sunt **alte motive** de respingerea cererii de exercitarea profesiei, adică a refuzării liberei practice, **trebuie să se precizeze categoric**, cu toată francheta, ca să prevenim studentimea de dezastrul ce-i așteaptă după o muncă obositoare, cheltuială inutilă, de atâția amar de ani și perdere de timp? Codul Penal din toate țările din lume fixează crima și furtul ca motive de distrugere complectă a individului. Cu celelalte motive putem veni noi și pe ce considerente de înaltă logică să le alăturăm la cele de sus, ca să fim mai catolici decât Papa?

Apoi chestiunea transferării o găsesc cu totul închizitorială, atentat la libertatea individuală. Dacă este medic funcționar, trebuie să se ducă în localitatea unde este transferat și unde implicit trebuie să practice medicina”, **căci trebuie să elibereze rețete, în caz de nu liberează este refuz de serviciu și dat afară.** Apoi sunt atâtea și atâtea motive ca: chestiuni familiare, interese personale, de sănătate, de climă, de mediu, etc. Dosarul și foaia personală a medicului cine să facă? Avem pretutindeni oameni ponderați, de caracter, superiori, întregi, imparțiali? Aceștia sunt așa de puțini de-i numărăm pe degete.

Pletora medicilor dela orașe nu se poate rezolvi prin măsuri draconice, căci ne facem de pomină în toată lumea.

Timpul cu legea cererii și ofertei va rezolvi și această chestiune. Numărul de opt mii de medici față de întreaga populație a țării, este un număr foarte mic. Dacă se pare că numărul de medici este prea mare, ar fi mai bine ca facultățile să primească câte 10—20 studenți pe an, decât să ne batem joc de ei, în urmă **spunându-le că nu sunt demni de a fi medici**, după ce au cheltuit cu studiile și au pierdut timpul, în loc să se fi apucat de altceva.

Dacă se vor înmulți farmaciile la țară, numai atunci se vor duce medicii pela sate. Cum nu pot trăi avocații la țară fără judecătorii, tot așa nu vor putea trăi medicii practiciani la sate fără farmacii. Prin creierea de farmacii la sate se va rezolva

în mare parte chestiunea pletorei medicilor din orașe, se va îmbunătăți starea sanitară a sătenilor, având un ajutor medical mai eficace și stabil nu va avea decât de profitat, căci nu va plăti atâția medici funcționari cu farmacii ambulatorii insuficiente.

II.

La infrațiuni:

Art. 59.—„Nici un medic nu are voie să se adreseze la persoane străine și fără legături cu corpul medical pentru a-și procura clientelă prin plată sau promisiuni de plată”.

Din acest articol ar reeși că medicii funcționari ai statului sau în diferite servicii ar putea să-și procure clientelă prin agenți sanitari, subchirurghi, moașe, infirmieri, surori de caritate, etc. Medicii practicieni, cari abia își târâie zilele de azi pe mâne, neavând servicii, căci statul sau societățile nu pot să dea servicii la toți, pentru sfânta dreptate cer modificarea articolului în modul următor:

Art. 59.—„Nici un medic nu are voie să-și facă clientelă prin samsari sau persoane interpușe fie cu plată sau fără plată, lăsând bolnavul să se ducă unde vrea el; făcându-se pasibili de penalizări ambele părți”.

Art. 60 și 61 să fie menținute fiind bine redactate.

Art. 62 să fie redactat astfel: „Nu este permisă ponegrirea colegilor”. Acest articol cel mai însemnat din infrațiuni va pune capăt defăimărilor și mahalagismelor dintre medici, ceia ce secole întregi, din cauza invidia-medicorum, n’au putut face nimic”.

Cuvintele „concrența neleală” trebuiesc anulate, căci concurența cea mai neleală ne-o fac toate serviciile statului, a societăților de bine facere, etc., cari sunt foarte numeroase. În acest caz simpli medicii practicieni nu vor putea rezista, pe când medicii cu leafă dela serviciile lor și cu tantieme din consultațiile eține pentru toată lumea, deci cu caracter de concurență neleală — vor rezista mult mai bine. Deci, afirma încăodată, că această concurență a serviciilor statului și a tuturor societăților de binefacere gratuite vor distruge complet pe simpli medicii practicieni, dacă se va trece în lege ca infrațiune. Nu găsesc altă modalitate de cât să fie cu totul suprimate „concrența neleală”.

Art. 63, trebuie eliminat cu totul, căci constituie cel mai puternic ultraj ce se poate aduce conștiinței medicului. Așa ceva nu cred să fie decât imaginea. În caz dacă s'ar întâmpla așa ceva, cine să facă constatările, când știința este atât de elastică și ce scandaluri publice se vor isca, ceia ce va scădea prestigiul ajutorului medical. Publicul va suspecta ori-ce mișcare, ori-ce acțiune științifică a medicului, perzând ori-ce încredere în ajutorul medical, considerându-l pe medic ca pe cel mai odios individ. Deci, mă ridic cu toată energia contra acestui articol și cer înlăturarea lui nu numai pentru prestigiul de medic, ci pentru prestigiul de simplu om.

Art. 64, să se mențină găsindu-l bine redactat.

Art. 65, putând da loc la diferite interpretări eronate și prejudecăți, și de oarece art. 73 este destul de clar, repetându-l pe art. 65, zic că acest articol să fie șters complet.

Art. 66, să fie suprimat complet, de oarece medicii nu pot să respecte tabelele de onorarii, nefiind toți în aceleași situațiuni egale, nefiind toți lofeții și mai presus de toate, toate serviciile statului și a diferitelor societăți particulare fac medicilor cea mai neleală concurență prin consultațiunile gratuite sau semigratuite date tuturor fără deosebire de starea materială. În cazul acesta, cu ce vor trăi simpli medici practiceni, dacă vor ținea morțiș la preț și nu vor ceda de loc, căci vor perde toți clienții, cari se vor duce la serviciile sanitare de gratuitate.

Art. 67, să fie suprimat putând da naștere la interpretări greșite și prejudecăți.

Cer ca la capitolul „Infrațiuni” să se mai adauge următoarele articole.

Art...

„Este oprit medicului de a face reclame prin ziare spunând „că tratează cutare sau cutare boală, că vindecă boli recunoscute „incurabile, că ar fi posedând tratamente secrete sau proprii lor „pentru tratamentul diferitelor boli curabile sau incurabile”.

Art....

„Publicarea prin ziare să se facă numai odată pe an în „tr'un singur număr pentru acei cari vor și la mutare sau schimbarea domiciliului numai cu învoirea colegiului medicilor din „județ, dar să nu cuprindă decât numele medicului, adresa, titlul, „specialitatea și orele de consultațiune”.

Prin aceasta ar dispărea spectacolul extraordinar de urât ce se vede în ziarele mari alături de reclamele comerciale coloane întregi cu nume de medici, cari scriu diferite năzbătii, că vindecă radical și fără durere toate boalele din lume.

Această comercializare a medicinei ar trebui să dispară, căci compromite prestigiul corpului medical în întregime.

Cum nu se văd nume de avocați și ingineri decât extrem de rar, așa nu trebuie să se vadă nici nume de medici.

Art...

„Este interzis medicului funcționar de a persecuta din spiri-rit de șicană bine dovedit fie pe colegii funcționari, fie pe medici „simpli practiciani.

Art...

„Este interzis medicului de a face intrigi între colegi, între „colegi și public și sfătuind pe bolnav sau familia bolnavului sau „prieteni ai bolnavului de a acționa în judecată pe un confrate „pentru cutare sau cutare tratament”.

Art....

„Este interzisă medicului practica avortului decât a avortului „terapeutic bine determinat”.

Sunt medici cari își fac o meserie din practicarea avortului, aceștia trebuie oprți, căci tind a ne distruge neamul.

Cu toate că avortul criminal se judecă de codul penal, dar prin diferite șurubării medicul totdeauna scapă, de aceea este bine ca acest articol să fie trecut în capitolul „Infrațiune”.

La interdicțiuni și incompatibilități:

Art. 68, 69, 70, 71, 72 și 73 să se mențină găsindu-le bune.

Art. 74, să se suprimă fiind suficient art. 73.

Art. 75, să se modifice astfel:

„Toate infrațiunile deduse din interdicțiuni și art 59 din „infrațiuni pentru celelalte persoane afară de medici, se vor „pedepsi conform dispozițiilor din codul penal de către instanțele de drept comun, cari vor putea fi sesizate de către Ministerul Public, Decanii Colegiilor Medicale din județ, Președințele Marelui Colegiu și de orice parte interesantă”.

Art. 76, să se mențină.

Art. 77, să se modifice în modul următor:

„Pentru infracțiunile disciplinare săvârșite de către medici
„pedepsele vor avea următoarele gradațiuni:

„a) Avertisment pentru prima infracțiune.

„b) Amenda dela 1000-5000 lei pentru recidivă în acelaș an.

„c) Amenda dela 5000-10.000 lei pentru o nouă recidivă în
„acelaș an.

„Pedeapsa se va publica în marele ziare”.

Prin aceasta efectul va fi mai usturător și'l va aduce pe
infractor la realitate, servind de exemplu și pentru alți.

Interdicția temporală și definitivă a practicii medicinei să se
suprime cu totul, de oarece acesta aduce distrugerea complectă a
medicului sau moartea lui și a familiei sale, prima prin aoreola
ce i se creiază, a doua prin puterea ei de fapt.

Ori, nici o infracțiune enumerată nu este compatibilă cu
astfel de pedeapsă draconică. Ar fi prea mare disproporția între
infracțiune și pedeapsă. Numai codul penal din toate țările
pe care nici-o lege nu-l poate schimba, poate hotărî distrugerea
medicului pentru două fapte bine determinate și cari sunt cele
mai grave: crima și furtul.

Ori, art. 73 din capitolul „Interdicțiuni și Incompatibili-
tății care sună: „Calitatea de medic practician se pierde în caz de
„condamnațiuni infamante, cari ridică drepturile politice sau
„civil”, cuprinde în sine fapte grave ,ca: crimă, furt, viol, dezer-
tare la inamic spionaj, vindere de țară, etc. Pentru aceste fapte
grave, medicul își ia pedeapsa de pierderea practicii medicale dela
codul penal, care nu-l iartă. Dar pentru simplele infracțiuni enu-
merate ca să se dea aceiași pedeapsă de pierderea practicii me-
dicale, denotă un despotizm prea crud, o lipsă de apreciere pon-
derată a faptelor.

**Scopul pedepsei este îndreptarea individului iar nu distru-
gerca lui.**

Art. 78, să se anuleze, de oarece în gravitatea pedepsei se ia
ca normă recidiva după cum s'a notificat în art. 77.

La capitolul „Procedura judecării”.

Toate articolele dela 79—86 inclusiv, să se elimine cu totul
din anteproectul de lege și să se înlocuiască cu un singur articol,
anume:

Art. 79.

„Cererile de chemare în judecată sau de trimitere în judecată „se face de partea interesată fie direct, fie prin Decanul Colegiului Medicilor Tribunalului local în prima instanță, apoi Curței de Apel Casație”.

Prin urmare infracțiunile medicilor să se judece, cum este și natural, de justiție. Aceasta este în toată lumea și de când este lumea și cât va fi lumea ca pricinele să se judece de judecători, de oameni competenți în materie, **de oameni fără prejudecăți**, cari nu au nimic comun cu infractorii, cari văd lucrurile cu mintea limpede neavând aceleași interese pecuneară cum o au categoria medicilor. Nu este admisibil ca medicii să te acuze, ca ei să te judece, ca ei să te execute.

Aceasta era numai în evul mediu, în timpul închiziției din Spania, pe vremea când popii erau la putere cu titlurile: marele acuzator, marele judecător, marele procuror, marele închizitor, etc. De atunci a rămas proverbul: „Să te ferească Dumnezeu de „judecata popoasă și doctoricească”.

Și într'adevăr așa este! În practica mea medicală de 23 ani, din care 19 ani ca funcționar al statului ca medic de circumscripție, de spital, de sanatoriu, de județ, am avut ocaziunea să mă conving de cele ce afirm. Să viu cu un exemplu: Cu vr'o șeșase ani în urmă am scos câte-va broșuri distribuite gratuit la populația dela sate, ca: despre oftică, sifilis, friguri, etc., absolut necesare pe lângă conferințele ce le țineam. Pentru aceasta am fost dat în judecată de medicul oficial local îndemnat și de majoritatea celorlalți ca contravenient la art. 88, al. 2 și 3 din Legea Sanitarilor

Ori, acest articol spune clar că contravenient este acela ce spune că posedă tratamente secrete pentru vindecarea unor boli recunoscute incurabile, ceia ce nu spuneam eu în broșuri sau aviz. Regiunea III sanitară, pe baza procesului-verbal, mă condamnă la o amendă de zece mii lei, de parcă ași fi făcut moarte de om.

Venind în apel în fața Tribunalului, în fața adevăraților judecători, a adevăraților oameni competenți cunoscători ai legilor, a oamenilor imparțiali și luminați, am fost achitat după cum se vede din sentința ce urmează:

„Tribunalul,

„Asupra apelului penal de față

„Având în vedere concluziunile puse de Ministerul Public și susținerile inculpatului în apărare prin avocații săi cum și actele la dosar.

„Având în vedere că învinuirea ce se aduce apelantului prin decizia No. 1 din 25 Noembrie 1924, a Regiunii III Sanitară București, este că prin broșuri și afișe, a căutat să capteze buna credință a clienților, că ar fi posedând tratamente secrete pentru vindecarea unor anumite boli, fapt interzis medicilor, dentiștilor, veterinarilor, farmaciștilor și moașelor, contravenind astfel la dispozițiunile art. 88 din legea sanitară, al. 2 și 3.

„Având în vedere că apelantul după cum rezultă atât din cele ce susține astăzi în instanță de către apărătorii săi din decizia apelată cum și din actele aflate la dosar, a publicat în mai multe rânduri diferite broșuri, în cari tratează despre diferite boli, mai mult răspândite în popor, arătând cum naște, cum se propagă și cum s'ar putea evita molipsirea lor în așa fel și cu intenția prohibită dedusă din examinarea acestor scrieri, de a face să pătrundă cât mai mult cunoașterea lor în straturile celor obișnuiți de soartă, punându-le în ochi pericolul lor pentru a le căuta din timp, a le evita și odată contaminați, ce anume măsuri se ia pentru combaterea lor, cari au devenit un flagel pentru populația dela sate în special și chiar pentru cei dela orașe, cum ar fi paludismul din Giurgiu (vezi diferite broșuri și cea relativă la paludism).

Considerând că Dr. Scripcă, prin publicarea avizului și broșurilor pretinse ca compromițătoare demnității profesionale de medic, nu a făcut nimic care să poată fi luat ca ademenire acelor neștiutori și suferinzi, și ca o reclamă înșelătoare pentru alți și interesată pentru sine, ci numai atât cât se poate permite oricărui profesionist, și în limita prea largă a cadrului textului prea puțin scos la lumină de organele sanitare.

„Având în vedere că din examinarea acestor broșuri rezultă destul de clar, că intențiunea apelantului când a tipărit aceste scrieri nu a fost de cât numai cu scopul binefăcător și eminent moral de a pune în gardă în special populația nevoiașă contra atâtor dușmani față de care asistența publică și cei pe cari scrierile apelantului îi incomodează, nu a făcut de cât ceiace în orice stat pretins civilizată se face, pentru a se lupta cu mai multă ușurință și eficacitate contra acestor adversari atât de numeroși și necunoscuți.

„Considerând dar, că apelantul prin răspândirea publicațiilor în mod gratuit nu a făcut decât ceea ce un om de inimă și dornic de binele semenilor săi, îi dicta conștiința să facă, contribuind și el în o cât de mică măsură la educațiunea celor mulți prin aportul inofensiv al acestor scrieri, și ca atare, nu a călcat întru nimic dispozițiunile art. 88, al. 2 și 3 din legea sanitară, căruia urmează a i se da cu totul altă interpretare de cât cea dată de Regiunea III Sanitară, prin deciziunea reformată.

Că dealtfel, ceiace d-lui Dr. Scripcă i se impută că a făcut o practică pe o scară întinsă și mult mai aproape de interpretarea dată de Direcția Sanitară atâția medici, farmaciști și moașe, fapt ce se poate vedea zilnic prin ziare și reviste medicale și cari ar trebui să pună mai mult pe gânduri pe reprezentanții culturei sanitare și față de cari să fie mai vigilenți, întru cât nu de puține ori aceste reclame zilnice, au derutat pe cei suferinzi mulți din ei, suportând consecințele acestei reclame deșanțate și necenzurate de cei ce se pretind a fi păzitori vrednici și scrupuloși ai științei și legilor sanitare.

Că astfel fiind, Tribunalul găsește că apelantul Dr. Scripcă, prin cele ce a făcut n'a contravenit dispozițiilor din legea sanitară, relativ la reclame și publicațiuni și ca atare reformează decizia Reg. III Sanitară și apără pe Dr. Scripcă, de ori-ce penalitate, pentru faptul ce i se impută.

Pentru aceste motive, în virtutea legii; — Hotărăște:

Admite apelul făcut de D-l Dr. Scripcă din Giurgiu, contra deciziunei cu No. 1 a Direcției Sanitară, Regiunea III, pe care o reformează în totul și în consecință:

„Achită pe numitul apelant de ori-ce penalitate în acest „proces cu opoziție și recurs”.

Prin urmare, ca medic primar de județ, scoțând niște broșuri cu sfaturi de igienă despre boli sociale răspândite gratuit pe la săteni, am fost dat în judecată de un medic condamnat cu furie de alt medic la maximum de pedeapsă, achitat apoi în apel la Tribunal de judecători adevărați. Poftim! dă-l pe medic pe mâna celorlalți medici să-l judece. Il face harcea-parcea în scurt; praf se alege de el și de familia lui.

Alt exemplu: În ziua de 8 Febr. 1929, văd un copil cu amigdalită, fără febră, fără nici un alt simptom de boală infecțioasă.

Ii prescriu o rețetă. Peste 4 zile vine tatăl copilului singur

și-mi spune că a terminat medicamentele și să-i mai dau ceva. I-am dat încă o rețetă fără plată, fiind funcționar sărac. Prin urmare acest copil a fost văzut de mine numai cinci minute o singură dată.

Cu toate acestea i-am făcut cunoscut medicului funcționar local, prin o carte poștală ca să fie ținut cazul în observație. Cartea poștală nu se știe prin ce minune dumnezeiască(?) n'a ajuns la destinație. Copilul a fost căutat apoi de un medic militar, eu nemai văzându-l de loc. Peste mai bine de o lună mă trezesc numai eu singur amendat cu cinci mii lei de medicul județului, în urma procesului-verbal făcut de medicul localității, că n'am declarat cazul de scarlatină.

Prin urmare medicul din localitate n'a ținut cont de declarațiile tatălui copilului, că l'am văzut o singură dată pe copil cinci minute, când nu avea semne de boală infecțioasă, și medicul de județ nu m'a întrebat cum stă cazul, cum era de datoria lui să o facă, ci m'a amendat cu multă satisfacție și furie la maximum de amendă cinci mii lei. **Aceasta se cheamă judecată în familie, un medic te acuză și altul te execută și totul pe nedrept!**

Și câte sute de cazuri vor fi de acestea în toată țara!?

Prin urmare este clar și la mintea tuturor, nu se pot judeca oamenii unii pe alții din aceeași categorie. Nu se pot judeca medici pe medici, căci sunt aceleași interese pecuniare ce le încolțește în sufletele lor invidia acea faimoasă „invidia medicorum” recunoscută de secole întregi. Ori, aceasta îi face să fie cu prejudecăți, să vadă cu totul altfel lucrurile, să nu aibă acea judecată rece inerentă judecătorului de carieră. Aceasta este în firea lucrurilor, e ceva natural, care nu se poate schimba.

Deci, mă ridic cu toată energia contra acestui capitol și cer tuturor colegilor mei din toate unghiurile țării ca să se **opună energie la această anomalie, ca medicul să fie judecat de medici. Medicul infractor să fie judecat de justiția țării, de magistrați de carieră cum este și natural, cum e și în toate țările din lume.**

La capitolul ce urmează dela art. 87 până la 102 inclusiv, să se mențină.

Art. 103 să se elimine, nefiind clar.

Dela **art. 104—106** inclusiv, să fie menținute.

Art. 107, să se anuleze, căci cine nu posedă cunoștințele elementare medicale, nu trebuie să i se dea drumul din facul-

tate. Apoi cine să facă aprecierea aceasta? Colegii?! Articolul fiind elastic și jicnitor, să se șteargă.

Dela art. 108 până la art. 115 inclusiv, să se mențină.

Art. 116 să se anuleze, de oarece medicul prin firea lui trebuie să aibă mult simț umanitar, cum îl și are, iar nu de cămătar.

Dela art. 117 până la art. 121 inclusiv, să fie menținute.

Recapitulând articolele dela începutul anteproiectului de lege, propun ca dela art. 1 până la art. 14 inclusiv, să se mențină.

La art. 15 să se șteargă „Al C. atribuțiunii disciplinare”, aceasta fiind de competența justiției, a magistraturei.

Art. 16 și 17 să se mențină.

Art. 18 să se elimine totul pentru motivul arătat.

Dela art. 19 până la art. 31 inclusiv, să fie menținute.

La art. 32 să se șteargă „Al C. atribuțiunii disciplinare”, pentru motivul arătat, rămânând numai atribuțiuni consultative.

Art. 33 și 34 să se mențină.

Art. 35 să se șteargă până la al. 3, care să rămână.

Art. 36 și 37 să fie menținute.

In rezumat:

Organizarea corpului medical este necesară, însă nu este atât de urgentă ca să nu fie îndelung studiată și acceptată de toți medicii. Scopul este înălțător și ar fi un ideal să se îndeplinească ceea ce secole întregi n'au putut să facă, adică: Să dispară calomniile dintre medici, să nu se facă clientelă prin samsari și să nu se facă reclame compromițătoare prin ziare. Acestea sunt motive cari degradează corpul medical. De frica pedepsei dispărând acestea, prestigiul și considerațiunea ce i s'ar da corpului medical, celui mai select corp din societate, ar fi la înălțimea culturai sale dobândite cu atâta trudă și'n atâți ani.

Dar, pentru ca să se mențină această lege, în lupta aprigă pentru existență, se cere imperios a se face încă două legi concomitent cu această muncă: legea înfrânării în mod drastic a practicei ilicite a medicinei și o lege pentru stavilirea gratuităței mereu crescânde a tuturor serviciilor statului și a societăților de binefacere ce răsar din toate părțile, făcând viața imposibilă, distrugând aproape pe medicii practicieni fără leafă.

De aceea nu trebuie să ne grăbim cu această lege pe câtă vreme cele două chestiuni vitale menționate rămân deschise și nerezolvate.

MIȘCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

Fisio - Patologie.

M. C. LIAN et M-me F. BARRAS (de Bucarest): Interesul clinic al măsurii vitezei circulației prin proba cu fluoresceină. (Intérêt clinique de la mesure de vitesse de la circulation par l'épreuve de la fluoresceine). — Soc. méd. des hôpit. de Paris, No. 4, 10 Febr. 1930.

Continuă cercetările asupra importanței clinice a injecțiilor intra-venoase de fluoresceină spre a măsura viteza circulației, adică a timpului ce'l face o moleculă sanguină spre a parcurge întreg circuitul vascular, adică de a ajunge de la vena cotului la inima dreaptă, apoi va traversa plămâni, va ajunge la inima stângă, va ajunge în rețeaua capilară și de aci la vena dela care a plecat. În stare normală prima apariție a fluoresceinei se face după treizeci secunde după injecția substanței colorante intra-venos. Autorii găsesc o mare diferență a vitezei circulației la indivizii ce au turburări mari cardiace. Astfel marea insuficiență ventriculară stângă fără edeme este capabilă de a da micșurare mare a vitezei circulației, fluoresceina apărea după 90 secunde la acești bolnavi.

În stările cardiace mai puțin grave, viteza circulației poate fi normală cu toată existența unei insuficiențe cardiace mijlocii. Găsesc marea influență a ouabainei și a digitalinei asupra vitezei circulației. Iar în cazurile unde cu toată cura cardio-dinamică energetică, viteza circulației era tot întârziată (80—150 secunde în loc de 30 secunde), acelea erau cazurile cu un prognostic rău.

Ar fi bine să se măsoare și presiunea venoasă odată cu măsura vitezei circulației, ambele se completează, depistează începutul insuficienței cardiace.

Ajung la concluzia: 1) Cu ajutorul probei fluoresceinei ne putem da sama de insuficiența cardiacă; 2) Se poate aprecia acțiunea medicamentelor cardio-dinamice; 3) Se poate măsura gradul de ameliorare obținut; 4) Putem pune diagnosticul de insuficiență cardiacă; 5) Și putem formula pronosticul.

Se poate aplica acest text biologic în: diagnosticul arteritelor obliterante, și în studiul experimental al insuficienței cardiace și al acțiunii medicamentelor cardio-vasculare.

M. C.

A. DUMAS: Leziuni renale tardive ale hipertensiunii arteriale primitiv solitare. (*Les lésions rénales tardives de l'hypertension primitivement solitaire*). — Soc. méd. des hôp. de Paris, No. 29, 1929.

Autorul studiază anatomo-clinic 34 cazuri de hipertensiune arterială urmată de autopsie, cari nu prezentau albuminurii prelungite, absența azotemiei, aveau o constantă Ambard normală și absența ori-cărui simptom de insuficiență renală. La aceștia autorul a studiat leziunile renale în faza terminale a boalei, când tensiunea arterială a scăzut și aveau o cașecsie progresivă. Majoritatea bolnavilor urmăriți erau hipertensivi solitari și după 5—6 ani aveau scleroze poliviscerale ce interesau și rinichiul. În unele cazuri din cele 34 studiate de autor, moartea a surprins pe hipertensivi când leziunile renale erau numai ușoare leziuni arteriale, la alții chiar unde leziunile arteriale erau mai intense lipsea leziunile de scleroză interstițială, în cât se elimina nefrita cronică banală. Deci acestea sunt leziuni arteriale probabil de origină endocrino-simpatică sau supra-renală, leziuni ce se găsesc în hipertensiunea solitară și în alte viscere și au mers probabil cu hipertensiunea.

Hipertensiunea primitiv solitară poate să se termine clinic cu turburări funcționale ale rinichiului și anatomic cu leziuni renale exclusiv arteriale. Deci după autor hipertensiunea este o boală primitiv vasculară care cuprinde secundar viscerele și mai ales rinichiul.

R. H.

EMILE SERGENT et RAUL KOURILSCHY: Astm, perilobulită și *ultra-virus tuberculos*. — Presse méd. No. 11, 1930.

Caută să explice rolul virusului tuberculos filtrant în unele forme de scleroză bronhică și peribronșică cu sau fără astm.

Comunică observația unui bolnav care suferea de astm din copilărie și căruia analizele repetate de spută rămân negative, dar inocularea la cobai în prima fază a boalei, a dat o tuberculoză experimentală atipică ganglionară, fără șancru de inoculare și la care nu s'a găsit bacilul Koch. Prima radiografie dă imaginea unei tramite și a unei prilobulite cu stigmat vechi în regiunea hilară. Aceste caractere clinice și radiologice au rămas aceiași cât timp boala a rămas în faza de tuberculoză interstițială. Virusul filtrant a fost pus în evidență în acest timp. Deci tuberculoza interstițială poate multă vreme să stea latentă sau să se manifeste sub aspectul astmului, autorul crede că acest caracter al boalei este datorit virusului filtrant.

Intr'a doua fază a boalei când tuberculoza a luat un mers evolutiv cu semne clinice și radiologice de infiltrație în focar, cu bacil acido-rezistenți în spută, cu inoculări ce au dat o tuberculoză experimentală tipică cu șancru de inoculare, autorii cred că virusul filtrant poate la un moment dat să capete proprietățile caseificante ale bacilului Koch, transformându-se în bacil Koch. Sau bacilul Koch în stare latentă ia aspectul de virusul filtrant. Din punct de vedere

profilactic ar trebui să se caute dacă unele contaminări de tuberculoză nu-și iau origina dela cei ce împrăștie germeni invizibili dar virulenți.

R. H.

C. LIAN, P. PUECH et R. WAITZ: Rolul respectiv al ventriculului drept și stâng la originea diferitelor tipuri de insuficiență cardiacă. (Du rôle respectif des ventricules droit et gauche dans la genèse des divers types d'insuffisance cardiaque). — Soc. méd. des hôpit. de Paris, No 6, 1930.

Rezumă principalele etape ale cheștiunei: prima etapă cu Corvisart, Beau, Potain, când asistolia este datorită insuficienței inimii drepte, a doua etapă cu Lian, Merklen, care insistă asupra insuficienței ventriculare stângi cu lipsa congestiilor edematoase viscerale și edemelor periferice ce constituie un sindrom clinic ce se deosebete de asistolie, fapt adoptat de Vaquez în raportul său asupra insuficienței cardiace. Apoi cele susținute de Lian ce afirmă intervenția inimii stângi la genesa turburărilor circulatorii. A treia etapă ce confirmată și desvoltată de Laubry, privitoare la vederile originale ale lui Berheim, care arată dacă se practică la autopsie cupe ale ventriculelor paralel la șanțul intrauricular găsim în mai toate cazurile hipertrofia excentrică a ventriculului stâng, inima stângă împinge membrana interventriculară care se alipește de peretele ventriculului drept, în cât cavitatea este stenozată. În cât Laubry admite că asistolia ar fi consecința dilatației hipertrofice ventriculului stâng fără mărirea sau cu micșurarea ventriculului drept. Autorii măsoară capacitatea ventriculară la autopsie, în 39 autopsii la cardiaci găsec la 28 o mărire globală a ambelor cavități ventriculare.

Autorii practică cupe apropiate de șanțul auriculo-ventricular, spre a evita eroarea ce s'ar face dacă le-ar face numai în treimea inferioară când s'ar găsi numai o dilatație a ventriculului stâng. Susțin că foarte rar se găsește mărirea izolată a ventriculului stâng și mai puțin rară este mărirea izolată a cavității ventriculare drepte.

Analizând semnele clinice ale asistoliei rezultă că asistolia (congestia edematoasă pasivă viscerală și edeme) este sfârșitul fie a insuficienței ventriculare drepte, fie a insuficienței ventriculare stângi. Fapte confirmate cu măsurarea capacității ventriculare, la 18 asistolici, autorii găsec o mărire a ambelor ventricule în 13 cazuri.

Deci asistolia se produce când insuficiența funcțională a atins fie ventriculul drept, fie cel stâng, și a atins și celălalt ventricul. Foarte rar asistolia este produsă de o insuficiență ventriculară izolată.

Autorii mai susțin că asistolia este expresia împedecării vasculare progresive. Simptomele asistoliei traduc staza venoasă și capilară. Dacă ventriculul drept aspiră sângele venos cu o forță mai mică, sau că ventriculul stâng împinge sângele cu o forță mai mică, vom avea ca rezultat o jenă a circulației venoase, capilare și arteriale, împedecare mai pronunțată când cei 2 ventriculi sunt insuficienți. Staza în capilare dă mai întâiu congestia pasivă și apoi formația de edeme ale țesuturilor. În sindromul de stază acută a circulației pulmonare avem: tuse quintoasă, pseudo-astm, edem pulmonar. Sindro-

mele de împedecare sau supraîncărcare ventriculară sunt constituite prin semne locale ale examenului cordului.

Aceste semne sunt analoage în ambele supraîncărcări ventriculare drepte și stângi. Evoluția insuficienței ventriculare stângi în hipertensiunea arterială și aceea a insuficienței ventriculare drepte în scleroza arterei pulmonare se asemănă, la început avem dispuca în ambele cazuri, apoi apare congestiile edematoase pasive viscerale când apare insuficiența ventriculară globală. După examenul bolnavului se va afirma insuficiența ventriculară stângă sau dreaptă, sau insuficiență ventriculară stângă cu edem pulmonar acut și hiposistolie hepatică sau insuficiență ventriculară dreaptă cu asistolie, etc., după cum unul sau mai multe simptome de genă vasculară se adaugă sau nu la supra-încărcarea manifestă a unuia sau a ambelor ventricule.

M. C.

GASTON PARTURIER, FAUQUE et MANCEAU: Probele mușulare și respiratorii la hepatici. (Les épreuves musculaire et respiratoire chez les hépatiques). — Presse méd. No. 7, 1930.

Hepaticii au micșurată capacitatea fiziologică în domeniul activității mușulare și respiratorii, fapt ce a determinat de a căuta comparativ la sănătoși și hepatici acțiunea exercițiului mușcular dus până la oboseală, acțiunea inhalațiilor de oxigen, a gazului carbonic, a căldurii și furtunei. Au constatat că exercițiul mușcular determină o ridicare a azotemiei și a glicemiei la omul sănătos și are un rezultat invers la cei cu afecțiune hepatică.

Testele respiratorii: în urma inhalației de acid carbonic avem o glicemie ridicată la sănătoși și o micșurare a glicemiei la cei cu insuficiență hepatică, — fapt ce au constatat și la indivizii ce au făcut inhalații cu oxigen. În proba mușculară funcțiunea uropoetică a ficatului este întâi atinsă în insuficiența hepatică. În proba respiratorii la hepatici *glycogeneza* este influențată, probabil acidul carbonic și oxigen excitând centrul respirator stimulează și funcția hepatică și dă hiperglicemie, iar dacă indivizii cu insuficiență hepatică stau într'un aer confinat pot avea la un moment o hiperglicemie permanentă. Putem trage concluzii practice din cele spuse mai sus, nu se vor permite celor cu insuficiență hepatică exerciții fizice obositoare. La hepato biliari dureroși le vom prescrie numai plimbarea, la cei ce nu au dureri: călăritul, golf, tenis și vom recomanda pacienților de a respira într'un aer curat, o altitudine nu prea mare, — se va evita marea.

R. H.

Le Professeur M. ASKANAZY de Genève: Funcțiunea măduvei osoase. (Les fonctions de la moelle osseuse). — Le sang. No. 1, 1930.

Face o expunere a funcțiunei țesutului interstițial și a țesutului nobil hematopoetic al măduvei osoase. Insistă mai puțin asupra cudotelului și trece la rolul măduvei grăsoase care prin localizarea sa în schelet micșurează greutatea sistemului osos, măbind și presiunea intra-osoasă pentru exportarea celulelor nobile. Analizează apoi rolul țesutului reticulo-endotelial, insistând asupra rolului de filtrație și legătură ce'l joacă acest sistem în ficat, splină și măduva

osoasă. Celulele reticulare înglobează eritrocitele bolnave și fabrică hemosiderina ce e întrebuințată în eritropoieză. În infecții cu reacții lente, celulele reticulare formează celulele epiteloidale și celulele gigante de tuberculoză, ale morvei, celulele Sternberg în limfogra-nulom, etc., probabil elaborează și anticorpii. Ficatul, splina și măduva osoasă grație țesutului reticulo-endotelial debarasează sângele de substanțele excesive acumulate în sânge. Face apoi o descriere clară a eritropoiezei, leucopoezei și a trombopoezei.

Arată că eritropoieza arată legătura măduvei osoase cu celelalte sisteme anatomice ale organismului. Astfel se știe că eritropoieza este activată de sângerări și de anemii multiple ce rezultă dintr'o insuficiență cantitativă a măduvei osoase. Apoi arată legătura măduvei osoase cu splina, anemiile myelogene datorite adipozității primitive a măduvei osoase, neoplazmelor primitive și secundare ale scheletului, osteosclerozelor difuze, — în care cazuri are loc o hematopoeză extra-medulară în splină și ficat. Splina mai joacă un rol inhibitor asupra măduvei hematopoetice. Cunoaștem rolul ce'l joacă splina și măduva în leucemii, boale infecțioase, turburări endocrine. Insistă asupra exagerării funcțiilor myelopoetice a măduvei osoase în anemii, boale infecțioase acute, și în boala lui Vaquez.

Chestiunea funcțiunii leucopoetice a măduvei este azi mai bine cunoscută, fapt cert este că leucocitoza este o funcție medulară și leucocitoza are un caracter specific. Leucocitoza specifică a realizat un mare progres de când principiul biologic al chimio-taxiei a găsit o analiză fizio-chimică. Mobilizarea myelocitelor ar fi datorită micșurării tensiunii superficiale a celulelor din sânge prin substanțe ce au acțiune asupra suprafeței lor. Celulele se dirijează în direcția unde suprafața sa a suferit o micșurare a tensiunii superficiale. Astfel ne explicăm funcțiunea leucopoetică a măduvei în leucocitoze. În leucopenii probabil leucopoeza este alterată sub influența infecțiilor maligne, intoxicațiilor diferite. Arată rolul ce'l are megacariocitul din măduva osoasă, el dă naștere plăcuțelor sanguine, se găsește în măduvă când plăcuțele sanguine sunt numeroase, în anemii post-hemoragice, în leucemii myelogene, în boala lui Vaquez, unde avem o trombocitoză mare în sânge. Pe când în trombopenii, diathea hemoragică avem o micșurare a megacariocitelor. Plachetele sanguine probabil garantează starea coloidală a endotelului vascular a cărui permeabilitate este mărită când avem o micșurare a plachetelor sanguine. Autorul termină sperând că viitorul va lămurii mai bine aceste ipoteze ale funcțiunii măduvei osoase.

R. H.

Prof. BARON, A. de KONRANYI: Patologia funcțională și tratamentul nefropatiilor. (Pathologie fonctionelle et traitement fonctionel des nephropathies). — Ann. de méd. tome XXVI, 1929.

Profesorul Konranyi împarte nefropatiile în: 1) Nefropatii compensate fără influență asupra stărei generale a organismului și în nefropatii însoțite de diferite forme de insuficiență renală. Distinge apoi: 1) Compensații renale fără hipertensiune renală: perfectă

fără poliurie și imperfectă cu poliurie hipostenurică (când rinichiul numai poate modifica concentrația moleculă a lichidului ce-l traversează); și 2) Compensații renale cu hipertensiune arterială.

Decompensația renală datorită tulburărilor de constituție a mediului interior are ca consecință o mărire a concentrației moleculare derivate din metabolismul albuminoidelor. K constată o mărire a presiunii osmotice sanguine în unele nefropatii și a observat că insuficiența renală cu presiunea osmotică sanguină normală este însoțită de retenție apoasă. Volhard și Widal studiază alterațiile generale ale organismului secundare tulburărilor funcțiunilor renale: 1) Retenție hidro-clorurată, eclampsia uremică și mărirea presiunii intra-craniene, și 2) Insuficiența renală azotemică, uremia comatoasă fără eclampsie. Autorul recomandă în decompensația renală: 1) Salină: regim sec, sărac în sare, bogat în albumine, uree, opoterapie thyroidiană, săruri de calciu, de potasiu, puncția lombară. 2) Azotemică: regim sărac în albumine, diaforeză, laxative, în decompensația renală mixtă: regim gras și zaharat, fără sare și albumine, săruri de potasă, diaforeză, laxative, — în decompensația cardiacă: cura lui Karell, medicație cardiacă și diuretică, săruri de calciu și potasiu, în decompensația cardio-renală; cura lui Karell, declorurația, cură zaharată, medicația cardiacă și diuretică.

K face un scurt rezumat al tulburărilor funcționale renale și localizarea leziunilor în: 1) *Leziuni glomerulare*, în care observăm: hipertensiune arterială, insuficiență renală azotemică, — cu urmare decompensare cardio-renală. 2) *Leziuni tubulare*: cilindrurie, celule epiteliale tubulare în stare de degenerescență grasă în urină, retenția de sare și apă, — lipsa azotemiei. 3) *Leziuni vasculare*: hipertensiune arterială, retinita albuminoasă, asistolie. Deci în practică trebuie să ținem seamă de starea glomerulului, de tulburările tubulare și vasculare. Orice nefrită este o glomerulă nefrită, hematuria este semnul patognomic al nefritei, de oarece localizarea primară a leziunilor renale cronice de origină vasculară este glomerulară. Degenerescența epitelială se recunoaște prin prezența de celule epiteliale și lipoizi izotropi și anizotropi în sedimentul urinar. K institue în nefropatii cu edeme și decompensare cardiacă regim declorurat sec și digitală. În azotemie puține albumine și laxative cu diuretice și ventuze sacrificate. Autorul crede că tratamentul dietetic aplicat de timpuriu ne va da rar edeme și stări eclamplice. Deasemenea de vom reduce substanțele albuminoide din alimentație proporțional cu eliminarea azotată vom micșura pericolul unei uremii azotemice.

I. V.

ERNEST SCHULMANN et I. MAREK: Cercetări experimentale asupra resorbției edemului local provocat. (Recherches experimentales sur la resorption de l'œdème local provoqué). — Annales de méd. No. 5, 1930.

Un studiu experimental făcut pe epuri spre a lămuri în parte patogenia edemului. Caută a vedea dacă temperatura, poziția animalului, alimentația, inaniția, vârsta, izotonia și hipertonia serului au vre-o influență asupra resorbției bulei de edem. Pentru a studia acțiunea sistemului vazo-motor periferic asupra resorbției bulei de

edem injectează adrenalina și nitritul de amil epurelui pe cale intravenoasă și apoi fac bula de edem, trec apoi la injectarea de substanțe nefrotice spre a produce nefrite experimentale și apoi resorbția bulei de edem. Din experiențele făcute în diferite condiții fiziologice reiese importanța factorului vascular în edeme. În nefritele experimentale nu există diferență între durata resorbției bulei de edem și resorbția bulei este datorită tot permeabilității capilarelor.

După autori tot variațiile sistemului vazo-motor joacă un rol important în patogenia edemului. Indată ce la experiențele fiziologice normale se adaugă elemente patologice, problema edemului devine complexă, și se emit ipoteze numeroase și discuții ce nu satisfac obiecțiunile ce se fac în această problemă atât de vastă a fiziopatologiei.

R. H.

P. SAVY et H. THIERS: Meningo-nefrite, meningite infecțioase latente în uremii nervoase ale nefritelor și ale icterului grav. (*Méningo-néphrites, les méningites infectieuses latentes dans les urémies nerveuses des néphrites et des ictères graves*). — *Annales de méd.* No. 1, 1930.

Cred interesant de a individualiza sindromul de meningonefrită, când la o leziune renală se adaugă o localizare meningeală de natură infecțioasă ce modifică aspectul clinic al nefritei și agravează pronosticul. Disting meningo-nefrite primitive și meningo-nefrite secundare. Caracterul esențial a acestui sindrom: latență clinică și anatomică a meningitei la care se adaugă predominanța semnelor de uremie nervoasă față de semnele de meningită. Clinic avem: obnubilare intelectuală, coma, cefalee și convulsii. Numai puncția lombară ce trebuie întotdeauna practică în uremia nervoasă, permite de a decela participarea meningelor. Autorii au găsit în 5 cazuri de meningo-nefrite pneumococul în lichidul cefalo-rachidian. Această participare a meningelor în cursul nefritelor explică unele uremii febrile și a căror cauză hipertensivă este uneori necunoscută, explică simptomatologia nervoasă a icterului grav. Dar e foarte greu uneori din punct de vedere clinic a face responsabil de simptomele nervoase meningita sau intoxicația uremică în uremie.

După autori meningitele uremice nu sunt decât meningo-nefrite, a căror agent patogen n'a putut fi pus în evidență sau nu a fost căutat îndeajuns.

M. C.

V. GENNER et P. SCHULTZER: Un caz de infecție cutanată primară cu gonococi. (*Un cas d'infection cutanée primaire à gonocoques*). — *Anal. de Dermat. et Syphil.* No. 8, August 1929, p. 856.

Până mai acum câțva timp era o dogmă că gonococul nu poate contamina decât mucoasa organelor genitale. De curând au început să se publice cazuri și de contaminări cutanate (Schoeler, Liebe, W. Fulton, Kingsbury, Hristu, T. Laurie).

Autorii publică cazul unui medic care în timpul reducerii firmozei unui blenoragic este înțepat la degetul mare drept de unghiile pacientului. După 30 ore dela înțepare, degetul începe să se tu-

mefieze, apoi apare limfangită la braț, care abcedează. În puoi găsec gonococ. După 27 zile dureri la articulația umărului drept, mialgii lombare și în urmă artrită a ambilor genunchi.

Dr. Săceanu.

PAUL ROCHAT: Inoculație tuberculoasă a vulvei prin contact sexual. (Étude des superinfections tuberculeuses de la peau; pseudo-complexes primaires; A propos d'une inoculation tuberculeuse de la vulve par contact sexuel). — Anal. de Dermat. et Syph. No. 4, Aprilie 1929, p. 369.

O fată de 21 ani, virgină, are raporturi sexuale cu logodnicul ei. După câțva timp apare o leziune vulvară și adenopatie inguinală bilaterală — care punctonată dă pe secțiuni B. K.; examenul anatomo-patologic al ganglionilor leziuni bacilare.

La examenul logodnicului găsec castratia testiculului drept și cel stâng leziuni tuberculoase. Urina culeasă fără sondă, bacili Koch.

Dr. Săceanu.

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

CHAIRE D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE THÉRAPEUTIQUES

COURS DE PERFECTIONNEMENT

(24 Mars au 5 Avril 1930)

Sous la Direction de

M. LE PROFESSEUR MAURICE VILLARET

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La Thérapeutique médicale et hydrologique
des

MALADIES DU TUBE DIGESTIF, DU FOIE ET DE LA NUTRITION

à la faveur des acquisitions récentes de la Clinique et du Laboratoire

Cet enseignement de Vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le **Lundi 24 Mars 1930**, à l'Hôpital Necker (Amphithéâtre Guyon et Salle Delpuch), avec la collaboration de MM. HENRI BENARD, professeur agrégé, médecin des hôpitaux; BITH, ancien chef de clinique à la Faculté, assistant du service; FRANÇOIS MOUTIER, SAINT-GIRONS, chefs de laboratoire à la Faculté; et JUSTIN-BESANÇON, chef de clinique et del aboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques à la Faculté.

Il aura lieu régulièrement, le matin, à 9 heures; l'après-midi, à 14 h. 30 et 16 heures.

Il comprendra 36 leçons et sera complet en deux semaines.

Des démonstrations cliniques au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faites après la leçon du matin, au cours de la visite dans les salles, à partir de 11 heures, par le professeur MAURICE VILLARET et le docteur BITH.

Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude hydrologique sera organisé les 5, 6 et 7 avril, à Vichy.

— Les élèves de ce cours et des autres cours de vacances de l'année désireux d'y participer sont priés de s'inscrire à l'avance, au Laboratoire d'hydrologie et climatologie thérapeutiques, à la Faculté de Médecine, auprès de M. Roger EVEN, chef de laboratoire adjoint, qui leur fera connaître la programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

UN CERTIFICAT SERA DÉLIVRÉ AUX ÉLÈVES A L'ISSUE DE CE COURS

UN NOUVEAU PROBLÈME RÉSOLU PAR
SANDOZ

„CALCIUM-SANDOZ“

(Gluconate de calcium pur)

RÉNOVATION DE LA CALCITHÉRAPIE

PAR VOIE GASTRIQUE
Inspide et assimilable

Injectable par voie veineuse et
INTRAMUSCULAIRE à doses
thérapeutiques efficaces

Principes actifs purs „SANDOZ“

GYNERGENE

(ERGOTAMINE)

BELLAFOLINE

SCILLARENE

Associations de principes actifs purs:

FELAMINE

BELLADENAL

IPECOPAN

Les produits „SANDOZ“ peuvent être délivrés sur prescription
médicale par toutes les pharmacies du pays.

Dépositaire: Drogheria D. NESTOR.— Calea Moșilor 51, București

Fabrique de produits
chimiques, ci-devant
SANDOZ



BÂLE (Suisse)
PARIS et ST.-LOUIS
(France)

PHOSPHAT DE CALCIU

Dr. PINARD

DOZA { 2—4 linguri (adultți).
PE ZI { 2—4 lingurițe
(sugaci și copii).

Phosphat de calciu insolubil în
moleculă infinitesimală într'un
lichid isotonic.

Produs direct din oase.

130 lei flaconul pentru tratament de
8—10 zile (adultți), 15—20 zile (copii).

*Pretuberculoză - sarcină—fracturi—
phosfaturie - neuroză.*

PHOSPHAT PINARD IRRADIAT

DOZA { 2 linguri (adultți).
PE ZI { 2 lingurițe (copii).
2 lingurițe de cafea
(sugaci și copii până
la 3 ani).

Emulsie de ergosterină iradiată
(Vitamină D) în phosphat de
calciu „Dr. Pinard“.

1 miligram $\frac{1}{2}$ Vitamină D pe lingură este
echivalent cu 250 gr. untură de pește.

160 lei flaconul pentru tratament de 10
zile (adultți), 20 zile (copii).

*Rachitism—turburări ale creșterii—
alaptare—fracturi.*

PHOSPHARSYL

DOZA { 2 linguri (adultți)
PE ZI { 8—12 zile.
2 lingurițe (copii pes-
te 4 ani) 8—12 zile.

Phosphat Pinard Methylarsinat.

(0,03 de methylarsinat de sodiu pe
lingură).

130 lei flaconul pentru tratament de 15
zile (adultți), 20 zile (copii).

*Inapetență — slăbiciune — debilitate
generală—cachexie.*

Sub cele trei forme „Phosphatul Pinard“ se amestecă
cu laptele fără a-l descompune, avantaj capital în trata-
mentul copiilor și sugacilor.

N. B.—Se recomandă a se prescrie „Phosphatul Pinard“ simplu alternând
cu Phosphatul Pinard iradiat sau cu Phospharsylul (8 zile unul 8 zile altul)

Reprezentant general pentru România:

RENÉ DUNOD

Str. Toamnei, 103.