

# MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNESCĂ \*)

## REVISTĂ ANALITICĂ

### A.—PUBLICAȚIUNI MEDICALE

#### ARCHIVES ROUMAINES DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

#### ET DE MICROBIOLOGIE.

Tome II.

(No. 4 Decembrie 1929)

OLGA BONCIU: *Contribution a l'étude des streptocoques scarlatineux isolés en Roumanie.*

După un istoric amănunțit al etiologiei scarlatinei, autorul expune clar cercetările personale, tehnica și studiul ce l'a făcut asupra streptococului ce a izolat la București în timpul epidemiei din anii 1925—26 și 27. Din cercetările ce le-am făcut reese că streptococul izolat de autor din gâtul scarlatinoșilor are putere hemolitică în proporția de 87%. Putere hemolitică ce se menține în culturi succesive. În ceia ce privește reacția fermentativă pe mediile zaharate, aceasta nu e destul de precisă spre a putea face o clasificare a streptococului. Serul de convalescent aglutinează streptococul scarlatinos în proporția de 62—85%.

Serul de epure imunizat aglutinează streptococul scarlatinei în proporție de 60—80%, iar serul de cal imunizat contra streptococului scarlatinei aglutinează streptococul în proporție de 37,5%.

Adsorbția aglutininelor este cea mai bună metodă pentru clasificarea diferitelor rase de streptococ. Fixarea complimentului cu ser de convalescent și antigen scarlatinos nu este constantă nici specifică.

Streptococul de origină scarlatinoasă este mai puțin virulent pentru animalele de laborator ca streptococul pyogen. Deci streptococul de origină scarlatinoasă, constituie un grup diferențiat în ceea ce privește reacțiile serologice de aglutinare încrucișate. Autorul termină cu fraza profesorului I. Cantacuzino, la Congresul de Medicină dela Montpellier: „streptococul este fără îndoială agentul complicațiilor inflamatorii ale scarlatinei.

\*) Asupra oricăreia din lucrările medicale românești semnalate aici se pot face, la cerere, referate mai dezvoltate și chiar procura întregul articol în original.

Probabil joacă rol la producerea boalei fie ca element vector al unui virus filtrabil străin sau ca element simbiotic, fie ca modificator al virulenței unui virus necunoscut, fie ca generator al formelor de streptococii filtrabile.

D. COMBIESCO: *Influence du milieu de culture sur les propriétés antigéniques des germes.*

A studiat modificările antigenice ale bacilului tific pus în contact cu umorile organismului. Intrebuințează culturi pe geloză de 24 ore emulsionate în apă fiziologică și inoculează epuri cu această emulsie, iar la alți epuri inoculează emulsia amestecată cu sânge oxalatat de epure normal. Epurii inoculați pe cale venoasă cu germeni morți sau vii prezintă aglutinine în serul lor. Iar epurii inoculați cu microbi sau emulsia ce a suferit contactul sângelui normal de epure nu are aglutinine în ser. Dar dacă înainte de a face aglutinarea se lasă bacilii în contact cu plasma oxalatată sau defibrinată de epure normal serul epurilor din al II-lea grup care nu aglutina microbii aglutinați în apă fiziologică, aglutinează microbii tratați cu plasmă oxalatată în proporția 1 : 10000.

Autorul constată că se poate să facem ca bacilul Flexner să suporte concentrări de violet de gențiană sau de clorhidrat de chinină zece ori mai forte ca acele ce ar tolera la început.

Dacă cu microbi astfel tratați se imunizează epurii și se studiază aglutinarea microbilor prin serul acestor animale, se constată că chinina micșurează puterea antigenică a microbilor. Violetul de gențiană nu modifică aglutininele.

C. I. PARHON, M. CAHANE et MARZA: *L'influence des glandes endocrines sur la teneur en eau du sang, des organes et des tissus, (deuxième mémoire).*

Din experiențele făcute de autori rezultă că tratamentul tiroidian mărește hidratarea corpului tiroid, al timusului, al ficatului, al pancreasului, al creierului și micșurează acela al mușchilor și testiculelor.

Etimizarea mărește apa supra-renalelor, a glandelor genitale, a mușchilor, a rinichilor și a creierului și micșurează pe aceia a pancreasului, a ficatului, a hipofizei și a tiroidei. După castrația ovariană se constată mărirea hidremiei a mușchilor și supra-renalelor și micșurarea apei ipofizei, tiroidei, a rinichilor, creierului, timusului și pancreasului. Castrația testiculară mărește apa supra-renalelor, a mușchilor, a ficatului, și micșurează aceia a tiroidei, pancreasului, timusului și a creierului.

Variațiile de hidratare a diferitelor organe în diferite condiții experimentale contribuie a preciza problema relațiilor interglandulare și interorganice în general.

R. H

\*  
\*

N. GH. LUPU și R. PAPAȘIAN: *Turburările morfologice și plasmatică ale sângelui în afecțiunile hepatice.*

Studiind 41 bolnavi atinși de diferite afecțiuni hepatice, autorii au ajuns la concluziile: la *cirotici* modificările sanguine se caracterizează prin anemie și leucopenie, pe când la *icterici* există globulie și leucocitoză cu predominanță neutrofilă.

La majoritatea ciroticilor indicele vâscozimetric și refractometric este diminuat, la icterul cataral din contră este mărit.

N. GH. LUPU, C. RADOSLAV și C. C. PITSCHAK: *Acțiunea inj. intravenoase de glucoză și galactoză asupra metabolismului hidr. carbon.*

Studiul glicemiei după administrarea intravenoasă de glucoză și galactoză sol. 40%, a fost făcut cu ajutorul metodei *Bang* modificată de *Ernst* și *Weiss*.

Autorii au demonstrat antagonismul care este între aparatul insular și glanda supra-renală. Ambele soluții determină o ascensiune a valorii glicemice, la maximum 5 după injecția zaharată; valoarea cade apoi progresiv atingând valoare inițială 30'—40' după injecție. Scoborârea continuă până când ajunge un maximum de scădere a valorii glicemice, 90' după începerea experienței. Deci curba glicemică are un *aspect bifazic*, cu o primă fază de hiper-glicemie urmată de o a II-a fază de hipo-glicemie. O oră după injecția de *galactoză* apare un frisson puternic, pe care glucoza nu-l produce niciodată.

Interpretarea curbei glicemice se acomodează cu teoria *avidității celulare* emisă de *Falta*. Ascensiunea zahărului sanguin excită secrețiunea insulară, care intensifică aviditatea celulelor pentru zahăr; acest zahăr prin sângele circulant este captat de celulele periferice și provoacă faza de hipoglicemie.

Prof. I. NANU MUSCEL și I. PAVEL: *Spasmul sfincterului Oddi, cauză de icter cronic în cursul unei pancreatite cronice cu cancer al capului pancreasului.*

Se prezintă piesa anatomică a unei paciente de 60 ani, venită în clinică cu un icter cronic intens.

Diagnoza de litiază veziculară fiind pusă se intervin; în afară de calculi veziculari se găsește un *canal coledoc perfect permeabil* până în duoden. La autopsie se constată microscopic o pancreatită cronică pe care s'a desvoltat un cancer al capului pancreasului, nu prea voluminos ca să aducă un obstacol în drenajul bilei. Autorii cred că *icterul* cu variațiunile lui de intensitate ar fi datorit *spasmului* sfincterului lui Oddi, spasm declanșat de grefarea cancerului, care ar excita centrul reflex al acestui sfincter.

De altminteri pancreasul, organ situat în apropierea ampulei

lui Vater, este cel mai indicat prin afecțiunile inflamatorii să producă acest spasm.

Dr. ION STOIA, Dr. NIC. BANU: *Sistemul reticulo-endotelial și reticulo-endoteliom ganglionar.* (al II-lea caz clinic).

No. 4 | 1930.

(Ședința din 9 și 23 Aprilie 1930).

N. GH. LUPU, C. RADOSLAV și C. PITSCHAK: *Contribuțiuni la studiul insuficienței hepatice.*

În proba insuficienței hepatice, autorii s'au servit în mare parte de inj. intravenoasă a unei soluții 40% de glucoză, injectând 20 cc. Galactoză întrebuițată la început a dat loc la frisoane mari. Rezultatele obținute pe 60 cazuri de diverse afecțiuni hepatice sunt instructive; în general aspectul curbei glicemice variază după natura și intensitatea leziunilor hepatice.

Deviațiile cele mai pronunțate și cele mai constante s'au obținut în *icterul cataral*, această afecțiune având la bază o leziune hepatică difuză.

În *glicozuria renală* curba glicemică rămâne normală, așa că prin acest procedeu putem diferenția *diabetul* de glicozuria renală.

DUMITRESCU MANTE: *Noi cercetări asupra cantității Potasiului și Calciului în revărsatele pleurale.*

*Cifra Potasiului* în epanșmentele centrifugate a fost găsită ușor superior normalei, pe când în cele necentrifugate această cifră este cu atât mai mare cu cât conține mai multe hematii.

K sanguin ca și cel pleural se găsește acumulat în globulele roșii, ceea ce explică de ce cifra K plasmatic (26,50%, mgr.) e mult inferioară K din sângele total (193,80% mgr.).

*Calciu* în revărsatul centrifugat este puțin inferior calciului din sângele total; în epanșmentele necentrifugate cantitatea este cam aceeași, ceea ce probează că în opunere cu K, cifra calciului nu este în funcție de cantitatea hematiilor.

AUREL POPEA și ALFRED DIMOLESCU: *Contribuțiuni la etiologia, patogenia și tratamentul ceafei puberale.*

Afecțiunea este mai frecventă la băieți și se caracterizează prin *tenacitate* față de antinevralgice, e *ajuză* și *continuă*. Ea s'ar datorii unei disfuncțiuni hipofizare, glanda fiind nevoită să funcționeze în exces la această perioadă și neputând să se pună de acord cu întreaga hiperfuncționare a organismului.

Se vindecă prin injecții subcutane de extract apos de hipofiză, asociată cu suprarenală pentru a avea o acțiune tonică asupra vaselor.

Durerile dispar în genere după 3—4 injecții.

MARIA MAXIM: *Prezența d—Manoză și d—Arabinoză în bacilul tuberculos, și tuberculină.*

Dr. I. Vasilescu.

\* \* \*

Dr. I. BORDEIANU: *Tratamentul septicemiei puerperale cu doze masive de alcool per os.*

Pornind dela metoda lui Kustner autorul comunică rezultate multumitoare obținute în septicemia puerperală cu alcool per os. Administrează zilnic 1—2 kgr. de vin și 500 gr. de coniac. Uneori se observă o rapidă scădere a temperaturii. Explicația efectului benign o găsește în faptul că alcoolul trece în sânge (0,75—1%), oprind înmulțirea microbilor, și este în acelaș timp și un stimulent al cordului și nutriției.

Dr. EMIL COLBAZI: *Neo-Mesarca 1914 „Roche” în tratamentul sifilisului.*

Din 11 cazuri cercetate, autorul conchide că Neo-Mesarca Roche are o acțiune terapeutică egală cu a neosalvarsanului.

Dr. M. SMILOVICI: *Contribuțiuni la terapia fluorului.*

Din studierea a 6 cazuri a putut constata că prin terapia chimico-biologică a obținut rezultate frumoase. Tratamentul constă în băi locale cu nitrat de argint 1—2%, timp de 5—8 minute. Spălături cu astringente și tamponamente cu acid lactic; preconizează preparatul Normolactol care are avantajul de a menține în permanență un mediu acid.

Dr. DARIUS CUPER: *Un caz de pseudo-hermafrodisism andro-ginoid Hypospadias perineo-scrotal.*

Un caz din clinica d-lui Prof. Bălăcescu.

\* \* \*

**BULETINUL MEDICO-TERAPEUTIC**

No. 4 Aprilie 1930.

Dr. DEM. PAULIAN și Dr. I. BISTRICEANU: *Actinoterapia în zona Zoster.*

Autorii studiază acțiunea ultra-violetelor asupra zonei Zoster. Din cercetarea a 3 cazuri conchid că razele ultra-violete au o acțiune sedativă, calmând nevralgiile Zosteriene și fac să dispară veziculele.

Dr. F. HERSKOVITZ: *Un caz interesant de corp străin esofagian.*

O proteză dentară înghițită și rămasă în esofag. Cazul arată necesitatea unui control radiologic înainte a da spre ingerare substanța contrastantă și demonstrează importanța unei bune anamneze la un examen radiologic.

Dr. OD. APOSTOL: *Insulino-terapia.*

Articol de revistă generală.

\* \* \*

Doc. Dr. P. VANCEA: *Contribuțiuni la studiul circulației retiniene.*

Autorul împarte turburările funcționale ale circulației retiniene, în două mari grupe: 1) de hipertensiune, și 2) de hipotensiune arterială. Descrie apoi pe larg aceste două sindrome desfășurate independent sau concomitent cu o turburare a circulației generale și precizează caracterele clinice și oftalmoscopice.

Prof. Dr. I. HAȚIEGANU: *Mecanismul sindromului de hyposystolie cerebrală.*

Precizează întâiu cazurile unde se găsește acest sindrom, adică la bolnavii cu scleroza arterei pulmonare și la cei sclero-emfisematoși. Prin colaborarea a trei factori: toracic, abdominal și cardiac, se favorizează instalarea unei staze superioare care determină sindromul de hyposystolie cerebrală.

Dr. ZENO BORZA: *Accidente anafilactice în cursul unei operațiuni de gușă.*

Autorul descrie un caz de kyst hydatidic al corpului tiroid diagnosticat în timpul operației și șocul anafilactic survenit în timpul operației. Explică accidentul printr'o sensibilizare exagerată a organismului produsă în momentul hemoragiei intra-kystice, iar rezorbția unei cantități a conținutului kystic a declanșat chocul anafilactic.

Dr. IULIUS ORIENT: *Cercetarea principiilor activi ai plantei asarum europeum din punct de vedere medico-legal.*

Autorul extrage principiul activ-asaroma care ar avea o acțiune narcotică și un uleiu cu o triplă compoziție care ar produce o hiperemie a rinichilor și a uterului determinând moarte.

Dr. M. NICHITA, Dr. ALDEA și Dr. PASCU: *Calculi diverticulari autochtoni ai uretrei. — Caz clinic.*

Dr. VALERIU BOLOGA și Dr. A. BACLANSCHI: *Note medico-istorice româno-ruse.*

Prof. Dr. D. MICHAIL: *Tuberculoză conjunctivală anchilozantă însoțită de chiste bilaterale exuberante ale glandelor lui Kraus și degenerări chistice ale glandelor lui Meibomius.*

Având ocazia să studieze numeroase cazuri de tuberculoză conjunctivală cu forme clinice și complicațiuni rare și interesante, începe expunerea și discutarea acestor cazuri prin articolul de față. Este primul caz de acest fel și autorul îl explică prin acțiunea toxică a tuberculilor ce dublau pereții glandelor.

Dr. CORIOLAN COTUȚIU: *Silicoza văzută în lumina noilor cercetări ale ultimelor reuniuni internaționale de boli profesionale.*  
Articol de revistă generală.

Dr. I. DANICICO și Dr. F. PIRÉE. *Câteva considerațiuni asupra găurilor (despicăturilor) mezenterului în legătură cu un caz de strangulare internă.*

Autorii descriu un caz de ileus prin torsiune internă determinată de o anomalie în fixarea colonului ascendent, seroasa mezenterică lipsia într'un loc de bifurcare anormală a arterei mezenterice. Bolnavul a prezentat în repetate rânduri ileus și a murit prin complicație secundară.

Dr. I. VOICU: *Contribuțiuni la cazuistica uterului bicorn.*

Dr. M. NICHITA: *Contribuțiuni la enuclearea dorsală a osului navicular al piciorului.*

Dr. I. VOICU și Dr. RUBIN POPA: *Considerațiuni asupra altor două cazuri de ganglio-neurom.*

Autorii descriu două cazuri din care unul la o gravidă care moare prin septicemie și al doilea la o fată de 17 ani, care operată se vindecă.

Dr. D. TANASESCU: *Posibilități terapeutice la băile Herculane.*

O descriere completă a tuturor surselor de apă, cu indicațiuni și rezultate obținute din practica personală.

Dr. I. Rosenstein.

\* \* \*

## CLINICA

No. 1 | 1930.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

E. DONZELOT: *L'évaluation de la capacité fonctionnelle cardiaque par les procédés de laboratoire.*

Rezumă procedeele ce evaluiază capacitatea funcțională a cordului și arată importanța primordială ce au metodele grafice de înregistrare a inimii și a vaselor și în special metoda electrică și radiologică.

Metoda electrică ne arată capacitatea funcțională auriculară, turburările de ritm ale ventriculului și capacitatea funcțională a ventriculului.

Electrocardiograma dă clinicianului cele mai prețioase date asupra valorii funcționale a miocardului. Modificările complexului ventricular deși foarte importante nu prezintă o rigurare absolută în aprecierea funcțională a ventriculului. Radiologia dă asemenea informații importante, dar numai confruntând aceste metode cu un examen clinic minuțios ne putem da sama de capacitatea funcțională a miocardului.

Dr. MOUQUIN: *Les formes légères de la myocardite rhumatismale.*

Arată că există, deși rar, forme ușoare de miocardită reumatismală la cari sgomotul de galop, semn al hipotonicității cardiace, dispăre sub influența salicilatului de sodiu, iar când sgomotul de galop persistă se vor da toni-cardiace împreună cu salicilatul de sodiu.

RENE GIROUX: *De l'action de certains extraits pancréatiques dans le traitement de l'angine de poitrine.*

Insistă asupra acțiunii angioxilului în tratamentul anginei de pept.

Arată o serie de bolnavi cari în urma tratamentului de extract pancreatic nu au mai avut accese anginoase, alți bolnavi sunt mult ameliorați și o altă serie de bolnavi la cari trebuie să asociăm angioxilul cu tratamentul etiologic.

Angioxilul se injectează intra-muscular 10—20 zile, și după un interval scurt se face o altă serie. Vaquez crede că angioxilul are o acțiune trofică asupra vaselor și a țesuturilor.

R. BOUCOMONT: *Le problème diagnostic de l'infarctus du myocarde.*

Describe simptomatologia infarctusului miocardic în forma sa anginoasă; durerea persistentă, căderea tensiunii arteriale, febra și frecături pericardice.

Tachicardia, ritmul de galop, extrasistole, asurzirea șgomotelor inimii la cari se adaugă turburări gastro-intestinale, semne pulmonare, starea de shock și leucocitoza sanguină.

Diagnosticul se va face cu angorul organic, reflex sau nevrozic, cu pericardita acută, cu astm, dispneea uremică, căderea tensiunii arteriale cu o insuficiență cardiacă progresivă. Studiând cu atenție electro-cardiograma se poate pune diagnosticul de infarct al miocardului.

Docent Dr. SARAGEA: *Aritmiile în hipertensiunea arterială.*

Tulburările ritmului cardiac foarte frecvente în hipertensiunea arterială complicată cu leziuni aortice, miocardice renale, ele trebuiesc cercetate cu amănunțime. Extrasistolele sau tachicardia paroxistică apar sporadic, altele cu turburările de conductibilitate trebuie căutate prin metode grafice. Pe măsură ce leziunile scleroase evoluează, turburările ritmului se instalează definitiv.

Pronosticul este în general rezervat, chiar atunci când starea generală se menține bună.

Dr. C. NICOLAU: *Valoarea practică a formulei leucocitare.*

Concepția triaxismului în hematologie a dat clinicianului posibilitatea de a interpreta formula leucocitară, ca un indicator biologic al luptei organismului contra infecției sau inflamației. Cercetările privitoare la rolul țesutului reticulo-endotelial și monocite, și rolul pe care acest sistem îl are în metabolismul general și imunitate, au pus în evidență valoarea monocitezei alături de stări de polimeleoză și limfocitoză.

Hemograma lui Schilling arată reacția sistemului granulocitar, limfocitar și monocitar. Cu ajutorul ei putem preciza o fază în cursul unei infecții și putem diferenția leucocitozele fiziologice și patologice.

B. THEODORESCU: *Hipotensiunea arterială esențială.*

Simptom ce are o semnificație benignă pare a fi datorit unei turburări a sistemului neuro-vegetativ, izolate sau primitive, sau secundară turburărilor de origine endocriniană.

R. H.



**A. DOBROVICI:** *Falșe tumori spasmodice ale intestinului.*

Insistă asupra frecvenței spasmului intestinului mai cu toate afecțiunile tubului digestiv, când persistă mai mult timp într'un punct al intestinului poate fi luate drept o tumoră și conduce la o laparatomie inutilă. Tumoriile spasmodice ale intestinului sunt regulate, mobile, nu dau aderente, ele se pot deplasa dela un segment la altul. Se observă la vagotonici. Diagnosticul trebuie făcut cu pericollitele masive și unele forme de tuberculoză peritoneo-intestinală.

Examenul radiologic și proba cu atropină lămuresc diagnosticul. Autorul recomandă beladona, tratamentul endocrinian și diatermia.

**H. WALTER:** *Cum să studiem valoarea funcțională a ficatului. Colemia: rezultatele comparate a celor doi țești de bază.*

Autorul consideră ca suficient dozarea pigmentului biliar al plazmei pentru dozajul colemiei. Cu ajutorul metodei lui Hijmans van den Bergh și a lui Meulengracht, autorul studiază pigmentul sanguin.

Compară apoi retenția de colorant și retenția pigmentară și după cantitatea retențiilor deduce leziunile ficatului. Astfel când ambele retenții sunt pronunțate avem un icter cronic. Când retențiile nu sunt paralele tot ne putem da sama de insuficiența hepatică. Testurile de bază constituie prima etapă a explorării funcției ficatului.

**OURY et FLORIAN:** *Privire generală asupra recto-colitelor hemoragice și purulente.*

In acest articol autorii se ocupă de rectocolitele cu leziuni superficiale, de rectocolitele hemoragico-purulente, pe care le consideră ca un sindrom dizenteric acut sau cronic, a cărui agent patogen nu este nici amiba dizenterică, nici bacilii dizenterici.

Etiologia acestei afecțiuni este necunoscută. Rectoscopia poate lămuri diagnosticul.

Vaccinarea, tratamentul cu arsenicale, spălăturile rectale și pansamentele constituie tratamentul acestei afecțiuni. In cazuri grave intervențiile chirurgicale își găsesc indicația.

**JEAN RACHET:** *Tratamentul hemoroizilor.*

Frecvența hemoroizilor face pe autor a atrage atenția asupra examenului sistematic al bolnavului ce are hemoroizi, numai după tușeul rectal și rectoscopie se poate da un tratament util. In cazuri de hemoragii se va da pomezi sau supozitoare hemostatice, clisme fierbinți, injecții sclerozante. Când durerile nu sunt însoțite de prolaps se va da repaus, supozitorii calmante și curenții de înaltă frecvență. In prezența unui prolaps inflammat și strangulat reducere manuală sau diatermie. Autorul arată acțiunea bine-făcătoare a injecțiilor sclerozante.

**HAGI PARASCHIV:** *Turburările gastrice în litiaza biliară.*

Arată că explorarea radiologică a stomacului și duodenului este de cea mai mare importanță pentru diagnosticarea turburărilor gastrice din litiaza biliară.

Examenul radiologic arată deformațiuni ale regiunii pyloro-

duodenale, peripylorite, periduodeme, compresiiuni ale regiunii prin vezicula biliară mărită de volum.

Perivisceritele și compresionile explică turburările întâlnite. Starea chimismului gastric poate da orientări ale tratamentului dietetic, hidromineral sau medicamentos.

Dr. R. Hirsch.

\* \* \*

### NOUA REVISTA MEDICALA

No. 12 Aprilie 1930.

Prof. Dr. G. MARINESCU, Dr. SAGER și Dr. KREINDLER: *Cercetări asupra turburărilor vegetative ale myasteniei.*

Lucrarea completează vederile autorilor susținute în publicațiuni anterioare despre rolul important al sistemului vegetativ în producerea fenomenelor cari caracterizează myastenia. Prin probele vegetative pun în evidență aceste turburări cari se traduc printr'o modificare a metabolismului mușchiului și a inervației vegetative.

Dr. HUERRE: *Tratamentul seboreelor în particulă al alopeciilor seboreice prin soluții sulfuroase.*

Dr. H. NOGUES: *Constipatia și tratamentul ei.*  
Articol de terapeutici.

Prof. G. BOGDAN: *Nostalgia.*

Un admirabil articol asupra acestei stări atât de răspândite, dar atât de puțin studiată.

O stare de boală cauzată de tristețea pe care o determină depărtarea de țara natală sau de adopție; o stare de vestejire cauzată de plictiseală și de dorința arzătoare de a revedea lucrurile și persoanele iubite de cari ne-am despărțit — iată definiția autorului care studiază acest „morb” în mod complet.

No. 1 Maiu 1930.

Dr. L. STROMINGER: *Unele observațiuni asupra colibacilozei urinare.*

Raport prezentat la al IV-lea Congres internațional de Urologie din Madrid, în anul acesta.

Amintește întâiu necesitatea unui examen complet și atent în anumite uretrite rebele la tratament. Din practica D-sale a pututculege numeroase cazuri de uretrite, și prostatite colibacilare cari tratate ca atare s'au vindecat. Discută apoi contagiositatea acestor uretrite și crede că femeia putând avea sindromul entero vaginal, poate transmite microbul în uretra bărbatului. Trece apoi la discutarea turburărilor psihopate cari însoțesc deseori calibaciloza. Cauza acestor turburări ar sta în exotoxina neurotropă descrisă de Prof. Vincent.

Mai trece în revistă relația între colibaciloză și apendicită, despre viitorul tinerelor fete cu colibaciloză și despre atitudinea medicului de asigurare în fața unui bolnav cu colibaciloză.

Dr. M. ARMINGEAT: *Asociația iodului și sulfului în terapeutică.*

Numește această terapeutică: thiodoterapie și îi găsește indicațiuni în tabes, reumatisme cronice emfisem, ciroze. Tot această medicație a fost folosită de autor pentru a face să dispară nodulii intrafiesieri consecutivi injecțiilor de oleiu cenușiu.

No. 2 Iunie 1930.

Prof. LEON BERNARD: *Prevenirea tuberculozei prin vaccinul B. C. G.*

Istoricul chestiunei, proprietățile B. C. G-ului, modul de aplicare, obiecțiunile și criticile sunt toate pe larg discutate. În concluziuni arată că toți medicii sunt de acord, că vaccinul trebuie administrat copiilor expuși la contagiune. Aceasta ar implica recunoașterea inocuității și eficacității vaccinului. Autorul crede în această eficacitate.

În ceea ce privește accidentele, este vaccinarea care comparată cu celelalte, dă cele mai puține accidente.

Dr. C. POENARU-CAPLESCU: *Valoarea clinică a punctului cervical frenic.*

După o expunere a lucrărilor cari s'au ocupat de această chestiune, autorul examinând atent bolnavii din practica personală, conchide că, valoarea clinică a punctului frenic și-a pierdut din importanță, putând fi găsit și la oameni normali (din 85 controlați s'a găsit la 25) precum și în alte afecțiuni ca colecistite acute, litiaza biliară, litiaza renală, pyelo-nephrite, etc. Se cere deci o revizuire a chestiunei și noi cercetări clinice și anatomo patologice.

Dr. I. R.

\* \* \*

### REVISTA DE CHIRURGIE

No. 11—12 | 929

LOEWY și P. COSTESCU: *Contribuțiuni la studiul tumorilor renale zise „hipernefroame”.* — (Lucrare din clinica chirurgicală Salpetriere, Prof. Gosset).

Originea suprarenaliană a hipernefroanelor admisă la început de către toată lumea medicală, este îndepărtată astăzi de către cei mai mulți autori, la cari se asociază și d-l L. C. cari consideră hipernefomele ca forme speciale de epiteliu renal, cu punct de plecare în celulele tubilor renali. Pot păstra mult timp caracterul tumorilor benine însă întotdeauna devin maligne, cu metastaze în alte organe.

Simptomatologia se confundă cu a celorlalte cancere renale. Diagnosticate din vreme și operate la timp pot să dea rezultate bune.

Pronosticul este grav, de oarece au evoluție lentă și ajung la chirurg prea târziu. Tratamentul trebuie să fie extirparea cât mai largă a tumorii și grăsimii lojei renale. Recidiva survine aproape întotdeauna.

Memoriul este însoțit de 4 observațiuni detaliate.

Prof. IACOBVICI: *Rezultatul a 250 rezecțiuni de stomac pentru ulcere gastrice și duodenale.* — (Comunicare făcută la al 8-lea congres internațional de chirurgie, Varșovia, 1929).

Autorul ajunge la următoarele concluziuni:

Rezecțiunea largă a stomacului și porțiunea bolnavă a duodenului este operațiunea cea mai indicată.

Anastomoza tip Péau reconstitue forma anatomică normală și asigură funcțiunile fiziologice cele mai bune; când execuțiunea acestei tehnice este imposibilă, trebuie să preferăm anastomoza Reichel.

Leziunile pancreasului sunt cauza numeroaselor complicațiuni locale și măresc mortalitatea. Când pancreasul este alterat și fuzionat cu ulcerul, trebuie să preferăm procedeul Finsterer, și este în deficit cu celelalte procedee și în caz de leziune a pancreasului.

În ulcerul perforat rezecțiunea este indicată atât cât starea generală și locală permit.

Docent Dr. MARIUS TEODORU: *O conduită operatorie față de tumorile solide înclavate în pelvis.*

Autorul recomandă o incizie pe părțile tumorii, înapoia uterului, apoi enuclearea masei centrale, urmată de histerectomie, după ce în prealabil a practicat dubla anexectomie.

În operațiile laborioase practică legătura venelor hipogastrice în mod sistematic.

Docent Dr. VALENTIN ST. IOHN. *Câteva cazuri de ileus.*

Cu trei observațiuni: ileus prin compresiune din afară, datorită unei tumori chistice în basin; ileus prin obstrucția unui calcul biliar; ileus dinamic (reflectorie), datorită ureterului care se găsea în apropiere, cunoscut de aderențe cu mezocolonul.

Dr. I. GRIGORESCU, asistent: *Tratamentul pleureziei purulente în torace închis. Procedeul cu valvă musculo-cutanată al Prof. Juvara.*

Incizia trebuie să fie făcută astfel ca drenul să fie pus la punctul decliv.

\* \* \*

### SOCIETATEA DE CHIRURGIE

Ședința din 6 Noiembrie 1929.

Dr. DAN BERCEANU: *Aparatul pentru extensia continuă în fracturile complicate ale gâmbului.*

Grație acestui aparat gamba fracturată este pusă în extensie continuă (și rămâne întotdeauna suspendată). Reducerea se menține pansamentul se face ușor, fără ca fragmentele să se deplaseze. (Aparatul este concesiionat casei Büngher de unde se poate procura).

Dr. DAN BERCEANU: *Aparat pentru reducerea fragmentelor în fracturile transversale ale oaselor lungi cu încălcarea fragmentelor (în osteosinteză).*

Acest aparat cu pârgălii manevrate de șurub, prezintă avantajul de a reduce fără traumatizare, fără a face denudarea fragmentelor, fără efort din partea chirurgului și ajutoarelor.

Conf. POENARU CAPLESCU: *Icterul conjunctival în apendicită.*

Niciodată autorul nu a pus diagnosticul de apendicită bazat numai pe icterul conjunctival și niciodată icterul conjunctival nu l'a indus în eroare. Această comunicare este o complectare a comunicărilor făcute la Paris. (Academie de Med., Paris, 29 Mars 921 și 927.

DAN BERCEANU, MARINESCU SLATINA și P. ALBULESCU: *Contribuțiuni asupra originii reacțiunilor post-operatorii (leucocitoză, febră și azothemie) și importanța lor practică din punct de vedere al prognosticului postoperator.*

Se observă la bolnavii operații o hiperleucocitoză postoperatorie. Această hiperleucocitoză este urmată de febră și de azotemie ca consecințe firești. Toate acestea sunt datorite fermenților leucocitari și substanțelor leucocitare rezultate din distrugerea în masă a leucocitelor prin liza leucocitară.

Toate aceste 3 reacțiuni sunt solidar variabile și transitorii, fiind direct proporționale cu vârsta și rezistența organică.

Prof. M. BUTOIANU și Docent DAN TEODORESCU: Prezentare de piesă: *Sarcom al mânei.*

VICTOR DIMITRIU, prezentare de piesă: *Rectită infiltrativă stenoizantă* provenită dela o pacientă, căreia i s'a făcut o rezecție a rectului și a unei părți din colonul pelvian pe cale abdomino-perineală endosfincteriană. Numai prin rezecții foarte largi făcute pe cale abdomino-perineală se pot obține vindecări, de oarece infiltrația rectului se întinde în stenoze forte sus deasupra stenozei propriu zise.

Conf. I. JIANU: *Un caz de fibrom naso-faringian, probabil degenerat, operat.*

Prezentare de bolnav.

V. SAVESCU și V. STEOPOE: *Asupra tratamentului perforațiunii ulcerului duodenal cu 2 observ. recente.* (Secție chirurgic. a instit. Clinico-Medical, Prof. Danielopol.

În ambele cazuri intervenția a fost precoce (15 ore), fără semne de peritonită.

S'a obținut vindecarea. S'a făcut ocluzionarea perforațiunii urmată de gastro-enterostomie.

Dr. M. Baculescu.

\* \* \*

## REVISTA ȘTIINȚELOR MEDICALE

(No. 4 Aprilie 1930)

Dr. C. I. GHÎȚESCU: *Supurațiile pulmonare netuberculoase.*

Autorul arată importanța de a cunoaște diferite aspecte ce poate prezenta supurațiile pulmonare, ca astfel să indicăm tratamentul boalei. Radioscopile și radiografiile luate în incidente și poziții multiple cu și fără injecții intratracheale de lipiodol ne vor lămuri de diferitele aspecte anatomo clinice ce poate lua această boală. Radioscopia va semnala o cavernă care și micșorează dimensiunile în tuse, radiografia va localiza escavația, va preciza conturul

și i va stabili rapoartele. Lipiodolul pătrunde cu greutate în abces. Arată apoi împărțirea formelor anatomo-clinic al supurațiilor pulmonare din punct de vedere anatomic, bacteriologic și evolutiv, apoi din punct de vedere patogen și etiologic și apoi din punct de vedere al sediului ce ocupă supurația în plămân.

Trece apoi în revistă metodele de tratare: 1) *Tratarea medicală* ce cuprinde: *cura igienico-dietetică* și *cura anti-infecțioasă generală*.

Antisepticile, substanțele ce modifică secreția bronchică, agenții chimioterapici se vor da după întinderea leziunilor și toleranța individuală. Cura de poziție luptă contra retenției de secreție și contra infecției secundare. Agenții biologici ca seruri și vaccinuri n'a dat rezultate bune în toate cazurile. Apoi arată avantajile curei medicale și de specialitate ca procedeul injecțiilor în căile aeriene de oleu gomenolat, dar când acestea nu folosesc se impune tratamentul chirurgical: colapsoterapia, frenicectomia, decolarea pleuro-parietală, toracoplastică, pneumotomia cu drenaj extern și lobectomia. Autorul arată că nu avem la îndemână o terapie uniformă eficientă în supurațiile pulmonare, metoda chirurgicală completează metoda medicală. Supurațiile localizate dau cea mai însemnată proporție de vindecări. Metodele chirurgicale indirecte pot aduce vindecări prelungite.

Dr. AT. IANAȘ, D-ra OPREANU și CONST. CRIVEANU: *Cercetări asupra modificărilor sanguine după cura helio-marină*.

Dau rezultatele obținute la 24 bolnavi în privința numărului globulelor roșii, leucocitozei, formulei leucocitare, formulei lui Arnetz și modificările în greutate după cura helio-marină.

Conferențiar Dr. P. TOMESCU: *Contribuțiuni la studiul stărilor emotive din punct de vedere psiho-fiziologic*.

Având în serviciu o serie de bolnavi cu Parkinsonism encefalitic, autorul urmărește contrastul dintre starea sufletească și manifestările exterioare de ordin fizic și fiziologic. Reiese că manifestările exterioare ale stărilor emotive vesele sau triste sunt o consecință a unei incitațiuni centrale.

În sindromele maniacale și hipomaniacale, autorul arată că simptomele de excitație psihică ocupă primul plan și că fenomenele organice sunt secundare excitației secundare. Studiază apoi bolnavii cu paraliză generală incipientă și ajunge la concluzia că stările emotive din cursul boalelor nervoase și mintale cât și din viața normală au un punct de plecare cerebral, psihologic.

Fenomenele fizice prin cari se manifestă stările emotive sunt o consecință a incitațiunilor pornite dela sistemul nervos central dealungul marelui simpatic.

Dr. C. BONCIU, Dr. SAVA VALENTIN și Dr. VIRGIL TH. IONESCU: *Cancerul primitiv pulmonar*.

Fac o recenzie completă asupra aspectului macroscopic și microscopic al cancerului primitiv pulmonar și comunică observația unui cancer primitiv pulmonar difuz masiv ce a dat metastaze multiple în ganglioni și organe, iar alt caz ia aspectul unui nodul unic pulmonar fără metastaze în organe sau ganglioni.

Microscopia în ambele forme avea aspectul unui epiteliom cilindric de natură bronchială asociat în primul caz cu o proliferare de elemente atipice-cordoane de celule mari gigante alături de celule cubice, cilindrice și celule mici neregulate formând noduli înconjurați de o reacție conjunctivă.

Dr. M. POPOVICI-LUPA și Dr. AURA WEINBERG: *Zece cazuri de vulvo-vaginită gonococice la fețițe vindecate cu stock — vaccin polyvalent antigonococic „Dr. I. Cantacuzino”.*

Comunică 10 cazuri de vulvo-vaginite gonococice tratate cu stock-vaccin Dr. Cantacuzino, în injecții sub-cutanee de 0—1—1,2 cc., în total 5—12 injecțiuni pe serie, dintre cari 7 cazuri s'au vindecat după o singură serie de injecțiuni. Insistă asupra acțiunii binefăcătoare a stock-vaccinului.

Dr. V. VINTICI: *Un caz de rinichiu polichistic tuberculos.*

Dat fiind raritatea observațiunii ce comunică cât și a mijloacelor de diagnostic ce au întrebunțate, cazul este interesant. Rezultatul separațiunii de urini, pyelografia și rezultatele bune ce le-a dat în acest nefrectomia, fac pe autor a atrage atenția asupra acestui caz.

(No. 5—6 | 1930).

M. GAROFEANU: *Permeabilitatea meningee.*

Insistă asupra importanței studiului permeabilității meningee din punct de vedere clinic și fiziologic, de oarece ea poate fi modificată în unele boli și diferite substanțe toxice din sânge ajunse în contrastul elementelor nervoase să le modifice și să le influențeze activitatea. Din cercetările ce s'au făcut asupra permeabilității meningee rezultă că nu toate substanțele introduse în circulația generală pot fi decelate în lichid, dar toate substanțele introduse în lichid se pot regăsi în circulația generală după un anumit timp.

Probabil există la nivelul centrilor nervoși un mecanism, o barieră care se opune la pătrunderea anumiților corpi din sânge în lichid, dar permite eșirea substanțelor din lichid în circulația generală. Modul de funcționare a acestui mecanism se poate asemăna cu a membranelor cu supapă. Alterarea permeabilității meningee din anumite stări patologice are un substrat anatomic, — probabil are loc o leziune a endoteliului capilar și a plexurilor choroide.

AXENTE IANCU și MARIA BENETATO: *Fosforul anorganic în lichidul cefalo-rachidian la copii mici.*

Autorii au căutat cu ajutorul metodei colorimetrice a lui Bell-Doissy modificată de Briggs fosforul anorganic la 34 copii mici și numai 4 au găsit fosforul mărit, aceștia erau bolnavi de sifilis congenital.

Dr. V. G. BOGDAN: *Cercetări asupra anginei reumatismale.*  
Autorul în timp de 5 ani dela 1925—1925, examinează gâtul

soldaților din Batalion II/2 C. F., Reg. 34 Obuziere și div. II/11 Căl., izolează pe cei bolnavi și ține în observații pe cei cu reacții minime ale amigdalelor.

A observat că unii dintre cei izolați după o stare anginoasă de câte-va zile făceau maladii reumatismale cu diferite localizări.

În unele cazuri angina a precedat manifestările reumatismale cu 7—8 zile, în altele treceau 2—3 luni și chiar 5 luni până la apariția reumatismului. Autorul bazat pe observațiile clinice și cercetările autorilor făcute până în prezent, crede că virusul reumatismal fixat pe amigdale caută a invada organismul și odată pătruns în organism dă bacteriemia reumatismală cu leziunile cardiace și manifestările articulare ale reumatismului.

Prof. Dr. G. MARINESCU și Dr. A. KREINDLER: *Cercetări asupra inervației reciproce cu ajutorul metodei cronaximetrice.*

Din cercetările făcute de autori reese că sistemul nervos central dispune de un mecanism de mare precizie care regulează raportul dintre excitabilitatea agonistului și antagonistului. Dar se știe că și leziunile cerebelului dau turburări ale inervației reciproce, și centri extra-piramidali sunt în legătură cu această inervație,

Pentru mecanismul normal al inervației reciproce e necesar un anumit raport dintre excitabilitățile complexelor neuro-musculare ale agonistului și antagonistului.

Autorii au studiat tulburările inervației reciproce în tetanos, parkinsonism cu ajutorul chronaxiilor și au găsit o tendință generală la mărirea a chronaxiilor cu turburările de tonus muscular în parkinsonism și o turburare a raportului normal dintre chronaxiile agonistului și antagonistului în această boală.

În hemiplegia spastică autorii găsesc cu ajutorul cronaxiilor că variațiile excitabilităților neuro-musculare, e în funcțiune de tensiunea mușchiului. Cred că metoda cronaximetrică permite de a analiza în cazuri patologice modul de funcționare a centrilor nervoși și de a urmări modificările dinamice ale acestora.

Profesor Dr. D. MICHAIL: *Paralizie unilaterală angiospastică a pateticului cu stază papilară bilaterală consecutivă unei contuzii craniene.*

Comunică observația unui bolnav care în urma unui traumatism al regiunii occipitale prezintă după o pierdere trecătoare a cunoștinței de 2 ore, cefalalgii puternice, o diplopie caracteristică parezei oblicului mare stâng și stază papilară bilaterală. Toate aceste fenomene au dispărut a 10 zi dela accident. Autorul crede că staza papilară se datorește hipertensiunii intracraniane, iar paraliza pateticului unui spasm al arterei nucleare a pateticului.

Probabil a existat la nivelul acestei arteriole o mică placă ateromatoasă care a servit ca punct iritabil al peretelui vascular și totodată ca punct de plecare al spasmului său.

Dr. A. POPEA și Dr. TRAIAN DEMETRESCU: *Tetanie și psychoză.*

Comunică cazul unei bolnave care în cursul alăptării unui



copil, face la interval de 8 zile două crize de tetanie și prezintă turburări psihice de confuzie mintală anxioasă agitată și halucinatorie.

Turburări ce au dispărut după ultima criză de tetanie. Autorii cred că turburările psihice sunt datorite șocului emotiv produs de criza de tetanie asupra unei femei în lactație.

**CARTUȚA GABRIEL:** *Prognosticul septicemiei colibacilare este agravat într'un organism cu funcțiune defectuoasă a rinichilor.*

Arată că retenția microbiană după gradul în care este realizată; poate produce evoluții diferite ale colibacilozei în sarcină. Congestia renală din timpul sarcinei prin staza sanguină deasupra obstacolului uterin întârzie eliminarea colibacililor din organism, favorizând retenția acestora în vasele renale. Pielonefritele gravide sunt datorite nu numai obstacolului uterin pe traiectul ăreterelor ci și leziunelor renale datorite sarcinei, nefritei gravide ce împiedecă eliminarea microbilor la nivelul lor. Localizarea pyelorenală a septicemiei se produce într'un organism rezistent și se prelungește atât timp cât organismul poate rezista la infecțiune.

**Dr. GH. PLACINȚEANU:** *Ruptura tendonului quadricepsului.*

Autorul recomandă ca tratament în ruptura tendonului quadricepsului sutura cât de repede după accident cu fir de Florența, ușoară mobilizare și masaj pe grupele musculare a 14 zi și utilizarea membrului operat după a 20 zi.

**Docent Dr. ILIE PITICARU:** *Considerațiuni asupra unei patogenii unitare în hipertensiunea arterială permanentă de aspect esențial.*

După ce arată părerile și studiile făcute spre a explica patogenia hipertensiunii arteriale permanente, autorul ajunge la concluzia că hipertensiunea arterială permanentă constituie o adapțiune, fie o perturbare a organismului la o serie de alterațiuni patologice.

Modificări umorale ca hiperglicemia, hyperadrenalinemia provoacă o excitabilitate excesivă a simpaticului vascular și a centrului vaso-motor ce întreține o hiperactivitate cardio-arterială permanentă ce e însoțită de o contracțiune generalizată arterială și arteriolară permanentă.

Cauzele ce fac aceste modificări umorale și de hiperexcitabilitate nervoasă sunt diferite, dar felul de reacțiune al organismului este unitar prin hipertensiunea arterială permanentă.

**Dr. I. BALTEANU și Dr. I. ALEXA:** *Asupra unei epidemii de febră tifoidă într'o colonie de vară.*

Intr'un articol complex din punct de vedere epidemiologic și profilactic, autorii arată în ce fel a izbucnit o epidemie de febră tifoidă într'o colonie școlară. În total s'au înregistrat 8 cazuri de febră tifoidă. Cu toată probabilitatea primul și al doilea caz s'au infectat prin fructe verzi în cursul excursiunii făcute în regiunea Ağaș.

Celelalte 6 cazuri sunt datorite contactului cu primul caz. Limitarea epidemiei se datorește în parte faptului că 28 eleve au fost vaccinate cu 2 ani înainte.

Autorii recomandă vaccinarea prealabilă a participanților coloniei contra febrei tifoide, ce constituie și o măsură profilactică preventivă. Recomandă de asemenea ca coloniile mai mari să fie însoțite de un medic ce ar supraveghea colonia.

**E. LAZEANU și M. BRANCOVICI:** *Tumoare mediastinală tratată prin radioterapie.*

Comunică observația unui bolnav ce prezenta o tumoră mediastinală, probabil de natură neoplazică care după 12 ședințe de radioterapie prezintă o diminuare de volum a tumorei, și ese din spital ameliorat. Dat fiind radiosensibilitatea tumorei, autorii cred că este vorba de o tumoră de natură limfosarcomatoasă.

**Dr. AUREL DRAGOȘ:** *Rezultatele metodei lui Leriche în 2 cazuri de ulcere cronice ale gambei și maleolei.*

În 2 cazuri de ulcere cronice ale gambei fără varice, autorul cu ajutorul simpatectomiei perifemorale și excisiei în bloc a ulcerului a obținut vindecarea.

Autorul urmărește totuși cazurile spre a vedea dacă vindecarea se menține.

**Docent Dr. GH. PLACINȚIANU:** *Filtrate microbiene în tratamentul local al infecțiunii puerperale.*

A întrebuițat filtratele microbiene cu streptococ produse de Laboratorul Prof. I. Cantacuzino în infecțiuni post-partum și după avort, făcând pansamente locale uterine cu acest filtrat. Din ziua utilizării filtratului, starea clinică și locală se ameliorează. Filtratele microbiene întrebuițate imediat după ivirea simptomelor infecției puerperale s'au arătat eficace în tratamentul febrei post-partum și post-abortum.

**Dr. TRAIAN KATZ:** *Pyelografia intra-venoasă cu uroselectan.*

Cu ajutorul uroselectanului injectat pe cale intra-venoasă, se pot obține röntgenologicește o imagine clară a rinichilor cu bazine și uretere.

Se înlesnește astfel diagnoza și indicațiile operatorii și ne scutește de intervenția cistoscopului și a cateterismului ureteral. Pie-lografia intra-venoasă este o probă röntgenologică a funcțiunii rinichilor și o probă fiziologică a aparatului de eliminare a rinichilor. Cu ajutorul ei se poate studia fiziopatologia bazinei și a ureterelor.

**Dr. P. G. MANTZOROS:** *Reacțiunea Venres. — Technica și avantajele metodei. — „Sifilimetria“ baza tratamentului antisifilitic.*

După un istoric al etiologiei sifilisului, al reacțiilor serologice ale sifilisului, autorul arată valoarea și superioritatea sero-floculației lui Vernes în sifilimetrie, în tratamentul și profilaxia sifilisului.

Dr. R. H.

\* \* \*

Prof. Dr. N. ZAHARESCU CARAMAN: *Diagnosticul timpuriu al sarcinii prin metode biologice* (Rom. Med. No. 3/1930).

Autorul trece în revistă toate procedeele biologice ce stau astăzi la dispoziția clinicianului pentru precizarea diagnosticului de sarcină, oprindu-se la cercetarea hormonului hypofizor, care s'a dovedit în mod experimental a da rezultate pozitive în 98% din cazuri.

Acest hormon apare în sângele gravidei și se elimină prin urina din primele zile după concepție. Eliminarea se menține în platou în timpul sarcinii, diminuează în luna a 8-a și dispăre după naștere.

Nu expune la erori nefiind prezent decât în sarcină.

Constatarea se face injectându-se la șoareci femele inpubere urine de femeie presupusă gravidă în 3 zile consecutive (Zondek și Askeim) și se cercetează în urină secrețiunile vaginale și la rigoare se sacrifică animalul, căutându-se să se vadă modificările produse.

Dr. BALTACEANU: *Tratamentul meteorismului abdominal (Flatulența)*, (Rom. Med. No. 3/1930).

Autorul expune cu deosebită competență tratamentul meteorismului abdominal.

Dr. VINEA și IORDANESCU: *Tratamentul paraliziei faciale periferice prin ionizare intraauriculară cu iodur de potasiu* (Rom. Med. No. 3/1930).

Citează metodele întrebuițate azi în tratamentul paraliziei faciale, oprindu-se la procedeul ionizării intraauriculare. După metoda Bourguignon, întrebuițând soluție de iodiu de potasiu 2%.

Expun detaliat modul de aplicare, terminând prin citarea rezultatelor bune obținute în 5 cazuri personale.

Prof. Dr. BACALOGU: *Lecțiuni de deschidere a cursului de anatomie patologică*.

Autorul citează numeroasele capitole din anatomia patologică a bacteriologiei de care Prof. Babeș, ilustrul său predecesor, și-a legat numele.

Arată prodigioasa lui activitate care l-a făcut să fie trecut printre savanța lumii.

Apoi, demonstrează prin exemple culese din experiența personală strânsa legătură între clinică și anatomia patologică. Arată că această știință nu este o anexă a medicinei ci este una din bazele ei (Laennec).

Ea a fost de multe ori punct de plecare a multor cercetări de fiziologie ducând la descoperiri ce înseamnă pași giganți în dezvoltarea medicinei.

Dr. I. CERNA: *Valoarea terapeutică a bismutului în sifilis*, (Rom. Med. No. 4/1930).

Autorul arată eficacitatea tratamentului bismutic în sifilis, judecând după: 1) Acțiunea lui spirocheticida; 2) Acțiunea lui clinică; 3) Acțiunea lui asupra reacțiunilor serologici și eventual a lichidului cefalorachidian și ajunge la concluzia că bismutul se clasează ca eficacitate după arsenic și înaintea mercurului.

Milian le dă coeficiențele următoare  $As=10$   $Bis=7$  și  $Hg=4$ , iar Gougerot  $As=10$ .  $Bis$  8.  $Hg$  6.

Conf. Dr. E. CRACIUN: *Lupta anticanceroasă. Centru anticanceros al împrejurimilor Parisului*, (Rom. Med. No. 4/930).

Institutul din Villejuif dispune afară de laboratoare de o secțiune spitalicească și o secție socială.

Secțiunea socială are sarcina propagandei anticanceroase. În această luptă medicii sunt ajutați de infirmierele vizitatoare și dispensarii.

Acest centru are întinsele rețele de consultațiuni și dispensarii cu ajutorul cărora se depistează și se triază bolnavii.

Franța posedă în total 18 centre anticanceroase, din care 6 în Paris, dispunând de cea mai puternică organizație anticanceroasă.

Prof. Dr. C. IONESCU MIHAESȚI: *Lección de deschidere a cursului de Bacteriologie*, (Rom. Med. No. 5/930).

Autorul arată vasta activitate științifică a predecesorului său Prof. V. Babeș, prin care și-a asigurat loc de frunte printre savanții lumii, aducându-i omagiul respectului său.

Face istoricul microbiologiei, insistând asupra epocii lui Pasteur, care este epoca de aur a acestei științe.

Ajungând la epoca actuală a germenilor filtrabili, își manifestă speranța în posibilitatea apropiată a cultivării lor, fapt care va deschide o nouă eră fecundă pentru microbiologie.

Dr. SĂRĂȚEANU EM. FL.: *Tratamentul lichenului plan*.

Dr. HORIA SLOBOZIANU: *Tratamentul boalelor aparatului respirator*, (Rom. Med. No. 5/930).

Autorul arată ultimul cuvânt al teraputiceii infantile în afecțiunile aparatului respirator (coriză, pneumonii, pleurezii și tuberculoză pulmonară).

Conf. Dr. P. TOMESCU și IONESCU BUCȘANI: *Cercetări experimentale asupra extractului pancreatic dezinsulinizat*, (Rom. Med. No. 6/930).

După un scurt istoric al chestiunii, autorul expune rezultatul cercetărilor experimentale făcute pe 20 indivizi, cu extract pancreatic dezinsulinizat (Angioxil).

A întrebuițat procedeul pletismografic, iar extractul la administrat pe cale intravenoasă.

Autorii au obținut următoarele rezultate: După 20 secunde dela injecție se produce o vasoconstricție periferică care durează cam 25 secunde, urmează apoi o vazodilatație generală de mai lungă durată 45 secunde și în fine a 3-a fază de vazodilatație moderată persistentă.

Așa intervine angioxilul în primul timp al tratamentului hipertensiunii, acțiunea sa trofică vasculară intervenind mai târziu.

Conf. Dr. BALTACEANU: *Tratamentul hemoptiziilor*, (Rom. Med. No. 6/930).

Docent Dr. I. PAVEL: *Injectiile sclerozante în tratamentul hemoroizilor*, (Rom. Med. No. 6/930).

Autorul expune procedeul injecțiilor sclerozante Bensaude.

Injecțiile se fac în țesutul interstițial al canalului anal cu o soluție comercializată sub numele de Kinureea. Travial sau Scleroserum a lui Delater.

Tratamentul e absolut inofensiv și ambulatoriu.

Dr. H. ANGELESCU: *Pneumotoracele în tuberculoza pulmonară*, (Rom. Med. No. 6/930).

Autorul trece în revistă toate formele de tubercuză pulmonară în care pneumotoracele este indicat, ca și contraindicațiile nete.

În concluzie autorul arată că pneumotoracele este tratamentul cavernelor și procedeelor cazeoase extensive localizate.

Dr. ZOLTAN PECSI: *Triphal în lupusul eritematos*, Rom. Med. No. 6/930).

Citează două observații de lupus erimatos, în care tratamentul cu triphal a dat bune rezultate. A asociat triphalului aplicațiuni de raze ultraviolete.

Dr. R. KERNBACH: *Un caz de ruptură uterină în fața Curții cu Jurați*. (Rom. Med. No. 6/930).

Autorul citează cazul unei femei gravide care a făcut o ruptură uterină în urma unor lovituri în reg. abdominală aplicată de soțul ei.

Starea bolnavei a fost agravată de o spălătură al cărei lichid a pătruns în întregime în abdomen.

Autorul când a fost chemat, peritonita era constituită, iar la 3 zile a survenit moartea pacientei.

Menționarea pe certificatul de deces a echimozelor ce constatase, a dus cazul în fața Curții cu Jurați.

Autorul se întreabă dacă soțul victimei putea să invoce secretul profesional, cerându-i să nu menționeze echimozele.

Mai departe propune că în procedură să se introducă un articol care să oblige pe magistratul instructor să discute actul medico-legal, înainte de a lansa mandatul de arestare, cu medicul legist și medicul curant dacă există. În mod excepțional medicul legist și medicul curant să fie aduși în fața Curții spre a da lămuriri.

Dr. Teodoru.

\* \* \*

## SPITALUL

No. 5 | 930.

Conf. Dr. DUMITRESCU MANTE: *Examen de laborator într'un caz de intoxicație acută cu acid acetic. Azotemie puternică cu rezerva alcalină mărită fără semne urinare.*

Cu ocazia unui caz de intoxicație acută prin acid acetic, autorul a constatat că ea a provocat o mare deperdiție salină a organismului, din cauza vornismentelor incoercibile. În felul acesta toxicul s'a eliminat repede, rinichii nesuferind nici o acțiune nocivă și s'a instalat un sindrom azotemic cu R. A. mărită, nu diminuată ca de obicei, faptul fiind explicabil prin declorurația masivă a organismului.

Dr. TOPA: *Activitatea medicală pe anul 1929, la dispensarul „Sf. Elena”.*

M. ILIESCU și MIRCEA CONSTANTINESCU: *Asupra unui caz de luxație a astrogalului.*

Reducere manuală prin flexiunea dorsală a piciorului și aducție forțată. Imobilizare 20 zile.

TH. DUMITRESCU și ȘTEFANOIU: *Erizipel repetat și recidivă de scarlatină.*

E vorba de o infirmieră care în 9 ani a avut 12 recidive de Erizipel și care face o scarlatină. Aceasta poate să fie de natură *autogenă*, prin transformarea în situ a streptococului erizipelului, spre caracterele presupusului streptococ scarlatinos.

Dr. S. SFINȚESCU: *Patru ani de activitate a laboratorului de radiologie a Spitalului Central de maladii mintale și nervoase din București.*

Dr. AL. SEIMEANU și C. ADAMEȘTEANU: *Reflexiuni asupra unui caz de dilatație acută a stomacului.*

La o intervențiune practică pentru o ocluzie acută intestinală, autorii au avut surpriza să găsească o dilatație acută a stomacului.

După câteva considerente patogenice, ei ajung la concluzia că tratam. medical (spălături stomacale și poziția genu-pectorale), dau rezultate mult superioare operațiunii.

L. BOCA: *Radioterapia în tratam. sciaticiei.*

Se expun 10 observațiuni clinice tratate după metoda Dr. Dănulescu, în care prin radioterapie s'au obținut vindecări complete.

Dr. C. CHIRICESCU: *Abcese și fistule ano-rectale.*

Expune o admirabilă punere la punct a chestiunii și dă o statistică făcută în servic. chirurgical al prof. Hartmann dela spitalul „Hotel—Dieu” din Paris.

No. 6 | 930.

Prof. A. JIANU și Dr. I. JOVIN: *Raport asupra activității centrului anticanceros atașat Clinicei III Chirurgică din București, (28. V. 928—Mai 930).*

În 2 ani s'au tratat 84 cancere uterine și 111 tumori maligne cu localizări diferte. Timpul fiind prea scurt, autorii nu fac nici o apreciere asupra vindecărilor definitive.

Prof. D. NEGRU: *Invățământul radiologiei medicale în România.*

Conf. Dr. P. TOMESCU și E. RUSSU: *Cercetări experimentale asupra acțiunii terapeutice a Harminei asupra sindromului catatonic.*

Harmina este un alcaloid extras dintr'o liană — Pegamum Harmala — ce crește în America de sud. Efectele ei sunt identice ca ale *Banisterinei* — un alt alcaloid extras din *Banisteria Capi* — liană ce se găsește extrem de rar și e foarte scumpă.

Se administrează în injecții subcutanate — 0,02 ctgr. — cel mult. Prin acțiunea asupra sist. nervos central și în special asupra nucleilor *optostriați*, Harmina produce o relaxare a musculaturii voluntare și o suplire a nitregei motibilități. Efectele bune obținute în rigiditatea Parkinsonismului și catonia schizofrenică, ne pun la îndemână un util medicament în aceste maladii. Efectele sunt pasagere.

Dr. C. STOIAN și Dr. C. COSTESCU: *Tratamentul chirurgical al plăgilor cranio-cerebrale și al sechelelor lor.*

Autorii relatează observația unei plăgi cranio-cerebrale, unde intervenindu-se în primele ore, bolnavul se vindecă per primam.

Insistă asupra necesității intervenției de urgență, singura care ferește pacientul de complicațiile meningo-encefalice.

Dr. A. IANAȘ: *Contribuțiuni la studiul trepanației decompressive în traumatismele cranio-encefalice închise.*

Dr. EMIL S. GRAUR: *Maladia lui Schlatter-Osgood.*

Această maladie se caracterizează prin fractura apofizei tibiale anterioare și se diagnostichează numai cu placă radiografică. Apofiza tibială anterioară nu este altceva decât apofiza cartilaginoasă ce unește ca o punte epifiza sup. a tibiei cu diafiza ei, și a cărei osificare se face între 12—25 ani. Maladia lui Osgood este frecventă în timpul pubertății (12—20 ani) tocmai când se face osificarea apofizei și se observă mai des la sex masculin.

Autorii în articol descriu cazuri de asemenea maladie, de origină traumatică și cu aspect radiologic variat.

Dr. B. ROZENKRANZ: *Două cazuri de erupție dentară la naștere.*

Intr'unul din cazuri R. W. a fost + en sânge.

Dr. I. Vasilescu.

## B. — SOCIETĂȚI ȘTIINȚIFICE

### SOCIETATEA ROMÂNĂ DE NEUROLOGIE PSIHCHIATRIE, PSIHOLOGIE ȘI ENDOCRINOLOGIE

— Secțiunea Iași —

Sedința din 15 Decembrie 1929.

D-l Profesor Dr. PARHON și D-na Dr. CARAMAN: *Coree post-scarlatinoasă.*

Bolnava prezentată e în vârstă de 17 ani; are în antecedentele heredo-colaterale, 2 cazuri de coree; în antecedentele personale amigdalită. Anterior afecțiunii actuale face scarlatină. La 5 săptămâni, dela debutul acesteia, după o emoție, bolnava intră într'o stare de obnubilăție timp de o oră. Apoi o stare confuzională, din cari revine rămânând însă cu mișcări coreice foarte intense. La intrare în spital are: turburări accentuate în mers — își lungește membrul, făcând extenzie, apoi revine cu o mișcare bruscă — greutate în vorbire datorită mișcărilor limbei; prezintă o formă specială de reflex rotulian — la percuția tendonului tricepsului, membrul rămâne câteva momente în extenzie; Bolnava are și insuficiență mintală. Vârsta bolnavei, intensitatea simptomelor și forma specială de reflex rotulian spun că nu e vorba de obișnuita coree Sydenham. Faptul că coreea a apărut în timpul scarlatinei, nu decide existența legăturii etiologice între aceste 2 afecțiuni. Poate fi vorba numai de coincidența acestora? Leziunea cardiacă a bolnavei ne face să întvedem posibilitatea unei a treia infecțiuni — unui rheumatism. Sunt trei infecțiuni? sau un virus ce îmbracă forme diferite și dă leziuni diferite? Factorul emotiv intervine și în cazul nostru. Deci din complexul etiologic apare factorul infecțios, emotiv și constituțional; Bolnava e ușor hipertiroidiană — sunt cunoscute observații de asociație Basedov cu coree. Vedem și predispoziția hereditară la coree.

De notat e tratamentul care și în cazul acesta a dat rezultate excelente.

D-l Dr. D. BALLIF aduce un caz de *pseudo-paralizie generală malarică.*

E vorba de un bolnav care intră în spital pentru turburări în mers. La prima impresie se dă diagnosticul de tumoare cerebrală sau bulbară. Reexaminat însă se remarcă alături de turburările în mers. dezorientare și disartrie ca în P. G. P. În sânge: Wassermann negativ, anemie marcată (3 mil. globule roșii) și fosforul crescut



(prin distrugere globulară). Antecedentele luminează diagnosticul — simptomele nervoase au apărut după 2 săptămâni de paludism acut. Tratamentul cu chinină în curs aduce ameliorare progresivă.

În legătură cu acest caz citează observația unei bolnave cu turburări cerebeloase și o ataxie a globilor oculari — adevărate mișcări coreiforme a acestora, — net deosebite de mișcările de nistajmus. Tratamentul antimalaric vindecă bolnava.

În etiologia adeseori obscură a maladiilor nervoase sau min-tale și în deosebi în terapeutică acestora, — diagnosticul de malarie — aduce rezultate ideale.

*D-l Dr. Tudoran* amintește localizarea parazitului în sânge și sistemul reticulo-endotelial. Această ultimă localizare se observă macroscopic pe creier de malaric, încât encefalul unui astfel de bolnav se aseamănă cu o piesă injectată cu cerneală de china pentru demonstrația topografiei sistemului reticulo-endotelial. Prezența în capilare a plasmodiului ar suprima poate funcția nutritivă a unor regiuni, determinând turburări nervoase.

*D-l Profesor Dr. Parhon* vorbește de prezența pigmentului malaric în țesutul reticulo-endotelial chiar în malarie fără turburări nervoase.

Dacă forme nervoase de malarie într'o țară eminentemente paludică ca a noastră sunt relativ rari — e datorită imunității ce o dă malarie indigenă. Malaria de import este aceea ce determină astfel de sindroame.

Citează cazuri cu aspect clinic de meningită t. b. c. determinate tot de plasmodium.

*Dr. Ballif*, adaugă că malarie inoculată terapeutic n'a produs turburări nervoase.

Revine asupra patogeniei turburărilor nervoase în paludism. Întreabă dacă nu e vorba de obținerea unor capilare prin aglutinarea globulelor roșii. Aceasta ar putea explica de ce persistă turburările nervoase după ce pigmentul și parazitul s'au îndepărtat.

*D-l Profesor PARHON, Dr. BALLIF și D-na Dr. CARAMAN:*  
*„Un caz de acromegalie”.*

Cefalalgia accentuată, turburări în vedere și o creștere pronunțată a extremităților aduce pe femeia A. G. în clinica neurologică. E în vârstă de 20 ani, tatăl specific. În mica copilărie a avut malarie. Menstruată la 12 ani. La 16 ani a suferit un traumatism cranian.

Maladia a debutat în timpul gravidității cu dureri de cap, dureri ce au devenit continue și mai intense după naștere, când se adaugă un nou simptom — o creștere progresivă a extremităților, — degetul nu mai trece prin vereghetă, ghețele nu mai încap. În starea prezentă remarcăm: durerile de cap continue în regiunea frontală, iradiind în orbite, în restul cutiei craniene, în maxilare și în lungul coloanei vertebrale până la vertebra IV-a dorsală; are ușoară exoftalmie stângă cu strabism extern, pupila dilatată, acuitatea vizuală scăzută de această parte. La examenul oftalmoscopic papila palidă cu început de atrofi. Extremitățile mari (aspectul tipic

din acromegalie). Măinile sunt însă relativ scurte, degetele ating abia pliul fessier (distrofie hipofizară). Fața e largă, malarele proeminente, nasul și urechile mărite, buzele îngroșate, toracele globulos cu emfizen pulmonar, mamelele dezvoltate cu areola pigmentală și tubercului lui Montgomery proeminenți. Are secreție lactată deși nu mai alăptează de un an. Este amenoreică; menstruația a revenit numai pentru 2 luni.

Radiografia craniană indică prezența unei tumori hipofizare și o îngroșare a oaselor corpului.

Cazul acesta evidențiază încă corelația glandelor endocrine și independența de acțiune a celor 2 hormoni hipofizari.

Asupra debutului afecțiunii în timpul gravidității trebuie să facem rezerve de oarece din fotografia anterioară a bolnavei vedem că era o hipofizară netă și copilul chiar prezintă extremitățile mari. Sarcina poate că a adus o exacerbare a sindromului.

D-1 Dr. L. BALLIF: „*Harmine Merk*” în terapeutică parkinsonismului postencefalitic nu este superioară scopolaminei. Efectul ei sedative e mult mai slab de o durată mică și produce uneori obnubilaje.

#### Sedința din 24 Ianuarie 1930

D-1 Profesor PARHON și D-na Dr. ZOE CARAMAN: „*Un caz de trofie musculară masivă, cu caracter regresiv, de natură medulară.*”

Un bolnav în vârstă de 19 ani, prezintă *aspectul unui miopatic*: facies asimetric, cu șanțurile șterse, și deschiderea palpebrală mărită la dreapta „*scapulae alatae*” talie de viespe. Mușchii membrilor superioare atrofiați. Pectoralii reduși cu totul de volum. Umerii sunt căzuți și îndreptați înainte. Partea anterioară a toracelui face impresia că e puțin excavată din cauza atrofiei musculare și a poziției ce a luat articulația umerală. Turburările au apărut cu încetul, opt luni în urmă, debutând cu degetele dela membrele superioare și mergând progresiv spre rădăcina membrilor. Bolnavul la început scăpa lucrurile din mână, apoi nu a mai putut scri, nu s'a mai putut hrăni singur. Orice mișcare a membrilor superioare a devenit imposibilă. Turburările au trecut și la membrele inferioare, dar într'o măsură mult mai mică. Mersul era nesigur, atrofia puțin marcată. Ameliorarea s'a manifestat întâi la membrele inferioare. Bolnavul intră în spital cu turburări de motilitate numai la membrele superioare: mișcările degetelor și ale mâinei nu se mai pot efectua. Bolnavul nu poate flexa antebrațul pe braț, nu poate ridica brațele. Reflexele tendinoase și osoase sunt exagerate. Reflexul rotulian e pendular. Se observă clonusul piciorului. Babinski absent. Culcând bolnavul și spunându-i să se ridice, el îndeplinește acest act în mod normal, *nu se ridică ca un miopatic*. I se face injecții cu stricnină. La trei săptămâni după intrarea în spital, se observă o revenire a mișcărilor fine ale degetelor. La o lună jumătate după internare, bolnavul poate flexa antebrațele și ridica brațele. Forța

musculară, nulă când s'a prezentat la spital, acum este 35 la dreapta și 40 la stânga. (Jumătatea dreaptă a corpului a fost dela început mai atinsă ca cea stângă. Atrofia musculară cedează la membrele superioare, rămâne totuși marcată la partea anterioară a toracelui.

Cu tot aspectul de miopatie, bolnavul nu are o miopatie primitivă. Atrofia musculară alături de reflexele exagerate și clonus, pledează pentru o atingere a coarnelor anterioare și a căei piramidale.

Caracterul regresiv al atrofiei este de o importanță deosebită în acest caz. Turburările sunt probabil datorite unui proces infecțios meningeal, de natură reumatismală sau poate în legătură cu nevraxita epidemică.

D-l Dr. BALLIF și D-l Dr. C. VASILESCU: *Miopatie primitivă și exagerarea reflexului cremasterian.*

Un bolnav cu miopatie primitivă prezintă hipertrofia gambelor. Gambele sunt în flexiune pe coapsă; se observă o retracție tendinoasă foarte accentuată. Reflexul cremasterian este net exagerat.

D-l Dr. BALLIF: *Atrofia musculară de natură nevritică și turburări funcționale.*

O tânără fată prezintă o ușoară atrofie musculară la extremitățile membrelor și dureri pe traiecul nervilor. Reflexele tendinoase sunt exagerate. E un proces nevritic pe cale de ameliorare. Bolnava, de constituție picnică, e o insuficientă tiroidiană. Prezintă turburări în mers, care nu sunt caracteristice polinevritei. Există o jenă în mișcările membrelor inferioare, pe care bolnava o exagerează, prezentând un fel de a pași „sui-generis”. E un proces psihic supra-adăogat, fie că bolnava e convinsă că nu poate merge decât în felul acesta, fie că voește cu aceasta să atragă atenția și bunăvoința celor din jurul său.

D-l Profesor Bacaloglu amintește opinia profesorului Marinescu, care susține că isteria are un substrat anatomic.

D-l Profesor Parhon combate această teorie, susținând că fenomenele isterice sunt acte pe care bolnavul le execută conștient, cu voință, în vederea unui interes personal.

D-na Dr. ZOE CARAMAN: *Afazie totală fără hemiplegie.*

O bătrână de 60 de ani a avut înainte de a intra în spital crize de afazie care durau dela un sfert de oră la o jumătate de ceas. Pe urmă își revenea complect. Penultima criză a durat o jumătate de zi, bolnava rămânând în urmă cu o ușoară dizartrie și o hemipareză dreaptă puțin pronunțată. Cu aceste fenomene intră în spital, unde, după câteva zile, are o stare de obscurilație cam de o oră, rămânând cu o afazie totală. Din antecedente se menționează tifosul exantematic și o erupție cutanată, care a cedat în urma unui tratament specific. În prezent, bolnava nu are turburări de motilitate. Reflexele sunt normale, afară de cel rotulian care e puțin exagerat de ambele părți. Babinski absent. Cazul este caracteristic prin absența hemiplegiei.

Urinele normale. Ureea în sânge 0,54. Wassermann negativ. Se presupune o leziune temporo-parietală.

*D-l Profesor Parhon* demonstrează afazia totală a bolnavei, constatând și un grad de agnozie.

*D-l Profesor Bacaloglu* insistă asupra leziunii ramurilor silviene și asupra leziunilor din insula Reil, găsite în afazie.

*D-l Dr. MAREȘ CAHANA: Nevraxită epidemică formă joasă și turburări psihice.*

O bolnavă în vârstă de 34 de ani, după o perioadă de somnolență, prezintă rigiditate și mers spastic. E auxioasă, se plânge că că e însărcinată și așteaptă cu groază să nască în curând.

Bolnava, deși amenoreică, nu e gravidă. După tratament se ameliorează din punct de vedere romantic. I se face injecție cu urină de femeie gravidă. Se observă psihicește o ameliorare, nota delirantă dispăre.

*D-l Profesor Parhon* insistă asupra delirului bolnavei, care are o notă sexuală, în legătură probabil cu centrul bazilar lezați.

*D-l Profesor Bacaloglu* amintește polimorfismul nevraxitei epidemice, insistând asupra formelor periferice.

*D-nii: Dr. BALLIF, M. CAHANE și POP: Hemiparkinson și melancolie.*

Un bolnav în vârstă de 32 de ani, de constituție athletică, prezintă un hemiparkinson drept, encefalitic.

Face o melancolie gravă și se sinucide. Din lucrările unui mare număr de autori, reiese că turburările psihice sunt frecvente în nevraxita epidemică.

*D-l Profesor Parhon* citează un caz observat cu D-na Caraman, unde era vorba de un parkinsonian encefalitic, care a făcut o melancolie auxioasă și s'a sinucis. Melancolia s'ar explica în cazurile acestea, prin atingerea centrilor afectivi de către virusul encefalitic.

*Dr. Z. Caraman.*

Ședința din 16 Martie 1930.

*Prof. C. PARHON și D-na ZOE CARAMAN: Paraplegie și mutism isteric* la o elevă din liceu, de 12 ani. Paraplegia a apărut brusc după o pleurită.

La o săptămână după aceasta, pacienta rămâne cu mutism. Mutismul a survenit cu ocazia aplicării punctelor de foc ca tratament al pleuritei. Fetița declară că s'ar fi speriat când a văzut flacăra. Din examenul neurologic de reținut că bolnava are un mutism complet, ea nu pronunță nici un cuvânt, însă înțelege orice se vorbește și răspunde prin scris. Mimica este păstrată.

Paraplegia este flască cu reflexele exagerate. Nu există semnul lui Vrabiceski. Prezintă tulburări de sensibilitate masivă ce se oprișe la nivelul arcadelor crurale. Ințeparea puternică cu un ac produce dilatarea pupilelor. Radiografia coloanei vertebrale este normală.

În urma psihoterapiei complectată cu o ședință de curenți faradici, pacienta este vindecată de paraplegia și mutismul său. Se discută asupra temperamentului emotiv al acestei bolnave, emoti-

vitare exagerată încă prin faptul că se află în preajma pubertății. De asemeni bolnava are o hiperexcitabilitate neuro-musculară semnul lui Chwostek și Weis apărând la cea mai ușoară excitație. Pacienta este o hipertiroidiană; metabolismul basal crescut cu 12,81%.

### DISCUȚIE:

*Dr. L. Ballif*, amintește că recent autorii fac deosebire între pitiatism și isteria veche. D-sa spune că isteria unită cu encefalita este bazată pe un substrat organic și își așteaptă numele.

Pentru isteria comună D-sa e de părere că bolnavii ce prezintă această afecțiune sunt niște simulanți.

În ceea ce privește semnul lui Chwostek, D-sa afirmă că acest semn se poate obține la persoanele emotive ce au un ușor grad de anemie. Acest semn pe de altă parte poate lipsi în multe cazuri de tetanie latentă.

*Dr. M. Derevici* nu neagă importanța emoției în apariția isteriei, totuși se întreabă de ce nu toți emotivii fac isterie.

D-sa citează că semnul lui Chwostek este prezent la copiii care plâng și pentru apariția lui nu-i necesară anemie.

*Prof. C. Parhon* spune că cheștiunea isteriei este una din cele mai obscure probleme ale neurologiei. Se poate admite în patogenia isteriei rolul terenului, al emoției, al disociației cortico-ganglionare, rolul interesului și al sugestiei.

Apoi D-sa examinează pe rând, începând cu rolul terenului.

Exagerarea reflexelor, semnul lui Chwostek, dezechilibrul datorit pubertății ar fi atâtea puncte care ar explica oarecum fenomenele isterice în cazul pacientei prezentate. Amintește că Debowe prezentase o femeie cu isterie apărută după castrajie. Savini crede că isteria este un sindrom de insuficiență ovariană. Prof. C. Parhon e de părere că hipertiroidia favorizează apariția isteriei. Totuși cu toate acestea se întreabă cum un dezechilibru endocrinian ar putea produce paraplegia.

Emoția ar putea oarecum explica mutismul căci e cunoscut fenomenul că spaima amuțește. Durata mutismului s'ar putea explica pe calea sugestiei.

D-sa mai invocă un alt mecanism ce ar fi putut determina acest mutism. Pacienta ar fi avut interesul de a demonstra în acest mod familiei că un asemenea tratament (punctele de foc) nu este bun. În acelaș mod bolnava având amorțeli și dureri în membrele inferioare a putut crede că va rămâne paralizată. În acest caz inervația conștientă a unor regiuni anumite ar face să se presupue că ar fi un mecanism de voință nu de sugestie.

Teoria disociației cortico-ganglionare nu este aplicabilă în cazul de față, copila fiind destul de inteligentă.

Cât despre cazurile de isterie la encefalitici pentru D-sa acestea ori nu sunt isterie sau sunt asociații.

Cel mai verosimil factor în patogenia isteriei rămâne *interesul*.

În ceea ce privește semnul lui Chwostek, deși acesta se găsește și înafară de tetanie, ori poate lipsi în tetanie rămâne totuși unul din semnele tetaniei.

Problema este de a ști dacă acest semn arată o insuficiență paratiroidiană.

D-sa a văzut dispărând semnul lui Chwortek și al lui Trousseau la o bolnavă cu cataractă juvenilă și hipocalcemie după tratamentul paratiroidian.

*Dr. Moise* amintește de posibilitatea apariției isteriei în dezechilibrul vago-simpatic.

*Prof. Parhon* se întreabă în ce mod un dezechilibru vago-simpatic ar produce isteria.

*Dr. L. BALLIF: Turburări respiratoare de natură isterică la un adolescent.*

Tulburările acestea apar brusc și se manifestă sub formă de accese la ore fixe. În momentul accesului, bolnavul are o atitudine încovoiată, prezintă o respirație șgomotoasă cu dispnee. Graficul respirației se aseamănă cu graficul respirației copiilor encefalitici. În timpul cât a fost internat în spital, bolnavul inoculat cu malarie în mod experimental a simulat un acces febril, 40° prin frecarea termometrului.

Nivelul psihic inferior a determinat pe acest tânăr să se retragă dela școală singur și să-și creeze o stare de boală prin care să atragă atenția asupra sa. Bolnavul profită de pe urma infirmității ce și-o impune, el pe deoparte sustrăgându-se dela viață, școală și fiind bine îngrijit în spitale.

D-sa mai citează faptul că pacientul refuză ospitalizarea în servicii de neurologie și ovină să se interneze în alte servicii, unde unde i se dă mai multă atenție.

## DISCUȚIE:

*Dr. Jules Nițulescu.* Dacă isteria este o simulare, de ce nu se găsește mai frecvent orice om putând să simuleze. D-sa se întreabă dacă nu este vorba de anumită predispoziție analoagă cu aceia ce o are de exemplu un poet de a face anumite asociații pe care ceilalți nu le putem face?

*Prof. Parhon* remarcă că dispneea bolnavului a dispărut în timpul mersului. Nu emoția determină isteria ci interesul, aceasta este probat prin însăși filia sau fobia ce au acești bolnavi pentru anumite servicii, cât pentru a răspunde de ce nu toată lumea face isterie, versuri ori biologie, aceasta rămâne de edificat de aci înainte.

*Dr. Z. Caraman* observă în 3 cazuri de isterie studiate de D-sa, a găsit la toate o labilitate afectivă.

*Dr. L. BALLIF și ȘTIRBU: Tetanie latentă la o pelagroasă.*

Bolnava este o pelagroasă ce a avut acum un an eriteme, în prezent are diaree și alăptează un copil de 7 luni. Copilul nu are încă începută dentiția. Din o jumătate în o jumătate oră apar accese în timpul cărora ea are mâna de mamoș și semnul lui Trousseau. Calciul în sânge 6.7‰ în lichidul cefalo-rachidian 4.5‰. Scăderea calciului din lichidul cefalo-rachidian concordă cu cercetările diverșilor autori ce găsesc că acest calciu este scăzut la copiii cu tetanie.

Ca tratament al tetaniei acestei paciente, comunicatorii se gândesc la o grefă paratiroidiană.

Această paratiroidă ar putea fi luată dela un caz de *pelagră cu spondilită rizolemică*. Acest bolnav prezintă anchiloza coloanei cervicale, regiunea lombară e liberă. Bolnavul prezintă dureri ce simulează sciatica. Pentru tratamentul spondilitei acestui bolnav ar fi indicată extirparea paratiroidei.

În acest mod ar beneficia ambii bolnavi. Comunicatorii mai remarcă că în pelagra gavă se găsește acidoză, iar în tetanie nu se poate vorbi de o alcaloză. Calciul ionic se mai pune în legătură cu fosforul.

## DISCUȚIE:

*D-na Dr. E. Derevici* insistă asupra acțiunii ce o are lactația în apariția tetaniei. Citează apoi un caz prezentat de D-sa împreună cu d-l Dr. Blinov, în care tetania apăruse la o pluriglandulară tocmai în timpul lactației.

*Dr. J. Nițulescu* ridică problema metabolismului calciului. Extirparea paratiroidelor ar produce un diabet calcar, iar tratamentul cu paratiroidă ar trebui să aducă creșterea calciului din sânge și în realitate crește și excreția de calciu.

Extractul paratiroidian ar mobiliza calciu și l'ar elimina.

*Dr. E. Derevici* arată că hormonul paratiroidian produce ipercalcemie prin mobilizarea calciului din oase.

*Dr. L. Ballif* spune că în boala lui Marie există o poroză a vertebrelor și depunere anormală de calciu. Când paratiroidele nu funcționează normal, calciul se depune în diverse organe în lipsa ipercalcemiei.

*Prof. C. Parhon* amintește de un caz publicat împreună cu Dr. Blinov în care exista tetanie în o confuzie mintală pelagroasă. Prof. Marinescu a găsit leziuni paratiroidiene în pelagră. Ar fi de studiat starea ochilor în pelagră.

Cât despre influența paratiroidei în metabolismul calciului, autorii nu sunt încă de acord. Unii cred că calciul se mobilizează din părțile moi, nu din oase.

Boala lui Recklivilghaosen este pentru paratiroidă cea ce Basedowul este pentru tiroidă. Paratiroida nu modifică numai calciu ci întreaga biochimie a organismului este modificată (metabolismul fosforului al proteinelor, etc.).

Cercetările D-sale au arătat că la animalele iperparatiroidizate calciul din creier este crescut; clinic un sindrom de iperparatiroidizare ar fi miostenia. Împreună cu Prof. Marinescu și Kreidler au obținut o reacție musculară analoagă cu cea din miostenie la subiectele injectate cu hormon paratiroidian.

Pornind dela raporturile tetaniei cu alăptarea, D-sa propune studierea calciului din lapte în asemenea cazuri.

*Dr. MARIE BRIESE: Un caz de hemiplegie ușoară cu afezie și paralizie pseudo-bulbară* la un tânăr de 19 ani.

Fiind în vârstă de  $1\frac{1}{2}$  ani, pacientul a avut o boală infecțioasă cu tulburări gastro-intestinale și cu convulzii în jumătatea dreaptă a corpului. După această afecțiune, bolnavul rămâne afazic și nu mai poate suge.

În prezent se constată urmele unei hemiplegii drepte decelabilă numai prin scurtarea cu 2 cm. a membrului inferior dr. și ușoara diferență de volum a diverselor segmente. Afazia este de tip motor pur. Bolnavul ține gura căscată, saliva se scurge neîncetat, alimentele sunt introduse cu degetele între arcadele dentare lichidele le înghite cu greu acestea, înecându-l și dându-i pe nas. Nu prezintă râs și plâns spormodic. Ochiul și partea superioară a feței își păstrează mimica. Etiologia acestui sindrom ar fi un proces meningo-encefalitic. Se constată la acest pacient și semne de degenerare — craniul turtit în sens lateral, bolta palatină în formă de gghiab.

*Prof. Parhon*, se întreabă dacă talia înaltă a acestui bolnav sau este în raport cu atingerea ipofizei.

Prof. C. PARHON și Dr. ELENA DEREVICI: *Modificările calcemiei la câini în urma paratiroidectomiei parțiale.*

Autorii au căutat să vadă ce minimum de subt paratiroidiană e necesară.

La 5 câini s'au scos 2 paratiroide, la alți 5 s'au extirpat 3 paratiroide. Se doza calciu înainte de operație și la 5 sau 6 ore după operație.

Media calcemiei înaintea operației la prima serie este 109 miligrame. După operație se capătă o scădere medie de 7 miligrame/100.

La seria cu extirparea a paratiroide scăderea medie e de 29%/100.

Aceste rezultate concordă cu cercetările lui Boss, care constată o scădere a calcemiei după extirparea a 2 paratiroide și nu concordă cu legea lui Pezord.

Prof. C. PARHON, Dr. L. BALLIF și Dr. I. LUCEWSKI: *Sindromul lui Korsakoff fără polinevrită.*

Bolnavul, un preot, a suferit acum 4 ani un traumatism în urma căruia a avut un atac convulsiv și a rămas obnubilat timp de 6 săptămâni.

În 1929 a avut un al doilea atac, când rămâne cu hemiplegie. În cursul aceluiaș an se trezi într-o diminează țipând, probabil bolnavul avea halucinații vizuale și rămase apoi cu un sindrom Korsakoff din cele mai nete.

Bolnavul prezintă scăderea memoriei de fixare, el se crede tânăr, în seminar crede că are un copil mic. Nu cunoaște datorii ce îl îngrijesc. Bolnavul neavând controlul memoriei de fixare, prezintă și fabulație.

Analizele lichidului cefalo-rachidian arată că reacția Wassermann este negativă, globulinele pozitive, albuminele crescute și 11 limfocite pe mmc.

Bazându-se pe aceste reacții comunicatorii conchid că pacientul



ar fi avut și o injecție alta decât cea sifilitică; iau în considerare și traumatismul cronian ce a avut pacientul și insistă asupra faptului important că sindromul psihic a apărut în mod brusc. Ar exista tulburări de memorie care se explică prin tulburarea unui mecanism regulator.

Dr. M. Briese.

\* \* \*

## SOCIETATEA DE PEDIATRIE

din București

Prof. MANICATIDE, D-ri FOTIADE și P. ANTONESCU:  
*Trombo-flebită-gangrenoasă a sinusului cavernos consecutiv unei sinusite fronto-etmoidale.*

Autorii expun observația unui copil de 12 ani (din serv. Prof. Manicatide) care face în interval de o săptămână o meningită consecutivă unui sindrom caracterizat prin: exoftalmie, chemosis, oedem violaceu al pleoapelor; cauza primară a acestei maladii a fost o sinusită fronto etmoidală, unilaterală supurată. Această sinusită a dat naștere unei tromboflebite a venelor oftalmice, apoi unei tromboflebite a sinusului cavernos, care la rândul ei a determinat o meningită cu sfârșit letal — cu toată intervenția făcută. — Pornind dela această observație, autorii fac un expozeu complet al tromboflebitei sinusului cavernos. Insistă asupra căilor de infecție, explică patogenia sindromului ocular susținând că oedemul violaceu al pleoapelor nu este provocat numai de tromboza sinusului cavernos, dar mai ales prin tromboflebita venelor oftalmice. Ca terapeutică, autorii susțin că vindecarea tromboflebitei sinusului cavernos nu se poate produce decât spontan prin resorbția trombusului. Tratatamentul chirurgical este aleatoriu.

D-ri STROE și LAZAROVICI: *Despre o febră eruptivă cu elemente maculo-pustuloase de diagnostic dificil.*

Autorii expun observația unui copil de 4 ani cu febră 39° și cu o erupție maculo-pustuloasă pe cap și pe față — erupțiuni cari se succed în puseuri după scurte perioadă de alcalmie. Prezintă în totul 5 puseuri în 27 zile. Fiecare erupție debută prin macule diseminate pe față și trunchiu cu un diametru de 2—3 mm., ștergându-se la presiune. După 6—10 ore, maculele se transformă direct în pustule începând cu centrul. Examenle și probele biologice n'au elucidat diagnosticul. Inocularea la iepure negativă B. W. negativ. Serul bolnavului fixa complementul în prezența antigenului varicelic.

Autorii cred că este vorba de un tip nosologic special, de o maladie autonomă, opinie împărtășită și de Prof. Nicolau.

D-ri SLOBOZIANU și D-na Dr. MANICATIDE-VENERT:  
*Malformațiuni toracice la noi născuți. Absența congenitală a marelui și micului pectoral cu aplasie a jumătății ventrale a coastelor 2, 3 și 4.*

Copil de sex masculin cu greutatea de 2050 gr. și care a sucombat a 14-a zi dela naștere.

La autopsie se constată absența marelui și micului pectoral și cari ereau înlocuite cu membrane fibroase și rezistente. Coasta II-a este redusă la jumătate și se termină sudându-se cu prima coastă. Coastele 2 și 4 sunt libere, jumătățile lor ventrale lipsesc. Plămânul drept are numai doi lobi.

D-ri SLOBOZIANU și FLORU: *Myelo-cysto-meningocel cervical superior ca bifiditatea primelor corpuri vertebrale.*

Copil prematur care sucombă 8 zile după naștere. Radiografia și disecția arată următoarele anomalii: 5 vertebre cervicale în loc de 7 (sindrom Klippel-Feil), bifiditatea primelor 4 corpuri vertebrale ale regiunii cervicale (fissuri vertebrale). Copilul prezintă încă o fantă a vălului palatin și a jumătății posterioare a boltei palatine.

D-ri STROE, BUDIȘTEANU și BARASCH: *Intrebuințarea serului anticangrenos în scarlatină.*

Autorii menționează bunele rezultate obținute prin întrebuințarea serului anticangrenos în adenopatii maligne în cursul scarlatinei. Observațiile vor face obiectul tezei inaugurale a unuia din autori.

Din Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris, No. 4/930.

Dr. I. Rosenstein.

\* \* \*

## **BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE IAȘI**

Sedința din 27 Ianuarie 1930

Prezidează D-l Prof. GRACOSKI

D-l Prof. GRAȚOSKI: *Meningită la un copil cu herpes.*

Fenomene meningece cu Nonne-Appelt, Pandy și Weichbrodt pozitive, 0,99 gr. %<sub>0</sub> albumină și 410 limfocite pe mmc. la un copil care prezentase anterior un herpes peribucal. Inocularea lichidului c. r. în cornea și substanța cerebrală a unui epure, au fost negative. Vindecare. Cazul dovedește că virusul herpetic poate avea această acțiune neurotropă și că în fața unei meningite care pare a fi bacilară, trebuie să avem încă prognosticul rezervat înainte de a fi găsit bacili în pelicula lichidului.

Dr. M. E. HURMUZACHE: *Două cazuri de echinococă pulmonară la copil.*

Expunere amănunțită a cazurilor.

Dr. CAZAC AVERBUCH: *Trei cazuri de șoc anafilactic la copii cari n'au primit niciodată vre-o injecție cu ser.*

La 2 cazuri sensibilizarea a fost provocată de siropul Hemostyl și la unul hereditară. Fenomenele de șoc fiind trecute se poate injecta doza dorită. Copii cari au suferit șocul nu vor suferi de maladia serică.

Dr. WEISSELBERG: *Un caz de paraplezie post-encefalitică la un copil de 8 ani.*

Sedința din 24 Februarie 1930

Prezidează D-l Prof. GRAȚOSKI

D-ri A. TROSC, N. BALAN și D. LAZARESCU: *Tumoră polipoidă a uretrei la o fetiță de 8 ani.*

D-na Dr. M. CAMNER: *Cirhosă atrofică tip Lăenec la un copil.*

Afecțiune rară la copil, pe care autoarea a întâlnit-o în 10 ani de 3 ori la clinica de copii din Iași. Etiologia este obscură. În cazul prezentat s'a bănuieț sifilisul cu toate că B. W. erea negativ.

D-na Dr. CL. HURMUZACHE: *Injecții rachidiene de lipiodol în două cazuri de boala lui Pott.*

Sistemul acesta este util după autoare în cazuri în care diagnosticul obișnuit nu poate fi făcut.

D-na Dr. CL. HURMUZACHE: *Asupra unui caz rar de ascaridoză.*

Un copil de 7 ani cu fenomene peritoneale din cari însă lipsea febra. Timp de 6 zile copilul elimină 300 de ascarizi, după care totul revine la normal. Atrage atenția asupra controlului ascaridozei ce trebuie să se facă în fața unui sindrom abdominal acut la copii.

Dr. M. CAMNER: *Febra tifoidă la sugaci (trei observațiuni).*

Din care autoarea degajă caracterele clinice ale febrei tifoide la sugaci.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sedința din 31 Martie 1930

Prezidează D-l Prof. GRAȚOSKI

Prof. GRAȚOSKI, E. HURMUZACHE și G. ROSENTHAL: *Hernie congenitală diafragmatică.*

Observația unui copil de 5 luni prilejuește autorilor o detaliată expunere a chestiunii.

Dr. G. ROSENTHAL: *Asupra unui caz de periostită ossifiantă sifilitică.*

Dr. A. POLAC: *Contribuțiuni la studiul chloromului.*

Cazul clinic al unui copil de 2 ani cu tumefacțiuni frontale cu sediu deasupra arcadei supra-orbitare, cu exoftalmie dreaptă, cu impotență funcțională a membrilor inferioare. Examenul tumorei arată un chlorom. Părăsește spitalul după un tratament radioterapic fără a prezenta vre-o ameliorare.

Dr. S. PINELES: *Două cazuri de idioție mongoloidă.*

Un caz la un copil de 7 luni și altul la unul de doi ani, cu semnele obișnuite ale idioției mongoloide. La cel de al doilea caz se adaugă o afecțiune rară a aparatului visual cu pierderea vederii, dispariția cristalinului, opacifierea pupilei.

Dr. I. Rosenstein

## C.—CĂRȚI—MONOGRAFII.

### CLINICI MEDICALE

de

Prof. Dr. CONST. BACALOGLU

*Vol. de 467 pagini, cu o prefață de Prof. E. Sergent. Edit. «Presa Bună» Iași 1929.*

Colecția cărților medicale didactice s'a îmbogățit cu o nouă lucrare. Lipsa atât de mult resimțită a lucrărilor didactice prin cari maeștrii noștri să păstreze legătura cu foștii elevi și cu corpul medical românesc — tinde să se îplinească. Au apărut în ultimul timp lucrări — pe cari le-am semnalat în această revistă — cari oglindesc munca de ani de studii, și cercetări și cari ilustrează magistrale lecțiuni de catedră.

Lucrarea d-lui Profesor Bacaloglu concentrează o parte din lecțiunile de clinică profesate timp de 3 decenii la Catedra de Clinică Medicală la Facultatea de medicină din Iași, cursuri ascultate de atâtea generațiuni de studenți cari la rândul lor sunt azi profesori, medici primari de spitale și orașe.

Titlul volumului justifică cu prisosință conținutul. „Clinicile Medicale” ale D-lui Prof. Dr. Bacaloglu sunt pătrunse de spiritul medical francez, care pleacă dela stricta observație a bolnavului, folosește cu discernământ datele laboratorului, ca să revină la bolnav și să-și judece diagnosticul și indicația terapeutică. Dar fiind un distins anatomo-patolog, D-sa nu uită ca în judecarea cazului clinic „să vadă cu ochii minții leziunea legată de simptomele observate”.

Aceste principii călăuzitoare ale clinicelor d-lui Prof. Dr. Bacaloglu sunt de altfel concentrate în câteva rânduri ale introducerii D-sale.

„Prin urmare, în primul rând examinarea conștiințioasă și cu atenție la patul bolnavului, utilizând toate mijloacele pe care le oferă laboratorul și ajutorul prețios al razelor Röntgen și al Electrocardiografului, apoi o cunoaștere cât mai precisă a turburărilor humorale și a leziunilor anatomo patologice, ce însoțesc complexul simptomatic.

Astăzi mulți nesocotesc părțile fundamentale ale acestor probleme clinice și uită că totul trebuie să plece dela bolnav și să se întoarcă la bolnav pentru ca în urmă să utilizăm toate armele terapeutice ce ne stau la îndemână spre a obține vindecarea”.

Nu putem, în spațiul limitat al unei semnalări, să arătăm pe larg cuprinsul acestor „Clinici Medicale”. Incepând cu un studiu asupra lui Læenec, urmând ca o expunere asupra medicinei în trecut și azi, lecțiunile clinice tratează despre: cordul tific, asupra diferitelor varietăți clinice de leziuni valvulare ale cordului stâng, miocardita reumatismului acut, studiu clinic complect asupra anginei de piept, asupra anemiei plastice și aplastice, chistul hidatic al ficatului, etc. Toate însoțite de observațiuni clinice complecte cari întregesc expunerea, ilustrând un bogat material documentar.

Mai notăm cazurile mai rare de anevrism parietal al cordului, kyst hidatic al cordului kystul hidatic al splinei, cercetate cu meticuloasă atenție și însoțite de instructive fotografii și secțiuni histologice.

Volumul cuprinde în total 24 lecțiuni clinice deosebit de interesante și cari vor fi citite cu folos atât de medici cât și de studenți.

Și nu putem încheia mai bine recomandarea volumului de „Clinică Medicală” a D-lui Prof. Bacaloglu decât redând aprecierile Prof. Sergent la prefața volumului.

„Sunteți profesor eminent și elevii D-v. se pot felicita de a avea îndrumător un astfel de maestru.

Sunteți anatomo-clinician în toată accepția frumoasă și nobilă a cuvântului...

Vreau să sper, scumpe coleg și amic, că această colecție va fi urmată de altele numeroase, tot atât de interesante, tot atât de instructive, tot atât de cuprinzător și solid construite.

Este urarea pe care o fac cu mine toți clinicienii României și ai Franței”.

Dr. I. R.

\* \* \*

## **Studiu farmaco-dinamic al efedrinei**

de

**Dr. ION MARCU**

*București, 1929, Tipografia „Cultura”*

Dr. ION MARCU: *Studiu farmaco-dinamic al efedrinei*. — București, 1929, Tipografia „Cultura”.

Intr'o broșură de 39 pagini, autorul cercetează proprietățile farmaco-dinamice ale efedrinei și printr'o serie de planșe, electrocardio-grame și grafice, dă posibilitate cititorului să urmărească cu ușurință acțiunea acestei substanțe asupra diferitelor organe.

Efedrina este izolată în stare pură cu 16 ani înaintea adrenalinei de către Nagai la 1887, dintr'o plantă ce crește în China numită *Ma Huang* sau *Ephedra Vulgaris*. Efedrina obținută pe cale sintetică se numește *Efetonină* și deși din regn vegetal are o formulă chimică aproape analoagă cu a adrenalinei.

Producând o *vaso constricție centrală*, ea are efect hipertensiv mai prelungit ca al adrenalinei, având avantajul că se admi-

nistrează per os. *Mecanismul acțiunii* efedrinei s'ar datori după unii excitațiunii terminațiunilor simpatice din inimă și vase; după alții (*Marcu și Grădinescu*) ea lucrează prin intermediul glandelor suprarenale, având un punct de atac cu totul diferit de al adrenalinei.

*Marcu și Petrescu* au reușit să injecteze la om 6 ctgr. efedrină intravenos fără nici un inconvenient; se produc oarecari modificări în tabloul sanguin normal (hyperieucocitoză, poliglobulie), cari după *Leon Binet* ar fi o reacție de mobilizare ca răspuns la contracțiunea energetică a splinei. Mai verosimil pare a fi o concentrare a sângelui circulant în urma transudării de serozitate prin pereții vasculari, determinată de o vaso-constricție energetică.

*Acțiunea cardio-vasculară* a efedrinei se manifestă printr'o urcare bruscă a T. A. notând că *anestezia* cu *cloroform* micșorează efectul, pe când *luminalul* îl exagerează; *pulsul se accelerează* chiar dacă suprimăm sistemul accelerator al cordului, extirpând ambii *ganglioni* stelați și chiar pneumogastricii dacă ne temem de posibilitatea unui *cronotropism pozitiv*. *Asupra coronarelor* efedrina are efect vaso dilator, mascat de o diminuare a debitului coronarian, din cauza hipercontractilității miocardului care în sistolă stricturează orificiile coronariene.

*Asupra musculaturei* netede efedrina are în general efect *inhibitor*: produce midriază, relaxează mușkulatura bronhiilor și în doză 1/10 mgr. oprește contracțiile stomacului. De remarcat că simpaticul visceral este mai sensibil decât simpaticul cardio-vascular.

*Acțiunea secretorie*. Efectul diuretic al efedrinei se explică prin hipertensiune și mărirea debitului cardiac, făcând să treacă prin rinichi pe unitate de timp o cantitate considerabilă de sânge; diureza se produce însă după trecerea fazei de *vaso-constricție renală*. Cercetând pe om dacă sub influența efedrinei se modifică *secreția digestivă*, *Marcu* a ajuns la rezultate negative, neobservând atât la normali, hyper-acizi sau cei cu achilie gastrică, nici o modificare cantitativă ori calitativă a acestei secrețiuni. *Simici* și *Hudescu* au administrat 4 ctgr. efedrină la indivizi normali după prânzul de probă al lui *Ewald-Boas*, și au ajuns la concluzia că sub influența efedrinei se *augmentează reflexul secretor gastric* și crește puterea peptică a acestui suc în proporție de 50—60%.

Efedrina prin intermediul acțiunii vasculare *excită sist. nervos central*.

Ca mai toate alcaloidele ea este *amfotropă*, în doze minime producând o *bradycardie* mai ales când este injectată intra-muscular.

*Toxicitate: intravenos* se administrează 1 miligr. efedrină pe kilo corp; *intra-muscular* sau *per os*, nu trebuie să depășim 10—15 ctgr. pe zi la un om de talie mijlocie.

O bogată și complectă bibliografie termină această lucrare, fruct al unor cercetări personale îndelungate și al unei competențe desăvârșite în materie a autorului, care este asistent la laboratorul de farmacologie și la Institutul clinico-medical B al fac. de medicină din București.

*Dr. I. Vasilescu.*

## D. — T E Z E

### FACULTATEA DE MEDICINĂ CLUJ

Ianuarie 1930 — Iulie 1930

**Avortul în Clinica Ginecologică și Obstetricală din Cluj de Dumitru I. Pascu, No 503.**

**Contribuții la studiul compoziției umorilor organismului. Acidul citric în câteva lichide din organism de Georgescu D. Ilie, No. 504.**

1) Metoda cu albastru de Methylen a lui Thumberg poate fi aplicată cu succes ca procedeu de analiză calitativă și cantitativă a acidului citric.

2) Umorele organismului conțin în mod constant și-n stare normală ac. citric care poate fi pus în evidență și dozat cu metoda acceptorilor de hidrogen.

3) Umoarea apoasă conține ac. citric fără însă să putem preciza cantitatea, pentru moment cel puțin cu această metodă.

4) Lichidul folicular conține acid citric și anume în jurul cifrei de 40 mgr. la litru.

5) Lichidul amniotic conține ac. citric, și anume în jurul cifrei de 26 mgr. 6 la litru.

6) Tubul de vacuum propus de Profesorul Thunberg poate fi înlocuit cu succes și depășit ca avantajii practice de modelul propus de Prof. Nițescu și Dr. Cosma.

**Reacțiunile serologice în cancer. (Cercetări asupra reacției Roffo), de Roza Gros Stoica, No. 505.**

1) Reacția lui Roffo este o reacție extrem de simplă.

Nu depinde de etatea bolnavului, nici de data și evoluția tumorii.

3) Este strânsă legătură între starea generală a bolnavului și rezultatul reacțiunii; seruri provenite de la bolnavi cu starea generală rea, necanceroși însă, dau în majoritatea cazurilor reacțiuni pozitive.

4) Din 96 seruri provenite de la bolnavi canceroși, 50 au dat reacțiuni pozitive, adică 52'08 la 100 reacțiuni exacte.

5) Din 62 seruri necanceroase 16 au dat reacțiuni pozitive.

6) Reacțiunea prezintă oare care grad de specificitate, totuși necesită încă multe îmbunătățiri pentru a putea fi introdusă în practica de laborator.

**Operațiunea lui Stănculeanu pentru extracția cataractei în capsulă de Simonsitz Géza, No. 506.**

**Contribuțiuni asupra stării actuale și a dezvoltării chirurgiei populare la empiricii maghiari din Ardeal de Balogh Andre, No. 507.**

**Parafrenia din punct de vedere psihanalitic de Guzner Nicolae, No. 508.**

**Anomaliile congenitale ale Duodenului de Valeriu Bratu, No. 509.**  
**Contribuțiuni la studiul clinic al diverticuliilor vezice urinare de Bogdan Carol, No. 510.**

**Tensiunea arterială și venoasă în tuberculoza pulmonară de Alexandru Cozma, No. 511.**

1) Tensiunea arterială și cea venoasă este uneori în funcție de forma clinică a tuberculozei pulmonare, deși nu se constată o regularitate: a) În **granulie pulmonară** tensiunea arterială e scăzută, cea venoasă e variabilă; b) În **tuberculoza fibroasă localizată și fibroasă difuză**, discretă în majoritatea cazurilor atât tensiunea arterială, cât și cea venoasă sunt normale, rareori sunt scăzute. În **tuberculoză fibroasă densă întinsă bilaterală**, tensiunea venoasă e totdeauna ridicată, tensiunea arterială de obicei e normală. În **tuberculoza fibrocazeoasă incipientă** tensiunea arterială de cele mai multe ori o normală cu o tensiune venoasă ușor scăzută. În **tuberculoza fibrocazeoasă întinsă unilaterală** tensiunea arterială și cea venoasă sunt scăzute în majoritatea cazurilor. În **tuberculoza fibrocazeoasă bilaterală întinsă** hipotensiunea arterială e o regulă, tensiunea venoasă de obicei e scăzută. În **tuberculoza ulcero-cazeoasă** tensiunea arterială și cea venoasă sunt scăzute; c) În **adenopatia tracheo-bronhică pură**, tensiunea arterială nu e modificată sensibil, iar cea venoasă e mai ridicată în caz de compresiuni vasculare.

2) Măsurarea tensiunii arteriale și venoase în tuberculoza pulmonară are importanță atât din punct de vedere clinic, cât și terapeutic. Hipotensiunea arterială și cea venoasă arată un proces mai mult evolutiv, tensiunea arterială normală cu o hipertensiune venoasă arată mai mult o tendință spre fibrozare.

3) În **diferitele modalități clinice ale tuberculozei pulmonare** tensiunea arterială și cea venoasă se modifică în modul următor: a) În **pneumotoracele spontane**, tensiunea venoasă e mai ridicată la început, iar mai târziu e ridicată în caz dacă exudatul pleural e abundent. În **pneumotoracele artificiale**, tensiunea arterială și cea venoasă rămân nemodificate, dacă echilibrul intratoracic e păstrat; b) În **pleureziile exudative** tensiunea arterială nu se modifică. Tensiunea venoasă se mărește în pleureziile din dreapta dacă lichidul e în cantitate mai mare, în cele din stânga numai în caz dacă se produce deplasarea mediastinului; c) În **deviațiunile mediastinale recente**, tensiunea venoasă e mai ridicată; b) În **timpul hemoptiziei** tensiunea venoasă în cele mai multe cazuri e ridicată, tensiunea arterială de obicei e scăzută. Hemoptizia în cele mai multe cazuri e precedată de o hipertensiune venoasă.

**Combaterea bolilor venerice în mediul studențesc universitar de Gheorghe Mihalaș, No. 512.**

**Contribuțiuni la studiul salpingo-ovaritei xantomatoase. (Studiul anatomic-patologic și clinic) de Valentina Dahnovici, No. 513.**

**Contribuțiuni la influența sistemului nervos vegetativ asupra rezervei alcaline de Paul Șichet, No. 514.**

**Metodele sclerosante în tratamentul varicelor de Trencsiner Camilla, No. 515.**

**Contribuțiuni clinice la studiul factorilor evolutivi ai polinevritelor. Polinevrite prelungite prin insuficiența tiroidiană latentă de Elena Neguș, No. 516.**



**Dermatita polimorfă dureroasă a lui Broco sau boala lui Duhring. Considerațiuni generale asupra dermatitelor buloase de Ioan Perhaița, No. 517.**

**Rezeceția nervului prelorbar (presacrat) în afecțiunile dureroase ale organelor pelviene și în special în cancerul inoperabil al organelor genitale de Beculescu Margareta, No. 518.**

**Freniectomia în afecțiunile pulmonare de Gheorghieff Alexandru Petcoff, No. 519.**

**Contribuțiuni la studiul radiologic al stomacului rezeceat de Demian Atanasie, No. 520.**

**Considerațiuni asupra tensiunii arteriale retiniene și a examenului oftalmoscopic în graviditate de Vasile Ramba, No. 521.**

**Considerațiuni asupra tensiunii arteriale retiniene și a examenului oftalmoscopic în afecțiunile renale de Ioan Stoia, No. 522.**

Din studiul cazurilor noastre se degaje următoarele fapte:

1) Tens. arter. retiniană în boalele renale este în general subordonată tens. arter. generale.

2) În afecțiunile studiate de noi: (scleroze renale 9 cazuri, scleroze cardio-renale 4 cazuri, nefroze 5 cazuri, nefrite 5 cazuri, glomerulo-nefroze un caz, nefrite-mixte 2 cazuri) tensiunea arterială este urcată în toate cazurile.

3) Cifrele pe cari le atinge tensiunea arterială retiniană în aceste cazuri sunt enorme (până dincolo de 120 m. m. Hg.).

4) În mai toate leziunile renale studiate de noi existau leziuni de fund de ochi (neuro-retinite, edem papilar, alterațiuni retiniene și vasculare, hemoragii retiniene, nevrită optică edematoasă, retinită albuminurică, atrofia nervului optic).

5) Tensiunea arter. retiniană era urcată chiar în cazurile în cari existau nevrite optice edematoase și staze papilare, deși în aceste cazuri în mod curent se spune că tensiunea art. retiniană este scăzută.

**Oleotorace de Aurel Vaida-Voevod, No. 523.**

Oleotoracele lui Bernou se aplică cu rezultate bune în tratamentul pleurezilor bacilare, dintre cari este în special indicat în cele purulente, atât primitive, cât și postpneumotoracice și în cele purulente, secundar infectate.

Oleotoracele poate fi aplicat în unele perforațiuni pleuropulmonare, cu rezultate satisfăcătoare; nu ia însă locul de frunte în tratamentul acestor afecțiuni.

Oleotoracele se aplică cu rezultate foarte bune în colapsoterapia pulmonară, ca un adjuvant de mare valoare al pneumotoracelui artificial. Este indicat pentru împiedecarea simfizelor pleurale (Oleotorace antisimfizar), pentru complectarea colapsului gazos insuficient (Oleotorace compresiv), pentru realizarea și menținerea colapsului electiv (Oleotorace electiv), pentru substituirea pneumotoracelui din motive sociale (Oleotorace de securitate).

Contraindicații formale sunt aproape inexistente.

Technica oleotoracelui nu este complicată, însă necesită o respectare severă a precauțiunilor necesare.

Accidentele și complicațiile oleotoracelui în majoritatea cazurilor nu sunt grave, nici durabile. O bună parte dintre ele nu sunt datorite propriu

zis injecțiilor de oleu, ci greșelilor de tehnică, sau proceselor ulcerative în vecinătatea și la nivelul pleurei.

Având în vedere importanța indicațiilor și efectele oleotoracelui, se impune introducerea lui în practica tuturor serviciilor de specialitate, căci prezintă o achiziție de mare preț în domeniul teraputeice fiziologice.

**Contribuțiuni la studiul formațiunilor fibroase ale articulațiunii genunchiului de Băndu Vasile, No. 524.**

**Tratamentul abortiv al blenoragiei la bărbat de Medve Andrei, No. 525.**

**Displazia periostală (ostogeneză imperfectă Vrolik, osteopsatiroza idiopatică Lobstein) de Susan Bartolomeu, No. 526.**

**Osteodistrofia cu caracter fibrochistic de Emil R. Safta, No. 527.**

**Manifestațiunile sifilitice primare ale ochiului de Ioan Moga, No. 528.**

**Refluxul vezico-renal de Țiriac Ștefan, No. 529.**

**Considerațiuni clinice și statistice asupra epididimitelor și orchiepididimitelor blenoragice de Lengyel Andrei, No. 530.**

**O anchetă sanitară asupra apei potabile din comuna Someșeni, jud. Cluj de Eugen Cantemir, No. 531.**

**Contribuțiuni la studiul rachitismului, frecvența lui în Cluj, de Ilie Toma, No. 532.**

**Aecționea extractelor de lob posterior hipofizar asupra glicemiei de Grigore C. Mihăileanu, No. 533.**

1) Elementele probei de hiperglicemie provocată cu glucoză nu par a fi modificate într'un sens precis de către injecțiunile cu extract total de lob posterior (pituitrin), fie de cei doi principii activi presor și ocitocic (pitresin și pitocin).

2) Extractul total de lob posterior produce o hiperglicemie variabilă între 0,12—0,21 gr. la ‰.

3) Principiul presor (pitresin) produce o hiperglicemie variabilă între 0,12—0,54 gr.

4) Principiul ocitocic (pitocin) pare a nu avea vreo influență asupra glicemiei.

5) Durata reacțiunii în experiențele cu pituitrină și pitresin sunt variabile, pentru pituitrină între 2 ore și 3 ore; iar pentru pitressin între 2 ore și 3½ ore.

6) Principiul presor (pitressin) produce o hiperglicemie mai pronunțată decât cea produsă de către extractul total de lob posterior, la fel durata reacțiunii este mai prelungită la experiențele cu pitressin, decât la experiențele cu pituitrin.

**Contribuțiuni la studiul tensiunii venoase periferice de Crișan Maria, No. 534.**

**Hematoporfirinuria de Dr. Dénes Ioan, No. 535.**

1) Hematoporfirina este un derivat neferuginos ale hemoglobinei,

2) Acest produs se formează în ficat.

Asociația urobilinuriei și a hematoporfirinuriei vine în sprijinul teoriei hepatice.

3) Se elimină prin urina bolnavilor dându-i o culoare roșie-purpurie

sau în stări de hematoporfirinuri avansate, chiar aceea a vinurilor de malaga.

Se poate găsi și în fecale sub numirea de coprofirină.

4) Hematoporfirinuria este un sindrom caracterizat prin tulburări digestive, nervoase și eliminate în cantitate mare de hematoporfirină.

5) Hematoporfirinuria se manifestă prin 4 forme clinice:

a) Hematoporfirinuria acută comună.

b) Hematoporfirinuria acută toxică, care provine în urma intoxicațiilor cronice cu sulfonal, trional, tetronal.

c) Hematoporfirinuria cronică.

d) Hematoporfirinuria congenitală.

Ultimele două forme se manifestă și cu fenomene cutanate datorit proprietăților de fluorescență a hematoporfirinei.

6) Tulburările nervoase sunt datorite acțiunii nocive a substanțelor toxice, favorizată prin insuficiența hepatică produsă în hematoporfirinurie.

7) Nu există un tratament etiologic.

8) Prin terapia simptomatică tindem la calmarea durerilor, combaterea constipației, favorizarea unei diureze și întărirea organismului.

În hematoporfirinuria toxică insistăm asupra profilaxiei.

În formele congenitale și cronice se aplică pansamente cari absorb razele ultraviolete iritante.

**Complicațiuni ganglionare ale șancrului moale de Opreanu A. Octavian, No. 536.**

**Contribuțiuni la studiul examenului funcțional al organului auditiv, în legătură cu rolul trompei lui Eustache de Péterffy Paul, No. 537.**

**Aspecte istologice ale plămânului în diabet experimental. (Contribuțiuni la lipodierea pulmonară) de Sava Casu, No. 538.**

**Glicemia în scarlatină de Ioniță M. Gheorghe, No. 539.**

1) În scarlatină există tulburări glicoregulatorii manifestate uneori printr-o hiperglicemie à jeun.

2) Hiperglicemia este prezentă în timpul perioadei febrilă în 43,9 procente a cazurilor, variind între 1,30—1,50 gr. la mie.

3) După scăderea temperaturii hiperglicemia nu revine în toate cazurile la normal, ci ea prezintă uneori la 3—5 zile de afebrilitate, alte ori într'un ușor grad și la 37—42 zile dela debut.

4) Între gravitatea boalei și gradul glicemiei pare a exista un raport direct.

5) Între gradul hiperglicemiei pe deoparte și între temperatură, leucocitoză, intensitatea exantemului, vârstă pe de altă parte, nu pare să existe vre-un raport.

**Contribuțiuni la studiul tratamentului pleureziilor purulente pneumococice cu optochina la copii de Teofila Ioanidi, No. 540.**

1) Tratamentul de predilecție la copii al pleureziilor pneumococice, para și metapneumocice, este un tratament conservativ.

2) Tratamentul chirurgical la copii fiind nesigur, periculos și cu o mulțime de inconveniente post operatorii (infecțiuni, fistule, deformațiuni toracice, etc.), este rezervat numai pleureziilor purulente mixte (pneumococi cu stafilo, streptococi, etc.).

3) Tratamentul conservativ se face prin puncțiuni evacuatoare, repetate,

asociate cu optochină, care se consideră specifică contra pneumococului (omooară în vitro pneumococul într'o soluție de 1 la un milion).

Tratamentul empiemelor pneumococice se face cu clorhidrat de optochină, care aplicat local (intrapleural) este inofensiv.

4) Accidente de natură toxică (oculare și auditive) au fost observate numai după administrarea pe cale bucală în alte afecțiuni, ca pneumonia.

5) În tratamentul pleureziilor purulente pneumococice cu optochină există 2 metode: metoda Gralka și metoda Woringer.

a) Metoda lui Gralka începe cu o puncție evacuatoare, urmată de câteva spălături pleurale cu o soluție de 0,5% de clorhidrat de optochină (aproximativ 100—200 cm<sup>3</sup>) și injecția unei soluțiuni de optochină 5% (25 miligrame pe kgr. de greutate).

b) Prin metoda Woringer spălăturile pleurale sunt eliminate, făcându-se numai puncție evacuatoare și injecții cu optochină 5%. Această metodă este mai simplă, însă mai puțin eficientă, ceea ce rezultă și din observațiunile noastre.

6) În Clinica Infantilă din Cluj, din 19 cazuri tratate cu metoda Woringer s'au obținut 5 vindecări, 4 ameliorări, iar 8 au fost operați și 2 morți, pe când în Spitalul de copii din Timișoara, după procedeul Gralka, din 18 cazuri am avut 13 vindecări, 1 ameliorat, 1 mort și 2 operați.

7) Spălăturile și inecțiile intrapleurale se repetă tot la 2—3 zile și se fac cu ace de calibru mijlociu, pentru a evita formarea abceselor subcutanate.

8) Se recomandă examenul bacteriologic al secrețiunii pleurale în tot cursul tratamentului, pentru că persistența pneumococului optochino rezistent va constitui o indicație de intervenție chirurgicală.

9) Efectele terapeutice de obicei sunt: ameliorarea stării generale, febra scade, pulsul devine regulat, prostrația și paloarea feței dispar, creșterea în greutate, revenirea poftelor de mâncare, se evită cașexia, complicațiunile pulmonare și aderențele pleurale.

10) Chiar acolo, unde intervențiunea chirurgicală este inevitabilă, prin această optochino-terapie se pare că se mărește rezistența organismului în vederea operației.

**Trichofitiile profunde și tratamentul lor de Simay Margareta, No. 541.**

**Contribuțiuni la studiul tumorilor renale maligne de Cernășev-Cernășnai Anatole, No. 542.**

**Fracturile colului femural de Zaharie Harhoiu, No. 543.**

### III.

## INFORMAȚIUNI

### Al 13-lea Congres Internațional de hidrologie, climatologie și geologie medicală

Va avea loc la Lisabona, dela 15—22 Octombrie 1930, sub președenția de onoare a Exc. Sale Președintelui Republicii portugeze și preș. activă a d-lui Prof. Egaz Moniz și participarea efectivă în Comitet a tuturor profesorilor Facultăților de medicină din Portugalia, alți medici ingineri și personajii de știință.

Pot să se înscrie: ca membrii titulari medicii și diplomații în științe, ingineri și orice persoane care se interesează la lucrările congresului; ca membrii asociați, fără drept de participare la discuții, studenții și reprezentanții oricărei stațiuni balneare, cu toate celelalte drepturi ale membrilor titulari.

Cotizația este fixată la 50 Escudos (fr. fr. 60), pentru titulari și 25 pentru ceilalți.

Vor fi 3 secții: hidrologie, climatologie și geologie.

Informații mai detaliate se pot cere dela societatea română de hidrologie medicală, strada Izvor 6, București VI, sau dela Secretariatul general al Congresului, Facultatea de medicină (Lisbonne Portugalia).

\* \* \*

### CONGRESUL FRANCEZ DE CHIRURGIE (6—11 Oct. 1930, Paris).

Al 39-lea Congres Francez de Chirurgie va avea loc la Paris, în marele Amfiteatru al Facultăței de medicină sub Președenția Profesorului Maurice Auvray, membru al Academiei de medicină, chirurg al Spitalului Laënnec.

Următoarele chestiuni au fost puse la ordinea zilei:

1) Pancreatitele cronice, raportori: Pierre Brocq (Paris) și Migniac (Toulouse).

2) Spondilita traumatică (maladia lui Kummel-Verneuil). — raportori: Froelich (Nancy) și Albert Mouchet (Paris).

3) Despre preparațiunea bolnavilor la operațiuni (exceptând infecțiunea). — raportori: Lambret (Lille) și Sauvé (Paris).

Chirurgii români sunt invitați să participe în număr cât mai mare la acest important congres care le va permite în acelaș timp să viziteze spitalele și expoziția de instrumente și să asiste la interesante ședințe operatorii.

Numai membrii ai asociației de chirurgie pot face comunicări particulare sau a lua parte la discuțiunile rapoartelor.

Aceștia sunt rugați a trimite înainte de 1 August titlurile și concluziunile comunicărilor, la secretarul general, 12 rue de Seine Paris (6).

**Candidaturi:** Chirurgii români care doresc să facă parte din Asociație, trebuie să trimită secretarului general, o cerere semnată de 2 membrii ai asociațiunii, locuind în acelaș oraș sau regiune, sau să fie propuși de membrii comitetului Asociațiunii.

\* \* \*

*In zilele de 26, 27 și 28 Octombrie a. c., se va ține la Cluj cel de al III-lea Congres Național de Chirurgie-Obstetrică-Ginecologie-Urologie.*

Chestiunile puse la ordinea zilei sunt:

- 1) *Rachianestezia.*
- 2) *Supurațiunile perirenale.*
- 3) *Prostatectomia în I și în II timpi.*
- 4) *Lipiodolul în ginecologie.*
- 5) *Perineorafia.*
- 6) *Placenta praevia.*

*Congresul va fi din cele mai instructive, dată fiind importanța chestiunilor ce se vor discuta și nu ne îndoim de concursul colegilor din toată țara, cu atât mai mult, fiindcă acesta este primul congres medical român cu caracter pur științific, care se ține în Ardeal.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

\* \* \*

### **Al IX-lea congres român de oto-rino-laringologie**

Al IX-lea Congres Român de Oto-rino-laringologie se va ține la București, în zilele de 25 și 26 Octombrie 1930, între orele 9—1 și 4—7, în marele Amfiteatru al Spitalului Colțea, sub președinția D-lui Dr. Al. Costiniu.

Următoarea chestiune a fost pusă la ordinea de zi a Congresului:

#### **RADIOGRAFIA IN OTO-RINO-LARINGOLOGIE.**

Raportori: D-nii Docent Dr. I. Tețu, Dr. Jovin și Dr. Andreescu.

D-nii medici cari doresc să facă comunicări sau să citească memoriile la acest Congres, sunt rugați a face să parvie titlul, însoțit de un scurt referat, pe adresa D-lui Lazăr Mayersohn, Calea Moșilor No. 81, București I, începând de acum și până la 1 Octombrie a. c. cel mai târziu.

\* \* \*

### **II-me RÉUNION DE LA PRESSE MEDICALE LATINE**

*(Bruxelles, 28—30 Septembrie 1930)*

La II-me Réunion de la Presse médicale latine aura lieu à Bruxelles les *dimanche 28, lundi 29 et mardi 30 Septembre 1930*, sous la présidence du Prof. Maurice LOEPER (de Paris), président

de la Fédération de la Presse médicale latine et de l'Association de la Presse médicale française, et du Dr. Albert DELCOURT (de Bruxelles), président de l'Association de la Presse médicale belge.

Un *Comité d'organisation* local est en formation, avec MM. les Dr. DELCOURT, comme président, BECKERS, comme secrétaire général, et ROSENTHAL, comme trésorier.

Un *Comité de patronage* sera constitué ultérieurement.

## P R O G R A M M E

Le *programme provisoire* de la Réunion est fixé comme suit:

A la *séance d'ouverture*, le dimanche 28 septembre:

1<sup>o</sup> Discours du Dr. DELCOURT, président du Comité belge;

2<sup>o</sup> Discours du professeur LOEPER, président de la Fédération;

3<sup>o</sup> Adresses des délégués des nations latines représentées à la Réunion;

4<sup>o</sup> Rapport sur les travaux de la Fédération, par le Dr. L. M. PIERRA (de Paris), secrétaire général de la Fédération;

5<sup>o</sup> Rapport financier, par le Dr. G. BAILLIÈRE (de Paris), Trésorier de la Fédération;

6<sup>o</sup> Conférence faite par un membre de la Fédération, sur un sujet d'ordre général, et qui reste à fixer.

Aux *séances de travail*, les lundi 29 et mardi 30 Septembre, seront discutées les questions suivantes:

1<sup>o</sup> *Constitution d'une caisse autonome de la Fédération.* — Rapporteurs: Drs. BAILLIÈRE (Paris) et C. KOHLY (La Havane).

2<sup>o</sup> *Collaboration des Etats et des Cies de transport à l'organisation des Congrès médicaux.* — Rapporteurs: Drs. BECKERS (Bruxelles) et X...

3<sup>o</sup> *Droits des éditeurs de périodiques.* — Rapporteurs: Drs. COSACESCO (Bucarest) et GARDETTE (Paris).

4<sup>o</sup> *Edition d'un dictionnaire des termes médicaux.* — Rapporteurs: Prof. RONDOPOULOS (Athènes) et X...

5<sup>o</sup> *Rôle de la presse médicale dans la diffusion des grandes idées scientifiques et professionnelles.* — Rapporteurs: Drs. DE BLASIO (Naples) et Juan MARIN (Santiago du Chili).

Les autres rapporteurs seront désignés ultérieurement.

En outre de ces rapports, des *communications particulières*, en petit nombre, pourront être accueillies.

En dehors des fêtes, banquet, soirée théâtrale, qui seront organisées à Bruxelles, une *excursion à Anvers* suivra les journées de travail, avec visite de l'exposition, réception par un Comité en formation, etc. Dans le courant de cette journée, aura lieu une conférence du Dr. TRICOTROYER (d'Anvers), sur „La publicité médicale dans l'histoire”.

## A D H E S I O N S.

Peuvent adhérer à la Réunion:

1<sup>o</sup> Les membres titulaires de la Fédération de la Presse médicale latine;

2<sup>o</sup> Les médecins et étudiants en médecine inscrits au Bureau de la Presse médicale latine;

3<sup>o</sup> Les médecins et toutes personnalités s'intéressant à la Presse médicale, ainsi que les membres non médecins de la famille des titulaires ou adhérents.

Tous participent aux travaux de la Réunion, reçoivent ses publications et bénéficient de ses avantages.

La *cotisation* est fixée à 75 francs belges par inscription, tant pour les membres titulaires (directeurs ou délégués d'un journal médical) que pour les adhérents.

Une *réduction* sera accordée à tous pour le parcours sur les chemins de fer belges et français. Des pourparlers sont en cours pour obtenir les mêmes avantages des autres pays.

On est prié d'adresser les *adhésions, demandes de renseignements* et cotisations au Dr. René BECKERS, secrétaire général de la Réunion, 36, rue Archimède, Bruxelles (Belgique), en ayant soin d'établir les mandats et chèques au nom du Dr. J. ROSENTHAL, trésorier du Comité d'organisation.

Les adhésions sont également reçues au *Bureau de la Presse médicale latine*, IOI, rue de Richelieu, Paris (2me): elles peuvent être adressées au Dr. L. M. PIERRA, secrétaire général de la Fédération, mais les mandats et chèques (55 francs français) doivent être établis au nom du Dr. Georges BAILLIÈRE, trésorier général de la Fédération.

\* \* \*

### O nouă revistă medicală românească

D-l Prof. Gane dela Cluj a luat inițiativa împreună cu un grup de colegi pediatrii, să publice o revistă de „**Medicină și Igienă infantilă**”, cuprinzând activitatea și lucrările așa de numeroase, ce se produc în țară în domeniul Pediatriei. Această revistă își propune în acelaș timp să se ocupe cu problemele de Igienă și Asistența copilului, de un interes vital pentru noi.

Adesiunile se vor trimite pe adresa: **Prof. T. Gane, Cluj, Str. Minerva, 13.**

\* \* \*

D-l Prof. Vaquez, celebrul cardiolog francez, răspunzând invitației făcută de Facultatea noastră de Medicină din București, a ținut 4 conferințe în zilele de 20, 22, 23 și 24 Mai, ora 5 p. m., cu următoarele subiecte:

- 1) Etat actuel de la question des érythémies.
- 2) Cinématographie des arythmies.
- 3) Action cardio-vasculaire et trophique des extraits endocriniens.
- 4) Une oeuvre sociale „L'aide aux cardiaques”.

Primele trei au avut loc la Facultatea de Medicină, cea de a patra la Fundația Carol.