ANUL V-lea No. 3—4. MARTIE-APRILIE 1932.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

Pag.

I.

Cronica 138

ARTICOLE DE FOND

Doc. Dr. V. DIMITRIU: **Progrese în chirurgia glandelor cu secreţie internă** 143

Doc. Dr. I. MARCU: **Fisiologia şi farmacologia circulaţiei coronariene** 162

LUCRĂRI ORIGINALE.

Prof. Dr. GH. TUDORANU: **Slănicul medical** 172

Dr. I. HERSKOVITS (Cluj): **Ideia unui procedeu nou radioterapeutic—Endofototerapia** 180

D-ri R. POPA şi PAUL SICHET: **Consideraţiuni în legătură cu un caz de nefropatie chistică congenitală, asociată cu ficat polichistic** 183

Doc. Dr. PLĂCINTEANU: **Mişcarea cancerului uterin în 6 ani la Spitalul Beldiman-Bârlad** 194

FAPTE CLINICE.

Dr. TRAIAN BONA: **Un caz rar de pneumatosă chistică intestinală** 198

Dr. T. VOICULESCU: **Polilobul hepatic eviscerat şi mărit prin procesul de hipertrofie compensatoare în cirosa atrofică** 206

Conf. Dr. D. PAULIAN: **Traumatism cranian, accese convulsive tip Jaksonian, decompresiune** 211

DOCUMENTARI

Dr. I. BORDEIANU: **Avortul în Rusia Sovietică. — Legalizarea şi rezultatele ei** 214

(Urmare pag. II-a cop.

SCRISUL ROMÂNESC—CRAIOVA

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. Loreti: **Durerea epigastrică în apendicită.** — Paulian și Bistriceanu: **Acțiunea malariei asupra troponema pallidum.** — I. Daniel: **Contribuțiuni la tratamentul și patogena urticariei.** — M. și E. Levy: **Tratamentul hipercholesterolemici prin tiroxină.** — N. Stoichitza: **Pneumotorax artificial și oedem acut al plămânului.** — V. Dimitriu și G. Somnea: **Acțiunea terapeutică a hirudinei în flebite și septicemii.** — Ed. Doumer: **Considerațiuni clinice și terapeutice asupra anginei de piept.** — D. Simici, M. Popescu și Săndulescu: **Cercetări asupra instabilității cardiace tachicardice permanente prin metabolismul basal și proba lui Mico.** — M. și E. Levy: **Rezultatele îndepărtate ale trat. ulcerelor g. duodenale prin extractul paratiroidian.** — C. Lian și I. Odinet: **Despre existența unui dublu sgomot prin percuția abdomenului în ascită.** — D. Mihail și P. Vancea: **Există o secreție internă a glandei lacrimale?** — R. Galavielle: **Contribuțiuni la studiul agranulocitozei.** — S. Dumitrescu Popovici: **Radiografia ficatului și splinei.** — J. Jianu și D. Dumitrescu: **Contribuțiuni la studiul esofagoplastiilor.** — Simici, M. Popescu și I. Popescu: **Un caz de infecțiune duodeno-vesiculară prin giardia intestinalis.** — I. Noica și N. Pârvulescu: **Considerațiuni asupra patogeniei maladiei lui Dupuytren.** — O. Apostol: **Asupra reacției Urechea-Retezeanu.** — D. Tănăsescu și V. Bogdan: **Conjunctivită flictenulară reumatismală.** — V. Sergiescu: **Reinfecțiune sifilitică intrauretrală.** — M. Vlădescu și A. Dimitriev: **Clorurul de sodiu în soluție concentrată în tratamentul diareilor.** — E. Cociașu: **Asupra acțiunei ciupercei japoneze.** — A. Cârstea și C. Andreoiu: **2 cazuri de nefrită în urma tratamentului radioterapeutic.** — M. Blechmann: **Asupra patogeniei fen. slăbirei în pn. art. la tuberculoși.** — I. Nemoianu: **Contribuțiuni la hematologia tusei convulsive.** — Ph. Leitner: **Examene hematologice sistematice în tusa convulsivă.** — Nanu-Muscel și V. Ciocâlteu: **Tratamentul intoxicației cu sublimat prin alcalinisație masivă.** — Paulian, Ionescu și Bistriceanu: **Contribuțiune la studiul encefalomielitei experim.** — M. Jaquerod: **Infiltratul precoce și noțiunea franceză corespunzătoare.** — Alex.-Dersca și D. Ionescu: **Tiroidită supurată, reumatism poliarticular și eritem nodos gonococic.** — A. Radovici și O. Meller: **Encefalomielografie prin torotrast sub-arachneidian.** — O Milian: **Tuberculoza factor de malignitate în scarlatină.** — F. Ramond și Dumitrescu Popovici: **Date noi auspra fisiopatologiei tubului digestiv.** — G. Bărzănescu și V. Vasiliu: — **O nouă febră eruptivă în România.** — M. Isăcescu și R. Olinescu: **Date epidemiologice asupra febrei exantematice dela Constanța.** — A. Stroe și P. Kr. Speling: **Acțiunea glucozizilor scilitici în nefritele scarlatinoase acute.**

III.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A.— CÀRȚI — MONOGRAFII — TEZE

Pag.

Prof. Dr. V. BOLOGA: **Titluri și lucrări** 241
Dr. S. NICOLAU (Inst. Pasteur Paris): **Ultimele lucrări științifice** 242
Dr. TEODORESCU PETRE: **Extr. supranumerare la un copil de 4 luni** 245
Dr. NEFERU I.: **Contr. la profilaxia pojarului prin injecțiuni cu sânge integral** . .

(Urmare pag. III-a cop.)

www.bcu-cluj.ro

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARA DE MEDICINA GENERALA

COMITET DE PATRONAJ:

Prof. C. Angelescu – Prof. I. Cantacuzino – Prof. C. Daniel
Prof. D. Danielopolu – Prof. D. Gerotă
Prof. C. Levaditi – Prof. I. Nanu-Muscel – Prof. A. Teohari

DIRECTOR: Dr. M. Cânciulescu.

COMITET DE REDACȚIE:

Anat. Patologică: Prof. T. Vasiliu.
Bacteriologie: Conf. D. Combiescu — D. Hess.-Leoneanu.
Agreg. A. Babeș-Agreg. I. Jianu
Chirurgie: Prof. I. Iacobovici — M. Baculescu — Conf. T. Nasta.
Chimie biologică: Conf. V. Ciocâlteu.
Dermato-Sifiligrafie: Prof. S. Nicolau — V. Drăgoescu.
Căi digestive: Doc Pavel - Conf. Simici.
Endocrinologie: Prof. C. Parhon.
Farmacie: Dr. N. Petrescu.
Farm.-Terapeutică: Agreg. G. Băltăceanu
Genito-Urinare: Doc. A. Daniel.
Ginec.-Obstetrică: Doc E. Mateescu-I.
Infecțioase: Prof. M. Ciuca — Conf. T. Mironescu.
Laborator clinic: R. Hirsch.
Med. Exper.: S. Nicolau (Inst. Pasteur.)
Medicina legală: Conf. M. Kernbach.
Medicina Militară: Gl. A. Vasilescu — Col. G. Diamandescu.
Neurologie: Conf. St. Drăgănescu — Conf. D. Paulian.
Nutriție: Doc. I. Daniel — Agreg. G. Litarzeck — Conf. C. Radoslav.
Oftalmologie: Prof. D. Michail.
Pat. Internă: Prof. I. Hațieganu.
Parasitologie: Prof. G. Zotta.
Pediatrie: Prof. M. Manicatide — Anghel Daniel. — I. Rosenstein.
Phisioterapie: Prof. P. Niculescu.
Radiologie: Prof. D. Negru — Doc. A. Georgescu — Doc. E. Lazeanu.
Tuberculoza: Doc. S. Iagnov — Docent M. Nasta — T. Voiculescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Revistele generale, articolele de fond şi lucrările originale vor fi publicate întregi fără urmare într'un alt număr; ele nu vor depăşi 12 pagini de tipar, faptele clinice 5 pagini.

Paginile în plus vor fi plătite de autori socotindu-se 300 lei pagina, iar pentru extrasele cerute tariful este următorul:

	cu coperte		fără coperte	
	50 ex.	100 ex.	50 ex.	100 ex.
1—4 pagini	Lei 270.—	Lei 340.—	Lei 160.—	Lei 190.—
5—8 „	„ 320.—	„ 400.—	„ 210.—	„ 250.—
9—16 „	„ 400.—	„ 510.—	„ 290.—	„ 360.—

Costul clişeelor priveşte pe autor.

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeţ.

Referatele asupra lucrărilor medicale vor fi cât se poate de scurte; cele străine vor începe cu autorul, titlul lucrării în româneşte, titlul original pus în paranteză, titlul revistei (în care este publicată lucrarea), numărul, pagina şi anul.

Se refuză articolele, cari au fost publicate într'una din revistele din ţară, caşi cele cari nu vor păstra caracterul de obiectivitate ştiinţifică necesară.

Digitized by Central University Library Cluj

Abonamentul 250 lei pe an

Cu reducere 150 lei

Redacţia şi Administraţia:

„Mişcarea Medicală Română"

Str. Sf-ţi Arhangheli, 9 / Craiova

CRONICA

Endocrinologia continuă a sta pe planul întâiu al cercetărilor medicale moderne, în special de ordin terapeutic.

O întreagă categorie de boale s'a dovedit a fi datorită unei turburări funcţionale a unei glande cu secreţie internă; primitiv, prin lesare iniţială sau ulterior, prin adulterare secundară a ţesutului ei.

Turburarea resultă din exaltarea sau deficitul funcţional al acelei glande şi terapeutica intervine în sens contrar, adresându-se glandei respective sau alteia cu funcţiune antagonistă.

Intervenţia se face prin medicamente cu proprietăţi definite, prin hormoni sau produse de secreţie specifică, prin agenţi fisioterapeutici (precum razele Röntgen) şi pe cale chirurgicală, tot mai mult în ultimul timp.

In articolul *«Progrese în chirurgia glandelor cu secreţie internă»* D-l *Dr. V. Dimitriu* expune noţiunile de ultima oră, în cea ce priveşte patogenia şi tratamentul Osteitei-fibro-chistice (boala lui Recklinghausen) şi Trombangeitei obliterante (diatesa spastică a extremităţilor) datorite prima hiperfuncţiunei paratiroidelor şi secunda celei a suprarenalelor; ablaţia parţială a glandei pe această cale s'a dovedit a avea cele mai favorabile resultate.

Angina de piept continuă a preocupa pe cardiologi şi pe fisiologi; mecanismul patogenic al accesului anginos pare a fi multiplu: miocardic sau nervos, crampă dureroasă sau distensiune forţată a muschiului cardiac, intra sau extra cardiac, dar ochii sunt mereu îndreptaţi asupra coronarelor, arterele hrănitoare ale inimei, a căror lesare sau rea funcţionare prin determinarea unei ischemii trecătoare sau prelungite a muschiului cardiac s'a stabilit cu precisiune a sta la basa marelui acces anginos, dupe concepţia veche adevărata angină de piept, dupe accepţia şi nouă singura gravă angină de piept.

Asupra fisiologiei şi farmacologiei circulaţiei coronariene, care constitue cheia de boltă a acestei chestiuni, referă dupe cercetări personale de control D-l Dr. *I. Marcu,* a cărui activitate trecută în Institutul lui Lewis dela Londra şi prezentă în acela de fisiologie cardiacă al Prof. Danielopolu din Bucureşti, precum şi ale cărui cunoştinţe de bază de ordin farmacologic îi dau dreptul şi asigură prestigiul.

Slănicul Moldovei îşi creşte tot mai mult reputaţia prin eficacitatea apelor şi prin activitatea unui select corp medical, în fruntea căruia stă D-l *Prof. Gh Tudoranu* dela Iaşi, care tratează în art. *Slănicul Medical* despre acţiunea fisiologică şi indicaţiunile generale ale apelor sale.

Dar indicaţiile speciale ale apelor de Slănic sunt tot atât de numeroase şi reputaţia unei staţiuni o stabilesc aceste indicaţiuni speciale şi mai cu seamă vegherea de către medicii săi ca acele indicaţiuni să fie precis stabilite şi riguros executate de către pacienţi.

Prescripţia unei ape sau serii de băi nu trebue să represinte decât un număr dintr'o reţetă complectată cu încă multe alte recomandaţii de executat în acea cură de circa 30 zile.

O apă socotită diuretică sau laxativă, prin intervenţia factorilor extrarenali sau paradigestivi, poate la un moment dat şi la un anumit individ provoca fenomene de retenţie sau de constipaţie şi astfel indicaţia majoră pentru un pacient la o staţiune balneară, la care anume a fost trimis, să nu mai fie realizată; dupe cum vecinătatea mărei cu nămolul dela Tekirghiol, dacă pune mai multe indicaţiuni generale, dar restrânge pe cele speciale şi cu atât mai mult se impune îndepărtarea prin recomandaţiuni precise şi a inconvenientelor, ce fatal o staţiune poate prezinta.

Supravegherea atentă a pacientului prin reexaminări făcute în timpul curei de către balneologul, care din medic consultant trebue să devină medic curant, ne permitem a crede că se impune ca o urgentă necesitate pentru toate staţiunile noastre, cărora din causa unor indicaţiuni prea întinse vizitatorii români le opun oarecare reservă, sau le preferă tot mai mult staţiuni străine cu indicaţiuni mai restrânse, dar de eficacitate mai mare.

Medicii practicieni, cari îşi primesc bolnavii de la băi, nu sunt întotdeauna prea încântaţi de resultate şi ajung să-şi fixeze preferinţele pentru staţiunile reputate nu numai prin virtutea apelor sau întinderea indicaţiilor lor, cât şi prin priceperea medicilor cari le prescriu, o apă minerală valorând atât cât valorează modul cum este prescrisă.

Cea ce se constată cu satisfacţie, tot mai mult, pentru Slănicul nostru şi reese cu prisosinţă din cartea pe care, în colaborare cu alţii, a scris-o D-l Prof. Dr. Tudoranu, carte care constitue un adevărat Vade mecum medical al acelei staţiuni.

Ideia de a trata cavităţile organismului prin *Endo-foto-terapie* revine d-lui Dr. S. *Herskovitz* dela Cluj, idee pe a cărei realizare şi scopuri urmăreşte, cu rezultate promiţătoare de succes, de mai mulţi ani.

D-nii D-ri *Rubin Popa şi Paul Sichet* fac *Consideraţiuni în legătură cu un caz de nefropatie chistică congenitală asociată cu ficat polichistic*, iar d-l Dr. *Traian Bona* relatează *Un caz de pneumatosă kistică intestinală*, primul în literatura medicală românească, însoţindu-le de expunerea patogeniei dupe diferiţi autori.

D-l *Docent Dr. Plăcinţeanu* de la Bârlad arată că la 15000 examinări, cea mai mare parte în mediul rural, a depistat 113 cancere uterine, în majoritate inoperabile; cea ce dovedeşte frequenţa boalei şi nesemnalarea ei la timp, pentru operaţie precoce.

D-l Dr. *S. Bordeianu* de la Hotin documentează *Chestia avortului în Rusia Sovietică, dupe legalizarea lui de către stat*, şi arată că practica avortului legal în Rusia n'a dat rezultatele sperate, oprirea pretimpurie a sarcinei constituind în prezent în această ţară, din cauza slăbirii organismului femeilor, o mare nenorocire socială.

D-l Dr. *T. Voiculescu*, expune *2 obs. clinice de ciroză atrofică, în care o porţiune de ţesut hepatic hipertrofiată secundar constituia o adevărată tumoare* capabilă să rătăcească diagnosticul; autorul se întreabă dacă nu există un raport între acest proces de hipertrofie compensatoare exagerată şi alcoolul metilic ingerat de paciente.

*

Revista aceasta propunându-şi a reda cât mai complect *„Mişcarea medicală românească"* va prezenta la rubrica *«Actualităţilor medicale»*, căreia îi va da o mare extensie, recensii ale lucrărilor medicale româneşti mai de seamă, publicate în periodicele sau prezentate în şedinţele societăţilor medicale române şi străine.

Valoarea multora din aceste lucrări, în ceace priveşte nota contributivă personală a autorului, este remarcabilă şi dispensează de nevoia de a face asemenea prezentări, cari ar mai şi fi în mod fatal cu totul prea reduse ca număr, ale lucrărilor străine similare.

Acestea vor fi totuşi semnalate atunci când aduc o notă nouă sau reprezintă o lucrare originală sau generală de punere eficace la punct a unei chestiuni de actualitate.

Sumarele publicaţiilor şi societăţilor medicale româneşti vor continua a fi publicate, caşi până în prezent, adică în cursul anului în ordinea şi cu menţionarea locului apariţiei lor; gruparea pe specialităţi rămânând a se face numai la finele anului în tabelele generale de materie.

Lucrările medicale româneşti apărute în volum sau broşură vor continua a fi cu predilecţie semnalate şi presentate la rubrica *«Cărţi—Monografii—Teze»*.

Printre acestea din urmă remarcăm că prezentarea unei teze a rămas la noi în cele mai multe cazuri tot îndeplinirea unei simple formalităţi — festivităţi, în care un patron expune ultimele resultate ale propriilor sale preocupări.

Pintre cele circa 100 teze susţinute la facultatea de medicină din Bucureşti în anul şcolar 1929—1930 cele prezentate la pag. 245—248 sunt singurele, la cari se remarcă şi o contribuţie personală a candidatului şi printre ele unele cari le fac cu adevărat onoare.

In cele 6 numere de specialitate, pe organe sau sisteme, ce sperăm a le publica în viitor, ca o dublare a celor prezente, cu prezentarea lucrărilor medicale româneşti vom face şi pe acea a lucrărilor străine mai remarcabile asupra aceloraşi chestiuni, schimbul ce facem cu un mare număr de periodice străine dându-ne putinţa acestei documentări.

Cu această ocazie adresăm o nouă rugăminte autorilor români, cari îşi publică sau comunică lucrările într'o revistă sau societate străină, de a ni le semnala, însoţindu-le şi de un mic resumat.

Dr. M. Cânciulescu.

Elityran

Noul extract de tiroidă cu efectul tarapeutic al glandei totale.

Bine suportat şi în doze mari fără a provoca accidente.
Mărire considerabilă a metabolismului bazal. Efect prompt.

Indicat în insuficenţele tiroidiene, adipositas, ulcere torpide (mixoedem local), în profilaxia trombozei.

Ambalaje originale: Tablete: Tub cu 30 tablete à 0,025 mgr.
Soluţie (1%): Cutie cu 10 fiole à 2 ccm.

Padutin

(KALLIKREIN »Bayer«)

Hormon circulatoriu

după FREY-KRAUT

administrare per os şi în injecţii

Contra turburărilor de nutriţie a ţesuturilor din cauza circulaţiei sanguine insuficiente (spasme vasculare, claudicatio intermittens, gangrenă Raynaud) şi în angină pectorală.

Ambalaje originale: Cutie cu 5 fiole (1 ccm = 2 unităţi biologice)
Flacon cu 10 ccm (1 ccm = 3 unităţi biologice)

Specimene şi literatură gratuit prin reprezentanţii generali p-tru România:

„PHARMA" — STUDERUS & Co.

BUCUREŞTI II, STRADA SPIRU HARET No. 5.

Telefon 349 : 30.

Asociaţia docenţilor Fac. de Medicină, Bucureşti.
Seria conferinţelor «Actualităţi medicale» Martie-Aprilie 1932.

PROGRESE IN CHIRURGIA GLANDELOR CU SECREŢIE INTERNA*)

de

Docent Dr. VICTOR DIMITRIU
Chirurg la Spitalul Brâncovenesc.

Au trecut destui de mulţi ani, decând se cunosc unele din maladiile produse printr'o hiperfuncţiune a glandelor endocrine. Pentru vindecarea acestor maladii, pentru micşorarea hipersecreţiei glandulare, s'a recurs cu succes la ablaţia glandelor încriminate. De astfel de maladii, bine cunoscute, ca afecţiunile Basedowiene, acromegalia, nu mă voi ocupa, ci în cadrul actualităţilor medicale, mă voi ocupa de alte două afecţiuni, în care rolul hiperfuncţional al altor glande, a fost pus în evidenţă în ultimii ani. Aceste două afecţiuni sunt maladia osoasă a lui Recklinghausen şi maladia lui Buerger sau trombangeita.

Rara, dar grava maladie a lui Recklinghausen, s'a văzut a fi datorită unei hiperfuncţiuni a glandelor paratiroide şi ablaţia acelor glande, ablaţia parţială, a adus vindecarea în numeroase cazuri. Trombangeita sau diateza spastică a extremităţilor s'a văzut a fi datorită unei hiperfuncţiuni a capsulelor suprarenale; ablaţia unei glande, a adus frecvente vindecări.

Sigur că aceste două maladii fiind foarte rare în ţara noastră, ar prezenta puţin interes, dar problemele de patologie generală pe care studiul acestor maladii le ridică şi clarifică, le fac foarte interesante.

Maladia lui Recklinghausen.

Osteita fibro-chistică generalizată, a fost izolată de von Recklinghausen în 1891. Deşi poartă numele de osteită, nu este o osteită, ci trebueşte clasată cum a prevăzut Lecène, între distrofiile osoase. Afecţiunea a fost multă vreme confundată cu alte afecţiuni distrofice, ca osteomalacia postpartum, maladia lui Paget, osteofi-

*) Conferinţă ţinută la Spit. Colţea în ziua de 21 Martie 1932.

broza locală, leontiazis osea, dar lucrările actuale stabilesc limite nete între afecţiuni. In spiritul acestor lucrări, îmi permit a da cadrul patologic al afecţiunei, înainte de a intra în patogenia şi tratamentul ei.

ETIOLOGIE. Se cunosc prea puţine lucruri etiologice. Afecţinea este mai frecventă în ţările de nord şi în America de nord, foarte rară în ţările latine. Zonele s'ar putea suprapune cu zonele unde apare osteomalacia postpartum şi alte afecţiuni osoase osteomalacice. Deacea s'a spus că maladia lui Recklinghausen apare la indivizi cu predispoziţie osteomalacică. In orice caz, afectează subiecte tinere la sfârşitul pubertăţei sau în prima tinereţe.

SIMPTOME. Maladia debutează în mod insiduos: bolnavul se simte obosit, oboseşte foarte repede, forţa musculară scade şi în formele cu mers rapid, pacientul are chiar vărsături. Maladia însă se relevă cu ocazia unei fracturi şi anume o fractură spontană sau produsă în urma unui traumatism minim. Făcând radiografia unui astfel de fracturat, găsim că soluţia de continuitate osoasă se găseşte la nivelul unui chist osos. Făcând radiografia scheletului, descoperim multiple zone osoase de decalcifiere şi de formaţiuni chistice.

La început, aceste zone de decalcifiere sunt rare şi afectează în ordine descrescândă, femurul, tibia, oasele braţelor, apoi celelalte oase lungi. Craniul este respectat multă vreme şi din aceasta unii au voit să facă un semn distinctiv cu mal. Paget. In realitate, maladia înaintând, decalcifierea este generală şi oasele craniene ajung moi ca un carton, vertebrele pot fi tăiate cu bisturiul, oasele se uşurează. Oasele ajung să conţie atât de puţin minereu, că plutesc pe apă, iar individul nu poate fi cufundat în bae.

La nivelul zonelor afectate, osul se fracturează spontan sau la traumatism minim. Fracturile se repetă de zeci de ori, în acelaş punct sau în puncte diferite, iar focarele de fractură se consolidează foarte încet şi calusul rămâne adesea moale.

Pacientul este un invalid, un bolnav ce trebueşte să păstreze patul continuă, dar aceasta nu numai prin expunerea la fracturi, ci printr'o notabilă scădere a forţei musculare, prin astenie.

Radiografiile ne arată în zonele incipiente simple pete nouroase de decalcifiere. In zonele mai înaintate, apar pete clare, străbătute de trabecule fine, cu un aspect de vată privită în zare. La nivelul chistelor mari, care ocupă toată grosimea osului sau aproape toată, având lungimi de 5—20 cm., vedem acelaş aspect, dar chistul are păreţii foarte subţiri. Osul are aparenţa de a fi erodat, chistele se formează în detrimentul osului şi nu prin hiperproducţie; nicăeri nu vedem o reacţiune osoasă sau periostală, nicio îngroşare a osului, nicio ipercalcifiere în jurul chistelor osoase. Tabla compactă a osului doar se subţiază încontinu. Când chistele sunt voluminoase, atunci putem avea impresiunea că osul s'a îngroşat, dar îngroşarea se datorează fracturărei chistelor, sau împingerei în afară a păreţilor chistelor, osul scurtându-se pe atât cât se îngroaşe.

Modificări umorale. Sângele pacienţilor cu maladia Recklinghausen, în mod constant, conţine o mai mare cantitate de calciu decât este normal, pe când fosforul este scăzut. In mod normal, cantitatea de calciu, este de 9—11 miligrame la 100 cmc. de ser sanguin. In O. F. K. trece de 12, în mediu este 13—15 şi rar peste 20. Deasemeni, calciu se elimină prin urină şi fecale, în cantităţi de 3—4 ori mai mari decât normal.

Fosfaţii organici, se găsesc în mod normal în serul sanguin, în cantitate de 3—3,5 la 100 cmc. ser sanguin. In O. F. K. generalizată, scad la 1—2,5 miligrame.

Evoluţia maladiei este de lungă durată, 5—10 ani dar nu are nici-o tendinţă de vindecare spontană şi merge fatal la moarte. Cu timpul apar calculi urinari, arterele se calcifică. Pe măsură ce chistele osoase se înmulţesc, dispare o mai mare cantitate de măduvă osoasă, pacienţii se anemiază şi sunt doborîţi de prima maladie intercurentă.

ANATOMIE PATOLOGICA. Cum am văzut din anunţarea chestiunei şi cum vom vedea din patogenie, afecţiunea este datorită unei iperfuncţiuni paratiroide. In marea majoritate a cazurilor, iperfuncţiunea este dată de una din glandele paratiroide mărite de volum. La operaţie sau necropsie se găseşte una din glandele paratiroide mărită de volum. In mod normal, glandele paratiroide, în număr de 3—4, sunt de mărimea unei boabe de linte şi chiar mai mici. In O. F. K. glanda mărită, ajunge la volumul unei boabe de mazăre, de fasole sau cât o maslină. Mărirea glandei, cum vedem este moderată şi cum au sediul profund, este explicabil că nu se descoperă clinic.

Această glandă mărită este socotită în genere ca un adenom glandular, dar mulţi autori au arătat că nu pot spune dacă este vorba de un adenom, sau de o simplă hiperplasie a glandei. In orice caz, până în prezent, nu s'au publicat cazuri de tumori paratiroidiene maligne, însoţite de leziuni osoase. Toland publicând 10 cazuri de adeno-carcinome paratiroidiene, opt din literatură şi două personale, nu semnalează nici-o leziune osoasă concomitentă.

Procesul osos anatomo-patologic se petrece astfel: In zonele de curând afectate, asistăm la resorbţia lamelelor osoase, fie în măduvă, fie în jurul vaselor Haversiene ale compactei. In zonele în care dispar lamelele osoase, la început ar fi întotdeauna înlocuite — dupe Geschikter şi Copeland — prin proliferarea osteoblastelor gigante. Rolul acestor celule gigante ar fi să vascularizeze ţesuturile prealabil decalcificate.

Va să zică procesul începe printr'o decalcifiere, osteoblastele gigante apar, ţesutul moale rezultat se vascularizează; în acest ţesut, elementele conjonctive se înmulţesc, înlocuesc treptat vasele şi celulele gigante, apoi se absorb, lăsând în locul lor un conţinut seros. Conţinutul chistelor, dupe fracturi, poate fi sero-sanguinolent şi chistul poate fi plin chiar cu chiaguri. Elementul conjonctiv, bogat câteodată în celule gigante, rămâne pe margini. De fapt chistul

nu are păreţi proprii, nu avem chiste adevărate, ci cavităţi pseudochistice; stratul fibros parietal, pătrunde în os şi se continuă cu procesul din canalele haversiene.

DIAGNOZA. Diagnoza se bazează pe prezenţa chistelor multiple şi a zonelor de decalcifiere, fără reacţiune osoasă; pe calcemie şi calciurie, pe astenie.

Diagnoza trebueşte făcută cu o serie de afecţiuni. Chistul solitar al oaselor, cu sau fără mieloplaxe, este o afecţiune pur locală, cu o patogenie necunoscută, fără tendinţă la generalizare, fără repercusiuni asupra chimismului calcic şi fosfatic. Deşi leziunile anatomo-patologice în oase sunt identice, nu se poate face nici-o legătură între afecţiuni, chistul solitar fiind benign, vindecându-se prin fracturarea focarului, sau printr'o mică intervenţiune locală. Gold şi Schlesinger, apoi E. Joüon, insistă asupra acestor deosebiri.

Intr'un caz de leonţiazis osea, adică chiste progresive ale maxilarelor, Duval şi Lehmans, găsesc aceleaş leziuni anatomo-patologice, ca în Recklinghausen. Până în prezent, nu se poate spune ce legătură este între afecţiuni.

Osteomalacia, este o afecţiune osoasă generală, survenind dupe naşteri, caracterizată prin decalcifierea oaselor. Mersul ei e mai rapid, oasele nu fac chiste. Debutează printr'o diformare în bot de raţă a simfizei pubiene şi decalcifierea afectează cu predilecţie metafizele. Afecţiunea este de cauză ovariană şi se vindecă prin ovariectomie bilaterală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O altă afecţiune generală a oaselor ce nu trebueşte confundată cu Recklinghausen, este maladia lui Paget. Descrisă în a doua jumătate a secolului trecut, dupe Bascouret şi Decourt, ar avea origina în tractusul intermedio-lateralis. Paget se caracterizează prin îngroşarea compactei osoase, cu decalcifierea acestei compacte îngroşate. Compacta îngroşată şi decalcifiată, devine spongioasă şi fragilă. Oasele craniului se îngroaşe şi decalcifică, apoi tabla externă ia un aspect erodat. Dupe Snapper, în Paget nu avem calcemie şi ipofosfatemie, nu avem tumori paratiroide, nu avem mieloplaxe. Paget este o afecţiune ce apare obişnuit după 50 ani, şi deseori la ei se găseşte sifilisul în antecedente.

Santoro şi Busi, publică câte un caz de Recklinghausen, în care au găsit bolta craniană îngroşată ca în Paget, şi de aci conchid că afecţiunile pot coexista.

Sarcomul, ca şi cancerul generalizat în oase, ne-ar putea face să ne gândim la O. F. K. generalizată, dar în tumori, totdeauna avem mici reacţiuni osoase şi periostale. Câteodată aceste reacţiuni trebuesc căutate cu grije şi atunci le descoperim.

Mai trebue să distingem O. F. K. de alte afecţiuni generale ale oaselor însoţite de fracturi şi decalcifiere şi anume de displasia periostală a primului an de viaţă, de osteo-psatiroza primilor ani ai copilăriei, maladii familiare cum constată Busch, apoi Bourg. Dar nu se poate afirma că nu au rudenie cu Recklinghausen. Aşa o altă maladie a copilăriei, tot familiară, anume maladia marmo-

rată a oaselor sau osteopetroza, ar fi similă cu Recklinghausen, cum vom vedea.

Aceste maladii osoase, după vârsta la care apar, ar putea fi astfel clasificate: Displasia periostală în primul an de viaţă. Osteopsatiroza a primilor ani ai copilăriei. Maladia marmorată a oaselor între 4—7 ani. Recklinghausen la sfârşitul pubertăţii. Paget la peste 50 ani.

PATOGENIE. In 1903, Erdheim semnalează o hipertrofie a unei paratiroide într'un caz de necropsie pentru osteomalacie. In 1904 Askanazy găseşte aceiaşi leziune într'un caz de maladia lui Recklinghausen. In 1915 Schlagenhaufer comunică un alt caz cu dublă tumoră paratiroidiană şi propune ca în maladia lui Recklinghausen să se încerce paratiroidectomia.

In 1909, Mac Callum şi Voegtlin au notat că la câteva ore dupe o paratiroidectomie, calciul sanguin scade şi animalul face tetanie. Collip injectând parathormon, a văzut că fosforul sanguin scade, pe când calcemia creşte, şi când calcemia a crescut peste 15 mgr. muşchii animalului devin hipoexcitabili, are vărsături şi diminuarea funcţiunei renale.

In 1925, Mandl practică prima paratiroidectomie, într'un caz de mal. Recklinghausen, însoţit de calcemie ridicată şi fosforul scăzut şi obţine o vindecare care se menţine şi după 4 ani. Cu publicarea acestui caz, s'a făcut legătura definitivă între osteita fibro-chistică generalizată şi hiperfuncţiunea paratiroidelor. Cercetările şi lucrările abundă.

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

Hoffheinz adună cazurile pesonale şi cele publicate de necropsii, în total 45, în care s'au găsit paratiroidele mărite şi pe aceste cazuri, în 25 găseşte leziuni scheletice, din care 17 leziuni de O. F. K. generalizată. In 1929, Barr şi Bulger publică o statistică asemănătoare pe 73 cazuri, din care 32 aveau leziuni tipice de Recklinghausen.

S'au publicat o serie de cazuri vindecate sau ameliorate mult, atât osos, cât şi în privinţa fosfatemiei şi calcemiei, dupe paratiroidectomie. Welti adună 18 cazuri într'un frumos articol din Journal de chirurgie (Noembrie 1931), la care pot adăuga alte 5 cazuri frumoase din literatură.

S'au făcut şi încercări pe animale spre a produce O. F. K. Pentru acest scop se injectează animalelor de experienţe, doze mici de parathormon, ca să poată rezista timp îndelungat şi prin acest procedeu s'a isbutit să se ajungă la leziuni de maladia Recklinghausen, dar până azi nu s'a ajuns să se reproducă şi chistele osoase. Lambie, Kermorck şi Hurvez au reprodus maladia la şoareci, însoţită de calcemie ridicată şi fosforul scăzut. Aub şi Walther, apoi Jaffe, Bodansky şi Blair, mai decurând Funchs şi Falkenhausen, au reprodus maladia la cobay.

Cu toate aceste cercetări, nu s'a putut stabili în mod precis patogenia maladiei, nu s'a putut stabili definitiv legătura cauzei la efect între hipertrofia paratiroidei şi O. F. K. generalizată.

Chestiunile care s'au pus sunt: dacă hipertrofia paratiroidei este secundară leziunilor osoase şi este o hipertrofie compensatrice, sau dacă hipertrofia este primară şi consecutiv ei, se produce decalcifierea oaselor. Chestiunea este complexă şi spinoasă.

Iată *argumentele solide, care dupe Welti pledează în favoarea ipotezei că hipertrofia paratiroidelor este primitivă* şi consecutiv ei se produce decalcifierea oaselor:

Argumente anatomice: Dupe Hoffeinz în 85% de O. F. K. generalizată, găsim paratiroidele mărite. In cazurile în care paratiroidele nu sunt mărite, se poate argumenta că avem aface cu o hiperfuncţiune; dupe cum există Basedow fără guşe, poate să existe şi O. F. K. fără paratiroide hiperplasiate. Russy şi Clunet, extirpând 2 paratiroide, au văzut hipertrofiindu-se celelalte două paratiroide; aceasta ar fi hipertrofia compensatrice, pe când în Recklinghausen, avem deobiceiu hipertrofia unei singure glande.

Argumente experimentale: reproducerea experimentală a maladiei, prin injecţiuni timp îndelungat de parathormon, adică reproducerea decalcifierei, calcemia creşte, fosfatemia scade, animalul devine hipotonic, are vărsături, adică toate simptomele unui Recklinghausen cu mers rapid, în afară, până în prezent, de reproducerea chistelor.

Argumente terapeutice: dupe extirparea adenomelor paratiroidiene, calcemia şi fosfatemia revin la normal, oasele se recalcifică, chistele dispar sau se stabilizează, maladia se vindecă.

Ca obiecţiuni acestor argumente, tot Welti aduce:

Anatomice: Absenţa tumorei, dar cum am văzut se poate invoca cum argumentează Barr şi Bulger hiperfuncţiunea ei, similă Basedowului fără guşe. In afară de aceasta, adenomul poate fi ascuns în tiroidă sau în timus. Simon din Frankfurt într'un caz nu a găsit hipertrofie nici la necropsie.

Sunt cazuri în care calcemia nu este mărită. Un astfel de caz publică Ask şi Upmark, dar în acel caz paratiroida era mărită.

Experimentale: leziunile nu sunt identice, în sensul că nu s'a putut obţine până azi chiste osoase. Dar se obţin celelalte leziuni.

Terapeutice: Intr'un caz a lui Barrenschen şi Gold, calcemia a rămas aceiaşi şi dupe un an a avut o fractură spontană care s'a vindecat cu uşurinţă. Se poate spune că nu a scos suficient, căci într'un caz a lui Schnabel, vindecarea s'a obţinut dupe o a doua extirpare. Dar sunt cazuri în care operaţia a fost urmată de accidente tetanice serioase, probă că s'a atacat bine paratiroida, cum este un caz a lui Boerr şi Snapper şi totuşi maladia a revenit. Dar aceste cazuri de insucces sunt rare, dupe cum şi în Basedow avem cazuri de insucces.

In sfârşit, avem existenţa tumorilor paratiroidiene în afară de O. F. K. generalizată. In asemenea cazuri se poate spune că avem hiperplasia glandei, fără hiperfuncţiunea ei, ca şi în guşe fără Basedov, ca şi în tumori suprarenale fără hiperfuncţiunea ei. Dar sunt tumori paratiroidiene hiperfuncţionând şi în alte afecţiuni

BCU Cluj / Central University Library Cluj

decât maladia lui Recklinghausen, chestiune la care desigur, cum recunoaşte şi Welti, este mai greu de argumentat.

La aceste argumente ţin să adaug noi consideraţiuni:

Se ştie din clinică, că o pierdere mare de bilă, timp îndelungat, aduce individului cu colecistostomie o osteomalacie, pentrucă prin bilă se pierd o mare cantitate de săruri biliare, care nu se mai pot recupera. Loewi a reprodus această osteomalacie la animale, derivând bila total în căile urinare. Dar la aceste animale a mai observat o hipertrofie a paratiroidelor, dar fără calcemie marcată. Ar însemna că întâiu se produc eliminările de calciu şi apoi consecutiv o hiperplasie paratiroidiană compensatrice. Dar observând bine, aci poate fi vorba de o hipertrofie compensatrice prin lipsă de calciu, care după Loewi s'ar explica astfel: ionul de calciu este un ion care împiedică creşterea; lipsind calciul, glanda paratiroidă este foarte sensibilă şi este prima care se ipertrofiază. In Recklinghausen nu poate fi vorba de aşa ceva, căci, avem calcemia marcată, care ar opri creşterea paratiroidelor. In O. F. K. calciul lipseşte din oase, nu din sânge unde este prea abundent. Apoi în experienţele lui Loewi, toate glandele paratiroide sunt ipertrofiate şi nu una ca în O. F. K.

Péhu, Policard şi Dufourt, publicând un caz de osteopetroză, (maladia marmorată a oaselor), compulsând şi literatura, găsesc aceleaş caracteristice ca în mal. Recklinghausen: hipertrofia paratiroidelor, cu calcemie ridicată şi fosforul scăzut, aceiaşi fragilitate osoasă, acelaş mers progresiv şi fatal şi nu se deosibeşte decât prin zonele de hipercalcifiere osoasă. De aceia autorii şi propun acelaş tratament, adică ablaţia paratiroidei hipertrofiate. Sigur că în osteopetroză cu o patogenie similară, este un element în plus, care ne scapă. Osteopetroza, dupe un studiu pe 6 cazuri a lui Kudrjawtzewa, ar fi o maladie familiară, iar zonele de ipercalcifiere sunt zone tot de fragilitate osoasă, fiind considerate ca zone de scleroză. Aceste zone de scleroză pot merge până la necrozare. Poate asemenea cazuri, văzând caracterul familial al maladiei, nu sunt decât tot cazuri de Recklinghausen, apărute la indivizi cu o mare putere de sclerozare.

Dar ceace mi se pare mai deconcertant, este faptul că afecţiunea este numai osoasă, decalcifică numai oasele şi nu le decalcifică în mod uniform, ci pe zone. Deci nu poate fi vorba de o simplă disoluţie chimică prin hormonul paratiroidian, nici o chemare a unei anumite concentraţiuni de ioni calcici în sânge, căci în cazul acesta cred că am avea o decalcifiere uniformă. Dar nu numai atât, la necropsia cazurilor de O. F. K. arterele se găsesc calcificate. Chestiunea este mai complicată şi sunt elemente care ne scapă complectamente. Şi se înţelege pentruce chestiunea este mai complicată, căci în metabolismul calciului, un rol preponderant îl are şi ovarul şi alte glande. Aşa ştim că la femeile cu insuficienţă ovariană, avem o lipsă de calciu. Iată un caz publicat de V. Ferrero şi G. Cucco, care ridică noi obiecţiuni problemei: un caz tipic de O. F. K. cu organe genitale ipogenetice; o grefă ovariană aduce consolidarea fo-

carelor de fractură şi dispariţia chistelor osoase. Deci ar fi una din vindecările cele mai frumoase.

Deşi patogenia nu este indiscutabilă, este cert că în această afecţiune, în majoritatea cazurilor una din glandele paratiroide este ipertrofiată şi că extirparea paratiroidei ipertrofiate, aduce vindecarea în marea majoritate a cazurilor. Chiar dacă nu găsim o glandă ipertrofiată, extirparea sau ischemizarea paratiroidelor, aduce vindecări frecvente în această maladie fatală. Cu aceasta, avem încă un mijloc de combaterea unei maladii rare, dar gravă.

TRATAMENT. In afară de tratam. chirurgical al afecţiunei, s'au făcut şi încercări de tratament medical, care au adus la ameliorarea cazurilor. *Harvier* şi *Lafitte* publică un caz ameliorat prin ergosterină iradiată. *Labbé* un caz ameliorat prin ergosterină şi calciu şi mai mult ameliorat dupe röntgenterapie profundă. *M. P. Weil, Aimé* şi *Langlois* publică de asemenea un caz ameliorat prin ergosterină, iar *Snapper* un caz ameliorat prin vigantol şi raze ultraviolete.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL. Principiul general al tratamentului, este abordarea tuturor paratiroidelor printr'o incizie în potcoavă, ca pentru tiroidectomie. Se pune dela început în evidenţă marginea posterioară a ambilor lobi tiroidieni şi se examinează glandele paratiroide. Greutatea este în găsirea şi recunoaşterea acestor glande. Câteodată glandele sunt mult ipertrofiate şi uşor vizibile. Se pot găsi glande cât o cireaşă, cât o boabă de fasole şi atunci sunt uşor de recunoscut şi extirpat. Aceasta se întâmplă când glanda este extracapsulară şi este destul de voluminoasă. Dar când glandele sunt mici, ca boabele de linte şi chiar mai mici, se pot confunda, fie cu lobuli de grăsime, fie cu porţiuni din tiroidă. Când sunt subcapsulare, intratiroidiene, greutatea este şi mai mare. S'au scos glande care la examenul istologic s'a dovedit că nu sunt paratiroide.

Când glandele sunt greu de scos, se recomandă mai multe tehnice. *Chifoliau* şi *Amelin*, recomandă să o căutăm cu grije în buchetul de ramificaţie al arterei tiroidiene inferioare şi să rămânem extracapsular. Glandei trebue să-i găsim un mic pedicul şi numai atunci să o extirpăm. Ca să fim mai siguri, recomandă să facem un examen microscopic, înainte de a închide plaga.

Oppel, în cazul când nu găsim o glandă hipertrofică bine vizibilă, recomandă extirparea marginelor posterioare ale lobilor tiroidieni, în care fatal trebue să fie şi paratiroidele inferioare.

Leriche, având în vedere că arterele nutritoare ale paratiroidelor sunt terminale, recomandă ligatura tiroidienelor inferioare şi prin acest sistem a avut rezultate.

Mers post-operator. Din 23 cazuri, în 10 s'a produs după operaţie o tetanie acută. Odată tetania a fost mortală. Insă tetania se tratează uşor prin injecţiuni de calciu şi parathormon. Intr'un caz, tetania a pus 6 luni ca să se amelioreze treptat, până la com-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

plecta dispariţie. Deasemeni a fost des citată oliguria postoperatorie, ce se combate tot prin hormon glandular.

Rezultatele ce se obţin sunt următoarele: Calciuria şi fosfatemia după ce scad mai întâiu subnormal, revin la normal şi se menţin. Intr'un caz a lui *Gordon* şi *Taylor*, calciul şi fosforul normal înainte de operaţie, dar cu tumoră paratiroidă, au rămas în aceleaş limite şi după operaţie, dar pacientul s'a vindecat.

Vindecarea osoasă consistă în următoarele fapte:

Oasele se recalcifică şi fracturile consolidează repede. Mersul progresiv al maladiei dispare. Dar chistele nu se umplu cu calciu, dar nici nu se mai extind, ci se stabilizează. Ele pot fi tratate chirurgical. Numai în 3 cazuri chistele au dispărut, au fost umplute cu ţesut osos. Dar forţa musculară revine şi pacienţii nu mai sunt invalizi.

ALTE AFECŢIUNI INSOŢITE DE CALCEMIE. Oppel din Leningrad, găsind frecventă calcemia ridicată în poliartrita anchilozantă (spondilita rizomelică), a practicat în 55 cazuri o paratiroidectomie. In asemenea cazuri, calcemia este ridicată cu puţin peste normal, în mai mult de jumătate din cazuri. După paratiroidectomie, Oppel a obţinut pe 30 cazuri urmărite mai mult de 21 luni, 16 ameliorări perzistente, 6 staţionare şi 7 agravări.

In asemenea cazuri, Leriche şi Jung a executat de 3 ori operaţiunea sub numele de operaţiunea lui Oppel şi au avut ameliorări durabile. Au mai executat operaţiunea în 6 cazuri de sclerodermii, un cheloid spontan şi în alte afecţiuni însoţite de calcemie şi calciurie mărită, şi insistă că ameliorări nu se obţin decât în cazurile de calcemie marcată. Dar cum remarcă Welti, în niciunul din aceste cazuri nu s'a găsit tumoră a paratiroidei şi rezultatele trebuesc încă urmărite, Dr. Mulonguet găseşte însă într'o sclerodermie un adenom paratiroidian, îl extirpă şi nu ameliorează pacienta.

Iacobovici a publicat de curând un caz de paratiroidectomie pentru poliartrită anchilozantă cu hypercalcemie; calcemia s'a redus, dar pacientul are numai o lună dela operaţie şi nu se poate anticipa asupra mersului clinic.

Trombangeita obliterantă.

In maladia Recklinghausen, autorii au stăruit mult în ultimii ani, ca să diferenţieze afecţiunea de alte leziuni osoase, ca să o individualizeze.

In trombangeită, se pare că trebueşte o muncă inversă, căci s'au descris o seamă de maladii arteriale sub diferite nume, care se pare că este aceiaşi maladie în diferite stadii evolutive.

S'a descris sub numele de trombangeită sau maladia lui Buerger, sau diateza angiospastică a extremităţilor, o maladie cu turburări circulatorii dureroase ale extremităţilor membrelor, care evoluează către gangrena acelor extremităţi. Or se pare că turburările de debut, sunt aceleaş ca în mal. Raynaud.

S'a descris sub numele de gangrena autorilor Ruşi, sau gan-

grena spontană a extremităţilor, sau arterioza suprarenală, sau gangrena juvenilă, o afecţiune foarte identică cu trombangeita.

Voi da o descripţie rezumativă a trombangeitei şi a maladiei lui Raynaud, pentru a vedea similitudinile.

Dupe Julio Diez, care a operat 68 cazuri de trombangeită, afecţiunea ar trece obligatoriu prin următoarele stadii evolutive:

1. Cianoza şi răcirea dureroasă a extremităţilor.
2. Claudicaţie intermitentă.
3. Durere continue în repaus.
4. Zone de sfaceluri ale pielei.
5. Ulcere cronice.
6. Gangrena unui deget.
7. Gangrena labei piciorului.

Primele 5 stadii ale afecţiunei sunt identice cu cele din mal. Raynaud. Ceace le-ar putea diferenţia în aceste stadii, nu este decât un mers mai lent în maladia Raynaud. Odată cu apariţia gangrenei, afecţiunea se diferenţiază prin apariţia de cuaguli sanguini intraarteriali şi prin posibilitatea ca afecţiunea să apară şi la arterele viscerale. In ambele afecţiuni, după Oppel, avem hiperadrenalinemie.

Cât priveşte gangrena autorilor Ruşi, este acelaş lucru, cu un mers mai rapid în anii de mizerie ai revoluţiei, şi cum observă Oppel în ultimii ani, maladia este mai rară şi cu mers mai lent.

ETIOLOGIA este puţin cunoscută. Afecţiunea apare la tineri sub 40 ani şi în mod excepţional peste 50 ani. Ruşii au avut astfel de cazuri. S'a vorbit de o predispoziţie specială pentru această afecţiune la emigranţii din Rusia, în special la Evrei; Parkes Weber, Rast şi Lutterotti publică 3 cazuri apărute la naţionali englezi, ca o raritate. La noi în ţară, cazurile sunt foarte rare, dar sunt; eu am văzut un caz acum doi ani, de curând D-l Tr. Nasta a comunicat un caz operat, aşa că avem astfel de cazuri şi noi, dar din fericire sunt rare. Ruşii, în epoca revoluţionară au avut mii de cazuri; deasemenea, se pare că Argentina este un focar inepuizabil de trombangeite.

Englezii şi Americanii, cred că afecţiunea se datorează în bună parte fumatului abuziv şi sunt medici cari afirmă că rezultatele terapeutice depind în bună parte de supresiunea tutunului.

Având în vedere isbucnirea unei adevărate epidemii de trombangeite în Rusia, s'a crezut că afecţiunea s'ar datora maladiilor multiple şi carenţei alimentare, într'un cuvânt, ar fi datorită mizeriei.

PATOGENIE. Prima încercare serioasă patogenică, a fost făcută de W. Oppel din Leningrad, care a atribuit maladia unei iperfuncţiuni suprarenale. El numeşte maladia, arterioză sau gangrenă suprarenală.

Maladia este datorită unui spasm arterial. Toate fenomenele se datoresc acestui spasm al arterelor periferice. Acest spasm, această vasoconstricţie s'ar datori dupe Oppel, unei hiperadrenalinemii. Ca o consecinţă a acestei credinţe, Oppel preconizează şi practică numeroase suprarenalectomii, cu rezultate foarte bune.

Desitin

Pomada

Arsuri. — Cicatrizarea plăgilor Ulcerațiuni cronice. — Pansament gynecologic. — Prurit. — Intertrigo Eczeme. — Pediatrie. — Erytheme.

Pudra

Pudră grasă pe bază de vitamine indicată în îngrijirea sugarilor și copiilor, erosiuni, prurit, după tratament cu rase, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prezentare:

Pomada: tub. mic, mare & cutii a 1/4 kg.
Pudra: cutii metal și plicuri à 100 gr.

DESITIN — WERK CARL KLINKE, HAMBURG 19
Reprez.: AGECO S. A., calea Victoriei No. 29

Teoria hiperfuncţiunei suprarenaliene, nu este admisă decât de puţini medici şi obiecţiunea cea mai puternică a fost lucrarea lui Gley din 1920, în care Gley pretinde că adrenalina se distruge rapid în sânge şi nu se găseşte circulantă. Insă, mai târziu, Tournade şi Chabrol au susţinut contrariul.

Argumentele pe care Oppel le aduce în favoarea teoriei lui, sunt următoarele:

Serul gangrenosului, cum a văzut Girgolav, produce o vasoconstricţie mai marcată asupra urechei de epure, decât serul de individ sănătos. Dar s'ar putea spune că serul gangrenosului conţine alte principii vasoconstrictive, decât adrenalina.

Doi elevi ai lui Oppel, Achoutine şi Ortnatsky au făcut următoarele experienţe edificatoare şi cred greu de răsturnat.

Izolând o ansă de intestin de animal, a la Magnus, serul sanguin are următoarele efecte asupra ansei: Serul de om normal, produce asupra ansei intestinale o contracţiune puternică, urmată de o paralizie. Serul de gangrenos, produce mai întâiu un spasm ca şi serul de om normal, urmat apoi de o serie de contracţiuni şi relaxări alternative; după epinefrectomia gangrenoşilor, serul lor se comportă ca al celor normali. Aceleaşi fenomene se produc cu sânge de om normal, căruia i se adaugă o foarte mică cantitate de adrenalină, cu serul de epure căruia i se face o injecţiune cu adrenalină, sau căruia i se grefează o suprarenală de bou. Aceleaş fenomene ca la gangrenoşi, se produc şi cu ser luat dela pacienţii cu maladia Raynaud.

Digitized by Central University Library Cluj

Alte argumente indirecte pe care le aduce Oppel, sunt următoarele: plaga gangrenosului în timpul unei epinefrectomii sângerează mai puţin decât într'o lombotomie la un normal; rezultatul epinefrectomiei la gangrenoşi, adică dispariţia spasmului arterial, vindecarea turburărilor locale, stabilizarea gangrenei, reapariţia pulsului în arterele netrombozate, dispariţia hiperglobuliei şi hiperglicemiei ce însoţesc trombangeita. Dealtfel, hiperadrenalinemia nu se manifestă numai asupra arterelor periferice, ci asupra tuturor arterelor, este o maladie generală. Dacă maladia este mai aparentă la extremităţi, aceasta s'ar datori vasospasmului întreţinut de frig.

Concomitent cu lucrările lui Oppel şi elevilor lui, alţi autori, pentru a combate trombangeita, au făcut simpatectomii: simpatectomii periarteriale cu rezultate de foartă scurtă durată şi chiar fără rezultate. S'a făcut elongaţia nervilor sau disociaţia lor a la Diez, în scopul de a distruge simpaticul intranevrilemic, cu aceleaş rezultate. In sfârşit au făcut ramisecţiunea (von Gaza şi Royle) sau scoaterea ganglionilor stelaţi (Brüning, Diez) şi a ganglionilor lombari (Diez, Adson, Brown), cu rezultate bune, se pare, aproape egale cu cele obţinute de Oppel prin suprarenalectomie.

Aceşti autori cari au atacat simpaticul, au atribuit trombangeitei o patogenie simpatică, negând rolul adrenalinemiei. Contra teoriei hipersecreţiei adrenalinei au adus următoarele argumente:

Constatările de fisiologie a lui Gley. Dar am văzut că aceste constatări nu sunt admise de toată lumea ca reale.

Efectele bune ale operaţiunei lui Oppel şi le-au explicat astfel: când se scoate suprarenala, se scot, se secţionează o mulţime de filete simpatice cum observă Hertz, şi acestui fapt s'ar datori efectele. Cadenat merge mai departe, atribue suprarenalei un rol de centru simpatic şi crede că distrugerei acestui centru s'ar datori bunele efecte. Diez spune că suprarenalectomia este o simpatectomie limitată.

Or în aceste susţineri este de remarcat: glanda suprarenală, nu este deloc dovedit a fi un centru simpatic. Glanda suprarenală se găseşte deasupra celui de al doilea ganglion lombar; or nervii membrelor inferioare pornesc dela al doilea ganglion în jos şi secţiunea filetelor simpatice ce merg la suprarenală, nu ar putea influenţa circulaţia în membrele inferioare. Supresiunea unei glande suprarenale, are un efect general, asupra întregei circulaţii, asupra turburărilor vasomotorii dela toate patru membrele, pe când simpatectomia ganglionară nu are efect decât asupra membrului respectiv.

Un fenomen constant în trombangeită, este dispariţia pulsului, scăderea sau dispariţia tensiunei arteriale periferice. Diez în 3 cazuri publicate de alţii, cu suprarenalectomie, observă că tensiunea nu se modifică uniform după suprarenalectomie la toate membrele şi că este o creştere mai marcată a membrului inferior stâng, adică de partea unde s'a scos capsula suprarenală. Cifrele pe care le dă nu sunt convingătoare, şi din ele se desprinde că suprarenalectomia are un efect general. Dacă predomină la stânga, se poate admite că la acest membru, pe lângă efectul împuţinărei adrenalinei, avem şi o lesare a simpaticului respectiv. Dar Diez probabil nu cunoaşte publicaţiile lui Oppel, care arată modificările tensiunei în zeci de cazuri şi anume arată că tensiunea centrală scade iar cea periferică creşte.

In sfârşit, bunele efecte ce se obţin prin supresia ganglionilor simpatici asupra vasospasmului şi consecutiv ameliorarea maladiei, lucrul este prea explicabil.

Dar până acuma încă nu s'a arătat dacă simpatectomia egalează suprarenalectomia în privinţa modificărilor glicemiei şi poliglobuliei, nici asupra efectului asupra spasmului arterelor viscerale din formele grave.

In stadiul actual al lucrărilor, teoria lui Oppel nu poate fi răsturnată. Dar nu se poate nici afirma că o hiperfuncţiune suprarenală ar duce fatal la trombangeită. Dar cred că o hiperfuncţiune ar fi capabilă să dea un sindrom Raynaud sau numai să predispue la Raynaud sau la Buerger. In această privinţă există şi o lucrare experimentală:

L. Sussi publică în Minerva medica, că făcând injecţiuni repetate la animale cu adrenalină, nu a obţinut leziuni vasculare. Dacă asociază adrenalina cu piogeni obţine leziuni de trombangeită. Deaceea socoteşte că maladia lui Buerger este datorită unei hiperadrenalinemii la cei cu o maladie infecţioasă cu mers lent.

ANATOMIE PATOLOGICA. Până la apariţia gangrenei, nu se semnalează absolut nicio leziune istologică, ci doar atâta, că avem capilare mai strâmte şi împuţinate (Vachtchinsky).

In Raynaud, deasemeni nu avem leziuni arterio-venoase ci vasele nu se trombozează decât în regiunea cu totul superficială a gangrenei, care ştim că în Raynaud este superficială.

In trombangeită, odată cu apariţia ulceraţiunilor şi gangrenelor, după Oppel, fenomenele anatomice s'ar succeda astfel: endoteliul vascular se descuamă şi la acest nivel vasul se trombozează. Trombusul poate să apară pe o singură arteră periferică şi totuşi extremitatea se gangrenează prin vasospasmul celorlalte artere. Obişnuit tromboza este simetrică, deşi la nivele diferite. Câteodată, tromboza se face sus, de exemplu pe poplitee şi cuagulul are un mers extensiv, către cord, ajungând în femurale şi chiar până la bifurcaţia aortei.

In cazuri cu mers rapid, putem găsi tromboze arteriale în toate membrele şi chiar în arterele viscerale; deseori aceşti pacienţi mor cu o tromboză a mezenterului. In alte cazuri s'a semnalat tromboza renalei, coronarelor şi într'un caz a lui Oppel, o tromboză a carotidei cu hemiplegie.

La nivelul trombozei, leziunea arterei este superficială, musculoasa arterei fiind respectată (Oppel, Parkes). Nu se găsesc leziuni ateromatoase. Totuşi în cazuri severe şi rare, se pot găsi zone în care musculoasa este lezată. Ceva mai mult, calcemia este uşor ridicată în trombangeită şi aşa se explică faptul că în rare cazuri, se găsesc la necropsie şi artere calcificate (Oppel).

Buerger a insistat că în afecţiunea descrisă de el se întâlnesc dese flebite, dar Oppel arată că aceste flebite se produc în urma unei infecţiuni ce se adaugă gangrenei; flebitele acestea sunt superficiale şi foarte rar profunde. Ele nu au niciun rol în producerea maladiei sau a gangrenei ci sunt numai complicaţiuni secundare.

MODIFICARI UMORALE ŞI CITOLOGICE. Colaboratorii lui Oppel au semnalat o serie de modificări umorale. Astfel glicemia este uşor crescută în 30 din 34 de cazuri. In cazurile severe glicemia este mai marcată. In cazurile foarte uşoare, glicemia este normală. Se poate provoca cu uşurinţă o glicosurie. Dupe suprarenalectomie, glicemia se normalizează. Oppel crede că adrenalina împiedică buna ardere a glicidelor. In cazurile însă în care există o hiperfuncţiune a glandelor lui Langerhans, în care se produce o insulinemie marcată, glicemia se normalizează. Or insulina ar fi antagonistă adrenalinei şi aşa se explică pentru ce în cazurile cu o glicemie normală, adică cu insulinemie care să combată adrenalina, afecţiunea este mai benignă.

Prezenţa glicemiei ridicate, a făcut pe unii autori, ca Labbé să considere multe gangrene ca o stare prediabetică.

O altă modificare umorală, este o calcemie la nivelul superior, care cum am văzut, ar explica calcificarea unor artere.

Glébovitsh găseşte constant o hiperglobulie cu o trombocitemie marcată. Vâscozitatea este mărită. Şi acestea dispar dupe

BCU Cluj / Central University Library Cluj

suprarenalèctomie. Oppel crede că splina este împiedicată de adrenalină să facă hemoliza şi aşa s'ar explica hiperglobulia. Este o ipoteză. Weil a arătat că splina se reduce la jumătate dupe o injecţie cu adrenalină şi eu am arătat că injecţia cu adrenalină produce o iperglobulie, chiar excesivă.

In modificările umorale şi în anatomia patologică sunt o serie de modificări care pledează pentru o intervenţie a infecţiunei în apariţia gangrenelor. Aşa apariţia de tromboze multiple, diseminate, ca în unele septicemii. Trombusul nu este local, ci extensiv, tot ca în trombusurile prin infecţie vasculară. Intr'o trombarterită aseptică, ca în degerături, trombusul nu este extensiv, ci rămâne cantonat pe porţiunea distrusă a arterei. Poliglobulia, trombocitemia, vâscozitatea mărită se întâlnesc şi în flebite comune. Acestea, coroborate şi cu experienţa lui Sussi, mă fac să cred că infecţiunea are un rol hotărîtor în producerea gangrenei.

SIMPTOMATOLOGIE. Maladia lui Buerger, ca şi maladia lui Raynaud, au o evoluţie ce se desfăşoară în ani de zile. Sunt forme grave de trombangeită ce evoluează în câteva luni. In genere pune câţiva ani. Raynaud în genere pune 6—7 ani ca să ajungă la ulceraţiuni.

Maladia debutează cu cianoza extremităţilor, cu mâini moi şi umede, cu extremităţile mai desvoltate. Deaci şi denumirea de acroasfixie. Fenomenele sunt mai accentuate la frig. Dupe un timp extremităţile devin dureroase în timpul ernei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Apare claudicaţia intermitentă a extremităţilor, adică la frig survin accese foarte dureroase a mâinilor şi labelor picioarelor, cu accentuarea cianozei în timpul acceselor. Ajunge ca să băgăm mâna unui astfel de pacient în apă rece, ca accesul vasoconstrictiv să se producă. In acest timp, pulsul este foarte greu perceptibil sau imperceptibil. Sir Thomas Lewis, crede că în Raynaud spasmul arterial este limitat la arterele palmei.

Mai târziu apare o durere continuă a extremităţilor, semn că au început leziunile distructive şi curând vedem apărând zone de necroză, violete, apoi pielea se sfacelează şi lasă loc unui ulcer cronic.

Până aci este o perfectă asemănare între maladia lui Raynaud şi maladia Buerger. In Raynaud, ulcerile şi sfacelurile rămân superficiale, la piele.

In Buerger apare o gangrenă a unuia sau 2 degete şi la câteva săptămâni sau luni, laba se gangrenează şi curând constatăm că apar zone de mortificare şi la membrul opus. In tot acest timp durerea în jurul gangrenei este continuă şi destul de puternică.

De când au apărut durerile continue, pulsul plantar dispare, tensiunea este zero. Dispariţia pulsului e datorită vasospasmului, căci dupe operaţiune pulsul reapare în vasele netrombozate.

In mod normal, diferenţa între tensiunea pulsului central şi periferic este de 15—30 cm. de mercur. In trombangeită această diferenţă creşte la 40—100 cm. de mercur pentru a dispărea dupe

suprarenalectomie. In cazurile benigne, cu glicemia scăzută, cu hiperfuncţiunea insulelor lui Langerhans dupe Oppel, în aceste cazuri, diferenţa între tensiunea arterială periferică şi centrală este mai mică.

Glebovitsh a semnalat că deseori în formele severe, cordul este surd şi Oppel explică acest fenomen prin spasmul coronarelor. S'ar prodce, cum spune autorul rus, o miocardoză.

EVOLUŢIE. In formele grave, în afară de gangrene ce se pot infecta şi omorî pacientul, pot să apară cum am văzut, tromboza mezentericei, renalelor, coronarelor, arterelor craniene şi să distrugă pacientul.

In formele uşoare, putem asista la o delimitare a gangrenei, la o ameliorare spontană generală şi aceasta s'ar datori unei hiperfuncţiuni compensatrice a insulelor pancreatice, ce ar combate adrenalinemia.

TRATAMENT. In această afecţiune gravă, s'au preconizat tratamente medicale şi tratamente chirurgicale.

Tratamente medicale. S'a încercat adrenalina care ar fi logic, după teoriile lui Oppel să aducă o notabilă ameliorare. Rezultatele nu sunt evidente şi eu într'un caz nu am observat nicio influenţă. C. Bickel crede că insulina singură este prea slabă ca să aibă efect. Asociată însă cu acetil colina, ar da rezultate inesperabile. Eu am asociat-o, tot fără rezultat; mai precis am avut impresia să micşorez durerile pentru un timp scurt de câteva zile, apoi nu am constatat nici-o influenţă. Bickel socoteşte gangrena spontană ca o stare prediabetică, or Villaret recomandă să nu se facă acetilcolina la diabetici.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Maurice Villaret recomandă o cură zilnică cu 0,10—0,40 de clorur de acetil colină, sol. proaspătă, injectată subcutan sau intramuscular. Ar lucra prin supresia spasmului arterial şi în special al capilarelor. Este de văzut ce poate aduce în trombangeite, dar rezultatele nu sunt încurajatoare.

Tanzi a obţinut o vindecare a unei acroasfixii, prin injecţiuni de ovar şi glandă tiroidă.

Nordman a vindecat 3 trombangeite prin injecţiuni zilnice de hormon circulant a lui Frey şi Kraut. Produsul este un extract pancreatic desinsulinat, cu acţiune vazodilatatorie şi se administrează zilnic câte 1—2 unităţi.

Zimmern, Chavanay şi Brunet ar fi obţinut rezultate excelente în Buerger şi Raynaud, prin rontgenterapia regiunilor suprarenale. Metoda a fost încercată de Oppel înainte de a face suprarenalectomia şi a fost părăsită. La noi într'un caz, a fost încercată de Nasta şi Bâlcu, tot fără rezultat. Dar este o metodă de încercat, înainte de a supune pacientul unei serioase operaţiuni.

Tratamente chirurgicale. Ca tratamente chirurgicale, două operaţiuni pot fi opuse: operaţiunea lui Oppel şi simpatectomia ganglionară. Celelalte simpatectomii parcimonioase, având rezultate prea slabe, nu pot conta în discuţie.

Operaţiunile pe simpatic. Diez, ca şi alţi autori, recomandă scoaterea ganglionilor lombari, începând cu al 2-lea. Tehnica se execută succesiv în dreapta şi în stânga. In stânga se execută printr'o laparotomie, cu decolarea colonului stâng, iar în dreapta se poate executa transperitoneal. La noi în ţară, Nasta a comunicat un caz operat succesiv la dreapta şi stânga, cu rezultat imediat excelent. Diez a practicat operaţiunea de 75 ori şi afirmă a avea 75% rezultate indiscutabile. Pe aceste cazuri a avut o mortalitate de 10,3%.

Operaţiunea lui Oppel. Herzberger pe 25 pacienţi, a avut 15% mortalitate. Oppel pe prima serie de 29 a avut 17,3%, iar pe ultima serie de 50, nu a avut nici un mort.

Intr'un caz a lui Spasokukotsky, pacientul a murit, din cauză că suprarenala cealaltă era atrofiată. Pentru a preîntâmpina astfel de accidente, Oppel recomandă să lăsăm o mică porţiune din suprarenala stângă.

Oppel intervine, scoţând totdeauna suprarenala stângă, prin lombotomie. La noi Jianu a extirpat-o prin abdomen şi eu cred că este mai uşor şi mai puţin traumatisant să fie scoasă prin abdomen.

Oppel în toate cazurile sale, a constatat că spasmul arterial dispare după operaţia sa, ca şi turburările umorale. Dar mersul trombozei nu este influenţat. Ceeace este gangrenat se delimitează se separă de ceeace este viu. Dupe operaţiune, pulsul apare. Unde nu apare, cauza este o tromboză şi în acel caz, vom asista peste câteva zile la apariţia unei gangrene prin extensiunea trombozei. Buerger ar fi văzut artere ce s'au canalizat, însă Oppel declară că nu a văzut un astfel de fenomen. In cazul când nu se simte pulsul într'un membru, recomandă ca şi Leriche, să rezecăm artera, ca să încercăm salvarea membrului. In orice caz, 50% din operaţii, vor suferi amputaţiuni, fie prin prezenţa gangrenei, fie prin progresiunea trombusurilor preexistente. Dar aceşti pacienţi vor fi amputaţi economicos şi nu vor vedea gangrenele apărând şi la celelalte membre. Bonturile de amputaţie se vindecă perfect, nu sunt dureroase şi pacientul se poate folosi de ele.

Oppel, pe 100 cazuri urmărite îndelungat, a avut 14 recidive. Recidivele sunt explicabile prin hiperfuncţiunea suprarenalei rămase. Mai observă Oppel că recidivele au un mers mult mai lent, mai benign şi în asemenea cazuri recomandă injecţiuni cu insulină şi rontgenterapie.

In orice caz având în vedere gravitatea cazurilor lui Oppel, rezultatele sunt mai mult decât frumoase şi mult superioare rezul-

tatelor lui Diez prin simpatectomie, făcută în cazuri în genere mult mai benigne.

S'ar putea aduce argumente în favoarea operaţiunei lui Oppel faţă de simpatectomii: Operaţiunea lui Oppel este o operaţiune unică şi ca gravitate nu este mai periculoasă ca o simpatectomie lombară. Rezultatele, după cele publicate până în prezent, având în vedere gravitatea seriei lui Oppel, sunt cele mai bune. Simpatectomia trebueşte aplicată în serii: simpatectomie lombară la dreapta, la stânga şi dacă este nevoe, ablaţia ganglionilor stelaţi.

Dealtfel, pentrucă simpatectomia nu dă rezultate prea constante, s'au propus o serie de probe care să ne arate dinainte dacă simpatectomia va da rezultate şi anume:

Proba Lewis: se anesteziază cubitalul la cot, se pune mâna în apă rece şi dacă nu se produce criza vasoconstrictivă, simpatectomia va da rezultat.

Proba Brown: se ia temperatura bucală şi la extremităţi, se injectează vaccin antitific şi după frisson se ia temperatura din nou. Raportul creşterei temperaturei extremităţilor, faţă de raportul creşterei temperaturei bucale, constitue indexul vasomotor. Acest index, cu cât va fi mai mare, va fi un rezultat mai bun.

Proba White: anesteziem cu novocaină ganglionul simpatic şi privim dacă avem modificări vasomotorii.

Proba rahianesteziei: dupe rahianestezie, căutăm să provocăm turburări vasomotorii, şi dacă nu reuşim, procedăm la operaţie, care va da bune rezultate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru tratamentul gangrenei, Saul Samuels recomandă să nu ne grăbim. Trebue să aşteptăm şanţul de delimitare al gangrenei. In timpul aşteptărei, pacientul nu va fuma, va păstra patul fără să lase picioarele atârnânde, va face 3 băi fierbinţi pe zi ale labelor urmate de ungerea abundentă a lor cu vaselină şi la două zile va primi câte o injecţie cu ser ipertonic (15 gr. sare). In felul acesta vom face amputaţii parcimonioase.

RÉSUMÉ: Docent Dr. V. Dimitriu. — *Les progrès dans la chirurgie des glandes avec sécrétion interne.*

L'auteur expose à la lumière des notions actuelles la pathogénie et le traitement de l'osteite fibro-kystique généralisée (la maladie de Recklinghausen) et de la trombangeite obliterante (la diathèse spastique des extrémités), maladies dues la première à l'hyperfonction des glandes parathiroidiennes, la seconde à l'hyperfonction des surrenales et dans les quelles l'ablation chirurgicale partielle ou les traitements non-sanglants, qui conduisent par d'autres voies à la modération fonctionelle de ces glandes, ameneraient leur amélioration et même guérison.

RIASSUNTO: Dott. V. Dimitriu, Docente—*I progressi nella chirurgia delle ghiandole endocrine*

L'A. espone, sulla scorta dei dati attuali, la patogenesi e il trattamento dell' Osteofibrosi cistica generalizzata (malattia di Recklinghausen) e della trombarte-

rite obliterante (diatesi spastica delle estremità); essendo tali affezioni dovute ad una iperfunzione delle ghiandole paratiroidi la prima, e ad una iperfunzione delle ghiandole surrenali la seconda, l'ablazione parziale per via chirurgica di queste ghiandole, oppure altri metodi portanti per via incruenta ad una loro diminuzione funzionale, ne provocano il miglioramento od anche la guarigione.

SUMMARY: Dr. V. Dumitriu — *Improvements in the surgery of ductless glands.*

In the light of recent knowledge, The author relates the pathogenesis and treatment of Recklinghausen's disease and Thromboangeitis Obliterans, the first of which is due to hyperfunction of the parathyroids, the latter to hyperfunction of the adrenal bodies. Partial removal, surgically, of these glands, or methods leading to their functional impediment, bring about relief and even total cure.

ZUSAMMENFASSUNG: Dozent Dr. V. Dumitriu — *Fortschritte in der Chirurgie der Drüsen mit innerer Secretion.*

Der Verfasser stellt die Pathogenie u. Behandlung der fibro-kistischen Osteitis (die Recklinghausen Krankheit) u. Trombangeitis obliterans (die spastische Diathese der Gliedmassen), im Lichte der neuen Kenntnisse dar; erstere vird durch die Hipertätigkeit der Para-thiroid-Drüsen, letztere durch die Hipertätigkeit der Supra-rennal-Drüsen verursacht.

Die teilweise Entfernung dieser Drüsen auf chirurgischem Wege oder Methoden welche auf unblutiger Weise zur Verminderung ihrer Funktion führen, bringen Besserung, je sogar ihre Heilung.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PREPARATO WASSERMANN

CU BAZA DE

Clorhidrofosfolactat de calciu
Sulfogaiacolat de calciu
Principii balsamice şi calmante

Este indicat în toate afecţiunile căilor respiratorii.

INTREBUINŢARE: 2—5 linguri pe zi, diluate în apă sau simplu.

PENTRU COPII dela 3—7 ani, ½ linguriţă de cafea de 2 ori pe zi, ca mai sus.

PENTRU COPII dela 7—12 ani, o linguriţă de cafea de 2 ori pe zi, ca mai sus.

COMPOZIŢIUNEA.—O lingură conţine:

Clorhidrofosfolactat de Calciu	gr. 0,50
Sulfogaiacolat de Calciu	» 0,30
Extract fluid de Aconit	» 0,01
Extracte Balsamice şi Aqua Laurocerasi Q. S.	

Gadil Wassermann

CU BAZA DE OLEU DE FICAT DE MORUN, Lecitină, Iod, Gaiacol, Eucalipt, Mentol.

NUMAI PRIN INJECŢIUNI:

Cutii de câte 10 fiole de 1 c. c.' 2 c. c. — 5 c. c.

INTREBUINŢARE:

1 injecţiune pe zi, întrebuinţând, după cazuri, fiole de 1, sau 2 sau 5 c. c., şi întrebuinţând acul obişnuit al seringei Pravaz.

INDICAŢIUNI:

Forme tuberculoase, Limfatism, Rachitism, Scrofula, etc. Cel mai bun în tuberculosa osoasă. Cel mai puternic auxiliar al nutriţiunii generale.

Eşantiloane la cerere D-lor Medici, adresând:

Reprezentanţa Depozitului pentru România: G. CENTONZE. — Bucureşti, 6.

Strada Dr. Clunet, No. 3. — Telefon 360/95.

Asociaţia docenţilor Fac. de Medicină, Bucureşti
Seria conferinţelor «Actualităţi medicale» Martie-Aprilie 1932

FIZIOLOGIA ŞI FARMACOLOGIA CIRCULAŢIEI CORONARIENE *)

de
Dr. ION MARCU
Docent Universitar

Imi pun singur întrebarea, întrucât subiectul acestei conferinţe intră în cadrul unui ciclu intitulat „Actualităţi Medicale" sau mai precis, întrucât chestiunea circulaţiei coronariene e de actualitate.

Când ies de sub tipar încă şi acum lucrări ce neagă sau numai ignorează ultimele date ştiinţifice obţinute în Fiziologia şi Farmacologia coronarelor, — când un om de ştiinţă cu vază în Franţa nu pregetă de a face abstracţie de o serie de cercetări de Fiziologie conduse cu o technică inpecabilă, ce a isvorît din străduinţele unei pleiade de savanţi cu scopul de a elucida complexitatea fenomenelor ce au loc la nivelul coronarelor, — cred că e de actualitate o încercare de punere la punct a chestiunilor în raport cu circulaţia coronariană.

Faptul singur că oprirea circulaţiei sângelui prin coronare e incompatibilă cu funcţionarea inimii şi deci cu viaţa, arată îndestul importanţa fiecărui factor ce intervine în această circulaţie. Orice modificare în sistemul de irigaţie a inimii duce fie la o turburare a activităţii cardiace, fie la compensarea unei stări patologice preexistente. Şi înţelegem în acelaş timp importanţa pentru terapeutică a studiului acelor modificări produse de substanţe farmacologice.

Cred că nu este chestiune de Fiziologie sau de Farmacologie mai controversată decât chestiunea coronarelor şi investigaţia acestei chestiuni nu este atât de recentă pe cât s'ar crede. Primele date fiziologice asupra circulaţiei coronariene sunt din secolul al XVII-lea. De atunci şi până acum lipsa de omogenitate în teorii n'a încetat. In ce priveşte Farmacologia, aproape în acelaş timp apar şi acum lucrări ce susţin că Adrenalina spre exemplu provoacă dilataţie, şi altele că provoacă constricţia arterelor coronare. Vom vedea

*) Conferinţă ţinută la Spit. Colţea în ziua de 4 Aprilie 1932. Expunerea a fost complectată de o serie de proiecţiuni, în parte originale.

cum din punct de vedere al rezultatelor şi unii şi alţii au dreptate, nu însă tot aşa în ce priveşte interpretarea lor şi concluziile pe care le trag.

Această divergenţă îşi găseşte explicaţia în diversitatea şi insuficienţa metodelor de investigaţie întrebuinţate. Deaceia cred necesar să vă expun în mod sumar metodele uzuale în investigaţia circulaţiei coronariene.

S'a întrebuinţat, în special pentru studiul proprietăţilor arterelor coronare şi pentru farmacodynamia lor, *metoda arterelor izolate* întocmai cum se face şi pentru celelalte artere dela *Poiseuille* încoace. Chiar rezultatele pozitive obţinute nu se pot însă generaliza pentru întreaga circulaţie coronariană.

Perfuziunea unei inimi oprită în diastolă e o metodă mai complectă, mai ales când se ia precauţiunea ca perfuziunea să se facă, nu prin aortă ci introducând canula direct în arterele coronare, cum a lucrat *Crăiniceanu* la noi şi *Hamouda* în laboratorul lui *Anrep*. Totuşi modificările produse nu pot fi considerate întotdeauna ca expresiunea unor fenomene pur vasculare, deoarece pot fi provocate de modificări în tonicitatea muşchiului cardiac. Spre exemplu, îndată ce creşte tonicitatea miocardului vasele intramusculare sunt în mod fatal comprimate, şi circulaţia e redusă fără să fi intervenit vre-o modificare în tonicitatea proprie a vaselor coronare.

Perfuziunea unei inimi izolate tip „Langendorff" e desigur mai apropiată de condiţiunile normale, întrucât aci inima e vie, bate ritmic, deşi scoasă din organism. De obiceiu se lucrează pe inimi de epure sau pisică, *Wearn* a reuşit să readucă la funcţiune ritmică chiar şi o inimă de om (3 ceasuri dela moarte). Perfuziunea aceasta se face cu ajutorul unei canule introdusă în aortă şi pusă în legătură cu o sticlă Mariotte conţinând ser fiziologic după formula lui Locke. Se măsoară sau se înregistrează cantitatea de lichid ce iese din cordul drept, după ce a trecut prin vasele coronare şi venele lui Thebesius, sau se înregistrează printr'un mijloc oarecare cantitatea de lichid ce intră în coronare. O cauză de eroare ar fi pătrunderea lichidului de perfuziune prin valvele semilunare incomplect închise în ventricolul stâng; pentru a preîntâmpina aceasta s'a preconizat introducerea lichidului sub presiune direct în coronare, şi Hausler a imaginat o canulă specială în acest scop. Totuşi deşi suntem în condiţiuni mai apropiate de realitate, inima nu e în condiţiuni normale, în primul rând fiindcă nu efectuează nici un travaliu extern.

Morawitz ne-a pus la dispoziţie o metodă de *măsurare a debitului coronarian la animalul întreg*. E vorba de o canulă specială ce se introduce prin auricolul drept în sinusul venos coronarian, o canulă-tampon ce drenează tot sângele venos sino-coronarian şi astfel permite măsurarea unei bune părţi din circulaţia coronariană totală, ştim că 40% trece prin venele lui Thebesius. Această proporţie a fost stabilită de către *Starling* şi *Lowatt-Evans*, nu pe animalul întreg căci era o imposibilitate, ci cu ajutorul unei circulaţiuni artificiale de *inimă-plămân*.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această circulaţie *preparat inimă-plămân* se face pe câine cu toracele deschis sub respiraţie artificială, întrebuinţând sânge defibrinat ca mediu circulant, şi are parcursul următor: aorta descendentă fiind legată, sângele din ventriculul stâng trece printr'o canulă introdusă în trunchiul brachio-cefalic, apoi printr'o rezistenţă elastică variabilă, după voinţă, ce reprezintă rezistenţa periferică, trece în urmă printr'o spirală încălzită pentru a menţine temperatura constantă, într'un rezervoriu, de unde ajunge prin vena cavă superioară în cordul drept. Circulaţiunea pulmonară rămâne intactă, aşa că numai cordul stâng luptă cu o rezistenţă artificială ce are avantajul de a putea fi menţinută constantă.

Dificultatea mare în cercetările pe animalul întreg constă tocmai în imposibilitatea de a ţine sub control atâţi factori hemodinamici ce pot vicia rezultatele observaţiunilor asupra coronarelor, menţionăm inconstanţa presiunii arteriale şi a aportului sanguin prin marile vene cave. Tocmai de aceea în chestiuni mai subtile cum e intervenţia coronarelor, cercetările lui *Morawitz* făcute pe animalul întreg, nu pot da decât indicaţii, iar concluzii nu se pot trage decât din experienţe pe acest preparat de inimă-plămân al lui *Starling*, care pentru studiul inervaţiei a fost modificat intercalând în circulaţia artificială şi circulaţia cerebrală, derivaţia artificială făcându-se în acest caz din aorta descendentă la vena cavă inferioară. Această circulaţie *inimă-plămân-cap* imaginată de *Anrep*, un discipol al lui *Pavlov* şi al lui *Starling*, păstrează inervaţia inimii intactă, dealtminteri creerul e în funcţiunea sa normală, cum o probează persistenţa reflexului palpebral şi necesitatea anesteziei continue cu un anestezic volatil.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acum după ce cunoaştem metodele de experimentare să trecem în revistă rezultatele obţinute în studiul circulaţiei coronariene. Acest studiu a avut patru directive:

1) S'a studiat în primul rând proprietăţile arterelor coronare.
2) Fenomenele hemodinamice şi acţiunea factorilor mecanici asupra circulaţiei coronariene.
3) S'a studiat inervaţia coronarelor, şi în sfârşit
4) Reacţiunea lor la factori chimici şi farmacologici.

In ce priveşte proprietăţile arterelor coronare, trebue să vă atrag atenţia asupra diferenţei ce există între coronare şi celelalte artere. Pe când toate celelalte artere sunt în stare de contracţie la scoaterea lor din organism, coronarele sunt relaxate. Introduse în ser fiziologic cald ele se contractă pe când cele dintâi se relacsează. Această diferenţă s'a arătat pe coronare din întreaga scară animală şi chiar la om. Reacţiunile coronarelor la temperatură sunt reversibile, dela 38° în sus se produce din nou relaxare şi la 45° fenomenul devine ireversibil şi coronarele nu mai reacţionează nici la droguri.

In chestiunea fenomenelor hemodinamice şi în special a raportului dintre circulaţia coronariană şi diferitele faze ale ci-

clului cardiac, dela cercetările lui *Scaramucci* pe la 1670 şi până astăzi găsim în literatură o continuă divergenţă de păreri. *Scaramucci* şi *Porter* 200 ani în urmă susţin în esenţă acelaş lucru, că în timpul sistolei coronarele se golesc sub acţiunea compresivă a contracţiei ventriculare şi se umplu în timpul diastolei. Deci ar fi vorba de o activare sistolică a circulaţiei coronariene, acea „acţiune de masaj" a autorilor americani. Vechii anatomişti ca *Thebesius*, *Vieussens* şi *Morgagni* pretindeau că în timpul sistolei cardiace, valvele semilunare astupă orificiile coronariene şi că circulaţia coronariană suferă o întrerupere sistolică. In sec. XIX, alţii contestă aceste afirmaţiuni şi pretind că circulaţia e mai intensă în timpul sistolei, părere împărtăşită de autorii americani.

Langendorff în perfuziuni de inimi izolate arată că într'adevăr sistola cardiacă activează debitul coronarian, măsurând însă permeabilitatea coronarelor la o presiune constantă, observă că aceasta scade în timpul sistolei prin faptul augmentării rezistenţei în vasele coronariene intramiocardice şi creşte în timpul diastolei când rezistenţa periferică coronariană e minimă.

Anrep şi colaboratorii săi reiau aceste cercetări pe preparatul *inimă-plămân*, deci în condiţiuni mai apropiate de cele normale şi confirmă în linii generale pe *Langendorff*. Utilizează metode perfecţionate de înregistrare optică a presiunii, a debitului şi a permeabilităţii coronariene cu ajutorul anemometrului, care metodă e bazată pe principiul emis de *Tucker*, după care o spirală de platină încălzită la roşu îşi schimbă rezistenţa electrică după gradul de răcire. O astfel de spirală e aşezată la nivelul comunicaţiei sticlei Mariotte de unde se face perfuziunea unei artere coronare, cu exteriorul. Pe măsură se trece o cantitate de lichid în coronare, o cantitate egală de aer îi ia locul trecând peste spirala de platină şi răcind-o. Cu cât trece mai mult lichid, deci şi mai mult aer, spirala de platină se va răci şi mai mult şi, formând un braţ al unei punţi Wheatstone, în care e intercalată şi coarda unui galvanometru, va rezulta o deflecţiune mai mare a corzii. Putem deci cu ajutorul curbei anemometrice citi variaţiunile în permeabilitatea coronariană.

Anrep stabileşte în mod precis raportul dintre diferitele faze ale ciclului cardiac şi circulaţia coronariană considerată din punct de vedere atât al debitului cât şi a permeabilităţii.

In esenţă observă o încetinire a circulaţiei în timpul sistolei în proporţie directă cu forţa contractilă a cordului, irigaţia coronariană având loc în timpul diastolei în raport cu presiunea de perfuziune, ce ar echivala pe animalul întreg cu presiunea diastolică. In fibrilaţie ventriculară unde inhibiţia sistolică dispare, circulaţia coronariană atinge o valoare maximă.

Tigerstedt diferă însă de această concepţie şi în 1930 apare o lucrare a lui *Hochrein* din laboratorul lui *Morawitz*, care lucrând pe animalul întreg şi întrebuinţând deasemeni o technică de înregistrare *up to date*, pare că răstoarnă complectamente concluziile lui *Anrep*. Pretinde chiar că în fibrilaţia ventriculară nu e un maxi-

mum după cum au arătat şi *Langendorff* şi *Frederiq*, ci un minimum de circulaţie coronariană. După ce ajunge exact la aceleaşi concluzii ca *Rebatel* în laboratorul lui *Chauveau*, în ce priveşte viteza de propagare, arată ce a arătat şi *Porter* deatlminteri, că maximum de presiune în capătul central al unei coronare e sistolic şi premergător celui din carotidă. Nu pot urmări argumentaţia acestui autor. Dacă această observaţie dă vre-o indicaţie asupra permeabilităţii coronariene, atunci faptul că survine înainte de unda maximă carotidiană, şi pe grafica sa e o diferenţă de 1/10 sec., arată că această undă maximă e datorită creşterii survenită în rezistenţa periferică coronariană în timpul sistolei. Deci experienţa lui *Hochrein* e în defavoarea tezei sale, demonstrând din contră o diminuare sistolică a permeabilităţii.

Concluziile lui *Anrep* colaborează cu observaţiile lui *Nakagava*, în care accelerarea ritmului prin încălzirea nodului sinoauricular are ca efect o diminuare a debitului coronarian.

In ce priveşte presiunea arterială toată lumea e de acord că o creştere a acesteia atrage după sine o intensificare a circulaţiei în sistemul nutritiv al inimii.

Inervaţia arterelor coronariene a fost descrisă de histologişti ca foarte abundentă, urma ca fiziologiştii să găsească rostul ei. Din cauza metodelor defectuoase, fie că se lucra pe inimi izolate, fie că nu se căuta a exclude factori de eroare, căci am văzut cum atâţi factori hemodinamici pot modifica circulaţia în coronare, s'a crezut multă vreme că vagul ar fi dilatator, iar simpaticul constrictor al acestor vase. S'a dovedit în urmă contrariul: *Morawitz* şi *Zahn* au arătat pe animalul întreg că excitaţia ganglionului stelat, pe unde trec fibrele simpatice din măduva dorsală spre inimă, produce o creştere considerabilă a debitului coronarian, deci o dilataţie a vaselor coronare. *Wiggers* pentru vag dovedi că excitaţia acestui nerv produce o diminuare a debitului coronarian, deci o vasoconstricţie. Aceste din urmă cercetări au o deosebită valoare de oarece s'a avut precauţiunea de a injecta atropină pentru a suprima rărirea inimii în timpul excitaţiei vagului. Totuşi era nevoie de o demonstraţie decisivă, condusă cu o technică în afară de orice critică şi aceasta a dat-o *Anrep* cu colaboratorii săi, cu ajutorul preparatului *inimă-plămân-cap* unde putea controla absolut toţi factorii hemodinamici, şi unde avem inervaţia intactă şi în funcţiune, ceeace deasemeni e esenţial.

In primul rând s'a observat că debitul coronarian e mult mai mic decât în preparatul *inimă-plămân* obicinuit, adică fără controlul sistemului nervos central, bine înţeles în condiţiuni hemodinamice identice. Secţiunea nervilor pneumogastrici provoca o creştere bruscă a debitului coronarian la dubla sa valoare, ceeace denotă existenţa unui tonus constrictor al coronarelor ce se exercită prin intermediul parasimpaticului. Pe de altă parte excitaţia electrică a capătului periferic al vagului secţionat, producea constricţia coronarelor exprimată prin diminuarea debitului. In ce pri-

veşte sistemul antagonist nu s'a putut dovedi decât de curând existenţa unui tonus dilatator al coronarelor ce s'ar exercita prin intermediul fibrelor simpatice ce trec prin ganglionul stelat. Se cunoştea însă efectul dilatator al excitaţiei electrice a acestor fibre. Toate aceste date au primit confirmarea lor în cercetările de control făcute în laboratorul d-lui Prof. *Danielopolu.*

Dar mai e un lucru extrem de interesant. Dacă într'o circulaţie artificială de *inimă-plămân-cap* ridicaţi presiunea intra-aortică, mărind rezistenţa artificială, debitul coronarian creşte la o valoare oarecare, după cum am văzut când am discutat factorii mecanici, că e în proporţie directă cu modificările de presiune. Dacă inervaţia e intactă, debitul nu rămâne însă la acest nivel ci scade după scurt timp treptat la nivelul iniţial. Ce trebue să se petreacă în acest caz la nivelul coronarelor? Desigur o vaso-constricţie anihilând efectul mecanic al hipertensiunii provocate. E vorba de o reacţiune de compensare, şi desigur nu locală, ci de natură reflexă. Punct de plecare pentru acest reflex, ce se conduce pe calea parasimpatică provocând constricţia coronarelor, sunt de bună seamă zonele reflexogene cardio-aortică şi carotidiană.

Demonstraţia e făcută pentru existenţa reflexelor coronariene. Calea eferentă e deasemeni cunoscută. Mai trebuia stabilit calea aferentă şi în deosebi punctul de plecare pentru asemenea reflexe. Dacă zona cardio-aortică e greu accesibilă pentru experimentare, avem regiunea sino-carotidiană ce se pretează admirabil la aceste cercetări.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intr'adevăr dacă într'un preparat *inimă-plămân-cap* producem excitaţia mecanică a sinului carotidian, având grija să menţinem ritmul cordului constant, asistăm la o diminuare a debitului coronarian, ce indică constricţia acestor vase. Vedem deci că un reflex ca al sinului carotidian şi de sigur acelaş lucru se petrece şi cu zona cardio-aortică, un reflex cu predominenţă depresor provoacă vasoconstricţie în teritoriul coronarian. Pare paradoxal ca un reflex declanşat de hipertensiune arterială, rezultatul unei rezistenţe periferice mărite, să provoace o diminuare a irigaţiei cordului tocmai când acesta are de luptat contra unei rezistenţe mai mari. Dacă privim însă lucrurile din alt punct de vedere, acel al scopului tuturor fenomenelor circulatorii de a menţine statu quo, presiunea arterială constantă, vedem că reflexul de care e vorba, atacă cei doi factori determinanţi ai presiunii în mod sinergic. E reductor pentru amândoi factori: reduce rezistenţa periferică prin vasodilataţie şi slăbeşte forţa cardiacă prin vasoconstricţie coronariană. Aceste observaţiuni au primit confirmare dela *Hering*, care s'a ocupat de reflexul sino-carotidian asupra coronarelor şi dela *Stella*, care făcând irigaţia sinului carotidian tot pe un preparat *inimă-plămân-cap* a obţinut constricţie evidentă a coronarelor în urma hipertensiunii provocate în regiunea sinului carotidian.

Au mai fost descrise şi alte reflexe asupra coronarelor, ce s'ar conduce pe ambele căi, simpatică şi parasimpatică. *Greene* din Columbia a descris asemenea reflexe difazice prin excitaţia nervului splanchnic.

In orice caz, e indubitabilă existenţa unui sistem regulator reflex al circulaţiei coronariene ce intervine în stare fiziologică pentru adaptarea nutriţiei miocardului la travaliul ce-l efectuează, iar în stare patologică foarte probabil că joacă un rol principal în producerea tabloului de insuficienţă a cordului stâng şi a sindromului anginos.

In ce priveşte acţiunea factorilor chimici trebue să notăm în primul rând că lipsa de oxigen în sângele circulant produce vasodilataţie coronariană, lucrul a fost demonstrat de *Frederiq* şi în urmă de *Hilton*. Excesul de bioxid de carbon produce deasemeni acelaş efect, după cum au arătat *Barcroft* şi *Dixon*.

Pentru studiul farmacologiei coronarelor vom avea întotdeauna să ne întrebăm dacă substanţa, căreia vrem să-i stabilim acţiunea coronariană, are o acţiune vasculară directă asupra acestor vase, sau dacă această acţiune este în totul sau numai parţial consecutivă acţiunii sale cardiace. Cu cunoştinţele pe care le avem despre influenţa factorilor mecanici asupra circulaţiei coronariene putem lesne înţelege cum un medicament cu o acţiune oarecare asupra inimii poate influenţa circulaţia în coronare fără să aibe vre-o acţiune directă asupra acestor vase.

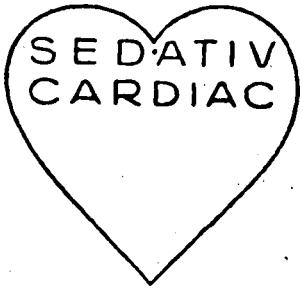
Se cerea o metodă obiectivă pentru a deosebi o acţiune de alta. Fie că se lucrează pe inimă izolată, fie că se experimentează pe inimi în circulaţii reduse, *Anrep* ne-a pus la dispoziţie metoda de care aveam nevoie, *metoda anemometrică*, pe care v'am schiţat-o şi care ne permite să înscrim în mod optic variaţiunile în permeabilitatea coronarelor odată cu contracţia isometrică sau cu presiunea intra-aortică. Pe o astfel de grafică, nivelul sistolic al curbei anemometrice ne indică acţiunea sistolică asupra permeabilităţii, iar nivelul diastolic ne indică starea vaselor coronare. Astfel substanţe ca nitritul de Amyl şi Pituitrina, care nu modifică activitatea cardiacă, vor modifica numai nivelul diastolic, prima într'un sens, a doua în celalt, prima provocând vasodilataţie, a doua vasoconstricţie coronariană.

Cu adrenalina e mai puţin simplu. Ştim că măreşte forţa contractilă a cordului, deci va exagera efectul sistolic asupra curbei anemometrice a permeabilităţii, şi deci nivelul sistolic se va apropia mai mult de linia de repaus. Vedem însă în acelaş timp că nivelul diastolic întrece pe cel normal, ceeace denotă o vasodilataţie coronariană. Aceasta însă poate fi compensată parţial sau chiar total de încetinirea sistolică a circulaţiei. Înţelegem deci de ce debitul coronarian poate rămâne nemodificat după adrenalină cu toată vasodilataţia produsă în coronare.

Nu numai atât, imediat după adrenalină sistolele pot fi atât de viguroase încât să producă o oprire complectă a circulaţiei sistolice, să întreacă valoarea efectului vasodilatator şi să obţinem o scădere a debitului coronarian. Acum înţelegem de ce unii cercetători au afirmat de bună credinţă vasoconstricţia coronarelor după adrenalină.

Metoda lui *Anrep* ne permite a pune în evidenţă în mod indu-

SPASMOSÉDINE



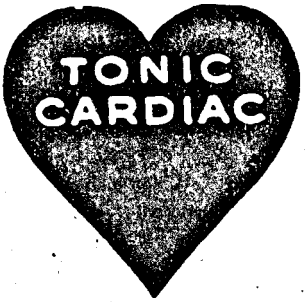
Phenylethylmalonylurea 0 gr. 015
Bromhidrat de chinină 0 gr. 05
Extract Crataegus stab. 0 gr. 05
Excipient. q S.

2–4 compr. glutinizate pe zi înaintea meselor timp de 15 zile pe lună.

Turburări nervoase cardiace (palpitaţii, extrasistole, nestabilitate cardiacă). **Hypertensiune arterială permanentă** (cefalee, vertije, ameţeli). **Algii precordiale şi Angină pectorală** (tratament preventiv).

DIGIBAINE

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Asociaţiune Digitalină-Ouabaină.

Doze mijlocii 20-30 picături pe zi.

Cure tonicardiace continue. Insuficienţă cardiacă dreaptă şi mai ales stângă. Cardiopathii valvulare în perioada decompensaţiunei. Miocardite toxice sau infecţioase. Diverse arythmii.

LABORATOIRES DEGLAUDE, PARIS

Reprezentant: AGECO S. A. Bucureşti, calea Victoriei No. 29.

bitabil acţiunea dilatatoare a adrenalinei asupra coronarelor, cel puţin la animalele obicinuite de experienţă. E drept că *Drury* pe broască ţestoasă şi *Barbour* pe maimuţă obţine vasoconstricţie, totuşi pe inimi de copii *Anichkow* obţine tot dilataţie.

Alte substanţe vasodilatatoare ale coronarelor sunt: Nitroglicerina, Digitala, Strofantina, Histamina, Cholina şi derivaţii purinici.

Acum în ultimul timp suntem invadaţi de o serie de medicamente cu reputaţia stabilită mai mult de interese mercantile, de a dilata coronarele. E vorba de extracte muşculare, al căror principiu activ într'adevăr are această acţiune, dar în preparatele menţionate cum e Lacarnolul e în aşa mică cantitate încât e pueril de a sconta vre-un efect coronarian. Principiul activ izolat şi identificat de *Drury* şi *St. Georgy* e Adenozina, care cel puţin în experienţe pe animale are o acţiune coronariană net dilatatorie.

Vreau ca încheind să relev aplicaţiile ce le-ar putea avea aceste noţiuni în ştiinţa medicală. De sigur pentru cei, pe care-i preocupă cât de puţin mecanismul de producere a insuficienţei cordului stâng şi a accesului de angină de piept, ele vor fi de real folos. Să dau un exemplu. Primul caz de angină pectorală operat de regretatul *Toma Ionescu*, s'a dovedit în urmă ca un caz tipic de *tachicardie paroxistică*. După extirparea ganglionului stelat au dispărut şi crizele de tachicardie şi crizele anginoase. Nu găsim oare explicaţia acestei înlănţuiri în cunoştinţele noastre despre efectul sistolic inhibitor asupra irigaţiei inimii, şi de sigur exagerat ca bilanţ total în tachicardia paroxistică?

Nu pot să insist asupra rolului, pe care sistemul regulator reflex coronarian ar putea să-l aibe în patologia cardiacă şi în special în declanşarea crizelor de angină de piept. Deasemeni nu fac decât să notez importanţa conservării ganglionului stelat, pe unde trec fibrele dilatatoare coronariene, în intervenţia de suprimare a reflexului presor, preconizată de Prof. *Danielopolu* în angina pectorală.

Avem obiceiul să ne învăluim de un strat izolator de scepticism faţă de cercetările experimentale, oricât de concludente ar fi ele. E necesar însă ca scepticul să se plece în faţa evidenţei, căci cu metodele impecabile întrebuinţate, datele ce s'au obţinut nu pot prezenta decât realitatea.

RÉSUMÉ: Le Docent Dr. V. Marcu. — *La physiologie et la pharmacologie de la circulation coronairienne.*

Une mise à point par des recherches personnelles de cette tant controversée question.

L'auteur après l'exposé des méthodes d'usage dans les recherches d'investigation pour la circulation coronairienne (la méthode des artères isolées, la perfusion du coeur en diastole, la perfusion du coeur type Langendorff, la méthode de mesurer le débit coronairien de l'animal en totalité par le preparé coeur-poumon de Starling on par le preparé coeur-poumon-tête d'Anrep) passe en revue les acquisitions aux quelles l'on est arrivé en ce qui concerne les propriétés des

coronaires, les phénomènes hémodynamiques et l'action des facteurs mécaniques sur la circulation coronairienne, l'innervation des coronaires et leur réaction aux facteurs chimiques et pharmacologiques.

RIASSUNTO: Dott. I Marcu, Docente--*La fisiologia e la farmacologia del circolo coronario.*

Una messa a punto, attraverso ricerche personali di controllo, di questo tanto dibattuto quesito.

L'A. dopo aver esposti i comuni metodi di ricerca sul circolo coronario (il metodo delle arterie isolate, l'irrigazione di un cuore in diastole, l'irrigazione di un cuore tipo Langendorff, il metodo della misurazione del rendimento coronario ad animale completo sul preparato cuore-pulmone di Starling od il preparato cuore-polmone-testa di Anrep), passa in rassegna i risultati ai quali si è giunti per quanto riguarda la proprietà delle arterie coronarie, i fenomeni emodinamici e l'azione dei fattori meccanici sul circolo coronario, l'innervazione delle arterie coronarie e la loro reattività agli agenti chimici e farmacologici.

SUMMARY: I Marcu — *On the physiology and pharmacology of coronary circulation*

A review of contradictory conceptions is made on basis of personal control research. Methods are related, which are in use for the investigation of the coronary system: Isolated coronary arteries, perfusion of the quiescent heart, Langendorff's type of perfusion and registration methods of the coronary blood-flow, either on the whole animal, or on Starling's Heart-Lung and Anrep's Heart-Lung-Head preparation. The author discusses the results obtained in relation to the properties of coronary blood-vessels, the hemodynamic conditions, the influence of mechanical factors on the coronary circulation, it nervous control and its reactions to chemical and pharmacological factors.

NYU Langone Medical Center Library, Clark

ZUSAMMENFASSUNG: Dozent Dr. I. Marcu — *Physiologie u. Pharmakologie des Coronaren Kreislaufs.*

Eine Darstellung nach persönlichen Kontrollversuchen dieser widersprechenden Frage.— Nachdem der Verfasser die gewöhnliche Methode in der Forschung des Coronaren Kreislaufs darstellt (Methode her isolierten Arterien, Perfusion eines Herzens in der Diastola, Perfusion des Herzens typ Langendorff, Methode der Messung des Coronaren Absatz beim ganzen Tier auf das Präparat Herz-Lunge von Starling oder auf das Präparat Herz-Lunge-Kopf von Anrep), fasst er alle Resultate, die man über die Eigenschaften der Coronaren bekommen hat, wie die hemodynamischen Phänomene und die Fähigkeit der mechanischen Faktoren auf den Coronaren Kreislauf und ihre Reaktion durch die chemischen u. pharmakologischen Faktoren zusammen.

SLĂNICUL MEDICAL*)

de

Prof. Dr. GH. TUDORANU

Directorul medical al băilor Slănic.

ACŢIUNEA FIZIOLOGICA A APELOR DE SLANIC

Apele minerale dela Slănic reprezintă o asociaţie fericită, pusă la îndemâna medicilor, pentru a trata cea mai mare parte din boalele de stomac, intestine, ficat şi boalele de nutriţie (diabet, gută, obezitate, etc.).

Aproape nu există o altă staţiune în lume, în care alăturea de izvoare cu o acţiune asupra stomacului, să se găsească altele cu o acţiune absolut inversă. E aceasta un fapt, cu atât mai curios, cu cât proporţia sărurilor principale e aproape aceiaşi în aceste izvoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Apele minerale dela Slănic au fost studiate şi experimentate în trecut de Dr. Collin, Codrescu, Rusu, Aronovici, Ulea, Manea, Ursulescu, Ciurea, Pastia şi Brăescu, iar mai recent într'un mod complect de Pr. Teohari şi întreaga serie de cercetători dela Institutul de balneologie din Bucureşti şi de Prof. Tudoran în staţiune şi la Institutul de balneologie din Iaşi.

Aceste cercetări au arătat, că aproape fiecare izvor întrebuinţat pentru cura internă, îşi are indicaţiunile sale.

ASUPRA STOMACULUI

Apele dela Slănic ca toate apele alcaline îşi exercită acţiunea asupra a) sensibilităţii, b) secreţiei, c) digestiei, şi d) motilităţii stomacale.

a) *Sensibilitatea gastrică* e în general micşorată.

b) *Asupra secreţiei* stomacale acţiunea izvoarelor e următoarea:

Izvoare (tip Karlsbad), care micşorează aciditatea.

No. 1 bis scade cu 40% secreţia stomacală, dar lasă compoziţia chimică aproape neschimbată (Băltăceanu).

---

*) Din monografia: *«Slănicul Moldovei» — Istoric, Date geografice, Analisa chimică a apelor, Slănicul Medical, Inhalatorul* de Prof. Dr. Gh. Tudoranu în col. cu M. David, Prof. Dr. Predescu Rion, Prof. Dr. C. Şumuleanu şi R. Şuţu, vol. de 89 pag. cu 15 fotogr., Viaţa Românească, Iaşi, 1931.

No. 3 scade cu 29% secreţia gastrică, dar micşorează şi acidul clorhidric cu 17.7% (Prof. Teohari). Cercetările făcute pe bolnavi în staţiune, arată deasemenea o micşorare a acidităţii şi a acidului clorhidric (Prof. Tudoranu).

Izvoare (tip Kissingen, Pougues), cari măresc aciditatea.

No 6 măreşte cu 61% secreţia gastrică şi cu 32% acidul clorhidric (Teohari). Cercetările făcute pe bolnavi în staţiune, arată o mărire a acidităţii şi acidului clorhidric (Tudoranu).

No. 8 măreşte cu 60% secreţia gastrică, dar nu modifică acidul clorhidric (Băltăceanu).

No. 10 măreşte secreţia cu 41.88% şi Cl H cu 32,3%, iar No 13 măreşte secreţia gastrică cu 71.58% şi Cl H cu 24,91% (Niculescu).

c) *Digestia stomacală* e în general activă cu toate apele de Slănic.

d) *Motilitatea stomacală* e mărită. Izvorul No. 3 şi 6 măresc contracţia şi accelerează evacuarea stomacului (Niculescu).

ASUPRA INTESTINELOR

Rezorbţia apelor minerale se face în intestin la nivelul intestinului subţire.

Izvoarele No. 3 şi 6 au asupra intestinelor acelaş efect, ca şi asupra stomacului, adică măresc contracţia şi accelerează evacuarea intestinelor (Niculescu).

Digitized by Central University Library Cluj

Deşi apele alcaline au un efect calmant asupra intestinelor, totuşi se poate trata constipaţia cu apele de Slănic. Profesorul Teohari a arătat că se poate obţine cu această cură efect laxativ, ţinând seamă de chimismul stomacal. Ceva mai mult, acelaş efect laxativ se poate obţine în aceste condiţiuni, chiar în constipaţia dureroasă, atât de rebelă uneori la tratament.

Cercetările făcute pe bolnavi în staţiune, în privinţa constipaţiei, corespund exact vederilor Prof. Teohari (Tudoranu).

In diareele gastrogene, cu hypoaciditate ori hyperaciditate, efectul apelor de Slănic e remarcabil.

ASUPRA FICATULUI

Secreţia biliară. Funcţiile veziculei biliare.

Experienţele pe animale arată că izvoarele de Slănic *micşorează cantitatea de bilă* mai ales No. 1 bis (Băltăceanu).

Cercetările profesorului Bacaloglu, Tudoranu şi Dr. Rosen au arătat însă la om prin tubajul duodenal, mărirea cantităţii de bilă, cu apele de Slănic. E aceiaşi divergenţă ca şi pentru apele dela Karlsbad şi Vichy.

Apele de Slănic *micşorează colesterina* din sânge, la bolnavii cu litiază biliară (Bacaloglu, Tudoranu).

Apele de Slănic (mai ales No. 1 bis) *fluidifică bila* (Băltăceanu, Tudoranu, Venescu).

Deasemenea au o acţiune *colecistokinetică* (colagogă) asupra

veziculei biliare. Atât în injecţie duodenală cât şi pe cale bucală, apele de Slănic produc o uşoară contracţie a veziculei biliare, ajutând la drenarea căilor biliare (Tudoranu, Herescu, Ionescu, Strat, Venescu).

Din acest punct de vedere acţiunea apelor de slănic e analoagă cu a apelor de Karlsbad, Vichy, Vittel, etc.

Deasemenea apele de Slănic *modifică* avantajos *asimilarea bilirubinei din sânge* şi bilirubina greu solubilă o transformă în bilirubină solubilă. Bilirubina din ser scade (Tudoranu, Cuşnariow).

Apele de Slănic *fac ca vezicula biliară a bolnavilor cu litiază biliară să-şi recapete funcţia de concentrare* şi să-şi mărească capacitatea (Tudoranu, Venescu).

Pe lângă acestea, apele de Slănic *modifică epiteliul* veziculei biliare inflamate. La bolnavii cu litiază, dozarea colesterinei din bilă, înainte de filtrare şi după filtrare, dă o diferenţă de cel puţin jumătate de gram (ceeace arată o reţinere de colesterină în epiteliul desquamat, rămas pe filtru). După cura cu ape de Slănic dispare acest raport, indicând revenirea la normal a veziculei biliare (Tudoranu).

Apele de Slănic fac să crească *Calciu* în sânge, ceace ajută la aranjarea echilibrului vago-simpatic (Tudoranu, Cuşnariow).

ASUPRA PANCREASULUI

Apele de Slănic *măresc secreţia externă* a pancreasului. Dublează lipaza şi tripsina, în raport cu apa distilată. Acţiunea apelor de Slănic nu se exercită prin intermediul sist. nervos, fiindcă experienţele cu testuri farmacodinamice, ce au acţiune excitantă sau paralizantă asupra simpaticului şi parasimpaticului, nu măresc secreţia (Tudoranu, Cojocaru).

CC-0. Jain Central University Library Ladakh

BOALELE DE NUTRIŢIE

In diabet apele de Slănic micşorează glicemia, micşorează sau fac să dispară zahărul din urină şi modifică funcţia glicoregulatoare a ficatului (Bacaloglu, Tudoranu).

In gută apele de Slănic micşorează acidul uric din sânge, modifică pH-ul urinar din urină (alcalinizare) şi măresc diureza (Tudoranu, Herescu, Resch).

Graţie emanaţiunilor de radium favorizează dezasimilarea purinelor şi ajută la topirea tofusurilor.

In obezitate. Obezii scad în greutate după cura de Slănic. E nevoie însă a se face cercetări de laborator.

ANAFILAXIA SI IDIOSINCRASIA

Apele de Slănic împiedecă la animale şocul anafilactic (Tudoranu). Cobaii sensibilizaţi printr'o injecţie preparantă de ser de cal şi apoi trataţi 21 de zile cu apă de Slănic, nu mai reproduc şocul anafilactic, la injecţia deslănţuitoare de ser de cal.

Acţiunea anafilactică a apelor de Slănic a fost utilizată cu succes în staţiune pe bolnavi cu: idiosincrasii, urticarie, etc. (Tudoranu).

BOALELE DE RINICHI

Apele de Slănic au o acţiune diuretică. (Experienţa medicilor din staţiune asupra bolnavilor trataţi în staţiune şi experienţe pe animale) (Niculescu).

Deşi apele au un pH acid, totuşi alcalinizează urina (Tudoranu, Herescu).

SÂNGELE

Apele de Slănic sunt adevărate soluţiuni izotonice, pentru sânge. Mai mult încă, globulele roşii de om se păstrează mai multă vreme în apele de Slănic, decât în serul fiziologic (Tudoranu).

Acţiunea protectoare a apelor de Slănic asupra globulelor roşii, reesă şi din experienţele făcute cu agenţii chimici, cari distrug globulele roşii, prin hemoliză (eter, cloroform, saponină, bilă, etc.). Aceste substanţe chimice în prezenţa apelor de Slănic nu hemolizează globulele roşii, ceiace arată rolul foarte important al apelor de Slănic, asupra mediului sanguin (Tudoranu).

Apele de Slănic micşorează rezerva alcalină a sângelui (Niculescu, Tudoranu, Cuşnariow).

TENSIUNEA ARTERIALĂ

Cercetările făcute în staţiune la câteva mii de bolnavi, arată că apele de Slănic micşorează atât tensiunea maximă, cât şi minimă (Tudoranu).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ACŢIUNEA ANAGOTOXICĂ *(neutralizantă)*

Apele de Slănic neutralizează cele mai puternice otrăvuri. Sulfatul de sparteină, care omoară cobaiul în dosa de 7 mlg. la suta de grame de animal, e inofensiv pentru cobai, dacă este injectat în acelaş timp cu apa de Slănic, cu condiţia ca apa să fie proaspătă, — până la 3 săptămâni, dela luarea dela izvor (Tudoranu).

ASUPRA DIASTAZELOR

No. 3 micşorează activitatea zaharazei, pepsinei, lipazei, in vitro. Este fără efect asupra amilazei şi oxidazelor (Cismărescu).

Izvoarele No. 1 şi 3 măresc activitatea tripsinei No. 1 şi 6 a ureazei de soja (Niculescu, Zizu, Rusu).

Izvoarele No. 1 şi 3 au o acţiune peroxidolitică minimă.

No. 8, 6 şi 10 sunt active. No. 13 foarte activ.

APARATUL RESPIRATOR

Apele de Slănic sunt de două categorii:

1) Apele clorurate, bicarbonate şi sulfuroase.

2) Apé ce conţin siliciu.

1) Apele clorurate sunt de mai multe feluri: Izvorul No. 1 e hipotonic; No. 1 bis şi 3 izotonic; No. 6 şi 13 hipertonic.

No. 1, 1 bis şi 3 au proporţii ridicate de hidrogen sulfurat.

In ingestiune apele luate călduţ, modifică secreţia bronşică.

In inhalaţii şi pulverizaţii dau rezultate foarte bune în rinite, faringite, laringite, traheite, bronşite cronice, ozena, etc.

2) Izvorul No. 5 şi apa Sft. Spiridon au siliciu în cantitate mai mare decât apele dela Mont-Dore. Se prescriu la spasmotici (astm, coryza spastică, etc.).

Pentru boalele aparatului respirator, Slănicul are cel mai modern institut de inhalaţii, aer comprimat şi rarefiat.

APLICAŢIUNI TERAPEUTICE

INDICAŢIUNI GENERALE

Empiria şi observaţiile medicale, de altă dată, au făcut o clasificare a izvoarelor după boalele în care aceste ape ar fi dat rezultate mai bune. Cercetările făcute în ultimii ani, în staţiune şi la institutele balneologice din Bucureşti şi Iaşi, au arătat însă că indicaţiunile terapeutice trebuesc bazate pe acţiunea fiziologică a apelor.

Există indicaţiuni generale pentru cura cu aceste ape minerale şi indicaţiuni speciale fiecărui izvor în parte.

Aceste indicaţiuni privesc atât cura la izvor, care e mai energică, cât şi cura la domiciliu. Se ţine totdeauna seamă de chimismul gastric.

Cura la izvor se face dimineaţa pe nemâncate şi cu o oră, două, înaintea meşei de seară, uneori şi înaintea dejunului.

Cantitatea de apă e variabilă după necesităţi, după starea stomacului, capacitatea sa de evacuare, toleranţă. Ea va fi fixată de medic. Celor cari prezintă o mărire a sensibilităţii stomacale şi cari nu tolerează apa rece, li se dă căldicică şi în doze mai mici. Cantităţi mai mici se dau şi acelor cari prezintă atonie, cu dilataţie sau tendinţa la dilataţia stomacului şi atunci li se recomandă să ia apa culcaţi.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

Natural că, în aceste prescripţiuni se ţine seamă şi de starea generală a organismului şi a celorlalte organe.

Indicaţiuni speciale privesc fiecare izvor şi ele sunt rezultatul experimentărei şi mai ales a observaţiunilor făcute în staţiune, pe un mare număr de bolnavi.

MODUL DE INTREBUINŢARE AL APELOR

1) *Cura internă (Apa băută).*

Cura la No. 1 se face dimineaţa pe nemâncate şi la ora 5, prin sorbituri şi în plimbare continuă. Doza variază după cazuri. Temperamentele nervoase şi iritabile, sensibilitatea mucoaselor gastro-intestinale, dispoziţiunlie congestive, etc., cer ca apa să fie călduţă — 40°.

No. 1 este indicat în boalele aparatului respirator, la hepatici (bătrâni, persoane nervoase, bolnavi cu oare care fragilitate renală), boalele aparatului genito-urinar.

No. 1 este şi excelentă apă de masă.

Cura la izvorul No. 1 bis. Se întrebuinţează la bolnavii cu hiperaciditate, caşi No. 3. Având însă o concentraţie mai mică de săruri, convine mai bine la bolnavii cu hiperestezie gastrică, la bolnavii cu dureri stomacale tardive, la persoanele în vârstă şi cu oarecare fragilitate renală.

Are indicaţiuni şi în boalele de ficat cu hiperaciditate (litiasă biliară, icter), cu atât mai mult cu cât No. 1 bis dă bila cea mai fluidă dintre toate isvoarele dela Slănic (Băltăceanu).

Inainte vreme era întrebuinţat şi ca apă de masă. Având în vedere că are o mineralizare totală ceva mai ridicată (9,74) e preferabil ca la Slănic să fie înlocuit cu No. 1 simplu.

Cura la isvorul No. 3 se face la aceleaşi ore caşi pentru No. 1 şi 1 bis. Doza variază după cazuri (doze mai mici în litiază, doze mai mari în diabet, litiază renală).

In privinţa temperaturii, apa uneori e indicată rece, (atonii intestinale, diabet), alteori călduţă 40°, (litiază biliară, hiperestezie gastrică, etc.).

No. 3 se întrebuinţează la bolnavii cu hiperaciditate, care au în acelaş timp şi constipaţie, litiază biliară etc., în boalele de nutriţie (diabet, gută, obezitate).

Se întrebuinţează cu succes în ulcerul de stomac în faza cronică fără hemoragii. (Trebue să treacă cel puţin 2—3 luni dela hemoragie până la cura de apă. Se vor căuta şi hemoragiile oculte şi e de preferat a nu se face cura de apă, până la dispariţia acestora). Ulcerele după operaţie au deasemenea nevoe de tratament cu No. 3.

Cura la izvorul No. 6 se face de bolnavii cu hipoaciditate gastrică, care suferă în acelaş timp şi de constipaţie sau litiază biliară.

Având o concentraţie mare de săruri e contraindicat la bătrâni şi bolnavi de rinichi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cura la izvorul No. 8 are aceleaşi indicaţiuni ca şi No. 6.

Izvorul No. 8 având însă o mineralizare mai redusă, convine la nervoşi şi la anemici (graţie sărurilor de fer).

Izvorul No. 10 are aceleaşi indicaţiuni caşi No. 8.

Izvorul No. 13 se întrebuinţează în cazurile rebele de constipaţie cu hipoaciditate. Având o concentraţie ridicată, se recomandă numai la tineri şi adulţi, cu rinichi sănătoşi. Şi aşa trebue de supraveghiat rinichii.

2) *Lavaje intestinale*

Sunt indicate în dischinezii evacuaţiuni incomplecte ale intestinului cu fermentaţie. Sunt întrebuinţate mai în toate staţiunile balneare, ce tratează boalele de intestine. In Slănic, din lipsa unei instalaţiuni speciale, n'au putut fi utilizate, decât pe un număr redus de bolnavi.

3) *Apa în injecţii*

Injecţiile cu apă de Slănic au fost experimentate în staţiune, pe om şi animale, de Prof. I. Atanasiu şi Prof. Tudoranu, indicând puritatea apei şi lipsa de nocivitate. S'ar putea întrebuinţa mai ales cazuri în cazuri de anafilaxie. Până în prezent această tehnică n'a fost extinsă.

4) *Băi minerale*

Se întrebuinţează sursele mai concentrate, cu diverse indicaţiuni după prescripţia medicală.

5) *Inhalaţiuni*

Izvoarele No. 1, 1 bis, 3, 5, 6 şi fântâna Sf. Spiridon. Vezi capitolul special.

6) *Hidroterapie*

Se întrebuinţează halbaduri, duşuri, duşuri scoţiene. Atât băile cât şi hidroterapia aşteaptă un local cu instalaţii potrivite afecţiunilor tratabile la Slănic.

Statistica boalelor tratate la Slănic pe ultimii 5 ani

	1926	1927	1928	1920	1930
Boale de stomac	377	576	310	560	558
Boale de intestine . . .	985	1047	1260	1327	1200
Boale de ficat	515	754	727	741	775
Boale de nutriţie	342	427	465	469	389
Celelalte afecţiuni . . .	444	590	1251	1722	2193
Total . . .	2713	3394	4013	4819	5115

Din tabloul de mai sus se vede că numărul bolnavilor creşte la Slănic, pe fiecare an, cu toată criza financiară din ultimii ani.

Numărul vizitatorilor de sigur că ar fi mai mare, dacă s'ar reconstitui hotelurile care făceau altă dată fala Slănicului.

Nu-i de loc de mirat afluenţa vizitatorilor la Slănic, având în vedere pe deoparte că această staţiune are indicaţiunile staţiunilor mondiale de tip Karlsbad, Vichy, iar pe de altă parte poziţia ei încântătoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

INDICAŢIUNI TERAPEUTICE SPECIALE

După cum s'a arătat la capitolul privitor la acţiunea fiziologică, apele de Slănic au indicaţiuni terapeutice, mai ales în boalele tubului digestiv şi anexe (boalele de stomac, intestine, ficat) şi în boalele de nutriţie (diabet, gută, obezitate).

In boalele de stomac, Slănicul are avantaje pe care nu le are nici o altă staţiune din lume, de a poseda isvoare care tratează hiperaciditatea, alături de izvoare care tratează hipoaciditatea.

S'ar putea spune că la Slănic sunt mai multe staţiuni balneare.

Intr'un capitol aparte vom fi nevoiţi a trece în revistă indicaţiile terapeutice ale apelor de Slănic în boalele de stomac, intestine, ficat boli de nutriţie.

RESUMÉ: Le Prof. Dr. Gh Tudoranu. — *Le Slanic Médical.*

L'auteur, directeur médical de cette ville roumaine d'eaux de montagne, expose pour chaque source l'action physiologique de ses eaux sur les appareils et organes du corps humain, établit les indicationes générales et indique la manière de les employer sous la forme d'une cure interne, des lavements intestinaux, injections, bains, hydrothérapie, inhalations; dans un chapitre à part il résèrve l'exposé des nombreuses indications spéciales, de même que les effets extrêmement favorables de ces eaux qui ont élevé le nombre des visitateurs de 2718 en 1926 à 5115 en 1930.

RIASSUNTO: Prof. Dott. Gh Tudoranu—*Slănic medicale.*

L'A., medico direttore di questa stazione di montagna rumena, espore per ogni sorgente di Slanic l'azione fisiologica delle sue acque sui diversi apparati e sui singoli organi; ne definisce le indicazioni generali e ne indica il modo di adoperarle sotto forma di cura interna, lavaggi intestinali, iniezioni, inalazioni, bagni, idroterapia; le speciali indicazioni e gli effetti sommamente favorevoli di queste acque hanno provocato gradatamente l'aumento del numero dei frequentatori da 2718 nel 1926 a 5115 nel 1930.

SUMMARY: Prof. Tudoranu-*Slănic in medical light*

The author, Head of the medical staff in this roumanian mountain-spa, relates the physiological action of the mineral water of every Slănic source on each organ sepparately, he establishes as well general indications as the way to prescribe an internal cure, enemas, injections, inhalations and hydrotherapy. Special indications and extremely favourable results have lately become quite numerous. The visitors number has increased from 2718 in 1926 to 5115 in 1930.

ZUSAMMENFASSUNG: Prof. Dr Gh. Tudoranu — *Der medizinische Slănic.*

Der Verfasser, ärtzlicher Leiter dieser rumänischen Gebirgstation, beschreibt die physiologische Wirkung des Wassers jeder Quelle von Slănic, auf alle Apparate und Organe im Besonderen, bestätigt die allgemeinen Indikationen u. zeigt die Gebrauchsweise in Form einer internen Kur, Darmwaschungen, Injectionen, Inhalationen, Bäder, Hydrotherapie.

Die zahlreichen, spezifischen Indikationen, sowie die günstigen Erfolge dieser Quellen haben die Zahl der Besucher von 2718 im Iahre 1926 auf *5115* im Iahre 1930 erhöht.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

VIN BRAVAIS

(KOLA, COCA, CACAO, Tannates de Caféine, Cocaine & Théobromine).

Cel mai puternic tonic, nutritiv şi stimulent în afecţiunile cardiace, nervoase, anemie, rachitism, chlorosă, debilitate, convalescenţă, etc.

Literatură şi eşantioane medicale:

J. E. BUCUR — BUCUREŞTI 4

Strada Mecet No. 8.

IDEIA UNUI PROCEDEU NOU RADIOTERAPEUTIC (ENDO-FOTO-TERAPIA).

de

Dr. ISIDOR HERSKOVITS

Medic primar, radiolog, Cluj.

Incă din cei dintâi ani ai erei razelor Röntgen este cunoscută proprietatea acestora de a produce în materiile expuse efectului lor o nouă radiaţiune X, caracteristică pentru fiecare materie, numită radiaţiunea secundară. Deasemenea se cunoaşte facultatea radiaţiunei Röntgen invizibile de a provoca unele fenomene luminoase bine vizibile la anumite substanţe chimice, fenomene cari se produc numai în timpul cât acea substanţă chimică este supusă acţiunei razelor X (fluorescenţă). Pe acest fenomen se bazează aplicaţiunea ecranului de radioscopie, a cărui strat sensibil compus la început din platinocianur de bariu răspunde acţiunei razelor X printr'o fluorescenţă verde-gălbue, lăsând mai mult sau mai puţin umbrite părţile neexpuse radiaţiunei din cauza penetrabilităţii reduse, sau a impenetrabilităţii organului, sau a obiectului interpus. Alte substanţe devin fosforescente sub acţiunea razelor X, emiţând o lumină mai durabilă, mai intensă şi — ceeace este mai important pentru noi — mai bogată în componenţi de undă scurtă, adică în raze violete şi ultraviolete. Pe acest principiu se bazează aplicaţiunea ecranelor ranforţatoare în radiografie. In ultimul timp şi ecranele radioscopice (ecrane „Sirial") produc o radiaţiune mai spre partea violetă a spectrului.

Cei cari observă zilnic fenomene luminoase de fluorescenţă şi de fosforescenţă provocate de către razele Röntgen, ajung lesne la punerea chestiunei: *oare nu ar fi de folos aplicarea acestei radiaţiuni provocate de către razele X şi mai cu seamă a componentului ultraviolet al acestei radiaţiuni în tratamentul unor maladii din cavităţile naturale, ceva mai mult, din chiar ţesuturile*

profund situate ale organismului? Nu ar trebui decât să *introducem o oarecare cantitate din susmenționatele materii chimice în cavități sau țesuturi și să practicăm iradiarea regiunei cu raze Röntgen.* Slăbiciunea energiei radiante ar fi în mod fericit contrabalansată prin contactul intim dintre izvorul de lumină și celula de iradiat, adică distanța izvor — obiect redusă la zero.

Mă ocup de această ideie de 8 ani. Realizările practice au întâmpinat până acum piedici technice de neînvins. Sunt speranțe însă că în viitorul apropiat ne va sta la dispoziție materialul chimic necesar pentru a putea obține rezultate practice importante.

Ideea tratamentului cu iradieri luminoase în cavitățile organismului nu este nouă. Dar metodele încercate până acum — cel puțin cele de cari am cunoștință — se foloseau toate de instrumente: lămpi, electrozi introduse în cavitățile mai accesibile (stomac, vezică urinară). *Westmann* se folosește pentru acest scop de becuri minuscule, iar *Stein* preconiza un mic eclator, care se descarcă în interior. Ori, pe lângă dificultățile technice ce întâmpină, o asemenea metodă instrumentală mai are importantul neajuns, că nu se poate aplica decât la organele cavitare bine accesibile deschise în afară. Iar *metoda imaginată de noi* dă posibilitatea ca prin *introducerea unei substanțe indiferente pentru organism,* să se poată *trata orice cavitate sau țesut accesibile cu ajutorul siringei, sau sondei* (sinusurile feței, cavitatea pleurală și peritoneală, basinul renal, articulații, etc.). Dozajul luminei se face prin dozarea radiațiunei Röntgen aplicate din mai multe porți de intrare după situația și profunzimea organului tratat. Acțiunea fototerapiei este sprijinită și complectată de către acțiunea Röntgenterapiei. După cum am văzut, metoda va face parte din domeniul technic al Röntgenterapiei, având în vedere preponderența technică a acesteia.

Experiențele chimice și biologice cu substanțele fotoactive la cari am avut acces până acum, sunt în curs, prin urmare, nu este actual încă să dau referințe relative la această latură a chestiunei. În această mică comunicare prealabilă nu pot decât să semnalez că sunt serioase speranțe, că în scurt timp vom dispune de materialul corespunzător din punct de vedere biologic, ceeace ne va da posibilitatea să procedăm la experiențe cu animale, despre ale căror rezultate vom referi la timp.

RÉSUMÉ: Le Dr. I. Hescovitz-Cluj — *L'idée d'un procédé nouveau radiothérapeutique (L'Endo — photo — thérapie).*

L'auteur montre que depuis 8 ans il s'occupe de la question de traiter par des irradiations lumineuses les cavités accessibles des organes, dans les quelles l'on introduit par la sonde ou par la siringue certaines substances chimiques et puis il irradie par les rayons Röntgen la région, dans le but de détérminer par la fluorescence ou la phosphorescence des radiations secondaires.

Biblioteca Universității din Oradea

RIASSUNTO: Dott. I. Herskovits—Cluj—*Il concetto d'un nuovo procedimento radioterapico (Endo-foto-terapia).*

L'A. dimostra che da 8 anni si occupa del problema di trattare mediante irradiazioni luminose le cavità accessibili degli organi, nelle quali egli introduce per mezzo di una sonda o di una siringa determinate sostanze chimiche che irradia quindi con i raggi Roentgen per provocare mediante la loro fluorescenza o fosforescenza l' emissioni di irradiazioni secondarie.

SUMMARY: I. Herscovits-Cluj — *A new X-ray treatment method. Ento-Photo-Therapy.*

In the last 8 years, the author has tried the tretment of the accessible cavities with luminous radiations. He introduces bi means of a syringe or a catheter a certain chemical substance, which becoming fluorescent or phosphorescent under X-rays, give rise to secondary radiations.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. I. Herskowitz-Cluj — *Die Idee eines neuen radio-therapeutischen Verfahrens (Endo-foto-therapie).*

Der Verfasser gibt an dass er sich seit 8 Iahren mit der Frage befasst, die zugänglichen Höhlungen der Organe mit Lichtbestrahlungen zu behandeln, Höhlungen in welche er mit der Sonde oder Spritze gewisse chemische Präparate einführt und welche er daraufhin mit Röntgen bestrahlt, um dann durch Fluorescenz oder Phosphorescenz sekundäre Ausstrahlungen hervorzurufen.

Institutul de Anatomie Patologică, Cluj
Director Prof. Dr. Titu Vasiliu

CONSIDERAŢIUNI IN LEGATURA CU UN CAZ DE NEFROPATIE CHISTICA CONGENITALA, ASOCIATA CU FICAT POLICHISTIC

de

Dr. RUBIN POPA şi Dr. PAUL ŞICHET

Numirile variate cu care este numită această nefropatie, ca: Degenerescenţă chistică, Adenochistom multilocular, Chist-adenom congenital arată că între autori nu există o concepţie unitară, nici în privinţa locului ce această afecţiune ocupă în nosologie, nici în privinţa genezei ei.

Dacă majoritatea părerilor este de partea unei dispoziţii din viaţa embrionară, constând dintr'o oprire în desvoltare, nu este lămurit până la ce grad merge această oprire în desvoltare şi care este modul ei de producere. Explicările date în această privinţă au mai mult o bază hipotetică. Incercări de a pătrunde în intimitatea procesului, având ca punct de plecare studiul histologic, acest teren propriu pentru studiul real al problemei sunt foarte puţine. Pentru posibilităţile de întrevedere a mecanismului de producere al acestei patii, pe cari le prezintă studiul histologic al cazului de faţă, crede util a-i da o descriere mai amănunţită.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

OBSERVAŢIA CLINICĂ:

St. V. de 41 ani, intră în serviciul Clinicei medicale, pentru prima dată în Iulie 1927, acuzând dureri de cap şi inapetenţă. Chestionat asupra debutului boalei, bolnavul declară că sufere din anul 1925 de dureri de cap şi inapetenţă cărora li se adaugă, din când în când, greaţă, dureri epigastrice, o debilitate musculară progresivă şi o mulţime de fenomene nervoase foarte variabile. In serviciu se fac toate examenele clinice şi de laborator, pe baza căror se pune diagnosticul de **„scleroză renală hipertensivă"**.

După un tratament cu papaverină-novatropină şi Iod calciu diuretin, bolnavul se ameliorează, cefalea cedează şi bolnavul părăseşte serviciul. Revine în repetate rânduri, în Clinică, cu aceleaşi simptome, crescute însă în intensitate. Pentru ultima dată intră în serviciu în 7 Ianuarie 1932, când i se constată: **Pulmonar,** submatitate la baze, murmur vesicular diminuat şi raluri de congestie. **La inimă:** matitatea mărită în sens transversal şi longitudinal. Se percep foarte bine frecături pericardice. Tensiunea arterială 22—12 V. L. **La rinichi:** isostenurie. densitatea urinei variind dela 1008—1005;

albumină „ad fundum petens".

Azotul rezidual: 120 mgr.

Cloruri în sânge: 700 mgr.

Sucombă în 11 Ian. 1932, cu diagnosticul: Scleroză renală hipertensivă, pericardită brightică.

La autopsia făcută în ziua de 12 Ian. 1932, se constată:

Creerul: meningele moale prezintă opacefieri lăptoase difuze pe convexitate. Artera bazilară este întredeschisă la secţiune, din loc în loc prezintă îngroşări dure, de aspect gălbui.

Tiroida prezintă câţiva noduli cu conţinut coloid, alţii cu depozite calcaroase.

Toracele: In ambele cavităţi pleurale există 1000—1200 cmc. lichid sero-fibrinos. Pe pleură există depozite lameloase fibrinoase. Pleura dreaptă, pe partea sa mediastinală prezintă o serie de granulaţiuni albe-gălbui, uşor proieminente, de mărimea unei gămălii de ac. Acelaş aspect presărat cu granule îl au şi scizurile. Pe pleura din partea stângă, nu se observă aceste granulaţiuni, în schimb însă este foarte îngroşată (5 mm.) şi are un depozit fibrinos abundent.

Pulmonul drept are o retracţie fibrinoasă în lobul superior, la baza căruia se pot evidenţia câţiva noduli cazeoşi. In jurul lor, în plin parenchim se văd diseminaţi câţiva noduli cu aspect asemănător. In rest pulmonul nu este afectat. Ganglionii hilari corespunzători, sunt măriţi de volum, ca nişte nuci mari, cu centru cazeos.

Inima: Pericardul conţine 200 cmc. lichid serocitrin. Intre foiţele sale există un depozit de fibrină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Inima este dilatată excentric. Valvulele mitrale au marginea liberă, uşor îngroşată. Miocardul roşu-brun, este de consistenţă elastică. Arterele coronariene sunt sclerozate. Aorta prezintă plăci ateromatoase, în special la nivelul emergenţei vaselor dela baza gâtului.

Ceia-ce fac interesul acestui caz însă, au fost constatările găsite în cavitatea abdominală.

Ficatul mărit de volum, cântăreşte 1650 gr. Pe faţa sa inferioară se vede, prin transparenţa capsulei, o serie de formaţiuni chistice dela mărimea grăuntelui de porumb, până la acea a unor alune, având un conţinut lichid, clar transparent.

La secţiune, ficatul prezintă un aspect asemănător nucei muscate, având un desemn lobular foarte evident, format din o parte roşie centrală închisă şi uşor scufundată şi o parte periferică proieminentă. Pe această suprafaţă se văd, din loc în loc, formaţiuni chistice, de aspectul şi mărimea descrise mai sus. Căile biliare extrahepatice sunt permeabile.

Rinichii: Ambii rinichi sunt foarte mari, coboară cu polul lor inferior, până la fosele iliace, în timp ce polul superior şi capsulele suprarenale îşi păstrează sediul normal.

Greutatea rinichiului drept este de 1380 gr.; a celui stâng este de 1350 gr. Volumul lor este de 23.11.9 cm. Suprafaţa lor e denivelată pe toată întinderea, de proeminenţe hemisferice, de mărimi variabile, dela un bob de meiu până la mărimea unui ou de gâscă. Consistenţa acestora este variabilă, unele fiind fluctuiente, altele dure rezistente. Coloarea lor deasemeni este foarte variabilă; unele alb-gălbui, altele roş-brune, având o mare asemănare cu boabele de strugure, altele, înfine, brune ori violete, (Planşa I).

BISMUT LIPOSOLUBIL LIMPEDE ŞI INCOLOR

SOLMUTH

în fiole de 1 ccm. conţinând 0 gr. 04 Bi-metal

Injecţiune intramusculară cât mai profundă indoloră. — Perfect tolerat. — Resorbţie rapidă completă. — Eliminaţiune lentă şi regulată — Deci, acţiune imediată, profundă şi prelungită

2 fiole de 1 ccm pe săptămână. **Cutii cu 12 şi 100 fiole.**

Laboratoires **Lecoq & Ferrand, Levallois-Perret**
Reprezentant: **Ageco** S. A. Bucureşti, Calea Victoriei 29

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2 Préparations arsenicales:

NOVARSÉNOBENZOL BILLON

Dioxy-diamino-arsénobenzol-méthylène sulfoxylate de soude

Injections intra-veineuses

ACÉTYLARSAN

Solution d'oxy-acétylaminophénylarsinate de diéthylamine

Injections sous-cutanées ou intra-musculaires

1 Composé bismuthique oléo-soluble

CARDYL

Campho-carbonate de Bismuth

Injections intramusculaires

3 Produits dont l'emploi rationnel permet de pratiquer le traitement de la

SYPHILIS

dans toutes ses modalités

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques "POULENC Frères" et "USINES DU RHONE"
86, rue Vieille du Temple. PARIS (3e)

AG. GEN: J. DE CANTELAR, DOAMNEI 12, BUCAREST (I), TEL. 377/68

BCU Cluj / Central University Library Cluj

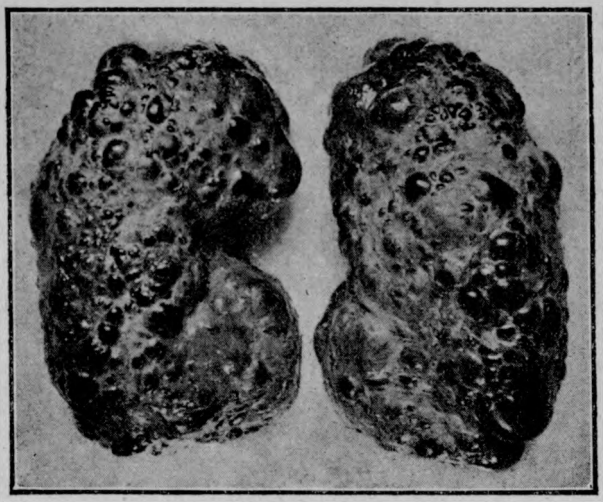


Fig. 1.—Aspectul macroscopic al rinichilor.

La secţiune, aspectul parenchimului renal este dispărut în întregime. In loc de piramide şi papile, se prezintă o structură găunoasă, caşi la un fagure, mult mai neregulat însă, format din cordoane de ţesut conjonctiv, ce închide spaţii neregulate. Majoritatea lor sunt sferice, altele prezintă însă despărţituri conjunctive ce se ridică ca o creastă de cocoş depe peretele chistelor. Conţinutul lor este fie seros transparent, fie grunzos, coloid ori hemoragic, dând un efect de culori foarte deosebite, (Planşa II).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

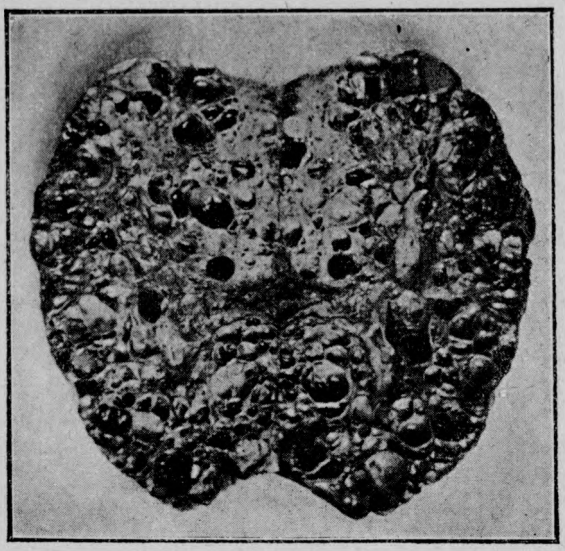


Fig. 2.— Secţiune sagitală prin rinichiul stâng.

Bazinetul este îngroşat, infiltrat în jur cu multă grăsime.

Vasele renale sunt scleroase şi se ridică întredeschise depe suprafaţa de secţiune.

Splina şi organele digestive, sunt interesate numai în privinţa stazei.

In faţa acestui tablou, diagnosticul făcut la masa de autopsie era: Leptomeningită cronică difuză, degenerescenţă chistică a tiroidei, tuberculoză fibroasă cronică a plămânului drept, cu diseminare recentă, perifocală cazeoasă şi diseminare recentă miliară pe pleură. Adenopatie tracheo-bronchică cazeoasă; Scleroză pleurală; Pericardită sero-fibrinoasă cu dilataţia excentrică a inimii; Ficat şi rinichiu polichistici; Arterioscleroză.

Examenul histologic ne-a confirmat întocmai acest diagnostic macroscopic şi în plus studiul rinichiului ne-a permis a face unele consideraţiuni patogenetice asupra formării chistelor în cazul de faţă. Deaceia credem motivat de a-i da o descriere mai amănunţită.

Istologia rinichiului: In secţiunile făcute din partea medulară, nu se mai observă structura tubilor. In locul lor se văd trabeculi de ţesut conjonctiv, de grosime variabilă, ce formează pereţii cavităţilor chistice. Pe acest perete este aşezat un strat de celule epiteliale, în unele părţi turtite, cu caracter plat sau poligonal, în alte părţi cubice sau cilindrice, cu nucleu oval aşezat înspre baza celulei. Multe dintre chiste au epiteliul pluristratificat prezentând chiar înmuguriri epiteliale susţinute de ţesut conjonctiv cari tind a împărţi cavitatea chistului în alte cavităţi mai mici. Conţinutul chistelor este seros sau grunzos, amorf ori format din epitelii descuamate, cu semne de necrobioză, mergând până la pierderea complectă a nucleului.

In pereţii trabeculari se constată aproape constant, fibre musculare netede. Unii din ei mai prezintă şi câţiva tubi uriniferi, din care la unii se recunoaşte o structură tipică, alţii sunt atrofici, cu conţinut de cilindri hialini ori sunt lipsiţi de lumen în urma proliferării epiteliale.

Vasele cari străbat aceşti trabeculi au pereţii îngroşaţi cu fenomene de arterită proliferativă ce merge până la astuparea complectă a lumenului vasului.

Intre aceste vase există şi capilare dilatate pline cu sânge.

In secţiunile făcute în partea periferică a rinichiului, corespunzând zonei corticale, se constată deasemeni formaţiuni chistice, între cari există un ţesut conjunctivo-muscular, infiltrat în unele locuri cu limfocite, plasmocite şi chiar polinucleare. In acest ţesut este aşezat şi parenchimul renal funcţional.

Se constată un tablou asemănător cu al sclerozei renale, pe bază arteriosclerotică. Vasele, chiar şi cele de calibru mic şi precapilar, sunt îngroşate, au o intimă formată din abundent ţesut conjunctiv, care strâmtează foarte mult lumenul vascular. In acest ţesut şi chiar în medie se văd tendinţe de hialinizare.

Glomerulii unii hipertrofici, alţii au o capsulă îngroşată hialină, alţii sunt atrofici sau complect fibrozaţi. Tubii dintre ei sufăr de asemenea modificări degenerative, unii strangulaţi de ţesutul conjunctiv, alţii sunt dilataţi considerabil, având şi o serie de plicaturi neregulate.

Şi aici putem găsi tendinţe proliferative epiteliale.

Unii tubi au epiteliul pluristratificat, umplând aproape complect lumenul cu celule poliedrice, al căror aspect rezultă prin turtirea reciprocă a celulelor tumefiate.

*

In rezumat: ne găsim deci în faţa unui caz deosebit de important, pe deoparte prin raritatea sa, pe dealtă parte prin dimensiunile pe cari le au rinichii în cazul nostru şi cari întrec media dimensiunilor descrise în astfel de cazuri; cu toate acestea, în acest caz rinichii sunt departe de a ajunge dimensiunile rinichlor polichistici descrişi de Mantegazza, cari cântăreau 21 kgr. şi cari sunt citaţi ca adevărate curiozităţi medicale.

Interesul cazului nostru este dublat însă prin asocierea lui cu un ficat polichistic.

Este cunoscut faptul, că adeseori rinichii polichistici sunt asociaţi cu degenerescenţa chistică a altor organe. Mai frecventă este asociaţia hepatorenală caşi în cazul nostru şi care a fost descrisă după datele lui Herxheimer cam în 50 de cazuri. In afară de ficat această asociaţie a mai fost găsită cu chiste ale tiroidei şi ale ovarului. Insuşi acest fapt pledează pentru originea embrionară şi de malformaţiune a afecţiunii, cunoscută fiind prezentarea acestor procese de malformaţiune, aproape totdeauna multiplă în acelaşi organism, fapt ce a fost demonstrat între alţii şi de Prof. Babeş.

In cazul nostru chistele hepatice se prezintă macroscopic cu acelaş caracter ca şi în rinichi. Miocroscopic ele sunt căptuşite cu un epiteliu cubic, ori plat, după mărimea chistelor, înconjurate de un ţesut conjunctiv stratificat, concentric, bogat în fibre colagene, care formează chistelor un perete. Chistele mai mici au mare asemănare cu canaliculele biliare. Acolo unde ţesutul conjunctiv este mai celular, se văd grupe de celule epiteliale cari par a fi canalicule biliare neoformative sau incomplect desvoltate. După părerea generală aceste chiste s'ar desvolta din canale biliare strangulate de către ţesutul conjunctiv.

Evoluţia. Rinichiul polichistic rămâne multă vreme cu o simptomatologie latentă: vagi dureri lombare cari iradiază spre membrul inferior şi testicul. Abia când parenchimul renal s'a redus considerabil, apar semnele evidente ale suferinţei renale; cu simptomatologia obişnuită a sclerozei renale; apar semnele hipertensiunii arteriale (cefalee, sensaţia de deget mort, crampe), asociat cu sindromul azotemic (somnolenţă, inapetenţă, vărsături, diaree) mai rar asociat cu cloruremie.

Rar se prezintă cu debut brutal al hematuriei ori a insuficienţei acute renale.

Diagnosticul de obicei se pune pe masa de autopsie, deşi aproape în toate cazurile, palparea poate să evidenţieze o tumoră dură, uneori neregulată, nedureroasă. In unele cazuri se poate simţi chiar balotare.

Radiografia, mai ales la adult, unde bazinetul deobicei are formă normală, nu permite nici un avantaj în diagnostic.

Borelius şi Izrael au pus în evidenţă, prin puncţia de probă, nişte corpusculi în formă de rozetă. Prezenţa acestora ar putea servi în punerea diagnosticului. Dar nici acest semn nu e constant. In cazul nostru nu am putut găsi aceste formaţiuni în rozetă.

Complicaţiunile cele mai frecvente ale afecţiunii sunt:

Supurațiile parțiale ale chistelor cari pot să dea supurații renale și perirenale.

Rupturile chistelor, uneori la traumatisme, mici, precum căderea pe trepte. Hematurii și hemoragii. Bisselik a descris un caz unde hemoragia intrarenală a dus la o așa mărire considerabilă a rinichiului, încât a dat obstrucție intestinală. In caz de sarcină ele pot fi un factor al distociei.

Frecvența. Rinichii polichistici, deși nu sunt piese excepționale, se întâlnesc totuși destul de rar. Neumann, din 10.177 autopsii o găsește la 16 cazuri. La Institutul de Anatomie patologică din Mainz, din 3500 autopsii, s'a găsit la 8 cazuri. In Institutul nostru, din peste 4000 autopsii s'a găsit în două cazuri.

Ele se întâlnesc la cele 2 extremități ale vârstei: copii și adulți. La copii deobicei se asociază cu incurbări și cu neregularitatea bazinetului și ureterelor, ceiace nu se întâlnește la rinichiul polichistic al adultului.

Acest fapt a făcut pe unii autori să le atribuie acestora o altă origine decât celor dela adult.

Patogenia. Dacă în prezent există o unitate de vederi, în atribuirea aceleiași origini a rinichiului polichistic, a noului născut cu a adultului, părerile se despart foarte mult în ceiace privește patogeneza. In această privință, ne găsim încă în faza teoriilor. Vom schița pe cele mai acreditate.

1. Există o teorie a retențiunii pe bază inflamatorie, susținută de Lust, Sheda, Schultz, cari admit că procese inflamatorii din epoca fetală ar duce la hiperplazia țesutului conjunctiv și consecutiv la atrezia și obstruarea tubilor renali.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Virchow și Arnold, susțin că această inflamație sclerozantă s'ar petrece la nivelul papilelor, de unde și numirea de *pielopapilită fibroasă.*

2. Alții admit teoria mecanică, în care caz astuparea tubilor ar fi condiționată, fie de cilindri albuminoși (Frerichs) fie de chiaguri sanghine în capsula Bowmann (Klein, Rodenstein), ori dopuri de săruri de Ca ori urați (Bouillard și Lehmann).

3. O altă grupă considerabilă de cercetători: Mihalovicz, Chobinsky, Phillippson, Léjars, Hufschmied, etc., se atașează teoriei neoplazice ori neoformative a chistelor renale.

Ei se bazează pe aspectul istologic al unor chiste renale, cari prezintă în interior proliferațiuni epiteliale concentrice sau chiar formațiuni papilomatoase.

4. O altă teorie care și-a primit o confirmare abia după desvoltarea cunoștințelor asupra embriologiei rinichiului, susținută de Koster, Hanan, Schattok, este: Teoria malformațiunii rinichiului chistic.

Părerile și aici sunt diferite: Schattok o atribuie desvoltării resturilor ectopice a pronefrosului. Hildebrand susține lipsa unirei tubulare: a părții care provine din mugurele metanefrogen și ureteral.

Ribbert se atașează acestei păreri de oprire în desvoltare,

dar crede că chistele nu se produc numai în urma presiunii directe a secreţiunilor urinare, ci mai intervine şi o proliferare activă a peretelui chistului.

Astfel a unit deci teoria tumorală cu cea a malformaţiunii. Acestei păreri s'a ataşat mai târziu o serie de autori, cu mici abateri dela concepţia lui Ribbert. Dintre aceştia cităm pe Busse, Ruckert şi Aschoff.

5. Herxheimer, Gruber, Brückner şi alţii le clasează aceste cazuri în grupul hamartomelor descrise de Albrecht. Ei cred că aceste cazuri reprezintă greşeli în compoziţia organelor din cari pot să plece la un moment dat proliferaţiuni tumorale, formând astfel hamartoblastome.

Albarran şi Letulle, încă admit pentru rinichiul polichistic al adultului o predispoziţie congenitală, care caşi germenii incluşi, se menţin latenţi până la un moment când poate prolifera în blastome.

Profesorul Titu Vasiliu se crede îndreptăţit, din morfologia acestui caz, să admită că hipoteza hamartomelor este acceptabilă, nefiind numai o etichetă a proceselor cu un mecanism necunoscut şi nefiind nici un mecanism imaginativ, cum este de exemplu acel al germenilor rătăciţi. Aceasta rezultă din interpretarea faptelor. Proliferaţiunea în sensul blastomatos nu este caracteristică aici câtuş de puţin: o proliferare e altceva decât o creştere blastomatoasă. Proliferarea are loc în inflamaţie şi în reparaţie, substituind prin regenerare sau înlocuire parenchimul alterat de către procesul inflamator sau degenerativ, cum se întâmplă în ficat, rinichi, prostată, etc.

Digitized by Central University Library Cluj

Rinichiul chistic, ca şi ficatul chistic, este un organ unde parenchimul este în parte înlocuit cu chiste cari reprezintă nişte tubi incomplecţi cu celule turtite şi nefuncţionale, pe alocuri încercând o proliferaţie uşoară, fără a da însă celula epitelială renală caracteristică. Ţesutul conjunctiv e acela care dă greutatea şi volumul tumorii, deci el este acel care înlocuieşte lipsa desvoltării parenchimului renal; fenomenul este denumit de hamartom. Proliferaţia se face în detrimentul parenchimului organului.

Se numeşte „Anlage" materialul formativ embrionar care are o potenţă de desvoltare, anumită. Acest „Anlange" este anormal, deficient; rezultatul va fi că organul va prezenta o încercare nereuşită a morfologiei rinichiului, prezentând aspectul chistic.

Concluziuni: *Cercând să încadrăm din punct de vedere patogenetic cazul nostru într'una din aceste teorii, suntem nevoiţi pe baza datelor ce ni le dă examenul istologic, să excludem la cazul nostru explicarea formării chistelor pe bază inflamatorie, cât şi acea pe bază mecanică. Nu găsim semne suficiente de inflamaţie, afară de mici infiltraţiuni reduse şi probabil iritative. Deasemeni nu putem constata nici astuparea tubilor prin săruri, sânge ori diferiţi cilindri.*

Ceace caraterizează tabloul istologic este lipsa de desvoltare a parenchimului renal şi proliferaţia consecutivă a ţesutului con-

junctiv. Dar şi afară de aceasta, ceiace arată şi mai mult modificarea congenitală a elementelor componente a ţesutului renal este prezenţa de fibre musculare cari se întâlnesc destul de des în interiorul trabeculilor conjunctivi. Acest fapt ar constitui după Lubarsch o musculatură aberantă din capsula renală, din timpul vieţii fetale. Din acest motiv, deasemenea trebuie să ataşăm cazul nostru la grupa hamartomelor.

Această aberaţie congenitală în formarea organului ce într'un termen se poate denumi de „Nefropatie displazică" ne permite a explica atât aspectul morfologic, istologic cât şi evoluţia cazului.

BIBLIOGRAFIA:

Henke-Lubarsch: Handbuch d. spez. path. Anatomie.
Roger-Vidal: Le rein. Nouveau traité de medicine.
M. Borst: Die Lehre von den Geschwülsten.
Erich Mayer: Entwicklungsstörungen der Niere Virchows Arch. 173. p. 209.
Nauwerk-Hufschmied: Über das multilokuläre Adenochystom der Niere. Ein Beitrag zur Kentniss des Cystennieren Ziegler Beitrag. B. 12. p. 1.
Kahlden: Über Genese der multilokulären Cystenniere und der Cystenleber. Ziegler Beitr. B. 13. p. 291.
Philippson: Anatomische Untersuchungen über Nierencyste. Virchows Arch. 111. p. 549.
O. Busse: Cystennieren und andere Entwicklungsstörungen der Virchows Arch. 175. p. 442
Schenkl: Die foetale Riesenniere und ihre Beziehungen zur Entwicklungsgeschichte der Niere. Virchows Arch. 173. p. 247.

RÉSUMÉ: Les Drs. Rubin Popa et Paul Sichet — *Considérations sur un cas de néphropathie kystique congénitale, associée à un foie polikystique.*

Les auteurs exposent en détail l'observation clinique et anatomo-pathologique d'un tel cas, le deuxième parmi les 4000 autopsies effectuées à l'institut d'anatomie pathologique de Cluj de sous la direction du Prof. T. Vasiliu — ce qui prouve la rareté de l'affection; cas au quel l'association avec un foie polikystique association hépato-rénale rencontrée jusqu'à présent d'après Herxheimer 50 fois, lui accroit l'intérèt; basés sur les données de l'examen hystologique les auteurs, après evoir exposé les mécanismes pathogéniques divers invoqués, introduisent leur cas dans la groupe des hamartomes d'Albrecht.

RIASSUNTO: Dott. Rubin Popa e Dott. Paul Sichet—*Considerazioni in rapporto ad un caso di nefropatia cistica congenita asociata a fegato policistica.*

L'A. espone particolareggiatamente l'osservazione di un simile caso, il secondo caso di rene policistico su 4000 autopsie eseguite nell'Istituto di Anatomia Patologica sotto la direzione del Prof. Tito Vasiliu di Cluj—cosa che dimostra la rarità del reperto, nel quale l'associazione di un fegato policistico (associazione epato-renale riscontrata finora secondo Herxeimer in 50 casi) accresce l'interesse. Fondandosi sui dati dell'esame istologico, gli A.—dopo aver descritto tutti i meccanismi patogenetici richiamati fino ad oggi—introducono il loro caso nel gruppo degli hamartomi di Albrecht.

SUMMARY: Rubin Popa & Paul Sichet — *On a case of congenital kistic nephrosis, associated with a polykistic liver.*

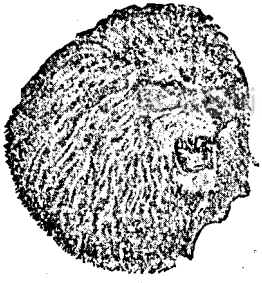
The author relates the case's history, the second observation of a polykistic kidney out of 4000 post mortem examinations in the Morbid Anatomy In-

stitute at Cluj (Prof. Titu Vasiliu). It seems to be a very rare disease, the interest of the case being still more increased by the fact of its association with a polykistic liver; according to Herxheimer the hepato-renal association has been met with in about 50 cases. After discussing the pathogeny of the disease, the authors insert their case, on basis of histological findings, in Albrecht's group of „hemartoms".

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. Rubin Popa und Dr. Paul Sichet — *Betrachtungen in Verbindung mit einem Fall von kystischer kongenitaler Nephropathie im Zusammenhang mit einer polykistichen Leber.*

Die Verfasser teilen die Krankgeschichte von einem Fall mit, der zweite von Polykystischen Niere von 4000 Sektionen die im Pathologischen Anatomischen Institut unter Leitung von Prof. Dr. Vasiliu in Cluj stattgefunden haben, was die Seltenheit dieser Krankheit bestätigt, bei welcher die Verbindung mit einer Polykystischen Leber, hepato-renale Verbindung nach Herzheimer in 50 Fälle getroffen, hat das Interesse vergrössert.

Die Verfasser stützen sich auf die histologischen Untersuchungen u. führen diesen Fall in die Hamartom—Gruppe von Albrecht, nachdem Sie alle pathogenen Prozesse bis in Gegenwart darstellen.



SIROPUL

NEURO TONIC

GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR ŞI AL MUŞCHILOR

APROBAT DE

MINISTERUL SĂNĂTĂŢEI

cu No. 16.091/1929 conform Jurnalului Consilului Sanitar Superior din 23 Martie 1929

INDICAŢIUNI TERAPEUTICE:

Surmenaj intelectual, fizic şi moral, Anemie, Melancolie, Timiditate, Neurastenie, Impotenţă, etc.

TONIC şi APERITIV

CONŢINUTUL 200 C. M. C.

DEPOZIT

FARMACIA ŞTEFAN GHEORGHIU

CRAIOVA — JUSTIŢIEI, 32 TELEFON 8|4

MIŞCAREA CANCERULUI UTERIN IN ŞASE ANI LA SPITALUL BELDIMAN-BARLAD

de

Docent Dr. PLACINŢEANU

Cancerul uterin trebue descoperit din timp, în faza de leziune anatomică localizată, pentru că bolnavele operate atunci au şanse mari de supravieţuiri fără recidive timp îndelungat, considerat de unii ginecologi ca o vindecare.

Din nefericire femeile, şi în speţă cele dela sate, consultă medicul specialist foarte târziu, în stadiul inoperabilităţii. Ori cum spitalele noastre nu sunt prevăzute cu toate mijloacele moderne de tratament, în materie de cancer, adică nu au radium şi de cele mai multe ori nici instalaţiunile Röntgen, aceste bolnave sunt condamnate definitiv. Ele vor duce o viaţă de chin în legătură cu toate complicaţiunile fatale cancerului, până când decăderea organică va ajunge la exitus.

Biblioteca Universitară "Carol I" Bucureşti Central University Library Bucharest

Din acest punct de vedere niciodată propaganda pentru depistajul cancerului incipient nu este de prisos. Femeile să se lase căutate, examinate de medici cunoscători, imediat ce un simptom anormal a apărut în viaţa lor genitală.

In cursul a şase ani (1 Sept. 1925—1 Sept. 1931), materialul clinic de cancer uterin, ce l'am avut la secţia mea, a fost următorul:

TAB. 1.

Anul	1926	1927	1928	1929	1930	1931	Total
Consultaţii	19	22	18	14	23	17	113
Operabile	7	9	8	7	12	10	53
Inoperabile	12	13	10	7	11	7	60
Primite în spital	8	10	7	9	8	10	52
Operate	3	5	4	6	8	12	38

Prin urmare din cele 113 femei consultate în decursul acestor şase ani şi la cari am confirmat cancer de uter, am primit în secţie pentru intervenţii 52, pentru că numai acestea mai ofereau posibilitatea unei intervenţiuni radicale, erau operabile sau la limita operabilităţii. Din cele 113 însă 60 erau net inoperabile, deci mai mult de jumătate.

Din bolnavele internate (52) au fost operate efectiv numai 38, suportând diferite intervenţiuni, după cum vom vedea din tabela II-a; celelalte nu s'au operat, unele refuzând intervenţia, altele complicându-se cu maladii intercurente, altele agravându-se în timpul când erau pregătite pentru a fi operate.

TAB. 2.

Hysterectomie totală — Wertheim pur —	10
Hysterectomie totală simplă	20
Laparatomie exploratrice	2
Rezecţia nervului presacrat şi ligaturi atrofiante	6

Rezultatele imediate şi îndepărtate, atât cât s'a putut urmări operatele eşite din spital, sunt următoarele:

TAB. 3.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Vindecate operator	26
Nevindecate, cu complicaţii postoperatorii	5
Decese	7
Recidive la câteva luni după operaţie	2

Technica întrebuinţată a fost după cazuri. Pentru acelea unde o evidare ganglionară a parametrelor cerea, am procedat la un Wertheim; acolo unde nici o infiltrare a ţesutului celulogresos dealungul ureterelor nu era, o hysterectomie totală simplă mi s'a părut suficientă. Din punct de vedere al gravităţei operatorii şi postoperatorii ambele maniere sunt pe acelaşi plan. Ceace este important din statistica rezultatelor e, că 26 de operate au părăsit spitalul vindecate. Probabil că au recidivat din ele; nu am revăzut decât două cu recidivă canceroasă tipică, dar cunosc deasemenea o bolnavă operată de 5 ani, fără nici cea mai mică recidivă.

In concluzie putem zice, că în această regiune cancerul uterin este destul de frequent, pentru că la 15.000 consultaţiuni aproximativ cât am dat în şase ani la secţia spitalului, am descoperit 113 cancere de uter. Bolnavele însă vin prea târziu la spital. *Peste jumătate din numărul bolnavelor consultate au fost cu cancere*

inoperabile. Vina ete şi a lor, dar vina ete şi a lipsei de cunoştinţi ginecologice şi de simţul răspunderei de conştiinţă a moaşelor, agenţilor sanitari, a medicilor rurali cari cei dintâi vin în contact cu lumea bolnavă dela sate.

In această direcţie nu ar fi de prisos, ca la cursurile de medicină preventivă la cari sunt chemaţi aşa de des medicii de plasă şi de spitale rurale să li se predea şi noţiuni de ginecologie practică cu prezentare de material clinic. Ei vor deveni atunci, în adevăr, de un real ajutor în lupta contra cancerului întreprinsă şi la noi din iniţiativa d-lor profesori dela Facult. de Medicină din Bucureşti.

Prin urmare din materialul clinic avut de noi şi operat se poate deduce, că până la alte descoperiri pe care toată lumea le doreşte, cancerul incipient de uter (al colului în special) şi în faza operabilităţei profită enorm, dacă este operat. Chirurgia ginecologică în materie de cancer uterin şi-a dovedit superioritatea în mâna tuturor ginecologilor operatori faţă de toate celelalte mijloace de tratament, în prima fază a maladiei.

De aceia, descoperit de cei iniţiaţi din timp şi indicat, femeile bolnave să se opereze.

RÉSUMÉ: Le Doc. Dr. Placinteanu: *Le mouvement du cancer en 6 ans à l'hôpital Beldiman-Barlad.*

L'auteur montre que parmi 15000 consultations faites la plupart dans le milieu rural, en 6 ans, il a rencontré 113 cancers, dont plus de moitié inopérables et dans le reste beaucoup de cas à la limite de l'operabilité, ce qu'il met sur le manque de connaissances gynecologiques dans la population, de même que sur l'absence d'entente du sens de responsabilité professionnelle chez le personel sanitaire rural.

Biblioteca Universitară Library Cluj

RIASSUNTO: Dott. Placinteanu, Docente, — *Il cancro uterino durante 6 anni all'ospedale Beldiman-Barlad.*

L'A. dimostra come su 15.000 esami, dei quali la maggior parte negli ambienti rurali, ha, nello spazio di 6 anni, rintracciato 113 casi di cancro uterino, di cui più della metà inoperabili, e dei rimanenti molti al limite d'operabilità; ciò sarebbe dovuto alla mancanza di cognizioni ginecologiche nel popolo, nonchè all'assenza del senso di responsabilità negli organi sanitari rurali.

SUMMARY: Dr. Placinteanu — *Statistics of womb's carcinoma over a period of 6 years in the Beldiman Hospital at Barlad.*

The author states that among 15000 outpatients, mostly of rural arigin, he found 113 carcinomae of the womb, and that among these more than half of them were inoperable, the rest being at the limit of operability. This would prove the lack of gynecological knowledge as well as carelessness on behalf of the rural medical staff.

ZUSAMMENFASSUNG: Dozent Dr. Plăcinteanu — *Gebärmutter Krebsarbeit in den letzten 6 Iahren im Beldiman Krankenhaus-Bârlad.*

Der Verfasser gibt an, dass von 15000 Untersuchungen, die meisten Fälle stammten aus der Dorfbevölkerung, die er in 6 Iahren gemacht hat, er 113 Gebärmutter Krebse vorfand, deren Hälfte nicht mehr operabel waren. Dies ist dem Mangel an gynäkolokischen Kenntnissen der Bevölkerung, sowie der Verantwortungslosigkeit der Sanitärdorfbehörden zuzuschreiben.

Dans les
bronchites chroniques
grippe
tuberculose
Rhumes négligés
Toux rebelles
Asthme
une cuillerée a soupe matin, midi et soir,
pur ou mieux dans une tasse de thé, lait ou tilleul de
SIROP FAMEL
calme rapidement la toux, facilite l'expectoration
influence favorablement l'état général.
Echantillons et littérature gratis et franco
Charles TAULEGNE 7-9 Str. Gheorghe Costuc (Fosta Lirei) BUCAREST

UN CAZ RAR DE PNEUMATOZA CHISTICA INTESTINALA

de

Dr. TRAIAN BONA

Medic primar al Spitalului Suceava.

Există în timpul de faţă o serie de observaţiuni clinice în legătură cu o maladie relativ frecventă în patologia veterinară, însă cât se poate de rară în cea umană: afecţiunea numită pneumatoză chistică intestinală.

Dat fiind faptul că în literatura românească nu am putut întâlni vre-o publicaţiune în această direcţiune, relatând vreun caz similar de această afecţiune rară şi bizară, am crezut util şi de oarecare interes publicarea acestui caz.

Asemenea şi prezentarea ca simptomatologie şi coincidenţa a unei alte leziuni organice la bolnavul operat, m'a determinat să prezint acest caz în sprijinul unei teorii emise pentru a explica patologia acestei afecţiuni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In literatura străină s'au ocupat destul de des cu această boală atât chirurgii cât şi anatomo-patologii.

Se cunosc în total 78 de cazuri de pneumatoză chistică intestinală; cazul prezent este primul în literatura autohtonă şi al 79-lea în cea universală.

OBSERVAŢIE. — Bărbatul Nicolae Varvaroi în etate de 38 ani, din Berchişeşti (jud. Suceava) se internează în serviciul Spitalului din Suceava în 23 Iulie 1931, prezentând fenomene de stenoză pilorică.

Boala actuală datează de vre-o 10 ani, însă de 2 luni şi jumătate se simte mai rău în sensul, că are dureri foarte mari epigastru şi regiunea periombilicală, asociate de greaţă, vărsături şi constipaţie.

In antecedentele heredocolaterale precum şi personale nu aflăm date mai importante. Neagă sifilisul, nu e alcoolic.

La examenul obiectiv se constată o balonare excesivă a etajului superior al abdomenului, cu clapotaj.

Tot abdomenul dureros, dureri mai accentuate la nivelul fosei iliace drepte şi reg. periombilicale.

La examenul radioscopic se constată stomac hiperkinetic, evacuarea întârziată; la 12 h. bariu încă în stomac.

Se pune diagnosticul de stenoză pilorică şi se operează în 25 Iulie. In anestezie rachidiană cu rachicaină 8% se face laparatomie supra-ombilicală. Operator: Dr. Bona; ajutor: Dr. Strugariu.

Explorând stomacul şi pilorul constatăm îngroşarea acestuia şi voim să procedăm la rezecţia stomacului, când dăm peste o masă de vezicule asemănătoare unei ciorchine mari de struguri.

In această masă sunt înglobate şi anse intestinale şi prezintă aderenţe cu ficatul, reg. piloro-duodenală şi iliocelă.

Se eliberează aceste aderenţe şi analizând de mai aproape această formaţiune curioasă chistică, observăm că aceste chiste interesează intestinul subţire pe o distanţă de aproape un metru, şi anume capătul terminal al ileonului.

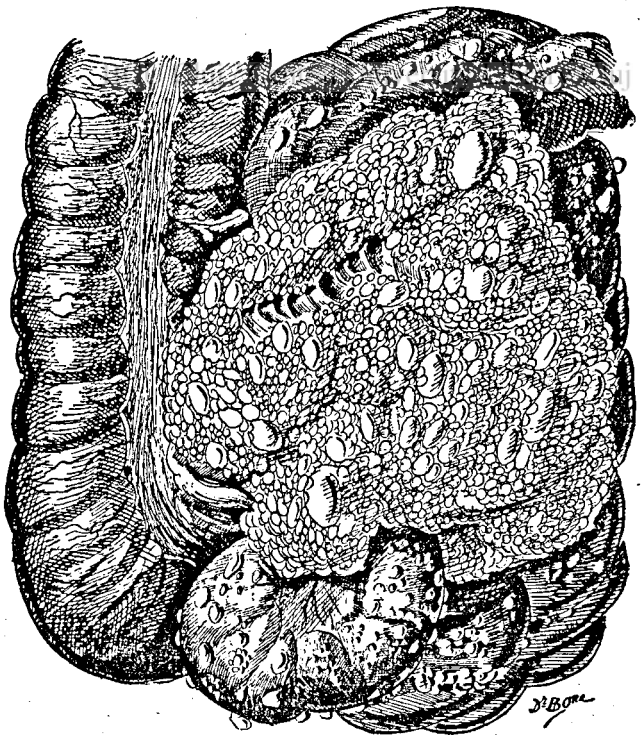
Ansa aferentă este mai dilatată. In rest pe o distanţă de ca. 1 metru veziculele sunt dispuse foarte variat, mai rar şi mai des; veziculele sunt atât subseroase cât şi submucoase şi mărimea lor variază dela mărimea gămăliei unui ac, până la mărimea unei alune ori chiar a unei nuci mici. Palpând veziculele, se simte, că sunt umplute cu gaz şi sunt foarte elastice.

In faţa acestor constatări punem diagnosticul de pneumatoză chistică intestinală şi având în faţă fenomenele de stenoză incomplectă — confirmată apoi şi prin disecarea piesei recoltate dela operaţie, — se procedează la rezecţia intestinului alterat pe distanţa de 96 cm.

Continuitatea tractului intestinal o asigurăm prin anastomoza side to side.

Vindecarea per primam. Părăseşte serviciul în 6 August vindecat. Peste o lună bolnavul revine prezentând iarăş fenomen de stenoză pilorică însă într'un grad puţin accentuat.

Se propune operaţia însă bolnavul refuză. Prescriind tratament medicamentos şi dietetic, bolnavul părăseşte serviciul.



La **examenul macroscopic** al piesei se constată, că veziculele sunt umplute cu gaz, tumora plutind deasupra apei asemănător unei mingi. Făcând

secţiunea tumoarei dealungul intestinului, constatăm că peretele intestinal este foarte îngroşat.

Lumeneul intestinal foarte strâmtat, abia permeabil unui creion. Ţesutul interstiţial dintre vezicule este format din ţesut scleros, dur.

Examenul histo-patologic al piesei făcut de către Institutul de anatomie patologică din Cluj, ne-a dat următorul rezultat:

No. 8052/b. Secţiunile făcute la parafină din piesa trimisă arată o mucoasă intestinală bine păstrată. In chorion se găseşte o uşoară infiltraţie limfocitară; aceiaşi infiltraţie se găseşte în submucoasă şi musculară. Seroasa este enorm îngroşată şi transformată într'un ţesut conjunctiv lax, în care se găsesc cavităţi multiple de diferite mărimi. Structura acestor formaţiuni chistie este următoarea: scheletul format dintr'un ţesut conjonctiv aşezat într'un strat subţire. Cavitatea acestor formaţiuni sunt tapetate cu celule endoteliale, când aşezate într'un strat, când bombând spre lumen, luând forma complect rotundă.

In cavitatea chistelor nu se găseşte nici o secreţie. Este vorba de o **pneumatoză chistică, cu localizare în seroasa peretelui intestinal.**

Numirea de pneumatoză chistică intestinală provine dela *Mayer*, care a întâlnit-o la porci în anul 1825. (Pneumatosis Cystoides intestini). Se întrebuinţează şi numirea de *emfizem bulos intestinal*. La om *Bang* a descoperit-o prima oară în anul 1876 cu ocazia unei autopsii. *Hahn* o întâlneşte în anul 1899 la viu cu ocazia unei laparatomii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Afecţiunea constă în desvoltarea mai multor vezicule umplute cu aer în peretele gastro-intestinal, vezicule aglomerate de mărime variind, dela mărimea unui bob de mac şi până la dimensiunea unei alune. Veziculele pot fi situate în oricare strat al peretelui gastro-intestinal.

Cu pneumatoza chistică intestinală se aseamănă până la un punct afecţiunea ce poartă numele de colpo-hiperplasia chistică ori leziunea similară a vezicei urinare.

S'a observat că maladia interesează mai mult intestinul subţire şi cu deosebire segmentul terminal al acestuia; mai rar sunt atinşi colonul, cecul, stomacul; localizarea pe epiploon ori mezenter este extrem de rară.

Eisenlohr întâlneşte această afecţiune la un cadavru în asociaţie cu vaginita emfizematoasă.

Din punct de vedere histo-patologic — cum reiesă şi din cazul nostru — veziculele peretelui intestinal se desvoltă în vasele limfatice, însă pot lua naştere şi în afara acestor căi.

In jurul acestor vezicule s'a observat de mai mulţi autori celule gigante şi un proces de hiperplasie a celulelor endoteliale.

Chistele din punct de vedere histologic se prezintă sub trei forme şi anume ori ca, 1. Chiste formate dintr'un strat subţire de ţesut conjunctiv tapisat de celule endoteliale şi din loc în loc de celule gigante (ca şi cazul nostru); 2. ori ca şi chiste fără perete propriu; 3. ori în fine ca şi chiste delimitate de un înveliş gros întreţesut cu fibre musculare netede, şi căptuşite dinspre interior cu endoteliu şi celule mari.

CEL MAI PUTERNIC TRATAMENT AL

SIFILISULUI

PRIN INJECŢIUNI INTRAMUSCULARE CU

BISMUTHION

COUTURIEUX

IN SOLUŢIUNE APOASĂ COLOIDALĂ

MULT MAI PREFERABILĂ SOLUŢIUNILOR ULEIOASE

LABORATOARELE CH. COUTURIEUX
18 AVENUE HOCHE, PARIS

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TRATAMENTUL SPECIFIC AL

PALUDISMULUI CU

ARSIQUININE

LEMAITRE

COMBINAŢIE QUINO-ARSENICALĂ

Constituind după cele mai recente teorii patologice, terapeutica cea mai raţională şi cea mai eficace pentru profilaxia şi tratamentul paludismului, complicaţiilor şi consecinţelor sale

In pilule şi în fiole pentru injecţiuni intramusculare

Bonetti Frères, Belinzona (Suisse)

Literatura şi eşantioane medicale la reprezentantul general pentru România J. E. BUCUR, 8, Strada Mecet, Bucureşti IV.

PROVEINASE

VARICE

FLEBITE

Turburări ale

PUBERTĂȚII și ale

MENOPAUZEI

Pudre de organe titrate
(Hypofisă, Thyroidă, Surenală)
Extracte uscate de plante stabilisate (Gênet, Cupressus, Castane de India, Hamamelis)

MARELE REGULATOR AL CIRCULAȚIEI VENOAS

2 la 6 comprimate pe zi — 4, Rue du colonel-Moll — PARIS

Literatură și Eșantioane la reprezentantul general pentru România:
J. E. BUCUR — 8, Strada Mecet, BUCUREȘTI IV

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2 la 6 linguriţe de cafea pe zi

DIATHESA URICĂ

A SE SPECIFICA BINE NUMELE

PIPÉRAZINE MIDY

adesea imitată niciodată egalată

Literatură și Eșantioane la reprezentantul general pentru România:
J. E. BUCUR — 8, Strada Mecet, BUCUREȘTI IV

Autorii dela primele descoperiri au căutat să explice patogenia acestei maladii şi mecanismul intern al formării veziculelor, precum şi a stabili cauzele cari pot determina desvoltarea lor.

In consecinţă s'au emis diferite şi variate teorii în scopul acesta, teorii pe cari le putem grupa în patru categorii: 1. *Teoria neoplasică (Bang)*, după care printr'un proces hiperplasic la un moment dat unele celule încep să crească, secretând o fluiditate al cărui loc îl ia mai târziu gazul, desvoltându-se în felul acesta vezicule pneumatice.

Explicaţia aceasta lacunară — care nici nu caută să stabilească cauzele mai intime ale producerii veziculelor — nu mai are aderenţi în momentul de faţă.

2. Asemenea şi teoria *chimică* a lui *Turnure* — care desvoltarea gazelor în peretele intestinal o atribue unui proces de fermentaţie alimentară — nu mai poate afla loc în explicarea patogeniei acestei bizare maladii.

3. *Dupraz* a reuşit să izoleze din interiorul veziculelor pneumatice un microb numit *coccus liqueficiens*. Chiar mai mult a putut provoca această maladie prin inocularea microbului la cobai şi câini.

Iäger, Ostertag, Verebély, Tuffier, Letulle şi alţii sunt aderenţii acestei *teorii microbiene* şi în publicaţiunile lor pledează în favoarea ei.

In schimb observaţia autorilor *Biscoff şi Krummacher* — cari făcând analiza chimică a gazului conţinut în vezicule, au constatat, că compoziţia lui este absolut identică cu compoziţia aerului atmosferic — combate această teorie microbiană, deoarece până în prezent nu se cunoaşte nici un microb care ar desvolta un gaz identic ca aerul atmosferic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

4. Adepţii *teoriei mecanice (Heydemann, Plenge, Tschistowtsch, Simmonds)*, incriminează lipsa de continuitate a mucoasei gastro-intestinale, ca factor determinant al desvoltării acestor vezicule.

Staza alimentară, presiunea interioară mărită ar contribui în largă măsură — după aceşti autori la formarea chistelor pneumatice.

Cu toate că experienţa în această direcţie a lui *Plenge* şi *Steinbiss* — cari au injectat aer în vasele limfatice însă care s'a rezorbit în scurt timp — credem că dintre toate teoriile emise aceasta pare a fi mai plausibilă, în deosebi că, şi în cazul nostru ani avut în faţă această asociaţie cu un ulcer piloric vechiu şi stază exprimată.

De cele mai multe ori bolnavul sufere de mai mulţi ani dearândul de tulburări gastrice asociate de constipaţie rebelă; foarte frecvent, — şi în acest sens cazul nostru pare să fie cât se poate de concludent — el prezintă tabloul ulcerului gastric cu dilataţie şi retenţie gastrică.

De aceia observaţia noastră pledează în favoarea acestei teorii întocmai ca şi cazul lui *Verebély* care întâlneşte boala la fel în legătură cu un ulcer gastric.

Diagnosticul preparator este de cele mai multe ori imposibil.

Constitue o surpriză în decursul intervenţiei. Cu toate acestea unii autori trag atenţia asupra palpării unor mase sonore şi rezistente precum şi asupra luminosităţii excesive a abdomenului, la ecran *(Barjon, Cade şi Cotte)*, şi insistă asupra lor considerându-le de importante semne pentru diagnostic.

Bonnamour, Cotte, Badolle şi *Delore* în articolul lor dau importanţa deplasării ficatului de către intestin, deplasare ce se poate observa la examenul radiologic.

Pneumatoza chistică intestinală prin stenoza secundară poate provoca moartea. Orlandi publică cazul său la care segmentul proximal al intestinului a plesnit provocând peritonita generalizată.

Se citează cazuri de vindecări spontane. *Urban* face laparatomie unui copil de 13 ani, întâlnind pneumatoza chistică a intestinului; peste 7 săptămâni face o relaparatomie şi spre surprindere nu mai află nici o urmă de vezicule. *Faltin* şi *Wickerhausen* întâlneşte cazuri similare. In schimb *Kadjahn* la 3 luni află veziculele neschimbate.

Privitor la teraupeutica de urmat se recomandă abstinenţa dela orice tratament direct (rezecţie, gastro-entero-anastomoza, punctionarea veziculelor, etc.). Rezecţia ansei alterate, evacuarea prin puncţie a chistelor în general nu prezintă multe avantagii.

Bonnamour şi Cotte pretind că chistele gazoase retrocedează spontan după gastro-entero-anastomoza fără cicatrici ori aderenţe, şi recomandă această conduită terapeutică.

Când veziculele aglomerate ocazionează — ca şi în cazul nostru fenomene de stenoză — rezecţia segmentului alterat pe o distanţă relativ mică se impune, fără discuţie.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

BIBLIOGRAFIA:

Bonnamour, Badole et Beaupère: J. de radiol. et d'elect. 10: 164—68. 1926.
Bonnamour, Cotte: Lyon med. 1924. C. XXXIV.
Cipollino: J. de chirurgie f. 31. p. 885.
Dupraz: Zbl. f. allg. Path. 1897.
Eisenlohr: Beitr. Z path. Anat. 1888. 3. 101.
Faltin: Zbl. f. allg. Path. 1916. 27. 361.
Hahn: Deutsch. m. Wschr. 1899. 657.
Hahn: Journ. de chir. Z. 28. p. 479.
Kadjahn: Zbl. f. chir. 1903.
Kopelowitz: Journ. de chir. f. 24. p. 93.
Kopelowitz: Wirchow's Arch. 1924.
Machanszky: Orvosi Hetilap 1929.
Orlandi: Gaz. med. di Torino 1896.
Plenge: Virchow's A. 1921.
Tuffier et Letulle: Zbl. f. allg. Path. 1919.
Turnure: Zbl. f. ges. cnir. 1913.
Verebély: Wien. med. W. 1901.
Wickerhausen: Zbl. f. chir. 1910.

RÉSUMÉ: Le Dr. Traian Bona — *Un cas rare de pneumatose kystique intestinale.*

L'auteur expose l'observation d'un tel cas, le premier dans la littérature médicale roumaine et le 79 dans la littérature universelle, rencontré à l'occasion d'une intervention pour stenose pylorique quand il a resequé l'intestin grêle terminal altéré sur une étendue de 96 ctm; après avoir passé en revue les pathogénies invoquées par les divers auteurs, il admet la théorie mécanique, d'après laquelle comme cause de formation de ces kystes gazeux servent la solution de continuité de la muqueuse gastro-intestinale, la stase alimentaire et l'élévation de la pression intérieure dans le canal intestinal.

RIASSUNTO: Dott. Trajan Bona—*Un caso raro di pneumatosi cistica intestinale.*

L'A. presenta l'osservazione d'un tal caso, il primo nella letteratura medicale romena e il 79° in quella universale, nel quale dovendo egli intervenire per fenomeni di stasi pilorica, ha asportato per una estensione di 96 cm. l'ileo terminale affetto. Dopo aver passato in rassegna tutte le teorie sostenute finora, l'A. parteggia per la teoria meccanica, la quale indica come causa della formazione di queste cisti gasose la mancata continuità della mucosa gastrointestinale, la stasi alimentare e l'aumento della pressione interna del tubo intestinale.

SUMMARY: Traian Bona — *On a case of kistic pneumatosis of the gut.*

This case being the first published in Roumania and the 79-th on world's record, has been operated on for troubles of pyloric stenosis, and the terminal ileus, being alterated, has been excised on a length of 96 cm. Reviewing all theories set forth, the author sustains the mechanical one, whict puts the formation of gazeous tumours on account of the partial lack of gastro-intestinal mucosa, the food delay and consequent hypertension in the intestinal tract.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. Traian Bona — *Ein seltener Fall von kystischer Darm-Pneumatose*

Der Verfasser schildert uns die Geschichte eines Falles, einzig dastehend in der Rumänischen und der 79 der Gesamtliteratur, bei dem er für Pilorus Stase eingegriffen hat und das Ende vom krankhaften Ileon 96 cm. lang abgeschnitten hat. Nach Zusammenfassung aller bestehenden Theorien, hält der Verfasser an der mechanischen Theorie fest, die er als Ursache für die Kystebildung das Fehlen der Continuität der Magen-Darmschleimhaut, alimentäre Störungen und die Erhöhung des Druckes im Darm-Kanal annimmt.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ATOLYSAN

(GRANULAT EFERVESCENT)

DIURETIC — ANTISEPTIC URINAR — URICOLITIC.

COMPOZIŢIE.

Acest complex cuprinde DIFERIŢI URICOLITICI asociaţi în mod raţional. Acţiunea lor este favorizată prin adăogirea de THEOBROMINĂ ceea ce măreşte cuantumul diurezei şi în mod indirect puterea de eliminare a urinei. Prezenţa HEXAMETILENTETRAMINEI asigură de altfel antisepsia căilor urinare. Constitue un medicament foarte activ al manifestărilor artritismului.

PREVENTIV ŞI CURATIV.

INDICAŢIUNI.

Gută — Reumatism — Artritism.

DOZE.

Preventiv: 3 linguriţe pe zi într'un pahar cu apă
Curativ: 3 linguri pe zi într'un pahar cu apă.

Eşantioane şi literatură Drogueria „Standard" 2 Str. Zorilor, Bucureşti.

POLILOBUL HEPATIC EVISCERAT ŞI MARIŢ PRIN PROCESUL DE HIPERTROFIE COMPENSATOARE IN CIROZA ATROFICA[1])

de

Dr. TOMA VOICULESCU

Medic primar — Spitalul Filantropia, Craiova.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bolnava L. D. intră în secţia medicală la 4 Decembrie 1929. Bolnava suferea de peste un an de turburări dispeptice; de 2 luni, aceste turburări au fost însoţite de dureri abdominale, care dureri se intensificau din ce în ce, până s'a hotărît să intre în spital. In spital, aceste dureri abdominale erau de o intensitate mare, cedau puţin la antinervine şi la opiacee; durerile nu erau localizate la un organ, erau vagi, se prezentau fie sub formă de hiperestesii nervoase ale viscerelor, fie sub forma de nevralgii radiculare.

Neagă că ar fi uzat de băuturi alcolice, însă acei dinprejur, spun că abuza. Neagă sifilisul, nu a avut avorturi neprovocate, copiii îi sunt sănătoşi. Examenul sângelui: Wassermann + +. Bolnava e slăbită, cântăreşte 49 kilograme; uşoară teleangiectasie a feţei. Nu se constată nimic anormal din partea plămânilor şi a cordului. Pântecele nu-i balonat, uşoară circulaţie colaterală toraco-abdominală. Ficatul mic, sub nivelul falşelor coaste, nu se poate palpa.

Dela mijlocul ficatului, pleacă o tumoare, cari se întinde până la 3 laturi de deget de desubtul ombilicului, tumoarea, la extremitatea superioară e legată de ficat, urmează ficatul în mişcările respiratoare, tumoarea e mobilă în partea sa inferioară. La palpaţie e moale, elastică şi prezintă pe alocuri şi părţi dure.

Rinichiul drept se simte, e mobil. Splina e mărită de volum, întrece cu 2 laturi de deget falşele coaste. Pupila reacţionează la lumină şi la acomodaţie, reflexele normale. Urina nu conţine albumină nici zahăr. Afebrilă în tot timpul boalei.

Ajungem la **Diagnosticul de ciroză atrofică, tumoare abdominală subhepatică, crize viscerale de natură etilică sau specifice.** Deşi din antecedentele soţului şi soţiei nu reeşia o infecţie specifică şi numai Wassermann +, îi instituim tratament specific cu neosalvarsan, intercalat cu iodobismutat de chinină.

---

1) Comunicare făcută la Cercul medico-farmaceutic din Craiova, la 18 Aprilie 1932.

Pe ziua de 19 D-brie părăseşte spitalul făcând 3 injecţii cu neosalvarsan şi 6 cu bismut, fără nici-o ameliorare a durerilor, urmând ca tratamentul să-l continue acasă.

Pe ziua de 2 Ianuarie 1930, intră din nou în spital, tot cu aceleaşi lureri abdominale. După 2 zile de spital, cere să o trecem în secţia chirurgi-ală, unde voeşte să-şi facă operaţia, având credinţă că durerile provin numai lin tumoarea abdominală.

Bazându-ne pe lipsa de acţiune a tratamentului specific (neosalvarsan, bismut), stabilim diagnosticul de ciroză atrofică etilică. Crizele dureroase erau datorite nevritelor etilice, iar tumoarea subhepatică e un lobul hepatic eviscerat şi mărit prin procesul de hipertrofie compensatrice, diagnostic co-municat şi serviciului de chirurgie.

La 15 Ianuarie 1930 i se face laparatomie mediană şi supraombilicală redusă, unde se constată următoarele: La deschiderea peretelui abdominal, se constată imediat sub perete, prezenţa unei porţiuni din ficat, de mărimea a 2 pumni bărbăteşti, sub forma unui lobul ce pare eviscerat şi hipertrofiat.

Acest lob e legat de jumătatea internă a lobului drept al ficatului printr'o porţiune de parenchim atrofiat, deprimat ca o bandă şi lată de 3 laturi de deget. Cealaltă jumătate a lobului drept e formată din părţi dure, deci atrofice şi porţiuni hipertrofice. Faţa inferioară a lobului drept e con-cavă, atrofiată, strangulată sub aspect nodular, dur, scleros. In faţa acestei constatări, se închide abdomenul, făcându-i-se bolnavei o laparatomie explora-trice.

Asociez la această observaţie clinică şi pe d-l Dr. Stăncescu.

*
* *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sunt 3 ani de când am fost chemat în oraş să dau îngrijiri medicale D-nei M., cari cu 2—3 luni înainte suferea de turburări digestive, manifestate prin lipsă de poftă de mâncare, digestie grea, balonare după masă.

Aceste turburări au mers tot accentuându-se, până când a observat că pântecele a început să se mărescă, rochiile nu o mai putea cuprinde, udul din zi în zi se micşora şi picioarele au început să se umfle. Examinând bolnava, nu constat nimic anormal din partea plămânilor, nici-un exudat la baze. Cordul cu bătăile normale, nici-un suflu organic, vârful bate în al V-lea spaţiu intercostal. Pântecile mult mărit de volum, globulos, matitate în flan-curi cu senzaţie de val. Splina prin balotare nu se simte. Ficatul la nivelul falşelor coaste, prin palpare, nu se constată a fi mărit de volum. Uşor edem al membrelor inferioare.

In aşteptarea examenului urinei, stabilesc pentru moment, diagnosti-cul de ciroză. Aflându-mă într'o familie cultă, caut să stabilesc, cercetând împreună şi cu bolnava, diagnosticul etiologic. Nu a suferit niciodată înainte de această maladie, de turburări gastro-intestinale, a avut întotdeauna digestie bună, scaune regulate. Nu a suferit de Paludism. In ceeace priveşte sifilisul se înlătură din ambele părţi. Wassermann făcut ulterior, negativ. Trecem la alcolism; mi se spune că obişnuia foarte puţin vin la masă şi nu întotdeauna rar lua vre-un aperitiv înaintea mesei. Negăsind nici-una din cazurile cirozei, revin iarăşi la alcolism şi întreb dacă obişnuia ceaiuri; ne răspunde că lua multe ceaiuri pe zi; întreb dacă întrebuinţa rom la ceai, răspunde că de o vreme încoace, întotdeauna lua rom la ceai; încetul cu încetul şi cu ajutorul

soţului, ajungem la concluzia că alunecase pe calea uzului la abuz, punând rom la început cu linguriţa şi în urmă nu-l mai măsura.

Stabilim deci, că romul este cauza cirozei.

In acelaşi timp, se pusese în comerţ mari cantităţi de alcol metilic, cu care falşificau băuturile, în special băuturile concentrate ca romul, coniacul.

I se prescrie bolnavei regim de vegetale, fructe, lăpturi, reducându-se cantitatea de alimente, de sare şi pe cât e posibil, lichidele. Abstinenţa complectă de băuturi alcoolice. Ca medicamente, diuretice, laxative, şi desinfectante intestinale. Examenul urinei, făcându-i-se a doua zi, nu a constatat nici albumină, nici zahăr, nici cilindri.

După primele zece zile de regim şi tratament ascita în creştere. I se aplică apoi zece zile, 5 injecţii cu salirgan, fără rezultat, ascita tot în creştere. Timp de zece zile în urmă, se admministrează bolnavei clorur de calciu, începând cu 4 grame pe zi şi ajungând la 12 grame pe zi.

După această cură începe ascita să scadă. După cele zece zile de clorur de calciu sau mai bine zis după 30 zile de abstinenţa de alcol, începe ficatul să reacţioneze şi constat că sub ficat apare o tumoare, care ţinea de ficat şi pe măsură ce ascita scădea, tumoarea creştea.

Alternez apoi clorur de calciu cu diuretice. După 2 luni dela abstinenţa alcoolului şi aplicarea regimului şi a tratamentului, ascita a dispărut complect, starea generală a bolnavei devenise bună, tumoarea subhepatică tot în creştere, ajunsese mărimea unui cap de fetus şi trecea cu 4 laturi de deget dedesubtul ombilicului.

Ori de câte ori vedeam bolnava şi palpam tumoarea, primul gând era la un neoplasm al ficatului, însă când auzeau bolnava, care cu insistenţă mă ruga să-i dau să mănânce, când ascita scădea, când starea generală devenea din zi în zi mai bună, toate acestea îmi impunea să mă gândesc la o hipertrofie compensatoare, deci la o reacţie de vindecare. Apoi, timp de un an, revedeam din când în când pe fosta bolnavă, care din toate punctele de vedere era normală, afară de tumoarea hepatică, care se stabilizase la 2 laturi de deget dedesubtul ombelicului şi care tumoare dacă nu era normală era fisiologică.

Acum de aproape un an, nu am mai revăzut-o, am zărit-o numai în ultimul timp tot aceiaş stare generală bună.

*
* *

Interesul primului caz, stă în *evisceraţia unei porţiuni din ficat*, cari trebuind să se mărească, ca să compenseze ficatul atrofic şi neputând să se desvolte în interiorul ficatului din cauza sclerozei parenchimului, a eşit afară şi atârnă de el.

E interesat şi din punct de vedere al *diagnosticului*, când o tumoare abdominală se află sub ficat, atârnată de el, deci fără a face corp cu el, trebue să treci în revistă toate organele abdominale cu toate tumorile lor şi ţi se pare hasardat să rămâi la diagnosticul de lob eviscerat şi mai ales faţă de durerile mari, ce le avea bolnava.

Interesul acelui de al doilea caz este din punct de vedere *fisio-patologic*. Când otrava alcoolului nu a distrus celula hepatică

până la siderare şi când se opreşte cauza, se găsesc părţi din ţesutul hepatic, nealterate profund, cari prin procesul de proliferare compensatoare să ducă mai departe funcţiunile ficatului.

Sunt experimentate şi bine studiate puterile de regenerare ale ficatului.

Extirpând o porţiune din ficat şi sacrificând animalul după o lună, s'a găsit regenerarea porţiunei extirpate printr'o hiperplasie difusă, ajungând ficatul la aceiaşi mărime şi greutate ca înainte de extirpare.

In caz de maladii, ca chist hidatic, sifilis, tuberculoza, diferite neoplazii, Hanot a stabilit că ficatul distrus de aceste boale este înlocuit de porţiunile ficatului neatinse prin procesul de proliferaţiune celulară.

In ceeace priveşte intoxicaţiunile cum ar fi cazurile noastre, toxina alcolică difuzează în tot parenchimul hepatic şi-l atacă uniform. In fiecare an trec prin serviciul nostru medical 20—30 cazuri de ciroză etilică, forma atrofică cu ascită.

In zece ani după războiu au trecut prin serviciul nostru între 200—300 cazuri şi nu am întâlnit nici una din formele acestor 2 cazuri.

Faţă de raritatea cazurilor şi faţă de faptul acesta, că aceste 2 cazuri corespund tocmai timpului când în comerţ să răspândise alcolul metilic, se naşte o întrebare care s'ar putea pune şi care pare a fi la locul ei: *Nu cumva există o legătură între aceste forme şi alcolul metilic?*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RÉSUMÉ: Le Dr. T. Voiculescu — *Polylobule hépatique eviscéré et aggrandi par un procès d'hypertrophie compensatrice dans la cyrose atrophique.*

L'auteur expose 2 cas rares de cyrose hépatique, dans les quels une portion hypertrophiée du foie s'est eviscérée en constituant une vraie tumeur, capable de fausser le diagnostic.

Etant donné que parmi 300 cas de cyrose passés dans son service en 10 ans ces sont les seuls cas rencontrés, et vu qu'ils sont survenu dans le temps de la mise clandestine en commerce de l'alcohol métilique, l'auteur se demande s'il n'y a pas un rapport entre ces formes de cyrose hepatique et l'alcohol métilique.

RIASSUNTO: Dott. T. Voiculesco — *Il lobo accessorio epatico eviscerato e ingrandito per ipertrofia compensatoria in cirrosi epatica.*

L'A. presenta due casi rari di cirrosi epatica nei quali una porzione ipertrofica del fegato s'èviscerato per mezzo d'un processo di rigenerazione spontanea, costituendo un vero tumore capace di far errare la diagnosi. Atteso che fra i 300 casi di cirrosi susseguitisi durante 10 anni nella sua divisione, egli non vi ha mai riscontrato simili forme e che queste sono comparse solamente negli ultimi tempi, da quando, cioè, s'era diffuso nel commercio l'alcool metilico, l'A. si domanda se non possa stabilirsi un rapporto fra queste forme e l'alcool metilico

SUMMARY: T. Voiculescu — *Eviscerated liver lobe increased by a compensatory hypertrophic process in a case of cirrhosis.*

The author relates two cases of cirrhosis, in which a liver portion hypertrophied by a spontaneous regeneration, gave rise through evisceration to a spontaneous tumour, entangling the diagnosis. Considering the fact that among 300 cases of cirrhosis which passed through the author's board during the last ten years, such cases never have been met with, and that they appeared only recently when methylated alcohol spread in common use, the author suggests a possible relation between these special cases and the methylated spirits.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. Th. Voiculescu *Polilob der Leber entnomen u. vergrössert durch hypertrophische Kompensation in der atrophischen Cirose.*

Der Verfasser stellt 2 seltene Falle von Lebercirose dar, in welchen ein hypertrophischer Teil der Leber durch einen Spontanregenerationsprozess entnomen ist u. eine richtigen Tumor bildete, welcher bei der Diagnose täuschen könnte.

Da er während der letzten 10 Iahre, unter den cca. 300 Fällen von Cirose die ihm unterkamen, solche Formen nicht antraf, sie aber in letzter Zeit, seit der Methylalkohol in Handel ist, wieder erschienen sind, frägt sich der Verfasser, ob es sich nicht um einen Zusammenhang zwischen diesen Krankheitsformen und dem Methylalkohol handelt.

OPOTHERAPIA ASOCIATĂ

PANGLANDINE

COUTURIEUX

EXTRACT GLANDULAR TOTAL

în capsule keratinisate.

Indicaţiuni: *Mixoedemul, infantilismul, acromegalia, gigantismul,* la copii.— *Obezitate, turburări gastro-intestinale, circulatoare, nervoase, exoftalmie gută, maladia lui Adison, turburări hypofisare, ovariene, senilitate precoce,* la adulţi.

LABORATOIRES CH. COUTURIEUX, PARIS

18, Avenue Hoche.

Literatură şi eşantioane medicale:

J. E. BUCUR — BUCUREŞTI 4

Strada Mecet No. 8.

TRAUMATISM CRANIAN, ACCESE CONVULSIVE TIP JAKSONIAN DECOMPRESIUNE. TURBURARI DE SENSIBILITATE TIP RADICULAR

de

Dr. DEMETRU PAULIAN

Medic Primar — Conferenţiar la Universitate.

Pacientul Al. Is., în vârstă de 36 ani, intră în serviciul nostru la 6 Maiu 1930, pentru crize convulsive în jumătatea stângă a corpului, amorteli în extremitatea inferioară stângă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nimic anormal în atecedentele heredo-colaterale.

A suferit în copilărie de angină difterică; la 18 ani şancru moale(?); la 25 ani BW. în sânge pozitiv; începe tratamentul specific pe care-l urmează regulat până în prezent. A uzat de băuturi alcoolice. Căsătorit; soţia e sănătoasă, are doi copii sănătoşi, n'a avut avorturi.

Istoricul maladiei actuale: In 1915, la 21 de ani, cu câteva luni înainte de apariţia primului acces convulsiv, a fost lovit în regiunea temporoparietală dreaptă cu un bulgăre mare de cărbune, care i-a provocat pe lângă o plagă sângerândă şi pierdere de cunoştiinţă; n'a avut însă imediat convulsiuni. După câteva luni apare primul acces convulsiv în mâna şi piciorul stâng, urmat de pierdere de cunoştiinţă.

După 7—8 luni are alt acces: simte brusc ca un abur care se ridică din stomac în gât, cade jos, are convulsiuni de partea stângă a corpului, senzaţia de contractură a mânii şi piciorului stâng, senzaţia de rulare dureroasă a acestor extremităţi, îşi muşcă limba, stertor şi-şi pierde cunoştiinţa. Durata accesului 5'—6'. Acestea survin la câteva luni şi chiar un an de zile. De 2 luni jumătate în urma unei tuse, are senzaţia sângelui în vârful degetelor mânilor, mai ales la stânga, din care rămâne cu o durere la degetul mic dela mâna stângă şi o amorţeală care perzistă. Acum o lună jumătate are brusc o senzaţie de rulare a degetului mare dela piciorul stâng, care apoi cuprinde întreaga extremitate şi care-i îngreunează mersul. După aceasta a avut o criză cu convulsiuni în extremitatea inferioară stângă, fără pierdere

de cunoştiinţă şi care a durat 3'. De atunci are o amorţeală permanentă care se transmite când la o extremitate când la alta, atât de partea stângă cât şi la cea dreaptă; mersul a devenit greoi, oboseşte repede. A urmat cu Gardenal după care se simte mai bine. Analiza l. c. r. făcută în Spit. Militar R. E. cu toate reacţiunile negative.

Din punctul de vedere somatic constatăm: pacientul de constituţie bună, pupile egale, cu reacţiuni bune, nu are nistagmus, acuitatea vizuală A. O=1; nimic anormal oftalmoscopic; câmp vizual normal. Asimetrie facială: plica naso-labială dr. mai ştearsă; comisura labială dr. mai coborîtă, gura trasă spre stânga. La membrele superioare motilitatea normală ca şi la cele inferioare. Forţa dynamometrică: m. dr. 140, m. stg. 100. Reflexe tendinoase normale ca şi la extremităţile inferioare. Simţul stereognostic păstrat. Pretinde a avea hipoestezie forte atât pentru s. tactilă cât şi pentru s. dureroasă pentru degetul mic şi jumătatea alăturată lui a inelarului mânei stângi (n. cubital). Nu are Babinschy, nici clonus, ataxie. Refl. cut. abdominale şi cremaster. prezente, Nu are nici o altă turburare de sensibilitate, vasomotrice sau trofică. Mersul pare normal. Nu are turburări de vorbire, nici psihice.

12 Mai 1931, puncţia lombară, tensiunea 40 la aparatul Claude în poziţiune şezândă (pe scaun); toate reacţiunile negative; 2 limfocite. Radiografia craniului indică: în poziţiune frontală nici o leziune osoasă în reg. temporo-parietală dreaptă. In poziţie laterală, şeaua turcească de formă ovală, mult micşorată de volum, cu apofizele clinoide îngroşate şi venite aproape în contact. Sinusurile frontale şi sfenoidal sunt mărite de volum.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

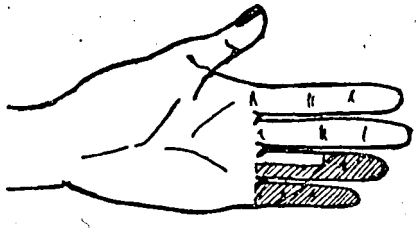
Este sfătuit să intre într'un serviciu de chirurgie pentru craniectomie decompresivă. Urmează însă acasă un timp cu Sedalon Iteanu, care-i răreso accesele. La 21 Aprilie 1931, intră în serviciul clinic al d-lui Prof. Dr. A. Jianu, care intervine, făcându-i o fereastră de trepanaţie, interesând parte din osul frontal, parietal drept până la un lat deget la stânga suturii mediane a craniului.

După această intervenţie la 20 de zile are un acces convulsiv pornind dela degetul mare, cuprinde întreaga extremitate inferioară stângă cu durata de 2' şi fără pierdere de cunoştiinţă. La 5 Noembrie 1931, simte brusc amorţeala piciorului stâng, câteva mişcări convulsive ale degetului mare; apoi la 10 zile amorţeală în piciorul drept şi după alte 5 zile amorţeală în mâna stângă şi convulsiuni în degete.

In ultimul timp are o jenă în mers mai ales la piciorul stâng. A luat luminal cu scopolamină.

Revine în serviciul nostru la 28 Noembrie 1931, şi revăzut constatăm aceleaşi turburări, iar ocular, se constată foarte uşoară decolorare papilară în segmentele temporale; arterele şi venele normale. Puncţia lombară, tensiunea cu aparatul Claude 45, în poziţiune şezândă.

Totuşi accese mari n'a mai avut. Ceace persistă sunt paresteziile şi turburarea de sensibilitate în domeniul cubitalului la mâna stângă, (vezi figura 1).



Observaţiunea aceasta prezintă importanţă prin aceia că este o confirmare clinică a turburărilor de sensibilitate de origină cerebrală şi cu tip radicular.

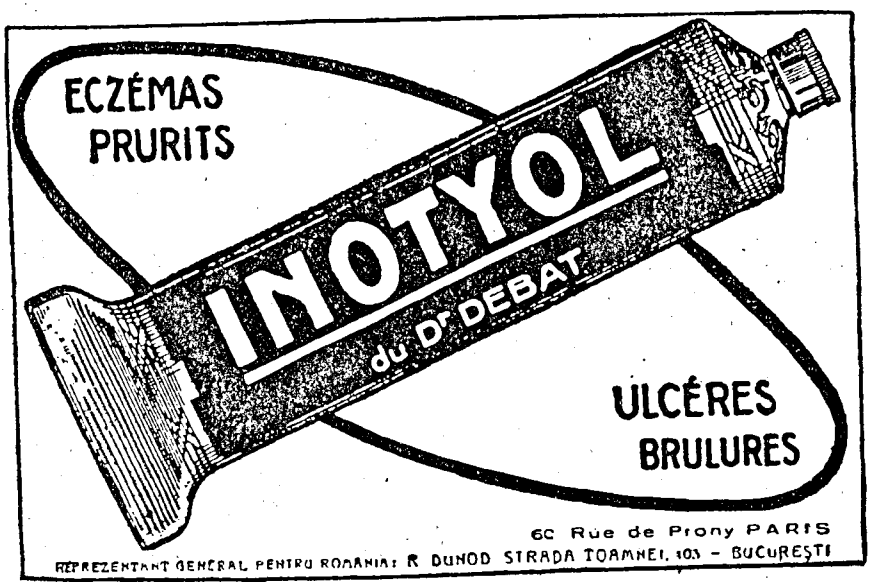
RÉSUMÉ: Le Dr. D. Paulian — *Traumatisme cranien, accès convulsifs type Jakson, decompréssion, troubles de sensibilité type radiculaire.*

RIASSUNTO: Dott. D. Paulian — *Trauma cranico, accessi convulsivi di tipo jaksoniano, decompressione, disturbi della sensibilita' del tipo radicolare.*

SUMMARY: D. Paulian — *Injury te the skull and Jacksonian convulsive fits due to pressure on the brain; troubles of sensitivity of radicular type.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. D. Paulian — *Verletzung des Schädels, convulsive Anfälle tip Iakson, Dekompresion, Sensibilitätsbeschwerden Radiculärentipus.*



AVORTUL IN RUSIA SOVIETICA
(Legalizarea şi rezultatele ei)

de

Dr. ION BORDEIANU

La Russie forme, aujourd'hui un champ d'expérience d'une grandeur sans précédent dans l'histoire. Toutes les nations du monde seront appelees a profiter, dans une certaine mesure, des resultats acquis, soit pour eviter certaines erreurs, soit pour appliquer d'heureuses innovations.

E. Schreiber. «Comment on vit en U. R. S. S.» Paris, 1931.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Una dintre cele mai importante reforme sovietice în domeniul social este legalizarea avortului. Ar fi, credem, o greşeală să vedem în libertatea avortului numai un simplu procedeu revoluţionar menit să rupă, cu orice preţ, cu trecutul şi să creeze ceva nou, care să nu semene deloc cu concepţia veche. Vrem să spunem, că dacă legalizarea a căpătat o popularitate rapidă este din cauză că a găsit un teren prielnic.

Războiul fiind un fenomen în afara moralei, implicit face să scadă şi valoarea fiinţei omeneşti. Legile creiate întru apărarea şi ocrotirea ei nu mai sunt ascultate în timp de război. (Romanii spuneau: inter arma silent leges).

Revoluţiile, care izbucnesc după războaie, complectează opera de sdruncinare a aşezărilor sociale. Obiceiuri şi legi pe cari se bazează morala şi care stau la temelia societăţii, sunt proclamate de revoluţie drept prejudecăţi şi distruse. Astfel slăbesc sau dispar piedicile care frânează pornirile instinctive ale omului. Instinctul sexual cel mai puternic din om, profită înaintea celorlalte de libertate.

In istoriile tuturor revoluţiilor aflăm cum moravurile decad şi desfrâul îşi face drum în toate straturile sociale.

O furie adevărată a cuprins generaţiile tinere îndată după venirea bolşevicilor la putere, cari, chiar dela început, au deschis

luptă împotriva „tuturor prejudecăţilor meschine şi burgheze ale vieţii sexuale, cu pudoarea ei falşă". Insuşi Lenin binecuvânta această luptă, privită ca o eliberare din „sclavia burgheză".

Intr'o carte sovietică, intitulată *„Viaţa şi generaţia tânără"* citim: „să uităm ceiace poeţii au cântat despre amor: este ştiut că amorul nu este decât un fenomen pur fiziologic şi că toate madrigalele nu au nici o legătură cu el".

Pentru a-şi forma, într'un timp scurt, mai mulţi adepţi, bolşevicii au întreprins opera de dizolvare a două instituţii sociale, puternice sub regimul ţarist: biserica şi familia. Uzând de toate mijloacele posibile ei reuşesc să dea o lovitură puternică religiei, acestui „opiu pentru popor" după vorba lui Lenin. Codul sovietic reduce căsătoria şi divorţul la cea mai simplă formalitate.

Războiul mondial, revoluţia, urmată de războiul civil, epidemiile nesfârşite, foametea groaznică de prin 1920—1921, când zece milioane de oameni nu aveau ce mânca şi au cunoscut canibalismul (Nansen), alcoolismul, lipsa de afecţiune între părinţi şi copii, au avut ca urmare apariţia unei armate întregi de copii părăsiţi, de soarta cărora se ocupa în special soţia lui Lenin, care scria în „Pravda" din 1923: avem înregistraţi şapte milioane de copii părăsiţi, dintre cari căminurile noastre pot primi cel mult 800.000. Ce să facem cu restul de 6.200.000?...

Aceşti copii murdari, aproape goi, acoperiţi cu sdrenţe de saci, pe cari îi poţi întâlni oriunde, în oraşe, prin gări, sunt un reproş viu pentru conştiinţa noastră, scria în „Pravda" (1925) Comisarul Poporului pentru Sănătate.

Digitized by Central University Library Cluj

Nimic mai firesc ca în aceste condiţii de viaţă nesigură să se deştepte în om instinctul de conservare şi să influenţeze asupra soartei copilului încă nenăscut care venea să complice viaţa şi aşa destul de grea. Astfel avortul provocat capătă, începând de prin 1917—1918, o răspândire fenomenală, luând proporţiile unei adevărate epidemii. Pe un teren pregătit de împrejurările istorice şi de reformele sovietice, bolşevicii au căutat forme care să apere sănătatea femeei, scăpând-o în acelaş timp din mâinile murdare ale avortorilor de meserie.

Astfel *statul a legalizat ceiace exista de fapt.*

Prin *decretul din 18 Noembrie 1920,* avortul se face gratuit în spitalele statului, de medici cu diplomă. Nu sunt formalităţi şi dorinţa femeei este suficientă pentru raclaj. Legea s'a lovit de greutăţi technice mari şi nu a fost aplicabilă decât în centrele mari, unde toate paturile din spitale au fost ocupate de femei pentru avorturi. Multe spitale erau distruse, altele nu aveau instalaţiile necesare şi nici medicii nu aveau pregătirea necesară. In acelaş timp numărul femeilor venite pentru raclaje sau cu avortul început acasă începe să crească într'o măsură, care îi forţează pe conducătorii bolşevici să limiteze legalizarea, prin noul decret din 9. I. 1924.

Avortul este autorizat în următoarele cazuri: sarcina este rezultatul unui viol, sarcină la o minoră nemăritată, sarcină rezultată din relaţii cu un bărbat de care depinde situaţia materială sau

administrativă a femeei însărcinate, sarcină la o femee cu cel puţin trei copii sau şi fără copii când nu are mijloace şi în cazuri de indicaţii medicale. Operaţia se poate face şi în clinici particulare, iar autorizaţia se eliberează de către o comisie specială, care poate autoriza întreruperea sarcinei numai până la trei luni.

După datele statistice sovietice **motivele pentru întreruperea sarcinei** se repartizează astfel:

31% sărăcie materială;
29% copii mulţi;
21% ruşinea, la văduve şi fete;
8% femei părăsite sau divorţate;
11% motive medicale;

La oraşe motivele medicale ocupă 40% (tuberculoza 15%).

La oraşe sărăcia şi mai ales greutăţile de locuinţă ocupă la Moscova 58% şi Leningrad 63%. Dintre femeile care au cerut autorizaţie pentru avort numai 6% locuiau singure într'o cameră, 15% două în cameră, 25% trei în cameră, 44% patru şi mai multe persoane într'o cameră

Orăşencele avortează după primul copil, ţărancele după 3—4 şi mai mulţi. La oraş femeile avortează mai frecvent între 20—29 ani, la ţară între 30—40.

	Vârsta femeilor:		
	anii	**la oraşe**	**la sate**
Avortează: 75% prima oară.	15—19	7%	4%
13% a doua oară.	20—29	60%	45%
8% a treia oară.	30—45	33%	51%
4% a patra oară.			

BCU Iaşi / Central University Library Cluj

In literatura medicală sovietică unde se discută rezultatele legalizării nu se găsesc cifre totale pentru Rusia întreagă ci se dau în cel mai bun caz numai date incomplecte pentru unele oraşe şi regiuni. Totuşi sunt date suficiente ca să ne facem o idee dacă nu chiar exactă cu realitatea cel puţin nici departe de ea.

Iată câteva **date statistice oficiale** pentru Leningrad: în 1927, 37.000 avorturi; în 1928, 56.000; în 1929, 67.000. Cel mai mare abortariu la Moscova are 220 paturi şi face anual 20.000 raclaje; la Moscova mai există alte 12 abortarii, cu număr mai mic de paturi însă cu o activitate tot atât de intensă. După Şpak, la Moscova s'ar face câteva sute de mii de avorturi pe an. Abortarii speciale sunt în toate centrele importante.

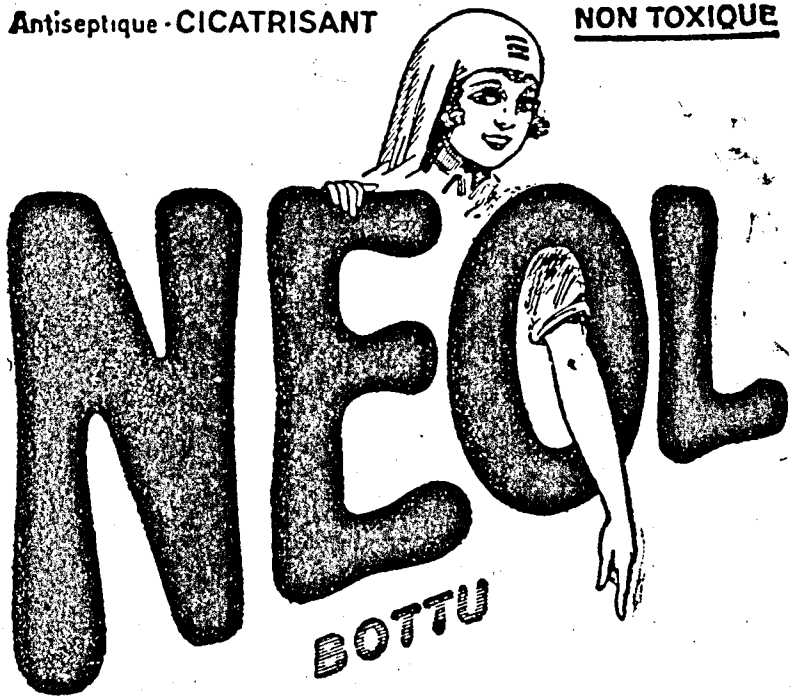
La congresele medicale panruse medicii au atras atenţia asupra creşterii avortului autorizat. In Starobelsc, în 1924, la 100 naşteri au fost înregistrate 51 avorturi, cifra cărora trece în 1926 de 107, adică numărul avorturilor a întrecut numărul naşterilor. Aceeaş creştere se observă şi în alte regiuni: la Saratov la 100 naşteri au fost în 1923, 31; în 1926, 90; în gubernia Tomsk (Siberia) în 1920, 10; în 1923, 66; în 1926, 78. In Caucazul de Nord la fiecare naştere la termen revine 4 avorturi (Congr. Ginec. Kiev 1928).

Creşterea populaţiei ruseşti fiind de trei milioane pe an, putem socoti numărul avorturilor la cel puţin 2—3 milioane pe an.

Numărul mare de avorturi nu a scăzut natalitatea poporului rus, unul

Antiseptique · CICATRISANT

NON TOXIQUE



BCU Cluj / Central University Library Cluj

guérit (Néol à 1/10)

ANGINES

cicatrise (Néol à 1/5)

ULCÉRATIONS

cutanées et muqueuses

épidermise (Néol à 1/5)

BRULURES

par le FEU, le FROID
et tous les Agents physiques

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

Laboratoires BOTTU. 115 Rue Notre Dame des Champs — PARIS.

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

Două produse cu efect sigur pentru combaterea Anemiei

Chlorosei, Cachexiei, Debilităţei, Lipsei poftei de mâncare

HEMOFER

Compoziţia:

HEMOGLOBINA,
OXYHEMOGLOBINA,

cu toţi componenţii sângelui sănătos, sub forma coloidală.

Lichid cu gust plăcut

Doza zilnică: { Ptr. adulţi 2—4 linguri / Ptr. copii 2—4 linguriţe

Preţul ptr. public flacon orig. 250 gr. **Lei 105**

PHYTINASE

Compoziţia:

PHYTIN, FER, ARSEN,
CHININ, STRYCHNIN,

în comprimate mici

Doza:

Pentru adulţi 3 — 5 pe zi
„ copii 1 — 3 „ „

Preţul pentru public
tub original cu 40 compr. **Lei 95**

Incurajarea industriei naţionale este un interes social şi naţional

GYNECON

Ovule vaginale glicero-gelatinate

Preţul pentru public cutii orig. cu 6 ovule

Icthyol o.5o	75.—	Natr. Iodat o,25	95.—
Thygenol o.5o	85.—	„ „ o,5o	1o5.—
Pratargol 5%	8o.—	Argyrol o,25	115.—
„ 1o%	95.—	„ o,5o	16o.—
Argonin o.25	95.—		

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Indicaţiuni: *Vaginite, Metrite, Ulceraţiuni ale colului şi toate afecţiunile ginecologice*

Doza: *Se introduce un ovul cât mai profund în cavitatea vaginală până la colul uterin după care se aplică un tampon*

Laboratorul Dr. AL. ITEANU, Bucureşti I, Str. Vasile Lascar No. 5 şi 7

LUBROÏL

PARFUM CHIMIC PUR AROMATIZAT

Laxativ inasimilabil în tratamentul

Constipaţiilor rebele,
Colitelor Mucomembranoase

Doza zilnică:

Pentru adulţi 1—2 linguri
„ copii 1—2 linguriţe

Preţul pentru public **Lei 80.**

VALOFLORIN

Lichid cu gust plăcut

Principii activi: Crategus, Passiflora, Guarana şi Valeriana.

INDICAŢIUNI: Stările de anxietate, depresiune, excitaţie psihică atât în pubertate cât şi la menopauză, în turburările de circulaţie, ameţeli, oureri de cap, călduri, sufocaţiuni şi palpitaţiuni nervoase, transpiraţiuni nervoase, turburări nervoase de menopauză, stări melancolice, insomnie, etc.

Doza:

Două linguriţe pe zi, dimineaţa şi la ora 4 p. m.

Preţul pentru public: LEI 100

dintre cele mai prolifice, alături de alte popoare agricole (China, India). Este adevărat că la oraşe cifra natalităţii este în evidenţă scădere, însă satele acoperă pierderile dela oraşe. „Raboceaia Gazeta" (1931) spune că cifra naşterilor creşte progresiv:

In 1917 erau 35 naşteri la 1000 locuitori.

In 1923 erau 41 naşteri la 1000 locuitori.

In 1925 erau 45 naşteri la 1000 locuitori.

In 1930 erau 48 naşteri la 1000 locuitori.

(Pentru aceeaş perioadă natalitatea a scăzut în Germania dela 25 la 19, în Franţa dela 21 la 18 şi Anglia dela 22 la 17).

Ştiri din surse sovietice arată în mod indiscutabil că *avortul clandestin din „subsol"*, după expresia decretului, nu numai că nu a dispărut ci se practică pe o scară foarte întinsă. Deşi orice femee are dreptul, după lege, să se adreseze spitalului celui mai apropiat pentru întreruperea sarcinei, în condiţiile cele mai bune, fără plată, totuşi din toate părţile Rusiei vin ştiri că avortul nelegalizat se întâlneşte foarte frecvent.

La Leningrad, în 1923, într'un spital de boli de femei au fost primite 3683 pentru avortul legalizat şi 3100 cu avortul început de provocatori. La o maternitate din Moscova, avorturile clandestine în raport cu cele legalizate prezintă: în 1920, 13%; în 1921, 46%; în 1922, 53%. La Tiflis (Caucaz) la maternitate au fost internate într'un an total 1532 femei pentru avort dintre care 1039 cu avortul început în oraş. Spitalul regional Tambov în 1920—1923 a internat 4450 avorturi provocate, cu 21% complicaţii şi 8% sfârşit letal. In reg. Volîni şi Podolia avortul provocat este răspândit ca şi înainte de legalizare. In reg. Ivano-Vosnesensk 50% din avorturi sunt clandestine; în reg. Şuisk 70%. Insuşi Comisarul Poporului pentru Sănătate, Prof. Semaşko, spune: avortul clandestin dacă nu a dispărut complect, a scăzut cel puţin cu 50%. O dovadă în plus se poate vedea şi în faptul că numai în 1926 au fost condamnaţi pentru avorturi din „subsol" 66 bărbaţi şi 805 femei.

Cauzele sunt: evitarea spitalului unde operaţia nu poate rămâne un secret, depărtarea spitalelor, mai ales la ţară, lipsa paturilor libere în spitale, jena femeilor dela ţară în faţa medicilor, vremea pierdută cu îndeplinirea formalităţilor (se cer mai multe certificate).

Deoarece urmările dezastruoase ale avortului criminal din toate ţările se datoresc mijloacelor şi condiţiilor în care se provoacă, judecata cea mai simplă ne face să credem că această operaţie făcută în condiţii bune, de medici pregătiţi, la „lumina zilei" nu trebue să aibă nici o complicaţie. Asta e în teorie. In realitate lucrurile stau altfel. In ţările unde avortul este urmărit de lege şi nu se poate face decât în „subsol" mortalitatea este de 4%, cifră impresionantă dacă o raportăm la sutele de mii de femei, care se expun acestui joc nesigur.

Autorii ruşi susţin că nu au deloc mortalitate, sau mai exact o mortalitate excepţională: cel mai mare abortariu are un singur

caz mortal la 20.000 raclaje. Tot la Moscova, în alt an, la 30.000 nu a fost nici un caz mortal (Karlin).

Unii autori germani (Sellheim, Niedermeier) se îndoesc de exactitatea acestor afirmaţii. Ei spun, — şi poate nu fără dreptate, — că aceste cifre frumoase trebuesc privite cu multă rezervă dat fiindcă statul comunist nu permite să se publice decât ceiace îi convine. Dealtfel, Prof. Alexandrov dela Moscova, unul dintre cei mai renumiţi ginecologi ruşi, recunoaşte că statisticile avortului sunt incomplecte şi insuficiente.

Se poate bănui că dacă în centrele mari mortalitatea este egală cu zero, la ţară, unde nu se găsesc nici condiţiile şi nici medicii pregătiţi, trebue să existe o mortalitate mai ridicată. In sprijinul acestei păreri vin şi concluziile congreselor medicale sovietice din 1927 şi 1928: raclajul este o operaţie serioasă, cu complicaţii frecvente, care nu trebue să fie executată decât de specialişti, familiarizaţi cu chirurgia abdominală, fiindcă nici un chirurg nu este scutit de a face în timpul raclajului leziuni, uneori foarte serioase.

Dar chiar cu aceste rezerve mortalitatea nu poate fi mare şi trebue să scadă treptat, mai ales dacă ţinem seama că statul cheltueşte sume mari pentru ameliorarea situaţiei. Apoi, să uităm că oricât de grave ar fi leziunile eventuale din timpul raclajului dacă se iau din vreme măsurile necesare bolnava are toate şansele să scape cu viaţă.

Perforaţiile uterine se întâlnesc în proporţie de una la 200 de raclaje. Infecţia puerperală post-abortum a scăzut mult în comparaţie cu ţările unde avortul este urmărit de lege.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Chiar dacă am admite că mortalitatea şi complicaţiile imediate după avortul legalizat sunt scăzute, trebue să mai ţinem seama şi de complicaţiile tardive.

La *Congresul Ginecologilor şi Terapeutilor din 1922 la Moscova*, Prof. Alexandrov a citit un lung şi documentat referat în care a spus: „niciodată nu s'a văzut un număr atât de mare de infecţii septice ca în ultimii trei ani, lucru cu atât mai curios că toate aceste infecţii prezintă formele cele mai grave, începând cu endometrită şi sfârşind cu septicemia care duce la moarte în câteva zile. Cauza nu trebue căutată prea mult. Inainte de război avortul era făcut, — ca şi azi dealtfel, — nu numai de medici ci şi de farmacişti, infirmiere, moaşe şi chiar frizeri: era firesc ca septicemia să fie frecventă. Ceiace e de mirare este că aceste infecţii nu erau atât de grave ca cele de azi. Care să fie explicaţia? Inainte de toate suntem în faţa unei creşteri enorme a avorturilor şi consecutiv trebuia să crească şi cazurile de infecţii.

Inainte de război femeile care avortau făceau parte din straturile sociale cu destulă dare de mână şi trăiau în condiţii higienice bune. Azi o femee murdară se lasă avortată de o babă la fel de murdară. Să nu uităm că aceste femei sunt mult slăbite de foamete şi alte lipsuri.

Este locul să ne întrebăm dacă o sarcină întreruptă artificial, de un medic priceput, după toate regulele ştiinţei, este fără

pericol? Dat fiind că avorturile se fac numai în spitale, ar trebui să răspundem afirmativ la întrebarea pusă. In realitate nu putem spune aşa ceva. Materialul maternităţilor din Moscova arată că cea mai gravă complicaţie din timpul raclajului este perforaţia uterină. Dar aceste leziuni grave nu permit să ne facem o idee complectă: ele sunt numai urmările imediate ale operaţiei. Să urmărim bolnava mai departe: femeia este lăsată acasă a 3—4 zi, cu starea generală bună, fără febră. A 6—7 zi temperatura se ridică şi bolnava nu se mai duce la maternitate ci cheamă medicul cartierului; în cele mai multe cazuri este vorba de diferite inflamaţii genitale (endometrite, anexite) cauza cărora în majoritatea cazurilor este blenoragia. Femeia a suferit mai înainte de blenoragie şi fiindcă nu simţea nici o jenă se credea vindecată. Dar gonococul a rămas ascuns adânc în glandele colului. Bumm spune că microbul moare în timpul sarcinei, dela luna a 4-a, deaceia sarcina trece fără complicaţii. Altfel se petrec lucrurile când se face raclaj în primele trei luni, când gonococul este activ. Dacă microbul se află în glandele colului el este dus în cavitate în timpul manoperilor pentru raclaj şi infecţiile care urmează fixează femeia pentru mai multe luni în pat. Asemenea cazuri au fost şi înainte, azi însă ele ocupă un număr şi mai mare"...

Prof. Serdiukov-Moscova, alt ginecolog rus de seamă, lucrările căruia despre avort se tipăresc în revistele streine, spune: un număr considerabil de afecţiuni ginecologice cronice au la origina lor avortul artificial, făcut în clinici de medici.

Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj

Prof. Sellheim din Leipzig discutând rezultatele legalizării scrie: chiar când femeia pleacă din clinică vindecată se întâmplă ca după câteva săptămâni sau luni ea devine o bolnavă ginecologică. Ea nici nu se gândeşte să pună boala în legătură cu avortul care a fost făcut bine şi nu a lăsat nici o urmă. Ele cred că boala lor se datoreşte răcelii din timpul menstruaţiei.

La Congresele Ginecologilor Ruşi s'au făcut aceleaşi constatări şi s'a ajuns la concluzia că raclajul în nici un caz nu poate fi considerat o bagatelă, ci o intervenţie serioasă, cu complicaţii frecvente şi de aceia nu trebue făcut decât în cazuri de indicaţii medicale serioase. La aceeaş concluzie ajunge şi Prof. Alexandrov în referatul său.

Să vedem care sunt aceste complicaţii.

Imediat după raclaj pot veni: scurgeri, anexite, parametrite.

Mai târziu: dureri lombare, pelviene, cu schimbări în ritmul menstrual, până la complecta amenoree. Mulţi autori au observat o înmulţire a sarcinelor extrauterine, datorite diferitelor inflamaţii post-abortum. (Liberberg-Berdicev).

Mai mulţi autori au atras atenţia asupra complicaţiilor din timpul travaliului la femeile cu avorturi în antecedente: travaliul durează mai mult, involuţia se face mai încet, feţi morţi şi maceraţi se întâlnesc mai frecvent.

Prof. Serdiukov, alături de alţi autori, are meritul de a fi arătat că avortul este un traumatism biologic puternic pentru orga-

nismul femeei: la femeile tinere, cu uterul incomplect desvoltat, sarcina, prin secreţia ovarului şi schimburile hormono-humorale dintre mamă şi făt, uterul creşte şi atinge dimensiunile lui normale. Avortul opreşte brusc secreţia ovarului şi dă un biciu puternic întregului organism: uterul rămâne mic, degenerează, ca şi ovarele, care se atrofiază deseori. Femeile rămân sterile, devin neurastenice şi orice tratament aplicat ani dearândul nu le poate nici vindeca, nici ameliora. Turburările survin şi atunci când raclajul a fost afebril.*)

Directorul celui mai mare abortariu din Moscova, care poartă sugestivul nume de „Clinică ginecologică-model pentru cercetări ştiinţifice", spunea anul trecut unui coleg-francez, care i-a vizitat clinica: „noi nu credem că avortul este un ideal chiar când este legal şi făcut cum trebue: sunt însă femei care vor să avorteze cu orice preţ. Datoria noastră este să le scăpăm din mâinile avortorilor criminali. Statul nu încurajează avortul. Dimpotrivă: avem la oraşe consultaţii anticoncepţionale unde se dau sfaturi cum se poate evita sarcina prin mijloacele cele mai sigure. Apoi când o femee însărcinată vine să ceară autorizaţie pentru avort i-se spune, fără inconjur, că raclajul, mai ales când este repetat, are inconvenientele lui, se discută cazul ei şi i-se atrage atenţia că statul are să o ajute în timpul sarcinei şi după ea".

Intr'adevăr, femeia însărcinată are concediu de 4 luni, 2 înainte şi 2 după naştere; la naşterea copilului ea primeşte dela stat un ajutor egal cu leafa ei lunară „pentru zestrea noului cetăţean". Maternităţi, leagăne, grădini de copii stau la dispoziţia femeilor cu copii, în toate centrele mari.

Dându-şi seama că adevăratele prefaceri sociale nu pot începe decât cu generaţiile noui, bolşevicii au dat şi dau în preocupările lor cea mai mare atenţie copilului, „care aparţine societăţii în care e născut şi nu părinţilor". Numeroşi vizitatori ai Rusiei povestesc că acolo s'a făcut mult pentru ameliorarea soartei copilului. Ca prim rezultat al acestei griji pentru copil vedem scăderea mortalităţii infantile. Iată o statistică făcută în mediul lucrătoarelor din industria textilă din Moscova.

în 1917	muriau	50%.
1918	„	38%.
1919	„	32%.
1921	„	25%.
1924	„	17%.

Dăm pentru comparaţie, mortalitatea infantilă şi pentru alte ţări:

Norvegia 6%; Germania 7,5%; Anglia 9%; Franţa 9,5%; România 20%.

Pentru a combate lipsa de locuinţe la oraşe, se ridică clădiri în stil american.

Toate aceste începuturi frumoase sunt deocamdată numai insule mici, luminoase şi va trebui, desigur, nu o singură piatiletcă şi poate câteva generaţii până ce punctele luminoase vor cuprinde

*) Dr. I. Bordeianu. Avortul ca traumatism biologic.
Dr. I. Bordeianu. Influenţa raclajului uterin asupra travaliului de mai târziu. (Vor apare în «România Medicală», 1932).

cea mai vastă țară din lume, deasupra căreia soarele nu apune niciodată..." Comunismul, spunea Lenin lui Gorki, va fi realizat de fii noștri, poate de nepoții noștri... Poate să treacă și o sută de ani până ce partida va fi câștigată".

* * *

Rezumând rezultatele legalizării avortului ajungem la următoarele concluzii:

1. *Legalizarea a mărit numărul avorturilor.*
2. *Avortul clandestin nu a dispărut.*
3. *Legalizarea nu a scăzut natalitatea poporului rus.*
4. *Cauzele avortului sunt în majoritatea cazurior de natură economică.*
5. *Mortalitatea după avortul legalizat pare să fie mult mai scăzută decât în țările unde avortul nu este ocrotit de lege. Cu toate că raclajele se fac în condițiile cele mai bune, infecțiile post-abortum sunt frecvente și se datoresc în majoritatea cazurilor blenoragiei.*
6. *Experiența a dovedit că chiar când nu are urmări febrile avortul lasă turburări serioase în organismul femeei.*

Conștient de pericolul avortului, considerat ca *„o mare nenorocire socială"* statul rus luptă împotriva răului cu toate mijloacele de care dispune.

LITERATURA

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Avortul: Capitolul din «Bolșaia Med. Enziklopedia», Moscova, 1928.
Genss: Was lehrt die Freigabe der Abtreibung in Sowjet-Russland.
Krassilnikian: Russische Erfahrungen mit der Freigabe der Abtreibung; eine Lehre fur Deutschland.
Klein: Uber den Einfluss vorhergegangener Aborte auf den Verlauf der Geburt. Analizat in Gyn. et Obstr. 1928, v. II.
Karlin: 8 Jahre Abortfreiheit in Russland. Zentr. f. Gyn. 1930. 22.
Leibovici: La médecine en Russie Sovietique. «Vu». N. 192. 1931.
Levit: Die künstliche legale Abort und seine Folgen. Z. f. Gyn. 1929. N. 13.
Minor: La legalisation des avortements en U. R. S. S. Thèse, Paris.
Niedermeyer: Bisherige Lehren aus der Freigabe der Abortus. Z. f. Gyn. 1928. 31.
Naujoks: Die Freigabe des künstlichen Abortes in Sowjetrussland und in Deutschland. Deutsche Med. Wochen, 1927, N. 10.
Sellheim-Leipzig: Das Problem der Abtreibung in Russland und bei uns. Münchener Med. Wochenschrift, 1927, N. 40.
Serdjukoff-Moscou: L'avortement artificiel en tant que traumatisme biologique et ses suites Gyn. et Obst. 1928.

RESUME: Le Dr. S. Bordeianu—*L'avortement dans la Russie soviétique.*

L'auteur en consultant de nombreux travaux étrangers et statistiques soviétiques montre que: la légalisation a élevé le nombre des avortements; la natalité du peuple russe n'a pas diminué, les villages compensant le déficit des villes; la cause de l'avortement en majorité est dictée par les conditions économiques; la mortalité après l'avortement legalisé est beaucoup moindre que dans les autres pays, mais les infections surtout de cause blenorragique sont beaucoup plus nombreuses et plus graves qu'auparavent, cela étant du probablement à la débilitation vitale de l'organisme des femmes; — aujourd'hui l'état russe considère l'avortement comme «un grand malheur social» et après l'avoir legalisé lui combat à présent les consequences par tous les moyens possibles.

RIASSUNTO: Dott. I. Bordeianu—*L'aborto nella Russia Sovietica.*

L'A. consultando diverse pubblicazioni estere e statistiche sovietiche dimostra che: la legalizzazione dell'aborto non ne ha accresciuto il numero; la natalità del popolo russo non s'è ridotta compensando la campagna il deficit delle città; la causa dell 'aborto nella maggioranza dei casi è dettata dalle condizioni economiche; la mortalità, dopo la legalizzazione dell'aborto è molto ridotta a confronto di altri paesi, ma le infezioni post-abortive, ordinariamente di natura gonococcica, sono molto più frequenti; queste infezioni sono anche molto più gravi di prima, certamente a causa dell'indebolimento vitale dell'organismo delle donne. Oggidì lo Stato russo considera l'aborto come una „grande disgrazia sociale" e, dopo averlo reso legale, ne combatte ormai le conseguenze con tutti i mezzi possibili.

SUMMARY: I. Bordeianu — *Abortion in Sovjet Russia.*

After looking through foreign literature and sovjetic statistics, the author shows that legalizing of abortion has not lead to an increase in its practice, Russian natality has not decreased, the deficit in the towns being compensated in the country. The economical conditions are the reason for abortion practice. Mortality, after abortion has been legalized, has much decreased in comparison to other countries but post abortum infection especially of gonorrhoeic origin became very frequent and these of a more severe character than before, undoubtedly because of the minor vitality of woman's organism. Today the Russian government considers abortion as a social plague, and after legalization fights now its consequences by all possible means.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. I. Bordeianu — *Die Abtreibung in Sowjet — Russland.*

Der Verfasser, der verschiedene fremde Arbeiten, sowie sowjetrussische Statistiken studiert hat, teilt uns folgendes mit:

Die gesetzliche Genehmigung des Abortus hat die Zahl der Abtreibungen nicht vermehrt, die Zahl der Geburten in Russland nicht vermindert, die Dörfer übertreffen die Städte. Die Gründe für die Abortusse sind meist ökonomischer Natur. Die Sterblichkeit nach den Abortussen ist viel kleiner, als in andern Ländern, dafür die Infectionen post Abortum, blenoragischen Ursprungs viel häufiger. Diese Infektionen sind auch viel schwerer als früher, da der Organismus der Frauen geschwächter ist.

Sowjetrussland betrachtet heute den Abortus als „sozialles Unglück" und nachdem er ihn gesetzlich gestattet hat, bekämpft er ihm heute die Folgen mit allen möglichen Mitteln.

Digitized by Harvard University, Countway Library of Medicine

II.

ACTUALITĂŢI MEDICALE

Fisio-Patologie.

DOTT. MARIO LORETI: **Il dolore epigastrico nell' apendicite ed il riflesso apendiculo-gastrico (del Solieri) controllati coll' anestesia locale. — Durerea epigastrică în apendicită şi reflexul apendiculo-gastric al lui Solieri controlate cu anestesie locală. —** Il Policlinico Sez. Prat. No. 41, 12 Oct. 1931.

Autorul a studiat durerea epigastrică în apendicită şi a diferenţiat în mod net reflexul apendiculo-gastric (reflex vegetativ motor şi secretor) care are drept cale aferentă vagul şi ca centru vegetativ nucleul dorsal al vagului, de durerea epigastrică a apendicitei.

Aceasta din urmă poate fi superficială sau profundă: superficială prin stimulente pornite dela peritoneul parietal şi profundă prin stimulent pornind dela mezenter.

Autorul explică mecanismul acestei dureri după teoria neuromerilor şi a mielomerilor corespunzători.

Cu anestezia locală reflexul apendiculo-gastric şi durerea epigastrică persistă, pentru că cu anestesicul nu se izbuteşte a influenţa plexul nervos al mezenterului; cu rachianestesia se isbuteşte a obţine o tăcere şi a uneia şi a celeilalte cu condiţia ca introducerea lichidului anestesiant să fie făcută în o zonă superioară punctului corespunzător locului unde rezidă mielomerii la cari ajung neuromerii pornind dela apendice.

Dr. Paulon

Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

PAULIAN et BISTRICEANO: **La malariathérapie et les lésions cérébrales dans la P. G. progr. Action de la malaria sur le Treponema pallidum. —** Rev. neur. No. 3/1931.

Autorii publică 9 cazuri bine studiate. Dintre aceştia 2 au murit înainte de a apare primul acces de malaria, 3 după 1—4 săptămâni dela ultimul acces.

Moartea lor nu-i imputabilă malariaterapiei propriu zise, ci în deosebi ictusurilor congestive frecvente în P. G. şi septicemiei consec. escarelor infectate.

Din studiul foarte important al acestor autori, rezultă că leziunile istopatologice cele mai importante sunt găsite în circonvol. lob. frontal.

S'au găsit:

1) **Leziuni vasculare** caracterizate prin alteraţia pereţilor vasculari; manşon perivascular de limfo — şi plasmocite; endovascularită cu strâmtarea

calibrului vascular. Venele obliterate prin dopuri de ematii şi celule rotunde. Malariaterapia mobilizează toate elementele de apărare ale organismului în vederea unei iperfagocitoze.

O encefalită mai puţin malignă s'a găsit la cei ce au murit cam după vre-o lună dela malariaterapie.

2) **Leziuni interstiţiale.** Iperplazia nevrogliei celulare.

3) **Alteraţia spirochetelor** şi dispariţia lor.

4) **Leziunile celulare** mai marcate în straturile 2 şi 3 ale scoarţei (lob. frontal mai ales). Figuri de neurofagie, rarefacţia celulelor nervoase cu nucleu excentric, citoplasmă în cromatoliză sau vacuolară, atrofie cu distrucţia dendritei. Uneori zone de necroză celulară în cazuri de dem. paral. înaintată. Metodele întrebuinţate: Van Gieson, Lenz, Levaditi, Nissl, Jahnel şi Kufs. Opt admirabile microdesemne însoţesc acest important studiu.

Dr. Od. Apostol.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I. DANIEL: **Contribution au traitement et à la pathogénie de l'urticaire.** — Arch. des. malad. de l'app. digestif No. 1/1932, pag. 30.

Autorul întrebuinţează decholin-dehydrocolat de sodiu în urticarie de origină alimentară la 6 bolnavi ce au şi o turbare cronică sau latentă a funcţiunei biliare. Comunică trei cazuri de urticarie care s'au vindecat cu decholin. Probabil există o relaţie din punct de vedere fizio-patologic între piele şi ficat, deci şi în funcţiunea căilor biliare.

După Bloch funcţiunea pielei poate fi influenţată prin toate organele, probabil această relaţiune se face pe cale nervoasă. Din cercetările lui Mueller şi Petersen reese că piele are o funcţiune activă în toate procesele fizio-patologice ale organismului, şi mai ales cu ficatul. Acţiunea dehydrocolatului de sodiu în unele cazuri de urticarie se observă numai în cazurile când avem şi o disfuncţiune hepatică, o turburare a secreţiei sau excreţiei funcţiunei biliare.

Există în organism substanţe care normal sunt eliminate prin căile biliare şi care nu pot fi neutralizate din cauza deficienţei funcţiunei ureopoetice. Aceste substanţe provoacă isbucnirea urticariei.

Probabil că există substanţe cu punct de plecare cutanat care să influenţeze funcţiunea ficatului şi să dea naştere urticariei.

Dr. R. H.

MAX M. LEVY et E. LEVY: **Le traitement de l'hypercholésterolémie par la thyroxine.** — La Presse méd. No. 13/1932, pag. 240.

Autorii caută a micşora cholesterol din sânge care favorizează desvoltarea atheromului arterial, al litiazei biliare.

Dat fiind că reducerea alimentelor bogate în cholesterol nu micşorează cholesterolul şi din lucrările de phiziopatologice asupra hypercholesterolemiei şi asupra thyroxinei reese că thyroxina micşorează cholesterolul dacă e administrat pe cale bucală; 2—3 comprimate de thyroxină a o jumătate miligram dimineaţa timp de 8—10 zile fiecare lună. In timpul acestui tratament pacienţii sunt supuşi unei supraveghieri ponderale şi humorale regulate.

Pe cale intra-venoasă thyroxina are un efect mai durabil asupra scoborârei cholesterolului sanguin.

Obesii hypercholesterolemici sunt toleranţi faţă de thyroxină, cei slabi hypercholesterolemici vor fi trataţi cu prudenţă. Din cercetările făcute de autori reese că thyroxina aduce la normal cholesterolul. Se va doza cholesterolul din sânge înaintea tratamentului şi după ultima injecţie de thyroxină, vom urmări greutatea bolnavului. Când apare anorexia şi oboseala se vor micşora dozele de thyroxină. Se va injecta de 2 ori pe săptămână câte 1 miligram de thyroxină

intra-venos; în total 6 miligrame de thyroxină timp de 3 săptămâni.

Dacă în urma dozagiilor ulterioare cholesterolul creşte se va face sau o serie nouă de injecţii sau se va da thyroxina pe cale bucală (10—15 miligr cu 8—10 zile). Durata tratamentului va fi regulată de variaţiile cholesterolului sanguin şi de reacţiile bolnavului.

Dr. R. H.

N. STOICHITZA: **Pneumothorax artificiel et oedème aigu du poumon.** — Revue de la Tuberculose No. 1/1932, pag. 76.

Comunică observaţia unei bolnave care în urma unui pneumotorace artificial are o sincopă, insuficienţa cordului şi un oedem pulmonar acut mortal. Examinând bolnava la ecran o jumătate de oră după accident găseşte o colecţie gazoasă între cord şi plămân, un pneumotorax mediastinal şi o micşurare a pulsaţiilor marginei stângi a cordului în contact cu pneumotoracele mediastinal.

Autorul crede că unele sincope survenite în timpul insuflaţiilor ar fi datorite compresiunei cordului prin pneumotoracele mediastinal şi nu unui reflex pleural. Sincopa datorită compresiunei miocardului prin aer se aseamănă cu sincopa produsă în hemopericard, în pericardite şi în pleurezii sero-fibrinoase stângi.

Hiposistolia ce urmează după sincopă confirmă aceasta.

S'a văzut hipertrofii ale ventricului drept după pneumotoracele artificial. Hiperfuncţiunea şi hiperemia plămânului drept prin compresiunea plămânului stâng, excesul de tensiune în sistemul venos pulmonar dau oedemul pulmonar acut. Rezistenţa miocardului este necesară în pneumotoracele artificial.

Dr. I. R.

VICTOR DIMITRIU et G. O. SOMNEA: **Action thérapeutique de l'Hirudine dans les phlèbites, la sépticemie et dans quelques affections de nature microbienne.** — Presse méd. No. 74, pag. 1359/1931.

Intrebuinţează hirudina ca agent antiinfecţios la vre-o 200 bolnavi şi nu găseşte nici o complicaţie post operatorie de natură infecţioasă la aceşti bolnavi. Fac apoi o serie de cercetări ca să stabilească influenţa hirudinei asupra sângelui şi găsesc imediat după injecţia cu hirudină o inversiune a formulei leucocitare, o hipoleucocitoză, o micşurare a tensiunei şi viscozităţei sanguine, tulburări ce dispar după 30' —60' ca să dea naştere unei hiperleucocitoze. Astfel hirudina provoacă o descărcare a leucocitelor din sistemul reticulo-endotelial ce e mai mult sau mai puţin blocat în septicemii şi astfel favorizează bacteriopexia de leucocitele ce se află în sânge şi trecerea leucocitelor încărcate în ţesutul reticulo-endotelial. Probabil prin deplasarea leucocitelor şi a germenilor patogeni din circulaţie se suprimă cauza flebitelor. Autorii injectează plasmă hirudinizată (plasmă obţinută din sângele proaspăt supt de lipitori, centrifugat şi tindalizat la 60° de 2 ori), şi injectează subcutan 0,10 ctgr. Ca să favorizeze leucocitoza mai injectează cu o oră înainte de a injecta plazma hirudinizată şi un miligram adrenalină sub-cutanată. Hirudina asociată cu abcesul de fixaţie contribue la vindecarea septicemiilor.

Dr. R. H.

ED. DOUMER: **Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'angine de poitrine.** — L'Echo médical du nord No. 41/1931.

Autorul atrage atenţia asupra câtorva metode de tratament mai noi, de eficacitate sigură în angina de piept.

Cura de repaus mai cu seamă în formele evolutive ale aortitei sau atunci când excitabilitatea plexului cardio-aortic este mărită aduce o amendare nesperată a crizelor, numai că repaosul să

BCU Cluj / Central University Library Cluj

fie complect (uneori şi îngrijirile de toaletă sau vizitele să fie suprimate) şi prelungit până la 15 zile, iar apoi mişcarea să fie permisă progresiv.

Bensaude prin întrebuinţarea subnitratului de bismut a obţinut o sedare a excitaţiilor digestive, cari uneori sunt punctul de plecare al criselor anginoase.

Doze mici de genatropină prin liniştirea activităţii motrice şi secretorii a stomacului pot determina aceleaşi efecte favorabile.

Tratamentul radioterapic preconizat de Dr. Nemours, iradiaţia penetrantă a zonei precordiale, de asemenea diminua sensibilitatea plexului cardio-aortic.

Acetyl-cholina poate de asemenea îndepărta o criză de angor determinată de starea spasmodică a unei coronare atero-scleroase.

Eficacitatea unui regim sever este de asemenea dovedită, întrucât diminuarea aportului de toxine în organism poate linişti procesul inflamator evolutiv al unei aorte bolnave, precum evitarea excitaţiilor ca punct de plecare digestiv poate feri plexul aortic de noi incitaţiuni.

M. C.

D. SIMICI, M. POPESCO et SANDULESCO: **Recherches sur l'étiologie de l'instabilité cardiaque tachicardique permanente à l'aide du métabolisme basel associé à l'epreuve de Mico.** — Arch. des mal. de coeur No. 9/1931, pag. 539.

Autorii au întreprins cercetări asupra instabilităţii cardiace tachicardice permanente (inimă iritabilă, tachicardie sinusală nervoasă) cu ajutorul metabolismului basal asociat cu proba lui Mico la 27 subiecţi soldaţi pentru a se convinge dacă într'adevăr această afecţiune este datorată numai unei hipertiroidii, cum s-a susţinut.

Dar cum n-au găsit metabolismul bazal crescut decât la 7 subiecţi din 27 examinaţi, şi dintre cari numai la 5 injecţia subcutanată de o jum. miligr. adrenalină creştea după o jum. oră în proporţii apreciabile metabolismul basal (proba lui Mico), autorii au ajuns la concluzia că un hipertiroidism, uneori latent, numai în puţine cazuri este de încriminat; în celelalte cazuri mai multe, excitaţia aceasta anormală a sinusului inimei poate fi produsă de o altă cauză infecţioasă sau toxică decât o hipertiroidie.

Autorii mai conchid că aceşti bolnavi vin cu instabilitatea lor cardiacă de acasă; oboselile şi emoţiunile casarmei nefăcând decât să o accentueze, iar nu să o creeze.

M. C.

MAX et ERNA LÉVY: **Les résultats eloignés du traitement des ulcères gastro-duodenaux par l'extrait parathyroidien. — Rezultatele îndepărtate ale tratamentului ulcerelor gastro-duodenale prin extractul paratiroidian.** — Arch. des mal. de l'App. dig. No. 8/1931, pag. 916.

Tratamentul se institue în plină criză acută: pacientul nu urmează niciun regim special, nu este pus nici la repaos fisic; primeşte la 2 zile sau zilnic o injecţie sbucutanată cu o ampulă de extract paratiroidian (de preferat Byla) corespunzătoare la 0.10 de glandă proaspătă pe ampulă, în total 12 inj. pe serie.

Rezultatele imediate sunt favorabile: acidul clorhidric diminuă, dela a 2—4-a injecţie durerile încetează, vărsăturile dispar, bolnavul se îngraşe, calcemia scomptată de obiceiu trebue să crească (dar pentru aceasta se potriveşte mai bine Parathormonul lui Collip, care este mai activ şi constant), dar vindecare definitivă nu se obţine.

De aeea acest tratament este un adjuvant preţios, care uşurează imediat bolnavul; el opreşte mersul evolutiv al unui ulcer gastro-duodenal dar nu-l vindecă definitiv.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. LIAN et I. ODINET: **De l'existence d'un double bruit par la percussion abdominale dans l'ascite.** — Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris, No. 25/1931, pag. 1402.

Percutând o fossă iliacă (un singur bobârnac este suficient), în timp ce cu stetoscopul auscultăm în fossa iliacă opusă, la omul sănătos nu se percepe decât un singur sgomot; în ascită din contră două sgomote, al doilea scurt, sec, fiind datorit deplasării masei lichide; fenomenul este mai clar în poziția în picioare.

Se cere numai pentru-că producția să fie pusă în condițiuni optime: ca percuția să nu fie prea puternică și ca să se menajeze oare-care distanță între punctele de percuție și auscultație, simetric așezate.

In ascitele mici acest nou semn, unit cu semnul matității orizontale în stațiunea în picioare prezintă o foarte mare importanță pentru diagnosticul unor cantități chiar minime de lichid.

M. C.

Prof. D. MICHAIL și Doc. P. VANCEA: **Există o secreție internă a glandei lacrimale?** — Clujul medical No. 12/1931.

Printr-o serie de cercetări experimentale pe câini începute acum 4 ani, studiază acțiunea chimică și farmacodinamică a extraselor de glandă lacrimală; aceste proprietăți, cari se disting de acelea ale altor extrase organice cunoscute și cari fac pe autori să încline a admite existența unei secreții interne a acestor glande, pe lângă acțiunea lacrimogenă externă și pe lângă o acțiune fisiologică locală (Wessely extirpând glanda lacrimală la epure a observat că volumul cavității sale orbitare scade pe când în mod compensator crește volumul globului ocular), sunt: o puternică acțiune vaso-constrictoare; o acțiune cardiotonică a extrasului lacrimal A; o acțiune excitantă asupra musculaturei uterine, asupra amplitudinei mișc. respiratorii, asupra secreției urinare; scoboară metabolismul glucidelor și grăsimilor; extrasele A accelerează extrasele B · inhibează oxidația țesuturilor; produc o poliglobulie cu leucocitoză, scoboară rezistența globulară, scoboară metabolismul calciului, fosforului, pH-lui și al apei în țesuturi; extrasele acestea activează cicatrisarea plăgilor și creșterea.

Dar autorii își propun a reveni prin noi cercetări pentru a vedea dacă într'adevăr se poate deduce din proprietățile unor extrase de organe moarte, existența unei secreții vii în timpul vieței, care să aibă o acțiune generală asupra întregului organism.

M. C.

Dr. R. GALAVIELLE: **Contribution à l'étude de l'agranulocytose et des syndromes agranulocytaires.** — Tèze de Montepellier, 1930, Impr. M. Sainec, Nice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorul distinge agranulocitosa simptom și agranulocitosa syndrom; prima este frequentă, cealaltă descrisă de Schulz și Verse în 1922, sub numele de angina agranulocitară și socotită ca o protopatie fără etiologie precisă, este mult mai rară; studii numeroase s-au făcut asupra ei; azi este considerată ca o boală infecțioasă a sângelui cu o reacție specială față de agentul patogen.

Autorul o definește astfel: „un sindrom criptogenetic de alură și natura infecțioasă, de foarte mare gravitate, clinicește caracterisat printr-o angină necrotică și hematologie printr'o atrofie celulară sanguină, purtând cu elecție asupra polinuclearelor, dar putând a atinge și celelaalte elemente ale seriei albe și ale seriei roșii, așa ca la finele evoluției sale să constituiască o adevărată panmieloftisie.

Autorul publică 2 observații personale: prima caracterizată printr-o leucopenie mai puțin sistematisată, fiindcă

şi elementele mononucleare sunt atinse; o anemie intensă fără semne de regenerescenţă şi o stare hemoragipară; — a doua observaţie recunoaşte o legătură visibilă cu un tratament de neosalvarsan; extracţiuni dentare de partea anginei; debut lent, insidios; precesiune a anemiei roşii.

Se insistă asupra vindecării posibile şi a tratamentului eficace prin iradierea oaselor lungi.

Tablouri hematologice interesante redând sinoptic rezultatul cercetărilor sanguine şi o bogată bibliografie complectează lucrarea.

Dr. M. C.

Dr. S. DUMITRESCU POPOVICI: **Radiografia ficatului şi splinei.** — Spitalul No. 2/1932.

Autorul în această lucrare eşită din serv. de gastro-enterologie al Dr. Ramond dela Paris, prezintă chestiunea radiografiei ficatului şi splinei; semnalează încercările făcute până în prezent, se opreşte mai mult detailând metoda aplicată de alţii, între cari de Kadenka din Elveţia, cu thorotrast (o substanţă coloidală cu baza de thorium cu o stabilitate mai mare decât thoridolul, ubratholul, etc.), din care injectează 0.8 până la 1 gr. pe kgri în decurs de 6 zile prin doze progresive, lăsând să treacă 24 ore dela ultima injecţie până la practicarea examenului radiologic în poziţii şi sub unghiuri date, apoi arată că D-sa împreună cu D-rul Ramond, bazaţi pe cercetări anterioare de eliminare rapidă prin mucoasa gastro-intestinală a produselor străine intraduse accidental în circulaţie, nu aşteaptă fende acumulare ci grăbit — înainte chiar de 5 minute dela prima şi singura injecţie, practică radiografia organului; evită astfel fenomenele de lesionare a endoteliilor şi ţesutului reticulo-endotelial prin substanţele acumulate; claritatea imaginilor obţinute este tot aşa de mare cu aceea obţinută după dozele maxime; au experimentat, până în prezent numai pe animale, şi cu „Abrodil" un preparat iodat caşi Uroselectanul, dar mult mai stabil ca acesta, Abrodil preconizat şi utilizat pentru prima oară de Bronner în nefropielografie şi tot pe cale intravenoasă.

Se redă metoda atât pentru Thorotrast cât şi pentru Abrodil.

Dr. M. C.

Dr. I. JIANU şi D. DUMITRESCU: **Contribuţiuni la studiul esofagoplastiilor derivative antitoracice, în stenozele cicatriciale ale esofagului.** — Spitalul No. 4/1932.

Lucrarea de ensamble, pusă perfect la punct, în care se redau toate procedeele operatorii întrebuinţate şi toate statisticele dresate de diferiţi autori şi care a făcut obiectul unui raport prezentat de Dr. I. Jianu la Congresul internaţional de chirurgie din Madrid, ţinut în Martie 1932.

M. M. R.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-ri SIMICI, M. POPESCU şi I. POPESCU: **Un caz de infecţiune duodeno-vesiculară prin „Giardia intestinalis".** — Rev. San. militară No. 3/932.

Autorii cu publicarea unui caz personal şi a unor cercetări de control, după care au găsit în 30 cazuri examinate la întâmplare 9 cu atare infecţiune, atrag atenţia asupra posibilităţii infecţiei căilor biliare cu acest protozoar din clasa flagelatelor, cari se poate constata în bila obţinută prin drenajul duodenal şi contracţia vesiculei prin sulfat de Na sau prin injecţie cu retropituitrină.

Tratamentul este dificil pentru-că nu poate fi specific.

M. M. R.

D-ri I. NOICA şi N. PARVULESCU: **Consideraţiuni asupra patogeniei maladiei lui Dupuytren.** — Revista Sanitară Militară No. 1—2/1932.

Autorii fac expunerea dif. lucrări apărute şi patogenii invocate asupra retracţiei aponevrosei palmare, cunoscută şi sub numele de boala lui Dupuytren, între aceste lucrări pe acelea la noi datorite Prof. Parhon, publică observaţiile a 5 cazuri clinice personale, cari confirmă rolul factorului nevritic şi radicular în etiologia retracţiei palmare şi o a 6, în care cauza boalei este datorită unor leziuni intramedulare şi conchid că: boala este un syndrom clinic nervos cu etiologie variată, el fiind datorit unei leziuni intrarachidiene, interesând C^8—D^1, sau măduva la acest nivel sau unei lesiuni a nervului cubital, pentru acest motiv boala este însoţită de tulburări de sensibilitate superficială şi vibratorie de tip nevritic cubital sau radiular de tip brachial inferior (C^8—D^1) şi poate coexista cu alte afecţiuni de ordin nervos datorate unor lesiuni a formaţiunilor nervoase vecine.

M. C.

Dr. OD. APOSTOL: **O nouă reacţie coloidală pentru depistarea sifilisului: Reacţia Urechea-Retezeanu** (R. U. R.). — Clujul medical No. 3/1932.

Autorul expune rezultatele obţinute în 62 cazuri cu această reacţie datorită Prof. C. Urechea dela Cluj şi D-nei Dr. Retezeanu şi care a fost comunicată la Soc. de biologie din Cluj în şedinţa din 11 Iulie 1931.

Reacţia este de natură coloidală; se face cu plasmă sanguină în loc de ser; este foarte simplă şi practică; cere utilaj şi reactivi puţini şi eftini şi timp scurt; este foarte sensibilă; autorul recomandă medicilor militari, de plasă, şcolari, mai ales când sunt departe de un laborator şi crede că va înlocui R. W.

Dr. M. C.

D-ri D. TANASESCU şi V. BOGDAN: **O nouă formă clinică a maladiei reumatismale: Conjunctivita flictenulară reumatismală.** — Buletinul medico-terapeutic No. 11—12/1931.

Autorii au observat la un bolnav din spitalul militar dela Oradea, evoluând în mijlocul unui complex simptomatic manifest reumatismal (endocardită, artralgii, lesiuni cutanate, acţiune rapidă şi complectă a salicilatului de sodiu) o conjunctivită flictenulară.

Alături de irite, a cărui natură reumatismală a fost descrisă, este cazul deci a număra şi această complicaţie oculară reumatismală nedescrisă până în prezent.

Dr. M. C.

Dr. V. SERGIESCU: **Reinfection syphilitique intra-urétrale.** — Annales des mal. vénériennes No. 3/1932.

Autorul, după ce defineşte noţiunile de reinfecţiune, supreinfecţiune şi pseudoreinfecţiune comunică cazul unui bolnav, care la 19 ani în 1921, contractează un şancru sifilitic pe dosul penisului, face 4 ani un tratament destul de intens reuşind a se vindeca clinicește şi serologic (10 seroreacţii practicate ulterior la intervale sunt negative), şi care 5 ani dela încetarea oricărui tratament, în 1930, contractează un nou şancru situat pe uretru, la 3—4 ctmc. de meat (caractere indubitabile, spirocheţi la ultramicroscop. B. W. intens pozitiv).

M. C.

Dr. M. VLĂDESCU şi A. DIMITRIEV: **Clorurul de sodiu în soluţie concentrată în tratamentul diareelor.** — Rev. Şt. medicale No. 1/1932, pag. 16.

Pentru prima oară în timpul războiului mondial autorii americani Satorph şi Fishberg au remarcat că injecţiile intravenoase cu clorur de sodiu (5 ctmc. Cl_2 Na 5%) influenţau favorabil diareele; în 1921 Rist, Ameuille şi Ravina cu sol. şi mai concentrate (1—2 ctmc. Cl_2 Na 50%) au obţinut rezultate şi mai favorabile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorii în 128 cazuri pe bolnavii tuberculoşi de la Sanatoriu Bisericani au confirmat aceste rezultate; metoda întreb.: Serii de câte 10 injecţii, de câte 3—4 injecţii pe săptămână, uneori zilnice; doze 4—5 ctmc. soluţie 50%; intervalul între serii de 10 zile; efecte rapide, diarea jugulată, de cele mai multe ori creşteri în greutate de câteva chilograme.

Dr. M. C.

E. COCIASU: **Action du soi disant „champignon japonais" on „Kombucha" sur la Section gastrique.** — C. r. Soc. de thérapeutique de Bucarest (Séance du 19 Juin 1931).

Ciuperca japoneză este o simbioză de levure şi bacterii, cari cari acidifiază o infusiune de ceai în prealabil zaharată; asupra efectelor ei, pronate mai ales contra bătrâneţii şi arteriosclerosei, autorul a făcut cercetări experimentale (7 exp. pe câine cu mic stomac à la Pawlow) şi clinice (pe 12 bolnavi cu afecţiuni gastrice diferite); cercetările s-au mărginit numai asupra acţiunei gastrice şi a arătat că la câine infuzia acestei ciuperce diminuă puţin secreţia gastrică, dar îi creşte aciditatea; iar la om că creşte şi durata secreţiei şi aciditatea ei, fiind indicată pentru acest motiv în ana şi hipochlorhidria primitivă sau secundară, caşi în diarea de cauză gastrică.

Studiul este urmat de punerea la punct a bibliografiei.

M. C.

D-ri A. CÂRSTEA et C. ANDREOIU: **Deux cas de nephrite à la suite du traitement radiothérapique.** — C. r. Soc. de thérap. de Bucurest (Séance du 19 Juin 1931).

Autorii comunică obs. detaliată a 2 cazuri de nefrite mixte survenite la 2 paciente supuse la un tratament radioterapic pentru afecţiuni ginecologice.

Ca mecanism patogenic se invocă posibilitatea unei acţiuni directe nocive asupra rinichilor a razelor, sau un blocaj al rinichilor prin albuminele desintegrate prin radioterapie, cum poate face a bănui anemia consecutivă radioterapiei sau lesionarea epiteliului renal prin excesul de acid uric rezultat din distrucţia nucleilor (cum poate presupune creşterea acidului uric şi a urei în sânge).

Cu toate că era cunoscută grija ce poartă radioterapeuţii pentru rinichii, cari când prezintă tare nu suportă bine razele, autorii n-au găsit în literatura lor la dispoziţie complicaţia aceasta semnalată până în prezent.

Dr. M. C.

Dr. M. BLECHMANN: **Asupra patogeniei fenomenului slăbirei în cursul pneumotoracelui artificial la tuberculoşi.** — Societatea pentru studiul tuberculozei. Şedinţa din 2 Noembrie 1930.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In cursul stabilirii şi întreţinerii unui pneumotorax bolnavul poate îngrăşa sau, şi mai des, slăbi; fenomenul este datorit la modul cum se comportă fenomenele de hipooxidaţie pulmonară datorată colabării sau fen. de toxi-infecţiune în focarele tuberculoase, adică după cum pneumotoraxul influenţează fen. de lipopexie sau de lipodiereză pulmonară şi dupe cum activează, diminuă sau suprimă fenom. de resorbţie toxi-infecţioasă şi dupe cum o face brusc sau lent, producând o desintoxicaţie bruscă sau lentă.

Din studierea a 135 cazuri de pneumotorace, autorul, care face şi bibliografia succintă a chestiunei, socoteşte că factorul mecanic al colapsului având roplul unui regulator al echilibrului humoral toxi-infecţios tuberculos, joacă rolul principal în provocarea slăbirei sau îngrăşării în cursul unui pneumotorace terapeutic.

Dr. M. C.

Hémostyl

Du Dr. ROUSSEL

Anémies — Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules de 10cc de Sérum pur

A) *Sérothérapie spécifique des* ANÉMIES (Carnot)

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

Sirop ou Comprimés de sang hémopoïétique total

ANEMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

97 RUE DE VAUGIRARD, PARIS

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

GYNERGÈNE

„SANDOZ"

Tartrat de Ergotamină cristalizat (Stoll)

Medicaţiune Ergotinică cu efect sigur.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Gynergène-ul este un medicament absolut pur din punct de vedere chimic, stabil la infinit şi în consecinţă, având un efect constant şi sigur poate fi administrat în doze riguros precise.

In caz de urgenţă, gynergène-ul injectat sub piele, în ţesutul muscular, sau în sânge, are o eficacitate constantă şi energică.

Gynergène-ul nu prezintă culoarea şi mirosul respingător al preparatelor ergotinice obicinuite. Soluţiile sale sunt perfect de limpezi şi injecţiile subcutante cu aceste soluţii sunt indolore şi nu dau naştere la nici o complicaţie locală.

Comprimate	Picături	Fiole
3—4, rare ori 6, pe zi.	XV—XXX, de 2 ori pe zi (rare ori de 3 ori).	0,50—1 cc, pe zi.

Depozitul la Bucureşti: DROGUERIA D. NESTOR, Str. Şepcari 6.

Depozitul la Cluj: DROGUERIA „ROYAL", Piaţa Unirii 26.

Literatură şi probe prin:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
ci-devant SANDOZ, Bâle (Suisse).

Dr. I. NEMOIANU: **Contribuţiuni la hematologia tusei convulsive.** — Revista de higienă socială No. 12/1931.

Dela Meunier care în 1898 a descris o leucocitoză în fasa catarală a tusei convulsive, o mulţime de autori s-au ocupat cu studiul acestui semn, căruia unii i-au recunoscut o valoare pentru diagnosticul precoce.

Autorul, studiind pe 10 copii atinşi de tusă măgărească din centrul pentru ocrotirea copiilor din Temişoara prin 54 examene repetate la interval de circa o săptămână tabloul sanguin a ajuns la conclusiile că semnul nu are valoare de diagnostic precoce, întrucât apare către finele perioadei catarale, când începe faza quintoasă; există un oarecare paralelism între gravitatea cocluşei şi intensitatea leucocitozei, în care cifra limfocitelor este crescută; dispariţia limfocitozei coincide întrucâtva cu încetarea contagiosităţii boalei; în cocluşe există o deviaţie spre stânga a neutrofilelor.

M. C.

Dr. PH. LEITNER: **Examene hematologice sistematice în tusea convulsivă.** — Clujul medical No. 11/1931.

Lucrare personală extrem de documentată, în care autorul bazat pe practica unor cercetări făcute pe 200 bolnavi de tuse convulsivă (pe 50 dintre ei a făcut examene sistematice la 3—5 zile) la diferite vârste, ajunge la concluzia că hiperleucocitoza (dela 20 la 84000 gl. albe) cu limfocitoză (2 : 1 ba chiar 3 : 1 sau 4 : 1 limfocite faţă de polinucleare) apare în stadiul iniţial al boalei şi poate servi ca diagnostic precoce.

M. C.

NANU MUSCEL et V. CIOCALTEU: **L'acidose dans l'intoxication par le sublimé. — Traitement par l'alcalinisation massive de l'organisme.** — (Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Bucarest No. 10/1931).

Bazaţi pe cercetările lui Weiss, care găsind întodeauna acidoză în intoxicaţiile cu sublimat, tratează acestea cu substanţe alcaline şi evacuarea toxicului, autorii aplică acest tratament la toţi bolnavii intoxicaţi cu sublimat. După spălături ale stomacului cu soluţie saturată de bicarbonat de sodiu, face injecţii intra-venoase cu ser Fischer şi în lipsă cu o soluţie de bicarbonat de sodiu (3—4 gr. %) şi administrare de poţiune alcalină, în caz de aciditate a urinei se continuă administrarea de alcaline pe cale bucală. In 15 cazuri de intoxicaţie cu sublimat citează 11 vindecări şi 4 decese. Găsirea mercurului în vărsături, fecale şi urină confirmă diagnosticul. Prognosticul e nesigur, leucocitoza persistentă şi progresivă constitue un pronostic benin. Retenţia renală ar fi cauza morţei, la care se adaugă alterarea toxică a ficatului şi a aparatului digestiv. Morţile rapide ar fi datorite colapsului cardio-vascular. Absorbţia produselor toxice de mucoasa intestinală alterată ar juca rol în accidentele mortale ale intoxicaţiei cu sublimat.

R. H.

PAULIAN, D. IONESCU et BISTRICEANO: **Contribution à l'étude de l'encéphalomyélite expérimentale. Virus dermoneurotrope.** — In „Encéphale" No. 9/1931.

Autorii publică pe larg foaia de observ. clinică a unei bolnave, tânără evreică de 20 de ani cu o uşoară agitaţie, impulsiuni, halucinaţii vizuale, stare confuzională, temp. 37—37^{4}; după 7 zile eritem morbiliform; după 10 zile dispare, dar reapare ca să dispară definitiv după alte 10 zile. In tot timpul a persistat un herpes bucal. In timpul apariţiei şi duratei eritemului, bolnava e liniştită. Vindecată prin şocul provocat de vac, antitifo-parat. Cantacuzino.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorii au vrut să se convingă dacă l. c. r. al bolnavei este virulent şi să rezolve problema dacă herpesul bucal era o asociaţie fortuită sau dacă origina turb. psihice şi apariţia eritemului au la bază o cauză toxică. Pentru aceasta au făcut experienţe de laborator (pe iepuri), inoculând din acel lichid în creerul iepurilor. (4).

Concluziile trase din importantele lor experienţe:

1) Injectând (D. Ionescu) din l. c. r. al acelei bolnave pe cale intracerebrală iepurilor, s'a realizat o encefalită prelungită cu o incubaţie de 20—26 zile 2) Fenomenele patologice observate la iepurii respectivi alcătuesc sindromul encefalitic (cu modificări ale coordinaţiei). 3) Unul din iepuri a făcut o encefalită avortată. 4) O metodă propice pentru inocularea l. c. r. e calea intracerebrală. 5) Autorii adaugă un simptom foarte preţios: proba experimentală. 6) Dr. Bistriceanu a găsit la examenul anatomo-patologic al pieselor colorate după metoda Lentz Giemsa şi hematoxilin-eosin: a) In măd. spinării: Infiltraţie limfocitară submeningee; oase dilatate; în jurul vaselor manşoane monocitare de infiltraţie. La nivelul subst. albe şi cenuşii invazie difuză limfocitară. In coarnele anterioare lez. celulare disparate ale cel. piramid. cu karyolysis şi kariorexis; homogenizarea şi lichefacţia citoplasmei; neurofagie.

b) In bulle la fel. c) In scoarţa cerebrală şi cornul lui Ammon în plus infiltraţiuni difuze şi alteraţii ale vaselor.

Dr. Apostol

M. JAQUEROD (Leysin): **Le „Frühinfiltrat" et la notion française correspondante.** — (Revue de la tuberculose No. 1/1932.

Autorul caută a arăta că noţiunea de frühinfiltrat era de mult cunoscută de autorii francezi. Intr'o controversă asupra localizărei iniţiale a tuberculozei pulmonare a adultului şi adolescentului s'a născut această noţiune de frühinfiltrat. Autorul priveşte chestiunea din punct de vedere al localizărei, al cronologiei, al patogeniei, al evoluţiei şi etiologiei pulmonare.

Roedecker în 1923 semnalează localizarea infracaviculară a infecţiunei tuberculoase incipiente şi o numeşte „Frühinfiltrat". In Franţa în urma cercetărilor lui Sergent, Leon Bernard s'a ajuns la concluzia că Frühinfiltratul autorilor germani nu aduce nimic original şi nou în localizarea tuberculozei pulmonare care după profesorul Leon Bernard poate fi localizată la început: intercleido-hilar, para-hilar, apical, bazilar, juxta-parietal şi lobar.

Din punct de vedere cronologic şi anatomo-patologic Frühinfiltratul este o leziune recentă care isbucneşte brusc şi are caracterul pneumonic, fapt de mult citat în Franţa de Thaon, Tixier, Jousset, Grancher, Rist, etc.

In privinţa patogeniei Frühinfiltratul apare la indivizii alergiei, ce au fost impregnaţi de virusul tuberculos sau au avut o infecţie ganglio-pulmonară în copilărie, — fapte arătate de Rist, Sergent, Bordet şi Durand. Evoluţia este în sensul cicatrizării frühinfiltratului sau a agravărei, chestiuni tratate de autor în procesul vindecărei tuberculozei pulmonare. Ca etiologie arată părerea profesorului Leon Bernard care susţine că infecţiunea este totdeauna de origină endogenă şi se desvoltă aproape pe un focar latent, stins al unei infecţiuni algerizante din copilărie. Cu ajutorul radiografiei putem descoperi focarul latent pe care s'a desvoltat infiltraţia tuberculoasă.

Observaţiile când sunt suficiente conduc la aceleaşi concepţii clinice şi patogenice. Frühinfiltratul nu ne-a învăţat nimic nou.

Dr. M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. ALEXANDRESCO-DERSCA et DEMÈTER IONESCO: **Thyroïdite suppurée gonoccique à la suite d'une gonococcémie avec rhumatisme polyarticulaire et érythème noueux gonococcique.** — Paris méd. No. 9, Februarie 1932. pag. 188.

Autorii comunică observaţia unei bolnave care în urma unei blenoragii acute, gonococemie, are un rheumatism poliarticular acut gonococic, erytem nodos şi o localizare metastatică a corpului thiroid cu gonococul în supuraţia thyroidiană. Au observat atenuarea durerei în articulaţiile bolnave în urma injecţiilor de auto-vaccin, care a influenţat favorabil şi starea generală, curba termică şi a accelerat vindecarea. Dat fiind raritatea sa, cazul merită a fi dat publicităţii.

R. H.

A. RADOVICI et O. MELLER: **Essai de liquidographie céphalo-rachidienne. Encéphalo-myélographie par le thorotrast sous-arachnoïdien.** — Bulletin de l'Acad. de méd. No. 9, pag. 314, 1 Mars 1932.

Autorii caută prin injecţia de thorotrast în spaţiile sub-arachnoidiene să facă vizibile, cu ajutorul razelor X căile lichidului cephalo-rachidian în nevrax. Cercetările experimentale le fac pe epuri şi pe câini, la epuri au injectat 2 cent. cubi de thorotrast în spaţilie sub-arachnoïdiene, după o jumătate de oră, au observat opacificarea spaţiilor sub-arachnoïdiene cu ajutorul radiografiei. La câini autorii injectează 12 cent. c. în sacul lombar şi obţin o radiografie caracteristică a regiunei cervicale şi craniene.

La om autorii după ce au încercat toleranţa spaţiilor sub-arachnoïdiene la thorotrast găsesc că cu doza de 3—5 c. c. de thorotrast la copil obţin o liquidografie a ventriculelor cerebrale. Autorii obţin prin puncţia sub-occipitală şi injecţia de 5 c. c. de thorotrast la un copil idiot cu tetraplegie şi amauroză o ventriculografie interesantă. Cu ajutorul acestei metode se vor putea pune în evidenţă dilataţia, deformaţia sau deplasarea cavităţilor cerebrale pe aceiaşi placă radiografică.

M. C.

Dr. O. MILLIAN: **La tuberculose, facteur de malignité dans la scarlatine.** — Arch. de méd. des. enf. No. 3/932, pag. 129.

Autorul descrie forme de scarlatină cu caracter grav, care în realitate au fost asociaţii de scarlatină şi tuberculoză.

In România. Dr. Silviu Demetrescu publică în Spitalul din 1922 4 cazuri de scarlatină hipertoxică, care la necropsie au prezentat o tuberculoză miliară cu punct de plecare în leziuni ganglio-pulmonare vechi şi latente. Dr. Angenomen comunică cazul unui bolnav, ce face o scarlatină gravă, se remite în urma injecţiilor de ser de convalescent şi face a opta zi un pneumotorace tuberculos, ce evoluiază favorabil la urmă; autorul crede că scarlatina gravă a redeşteptat leziunile bacilare. Dr. Milian comunică o serie de observaţiuni de scarlatină cu evoluţie fatală la indivizi, ce aveau leziuni tuberculoase, ce au imprimat scarlatinei o evoluţie gravă.

Observaţiile ce le comunică sunt cazuri sporadice de scarlatină malignă. Autorul emite hipoteza bazată pe studiul lui Hutinel: syndromul malign în boalele copiilor care ar fi datorit leziunilor capsulelor supra-renale. Probabil susţine autorul, că în scarlatina gravă fenomenele de insuficienţă supra-renală şi hepatică se adaugă la celea, ce le provoacă tuberculoza. Syndromul malign ar rezulta din acţiunea convergentă a ambelor infecţiuni asupra acelor organe, cari au un rol antitoxic important.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

FELIX RAMOND et J. DIMITRESCO POPOVICI: **Quelques données nouvelles sur la physio-pathologie du tube digestif. — Câteva date noi asupra fiziopatologiei tubului digestiv.** — Presse méd. No. 19, 1932, pag. 354.

Autorii caută a preciza puterea eliminatorie a stomacului şi a intestinului faţă de substanţele din circulaţia sanguină şi din cercetările făcute de autori reese că mucoasa gastrică, bulbo-duodenală şi ceco-apendiculară are o mare putere eliminatorie, ce durează foarte puţin, o jumătate de oră, iar după aceasta începe eliminarea biliară, renală şi sudorală.

Ritmul de eliminare a substanţelor chimice şi a microbilor este acelaşi, e rapid la nivelul mucoasei gastrice, bulbo-duodenale şi ceco-apendiculare.

Eliminarea intestinală este urmată imediat de resorbţie. In caz de nefrită puterea eliminatorie a intestinului şi a stomacului e mărită. Când doza substanţelor chimice sau microbienă ce se elimină prin mucoasa intestinală e mare, au loc fenomene congestive ale mucoasei digestive, dureri în reg. veziculară, bulbo-duodenală şi ceco-apendiculară.

Deşi unele porţiuni ale mucoasei gastro-intestinale, la un moment dat al digestiei au o putere eliminatorie atât pentru restul substanţelor rezultate din combustii organice, cât şi pentru cele aflate accidental în circulaţie şi pentru microbii infecţiilor generalizate. Această funcţiune poate înlocui puterea eliminatorie a rinichiului, a pielei şi a plămânului.

Se lămuresc durerile şi leziunile congestive ale stomacului, ale veziculei, ale regiunei sub-hepatice şi ceco-apendiculare, dureri datorite trecerei repetate ale produselor toxice sau infecţioase. Căutarea produsului iritant, supresiunea sa prin regim sau medicaţie apropiată va face să evităm intervenţii chirurgicale inutile.

R. H.

Dr. G. BARZANESCU şi Dr. VASILE VASILIU: **O nouă febră eruptivă în România febra exanthematică.** — Rev. Ştiinţelor med. No. 8, 1931, pag. 1064.

Comunică 11 observaţii a unei febre eruptive cu caracter epidemic necunoscute încă la noi, boală ce face parte din cortegiul maladiilor exotice. Debutul rapid cu frisson, febră de 40°, cefalalgii sau myalgii, curbatură, limbă saburală şi uşoară constipaţiune. După 3 zile apare erupţia în mai multe pusseuri începând la trunchiu şi membre şi în 48 ore se întinde la tot tegumentul, mai discretă pe faţă este constantă pe palmă şi pe talpă. Are caracterul unui exanthem maculo-papulos. Starea generală a bolnavului relativ bună, niciodată nu semnalează stupoare sau delir. Defervescenţa se face p ela 11—12 zi în lysis. Erupţia din roşu deschis, trece la roşu mai închis, violacee, apoi palidă. Desquamaţie nu se observă. Boala nu are reşute, nici recidive. Complicaţiile sunt rare, pronosticul este benign. Clinic s'ar putea descrie: o formă tiphoidă, o formă cu erupţie abundentă şi alta cu erupţie discretă. Unele forme evoluiază mai scurt ca în 12 zile.

Observă boală la persoane în vârstă de 30—60 ani. Hemoculturile sunt sterile, serodiagnosticul W. Felix şi Widal negative, găsesc o uşoară leucocitoză cu limfocitoză la începutul boalei. Diagnosticul diferenţial se poate face cu tifosul exantematic, Denga, erythemul polymorf şi boala lui Brill. Tratamentul este simptomatic.

Autorii cred că ne aflăm în faţa febrei exantematice marseilleze sau febra butonoasă a orientului.

In 4 cazuri autorii găsesc existenţa punctului de inoculare ca o pată neagră echimotică de dimensiunea unei piese de 1 leu pe membre, epigastru, spate, ce cred că ar fi datorită unei muşcături de insectă. La alţi 2 bolnavi găsesc o tumefacţie a pleoapelor.

R. H.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. M. ISACESCU şi Dr. R. OLINESCU: **Câteva date epidemiologice asupra febrei exanthematice (febra exanthematică din Marsilia?) din oraşul Constanţa.** — Rev. Ştiinţelor med. No. 8/1931, pag. 1087.

Intreprind o anchetă epidemiologică pentru a obţine unele indicaţiuni asupra contagiunei şi transmisiunei acestei boale în ţara noastră.

Abia au putut depista 28 cazuri până la 31 August dintre cari 13 au fost izolaţi la Spitalul de boale contagioase. In 4 cazuri găsesc o tumefacţie a pleoapelor şi cred că poarta de intrare ar fi conjunctiva oculară, alte ori au găsit o pată neagră ce a devenit o escară neagră pe picior, apoi frisonul şi erupţia.

Disting 2 forme clinice: una cu erupţie abundentă eritematoasă, ce devine petechială, alta cu erupţie rară, nodulară. Prognosticul e bun.

Reacţia Weil Felix negativă, serodiagnosticul Widal negativ, aglutinarea cu m. melitensis negativă.

Limfocitoza pronunţată în 15 cazuri cercetate de autori. Din datele, ce le culeg, autorii cred că această boală s'a mai ivit şi anterior în Constanţa şi a fost confundată cu alte boli. E o boală a sezonului cald. Nu a apărut în altă parte pe litoralul Mărei Negre. Contagiunea nu e interumană. Asemănarea cu distribuţia cazurilor în paludism ar demonstra că contagiunea s'ar fi produs printr'o insectă.

Numărul redus de cazuri şi localizarea lor numai în oraşul Constanţa s'ar explica că această insectă nu e în număr prea mare. Boala a atins mai mult pe cei adulţi, dela 25 ani în sus. Punctele necrotice ce le-au observat în această boală seamănă foarte mult cu „la tache noire" pe care Pieri şi Brugeas le-au descris în febra exanthematică din Marsilia şi care a fost observată de Conseil în febra butonoasă din Tunis.

Deci prin tabloul clinic, prin absenţa reacţiei Weil Felix, prin apariţia într'o localitate de pe litoral această boală prezintă asemănări cu febra exantematică din Marsilia, cu febra butonoasă din Tunis.

Cred că rezervorul de virus ce transmite boala, ar trăi într'o insectă transmiţătoare, ce trăeşte pe animalele din jurul casei: câini, pisici, şobolani.

Cercetări se fac asupra insectelor recoltate pe animalele din jurul bolnavilor. S'au luat măsuri de stârpirea căpuşelor de pe câini şi animalele de lângă casă în oraşul Constanţa.

R. H.

D-ri A. STROE şi P. KRINGERSPELING: **Acţiunea glucozizilor scilitici în nefritele scarlatinoase acute.** — România Medicală No. 2/1932.

Se recomandă a nu administra diuretice în cazuri de nefrite acute, de teamă a nu agrava leziunile epiteliului renal, deja adulterat.

Autorii totuşi au îndrăsnit a o face şi din cercetările pe 21 cazuri făcute prin administrare de Scillarenul Sandoz în doze zilnice de 2—3 comprimate sau XX—XXX picături, repartizate în 2—3 prise, au ajuns la 2 categorii de concluziuni:

a) Scillarenul a dat rezultate favorabile în nefritele acute, judecând după creşterea diurezei, scăderea edemelor şi a azotemiei, creşterea azotului urinar, precum şi dupe continua ameliorare, iar nu agravare, a elementelor depozitului urinar, cea ce dovedeşte că teama dela început era nejustificată; b) Aceste bune efecte par a pleda indirect asupra rolului factorului interstiţial în producerea reţenţiei hidro-clororurate şi deci a demonstra efectele favorabile ale diureticilor printr'o acţiune extra-renală, — cea ce justifică denumirea de „diuretic interstiţial".

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

UROFORMINE GOBEY

COMPRIMES 0f50
AMPOULES 2cc & 5cc

ANTISEPSIE
GÉNÉRALE
VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...

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

TRATAMENTUL FITOTERAPIC
AL STĂRILOR NEVROPATICE

Insomnii nervoase, anxietate, angoasă, vertigii, turburări nervoase ale vieţii genitale, turburări funcţionale ale cordului, vor fi în totdeauna ameliorate prin

PASSIFLORINE

medicament regulator al simpaticului şi sedativ central, compus numai din extracte vegetale *atoxice: Passiflora incarnata, Salix alba, Crataegus oxyacantha.*

Reprezentantul Laboratoarelor: G. REAUBOURG, Paris.

Literatură şi eşantioane:

GEORGES VERGLAS

1. Str. Precupeţii Vechi—Bucureşti, Sectorul 3

BCU Cluj / Central University Library Cluj

III.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — CĂRŢI — MONOGRAFII — TEZE

Prof. Dr. VALERIU L. BOLOGA: TITLURI ŞI LUCRARI.

Prof. Dr. V. Bologa, care din 1931 înlocueşte la catedra de Istorie a medicinei la fac. de medicină din Cluj pe Prof. J. Guiart, dupe ce îl suplinise ani în şir în timpul concediilor sale neîntrerupte, a desvoltat o activitate ştiinţifică din cele mai remarcabile, o pregătire temeinică prealabilă împingându-l şi ulterior consacrându-i opera.

Şcolaritate: absolvent al liceului „Şaguna" din Braşov, în 1911, absolvent al facultăţii de medicină din Cluj în 1923, în interval absolvă fac. de ştiinţe din Jena (secţia ştiinţele naturale), şi urmează după obţinerea titlului de doctor în medicină şi chirurgie 2 semestre cursul de istorie al fac. de litere din Cluj.

Practica medicală: medic la diferite formaţiuni sanitare (Trento), medic de batalion la Austriaci în cursul răsboiului, D-rul Bologa dela întregirea neamului ocupă diferite

Funcţiuni în învăţământ, cari îl conduc dela treapta de Preparator la Inst. de Istologie şi Embriologie al fac. de med. din Cluj în 1919, la acea de Profesor la catedra de istoria medicinei, după ce dedat cu totul acestei specializări îndeplinise succesiv funcţiile de Asistent suplinitor la Instit. de Istoria Medicinei şi Farmaciei al Univ. din Cluj (1 Aprilie 1921—1 Aprilie 1924); de Asistent cu titlu provizoriu la acelaş institut (Aprilie 1924—Aprilie 1927), de Asistent definitiv (Aprilie 1927 până în 1931), de Conservator al Museului de Istoria Medicinei (Aprilie 1927—Ian. 1931), de Docent de Istoria Medicinei la Iunie 1927, Suplinitor al Prof. Guiart în timpul concediilor sale în cursul anilor 1927—1930, Suplinitor la Catedra de Istoria Medicinei dela Iulie 1930.

In tot acest timp a desvoltat o activitate neîntreruptă prin ţinerea de cursuri de Seminar pentru Istoria medicinei cu studenţii ca docent şi predând cursul principal al Istoriei medicinei ca profesor.

Activitate ştiinţifică: în calitate de asistent, docent şi suplinitor la catedra de Istoria medicinei, în calitate de membru în diferite societăţi, sau de corespondent ori referent la nenumărate reviste printre cari în primul rând

cele de specialitate din țară și străinătate, D-rul Bologa a inspirat și patronat peste 25 teze; sub conducerea sa la Institutul de Istoria medicinei dela Universitatea din Cluj, de către o seamă cercetători emeriți s-au efectuat nenumărate lucrări, între cari sunt de socotit în primul rând acelea ale D-rului Lenghel, asistent onorific; iar personal și uneori în colaborare a publicat sub forma de Cărți și Monografii, articole, note informative, analise critice, conferințe și comunicări medico-istorice peste 147 lucrări, asupra cărora s-au făcut mențiune sau recensări de diferiți autori români și străini în reviste de specialitate.

Printre aceste lucrări sunt de menționat: **Contribuțiuni la Istoria Medicinei din Ardeal** și **Începuturile medicinei științifice românești** publicate în anii 1927 și 1931 în Biblioteca Medico-Istorică al cărei director este împreună cu Prof. J. Guiart (ultima fiind distinsă de Academia română cu Premiul Adamachi în 1931); **Din istoria sifilisului** în 1931, lucrare în care reabilitează premergători ca Nil Rosen și Thode, trecuți cu vederea de alți istoriografi medicali; **Medicii români în Monarchia habsburgeică** în 1931; **Învățământul Istoriei științei la Universtiăți;** etc., în cari sunt prezentate pentru posteritate leacuri băbești, nomenclatură medicală, medici din trecut mai ales din Ardeal (precum D-rul G. Crăiniceanu, pe care Prof. Iorga îl socotește ca primul istoriograf medical român), episoade de ordin medical din viața românilor, epidemii **(Histoire de la varialisation et de la vaccination dans les pays habités par les Roumains,** împr. cu I. Ursan; sau **Ciuma dela Iași în 1770,** în teza Ion Prelipceanu) ș. a.

Pentru un atare trecut de cercetător neobosit aplicarea art. 81 din legea învățământului superior a fost bine venită și asemenea cazuri justifică menținerea acestui articol și în noua lege.

Digitized by Babeș-Bolyai University Library Cluj

Dupe răp. D-ri Crăiniceanu și Felix în trecut și alături de D-ri V. Gomoiu și G. Z. Petrescu în prezent, pe cari îi depășește însă printr-o învestitură oficială obținută grație organizării unei asemenea catedre la Universitatea din Cluj, D-rul V. Bologa întreprinde cu deosebit succes și prestigiu opera de reconstituire a trecutului medical românesc.

Dr. M. Cânciulescu.

Dr. S. NICOLAU: (dela Institutul Pasteur-Paris): **LUCRARI ȘTINȚIFICE.**

S. NICOLAU, C. LIAN et P. POINCLOUX: **Histopathologie du Nodule d'Osler. Étude sur l'Endothéliite de l'Endocardite maligne à évolution lente:** — La Presse Médicale No. 31, du 17 Avril 1929.

S. NICOLAU et N. STROIAN: **Anticorps tissulaires mis en évidence par la réaction de fixation du complément dans les extraits d'organes provenant de Lapins immunisés contre la maladie de Borna.** — C. r. Soc. de biologie (Seance du 12 janvier 1929. — Tome C, page 86).

S. NICOLAU et Mme L. KOPCIOWSKA: **Herpès expérimental et immunité.** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 1 juin 1929. — T. CI, p. 339).

S. NICOLAU, P. GUIRAUD et L. KOPCIOWSKA: **Les lésions cérébrales chez les Lapins immunisés contre le virus herpétique; leur ressemblance avec les altérations trouvées dans le névraxe de certains aliénés.** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 1 juin 1929. — Tome CI, page 338).

S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA: **Vaccine maligne spontanée épi-**

zootique du Lapin. — C. r. Soc. de biologie (Séance du 15 juin 1929. — Tome CI, page 553).

S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA: **Epizootie maligne spontanée zootique du Lapin.** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 15 juin 1929. — — Tome CI, page 551).

S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA: **Identification d'un virus prétendu herpétique, en réalite rabique, par des expériences d'immunité croisée avec la rage. Immunisation antirabique cutanée, a l'aide d'injections intradermiques répétées de virus formolé.** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 22 juin 1929. — Tome CI, page 655).

S. NICOLAU et Mlle E. MATEIESCO: **Les modifications histo-pathologiques du système nerveux dans la coqueluche.** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 22 juin 1929. — Tome CI, page 671).

S. NICOLAU et I.-A. GALLOWAY: **L'immunité post-infectieuse et les „neuro-infections autostérilisées", dans l'encéphalo-myélite enzootique expérimentale.** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 15 mars 1930. — Tome CIII, page 852).

S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA: **Virus herpétique et cataphorèse.** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 17 mai 1930. — Tome CIV, page 290).

S. NICOLAU et P. GUIRAUD: **Essais de transmission de la syphilis aux Lapins a l'aide d'inoculations de substance cérébrale provenant de cas de paralysie générale.** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 5 juillet 1930. — Tome CIV, page 963).

S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA: **Réactivation, a l'aide de la glycérine, du virus herpétique dans le cerveau de certains Lapins morts de „neuro-infection autostérilisée".** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 5 juillet 1930. — Tome CIV, page 965).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA: **Virus herpétique et pH.** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 5 juillet 1930. — Tome CIV, page 967).

S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA: **Essais de réactivation, a l'aide de la glycérine ou de la cataphorèse, du virus rabique dans le cerveau de certains Lapins morts de „neuro-infection autostérilisée".** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 19 juillet 1930. — Tome CIV, page 1139).

S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA: **Virus rabique et cataphorèse.** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 19 juillet 1930. — Tome CIV, page 1142).

S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA: **Virus herepétique et cataphorèse. Impossibilité de mettre en évidence le virus herpétique dans le cerveau des animaux immunisés.** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 19 juillet 1930. — Tome CIV, page 1136).

S. NICOLAU, J. VIALA et L. KOPCIOWSKA: **Peut-on mettre en évidence le virus rabique fixe dans le système nerveux des animaux vaccinés a l'aide de la méthode pasteurienne?** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 19 juillet 1930. — Tome CIV, page 1134).

S. NICOLAU: **Neuro-infections autostérilisées.** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 18 octobre 1930. — Tome CV, page 177).

S. NICOLAU et I. A. GALLOWAY: **L'encéphalo-myélite enzootique expérimentale (maladie de Borna)** (deuxième mémoire). — Annales de l'Institut Pasteur, juin 1930. — Tome XLIV, p. 673.

S. NICOLAU et I. A. GALLOWAY: **L'encéphalo-myélite enzootique**

expérimentale (maladie de Borna) (troisième mémoire): — Annales de l'Institut Pasteur, octobre 1930. — Tome XLV, p. 457.

S. NICOLAU, Mmes L. KOPCIOWSKA et VAL. CONSTANTINESCO: **Immunité et virus filtrables. Recherche par l'électrophorèse du virus herpétique dans le névraxe des Lapins immunisés.** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 18 avril 1931. — Tome CVI, page 1100).

S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA: **Le liquide céphalorachidien dans l'encéphalite herpétique expérimentale du Lapin.** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 25 avril 1931. — Tome CVI, page 1213).

S. NICOLAU, I.-A. GALLOWAY et L. KOPCIOWSKA: **Conditions de conservation du virus desséché de l'encéphalo-myélite enzootique (maladie de Borna).** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 2 mai 1931. — T. CVII, p. 30).

S. NICOLAU et I.-A. GALLOWAY: **Modification de certanies propriétés d'une souche de virus d'encéphalo-myélite enzootique (maladie de Borna), entretenue pendant près de cino années par passage sur Lapin.** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 9 mai 1931. — Tome CVII, page 135).

S. NICOLAU, L. CRUVEILHIER et L. KOPCIOWSKA: **Influence de la vaccination antirabique sur le taux des agglutinines antityphiques chez le Lapin immunisé contre le Bacille d'Eberth.** — C r. Soc. de biologie (Séance du 16 mai 1931. — Tome CVII, page 212).

S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA: **Virus de l'encéphalo-myélite enzootique (maladie de Borna) et électrophorèse.** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 17 octobre 1931. — Tome CVIII, page 364).

S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA: **Le liquide céphalorachidien dans l'encéphalo-myélite enzootique expérimentale du Lapin (maladie de Borna).** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 24 octobre 1931. — Tome CVIII, page 470).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S. NICOLAU, Mmes L. KOPCIOWSKA et VAL. CONSTANTINESCO: **La réaction de Meinicke chez les Lapins infectés avec une souche de syphilis fraichement isolée chez l'Homme.** — C. r. Soc de biologie (Séance du 7 novembre 1931. — Tome CVIII, page 628).

S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA: **Quelques cas de cataracte survenue chez des Lapins immunisés ou en cours d'immunisation contre le virus herpétique.** — C. r. Soc .de biologie (Séance du 14 novembre 1931. — Tome CVIII, page 724).

S. NICOLAU et L. KOPCIOWSKA: **Sur la vaccine spontanée épizootique du Lapin.** — C. r. Soc. de biologie (Séance du 21 novembre 1931. — Tome CVIII, page 757).

S. NICOLAU, I. CRUVEILHIER et L. KOPCIOWSKA: **Modification histologiques provoquées par la vaccination antirabique dans la système nerveux des Lapins.** — C. r. Soc. de biologie (Séances des 28 novembre et 5 décembre 1931. — Tome CVIII, page 871 et 937).

S. NICOLAU, C. MATHIS et Mme VAL. CONSTANTINESCO: **Sur un virus de l'Oulou-Fato (maladie du chien fou) isolé chez l'homme.** — Bulletin de la Soc. de path. exotique. — Tome XXIV, No. 10, 1931.

Din aceste lucrări de strictă specialitate, a căror întindere de orizont şi profunzime de detaliu nu poate scăpa nimănui, dar a căror detaliere nu-şi poate găsi locul într-o revistă ca aceasta, ci numai menţionare cu adaosul că autorul lor, d-l Dr. S. Nicolau, fost

colaborator al Prof. Levaditi, în prezent şef la secţie la Institutul Pasteur din Paris, este român şi — spre cinstea revistei noastre este membru în comitetul său de redacţie, vom remarca studiul care priveşte *Histopatologia nodulului lui Osler*, nodul care constitue un semn şi o manifestaţie periferică a Endocarditei maligne cu evoluţie lentă:

este prima lucrare care întreprinde acest studiu, studiu mai de grabă de Histo-fisio-patologie, decât de Histo-patologie, pentru că la lumina constatărilor precise făcute se vede că: lesiunea fundamentală a acestui nodul este un proces de endotelită; constatarea în centru lui a unei celule neobicinuit de mari cu caractere precise şi distincte de acelea ale elementelor locale, face din ea o manifestare embolică pornită dela distanţă şi explică astfel producerea quasi subită, explosivă a acestui nodul; atingerea numai a ţesutului conjunctiv şi a endoteliului vascular cu integritatea perfectă a elementelor imediat vecine dovedeşte că infecţia care se trădează şi prin alte caractere, între care cele supurative cari cresc cifra polinuclearelor în sânge, are o afinitate electivă numai pentru acele ţesuturi; că desquamarea intensă a endoteliului vascular în lumina vaselor explică prezenţa cifrei ridicate de monocite în sânge (15 p. 100), augmentare care este determinată de iritaţia endoteliului nu numai la nivelul endocardului, cum se credea mai înainte, şi nici numai la nivelul nodulului lui Osler, cum pare a presupune diminuarea relativă a monocitelor dupe ablaţia nodulului, ci şi în alte puncte ale arborelui vascular.

Mai remarcăm lucrarea făcută în col. cu D-ra Dr. E. Mateescu, care priveşte *Modificările histo-patologice ale sistemului nervos în cocluşe:*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

cercetările făcute pe 3 copii morţi de cocluşe complicată de bronchopneumonie şi care nu prezentaseră manifestaţiuni nervoase (alţi autori studiind lesiunile nevraxului la cazuri de cocluşe cu forma nervoasă) au constatat les. microscopice elective ale ţesutului nervos central şi periferic (mai ales la nivelul pneumogastricului), cari pot explica semnele clinice ale unei cocluşe, aceste lesiuni nervoase deosebindu-se de lesiunile nervoase secundare ale bronchopneumoniei în cocluşe.

Şi atragem mai cu seamă atenţia asupra cercetărilor sale de predilecţie, cari privesc studiul complect, ce a făcut împreună cu colab. sau Galloway, asupra *Encefalo-mielitei enzootice experimentale (Maladia lui Borna)*, al căror complex l-a publicat în 3 memorii succesive apărute ultimele 2 în Analele Institutului Pasteur din Paris, iar primul în 1928 în His. Majesty's Stationery office, Londra.

Această lucrare capitală, care aminteşte întru totul L'Herpes et le Zona a Prof. Levaditi din 1926, aşează pe d-l Dr. S. Nicolau în primul rând al cercetătorilor pe terenul biologiei experimentale.

Dr. M. Cânciulescu.

TEODORESCU PETRE: **EXTREMITAŢI SUPRA NUMERARE LA UN COPIL DE 4 LUNI.** — Teza No. 3420, 1930, „Tipog. Române Unite" Bucureşti.

Autorul, asistent al Instit. de Anatomie şi Embriologie, studiază cazul unic ca gen în literatura polimerilor al unui copil de 4 luni, care a prezentat membre supranumerare diforme şi inerte, înserate pe un corp normal, membre cari au fost extirpate chirurgical.

In 16 planşe se prezintă anatomiceşte, desenuri, fotografiile şi radiogramele acestor malformaţiuni şi pe secţiuni se studiază microscopiceşte la dif. nivele.

Noţiunile de ereditate caşi cele asupra constituţiunei cuprinse în capitolele de patogenie atestă originalitatea acestei lucrări inspirate de Prof. Dr. Rainer.

NEFERU ION: **CONTRIBUŢIUNI LA PROFILAXIA POJARULUI PRIN INJECŢIUNI CU SÂNGE INTEGRAL.**—Teza No. 3426/1930, Tip. „Bucovina" Bucureşti.

Lucrare din serv. de contagioşi de sub direcţia d-lui Dr. A. Stroe, serviciu în care se inoculează cu sânge integral prelevat dela părinţii lor sau străini, presupuşi a fi avut pojarul recent sau cu mulţi ani mai înainte, toţi copii cari se internează şi cari n-au fost bolnavi de rugeolă.

Metoda este deci preventivă; au fost tratati 125 copii: 1 singur insucces. 107 prevenţiuni şi 17 atenuări; se injectează în mediu 20 ctmc., minimum 10 ctmc.; se scoate din vena dătătorului într-o siringă lubrefiată cu un oleu sterilizat şi se injectează copilului intra-muscular; examenul serologic al dătătorului trebueşte neapărat făcut în prealabil, mai ales când provine dela un strein.

Lucrarea are o deosebită valoare prin expunerea complectă bibliografică a chestiunei pe lângă acea a contribuţiunei personale a autorului.

GH. BODENSKI: **STUDIUL COMPARATIV ASUPRA METODELOR DE IMUNISARE ANTITETANICA.** — Teza No. 3428/930, Bucureşti, Tip. „Bucovina"

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lucrare eşită din Instit. de seruri de sub direcţia prof. Cantacuzino, în care se expun detailat metodele uzuale, şi cu rezultatele lor, de imunizare antitetanică, arătându-se comparativ valoarea lor; metoda întreb. de Inst. Cantacuzino, prin modificările introduse constituind până în prezent metoda de elecţie.

CONST. COSTINESCU: **NOU PROCEDEU DE TRATAMENT AL SIFILISULUI.** — Teză, Fac. de Medicină din Bucureşti, No. 3430/1930, Tip. „Jokei—Club"

O foarte valoroasă şi originală lucrare efectuată în Serv. de boli venerice al d-rului Anghelovici dela spitalul Colentina, în care autorul expune detaliat pe 76 observaţiuni dintr'un total de peste 120 cazuri, rezultatele extrem de favorabile obţinute în diferite forme de sifilis florid printr'un procedeu personal, anume al întrebuinţării dozelor mari de arsenobenzoli dizolvaţi în soluţie de acizi biliari.

Procedeul pleacă dela eficacitatea dovedită a dozelor mari de arsenobenzoli, cari exclud şi stabilirea unei arsenorezistenţe şi se inspiră dela experienţele mai recente ale Prof. Levaditi, care a constatat o mărire a puterii treponomicide a unei soluţiuni de arsenobenzol, în care a adaos un extract de ficat.

Incercările lor au de a utiliza acest efect hepato-biliar prin administrarea pe cale bucală sau rectală a arsenobenzolului, cale care ar implica o participare indirectă a ficatului, dovedindu-se puţin eficace prin dozele mici întrebuinţate, autorul a recurs la o metodă originală: a disolvat doza de arsenobenzol într-o soluţie de 20% de dechidrocolit de sodiu.

Doza necesară de arsenobenzol o fixează la 0.015 pe kilocorp (ceeace

conduce la o doză globală de 0.12 ct. pe kilocorp, sau la circa 6 gr. arsenobenzol introdus în corp în mai puţin de 20 zile); ca metodă introduce într-o seringă de 10 ctmc. 5 ctmc. din soluţia de acizi biliari, în care solvă prin pompare şi aspiraţie conţinutul fiolei cu arsenobenzolul; injecţia se practică la vena cotului, cât se poate de încet; bolnavul stă culcat şi nu mănâncă nimic cel puţin 2 ore înainte şi 2 ore după injecţie; el acuză la început o sensaţie de amărăciune; se ţine bolnavul sub observaţie încă 5 minute după injecţie şi i se ia temperatura în ziua injecţiei din 3 în 3 ore; substanţa biliară i-o asigură preparatul „Decholin" al casei Riedel din Berlin; injecţiile se repetă de 4—5 zile.

Cu procedeul acesta autorul poate mai sigur realiza şi o terapia magna sterilisans în perioada sero-negativă a sifilisului primar.

MIRCEA PANDELESCU: **CONTRIBUŢIUNI LA STUDIUL NEFRITELOR COLIBACILARE MEDICALE** — Teza No. 3433/1930, a Fac. Med. Bucureşti, Tip. «Modernă».

Lucrarea făcută în serviciul Prof. Teohari reprezintă o utilă punere la punct a chestiunei nefritelor colibacilare, în care patogenia, formele clinice şi tratament sunt clar expuse; 3 obs. clinice personale o complectează.

BETTY — GÜTTER — CUCOS: **CONTRIBUŢIUNI LA STUDIUL ANOMALIILOR VALVULELOR ARTERIALE ALE CORDULUI** — Teza No. 3435 1931 a Fac de Medicină — Bucureşti, Tip. „Excelsior".

Lucrarea de ordin anatomo-patologic expune prin text şi figuri 4 cazuri cu anomalii ale aparatului sigmoidian aortic şi pulmonar, cazuri cari aparţin d-lui Dr. I. Jianu, cari le-a comunicat şi în altă parte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acest autor s-a ocupat de mult timp cu studiul acestui fel de anomalii şi alături de acelea constatate de Prof. Babeş, noţiunile acestea fac azi autoritate.

In studiul de faţă se consideră cu latura embriologică şi consecinţele, ce decurg din punct de vedere fisio-patologic, pentru cordul prevăzut cu un aparat valvular sigmoidian defectuos.

ENĂCHESCU S. D.: **CONTRIBUŢIUNI LA STUDIUL HISTOLOGIC AL PLEXURILOR CHOROIDE** — Teza No. 3467/1930 a Fac. Med. Bucureşti, Tip. «Lupta».

O lucrare de 46 pag. cu numeroase microfotografii şi desene, cu o complectă bibliografie a chestiunei de bază şi a chestiunilor suscitate în curs de tratare, în care autorul, cercetător de specialitate în Instit. de histologie al facultăţii, atăcând un subiect de cea mai vie actualitate anume acela al repertiţiunei şi al rolului ţesutului reticulo-endotelial în organism, expune complect noţiunile referitoare la anatomia, embriologia şi fisiologia dovedită şi presupusă, a formaţiilor choroidiene şi la urmă demonstrează cu o parte contributivă personală de experienţe pe câini prin metoda blocajului inaugurată de Aschof, graţie unor substanţe colorante anumite şi a injecţiilor cu emulsii microbiene, că formaţiile choroidiene prezintă elemente reticulo-endoteliale, de aceeaşi structură cu aceea a restului acestui ţesut răspândit în diferite organe ale organismului şi cu acelaş rol proteguitor, aci de proteguitor al creerului contra proceselor infecţioase.

Această lucrare originală justifică menţinerea formalităţii, care se cheamă „susţinerea unei teze".

IOANIŢESCU GEORGE: **STUDII ANATOMIC ŞI RADIOLOGIC AL UNOR FRACTURI CONSOLIDATE DE CUBITUS ŞI RADIUS** — Teza No. 3474/1930 Bucureşti, „Tipogr. Lupa".

MIRCEA CONSTANTINESCU: **STUDIU ANATOMIC ŞI RADIOLOGIC AL UNOR FRACTURI CONSOLIDATE DE TIBIA ŞI PERONEU** — Teza No. 3475/1930 Bucureşti, „Tipogr. Românească".

— In prima lucrarea făcută pe 21 piese anatomice, în a doua pe 25 piese anatomice, provenind din Instit. de Anatomie şi Embriologie al fac. de medicină din Bucureşti, în care autorii şi internii ai spitalelor Eforiei funcţionau ca preparatori se întreprinde studiul tardiv al soartei unei fracturi, arătându-se ce devine din punct de vedere structural şi funcţional o atare fractură.

Câte 4 planşe cu numeroase figuri ale pieselor aflate în bogatul museu al Institutului precum şi o complectă bibliografie a chestiunei desăvârşesc aceste lucrări de strictă şi mărginită specialitate, în care cercetătorii au epuisat în adâncime subiectul tratat. Sunt lucrări originale cari fac onoare şcoalei Prof. Rainer, care le-a patronat.

PETRE NICOLAESCU: **CONSIDERAŢIUNI ASUPRA ANGIOMULUI HEPATIC** — Teza No. 3486 1930, Bucureşti, Tipogr. „Cultura".

La cele 31 cazuri cunoscute în literatură de angiome ale ficatului se adaugă şi acesta provenit din serv. chirurgical al D-rului Gr. Georgescu dela Spitalul Filantropia.

Lucrarea merită astfel a fi menţionată pentru raritatea cazului expus.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

GEORGE BOLINTINEANU: **ACŢIUNEA EXTRACTULUI DE LOB POSTERIOR HIPOFIZAR ÎN AFECŢIUNILE CAILOR BILIARE** — Teza No. 3495/1930 a Fac. de Medicină din Bucureşti, Tipogr. „Naţională".

In această lucrare făcută în serv. de boli contagioase al Dr. Mironescu dela Spitalul Colentina, autorul după ce expune chestiunea funcţiunilor vesicei biliare precum şi efectele extractelor hipofizare în fisio-patologia colecistului arată pe 9 observ. clinice acţiunea de ordin diagnostic şi terapeutic a preparatului Glanduitrin Richter, care este un extract apos din lobul posterior al hipofisei de bou, asupra unei vesice biliare inflamate sau atonice.

Puterea cholecistochinetică a preparatului determină la o jum. oră după injecţie o contracţie a vesicei şi consecutiv o golire a conţinutului ei, deci asigură un drenaj biliar activ şi prompt şi constitue aşa zisa „probă a pituitrinei a lui Schöndube şi Kalk".

Dar mai provoacă şi o sedaţie imediată şi complectă a durerilor în colicele hepatice, efect observat cel dintâi de D-rul Mironescu, patronul tezei, încă dela 1926 şi verificat pe peste 30 cazuri.

M. M. R.

B. — SOCIETĂŢI ŞTIINŢIFICE

SOCIETATEA MEDICALĂ DE EDUCAŢIE FIZICĂ
din Bucureşti

CONSTITUIRE ŞI STATUTE

Răspândirea exerciţiilor fizice ia o desvoltare din ce în ce mai mare. Practicate de către marile masse metodic şi sub îndrumare medicală, ele influenţează desvoltarea individului şi constitue un important capitol de higienă socială. Practica nesocotită a sporturilor a dus însă de multe ori la o stare de secătuire organică, cauzată de supra-antrenament sau chiar la afecţiuni organice grave. Pornind dela aceste considerente, bazat pe experienţă proprie şi văzând realizările din străinătate. Serviciul medical al O.N.E.F. a luat iniţiativa înfiinţărei unei socetăiţi medicale pentru educaţia fizică, societate care să coordoneze activitatea medico-sportivă. Pentru aceasta încă din Noembrie 1931, a lansat un apel către domnii medici pe cari îi ştia în legătură mai apropiată cu viaţa sportivă, trimiţându-le câteva date asupra situaţiei dela noi şi din străinătate şi insistând asupra importanţei problemei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din răspunsurile şi adeziunile primite s'a văzut că înfiinţarea societăţii este bine venită şi necesitatea ei necontestată. S'a convocat deci, pentru ziua de 8 Aprilie o primă şedinţă de consfătuire, iar pentru 15 Aprilie şedinţa de constituire a societăţii.

La aceste şedinţe în afară de d-nul Colonel Dr. Lascăr şi ceilalţi medici dela O.N.E.F. printre cei prezenţi notăm pe domnii: Medic-General Dr. Costea, medic-colonel Dr. Mihăilescu prof. la I.S.E.F., Dr. Horia Dumitrescu, prof. la I.S.E.F. Dr. I. Pavel, conf. univ. Dr. Crăciun, conf. univ. Dr. T. Saragea, conf. univ. d-rii Făgărăşanu, G. Tătăranu, Milcu, Georgescu, Teodorescu, asistenţi universitari, Siligeanu, preşedintele federaţiei de nataţie, Corneanu, Comşa Gh., Pallă Gh. Hondrozomu, N. Cleante Petre; medicii-locotenenţi d-ri Roşanu, Rădvan, Coferu...

Fiind împiedecaţi a participa, s'au scuzat d-nii: prof. Onicescu, directorul Institutului Superior de Educaţie Fizică, prof.

Olinescu dela I.S.E.F., conf. V. Ciocâlteu, conf. Stoichiţă, Stepleanu-Horbatski, prof. la I.M.E.F., docent Teitel, Andreescu, Claudian, E. Russu şi Zamfirescu, medici de spital. La şedinţă au mai luat parte d-nii: Colonel Bădulescu, directorul general al O.N.E.F., Colonel Pălăngeanu Emil, comandantul I.M.E.F., maior I. Hergot, asistent Mihăilă şi căp. Niculescu F. C.

D-nul Colonel Bădulescu salută adunarea în numele O.N.E.F. şi propune pentru demnitatea de preşedinte pe domnul Medic-General Dr. Costea.

Domnii Colonel Dr. Lascar şi Dr. Covaciu-Ulmeanu expun importanţa controlului medical fiziologic al exerciţiilor fizice, organizarea acestuia în principalele state din Europa şi necesitatea de a se coordona şi la noi toate străduinţele existente în această direcţie.

In cursul discuţiilor cari au urmat, necesitatea înfiinţărei societăţii este recunoscută fără nici o rezervă. Lipsa controlului medical din societăţile noastre sportive nu mai poate dura, căci prejudiciază nu numai bunul mers al antrenamentului, dar chiar sănătatea acelora cari păşesc cu toată încrederea în sălile de gimnastică sau pe stadioane.

Pe de altă parte dat fiind că îndrumarea metodică a unui antrenament trebue să se bazeze pe date precise, Societatea va favoriza cercetări ştiinţifice în legătură cu fiziologia exerciţiilor corporale, care se vor expune în şedinţele publice.

S'a citit apoi proectul de statute care s'a votat în forma prezentată mai jos.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S'a ales primul comitet de conducere, după cum urmează:

Preşedinte: **Col. Dr. Lascar,** profesor la I.S.E.F.; Vice-preşedinţi: **Dr. I. Pavel,** conf. univ. şi **Dr. Siligeanu,** preşed. federaţiei de natatie; Secretar general: **Dr. Covaciu-Ulmeanu,** medicul I.M.E.F.; Casier: **Dr. Adrian Ionescu,** asistent la I.S.E.F.; Secretari de şedinţă: **Dr. A. Strugurescu,** asistentă la I.S.E.F. şi Medic Lt. **Dr. Demetrescu Traian** dela O.N.E.F.; Membrii în comitet: **Dr. Andreescu,** medic primar, Brăila, **Dr. Crăciun,** conf. univ., **Dr. Şt. M. Milcu,** asistent; **Dr. C. O. Schmidt,** medicul Ligii atl., Braşov, **Dr. G. Tătăranu,** asistent, **Dr. L. Telia,** asistent, Cluj.

D-nul Colonel Dr. Lascăr mulţumeşte pentru încrederea ce i se acordă şi declară că împreună cu membrii Societăţii va lucra pentru consolidarea ei.

Sunt apoi proclamaţi membrii de onoare domnii: **Colonel V. I. Bădulescu,** Directorul General al O.N.E.F.; **Prof. Bălăcescu,** Decanul Facult. de Medicină din Bucureşti; **Conf. Banu,** Secretar General al Ministerului Muncii, Sănăt. şi Ocrot. Sociale; **Prof. Butoianu,** Inspector General al Serv. Sanitar al Armatei; **General Costea,** Medicul-Şef al Corpului Vânătorilor de Munte; **Prof. Danielopol,** Directorul Institutului Clinico-Medical B (Spitalul Filantropia); **Prof. Haţieganu,** fost Ministru; **Prof. Niţescu,** Directorul Instit. de Fiziologie din Cluj; **Prof. Onicescu,** Dir. Instit. Superior de Educaţie Fizică; **Colonel Pălăngeanu Emil,** Comandantul I.M.E.F.; **Prof. Rainer,** fost Director al I.S.E.F., Director al Instit. de anatomie din Bucureşti.

Dintre aceştia de altfel, domnii profesori: Danielopol, Rainer, Haţieganu, Banu, îşi manifestaseră deja interesul pentru această iniţiativă, în scris sau oral, iar domnii General Costea, Colonel Bădulescu şi Colonel Pălăngeanu, prin prezenţa şi sprijinirea activă a Societăţii.

CAPITOLUL I.

A. Numele, sediul şi scopul.

Art. 1. — **Societatea medicală de educaţie fizică** fondată în 1932, cu sediul în Bucureşti (la O. N. E. F., str. Maior Ene 12), şi putându-şi afilia societăţi regionale, are scopul:

1) Să grupeze medicii care sunt în legătură cu higiena exerciţiilor fizice şi care se interesează de problemele biologice ale educaţiei fizice;

2) Să suscite cercetări ştiinţifice în legătură cu exerciţiile fizice;

3) Să facă cunoscut necesitatea practicei raţionale a exerciţiilor fizice;

4) Să caute să se introducă în mod obligatoriu controlul medical metodic în toate instituţiile şi asociaţiile unde se practică exerciţii corporale;

5) Pentru realizarea scopurilor ei, Societatea va activa în colaborare cu O. N. E. F. pentru iniţiativa de stat şi cu U. F. S. R. pentru societăţile particulare.

B. Modul de a acţiona.

Art. 2. — Modul de a acţiona al societăţii:

1) Prin şedinţe obişnuite şi reuniuni speciale (congrese);

2) Prin conferinţe şi cursuri organizate de societate;

3) Printr'un organ de publicitate;

4) Prin înlesnirea şi ajutarea membrilor ei, care întreprind o cercetare în cadrul preocupărilor societăţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. Compunerea societăţii.

Art. 3. — Societatea se compune din:

1) **Membrii fondatori:** toţi medicii care au semnat actul de constituire;

2) **Membrii activi:** sunt în afară de cei de mai sus, doctorii în medicină care au cerut aceasta printr'o cerere adresată comitetului şi au fost admişi de societate;

3) Ca **membrii de onoare** vor fi admise acele persoane care au servit în mod excepţional scopurile societăţii.

Art. 4. — A. **Datoriile membrilor** fondatori şi activi sunt:

1) Să plătească o cotizaţie ce se va fixa anual de adunarea generală;

2) Să lucreze pentru realizarea scopurilor societăţii.

B. Drepturile membrilor.

1) Membrii activi au dreptul de vot deliberativ şi pot fi aleşi în comitet;

2) Membrii de onoare au dreptul de vot consultativ.

CAPITOLUL II.

Conducerea.

Art. 5. — Societatea este condusă de un comitet ales de adunarea generală a membrilor.

Art. 6. — Comitetul se compune din:

1 preşedinte, 2 vice-preşedinţi, 1 secretar-general, 1 casie, 2 secretari de şedinţă, 6 membrii în comitet.

Art. 7. — Comitetul se alege de adunarea generală în fiecare an (luna Mai) prin vot secret. Alegerea este prezidată de o comisie de verificare compusă din 3 membri. Mandatul ei nu va dura mai mult de 10 zile

Art. 8. — Comitetul conduce societatea conform statutelor. Fiecare membru din comitet are următoarele atribuţiuni:

1) **Preşedintele**, reprezintă societatea în faţa autorităţilor, faţă de alte societăţi şi faţă de public. El prezidează şedinţele comitetului, şedinţele şi adunările generale ale societăţii;

2) **Vice-preşedinţii** înlocuesc în toate atribuţiunile pe preşedinte;

3) **Secretarul general** ţine scriptele societăţii, rezolvă chestiunile administrative ale societăţii, întocmeşte programul şedinţelor comitetului şi ale societăţii, prezintă comitetului şi adunării generale propunerile şi cererile membrilor, conduce corespondenţa societăţii, redactează darea de seamă asupra activităţii anuale, păstrează sigiliul societăţii;

4) **Casierul** administrează averea societăţii;

5) **Secretarii de şedinţe** redactează procesele verbale ale şedinţelor de orice natură. Ei vor ajuta pe secretarul general în îndeplinirea atribuţiunilor lui;

BCU Cluj / Central University Library Cluj

6) **Membrii din comitet** vor îndeplini însărcinările primite dela comitet.

Art. 9. — 1) **Adunarea generală ordinară** se convoacă de către comitet odată pe an în luna Mai, când acesta îşi depune mandatul;

2) **Adunări generale extraordinare** se pot convoca ori de câte ori comitetul o crede necesară, sau o treime din membrii o cere;

3) Hotărîrile adunărilor sunt valabile dacă au fost prezenţi jumătate plus unul din membrii.

Art. 10. — La adunarea generală participă toţi membrii cu drepturile specificate la art. 4 litera B.

CAPITOLUL III.

Funcţionarea.

Art. 11. — Şedinţele comitetului se ţin ori de câte ori este nevoie.

Art. 12. — Şedinţele societăţii vor avea loc de cel puţin 4 ori pe an. In aceste şedinţe pot figura la ordinea zilei:

1) Comunicări ştiinţifice; 2) Conferinţe şi referate; 3) Chestiuni de organizare şi administrative.

CAPITOLUL IV.

Dispoziţiuni finale.

Art. 13. — Averea societăţii se compune din:

1) Cotizaţiile membrilor; 2) Subvenţii; 3) Donaţii; 4) Venitul publi-

caţiilor, cursurilor şi orice alte venituri.

Art. 14. — Statutele societăţii pot fi modificate în adunarea generală cu votul a două treimi din membrii activi prezenţi.

Art. 15. — In caz de dizolvare averea societăţii trece asupra O.N.E.F. serviciul medical, din iniţiativa căruia s'a fondat societatea.

Art. 16. — Un regulament aprobat de societate va complecta aceste statute.

Prezentele statute s'au discutat şi votat în şedinţa de Vineri 15 Aprilie 1932.

Cotizaţia pentru anul curent s'a stabilit la 40 lei.

Prima şedinţă publică va avea loc Vineri 27 Mai a. c., ora 9 seara, la O.N.E.F. cu următoarea

ORDINE DE ZI:

a) **Prezentări de cazuri:**

A. Struguresceu: Un caz de spondilolystesis în legătură cu controlul medical al exerciţiilor fizice.

b) **Comunicări:**

1) **Costea şi Tătăranu:** Modificări morfologice ale sângelui la concurenţii de ski.

2) **Covaciu-Ulmeanu:** Evoluţia chronaxiei în cursul antrenamentului fizic.

3) **A. Ionescu:** Valoarea câtorva coeficienţi antropometrici în diagnisticarea aptitudinilor fizice.

4) **Tătăranu şi Covaciu-Ulmeanu:** Modificări morfologice ale sângelui la diferite grade de efort.

* * *

SOC. DE NEUROLOGIE, PSIHIATRIE PSIHOLOGIE ŞI ENDOCRINOLOGIE

Secţiunea Chişinău

Şedinţa din 21 Noembrie 1931

Dr. Laşcu directorul spitalului Costiugeni, aduce salutul său colegilor din Iaşi şi mulţumeşte d-lui Prof. Parhon preşedintele societăţii, care ia parte la această şedinţă pentru sprijinul moral şi îndrumările ce le dă totdeauna.

Prof. Parhon exprimă satisfacţia de a vedea reînceperea şedinţelor la secţiunea Chişinău, dorind o muncă spornică. — Urmează comunicările:

1. Dr. POJOGA: **Asupra duratei vieţii paraliticilor generali trataţi cu malaria în comparaţie cu a acelora trataţi cu neosalvarsan şi a acelora netrataţi.**

Din cercetările sale întreprinse în spitalul Costiugeni ajunge la concluzia că bolnavii paralitici generali trataţi cu Neosalvarsan dau o mortalitate foarte însemnată în primii doi ani de boală. Paraliticii generali trataţi cu malaria au din contră o viaţă mai lungă iar cei rămaşi fără tratament au deobiceiu o moarte prematură în primele luni de boală.

Urmează deci că malaria prelungeşte viaţa paraliticilor şi că tratamentul prin neosalvarsan nu se poate preconiza înaintea malariei.

DISCUŢII:

Dr. L. Ballif se îndoeşte de preciziunea diagnosticului de paralizie generală făcut prin anii 1899, când el nu se baza pe reacţia Wassermann şi crede că parte din bolnavi înglobaţi în clasa paraliticilor de fapt nu erau atinşi de această boală. Relevă faptul că cifra mortalităţii paraliticilor generali este mai mare la spitalul Socola ca la Spitalul Costingeni.

In ceiace priveşte diferenţa între procentul mortalităţii paraliticilor generali trataţi cu malaria şi a celor trataţi cu neosalvarsan crede că trebue luat în considerare şi faptul că se supun malarioterapiei numai bolnavii paralitici cu o stare generală bună.

Dr. Pojoga: Au fost trataţi cu malaria bolnavii paralitici puţin avansaţi fără tulburări grave de vorbire.

Dr. M. Izanoş crede de asemeni că cifra foarte ridicată a mortalităţii paraliticilor trataţi cu neosalvarsan este datorită în parte şi debilităţii generale care de altfel n'a permis malarioterapia.

Prof. C. Parhon aminteşte de teoria susţinută altădată că neosalvarsanul precipită apariţia paraliziei generale. D-sa crede că neosalvarsanul administrat în doze mici după malarioterapie dă rezultate bune.

Dr. L. Ballif se întreabă dacă arsenicul n'ar da rezultate bune dacă s'ar putea administra pe altă cale permiţându-se o absorbţie lentă.

2. Dr. POJOGA: **O nouă metodă psichologică pentru descoperirea minciunii.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Metoda consistă în desvoltarea unui reflex condiţional în legătură cu afirmarea unui adevăr şi a unui alt reflex condiţional legat de exprimarea unei afirmaţii false. Primul constă în ridicarea mâinii stângi.

Aplicând această metodă experimentatorul a putut face pe un alcoolic criminal să-şi divulge crima pe care o negase înainte; pe un funcţionar, ce simula că a fost jefuit, să mărturisească delapidarea sumei şi în fine pe doi alţi simulanţi să spue adevărul.

DISCUŢII:

Dr. L. Ballif crede că examenele de laborator în psihologie sunt importante însă rezultatele depind în mare parte de sugestibilitatea subiectului şi de influenţa ce o poate avea experimentatorul asupra lui.

De aci lipsa lor de obiectivitate. E de părere că examenele psihologice nu pot fi încă utilizate în justiţie.

Prof. C. Parhon sugerează ideia interesantă de a aplica metoda aceasta la criminalii din închisori.

3. Dr. M. IZANOŞ: **Rezultatul tratamentului prin suprarenalectomie în trei cazuri de epilepsie.**

După acest tratament accesele au devenit mai grave şi mai dese. S'a mai adăugat la aceasta apariţia astmei şi pigmentaţiei. In unul din cazuri moartea a survenit prin tuberculoză pulmonară, în celelalte două prin stare de rău.

DISCUŢII:

Prof. C. Parhon întreabă dacă s'a respectat simpaticul abdominal. In aceste cazuri s'a efectuat sindromul Addisonion experimental. D-sa aminteşte ipotezele asupra patogeniei suprarenale sau simpatice a pigmentaţii din Addison. Afirmă că extractul glandelor suprarenale prelungeşte viaţa animalelor suprarenalectomizate; absenţa acestei substanţe face ca organele să fie mai puţin rezistente faţă de infecţii. In toate infecţiunile de altfel se vede diminuarea lipoizilor din suprarenale.

4. Dr. CIJEVSKI prezintă **un caz de paraplegie spasmodică** apărută după o stare confusivă. Bazându-se pe radiografia ce arată atingerea a două vertebre dorsale şi infiltraţia tuberculoasă a unui plămân cât şi pe starea febrilă ce prezintă bolnavul. Comunicatorul înclină să creadă că paraplegia ar avea o origină tuberculoasă. Unei autointoxicaţii s'ar datori şi starea confusivă, ce a prezentat bolnavul. Analizele lichidului cefalo-rachidian arată prezenţa limfocitozei reacţia globulinelor şi Bordet-Wassermann pozitivă.

DISCUŢII:

Prof. C. Parhon crede că paraplegia bolnavului este de natură sifilitică; febra lui este datorită infecţiei urinare. Preconizează în acest caz un tratament anti-sifilitic, iod în doze mari.

5. D-na Dr. GRADETZCAIA prezintă: a) **un acromegal debil, mintal şi pelagros;**

b) **un dement precoce** ce nu e capabil de nici un alt sentiment decât acela de a reproşa mamei sale purtarea ei ce pretinde a fi incorectă;

BCU Cluj / Central University Library Cluj

c) **un alt dement precoce** de 37 ani, fost magistrat, care vorbeşte încontinu într'o limbă ce prezintă multe cuvinte inventate de el.

6. Dr. POJOGA expune **Rezultatele obţinute prin aplicarea testelor psihologice la 2 debili mintali de 20 şi 21 ani.**

Nivelul intelectual al acestora este acela al copiilor de 6—7 ani.

b) Prezintă un adelescent cu delir de mărire. Reacţia Wassermann pozitivă în sânge. Toate reacţiile lichidului negative. Comunicatorul se întreabă dacă nu e vorba de un caz de paralizie generală juvenilă.

c) Prezentarea unui bolnav cu delir cronic. In constituţie se remarcă un însemnat coeficient tiroidian.

DISCUŢII:

Prof. C. Parhon: Intre starea psihică şi constituţia somatică există un paralelism. Tulburările mintale nu exprimă numai tulburări psihogene ci perturbări în întreg organismul al metabolismului general.

7. D-na Dr. VASINCOVA prezintă: a) **Un caz de choree cronică la o adultă.** Bolnava este mică de talie cu diametrele basinului mici, mamele foarte puţin desvoltate. Are aspectul unui tânăr adolescent. Prezintă şi microcefalie.

b) **Un caz de encefalită cu mişcări neîncetate de scoborâre a maxilarului inferior.** Această mişcare a început cu doi ani în urmă. Debutul boalei a avut loc acum 10 ani. Din punct de vedere psihic bolnava este o debilă mintală.

c) **Un caz de isterie.** Bolnava simulează accesele epileptice convulsive.

Are un erotism exagerat. Somatic este o hipertiroidiană. Cu 7 ani în urmă a fost internată împreună cu o soră mai mare delirantă cronică. In acel timp ea simula diferitele boli, de care vorbia sora bolnavă în delirul ei.

DISCUŢII:

Prof. C. Parhon insistă asupra hipertiroidiei bolnavei. Sugestibilitatea ei este o caracteristică a isteriei, pe când elementul sexual în o psihoză nu implică diagnosticul de isterie.

8. D-na Dr. IZANOŞ: **Asupra unui caz de tumoare hipofizară.** Primele semne au fost cefalalgiile şi nevralgii faciale. In prezent ea are cecitate şi mişcări convulsive în un membru superior la cea mai mică excitaţie.

9. Dr. M. IZANOŞ prezintă: a) **Un caz de meningită sifilitică bazilară** ce a debutat cu o ptoză la una din pleoape, apoi ptoza deveni bilaterală asociată la o hemiplegie. Prin tratament antisifilitic intens simptomele cedează în parte.

b) Un al doilea caz cu cecitate prin atrofia nervilor optici şi hemiplegie; reacţiile lichidului cefalo-rachidian sunt negative. Prin tratament antisifilitic hemiplegia cedează complect.

După terminarea şedinţei se vizitează spitalul şi laboratorul de anatomie-patologică cât şi cel de psihologie.

Urmează apoi o agapă oferită de colegii din Costiugeni.

Dr. M. Briese.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Secţiunea Iaşi

Şedinţa din 27 Noembrie 1931

1. Dr. L. BALLIF: **Un caz de sindrom Cotard cu reacţii pozitive.** Sindromul a apărut după malaria instituită în mod terapeutic. Bolnava simte miros greu, gust de carne friptă în gură, refuză alimentele. In delirul ei afirmă că nervii îi sunt distruşi. Senzaţiile s'ar efectua la ea numai prin sânge. Creierul, inima, plămânii nu lucrează decât prin sânge. Pentru aceasta ea nu va putea să moară decât prin distrugerea inimii. Alteori spune că nu va muri niciodată, ori că va trăi cât va trăi soarele. Bolnava prezintă în antecedente, perioade de manie şi melancolie.

DISCUŢII:

Prof. C. Parhon remarcă că acesta e al treilea caz de sindrom Cotard cu reacţiile pozitive văzut de D-sa. Se întreabă dacă sifilisul n'ar evolua mai diferit pe o constituţie maniaco-depresivă decât la alţi bolnavi.

2. Dr. L. BALLIF şi Dr. LUNEWSKI prezintă un tânăr cu **hemiplegie** care în ultimii trei ani a avut accese cu perderi de cunoştinţă. Pacientul are membrul superior atins oprit în desvoltare, mai puţin cel inferior, reflexele osteo-tendinoase normale afară de cele achiliene, ce sunt uşor exagerate. Din punct de vedere psihic este un debil mintal. Interesul cazului rezidă în faptul că bolnavul execută din timp în timp câteva mişcări de rotaţie a corpului dela stânga la dreapta, niciodată în sens invers. Se învârteşte astfel de trei, patru ori apoi se aşează. In timpul învârtirii bolnavul deschide gura. Execută această mişcare şi în timpul mersului. Bolnavul

spune că execută aceste mişcări când simte dureri. Comunicatorii se gândesc sau la o hemoragie, sau la o encefalită epidemică ori altă boală infecţioasă ce ar fi cauzat un proces iritativ cu răsunet asupra pedunculilor cerebeloşi.

DISCUŢII:

Prof. C. Parhon: Hemiatrofia arată o veche leziune cerebrală, probabil un proces encefalitic. Aminteşte că bolnavii cu leziunea pedonculilor cerebrali se învârtesc când stau în pat. Pe de altă parte atrage atenţia asupra tabloului clinic special al hemiplegiei traumatice. Astfel în un asemenea caz exista mâna în ghiară. Un alt bolnav cu leziuni traumatice avea tremurături limitate la ultimele două degete amintind topografia cubitului.

3. Dr. L. BALLIF şi Dr. LUNEWSKI expune cazul unei bolnave cu **accese de epilepsie şi fenomene pseudo-bulbare.**

Pacienta a avut o perioadă de somnolenţă şi prezintă o înfundătură craniană în urma unui traumatism pentru care s'a făcut şi o intervenţie chirurgicală. Prezintă o dublă hemiplegie şi fenomele pseudo-bulbare — vorba caracteristică şi turburări de deglutiţie.

DISCUŢII:

Prof. Parhon alătură acest caz de acele paralizii pseudo-bulbare de natură corticală în care râsul şi plânsul sposmadic lipseşte sau este foarte atenuat.

4. Dr. M. DEREVICI şi D-ra GOIANU: **Un caz de vitiligo la un gigant cu delir cronic.**

Vitiligo reprezentat prin o bandă în regiunea lombo-sacrată atinge şi perii pubieni. De asemeni prezintă arii de peri depigmentaţi pe cap. Proba cu atropină a dat accelerarea pulsului cu 10 bătăi. Din punct de vedere psihic prezintă un delir cu idei megalomaniace. El e singurul doctor pe pământ, a venit să îndrepte lumea. A fixat începutul anului la 15 Septembrie, iar sfârşitul în Februarie. Uneori e docil, alteori mândru a avut numeroase procese pentru revendicare de pământ cu consătenii lui. Autorii amintesc patogenia endocriniană din vitiligo. Cum în cazul de faţă tiroida se pare că funcţionează normal ei atribuesc această tulburare de pigmentare unei funcţii anormale a hipofizei, aducând în sprijinul acestei aserţiuni faptul că hipofisectomia produce depigmentarea broaştelor.

DISCUŢII:

Dr. Blinov remarcă frequenţa dispoziţiei în centură din vitiligo.

Dr. Ballif întreabă dacă starea psihică are vre-o legătură cu apariţia acestui vitiligo.

Dr. Derevici arată că petele de vitiligo au apărut în copilăria bolnavului, iar creşterea în lungime şi gigantismul lui arată că acest sindrom s'a efectuat înaintea pubertăţii.

Dr. Ballif atrage atenţia asupra legăturii dintre petele de vitiligo şi tiroidă. Chiar în acest caz creşterea în lungime a bolnavului s'ar fi putut efectua prin persistenţa cartilajelor de conjugaţie datorită hiperfuncţiei hipofizei cu toată influenţa acceleratoare a tiroidei asupra osificaţiei lor.

Prof. Parhon atrage atenţia asupra interesului ce prezintă în cazul de faţă decolorarea perilor, fapt ce s'ar putea apropia de depigmentarea penelor păsărilor obţinută prin hipertiroidizarea experimentală.

Cât despre influenţa hipofizei asupra producerii petelor de vitiligo rolul nu este încă bine stabilit. Astfel D-sa citează influenţa bună ce a avut

tratamentul hipofizar în cazul de sindrom adiposogenital cu vitiligo al lui Maranon. Apoi un caz de depigmentare la o broască la care lobul intermediar al hipofizei era distrus de un parazit. Impreună cu Dr. E. Savini a observat un caz de vitiligo la un acromegaloid la care existau semne de hipertiroidie.

In fine D-sa amintește raporturile așa de evidente dintre tiroidă și vitiligo citând cazuri clinice personale cât și observarea lui Uhlenhut care a arătat că extractele antihipofizare stimulează tiroida și cromatoforele batracienilor cât și cercetările lui Aron care a observat că tiroida este mai activă după injecții de extracte hipofizare.

In acest sens explică D-sa prezența petelor de vitiligo la acest acromegal.

In al doilea rând D-sa spune că dispoziția destul de frequentă a petelor de vitiligo în centură s'ar putea explica prin o leziune metamerică a măduvii spinării sau poate prin rolul ce îl are brâul ce obicinuesc să poarte țăranii.

Apoi mai remarcă D-sa disociația ce prezintă acest bolnav în creșterea perilor. Absența perilor de pe corp în discordanță cu prezența lor pe față arată sensibilitatea mai mare a unor regiuni pentru hormonul respectiv.

Ar exista o acțiune hormonopexică sau cum spune Champy și Gley ar exista receptori pentru hormone ori o hormonestezie. Fața ar fi mai sensibilă ca restul corpului față de hormonul testicular.

5. Prof. PARHON și Dr. IANCOVICI: Autorii plecând dela cercetările lui Babuk că broaștele care în stadiul de mormoloc au o tiroidă foarte mare se transformă în masculi; Observația lui Pighini că păsările hipertiroidizate fac ouă alungite, ce se transformă în cocoși și că de obiceiu primele ouă, din epoca când e rece și tiroida mare și mai activă, se transformă în păsări masculi cât și dela observația că femeile hipotiroidiene dau naștere adesea la copii de sex femenin ajung la concluzia că există anumite raporturi între hipertiroidie și geneza sexului masculin.

Faptele acestea clinice nu concordă cu experiențele făcute de Prof. Parhon și Dr. Mârza pe epuroaice care după extirparea tiroidei au născut $^2/_3$ din puii lor masculi.

Impreună cu Dr. Iancovici prezintă un caz asemănător la câini. O cățea tiroparatiroidectomizată cu 7 luni în urmă, naște 8 pui din care 7 masculi. Autorii semnalează faptul ca simplă documentație cât și spre a arăta că deosebirea de cromosomi pare a nu avea o valoare absolută constituind numai un factor predispozant.

Dr. M. Briese.

* * *

Mișcarea Medicală la Craiova

CERCUL MEDICO-FARMACEUTIC

Ședința din 25 Februarie 1931

Alegerea noului comitet: Sunt aleși: Președinte: D-l General Dr. A. Vasilescu; Vice-Președinte: D-na Dr. Vasiliu, Colonel Dr. Dobrinescu și farm.

Şoimaru; Secretar general: D-l Dr. Drăgoescu; Casier: D-l Dr. Mayer; Bibliotecar: D-ra Dr. Hirsch; Secretari de şedinţă: D-nii Dr. Al. Teodoru şi L. Herman.

Şedinţa din 16 Martie 1931

Colonel Dr. DOBRINESCU şi Cpt. Dr. CĂPRUCIU: Prezintări de bolnavi.

Dr. BACULESCU şi CĂPRUCIU: Prezintări de piese anatomice.

Dr. DRĂGOESCU şi BĂCESCU: a) **Erytrodermie acută generalizată;** b) **Sifilis grav** cu prezintări de cazuri.

Dr. T. VOICULESCU şi HAGI GHEORGHE comunică un caz de **Myelită neosalvarsanică** produsă de un agent sanitar unui bolnav prin tratament cu neosalvarsan şi cyanur de mercur, pentru a-i vindeca un ulcer prepuţial, care de fapt era un şancru moale, dispărut în câteva zile de tratament adevărat.

DISCUŢIE: D-nii G-ral Dr. VASILESCU, SĂCEANU, HERMAN şi D-na Dr. VASILIU amintind cazuri analoge, insistă asupra necesităţii de a se veni cu o oră mai de vreme la combaterea medicinei clandestine şi ilicite.

Şedinţa extra-ordinară din 26 Martie 1931

Cu prilejul vizitei şi conferinţei D-lui Dr. IRIMESCU, se hotăreşte înfiinţarea în Craiova a unei filiale a **Ligei sănătăţii Publice,** la care Cercul Medico-Farmaceutic îşi propune a lupta cu toate forţele şi cu toată stăruinţa. Din partea Cercului se donează lei 2000, ca prim fond de acţiune şi organizare.

Romanian Central University Library Cluj

Au mai subscris câte 2000 lei Baroul de Dolj şi Soc. „Prietenii Ştiinţei".

Şedinţa din 1 Aprilie 1931

D-l G-ral Dr. VASILESCU, Medic Colonel DOBRINESCU şi Medic Cpt. CĂPRUCIU prezintă un caz de **Abces subfrenic drept** din serviciul chirurgical al Spitalului Militar C. I. A.

D-l Dr. V. DRĂGOESCU şi I. BĂCESCU: **Un caz de gangrenă acută a vulvei şi reg. perianale.**

Şedinţa din 1 Mai 1931

D-l Dr. B. SAFIR: **Profilaxia cariei dentare.** Expune teoriile vechi şi noi asupra cariei dentare confirmând pe cea mai nouă. Caria dentară este în funcţie de mediu intradentar, adică predispoziţia individuală sau terenul şi mediul extra-dentar, flora microbiană, etc. De aici şi mijloacele de profilaxie şi tratament cari se rezumă la higiena dentară şi terapeutică cu ergosteroli.

Şedinţa din 2 Iunie 1931

D-nii Dr. PAULON, DRĂGOESCU şi DOBRESCU: prezentări de cazuri.

D-l Colonel Dr. DOBRINESCU prezintă un caz de **înjunghiere în abdomen** la care intervenţia s'a făcut după 6 ore. La deschiderea abdomenului s'au găsit jejunul şi mezentericile secţionate şi chiaguri mari în cavitatea pe-

ritoneală posterioară. Se fac suturile sub anestezie locală, ser artificial. Bolnavul e complect restabilit.

D-l Dr. T. VOICULESCU şi H. GHEORGHE: **Vomica biliară.**

Şedinţa din 5 Noembrie 1931

D-l Dr. CHIRIŢĂ: **Antivirusterapia.** Expune metoda terapeutică bazată pe studiile lui Besredka. Antivirusul are caractere de specificitate, reacţie alcalină, este absorbit de celulele receptive şi împrumută acestora calitatea de a nu mai reacţiona în faţa virusului, care pentru ele rămâne un saprofit ce mai târziu va fi fagocitat. Antivirusurile sunt superioare antisepticilor chimici, iar comercializate azi sub diferite numiri pătrund în arsenalul terapeutic al diferitelor ramuri de medicină.

D-nii Dr. VOICULESCU, H. GHEORGHE şi NICA: **Gangrenă pulmonară de formă pneumonică în urma submersiunei.** Un caz în fază de vindecare dacă ulterior fie din cauza neextincţiunei procesului sau din cauza microbismului latent la nivelul focarului primitiv nu va evolua spre gangrena pulmonară subacută sau recidivantă.

DISCUŢIE: D-l Dr. CÂNCIULESCU întreabă dacă s'a făcut identificarea specilor microbiene şi aminteşte că de curând d-l docent Dr. Popper a recomandat în cazuri similare aspiraţia.

Şedinţa din 1 Decembrie 1931

D-l Dr. DOBRESCU: **Sifiloame primare succesive** cu prezentare.

DISCUŢIE: D-l Dr. SINGER aminteşte teoriile cari explică posibilitatea de apariţie a sifiloamelor, atrage atenţia asupra reinoculărilor şi a imunităţei.

http://biblioteca.ubbcluj.ro/ University Library Cluj

Şedinţa din 15 Decembrie 1931

D-l Dr. A. ZWILLINGER: **Chimioterapia în tuberculoză.** Arată indicaţiile şi contraindicaţiile acestei metode, subliniază necesitatea dozelor mici progresive şi expune rezultate obţinute.

DISCUŢIE: D-l Dr. CÂNCIULESCU e împotriva asocierei în conferinţă a antigenului metilic, care nu face parte din chimioterapie.

D-l Dr. NICOLIN: Prin acest tratament sputa nu se sterilizează, leziunile pulmonare nu dispar, dar se modifică.

D-l Dr. CÂNCIULESCU: **Insemnări de drum medical.** Impresii culese vizitând institutele sanitare din Timişoara: Spitalul de stat, Spitalul de copii, Spitalul Bega şi Sanatoriul Parc. Peste tot grijă deosebită de organizare, conducere şi funcţionare. Va reveni cu însemnări similare ale popasurilor făcute în străinătate.

Şedinţa din 15 Ianuarie 1932

D-l Medic Colonel Dr. DIAMANDESCU: **Noi regimuri alimentare după Reboux.** Oratorul păstrează fondul ştiinţific al comunicărei, unindu-l cu agrementul spiritului: gluma şi ironia. Sublinează păreri noi de dietetică, cari contrazic pe cele vechi.

D-l Dr. CÂNCIULESCU: **Note de drum medical.** Expune impresiile sale ca medic ce vizitează Milano, un institut de aparate şi încălţăminte ortopedică, numit Extension Barberis, precum şi policlinica Ronzoni.

Şedinţa din 1 Februarie 1932

D-l Dr. SIGU SINGER: **Tratamentul actual al uretritelor cronice.** Tinde să demonstreze că toate blenoragiile, chiar şi prima se vindecă, dacă în tratament nu se neglijează a se ţine seama de seria anafractuosităţilor şi a formaţiunilor anatomice dela meat până la gâtul vesical. Recomandă uzul, fără abuz, al tehnicei mecanice, baza rămânând spălăturile antiseptice slabe, masagii şi dilataţii de evacuare ale glandelor.

D-l Dr. STERNBERG: **Evacuarea extemporanee a uterului prin procedeul Delmas.** Explică metoda şi indicaţiile, expunând o bogată literatură critică şi crede procedeul aplicabil numai în spital şi sanatoriu.

DISCUŢIE: D-l Dr. S. HIRSCH, personal a practicat metode similare, fără să fi cunoscut descrierea lui Delmas.

S. Singer.

Mişcarea Medicală la Oradea.

SOCIETATEA ŞTIINŢELOR MEDICALE

Şedinţa dela 21 Noemvrie 1931.

Dr. COSTA ROMULUS: **Un caz de graviditate extra-uterină interstiţială.**

Bolnava intră în serviciul ginecologic al Spitalului Judeţean din Oradia cu hemoragie internă. Se face o puncţie în Douglas, care este pozitivă.

Se practică laparatomia mediană şi se constată la dreapta, graviditate tubară interstiţială, adică grefarea ovulului în porţiunea interstiţială a trompei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acest gen de graviditate ectopică este foarte rar lucru confirmat de toţi autorii. S'au publicat, în toată literatura mondială, 88 de cazuri până acum.

Conferenţiarul face o largă expunere a simptomatologiei şi etiologiei acestei varietăţi de sarcină.

Insistă asupra faptului, că prognosticul acestei maladii este mult mai bun ca altă dată, datorită faptului, că intervenţiile se fac la timp.

Dr. BRATU VALERIU: **Distocie cauzată de chist ovarian.**

Bolnava S. A. de 22 ani, căsătorită, intră în Institutul Obstetric din Oradia la 6 Iunie a. c., cu dureri slabe de facere.

In antecedente nimic deosebit; nici o naştere, nici un avort. Bolnava vine cu membranele rupte de 6 ore.

La examenul obstetric extern se constată: bazin normal, prezentaţie craniană oblică; bătăile cordului nu se percep. Sarcina este la termen.

La examenul intern: o tumoră renitentă, nedureroasă, ce ocupă vaginul, mai ales în fundul de sac stâng şi posterior. Orificiul intern deplasat în sus şi dreapta, dilatat de 4 degete, prin care se ajunge la craniul liber. Se face o puncţie vaginală, prin care se extrage lichid sero-citrin (1 kg.). Chistele ovariene încarcerate sunt cele mai comune tumori ale ovarului, în timpul gestaţiei, cari produc accidente în timpul travaliului.

Dr. DUMITREANU ZENO: **Despre anchetele epidemiologice.**

Medicul sanitar are rolul cel mai de seamă în prevenirea epidemiilor.

De aceia trebuie să descopere primul simptom sau chiar primele cazuri, izolându-le, găsind şi sursa infecţiei, pe care o înlătură executând dezinfecţia cerută.

Acesta este procedeul ideal, dar se poate aplica rar, mai ales în mediul rural. Medicul sanitar va trebui să facă ancheta sanitară, la care va trebui să ia în considerare toţi factorii remarcabili şi necesari la anchetele epidemiologice.

Cu deosebire atunci când suntem puşi în faţa unei epidemii ancheta devine o necesitate absolută şi urgentă, faţă de care nu se poate imagina o combatere eficace.

Ancheta epidemiologică nu este altceva decât o anchetă sanitară mai vastă, executată fiind în timpul unei epidemii. Această lucrare importantă este încadrată în domeniul igienei sociale.

Anchetele epidemiologice în aplicare seamănă mult unor tratamente ale medicinei curative, când bolnavii cu aceiaşi boală trebuiesc trataţi individual, iar nu conform schemelor clasice.

Deacea foarte mulţi medici igienişti greşesc atunci când procedează cu aceiaş metodă, cu ocazia anchetelor pe cari le fac. Căci la anchetele epidemiologice, deşi lucrăm după acelaş sistem, trebuie totuşi să luăm în considerare mai multe circumstanţe, cum sunt: specia, caracterul şi mediul în care s'a ivit epidemia, terenul, solul, regiunea, împrejurările atmosferice, etc., etc.

La anchete trebue să participe toţi factorii importanţi: agentul sanitar, moaşa, sora de ocrotire, dezinfectorul, notarul, primarul, preotul, învăţătorul, poliţia şi orice altă persoană pe care anchetatorul o va crede utilă. Nu se va începe ancheta înainte ca medicul să aibă la dispoziţie harta sau schiţa comunei, ca după ea să se poată orienta în toată lucrarea sa. Această hartă va fi însoţită de un indicator de anchetă, în care se vor nota toate datele importante la bolnavii găsiţi şi măsurile luate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. FENYVES ARMIN: **Fractura rotulei.**

Prezintă un bolnav din serviciul chirurgical, cu fractura rotulei în trei fragmente, cu deplasare mare între ele, cauzată de un accident.

La 12 zile după operaţie bolnavul poate face mişcări de flexiune şi extensiune, iar în a treia săptămână poate merge în baston. In săptămâna 4-a bolnavulul a părăsit spitalul vindecat.

Conferenţiarul prezintă în şedinţă plăcile radiografice ale cazului, înainte şi după operaţie.

DISCUŢII: La cazul I: Dr. BRATU insistă asupra importanţei şi rarităţii graviditătii extrauterine interstiţială.

La cazul II: Iau parte la discuţii D-rii MUNTEANU, BALINT, GHITEA şi GLĂVAN.

Dr. MUNTEANU e de părere că închiderea şcoalelor în timpul de epidemie, ar trebui să se facă numai pe timpul dezinfecţiei. In rest copii trebuiesc aduşi la şcoală şi urmăriţi de medici zilnic.

In privinţa apelor potabile din judeţul Bihor este de părere că mai toate nu pot rezista unei analize chimice. Arată cât de greu este să găseşti şi să izolezi pe purtătorii de germeni, fiindcă populaţia nu dă concursul medicului în acest sens.

Dr. BALINT este de părere că şcolile să fie închise pe tot timpul incubaţiei boalei contagioase, care s'a ivit în ea.

Dr. GHITEA: In aceiaşi chestie a închiderei şcoalelor pe timpul epidemiilor, pledează pentru închiderea lor cât mai puţină în sensul celor spuse de Dr. Munteanu, aducând probe din practică de medic de circumscripţie despre eficacitatea controlului copiilor în şcoală.

Şedinţa dela 4 Decemvrie 1931

Dr. COSTA ROMULUS: **Asupra unui caz de uter bicorn, bicol, cu vagin simplu.**

Cazul prezentat aparţine grupului de anomalii congenitale cari derivă din luna III-a—IV-a a vieţii embrionare.

Bolnava a intrat în serviciul ginecologic al Spitalului Judeţean din Oradea pentru hemoragie, care începuse cu 4 săptămâni mai înainte. Menstruaţia a venit cu o lună întârziere. La examen se constată că corpul uterului este la stânga mărit şi mai moale. La dreapta se constată o tumoră dură, de mărimea unui ou de găină. Atât ananeza, cât şi starea prezentă pledau pentru o sarcină extrauterină.

La operaţie s'a constatat că uterul avea 2 coarne şi o singură porţiune vaginală cu 2 canaluri cervicale şi cu 2 orificii externe. Cele 2 coarne sunt despărţite prin ligamentul recto-vezical descris pentru prima dată la 1824. Corpul drept era gravid (avort), s'a făcut amputaţia cornului drept, sterilizarea tubei stângi. Fiecare corn avea un ovar, o tubă şi un ligament rotund. Bolnava avea 33 de ani şi mai născuse 2 copii, ultimul cu 2 ani mai înainte. A avut şi un avort.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. GLAVAN ION: **Pierderea totală a vederei, temporară, după septicemie.**

E vorba de un copil de 11 ani, intrat în serviciul chirurgical al Spitalului din Oradea cu osteomielită acută infecţioasă, a tibiei drepte şi cu o stare generală gravă. La intrare în serviciu constatându-se că nu vede nimic am fost consultaţi şi noi.

Din cele spuse de însoţitori rezultă că sufere de 2 săptămâni de afecţiunea gambei, iar de o zi şi jumătate nu mai vede nimic.

La examenul ocular nu găsim nimic patologic la polul anterior. La fundul ochilor constatăm nevrită optică, bilaterală cu papilită moderată. Vederea este complect abolită (n'are nici percepţie luminoasă).

Intervenţia chirurgicală s'a făcut îndepărtându-se focarul infecţios.

La 24 de ore după intervenţia chirurgicală avea o slabă percpeţie a luminei, la 48 ore mai târziu număra degetele la 1 metru, dar nu putea deosebi culorile.

La 5 zile după intervenţia chirurgicală acuitatea vizuală era normală, dar nu, putea distinge bine culorile; la 2 zile mai târziu vederea era complect restabilită. O nevrită uşoară persista, dar aspectul papilelor era mult modificat în bine.

Cu această ocazie conferenţiarul face o expunere scurtă, dar complectă, asupra nevritelor optice după maladii infecţioase acute, cari sunt destul de rare. Cele mai frequente sunt cele ce se ivesc la organele din jurul ochiului, în special după sinuzite şi otite. Febra tifoidă, meningitele,

cerebro-spinale şi septicemiile, de orice natură, pot da deasemenea nevrite optice grave, unele însoţite de pierderea totală şi definitivă a vederei.

Nu se poate susţine în mod precis modul de producere al acestor nevrite optice, este însă probabil că e vorba de o metastază a agenţilor patogeni pe cale sanguină.

Dr. POP ALEXANDRU: a) **Diverticul lui Mickel producând un ileus.** b) **Un caz de carcinomatoză generalizată.**

a) Un copil de 8 ani, care se îmbolnăveşte brusc în ziua de 26 Noembrie, având dureri mari în abdomen, vărsături şi sughiţuri. Este adus la Spital cu 2 zile mai târziu, prezentând un facies peritoneal, cu vărsături fecaloide, abdomenul prezentând contracturi intestinale. Presupunându-se un ileus se face laparatomie mediană, care dă naştere unei mari cantităţi de lichid sero-sanguinolent. Se găseşte o ansă iliacă de 30—35 cm. lungime, de culoare brun închisă, cu pereţii foarte îngroşaţi, mezenter îngroşat şi ganglioni măriţi. Ansa era strangulată la bază de un diverticul al lui Mickel, care pleacă dela convexitatea ileonului, cam la 40 cm. departe de coec şi formează un inel prin lipirea prin vârf de mezenter.

A treia zi după intervenţie bolnavul are scaun spontan, apoi evoluiază normal.

b) La cazul al doilea conferenţiarul prezintă o carcinomatoză generalizată, la un timp relativ scurt, după extirparea mamelei stângi unde a fost primul proces canceros.

Intrată în serviciul chirurgical la 25 Febr. 1931, femeia H. T. de 47 ani, avea un cancer al mamelei, care a fost operat şi ganglionii extirpaţi pe o mare întindere.

A plecat în bună stare din serviciu la 5 Martie 1931.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

A doua oară se prezintă la Spital la 20 Octombrie 1931 cu un cancer al rectului, care nu a putut fi pus în evidenţă prima dată când a intrat în serviciu după cum n'a putut fi constatat cancerul nici unui alt organ. A părăsit Spitalul la 26 Noemvrie 1931.

A treia oară se prezintă la Spital cu o fractură a colului femurului stâng prin metastază canceroasă. Cu această ocazie se constată un cancer şi al mamelei drepte. Plaga operatorie la mamela stângă era în bună stare.

De data aceasta starea generală era rea.

DISCUŢII: La cazul D-rului Glăvan: Dr. POP ALEXANDRU atrage atenţia asupra frequenţei cazurilor de ostemielită acută, infecţioasă şi care este mai frequentă la copii de 6—12 ani. De multe ori aceşti bolnavi vin prea târziu la operaţie din neglijenţa medicilor

N'a văzut până acum nici un caz de pierdere totală a vederei temporală, asemănător cazului de faţă.

La cazul D-rului Pop Alexandru: Dr. GLĂVAN aminteşte cazul unui sarcom melanic al globului după care au urmat metastaze în oase şi viscere şi moarte.

D-rul COSTA e de părere că orice cancer atins trebuie operat imediat, căci multe se generalizează îndată ce au fost atinse şi neoperate. Nu se poate şti azi care e cancerul bun, sau nu, de operat.

D-rul IONESCU MIRCEA e de părere că orice cancer trebuie să fie întins până la distanţe mari, în ganglioni, de aci multele recidive după operaţii, cari nu sunt decât extinderi ale focarelor neîndepărtate la operaţie.

C. — REVISTE MEDICALE

BULETINUL MEDICO-TERAPEUTIC

No. 10-11, 12 | 1931 şi 1-2, 3-4 | 1932

Conf. Dr. DEM. PAULIAN şi Docent Dr. I. V. BISTRICEANU: **Tratamentul endonazal în unele nevralgii periferice,** No. 10—11/1931.

Dr. D. TĂNĂSESCU şi Dr. V. BOGDAN: **Consideraţiuni asupra unei noui forme clinice a maladiei reumatisamale: Conjunctiva flictenulară reumatismală.**

Dr. ALFRED DIMOLESCU: **Constituţie — Caracter — Temperament — (Studiu psihopatologic)** (urmare).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Docent Dr. I. V. BISTRICEANU: **Curenţi de înaltă frecvenţă şi mare tensiune cu aplicaţiunile lor în tratamentul boalelor sistemului nervos.**

Conf. Dr. DEMETRU EM. PAULIAN: **Forma hemiplegică a sclerozei în plăci,** No. 12/1931.

Conf. Dr. DUMITRESCU-MANTE: **Fiziologia splinei.**

Docent Dr. I. V. BISTRICEANU: **Curenţi de înaltă frecvenţă şi mare tensiune în tratamentul maladiilor sistemului nervos.**

Conf. Dr. DEMETRU EM. PAULIAN: **Terapeutica prin ser hemolitic a sclerozei în plăci,** No. 1—2/1932.

Conf. Dr. DUMITRESCU-MANTE: **Fenomenele mecanice ale respiraţiei pulmonare.**

Docent Dr. I. V. BISTRICEANU: **Curenţi de înaltă frecvenţă şi mare tensiune în tratamentul maladiilor sistemului nervos.**

Dr. OD. APOSTOL: **Noţiuni generale de terapeutica gazelor de luptă.**

Conf. Dr. DEM. EM. PAULIAN: **Statistica Serviciului Neurologic din Institutul Central de boale mintale, nervoase şi endocrinologice din Bucureşti pe anul 1931.**

J. LEWY-VALENSI: **Les troubles mentaux des syphilitique,** No. 3—4/1932.

Conf. Dr. DEMETRU EM. PAULIAN: **Importanţa higienei mintale.**

Docent Dr. I. V. BISTRICEANU: **Curenţii de înaltă frecvenţă şi mare tensiune în tratamentul maladiilor sistemului nervos.**

Dr. OD. APOSTOL: **Reacţia Urechia—Retezeanu.**

* * *

GYNECOLOGIE ŞI OBSTETRICA

No. 9—10 | 1931 şi 1—2 | 1932.

C. DANIEL şi A. BABEŞ: **Despre guşa ovariană**, No. 9—10/1931.

C. DANIEL şi AL. ŞOIMARU: **Efectele terapeutice ale insuflaţiei tubare la femeile sterile**, No. 1—2/1932.

C. DANIEL: **Chestiunea controlului uterin la congresul din Bordeaux.**

SOCIETATEA DE GINECOLOGIE DIN BUCUREŞTI

Şed. din 18 Jan. 1931

C. DANIEL, N. COVALI şi D. CARAMZULESCU: **Un nou caz de embolie pulmonară post-operatorie.**

AL. CRĂINICIANU şi P. PAVELESCU: **Contribuţiuni la studiul vaccino-terapiei regionale** (Metoda Poincloux-Basset).

L. MAVROMATI: **Sistemul vegetativ în rachianestezie.**

AL. ŞOIMARU şi I. FENESAN: **Asupra rupturilor intra-coïtum.**

Sed. din 8 Febr. 1931

C. DANIEL, S. GOLDDENBERG-BAYLER şi I. POPESCU-DOLJ: **Rezultatele tratamentului chirurgical în tuberculoza genitală.**

C. DANIEL şi AL. ŞOIMARU: **Sarcină după insuflaţia tubară.**

PIERRE DESGEORGES şi D. BUZAGIU: **Contribuţiuni la studiul colibacilozei.**

I. ANGHEL, M. CONSTANTINESCU şi G. BOGDAN: **Tratamentul anexitelor prin injecţiuni de nucleinat de sodiu în col.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sed. din 22 Febr. 1931

C. DANIEL, D. CARAMZULESCU şi COVALI: **Lipectomie pentru obesitatea peretelui abdominal.**

T. FRUMUŞANU şi I. FLORIAN: **Tratamentul hemoroizilor prin metoda Bensaude.**

I. ANGHEL, M. CONSTANTINESCU şi G. BOGDAN: **Pyosalpinx deschis în vezică.**

I. JOVIN: **Tratamentul radiotherapic al tuberculozei utero-anexiale.**

Sed. din 8 Martie 1931

C. DAIEL şi AL. ŞOIMARU: **Avorturile tubo-abdominale.**

P. PAVELESCU: **Rachianestezia în afacerile dystotice** (Metoda Delmas).

O. ALFANDARY: **Sterilitatea şi insuflaţia tubară.**

F. GOTTLIEB: **Date technice şi statistice personale cu privire la tratamentul hemoroizilor.**

Sed. din 29 Martie 1931

C. DANIEL şi AL. ŞOIMARU: **Tumoră fibroasă aberantă abdominală.**

I. PREDESCU-RION: **Surditatea de origină genitală.**

I. ANGHEL, M. CONSTANTINESCU şi G. BOGDAN: **Tratamentul pyelitelor colibacilare prin „Acidol-Amina".**

C. HRISTU şi CRIVEANU: **Necesitatea apendicectomiei în orice intervenţiuni abdominale.**

* * *

REVISTA ŞTIINŢELOR MEDICALE

Nr. 1, 2, 3, 1932.

Prof. A. BOIVIN: **Oxidaţiile celulare,** No. 1/1932.

Dr. E. I. COHEN: **Sistemul hipofizo-tuberian.**

Dr. N. VLĂDESCU şi Dr. A. DIMITRIEV: **Clorurul de calciu sol. concentrată în tratamentul diareilor.**

Dr. V. CLIMESCU şi Dr. AT. IANĂŞ: **Maladia scafoidiană a lui Köhler.**

Dr. V. MĂNDRU: **Complectarea unei noi teorii în secreţia renală. Fisiologia glandelor suprarenale, în special azotemia suprarenală.**

Dr. P. G. MANTZOROS: **Reacţiunea Vernes. Technica şi avantajele metodei. Sifilimetria baza tratamentului anti-sifilitic,** (continuare).

Dr. IACOBOVICI şi Dr. ŞTEFAN JIANU: **Consideraţiuni asupra unui caz de tuberculoză fibro-chistică a genunchiului,** No. 2/1932.

Drs. D. NOICA, O. ARAMA et I. LUPULESCU: **Trois cas cliniques de paralysie du plexus brachial, par arrachement des racines et presentant le syndrome de Claude Bernard-Horner.**

Dr. ANDREI CĂRSTEA şi VASILE MUNTEANU: **Cifo-scolioza si ulcerul gastro-duodenal.**

Dr. OSCAR MELLER şi Dr. H. ELIAS: **Consideraţiuni asupra unui caz de osteo-psathyrosis infantil.**

Dr. AT. IANĂŞ, MIH. GHIMPEŢEANU şi A. VĂLEANU: **Cura helio-marină şi rezerva alcalină.**

Dr. C. DOLJAN: **Concepţiune nouă în patogenia arterio-sclerozei. Carenţa glandulară genitală, hipertensiune arterială, arterio-scleroza.**

Conf. Dr. DUMITRESCU-MANTE, Docent Dr. HAGIESCU şi Dr. MUNTEANU: **Studiu asupra capacităţii vitale la normali,** No. 3/1932.

Dr. SEPT. SFINŢESCU: **Controlul radiografic al eficacităţii radioterapiei în tratamentul tumorilor hipofizare.**

Dr. ION F. CORCIOVEI: **Activitatea chirurgicală din spitalul Rădăuţi (dela 1 Iunie 1931 până la 1 Martie 1932).**

* * *

REVISTA DE IGIENĂ SOCIALA

No. 11—12 | 1931 şi 1, 2, 3, 4 | 1932

G. BANU: **Alimentaţia copiilor de şcoală în România,** No. 11/1931.

M. MOLDOVAN: **Pauze de muncă.**

I. JOVIN: **Experienţe recente în organizarea luptei anticanceroase.**

I. D. ENESCU: **Consideraţiuni igienico-sociale asupra arhitecturii moderne.**

VIRGIL ŞERBĂNESCU: **Livretul de sănătate al soldatului.**

N. POJOGA: **Consideraţiuni critice asupra educaţiei copiilor.**

G. BANU: **Cercetări asupra defectelor organice la copiii de şcoală,** No. 12/1931.

I. NEMOIANU: **Contribuţiuni la hematologia tusei convulsive.**

GH. ATANASIU: **Institutele medico-pedagogice.**

M. SCHACHTER: **Câteva considerațiuni asupra maltratărilor morale la copii.**

IOAN D. NĂSTASE: **Monografia orașului Hârlău (jud. Botoșani).**

C. BANU: **Cuvânt introductiv,** No. 1/1932.

M. MANICATIDE: **Certificatul de sănătate pentru contractarea căsătoriei.**

G. BANU: **Organizarea protecției copiilor în România.**

I. SETLACEC: **Igiena copilului și organizația internațională a muncii.**

M. NASTA și T. VEBER: **Vaccinarea antituberculoasă a noului-născut cu vaccinul Calmette B. C. G.**

CAMIL PETRESCU: **Copiii în literatură și literatura pentru copii.**

I. NEMOIANU: **Considerații sociale asupra alimentației sugarilor în România.**

N. APRIHĂNEANU: **Aportul arhitecturii moderne în igiena socială a copilăriei.**

AXENTE IANCU: **Considerații asupra stadiului actual al protecției copiilor în Ardeal.**

H. SLOBOZIANU: **Profilaxia tuberculozei infantile la noi.**

G. BANU: **Necesitatea federalizării instituțiilor de protecție infantilă.**

M. MOLDOVAN: **Orientarea profesională a elevilor.**

CORNEL IANCU: **Alimentația sugarilor în massele populației românești.**

EM. CERKEZ: **Asistența infantilă oficială și particulară în România.**

B. ȘAPIRA: **Igiena socială infantilă pe anii 1930 și 1931.**

D. I. VASILIU: **Importanța medico-socială a vegetațiilor adenoide la copii.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

B. DRĂCEANU: **Considerațiuni asupra educației fizice a copilului.**

PETRE LAZĂR C.: **Obstacole în educația fizică a școlarilor.**

STAVRI C. CUNESCU: **Copiii în muncă,** No. 2/1932.

STATE DRĂGĂNESCU și SERGIU AXENTE: **Câteva date asupra cazurilor de encefalită letargică; văzute în ultimii 4 ani la consultațiile de boli nervoase din spitalul Colentina.**

E. RĂSMERIȚĂ: **Considerații medico-sociale asupra muncii copiilor.**

SEVER ELIAN și LEON HERMAN: **Date statistice asupra sifilisului la prostituatele din Craiova.**

AUREL VOINA: **Biologia socială a frumuseții. Frumusețea fizică și instinctul sexual,** No. 3/1932.

MAREȘ CAHANE: **Asupra sterilizării alienaților cronici. Necesitatea unei legiferări la noi.**

HILDA DRĂGAN: **Asistența socială a municipiului Timișoară în iarna 1931/1932.**

ANATOLE CRESSIN: **Activitatea serviciului medical al școalei comerciale „Regele Carol I" din București.**

G. BANU: Igiena **muncii. Principii generale,** No. 4/1932.

E. RĂSMERIȚĂ: **Principii de nutriție a lucrătorilor de fabrică.**

ȘTEFANIA NEGRESCU: **Ancheta internațională asupra mortalității sub un an și a mortinalității în circ. X-a medicală București, pe 1931.**

I. ALEXA: **Ancheta internațională asupra mortalității sub un an și a mortinalității în circ. Tomești (Iași), în intervalul 1 Ianuarie—30 Septemvrie 1931.**

D. — TEZE de DOCTORAT

PREZENTATE ŞI SUSŢINUTE IN ANUL ŞCOLAR 1929—1930

LA FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 3406—3498

I. CUNICER: **Contribuţiuni la tratamentul cu autovaccin al hematocelelor pelviene infectate cu colibacili,** No. 3406/1930.

ELISABETA I. CRAINICESCU: **Peritonizarea după procedeu Delvaux în histerectomiile subtotale şi totale,** No. 3407/1930.

MARCEL A. SCĂRLĂTESCU: **Chimioterapia intravenoasă în blenoragie,** No. 3408/1930.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MOISE KAHANE: **Torsiunea cordonului spermatic la testicolul normal scoborît,** No. 3409/1930.

BARAD P. IOSUB: **Contribuţiuni la studiul malario-therapiei în sifilisul nervos juvenil,** No. 3410/1930.

HERMAN M. BLUM: **Conduita de urmat în contuziunile abdominale,** No. 3411/1930.

NICULAE G. CĂPRESCU: **Contribuţiuni la studiul şi tratamentul veziculitelor seminale,** No. 3412/1930.

DORU WAISSLER: **Complicaţiile prostato-vezicale ale colibacilozei,** No. 3413/1930.

OLGA KRAFT: **Contribuţiuni la tratamentul adenitelor inguinale acute supurate,** No. 3414/1930.

AUREL SCHREIBER: **Perforaţiile septului nasal,** No. 3415/1930.

TRAIAN PETRE G. IONESCU: **Contribuţiuni la studiul fenomenelor schizoide în paralizia generală,** No. 3416/1930.

CĂRTUŢĂ I. GABRIEL: **Despre metodele actuale pentru tratamentul varicelor,** No. 3417/1930.

L. SCHWARTZ: **Raportul amino-ureic ca probă de insuficienţă hepatică,** No. 3418/1930.

SSub.-Lt. PETRESCU V. DUMITRU: **Contribuţiuni la grefele osteocartilaginoase în chirurgia estetică a dysplastiilor nasale „prin diformaţie",** No. 3419/1930.

TEODORESCU N. PETRE: **Extremităţi supranumerare la un copil de patru luni,** No. 3420/1930.

GHEORGHE IAMANDI: **Anestezia bazală cu avertină pe cale rectală,** No. 3421/1930.

GHEORGHE P. PAPAZISU: **Contribuţiuni la studiul tumorilor maligne ale naso-faringelui,** No. 3422/1930.

POPESCU F. CONST: **Contribuţiuni la studiul sero-reacţiei Meinike (M. T. R³.),** No. 3423/1930.

DIMITRIE BUNTEANU: **Parkinsonsimul post traumatic,** No. 3424/930.

STANCUŢ C. DUMITRU: **Consideraţiuni relative la tratamentul chirurgical al sinusitelor maxilare supurate,** No. 3425/1930.

NEFERU I. IOAN: **Contribuţiuni la profilaxia pojarului prin injecţiuni cu sânge integral,** No. 3426/1930.

CODJA AVRAMOGLU GHEORGHE: **Contribuţiuni la studiul asociaţiei fibromului uterin cu cancerul uterin,** No. 3427/1930.

GH. BADENSKI: **Studiu comparativ asupra metodelor de imunizare antitetanică,** No. 3428/1932.

N. GH. DUŢESCU: **Contribuţiuni la studiul nevralgiilor faciale de origină dentară,** No. 3429/1930.

CONST. N. COSTINESCU: **Nou procedeu de tratament al sifilisului cu arsenobenzoli în doză masivă dizolvaţi în soluţie de acizi biliari,** No. 3430/1930.

PETROŞANU N. ION: **Supuraţiuni pelvigenitale la femee deschise în vezica urinară,** No. 3431/1930.

WOLF HORNSTEIN: **Intrebuinţarea serului antigangrenos în cazurile grave de febră tifoidă,** No. 3432/1930.

PANDELESCU I. MIRCEA: **Contribuţiuni la studiul nefritelor colibacilare medicale,** No. 3433/1930.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ADOLF MOSCOVICI: **Contribuţiuni la tratamentul calculilor ureterali inferiori,** No. 3434/1930.

BETTY GUTTER-CUCOŞ: **Contribuţiuni la studiul anomaliilor valvulelor arteriale ale cordului,** No. 3435/1930.

GH. CUCOŞ: **Induraţie plastică a corpilor cavernoşi,** No. 3436/1930.

ANGHEL C. ENCICA: **Complicaţiile urinare în fracturile basinului,** No. 3437/1930.

POMESCU A. SYLVIU: **Contribuţiuni la studiul leziunilor vezicei în cursul intervenţiilor gynecologice,** No. 3438/1930.

ROZALY BRUKER: **Tratamentul hemoragiilor uterine prin insulină,** No. 3439/1930.

AVRAM MARCOVICI: **Contribuţiuni la studiul spinei bifida şi turburărilor neurotrofice,** No. 3440/1930.

EUGEN POP: **Consideraţiuni asupra otitei medii latente în general,** No. 3441/1930.

MOISE H. ALTER: **Noi rezultate clinice în malariotherapia sifilisului nervos,** No. 3442/1930.

THEODOR STEINBERG: **Adenopatia tracheo-bronchică la purtătorii de vegetaţiuni adenoide,** No. 3445/1930.

M. SCHWARTZMAN: **Apendicita la copii,** No. 3444/1930.

SONIA PISAREVICI: **Contribuţiuni la studiul asociaţiunii fibromului uterin cu chistul de ovar,** No. 3445/1930.

ŞTEFAN N. STAICOVICI: **Cancerul şi ulcerul cronic al vulvei,** No. 3446/1930.

LIPA B. COGAN: **Contribuţiuni la studiul Chistelor ovariene bilaterale,** No. 3447/1930.

HERMAN Z. FINKELSTEIN: **Cercetări asupra acţiunii injecţiunilor cu transpulmin în afecţiunile pulmonare,** No. 3448/1930.

NICOLAE COVALI: **Contribuţiuni la studiul abceselor cerebrale şi cerebeloase de origină otică,** No. 3449/1930.

ANGELA GHIŢESCU-ROBESCU: **Stenoza cicatricială a vaginului,** No. 3450/1930.

DICOFF IV. DIMITRIE: **Tratamentul actual a tuberculozei laringee,** No. 3451/1930.

CEACAROF J. CONSTANTIN: **Supuraţiunile cronice din Attica şi tratamentul lor,** No. 3452/1930.

NICOLAE POP: **Contribuţiuni la studiul flegmonului gazos-gangrenos al planşeului bucal (Angina Ludwig),** No. 3453/1930.

KRAUS I. FRIDERIC: **Contribuţiuni la studiul malariei de inoculare tip quart în raport cu grupe sanguine şi tabloul sanguin,** No. 3454/1930.

BERNHARD LUPOVICI: **Colopatia de origină apendiculară,** No. 3455/1930.

CECILIA ADAM: **Contribuţiuni la studiul antigenului Forssman. Prezenţa antigenului heterofil în bacteridia cărbunoasă,** No. 3456/1930.

ALEXANDRU I. LĂZĂRESCU: **Auto-hemoterapia în tratamentul pneumoniei şi bronho-pneumoniei,** No. 3457/1930.

AVRAM SCHAIM: **Rigiditatea post-encefalitică şi tratamentul ei cu harmina,** No. 3458/1930.

SCHAFLER CLARA: **Apendicita şi sarcina,** No. 3459/1930.

BENONE GEORGESCU: **Hysterectomia profilactică în fibromul gravid,** No. 3460/1930.

DUMITRU I. CARAMZULESCU: **Contribuţiuni la operaţia lui Schauta,** No. 3462/1930.

CAECINA A. BUSUIOC: **Contribuţiuni la technica apendicectomiei,** No. 3463/1930.

ŞTEFAN SINCULESCU: **Consideraţiuni asupra colecistectomiei fără drenaj,** No. 3464/1930.

IORGULESCU S. ŞTEFAN: **Contribuţiuni la studiul deviaţiilor congenitale ale coloanei vertebrale la monştrii cu malformaţii craniene,** No. 3465/1930.

OSCAR ŞRAER: **Contribuţiuni la studiul kistelor intraligamentare,** No. 3466/1930.

ENACHESCU S. D.: **Contribuţiuni la studiul histologic al plexurilor coroide,** No. 3467/1930.

EMANOIL SCHAPIRA: **Contribuţiuni la indicaţiunile transfuziunei sanguinei în gynecologie,** No. 3468/1930.

ROSENBERG SOFIA: **Litiaza salivară contribuţiuni,** No. 3469/1930.

MARCUS SEGALL: **Polipii mucoşi rectali,** No. 3470/1930.

Medic Lt. IOAN DRAGOMIRESCU: **Contribuţiuni la studiul clinico-terapeutic al tumorilor extra-durale,** No. 3471/1930.

POPOV PEICIO: **Contribuţiuni la studiul fibromului uterin la femei sub 26 ani,** No. 3472/1930

HEINRICH PINSLER: **Contribuţiuni la studiul diabetidelor genitale la femee,** No. 3473/190.

IOANIŢESCU GEORGE: **Studiu anatomic şi radiologic al unor fracturi consolidate de cubitus şi radius,** No. 3474/1930.

MIRCEA N. CONSTANTINESCU: **Studiul anatomic şi radiologic a unor fracturi consolidate de tibia şi peroneu,** No. 3475/1930.

CORNELIU AURIAN D.: **Tratamentul placentei praevia grave (tratamentul chirurgical al placentei praevia),** No. 3476/1930.

MORITZ ABRAMOVICI: **Contribuţiuni la studiul degenerescenţelor benigne ale fibromului uterin,** No. 3477/1930.

LANGMANTEL HERMAN: **Valoarea semnelor fizice în diagnosticarea adenopatiei tracheo-bronchice,** No. 3478/1930.

MARIA M. ALEXIU: **Acţiunea anagotoxică a apei de Borsec asupra sulfatului de sparteină,** No. 3479/1930

CONSTANTIN I. ANDREOIU: **Despre kistele uterine primitive,** No. 3480/1930.

GIGU I. RUBINSTEIN: **Tratamentul metritelor cervicale prin iod coloidal electro-chimic,** No. 3481/1930.

BĂJEU J. GHEORGHE: **Contribuţiuni la studiul menstruaţiei la femee,** No. 3482/1930.

VICTOR D. MITIŞOV: **Conservarea inervaţiunii muşchiului drept abdominal în incizia Jalaguier,** No. 3483/1930.

NAUMESCU P. CONSTANTIN: **Tratamentul post-operator în histerectomia vaginală,** No. 3484/1930.

PETRE NICOLESCU: **Consideraţiuni asupra angiomului hepatic,** No. 3486/1930.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ANNA SUCHAR: **Rotaţiunea şi înclinaţiunea laterală a uterului gravid la termen,** No. 3487/1930.

PALADE ANTONESCU: **Frecvenţa şi formele clinice ale tuberculozei sugarilor,** No. 3488/1930.

THEODOR KOENIGSBERG: **Elefantiasisul membrului superior,** No. 3489/1930.

MARCU BAYER: **Tratamentul medical al marelor hemoragii, provocate de ulcerul gastric,** No. 3490/1930.

I. R. ROTHENBERG: **Cazul Sabetay Zwi (Studiu medico-psichiatric,** No. 3491/1930.

ALFRED BRUL: **Formele incipiente ale tuberculozei pulmonare la adult,** No. 3492/1930.

EISENBERG HAIM: **Durerea şi absenţa ei în clinică,** No. 3493/1930.

CIACALOPOL TH. CORNELIU: **Tratamentul apendicitei acute,** No. 3494/1930.

GEORGE BOLINTINEANU: **Acţiunea extractului de lob posterior hipofizar (glanduitrin în afecţiunile căilor biliare,** No. 3495/1930.

S. MATEUŢAN: **Operaţia Robertson Lavalle în osteo-artritele tuberculoase,** No. 3496/1930.

HORN IOSEF: **Reflexul sinusului carotidian în patologia nervoasă,** No. 3497/1930.

GEORGE D. ALEXIANU BUTTU: **Constituţiunea umană (Studiu morfologic, endocrinologic şi capilaroscopic),** No. 3498/1930.

M. M. R.

IV.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

Ce este Umfia?

Umfia represintă *Uniunea Medicală Franco-Ibero-Americană* deci este o societate medicală internaţională; prima de acest fel; înfiinţată la 1912 de D-ri Dartigues, Bandelac de Pariente şi Gaullieur le Hardi.

In *„Cartea de aur"* a Umfiei din 1926, D-l Dr. Kernbach, delegat general adj. al Umfiei pentru România ne spune în Clujul Medical No. 1/1932 că stă scris „Scopul ei principal este să stabilească legături de prietenie, cordialitate şi de ştiinţă în lumea medicală şi ştiinţifică latină" şi scopul ei a fost atins pentru-că azi la Umfia aderă 26 naţiuni şi că are 70 filiale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Delegatul general al României este Prof. Dr. Daniel de la Bucureşti; între membrii de onoare figurează Prof. I. Cantacuzino.

Ce a realizat până în prezent? O revistă, care apare lunar în 3 limbi: franceză, spaniolă şi portugheză, al cărei redactor şef este D-rul Molinéry directorul technic al staţiei termale Luchon din Franţa; o operă linguistică, o mare majoritate a membrilor Umfiei cunoscând cel puţin 2 limbi, organizare de excursiuni ştiinţifice cu creare de burse pentru voiagii pentru studenţii studioşi; schimb între personalităţi marcante pentru ţinere de conferinţe; „Journées médicales" în fiecare an; premii pentru lucrările mai imporantte; un oficiu permanent de informaţii pentru ţara respectivă sau pentru celelalte ţări, etc.; Umfia mai dă directive asupra diverselor proecte medicale ale lumei latine, face recomandaţii pe lângă personalităţi ştiinţifice pentru a pătrunde sau lucra în diferite facultăţi, institute şi laboratoare, avantagii la staţiuni termale, etc., etc.

* * *

Anchetă referitoare la profilaxia şi tratamentul sifilisului

In No. 3/1930 revista „Clujul Medical" a deschis o atare anchetă dictată de noile metode preconizate, caşi de accidentele survenite în ultimul timp cu medicamentele vechi, cari au provocat un moment de confusie în spirite.

La această anchetă au răspuns d-nii Prof. Nicolau, Urechia, Minea, Vereş, Tătaru şi Goldberger.

Resumatul tuturor răspunsurilor primite îl prezintă în No. 10/1931 al aceleaşi reviste D-l Prof. C. Tătaru, directorul clinicei dermato-venerice din Cluj.

Intre altele aflăm că: profilaxia individuală locală (Condom, pomada lui Metschnikoff) este foarte eficace; trat. preventiv practicat la câteva zile dela raportul infectant se poate mărgini la 3—3.5 gr. neosalvarsan, dar cel abortiv trebue să urce la 6—8 gr. şi ca să fie mai sigur să cuprindă 2 cure de siguranţă neosalvarsano-bismutică; observaţia dupe suprimarea curelor abortive va fi de 2—4 ani şi ea trebue coroborată prin examenul lich. c. rachidian; trat. sif. odată realizat trebue să fie de *fond metodic, cronic* şi *intermitent*, durata lui trebuind să fie dela 3—4 ani în sus şi chiar toată viaţa, chiar dacă s'a obţinut negativarea reacţiilor serologice şi controlat la epoci anumite cu examinarea lich. c. r.; trat. să fie mixt: arseno-mercuro-bismutic; piretoterapia (sub forma ei cea mai activă, a malario-terapiei) să se intercaleze între 2 cure cu Neosalvarsan şi ea poate fi repetată de 2—3 ori în total; pentru pătrunderea în ţesutul nervos să se disolve Neosalvarsanul în Cylotropină ori soluţie de Urotropină; Neosalvarsanul nu este contraindicat în atrofia nervului optic şi trebue dat cu prudenţă în insuficienţa hepatică, în care bismutul şi mercurul este contraindicat; mercurul este contraindicat în lesiunile renale, în care este indicat neosalvarsanul şi Bismutul; se poate vorbi şi de o vindecare a sifilisului având în vedere perioada boalei şi tratamentul urmat, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2 concluzii primează: „negativarea reacţiilor serologice trebue să fie ţinta tutulor sforţărilor noastre" (Nicolau); şi „Neosalvarsanul rămâne medicamentul suveran şi obligator" (Tătaru)' care când nu poate fi administrat să fie înlocuit cu Myosalvarsan, Sulfarsenol, Acetylarsan, Treparsol, Stovarsol sau Spirocid.

* * *

Comitetul Asoc. Internilor pe 1932

Asoc. Internilor şi foştilor Interni de spitale şi-a constituit următorul Comitet pe 1932: Preşedinte: Dr. Gr. Popescu; vicepreşedinte: Dr. S. Ciorapciu; casier: Dr. Dan Chiriceanu; secretar general: Dr. P. Bogdan; bibliotecar: Dr. St. Chiser; secretar de şedinţă; Dr. Maria Georgescu; membrii în comitet: D-ri Sergiu Stoicescu şi Const Dănulescu.

* * *

Sifilisul la prostituate

D-rii S. Elian şi L. Hermen întreprinzând o anchetă printre prostituatele oraşului Craiova înregistrate la poliţie şi urmând vizita regulată la dispensarul veneric local au constatat şi rezultatele lor au fost publicate în Revista de higienă socială No. 2/1932, că:

dintre 60 prostituate de vârstă cuprinsă între 18 şi 42 ani şi cu practică a prostituţiei dela 2 luni la 22 ani 16.6% prezintă seroreacţiile (Wasserman, Müller, Kahn, Meiniche) negative; 60% sunt purtătoare de sifilis florid serologiceşte şi capabile deci de contaminare; numai 5% dintre ele urmează un tratament regulat.

* * *

Histodiagnosticul în practica medicală

D-l Dr. Popa Rubin, şef de laborator în Institutul pentru studiul şi profilaxia cancerului de la Cluj, la lumina axiomelor medicale: „Examenul histopatologic sau biopsic este cel mai sigur mijloc de diagnostic" (Masson), şi „Este preferabil un examen precoce cu rezultat negativ, decât unul cu rezultat positiv dar tardiv", într'un articol publicat în Clujul medical No. 3/1932 arată cum se recoltează, cum se fixează şi cum se expediază un material biopsic pentru a avea un diagnostic precis şi rapid din partea unui laborator utilat.

După ce mai indică şi alte condiţiuni, ce trebue să întrunească preparatul, precum acelea de a fi însoţite de câteva noţiuni explicative, pune indicaţiile generale ale acestui fel de examen, care priveşte în primul rând depistarea la timp a unei tumori maligne; art. interesează cu precădere pe medicii din afara centrelor prevăzute cu asemenea laboratoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

A apărut: Istoricul revistei „SPITALUL" şi tabla generală a materiilor (conţinute în primii 50 de ani 1881—1930), de *Dr. V. Gomoiu şi Dr. G. A. Davidescu.*

In acest volum este expusă toată activitatea revistei pe timp de 50 ani şi tot materialul revistei, publicat dela începutul ei (1881) până în prezent, clasat în ordinea lor alfabetică împărţit în şeasa capitole şi anume:

1) **Articole Originale.** — 2) **Diverse Articole.** — 3) **Comunicări.** — 4) **Din Presa Medicală.** — 5) **Analize Bibliografice.** — 6) **Tablele anuale cu numele Autorilor.**

Astfel ca orice medic sau student vrea să-şi facă o lucrare va putea folosi materialul revistei **„Spitalul"** cu uşurinţă fiind ghidat de această lucrare.

Se găseşte de vânzare la toate librăriile şi la Sediul revistei **„Spitalul"**, B-dul Schitu Măgureanu No. 2. Se trimete contra ramburs în provincii. Un volum de 504 pagini **Preţul Lei 500.—**

* * *

Cum se hrănesc copii de şcoală în România

In Revista de higienă socială d-rul G. Banu, făcând cercetări pe 833 şcolari de vârstea preşcolară şi şcolară din 4 şcoale primare din Bucureşti, arată că între ei 29.7 % nu mănâncă de-

cât o singură dată sau de 2 ori pe zi, 21,4 % nu iau dejunul, 45,7 % îl iau sub formă de ceai fără pâine; 6,7 % dintre copii, cu apetitul intact, n'au ce mânca, iar 11.8% nu se alimentează cu carne decât odată pe săptămână.

Faţă cu această subnutriţie a copiilor de şcoală şi ca o întărire a acestor constatări, stă îngrăşarea în proporţie de 54.4 gr. pe zi, în mediu, a 1320 copii, internaţi în preventoriul de la Agigea (pe malul Mării Negre), cari în vara 1930 primeau fiecare în alimente, zilnic, o valoare energetică de 3730 calorii.

* * *

Conferinţele Prof. Achard în Bucureşti

Prof. Achard, secretar perpetuu al Academiei de medicină din Paris şi mare clinician dela Spitalul Cochin din Paris, invitat de facultatea noastră din Bucureşti, a ţinut un ciclu de patru conferinţe asupra *Crizelor în maladiile ciclice.*

Aceste conferinţe au avut loc în amfiteatrul cel mare al facultăţii de medicină. D-sa a vorbit Luni 14 Martie, ora 5—6, despre: „Crises thermiques: Pouls et respiration. Crises sanguines: élements figurés du sang".

Marţi 15 Martie, ora 5—6, despre: „Crises sanguines: Modifications du plasma. Platides, lipides, Fonction glycolytique".

Vineri 17 Martie, ora 5—6, despre: „Crises Urinaires. Eau, Urée, Minereaux, Chlore".

Sâmbătă 18 Martie, ora 5—6, despre: „Mecanisme des crises humorales, biochimiques. Modifications des proprietés physiologiques des leucocytes et du serum".

Digitized by Gr. T. Popa University Library, Iasi

* * *

Au petele solare vre-o influenţă asupra sinuciderilor, crimelor şi accidentelor?

Dr. Mauriciu Faure, prezidentul societăţii medicale al litoralului Mediteran, o susţine comunicând la al 54 Congres al Asociaţiunei Franceze pentru avansarea ştiinţelor, congres care a avut loc la Nancy în 20—26 Iulie 1931, cele ce urmează în rezumat:

In 1922 s'a semnalat coincidenţa petelor solare cu agravarea accidentelor acute în cursul boalelor cronice şi mai ales cu cel mai grav şi cel mai acut al acestor accidente: moartea subită (1927). Dar radiaţiile anormale ce rezultă din efervescenţa solară (a cărei manifestare mai vizibilă este pata), nu influenţează numai sistemul nervos al vieţei de nutriţiune dar şi sistemul nervos al vieţei de relaţiune, — adică radiaţiile nu provoacă numai perturbări ale schimburilor nutritive şi ale funcţiilor lor viscerale indispensabile vieţei dar şi perturbări mintale.

Aceste turburări se traduc prin observaţiile următoare:

Sinuciderî. — In locuri diferite, la indivizi care nu se cunosc, se observă sinuciderî în acelaşi timp, fără cauze importante imediate.

Crime. — Crime absurde, fără vre-o explicaţie raţională sunt comise în acelaşi timp din cauze banale, în locuri depărtate unele de altele.

Accidente. — Accidentele cele mai diferite apar în grupe, şi în condiţiuni care nu permit de a se îndoi de coexistenţa unei perturbări mintale şi a acţiunei unei cauze exterioare: ciocniri de trenuri, accidente multiple de automobil şi aviaţie, explozii, catastrofe, incendii, etc.

Aceste serii de fapte se desfăşoară într'o ordine care este întotdeauna aceiaşi, în relaţiune cronologică cu perturbările atmosferei şi ale scoarţei terestre, cari sunt datorite efervescenţei solare.

Agravarea accidentelor acute în cursul boalelor cronice apare întâiu. Această agravare se produce în cele 2—3 zile care precede trecerea petei solare; pe urmă apar morţi subite, sinucideri, crime absurde şi accidente care coincid cu trecerea petelor. Apoi apar schimbările anotimpului, furtuni, cicloane, explozii, aureole boreale, erupţii vulcanice, tremurături ale pământului, inundaţii care termină ciclul şi se produc în zilele care urmează trecerea petei.

Ciclul întreg durează mai puţin ca o săptămână, dar când mai multe pete se succed la interval de câte-va zile accidentele sunt mai violente şi ciclurile sunt subintrante.

Asistăm la perioade de 10, 12, 15 zile uneori şi mai lungi, în care timp au loc fapte anormale ce sunt atribuite acţiunei radiaţiilor solare. Apoi totul reintră în ordine până ce apar o nouă serie de fapte.

Nu trebue să vedem această coincidenţă ca un efect întâmplător de oarece s'au urmărit o serie de fapte asemănătoare în observaţiile ce citează în timp de 10 ani (1921—1931).

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Congresul Internaţional al litiazei biliare

Următoarele rapoarte, după ce au trecut prin secţiuni, vor fi expuse în şedinţe publice la Congresul Internaţional al Litiazei Biliare, care se va ţine la Vichy, între 19 şi 22 Septembrie 1932, sub înaltul patronaj al D-lui Ministru al sănătăţii publice şi la care 38 de ţări vor fi reprezentate.

1. Urmările colecistectomiei.

a) Studiu patogenic al urmărilor colecistectomiei: Dr. **Victor Donnet** (New-York).

b) Studiu clinic al urmărilor colecistectomiei: Prof. **Mariano Castex** (Bucnos-Aires).

c) Fenomenele dureroase consecutive colecistectomiei: Dr. **Castaigne** (Clermont-Ferrand).

d) Indicaţiuni chirurgicale: Prof. Dr. **Gosset** et Dr. **Petit Dutaillis** (Paris).

e) Terapeutica medicală şi hidrologică: Pr. **Giraud** (Montpellier).

f) Diagnostic radiologic: Dr. **H. Beclère** (Paris).

2. Tratamentul medical şi hidromineral al colecistului în Litiaza Biliară.

a) Indicaţiunile principale ale drenajului vezicular medical în litiaza biliară: Pr. agregat **Chiray** (Paris) şi Dr. **Pavel** (Bucureşti).

b) Indicaţiunile şi contra-indicaţiunile cholereticelor în litiaza veziculară: Prof. agregat **Chabrol** (Paris).

c) Terapeutica infecţiilor cholecistului: Pr. agregat: **Abrami** (Paris).

d) Terapeutica protectrice a ficatului în litiaza biliară: Pr. **J. Umber** (Berlin).

e) Acţiunea apelor minerale asupra mediului vezicular: Dr. **Piery** (Lyon).

f) Fizioterapia sedativă în afecţiunile veziculare: Dr. **Delherm** şi **Dausset** (Paris).

3. **Ficatul litiazic.**

a) Rolul ficatului în patogenia litiazei biliare: Pr. **Noël Fiessinger** (Paris).

b) Icterul în litiaza căei principale biliare: Pr. agregat **Brulé** (Paris).

c) Leziunile ficatului în icterele litiziace: Pr. agregat **Harvier** (Paris).

d) Metodele de exploraţie ale ficatului în icterul litiazic. a) metode chimice: Dr. **Dieryck** (Louvain); b) metode radiologice: Dr. **Gilbert** (Geneve).

e) Deducţiuni chirurgicale în icterul litiazic: Pr. agregat **Gatellier** (Paris).

Biroul congresului:

Dr. Prof. **Paul Carnot,** preşedinte; D-nii Profesori **Maurice Loeper,** preşedinte al secţiunei de medicină; **Pierre Duval,** preşedinte al secţiunei de chirurgie; **Maurice Villaret,** preşedinte al secţiunei de terapeutică şi hidrologie; D-nii D-ri **J. Belot,** preşedinte al secţiunei de Electro-hidrologie şi fizioterapie; **J. Aimard,** seretar general şi **R. Glenard,** secretar-adjoint.

Adeziunile şi cererile de informaţiuni trebuesc adresate Secretarului General al Congresului, 24, Boul. des Capucines, Paris (IX-e).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Comitetul românesc:

Preşedinte: Prof. **Danielopolu;** membrii: Prof. **Haţieganu,** Prof. **Iacobovici,** Prof. **Tănăsescu.**

* * *

Conf. Asoc. Docenţilor fac. de medicină din Bucureşti

In cusul lunei Martie şi Aprilie crt., au avut loc Conf. Asoc. Docenţilor fac. de medicină din Bucureşti pe subiecte de *„Actualităţi Medicale"*, dupe următorul program:

14 Martie 1932. — Dr. M. CÂNCIULESCU: **Starea actuală a farmacoterapiei: Specialităţile Farmaceutice.**

18 Martie. — Dr. D. COMBIESCU: **Febra exantematică de Marsilia.**

21 Martie. — Dr. V. DIMITRIU: **Progrese în chirurgia glandelor cu secreţie internă.**

28 Martie. — Dr. GOLDŞTEIN: **Cercetările citoarchitectonice şi localizările cerebrale.**

1 Aprilie. — Dr. E. LAZEANU: **Expresiunea radiologică a abceselor pulmonare.**

4 Aprilie. — Dr. I. MARCU: **Fiziologia şi farmacologia circulaţiei coronariene.**

8 Aprilie. — Dr. I. NICOLAU: **Relaţiunile între varicelă şi zona Zoster.**

11 Aprilie. — Dr. T. SARAGEA: **Concepţiuni noui asupra insuficienţei cardiace.**

15 Aprilie. — Dr. BAGDASAR: **Starea actuală a neurochirurgiei şi promotorii ei.**

Conferinţele au avut loc în amfiteatrul cel mare al Spitalului Colţea, la orele 21.

* * *

Profesorul Ch. Achard la Cluj

Cu aceste cuvinte, între altele, l-a salutat Prof. Iuliu Haţieganu pe Prof. Ch. Achard, cu ocazia vizitării de către acesta a Clujului în Martie crt.:

Profesorul Ch. Achard succesorul ilustru a lui Widal, membru al academiei de medicină vizitează în zilele acestea facultatea noastră de medicină. După Sergent, Labbé, Faure, Bernard, vom avea deosebita onoare de-a saluta în capitala culturală a Transilvaniei pe un reprezentat tot atât de marcant al ştiinţei franceze. Prieten sincer al României — el vine în mijlocul nostru cuprins de-o sinceră dorinţă de-a vedea Clujul „qui est pour la médicine le symbole de la grande Roumanie". Cuvintele sincere ale maestrului sunt pentru noi o încurajare spre o muncă continuă şi ascendentă.

Diagnostician excelent — profesor admirat şi iubit, savant deschizător de drumuri noi — Ch. Achard — azi ocupă primul loc în medicina internă.

In colaborare cu M. Bensaude a descris pentru prima dată infecţiile paratifoide şi prin acestea a luminat un mare capitol din patologia bolilor infecţioase. Inaugurator al clinicei experimentale a introdus o serie de metode de exploraţie funcţională a organelor. O serie de metode de eliminare de substanţe străine prin deosebitele organe — sunt legate de numele lui Achard (albastru de metilen). Biolog profund a abordat toate problemele mari ale vieţii, ocupându-se cu legile, cari diriguesc circulaţia umorilor a descris întâiadată întreg complexul căilor circulatorii sub numirea de **sistem lacunar** — termen azi consacrat în medicină, studiind foarte minuţios toate tulburările umorale şi aducând contribuţii serioase la patogenia edemelor. Dacă facem o reprivire scurtă asupra activităţii sale putem spune, că nu este capitol de patologie internă în care să nu fi lucrat şi să nu fi adus contribuţii noi. In lucrările lui ştiinţifice mereu apare clinicianul — care cearcă să explice manifestaţiile morbide prin lumina biologiei.

Intră în toate domeniile medicinei interne — şi în toate părţile trădează aceiaşi orientare sigură şi vedere clară. Cercetările sale asupra a o serie de boli ale sistemului nervos (encefalită, scleroza în plăci) sunt astăzi cercetate de toată lumea medicală. Afară de această activitate multilaterală şi ştiinţifică, o serie de monografii, tratate, presiuri conţin activitatea prodigioasă a profesorului Achard. Presiul său de anatomie patologică şi lucrarea sa asupra tulburărilor schimburilor nutritive — trădează erudiţia şi originalitatea lui. Lecţiunile sale dela spitalul Beaujon sunt adevărate modele de conferinţe magistrale. Cercetările sale din timpul din urmă asupra nefrozei lipoidice şi a echilibrului chlorat în maladiile ciclice sunt îndrumătoare şi aduc contribuţii foarte importante la aceste probleme atât de controversate.

Această alocuţiune fixează în trăsături generale personalitatea ştiinţifică şi direcţiile mari ale cercetărilor acestui mare savant al Franţei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O polemică medicală românească

Pe *„Chestiunea controlului uterin la Congresul din Bordeaux"*, congres care a avut loc în luna Octombrie trecut, a isbucnit o controversă vie între D-nii Prof. D-ri C. Daniel şi N. Gheorghiu.

Polemica priveşte în general *„Contribuţia românească"* a distinşilor genecolog şi obstetrician români la acel congres, iar în special se referă la chestiunea controlului uterin sistematic post-partum, control, pe care încă dela 1920 îl susţine D-l Prof. Dr. N. Gheorghiu şi asupra căruia a revenit în repetate rânduri prin tezele elevilor săi, în comunicări la diferite congrese şi prin ţinerea unei lecţiuni la Clinica Tarnier dela Paris, în ziua de 19 Ianuarie 1928, lecţie, care a fost redată în Leçons du Jeudi Soir, de la clinique Tarnier, din 1929.

Atât asupra fondului cât şi a formei acestei polemice ştiinţifice, cetitorul se poate documenta — până în prezent — din România medicală No. 21/1931, pag. 281—2, No. 5/1932, pag. 55—56 şi No. 6/1932, pag. 71; din Revista de Obstetrică, Ginecologie şi Puericultură Tomul X, No. 4/1931, pag. 183—191; din Ginecologie şi Obstetrică T. VII, No. 9—10, Decembrie 1931, pag. 273—277 şi T. VIII, No. 1—2, Martie 1932, pag. 11—15, reviste în coloanele cărora a fost dusă interesanta controversă.

*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Conferinţele D-lui Prof. G. Marinescu

D-l Prof. Gh. Marinescu a ţinut în cursul lunilor Februarie şi Martie crt., 3 conferinţe la Fundaţia universitară Carol I şi anume: *Misiunea mea ştiinţifică în America de Sud:* Argentina şi Uruguay; *Hipnotism şi sugestie,* cu proecţii; *Femeia în lumina biologiei, sociologiei şi moralei.*

*

Dela Asociaţia generală a medicilor Români din Paris

In seara din 26 Ianuarie crt., a avut loc la Asociaţia medicilor români din Paris, recepţia ilustrului nostru savant Prof. Levaditi în sânul asociaţiunei, oferindu-i-se preşedenţia de onoare. Profesorul Levaditi a făcut o expunere asupra *Raportului dintre boalele eruptive şi anotimpurile,* maladii ibiofobe, cu aplicaţiuni în special asupra polyomielitei.

Această boală ar avea un maximum de recrudescenţă în luna Iulie şi cu câteva zile înainte de isbucnirea ei, dupe cercetările Prof. Levaditi s'ar stabili un raport între starea de umiditate a aerului şi straturile subterane, în care sprijin pledează şi ridicarea potenţialului electric cu 8—10 zile mai înainte, ceea ce ar favoriza incubaţia boalei.

I. V.