ANUL VI-lea, No. 5—6. MAIU-IUNIE 1933.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

Pag.

I.

Cronica 315

REVISTE GENERALAE

Docent D-r D-TRU HAGIESCU: **Turburările metabolismului și echilibrului bio-chimic în tuberculoza pulmonară** 319

Docent D-r ALFRED DIMOLESCU: **Problema constituțiunilor** (Privire critică) 345

LUCRARI ORIGINALE

D-r OD. APOSTOL-Cluj: **Sindromul Kinetozelor — I. — Hypsipetopatia** 357

Agreg. D-r DEM. PAULIAN, Docent D-r I. BISTRICEANU și D-r LĂZĂRESCU I. GH.: **Cercetări asupra variației cholesterolului în serul sanguin la om sub acțiunea aplicațiunilor generale de raze infra-roșii** 369

Docent D-r NICOLAE BLATT: **Nevrita retrobulbară este într'adev. atât de des cauzată de catre maladiile cavităților nasale, precum se presupune?** 377

D-r I. VASILESCU: **Frenicectomia și modul ei de acțiune în tuberculoza pulmonară** 385

D-r GABRIEL CARTUȚĂ: **Factor cardiac în producerea tusei emetizante a tuberculoșilor** (Acțiunea digitalei) 391

DOCUMENTARI SOCIALE

D-r ION BORDEIANU: **Avortul ca traumatism biologic** . . 399

(Urmare pag. II-a cop.)

SCRISUL ROMÂNESC — CRAIOVA.

30.633

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II.

ACTUALITĂŢI MEDICALE ROMÂNEŞTI

Pag.

Chirurgie... pag. 403 — **Fizio-patologie**... pag. 404 — **Ginecologie-Obstetrică**... pag. 404 — **Higienă-Medicină socială**... pag. 405 — **Maladii infecţioase**... pag. 406 — **Medicină internă**... pag. 408 — **Medicina experimentală**... pag. 409 — **Neurologie-Endocrinologie**... pag. 409 — **Radiologie**... pag. 411 — **Terapeutică**... 403 412

III.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — CARŢI — MONOGRAFII

Doc. D-r S. TZOVARU: **La mamelle sanglante** — Paris, 1933 . 415

Prof. D-r GR. POPA: **Igiena ca factor de solidaritate socială** Bârlad 1933 . . . 416

Rec. de D-r Cânciulescu.

B. — PUBLICAŢIUNI MEDICALE

Bucureşti Medical No. 2—3 | 1933 417
Buletinul Medico-terapeutic No. 3—4, 5 | 1933 417
Clujul Medical No. 2, 3, 4, 5, 6 | 1933 418
Gynecologie şi Obstetrică No. 5—6, 7—8 | 1933 . . . 419
Noua Revistă Medicală No. 10, 11, 12 | 1933 . . . 419
Revista Ştiinţelor Medicale No. 2, 3 şi 5 | 1933 . . . 420
Revue Médicale Roumaine No. 5 şi 6 | 1933 . . . 421
Revista de Chirurgie No. 11—12 | 1932 şi 1—2, 5—6 | 1933 . . 421
Revista de Igienă socială No. 3, 4, 5 şi 6 | 1933 . . . 421

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. — SOCIETĂŢI MEDICALE

Buletinul Soc. Ştiinţelor medicale din Oradea: Şedinţa din 22 Octombrie, 5 Noembrie, 19 Noembrie 1932 423

Buletinul Soc. Române de Oto-Rino-Laringologie din Bucureşti Şedinţa din 13 Octombrie, 10 Noembr., 8 Dec. 1931, 12 Ian., 9 Februarie, 15 Martie, 12 Aprilie, 17 Mai 1932 . 429

Societatea Ştiinţelor medicale din Banat-Timişoara Şedinţa din 4 Martie 1933 . . . 430

Societatea de Chirurgie din Bucureşti Şedinţa din 22 Iunie, 12 Oct., 26 Oct., 9 Nov., 23 Nov., 7 Dec. 1932, 25 Ian., 11 Februarie, 22 Februarie, 8 Martie 1933 430

D. — CONGRESE

Congresul al XII-le Balnear Naţional — (20—21 Mai 1933) . 435

E. — ORGANIZAŢIE SANITARA

Casa de Pensiuni şi Ajutor a Medicilor din România . 438
Dela Asociaţia generală a Medicilor 439
Noul Comitet al Asoc. G-le a Med. 440

(Urmare în pag. III-a a cop.)

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

DIRECTOR: Dr. M. Cânciulescu.

COMITET DE REDACȚIE:

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

Secretari de Redacție: I. Rosenstein — I. Vasilescu.

Redacția și Administrația:
Craiova
Str. Sf-ți Arhangheli, 9

BCU Cluj / Central University Library Cluj

UNION BIO WERKE

WIEN, V. — HAMBURGERSTR. 9

THEORAZIN

FORMULA

Piperazin Hidrat
Natr. Benzoic
Lithium Benz.
Theobrominat de Lithium
Granule Eferv.

DOZĂ:

Forme cronice
De 2 ori pe zi câte o linguriţă.

Forme acute
De 4 ori pe zi câte o linguriţă.

INDICAŢIUNI

Gută,
Gravelă,
Artritism,
Arterioscleroză,
Obesitate.

Preţ p. pub. Lei 115 fl. mare

CABIMAG

FORMULA

Calc. carb.
Bism. subnitr.
Magnesia usta
Natr. Bicarb.
Pulv. belladona
în tablete

DOZE

Câte 2 tablete
după fiecare
masă.

INDICAŢIUNI

Hiperclorhidrie, Ulcer Gastric, Gastrită acidă,
Diree prin fermentaţie acidă,
Constipaţia hiperclorhidricilor

Cutia cu 40 tabl. Lei 85.—

CRYNOTON

W. (VIN)

DOZĂ

Adulţi una lingură de supă înaintea fiecărei mese.

Copii jumătate din doza adulţilor.

FORMULA

Extr. de ficat	9	gr.
„ „ Splină	4	„
„ „ Rinichi	4	„
„ „ Supraren.	0.50	„
„ „ Condurango	1	„
„ „ Kola	3	„
„ „ China	3	„
Hemoglobină	4	„
Ca şi Mg. Inosithexaphosphat	1	„
Vitamina D.	XXX	gt.
Gluconat de calciu	3	gr.
Tinct. Nuca Vom.	0.5	„
Vin de Xeres sau Sirop arom. Q. S.	100	„

S. (SIROP)

INDICAŢIUNI

Anemie, Convalescenţă, Tuberculoză, Astenie, Limfatism, Lipsa Apetitului, Surmenaj, etc.

Preţ p. public Lei 110—

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PRODOLOR

FORMULA

Extracte alcoolice din Crucifere
Lig. Winter-Green
Alcool champhorat
Ol. de Terebent.
Cloroform

DOZĂ:

2-4 ori pe zi frectiuni

INDICAŢIUNI

Reumatism, Dureri intercostale, Ischias, Lumbago, etc.

Preţ pentru public Lei 58.

PASSOSPASMOL

FORMULA

Extract de Passiflora
Tinctură de Crategus Ox.
Chinină Hydrobrom
Acid Diaethyl barbituric
Excip. { Glicerină / Sirop arom.

DOZĂ:

3 linguriţe pe zi
Seara în caz de insomnie 2 linguriţe jum. ceas înainte de culcare

INDICAŢIUNI

Neurastenie,
Stări de iritabilitate
Insomnie, Nervositate, etc.

Preţul pentru public Lei 100

Repr. G-ral pentru România FARM. PETRE J. ILIE
Bucureşti, 1 — Str. Mircea Vodă, 48

CRONICA

In cadrul ciclului de conferinţe asupra „Actualităţilor medicale" ţinut de Asoc. Doc. Fac. de medicină din Bucureşti, în anul curent, D-l Docent D-r D. Hagiescu a expus **„Turburările metabolismului şi echilibrului biochimic în tuberculoza pulmonară".**

Sunt date încă controversate unele, cari constituind „Era bio-chimică" vin să complecteze, dar nu toate să şi explice, cunoştinţele stabilite succesiv în Erele clinică, anatomo-patologică şi bacteriologică asupra tuberculozei pulmonare.

Acestea se referă la semne, lesiuni şi calităţile agentului patogen; ele pun diagnosticul; — datele bio-chimice se degaje din studiul terenului; ele stabilesc prognosticul şi dictează terapeutica adequată.

Biblioteca Universitară Library Cluj

Autorul prezintă pe rând turburările echilibrului mineral, metabolismul apei, al glucidelor, al cholesterinei, al protidelor, tratează chestiunea carbonuriei, expune carotinemia, schimburile gazoase, echilibrul acido-bazic şi la sfârşit face consideraţiuni generale asupra schimburilor nutritive şi terapeuticei metabolice a tuberculozei, din cari reese că:

„dogma clasică a lui Robin sintetizată în cuvintele: hiperoxidaţiune, autoliză, demineralizare, nu mai poate vieţui în lumina noilor cercetări".

I-a luat locul noua teorie a lui Monceaux, care dela 1924 susţine „Incetenirea schimburilor nutritive la tuberculoşi"; — şi ea se bazează pe multe constatări stabilite riguros ştiinţific, între cari: schimburi respiratorii normale, lipsa unei exagerări a metabolismului bazal, insuficienţa glicolitică a ţesuturilor, etc.

După noua teorie tuberculosul se denutreşte şi slăbeşte, nu pentrucă prezintă o exagerare a combustiunilor sau o autoliză a ţesuturilor, ci din cauza unei asimilări incomplecte a alimentelor.

Ca consecinţă, noua terapeutică „metabolică" zisă şi care este „o terapeutică nespecifică adjuvantă caută să remedieze diferitele turburări ale asimilării prin ameliorarea funcţiunilor anormale"; ea recomandă tot ce stimulează oxidaţiunile, precum: aerul de munte, o alimentaţie bogată în vitamine şi săruri de magneziu şi manganez puternice catalizatoare, acidul fosforic, zeama de carne crudă; prescrie repausul, care menajează arderile şi proscrie medicamentele ca gaiacolul, creozotul şi derivaţi, cari împedecă oxidaţiunile.

Noua teorie permite clorurul de sodiu, ostracizat în cura lui Gerson, şi raţionează administrarea de săruri de calciu, dând toată preferinţa calciului alimentar şi calciului ionic.

In special teoria terapeuticei metabolice condamnă supraalimentaţia „ilogică şi dăunătoare, care favorizează prin depunerea acizilor graşi, necomburaţi, steatoza ficatului" şi dă preferinţă vegetalelor, alimentelor hiperzaharate, laptelui (1 litru zilnic) şi ouălor.

La aceste concluziuni terapeutice, pe cari noile date biochimice le impun, ajunsese totuşi dibuind de mult terapeutica clinică, pe mulţi tuberculoşi vegetalele şi laptele scăpându-i de neajunsurile supraalimentaţiei carnate.

* * *

O **Privire critică** asupra **Problemei constituţiunilor** aruncă D-l Doc. Dr. Alfred Dimolescu.

Autorul arată rapid că: „Eul" nostru este dictat de înaintaşi — „Personalitatea", definită de Goethe şi după el de Eminescu ca bunul nostru suprem, poartă pecetea individualităţii noastre proprii — „Caracterul" priveşte psichologia individului — „Temperamentul", atât de strâns legat după Pende de secreţiunile interne, traduce reacţiunile fisiologice, iar „Constituţiunea", a cărei concepţie a trecut dela noţiunea pur somatică a celor vechi la noţiunea psichică a lui Dupré, pentru a se opri cu Kretschmer la o sinteză mixtă somato-psichică, cuprinde ansamblul reacţiunilor psicho-patologice prezente şi viitoare ale unităţii biologice umane, care se cheamă „Individul".

* * *

D-l D-r Apostol dela Cluj, din **Syndromul kinetozelor,** pe care îl complectează cu contribuţii originale valoroase, descrie **Hypsipetopatia,** adică boala altitudinei, în care cuprinde ascensiunile pe munţi, cu balonul şi experienţele făcute în vid, lăsând la o parte numai sborurile cu aeronava.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorul face istoricul şi dă date generale de fizică, meteorologie, hematologie şi biologie asupra răului de munte, care nu este acelaş cu răul de mare descris de autor sub denumirea generică de Idronaupatie.

* * *

D-nii D-ri D. Paulian, I. Bistriceanu şi Gh. Lăzărescu publică **Cercetări asupra variaţiei cholesterolului în serul sanguin la om sub acţiunea aplicaţiunilor generale de raze infra-roşii** şi pe 5 cazuri găsesc că cholesterolul sanguin a crescut în proporţii destul de accentuate, ceeace dovedeşte un efect cert.

Autorii explică această creştere printr'o congestie profundă a organelor cholesterologene, datorită căldurei penetrante exercitată de razele infra-roşii.

* * *

D-l D-r N. Blatt bazat pe o statistică personală de 44 cazuri urmărite în timp de 15 ani, se simte autorizat a afirma că **Nevrita retrobulbară nu este atât de des cauzată de boale ale cavităţilor nasale,** cum se presupune, ci este adesea datorată boalelor sistemului nervos, sclerozei în plăci în deosebi.

* * *

D-l D-r S. Vasilescu studiând în clinica Prof. Sergent la Paris, 20 cazuri de frenicectomii, pentru a vedea dacă ameliorarea survenită este datorată acţiunei ridicării diafragmului sau intervenţiei unui factor circulator, de stasă venoasă, cum bănueşte Prof. Sergent, a găsit că: presiunea venoasă periferică este adeseori mărită; creşterea nu este în proporţie cu ridicarea cupolei diafragmatice şi invers; şi crede, cu maestrul său, că în cicatrisarea lesiunilor pulmonare, în afară de repausul pulmonar dictat de colapsoterapie şi de imobilizarea diafragmului intervine şi un factor circulator de stasă venoasă, determinat direct de ridicarea diafragmului sau indirect de către sistemul nervos vegetativ.

Frenicectomia şi modul ei de acţiune în tuberculoza pulmonară deschide astfel un câmp larg la noi cercetări şi supoziţiuni.

* * *

D-l D-r Cărtuţă studiând 10 cazuri în Sanatoriul de tuberculoşi dela Leamna, socoteşte că în determinarea tusei emetizante intervine uneori un factor cardiac, probă acţiunea eficace a digitalei, coroborată de repausul în pat şi de regimul declorurat.

Acest nou **Factor cardiac în producerea tusei emetizante a tuberculoşilor** se substitue astfel în anumite cazuri rolului pneumogastricului, prin acţiunea iritativă a căruia se putea scrie în tratatele clasice că „ftizicul tuşeşte pentru-că varsă şi varsă fiind-că tuşeşte".

* * *

D-l D-r I. Bordeianu prezintă ca document social, pus în evidenţă de medicii ruşi în ultimul timp, de când s-a decretat de către autorităţi avortul la lumina zilei în clinice anume amenajate, neajunsurile **Avortului ca traumatism biologic;** în special autorul insistă asupra sterilităţii definitive prin uter atrofiat şi a desavantagiilor pentru femeile tinere, cari îşi provoacă avorturi dela începutul căsniciei.

Intreruperea precoce a sarcinei determină la unele dintre ele un traumatism, biologic general cu repercuţiuni generale şi definitive asupra întregului organism.

D-r M. Cânciulescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CHINOPLASMIN

REMEDIUL PENTRU VINDECAREA

TUTUROR FORMELOR PALUDISMULUI

Cu numărul cel mai redus de recidive.

Cel mai sigur **PROFILACTIC** cu toleranță perfectă

PER OS SI IN INJECȚII

Ambalaje originale:

Tablete: Cutii cu 12 tablete

Drageuri: Flacon cu 24 drageuri

Soluție: Cutii cu 5 fiole de 2 ccm.

Tratament: 3—4 tablete sau 1—2 fiole pe zi timp de 3 săptămâni.

Profilaxie 1 tabletă pe zi.

„Bayer-Meister-Lucius"

Leverkusen a. Rh.

BAYER

Specimene și literatură prin reprezentanții generali pentru România „PHARMA" — STUDERUS & Co. BUCUREȘTI II Str. Spiru Haret, 5 Telefon 349 30

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TURBURARILE METABOLISMULUI ŞI ECHILIBRULUI BIO-CHIMIC IN TUBERCULOZA PULMONARA

de

Docent D-r D-TRU HAGIESCU

Urmărind în cursul timpului mişcarea ştiinţifică medicală e uşor să observăm că cercetătorii au urmat un traseu imprimat de anumite concepţiuni dominante, ele însăşi fiind expresia evoluţiei ştiinţifice.

In perioada actuală perfecţiunea technicei a îndrumat mişcarea medicală spre studii de biochimie, studii cari au schimbat fundamental aspectul multor probleme.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ne găsim actualmente în *„era biochimică"*, era revoluţionară căci multe din noile concepţiuni sunt în complectă contrazicere cu vechile dogme.

In *ftiziologie* ca şi în multe alte domenii bate un vânt de purificare a concepţiunilor patogenice. Pe când vechile şi actualele achiziţiuni clinice, bacteriologice şi anatomo-patologice stau în mare parte pe teren solid, capitolul patogenie e în plină refacere, biochimia aducând contribuţiunea sa originală şi interesantă.

Voi expune în conferinţa de astă seară faptele şi concepţiunile pe cari bio-chimia le-a evidenţiat în tuberculoza pulmonară.

* * *

S'a remarcat de mult de ftiziologi că tuberculoza e o *maladie proteiformă*. Pentru un virus cu nu prea multe posibilităţi de schimbarea virulenţei, există numeroase aspecte anatomo-clinice.

Din această cauză atenţiunea cercetătorilor s'a îndreptat asupra terenului pe care evoluează infecţiunea.

Studiind bio-chimic terenul trebue să remarcăm că trebue făcută o netă distincţiune între terenul predispus infecţiunei şi acela deja infectat. Intre ele exista desigur fundamentale diferenţe biochimice.

---

*) Conferinţă ţinută la *19 Maiu 1933*, la «Asociaţia Docenţilor Facultăţei de Medicină din Bucureşti» — Spitalul Colţea.

Din studiul separat al acestor 2 terenuri s'ar degaja noţiuni de mare interes practic şi dogmatic.

Din nefericire toate cercetările ce s'au făcut pentru evidenţierea unui „cachet bio-chimic" caracteristic terenului tuberculos, nu a putut evidenţia turburări metabolice decât în faţa infecţiunei confirmate.

Suntem dar obligaţi ca în studiul nostru să ne raportăm numai la terenul năpădit de infecţiune, iar modificările metabolice ce vom evidenţia vor trebui privite ca efecte secundare infecţiunei.

Pentru a ne putea orienta, vom descrie numai acele grupe de elemente bio-chimice ce au fost mai amplu studiate şi din al căror studiu putem trage concluziuni de ordin practic.

TURBURĂRILE ECHILIBRULUI MINERAL

Incă dela 1877 Teissier a semnalat existenţa turburărilor schimburilor minerale în ftizie.

Dela Robin şi Ferrier a rămas însă ca o dogmă intangibilă noţiunea demineralizării organismului tuberculizat; mai mult însă acest proces ar caracteriza şi terenul pretuberculos, deperdiţiile minerale, calcice mai ales, fiind favorabile desvoltărei baccilului tuberculos.

Robin (1894) (1) şi-a clădit teoria sa cercetând eliminările minerale urinare comparativ la tuberculoşi şi sănătoşi.

Metoda sa de lucru era completamente vicioasă căci nesocotea eliminarea mineralelor şi prin alte emonctorii decât căile urinare şi strânsa legătură ce există între ingestă şi excretă. După el în urinile tuberculoşilor cantitatea relativă şi absolută a mineralelor era crescută. Pe când la normali raportul $\frac{\text{subst. minerale}}{\text{subst. organice}} = 30 - 35\%$ în perioada iniţială a tuberculozei s'ar ridica la 42—44%.

Cercetătorii ulteriori eliminând Na Cl din cantitatea totală a mineralelor urinare au redus valoarea acestui raport la 10—12%.

Ferrier (2) a constatat decalcificările dentare ale tuberculoşilor şi a făcut o legătură între acest fapt şi calciuria lor.

Primele cercetări şi ulterior cele mai multe discuţiuni s'au dat în jurul calciului şi de aceia vom începe şi noi studiul cu acest mineral.

CALCIUL

Metodele de lucru pentru studiul echilibrului calcic sunt: 1) calciuria; 2) bilanul calcic; 3) calcemia; 4) dozarea calciului în organele tuberculoase; 5) relaţiunile sale cu alte minerale humorale.

1) *Calciuria* e metoda clasicilor; e vicioasă căci nu ţine seamă de ingesta, de marea eliminare a calciului prin fecale şi de faptul deosebit de important că proporţia cantităţei de calciu fecal şi urinar variază foarte mult cu PH-ul conţinutului gastric duodenal şi humoral. Alimentaţia carnată, hiperclorhidria măreşte calciuria; alimentaţia vegetariană, hipoclorhidria măreşte eliminarea calciului prin fecale. Sub influenţa acidului clorhidric fosfaţii şi carbonaţii se transformă în calciu solubil, uşor dializabil (L. Blum 30).

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

Labbé şi Galipp (3) au arătat că tuberculoşii au schimburile minerale ca şi persoanele sănătoase cu deosebire că eliminarea urinară a calciului depăşeşte eliminarea prin fecale. Explicaţiunea: tuberculoşii la început sunt dezechilibraţi vegetativi şi după cum au arătat Fischer, Kasper, Klemperer (3) vegetativii au printre alte stigmate şi o mare calciurie. Din aceste fapte nu rezultă însă că în tuberculoză ar exista o turburare asimilărei calciului.

2) *Dozarea calciului în organele tuberculoase* a dat cantităţi inferioare faţă de organele sănătoase. Pentru a putea însă avea cifre comparative e nevoie, după cum au dreptate afirmă Dubrov, Froment şi Pillet (4), de dozări făcute pe organe de aceiaşi vârstă, de acelaş grad lezional şi de aceiaşi vechime de boală.

3) *Metoda bilanului calcic* e metoda cea mai ştiinţifică pentru cercetarea decalcifierei şi demineralizărei în general.

Metoda s'a perfecţionat recent prin studiile lui (Laufer 6) şi Manoussakis (7, 8). Ei pun bolnavii 4—5 zile la repaus absolut şi la o raţie alimentară fiziologică cu compoziţie perfect cunoscută. După acest interval, când eliminările minerale s'au stabilizat se dozează câteva zile în excretă — fecale, urini, spută — mineralele totale sau numai calciul.

In mod normal aportul echivalează pierderile. După Laufer tuberculoşii însă ar avea nevoie de o raţie zilnică de oxid de calciu alimentar de 2 gr. (normal 0,25—0,50 gr.), iar Manoussakis a constatat în formele înaintate de tuberculoză un uşor deficit calcic.

Ambii autori conchid că decalcifierea în tuberculoză, atunci când există, nu se datoreşte nici acţiunei specifice şi nici toxinei baccilului, *ci e un efect secundar al denutriţiei generale progresive.*

4) *Calcemia* s'a crezut multă vreme că va rezolvi problema existenţei sau neexistenţei decalcifierei în tuberculoză.

Cercetările abundă; rezultatele sunt variabile, dar din marea masă a cercetărilor se degajează clar noţiunea neexistenţei unei hipocalcemii, cu rare excepţii pentru formele cachetice.

Explicaţia se găseşte cu uşurinţă în mecanismul de regulare minerală, care permite organismului să-şi menţină echilibrul mineral, cu toate pierderile eventuale — atâta vreme cât există rezerve minerale. Pentru Ca. şi Ph. sistemul osos constitue o rezervă greu de epuizat. Aşa fiind *calcemia nu ne poate deslega problema decalcifierei în tuberculoză căci sub masca unei calcemii normale se poate ascunde o decalcifiere masivă dar compensată.*

Aceste păreri sunt împărtăşite de majoritatea cercetătorilor; citez pentru documentare numai un mic număr din ei:

O. Cantani (9); Schoenheit (10); R. Debre; R. Goiffon et M. Guillaumin (11); E. Sergent et L. Binet (12); Marion Harve (13); M. P. Weil et Ch. O. Guillaumin (14, 15); A. Savigni (16); Varela, Recarte şi Esculier (17).

Toate aceste cercetări se referă la calcemie totală.

Se ştie că în humori calciul se găseşte sub 3 forme:

a) *Calcium ionic liber* ce reprezintă aproximativ 10% din calcemia totală şi reprezintă forma cea mai activă a calciului; b)

Calcium sub forma de săruri nedisociate (ca phospate, lactal şi carbonal) şi reprezentând tot 10% din calcemia totală; c) *Calcemia sub forma de complexe coloidale* ce reprezintă 80% din calcemia totală (fixat pe protide).

Aceste diferite forme de calciu au fost puţin studiate în tuberculoză şi deşi studiul lor e foarte interesant nu poate aduce la concluziuni precise de oarece metodele de dozare sunt încă aproximative (P. Blum 30).

In mod indirect se admite dela Bigwood (26) că de oarece concentraţia calciului ionic variază în sens invers cu pH. sanguin e posibil ca atunci când în formele grave de tuberculoză apare *alcoloza gazoasă* să se producă o deperdiţie de calciu ionic.

5) *Corelaţiunea interminerală.*

Am studiat până în prezent aspectul decalcifierei tuberculoşilor prin prisma metodelor clasice.

Cercetările moderne au demonstrat că există o strânsă corelaţie între diferitele substanţe minerale şi organice ale ţesuturilor şi humorilor.

Echilibrul unei substanţe e subordonat altor substanţe şi nu putem studia echilibrul calcic dacă nu cunoaştem corelaţiunile sale cu Ph. Mg. etc.

Brüll (19) la al XXI Congres Francez de Medicină spune: „sub aspectul unei calcemii total normale se pot ascunde turburări profunde ale metabolismului calcic care nu se relevă decât prin studiul aprofundat al complexurilor fizico-chimice cari constituesc humorile".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Laufer (6) afirmă deasemenea că Ph. şi Ca. trebue să se găsească într'un anumit raport, căci dacă unul sau altul sunt în exces, se formează fosfat de Ca. insolubil, eliminat pe cale intestinală".

Salversen şi Linder (22), Peters şi Eisersohn (20) au studiat relaţiunile dintre **Ca. Ph. inorganic şi proteine.** Ultimii au concretizat aceste relaţiuni într'o formulă matematică — care cât ar fi de abstractă nu e lipsită de interes: Ca. = 0,255 Ph. + 0,566 protein + 7. După ei dar concentraţia calciului în ser variază direct cu concentraţia proteinelor şi invers cu concentraţia Ph. inorganic.

E. Pribyl (25) citează pe Lewy, Bihal, Malcolm şi Stransky cari au constatat deperdiţie de calciu sub influenţa administrărei de compuşi magnezieni şi crede că ionul Mg. e acela ce provoacă deperdiţiunile de Ca.

Examinând pe rând diferitele metode de lucru pentru studiul echilibrului calcic ne putem da seama uşor la ce complexitate a ajuns studiul acesta şi de asemenea trebue să ne punem întrebarea dacă tot ce s'a lucrat până acuma şi toate concepţiunile actuale nu trebuesc revizuite. Tot ce s'a lucrat până în prezent s'a făcut numai prin vechea metodă a dozărilor izolate, metodă care nu mai corespunde concepţiunilor ştiinţifice actuale. Desigur că această ultimă metodă — abia introdusă în studiul echilibrului mineral din tuberculoză — e la început şi nu putem întrevede rezultatele la cari va ajunge.

In 1931, împreună cu D-na D-r Dulugea (21 şi 22), am comunicat la Soc. de Biologie şi la Soc. de Tuberculoză din Bucureşti, rezultatele cercetă-

rilor noastre asupra corelaţiunilor calciului cu Ph. inorganic şi proteinele totale din ser de tuberculoşi. In cercetările noastre am aplicat la a, b, c, formula lui Peters şi Eisersohn bineînţeles făcând rezervele necesare având în vedere că e foarte greu a îngrădi fenomenele biologice în cadrele rigide ale unei formule matematice.

Studiind valoarea relativă a calcemiei în funcţie de Ph. şi proteine am afirmat că: *în tuberculoza pulmonară există uneori o hipocalcemie relativă fără însă nici o valoare diagnostică sau* prognostică.

* * *

Recent cercetările lui Levaditi şi Li Juan Po (18) asupra fixatorilor calciului — vitamina D — au redat o vie actualitate chestiunei metabolismului calciului în tuberculoză.

Ei au arătat experimental că prin doze mari de ergosterol iradiat se produc calcificări masive ale leziunilor tuberculoase, iar prin doze toxice pot apare *calcificări heterotope* — şi în organe netuberculoase.

In acest mod s'a făcut demonstrarea experimentală că leziunile tuberculoase se pot calcifica. Prin revenire la vechea dogmă a demineralizărei s'a crezut că s'a găsit însfârşit cheia mult căutată a fixatorului ideal. Deşi cercetările de laborator au demonstrat valabil şi de mult că nu există decalcifiere în tuberculoză şi deci ca o consecinţă logică recalcifierea provocată e iraţională, totuşi terapeutica persevera în căutarea preparatului cel mai asimilabil şi fixatorul cel mai puternic. Se părea că însfârşit calciteropia a atins unul din idealurile sale. Dar dacă faptele experimentale îşi menţin toată valoarea, nu e mai puţin adevărat că terapeutica raţională nu a câştigat prea mult. In adevăr nu se suprapun fapte experimentale la om; dozele de vitamina D. cari pot produce calcificări la cobai nu pot fi niciodată atinse la om. Şi apoi admiţând că am reuşi să producem recalcifierea focarelor tuberculoase, bolnavii nu ar câştiga nimic de oarece tot experimentarea a arătat că focarele recalcifiate continuă să evolueze şi animalele mor cu toată enorma acumulare de calciu.

La om calcificaţiunile vechilor focare pulmonare stinse nu sunt altceva decât o acumulare pasivă comună oricărui ţesut mortificat (Mayer, Wells, Caldwel) şi care nu are nici o legătură de cauză la efect (nu acumularea de calciu a stins focarul, ci calciul s'a depus rezidual într'o regiune mortificată).

Vedem dar că dacă recalcifierea spontană e reală iar cea terapeutică e posibilă, nici una din ele nu sunt capabile să oprească evoluţia infecţiunei care îşi poate urma foarte bine evoluţia, ca probă evidentă fiind localizarea infecţiunei tuberculoase în plin ţesut osos. Afară de aceasta calcificările terapeutice sunt periculoase din cauza dozelor mari de ergosterol iradiat ce necesită şi din cauza calcificărilor heterotope.

Prin aceste discuţiuni am ajuns la un capitol de cea mai

mare importanţă: *calciterapia tuberculozei.* Nouile concepţiuni, bazate pe fapte experimentale demne de luat în consideraţie, diferă cu totul de vechile concepţiuni şi sunt bazate pe fapte experimentale precise.

Faptele pe care se sprijină noua concepţiune sunt:

a) Lipsa unei decalcifieri specifice în tuberculoză.

b) Se poate admite că există numai cel mult o nevoie de calciu alimentar mai mare decât la un individ normal. După Monceaux (26) explicaţiunea ar fi următoarea: tuberculoşii au oxidaţiuni insuficiente; arderile organice sunt din această cauză incomplecte şi iau naştere substanţe acide ce măresc aciditatea humorală, factor important pentru exagerarea calciuriei.

c) După Laufer şi Manoussakis, încercările de calcifiere terapeutică aduc o adevărată decalcifiere a organismului, de oarece fosforul şi calciu trebue ca întotdeauna să se găsească în humori — într'un echilibru care dacă e stricat prin aportul în exces a unuia din aceste 2 elemente, ia naştere fosfatul de calciu insolubil, eliminabil pe cale intestinală. Aceasta e tocmai cazul vechei terapeutici a tuberculozei: tentativele de recalcifiere masivă avea tocmai rezultatul invers, decalcifierea.

d) Nu există nici un fapt de patologie care să ne dea dreptul să admitem că turburarea metabolică a unei substanţe se ameliorează prin aportul excesiv al acestei substanţe. Diabetul zaharat nu se vindecă prin aport în exces de zahăr ci prin ameliorarea metabolismului acestei substanţe.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Acesta e şi cazul tuberculozei: vom ameliora metabolismul calciului împiedecând formarea substanţelor acide, prin activarea oxidaţiunilor celulare, fapt realizabil prin metoda Prof. Loeper (26): administrarea de acid fosforic liber sau mai bine de eteric ai săi: *fitina, fosoformul;* vitaminele concură şi ele în mod eficace la activarea schimburilor organice.

Uşoara deperdiţie de calciu se poate rapid remedia prin introducerea de calciu alimentar, cel mai asimilabil.

Noua formulă terapeutică de calcifiere în tuberculoză se poate rezuma astfel:

a) Se satisface nevoia organismului pentru calciu prin administrarea de alimente bogate în calciu: lapte, ouă, fasole, linte, cireşi; se vor evita în acelaş timp alimentele prea bogate în acid exalic puternic decalcifiant. După Serono (30) fixarea calciului e favorizată prin un regim bogat în colesterină şi fosfate de organice.

b) Se stimulează schimburile prin administrarea de vitamine şi prin acid fosforic sau eterii săi: fitina, fosformul.

c) Administrarea de calciu în doză mare nu numai inutilă dar dăunătoare. Mici cantităţi administrate sub formă ionică pot fi utile tonificând sistemul vegetativ şi fiind uşor diuretic şi crescând permeabilitatea celulară.

FOSFORUL

Mult desbătuta dogmă a demineralizărei ne obligă să discutăm în puţine cuvinte şi *metabolismul fosforului.*

Teissier dădea ca simptom foarte important de tuberculoză *fosfaturia.*

In realitate bacilarii pot fi sau *hiper* sau *hipofosfaturici.*

a) *Hiperfosfaturia* e sau de cauză alimentară sau fără cauza aparent decelabilă, dar fără raport totdeauna cu poussée-le evolutive.

b) *Hipofosfaturia* e de cauză alimentară, prin anorexie, sau după Hogge (26) prin o retenţie de fosfor cauzată de insuficienţa oxidaţiunilor, fenomene dealtfel comune după Gourand (26) oricărei maladii febrile.

Cercetări numeroase nu confirmă însă existenţa nici unei modificări în exces sau minus a *fosfatemiei.*

Intr'o lucrare inedită am cercetat cu D-na Dulugea în serul tuberculoşilor: fosforul total, fosforul mineral şi fosforul lipidic fără a putea trage până în prezent vre-o concluziune categorică, iar în 1931 căutând relaţiunile ce s'ar putea stabili între Ca şi Ph mineral din ser au exprimat aceste relaţiuni sub forma unui *indice fosfocalcic* (23).

(Ca-Ph mineral); după noi indicele coborîte (3-6) aparţin cazurilor evolutive cu atât mai redus cu cât starea generală e mai gravă; indicele peste 8 se găseşte deobicei în cazurile torpide sau ameliorate dar în stare generală bună.

POTASIUL

Potasiul a ocazionat cercetări mai puţin numeroase (29).

Opiniunile sunt unanime în a recunoaşte nemodificarea potasiemiei în cursul tuberculozei pulmonare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Impreună cu D-na Dulugea cercetând relaţiunile dintre potasiu şi calciu am exprimat aceste relaţiuni sub forma unui raport K/Ca a cărui valoare normală e 2. Am avut impresia că coeficientele sub normale ar caracteriza formele evolutive iar coeficientele mari ar caracteriza cazurile cu evoluţie favorabilă.

CLORURUL DE SODIU

Clorurul de sodiu e o substanţă căreia i s'a dat o atenţiune specială în tuberculoza pulmonară prin introducerea în terapeutica acestei maladii, a unui regim special preconizat de Gerson (29) cu următoarele caracteristice:

a) Suprimarea clorurului de sodiu şi a alimentelor sărate;

b) Ingerarea unui amestec de mai multe săruri: mineralogenul;

c) Interzicerea cărnei; administrarea din abundenţă a legumelor sau fructelor (alimente vitaminate).

Acest regim a fost modificat în urmă de Sauerbruch şi Hermannsdorfer, nu ne vom ocupa de aceste elemente, dar a fost menţinută restricţia clorurului de sodiu. Vom discuta în capitolul de faţă numai utilitatea sau inutilitatea acestei restricţiuni saline.

Cercetări cu mult mai vechi decât ale lui Gerson au arătat bunele efecte ale Cl Na. Astfel încă din 1850 Amédée Latour (citat de Monceaux) recomanda cu bune rezultate laptele de capră adiţionat cu 30 gr. Na Cl. zilnic. Alţii recomandau untul sărat. Dacă atunci

nu se putea da o explicaţie ştiinţifică acestei terapii azi prin cercetările lui Bischof, Féder, Monceaux (24), printre alţii, explicaţiunea s'ar găsi în faptul că clorurul de sodiu activează schimburile celulare, azotate mai ales, intensifică oxidaţiunile.

Rolul său activant asupra oxidaţiunilor celulare s'ar părea că îl contra indică dacă am ţine socoteală de vechea dogmă asupra activităţei schimburilor şi a hiperoxidaţiunilor celulare. Dar noile concepţiuni patogenice admit azi că în tuberculoza pulmonară, schimburile şi oxidaţiunile celulare sunt încetinite, aşa că introducerea în terapeutică a unui aliment sau a unui medicament activant e binevenită.

Dacă adăogăm la aceasta, faptele dovedite experimental că tuberculoşii au cloruremia în limite para-normale (Boenheim, Von Mecklenburg) că *eliminarea renală* a Cl Na. dat în exces se face normal şi că ei *elimină prin emonctorii* — sudoare mai ales — o mare cantitate, vedem uşor că regimul *Gerson-Sauerbruch* care scade cloruria după o administrare mai prelungită la 2,50 gr. în 24 ore, e ilogic şi poate chiar dăunător. Nu trebue bineînţeles să exagerăm având în vedere că tuberculoşii sunt hidremici. Utilizarea Na Cl. se va face atât cât e nevoie pentru sapiditatea alimentelor fapt indispensail pentru menţinerea apetitului.

Mă voi opri aci cu studiul turburărilor metabolismului mineral deoarece cercetările întreprinse pentru celelalte minerale sunt mai puţin numeroase şi încă neconcludente.

TURBURĂRILE METABOLISMULUI APEI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Metabolismul apei a fost relativ puţin studiat în tuberculoza pulmonară.

După Sternberg eliminarea apoasă ar fi diminuată şi aceasta în funcţie de leziunile hepatice cari sunt foarte frecvente şi într'un grad mai redus de leziunile renale şi ale aparatului circulator. Neapărat că nu trebue neglijat nici factorul humoral şi în patogenia oedemelor perioadei cachectice pot fi incriminate şi modificările *coeficientului lipocitic* (Schäffer) cum şi alterarea presiunei oncotice prin desechilibru proteic.

Retenţia apoasă favorizează după *Sternberg* tendinţa la catar, deci un element favorabil inflamaţiunei.

Pentru remedierea acestei hidremii, în mare parte de ordin hepatic, se recomandă opoteropia hepatică care mai are şi o fericită influenţă asupra anemiei secundare a tuberculoşilor. Aceiaşi retenţiune contra indică întrebuinţarea insulinei pe cazuri neselecţionate sau în doze mari.

TURBURĂRILE METABOLISMULUI GLUCIDELOR

Existenţa unor turburări în metabolismul glucidelor nu e greu de bănuit, având în vedere frecventa lezare a celulei hepatice şi insuficienţa oxidaţiunilor celulare.

Glicemia a fost cercetată a jeun şi după administrarea unui monozaharid (glucoză, levuloză şi galactoză).

In general după Bonnamo (32), Franco (34), Sayago (35), Russo (40), Glinsberg (37), Brayer, Sartorelli) se pot formula următoarele concluziuni:

Glicemia a jeun e normală în pretuberculoză în formele incipiente şi torpide, e uşor crescută în formele ulcero-cazeoase evolutive şi mult crescută în formele grave.

Glicemia alimentară (după ingestia de glucoză) se comportă normal în formele incipiente, uşoare sau torpide; cu cât forma e mai înaintată cu atât glicemia alimentară e mai ridicată şi durata sa mai lungă. Astfel Glinsberg şi Pewsner (37) citează glicemii alimentare de 1,55 gr. % în formele grave ce au durat peste 2 jum. ore.

Se pare că eixstă deci un paralelism între gradul leziunei şi gradul glicemiei.

Cari sunt cauzele acestei hiperglicemii?

a) După unii o insuficienţă glicopexică a ficatului, ca probă fiind marea scădere a glicogenului hepatic care poate ajunge uneori la 0,79% faţă de 4% cât e normal.

b) După alţii cauza ar fi diminuţia puterei glicolitice a ţesuturilor ca probă influenţa favorabilă a dozelor mici de insulină asupra nutriţiei generale a tuberculoşilor.

Sternberg (31) crede că ar exista o insuficienţă a aparatului insular pancreatic.

Monceaux (24) pentru a studia **puterea glicolitică a ţesuturilor** a aplicat în tuberculoză metoda lui Achard: se administrează pe cale subcutanată 10 gr. de glucoză; în mod normal ţesuturile având funcţia glicolitică normală nu apare glicozurie, în stări patologice apare glicozurie. In tuberculozele cachetice Monceaux a obţinut glucozurie în 98% din cazuri, iar în tuberculozele evolutive în 45% din cazuri.

Există deci în tuberculoza pulmonară o insuficienţă glicolitică a ţesuturilor.

* * *

Se ştie că recent studii făcute de Fiessinger, Thiebaut şi Fiecrick am arătat că principala condiţiune ce se pune unui zaharid pentru a putea fi întrebuinţat la cercetarea funcţiunei hepatice e să fie foarte puţin utilizat de ţesuturi. Din acest punct de vedere levuloza e superioară glucozei iar galactoza e superioară levulozei şi glucozei.

Galactoza aplicată de H. R. Olivier, Sliosberg şi Desnos (40) la studiul insuficienţei ficatului după metoda indicată de Fiessinger şi Thiebaut a pus în evidenţă în mod clar existenţa foarte frecventă a unei hepatite în cazurile înaintate de tuberculoză pulmonară.

Din acest scurt studiu al metabolismului glucidelor vedem că în tuberculozele pulmonare înaintate sau cachectice există un oarecare grad de hiperglicemie datorită deoparte insuficienţei glicopescice a ficatului iar de altă parte insuficienţei glicolitice a ţesuturilor.

Pentru toate aceste motive insulina îşi găseşte o aplicare ra-

ţională în tuberculoză pe cazuri selecţionate; deasemenea hidraţii de carbon trebuesc administraţi din abundenţă cu scopul de a mări rezerva de glicogen a ficatului deseori lezat — condiţie indispensabilă exercitărei funcţiunei sale antitoxice.

TURBURĂRILE METABOLISMULUI COLESTEROLULUI

O substanţă din grupul lipidelor în jurul căreia s'a făcut mult sgomot e *colesterolul.*

Rolul jucat de această substanţă în imunitatea antituberculoasă începe să fie discutat încă din 1909 când Gérard şi Lemoine (41) au afirmat existenţa unei puteri neutralizate a colesterolului faţă de tuberculină, cari şi-ar pierde în acest amestec proprietatea alergizantă.

In 1911 Chauffard (42) atribue colesterolului un rol important în imunitatea antituberculoasă.

Ulterior apar numeroase lucrări asupra rolului jucat de colesterol în alcătuirea terenului tuberculos. Opiniunile cercetătorilor sunt însă variate şi nici azi nu s'a stabilit un acord deplin.

Recentele publicaţiuni ale Prof. J. Carles şi D-r F. Leurent (55) asupra terapeuticei tuberculozelor prin clorhidrat de colină au redat actualitate chestiunei şi au stimulat noui şi numeroase lucrări.

Opiniunile diferiţilor autori se pot împărţi în mai multe grupe:

a) Unii printre cari voiu cita numai pe Chauffard, Valori (45) Barbary (46), Gavrilă şi Vior (45), Hinze (46), J. Carles şi Leurent admit că există o relaţiune strânsă între gradul colesterolemiei şi starea generală şi pulmonară a tuberculoşilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După ei cu cât starea generală e mai rea cu atât colesterolemia e mai coborâtă şi cu cât starea generală e mai bună şi leziunile mai liniştite sau cu tendinţă productivă, cu atât colesterolemia e mai ridicată atingând cifre normale sau peste normal.

b) Alţii nu admit nici o relaţiune între starea pulmonară şi generală a tuberculoşilor şi gradul colesterolemiei Sisto (47), Jullien şi Martin, Rosset (48), G. Witte (49), E. Leurent şi Caussimon (50), etc.

c) Opiniuni originale au americanii Sweany, Cluskey (53).

Ei au dozat colesterolul şi eterii de colesterol în plasmă.

Cercetările lor se pot rezuma astfel:

1) In tuberculozele pulmonare acute sau cronice în evoluţie, eterii colesterolului în plasmă scad mult sub limitele normale.

2) In formele scleroase cu evoluţie regresivă ca şi cele productive eterii de colesterol ai plasmei cresc de 2—3 ori peste cifra normală.

3) Colesterolul total al plasmei e scăzut sub valoarea colesterolului globular în formele evolutive şi crescut în formele benigne.

d) Recent Polu (52) a reluat studiul colesterol-prognosticului în diferite forme de tuberculoză pulmonară, făcând în deosebire de predecesorii săi, dozări repetate la acelaş bolnav. El a constatat că în general tuberculoşii pulmonari sunt hipocolesterolemici fără ca să existe însă nici o relaţie între gradul acestei hipocolesterolemii, leziunile pulmonare şi starea generală a bolnavilor.

Făcând curba colesterolemiei pentru fiecare din bolnavii examinaţi de el a constatat o foarte mare variabilitate dela zi la zi a acestei substanţe, fără ca să poată găsi nici o explicaţiune clinică evidentă. Bazat pe 300 dozări el conchide categoric: „dozările colesterolului total al serului la tuberculoşii pulmonari nu prezintă nici un interes general şi se poate renunţa în clinică la aceste cercetări pentru stabilirea unui element de prognostic".

e) In cercetările ce am întreprins cu G. Negrescu (53, 54), am căutat să vedem ce relaţiuni ar exista între gradul leziunei pulmonare, gradul alterării stărei generale şi reacţiunea la tuberculină (intra dermo).

Noi am găsit că hipocolesterolemia poate exista în orice formă de tuberculoză pulmonară, în cazurile grave însă hipocolesterolemia coexistă totdeauna cu intra derma reacţiuni la tuberculină slabe sau negative, pe când în celelalte forme hipocolesterolemia se asociază cu reacţiuni tuberculoase pozitive sau intens pozitive. Noi atribuim o importantă valoare prognostică acestui dublu simptom: hipocolesterolemia şi intra dermo reacţiune la tuberculină slabă sau negativă, revelator totdeauna de o gravă atingere pulmonară şi generală.

* * *

O bună parte din ftiziologi sunt însă convinşi de rolul important jucat de colesterol în imunitatea antituberculoasă şi de aceia au trecut la aplicaţiuni terapeutice: administrare pe cale parenterală de substanţe capabile de a mări colesterinogeneza endogenă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Faptele pe cari le aduc în sprijinul teoriei lor sunt pe lângă:

existenţa unui colesterol prognostic în tuberculoză (admis de ei) pe lângă acţiunea neutralizantă a colesterolului asupra tuberculinei şi existenţa în seria animală a unui paralelism între gradul sensibilităţei la infecţiunea tuberculoasă şi gradul colesterolemiei; cobaiul animal hipersensibil are colesterolemie mică, 0.30$^0/_{00}$, iar pisica refractară e hipercolesterolemică.

Carles şi Leurent adoptând în totul vederile expuse mai sus au introdus în terapeutica tuberculozei clorhidratul de colină, substanţa dotată — după ei — de puterea de a mări în cantitate apreciabilă colesterolemia punând organismul într'o stare humorală puţin prielnică desvoltărei bacilului.

Rezultatele clinice şi radiologice publicate de ei sunt extrem de favorabile, dar din nefericire cercetările numeroase ce au succedat publicaţiunilor lor, nu au putut confirma cu nimic buna influenţă ce ar putea avea clorhidratul de colină asupra mersului boalei sau cel puţin asupra metabolismului colesterolului Cordier (56), Bonnamorer şi Pizzera (57), Polu (52).

Atâta vreme cât cel puţin factorul iniţial biologic, hipercolesterolemia provocată, nu se produce logic e ca — după însăşi teoria autorilor — metoda terapeutică să fie inutilă.

Polu a dat o mare amploare cercetărilor sale de control dozând colesterolemia înainte şi după aplicarea diferitelor metode terapeutice antituberculoase uzuale: pneumotorax artificial simplu sau asociat cu injecţiuni de cholină,

cura sanatorială simplă sau asociată cu injecţiuni de cinozyl, aur, alergena lui Jousset. In toate eventualităţile rezultatele favorabile nu s'au asociat cu hipercolesterolemia.

Vedem dar că din edificiul construit şi inaugurat cu atâta sgomot de J. Cales şi F. Leuret nu a rămas aproape nimic: nu există un colesterol prognostic, nu se poate provoca o hipercolesterolemie terapeutică persistentă şi diferiţii agenţi antibacilari nu lucrează prin intermediul hipercolesterolemiei.

* * *

TURBURĂRILE METABOLISMULUI ŞI ECHILIBRULUI PROTIDELOR

Frecventa alterare a parenchimului hepatic în tuberculoza pulmonară şi importantul rol jucat de acest organ în metabolismul protidelor fac ca studiul turburărilor metabolismului acestor substanţe să fie extrem de interesant.

Pentru acest studiu se aplică de obicei metodele comune bine cunoscute.

1) *Raportul azoturic* $\frac{\text{(azot ureic}}{\text{azot total)}}$ e nemodificat în tuberculozele uşoare sau medii; e diminuat până la 60% în formele înaintate; deobicei scăderea sa e proporţională cu gravitatea maladiei.

Semnificaţiunea sa e destul de importantă: el denotă o complectă degradare a protidelor, cari nu ajung toate la stadiul de uree.

2) *Raportul Maillard* $\frac{\text{az. amonical}}{\text{az. ureic.} + \text{az. amoniacal}}$ = coef. de imperfecţie ureogenică = 6,58).

A fost complectat de Lanzenberg adăogând şi azotul acizilor aminaţi. Raportul astfel transformat se numeşte *coeficientul de acidoză Maillard-Lanzenberg* (cu valorile normal: 4,39 în regim lactat; 5,49 în regim vegetarian şi 6,31 în regim mixt).

Monceaux a studiat acest coeficient în numeroase cazuri de tuberculoză pulmonară şi afirmă că e nemodificat în cazurile uşoare sau medii şi e mult crescut în cazurile grave — cu atât mai mult cu cât leziunea e mai gravă — atingând valori de 8 şi chiar 16. După Monceaux aceste fapte demonstrează că „în tuberculoza pulmonară excreţia amoniacului e foarte mult crescută şi această amoniurie e martorul unei stări de acidoză". Ficatul e deci incapabil să transforme tot azotul acizilor aminaţi în uree, metabolismul oprindu-se la stadiul amoniac.

3) *Acizii aminaţi* produşi prin hidroliza digestivă a protidelor ajunşi la ficat în dedublaţi în 2 molecule: *una acidă* care prin oxidaţiuni succesive ajunge la acizi gravi şi *alta bazică* care e eliminată sub forma de uree.

Numai o mică parte din amino-acizi — necesari refacerei ţesuturilor — trec prin ficat şi o infimă parte sunt eliminaţi prin urină. Pentru cercetarea insuficienţei funcţiunei proteice a ficatului studiul amino-aciduriei e deosebit de important.

Informaţiuni importante dă mai ales proba *amino-aciduriei*

Biblioteca Universitară Iași / Universitatea Library Cluj

provocate. După Monceaux proba lui Labbé şi Bith (cercetarea amino-aciduriei după ingerarea de diferiţi amino-acizi sau de peptonă) e pozitivă în tuberculozele înaintate. El atribue o deosebită importanţă prezenţei în urinile tuberculoşilor a unui amino-acid — *cistina;* — ar exista la ei o adevărată *cistinurie alimentară.* Dând să ingereze substanţe bogate în proteice sulfuroase (peşte, linte, varză), cistinuria e constantă la tuberculoşi şi excepţională la normali. Din acest punct de vedere tuberculoşii se comportă ca toţi bolnavii ce prezintă turburări profunde ale metabolismului proteic. Cistinuria tuberculoşilor se găseşte în proporţie de 42%, cifre ce nu s'au mai găsit în nici o altă afecţiune.

4) *Autoliza tizulară* (amino aciduria spontană) există în tuberculoza pulmonară?

Monceaux crede că nu există o autoliză tisulară bazat pe următoarele fapte:

a) Dacă se suprimă din alimentaţia unui tuberculos substanţele azotoase, azotul total urinar scade foarte mult, iar amino-aciduria dispare.

b) In urina unui tuberculos se găseşte numai o cantitate de azot echivalentă celei ingerate.

c) Felul amino-aciduriei variază în raport cu alimentaţia: lirozina şi leucina apar după ingerarea laptelui, iar cistina după peşte şi varză.

Vedem dar că amino-aciduria tuberculoşilor e numai de ordin exogen.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Afară de aceste turburări ale metabolismului protidic — semnificative de leziuni ale parenchimului hepatic — există şi turburări ale echilibrului protidic — nu mai puţin interesante şi ele.

Cari sunt aceste turburări?

1) *Modificările albuminelor totale* s'a găsit: uşoară creştere în formele incipiente, uşoară scădere în formele evolutive ce se accentuiază pe măsură ce maladia se agravează. Hipoproteinemia poate atinge scăderi până la 55 gr. % în formele cachectice. Hiperproteinemia atinge uneori 82 gr. % şi s'ar datori superglobulinemiei.

2) *Modificările serinei:* normală în formele torpide şi uneori în cele evolutive, scade deobicei în formele înaintate şi paralel cu gravitatea leziunilor.

3) *Modificările globulinei* se produc în sens invers cu ale serinei, ea crescând pe măsură ce serina scade.

4) *Modificările raportului* $\frac{\text{serină}}{\text{globulină}}$ (normal 1,2—1,8): prin scăderea serinei şi creşterea globulinei acest raport scade atingând uneori valoarea minimă de 0,40 sau 0,30.

5) *Raportul* $\frac{\text{globuline}}{\text{albumine totale}}$ (normal 0,30—0,40) prin jocul invers al componentelor creşte mai ales în formele grave.

6) *Fibrinogenul* a fost cercetat recent în tuberculoză de Tsambulas (67), Bezancon, Weil şi Guillaumin (69).

După Tsambulas fibrinogenul ar creşte paralel cu globulinele şi invers proporţional cu serinele. Bezancon şi colaboratorii săi nu împărtăşesc vederile precedentului; după ei fibrinogenul e normal în orice formă de tuberculoză.

Dacă modificările cantitative ale fibrinei s'ar produce aşa după cum afirmă Tsambulas acest fapt ar avea oarecare importanţă prognostică deoarece hiperfibrinoza nu se găseşte decât în pneumonie şi reumatism poliarticular acut.

Ce semnificaţie prezintă aceste turburări?

Achard, Bariety şi Codounis (64) cred că se poate formula un prognostic de evoluţie.

Dufourt, Robert şi Moreau (65) cred că ele informează numai asupra stărei actuale iar nici decum asupra stărei evoluţiei ulterioare.

Bezancon, Weil (69) nu acordă acestor turburări nici o valoare prognostică specifică deoarece ele se găsesc şi în alte infecţiuni acute sau cronice: febră tifoidă, pneumonie, bronchopneumonie, abces pulmonar, etc. In tuberculoză ca şi în celelalte maladii turburările echilibrului protidic evidenţiază numai turburări ale nutriţiei.

Tsambulas atribue valoarea prognostică grupului: **serine globuline, fibrinogen:** în cazurile evolutive serinele scad, globulinele şi fibrinogenul cresc, iar în formele foarte grave serinele şi globulinele scad iar fibrinogenul creşte (în această ultimă perioadă globulinele scad deoarece anticorpii din cari derivă nu se mai produc).

Olivier şi Sliosberg (70) admit că raportul S nu informează deloc asupra stărei climice căci în forme variate de tuberculoză se găsesc rapoarte aproape egale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cari sunt cauzele acestor modificări?

Aci suntem cu totul în domeniul ipotezelor.

După Fahräus, Starlinger, s'ar produce în cachexia tuberculoasă destrucţiunea albuminelor.

După Tsambulas serinele se distrug în tuberculoză ca şi în oricare altă cachexie, din ele luând naştere fibrinogenul; globulinele sunt în raport direct cu formaţiunea anticorpilor.

Olivier şi Sliosberg aduc o explicaţiune mai ştiinţifică: cercetând la acelaş individ proteimele serului, rezerva alcalină, tensiunea parţială a anhidritei carbonice şi coef. cloropexic globular au observat că scăderea sau ridicarea tensiunei parţiale a anhidritei carbonice se întovărăşeşte totdeauna de coborârea sau creşterea valorilor câtului albuminos R. A. şi a coeficientului cloropexic globular.

Rezultă din aceste fapte că în tuberculoza pulmonară perturbaţiunile unor foarte importanţi factori fizico-chimici sunt sub influenţa variaţiunilor anhidritei carbonice a sângelui.

Ceiace e de reţinut e că variaţiunile diferiţilor factori fizico-chimici nu se face totdeauna pentru o anumită variaţiune a tensiunei CO^2 — în acelaş sens; la unii bolnavi predominând variaţiunile proteinemiei, la alţii indicele cloropexic globular, etc.

Acesta ar fi moitvul pentru care rezultatele diferiţilor cercetători sunt aşa de variabile.

Olivier şi Sliosberg conchid pentru aceste motive că studiul variaţiunilor protidelor e inutilizabil pentru prognosticul tuberculozelor.

STUDIUL CARBONURIEI
(Discarbonuria)

Se ştie că individul normal elimină prin urină o cantitate mică de carbon, mai mare însă decât aceia ce ar corespunde carbonului ureic. Raportul $\frac{C}{N}$ e mai mare decât 0,43 care reprezintă câtul dintre C şi N ureei; el atinge la un individ normal valorile 0,7—0,9. Reese de aci că prin urină se mai elimină o oarecare cantitate de cărbune derivând din corpi incomplect oxidaţi.

Există stări patologice în care cantitatea cărbunelui eliminat prin urină depăşeşte cu mult normalul, raportul $\frac{C}{N}$ atingând valori ce depăşeşte 0,9. Această stare patologică revelatoare de insuficienţa arderilor celulare a fost denumită de Bickel şi Kauffman-Cosla (93) „carbonurie disoscitativă" iar de Nicolaux (94) „discarbonurie".

Prin determinarea concomitentă a diferitelor elemente anormale ale urinei (glucoză, acid lactic, acetonă, etc.), se poate şti căror elemente se datoreşte discarbonuria.

Din acest punct de vedere Kauffman Cosla şi Bickel descriu trei feluri de discarbonurii: *albuminigenă, lipidogenă* şi *glicogenogenă* ce pot exista simple sau combinate.

In tuberculoza pulmonară Kauffman-Cosla şi Bickel au găsit totdeauna raportul $\frac{C}{N}$ crescut, iar după J. Roche el poate atinge valoarea 1,2. La cei foarte grav atinşi acest raport poate scădea mult din cauza hipo-alimentaţiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această probă a carbonuriei disoscitative e o dovadă foarte elegantă de scăderea intensităţei arderilor celulare în tuberculoza pulmonară.

CAROTINEMIA

Carotenul e o hidrocarbură ce se găseşte din abundenţă în regnul animal şi mai puţin în alimentele animale: ouă, unt, lapte.

La om carotenul e de origină exogenă şi se găseşte în plasmă, grăsime şi corticala supra renalelor.

In patologie diferitele simptome datorite carotinemiei au început să se înmulţească: petele de xantome, xantocromia palmoplantară a diabeticilor, canceroşilor, etc.

Dacă uneori carotinemiile sunt de cauză alimentară, uneori acest fapt etiologic nu se poate incrimina.

Pentru aceste cazuri Head, Johnson, Monceaux, dau următoarele explicaţiuni patogenice: carotenul e o substanţă oscidabilă şi care se distruge în parte prin oxidaţiune, iar în parte se transformă în colesterol. Atunci când arderile tisulare sunt încetinite (cancer, diabet, tuberculoză), apar pigmentaţiunile anormale. *In tuberculoza pulmonară* după Monceaux există o *carotinemie spontană* la bol-

navii supuşi unei alimentaţii normale şi o *carotinemie provocată* prin administrarea timp de 15 zile de 2 portocale, 2 ouă sau 200 gr. morcovi zilnic. Această carotinemie capătă pentru Monceaux o mare semnificaţie căci e doveditoare că în tuberculoză oxidaţiunile celulare sunt încetinite.

Lipsa de oxidare a carotenului ar explica în parte hipocolesterolemia tuberculoşilor.

SCHIMBURILE GAZOASE

Robin în celebra sa teorie asupra exagerării combustiunilor în tuberculoză, admitea că în orice formă a acestei maladii, există o mare creştere a schimburilor gazoase: oxigenul inhalat, CO^2 expirat, O consumat de ţesuturi sunt cu mult crescute peste normal.

Această teorie din care a decurs aplicaţiuni terapeutice importante — a fost combătută încă de multă vreme, totuşi a rezistat şi încă mai e acceptată de mulţi ftiziologi.

Pentru a ne face o idee exactă asupra acestei probleme vom studia: 1) Schimburile respiratorii; 2) Tensiunea CO^2 alveolar; 3) Ventilaţia pulmonară; 4) Capacitatea vitală, şi 5) Metabolismul bazal.

1) *Schimburile respiratorii* au fost considerate încă de mult (1905) ca normale de către Charrin, Tissot, Quinquaud.

Cercetătorii contimporani sunt de aceiaş părere — (Küss, Achard, Olivier, Gautrelet) (74).

Digitized by Central University Library Cluj

2) *Tensiunea CO^2 alveolar.*

Se ştie că după legea lui Haldane-Priestley presiunea CO^2 şi O aerului alveolar egalează tensiunea ce aceste gaze o au în sângele arterial.

R. Olivier (75) în studiul său asupra funcţiunei respiratorii în tuberculoza pulmonară admite că „tensiunea CO^2 arterial nu depinde de întinderea leziunilor ci de natura şi intensitatea procesului evolutiv" astfel:

a) **In tuberculoza ulcero-cazeoasă** cu leziuni discrete-afebrită tensiunea CO^2 alveolar e normală (39—41 milimetrii mercur).

b) **In tuberculozele fibroase** tensiunea e ridicată (47—48 mm. Hg.).

c) **In tuberculozele foarte înaintate** tensiunea CO^2 e sub normală.

d) **In cursul puseelor evolutive** tensiunea CO^2 descreşte, revenind la normal odată cu ameliorarea.

e) **In pneumotoraxul artificial** tensiunea CO^2 alveolar depinde de mersul ulterior al evoluţiei boalei.

Se vede clar din aceste cercetări că în tuberculozele pulmonare evolutive *oxidaţiunile celulare* — contrar dogmei lui Robin — *sunt încetinite.*

3) *Capacitatea vitală.*

Intr'o lucrare recentă J. Bonnin (74) afirmă că:

a) **Aerul respirator** e totdeauna diminuat sub 400 c. c. fie la evolutivi, fie la neevolutivi.

b) **Capacitatea vitală** e în general diminuată în diferite forme de tuberculoză pulmonară şi chiar mai mult decât aerul respirator.

c) **Indicele Strohl** $\frac{\text{(aer respir,}}{\text{C. V.}}$ normal 0,10) a fost găsit totdeauna

peste normal: 0,16 în t. l. c. evolutive; 0,18 în cele scleroase; 0,22 la cei cu colaps).

E evidentă concluzia lui Bonnin care spune că tuberculoşii au o respiraţie obişnuită suficientă, dar nu sunt capabili de eforturi. Acest fapt dealtfel e evidenţiat şi prin:

d) Proba lui Rozenthal (diminuţia progresivă a C. V. după insuflaţiuni repetate) e constant pozitivă.

4) *Ventilaţia pulmonară* (cantitatea de aer care trece prin aparatul respirator într'un timp dat — 10 minute. —

Achard şi Binet (74) admit ca tuberculoşii, bilaterali mai ales (cercetările lor cuprind un mic număr de bolnavi) au după efortul mersului o hiperventilaţie mai mult sau mai puţin accentuată dar foarte durabilă; revenirea la normal se face încet.

5) *Metabolismul bazal.*

Părerile diferiţilor cercetători sunt oarecum concordante. Se admite în general că în formele productive şi în cele incipiente M. B. oscilează între cifre paranormale iar în cele evolutive M. B. creşte cu atât mai mult cu cât starea generală e mai gravă. Colapsoterapia şi ameliorările clinice coincid cu coborîri ale M. B.

Toţi autorii sunt de acord în a insista asupra nevoei de a fi bine informaţi asupra funcţiunei tiroidiene care trebue să nu fie alterată pentru a putea aprecia la justa valoare creşterea M. B.

Dacă corpul tiroid nu intervine creşterea M. B. permite după Bosco şi Linz formularea unui prognostic de evoluţie; un M. B. coborât totdeauna e de bun prognostic şi un M. B. normal exclude o tuberculosă activă.

A. Deisz e de părere că în general M. B. e greu de apreciat la justa sa valoare în tuberculoză deoarece:

a) Cei mai mulţi tuberculoşi sunt febrili.

b) Din cauza slăbiciunei, suprafaţa corpului e mai scăzută ceiace contribue la creşterea relativă a M. B. (Welli).

c) O leziune tiroidiană fiind foarte greu de exclus, o justă interpretare a valorei M. B. la tuberculoşi e imposibil de făcut în starea actuală a cunoştinţelor.

Nu am experienţa necesară, dar argumentele lui A. Deisz îmi par foarte juste.

ECHILIBRUL ACIDO-BAZIC

Echilibrul acido-bazic în tuberculoză a fost studiat de mult dar prin metode imperfecte.

Robin şi şcoala lui spunea în clinică 2 terenuri: unul cu supraactivitatea oxidaţiunilor şi hiperalcalinitate humorală (tuberculoza) şi altul cu încetinirea oxidaţiunilor şi aciditate humorală (terenul artritic).

Clasicii au tras deducţiuni asupra reacţiunei humorilor numai prin cercetarea reacţiunei urinilor. Aplicarea metodelor ştiinţifice: a pH-ul, R. A. şi tensiunea CO^2 alveolar e de dată recentă.

pH-ul.

1) **In tuberculoza experimentală** Asloring, Cluzet şi Koffmann (80) au

tendinţa să admită tendinţa spre alcaloză. Haukins nu poate trage nici o concluzie netă.

2) **In clinică.**

La congresul de medicină ţinut la Nancy în 1925, Cordier şi Delore (82) studiază pH-ul sanguin la 45 tuberculoşi.

Prin metoda electrometrică ei au găsit:

In 2/3 cazuri foarte variate cu gravitate pH-ul normal.

In 1/2 — numai cazuri grave — tendinţa la alcaloză.

In perioada premortală acidoză (pH-ul 7,21—7,29).

Cercetând pH-ul în diferite faze de evoluţie ei au constatat tendinţa la alcaloză în perioadele de agravare şi revenire la normal în perioadele de remisiuni.

3) **pH-ul ţesuturilor** nu a fost găsit de Sternberg paralel cu cel sanguin; în general ţesuturile au reacţiune acidă.

A. Sanin (85) în tuberculoza chirurgicală a găsit cele mai mici pH-uri în ţesuturile sănătoase învecinând leziunile; apariţia leziunilor tuberculoase ridică pH-ul.

Rezerva alcalină.

După Cordier şi Delore (81) ar exista: în cazurile evolutive tendinţă la alcaloză. In cazurile în perioadă cachetică tendinţă la acidoză; aceste cercetări ale lor au dat rezultate asemănătooare celor făcute asupra pH-ului sanguin.

După Lopo — de Carwalho şi Ferreira de Mira (85) cu cât cazul e mai grav cu atât rezerva alcalină scade. Ei explică această tendinţă la acidoză prin arderea incomplectă a acizilor aminaţi. Aceiaşi tendinţă spre acidoză au notat-o şi Tey. Antenor (83) şi Sternberg.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Profesor Manicatide şi Zavergiu (88) la copii, au găsit în general R. A. scăzută şi cu atât mai mult cu cât leziunea era mai gravă.

D-r Tătăranu şi Găiţulescu (90) pe 24 cazuri nu au găsit o tendinţă netă de virare a R. A. nici spre acidoză nici spre alcaloză. Ei cred că bazaţi numai pe criteriul R. A. nu e posibil să dirijem alimentaţia tuberculoşilor spre un regim cetogen sau bazic.

Tensiunea CO^2 alveolar am studiat-o la capitolul schimburilor respiratorii.

Concluziuni.

Delore (8o) rezumând rezultatele cercetărilor sale conchide că:

a) *In tuberculozele uşoare* pH-ul, R. A. şi tensiunea CO^2 alveolar sunt normale.

b) *In tuberculozele fibroase întinse:* există acidoză gazoasă compensată (R. A. normală, pH. normal, CO^2 alveolar ridicată).

c) *In tuberculozele înaintate cu stare generală alterată* alcaloză gazoasă rău compensată. (CO^2 alveolar scăzut, R. A. crescută, pH. crescut).

d) *In perioada terminală* acidoză gazoasă decompensată. (CO^2 alveolar scăzut, R. A. scăzută, pH. scăzut).

CONSIDERAŢIUNI GENERALE ASUPRA SCHIMBURILOR NUTRITIVE ŞI ASUPRA TERAPEUTICEI METABOLICE A TUBERCULOZEI

Dela Robin, ne-a rămas relativ la nutriţia tuberculoşilor, învăţăminte ce păreau definitiv câştigate. Dogma clasică *constituită din triada hiperoxidaţiune, autofagie şi demineralizare* a fost bogată în consecinţe terapeutice, ce apar astăzi ca eronate.

In lumina acestor vederi se admitea *existenţa unui teren pretuberculos* caracterizat din punct de vedere metabolic prin: *demineralizare, mare pierdere de azot, exagerarea schimburilor respiratorii şi marea deperdiţie de căldură.*

Toate acestea pregăteau tuberculozei un teren favorabil, care odată instalată accentua şi mai mult acest dezechilibru.

Deşi multe cercetări ulterioare lui Robin, erau în contradicţie cu afirmaţiunile acestuia, dogma sa a rămas nemodificată până în 1924, când Monceaux bazat pe fapte precise datorite unei experimentări riguros ştiinţifice edifică nouă lui teorie a *încetinirei schimburilor nutritive.*

Faptele pe care s'a clădit această nouă teorie, expuse în parte de mine, în corpul conferinţei, sunt:

1) *Diminuţia puterei oxidante a serului* (Monceaux).

2) *Insuficienţa glicolitică* a ţesuturilor.

3) *Insuficienta transformare a protidelor în uree.*

4) *Discarbonuria.*

5) *Oxalemia.*

6) *Carotinemia spontană sau provocată.*

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

7) *Schimburi respiratorii normale;* scăderea tensiunei alveolare CO^2, în raport cu gravitatea leziunilor.

8) *Lipsa unei exagerări a metabolismului bazal,* eliminând pe acea datorită febrei sau hipertiroidismului.

9) *Marea cantitate a amoniacului urinar.*

Demineralizarea am arătat că nu există în adevăratul sens; referindu-ne numai la calciu am văzut că se poate admite cel mult o nevoie zilnică mai mare.

Autoliza tisulară am văzut deasemenea că nu există.

Slăbiciunea fenomen atât de frequent în tuberculoză e explicat de clasici prin autoliză tisulară; după nouile concepţiuni slăbiciunea se explică prin asimilarea incomplectă a alimentelor care din cauza insuficienţei oxidaţiunilor nu mai ajung la ultimele degradări şi sunt eliminate în parte prin urină sub formă de acizi graşi şi acizi aminaţi iar altă parte se depun în celule: *steatozele.*

Reese clar din cele expuse că dogma lui Robin sintetizată în cuvintele: *hiperoxidaţiune, autoliză, demineralizare,* nu mai poate vieţui în lumina nouilor cercetări.

Aceste noui concepţiuni cer neapărat şi modificarea unor practici terapeutice, strâns legate de fenomenele metabolice studiate de noi.

Tuberculoşii prezintă numeroase turburări ale nutriţiei.

Cum putem remedia aceste turburări metabolice?

Printr'o *„terapeutică metabolică"* care se va asocia totdeauna

celorlalte metode terapeutice ce şi-au făcut pe deplin proba eficacităţei: colapso-terapie, auro-terapie, etc.

Ce se înţelege prin *„terapeutica metabolică"* şi cum se aplică ea?

E o terapeutică nespecifică adjuvantă ce caută să remedieze diferitele turburări ale asimilării prin ameliorarea diferitelor funcţiuni anormale.

Terapeutica metabolică a tuberculozei va fi alcătuită astfel:

1) *Aeraţia de munte* puternic stimulent al oxidaţiunilor;

2) *Repaos* care împiedecă consumul.

3) *Alimentaţia* trebue să îndeplinească *condiţiuni cantitative şi calitative. Supra alimentaţia* e ilogică şi dăunătoare favorizând prin depunerea acizilor graşi, degenerescenţa ficatului. *Calitativ* va trebui să conţină toate principiile nutritive inclusiv o mare cantitate de vitamine şi de săruri de magneziu şi manganez puternice catalizatoare. Nu va fi prea bogat în proteine care favorizează acidoza ci foarte bogat în zarzavaturi bogate în elemente catalizatoare; va fi hiperzaharat; se va da zilnic 1000 gr. lapte şi ouă, substanţe bogate în calciu uşor asimilabil.

In ceiace priveşte *medicamentele*, vom exclude substanţele reducătoare aşa numitele anti-oxigene ale lui Moureu şi Dufraisne (compuşi de fenol, gaiacol şi creuzot), care împiedecă oxidaţiunile şi sunt toxine pentru ficat.

Vom recurge cu precădere la substanţe activante ale schimburilor de catalizori.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. Loeper, Delore şi Monceaux, recunosc în *acidul fosforic* un catalizor de primul ordin el activând acţiunea diastazelor şi vitaminelor şi secreţiunilor gastrice, hepatice şi pancreatice deseori în deficienţă la tuberculoşi.

El se poate administra sub formă liberă în cantitate 50—100 picături pe zi în limonadă dar fiind uşor caustic se recomandă de preferinţă *sub forma de eteri* specializată sub numele de *fitină, fosoforme*, etc., aceştia prin dedublare punând în libertate acid fosforic.

Sucurile de carne crudă posedă deasemenea o mare putere oxidantă. Din nefericire dificultăţile de fabricare a preparatelor zomoterapice şi gustul lor neplăcut fac foarte dificilă administrarea lor la tuberculoşi.

Monceaux în goana sa după un factor oxidant de acţiune intensă şi de preparaţie uşoară a putut obţine levura de bere un factor cu mari proprietăţi oxidante pe care l'a denumit factorul „O" şi care se găseşte în comerţ sub numele de „ozobiază". După afirmaţiunile descoperitorului acest factor ar modifica în mod sensibil nutriţia bolnavilor, fapt ce se traduce prin o mai mare eliminare a ureei urinare şi prin coborîrea raportului Maillard-Lanzenberg.

Indicaţiunile preparatului ar fi cazurile medii, iar contra indicaţiunea o formează cazurile grave sau în plină evoluţie.

E o medicaţie adjuvantă care are meritul că stimulează în plus apetitul de multe ori în deficit la tuberculoşi.

In ceiace priveşte un alt factor prin excelenţă oxidant — *insulina* — recomandată în terapeutica tuberculozei de Dumarest Teodorescu, Kilidjean opiniunile actuale înclină mai puţin la aplicarea sa din cauza acţiunei brutale, ce poate ocaziona pusee acute şi din cauza că favorizează retenţiunea de apă.

Nu e mai puţin adevărat că influenţa sa favorabilă asupra metabolismului general şi asupra metabolismului glucidelor în special o face demnă de atenţiune în tratamentul metabolic al tuberculozelor dar numai pe cazuri cu prudenţă selecţionate şi în doze mici.

In ceiace priveşte *terapia prin minerale*, de care în ultimul timp s'a făcut mare abuz, cred că s'ar putea reduce la următoarele:

Clorurul de sodiu se poate administra ca la orice individ normal împiedecând însă abuzurile.

Calciterapia se poate menţine dar cu două rezerve:

1) **Din punct de vedere dogmatic** calciul nu mai trebue privit ca un element prin care să putem cicatriza leziunile, depunerea sa în ţesuturi făcându-se spontan şi fără influenţă asupra evoluţiunei leziunilor, el e necesar organismului tuberculos ca modificator al permiabilităţii celulare, ca diuretic şi ca tonic al sistemului vegetativ.

2) Forma sub care îl vom administra va fi numai aceia a „calciului alimentar" şi de „calciul ionic" singurele forme de calciu asimilabil, activ şi nedemineralizant.

Restul mineralelor catalizatoare se obţin uşor şi fără o prescripţiune specială, din alimente, vegetale mai ales.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Terminând expunerea subiectului — în care nu am atins decât o parte a chestiunilor de bio-chimie ce se pot studia în tuberculoză — dar cele mai importante — ţin să accentuez asupra necesităţei de a se schimba multe din practicele terapeutice vicios înrădăcinate în spiritul medicilor practicieni şi asupra marei utilităţi a introducerei tratamentului metabolic pe baza considerentelor expuse.

LITERATURA

1) *Robin:* Études clin. sur la nutr. dans la phtisie pulm. chr.. Arch. gén. de méd. Mai 1894; — 2) *Ferrier:* Pertes et gains en chause chez l'homme. Arch. gén. de méd. 1905 p. 1601; — 3) *M. Von Mecklenbury:* Kritische Betracht. über den Kalk und Koehsaltz staffwechsel des Tuberk. und darauf beruhende Ther. der Tuberk. 11; 1929; p. 247; — 4) *Dubrow, Froment et Pillet:* Appl. de la méth. de microincinération à l'étude dela ten. en cendres min. des poumons tuberc., C. R. Soc. B. 1926 p. 668; — 5) *Bist et Dubrow:* Teneur du poumon en matières min. fixes dans certains formes de tub. fibr.. Rév. de la tub. No. 5; 1932; p. 522; — 6) *Laufer:* Ech (calicques motamment) chez les tub.. Revue de la tub. No. 4; 1926; p. 601; — 7) *Manoussakis:* Étude éxp. des éch. calciques chez les tub. Rev.. de la tub. 1929; p. 541; — 8) *Manoussakis:* La critique éxp. des proc. de récalc.. Idem p. 543; — 9) *O Cantani:* Datérm. di calcio e di rezerva alc. nel. sangue di tub.. Riev. di clin. e pat. dela tub. 1929; p. 265; — 10) *Schoenheit:* The magnesium and calcium content of the blood and blood plasma of tub. patients.. The american J. of the med. si. No. 5; 1925; p. 689; — 11) *E. Dobré, R. Goiffon et M. Guillaumin:* La calcémie chez l'enfant et part. le nour. tub.. Rev. dela tub. No. 1; 1926; p. 80; — 12) *E. Sergent et L. Binet:* Rech. sur la calc. dans la tub. adrénaline et fix. du cal.. Rev. de path. comp. Juin 1925; — 13) *Marion Harve:* The calcium and inorg. phosph. content of the blood serum in tub.. The american Rev. of tbc. No. 4; 1924; p. 408; — 14) *M. P. Weil et Ch. O. Guillaumin:* Le calcium dans l'org. humain. Ann. de méd. No. 4; 1923. p 323; — 15) *M. P. Weil et Ch. O. Guillaumin:* La calcémie. Le XXI. Cong. Fr. de Méd. Sept. 1930. Pr. Méd. 84; 1930; — 16) *A. Savigni:* La fonc. calcipexique. Paris Méd. No. 30 1930; p. 89; — 17) *Varela, Recarte şi Esculier:* R. A. şi calc. ion. în sâng. tuber. şi schim.

lor după dieta Gerson. Zeitsc. fur T.B.C. Bd. 57: H6; 1930 S. 580; — 18) *Levaditi et Li Juan Po:* Et. éxp. dela calci. des lés. tub. sous l'infl. de l'érgos. irradié. Presse Méd. 101; 1930; p. 1720; — 19) *Brüll L. M.:* Phys. et path. gén. du calcium XXI Congres Franc. de méd.. Liège Sept. 1930 Presse Med. No. 84; 1930; — 20) *J. Peters and Eisersohn:* The infl. of prot. and inorg. phosp. on serum calcium. Jour. bio. chem. 1929; No. 84; p. 155; — 21) *S. Dulugea şi D. Hagiescu:* Consid. sur quelques rap. bioch. dans la tub. pulm.. C. R. Soc. B. 30 Apr. 1931 p. 845; 22) *S. Dulugea şi D. Hagiescu:* Cerc. nsupra rel. dintre proteine. fosfor şi potasiu din sânge în tub. pulm. Bul. Soc. de Tub. No. 5, 6 | 1933, p. 18; — 23) *Prybil:* Action de l'ion magnesium sur le mét. du calcium dans l'org. C. R. Soc. B. 929 T. III; p. 258; — 24) *R. Monceaux:* Tr. des éch. nutr. dans la tub. pulm. Girault, 1929; — 25) *A. Morel et F. R. Aalam:* Sur la rép. du phos. en fomes inorg. et org. dans le sang humain au cours dela t. b. c. pulm. C. R. Soc. B. p. 1345; — 26) *Gouraud:* Des éch. phos. dans la tub. Rév. dela tub. 1903 p. 451; — 27) *A. Leulier, H. Griffon et A. Bernard:* Sur le pot. sang des tub. C. R. Soc. B. No. 2; 1930; p. 83; — 28) *Paul Blum:* Rôle biol. et métab. du calcium. Monde traitemeat diététique dela tuberculose pulmonaire. Présse med. No. 77; 1929: p. 1251; — 30) *M. Claret:* Le métabolisme des clorures chez les tuberculeus Thèse de Paris 1908; — 31) *T. Sternberg:* Cons. asupra met. şi trat. adecuat în tub. pulm. Rec. în Zentralbl fur die g. Tub. forsc; — 32) *Bonnamo:* La glic. nella tub. pnlm. Tub. Oct. 1925. p. 356; — 33) *Sigurd Berg:* St. asupra zah. din sânge la tub. pulm. Acra Scand. F. I. 1926; 3.) *Franco:* Tub. pulm. şi glic. Rec. în Rév. dela Tub. 1928. p. 469; — 35) *Sayago T. de Villafane:* La glic. au cours dela tub. pulm. C. R. Soc. B. 1927. p. 1515; — 36) *Von Rabukin:* Kohlenhidratunzat bei exp. und Lungentub. Zeitsc. für tub. Bd. 14. H 5 1930; — 37) *R. Glinsberg und R. Pewsner:* Uber Kohlen Hidratstoffw. bei der Lungeatub, Zeitsch. für Tub. B 53. H 1. p. 38; — 38) *G. Russo:* Sul mét. degli idrati di carbonio nella tub. pulm. Bol. Soc. Ital. 1929 p. 215; — 39) *A. Dufourt et Dargniet:* La glic. chez les tub. pulm. C. R. Soc. B. 1930 p. 1005; 40) *H. R. Olivier, A. Soliosberg, P. Denos:* L'ép. du galactose au cours de la tub. pulm. Rév. dela tub. No. 5. 1932. p. 501; — 41) *Gérard et Lemoine:* De l'atténuation dela tub par l'extr. ét. de bile. Soc. Med. des Hop. Paris 1909 p. 304 şi 1055; — 42) *Chauffard, Ch. Richet fils et Grigaut:* La cholestérinemie au cours de la tub. pulm. C. R, Soc. B. 1911 p. 276; — 43) *G. Valois:* La cholestérinémie au cours dela tub. pulm. Thèse Lyon 1913; — 44) *F. Barbary:* Essais d'imm. art. de l'org. tub. Bul. Acad. Med. No. 35 1920 p. 218; — 45) *Gavrilă et Vior:* La cholestérinemie dans la tub. pulm. C. R. Soc. B. 1927 p. 769; — 46) *V. Hinze:* Formula cholestérinică şi forţele de apărare în tub. pulm. Zeitsc für Tub. 1928 p. 199 T. III; 47) *P. Sisto:* Cerc. asupra choles. Revista Osped. 1x. No. 19 1920; — 48) *L. Jullien et Martin Rosset:* La cholést. du sérum sang. chez les tub. C. R. Soc. B. 1924 p. 177; — 49) *G. Witte:* Contr. a l'ét. dela chol. dans la tub. pulm Thése' Bordeaux 1928; — 50) *E. Leuret et Coussimon:* Le taux dela cholest. et l'act. des les. chez les tub. pulm. C. R. Soc. B. 1928 p. 1984; — 51) *C. H. Sweany:* Eterii colesterolului în sângele tub. The Amer. Rew. of. Tub. 1924 p 329; — 52) *R. Polu:* La cholestérolémie des tub. pulm. Edit. Maloine Paris 1931; — 53) *D. Hagiescu şi G. Negreccu:* Colesterol şi tuberculoză. Rev. St. med. No. 3 1933; — 54) *D. Hagiescu şi G Negrescu:* Alergie şi colesterol. Spit. (sub tipar); — 55) *Proj. J. Carles şi E. Leurent:* Tub. et chlorhidrete de choline. Le Progr. Méd. No. 44 1930 şi: Technique et valeur du trait. des tub. par le chlorhydr. de chol. Bull. de l'Acad. de Méd. No. 5 1931; — 56) *Cordier M:* Sur l'emploi de la choline chez les tub. pulm. Lyon Médical 1931 p. 589; — 57) *Bennamorer et Piazzera:* Val. du dos. dela cholest. dans le sang des tub. pulm. el res. du trait. par la choline. Lyon Médical No. 15 19 1 p. 486; — 58) *Fonteine et Ingelbrecht:* Et. sur le ten. du sang en créatine chez l'homme norm. et mal. Ân. ue méd. 1924 No. 6 p. 471; — 59) *Gavrilă et Vior:* La creatinemie et la créatininémie dans quelques ét. path. C. R. Soc. B. 1929 p. 381; — 60) *Lambea:* Est. sobre la creat hem. de los tub. Rec. Revue dela t. b. c. No. 3 1927 p. 426; — 61) *Koldoviv:* Sur l'élim. dela créatine et dela créatinine au cours dela tub. os. Ru. Rev. t. b. c. 1928 p. 470; — 62) *Ch. Achard:* Léq. prot. du sérum sanguin dans la tub. pulm. sa val. pron. Presse Méd. No. 93 1929 p. 1509; — 63) *P. Courmont, H. Gardère et A. Badinand:* Mod. de l'éq protéique du serum chez les hommes et les animaux tub. C. R. Soc. B, No. 13 1930 p. 1125; — 64) *Ch. Achard et Arcand:* Sur les rap. des protéines et des lipides dans le serum sang. C. R Soc. B. 1929 p. 986; — 65) *Dufourt, Robert et Moreau:* Les albumines et le quotiont albumineux du serum chez les tub. pulm Presse Méd. No. 50 1930 p. 843; — 66) *Manicatide, Brătescu et Rosenkranz:* Les mod. de l'éq. prot. du serum dans les tub. inf. C. R. Soc B. No. 2 1930 p. 45; 67) *N. Th. Tsamboulos:* Les taux alb. dans la tub. pulm. Presse Méd. 105 1930 p. 1180; — 68) *Masson:* Les slb. du serum dans la tub. pulm. Rev. de la tub. No. 7 1931 p. 828; — 69) *Bezancon, M. P. Weil, Ch. Guillaumin et R. Wahl:* Et. comp. des prot. du serum et du plasma senguin dans la tub. et dans divêrs états path. Rev. de la tub. No. 8 1931 p. 994; — 70) *Olivier et Sliosberg:* Sur le sign. des tr. de l'éq. plasm. au cours de la tub. pulm. Rev. de la tub. No. 8 1931 p. 1018; — 71) *Courmont, Gardère et A. Badinant:* Signif. des var. des protéimes du serum chez les tub. pulm. Le J. de méd. de Lycn N. 283 1931; — 72) *Achard et Binet:* Examen fonct. du poumon. Masson 1922; — 73) *R. Olivier:* Et. sur la fonc. resp. au cours de la tuberculose exp. Th. Paris 1928; — 74) *J. Bonnin:* Réch. sur la ventilation pulmonaire chez les tuberculeux. Revue de la tuberculose 3 1932 p. 233; — 75) *Tage V. Hyge:* Basalstoffwechsel der Lungeutuberkulosen in Revue t. b. c. No. 2 1929 p. 298; — 76) *Cordier:* Le metab. basal des tub. sa val. dans le prog. des poussées évol. et le dep. des hyperthy. frustes et agravantes. Soc. B. Lyon, 19 Mars 1923; 77) *Bonomo-Vicenzo:* Il metab. bas. nei tub. polm. Il Policlinico 1929, No. 36, p. 225; — 78) *Deisz Alfred:* Forme de t. b. c. în rap. lor cu sistemul veg. considerate după met. bazal, temp. şi evol. clinică Beitr Klinik t. b. c. No. 71; 1929, p. 587; 79) *Delore:* Facteur acide-lase et tub. pulm.. Thèse Lyon 1926; — 80) *Arloring, Cluzet et Kofmann:* Var. de l'alc. du sang chez les cobayes tub. Soc. de B. Lyon 15 Dec. 1924, p. 1411; — 81) *Cordier et Delore:* Rech. sur l'éq. acide base des tub. pulm. XVIII Congrès de Med. Nancy 1925; — 82) *Dautrebande:* Les var. de l'éq acide-base dans la tub. pulm. Soc. Belge de B. 1925, p. 1028; — 83) *Tev. Anteaor:* Die Blutakcalireserve bei der Lungent. Rec. în Zentralbl. für die g. Tub. forsch. B. 30; H. 13 | 14 1929, p. 841; — 84) *Lopo de Carwahlo et Ferreira de Mira:* Sur la rés. alc. du sang des tub. pulm. C. R. Soc. B. 1928, p. 1598, T. I.; — 85) *Sanin A.:* Asupra acid. în tub. chir. Rec. în Zentralblatt für die

g. Tub. fors. 1928, p. 137; — 86) *Cantoni Oscar:* Determ. di calcio e di rez. alc. nel sangue dei tub. Rec. Zentralbl. für g. t.b.c. f. 1929 No. 3 p. 265; — 87) *Dautrebande et Daviez:* La courbe de dissoc. de CO^2 dans la tub. pulm. C. R. Soc. Belge de B 1923, p. 647; — 88) *Manicatide şi Zavergiu.* Var. pat. de R. A. la copii tub. Spit. 1929, No. 4; — 89) *Tătaranu şi Găiţulescu:* Rez alc. în tub pulm. Soc. de Ter. Buc. 2 Apr. 1932; — 90) *Fiessinger et Thiébaut:* La galactosurie prov. C. R. Soc. B 1931, p. 791; — 91) *Fiessinger et Walter:* La galactosurie prov. Bul. Soc. Hôp. Paris 1932, No. 17, p. 693; — 92) *O. Kauffman-Cosla et J. Roche:* L'insuline dans la thér. de la pysoxydative carbonurie. An. de méd. 1926, No. 2 p. 128; 93) *Nicloux:* Dysoxydative carbonurie on dyscarbonurie Bull. de la Soc. de chimie Biol. 1926, p. 1117.

RÉSUME: Docent D-r D. Hagiescu — *Les troubles du métabolisme et de l'equilibre biochimique dans la tuberculose pulmonaire.*

L'étude biochimique du terrain, faite en dehors de l'infection et après l'infection tuberculeuse, a montré que seulement les alterations biochimiques provoquées par l'infection peuvent être constatées et suivies. — Elles sont décrites par l'auteur. — En ce qui concerne le Calcium, les auteurs cités constatent une décalcification de l'organisme due au procès de dénutrition générale des tuberculeux.

Sur la calcithérapie l'auteur trouve que c'est une erreur de croire qu'une longue administration de calcium provoque une calcification; l'amélioration du métabolisme calcique est nécessaire. — Sur le phosphore et le potassium l'auteur établit un indice Ph/Ca et K/Ca qui semble tomber dans les formes évolutives et monter dans les cas avec évolution favorable.

Dans le métabolisme de l'eau on constate une hydremie d'ordre hépatique qui doit être traitée par l'opothérapie hepatique.

Si l'on analyse le métabolisme des glucides, on trouve une insuffisance glicolytique des tissus. — L'auteur décrit encore le métabolisme du cholesterol, des protides et montre qu'il n'y a pas un cholesterolo-prognostique, et qu'on ne peut pas provoquer une hypercolesterolémie thérapeutique persistante; il montre que l'étude du métabolisme des protides ne peut être employé dans le prognostique de la tuberculose.

Il passe ensuite en revue la dyscarbonurie, la carotinémie, les échanges gazeuses et l'equilibre acido-basique dans la tuberculose.

Dans un dernier chapitre l'auteur s'occupe de la therapeutique métabolique dans la tuberculose qui doit s'associer aux autres procédés therapeutiques. — La thérapeutique métabolique doit être composée de l'aération à la montagne, stimulant bien fort les oxidations, repos qui empêche la consumation, l'alimentation qualitative riche en légumes, sucres, et calcium facilement assimilables, des médicaments comme la phitine, avec du phosphore qui mettent en liberté l'ácide phosphorique et la calcithérapie sous forme d'ion calcium ou le calcium des aliments.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ZUSAMMENFASSUNG: Doz. D-r D. Hagiescu — *Störungen des Stoffwechsels und des biochemischen Gleichgewichts in der Pulmonalen tuberculose.*

Die biochemische Lehre des Bodens ausser der Infektion und nach einer tuberculösen Infektion zeigen dass nur die durch Infektion verursachten Biochemischen Schädigungen beachtet und studiert werden können. — Diese beschreibt auch der Verfasser. Was das Kalcium betrifft finden die Verfasser ein Kalciummangel des Organismus durch ungenuegende Ernährung des Körpers. Uber die Kalciumtherapie konstatiert der Verfasser dass es ein Fehler ist anzunehmen dass nach Verabreichung von Kalcium sich eine Kalciferation bildet.

Uber Phosphor und Potasium hat der Verfasser eine Konstant Ph/Ca und K/Ca festgestellt welch sich als niedrig in evolutiven Formen und gesteigert in den Fällen die günstig verlaufen, zeigt. In dem Stoffwechsel des Wassers findet man eine Hydremie Hepatischer Natur, welche man mit Leberopotherapie behandelt.

Wenn man den Stoffwechsel der Glucide verfolgt, findet man ein Glicolitischen Mangel in den Geweben.

Der Verfasser beschreibt noch den Stoffwechsel des cholesterols der Protide und beweist dass es kein Cholesterol-prognostic gibt und dass man keine therapeutische Hypercholesterolemie prowozieren kann; was die Protiden anbelangt, zeigt er dass das Studium ihres Stoffwechsels nicht in der Prognose der Tuberculose ausgenützt werden kann.

Eine Übersicht folgt über Discarbonurie, Carotinemie, Gazose-wechse lungen und echilibrisirte Säuere — Bazis in der Tuberculose.

In einem lezten Kapitel befasst sich der Verfasser mit der Stoffwechseltherapie der Tuberculose welche mit anderen therapeutischen Methoden sich vereinigt.

Die Metabolische therapeutik besteht aus: Gebirgsluft ein sehr starker Faklor der Oxidationen, Ruhe welche die Comsomption verhindert, eine qualitative Nährung mit Gemüse Zucker reich und assimilirbare Kalcium, Arzneien wie Phitin, Phosphorreiche welche die Phosphorsäuere entlassen und die Kalcium therapie als Ion Calcium oder alimentären Kalcium freibringen.

Laboratoires MARONNEAU-MOREL
156, rue des Fouvelles
Courbevoie-FRANCE.

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 adăgirea de THEOBROMINĂ ceeace 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 urinare.

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.

INFECŢIUNI, SEPTICEMII, GRIPE

LANTOL COUTURIEUX

PHODIUM CHOLOIDAL ELECTRIC

Foarte activ şi stabil — Ne dureros — Direct injectabil

1—4 fiole pe zi

OPOTERAPIE ASOCIATA

PANGLANDINE COUTURIEUX

EXTRACT GLANDULAR TOTAL

Formula cea mai complectă şi mai bine dozată în insuficienţele ENDOCRINE

2—6 capsule pe zi

DEPURATIV

LEVURINE EXTRACTIVE

COUTURIEUX

De 35 de ori mai activă ca drojdea de bere. Plăcut şi uşor de luat. — Depurativul cel mai puternic al

BOALELOR DE PIELE

Acnee, Furunculoza, Eczema, Supuraţii, Maladii infecţioase.

4—10 comprimate pe zi.

Laboratoarele COUTURIEUX 18, Avenue Hoche, PARIS

VIN BRAVAIS PARIS

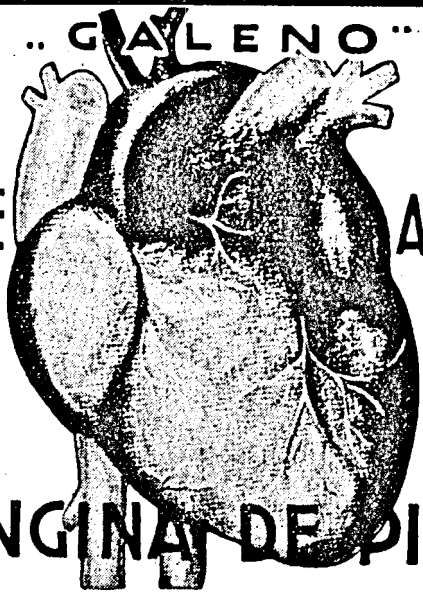
Vin de Malaga original, Kola, Coca, Cacao, Tannates de Caféine, Cocaine şi Teobrom

Cel mai puternic tonic, nutritiv şi stimulent în infecţiunile cardiace, nervoase, anemie, rachitism, chlorosa, debilitate şi convalescenţă.

Literatură şi eşantioane medicale J. E. BUCUR — Bucureşti, 4 Strada MECET No. 8

ANTISPASMINA

„GALENO"



TACHICARDIE ANGIOSPASME

ANGINA DE PIEPT

Papaverină — Theobromină — Acid fenil-etil-malonilurea (uminal)

ANTISPASMODIC ŞI VASO-REGULATOR EXCELENT

CARDIOTON „GALENO"

Digitală standardizată — Chinină Sulf — Theobromină — Stricnină Sulf

TONIC CARDIAC-VASO-REGULATOR complex

cu acţiune sigură şi constantă

PRODOTTI FARMACEUTICI „GALENO"-ROMA

Mostre şi literatură serveşte: „Farmacopela" Str. Popa Rusu 14, Bucureşti

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PROBLEMA CONSTITUŢIUNILOR *)

Privire critică

de

Docent D-r ALFRED DIMOLESCU

Problema constituţiunilor mintale nu este o problemă unitară, atât pentru motivul că unii autori înţeleg prin acest termen constituţia fizică a individului, pe când alţii constituţiile mintale morbide cât şi pentru faptul că noţiunile de caracter, temperament, constituţiune, eu şi personalitate nu au pentru toţi autorii aceiaşi semnificaţiune.

Mai înainte de a desvolta cele ce urmează vom căuta să arătăm în puţine cuvinte care este semnificaţia fiecăruia din aceşti termeni, precum şi rolul pe care îl au în personalitatea omenească.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Eul este rezultatul experienţei înaintaşilor noştri. El conţine tot bagajul ereditar psihic, cu care o persoană vine pe lume. Caracteristicile sale sunt:

1) Subiectivitate.
2) Primitivitate.
3) Simţire personală ce se confundă cu cenestezia.
4) Opoziţia cu lumea externă. Eul e în continuă activitate şi tensiunea cu *„non eul"*.

Personalitatea este a doua jumătate a unităţei psihologice individuale. Ea nu are nimic ancestral ci ia naştere din contactul eului cu mediul extern, prin factori sociali, biologici şi fizici. Deosebirea între eu şi personalitate este mare, căci pe când prin eu indivizii sunt diferiţi, căci diferită e şi ereditatea lor, prin personalitate se tinde la creerea unei persoane ideale. Diferenţele native ale oamenilor se nivelează prin muncă, cultură şi educaţie. Creerea personalităţei ideale este năzuinţa veşnică a ttuturor manifestărilor culturale.

Terminologia franceză are meritul de a stabili dela început atât origina acestor două elemente fundamentale, precum şi diferenţa dintre ele. Primul element este denumit *„personnalité innée"* iar cel de al doilea *„personnalité acquise"*. Există un echilibru între aceste două elemente, un echilibru în care fiecare termen este mai

*) Conferinţă ţinută la 26 Maiu 1933, la „Asoc. Docenţilor Facultăţii de medicină din Bucureşti" Spitalul Colţea.

şters cu cât celălalt este mai proeminent. Cu cât personalitatea omenească este mai aparentă, cu atât omul e mai perfect. Nu toţi oamenii pot atinge acelaş grad de perfecţiune, ceiace explică inegalitatea psihologică dintre ei. Acest lucru are mare importanţă în ceiace priveşte maladiile constituţionale, căci factorii sociali coercitivi au o influenţă nulă sau prea mică asupra tendinţelor înnăscute ale eului.

Caracterul este ansamblul aspectelor psihologice ale personalităţei unui individ. Personalitatea prezintă mai multe înfăţişări, după cum o considerăm din punct de vedere intelectual, afectiv sau dinamic.

In prima categorie intră credinţele şi amintirile, căci la baza manifestărilor intelectuale stă memoria. In a doua categorie figurează gusturile şi înclinările, iar în cea de a treia obiceiurile, cari nu sunt decât fenomene de automatism la cari ajungem prin repetarea continuă a unui act de voinţă.

Intr'un cuvânt caracterul nu este altceva decât ansamblul dispoziţiunilor ideo-afective şi voliţionale ale unui individ.

Temperamentul ese din cadrul psihologic fiind un ansamblu de dispoziţiuni organice ale eului.

El are două componente:

a) O componentă filogenetică, hereditară în legătură cu eul cu care este în directă continuitate, şi

b) O componentă organică, somatică în legătură cu structura corporală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Interdependenţa dintre eu şi personalitate se continuă şi între temperament şi caracter. Sub influenţa mediului social caracterul tinde să anihileze tendinţele temperamentale. Dar uneori sub influenţa toxinelor, a panicei, a furiei, a psihozelor, presiunea exercitată de caracter, slăbeşte şi atunci în lipsa sau diminuarea conştiinţei, temperamentul individului se manifestă în toată structura sa, adică desbrăcat de haina personalităţei.

Să vedem acum ce este o *constituţiune* şi care este raportul său cu noţinuile de mai sus.

* * *

Asupra semnificaţiei termenului de constituţiune nu toţi autorii sunt de acord. Există două concepţiuni:

Una morfologică, reprezentată prin De Giovani, Viola, Pende în şcoala italiană, de Claude Sigaud şi Mac Auliffe în Franţa şi de Kretschmer în Germania. Pentru toţi aceşti autori psihicul este subordonat formulei fizice. Mai mult chiar, fiecare tip fizic anticipează asupra evoluţiei patologice a individului, în sensul că tipul respirator, va face afecţiuni ale aparatului respirator, digestivul ale aparatului digestiv, cerebralul va suferi de afecţiuni în genul meningitelor, encefalitelor, itus, etc.

O a doua concepţiune este psiho-patologică. Ea e reprezentată prin psihiatrii dela 1890 încoace, din toate ţările. Constituţiunile mintale sau morbide sunt atitudini psihice cu caracter patologic, dar

cari nu sunt încă turburări mintale. Ele constituesc stări prepsihotice, cari ne indică într'o măsură oarecare viitorul psihopatic al individului.

Sunt vechii originali, excentrici curioşi, cari depăşeau limita normalului, dar cari nu intrau încă în patologia mintală propriu zisă.

O constituţiune priveşte eul prin aportul ereditar, priveşte personalitatea individului, care e alterată din pricina proeminentei eului său, interesează temperamentul prin starea sa anormală, structurală sau fiziologică şi este în legătură directă cu caracterul prin manifestările sale psihologice atipice.

Pentru a eşi din consideraţiuni teoretice, cei mai mulţi autori, şi la noi în ţară d-nii Prof. Obregia şi Parhon, au admis formula Prof. Laignel-Lavastine, ca fiind cea mai simplă şi cea mai comodă; anume:

Caracterul	priveşte	psihologia	individului
Temperamentul	„	fiziologia	„
Constituţiunea	„	patologia	„

Este o formulă care merită să fie reţinută, cu titlul de provizorat.

CONCEPŢIA SOMATICA A CONSTITUŢIUNILOR datează din timpuri vechi. Deja Hipocrat cunoştea pentru temperamente: umed, cald, rece şi sec (după elementele din natură apă, foc, aer şi pământ) la care Galien a mai adăugat încă cinci: sanguin, biliar, limfatic, atrabiliar şi pituitar, în cari primele trei corespundeau unor umori din organism iar ultimele două unor substanţe imaginare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această concepţie a durat timp de 17 secole cu mici modificări. Astfel în secolul trecut Fourcault descrie 10 temperamente: nervos, sanguin, celular, limfatic, adipos, scleros, muscular, gastrotimic, gastropatic, erotic.

In această concepţie fiecare temperament corespunde unui ţesut sau unei umori din organism, iar manifestările individului ar fi datorite unui surplus de funcţiune a acestor ţesuturi sau organe.

Ideia aceasta a organului prevalent e simplistă, căci nu explică nici substratul psihologic al tipului respectiv, şi nici substratul patologic. Intr'adevăr sunt unele cazuri în patologie în cari hipertrofia unui ţesut sau organ nu dă o hipertrofie funcţională ci din contră o scădere. Aşa de ex. în domeniul glandelor cu secreţie internă este acromegalia, iar în patologia specială: hidrocefalia. Totuşi această idee, cu oarecari modificări s'a continuat şi la şcoala italienească şi franceză. Reprezentanţii lor au redus însă aceste tipuri la 4 şi anume:

Tipul respirator cel mai frecvent cu următoarele caractere: etajul mediu al feţei mărit, gâtul lung, toracele mare, musculatura respiratorie desvoltată, restul musculaturei redusă, abdomenul mic, membre debile, umerii laţi... (Intreaga morfologie se modifică după organul predominent, căci ştim că morfologia generală se modifică după morfologia fiecărui organ în parte. Cele trei etaje ale feţei

sunt separate printr'o linie care trece prin arcada sprâncenoasă şi o alta care trece prin comisura nazolabială).

Tipul digestiv frecvent la copii şi la popoarele primitive (eschimoşi). E caracterizat prin: predominenţa etajului inferior al feţei, gura largă, buze groase, grăsime pe maseteri, gât scurt şi gros, musculatură puţină, abdomenul mare, membre mici, ţesut grăsos abundent.

Tipul muscular cu etagele feţei egale, frunte oblică, muşchii gâtului, cefei şi maseterii bine desvoltaţi. Se văd inserţiile tendoanelor pe torace. Membre mari solide. Statura înaltă.

Tipul cerebral la care predomină etajul superior cerebral. Fruntea mare, bosele frontale desvoltate, faţa mică, maxilarele mici, gâtul scurt, toracele mic şi slab, statura mică, ţesutul muscular şi grăsos slab reprezentate.

Se mai descriu şi forme mixte:

Cerebro-digestivi, cerebro-musculari, musculo-digestivi, musculo respirator, etc.

Descrierea morfologiei acestor tipuri a fost făcută pe baza de măsurători precise şi de statistici bogate.

In această concepţie lipsesc unele fapte ceiace face ca valoarea ei să fie mult scăzută. Astfel nu putem afla formula psihologică a individului ori cât de minuţioasă este descrierea morfologică.

In al doilea rând ea nu înglobează toate posibilităţile morbide ale individului, căci un tip dintr'o categorie poate să sufere foarte bine de afecţiuni din altă categorie. In al treilea rând aceste patru clase nu cuprind toate variaţiile morfologice ale indivizilor.

Or în aceste condiţiuni această concepţiune nu dă un răspuns complect problemei constituţiunilor.

* * *

CONCEPŢIA PSIHO-PATOLOGICA A CONSTITUŢIUNILOR. Este vorba aci de constituţiunile mintale morbide. Este un grup creiat în cea mai mare parte de Dupré, necesar înglobărei unor categorii de anormali, cari sunt în vecinătatea psihopatiilor, dar cari pot rămâne mult timp aci. S'au izolat şase constituţiuni:

Constituţiunea perversă care exagerată dă folia morală. E caracterizată prin amoralitate şi inafectivitate. Aci tendinţele native ale eului au biruit personalitatea. Manifestările temperamentale sunt mai puternice decât cele caracterologice. Ei sunt sclavii simţurilor lor. Sunt indivizi asupra cărora influenţa educaţiei e nulă.

Constituţia emotivă caracterizată prin reacţiuni vasomotorii şi psihice puternice şi o slabă putere de inhibiţiune. In această categorie figurează, anxioşii, timizii, obsedaţii, etc. Exagerarea acestor simptome poate duce la interpretări delirante, precum şi la psihonevroza emotivă descrisă de Dupré şi atât de frecventă în timpul răsboiului european.

Constituţia paranoică, care exagerată dă paranoia. E caracterizată prin hipertrofia personalităţei, bănuială şi neîncredere, iar ca simptome secundare: autodidactism, solitudine, abstinenţă sexuală.

Constituţia mitomaniacă la baza căreia stă o pervertire a imaginaţiei. E o mitomanie lipsită de scop practic imediat. E o fabulaţie în acte, în vorbă şi în gesturi aşa cum ar fi în isterie. Trebue deosebită însă de minciuna obicinuită, care are un interes imediat şi cari e în legătură nu cu imaginaţia ci cu instinctul de conservare.

Constituţia ciclotimică, caracterizată printr'o alternanţă mai mult sau mai puţin regulată a stărei umorale şi a activităţei. Sunt stări de depresiune nemotivate ce sunt urmate de altele de veselie şi activitate. Exagerarea acestor stări dă cunoscuta „psihoză periodică". Sunt acele persoane în continuă mişcare şi vervă, spirituale, prietenoase cu toată lumea din jur, însă care pentru un scurt timp prezintă o stare neexplicabilă de tristeţe şi descurajare.

Constituţia schizoidă este un grad mai puţin intens de schizofrenie. Aceştia sunt tăcuţi, veşnic interiorizaţi, indiferenţi la evenimentele înconjurătoare, flegmatici, cu reacţiuni lente şi uneori acte bizare, hotărîri luate brusc. O bună parte din gânditorii omenirei au făcut parte din această categorie: Astfel au fost Schiller, Platon, Schumann, poate Eminescu, etc.

Iată în câte-va cuvinte în ce constă grupa constituţionalilor mintali.

Desigur că nici concepţia psihopatologică nu dă un răspuns complect problemei somato-psihice. Ea nu face decât să studieze şi să grupeze fenomenele psihice morbide, fără să stabilească o legătură de cauzalitate între aceste două elemente fundamentale: morfologia şi psihologia individului.

Babeş-Bolyai Universitatea Library Cluj

Nu tot aşa se petrece cu sinteza Kretschmer pe care o studiem acum.

Trebue să menţionăm şi diviziunea temperamentelor după gradul de funcţiune al glandelor cu secreţie internă, atât de bine descrisă de Prof. Pende. Aceste idei au fost cunoscute la noi în ţară prin activitatea d-lor Prof. Marinescu şi Parhon, iar în ultimul timp printr'o serie de articole în periodicile româneşti de către D-r Buttu, care a făcut un stagiu la Genova.

Hiper sau hipofuncţiunea unor glande importante din economie, pot da o stare latentă, care nu este încă o maladie, dar care reproduce în mic, simptomele acesteia.

Astfel, hipofuncţiunea tiroidei, dă un temperament hipotiroidian, care nu devine mixoedem. Caracteristicele fizice ale unui hipotiroidian vor fi deci: linii brevilinii, cu extremităţile, cap, mâini, gât, scurte, cu facies hipoplasig, cu părul rar, pielea aspră şi seacă cu reacţiuni motorii lente, cu stază venoasă şi limfatică, extremităţile reci, macrosplacnici, constipaţie obicinuită, vagotonie, iar din punct de vedere psihic: apatie şi inteligenţă medie, senilitate precoce.

Astfel vom avea un tablou asemănător pentru: hipertiroidieni, hiperpituitari, hipopituitari, hipogenital, hipergenital, hipertimic descris de Bermann, paratiroidian, hipo şi hiper-suprarenalic.

In ceiace priveşte descrierea temperamentelor simpaticotonice şi parasimpaticotonice, descrise de Mac Auliffe, acestea intră tot

în cadrul patologic şi nu pot avea pretenţia de a îngloba toate posibilităţile psiho-somatice ale tuturor indivizilor.

* * *

SINTEZA LUI KRETSCHMER. Kretschmer psihiatru german dă acestei probleme un răspuns satisfăcător. Anume el arată legătura dintre structura organică şi manifestările ideo-afective ale indivizilor, manifestări cari sunt subordonate acestei structuri.

La Kretschmer fizicul şi psihicul individului sunt doui termeni strânşi legaţi. Dacă cunoaştem structura morfologică a unei persoane, putem deduce şi psihicul său, întrucât acesta din urmă este totdeauna construit într'un anumit fel.

Aceste deducţiuni sunt foarte importante din punct de vedere caracterologic în general şi din punct de vedere al patologiei mintale în special.

Kretschmer împarte individul din punct de vedere morfologic în trei tipuri:

Tipul astenic care nu este după cum s'ar crede un tip slăbit fiziologiceşte ci este constituit anatomic astfel. Pentru a se evita confuziile autorul a schimbat denumirea în aceia de „leptosom". Caracterele acestui tip sunt:

Creştere normală în lungime.

Creştere scăzută în lăţime.

Pielea anemică şi uscată, braţe slabe, umeri strâmţi, toracele slab cu coastele aparente, greutate mică faţă de înălţime, sistemele osos, vascular şi muscular reduse. La cap: diametrul longitudinal mai mare ca cel transversal, nasul mult evidenţiat, mandibula hipoplasică, profil unghiular.

Tipul atletic. Centura scapulară şi toracele hipertrofiate, ţesutul osos şi muşcular desvoltate, ţesut grăsos puţin reprezentat, talie mare. La cap: faţa lungă, protuberanţa occipitală proeminentă, bărbia mare, lungimea feţei pare mai accentuată în profil. Epiderma deasă.

Tipul picnic. Tendinţă la grăsime, membre slabe, spate rotund, gât aplecat înainte, abdomen proeminent accentul trofic al corpului pe abdomen şi pe partea inferioară a toracelui, epidermă moale, vasele transparente. La cap: caracteristica craniului, rotund şi larg, guşe, figură expresivă de bunătate.

Acestea sunt cele trei tipuri pe care se bazează concepţia constituţională a lui Kretschmer. Originalitatea şi valoarea acestei concepţiuni începe în momentul când a observat că cea mai mare parte din maniaco-depresivi sunt picnici, iar celelalte două tipuri atleticii şi astenicii sunt schizofrenici. Intr'adevăr din

85 maniaco-depresivi	58	erau	picnici şi din
175 schizofrenici	81		astenici
	31		atletici
	11		astenici-atletici
	34		displazici (1)

1) Displazicii nu formează o categorie anatomică propriu zisă, ci o clasă în care figurează cei ce nu pot intra în nici una din categoriile de mai sus.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Această statistică i-a dat dreptul lui Kretschmer să deducă legea următoare:

Există o afinitate biologică între structura picnică şi dispoziţia psihică maniaco-depresivă şi între structura astenică, atletică şi displazică şi dispoziţia psihică a schizofrenicilor.

Kretschmer stabileşte prin această lege o legătură între structura fizică şi manifestările psihice, legătură care nu exista la nici una din concepţiunile studiate până acum.

Intre aceste extreme structură şi psihoză, se plasează şi constituţia individului, aşa că avem două serii de elemente:

1) Tipul picnic	2) Tipul atletic-astenic
Const. cicloidă	Const. schizoidă
Psih. maniaco-depresivă	Schizofrenia

Constituţia cicloidă. Care este deosebirea dintre aceste două grupe de fenomene. Este contactul cu lumea din afară. Ce este acest contact? Este vechiul eu şi nou eu al filozofilor, este opoziţia cu lumea externă a eului unui individ. Persoanele din această categorie sunt într'o continuă legătură cu mediul înconjurător, ele vibrează la unison cu acest mediu, după expresia lui Minkovski. E un „exotropism" cum spune Prof. Obregia. Intr'adevăr la maniaci conţinutul ideativ, percepţiile, fuga de idei, stările afective au ca punct de plecare lumea externă de persoane şi obiecte. In constituţia cicloidă acelaş lucru. Kretschmer defineşte constituţia cicloidă „o stare articulară a unei persoane, care oscilează între psihoză şi sănătate, rezumând într'un grad mai puţin intens simptomele psihice cardinale ale acesteia".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Oscilaţia afectivităţii, una din caracteristicele cicloizilor, între polii vesel şi trist o denumeşte Kretschmer „proporţie diatezică".

Această stare constituţională se găseşte după observaţiile lui Kretschmer şi multor psihiatrii în familia psihopaţiilor, uneori destul de intens adică în stadiul de prepsihoză.

Menţionăm în treacăt că autorul distinge trei atitudini a acestor constituţionali:

1) Un tip sociabil, bun, serviabil
2) Un tip vesel, spiritual, vioi, activ cel mai freqvent
3) Un tip liniştit, calm, trist, blând.

Toate aceste tipuri psihice formează constituţia cicloidă, cu un caracter anormal, dar care nu este obligator evolutivă, adică nu evoluiază în spre psihoza respectivă, decât atunci când întâlneşte un factor ocazional puternic:

Alcool, şoc emotiv, maladii infecţioase, etc.

Observaţiuni de acest fel sunt cunoscute, e însu-mi am publicat câte-va în volumul: Constituţie, Caracter, Temperament, apărut acum doi ani.

Astfel constituţia ciclotimică poate rămâne necontenit în stare latentă. Caracteristica ei importantă fiind păstrarea contactului cu lumea externă, contact caracterizat printr'o vibrare intensă afectivă, voliţională şi ideativă.

Constituţia schizoidă. Cel de al doilea grup de atitudini psihice din sinteza lui Kretschmer, corespunzător tipului atletic şi astenic sau leptosom, este grupul schizoid. Psihopatia frequentă la aceste tipuri este schizofrenia, iar starea constituţională se numeşte constit. schizoidă. Le vom studia împreună caracteristica manifestărilor schizoide este „ruperea contactului cu realitatea" şi înlocuirea lui cu o stare de interiorizare cu un „autism" după expresia lui Bleuler. Individul nu mai vibrează la unison cu mediul şi cu evenimentele din jurul său, el este indiferent. Mai mult chiar este preocupat de propriile lui gânduri, este interiorizat. E o stare de „endotropism" după terminologia prof. Obregia.

Acesta este punctul de vedere, care separă cele două constituţiuni, una privind în afara individului, cealaltă în interiorul său.

Cu aceasta însă se epuizează şi toate posibilităţile de a fi ale unei persoane, căci preocupaţiunea psihică nu poate fi decât sau în afară, sau în interior. Altă posibilitate nu există. Şi în aceasta constă valoarea sintezei lui Kretschmer. Ea e un tot complect la care nu se mai poate adăuga sau lua nimic.

In celelalte concepţiuni nu există această închegare, acest tot de sine stătător, la care nu se mai poate adăuga nimic, căci la concepţia italo-franceză putem adăuga la cele 4 tipuri tipul hepatic de ex. In concepţia glandulară deasemenea. Cine ne poate garanta că cunoaştem toate secreţiile interne ale unui organism.

La schizoizi unitatea de măsură nu mai este umoarea, ca la cicloizi ci activitatea. Oscilaţia dinamică a individului se face între polul inert şi iritabil, iar variaţia între aceşti poli a primit numele dela Kretschmer de „proporţie psihestezică". Şi aci autorul distinge trei tipuri:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1) Un tip insociabil, rezervat, liniştit, serios, bizar
2) Un tip timid, fricos, delicat, sensibil, nervos, iritabil cu gust pentru natură şi cărţi
3) Un tip docil, bun, cuminte, indiferent de umoare egală.

Dar Kretschmer merge şi mai departe. După aceleaşi norme el clasează însă-şi atitudinea psihologică a individului normal. Cu alte cuvinte umanitatea însă-şi se apropie de schizoidie sau de cicloidie, după cum manifestările ideo-afective ale indivizilor sunt în afară sau în interiorul eului.

Autorul găseşte că din punct de vedere normal nu există decât două feluri de atitudini psihice: a cicloizilor şi a schizoizilor, pe care pentru a nu fi confundate cu stările constituţionale le denumeşte: „ciclotimie" şi „schizotimie".

Diferenţa dintre aceste două stări normale este tot legătura cu ambianţa, adică vibrarea la unison cu mediul în ciclotimie şi interiorizarea în schizotimie.

In prima categorie figurează Goethe, Luter, cari nu aveau nimic costituţional, nimic morbid. In cea de a doua Schiller, Platon, Schumann, pentru a lua câte-va exemple la întâmplare. Aceştia din

urmă erau visători, distraţi, preocupaţi de ideile lor şi mai indiferenţi la mediu decât primii.

In acest mod Kretschmer ajunge dela noţiunea de psihoză la aceia de caracterologie normală. In acest mod dispare noţiunea de psihoză şi creer, noţiunea de localizare a maladiei mintale, şi ea apare ca rezultatul unui întreg concurs de împrejurări, în care morfologia individului are un rol hotărîtor.

Sinteza lui Kretschmer dă un răspuns complect problemei constituţiunilor mintale, căci la el vedem o legătură strânsă între morfologia individului şi manifestările lui psihologice.

In concepţia italo-franceză, ca să o numim astfel, toată clasificarea tipurilor umane, nu are decât o valoare anatomică, întrucât nu ne spune care este comportarea psihologică a fiecărui tip. In clasificarea tipurilor după funcţiunea endocrină, nu avem decât o clasificare patologică, dar care nu înglobează toate tipurile normale.

Clasificarea psihiatrică, păcătueşte prin acelaş motiv.

Ea clasifică o serie de stări psihopatice, dar cari nu sunt decât un fragment din toată psihologia umană.

La Kretschmer însă avem, cunoscând structura individului, o anticipare atât asupra psihologiei sale normale, cât şi asupra stărilor psihopatologice viitoare. Este un răspuns complect, o sinteză somato-psihică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acest lucru este foarte important, deoarece este pentru prima oară că se dă un răspuns mult cercetatei probleme a relaţiunilor dintre psihologie şi structură sau cum spuneau clasicii, dintre suflet şi corp.

RÉSUMÉ: Doc. D-r Alfred Dimolescu — *Problème des constitutions*

Après avoir passé en revue différentes conceptions sur les constitutions (conception somatique, phisico-pathologique) l'auteur s'arrète spécialement sur la synthèse de Kretschmer qui considère le psychique et le physique de l'individu en etroite dépendance. Connaissant la structure morphologique d'une personne on peut déduire son psychique. Partant de ces constatations Kretschmer classe l'individu au point de vue morphologique en trois types: asthénique, athletique et picnique, auxquels correspond une caracteristique psychologique normale qui peut donner des indications sur les états psyhopathologiques futures.

De ce point de vue l'auteur considère la synthèse de Kretschmer supérieure aux autres conceptions sur les constitutions par ce que la réponse que donne Kretschmer est complète: une synthèse somato-psychique.

ZUSAMMENFSSUNG: Doz. D-r Alfred Dimolescu — *Das Problem der Constitution.*

Nachdem der Verfasser einen allgemeinen Blick über die verschiedenen Begriffe von den Constitutionen (Somatische, psycho-pathologische) wirft, hält er sich

besonders bei der Synthese des D-r Krehschmer auf, welche das Physische und Psychische des Individuums in strenger Verbindung betrachtet. Sobald man die morphologische Struktur einer Person genau kennt ist sein Psychisches leicht zu beurteilen. Von diesen Betrachtungen ausgehend, teilt Kretschmer das Individuum in morphologischer Hinsicht in drei Typen: Asthenische, Atletische und Piknische, denen eine normale psyhologische Karakteristik entspricht welche über künftige psychologische Zustände Anzeichen liefern kann.

Von diesem Standpunkte ausgehend, betrachtet der Vefasser die Kretschmersche Synthese von aller andern Begriffen über Constitution als die beste, weil die Lösung die Kretschmer gibt eine volkommene Somatopsyhische Synthese ist.

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:

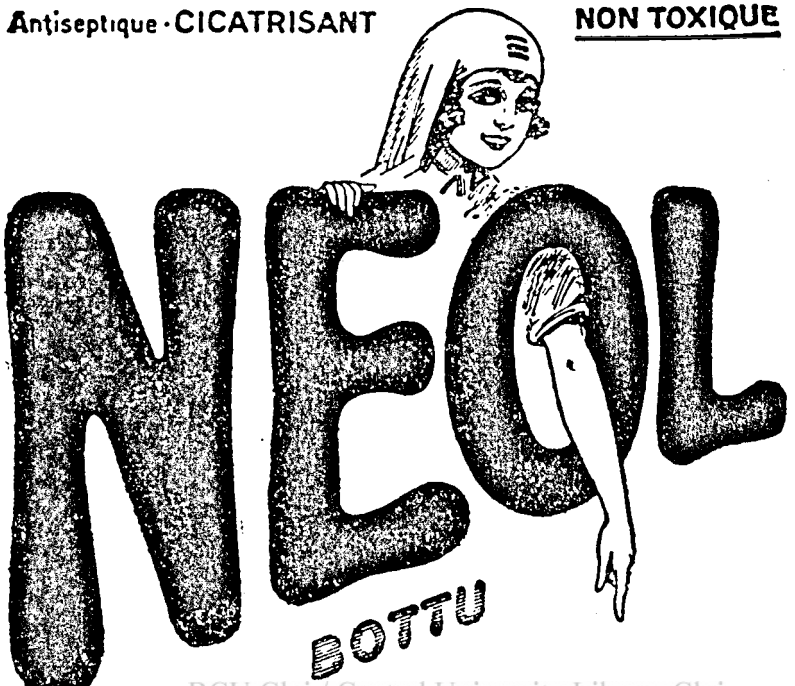
Reprezentanţa Depozitului pentru România: G. CENTONZE. — Bucureşti, 6.

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

Digitized by / Central University Library Cluj

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. 117 Rue Notre Dame des Champs — PARIS.

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

POMADA DESITIN

Arsuri de orice grad. Cicatrizarea plăgilor. Ulcerațiuni. Plăgi atone. Escare. Prurit. Intertrigo. Eritheme. Dermatite. Pansament ginecologic și pansamentul plăgilor ombilicale.

Acțiune bactericidă neiritantă. Pansamentul nu se lipește. Nu se descompune sub acțiunea organică. Apără plăgile împotriva secrețiunilor și exsudatelor.

TUB MIC, MARE ȘI CUTII DE 250 GR

PUDRA DESITIN

Sicativ al plăgilor superficiale. Ingrijirea sugarilor și copiilor. Eritheme solare. Degerături. Escare. După raze ultraviolete. Intertrigo. Eczeme.

Pudra grasă neiritantă. Foarte adesivă. Protector excelent al epidermei. Nu este descompusă de secrețiuni și esudate. Calmează usturimile și mâncărimile.

CUTII ȘI PLICURI A 100 GR.

REPREZENTANT: **AGECO S.A.**

Calea Victoriei No. 29 — BUCUREȘTI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SINDROMUL KINETOZELOR

I.

HYPSIPETOPATHIA

Introducere, Generalităţi, Definiţii şi Istoric

de

D-r OD. APOSTOL — Cluj

In „Buletinul medico-terapeutic" No. 12/932 şi No. 1—2/933, am început a publica prima parte a lucrărei mele, asupra KINETOZELOR şi anume am expus HYDRONAUPATIA.

In studiul nostru de faţă ne vom ocupa de HYPSIPETOPATHIA (= Ipsipetopatia).

Termenul acesta l-am creiat *noi* astfel:

Din:

A) ὕψι (= ípsi) = înalt, sus; hoch *) ὕψι, ὑψόσε, ὕψοῦ = în înălţime sus; in die Höche, empor, hinauf *); In altum, haut, en haut **).

B) πέτομαι (= pétome) = voler, voltiger **); fliegen, schewen, eilen, rennen; Volo, aufugio *) = a pluti, a sbura, a merge pe înălţimi.

şi C) πάθος = páthos.

Ipsipetopatia credem că e sinonimul cel mai perfect al: *răului de munte, malattia delle Ande, mal de montagne, mal d'altitude, Höhenkrankheit.*

Ipsipetopatia ar fi sindromul care ar cuprinde fenomenele fiziobiologice ce s'ar observa în următoarele trei circumstanţe diferite:

1) *In cursul ascensiunilor pe munţi;*

2) *In cursul ascensiunilor cu balonul;*

3) *In cursul experienţelor făcute, în ceiace numesc Francezii „le caisson à vide".*

Nu alăturăm — ca cei mai mulţi autori — şi a patra circumstanţă: *Zborurile cu aeronauva.* Căci după cum voi arăta într'o altă lucrare, aeronaupatia se *deosebeşte* şi de *idronaupatie* şi de *ipsipetopatia,* de care ne ocupăm în prezent.

II.

Date generale de fizică, meteorologie, ematologie şi biologie

Proporţia de gaze fixe în atmosferă după *Leduc* (1896) e următoarea: (la %)

---

*) D-r G. *Benseler.* Griech. — Deutsches Schulwörterbuch, Leipzig 1872.

**) A. *Chassang.* Nouveau dictionnaire Grec-français, Paris, 1894.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

Oxigen	21.
Azot	78.06
Amestec de gaze noi	0.94

La aceleaşi rezultate a ajuns *Corilletet, Müntz, Schlösing*, etc.

Elementele variabile ale atmosferei sunt: CO^2, vaporii de apă, czonul şi amoniacul.

Proporţia acidului carbonic în mediu este 3—4 la 10.000. Invecinătatea oraşelor ajunge $1^0/_{00}$ chiar.

Cantitatea vaporilor de apă variază 1—32 gr. pe m. c. de aer.

La 100 m.^{3} se poate găsi 2 mgr. 3 ozon la Paris şi O mgr. 4 la Grands-Mulets (3020, m. altitudine).

Cantitatea de *oxigen* din aerul atmosferic scade în proporţie directă cu altitudinea.

Consecutiv acestei scăderi găsim o diminuare a cantităţii de oxigen din sângele nostru. Dar această diminuare are cu mult mai puţină importanţă decât constatarea scăderei tensiunei oxigenului în plasma sanghină.

Lipsa de oxigen atrage după sine modificări respiratorii, de nutriţie şi ale T. A.

Observaţiile lui *Loewy* şi a altora, precum şi cercetările experimentale, confirmă aceste date clinice.

Scăderile mari de oxigen produc leziuni grave organice.

Presiunea barometrică scade odată cu altitudinea. Nu se observă însă nici un paralelism regulat între ele. Spun unii autori că scăderea presiunei barometrice ar depinde mai mult de temperatură.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Oscilaţiile barometrice cele mai mici 12—13 mm. aproxim. se observă în Iunie—August, pe când cele mai mari în Dec.—Mai.

Vântul *Foen* (= vânt cald şi uscat care bate iarna şi vara în Alpi), accentuiază modificările barometrice.

Suprafaţa corpului uman suportă o presiune atmosferică în greutate de 15.000 kgr.

Altitudinea şi presiunea barometrică corespunzătoare în diferitele locuri (După RÉGNARD şi PORTIER)

Localitatea	Altit. Metrii	Presiunea atmoasf.
La mare	0	76
Lucerna	437	74
Davos	1560	62
Saint Moritz	1856	60
Saint Bernard	2370	56
Etna	3310	50
Mont Blanc	4810	42
Mtele Everest	8840	24,8
NOTĂ.		
Glaisherin balon	8838	24,8
P. Bert, clopotele Sorbonei	"	"
A. Mosso în camera pneumatică.	11650	19,2

Raporturile între presiunea atmosferică şi indălţime (Din A. PICCARD. A 16000 m.)

Altitudinea în metri	Pres. atm. în mm. Hg.	Observaţii
0	760	
1902	600	
3322	500	
4810	410	Mont Blanc
4990	400	
5362	380	
7032	300	
8843	229,7	M. Everest

Variaţiile anuale ale temperaturei la diferite înălţimi
(După LINDHOLM).

Altitudine în metri	EUROPA N. V.	EUROPA Centrală	OBSERVAŢIUNI
	Amplitudine anuală		
0	15°,2	21°,1	Sunt date după Gold pentru: Strasburg, München, Berlin şi Viena; Date din Anglia, Uccle, Paris şi Hamburg, cu valori mijlocii ale lunilor Ianuarie şi Februarie.
1000	14°,9	16°,9	
2000	15°,3	14°,5	
3000	16°,1	15°,2	
4000	17°,6	16°,3	
5000	18°,8	17°,6	
6000	19°,4	18°,8	
7000	19°	19°,4	
8000	17°,6	18°,4	
9000	14°,1	15°	

⊙⊙⊙

Temperaturile extreme ale anotimpurilor opuse
(După LINDHOLM)

Anul 1924

Altitudine în metrii	IARNA (Decembr.-Febr.) Min.	IARNA Max.	VARA (Iunie-August) Min.	VARA Max.	Diferenţa între cele două extreme
0	— 19°	+ 3°	+ 11°	+ 25°	44°
1000	— 17°	+ 5°	+ 1°	+ 19°	36°
2000	— 21°	— 7°	— 7°	+ 13°	34°
3000	— 25°	—13	— 13°	+ 5°	30°
4000	— 29°	—17	— 17°	+ 10	30°

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Vânturile, unele ca de ex. Foenul, modificând starea de umiditate şi încărcarea electrică a aerului, determină o oboseală grabnică, cefalee şi o mare întârziere, uneori şi o oprire, a eliminărei apei prin piele şi plămâni.

Temperatura descreşte cam cu 1° C. la 59 m.

Gay-Lussac constată experimental, o descreştere de 40°,3 pentru 6980 m. altitudine.

In Europa, în mediu, iarna scăderea este de 0,45, dintr'un grad, pentru a creşte de 100.

Deosebirea între temperatura de zi şi noapte la câmpie e mai mare, mai ales în localităţile lipsite de păduri.

Văile sunt reci pentrucă în ele cad masele de aer rece. Povârnişurile anfractuoase îngreuind căderea aerului rece, temperatura e scăzută. Din contră pe versanturile bruşte, temperatura e mai ridicată, aerul rece alunecând mai cu uşurinţă.

Nici o lege nu leagă temperatura de presiune.

Serviciul tehnic al aeronauticei din Franţa admite că temperatura descreşte literar cu altitudinea. Legea dată este:*).

$$\Theta = 15 - 0{,}0065\ Z.$$

Θ = temperatura; Z = altitudinea.

Cu ajutorul baloanelor sonde (1903) s'a constatat 0^0 la 3661 m.; — 50^0 la 9640 m.; — $55^0{,}8$ la 11.025 m.; — $32^0{,}2$ la 15414 m.

UMIDITATEA SI PRECIPITARILE ATMOSFERICE

Umiditatea scade odată cu creşterea înălţimei: 2000 m. de ex., cantitatea de vapori de apă este mai mică decât la şes, lar la 5000 m. scade la 1/8.

Uscăciunea aerului sporeşte eliminarea apei din organism prin plămâni *(Guillemard, Meog* şi *Regnier, Loewy,* etc.).

IONIZAREA

Altitudinea este caractreizată printr'o ionizare accentuată a aerului. Ionizarea în altitudine e unipolară. Ionii negativi liberi determină unipolaritatea negativă a aerului de înălţime. E mai accentuată în văile închise. Din contră pe vârful munţilor şi pe văile deschise, curenţii de aer risipesc aerul excesiv ionizat.

Ionizarea aerului contribue la regenerarea sanghină. Algiile se modifică — după *Zuebhein* — sub influenţa variaţiilor de ionizare.

* * *

ACTIUNEA ALTITUDINEI ASUPRA PIELEI SI MUCOASELOR

Din cauza temperaturei scăzute a aerului atmosferic de altitudine, pielea devine uscată şi aspră. Mucoasele feţei şi conjunctivele se usucă devenind friabile şi cu plesnituri uşor sângerânde.

ACTIUNEA ALTITUDINEI ASUPRA APARATULUI RESPIRATOR

Frecvenţa respiratorie creşte considerabil ajungând uneori la 50, 100, 200 şi chiar mai mult, pe minut. Aceasta s'a observat în primele 600 m. de ascensiune. Peste 6000 de m. s'a observat fenomenul invers: în loc de polipnee, *oligopnee,* adică o încetinire însemnată a frecvenţei respiratorii. Dela 200 pe minut scade la 100; la 1000 m. frecvenţa respiratorie este marcată 24—30 respiraţii pe minut.

In acest moment, apare un fenomen observat de *Garsaux* şi *Béhague* şi botezat de ei: *anisopnee* (= respiraţie neregulată).

In plus se mai modifică amploarea respiratorie, care se traduce printr'o diminuare însemnată a capacităţii pulmonare, atribuită dilataţiei gazelor intestinale cari comprimă diafragmul.

Cu toate că raportul respirator:

$\frac{CO^2}{O^2}$ nu se modifică, proporţia gazului carbonic în gazele exalate este considerabil mărită.

Profesorul *Carlos Monge* (Lima-Peru) a descris un tip an-

*) *C. Gourdon.* La mesure des resords d'altitude, 'Aeronatique No. 74/VII/925

tropologic aparte: omul munţilor Anzi, care nu are corespondent în altă rasă; e rezultatul altitudinei: torace atletic, talie mică.

Acidul carbonic *total* coboară dedesubtul lui 40, sub influenţa altitudinei.

Acidul carbonic *alveolar* suferă o diminuare corespunzătoare.

La nivelul mării (0. m.) =	CO^2 alveolar	52,10	
		38,30	
	CO^2 liber	36,99	
		26,—	

Acidul carbonic alveolar nu suferă influenţa iperventilaţii pulmonare a altitudinelor.

ACTIUNEA ALTITUDINEI ASUPRA SÂNGELUI ŞI APARATULUI CARDIOVASCULAR

Este extrem de importantă; asupra ei ne vom opri mai mult.

Mosso şi *Dürig* au arătat că la indivizi sănătoşi, nu se observă ridicarea T. A. nici chiar la înălţimi mari.

Deseori T. A. creşte la cei trecuţi de 40 de ani şi la ipertensivi. Maxmium de ridicare se observă mai mult seara şi mai accentuat la excitabilii nervoşi şi la cei cu tendinţă la ipsipetopatie.

Ipertensiunea traduce o stare de oboseală cardiovasculară. Loewy crede că ipertensiunea de altitudine e consecutivă diminuărei cantităţii de O.

Ipertensiunea de altitudine e temporară, pasageră, căci fenomenele de autoregulare cardiovasculară o face să dispară.*)

CO^2 şi ionul H sunt vasodilatatoare periferice în particular, din cauza acţiunei lor depresive asupra vasoconstrictorilor şi prin acţiunea vasodilatatorilor arteriali direcţi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CO^2 şi ionul H lucrează la nivelul receptorilor nervilor vasosensibili cardioaortici şi sinocarotidiene (ganglion carotidian) diminuând acţiunea vasodepresivă a acestor nervi, producând astfel o ipertonie vasculară reflexă.

Activitatea tonică a centrilor vasopresori este menţinută, diminuată şi mărită prin CO^2 din sânge şi ioni H la nivelul centrilor.

Anoxemia centrală nu-i un excitant direct al centrilor vasopresori, ci sensibilizează aceşti centri la acţiunea stimulantă a CO^2.

In condiţiunile fiziologice ale repauzului organismului, tonusul vasopresor central, ortosimpaticul, este automatic frânat, reflex continuu, prin presiunea endovasculară arterială la nivelul receptorilor refloxogeni ai nervilor *Cyon* şi *Hémig*.

Ipertensiunea arterială poate fi până la un punct deci, rezultanta fie a unei diminuări, fie a unei deficienţe a tonusului nervilor frenatori, vasodepresor reflex; fie dintr'o mărire a tonusului vaso-

*) Vezi şi
- D-r aviator *V. Anastasiu,* Omul sburător, Buc. 1922.
- D-r *Od. Apostol,* Oboseala, Cluj, 1932.
- D-r *Georgian,* Teza sa de doctorat medicină, Buc. 1926.

*) *Heymans* et *J. I. Bouckaert,* Sur la Pathogénie de l'hypertension artérielle, Soc. belge de biologie, 16/VII/1932.

presor în urma unui exces de CO^2, de ioni H sau din lipsa de O la nivelul centrilor. E posibil ca aceste 2 cauze să se suprapue la ipertensiune arterială.

Majoritatea indivizilor suportă fără inconveniente o rarefiere de 1/2 atmosferă, ceiace corespunde unei altitudini de 5300 m., presiunea atmosferică fiind 0.1 atmosferă, cu condiţia ca acidul carbonic din sânge să fie menţinut la *normal*. Presiunea dacă diminuă repede se fac în sânge bule de gaze prin simplul efect mecanic, împiedecând circulaţia sângelui.

Inima ea parte directă la efortul fizic — şi orice fapt e urmat de oboseală — prin aportul de sânge condiţionat de necesităţile nutritive variabile la orice efort.

Tot ea dă alarma în faţa unui obstacol care reclamă exces de randament sanghin, pe care inima nu-l poate procura.

La efort ritmul cardiac se modifică. Modificările variază după intensitatea şi durata efortului şi după constituţia neurovegetativă.

Inima cu ocazia ascensiunilor imprimă o *tahicardie* în raport cu altitudinea ajungând până la 200 pulsaţii pe minut. In acelaş timp — după *Forel* — diminuă şi amplitudinea lor.

Inima se dilată. *Bankroft* explică morţile subite la cei cari fac ascensiuni la înălţimi mari, fără antrenament, prin dilataţia inimei.

Inima se adaptează amplificând circulaţia mică. Fiziologistul belgian *Heger* a observat că animalele domestice cari trăesc la peste 2500 m., au inima dr. foarte mărtiă de volum, în raport cu cele dela şes.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Hemoglobina. Experimental s'a dovedit că diminuarea presiunei este suficientă a mări hemoglobina.

După *Egger*, consecutiv *iperglobuliei* avem o creştere a hemoglobinei, exact ca după o sângerare.

Şi *Viault* explică experimentând pe el însuşi şi pe animale şi păsări, creşterea cantităţii de emoglobină la diferite altitudini prin mărirea numărului globulelor roşii (Ipercitemie).

Şi *Bert* şi *Müntz* dovedesc aceasta.

Barkroft în expediţia sa, la 4330 m. (Cerro de Pasco) a observat 82% hemoglobină.

Formula hematologică suferă simţitor. Modificările sunt foarte importante.

După *Gigon* şi *Fritz* aerul rarefiat determină o mărire compensatoare a eritrocitelor pentru a mări suprafaţa de fixare a oxigenului.

Dehe şi *Mirgay* atribuie poliglobulia unei acidoze care irită organele ematopoetice.

Davis, *Haldane* şi *Keunawoy* din contră a găsit experimentând pe animale, *alcaloză*. Unii cred că ionizarea ar fi cauza.

Poliglobulia poate ajunge în mijlociu la 6.900.000 ematii *(Viault)* (5 mil.—8 mil. la Lima şi Harococa).

Leucocitoză uşoară. O reacţie monocitară importantă. In rare cazuri macrofage şi chiar celule tip histiocitar şi în laborator s'a dovedit că diminuarea presiunei produce o mărire a globulelor roşii.

Egger în experienţele sale pe Arosa (Alpi—1860 m.), a constatat că numărul eritrocitelor creşte când un individ trece dela câmpie la munte.

Reîntors la câmpie numărul eritrocitelor revine la iniţial.

Abderhalden şi *Lewy* a arătat că la altitudini *viteza de sedimentare* a sângelui scade, iar *viscozitatea* creşte.

Miescher crede că poliglobulia este un fenomen de apărare a organismului sub influenţa lipsei sau mai ales a diminuărei tensiunei de oxigen.

Sellier menţinând păsări într'o atmosferă săracă de oxigen, dar la presiune *normală* sau în aer obicinuit, dar la presiune *slabă*, a observat mărirea numărului globulelor; a constatat în acelaş timp globuline.

Cercetările lui *Mercier* (Des modifications de nombre, de volume que subissent les érytrocytes sous l'influence de l'altitude. Arch. de phys. Oct. 1894, pag. 769, făcute la Arosa—Alpi, 1860 m.), arată un număr considerabil de *microcite*, iar eritrocitele adulte sunt mai mici ca la câmpie.

Ph. care la mare e 7,39, la 3,400 m. ajunge 7,43.

Barcroft a studiat variaţiile gazelor dizolvate în sânge. *Azotul* care constitue 79% din aerul atmosferic se disolvă proporţional cu presiunea.

Dăm aci un tablou după *Beyne:* de variaţiile oxigenului în atmosferă la diferite altitudini

Altit. m.	Pr. bar. în m. m. Hg.	Tensiunea oxigenului
La sol.	760	159,6 sau 21% din atm.
1000	674,1	141,5 „ 18,7% „ „
5000	405	85,5 „ 11,18% „
10000	217	45,5 „ 5,9% „ „

Brichambaut dă un tabel cu proporţia de oxigen în sânge, la diferite altitudini:

Altit. în m.	Pr. atm.	Oxigen p. pres. de 760	Oxigen în sânge la %
2500	0m 560	15,4%	17,4
4000	0 „ 450	12,4%	15,9
6000	0 „ 340	9,3%	12
8000	0 „ 250	6,9%	9,9

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Oxigenul există în sânge sub două forme:

a) O foarte mică cantitate e disolvată în *plasmă* şi urmează legea lui *Dalton*.

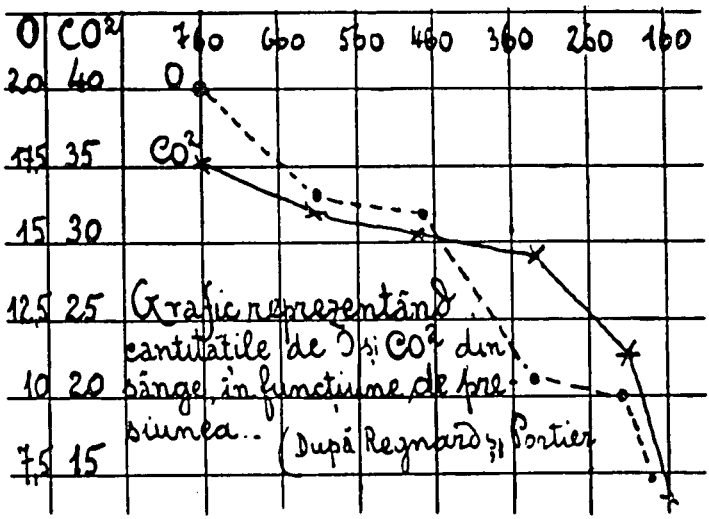
b) Majoritatea este combinată cu pigmentul care impregnează eritrocitul (— emoglobina).

Pentru aceasta e nevoe de o anumită tensiune a oxigenului pentru ca:

O + emoglobină să fie = oxihemoglobină, care e un compus uşor disociabil în cele 2 elemente ale sale constituante.

E o limită a tensiunei oxigenului, vecină cu 30 cm. de Hg. presiune, deasupra căreia presiunea nu joacă un rol prea mare în formarea oxihemoglobinei.

In graficul următor arătăm — după *Regnard* şi *Portier*, cantitatea de O. şi CO^2 conţinute în sânge, în funcţie de presiune.



III.

ISTORIC

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ipsipetopatia a fost descrisă pentru prima oară acum vre-o 330 de ani de părintele iezuit **Acosta**, ataşat pe lângă trupele spaniole ocupante ale Americei-de-sud.

Cercetările sale făcute cu ocazia trecerei călare pe un catâr al vârfului Pariacaca (Munţii Cordilieri) de 4500 metri, când a fost cuprins de sughiţuri dureroase, de greaţă, vărsături de resturi alimentare întâi, apoi mucoase, bilioase şi în fine sanghinolente, (unii din însoţitorii săi au căzut bolnavi la pat, alţii prin etape dese şi odihnitoare au scăpat), le-a publicat în **„Historia naturale e morale delle Indie (1596)"**.

In 1736, trei academicieni francezi: **Bouguet, La Condamine** şi **Godin** au făcut o ascensiune pe Munţii Anzi, însoţiţi de ofiţerul de marină spaniolă **Ulloa.** Cu această ocazie ei au observat în plus: Adinamie, ameţeli, lipotimie, anisopnee, palpitaţii, febră, simptome care au durat câteva zile. **Ulloa** a denumit acest sindrom **„Mareo de la Puna"** — (Rău de mare al Punei. Puna e o înălţime muntoasă din Peru). Indigenii peruvieni cred că acest sindrom s'ar datora gazelor otrăvitoare, cari ies la suprafaţă din fundul pământului, din care cauză îi şi zic „Sorroche" ceiace înseamnă în limba lor pirită. **Saussure** a observat în 1778, acest sindrom la el şi însoţitorii săi cu ocazia primei ascensiuni a Mont-Blanc-ului. El a mai observat dela 3000 de metri, o oboseală deosebită, care îi obligă pe toţi ca la 40—50 de paşi să se odihnească. Odihna făcea să le dispară toate simptomele alarmante. Tot cu această ocazie a studiat şi acest sindrom mai pe larg.

Şi A. v. **Humboldt** în călătoriile sale spre Quito a observat la el şi însoţitorii săi: adinamie, ameţeală şi emoragii ale buzelor şi pleoapelor, precum şi greutatea în vorbire.

Tschudi a observat la 4500 m. în munţii Perului, emoragii.

El a observat aceasta în munţii Anzi, chiar la 3600—3900 metri.

Aceleaşi observaţii a făcut şi **Knoche,** în munţii Anzii chilieni, la 6000 m.

Pöppig a studia mai mulţi ani dearândul, în munţii peruvieni, acest sindrom. Ei subliniază dispneea şi greutatea în vorbire. Observaţii numeroase s'au făcut în sec. IX, în munţii Americei, de **Güssfeld, Fitzgerald (Anconoagua). Wymper (Chimborazzo** şi **Cotopaxi), Comvay (Illmani** şi **Soarata).**

Mai târziu, observaţiuni asupra Ipsoetopatiei s'au făcut şi în Caucaz, Havai, Avavat, Tibet şi Himalaia.

L. **Hill** şi **Cambell** au publicat în Lancet (Londra) în 1925, „Notes on some physiological problems of mount Everest".

Cele mai interesante cercetări credem că le-au făcut asupra acesui sindrom **Paul Bert,** care a făcut experienţe cu animale şi asupra sa însăşi. Studiul său l'a publicat sub titlul „La pression barométrique" (Paris, 1873).

Apoi **Régnard** şi **Portier, Cruchet, Beyne, Perrin de Brichambaut, Garsux Behague,** ca să vorbim numai de Franţa.

In Italia, vestitul fiziologist **Ang. Mosso** a experimentat asupra sa, supunându-se la o presiune echivalentă cu aceia de pe muntele Everest.

In America de sud, Profesorul **Monge (Peru)** şi elevii săi, au dat cele mai interesante studii în acest domeniu.

Datorită cercetărilor lui **P. Bert,** au putut **Berson** şi **Süring** să-şi desăvârşească ascensiunea lor la 10.500 m. cu balonul. Interesante observaţiuni sunt şi acelea ale lur **Moorcroft** (1812), făcute în munţii Himalaia. El a observat apariţia sindromului la 5068 m. şi în deosebi caracterizat prin emoragii la buze şi intensificarea simptomelor în timpul nopţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Swen Hedin în memoriile sale de călătorie scrie că cu ocazia încercării sale de a atinge vârful Everest (în tibetana: Tşomo-lungma, adică Maica zeităţii pământului) a observat la el şi însoţitorii săi: Dispnee, cefalee, tuse perzistentă cu expectoraţie sanghinolentă.

Ducele de **Abruzza** (1912), soţii **Bullock-Workmann,** apoi **Middendorf** şi **Barkroft** (în Peru) au însemnat şi ei în notele lor de explorare şi simptomele ce le-au observat cu ocazia sacensiunilor făcute.

Extrem de interesant ar fi de cunoscut observaţiile medicului care a luat parte la ultima expediţie pentru cucerirea Everestului.

RÉSUMÉ: *Le Syndrome des Kynetoses —I.— L'Hypsipetopathie.*

L'auteur comprend sous le nom de hypsipetopathie le syndrome du mal de montagne dans lequel entre les troubles observés dans le cours de arcensions sur les montagnes, dans les ascensions avec l'aéroplane pendant les expériences faites dans le vide.

On exclue les troubles observés pendant le vol avec l'aéronave, qui seront décrits sous le nom d'aéronaupathie.

Après avoir donné des notions générales de physique et biologié en rapport avec le sujet, l'auteur s'occupe successivement de l'action des altitudes sur divers organes; l'altitude a comme effet de sécher la peau et les muqueuses ; l'altitude provoque à 6000 m. une polypnée sur l'appareil respiratoire, au delà de cette hauteur une oligopnée et anisopnée.

L'altitude provoque sur l'appareil cardio-vasculaire et sur le sang une élévation de la tension arterielle, vasodilation periphérique, dilatation cardiaque, une élévation de l'hémoglobine; la formule hematologique souffre des modifications hematologiques importantes (leucocitoses, monocytoses); la vitesse de sedimentation diminue, la viscosité du sang monte.

L'auteur termine l'article par un historique de l'hypsipetopahie.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. Od Apostol.—*Der Kinetozensyndrom. — Hypsipethopathie.*

Der Verfasser versteht unter Hypsipethopathie die Bergkrankheit in welker alle Störungen, die man während der Bergascensionen mittels Ballon bemerkt, wie auch während der Ascensionen im Leeren, die Störungen mittels Aeronave aussgeschlossen, die wurden unter dem Titel Aeronauphathie, beschrieben werden.

Nachdem er allgemeine Daten von Physik, Meteorologie, Hematologie und Byologie in Verbindung mit dem Gegenstande giebt, befasst sich der Verfasser allmählich mit der Wirkung der Höhe auf verschiedene Organe; auf Haut und Schleimhaute wirkt die Höhe indem sie sie troknet; auf dem Atmungsapparat verursacht sie in den ersten 6000 Meter Polypnee; von dieser Höhe aufwärts Oligopnee und Anisopnee.

Auf das Blut und dem Cardio-vasculären Apparate wirkt die Höhe indem sie ein Wacksen der Arterial-tension, peripherische Waso-dilatation, die Hemoglobine wüchst. Die Hematologische Formel leidet bemerkenswerte Veränderungen (Leucocytose, Monocitose) die Schnelligkeit der Sedimente nimmt ab. Der Verfasser schliest seine Bemerkung mit einer Geschichte der Hypsipetopathie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

CALCIGÉNOL-UL
DOCTORULUI PINARD

Flaconul de 250 cc. **110 lei**

DOZA ZILNICĂ { Adulţi: 2-3 linguri de supă. Copii: 2-3 linguri de dessert. Sugaci: 2-3 linguriţe de cafea.

(AROMATIZAT ŞI INDULCIT)

CALCIGENOL-ul PINARD SIMPLU, suspensiune coloidală de Fosfat tricalcic extras din oase, **asigură o asimilaţie maximă a Calciului. Administrarea sa nu are contra-indicaţiuni.** El trebue să fie preferat la sugaci şi oridecâteori voim să tratăm un început de demineralizare. **(Nici o intoleraţie de temut).**

PRETUBERCULOZĂ - SARCINĂ - FRACTURI - FOSFATURIE - NEVROZE.

CALCIGÉNOL
IRADIAT
AL DOCTORULUI PINARD

Flaconul de 250 cc. **130 lei**

DOZA ZILNICĂ { Adulţi: 2-3 linguri de supă. Adol.: 2-3 linguri de dessert. Copii: 2-3 linguriţe de cafea.

(EMULSIE PLĂCUTĂ DE LUAT)

CALCIGENOL-ul IRADIAT **aduce Ergosterol iradiat în soluţie uleioasă fin emulsionată** într'o suspensiune coloidală de Fosfat de Calciu şi **permite să se realizeze medicaţiunea recalcifiitantă sub forma sa cea mai activă,** căci Vitamina D. se găseşte aci în **soluţie uleioasă, condiţiune necesară pentru a-i permite să-şi păstreze eficacitatea. Vitamina D.** conţinută în doză slabă **în Calcigenol-ul iradiat** (450 unităţi fiziologice pe lingura de supă) **lucrează ca un catalizor al Calciului** şi permite un tratament prelungit **fără teama de accidente hypervitaminice.**

RACHITISM - TURBURĂRI DE CRESTERE - PRETUBERCULOZĂ - ALĂPTARE FRACTURI.

CALCIGÉNOL
OPOTERAPIC
AL DOCTORULUI PINARD

Flaconul pentru 8—10 zile de tratament **120 lei**

DOZA ZILNICĂ { Adulţi: 2-3 linguri de dessert. Copii: 2-3 linguriţe de cafea.

(GRANULE CU GUST PLĂCUT)

CALCIGENOL-ul OPOTERAPIC trebue prescris de preferinţă la bolnavii **care au nevoe de calciu şi cari prezintă insuficienţă endocriniană.** hypofiza şi paratiroida lucrând ca **fixatori ai calciului.**

OSTEOMALACIE - SLĂBIRE - DEBILITATE GENERALĂ - CAŞEXII.

N. B. Calgigenol-ul simplu şi Calcigenol-ul iradiat se amestecă cu laptele, **fără a-l descompune,** avantaj capital pentru tratamentul copiilor şi sugacilor.

Agent p. G-lă România: R. DUNOD, Str Toamnei, 103 – Bucureşti

SPASMOSÉDINE

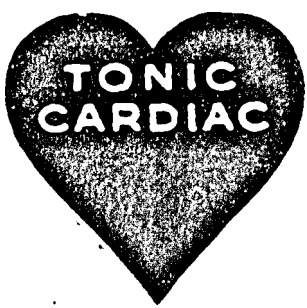
Phenylethylmalonylurea 0 gr. 015
Bromhidrat de chinină 0 gr. 05
Extract Crataegus stab. 0 gr. 05
Excipient. q s.

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).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DIGIBAINE



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.

Institutul central de boale mintale, nervoase şi endocrinologice
Serviciul neurologic: Medic primar Agregat D-r D. Paulian

CERCETARI ASUPRA VARIAŢIEI CHOLESTEROLULUI IN SERUL SANGUIN LA OM SUB ACŢIUNEA APLICAŢIUNILOR GENERALE DE RAZE INFRA-ROŞII

de

Agregat D-r DEM. PAULIAN, Docent D-r I. BISTRICEANU
şi D-r LAZARESCU I. GHEORGHE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Inainte de a începe expunerea rezultatelor cu privire la cercetările, cari fac obiectul studiului de faţă, ne permitem să reamintim câteva noţiuni generale asupra cholesterolului din punct de vedere chimic şi cele mai recente achiziţiuni relativ la originea şi rolul lui în organism.

Cholesterolul, frecvent atât în regnul vegetal cât şi animal, e considerat ca un lipoid ternar afosforat, ce corespunde formulei $C_{27}H_{46}O$ adecă având în structura sa trei nuclei benzenici şi un nucleu pentagonal ca sudură între ei.

El cuprinde şi un grup alcoolic secundar CH_3OH, căruia îi datoreşte denumirea de *cholesterol* (după noua nomenclatură) şi-i permite să formeze eterii cu acizii, în special cu acizii graşi.

Cholesterolul din regnul animal diferă în oarecare măsură de *phytosterolii* regnului vegetal, cu toate că în chimie organică sunt trecuţi cu toţii cu aceiaş formulă empirică şi denumirea de *steroli*.

In corpul animal proporţia cholesterolului e variabilă după diferitele regiuni şi în raport cu funcţiunea sau compoziţia chimică a fiecărui organ.

Creerul şi mai cu seamă substanţa albă e foarte bogată în lipoizi, conţinând circa 20‰ cholesterol.

In corpul galben cantitatea de cholesterol oscilează între 2—10,8‰, în raport cu stadiul hemoragic iniţial al ovarului, perioada de maturitate sau regresiune foliculară.

In capsulele suprarenale găsim 50‰ lipoizi, iar în ficat,

splină, ţesut reticulo-endotelial şi piele proporţia cholesterolului e foarte variabilă.

In serul sângelui de om cantitatea de cholesterol variază între 1,50—1,80$^0/_{00}$, din care 1/5 în stare liberă, iar restul sub formă de eteri ai acidului oleic şi palmitic.

*

In ce priveşte originea cholesterolului din organism, el ar proveni din 2 surse: una exogenă adecă alimentară şi alta endogenă, reprezentată prin o serie de glande endocrine, cari ar face oficiul de mecansim autoregulator al metabolismului cholesterolului.

Alimentele cele mai bogate în cholesterol sunt ouele, creerul, ficatul, splina şi organele glandulare în general.

Isvorul cholesterolului în natură îl formează plantele, dela cari şi-l însuşesc animalele prin alimentaţie.

Plantele îl împrumută sau absorb din sol sub formă de sterol brut sau *agrosterol* şi-l transformă apoi în *phytosterol.*

Abelous şi *Argaud* susţin că splina ar secreta un principiu activ, care prin influenţa sa asupra acizilor graşi ar contribui la producerea cholesterolului umoral, scăpând în acelaş timp organismul de aceşti acizi, cu acţiune nocivă asupra ţesuturilor. Cu alte cuvinte splina ar avea o secreţie internă cholesterologenă, datorită sistemului său reticulo-endotelial.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Charles Robin semnalase încă mai de mult că sângele venei splenice conţine mai mult cholesterol decât celelalte ramuri ale venei porte.

Abelous şi *Soula* pretind, că şi pulmonul ar interveni în fixarea şi distrugerea cholesterolului sanguin.

Meyer şi *Schaeffer* recunosc, că parenchimul pulmonar conţine o mare cantitate de cholesterol, însă nu este numai o acumulaţie, ci şi o distrucţie.

*

Cantitatea de cholesterol din diferite ţesuturi variază însă şi în raport cu starea lor funcţională sau diversele turburări patologice.

Viaţa genitală exercită o influenţă considerabilă asupra cholesterolemiei, care creşte sub influenţa menstruaţiei şi mai ales sub cea a gestaţiunii.

Hipercholesterolemia e deasemeni manifestă în perioada menopauzei şi în stările amenoreice.

In boalele infecţioase variaţiile cholesterolului sanguin poate servi aproape ca un indicator în evoluţia maladiei.

Chauffard şi *Grigaut* au arătat, că în febra tifoidă cholesterolemia diminuă în primul şi al doilea septenar, pentru a creşte la 3$^0/_{00}$ în perioada de convalescenţă.

In tuberculoza pulmonară cholesterolul e în general diminuat, mai mult în formele mai grave şi mai puţin în cele mai uşoare.

In cursul puseurilor febrile cu hemoptizii şi caşexia terminală cholesterolul însă creşte.

F. Lauret şi *F. I. Traissac*, experimentând pe câini, au observat o scădere a mononucleozei şi cholesterolului sanguin pe urma injecţiilor cu toxină difterică şi o augmentare a lor în perioada de convalescenţă a boalei.

In pelagra acută, după *L. Ballif*, ar exista o hipocholesterolemie netă, iar în alcoolism o hipercholesterolemie manifestă, probată şi pe cale experimentală la câini de către Prof. *I. Niţescu*.

Afecţiunile cronice exercită uneori o influenţă remarcabilă asupra cholesterolului sanguin.

In nefritele cronice el poate să crească până la 15‰, iar în diabetul zaharat se întâlneşte uneori o lipemie de 270‰.

Maladiile ficatului nu provoacă o hipercholesterolemie decât în cazurile de obstacol în scurgerea bilei (icter prin retenţie).

In neoplasmele canceroase *L. Bugnard* şi *F. H. Colombies* au găsit o hipercholesterolemie persistentă până la 3,15‰.

Cholesterolul se mai găseşte în cantităţi apreciabile în unele organe sau produse patologice, ca în marele rinichi alb, în ţesutul xantomului, ateromul arterial, splenomegalia tip Granchet, în salpingitele xantomatoase (Daniel şi Babeş), în lichidele chistice, în sputele tuberculoase, etc. In calculii biliari cholesterolul intră în o proporţie de 98%.

*

După aceste succinte consideraţiuni, să vedem acum care este rolul cholesterolului în organism?

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Socotit mult timp ca un simplu produs de desasimilaţie, provenind mai cu seamă din substanţele cerebrale şi capabil de-a determina prin retenţia sa accidente grave, cholesterolul se pare a avea un rol fiziologic foarte important.

Step, *Rosenthal* şi *Blumer* admit, că lipoizii ar servi ca un vehicul al anticorpilor în organism, şi stabilesc un raport apropiat între funcţiunile de imunitate biologică şi metabolismul lipoizilor.

Alţi autori bazaţi pe prezenţa cholesterolului în leucocite, îi atribue şi un rol fagocitar, iar *Morgenroth* şi *Reichert* o putere antihemolitică manifestă faţă de diferite toxine (venin de Cobra) şi în special faţă de saponine, datorită probabil grupului său oxidoilic.

Cholesterolul joacă un rol important şi în echilibrul de permeabilitate celulară, fapt bine stabilit de *Overton* şi alţii. Cholesterolul liber e foarte hidrofil, în timp ce eterii de cholesterol nu pot absoarbe apa.

Hans, *Meyer* şi *Overton* au arătat că anestezicii se fixează mai mult pe substanţa nervoasă graţie solubilităţii lor în lipoizi.

Unii autori pretind că, cholesterolul din tecele de mielină joacă un rol important de susţinere şi izolare a fibrei nervoase.

După *Minovici S.* şi *Vanghelevici*, substanţa albă a creerului, cu o constituţie nevro-fibrilară ar conţine de 3 ori mai mult cholesterol decât cea cenuşie.

Teaca de mielină nu permite percepţiilor şi senzaţiilor transmise prin un grup de fibre să fie interceptate sau culese de fibrele vecine.

In unele maladii mintale, cu agitaţii psicho-motorii şi stări confuzive s'a constatat o hipercholesteromie foarte ridicată în perioada de accese, iar în alte maladii fără crize de agitaţie şi stare confuzivă cholesterolul sanguin ajunge deseori chiar sub normal *(Claude, Minovici, Orenstein)*.

Excesul de cholesterol în aceste cazuri poate apare şi în lichidul cefalo-rachidian şi ar proveni din o antrenare a lipoizilor tecelor de mielină în torentul circulator. Stările confuzive şi delirante deci s-ar datora în mare parte şi cholesterolului mielinic, care face oficiu de izolator neuro-fibrilar.

In ţesuturile nervoase ale copilului s'a constatat numai 1,8% cholesterol, iar la adult 17% şi atunci se pune întrebarea ori de aceasta n'ar constitui deasemeni o explicaţie, o legătură între percepţia dificilă adică nedesvoltată a celui dintâi şi asociaţiile clare şi multiple ale celui de al doilea.

*

In aceiaş ordine de idei reamintim că pielea regiunilor descoperite la om e cu mult mai bogată în cholesterol decât pielea protejată prin îmbrăcăminte.

Animalele ţinute la întuneric devin hipocholesterolemice faţă de cele crescute la lumină sau expuse la soare — cu alte cuvinte cholesterolul s'ar bucura de anumite *proprietăţi heliotrope*.

In cunoştinţa acestui fapt şi a experienţelor lui *Malczynsky* pe animale asupra variaţiei cholesterolului sanguin sub influenţa razelor infra-roşii, ne-am propus să începem o serie de cercetări similare şi la om, pe cari le vom expune în rândurile ce urmează.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Technica de aplicare a iradiaţiilor a fost aceia, care se utilizează în mod obicinuit în terapeutica cu raze infra-roşii, adică expuneri zilnice de 20—30 min., la o distanţă medie de 25—50 cm. faţă de piele şi focarul luminos al unei lămpi Sollux, model mare.

Dozarea cholesterolului în serul sanguin s'a executat după *metoda colorimetrică a lui Grigaut*, care prezintă avantajul, că necesită un timp mai scurt şi este accesibilă oricărui cercetător, fără a avea nevoie de specialist.

Această metodă se practică cu o aparatură minimă şi technică uşoară, ceia ce permite executarea ei în orice cabinet medical.

Cercetările noastre se referă la un număr de cinci pacienţi (3 din serviciul neurologic D-r D. Paulian), supuşi la un regim spitalicesc, sărac în lipoizi şi quasi-invariabil pe tot timpul experienţelor.

I-a Cercetare. — Bolnavul N. Ţ. de ani 29, se internează în spital pentru redoare în mişcări, spasme ale globilor oculari, facies tip parkinsonian.

Dozarea cholesterolului înainte de iradiaţie 1,36%.

Se expune bolnavul în prima şi a doua zi la o iradiaţie generală de 20 min. distanţă între suprafaţa pielii şi lampă de 40 cm.

In a 3-a şi a 4-a zi se iradiază din nou timp de 30 min. la o distanţă focală de 35 cm.

In a 5-a zi făcându-se din nou dozarea cholesterolului sanguin, s'a

constatat o valoare de 1,65$^0/_{00}$ — deci o augmentare de 0,29$^0/_0$ faţă de valoarea iniţială.

După o nouă serie de 4 iradiaţii repetându-se controlul cholesterolului s-a găsit o augmentare a lui până la 1,90$^0/_{00}$, deci o diferenţă în plus de 0,51$^0/_{00}$.

II-a Cercetare. — Bolnavul V. N., de 28 ani, intră în spital pentru accese convulsive cu perderea cunoştinţei, cefalee, etc.

Cholesterolul sanguin prezintă înainte de iradiaţie o valoare de 1,37$^0/_{00}$.

Se practică 2 serii de iradiaţii ca şi în cazul precedent.

După prima serie valoarea cholesterolului în sânge se urcă la 1,57$^0/_{00}$, iar după a doua serie la 1,88$^0/_{00}$, deci o augmentare progresivă de 0,20 şi 0,51$^0/_{00}$.

III-a Cercetare. — Bolnavul Avram I., de ani 31, intră în spital pentru pareză facială stângă.

Cholesterolul sanguin înainte de iradiaţie e de 1,39$^0/_{00}$.

Se administrează 2 serii de şedinţă cu raze infra-roşii (ca şi la caz. 1 şi 2).

Cholesterolul sanguin după prima serie e 1,51 gr.$^0/_{00}$, iar după a 2-a serie 1,80$^0/_{00}$ — deci o creştere consecutiv de 0,12 şi 0,41 faţă de valoarea lui iniţială.

IV-a Cercetare. — D-l Mih., funcţionar particular, de ani 27, prezintă o cholesterolemie (controlată mai multe zile la rând) ce oscilează în jurul lui 1,58$^0/_{00}$.

După o primă serie de iradiaţii constatăm o augmentare a cholesterolului la 1,80$^0/_{00}$, iar după a 2-a serie de 1,94 gr. $^0/_0$, deci o creştere notabilă faţă de valoarea sa iniţială.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

V-a Cercetare. — G. L. de ani 28, prezintă înainte de iradiaţii o cholesterolemie de 1,52$^0/_{00}$. Technica iradiaţiilor e aceiaş ca şi în cazurile precedente.

După prima serie de 4 iradiaţii cholesterolul se urcă la 1,73 gr.$^0/_{00}$, iar după a 2-a serie la 1,87 gr. $^0/_{00}$, deci o augmentare medie de 0,18 şi 0,32 gr. $^0/_{00}$ faţă de valoarea lui iniţială.

*

Din aceste cercetări rezultă, că valoarea cholesterolului sanguin creşte în mod apreciabil după aplicaţiunile generale de raze infra-roşii.

Din primele trei cazuri la cari s-a constatat o hipocholesteromie iniţială, creşterea cholesterolului a fost în medie de 0,203 gr. $^0/_{00}$ după prima serie de iradiaţiuni şi de 0,486 gr. $^0/_0$ după a 2-a serie. Deci maximum de creştere a fost după a 2-a serie sau în timp, la sfârşitul celei de a doua săptămână.

In ultimele 2 cazuri creşterea a fost după prima serie de 0,21 gr. $^0/_{00}$ şi după a doua serie de 0,40$^0/_0$. Creşterea cholesterolului sanguin pare a fi datorită unei congestii profunde a organelor cholesterologene, graţie căldurei penetrante realizată de razele infra-roşii, factorii externi fiind complect excluşi, deoarece bolnavii au fost supuşi pe tot timpul experienţelor unui regim alimentar quasi-invariabil şi sărac în lipoizi.

Rămâne acum să stabilim într'un viitor apropiat, care este sensul practic al acestor variaţiuni ale cholesterolemiei, cu alte cuvinte, dacă razele infra-roşii pot fi utilizate cu folos în tratamentul maladiilor, cari se însoţesc de o scădere a cholesterolului în organism.

BIBLIOGRAFIE

Prof. S. Minovici: Contribution à l'étude du cholesterol au point de vue chimique et physiologique — Bul. de la Soc. de chim. biol., 1927.
Steinhart Bluma: Ciclul cholesterinemiei în bolile infecţioase,—Teză No. 3243, Bucureşti, 1929.
Novac H.: Contribuţiuni la studiul terapiei tuberculoase cu chlorhidratul de cbolină — Teză No. 3783, Bucureşti, 1931.
Niţescu I.: Graisses dans l'alcoolisme cronique expérimental—C. R. de la Soc. de Biol. 64, 1932
L. Ballif: La cholesterolemie dans la pellagre aigue — C. R. S. biol., 234, 1932.
Malczynsky: Influence des rayons infrarouges sur le niveau du cholestérol dans le sang — pg. 808, t C. X. 1932.
Docent D-r I. V. Bistriceanu: Lumina în terapeutică — Un vol. de 138 pg. 1931.
Agreg. D-r D. Paulian, Doc. D-r Bistriceanu şi D-r Dragomirescu: Cercetări asupra variaţiilor calcemiei la om sub acţiunea iradiaţiilor cu diferite lungimi de undă. (Spitalul, 1933.

RÉSUMÉ: Agr. D-r D. Paulian, Doc. D-r I. Bistriceanu et D-r Gh. Lăzărescu — *Recherches sur les variations du cholestherol dans le serum sanguin de l'homme sous l'action générale des rayons infra-rouges.*

Partant des expériences de Malezyesky sur les animaux quant aux variations du cholesterol sanguin sous l'influence des rayons infra-rouges, les auteurs recherchent cette action sur l'homme.

La technique employée a été d'exposer aux rayons infra-rouges chaque jour pendant 20—30' minutes a une distance moyenne de 25—50 c.m. de la peau avec une grande lampe Solux. Le dosage du cholesterol dans le serum sanguin a été fait d'après la méthode cholorimetrique de Grigaut.

Sur 5 malades on a constaté que la valeur du cholesterol sanguin augmente d'une façon appréciable après des applications génerales des rayons infra-rouges.

Les auteurs pensent que cette augmentation du cholesterol est due à une congestion profonde des organes cholesterologènes grâce à la chaleur pénétrante realisée par les rayons infra-rouges.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ZUSAMMENFASSUNG: Agr. Dr. D. Paulian, Doz. Dr. I. Bistriceanu und Dr. Gh. Lăzărescu. — *Forschungen über die variation des cholesterols im Blutserum beim Menschen unier der Wirkung der allgemeinen Anwendungen von Infra-rothen-Strahlen.*

Von den Experimentierungen des Malezynschy über die variation des Blut-cholesterol unter dem Einfluss von Infra-rothen Strahlen über Thiere ausgehend, forschen die Verfasser dieselbe Wirkung bei Menschen.

Die Technick die die Verfasser gebraucht, war eine Aussetzung von täglich 20'—30' Minuten in einer mitleren Strecke von 25—50 cm. von der Haut mit einer grossen Sollux Lampe an infra-rothen Strahlen.—Die Dosierung des Cholesterols im Blutserum wurde nach der cholorimetrischen Methode Grigaut gemacht.

Bei 5 Kranken wurde konstatiert dass der Wert des Blutcholesterols in bemerkenswerter Weise nach allgemeiner Anwendung von infra-roten Strahlen wächst. Vie Verfasser glauben dass dieses Wachsen der cholesterolemie einer tiefen Congestion der cholesterologenischen Organe dank der eindringenden Wärme welche die Infra-roten-strahlen bewirken zuzuschreiben sei.

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

Babeș-Bolyai 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, BELLINZONA (Suisse)

TRATAMENTUL CEL MAI COMPLECT AL BOLILOR DE FICAT

Litiaza Biliara, Insuficienţa Hepatica, Enterite, Cholemia Familiara, Autointoxicaţii, Bolile ţărilor calde

Comprimate **PANBILINE** Soluţie

asociind sinergic

OPOTERAPIA HEPATICA şi BILIARA

cu cele mai bune COLAGOGE selecţionate
2—12 pilule pe zi, sau 2—12 linguriţe de cafea cu **Panbiline** sol. pură sau cu puţină apă. Copii jumătate doza.

CONSTIPAŢIA ŞI AUTOINTOXICAŢIILE INTESTINALE

Arterio-Sclerosa, Senilitate Precoce, etc.
Tratamentul raţional după ultimele lucrări ştiinţifice

Supozitoare **RECTOPANBILINE** Soluţie (clisme)

Extract de Bila Glicerinată şi Panbiline

1 supozitor zilnic sau 2 linguriţe de cafea în 160 gr. apă fiartă, caldă de luat în spălătură (clismă)

NEOPANCARPINE

Extrait **total** hydro-alcoolique éthéré de Jaborandi
Combat la paralysie de la sensibilité respiratoire.

Traitement de l'ASTHME, des CORYZAS SPOSMODIQUES, de la COQUELUCHE et des TOUX QUINTEUSES.

10 gouttes eu 1 granulé 3 à 4 fois par jour, après les repas.

Laboratoire de PATHOLOGIE GENERALE 5 Rue François Ponsard PARIS

Literatură şi eşantioane med. I. E. BUCUR — Bucureşti 4, str. Mecet 8

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NEVRITA RETROBULBARA ESTE INTR'ADEVAR ATAT DE DES CAUZATA DE CATRE MALADIILE CAVITAŢILOR NASALE, PRECUM SE PRESUPUNE?

de

Docent D-r NICOLAE BLATT
Oculist, Bucureşti.

Afirmaţiunea, că Nevrita retrobulbară este cauzată în majoritatea cazurilor de către diversele maladii ale sinusurilor nasale, găseşte încă mulţi adepţi printre rinologi şi oculişti. Această afirmaţiune s'a răspândit treptat, treptat, încât şi literatura de specialitate sfătueşte să se deschidă sinusul nasal în caz de Nevrită retrobulbară, chiar când în acestea nu s'ar produce un proces de supuraţie şi chiar când plăcile mucoase ar arăta o schimbare deabia de dovedit, deoarece câteodată deschiderea şi sângerarea sinusurilor a avut ca efect, vindecarea Nevritei retrobulbare. Şi în practică se ivesc dese cazuri, unde în cavităţile nasale nu se poate găsi numai schimbări patologice neînsemnate, totuşi se sfătueşte la Nevrită retrobulbară existentă, spre o operaţie a sinusurilor, care evident în asemenea cazuri nu poate avea, în ceeace priveşte vindecarea nervului optic, nici un efect.

Se dă încă o prea mare importanţă în ceeace priveşte maladiile sinusurilor nazale în patologia cauzală a nevritelor retrobulbare, cu toate că reese fără îndoială din statistici precis şi conştiincios făcute, ca în multe cazuri, cauza Nevritei retrobulbare constă în maladiile sistemului nervos — ale creerului, măduvei şirei spinării — în aşa numita „Scleroză în plăci".

Dacă redau aci punctul meu de vedere în această chestiune, bazat pe 15 ani de experienţă, o fac spre a da din nou ocazie de a se putea discuta această chestiune şi din punct de vedere rinologic, deoarece în cazul unei operaţii, părerea rinologului este de aceeaşi valoare ca şi aceia a oculistului. Un bolnav de nevrită retrobulbară nu cade numai în domeniul rinologului şi oculistului, ci în cele mai multe cazuri, în primul rând în domeniul neurologului, deoarece cauza Nevritei retrobulbare constă în cele mai multe ca-

Digitized by Transylvania Central University Library Cluj

zuri în Scleroza în plăci, decât într'o maladie a cavităţilor nazale. Dacă am cerceta imediat la fiecare caz de Nevrită retrobulbară şi simptomele cardinale ale Sclerozei în plăci, ca: Nystagmus, Tremor intenţionat, lipsa reflexelor superficiale, turburările sensibilităţii, dureri de cap, ameţeli, paralizie paretică sau spastică, uneori reflexe accentuate, pozitivul Babinski ba chiar ataxia şi pozitivul Romberg, etc., am ajunge repede la concluzia, că Scleroza în plăci joacă un rol mult mai important în cauzele Nevritei retrobulbare decât se crede în general, şi deci am putea cruţa pe mulţi bolnavi de operaţia cavităţilor nasale. O dovadă a unei relaţiuni etiologice nu este dată în mod definitiv nici atunci, când se constată în acelaş timp cu Nevrita retrobulbară şi vre-o maladie a sinusurilor nasale, deoarece la multe din aceste cazuri s'a putut vedea ulterior o desvoltare a Sclerozei în plăci. Aceasta nu înseamnă însă că aşi fi de părere, că nu există deloc o Nevrită retrobulbară rinogenă, dar o asemenea presupunere cauzală este justificată numai atunci, când am avea deaface cu o supuraţie a sinusurilor nasale şi existenţa unei Scleroze ar fi hotărât exclusă. Nu vreau să mă abat pe calea doctrinelor, totuşi doresc a reaminti că la Nevrită retrobulbară fibrele papilomaculare, cari permit vederea cea mai clară în mijlocul câmpului vizual şi care parcurge axial în trunchiul nervului optic, sunt patologic lezate. La nevrita retrobulbară fibrele acestea al nervului optic sunt în mod electiv lezate. Este deci uşor de închipuit, că la o maladie a sistemului nervos să se ivească o asemenea maladie electivă a nervului optic, dar este greu de înţeles aceasta la o maladie a sinusurilor, unde inflamaţia trece per continuitatem la membranele împrejmuitoare a nervului optic. Nu trebue să uităm nici de două lucruri bine cunoscute, şi anume că mai mult de jumătate a tuturor cazurilor de Scleroză în plăci prezintă şi leziuni optice şi că majoritatea suferinzilor de Nevrită retrobulbară aparţin contingentelor mai tinere, între 20—40 ani, ceeace este cazul şi la Scleroza.

Regret a nu putea reda decât o statistică redusă din care reese, de câte ori este Scleroza sau o maladie a cavităţilor nasale cauza Nevritei retrobulbare. Tabela indică statistca a 44 cazuri de Nevrită retrobulbară, pe cari am avut ocazia a le vedea şi studia amănunţit în decurs de 15 ani. Din această tabelă se poate vedea anomaliile cavităţilor nazale, constatate de către rinolog, mai departe cazurile, la care neurologul a putut dovedi Scleroza în plăci; precum şi operaţiile executate. Această mică statistică, care însă prin observaţiunea îndelungată a cazurilor, poate avea pretenţia la o oarecare valoare obiectivă, ne arată, că rezultatul de vindecare nu era mai des la cazurile operate decât la cele neoperate. Din contră, oricare tratament, care se pune în mod obicinuit în aplicare la aceste cazuri de maladii ale nervului optic — cu excepţia salvarsanului şi preparatelor de arsen — ca terapie de febră, icd, bismut, salicilate, cură de transpiraţie, etc., dădeau aceleaşi rezultate ca şi operaţia. Vreau să accentuez deja aci, că la Nevrita retrobulbară operaţia maladiei sinusurilor existente în acelaş timp

poate avea ca urmare o vindecare a nervului optic, însă în realitate se întâmplă foarte rar. La o inflamaţie purulentă a sinusurilor nasale se va face operaţia, — independent de maladia nervului optic, — operaţia fiind o necesitate. Spre a influenţa afecţiunea nervului, operaţia ar trebui efectuată numai atunci, când ar fi într'adevăr cazul unei inflamaţii purulente sau seropurulente a uneia din sinusurile, şi în această ordine de idei vin în consideraţie sinusul etmoidal, sinusul sfenoidal, sinusul frontal şi ca ultim sinusul maxiliar. O hypertrofie a mucoaselor nasale, un polip sau o deviaţie a septumului, care s'ar manifesta eventual în acelaş timp, nu trebue privită drept cauză a Nevritei retrobulbare şi deci nici nu se poate aştepta la o vindecare consecutivă a nervului optic în urma unei atari operaţii.

Prezintă interes întrebarea, dacă se poate distinge în mod clinic Nevrita retrobulbară cauzată de Scleroza în plăci de Nevrita retrobulbară cauzată de maladia sinusurilor nasale. Aşi răspunde la aceasta hotărît cu „Nu". O altă chestiune este, dacă s'ar putea găsi în mod clinic indicii diferenţiale diagnostice, în urma cărora s'ar putea preciza provenienţa Nevritei retrobulbare. Cred să pot răspunde la această întrebare: „Da". Pupila ochiului bolnav la maladia sinusurilor se găseşte de multe ori în Midriasă şi de multe ori cu pierderea complectă, temporară, a reacţiunilor pupilare. De multe ori găsim şi la Scleroza turburări a reacţiunilor pupilare, dar acestea sunt în majoritatea căzurilor de natură sistematică, în formă de imobilitate absolută sau reflexă a pupilelor. Câmpul vizual la Scleroza multiplă arată tipicul scotom de culori, mic şi relativ, pe când la maladiile sinusurilor, aceasta este mare, acoperind aproape tot câmpul vizual, atât pentru culori, cât şi pentru alb. Schimbarea papilei la maladia sinusurilor este mult mai pronunţată decât la Scleroza, unde este de abea de remarcat. Nevrită cu papila roşiatică, temporal mai pronunţată, marginele papilare şterse, cu vene dilatate şi sinuoase, este tabloul maladiei cavităţilor nasale. Dacă se ajunge la atrofia nervului optic, este caracteristic pentru scleroză decolorarea temporală, pe când la maladiile sinusurilor o decolorare totală a papilei nervului optic. In ophtalmoscopia cu razele verzi, fără raze roşii, se poate observa la unele cazuri de Nevrită retrobulbară, cauzată de Scleroză, destrucţia fibrelor papilomaculare în retina. In maladiile sinusurilor începutul şi evoluţia Nevritei retrobulbare este în cele mai multe cazuri acut şi vederea se poate stinge în câteva zile. La Scleroză, evoluţia este în majoritatea cazurilor cronică. Aşi putea spune aproape, că tabloul pe care-l întâlnim uneori la nervul optic în urma maladiilor sinusurilor, nu este tabloul tipic al Nevritei retrobulbare. Din punct de vedere practic şi terapeutic nu este lipsit de importanţă, de a nu suspecta şi a nu ataca la fiecare caz de Nevrită retrobulbară cavităţile nasale şi a crede că prin aceasta s'a făcut tot ce se putea face în această privinţă. Nu! Trebue să ne gândim şi la faptul că Scleroza în plăci se localizează în primele perioade ale începutului ei în nervul optic, aşa că Nevrita retrobulbară prezintă un

important simptom de început al Sclerozei în plăci; da, de multe ori se prezintă ca unicul ei simptom. A se gândi în asemenea cazuri numai la cavitățile nasale, ar însemna, a pierde prima etapă importantă a Sclerozei și a nu administra la timp adevăratul tratament neurologic.

Și unele întrebări ne dovedesc, că se dă prea mare importanță rolului cauzal al maladiilor cavităților nasale la Nevrită retrobulbară. De ce au rinologii așa rar ocazia de a vedea chiar la maladiile cavităților nasale grele, un caz de Nevrită retrobulbară, format ad oculos, cu slăbirea vederii? Care clinică ophtalmologică a primit în tratament dela clinici rinologice cazuri de Nevrită retrobulbară? Care dintre sinusurile trebue operat, când rinologul nu găsește în acestea ceva patologic accentuat și oculistul totuși cere ca pacientul să fie operat? Căci doar toate nu se pot deschide! Și încă ceva: Nu trebue să uităm, că s'a constatat turburări vizuale postoperative și chiar orbiri în urma operațiunilor nasale. Printr'o operație a sinusului frontal se poate cauza leziuni intensive nervului optic, ceeace este ușor de înțeles prin strânsa legătură între sinusul frontal și canalul optic, precum și subțiimea peretelui osos. Și evacuări a sinusurilor posterioare, a nasului, pot duce la leziuni optice, precum operația septumului, extirpațiuni de polipi și conchotomii. Și dacă totuși se vorbește ici, colo, că operația sinusurilor nu poate avea consecințe grave, și dori să văd mai întâi pe acel medic, care s'ar supune el însăși acestei operații, fără vre-un motiv presant, fără vre-o indicație presantă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Admit, că în urma deschiderei cavităților nasale să se poată ivi o îmbunătățire a maladiei nervului optic, dar numai punându-se în vedere, că în unele cazuri de Nevrită retrobulbară, ca consecință a Sclerozei în plăci, se ivesc deseori îmbunătățiri rapide și spontane.

RÉSUMÉ: Dr. Nicolae Blatt. — *La névrite retro-bulbaire des malades elle vraiment si souvent causée par les cavités nasales, comme on le croit?*

On donne une trop grande importance en ce qui concerne les maladies des sinus nasaux dans l'éthiologie pathologique des nevrites retrobulbaires quoiqu'il ressort sans aucun doute des statistiques precises consciencieuses que dans plusieurs cas la cause des nevrites retrobulbaires est due aux maladies du système nerveux,— du cerveau, de la moëlle epinière, de la sclerose en plaques.

Un malade de nevrite retro-bulbaire ne tombe pas dans le domaine du rhinologue et de l'occuliste, mais souvent dans le domaine du neurologue, parce que plus souvent la cause de la nevrite retro-bulbaire est la sclerose en plaques et non la maladie des cavités nasales. Le tableau indique la statistique de 44 cas de nevrite retro-bulbaire que nous avons eu l'occasion de voir et d'étudier pendant 15 ans. De ce tableau on peut voir les anomalies des cavités nasales constatées par le rhinologue, plus tard les cas auxquelles le neurologue a pu déceler la sclerose en plaques ainsi que les operations executées.

Cette petite statistique qui par l'observation prolongée des cas peut avoir la prétention à quelque valeur obiective nous montre que le resultat de guerisons, n'était pas plus frequent dans les cas opérés que dans ceux inopérés.

Je veux accentuer que dans la nevrite retro-bulbaire l'operation dans

les maladies des sinus existant en même temps peut avoir comme suite la guérison du nerf optique, cependant celà arrive très rarement.

Dans l'inflamation purulente des sinus nasaux on fera l'opération, — independamment de la maladie du nerf optique, l'operation étant necessaire. Pour influencer l'affection du nerf, l'opération doit être efectuée seulement dans le cas d'une inflammation purulente ou séropurulente d'un des sinus et dans cet ordre d'idées il vient en consideration le sinus ethmoïdal, sphenoïdal, sinus frontal et enfin le sinus maxilaire.

Une hypertrophie de la muqueuse du nez, un polype ou une déviation du septum qui se manifeste en même temps ne doit pas être pris comme cause de la névrite retro-bulbaire et par consequent ou ne peut pas attendre une guerison consecutive du nerf optique à la suite d'une opération.

Nous devons penser ainsi que la sclerose en plaques se localise à sa période du commencement dans le nerf optique, ainsi que la nevrite retro-bulbaire presente un symptome important du debut de la sclerose en plaques, souvent elle présente le seul symptome.

J'admets qu'en ouvrant les cavités nasales il peut se produire une amelioration seulement sans perdre de vue que dans quelques cas de nevrites retrobulbaires comme consequence de la sclerose en plaques il se produit souvent une amelioration rapide et spontane.

ZUSAMMENFASSUNG: Dozent D-r Nikolaus Blatt, Augenarzt Bukarest — *Wird „Neuritis retrobulbaris" wirklich so oft durch Nasennebenhöhlenerkrankungen verursacht, wie behauptet wird?*

In der kausalen Pathologie der retrobulbären Neuritiden werden die Nasennebenhöhlenerkrankungen noch immer gewaltig überschätzt, trotzdem es aus genau und sorgfältig ausgearbeiteten Statistiken zweifelsohne nachweisbar ist, dass die Ursache der Neurits retrobulbaris häufiger in einer bestehenden Systemerkrankung des Gehirn-Rückenmarks, in der sog. «Sclerosis multiplex» zu suchen ist.

Ein an Neuritis retrobulbaris Erkrankter gehört nicht nur in die Behandlung des Rhynologen und Okulisten, sondern meistens und in allererster Linie in die Behandlung eines Nervenarztes, da die Ursache der Neuritis retrobulbaris häufiger in einer Sclerosis multiplex als in einer Nasennebenhöhlenerkrankung zu suchen ist.

Die Tabelle zeigt als statistische Zusammenstellung von 44 Fällen über Neuritis retrobulbaris, die ich im Laufe von 15 Jahren zu sehen und längere Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte. Aus dieser Tabelle sind die vorhandenen, vom Rhynologen konstatierten Nasennebenhöhlenerkrankungen, die Fälle, bei denen der Nervenarzt Sclerosis multiplex nachweisen konnte, sowie die ausgeführten rhynologischen Operationen, ersichtlich.

Diese kleine Statistik, die jedoch durch die längere Beobachtung der Fälle auf einen gewissen Objektivitätswert Anspruch erheben kann, zeigt. dass die Anzahl der Heilungen bei den operierten nicht grösser war als bei den nicht operierten Fällen. Auch var eine raschere Heilungstendenz bei den operierten Fällen nicht zu bemerken.

Ich betone schon hier, das bei Neuritis retrobulbaris die Operation der gleichzeitig bestehenden Nasennebenhöhlenerkrankung eine Heilung des Nervenprozesses wohl hervorrufen kann, sie aber keinesfalles hervorrufen muss. Bei entzündlichen, eiterigen Nasennebenhöhlenekrankuugen mit gleichzeitig bestehender Neuritis retrobulbaris wird zur Operation geschritten, da man—ganz unabhängig von der Sehnerverkrankung—ohnehin operieren muss. Um den Nervenprozess zu beeinflussen, soll nur dann operiert werden, wenn tatsächlich eine eiterige oder seropurulente Entzündung einer Nervennebenhöhle, vorhanden, und

Sclerosis multiplex nicht vorhanden ist. Diesbezgl. kommen als Ursachen de. Neuritis retrobnlbaris meist, der Reihe nach, die Siebbeinhöhlen, die Sphenoidal, höhlen. die Frontalhöhlen und als letzte die Maxiliarhöhlen in Betracht. Man muss aber nicht jede eventuell gleichzeitig vorhande Nasenschleimhauthypertrophie. einen Polyp oder eine Septumdeviation als Ursache der Neuritis retrobubaris ansehen und durch eine Operation derselben eine konsekutive Heilung der Sehnerverkrankung erwarten.

Man muss auchdenken, dass die Sclerosis Multiplex sich in den ersten Perioden ihres Auftretens im Sehnerv lokalisiert, so dass Neuritis retrobulbaris ein wichtiges Frühsymptom der Sclerosis multiplex darstellt, ja oft ihr Einziges.

Dass das Oeffnen der Nebenhöhlen, wenn diese auch nur leichte Veränderungen aufweisen, in einzelnen Fällen vielleicht eine Besserung der Sehnervenerkrankung zur Folge haben kann, gehe ich nur mit dem Hinweis darauf zu, dass sich bekanntlich Fälle von Neuritis retrobulbaris durch Sclerosis multiplex verursacht, auch spontan und rapid bessern.

PREPARATE DE

CĂRBUNE MEDICINAL RICHTER

BCU Cluj / Central University Library Cluj

«GEDEON RICHTER»

Tablete Carbomedicinalis
0,40 gr. cărbune
Indicat în turburări digestive.

Tablete Carbopepsin
0,25 gr. cărbune, 0,25 gr. pepsină
Indicat în dispepsii.

Tablete Tannocarbon
0,12 gr. cărbune, 0,12 gr. tanin albuminat
Indicat în disenterie, enterocolită acută şi cronică.

Tablete Carboacid
0,40 gr. cărbune cu 2% HCl.
Indicat în turburări ale secreţiei clorhidrice (hipoclorhidrice).

Tablete Carboacid c. pepsin
0,25 gr. cărbune cu 2% HCl. şi 0,25 gr. pepsină
Indicat în achilia gastrică, diaree gastrogenă.

Tablete Carbolax
0,45 gr. cărbune, 0,05 gr. Extr. sennae sicc.
Indicat în procese intestinale fermentative, constipaţie habituală, colita mucoasă.

Tablete MAGNOCARBON Richter
0,25 gr. cărbune, 0,25 gr. Magnozon (magnezium peroxydatum) şi 0,005 gr. extr. belladona.
Indicat: în flatulenţă, meteorisme, enterite acute şi hiperaciditate.

Antiseptique Urinaire & Biliaire

URISANINE

Associé à des extraits végétaux diurétiques et balsamiques

FORMULE:

Benzoate d'Hexaméthylène tétramine 15 grs.
Extrait fl. de stigmates de mais 5 grs.
Hidrolat de Buchu
Excipient Balsamique q. s. 100 „

Le Benzoate d'Hexamethylène-tétramine, principe actif de l'*Urisanine*, est un antiseptique urinaire puissant pui se dédouble en aldéhyde formique et acide benzoique qui contribue à conserver l'acidité urinaire.

Facilement absorbée du fait de sa présentation sous form liquide, l'*Urisanine* est toujours bien tolérée grâce à la nature de son excipient formé de plantes balsamiques.

Diuretique grâce à l'extrait de stigmates de mais, l'*Urisanine* est un bon dissolvant de l'acide urique et des phosphates.

CYSTITES, PYELONEPHRITES, DIATHESE urique et phosphaturique, Maladies infectieuses (typhoide, scarlatine)

1—4 cuillerées à café par jour, dans ½ verre d'eau.

CITROSODINE Longuet

Citrate de Soude 0,25 par comprimé

PNEUMONIES, AFECTIONS VASCULAIRES (Thromboses, Phlébites, Artérites oblitérantes, Etats congestifs et pléthoriques), DYSPEPSIES, HYPERCHLORHYDRIE, VOMISSEMEMTS DES NOURISSONS.

Laboratoires LONGUET 34, Rue Sedaine PARIS (11)

THERAPEUTIQUE CARDIO-RENALE

THEOBROMOSE DUMESNIL

Théobrominate de Lithium chimiquement pur

THEOBROMINE SOLUBLE

Cinq fois plus active que la THEOBROMINE

Comprimés 2 à 8 par jour (Deux avant chaque repas) les avaler avec un peu d'eau sucrée.

Gouttes, à fin d'en faciliter l'emploi, une cuiller-mesure contenant soixante gouttes est jointe à chaque flacon et dispense ainsi d'une manipulation fastidieuse.

Laboratoires E. DUMESNIL Rue du Platre PARIS (iv)

Literatură şi eşantioane medicale
J. E. BUCUR — BUCUREŞTI 4
Str. Mecet No. 8

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

FRENICECTOMIA ŞI MODUL EI DE ACŢIUNE IN TUBERCULOZA PULMONARA

de

D-r I. VASILESCU

fost asist. al Fac. de Med. din Paris

Dela Frenicotomie, operaţie imaginată în 1911, de medicul vienez *Stuerz*, intervenţiile chirurgicale în Tuberculoza Pulmonară au câştigat teren şi azi nici un ftiziolog nu ezită a încredinţa chirurgului, un bacilar căruia tratamentul medicamentos sau cura sanatorială nu i-au adus nici un folos.

Simplei secţiuni a nervului frenic — *„Frenicotomia"* — îi urmează exereza acestui nerv — *„Frenicectomia"* — propusă în 1922 de *Felix* din Zürich. Ea singură este capabilă de a aduce după sine o paralizie a Diafragmului, de cele mai multe ori definitivă, pentrucă după Frenicotomie nervul regenerându-se, la scurt timp diafragmul îşi recapătă mobilitatea normală şi efectele terapeutice aşteptate nu se produc.

In general operaţia simplă şi fără pericole — când este executată de un chirurg iscusit — ea poate deveni dificilă ca act operator pentru un necunoscător al traectului nervului frenic, al anomaliilor şi raporturilor lui de vecinătate, după cum ea poate deveni periculoasă dacă indicaţiile ei nu sunt puse de un ftiziolog competent şi cu experienţă în citirea plăcilor radiografice.

E suficient să ne amintim raportul anatomic ce există între frenic şi pachetul vascular al gâtului, pentru a ne da seama de pericolul unei *hemoragii* mari sau a unei *embolii gazoase* (venele gâtului fiind animate de mişcări respiratorii), accidente ce pot ucide pe masa de operaţie pe pacient.

Origina frenicului poate fi „unică", plecând din ramura cervicală IV, sau „multiplă" — trunchiul principal al frenicului plecând totdeauna din C. IV, iar firişoarele secundare din C. sau C. III şi C. V. Uneori *Frenicul principal* este dublat de un *Frenic accesoriu*, care plecând din ramura 5 cervicală sau din nervul sub-clavicular, scoboară în torace şi întâlneşte trunchiul principal, — nu deasupra claviculei ca de obicei — ci 2—3 cm. sub ea. *Această dispoziţiune*

anatomică obligă pe chirurg să secţioneze Frenicul cât mai jos şi să extragă din cavitatea toracică o porţiune cât mai lungă din capătul lui periferic. De multe ori Frenicul accesoriu având aceiaşi grosime ca frenicul principal, eroarea chirurgicală de a-l extirpa pe acesta în locul celuilalt, este aproape de neevitat şi *uneori o frenicectomie „bine executată" lasă diafragmul neparalizat,* pentru simplu motiv că în locul frenicului principal s'a extirpat accesoriul lui. Asupra acestei erori de technică, a insistat cu o deosebită atenţie D-r *Maurer,* chirurg al spitalului *Laennec* din Paris, într'o serie de magistrale lecţiuni ţinute în vara anului 1932, asupra tratamentului chirurgical al tuberculozei pulmonare. Controlul plăgei operatorii se impune după extirparea Frenicului, tocmai pentru a evita această neplăcere.

Ca indicaţie generală, o frenicectomie nu va fi executată decât numai după ce un *pneumotorax instituit a rămas ineficace,* sau dacă *pneumotoraxul nu s'a putut executa* din cauza simfiziei sau aderenţelor pleurale.

E bine de ştiut că un Pneumotorax poate fi considerat ineficace, chiar atunci când în aparenţă a reuşit — bolnavului revenindu-i apetitul, câştigând în greutate şi febra scăzând — dacă 3 luni dela instituirea lui, caverna nu s'a colabat şi baciloscopia nu a devenit negativă.

El trebue încercat — înainte de a decide Frenicectomia — chiar dacă pe placa radiografică am avea semne de *simfiză pleurală* sau retracţie costală, pentru că uneori cu toate aceste semne, decolarea va fi perfectă şi totală, contrar tuturor aşteptărilor.

Orice cavernă — indiferent de sediul unde s'ar afla, e susceptibilă de a se vindeca prin Frenicectomie, mai ales dacă se află în plin ţesut pulmonar sănătos, ceeace nu înseamnă că o cavernă situată în mijlocul unui ţesut de condensare ar fi o contraindicaţie pentru *frenicectomie.*

CONTRAINDICAŢIA de căpetenie a Frenicectomiei o constitue o *„bilateralitate lezională";* e de semnalat însă că rareori în clinică întâlnim un pulmon opus într'o perfectă stare de „integritate anatomică". Deaceea această „bilateralizare" trebue înţeleasă într'un sens relativ, adică dacă de partea opusă se văd „minime leziuni", acestea să fie neevolutive, ceeace implică din partea medicului obligaţia unei „prealabile supravegheri" a pacientului printr'un control sistematic de radiografii în serie.

Dacă eventual leziunile ar evolua după exereza Frenicului, operaţia fiind cu urmări definitive, ne-ar fi greu să mai oprim procesul evolutiv cu tot pneumotoraxul contralateral ce l-am putea institui în asemenea împrejurări. Unii autori inspiraţi de cercetările experimentale ale lui *Sauerbruch* — care a ajuns la concluzia că muşchiul Diafragm nu are nici un rol în respiraţie — el fiind un simplu perete despărţitor între organele cav. toracice şi abdominale, menţinând presiunea acestora din urmă, au recurs la *Frenicectomii bilaterale.*

Cu toate rezultatele bune ce s'au publicat pe alocuri, această

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

operaţie este încă în domeniul experimental, în pactică medicii abia începând să ia cunoştinţă de ea.

In clinica maestrului meu d-l Prof. *Em. Sergent*, alături de care am avut cinstea să lucrez în calitate de asistent, am putut controla cum după paralizia *Diafragmului* mişcările de lateralitate a coastelor inferioare, capătă o amplitudine respiratorie cu atât mai mare, cu cât diafragmul este mai paralizat: deci *prin frenicectomie repausul pulmonar nu este câtuşi de puţin asigurat.*

Din *teoriile* care păreau a explica mai bine modul de acţiune al frenicectomiei, *colapsoterapia* — era cea mai logic de admis, ceeace a determinat pe partizanii acestei teorii să o preconizeze în cavernele situate la baza pulmonului.

Azi însă sunt cunoscute de toată lumea rezultatele minunate ce se pot obţine după o frenicectomie în cavernele parahilare sau apicale, unde acţiunea de colabare nu poate fi invocată, mai ales atunci când diafragmul deşi paralizat prin frenicectomie se găseşte numai imobilizat, fără a fi suferit nici o ascensiune.

In cazuri atât de inexplicabile în care frenicectomia lucrează în condiţiuni ce par a ţine de mister — *(Rist)*, — unii cercetători au crezut că *teoria repausului pulmonar* ar fi capabilă să explice bunele efecte ale exerezei frenicului, pentrucă odată diafragmul paralizat, mişcarea de acordeon a pulmonului în timpul excursiei respiratorii va fi anihilată şi pulmonul ar fi pus în condiţiuni optime de cicatrizare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am văzut însă că nici repausul pulmonar nu poate explica vindecările obţinute prin frenicectomie, pentrucă aşa după cum a demonstrat *Sauerbruch* şi după cum am avut şi noi ocazia de a ne convinge în clinica dela *Charitè*, cu cât diafragmul va fi mai paralizat cu atât coastele inferioare vor avea o amplitudine respiratorie mai largă, obligând pulmonul să le urmeze tot timpul respiraţiei. In faţa dificultăţilor de a explica mecanismul acţiunei frenicectomiei şi cunoscând anastomozele ce frenicul contractează cu simpaticul în diferite puncte, după constatările medicului italian — *Luizada* din Padua, — s'a pus întrebarea dacă *turburări de troficitate tisulară nu intervin în cicatrizarea ulcerelor tuberculoase pulmonare*, aşa după cum în ulcerul gastric, după simpatectomii — *Alvarez* din Ovideo (Spania), — ar fi constatat cicatrizări prin modificări aduse ţesutului patologic de hiperemia post-operatorie. E de remarcat însă că cercetările întreprinse de *Leon Binet* — după indicaţiile Prof. *Sergent* — nu au putut să demonstreze prezenţa firelor simpatice în constituţia anatomică a nervului frenic, cu toată existenţa indubitabilă a anastomozelor dintre aceşti nervi probată de *Luizada* până la evidenţă.

Em. Sergent crede în intervenţia *factorului circulator* în procesul de vindecare al leziunilor tuberculoase, dar el priveşte modificările în domeniul circulaţiei nu în sensul unei hiperemii active, ci mai curând în *sensul unei staze venoase*, produsă în mod *direct* prin ridicarea paralitică a diafragmului sau în mod *indirect* — prin modificări vasculare determinate în mare parte de sistemul neuro-

vegetativ simpatico — parasimpatic. Din acest punct de vedere, el face o apropiere între torpiditatea bine cunoscută a leziunilor bacilare la cardiacii cu stenoză mitrală şi staza venoasă probabilă ce o provoacă frenicectomia.

Datorită acestei *staze venoase asociată cu o stază limfatică*, diseminarea bacilară sanguină şi rezorbţia toxinelor este împedecată, ceeace explică îmbunătăţirea stărei generale a bolnavului — punând în felul acesta organismul în bune condiţiuni de luptă şi favorizând cicatrizarea leziunilor.

După o frenicectomie bine executată, se observă întotdeauna o imobilitate a hemi-diafragmului însoţită în general (nu întotdeauna) de o ascensiune mai mult sau mai puţin marcată a cupolei diafragmatice; ascensiunea poate să survină imediat după operaţie sau câteva săptămâni mai târziu fiind acompaniată de semnul balanţei descrise de *Kinböck*. Din cauza stazei venoase produsă în mod brutal de o ascensiune însemnată a diafragmului, se observă uneori hemoptizii afebrile după o frenicectomie, cari nu pot fi interpretate nici ca hemoptizii prin ruptura ţesutului pulmonar în timpul actului operator, nici ca hemoptizii datorite unui proces evolutiv de partea opusă, întotdeauna acestea fiind însoţite de febră. Ca probă a intervenţiei factorilor neuro-vegetativi în modificările circulaţiei venoase pulmonare, sunt cazurile de *oedem pulmonar acut* ce s'au observat rareori după frenicectomie, aşa cum am avut ocazia să văd în serviciul Prof. Em. Sergent dela Charité.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru a **controla influenţa frenicectomiei asupra presiunei venoase profunde, în clinica** maestrului meu Prof. **Em. Sergent, am făcut o serie de cercetări** şi am căutat să văd **cum se modifică presiunea venoasă periferică (P.V. P.) după intervenţie.** Ştim după legea balansărei circulatorii a lui Francois Franck, că orice modificare în domeniul circulaţiei profunde, are repercusiuni asupra circulaţiei venoase periferice.

Pentru a măsura P. V. P. ne-am servit de **metoda lui Maurice Villaret,** luând această presiune la nivelul cotului cu ajutorul **manometrului H. Claude,** înainte de operaţie şi imediat după frenicectomie, controlând-o în repetate rânduri şi la diferite intervale ori de câte ori ne-a fost posibil să avem bolnavul la dispoziţie.

Pentru a fi siguri că frenicul a fost extirpat, fiecare pacient frenicectomizat era controlat la **ecranul radioscopic** şi pentru a evita erorile de interpretare a cifrelor P. V. P. influenţată de modificările T. A. întotdeauna odată cu măsurarea P. V. P. era controlată şi T. A.

Pe un **număr de 20 cazuri frenicectomizate,** (observaţii în curs de complectare şi cari vor fi publicate ulterior), noi am putut ajunge la următoarele concluziuni:

1) După o frenicectomie P. V. P. este adesea ori mărită.

2) Ridicarea P. V. P. nu este în raport cu ascensiunea cupolei diafragmatice, ea fiind ridicată şi în cazurile când cupola a fost simplu imobilizată.

3) Modificările circulaţiei venoase periferice nu sunt constante: P. V. P. nu se măreşte în multe cazuri după frenicectomie, cu toată ascensiunea marcată a diafragmului. Aceasta e datorită pro-

babil imperfecţiunei mijloacelor de explorare, ceeace a făcut pe *Ch. Laubry* să propună cercetarea modificărilor circulatorii profunde, prin măsurarea tensiunei I. C. R. direct influenţat de aceste modificări prin intermediul plexului coroid.

4) Când P. V. P. a fost mărită fără nici o ascensiune a cupolei diafragmatice, se poate explica prin intervenţia sistemului neuro-vegetativ, probă oedemul pulmonar acut observat la unii frenicectomizaţi.

5) Cicatrizarea leziunilor pulmonare, în afară de colapsoterapia moderată şi repausul pulmonar relativ după frenicectomie, poate fi determinată de modificările circulatorii, modificări produse direct prin ascensiunea cupolei diafragmatice, sau indirect prin intermediul sistemului nervos vegetativ, care ar lucra în acelaşi timp asupra troficităţii tisulare.

RÉSUMÉ: Dr. I. Vasilescu. — *Phrénicectomie, son mode d'action dans la tuberculose pulmonaire.*

Après un aperçu rapide sur les indications, contreindications de la phrenicectomie, l'auteur expose les théories emises sur le mode d'action de ce dernier.— La théeorie du repos pulmonaire n'est pas juste d'après l'auteur.

Sur 20 cas observés dans la clinique du prof. Sergent, l'auteur croit que la stase veineuse asociée à la stase limphatique provoquée par la phrenicéctomie favorise la cicatrisation des lésions en empêchant la dissémination baccilaire dans le sang et l'arrêt de la ressorbtion des toxines.

Pour controler la pression veineuse profonde, l'auteur dans la clinique du prof. Sergent mesure la pression veineuse au manomètre Claude au niveau du coude avant et après la phrenicectomie et constate qu'après cette opération la P.V. P. est souvent augmentée.—Cette augmentation n'est cependant pas constante, son absence due probablement aux impérfections des moyens d'exploration ce qui a determiné Ch. Laubry à proposer la recherche des modifications circulatoires profondes en mesurant la tension du L. C. R.

L'augmentation de la P.V.P. sans ascension de la coupole diaphragmatique s'explique par l'intervention du système neurovegetatif, preuve en est l'oedème pulmonaire aigu observé à quelques phrenicectomisés.

Tout le système neuro-vegetatif travaille sur la trophicité tissulaire.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. I. Vasilescu — *Phrenicektomie und ihre Wirkung in Lungentuberkulose.*

Nach einem kurzen Blick über Indicationen, Contraindicationen der Phrenicektomie setzt der Verfasser die Theorien über die Wirkung dieser Operation auseinander.

Die Theorie welche auf Lungenruhe bestäht ist nach seiner Meinung nicht richtig. In 20 Fällen welche in der Klinik des Professors Sergent beobachtet wurden, findet der Verfasser dass die Venöse Stauung mit der Lymphatischen Stauung welche durche Phrenicectomie verursacht wurde die Cicatrisation der Läsionen durch verhinderung der Baccilärendisemination in Blute und durch Aufhaltung der Toxinenresorbtion begünstigt.

Um den tiefen Druck der Vene zu kontrolieren hat der Verfasser in der Klinik des Professors Sergent die peripherische Venöse Pression mit dem Manometer Claude am Niveau des Ellenbogens vor und nach der Phrenicektomie ge-

messen, und konstatiert dass nach dieser Operation P. V. P. oft als vergrössert erscheint.

Dieser wachsende P. V. P. ist aber nicht konstant, warscheinlich da die Mittel der Exploration unvollkommen sind; und dieses hat Ch. Laubry berechtigt eine Verändelung der Forschung über die Verschiedenheit der tiefen Circulation durch die Messung der Tension L. c. r. forzuschlagen.

Das Wachsen der P. V. P. ohne Hebung der Diaphragmatischen Kupole lässt sich durch Intervention des Neuro-vegelativen Systems erklären.

Als Beweis dafür dient das acute Pulmonareödem welches bei manchen Phrenikectomiesirten bemerkt wurde. Dasselbe Neuro-vegatative System soll auch über die Gewebetrophicität wirken.

SIROPUL

NEURO TONIC

GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR
ŞI AL MUŞCHILOR

APROBAT DE
MINISTERUL SĂNĂTĂŢEI
cu No. 16.091/1929 conform Jurnalului Consiliului 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

Biblioteca Universitară Central University Library Cluj

FACTOR CARDIAC IN PRODUCEREA TUSEI EMETIZANTE A TUBERCULOŞILOR

Acţiunea digitalei

de

D-r GABRIEL CARTUŢA

Sanatoriul Leamna-Dolj

Medicul, urmând deducţiunea logică care impune să caute un accident specific unei afecţiuni mai cu seamă acolo unde este o instituţie dedicată acelei afecţiuni, ar fi tentat să caute exemplare de tuse emetizantă mai cu seamă în sanatoriile de tuberculoşi pulmonari. Il îndeamnă la aceasta cunoaşterea patogeniei tuselor emetizante, considerată ca pusă la punct, pentrucă „il s'agit d'irritation du nerf phrénique par de la pleurite médiastine ou diaphragmatique", şi urmează să consideri tusea emetizantă ca fiind cronică şi persistentă, caşi pleurita care o pricinueşte. Deducţiunea lui devine şi mai întemeiată, când ştie că tusea emetizantă a lui Morton este un accident frequent în tuberculoză, 50—60 la 100 după *Rolland* şi este greu să crezi că din de ex. 100 de bolnavi sanatorizaţi n'ai să găseşti măcar unul cu tuse emetizantă într'un sanatoriu.

Sanatoriul de tuberculoşi însă, în foarte multe cazuri, se obligă să-i răstoarne această credinţă. In adevăr, se întâmplă adesea să treacă luni de zile fără să auzi vre-un bolnav plângându-se de vărsături. Aşa este cel puţin cazul la sanatoriul Leamna, unde timp de doi ani, Iunie 1931—Maiu 1933 şi la un număr de bolnavi sanatorizaţi variind între 85—95, timp în care s'au perindat 504 bolnavi, internarea durând de la 3 luni pentru unii, până la 2—3 ani pentru alţii, cifrăm numărul bolnavilor cu tuse emetizantă în sanatoriu la un total de 15, adică 3 la sută.

Disproporţia este deci izbitoare şi, sub influenţa primei impresiuni, este uşor să-ţi faci convingerea că proporţiile date de autori sunt eronate. Inainte de a ne forma o convingere însă, este bine să căutăm dacă condiţiunile în care se află bolnavii pe care îi observăm nu sunt cumva diferite de cele în care autorii au dat acele statistici.

*

Sanatoriul Leamna este situat la şes, într'o poziţie bine aleasă. Nu i se poate deci atribui vre-o acţiune nici prin altitudine, nici prin condiţiuni atmosferice prea deosebite. Ca orice sanatoriu, impune bolnavilor cura de repaus, acea obligaţie de a sta în pat 16—17 ore din 24, cură care are o influenţă impresionantă asupra a numeroase cazuri de tuberculoză şi care se resimte din primele zile ale sanatorizării.

Iată două condiţiuni în care bolnavii pe care îi observăm sunt chemaţi să trăească şi în care nu sunt bolnavii nesanatorizaţi: cura de repaus, generală pentru orice sanatoriu, şi poziţia de câmpie, deosebită pentru sanatoriul Leamna. Poate că autorii care au dat proporţiile de mai sus ale tusei emetizante nu au observat bolnavii aflaţi în aceste condiţiuni. Şi poate că una din cauzele disproporţiei procentului acestui accident este tocmai faptul acesta.

Tot sanatoriul Leamna ne mai poate oferi un învăţământ. Acest sanatoriu are două etaje, despărţite printr'o scară de 20 trepte; la parter, sunt internaţi bărbaţii, iar la etaj femeile. Repartizând pe cei 15 bolnavi ai noştri pe etaje, constatăm că numai trei din ei au fost la parter, pe când ceilalţi 12 au fost toţi la etaj.

Bolnavii dela etaj sunt obligaţi să urce şi să coboare zilnic, pentru mese şi plimbări (sufrageria este la parter), de cel puţin 5—6 ori scara aceasta, pe când cei dela parter nu o urcă decât odată, seara, şi atunci numai acei care voesc şi sunt în bună dispoziţie spre a merge la o sală de reuniune a lor situată la etaj, iar aceasta nu o fac decât în timpul iernii.

Nouă nu ne-a lipsit în sanatoriu nici formulări eloquente a suferinţei ei din partea unei bolnave. Ea ne spunea: „După ce urc scara după masă şi ajung în salon, uneori înaine de a ajunge la salon, m'apucă un acces de tuse violentă, care se termină odată cu vărsătura". Prevenit acum şi înţelegând frumuseţea observaţiei ei instinctive, care punea factorul urcuşul scării în legătură cu accidentul ei nu am făcut decât să-i prescrim în consecinţă, adică să nu mai urce scara după masă, luând masa în salon.

Trebue să adăugăm că, cu toate elementele acestea: acţiune favorabilă a şederii la câmpie şi a repausului şi acţiune defavorabilă a urcatului scării, care ne îndreaptă investigaţiile noastre către cord, apariţia aceasta relativ atât de frequentă la femeile noastre faţă de bărbaţi, ne-a făcut multă vreme să ezităm de a atribui digitalei, prescrisă pacientei, dispariţia vărsăturilor, de teama vre-unui nervosism particular femeilor sau stărilor pitiatice mai frequente la ele. Altă teamă ne procura vindecările spontane frequente ale acestui accident, vindecări, care putând coincide cu momentul instituirei tratamentului digitalic, puteau să ne ducă la interpretări false, făcându-ne să le atribuim pe nedrept acestui medicament.

Din partea bolnavilor, în sanatoriul nostru ei sunt împărţiţi în saloane dupe cum sunt net evolutivi de o parte şi cei cu evoluţie mai cronică sau staţionari de altă parte. Este necesară această împărţire din multe puncte de vedere şi la fel este la orice sanatoriu.

Bolnavii noştri cu tuse emetizantă au fost toţi din saloanele din prima categorie, a formelor evolutive. Au fost toţi febrili (38°-39°-40°) sau subfebrili (temperatura de seară depăşind cu câteva diviziuni 37°). Insfârşit, pulsul a fost întotdeauna exagerat, între 100-120 chiar şi la cei la care temperatura numai seara trecea cu câteva diviziuni deasupra lui 37° şi acesta este un fapt important. Pulsul accelerat nu se manifesta numai în momentul acceselor de tuse sau de vărsături, ci şi în momente de acalmie, fiind o tachicardie adevărată şi persistentă.

Pe tuberculoşii evolutivi, trăind mai mult timp printre ei, te obicinueşti să-i iei drept cardiaci. Tuberculoşii reacţionează la accidente relativ neînsemnate printr'o tachicardie importantă. Luându-i pulsul, fie că acuză o neînsemnată colică intestinală sau o hemoptizie uşoară, i-l găseşti obicinuit în preajma lui 100. In sanatoriu, în tusele tenacee, după ce epuizăm la un bolnav terapeutica pulmonară obicinuită, destul de redusă şi deci repede epuizabilă, recurgem la digitala şi, ceeace nu am obţinut cu terapeutica reputată ca pulmonară inclusiv opiaceele, obţinem ades cu acest medicament cardiac.

Ei au o fragilitate cardiacă specială, cu răsunet mai ales asupra pulmonului, analoaga cu stările bronşitice cu repetiţie şi refractare la alt tratament decât cel cardiac ce se observă în unele hiposistolii, fără însă să se însoţească de staza hepatică evidentă a acestora. Este probabil vorba mai mult de o scădere a energiei cardiace (tuberculoşii au de obicei tensiunea arterială apreciabil scăzută, uneori cu 2—3 c. m. mercur sub normal), scădere care nu atinge numai puterea de impulsie a ventriculului stâng, ci şi puterea de absorbţie a auriculului stâng, fără a putea afirma despre cordul drept că rămâne indemn. De aceea asistolia la ei survine relativ tardiv, dar este o asistolie care, în cazurile când nu este dela început iremediabilă, devine însă repede ireductibilă, este o asistolie terminală. Ei formează o stare deosebită de insuficienţă cardiacă, rezultat al acţiunei mai multor factori, printre care este rezistenţa în circulaţia pulmonară, toxina tuberculoasă şi poate şi factorii endocrini.

Se ştie că *Vaquez* şi *Digne* au demonstrat că clorurul de sodiu provoacă în cardiopatii nu numai oedemele, ci chiar insuficienţa cardiacă însăşi. In tuberculoză, *Gerson* a aplicat regimul declorurat, cu rezultate foarte bune. Probabil că aceste rezultate se datoresc în bună parte acţiunii favorabile a regimului declorurat asupra acestui cord fragil al tuberculoşilor, punând şi în felul acesta în evidenţă starea de fragilitate cardiacă, prin influenţa bună a lipsei clorurului de sodiu din alimentaţie şi importanţa acestei stări în apariţia multor accidente la tuberculoşi.

Faptele şi considerentele de mai sus sunt elemente suficiente ca să sugereze întrebuinţarea digitală şi să-i explice rezultatele, cel puţin atunci când bănuim un factor cardiac într'un accident dăunător bolnavului, cum este tusea emetizantă. Noi am prescris digitala la ultimele 10 cazuri de tuse emetizantă apărute în sanatoriu, după ce

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ne putusem forma o opinie despre o eventuală eficacitate a ei prin observarea celorlalte cazuri apărute anterior în serviciu. Cu toate rezultatele obţinute, o serioasă piedică în interpretarea rezultatelor, după cum am mai spus, teama ca nu cumva instituirea tratamentului digitalic să fi coincidat cu o eventuală vindecare spontană a accidentului, ne-a făcut multă vreme să stăm în rezervă.

Constatări, însă, ca acestea: încetarea vărsăturilor la toţi pacienţii cărora li s'a prescris digitala; pe când cu opiaceele în multe cazuri mai rebele se obţine numai o rărire a vărsăturilor, încetarea lor obţinându-se anevoios şi după o persistenţă uneori de săptămâni, cu digitala efectele au apărut chiar de a doua zi, deci o acţiune imediată; s'a însoţit întotdeauna de scăderea intensităţii quintelor de tuse; pulsul a fost deasemenea influenţat în bine, scăzându-l, scădere mai puţin importantă la febrili, la care a continuat să fie accelerat sub influenţa febrei; constatări de acestea ne-au făcut să recunoaştem că digitala a avut o acţiune reală asupra tuselor emetizante.

Vom cita două observaţii din cele mai concludente. La cinci din pacienţii cari ni s'au plâns că de o zi sau două au tuse emetizantă, necesitatea de a ne forma o convingere asupra acţiunii reale a digitalei, ne-a determinat să o prescrim imediat, pentru a vedea dacă digitala acţionează dela începutul accidentului şi pentru a ne asigura că am administrat-o la un pacient la care tusea emetizantă are tendinţa să continue dacă nu intervenim, excluzând astfel posibilitatea vindecărilor spontane. Reducând însă prea mult durata accidentului (1—3 zile), observaţiile îşi pierd din valoare luate fiecare în parte şi capătă valoare numai prin numărul lor. Pentrucă nu se poate ca toţi să se vindece spontan după această durată de timp, şi încă vindecarea să coincidă la toţi cu momentul administrării digitale.

Intr'o altă observaţie, pacienta prezentase acasă tuse emetizantă cu zece zile înainte şi, tratată cu opiacee, accidentul se repeta mai rar, la 2 zile. După intrarea în sanatoriu, probabil sub influenţa oboselilor cu pregătirile şi transportul la sanatoriu, tusea emetizantă reapare cu aceeaşi intensitate caşi la începutul accidentului, după fiecare masă. Pacienta îşi administrează singură opiaceele cu care urmase şi acasă, fără vre-un rezultat. Ingrijată, după 2 zile dela internare ni se plânge nouă; îi administrăm digitala, cu începere dela ora 11 a. m. La prânz mai are o vărsătură; seara şi în zilele următoare vărsăturile n-au mai apărut. După cinci zile părăseşte sanatoriul, fără să mai fi prezentat vărsături. Cu toată acţiunea manifestă a digitalei, s'ar putea diminua valoarea observaţiei, pentrucă pacienta nu a putut fi urmărită mai mult timp.

OBSERV. I. — Teodora H... de 21 ani, intră în serviciu la 17 Sept. 1932. In Maiu 1931, pleurezie stângă, cu exudat 300 gr., junghiu şi febră. De atunci a rămas cu o tuse seacă, rebelă, care nu a cedat niciodată complect. In serviciu este febrilă (temp. între 37°,4—38°,5), tusea persistă cu tenacitate, pofta de mâncare bună. In Oct. are câteva spute hemoptoice. Greutatea 39 kgr. la intrare, este în creştere. Prezintă umbre radiologice la ambele vârfuri pulmo-

nare, mai accentuată în dreapta, unde se însoţeşte de fenomene ascultatorii de infiltraţie. Koch pozitiv. I se institue un pneumotorax terapeutic drept, dar după trei şedinţe trebue abandonat, pentru că febra a căpătat o exacerbare dela instituirea lui. La 1 Ian. 1933, are greutate 43 kgr. A doua zi, tusea ei obicinuită capătă caracter quintos şi devine emetizantă fără ca temperatura să fie mai crescută decât de obiceiu. Este locul să spunem că de sărbători s'a permis bolnavilor abateri dela cura obicinuită, şi accidentul ei apare a doua zi de anul nou. Tusea este cu regularitate emetizantă după masa de seară, şi mai rar după masa dela prânz. Cantitatea alimentelor vărsate este de 3—500 gr. (o scuipătoare). La 15 Ian., greutatea este de 42 kgr. (a pierdut 1 kgr.). Vărsăturile nu au nici o tendinţă de a înceta. In timpul acesta a luat codeină, dionină, heroină şi morfină per os, fără nici un rezultat. Bolnava este foarte îngrijată. La 21 Ian. i se prescrie digitala, 1 gr. la 120, asociată cu repausul la pat. De a doua zi vărsăturile au încetat, fără să mai revie. După câteva zile am propus bolnavei să înceteze repausul la pat. Bolnava avea atâta teamă de vărsăturile ei, încât numai cu greutate s'a lăsat convinsă să coboare iarăşi la sufragerie. Febra continuă. Pulsul 125—130 înaintea administrării digitalei, 108—110 după digitală.

OBSERV. II. — Gheorghe P... de 23 ani, intră în serviciu la 6 Febr. 1933, Inceputul boalei a fost insidios. A avut o mică hemoptizie. La intrarea în sanatoriu se plânge de o tuse seacă, fără expectoraţie. Este afebril. Prezintă umbră radiologică, submatitate şi expiraţie prelungită la vârful drept. Stângul pare indemn. Koch negativ. I se institue un pneumotorax dr., la care se renunţă apoi pentru aderenţele pleurale şi pentrucă la câteva zile după insuflaţie bolnavul începe să febriciteze, febră persistentă. Se observă apoi o uşoară umbră radiologică şi la vârful stâng. Hemoptizia s'a mai repetat. Tusea seacă persistă. La 22 Aprilie tusea devine mai intensă şi se însoţeşte de vărsături după masa dela prânz şi cea de seară. Ea se reproduce cu regularitate şi în zilele următoare. La 26 Aprilie i se prescrie infuzia de digitală 1/120 şi de a doua zi tusea a pierdut din intensitate şi vărsăturile au încetat. După o săptămână, tusea a crescut iarăşi în intensitate, fără să se mai însoţească de vărsături. Pulsul 102 înainte de digitală, după digitală 66.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prin durata lor, prin regularitatea apariţiei, prin tendinţa evolutivă şi dispariţia lor odată cu instituirea tratamentului digitalic, aceste cazuri pun în evidenţă realitatea acţiunii digitalei, arătând că în producerea tusei emetizante trebue incriminat adeseori şi un factor cardiac. Acest factor odată îndepărtat prin acţiunea tonicului cardiac, quintele de tuse îşi pierd din acuitate şi nu se mai termină prin acel spasm prelungit al muşchilor abdominali şi diafragmului, care duce la expulzarea conţinutului stomacal.

Am prescris întotdeauna digitala în doză suficientă. Infuzia de 1 gr./120 am administrat-o bolnavilor fără o pregătire prealabilă, fără purgaţie; rar am însoţit-o de un regim uşor declorurat; repausul la pat de asemenea l-am prescris rar.

*

O formă avortată a tusei emetizante. Există şi o tuse emetizantă avortată. In această formă simptomele subiective ale bolnavului sunt mai intense decât într'o tuse ametizantă, pentrucă, cu toate că spasmul abdomino-diafragmatic este la fel ca în tusea emetizantă şi conţinutul stomacal este violentat de acest spasm, vărsă-

tura pe care bolnavul o aşteaptă nu se produce şi conţinutul stomacal este violentat de acest spasm, vărsătura pe care bolnavul o aşteaptă nu se produce şi conţinutul stomacal rămas neevacuat face să se repete, la o nouă quintă de tuse, şi senzaţiile subiective penibile din partea stomacului. In vreme ce în tusea emetizantă bolnavul simte o uşurare după evacuarea conţinutului stomacal în parte sau în total şi se plânge mai mult de teama denutriţiei decât de vărsătura în sine, în forma avortată această uşurare nu se produce decât anevoie şi târziu în urma quintei de tuse şi bolnavul se plânge pentrucă are realmente senzaţii subiective penibile. Cităm două cazuri de acest fel. Le semnalăm pentrucă şi aci digitala a avut efecte bune, apropiindu-le de tusea emetizantă.

OBSERV. III. — Elena M... de 16 ani, necăsătorită. Intră în serviciu la 16 Sept. 1932. Boala începută în Sept. 1931, cu tuse, junghiuri şi febră. Prezintă submatitate, fenomene de infiltraţie şi umbră radiologică la vârful stâng. Matitate la baza stângă. Umbră hilară dr. pronunţată, mergând până la clavicula dr. Este subfebrilă. La 17 Noemb. i se institue un pneumotorax parţial stg., prezentând aderenţe pleurale spre bază. Tusea şi expectoraţia diminuate. In Februarie are o hemoptizie abondentă, care se prelungeşte 4 zile, dela pulmonul drept. I se abandonează pneumotoraxul stg. La sfârşitul lui Martie începe să se plângă de o tuse quintoasă cu expectoraţie, ce survine dimineaţa la sculare din pat. Tusea este intensă, durează cam cinci minute şi fiecare quintă este însoţită de necesitatea de a vărsa, fără însă să poată parveni la aceasta. Fenomenul se repetă timp de 15 zile, crescând în intensitate. Puls 102. Când urcă scara are o dispnee intensă, care o forţează să se oprească la fiecare 3—4 trepte ca să se odihnească. Ajuns la vârful scării, trebue să stea pe bancă ca să-i revină respiraţia. După aceste 15 zile i se prescrie 1 gr. de digitală, dar din eroare i se dă numai 0,50/120, fără repaus, nici regim. (Bolnava pare robustă, are 71 kgr. la 16 ani, nu se împacă cu ideea să ia masa la pat). Zece zile mai târziu, fenomenele neprezentând nici o tendinţă de ameliorare, i se prescrie 1 gr. digitală, regim hipoclorurat şi repaus în pat. Chiar de a doua zi tusea a fost mai slabă, expectoraţia mai uşoară şi tendinţele la vărsături au dispărut. Puls 82.

OBSERV. IV. — Ana O... de 24 ani, căsătorită, are un copil de 10 ani. Boala a început în Martie 1932, cu junghiuri instabile bilateral, localizat apoi în stânga. Intră în serviciu la 2 Martie 1933. Prezintă fenomene de infiltraţie bilateral, tuşeşte şi este febrilă. La jumătatea lui Aprilie tusea devine quintoasă, quintele se sfârşesc cu eforturi vomitive, fără să poată vărsa. Puls 120. După 4 zile i se prescrie infuzie de digitală 1/120. De a doua zi quintele diminuă în intensitate şi nu se mai sfârşesc cu tendinţe la vărsături. După o săptămână tusea însă recapătă intensitatea, devine chiar de o acuitate extremă, luând caractere de tuse vertiginoasă. Bolnava tuşeşte până când ameţeşte, de cade aproape în nesimţire în pat. După 5 zile de astfel de quinte i se prescrie repaus la pat, regim hipoclorurat şi digitala 1/120. De a doua zi tusea a diminuat mult în intensitate, s'a rărit, nu mai este vertiginoasă şi nici nu se însoţeşte de tendinţe la vărsături.

*

Incercare de patogenie. Factorul provocator al vărăsăturilor din tusea emetizantă este quinta de tuse. Reflexul tusei este cu atât

mai puternic cu cât iritaţia căilor respiratorii este mai mare. Când această iritaţie respiratorie atinge o acuitate însemnată, contractura muşchilor abdominali şi a diafragmului ia caracter violent şi prelungit, mărind presiunea intraabdominală.

Iritaţia pulmonară poate fi destul de mare la tuberculoşi prin însăşi leziunile bacilare pentru a putea provoca singură această contractură prelungită abdomino-diafragmatică şi duce la vărstăuri. Atunci îşi are locul medicaţia calmantă sau o terapeutică lucrând asupra focarului tuberculos.

De cele mai multe ori însă, la iritaţia bacilară banală se adaugă un alt factor iritativ, cardiac sau infecţios, şi prin acţiunea lor combinată tusea devine quintoasă şi spasmodică. La un grad anumit de iritaţie pulmonară urmând în mod reflex o contractură mai puternică şi mai prelungită a muşchilor abdomino-diafragmatici, tusea ia caracter emetizant.

Atunci se impune să îndepărtăm unul din elementele car iau parte la producerea acestui accident. Şi pentrucă cel mai uşor de îndepărtat, în stadiul actual al medicinii, este elementul cardiac, se impune administrarea digitalei, la nevoe asociat cu regimul declorurat şi repaus la pat.

RÉSUMÉ: D-r J. Cartutza — *Le facteur cardiaque dans la production de la toux émétisante des tuberculeux.— Action de la digitale.*

Des 10 cas étudiés par l'auteur il ressort que la toux émetisante doit souvent être incriminée au facteur cardiaque.

Preuve l'action de la digitale qui diminue les quintes de la toux et leur acuité.

L'auteur cherchant la pathogénie croit que outre l'irritation pulmonaire qui contracte les muscles abdominaux, on doit tenir compte d'un facteur irritatif cardiaque ou infectieux, qui avec l'action combinée provoque la toux quinteuse et spasmotique.

La conclusion therapeutique serait l'administration de la digitale, le repos au lit et le régime dechloruré de la tuberculose avec toux émétisante.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. G. Cartuţă. — *Der Herz und Lungen betreffende Factor in dem emetisanten Husten bei Tuberkulose.—Die Wirkung der Digitalis.*

Von den 10 Fällen welche von dem Verfasser beobachtet wurden geht hervor dass der emetisante Husten oft dem Herz und Lungen Factor zuzuschreiben sei. Als Beweiss dient die Wirkung der Digitalis, welche die Quinten des Hustens vermindert und seine Acuität verkleinert. In dem Versuch über Pathogenie welche der Verfasser macht glaubt er dass ausser der Lungen-Reitzung welche die Abdominalen Muskeln contractiert, soll in Erscheinung emetisanten Hustens auch ein anderer reizender Factor im Betracht kommen, einer Krankheit des Herzens oder einer Infektion welche durch Ihre combinirte Wirkung den quintösen und spasmotischen Husten herforrufen.

Die Therapeutische Conclusion wäre die Verabreichung von Digitalis, Ruhe im Bett und salzarme Kost bei Tuberkulosen die an emetisanten Husten leiden.

MIDY
LABORATOIRES MIDY
PARIS - FRANCE

PIPERAZINA MIDY

GRANULATĂ EFERVESCENTĂ

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PIPERAZINA
este
singurul nou
anti-uric
înscris în
Codexul Francez

Cel mai puternic dizolvant al acidului uric
Stimulent al activității hepatice.

Artritizmul
Guta-Piatra
Reumatizmul
Lithiaza renală
Lithiaza biliară

2 la 4 lingurițe de cafea pe zi

Literatură și Eșantioane.

J. E. BUCUR - 2, Strada Mosot, BUCUREȘTI IV

SPECIFICAȚI BINE NUMELE "MIDY"

AVORTUL CA TRAUMATISM BIOLOGIC

de

D-r ION BORDEIANU

Medicul Spitalului Hotin

Dacă până şi publicul profan îşi dă seama că sarcina este legată de multe şi misterioase schimbări în organsimul femeei, în schimb, ştiinţa medicală este săracă în studii, în cari să se oglindească urmările întreruperii sarcinei înainte de termen. Deşi practicat pe o scară foarte întinsă în toate ţările din lume, avortul nu este îndeajuns de cunoscut, mai ales în ceiace priveşte urmările lui de mai târziu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Jocul istoriei a vrut ca în acest domeniu lumina să vie dela răsărit. Intr'adevăr, nimeni nu dispune de materialul clinic mai bogat ca medicii ruşi, cari de ani de zile, în clinici speciale, fac în fiecare an, la „lumina zilei", câteva milioane de avorturi.[1])

In literatura medicală de specialitate se întâlnesc tot mai frecvent studii asupra avortului, iscălite de autori ruşi. La congresele medicale panruse, în jurul legalizării, se nasc discuţii aprinse, pline de învăţăminte pentru noi, martorii unei experienţe de o grandoare fără precedent în istorie.

Inainte de a trece la una din urmările avortului provocat va trebui să ne reamintim pe scurt câteva noţiuni din fiziologia sarcinei.

Organismul întreg ia parte activă la crearea unei vieţi, care face parte din planurile naturei. Nu există în corpul femeei un singur organ sau celulă care să nu sufere modificări mai mici sau mai mari sub influenţa sarcinei. Şi din toate organele, glandele cu secreţie internă, — aceste uzini misterioase, pe cât de mici pe atât de importante, — prezintă schimbări indiscutabile.

In 70—80% de cazuri tiroida creşte de volum şi uneori prezintă pulsaţii vizibile. Greaţa, insomniile, excitabilitatea, iritabilitatea sunt simptome ale hipertiroidismului pasager din cauza graviditătii. Modificări se produc şi în glandele paratiroide, care pot

---

1) «Avortul din punct de vedere medical şi social» de D-r I. Bordeianu, Ed. «Cugetarea» 1933.

da în unele cazuri, la sfârşitul sarcinei, adevărate crize de tetanie.

Nu mai puţin interesante sunt şi modificările hipofizei, lobul anterior al cărei se hipertrofiază atât că se rupe capsula (Soeckel [2]); sub influenţa ei s'au observat, mai ales la unele primipare, simptome uşoare de acromegalie, manifestată sub forma de îngroşare a extremităţilor şi feţei.

Creşterea pigmentului în unele părţi ale pielei, — unul din primele semne ale sarcinei, — este pusă pe seama hiperfuncţiei glandelor suprarenale. Corpul galben al sarcinei, considerat ca glandă cu secreţie internă, are o influenţă indiscutabilă asupra uterului, care creşte de volum, lucru de o importanţă capitală pentru femeile primipare, cu uter infantil.

Se putea bănui că întreruperea bruscă a gestaţii trebuia să aibă urmări serioase pentru organismul femeei. Studiile autorilor ruşi (Serducov, Kakuskin, Parsamov, Karlin, Bondarev), au făcut puţină lumină în acest domeniu.

Intr'un studiu documentat Prof. Serducov-Moscova, atrage atenţia asupra traumatismului biologic rezultat din întreruperea sarcinei înainte de vreme. Acest autor, pe baza studiilor sale, crede că placenta şi ţesutul decidual nu ar fi lipsite de o secreţie internă. Ceva mai mult: dânsul admite că în cursul gestaţiei hormonii sexuali fetali pătrund în sângele matern şi după o metamorfoză, se întorc înapoi la ţesuturile fetale; fătul ar fi „un punct vegetativ la nivelul căruia se găseşte nu numai tendinţa propriei desvoltări, ci şi o potenţialitate care influenţează organismul matern, condiţionând procesele hipertrofice caracteristice gestaţiei şi contribuind la desvoltarea maximă a uterului". Astfel sarcina apare ca cel mai frumos exemplu de simbioză armonioasă dintre două fiinţe: fătul care se desvoltă pe seama organismului matern şi mama care profită în cea mai largă măsură de gestaţie.

Biblioteca Universitatea "Ovidius" Constanta

Expulsia provocată a fătului produce o oprire bruscă a schimburilor humoro-hormonale dintre mamă şi făt. La femeile multipare cu uterul complect desvoltat această întrerupere nu lasă urme serioase, în schimb, la femeile tinere, însărcinate pentru prima dată, cu uterul mic, infantil, avortul prezintă un real şi puternic traumatism biologic: placenta şi fătu fiind expulzate, iar corpul galben încetând secreţia lui internă, uterul pierde dintr'odată condiţiile propice desvoltării complecte şi reacţionează prin atrofia definitivă a ţesuturilor sale.

Timp de câţiva ani, Serdukov a urmărit 75 femei, în plină perioadă genitală, din această categorie. La examenul genital s'a constatat o desvoltare insuficientă a organelor genitale externe, un col alungit, conic şi uter infantil, dur, fibros. Toate bolnavele se plângeau de sterilitate, deşi trompele erau permeabile (e interesant că mamele şi surorile acestor bolnave aveau mai mulţi copii). In 90% din cazuri funcţia ovarului s'a schimbat mergând dela dismenoree până la complecta dispariţie a menstruaţiei, însoţită de

2) Serdukoff-Moscou. L'avortement artificiel en tant que traumatisme biologic et ses suites. Gynec. et Obst. 1928, pag. 196.

dureri lombare, pelviene, obesitate, apatie, slăbirea memoriei, îmbătrânire, timpurie, etc. In 40% din cazuri s'a observat frigiditate, dispareunie, turburări neobservate sau necunoscute înainte de avort.

La aceste bolnave s'au încercat toate felurile de tratament timp de 3—6 ani: băi de nămol, hemato-terpeno-proteinoterapie, ionoforeza, diatermie, — toate fără nici un succes, uterul rămânând atrofiat şi sterilitatea definitivă.

Bazat pe acest material autorul ajunge la concluzia că la femeile tinere, cu semne de infantilism genital, avortul artificial este complectamente contra indicat şi poate fi autorizat numai în cazuri când viaţa femeei este în pericol real din cauza sarcinei.

RÉSUMÉ: Dr. I. Bordeianu. — *L'avortement comme traumatisme biologique.*

L'auteur résume un article du prof. Serdukow publié en Gynec et Obst 1928 p 196 sur l'avortement artificiel comme traumatisme biologique et ses conséquences qui prouvent l'action néfaste de l'avortement sur tout l'organisme de la femme.— La gestation provoque des modifications humorales qui sont troublées brusquement et non sans suite, par l'interruption brusque et artificielle de la grossesse.

ZUSAMMENFASSUNG: D-r I. Bordeianu — *Der Abortus als biologischer Traumatismus.*

Der Verfasser recensiert einen Artikel des Profesors Serdukow welcher in Gynec. et Obst. 1928 pag. 196 über künstlichen Abortus als biologischer Traumatismus und dessen Folgen veröfentlicht war.

Aus dieser Recension geht hervor das der Abortus eine unglückselige Wirkung auf den ganzen weiblichen Organismus hat. Die Gestation verursacht humorale Veränderungen welche das plötzliche und künstliche Unterbrechen der Schwangerschaft auf einmal stört und nicht ohne böse Folgen bleiben kann.

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

Mare scoborâre de preţuri pentru

Ampulele de „Calcium-Sandoz"

Prima preparaţie calcică INDOLORĂ PRIN INJECŢIUNI INTRAMUSCULARE (până la 80 cc. pe zi)

Valoarea terapeutică a „Calciului Sandoz" este confirmată prin mai mult de 600 lucrări ştiinţifice

FORME:

Pulvere granulată
Comprimate ciocolatate
Tablete efervescente
Ampule de 5 şi 10 cc.

Depozitul la Bucureşti:
Drogueria D. NESTOR, Str. Şepcari 6.

Depozitul la Cluj:
Drogueria „ROYAL" Piaţa Unirii 26.

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUE
BÂLE

CI-DEVANT SANDOZ
SUISSE

SANDOZ

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ACTUALITĂŢI MEDICALE ROMÂNEŞTI

Chirurgie.

D-r M. TEODORESCU: **Percuţia abdominală uniformă pentru diagnosticul leziunilor acute viscerale.** — Revista de Chirurgie No. 5—6/1933.

La celelalte semne de diagnostic autorul adaugă, după experienţă îndelungată, percuţia uniformă a peretelui abdominal. Aceasta provoacă desigur durere în tot abdomenul în plină peritonită sau reacţie peritoneală. Dar când se ajunge ca percuţia în zona organului care este sediul primei leziuni, această durere se exagerează şi bolnavul face o bruscă contractare a peretelui.

I. R.

Agr. D-r I. JIANU şi D-r C. MOSCU: **Contribuţie la studiul varicelor limfatice.** — Revista de Chirurgie No. 5—6/1933.

Autorii publică 4 cazuri de stază limfatică evidentă. Elementul necesar producerii în primele 2 cazuri a fost compresiunea limfacitelor între pielea foarte destinsă şi lichidul ascitic, care o întindea. In al 3-lea caz varicele limfatice tronculare ereau produse de staza produsă de un adeno limfocel care a fost în urmă extirpat.

In cel de al IV-lea caz barajul erea probabil datorit evidării ganglionare, elementul infecţios fiind bacilul Koch.

I R.

Prof. D-r MICHAIL: **Osificarea cristalinului.** — Clujul Medical No. 5/1933.

O fată de 19 ani, suferind la vârsta de 3 ani de scarlatină, îi apare o leziune ulcerativă perforantă a corneei stângi, urmată de inclavarea irisului şi opacefierea cristalinului. Accesele de irido-ciclită cari s'au succedat de atunci au dus la enuclearea globului ocular. Din cupele globului ocular se constată faptul interesant al degenerării osteocalcare simultane a coroidei, retinei şi cristalinului.

Autorul compară cazul descris cu alte câteva cazuri extrem de rare găsite în literatura de specialitate, constatând că în cazul d-sale osificarea aproape totală a cristalinului erea veche, iar incrustaţiile calcare ale retrinei total deslipite aveau o dispoziţie particular arborescentă care nu se găseşte semnalată în nici o publicaţie.

D-r I. R.

D-r I. SIMIONESCU: **Consideraţiuni asupra contusiunilor grave şi plăgilor penetrante abdominale.** — Revista de Chirurgie No. 5—6/1933.

Autorul publică 9 cazuri de contusii sau plăgi penetrante abdominale, operate de urgenţă, cu rezultate remarcabile (6 vindecări). Insistă asupra semnelor ce trebuesc căutate: durere, contractură ab-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

dominală, imobilitate diafragmatică, sonoritate prehepatică, hiperestesie cutanată. Din aceste semne pot lipsi parţial sau total. Acordă o deosebită importanţă contracturii peretului abdominal

Arată apoi că indicaţiile operatorii se pun după starea de şoc, felul plăgii, contractură, vomismente alimentare sau sanguinolente, durere.

Asupra drenajului îl socoteşte facultativ, după felul şi sediul plăgii şi după timpul scurs între accident şi intervenţie.

D-r I. R.

IACOBOVICI-Cluj: **Quatorze cas de pancreatite aiguë.** — Presse med. No. 33, 1933, pag. 675.

Expune 14 cazuri de pancreatită acută, crede că cholecystotomia trebue să se facă întotdeauna.

Mortalitatea ar fi de 42%, pancreatita cangrenoasă e mai gravă ca pancreatita hemoragică.

R. H.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fizio-patologie.

D. DANIELOPOLU, A. ASLAN et I. MARCOU: **Les bases physiologiques du traitement chirurgical des artérites des membres, sympatectomie inter-lombo-sacrée.** — Presse med. No. 33, 1933, p. 668.

După o expunere a concepţiilor lor asupra patogeniei turburărilor circulatorii a membrelor şi a nervilor vasculari, arată în ce fel înţeleg mecanismul regulaţiunei circulatorii centrale, periferice şi generale în urma cercetărilor anterioare şi recente făcute cu ajutorul pletismografiei bilaterale (brachiale şi crearale), în leziunile unilaterale ce ating diferiţi neuroni, ce influenţează membrele. Arată că vasele posedă: automatism, excitabilitate, tonicitate, contractilitate, proprietăţi ce sunt întreţinute de produsele humorale şi reflex prin firişoare centripete şi centrifuge de centre.

Pletismograma normală prezintă oscilaţii cardiace, respiratorii şi vaso-motorii.

Simpatectomia (stelectomie pentru membrul superior, simpatectomia lombară pentru membrul inferior, au ca consecinţă o stare de hipotonicitate, hipoexcitabilitate şi de exagerare a automatismului.

Explică mecanismul regulărei circulaţiei printr'un mecanism local, direct, reflex medular, reflex bulbar, reflex al centrilor diencephalici şi al scoarţei cerebrale.

In arterite obliterante găsesc hipertonicitate, hipercontractilitate, hiperexcitabilitate, micşorarea automatismului prin exagerarea reflectivităţei, fapte ce explică turburările trofice şi paroxistice. Scopul intervenţiei ar fi să intercepteze arcul reflex ce provoacă hipertonicitatea, hiperafectivitatea vaselor. Recomandă a se face o simplă simpaticotomie interlombo-sacrală pentru arteritele membrelor inferioare, căci se secţionează maximum de firişoare centripete şi vasoconstrictori.

R. H.

Ginecologie-Obstetrică.

C. DANIEL, I. FLORIAN et AL. ŞOIMARU: **Les accidents de cloropénie et azotémie post-operatoires.** — Gynecologie şi obstetrică No. 7—8/1933, p. 99.

Se constată deseori în perioada post-operatorie a laparatomiilor ginecologice accidente datorite unui desechilibru chimic umoral, ce dă simptomatologia unei peritonite cu hemoragie internă. In două cazuri de histerectomie sub-totală pentru fibrom la o femee de 40 ani şi pentru cancer al colului la o femee de 27 ani, tabloul clinic era caracterizat prin: hipotermie, puls rapid, respiraţie accelerată, vărsături, greaţă. Chimic se găseşte cloropenie şi azotemie la ambele bolnave. Se administrează ser fiziologic fosforat şi glucozat intra-rectal şi intra-

venos 40 c. m. de ser clorurat hipertonic 10%, repetat trei zile — în urma cărora ureea a dispărut, clorurile au crescut şi accidentele au dispărut.

R. H.

Prof. D-r C. DANIEL şi D-r AL. ŞOIMARU: **Puncţia vaginală exploratrice.** — Gynecologie şi Obstetrică No. 5—6/1933.

D-l Prof. Daniel a imaginat un aparat cu care puncţia în Douglas a devenit simplă, rapidă şi inofensivă.

Aparatul se compune dintr'un tub drept de sticlă de 15 cm. lungime şi 1 cm. diametru, care este introdus în vagin condus pe cele două degete ale mânei stângi. Extremitatea rotunjită a tubului de sticlă, este împinsă până la punctul unde voim să puncţionăm şi tubul serveşte de conductor acului care este montat pe un ajustaj metalic de 10 cm. lungime, la extremitate liberă a acestuia fiind adaptată seringa. Acul fiind împins în ţesuturi cele două mâini devin libere permiţând manevra aspiraţiei.

I. R.

Higienă-Medicină Socială.

D-r MEMOIANU şi REMUS MIOC: **Contribuţiuni noi la problema copiilor în Banat.** — Revista de Igienă Socială No. 5/1933.

Autorul, adânc cunoscător al problemelor copiilor în Banat cercetează comuna Cacova din jud. Caraş, care prezintă o descreştere a populaţiei şi o mortalitate infantilă foarte ridicată.

Comuna prezintă o natalitate relativ redusă 14,41‰ şi o mortalitate infantilă sub un an de 24,15%.

La 274 copii Români examinaţi s'a găsit o talie supranormală (după tabelele Camerer-Pirquet) la 36,86%; normală la 53,28%; sub normală la 9,85%. 55% din copii erau subnutriţi.

Examenul medical a arătat: Tegumente anemice la 21,53%; circulaţie colaterală la 32,84%; pediculoză la 6,93%; insuficienţa ţesutului celular subcutanat 57,29%; permeabilitate defectuoasă a nasului la 34,31%; vegetaţii adenoide la 24,08%; hipertrofie amigdaliană 14,09%; conformaţie vicioasă a toracelui 41,92%; adenopatie tr. bronşică 9,48%; tbc. pulmonară 2,55%; cryptorhidie 4,01%; scotroze 21,89%; acuitate visuală diminuată 22,56%; carii dentare 58,44%; reacţii pozitive la tuberculină 50%.

Ancheta socială a arătat: 75% din copiii peste 2 ani dorm în acelaş pat cu adulţii; 27% locuesc aceeaşi cameră cu 2 persoane; 38% cu 3 persoane şi 4% cu 5 persoane. La 148 familii s'au înregistrat 1—2 copii. Cauzele denatalităţii sunt de ordin moral. 21% din femei au recurs la avorturi criminale. In 91,5% din familii se consumă regulat beuturi alcoolice; în 40,5% din acestea se duce o viaţă exagerat luxoasă.

D-r I. R.

©BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r V. VOINOVIC: **Combaterea hospitalismului în secţiile de sugari.** — Revista de Igienă Socială No. 6/1933.

Hospitalismul care încă domneşte la noi în aglomeraţiile de sugari poate fi combătut după autor prin următoarele mijloace: Suprimarea infecţiilor prin camere de izolare, cu 2-4 copii, carantină de 3 săptămâni pentru noui intraţi, controlul continu al laptelui, personal selecţionat şi suficient de numeros. Semiboxele nu dau rezultate. Contra gripei se va recurge la temperatură joasă în camera alături de celelalte măsuri. Contra difteriei imunizare activă; contra rugeolei injecţii cu sânge de adult; contra tusei convulsive vaccinare preventivă.

Creşterea rezistenţei sugarilor se obţine prin lapte matern, babeurre, fierturi cu făinoase, vitamine, aeroterapie.

Autorul închee arătând că graţie acestor măsuri, în azilul din Timişoara,

deşi 83,9% din copii primiţi ereau debili congenitali, distrofici sau atrofici, nu s'a înregistrat o mortalitate decât de 14,38%.

I. R.

D-r A. IANCU: **Problema hospitalizării în prima copilărie.** — Revue Francaise de Pediatrie No. 2/1932.

Problema influenţei colectivităţii asupra desvoltării copiilor în prima vârstă, care a preocupat pe toţi şefii de instituţii de protecţia infantilă, este reluată de d-l D-r A. Iancu.

Autorul dozează fosforul şi calciul sanguin la 83 de copii din centrul de ocrotire pe care-l conduce. Socotind ca cifre normale pentru fosforul inorganic 4,8—6,8 mgr. la 100 cc. şi pentru calciu 9—11 mgr. la 100, autorul constată la 50 din copii examinaţi o cifră p. fosfor, sub 4,5 mgr. % (în serum) la 30 sub 4 mg. % (în sângele total).

Din cele 50 cazuri cu hypofosfatemie, 11 au prezentat în acelaş timp şi hypocalcemie (sub 9 mgr. %). Numai la 25 copii nu a găsit hypophosphatemie, dar aceştia cresc de puţină vreme în institut.

Toţi copiii cu hipofosfatemie sunt consideraţi de autor ca rachitici, rahitism care a evoluat sub influenţa colectivităţii ,care în condiţiile actuale de funcţiune, exercită un efect rachitic incontestabil asupra copiilor din prima vârstă.

In patogenia rachitismului în colectivităţi autorul mai atribue un rol important infecţiunilor gripale repetate, infecţiunilor căilor respiratorii şi parenterale.

Fosforul a fost dozat prin metoda Bell-Doisy, modificat de Briggs şi calciul prin metoda Kramer-Tisdall.

D-r I. Rosenstein.

Agr. D-r ZOLOG: **Sora de ocrotire.** — Revista de Igienă Socială No. 3 şi 4, 1933.

După un scurt istoric al înfiinţării surorilor de ocrotire în România, autorul arată calităţile intelectuale, voliţionale şi morale pe cari acestea trebue să le dovedească în activitatea lor. Autorul se ocupă apoi pe rând de rostul surorilor de ocrotire. Astfel în domeniul asistenţei prenatale se va consacra în special în a învăţa pe viitoarea mamă fiziologia şi igiena sarcinei, necesitatea examenului medical periodic, prepararea celor necesare la naştere şi după aceia.

In domeniul protecţiei sugarului ea va învăţa pe mamă regulile alăptării, va supraveghea la domiciliu orice tratament medical, va administra B. C. G-ul. Pentru copiii din vârsta preşcolară va realiza profilaxia maladiilor contagioase. In domeniul igienei şcolare va asista pe medicul şcolar, va da îngrijirile de urgenţă, va organiza cantine şcolare şi mici conferinţe de igienă. In domeniul protecţiei adolescenţei va realiza educaţia sexuală şi maternă a tinerelor fete.

Sora de ocrotire va lupta împotriva maladiilor sociale (tuberculoză, venerii, alcoolism, cancer).

In asistenţa socială a dependenţilor sora de ocrotire are deasemenea un rost important, ca şi în ameliorarea condiţiunilor de salubritate publică, de educaţie higienică şi menajeră a maselor, de asistenţă a bolnavilor.

Sora de ocrotire redactează fişele şi rapoarte asupra celor constatate.

Intr'un ultim capitol al acestui interesant studiu, autorul se ocupă de pregătirea surorilor de ocrotire în institutele din Cluj şi Iaşi ca şi în şcoala din Bucureşti.

I. R.

Maladii infecţioase.

D-r G. CALALB: **Epidemia de disenterie din cursul anului 1932.** — Revista Ştiinţelor Medicale No. 3/1933, pag. 324.

(c) Babeş-Bolyai University Library Cluj

Autorul pune în evidenţă că nu orice epidemie ce prezintă caracterele clinice ale disenterici este datorită bacililor disenterici cunoscuţi că poate fi datorită şi altor germeni aparţinând germenilor din grupul Salmonelozelor.

Rezultă deci că în cursul lunilor Iulie-Decembrie 1932, aproape toate regiunile ţărei au fost bântuite de o epidemie de entero-colită disenteriformă cu un număr de 8000 bolnavi şi 854 morţi.

Această epidemie a fost considerată atât de medici cât şi de organele administrative sanitare ca o epidemie de disenterie bacilară, tratată ca atare cu ser antidisenteric.

Autorul pretinde că nu s'a studiat suficient agentul patogen în cauză, — pentru a se putea stabili o etiologie precisă.

Din cercetările ce autorul le-a făcut rezultă că epidemia se datoreşte unui agent patogen din grupul Salmonelozelor, cercetările sunt continuate la Institutul de Igienă din Iaşi.

D-r R. H.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r P. CIRLEA: **Contribuţiuni la contagiozitatea zonei.** — Clujul Medical No. 3/1933.

După o expunere sumară asupra contagiosităţii zonei, autorul expune două cazuri de zonă, din care reese că cel de al doilea bolnav s'a contagiat dela primul, lângă care a stat. Durata incubaţiei la al 2-lea bolnav a fost de 10 zile.

Asupra apariţiei primului caz, autorul crede că s'ar putea explica prin biotropism (Millian), bolnavul prezentând zona la 9 zile după o radioterapie a pielei capului. Razele secundare ajungând la ganglionii spinali, au reactivat virusul zonatos latent din nevrax. Apariţia zonei la 9 zile dela radioterapie coincide cu termenul pe care-l precizează Milian pentru reactivările biotropice.

D-r I. R.

Doc. D-r I. GAVRILA şi E. ERNSTER: **Acizii organici urinari în bolile infecţioase (scarlatină, erisipel, difterie.** — Clujul Medical No. 2/1933.

O cantitate însemnată de acizi organici se elimină prin urină în stare normală. Autorii au urmărit aceste eliminări în bolile infecţioase utilizând metoda de dozare Van-Slyke-Palmer, modificată de Goiffon şi Nepveux.

Pe 45 cazuri de scarlatină, 40 cazuri de erizipel şi 11 de difterie, luând ca cifră normală 300—500 cc. H. Cl. n/10 pentru 24 ore, au găsit în perioada de stare a acestor boli, o urcare notabilă a acestor eliminări, cu atât mai mare cu cât maladia erea mai gravă. In convalescenţă valorile urcate revin la normal.

D-r I. R.

THEODORA DUMITRESCO et DEMETRE DUMITRESCO: **Récidive tétanique six mois après le tètanos initial.** — Soc. med. des Hôpit. No. 19, 1933, p. 732.

Autorii comunică observaţiunea unui bolnav care prezintă contracturi generalizate, febră, contracturi a maseterilor, în urma injecţiilor de ser antitetanic se vindecă. Şase luni intră din nou în spital cu trismus, contracturi generalizate, rigiditatea muşchilor cefei şi a muşchilor dorsali, disfagie, uşoară febră. Se fac injecţii de ser antitetanic timp de 8 zile ce variază între 200—400 cc. pe zi, în urma cărora bolnavul se vindecă. Cred că recidiva tetanosului se datoreşte prezenţei germenilor tetanici care nu sunt întotdeauna omorâţi după vindecarea clinică a tetanosului iniţial. Bacilii rămânând vii sunt înfăşuraţi în capsule impermeabile ale ţesutului conjunctiv care împiedecă difuziunea toxinelor. In urma unui traumatism oarecare aceste capsule pot deveni permeabile şi toxinele năvălesc organismul fixându-se pe sistemul nervos.

Pronosticul acestor recidive nu e grav. Studiul acestor forme de tetanos măreşte noţiunea asupra vieţei latente a germenilor tetanici.

R. H.

Medicină internă.

D-r S. ARON: **Secreţiunile faringiene.** — Noua Revistă Medicală No. 11/1933, pag. 22.

Arată că secreţiunile muco purulente ori mucoase ale faringelui vin din sinusurile perinasale: maxilar, frontal, etmoidal, sunt sinusite cronice ce pot da complicaţiuni cu turburări gastro-intestinale datorite înghiţirei maselor mucopurulente. S'au văzut şi bronchite descendente în urma întinderei inflamaţiei mucoasei sinusurilor. Deci secreţiunea faringiană ne îndrumează spre diagnosticul de sinuzită cronică.

R. H.

Prof. D-r GOIA, D-r BENETATO şi D-r SIRETEANU: **Consideraţiuni asupra alcaptonuriei în legătură cu un caz.** — Clujul Medical No. 5/1933.

Cazurile de alcaptonurie sunt extrem de rare. După cercetările bibliografice ale autorilor, s'au descris în literatura medicală mondială 120 cazuri.

Autorii redau observaţia bolnavei care prezenta o poliserosită şi alcaptonurie încă din copilărie. Caracterul familial al maladiei este negat de autori în urma cercetărilor întreprinse în familia bolnavei şi cari au dus la rezultate negative. Problemele în legătură cu metabolismul substanţelor proteice pe cari le pune alcaptonuria, sunt cercetate şi discutate de autori. Din aceste experienţe făcute pe acest caz, autorii ajung la următoarele concluziuni:

1. Eliminarea acidului homogentisinic (cel care dă coloraţia caracteristică a urinei la bolnavii alcaptonurici) la un regim mixt este mai mult sau mai puţin constantă.

2. Formarea acidului homogentisinic se face şi pe socoteala proteinelor organismului.

3. Constată că 80% din thyrozină se elimină sub formă de acid homogentizinic, pledează pentru faptul că degradarea thyrosinei se face aproape în totalitate pe calea acidului homogentisinic, nu exclud însă cu desăvârşire existenţa unor alte căi.

D-r I. Rosenstein.

D-r E. RĂSMERIŢĂ: **Oxicarbonismul profesional.** — Rev. de Igienă Socială No. 4/1933.

După ce autorul enumără frequenţa oxicarbonismului profesional şi circumstanţele în cari se poate produce, demonstrează că oxicarbonismul poate fi tratat prin acţiunea masivă a oxigenului. Intoxicaţilor li se face respiraţia artificială fie prin procedeul Sylvestre, mai bine însă prin procedeul Schäfer.

Autorul mai insistă asupra numeroaselor cazuri de oxicarbonism la şofeuri şi arată necesitatea unor cursuri speciale pentru aceştia. Deasemenea mai cere o publicitate cât mai largă privind fizio-patologia şi terapeutica oxicarbonismului ignorate de public.

D-r C. BIBICESCU: **Pneumotorax spontan cu supapă.** — Presse Medicale No. 37/1933.

Apariţia unui pneumotorax cu supapă, imediat după un pneumotorax terapeutic, nu a fost încă semnalat ca o complicaţie a collapsoterapiei. De aceia autorul publică observaţia unui caz de pneumotorax spontan cu supapă survenit imediat după o insuflaţie terapeutică necesară pentru a lupta împotriva unei mari caverne pulmonare. Din expunerea cazului şi a mijloacelor întrebuinţate p. această dramatică complicaţie până la restabilirea bolnavului, autorul conchide cu următoarele consideraţiuni practice:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. Pentru a evita accidentul, nu trebue terminată insuflaţia cu o presiune negativă puternică (— 12 în cazul prezentat) aceasta, disproporţionată cu aceea a căilor respiratorii, ar putea să rupă caverna şi să provoace un pneumotorax spontan.

2. Pare probabil că este avantagios să se introducă o mare cantitate de aer la prima insuflare, când este vorba de o cavernă vecină cu pleura.

3. Pentru a combate accidentele unui pneumotorax sufocant se va evacua aerul în mod repetat aşa cum a procedat autorul, fără a ţine seama de rezultatele manometrice.

D-r I. R.

Medicină experimentală.

D-ri AL. COSTINIU şi ST. POPIAN: **Cercetări experimentale asupra transmisiunei ozenei dela om la animal** — Noua Revistă Medicală No. 10/1933.

Cercetările întreprinse în 1930 pe iepuri şi maimuţe au fost continuate până în prezent. Autorii au izolat din ozenă diverşi microbi (Loewenburg, Abell, Hoffman) fără să poată afirma că vreunul este patognomonic.

Tamponările nasale făcute cu aceşti microbi nu au determinat la animal decât o uşoară secreţie trecătoare, în nici unul din cazuri nu a reprodus caracterele ozenei.

D-r I. R.

Prof. IONESCU-MIHAEŞTI, ŢUPA, D-rii BADENSKI şi WISNER: **Asupra localizărilor nervoase a virusului limfogranulomatos inoculat pe cale peritoneală la maimuţă.** — Academia de Medicină din Paris. Şedinţa din 9 Mai 1933.

Prof. Calmette prezintă din partea autorilor români observaţia asupra mai multor maimuţe inoculate intraperitoneal cu virusul maladiei lui Nicolas-Favre şi cari au prezentat fenomene nervoase; la autopsie au găsit regulat la nivelul sciaticului alteraţiuni de peri- şi endo-nevrite, cu o stare mai mult sau mai puţin pronunţată de demielinisare şi necrosă a cilindriaxilor; elementele celulare caracteristice ale procesului limfogranulomatos infiltrează spaţiile interfasciculare şi formează veritabile granuloame microscopice.

Alteraţii asemănătoare există în cazurile avansate la nivelul cordoanelor posterioare ale măduvei, amintind tabesul

L. R.

Prof. D-r DANIELOPOLU şi D-r A. ASLAN: **Cele trei zone reflexogene şi regularizarea tonusului cardio-vascular.** — Academia de Medicină din Paris, şedinţa din 6 Iunie 1933.

Autorii arată că atunci când un subiect trece din poziţie orizontală în cea verticală, intervine un reflex presor, care are ca scop de a ridica presiunea sanguină şi de a accelera ritmul cardiac pentru a contrabalansa scăderea presiunei în jumătatea superioară a corpului şi de a asigura o bună circulaţie cerebrală; acest reflex presor este produs de excitarea zonei reflexogene tisulare a membrelor inferioare de marea masă sanguină care descinde brusc în jumătatea inferioară a corpului; în acelaş timp, staţiunea verticală diminuă temporar presiunea în zonele reflexogene şi ca urmare tonusul lor depresor.

Proba cu atropină, propusă la început pentru a stabili tonusul separat al simpaticului şi parasimpaticului, poate să servească şi la studiul excitabilităţii vegetative, a tonusului centrilor respiratori şi a altor funcţiuni vegetative şi a influenţei vieţei vegetative asupra vieţei de relaţie.

L. R.

Neurologie-Endocrinologie.

D-rii I. A. SCRIBAN şi DEM. PAULIAN: **Studiu anatomic al unui nou caz de myopatie primitivă.** — Aca-

demia de Medicină din Paris. Şedinţa din 16 Mai 1933.

Profesorul Levaditi a prezentat la Academia de Medicină din Paris, lucrarea d-lor I. A. Scriban şi Dem. Paulian, cari au studait prin biopsii muşchiul gemen hipertrofiat al unui bolnav atins de myopatie progresivă; nu există infiltraţie grăsoasă, nici proliferare a ţesutului conjunctiv interfascicular şi toată lesiunea se găseşte la nivelul fibrelor muşculare a căror diametru prezintă o inegalitate frapantă; se pot descrie două alteraţii principale:

1. Fibrele musculare atipice sunt diseminate în tot muşchiul; secţiunea lor transversală este elipsoidală sau aproape circulară şi diametrul lor redus; sistemul spiral al myofibrilelor este format de două fascicole independente; unul sub sarcoplasma periferică, altul divizând în două marele fascicol axial al myofibrilelor longitudinale.

2. Fibre în degenerescenţă vacuolară, izolate în grupe de 2 sau 3, au un contur augular anormal, se colorează rău, au miofibrile subţiri traducându-se printr'un fin „pointillé" pe cupele transversale şi prezentând numeroase vacuole cu conţinut clar.

L. R.

C. I. URECHIA, TRAIAN POPOVICIU et M-me RETEZEANU (de Cluj): **Deux cas de syndrome corticosurrenal.** — Bull. et mem. de la Soc. med. des Hôpit. No. 18/933, p. 704.

Comunică 2 cazuri de sindrom cortico-suprarenal în care găsesc o micşorare a sulfului sanguin, glicemie, glicozurie intermitentă şi o uşoară hipercalcemie.

Atrag atenţia că găsesc la femeile cu barbă în afară de glicozurie intermitentă o uşoară hipercalcemie în jumătatea cazurilor examinate. Sulful la acestea nu era turburat.

Dat fiind rolul ce-l joacă suprarenala în metabolismul sulfului, această micşorare a sulfului ar fi un semn în tumorile supra-renalei.

R. H.

C. I. URECHIA et N. ELEKES: **Syphilis cérébelleuse. Difficulté de diagnostic.** — Bull. et mem. dela Soc. med. des Hôpit. de Paris No. 17, 1933, p. 695.

Observaţia clinică ce o prezintă autorii, prezintă interes prin dificultatea diagnosticului din cauza unei reacţii de fixare negativă. Este vorba de un bolnav în vârstă de 21 ani, care prezintă turburări ale echilibrului, mersul titubant, ameţeli, cephalee, reacţia Bordet-Wassermann a lichidului cephalo rachidian e negativă; se bănueşte o tumoră cerebeloasă. In urma intervenţiei operatorie se vede că nu era o tumoră şi examenul microscopic al cerebelului arată ţesut granulomatos şi gome miliare ale substanţei albe ale lobului cerebelos drept.

Autorii recomandă a se face tratamentul antisifilitic de probă când reacţia Wassermann e negativă când ne aflăm în faţa unui diagnostic dificil de tumoră sau sifilis cerebral.

R. H.

C. I. PARHON: **Le syndrome hyperhydropexique (hyperretro-hypophysaire).** — Bull. et mem. de la Soc. med. des Hôpit. No. 10, 1933, p. 768.

Stabileşte existenţa unui syndrom opus diabetului inisipid, syndrom hyperhydropexie sau hyperretro-hypophyzar caracterizat prin: micşorarea cantităţei de urină eliminată în 24 de ore, mărirea densităţei urinei, micşorarea setei, retenţia exagerată a apei ingerate, tendinţa exagerată a infiltraţiei ţesuturilor, mărirea greutăţei corpului, întârzierea eliminărei apei ingerate, mărirea duratei resorbţiei bulei de edem. Crede că clinicienii n'au ţinut seamă de

Copyright Babeş-Bolyai University Library Cluj

posibilitatea acestui syndrom care poate fi asociat cu alte syndrome hypophyzare sau neuro-vegetative şi cu obesitatea.

R. H.

C. I. URECHIA et N. ELEKES: **Méningite séreuse et accès d'epilepsie après des coups sur la tête.** — Soc med. des Hôpit. de Paris, No. 14, 1933, p. 579.

Comunică cazul unui bolnav care în urma unei lovituri puternice în regiunea frontală şi fronto-orbitară capătă accese de epilepsie. Lichid cephalo-rachidian cu albuminoză intensă, limfocite, reacţiile coloidale şi Wassermann negative.

Deci în urma loviturilor un om tânăr de 21 ani capătă o meningită seroasă cu accese de epilepsie.

R. H.

D-r F. HOROVITZ: **Polinevrită apiolică.** — Clujul Medical No. 3/1933.

Autorul publică două cazuri de intoxicaţie cu apiol. Primul, după fenomene accentuate de intoxicaţie, a prezentat o polinevrită toxică cu predominenţa nervilor optici. La cel de al doilea o nevrită a membrelor inferioare.

Din ambele cazuri expuse se constată că apiolul administrat în doză toxică (dela 2 gr.) provoacă o polinevrită care interesează întreg sistemul nervos periferic, sensitivă şi motor, provocând turburări destul de grave şi durabile.

D-r I. Rosenstein.

Radiologie.

D-r I. IONESCU-MILTIADE şi D-r I. DUMITRESCU: **Arteriografia cu torothrast pentru diagnosticul tumorilor cerebrale.** — Revista de Chirurgie No. 11—12/1932.

Autorii prezintă radiografii cerebrale cu torothrast, metoda începută de Ejaz Moniz şi Amelyda Lima.

Se injectează 20 cmc. de torothrast în carotidă fără ca bolnavul să prezinte nici o turburare în timpul injecţiei sau în zilele următoare.

O modificare adusă metodei de autori este injectarea substanţei în artera tiroidiană superioară, ceeace face ca lichidul injectat să treacă repede în carotida internă mai ales dacă se opreşte pentru câteva secunde curentul în carotida externă prin presare.

D-r I. R.

D-r ALFRED D. RUSESCU şi D-r I. CIUPAGEA: **Examenul radiologic al apendicelului** (metoda Czepa) **la copii.** — Revista ştiinţelor medicale No. 2/1933, pag. 156.

Intrebuinţează metoda Czepa spre a pune diagnostciul de apendicită cronică la copii şi în 12 cazuri au putut afirma cu ajutorul acestei metode diagnosticul de apendicită.

In 11 cazuri examenul anatomo-patologic a confirmat diagnosticul de apendicită cronică. In 6 cazuri în cari apendicele a fost permeabil la substanţa opacă şi deci vizibil pe placa radiografică s'a constatat că apendicele era permeabil; în alte 5 cazuri în care apendicele nu era permeabil pentru substanţa opacă s'a găsit apendicele strâmt cu lumenul impermeabil. La examenul anatomo-patologic găsesc leziuni macro şi microscopice de apendicită cronică. Deci este o excelentă metodă radiologică pentru confirmarea diagnosticului de apendicită cronică.

R. H.

D-r G. MARINESCU şi D-r C. TEODORESCU: **Asupra pielografiei descendente în sarcină.** — România Medicală No. 8/1933.

Autorii studiază 14 cazuri de femei însărcinate, fără turburări ale aparatului urinar şi fără piurie. Sarcina se găsea între 3 şi 9 luni. S'au servit de Uroselectan B şi de perabrodil. Din studiul făcut, autorii conchid că Urografia descendentă este o metodă lipsită de pericol şi care poate fi executată şi în mod ambulator.

Biblioteca Universitatea "Babeş" Cluj

Imaginile luate la 20 minute după injecţie sunt clare, atât în ceeace priveşte rinichiul cât şi căile excretoare.

Eliminarea substanţei injectate serveşte şi la aprecierea valorii secretorii a rinichiului.

Modificările anatomice şi fiziologice ale aparatului urinar apar dela a 3-a lună a sarcinei. Sunt mai însemnate în ultimele luni.

Mişcările fătului în timpul radiografiei pot da imagini falşe, fiind astfel necesare radiografii de control.

Modificările ce se constată explică frequenţa infecţiilor urinare la femeia gravidă şi durerile uni sau bilaterale în cazurile aseptice.

I. R.

Docent D-r JOVIN, D-r M. MELINTE şi D-r B. MENKES: **O nouă metodă de explorare radiologică: Hepatolienografia.** — Revista Ştiinţelor medicale No. 5/1933, p. 574.

Intre substanţele de constrast cu ajutorul cărora s'ar pune în evidenţă ţesutul hepatic şi splenic thorotrastul dioxidul de thoriu este netoxic şi se pretează hepato-lienografiei. Când se injectează încet (10 minute) se pot evita turburările mici şi trecătoare cu dureri de cap, vărsături, diaree, ameţeli. Indicaţiile clinice ale hepato-lienografiei sunt greu de precizat. Metoda dă relaţii asupra stărei anatomice a parenchimului hepatic şi splenic. Nu se cunosc contra-indicaţiile întrebuinţărei thorotrastului. Cu timpul această metodă se va perfecţiona.

Autorii continuă a face cercetări experimentale asupra întrebuinţării thorotrastului şi recomanda ca pentru moment să se aplice la om injecţia cu thorotrast cu multă rezervă.

Experimental se va putea studia funcţiunea sistemului reticulo-endotelial cu această metodă şi se va putea urmări la animale funcţiunea hepatică şi splenică.

R H.

Terapeutică.

Doctor M. NICOLAU: **Insulina în tratamentul melancoliei.** — Noua revistă medicală No. 12/1933, pag. 21.

După ce a obţinut ameliorări evidente în stări de depresiune organică cu anorexie pronunţată cu tratamentul cu insulină. Autorul comunică cazul unei bolnave cu melancolie, stare caşechtică care în urma injecţiilor zilnice de 15-25 unităţi de insulină timp de o lună se reface fiziceşte şi psihiceşte.

Deci insulina are o valoare reală în melancolie.

R. H.

Prof. D-r G. MARINESCU şi Doc. D-r E. FAÇON: **Tratamentul turburărilor post-encefalitice cu atropina în doze mari.** — România Medicală No. 11/1933.

Pornind dela cercetările lui Roemer care tratează turburările post-encefalitice cu doze mari de atropină, autorii experimentează metoda pe 20 bolnavi cu rezultate din cele mai bune. Se întrebuinţează sulfatul de atropină în soluţie de 0.50% apă distilată, din care o picătură corespunde cantităţii de 1/4 mlgr. atropină.

Se începe administrând de 3 ori pe zi câte o picătură la intervale regulate în cursul zilei. Se creşte zilnic cu două picături până nu se mai observă survenind nici o ameliorare. Se rămâne la această doză câtva timp, apoi se descreşte cu câte două picături zilnic până survin primele semne de recidivă. Doza optimă (de întreţinere) va fi atunci ceva mai ridicată ca această ultimă doză.

Autorii explică acţiunea dozelor mari de atropină la postencefalitici prin modificările ce aduce sistemului vago-simpatic, înlăturând vagotonia; atropina lucrează şi asupra centrilor vegetativi superiori, precum şi asupra cronaxiei influenţând-o favorabil, restabilindu-i valoarea normală.

I R.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. D-r OBREGIA, D-r I. CONSTANTINESCU şi D-r G. BADENSKI: **Asupra întrebuinţării substanţelor vagotrope în demorfinizare.** — România Medicală No. 9/1933.

Autorii observă în desintoxicările morfinomanilor, în perioada dela început mai ales o stare accentuată de vagotonie: puls bradicardic, scăderea tensiunei arteriale, vărsături, scaune frequente, iradiaţii viscerlagice, fenomene cutanate. In special reflexul oculo cardiac puternic pozitiv serveşte autorilor la dovada că desintoxicarea este reală, că bolnavul nu-şi continuă administrarea toxicului simulând doar fenomenele de desintoxicare. Accastă stare de vagotonie şi crizele tardive de vagotonie cari pot surveni după desintoxicare contraindică sevrajul brusc.

Pentru a combate această vagotonie, autorii întrebuinţează atropina şi bellafolina, observând următoarele avantagii: Menţinerea unui tonus normal al sistemului autonom şi de aci scăderea fenomenelor subiective supărătoare, micşorarea medicaţiei adjuvante: tonicardiacele şi soporifice şi posibilitatea alimentării continue a pacientului.

D-r I. R.

D-r FILIP PAUNESCU: **Contribuţiuni experimentale la studiul oxigenului saturat prin vapori de apă ca armă terapeutică la gazaţi.** — România Medicală No. 4/1933.

După ce arată că rezultatele obţinute cu oxigen uscat nu au fost satisfăcătoare, autorul descrie un aparat propriu care permite introducerea de oxigen saturat cu vapori de apă, în tratamentul intoxicaţiilor cu gaze. Descrie apoi experienţa făcută pe câine intoxicat cu oxid de carbon la care introducerea în venă a 60 cmc. de oxigen saturat prin vapori de apă a dat rezultate excelente. Revenirea la normal a câinelui se face după 108 minute. Autorul atrage atenţia asupra avantagiilor acestei metode la intoxicaţii cu mangal.

D-r I. MANLIU: **Succese recente în tratamentul sifilisului congenital.** — Revista de Igienă Socială No. 4/1933.

D-l D-r Maulin face o interesantă recenzie a unei lucrări germane privitoare la tratamentul sifilisului congenital. Lucrarea recensată priveşte 89 cazuri tratate după metoda Spiethoff, pe care recensentul o redă în recensia ce face. Metoda preconizată variază după vârsta copiilor, împărţindu-se în diferite modalităţi: până la 2 ani, dela 2 ani în sus şi în cazurile de insuccese.

In semnalarea acestei recenzii reţinem normele generale de tratament preconizate de lucrarea germană:

1. Tuturor copiilor luetici, chiar fără simptome luetice trebue, pe cât posibil, să li se facă analiza sângelui în primele zile; la rezultat negativ, până la luna VI-a, acest examen trebue repetat la fiecare 4 săptămâni. Apoi, până la 1 an, din 3 în 3 luni.

2. Fiindcă o diagnosticare cât mai timpurie este foarte importantă, se recomandă metoda examinării sângelui cu cele mai fine şi specifice procedee.

3. Deoarece şansele asanării scad cu vârsta, tratamentul trebue să înceapă imediat, la rezultat pozitiv al sângelui şi e de executat sub fromă cronică continuă; el reclamă cel puţin 5 luni.

4. După terminarea curei este necesară o cercetare regulată a reacţiei Wassermann, în primele 6 luni (la 4 săptămâni) apoi până la terminarea anului III, după cură, în intervale de $1/4$ an, apoi de $1/2$—1 an.

5. După un tratament cronic continuu, executat după principiile lui Spiethoff, numai în cazurile excepţionale se manifestă recidive clinice şi serologice.

6. In cazuri în cari, cu toată cura continuă nu se obţine un Wassermann negativ al sângelui, controlul lichidului cefalo-rachidian trebue obligator făcut.

D-r I. Rosenstein.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Theobromosa Dumesnil" în tratamentul afecţiunilor cardio-renale.

Adoptarea unanimă a theobrominei în tratamentul afecţiunilor cardio-renale s'a dovedit, după numeroşi ani de utilizare, ca justificată. Dar au fost destul de numeroase cazurile când acest util medicament nu a putut fi suportat de bolnav. Intr'adevăr, theobromina provoacă la mulţi bolnavi cefalee, excitaţie cerebrală, turburări digestive, cari obligă la suspendarea tratamentului.

Cauza principală a acestei intoleranţe se datoreşte faptului că theobromina trebue administrată în doze mari şi este insolubilă.

Pentru a înlătura aceste inconveniente ale theobrominei şi a face posibilă întrebuinţarea acestui util medicament s'a creiat prin combinarea unei noui substanţe cu theobromina, un preparat nou, **Theobromosa,** care din punct vedere chimic este un **Theobrominat de lithium chimic pur,** o adevărată combinaţie chimică definită şi cristalizată.

Theobrominatul de lithium, în comerţ sub numele de theobromose are proprietăţile de a fi solubilă în apă, lipsită de toxicitate şi tot atât de eficace ca theobromina în doze de 4—5 ori mai mici.

Theobromosa nu provoacă nici cefalee, nici excitaţie cerebrală sau turburări digestive.

Acţionează mai rapid provocând o excreţie abundentă de uree şi chloruri administrată în doze de 4—5 ori mai mici.

In afară de aceste calităţi theobromoza are o acţiune laxativă şi cholagogă.

Toate aceste proprietăţi fac ca theobromosa să fie indicată mai ales în toate cazurile, în cari se urmăreşte o acţiune diuretică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

„Neopancarpina" în tratamentul afecţiunilor neuro-vegetative.

Cercetări numeroase au arătat în ultimii ani importanţa deosebită, pe care o are pneumogastricul asupra sensibilităţii organelor, ce inervează. Relaţia între o turburare a pneumogastricului şi coriza spasmodică, tracheobronşita spasmodică, tusea quintoasă, astmul, puseurile congestive bronchopulmonare cu repetiţie, urticaria, migrene, turburări angio-neurotice (maladia lui Quincke), este actualmente bine stabilită.

Printre medicamentele cu acţiunea remarcabilă asupra pneumogastricului, Vulpian, Claude Bernard, A. Robin, au arătat încă de mult proprietăţile foilor sau rădăcinilor de Jaborandi.

Intrebuinţarea empirică a acestei plante nu a dat însă totdeauna rezultatele urmărite. Pentru a-i utiliza totuşi proprietăţile cu eficacitate dovedită s'a preparat un extras total hidro-alcoolic eterat, titrat exact sub numele de **Neopancarpină.**

Experienţele făcute cu acest preparat au arătat lipsa sa complectă de toxicitate şi au confirmat adaptarea sa perfectă la turburările de sensibilitate ale căilor respiratorii şi digestive.

Astfel fiind neopancarpina poate fi utilizată cu succes în maladiile enumărate mai sus. Lucrările făcute cu acest preparat în diversele maladii arătate au demonstrat că neopancarpina este pentru pneumogastric, ceeace este adrenalina pentru sistemul simpatic.

M. M. R.

III.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — CĂRŢI — MONOGRAFII *)

Doc. D-r S. TZOVARU: **LA MAMELLE SANGLANTE** — Libr. Felix Alcan, Paris, 1933.

Autorul prezintă în 36 pagini, cu 52 precise citate bibliografice în josul lor, o complectă punere la punct a chestiunei „Scurgerei de sânge prin mamelon".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Monografia, compulsând întreaga literatură medicală, începe prin a da toate **denumirile,** sub care este cunoscută Mamela sângerândă.

In Cap. I la **Istoric** trece în revistă „Perioada empirică" începând cu Hypocrate, care socotea fenomenul ca ceva diabolic; — „Perioada clasică", în care marii chirurgi ai Sec. XIX îl socoteau ca revelator de o tumoră malignă a sânului şi „Perioada actuală", în care sângerarea prin mamelon este datorată unui complex de Cause generale (la distanţă) sau locale, a căror natură trebueşte a fi descoperită.

In Cap. II, se tratează **Frequenţa** dupe diferite statistice, **Vârstea** (obişnuit după 40 ani), **Sexul** (excepţional la bărbat), **Etiologia** (hemoragiile sunt datorate la o serie de cauze diverse: a) Unele rare: de origine histerică, înlocuind menstruelele, dupe menopausa naturală sau anticipată, datorate alteraţiunilor locale sau generale ale vaselor, în cursul modificărilor compoziţiei sângelui, la noul născut — hemoragii din grupa aceasta cari au caracterul de a fi rare, se produc la femeile tânere, sunt datorate unei turburări funcţionale a glandei mamare, nu necesită tratament chirurgical; — b) Altele frequente: în cursul mastitelor, precum observaţia personală a autorului despre o mastită cronică fibro-kistică, în tumorile benigne cu sediu intra sau extracanalicular, în cursul cancerului acinos al sânului, în cursul distrofiilor polikistice ale mamelei — hemoragii cari se întâlnesc des, într'o vârstă înaintată, sunt datorate unor leziuni de diverse naturi şi origini ale mamelelor şi cari comportă tratament chirurgical.

---

*) Recensiile se fac în ordinea cronologică a primirii la redacţie a lucrărilor.

In Cap. III se tratează **Mecanismul de producere.**

In Cap. IV la **Aspectul clinic şi diagnosticul etiologic** se descriu caracterele scurgerilor, semnele supraadăogate dupe cazuri, şi se indică câte-va examene clinice suplimentare, între cari: biopsia tumorei, puncţia exploratrice şi transiluminaţia sânului.

In Cap. V se expune **Conduita terapeutică,** cu tratamentul medical, excepţional, rezervat cazurilor rare şi cu cel chirurgical, de obiceiu, în care se merge dela amputaţia parţială şi limitată, prin amputaţia totală până la amputaţia largă.

Lucrarea aceasta, eşită din clinica I a Fac. de Medicină din Bucureşti şi publicată într-o revistă străină de specialitate, prin documentarea amplă şi tratarea originală a chestiunei, cinsteşte pe autor şi literatura medicală românească.

D-r M. Cânciulescu.

* * *

Prof. D-r Gr. POPA: **IGIENA CA FACTOR DE SOLIDARITATE SOCIALA** — Editura Revistei „Insemnări Medicale" Bârlad, 1933.

Este o conferinţă ţinută de profesorul de anatomie dela Iaşi, în ciclul de conferinţe organizat de revista Bârlădeană „Insemnări medicale" de sub conducerea D-lui D-r Plăcinţeanu.

A fost tipărită şi pusă în vânzare de către Epitropia Spit. Beldiman-Bârlad, în scop de a satisface necesităţi locale; dar pentru edificatoarele exemple de progres social culese din apusul îndepărtat până în America, exemple puse în faţa stărilor de fapte dela noi, această conferinţă în care se propune în rând cu celelalte cerinţe ale higienei a se face şi o *higienă a minţei, pentru ca să se prevină morbiditatea spirituală prin corectarea ideilor false,* merită a i se da o răspândire cât mai întinsă.

Socotim această conferinţă ca o adevărată lucrare de concepţie, în care modul de tratare personală de caracter polemistic nu vatămă întru nimic valoarea ei de document social românesc.

Merită a fi menţionate, pentru valoarea lor practică, cerinţa iniţială „a unei minţi sănătoase într'un corp sănătos", caşi recomandaţia finală a *nevoei unei higiene personale înainte de a deveni socială;* — precum şi explicaţia sociologică, ce conferenţiarul o dă confuzici şi neînţelegerii situaţiilor dela noi prin acea că „*Societatea românească este condusă încă de spiritul gregar*", adică românul îşi vede de propriul lui avut, dar nu respectă pe al altora şi nici bunurile obşteşti; pe când alte popoare au evoluat la spiritul social şi sunt în mers spre cel internaţional.

Acestei lucrări de disecţie socială nu-i lipseşte decât capitolul terapeuticei adequate, care de către un anatomist nu ar putea fi socotită decât de ordin chirurgical.

D-r M. C.

B. — PUBLICAŢIUNI MEDICALE

BUCUREŞTI MEDICAL

No. 2—3 | 1933

D-r DEM. EM. PAULIAN: **Psichose anxieuse fébrile, rappelant la confusion mentale et guérie par le serum colibaccilaire de Vincent,** No. 2—3/1933.

D-r M. SCHACHTER: **Etiologia şi patogenia maladiei lui Feer.**

D-r I. BORDEIANU: **Un caz de melanosarcom generalizat.**

D-r E. SCUBERT: **Contribuţie la tratamentul constipaţiei.**

D-r AUREL AVRAMOVICI: **Noua lege a asigurărilor sociale. Libera alegere a medicului a căzut.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

BULETINUL MEDICO-TERAPEUTIC

No. 3—4, 5 | 1933

D-r DEM. PAULIAN: **Sur un cas de Sclérose en plaques à évolution rapide. Les connexions possibles avec les encéphalomyélites disséminées,** No. 3—4/1933.

D-r D. SIMICI: **Digestia bucală şi deglutiţia.**

D-r TANASESCU D.: **Crenoterapia internă** (injecţiuni cu apă minerală la Băile Herculane). — Continuare şi sfârşit.

D-r OD. APOSTOL: **Sindromul naupatic. — Kinetozele: Hidronaupatic, Aeronaupatic şi Oropatic.** — Continuare.

D-r D. PAULIAN, Docent D-r I. BISTRICEANU şi D-r C. ARICESCU: **Tumeur protuberantielle et traumatisme cranien,** No. 5/1933.

D-r DUMITRESCU-MANTE: **Oedemul pulmonar acut.** — Studiu clinico-terapeutic.

D-r DIMITRIE SIMICI: **Digestia bucală şi deglutiţia.** — Continuare.

D-r OD. APOSTOL: **Sindromul naupatic.** — Continuare şi sfârşit.

* * *

CLUJUL MEDICAL

No. 2, 3, 4, 5, 6 | 1933

GH. POPOVICIU: **Prof. I. I. Nițescu,** No. 2/1933.

GH. POPOVICIU: **Cunoștințe noi asupra vitaminei D și asupra efectului demineralizant al cerealelor.**

Doc. D-r I. GAVRILĂ și E. ERNSTER: **Acizii organici urinari în bolile infecțioase.**

Doc. D-r TRAIAN POPOVICIU, D-r DUMITRU CĂPRIOARĂ și D-r GEORGE PURJE: **Considerațiuni asupra stării intersexuale viriloide.**

Conf. D-r DORIN DUMITRESCU și D-r ACHIL DIMITRIU: **Simpatectomia periarterială în tratamentul ulcerațiunilor cronice ale bonturilor de amputație.**

GH. POPOVICIU și A. POPESCU: **Despre rolul protector antiinfecțios al vitaminei antirachitice.**

Doc. D-r ION VOICU și I. PETRESCU: **Considerațiuni asupra funcțiunei veziculelor seminale (glande seminale) cu date personale.**

GH. POPOVICIU, GR. BENETATO și N. MUNTEANU: **Iperventilația voluntară, metodă de cercetări fiziologice-clinice.**

GH. POPOVICIU și N. NICOLAE: **Contribuțiuni la studiul depistării și biochimei tuberculozei la copiii mici și de sân,** No. 3/1933.

Doc. D-r POPOVICI TR. și D-r CĂPRIOARĂ D.: **Importanța drenajului Mikulicz în chirurgia ginecologică.**

D-r G. PREDA: **Câteva considerațiuni asupra radiațiunilor corpului omenesc și utilizarea lor în practica medicală.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r P. CIRLEA: **Contribuțiuni la contagiozitatea zonei.**

D-r T. SCHULZ: **Un caz de reinfecție sifilitică.**

D-r G. NAȘCU: **Un caz de inversiune uterină după avort; Isterectomie pe cale vaginală.** Vindecare.

D-r FILIP HOROVITZ: **Polinevrita apiolică.**

D-r AL. LENGHEL: **Date nouă pentru istoria variolei, varioiizării și vaccinării în Ardeal.**

Doc. D-r CONST. STANCA: **Considerațiuni clinice și statistice asupra anexotomiilor executate în anii 1929—31.**

Doc. D-r PETRE VANCEA: **Literatura oftalmologică Clujană din cursul anului 1932.**

Prof. D-r E. ȚEPOSU și Asistent D-r I. DANICICO: **Tuberculoza renală** No. 4/1933.

D-r LAZĂR ISAICU: **Un cocobacil care dă cheratită la epuri și cobai.**

D-r I. DANIEL: **Considerațiuni clinice asupra corpurilor streine în rect în legătură cu un caz.**

D-r EMIL FORNA: **Contribuțiuni la studiul toxidermiilor.**

D-r O. APOSTOL: **Gazele de luptă privite din punctul de vedere medical.**

D-r G. NAȘCU: **Ruptura diafragmului prin pneumoperitoneu într'un caz de ulcer perforat al stomacului; moarte subită prin asfixie.**

Prof. G. PAMFIL: **Contribuțiuni la mărirea preciziunii și la simplificarea operațiunilor în analiza generală a cationilor,** No. 5/1933.

Prof. D-r I. GOIA, D-r G. BENETATO şi D-r M. SIRETEANU: **Consideraţiuni asupra alkaptonuriei în legătură cu un caz.**

Prof. D-r D. MICHAIL: **Osificarea cristalinului.**

Prof. D-r E. ŢEPOSU şi Asistent D-r I. DANICICO: **Tuberculoza renală.** — Continuare.

D-r GHIDRAI LIVIU: **Experimentările mele cu un nou analgetic Veropyron.**

D-r NICOLAE COTOI: **Un caz de intoxicaţie acută cu Cloralhydrat.**

D-r REMUS I. DOCTOR şi D-r ION RADU: **Papilomul laringean.**

Prof. D-r I. GOIA: **Un phonendoscop electric construit la noi în ţară.**

MIRCEA HALIŢA: **Explorarea funcţională a ficatului cu coz-bengal,** No. 6/1933.

Doc. D-r L. POP: **Despre eficacitatea razelor X, în tumorile maligne ale prostatei în legătură cu un caz de sarcom prostatic vindecat durabil prin radioterapie.**

D-r OVIDIU PECURARIU: **Iodul în hipertiroidism.**

D-r M. SIRETEANU: **Pneumo-peritoneul spontan şi aseptic.**

D-r V. VASILCA: **Consideraţiuni clinice asupra perforaţiunilor intestinale tifice în legătură cu un caz operat şi vindecat.**

D-r MAREŞ CAHANA şi D-r VIRGIL VASILCA: **Asupr unui caz de hemiplegie şi afazie de origine difterică.**

D-r N. SOLONENCO: **Problema copilului la sate.**

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

GYNECOLOGIE ŞI OBSTETRICA

No. 5—6, 7—8 | 1933

C. DANIEL şi AL. ŞOIMARU: **Puncţiunea vaginală exploratrice,** No. 5—6/1933.

GR. LAZARESCU şi PLATAREANU: **Perforaţie uterină prin chorioepiteliom. Inundaţie peritoneală consecutivă.**

CONST. STANCA: **Consideraţiuni statistice asupra hysterectomiilor totale simple şi hysterectomiilor totale lărgite pe anii 1929—1931.**

C. DANIEL, I. FLORIAN şi AL. ŞOIMARU: **Asupra accidentelor de cloropenie şi azotemie post-operatorie,** No. 7—8/1933.

C. ANGELESCU, GH. BUZOIANU şi D. CARAMZULESCU: **Rachianestezia cu pantocaină.**

* * *

NOUA REVISTA MEDICALA

No. 10, 11, 12 | 1933

Prof. D-r PETRE NICULESCU et D-r BANU: **Documentation sur la pathogènie de la colique hépatique,** No. 10/1933.

A. BANCIU: **Traitement spécifique du chancre mou et de ses complications.**

AL. COSTINIU senior et STEFAN POPIAN: **Recherches expérimen-**

tales sur la transmission de l'ozène de l'homme à l'animal.

D-r C. STANCA: **Noui contribuţiuni la reflexul viscerosensitiv în maladiile ginecologice.**

D-r M. SCHACHTER-NANCY: **Medicii şi medicina la popoarele primitive.**

D-r C. I. PARHON et D-r H. VASILESCO: **Sur un cas d'infantilisme de nature hypophysaire,** No. 11/1933.

D-r M. SCHACHTER: **Problema regimului de fructe în tratamentul diareelor infantile.**

Prof. C. LIAN şi E. SIGURET: **Nefrite scarlatinoase la copil (aspecte clinice şi pronostic).**

D-r S. ARON: **Secreţiunile faringiene.**

D-r AL. OBREGIA, D-r I. CONSTANTINESCU: **Etilo-genza Ciclofreniei,** No. 12/1933.

D-r L. STROMINGER: **Quelques mots sur l'utilité et le danger du massage de la prostate.**

PIERRE LEJUMEAU: **Tratamentul heredo-sifilisului la noul născut.**

D-r M. NICOLAU, D-r A. PĂUN: **Insulina în tratamentul melancoliei.**

Prof. D-r S. LALU: **Hommage au Prof. Boivin.**

* * *

REVISTA ŞTIINŢELOR MEDICALE

No. 2, 3 şi 5 | 1933

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r DUMITRESCU-MANTE, D-r D. HAGIESCU şi D-r V. MUNTEANU: **Studiu asupra capacităţii vitale în pleureziile sero-fibrinoase. Terapeutica respiratorie,** No. 2/1933.

D-r ALFRED D. RUSESCU şi D-r I. CIUPAGEA: **Examenul radiologic al apendicelui (metoda Czepa) la copii.**

Prof. D-r E. ŢEPOSU, D-r I. DANICICO şi D-r ST. JIANU: **Urografia intravenoasă în tuberculoza renală.**

D-r V. V. PĂTRĂŞCANU: **Cinci cazuri de tetanos vindecate.**

D-r C. Z. PETRESCU: **Cine a fost Doctorul Depalte.**

D-r D. HAGIESCU şi D-r GH. NEGRESCU: **Cholesterol şi tuberculoză,** No. 3/1933.

Prof. D-r OBREGIA, D-r I. CONSTANTINESCU şi D-r BADENSKI: **Paranoia şi menopauza.**

D-r C. POPESCU şi D-r G. PANAITESCU: **Asupra unui caz de erisipel ambulant al tegumentelor şi al mucoasei intestinale simulând o dezinterie, tratat şi vindecat prin ser antistreptococic polyvalent Cantacuzino.**

Prof. D-r E. ŢEPOSU şi D-r I. DANICICO: **Pielografie ascendentă în tuberculoza renală.**

D-r G. Calalb: **Epidemia de disenterie din cursul anului 1932.**

D-r M. SCHACHTER şi D-na SCHACHTER: **Un nou hormon pancreatic: Vagotonina.**

D-r B. ROSENKRANZ: **Ph-ul intern celular. Variaţiuni şi metode de măsură.**

D-na D-r NICOLAU: **Glaucom şi cataractă juvenilă la o bolnavă cu malformaţiuni congenitale cardio-vasculare multiple: persistenţa canalului arterial şi aplazia ambelor carotide şi sub-claviculare,** No. 5/1933.

D-r JOVIN, D-r M. MELINTE şi D-r B. MENKES: **O nouă metodă de explorare radiologică: hepato-lienografia.**

Agregat I. MARIAN: **Sifilis osos hereditar.**

D-r RIPSINE PAPAZIAN: **Câteva consideraţiuni asupra metabolismului apei în stare normală şi patologică.**

D-r GRI. GRI. IAMANDI şi D-r V. DOBROVICI: **Iconografia helminţilor din România. IV. Trichinella spiralis Owen-Pageot 1835.**

* * *

REVUE MÉDICALE ROUMAINE

No. 5 şi 6 | 1933

PADEANO (G.): **La Mythomanie et la valeur des temoignages en justice,** No. 5/1933.

MARIA BRIESE: **Le système neuro-végétatif en pathologie nerveuse (Suite).**

MARIE BRIESE: **Le systeme neuro-végétatif en pathologie nerveuse. (Suite en Fin),** No. 6/1933.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

REVISTA DE CHIRURGIE

No. 11—12 | 1932 şi 1-2, 5—6 | 1933

DARIUS CUPER: **Rezultatele tratamentului nesângerând al luxaţiei congenitale a şoldului** (cu 54 figuri), No. 11—12/1932.

VINTILA MAX-POPOVICI: **Inervaţia muşchiului drept mare şi inciziunile peretelui abdominal. Intersecţiile aponevrotice,** No. 1—2/1933.

I. SIMIONESCU: **Consideraţiuni asupra contuziunilor grave şi plăgilor penetrante abdominale,** No. 5—6/1933.

* * *

REVISTA DE IGIENA SOCIALA

No. 3, 4, 5 şi 6 | 1933

MIHAIL ZOLOG: **Sora de ocrotire,** No. 3/1933.

I. CIOCARLAN: **Mişcarea populaţie în România pe anul 1929.**

HILDA DRĂGAN: **Studii psihologice şi psihanalitice asupra copiilor de vârstă preşcolară din asiluri.**

GH. ATANASIU-Timişoara: **Asistenţa socială şi colaborarea ei cu şcoala.**

D. A. OLARU: **Problema laptelui.**

GH. MIHOC: **Tendinţele internaţionale ale asigurărilor sociale.**

NIC. COTOI: **Activitatea sanitară din oraşul Şimleul-Silvaniei pe anul 1932.**

SILVESTRU STRUGARIU: **Câteva cazuri de dizenterie tratate cu ser antidizenterie „D-r I. Cantacuzino" la Spitalul din Suceava.**

G. BANU: **Şomajul intelectual,** No. 4/1933.

E. RĂSMERIŢĂ: **Oxicarbonismul profesional.**

C. C. GHEORGHIU: **Demofilia şi eugenia ca principii divergente în doctrina populaţiei.**

M. ZOLOG: **Sora de ocrotire.** (Continuare).

I. MANLIU: **Succese recente în tratamentul sifilisului congenital.**

G. BANU: **Securitatea în muncă,** No. 5/1933.

P. VRANCEANU, D. BENDERSCHI, M. LANDE şi C. MORITZ: **O epidemie de dezinterie în judeţul Cernăuţi.**

I. NEMOIANU şi R. MIOC: **Contribuţiuni noi la problema copiilor în Banat.**

M. ENESCU: **Consideraţiuni asupra situaţiei sanitare a judeţului Roman pe anul 1932.**

C. BRĂTESCU: **Metode pentru prevenirea accidentelor şi rezultatele lor.**

M. NASTA, A. TOCILESCU şi C. BĂCANU: **Trei ani de colapsoterapie ambulatoare,** No. 6/1933.

V. VOINOVIC: **Combaterea ospitalismului în secţiile de sugari.**

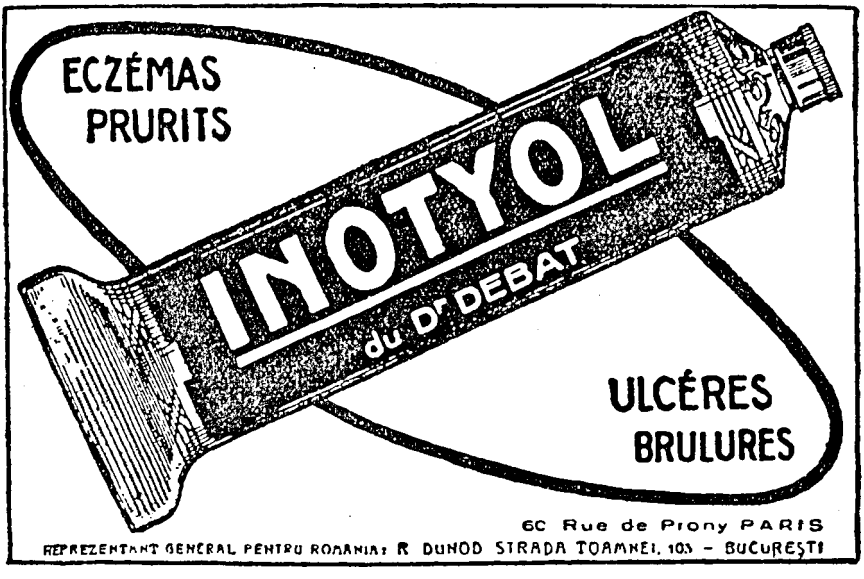
E. ZAPOROJAN: **Tuberculoza la şcolari în satul Şapte-Bani, judeţul Bălţi.**

* * * **Activitatea institutului de orientare profesională U. E. R.**

I. CIOCÂRLAN: **Relaţiile dintre alcoolism şi tuberculoză.**

GH. SGLIMBEA: **Norme noui de organizare obstetricală în Ungaria.**

I. ŢIGĂU: **Activitatea dispensarului de sugari din Câmpina.**



C.— SOCIETĂŢI MEDICALE ŞTIINŢIFICE

BULETINUL SOC. ŞTIINŢELOR MEDICALE din Oradea

Şedinţa dela 22 Octombrie 1932.

Dr. RUŞDEA N.: **Consideraţiuni asupra unui caz de confuzie mintală, consecutivă înţepăturilor de muscă columbacă.**

E vorba de o fată de 18 ani, din judeţul Bihor, internată în spitalul de alienaţi din Oradea, cu turburări mintale, care îşi au originea în înţepăturile multiple suferite în luna Maiu de o muscă ce s'a dovedit a fi musca columbacă. Din declaraţiile fetei rezultă că pe când era cu vitele la păşune a venit un roiu de musculiţe cari s-au aşezat pe ea. Până să-şi apere faţa ele au înţepat-o la picioare, cari erau goale, şi ar fi numărat vre-o 80 de înţepături, din cari curgea sânge. Spre seara aceleiaş zile a observat că i se edemaţiază gambele, avea cefalee, febră şi ameţeli, fenomene cari s-au continuat şi în zilele următoare. La acestea s-a mai adăogat, a doua zi, un delir care a persistat multă vreme. Intrată în spital la 4 zile după înţepături, prezenta un puls uşor accelerat, temperatura 38^7, conjunctivele uşor injectate şi uşoară fotofobie. Pupilele rotunde, cu reacţiile păstrate, fundul ochilor prezenta uşoară congestie a papilelor (examinată de Dr. Glăvan). Reflexele şi sensibilitatea normale, tremurături, mai ales în membrele superioare şi astenie puternică. Examenul sângelui cu aspect citologic normal, Wassermann în sânge negativ, iar în urină se găseau fosfaţi mulţi. Are dureri mari în regiunea fronto-orbitară. Prezenta o stare de torpoare şi o lâncezeală mintală exagerată, în cât abia răspundea la întrebările puse.

Insomnia persistă, cu toate hipnoticile administrate, iar la câteva zile în urmă se arată un delir onoric, cu caracter profesional, căruia i se adaogă halucinaţii vizuale şi auditive, cu colorit terifiant.

Toate fenomenele acestea au durat 12—14 zile, după care a rămas cu uşoară amnezie, astenie puternică şi cefalee. Simptomele nevritice, apărute la începutul convalescenţei, persistă şi azi şi sunt localizate mai ales la membrele inferioare, fenomene datorite leziunilor toxice ale nervilor periferici.

Confuzia mintală fiind un sindrom produs de diferite toxi-infecţiuni, cari lucrează direct, prin prezenţa microbilor, asupra substanţei cerebrale,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

în cazul de faţă ne gândim la toxina inoculată prin înţepătura muştei columbace, a cărei prezenţă a fost confirmată în satul fetei.

Cu această ocazie conferenţiarul face o amplă expunere asupra muştei columbace şi accidentelor pe cari le produce la om, citate de autorii cari s-au ocupat de ea, şi în special de cei români şi sârbi. Nu cunoaşte, din literatură până azi, un alt caz de confuzie mintală la om, produsă de musca columbacă.

Dr. BRATU VALER: a) **Tratamentul avorturilor incomplecte în Institutul obstetric din Oradea, în timpul dela 1922—1932.**

La avorturile infectate, tratate activ, au fost: 72,45% cazuri vindecate, 15,31% ameliorate, 5,53% complicaţii, 1,31% cazuri letale.

Făcând comparaţia statisticei Institutului obstetric din Oradea şi altele din spitalele streine, autorul susţine că rezultatele Institutului în care lucrează sunt cu mult superioare celor streine.

La avorturile aseptice, cu hemoragii, unde s-a făcut terminarea digital, a avut următoarele rezultate: vindecate 96,22%, ameliorate 2,88%, sucombate 0,88%, iar la acelaş fel de avorturi, la care terminarea s-a făcut prin raclaj, rezultatul a fost: vindecate 90%, ameliorate 6,66%. Susţine că în toate cazurile de avorturi incomplecte, fie că au temperatură sau nu, dacă orificiul este deschis cel puţin de un deget, şi nu este sensibilitate pronunţată la uter, sau anexe, să se facă terminarea digitală. La cazurile cu orificiul închis să se deştepte şi dacă orificiul se deschide, să se facă terminarea digitală, dacă rămâne închis, după o săptămână de afebrilitate, să se facă raclaj. In cazul că intervine o hemoragie, să se facă intervenţie imediat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

b) **Asupra unui caz de anencefalie.**

Bolnava G. B. de 29 de ani, a avut 3 naşteri normale şi nici un avort. Mişcările fătului le-a simţit la 5 luni, dar mult mai slabe ca în alte sarcini. In luna cincia a suferit de pneumonie şi a fost tratată în spital.

Durerile de facere au început cu 6 zile mai înainte de a intra în spital, iar lichidul s-a scurs la domiciliu, cu 2 ore mai înainte. Naşterea a decurs normal, expulzând un făt cu o largă fisură cranio-rachidiană (porţiunea cervicală), cu o distrugere complectă şi lipsa elementelor cerebrale şi medulare, până la regiunea dorsală. Această malformaţiune fiind atribuită de cei mai mulţi autori unei meningite în luna 3—6 în viaţa intrauterină, autorul presupune că şi în cazul de faţă a fost o meningită datorită pneumococului, în timpul pneumoniei mamei.

Dr. GĂLDĂU D.: **Cancere primitive ale pulmonilor, diagnosticate prin Roentgen.**

Prezintă 2 cazuri de tumori primitive ale pulmonilor (probabil ambele cancere). Simptomele clinice erau în ambele cazuri, subfebrilitate, dureri mari, lipsa bacilului Koch, cachexie, hemoptizii repetate, metastaze, într'un caz, începutul boalei la o vârstă înaintată.

Susţine că radiologul nu poate stabili singur diagnosticul, ci are nevoe de colaborarea internistului. Accentuiază că ambele cazuri au nevoe de confirmarea anatomo-patologică, cu toate că, atât din punct de vedere clinic, cât şi radiologic, prezentau simptome suficiente pentru a susţine diagnosticul de cancere primitive ale pulmonilor.

Discuţii: La cazul Doctorului Ruşdea: **Dr. Munteanu** complectează datele referitoare la desvoltarea columbacei, arătând că face parte dintr'o familie răspândită pe te tot globul şi cu deosebire în Europa centrală.

Dr. Matei I. crede că accidentele ivite la om, în Ardeal şi Banat, (mai ales în Bihor şi Arad) s-ar datori faptului că populaţia de aci nu cunoaşte această muscă, ce apare sporadic şi nu ştie să se apere de ea ca cei cari o cunosc bine.

D-rii Ionescu Mircea şi Glăvan complectează cu date personale asupra accidentelor observate la om.

La cazurile D-rului Bratu: **Dr. Buchstein** arată că în secţia ginecologică a spitalului din Oradea s-au tratat în 8 ani 200 de avorturi. Evacuarea uterină s-a făcut cu instrumente, atât la bolnave febrile, cât şi la cele nefebrile. In toate cazurile intervenţia a dat rezultate atât de mulţumitoare în cât crede că cea instrumentală este singura indicată.

Dr. Costa R. In timpul din urmă toţi autorii sunt de acord că trebue să se renunţe la terminarea avorturilor digital şi cu deosebire şcoala germană se ridică în contra acestui procedeu. Statisticele cele mai autorizate arată că mortalitatea, în inertvenţiile cu instrumente ar fi de 1%, pe când în cele digitale ar fi de 2—3%. Criteriul intervenţiei cu chiureta este hemoragia mare şi febra datorită infecţiilor uterine. Dacă avem un mic indiciu că motivul febrei este afară din uter (ovar, ligamente, etc.) nu vom interveni, ci vom face tratamentul conservativ.

Dr. Crişan Al. relativ la cazul de anencefalie crede că aceste anomalii ar fi datorite felului defectos de inserţie al ovulului şi stărilor patologice ale mucoasei uterine.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La cazurile D-rului Găldău: **Dr. German** arată foloasele pe care le poate aduce azi bronchoscopia, în elucidarea diagnosticului de cancer pulmonar. Folosul acestui procedeu este mai mare de cât al radiografiei.

Dr. Pop Alexandru spune că într'unul din cazuri, pe care l-a văzut simptomele clinice pledau toate pentru un cancer al pulmonilor.

Dr. Glăvan aminteşte un caz personal de cancer primitiv al pulmonilor, ale cărui simptome clinice îmbrăcau o formă foarte diferită de cele clasice. Arată cât de greu se poate face un asemenea diagnostic, chiar când ai multe din simptomele clasice, fiindcă forma lor variată te poate înşela.

Şedinţa de la 5 Noembrie 1932.

Dr. GLĂVAN I.: **Rezultatele terapeutice obţinute cu „Ergam" în glaucomul primitiv.**

Observaţii şi experimentări numeroase au arătat legăturile strânse între simpatic şi tensiunea oculară. S-a dovedit, în mod precis, că ori de câte ori se excită simpaticul, se urcă tensiunea oculară, iar paralizia lui produce o scădere a tensiunei.

Introducerea în terapeutică a ergotaminei (adevăratul principiu activ al secarei cornute) a fost un pas destul de înaintat în domeniul atât de spinos al terapeuticei glaucomului. După cercetările lui **Thiel** ergotamina ar fi cel mai bun agent terapeutic al glaucomului. Normalizarea oftalmotonusului, în glaucomul susceptibil de compensaţie, s-ar face printr'o micşorare a permeabilităţii parietale a vaselor coroidiene şi o hiposecreţie a corpului ciliar, datorite paraliziei simpaticului cu ajutorul ergotaminei.

Cercetări personale făcute în Clinica oftalmologică din Cluj pe când eram asistent al ei, şi publicate în „Revista Ştiinţelor Medicale" din Octombrie 1928) cu tartratul de ergotamină pus în comerţ de casa „Sandoz" sub numele de „Ginergen" mi-au arătat că entuziasmul cu care a fost primită introducerea ergotaminei în terapeutică oculară a glaucomatoşilor a fost justificat.

Reluând cercetările terapeutice în serviciul nostru, de data aceasta cu preparatul „Ergam", pus în comerţ de casa Gedeon Richter, care este tot un tartrat de ergotamină, rezultatele obţinute au fost satisfăcătoare. Am administrat acest preparat sub formă de injecţii, de picături şi de pastile, în toate formele de glaucom primitiv. Nu l-am administrat niciodată în glaucomul secundar.

Am administrat ergamul singur, asociat cu pilocarpină şi eserină, s-au asociat cu ginergan, în cât am putut urmări evoluţia tensiunei oculară comparativ, cu toate aceste preparate. Concluziile la care am ajuns, experimentând acest preparat, sunt următoarele:

1) In glaucomul cronic simplu, unde pereţii vasculari sunt încă susceptibili de modificări, ergamul micşorează tensiunea oculară şi o menţine scăzută. Asociat cu pilocarpină şi eserină influenţa tuturor acestor medicamente este mai mare, producând o scădere a tensiunei mai repede, de cât ar acţiona numai cele două miotice amintite.

2) In glaucomul absolut tensiunea oculară a fost micşorată uneori, dar cu puţin şi de scurtă durată. Au fost cazuri când ergamul n-a avut nici o influenţă asupra tensiunei oculare, după cum nici eserina şi pilocarpina n-o influenţaseră nici ele. S-au obţinut scăderi ale tensiunei oculare (fără s-o putem normaliza însă) cu ajutorul organismului asociat cu pilocarpină şi eserină, ceeace nu putusem obţine cu pilocarpină şi eserină numai.

3) In glaucomul inflamator cronic ergamul n-a avut de cât o influenţă prea mică asupra tensiunei, dar a influenţat favorabil celelalte fenomene inflamatorii. In această formă a glaucomului, administrându-l înainte şi ulterior ginergenului, am obţinut efecte identice cu ale acestuia. Nu s-au observat modificări pupilare, de cât într'un singur caz.

Conferenţiarul a susţinut cele expuse prezentând o serie de curbe tonometrice demonstrative.

Dr. POP VIRGIL: **Asupra unui caz de ruptură a ficatului.**

Bolnavul, un copil de 9 ani, a suferit la 20 Octombrie 1932, un traumatism abdominal (a trecut o căruţă peste abdomen). Este adus în ziua următoare la spital într-o stare alarmantă, prezentând abdomenul balonat, foarte sensibil la palpat, pe tot întinsul lui, pulsul frequent, mic şi filiform, faţa anemiată, buzele cianotice, temperatura 37,2.

Presupunând o ruptură a unui organ abdominal, cu o hemoragie internă, s-a executat o intervenţie de urgenţă. La laparotomie s-a constatat: abdomenul plin cu sânge, iar pe faţa convexă a ficatului se constată o ruptură, de 5 cm. lungă şi cam 1 cm. adâncă. S-a făcut tamponarea plăgii cu meşi îmbibate cu clauden, iar din cavitatea abdominală s-a evacuat cam 1000 grame de sânge. Celelalte organe abdominale sunt normale. La 3 zile după operaţie bolnavul face o pneumonie, localizată la lobul inferior drept, cu temperatură ridicată şi cu întreg cortegiul de simptome, care evoluează normal şi se vindecă după 10 zile. Cazul este important atât prin ruptura mare de ficat, cât şi prin marea cantitate de sânge pierdut.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r GERMAN VICTOR: a) **Spondilită precoce.**

E vorba de un băiat de 17 ani, calfă într'un magazin. In primăvara anului 1917 era nevoit adese ori să ridice greutăţi mari în spate. De atunci are mari dureri în regiunea sacro-lombară, mai ales dimineaţa când se scoală, în special de partea dreaptă. Clinicește se constată o lordoză lombară redusă, coloana mai rigidă, sensibilitatea vag dispersată în zona lombară. Pe radiografie corpii vertebrali nu prezintă modificări. Se constată însă niște arcuri, cari leagă alternativ părţile laterale ale corpilor vertebrali, ca niște agrafe, şi anume: la dreapta vertebrele II—III şi IV—V, iar la stânga vertebrele III—IV. Se observă deci semne sigure de spondilită, care înaintează în cele 8 luni, de când este în observaţie, fără a putea preciza etiologic o cauză, în afară de bănuiala unei legături cauzale cu efortul.

b) **Radioterapia astmului bronşial.**

Face o dare de seamă asupra 7 cazuri de astm bronşial, tratate cu roentgen. In toate cazurile se observă o ameliorare netă. Bolnavii, în mare parte intelectuali, se simt într'o stare generală foarte bună, pe care n-o cunoscuseră până aci.

Metoda de tratament: 4 câmpuri pulmonare mari şi unul pe splină, lateral. In caz de nevoe, când rezultatul nu este mulţumitor, se poate aplica un câmp deschis pe ficat. Filtru I m. m. zinc. Interval între şedinţa 1—3 zile. Doza 30—35% HED.

In toate cazurile se impune repetarea seriei complecte după 6—8 săptămâni. Se impune ca acest tratament să fie cât mai mult utilizat fiind un mijloc sigur de vindecare, cu condiţia să fie cât mai precoce aplicat.

DISCUŢII. — La cazul Dr. Pop Virgil: Dr. **Găldău D.** spune că în răsboi a avut un caz în care ficatul era herniat cam jumătate în plagă. L-a redus cât a fost posibil, iar restul a fost rezecat şi plaga cusută. Bolnavul a scăpat.

Dr. **Pop Alexandru** remarcă faptul că copilul este mic şi el suportă mai greu laparatomiile. Pe lângă aceasta rezecţiile de ficat sunt periculoase la copii, dar în cazul de faţă bolnavul a suportat-o bine.

Doctorii **Ionescu Mircea, Costa, Munteanu,** discută marea pierdere de sânge a acestui bolnav şi întru cât contribue marile pierderi de sânge la sfârşitul letal al bolnavilor.

La cazurile Dr. German: **Dr. Costa** crede că tratamentul radioterapic poate avea şi un efect sugestiv la bolnavii de astm, ştiindu-se că astmul este produs de cele mai multe ori la persoane nervoase.

Dr. Găldău e de părerea conferenţiarului că medici recurg prea rare ori la acest agent terapeutic foarte eficace.

Sedinţa de la 19 Noembrie 1932.

Dr. BRATU V.: a) **Tratamentul avorturilor incomplecte prin terminarea digitală.**

Metoda prin terminarea digitală tinde să preocupe pe cei mai de seamă obstetricieni. Pentru a demonstra cele afirmate, citează părerile câtorva dintre cei mai de seamă autori, a căror reputaţie e mondială.

1) Heynemann e de părere că la avorturile afebrile să se facă terminarea digitală, la cele febrile să se practice raclajul.

2) Vinter recomandă terminarea ditală la toate avorturile, până în

luna IV, cu orificiul deschis, raclajul fiind una dintre metodele cele mai periculoase.

Dóderlein de asemenea preferă terminarea digitală, pentru că astfel îşi dă seama mai uşor dacă a mai rămas ceva în uter, ceeace nu putem şti cu cureta. Din punct de vedere practic metode este mult mai uşoară şi mai simplă.

4) Bindeau nu întrebuinţează cureta de cât în cazurile de avorturi sub 2 luni, la cele mai mari şi unde orificiul este deschis intervine cu cureta.

Conferenţiarul recomandă metoda fiind mai uşoară şi mai simplă, în practică putând-o face oricare medic practician, fără a se expune la perforarea uterului.

b) **Asupra unui caz de hidrocefalie.**

Bolnava, în vârstă de 30 ani, intră în institutul obstetric la 20. IX. gravidă la termen. In antecedentele sale personale şi colaterale nimic deosebit. A avut o naştere cu un an mai înainte şi un avort.

Durerile au început cu 3 zile mai înainte şi tot atunci s-a scurs şi lichidul. Abdomenul este destins, peretele abdominal contractat. Bătăile cordului fetului nu se precepeau. La examenul intern se constată în vagin o membrană foarte destinsă, regulată. Făcând diagnosticul de hidrocefalie, s-a perforat cu ajutorul indexului membrana şi s-a scurs un lichid clar ca de 4 kilograme. Fătul nu prezenta nici o anomalie, cum prezintă de obiceiu aceste cazuri de cât o îngroşare exagerată a cordonului ombilical. Ca frequenţă aceste cazuri sunt 1 la 4000 de naşteri.

Se crede că originea acestor anomalii ar fi obstruarea parcursului lichidului cefalorachidian, sau inflamaţia plexului coroid.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intre anomaliile ce întovărăşesc această afecţiune cităm buza de epure, piciorul strâmb, spina bifida.

Dr. GHITEA IOSIF: **Cauzele de degenerare a rasei umane.**

Conferenţiarul face o expunere a tuturor cauzelor mari, asupra cărora nu mai este nici un dubiu că contribue la degenerarea rasei umane. Intre acestea citează alcolismul, sifilisul şi reproducerea după voe, fără să-i pună nimeni nici o stavilă, a demenţilor.

Arată contribuţia destul de mare în degenerarea rasei a boalelor venerice şi câştigul pe care l-ar avea, sub acest raport, poporul care ar lua cele mai eficace măsuri pentru stavilirea lor.

DISCUŢII. — La cazul al doilea al Doctorului Bratu: **Dr. Buchstein** arată inconvenientele pe care le are terminaţia digitală a avortului, între cari cel mai de seamă este că mâna medicului nu se poate desinfecta aşa de bine ca instrumentele. In mediul rural această practică poate avea marele inconvenient că medicul, care aplică această metodă la un avort infectat, poate fi chemat imediat la o naştere şi astfel ar putea provoca o infecţie, neputând să refuze intervenţia a doua.

Dr. Ghitea spune că în mediul rural a aplicat ambele metode, dar este de părere că ar fi mai bine să se întrebuinţeze numai curetajul.

Mai iau cuvântul D-rii **Spoială, Glăvan, Găldău,** aducând preţioase lămuriri ale acestei probleme.

D-r I. Glăvan.

* * *

BULETINUL SOC ROMÂNE DE OTO-RINO-LARINGOLOGIE

din București

Ședința din 13 Octombrie 1931.

D-r RACOVEANU: **Corp străin rar (frunză în esofagul unui copil de 16 luni).**

Ședința din 10 Noembr. 1931.

D-r RACOVEANU: 1) **Calculul nasal de mărime neobișnuită.** 2) **Un caz de mucocel etmoidal operat.**

D-r COSTINIU: **Un caz de meningită otică pe teren diabetic.**

Ședința din 8 Dec. 1931.

D-r RACOVEANU: **Corp străin voluminos extras din esofag.**

D-ri ȚEȚU și BORȘ: **Celulită temporo-zygomatică consecutivă otitei supurate.**

D-ri ȚEȚU și BORȘ: **Tumoră laringiană subglotică tracheotomie de urgentă. Emfizem subcutanat și mediastinal.** Moarte.

Ședința din 12 Ian. 1932.

D-ri ȚEȚU: **Otita la diabetici.**

D-r COSTINIU-Junior: **Tumoră în regiunea palato amigdaliană stângă.**

D-ri ȚEȚU și BORȘ: **Otomastoidită-Labirintită, Paralizie facială, Meningită.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-ri ȚEȚU și BORȘ: **Fibrosarcom nasofaringian cu prelungire intracraniană.**

Ședința din 9 Febr. 1932.

D-r COSTINIU: **Erisipel primitiv al laringelui.**

D-r MAYERSOHN: **Erisipel primitiv al faringelui.**

D-ri BRĂTESCU și RACOVEANU: **Otomastoidită stângă cu reacțiune meningee și tromboflebita sinusului lateral, operat.** Vindecat.

D-ri BRĂTESCU și RACOVEANU: **Otită medie supurată dreaptă cronică. Labirintită acută gravă. Evidare petro-mastoidiană.** Vindecare.

Ședința din 15 Martie 1932.

D-ri ȚEȚU și BORȘ: **Glosită supurată. Drenaj.** Vindecare.

D-r MAYERSOHN: **Un caz de acrobație linguală.**

D-r RACOVEANU: **Un caz rar de stenoză hipofaringiană.**

D-r COSTINIU: **Flegmon difuz al pielei capului consecutiv unei otite supurate cronice polipoase.**

Ședința din 12 Apr. 1932.

D-ri ȚEȚU și LAZEANU: **Un caz de papilomatoză amigdaliană.**

D-r TEMPEA: **Două cazuri de mastoidită cu streptococus mucosus.**

D-r TEMPEA: **Abces extra-dural deschis spontn prin osul temporal.**

D-r TEMPEA: **Trei cazuri de corpi străini (os de pește) în ipofaringe extrași prin laringoscopie indirectă.**

D-r MAYERSOHN: **Dificultăți în extragerea corpilor străini din hypofaringe.**

D-ri COSTINIU și KNEFT: **Corp străin în urechea medie.**

Şedinţa din 17 Mai 1932.

D-r COSTINIU: **Gomă specifică a nasului. Otită medie supurată cronică stângă. Paralizia facială stângă. Meningită.** Moarte.

D-r TEMPEA: **Un caz de ozenă vindecat prin autovaccin după adenoidotomie.**

D-r TEMPEA: **Vârf mastoidian în întregime sequestrat, găsit la intervenţie.**

D-r TEMPEA: **Trei noui cazuri de abces ipofaringian.**

D-r BREZOIANU: **Corp străin esofagian. Mediastinită.** Moarte.

D-r Mayersohn.

* * *

SOCIETATEA ŞTIINŢELOR MEDICALE

din Banat-Timişoara

Şedinţa din 4 Martie 1933

D-r TODAN, D-r RUSSU: **Boala lui Friedreich.**

Este prezentată o fetiţă de 14 ani, cu semne de pareză inferioară şi mers de om beat. Reflexele tendinoase abolite, cele cutanate intacte. Babinsky +. Nistagm. Cum fetiţa are şi o scolioză pronunţată, a fost adusă la spitalul de copii, crezând că aceasta ar putea produce turburări medulare, cu mers titubant. Aici d-l D-r Todan face diagnosticul de ataxie ereditară Friedreich.

D-na D-r POPOVICI: **Cefaleea tabagică.**

Se susţine des că muncitorii din manufactura de tutun prezintă dureri de cap din cauza mirosului tutunului. Adică ar exista o cefalee de origină olfactivă, idiosincrazică. Examinând 177 muncitoare cu cefalee din manufactura de tutun din Timişoara, s'au găsit alte explicaţiuni în toate cazurile: astigmatizm, otite, sinusite, lues latent, anemie, etc., la baza acestei cefalee. Tratamentul etiologic a dat rezultate bune, muncitorii continuând chiar lucrul în mirosul de tutun.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r PETCULESCU: **Ulcer mezogastric stenozant.**

Prezintă o bolnavă de 40 ani, cu dureri în regiunea epigastrică, orar fix, arsuri şi vărsături alinătoare. R. Wassermann: ++++. Radioscopic există un spazm mediogastric permanent, cu sensibilitate exagerată. Tratamentul specific în asemenea cazuri dă rezultate bune, dacă nu se desvoltă şi o cicatrice, ceeace se va vedea ulterior.

D-r VOINOVICI: **Un caz de boala lui Little.**

Demonstră un băiat de 6 ani, din părinţi alcolici. Băiatul încă n'a vorbit şi n'a umblat, are atitudinea de idiot şi prezintă spazmurile caracteristice boalei lui Little.

D-r P.

* * *

SOCIETATEA DE CHIRURGIE

din Bucureşti

(Şedinţa din 22 Iunie, 1932).

I. FĂGĂRAŞANU: **Macro şi sindactilie.**

ŞTEFĂNESCU-GALAŢI: **Sifilis vezical.**

G. MARINESCU şi P. GEORGESCU: **Fistulă vezico-vaginală operată pe cale abdominală.**

C. LEONTE: **Ptoză gastrică operată prin procedeul lui Lambret.**

V. DIMITRIU: **Plăgi reno-digestive.**

I. IONESCU-MILTIADE şi P. TEODORU: **Ruptură spontană a vezicei la o femeie.**

M. POPESCU-BUZEU: **Cromocistoscopie.**

I. FĂGĂRAŞANU şi GĂDEI: **Perforaţie intestinală ca prim simptom al febrei tifoide ambulatorii.**

I. IONESCU-MILTIADE şi I. DIMITRESCU: **Arteriografie cu torothrast pentru diagnosticul tumorilor cerebrale.**

A. JIANU, V. MOISESCU şi D. TEODORESCU: **Chist dermoid bilateral ovarian.**

E. FOTINO, GHIŢESCU, MARINESCU-SLATINA şi NOICA: **Chist multicelular degenerat mixomatos al ovarului stâng.**

E. FOTINO, GHIŢESCU, MARINESCU-SLATINA şi GR. POPESCU: **Mixom sarcomatos al coapsei drepte.**

AL. CRĂINICEANU, P. PAVELESCU şi CARAMZULESCU: **Fibrom şi sarcină.**

(Şedinţa din 12 Oct., 1922).

DIMITRIU-MAMANT, CIORANU şi SIMA (Timişoara): **Un caz excepţional de plagă abdominală.**

POENARU-CĂPLESCU: **O modificare a acului lui Reverdin.**

(Şedinţa din 26 Oct., 1932).

POENARU-CĂPLESCU: **Apendicita şi hemoroizii.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

(Şedinţa din 9 Nov., 1932).

TR. NASTA: **Laringectomie pentru epiteliom.** Vindecare.

STOIAN, COSTESCU şi DRAGOMIRESCU: **Prolaps rectal total operat.**

V. DIMITRIU şi N. COVALI: **Raţiunea ştiinţifică a scoborîrii din pat a operaţilor.**

G. MARINESCU: **Deformarea imaginei vezicale în tuberculoza renală.**

C. ANGELESCU şi S. ŢOVARU: **Sindromul hipotensiv în rachianestezie.**

S. DAVIDOVICI: **Un caz de calculoză vezicală la un bolnav cu un anevrism mare al aortei ascendente.**

(Şedinţa din 23 Nov., 1932).

I. GRIGORESCU: **Fractură supracondiliană transversă a humerusului, reducere ortopedică.** Vindecare.

CHRISTIDI şi I. GRIGORESCU: **Prolaps rectal operat prin procedeul Juvara.**

I. GRIGORESCU: **Fractura ambelor clavicule şi a humerusului.**

AMZA JIANU, C. ENESCU, DAN TEODORESCU şi MENCHEŞ: **Falş anevrism traumatic, arteriografie, operaţie.** Vindecare.

POENARU-CĂPLESCU: **Asupra accidentelor oculare şi evaluarea incapacităţii vizuale.**

ION JIANU: **Un caz de sutură a cordului.**

V. SĂVESCU şi STEOPOE: **Pseudo-chist traumatic al pancreasului.**

E. FOTINO, ST. POPESCU şi MARINESCU-SLATINA: **Epiteliom renal cu celule clare.**

G. MIHAILESCU şi IONESCU-BOGDAN: **Un caz de ceto-acidoză gravă post-operatorie.**

G. MARINESCU: **Pionefroză cu gonococi.**

(Şedinţa din 7 Dec, 1932).

JUVARA şi FĂGĂRAŞANU: **Fractură cu înfundare a parietatului.**

G. FĂGĂRAŞANU: **Plagă dublă a stomacului, ruptură a splinei, operaţie.** Vindecare.

GR. EFTIMESCU, DAN TEODORESCU şi G. DIMITRESCU: **Fistulă urinară lombară post-operatoare, sondă ureterală à demeure.** Vindecare

ANGELESCU, GHIŢESCU, CURELEANU şi NOICA: **Anevrism traumatic al arterei axilare, extirpare.** Vindecare.

AMZA JIANU şi V. MOISESCU: **Rachianestezia generală cu percaină şi cardiazol-efedrină.**

Prof. HORTOLOMEI: **Două cazuri de diverticuli vezicali.**

ION JIANU: **Tuberculoza renală, morbidul lui Pott, nefrectomie şi extirparea abcesului rece.**

G. MARINESCU: **Patru cazuri de calculi ureterali.**

DAN TEODORESCU şi BĂNCESCU: **Ulcer cronic cu degenerescenţă epiteliomatoasă după arsură.**

(Şedinţa din 25 Ianuarie, 1933).

Prof. JUVARA şi V. DIMITRIU: **Fracturi şi luxaţiuni tibio-astragaliene.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Alegerea comitetului Soc. pe 1933.

(Şedinţa din 11 Februarie, 1933).

Darea de seamă asupra activităţii Soc.

(Şedinţa din 22 Februarie, 1933).

JUVARA şi I. FĂGĂRAŞANU: **Neoplasm al laringelui; laringectomie totală.**

JUVARA, OLARU şi FĂGĂRAŞANU: **Luxaţia bilaterală a maxilarului inferior, reducere tardivă.**

POENARUU-CĂPLESCU: **Dextrocardie, apendicită la stânga, situs inversus.**

ANGELESCU, GHIŢESCU şi CURELEANU: **Ulcere piloriee de contact perforate simultan.**

Prof. JIANU AMZA şi D. TEODORESCU: **Angiom cavernos al orbitei, operaţie.** Vindecare.

JIANUU AMZA şi D. TEODORESCU: **Ileus biliar, operaţie.** Vindecare.

POENARU-CĂPLESCU: **Tetanos consecutiv accidentelor de muncă.**

JIANU I. şi MOSCU C.: **Contribuţie la studiul varicelor limfatice.**

NASTA TR.: **Gastroscopia directă pentru diagnsoticul ulcerului gastro-duodenal.**

LEONTE C.: **Tumoră medulară cervico-dorsală; operaţi.** Vindecaţi.

CHRIST E.: **Apendicită în poziţie pelviană extraperitoneală.**

Docent MARIUS THEODORESCU: **Percuţia abdominală uniformă pentru diagnosticul leziunilor acute viscerale.**

N. MIHAILIDI şi S. ŢOVARU: **Sarcină tubară infundibulară cu avort abdominal complect.**

D. ZANE şi ORNŞTEIN: **Un caz de tabes vezical.**

(Şedinţa din 8 Martie, 1933).

Prof. HORTOLOMEI, BURGHELE şi IONESCU MILTIADE: **Calculi juxta-vezicali ai ureterului pelvian.**

Docent GHIŢESCU C. şi POPESCU GRIG.: **Menisectomie.**

POENARU-CĂPLESCU: **Treisprezece peritonite generalizate.**

JIANU ION, DUMITRESCU DORIN şi DIMITRIU ACHIL: **Modificările lichidului cefalo-rachidian în rachianestezii.**

MARINESCU G.: **Apendicită acută, tromboflebita caecului.**

CHRISTIDE E.: **Curbura leucocitară în apendicita acută cu plastron.**

STOIAN C. şi COSTESCU P.: **Dilataţia chistică a ureterului lombar prin calcul.**

STEOPOE V. şi RUNCANU: **Abces pulmonar şi pleurezie cu streptococi.**

PORUMBARU E.: **Stenoză intestinală operată şi vindecată.**

POPESCU-BUZEU, GROZEANU şi ILIESCU: **Influenţa febrei asupra eliminării P. S. P.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Voies respiratoires

SIROP FAMEL
a base de Lactocréosote soluble

ACTION RAPIDE ET SÛRE

calme la toux
facilite l'expectoration
relève l'état général

Echantillons et Littérature à MM. les Docteurs
Ch. Taulègne, 11-13 strada Gh. Coşbuc Bucarest IV

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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.—		

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 8O.**

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, dureri 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

D. — CONGRESE

CONGRESUL AL XII-lea BALNEAR NAŢIONAL

Sâmbătă 20 Maiu şi Duminică 21 Maiu a avut loc la sediul societăţii de Hidrologie şi Climatologie Medicală al *XII-lea congres balnear naţional*, sub presidenţia D-lui *General D-r Vicol*, presidentul societăţii.

Congresul balnear român din acest an, a prezentat o deosebită importanţă atât pentru rapoartele ştiinţifice, care au fost prezentate, cât şi pentru discuţiunile cari au avut loc asupra problemelor economice în legătură cu staţiunile noastre balneare.

De asemenea Congresul a adus un pios omagiu amintirei profesorului A. Theohari, fost conducător al balneologiei ştiinţifice româneşti.

Congresul s'a desfăşurat dupe următorul program:

Sâmbătă 20 Maiu: PARTEA ADMINISTRATIVĂ
PARTEA ECONOMICĂ.

Duminecă 21 Maiu: COMEMORAREA PROF. A. THEOHARI, prin un serviciu religios la mormântul mult regretatului profesor şi printr'o şedinţă de comemorare în palatul Asociaţiei Medicilor.

Duminecă 21 Maiu: PARTEA ŞTIINŢIFICĂ cu următoarele comunicări.

COMUNICĂRI ŞTIINŢIFICE.

A. **Comunicări personale:**

Prof. D-r P. NICULESCU şi D-r DIACU: Factorul crioscopic în tranzitul stomacal al apelor minerale.

Prof. D-r P. NICULESCU şi D-r CIOCHINĂ: Legătura dintre acţiunea antidiabetică a izv. Ferdinand din Govora şi acţiunea hipoglicemiantă a sulfului.

Docent D-r I. DANIEL: Consideraţiuni asupra mecanismului acţiunii hipotensive a apelor de Olăneşti.

D-r BORGOVAN I.: Acţiunea izv. Ladislau dela Borsec asupra secreţiei urinare.

D-r NICULESCU ZINCA, D-r BORGOVAN şi Doc. NICULESCU ZINCA: Radioactivitatea izvoarelor din Borsec.

D-r RODESCU LEON: Acţiunea apelor de Slănic-Moldova asupra hepatomegaliei în litiaza biliară.

D-r I. TĂTĂRANU şi D. GAIŢULESCU: Modificările biochimice (rezerva alcalină, ureea), în urma curei balneare dela Tekirghiol.

B. **Comunicările Institutului balnear „Prof. Theohari" din Bucureşti:**

G. BĂLTĂCEANU şi C. VASILIU: Acţiunea apei de Căciulata asupra motilităţii intestinale (st. experimental).

G. BĂLTĂCEANU şi C. VASILIU: Acţiunea apei de Căciulata asupra motilităţii ureterale (st. experimental).

G. BĂLTĂCEANU şi C. VASILIU: Acţiunea apei de Puciaosa, izvoarele No. 1, 2 şi Iod asupra presiunii arteriale (st. experimental).

G. BĂLTĂCEANU şi C. VASILIU: Acţiunea apei de Puciaosa, izvoarele No. 1, 2 şi Iod, asupra motilităţii intestnaile (st. experimental).

G. BĂLTĂCEANU şi C. VASILIU: Acţiunea apei de Căciulata şi Ferdinand asupra presiunii arteriale (st. experimental).

G. BĂLTĂCEANU şi C. VASILIU: Acţiunea apei de Puciaosa, izvoarele No. 1, 2 şi Iod, asupra secreţiei bronchice (st. experimental).

G. BĂLTĂCEANU şi C. VASILIU: Acţiunea apei de Vichy, izvorul Grande Grille, asupra tractului gastro-duodeno-intestinal, în vivo (st. experimental).

G. BĂLTĂCEANU şi C. VASILIU: Acţiunea apei de Borsec asupra motilităţii gastro-duodeno-intestinale, in vivo (st. experimental).

I. GHEORGHIAN-POPESCU: Modificările glicemiei normale sub influenţa apei de Someşeni (Cluj), izvorul No. 2 (st. clinic).

I. GHEORGHIAN-POPESCU: Acţiunea apei de Borsec, izvorul principal, asupra secreţiei biliare (tubaj duodenal, st. clinic).

I. GHEORGHIAN-POPESCU: Acţiunea apei de Stoiceni, izvorul No. 3, asupra secreţiei gastrice (st. clinic).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

E. COCIAŞU şi ST. STANCULESCU: Acţiunea apei de Bodoc (Matilda) asupra secreţiei gastrice (st. clinic).

E. COCIAŞU şi ST. STANCULESCU: Acţiunea apei de Vichy (Célestins) asupra secreţiei gastrice (st cl.inic).

E. COCIAŞU şi N. BANU: Acţiunea apei de Bodoc (Matilda), asupra transitului gastro-intestinal (st. radiologic).

E. COCIAŞU şi N. BANU: Acţiunea apei de Vichy (Célestins), asupra transitului gastro-intestinal (st. radiologic).

E. COCIAŞU: Acţiunea apei de Vichy (Célestins) şi Bodoc (Matilda), asupra motilităţii veziculei biliare (st. experimental).

E. COCIAŞU, D-r S. VASILESCU şi STANESCU: Acţiunea apei de Vichy (Célestins), asupra glicemiei normale şi patologice (st. clinic).

E. COCIAŞU şi S. VASILESCU: Acţiunea apei de Vichy (Célestins), asupra uricemiei normale şi patologice (st. clinic).

E. COCIAŞU şi C. VASILIU: Acţiunea apelor minerale alcaline de Bodoc (Matilda) şi Vichy (Célestins), asupra cordului de broască (st. experimental).

E. COCIAŞU: Acţiunea anagotoxică a apelor alcaline de Bodoc (Matilda) şi Vichy (Célestins) (st. experimental).

E. COCIAŞU şi O. CARPEN: Acţiunea peroxidolitică a apelor minerale alcaline de Bodoc şi Vichy.

E. COCIAŞU: Acţiunea apei de Someşeni (Cluj), izvorul No. 2, asupra secreţiei gastrice (st. exp.).

E. COCIAŞU şi S. VASILESCU: Acţiunea apei de Someşeni (Cluj), izvorul No. 2, asupra secreţiei biliare (st. experimental).

E. COCIAŞU: Acţiunea apei de Someşeni No. 8, asupra secreţiei biliare (st. experimental).

D-na A. HAGI-PARASCHIV: Analiza clinică a apei minerale „Luna".

D-na A. HAGI-PARASCHIV: Analiza chimică a apei minerale de Stoiceni, izvorul No. 3.

D-na A. HAGI-PARASCHIV: Analiza chimică a apei minerale de Stoiceni, izvorul No. 6.

G. NICULESCU şi C. VASILIU: Acţiunea apelor de Slănic asupra secreţiei bronchice (st. experim.).

G. NICULESCU şi C. VASILIU: Acţiunea apelor de Slănic asupra motilităţii veziculei biliare (studiu experimental).

G. NICULESCU şi C. VASILIU: Noi contribuţiuni la studiul apelor de Slănic asupra contracţiei intestinale (st. experimental).

N. RĂDULESCU: Acţiunea apei de Someşeni (Cluj), izvorul No. 2, asupra secreţiei gastrice (st. clinic).

E. COCIAŞU şi C. VASILIU: Noi contribuţii la studiul antianafilactic al apei de Vichy (Célestins) (st. experimental).

C. **Comunicările Institutului de balneologie din Iaşi:**

Prof. D-r C. ŞUMULEANU, M. BOTEZATU (inginer chimist) şi D-r A. GHEORGHIU: Cercetări noi asupra izvoarelor dela Slănicul Moldovei.

Prof. D-r GH. TUDORANU şi D-r E. ALEXA: Influenţa apelor de Slănic asupra hemolizei cu ser hemolitic, in vitro şi in vivo.

Prof. D-r GH. TUDORANU şi D-r M. FRANCHE: Cercetări bacteriologice asupra nămolului de Someşeni. Incercări de regenerare a nămolului.

Prof. D-r GH. TUDORANU şi D-r M. FRANCHE: Cercetări bacteriologice asupra nămolului de Dorna. Incercări de regenerare a nămolului.

Prof. D-r GH. TUDORANU şi D. HERESCU: Cercetări biochimice asupra nămolului de Someşeni.

Prof. D-r GH. TUDORANU şi D. HERESCU: Cercetări biochimice asupra nămolului de Dorna.

Docent D-r E. HURMUZACHE: Modificările pragului de eritem cutanat produs prin razele ultraviolete artificiale, în raport cu modificările prealabile aduse tegumentelor prin o apă mineralizată.

Docent D-r HURMUZACHE: Tratamentul ischiazului şi a artritelor sacroiliace în staţiunea Budache-Cordon.

Docent D-r HURMUZACHE: Rezultatele obţinute în reumatismul cronic tratat prin balneaţiunea cu nămol la Budache-Cordon.

E. — ORGANIZAŢIE SANITARĂ

Casa de Pensiuni şi Ajutor a Medicilor din România

Extras din Statute:

Casa de pensiuni şi ajutor a medicilor din România este înfiinţată în spiritul art. 173 din legea sanitară din 1930 şi a statutului Asociaţiunii generale a medicilor din România.

Ea este persoană juridică, cu patrimoniu propriu, condusă de organele pe cari le impune legea pentru persoane juridice, fiind alese de Adunarea generală a membrilor Casei (Art. 1 şi 19 din statute).

Poate fi membru în Casa de pensiuni şi ajutor, orice medic înscris în colegiile medicale. Medicii cari actualmente au o vechime de profesiune de..... ani, şi doresc să li se socotească această vechime la pensie, urmează să ceară înscrierea la Casa de pensiuni până la 1 Iulie 1933.

BCU Iaşi / Central University Library

Cererile introduse după această dată nu vor mai beneficia de această favoare; solicitatorilor urmează să li se socotească vechimea numai dela data înscrierii (Art. 7 şi urm. din statute).

Casa are de scop să strângă un capital din al cărui venit să acorde membrilor ei:

1) Pensiuni de retrageri (după împlinirea vârstei de 60 ani şi 30 de ani de practică profesională), (Art. 2, 3, 4, urm. şi 53).

2) Pensiuni de invaliditate (Art. 2, 38 şi urm.).

3) Pensiuni pentru văduvele şi orfanii minori, rămaşi pe urma membrilor decedaţi (Art. 2, 41 şi urm.).

4) Ajutoare (Art. 2, 46 şi urm.).

Fondurile Casei de pensiuni şi ajutor provin din:

1) Venitul fondului de Lei 1.500.000, donat de Asociaţiunea generală a medicilor.

2) Venitul carnetelor de reţete şi certificatelor medicale (Casa pune la dispoziţiunea membrilor carnete de reţete şi de certificate medicale, tipărite, a căror valoare se plăteşte anticipat).

3) Cotizaţia membrilor înscrişi.

4) Produsul diferitelor subvenţii, donaţiuni, serbări, etc.

5) O cotă prelevată asupra veniturilor colegiilor medicale judeţene.

6) O cotă provenită din veniturile Asocaţiei generale a medicilor.

7) O cotă de 4% aplicată la onorariile minimale, pentru operaţiuni chirurgicale, examene de laborator, radiografice, etc.

Din calculele făcute, este de reţinut ca sumele ce se strâng din cotizaţiile personale sunt foarte mici; dacă le comparăm cu cele ce se reţin la Casa generală de pensiuni a funcţionarilor Statului, suma de 100 lei lunar corespunde unui salariu de 1.000 lei, ceeace ar face, fără îndoială, ca pensiunea servită medicului pe această unică bază să fie derizorie.

Aşa fiind, importanţa fondurilor Casei depinde în primul rând de aportul de venituri produse de celelalte ramuri şi în această direcţie se îndreaptă toată atenţiunea noastră; ori, aceste resurse atârnă de **conştiinciozitatea şi de stăruinţa cu care fiecare membru al Casei va veghia la strângerea lor.**

Membrii Casei de pensiuni pot cumula, fără distincţiune, pensia primită dela această instituţie, cu orice alte pensiuni sau rente primite dela Stat, Judeţ, Comună sau instituţii particulare.

Quantumul pensiei ce urmează să se acorde membrilor, nu se poate preciza deocamdată. Acest quantum este proporţional cu venitul capitalului, raportat la numărul medicilor pensionaţi.

Un calcul de actuariat bazat pe o statistică serioasă se va putea face după 2 luni de funcţionare, când se vor cunoaşte cu probabilitate veniturile.

In vederea strângerii unui capital important, al cărui venit să facă posibilă o pensiune corespunzătoare nevoilor, prin art. 53 din statute s'a prevăzut că nici o pensie, sub nici o formă, nu se va plăti până în anul 1943, termen care va putea fi scurtat prin votul Adunării generale din 1938.

Capitalul strâns se va depune la Banca Naţională sau la Casa de Depuneri, iar pentru controlul său real, se vor publica situaţiuni lunare.

Membrii Consiliului de administraţie nu primesc nici un fel de onorariu şi garantează cu averea lor personală buna administraţie a fondurilor.

Din cercetarea mai amănunţită a statutelor se vor putea vedea mai complect condiţiunile de funcţionare şi avantagiile acestei Case *).

* * *

Dela Asociaţia generală a Medicilor

In şedinţa de birou a Asociaţiunei din 4 Iunie 1933, după rezolvarea chestiunilor curente, D-l Prof. Danielopolu propune biroului următoarele principii pentru organizarea **Cercului de studii medicale sanitare şi de asistenţă socială** a Asociaţiunei generale a medicilor, înainte ca această chestiune să fie adusă în faţa Comitetului. Cercul de studii va fi compus din toţi membrii comitetului şi din orice altă persoană care se interesează de aceste chestiuni. Membrii cercului de studii vor fi aleşi de comitetul Asociaţiei. Cercul de studii central va lucra în colaborare cu filialele din ţară. Cercul de studii va fi compus din secţiuni. D-sa propune pentru moment secţiunile următoare: 1) **Secţiunea organizărei Ministerului Sănătăţii,** studiind organizarea acestui minister cu diferitele direcţiuni, servicii, birouri, consilii, etc. 2) **Secţiunea Asigurărilor Sociale** care va studia organizarea asigurărilor în aşa fel în cât ele să permită cea mai bună îngrijire a bolnavilor fără să atingă dreptul de liberă practică al medicului. 3) **Secţiunea coordonărei,** în care se va studia mijloacele de coordonare a activi-

*) Statutele se pot procura prin secretariatul colegiului judeţean respectiv, contra cost.

tăţii tuturor instituţiunilor de stat şi a celor puse sub controlul şi supravegherea statului, în scopul de a împiedecia risipirea fondurilor, de a desvolta aşezămintele medicale, de a ridica prestigiul medicilor şi de a împiedica orice atingere a dreptului de liberă practică al medicilor. 4) **Secţiunea practicei medicale,** în care se va studia şi căuta să se reglementeze relaţiunile dintre medici şi bolnavi, forma cea mai echitabilă a stabilirii impozitului şi chestiunea atingerei liberei practice de către diferitele instituţiuni cari au aşezăminte sanitare. 5) **Secţiunea recrutărei personalului sănătăţii publice** în care se va studia modul de recrutare al personalului medical şi sanitar inferior în legătură cu organizarea învăţământului medical şi cu specializarea, căutându-se să se facă legătura între personalul sanitar şi corpul asistenţilor. 6) **Secţiunea corporaţiunei medicale** în care se va studia forma cea mai bună sub care trebue să fie organizată corporaţiunea medicală, chestiunea sindicatelor, a ordinului medicilor, etc. In această secţiune se va lua în studiu şi chestiunea Casei de credit şi ajutor.

In acelaş timp se va stabili pentru fiecare chestiune în parte punctul de vedere al Asociaţiunei precum şi mijloacele ce vor fi întrebuinţate de către Asociaţiune pentru ca acest punct de vedere să fie luat în consideraţiune la alcătuirea legilor şi regulamentelor sanitare, se va studia chestiunile sanitare propriu zise: combaterea boalelor sociale, chestiunile de igienă şi de asistenţă, etc.

Şedinţele vor fi publice. La finele anului se va ţine un congres de organizaţiune sanitară la care se va prezenta rapoarte şi comunicări, supunându-se formulele adoptate de Asociaţie discuţiunei generale. La Congres vor lua parte şi delegaţi ai filialelor.

Biroul admite propunerile preşedintelui şi hotărăşte întocmirea unui anteproect de regulament ce va fi supus Comitetului Asociaţiunei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

Noul Comitet al Asociaţiei Generale a Medicilor

In ziua de 18 Iunie crt. a avut loc Adunarea G-lă a Asoc. G-le a Medicilor din România.

S'au prezentat la vot 891 medici.

Au întrunit: Lista No. 1 având în cap pe d-l Prof. Gheorghiu, 492 voturi; iar lista No. 2 în frunte cu d-l Prof. Gerotă, 397 voturi.

In conformitate cu prevederile statutare, se atribue 23 de locuri listei No. 1 şi 17 listei No. 2 şi anume, sunt declaraţi aleşi din prima listă d-nii: Prof. D-r N. Gheorghiu; Prof. D-r D. Danielopolu; Prof. D-r Titu Gane; Col. D-r Marinescu N.; D-r P. Tomescu; D-r Marius Georgescu; D-r Burileanu O.; D-r I. Ţeţu; D-r Frenkel; D-r N. Hasnaş (Tg.-Jiu); D-r Petre Topa; D-r Marius Nasta; D-r Popescu-Prahova; D-r Alfandary Ovid; D-r Gilorteanu; D-r Tătaru R.; D-r I. Constantinescu; D-r Crăciun E.; D-r Ţovaru Simion; D-r C. C. Dumitriu; D-r Lazarovici; D-r Negreanu Alex.; D-r Cănciulescu (Craiova). Din a doua, d-nii: Prof. D-r Gerotă; D-r St. Irimescu; D-r Gh. Marinescu; D-r St. Baroncea; D-r I. D. Ghiulamila; D-r Mircea Bruteanu; D-r Al. Crăciuneanu; D-r Al. Mitrea; D-r Marius Popescu; D-r Eugen Andronescu; D-r Emil Dorian; D-r I. Stoichiţă (Sibiu); D-r P. Stroescu; D-r Şt. Ciocâlteu; D-na D-r Suhăţeanu V.; D-r Str. Vayas; D-r Dan Berceanu.

IV.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

Şomajul farmaceutic

Chestiunea farmaciilor agită deopotrivă pe farmaciştii proprietari, numeroşii licenţiaţi în farmacie, droghişti şi consumatori. Părerile şi soluţiile ce se dau problemelor în legătură cu practica şi comerţul farmaciei sunt variate.

Farmacia stă în preajma imediată a practicei medicale, farmacistul fiind auxiliarul direct al medicului; — de aceea, tot ce priveşte această instituţiune, îşi are loc justificat în coloanele acestei reviste care represintă adevărate archive ale „Mişcărei medicale româneşti".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Publicăm mai jos părerile D-lui farmacist *I. Bărdeanu*, pe cari le găsim interesante pentru obiectivitatea şi claritatea, cu care priveşte chestiunea şomajului farmaceutic.

„Ţara Românească nu este încă coaptă pentru comerţul liber al farmaciei.

Farmacia românească trebue să rămână încă mult timp sub regimul concesiei de stat, cu restricţiile actuale şi controlul sever al ministerului sănătăţii, bine înţeles cu o modificare urgentă a dispoziţiunilor din legea sanitară actuală, într'un sens foarte larg, pentru trei considerente de interes general social:

1) Pentru satisfacerea farmaciştilor şomeri, dându-li-se posibilitatea, să-şi exercite meseria în farmaciile lor.

2) Pentru satisfacerea marelui public, care este şi trebue să capete medicamentul eftin şi bun, şi

3) Pentru protejarea sănătăţii publice, luându-se manipularea medicamentului din mâini străine şi darea lui spre administrare şi vânzare, exclusiv farmacistului.

Şi pentru a obţine aceste trei lucruri, nu e nevoe de comerţul liber, care ar avea un efect tocmai contrar, ci de modificarea legei în sensul următor:

Să se suprime complect articolele 375—383 din legea actuală, cari prevăd că pentru obţinerea unei concesii de farmacie trebue să te prezinţi la un concurs şi la o clasificare.

Să se introducă în locul lor următoarele dispoziţiuni:

1) Orice farmacist care a obţinut titlul de licenţiat în farmacie, poate cere şi obţine imediat concesia unei farmacii în următoarele condiţiuni:

a) Fără nici un stagiu pentru a deschide o farmacie rurală.

b) Cu un stagiu de 5 ani pentru o farmacie urbană.

c) Cu un stagiu de 10 ani pentru o farmacie de municipiu.

2) Mutările de farmacii dela o comună rurală la una urbană, sau dela urbană la municipiu, nu se vor putea face decât cu aprobarea comisiunei farmaceutice, care dă aprobările pe baza titlului, a stagiului şi a celorlalte condiţiuni din lege.

3) Concesiile de farmacii se dau socotindu-se la 3000 de locuitori la o farmacie pentru municipiu şi comunele urbane şi 8000 de locuitori în circumscripţiile rurale.

Distanţa dela o farmacie la alta va fi de minimum 200 metri, măsurătoarea făcându-se în linie dreaptă în toate direcţiunile.

5) Farmaciile astfel obţinute sunt şi rămân strict personale, nu se pot vinde, nu se pot arenda. Ele se pot moşteni, într'un singur caz, din tată în fiu sau fiică, dacă farmacistul concesionar are copil farmacist. După moartea farmacistului, în lipsă de copil farmacist, se va lichida fondul comercal în maximum de un an şi dreptul de concesie trece asupra statului, care îl atribue altui farmacist la rând.

6) Se desfiinţează facultăţile de farmacie din Cluj, Iaşi şi Cernăuţi şi va rămâne să funcţioneze o singură facultate de farmacie la Bucureşti.

7) Facultatea de farmacie nu va primi înscrieri de studenţi în farmacie, de cât numai în cadrul disponibil de farmacii libere pentru concesionare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In primii 10 ani dela promulgarea acestei legi, în nici un caz numărul studenţilor ce se vor primi la facultatea de farmacie, nu va trece de numărul 100, aceasta pentru desfiinţarea licenţiaţilor şomeri.

8) Nimeni în afară de farmacist, în farmacia sa oficială, nu poate cumpăra şi vinde în detaliu, medicamente, specialităţi farmaceutice, preparate organo şi sero terapeutice, produse galenice, droguri şi orice substanţă chimică medicinală.

Substanţele chimice brute cu întrebuinţări technice industriale şi agricole se vor putea vinde de oricine va avea autorizaţia necesară a serviciului sanitar local.

9) Se desfiinţează articolele 417—425 din actuala lege, desfiinţându-se matricola şi examenul de droghist, meseria de droghist şi comerţul de drogherie devenind complect liber.

10) Nici un magazin de drogherie nu va putea fi aşezat la o distanţă mai mică de 200 metri de o farmacie.

11) Taxa farmaceutică va fi supusă imediat unei comisiuni, spre revizuire şi reducere la minimum posibil, în nici un caz cu mai puţin de 50 la sută ca taxa actuală, astfel că marele public să profite în primul rând de eftinirea complectă a medicamentelor lucrate în oficină.

Pentru reducerea preţului la specialităţile farmaceutice se va institui o comisiune specială, care va cerceta în laboratoarele de origină preţul de cost al fiecărei specialităţi şi la care laboratorul nu va putea adăuga de cât un câştig de maximum 30 la sută.

La acest cost de en gros farmacistul nu va putea adăuga de cât 25

la sută pentru vânzarea în detaliu şi astfel şi specialităţile farmaceutice dela sine se vor reduce în preţ, iar cu peste 50 la sută

12) Toate specialităţile străine, fabricate în ţară vor fi obligate a purta pe ele o etichetă, cu indicaţia precisă, că sunt fabricate în ţară şi anume la care laborator.

13) Titulatura de drogherie en gros se desfiinţează. Aceste drogherii se vor numi pe viitor **„Depozite de medicamente en gros"**.

Ele vor avea obligaţia de a fi conduse la un farmacist licenţiat cu libera practică, care va fi dirigintele responsabil. Ele vor vinde numai en gros şi dacă se va face constatarea că vând publicului în detaliu, vor fi supuse la diferite amenzi şi închiderea depozitului".

* * *

Activitatea profesională a „Cercului Medical" din Bucureşti

„Cercul Medical" din Bucureşti a luat iniţiativa organizării unei şedinţe profesionale, care să discute despre *„Anarchia în practica medicală"*. — Şedinţa a avut loc Joi 25 Mai crt. la sediul Cercului, unde s'au prezentat şi discutat următoarele rapoarte:

1) *Anarchia în Caritatea publică* — Raportor D-r L. Nissim.

2) *Consultaţiunile spitaliceşti cu plată şi sanatoriile spitaliceşti* — Raportor Doc. D-r Popper.

3) *Asigurările sociale şi societăţile de ajutor reciproc* — Raportor D-r Alfandary.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

4) *Specialităţile farmaceutice* — Raportor D-l farm. Constantinescu-Frunză.

După ample discuţiuni avute în prezenţa unei numeroase asistenţe a corpului medical din capitală s'a prezentat şi votat următoarea:

Moţiune:

Medicii practicieni din Capitală întruniţi la sediul „Cercului Medical" în seara de 25 Martie cor., ascultând rapoartele şi discuţiunile urmate relativ la coordonarea practicei medicale, au votatt următoarea moţiune, cerând:

1) Elaborarea unui regulament de către Ministerul Sănătăţii care să fixeze criteriile:

a) Pentru întrebuinţarea fondurilor adunate prin caritatea publică;

b) Indrumarea instituţiunilor de asistenţă pentru îndeplinirea adevăratelor nevoi medico-sociale din diferite centre.

2) Reorganizarea serviciilor de asistenţă publică, precizarea categoriei de dependenţi sociali care au dreptul la îngrijire medicală gratuită în baza **carnetului de asistenţă.**

3) Redarea bolnavilor care îşi pot asigura îngrijirile necesare, practicei medicale.

4) Micşorarea plafonului care să dea dreptul la asigurare obligatorie, până la maximum lei 3.000 venit sau salariu lunar.

5) Simplificarea aparatului administrativ în asigurări.

6) Reglementarea efectivă şi urgentă a principiului pus în art. 94 din „Legea pentru unificarea asigurărilor sociale", relativ la libera alegere a medicului în aceste asigurări.

7) Societăţile de ajutor reciproc, să nu poată fi formate decât de membrii

având acelaşi plafon de venituri sau salariu ca şi asigurările oficiale, urmând şi aci aplicarea aceluiaşi principiu de liberă alegere a medicului.

8) Elaborarea unui regulament care să stabilească **calificarea de specialitate farmaceutică,** pentru acele produse care nu pot fi executate în oficina farmaceutică.

9) Să se considere ca practică ilicită a medicinei, orice reclamă a acestor preparate farmaceutice, care se adresează marelui public şi eliberarea preparatelor fără prescripţie medicală

10) Lipsa de coordonare în practica medicală şi profesională a adus corpul medical în situaţiunea dureroasă de a nu putea face faţă obligaţiunilor sale fiscale.

11) Medicul fiind factorul hotărîtor şi pregătit în organizarea şi conducerea instituţiunilor de asistenţă medicală, reclamă participarea sa efectivă la elaborarea legilor şi regulamentelor de coordonare pe viitor a **„Practicei medicale".**

* * *

Institutul pentru transfuzia sângelui dela Moscova

(Radio-conferinţă)

In seara zilei de 29 Martie a. c., postul de radio dela Moscova, a difuzat o conferinţă medicală interesantă, al cărei conţinut D-l *D-r Bordeianu* dela Hotin ni l-a transmis astfel:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. Cancealovschi a vorbit despre **Institutul pentru transfuzia sângelui dela Moscova.** Creat abia în 1927, acest institut are 45 de medici şi 78 de filiale în oraşele principale din Rusia. Se ocupă cu studierea tuturor chestiunilor în legătură cu sângele: tratamentul bolilor de sânge, procurarea sângelui pentru transfuzii. etc.

Chestiunea transfuziei a eşit din faza de dibueli şi experienţe şi a ajuns să fie bazată pe date precise şi sigure. S'a constatat că un om sănătos poate da până la 500 cc. de sânge la fiecare 6 săptămâni, adică până la 4 l. pe an. Au fost cazuri când donatorul dădea până la 1500 cc. de sânge dintr'odată şi după aceia pleca la lucru. Preţul fixat pentru sânge este de 30 capeici pentru cc. de sânge, adică pentru o transfuzie de 500 cc. 150 ruble (12—15.000 lei aproximativ). Donatorul capătă un supliment de hrană, după cartelă.

Prof. Cancealovschi, care este Directorul acestui Institut, a vorbit şi despre **transfuzia sângelui luat dela cadavre,** procedeu descoperit de Prof. Iudin, director al Institutului de chirurgie de urgenţă dela Moscova. Sângele se recoltează dela cadavre în primele ore dela moarte şi se poate conserva până la 3 săptămâni.

„Institutul nostru este unul din primele existente. Nici germanii nu au asemenea institut" — a încheiat Prof. Cancealovschi.

Este adevărat că în nici o capitală din Europa nu există Institute pentru transfuzia sângelui, însă în fiecare centru mare a luat fiinţă câte un serviciu de transfuzie. La Paris, la Spitalul St. Antoine, există un serviciu de urgenţă pentru transfuzie, care dispune de 300 de donatori. In cel mult jumătate de oră donatorul şi technicianul se prezintă la spital, când sunt chemaţi. Se fac zilnic câte 10 transfuzii de urgenţă.

La Viena există 700 de donatori gata oricând să-şi dea sânge, cari, pe vremurile de azi, şi-au creat o meserie din transfuzie.

Atât la Viena cât şi la Paris o transfuzie de 500 cc. costă în medie 2000—2500 lei.

Nu demult, la Bucureşti s'a discutat chestiunea creării unui serviciu de transfuzie.

* * *

«Lupta contra cancerului»

Conferinţa profesorului Fichera la Fundaţia Carol

In ziua de 2 Mai crt., ora 11 dim., a fost la fundaţia universitară Carol I, ultima conferinţă a celebrului profesor italian D-r Fichera, directorul institutului Victor Emanuel al III-lea pentru studiul şi tratamentul cancerului din Milano. A asistat un numeros public şi multe personalităţi din corpul diplomatic, profesori universitari, etc.

Distinsul nostru neurolog de reputaţie mondială d-l Profesor D-r G. Marinescu, într'o admirabilă improvizaţiune de o înaltă ţinută ştiinţifică şi oratorică, prezintă auditorului pe reputatul cancerolog italian, schiţând personalitatea sa. In câteva cuvinte explică publicului ce este maladia canceroasă şi fenomenele cari îi dau naştere la lumina nouilor cercetări moderne de biologie. Arată contrib. prof. Fichera în acest domeniu şi rezultatele încurajante obţinute cu nouile sale metode de tratament.

Adresându-se apoi profesorului Fichera, d-l *Prof. Marinescu* a spus:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Ne-aţi afirmat că organismele senile se află într'o stare virtuală de cancerizaţie. Această constatare mă face să cuget la starea actuală a bătrânei Europe în special, şi a lumei întregi care sufere de un fel de cancerizaţie care ne explică starea haotică în care ne găsim datorită, în mare parte, legii interesului imediat care, din nenorocire guvernează societăţile şi naţiunile în acest moment.

Ce bine ar fi dacă acei care conduc destinele Europei s'ar inspira de cercetările biologice, studiind obiectiv cauzele dezastrelor actuale şi procedând la un tratament ştiinţific şi raţional. Să nu disperăm! Ştiinţa ca şi adevărul sunt în mers. Va veni momentul în care oamenii de ştiinţă vor conduce societăţile şi naţiunile. Până atunci scumpul meu coleg, vă rog să binevoiţi să ne indicaţi, cu talentul dv. pe care îl apreciem cu toţii, ce este de făcut în contra cancerului, cum se dă lupta intensă în ţările civilizate care se preocupă de acest flagel, luptă mai puţin aprigă la noi, din cauza insuficienţei şi lipsei de prevedere. Poate că prezenţa dv. printre noi va putea redeştepta opiniunea publică şi iniţiativa particulară foarte puţin activă şi atât de apatică în România, faţă de flagelele teribile: Tuberculoza, sifilisul şi cancerul".

După aceia, d-l Profesor Marinescu dă cuvântul savantului italian care-şi desvoltă conferinţa sa.

Profesorul Fichera expune importanţa socială a luptei contra cancerului, teribila maladie, care ocupă printre flagele, locul al doilea, după tuberculoză. In multe ţări chiar, mortalitatea de cancer este uneori mai mare decât

cea cauzată de tuberculoză. Unii autori au afirmat că există o sporire reală a mortalităţii pentru cancer în ultimii 50 ani. Cifrele de mortalitate după statistice din ţările civilizate sunt dublate. Această afirmaţiune numerică este exactă, dar din fericire fenomenul este datorit unor mai bune metode de diagnostic, cari permit a depista cancerul chiar în regiuni profunde ale corpului (prin radiologie) şi a-l diferenţia de alte maladii cu care se confunda.

Pe de altă parte civilizaţia a prelungit vârsta oamenilor. Există naţiuni cu o generaţie de bătrâni, care nu exista altă dată, propice pentru maladia canceroasă.

Cu toată această explicaţie care ar putea să pară optimistă, nu e mai puţin adevărat că cifrele rămân mari arătând o mortalitate anuală, de exemplu, de 97.000 morţi pentru Statele-Unite, 45.000 pentru Anglia, 34.000 pentru Franţa, 25.000 pentru Italia. Aceste cifre de morţi arată cât de mari ravagii provoacă cancerul şi sunt foarte descurajate, când sunt comparate cu numărul cazurilor cari sunt operate.

Astfel în Italia s'a stabilit că numai 14 la sută din canceroşii bărbaţi sunt operaţi, în timp ce femeile cari sunt operate dau un procent de 19 la sută. Dacă pentru femei nu se ia în consideraţiune cancerele mamelei şi al uterului, cari sunt cele mai frequente, rămâne un procent de numai 11 la sută femei, cari se operează de alte cancere.

Aceasta este datorită faptului că nu se pune la timp util diagnoza precisă de cancer, din mai multe cauze: fie neglijenţa bolnavului de a se duce la medic sau sau se duce prea târziu când trece de limita operabilităţei, fie din neglijenţa medicului, fie absenţa de organizaţiune adequată, pentru diagnoza precoce şi terapia maladiei canceroase.

Digitized by Central University Library Cluj

Propaganda raţională a fost instituită în toate ţările civilizate şi organizată de „ligile contra cancerului". In anumite ţări se organizează **„săptămâna cancerului"** şi chiar **„luna cancerului"**, în care timp se fac conferinţe, predici, proecţiuni de filme, afişaj în tramvae şi localuri publice şi publicaţiuni bogate de articole în jurnalele cotidiane pentru a atrage atenţiunea publicului şi contra a se putea ajunge la **stabilirea unui diagnostic precoce al cancerului.** Propaganda adresează astfel pe cei bolnavi sau cazurile suspecte la **centrele de diagnoză** unde bolnavii sunt examinat în colaborare de diferiţi specialişti, cari în cazurile de dificultate recurg la examenul radiologic sau la biopsie. Asemenea centre anticanceroase sunt instituite în unele ţări în toate departamentele, mai ales acolo unde există facultăţi de medicină, spitale şi clinici mari, cari pot servi şi pentru ospitalizarea bolnavilor canceroşi ca să se aplice diferite terapii oportune, după cazuri.

După aceasta d-sa aminteşte şi sforţările ce s'au făcut şi se fac în România pe terenul luptei anticanceroase, enumera primele începuturi de propagandă naţională ce s'au alcătuit la noi, graţie activităţii unui comitet ce are în fruntea sa pe profesorii: C. Daniel, Gerotă, Angelescu, Nicolau, agregat Babeş, etc. şi termină admirabila sa conferinţă, cu speranţa că în scurt timp România va avea ca şi alte ţări civilizate, mari centre anticanceroase, înzestrate cu tot utilajul modern.

D-r Mircea Ionescu
(în «Universul» din 5 Mai 1933)

* * *

Moartea prof. d-r Mina Minovici

Profesorul Mina Minovici, fost decan al Facultăţii de medicină din Bucureşti şi directorul Institutului Medico-legal, creat de el şi care îi poartă numele, a încetat din viaţă.

Bătrânul savant se stinge din viaţă după o activitate neîntreruptă de aproape 60 de ani. El a luat parte la războiul din 1877 ca asistent al d-rului Davila, după cum a participat de asemeni la campaniile din 1913 şi 1916.

A fost directorul general al serviciului sanitar în 1913, pe timpul epidemiei de holeră şi cu o destoinicie şi un curaj împins până la sacrificiu a supraveghiat personal, secondat de d-l D-r Mezincescu, operaţiile de combatere.

Operele lui sunt nenumărate. Ultimul tratat, în două mari volume, de medicină legală, — premiat de Academia Română, — îi încoronează activitatea ştiinţifică atât de bine apreciată de Academia de medicină din Paris, care l'a şi ales membru al ei.

Prof. D-r Mina Minovici moare în vârstă de 75 ani.

Născut la Brăila în 1857, — pasionat pentru ştiinţă şi laborator, a secondat pe D-r General Davila, fiind încă de tânăr asistentul lui şi ajutându-l la cursurile ce le făcea la Facultatea de medicină.

După-ce a studiat farmacia în ţară, s'a pasionat pentru toxicologie, urmând apoi medicina la Bucureşti şi terminând-o la Paris, ca elev al marelui savant Brouardelle, specializându-se în medicina-legală.

El a pus bazele ştiinţifice ale medicinei legale în ţară, creând **Institutul medico-legal** a cărui organizaţie e unică în lume.

Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" Cluj

Pe urma bogatei sale activităţi rămâne nu numai „Institutul" cu comorile lui ştiinţifice, rămâne nu numai ştiinţa acumulată în mintea discipolilor săi care va fi transmisă din generaţie în generaţie.

Rămâne şi un splendid **Tratat de Medicină legală** premiat de „Academia română" care poate fi socotit ca egal, dacă nu chiar superior, marelor tratate medico-legale din Apus.

D-r Igrec
(în „Dimineaţa" din 25 Aprilie 1933)

* * *

Societatea Medicală de Educaţie Fizică, şi-a ales pentru anul 1933—34, următorul Comitet:

Preşedinte: Prof. D-r I. Niţescu.
Vice-Preşedinţi: Prof. D-r R. Olinescu şi Conf. D-r I. Pavel.
Secretar General: D-r Fl. Covaciu-Ulmeanu.
Cassier: D-r Adr. Ionescu.
Secretari de şedinţă: D-r T. Demetrescu şi D-r A. Strugurescu.
Membrii în Comitet: D-r E. C. Crăciun, D-r S. Manuilă, D-r St. M. Milcu, D-r A. Rudeanu, D-r C. O. Schmidt şi D-r Gh. Tătăranu.

* * *

D-l **Prof. D-r Bălăcescu** a fost reales în funcţiunea de Decan al Facultăţii de Medicină din Bucureşti pe o perioadă de 3 ani.

* * *

D-l **Prof. D-r Gh. Marinescu** a fost decorat de către preşedintele republicei Spaniole cu **Ordinul „Republicei"** în gradul de comandor. Distincţia oferită este cea mai înaltă pe care o posedă actualmente Spania.

* * *

Societatea de Radiologie şi Electrologie medicală din Bucureşti şi-a ales următorul Comitet:

Consiliul de direcţie: D-r Giurea, Prof. D-r Negru, D-r Buşilă.

Comitetul: Preşedinte, D-r Jovin; — Vice-Preşedinţi D-ri Floru şi Stere; — Secretar-general, D-r Meller; — Casier, D-r Caracota; — Secretari de şedinţă D-rii Vlădescu şi Tesio; — Biblioteca, D-r Mirea.

* * *

D-l **Agregat D-r Marian** a obţinut premiul Ionel Iliescu din Cluj, în valoare de lei 25.000 pentru cea mai bună lucrare apărută în cursul anului 1931, tratând despre **Morbul lui Pott sau tuberculoza osoasă.**

Lucrarea D-lui Agregat D-r Marinescu despre **„Tratamentul actual al tuberculozei osoase"** a fost premiată şi de Facultatea de Medicină din Bucureşti.

* * *

Noul Comitet al Soc. Române pentru istoria medicinei a fost alcătuit astfel: Preşedinte: d-l Prof. D-r I. Cantacuzino; — Vice-Preşedinţi: d-nii Prof. D-ri Manicatide, Basarab Brâncoveanu, General D-r Vicol şi Prof. D-r Bologa; — Secretar General: D-r V. Gomoiu; — Conservator al documentelor: D-r Viorica Gomoiu; — Casier: I. Karmitz; — Secretari: D-ri Isvoreanu, D. Paulian, Podhovschy, Dobrescu, Vaian, Pop şi Niculescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Eforiile Sanitare.

In No. 5 al „Românei Medicale" D-l **Conf. D-r Anghel Daniel** concretizează într'un articol expunerea pe care a făcut-o ultimului Congres al „Asociaţiei Generale a Medicilor din ţară", cu privire la necesitatea înfiinţării **Eforiilor sanitare.**

Ideia porneşte dela necesitatea de „sensibilizare a opiniei publice, stimulare a iniţiativei private, în favoarea unei strânse conlucrări cu diferitele autorităţi publice — stat, judeţ, comună, — de cari depind instituţiile sanitare, pentru susţinerea şi propăşirea lor.".

Aceasta s'ar putea realiza după părerea d-lui D-r Daniel prin creearea unui nou organism social — Eforiile sanitare — cari ar lega iniţiativa privată cu acţiunea oficială.

Astfel fiind, eforiile sanitare ar deveni „centrul motor de unde porneşte şi se împrăştie energia creatoare pentru a învigora organismele locale anemiate".

După ce arată avantagiile mari pe cari le-ar aduce crearea eforiilor sanitare, d-l D-r Daniel se ocupă de organizarea acestor eforii pe cari le vede astfel:

Realizarea lor să se facă, după o intensă propagandă de luminare şi captare a opiniei publice, întâiu în centrele mari. In afară de organele de-

semnate de minister, de prefect şi primar, eforia sanitară, caşi comitetele şcolare „să realizeze chemarea largă a cetăţenilor la participarea directă a trebilor sanitare prin alegerea unei elite de conducere.

Se vor alege consilii de administraţie cari vor depune rapoarte adunărilor generale de cetăţeni.

Prin concursul, alături de oficialitate, al persoanelor de acţiune, de prestigiu şi de pricepere s'ar realiza o transformare radicală a aşezămintelor noastre sanitare". .

* * *

Cumulul în funcţiunile publice.

D-l **Prof. D-r Iacobovici** publică în No. 5 al Revistei „România Medicală" un judicios articol despre **Cumulul în funcţiunile publice,** problemă de care Profesorul Clujan s'a ocupat în numeroase ocaziuni.

Pornind dela constatarea că „în mod normal nu se poate creia o funcţiune de stat decât pentru o necesitate, care impune ocupantului utilizarea timpului unei zile în tot cursul unui an", D-l Prof. Iacobovici aminteşte că în cele mai multe ţări cumulul nu există fiindcă orice funcţionar de stat prestează serviciul său cel puţin 7 ore pe zi. Trece apoi în revistă legiuirile noastre împotriva cumulului începând dela 1884 şi arată că mai ales în ultimii ani legiuirile „lăsau larg deschise porţile cumulului în viitor". Arată apoi cu statistice că suntem ţara cu cei mai mulţi funcţionari. Vorbeşte despre specialişti despre instituţiile de specialitate şi se întreabă dece statul nu consultă numai la nevoe specialiştii indigeni, ca şi pe cei străini, fără să creeze pentru aceasta noi funcţiuni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După ce discută şi respinge afirmaţia că aplicarea strictă a legii cumulului ar provoca noi cheltueli statului prin necesitatea de a plăti leafa întreagă la cei ce ar înlocui pe cumularzi, d-l Prof. Iacobovici îşi închee interesantul articol cu o caldă pledoare pentru **legea cumulului** „care restabileşte autoritatea de stat obligând pe fiecare să respecte angajamentul care-l are faţă de stat", „care suprimă desordinea şi desorganizarea din instituţiile statului şi permite evoluţia normală a acestuia"; „care suprimând trişarea în funcţiunile publice şi ţinând pe fiecare la locul său, va permite organizarea instituţiilor centrale şi va avea un efect salvator asupra întregei organizări a statului".

* * *

Congres Internaţional Medico-sportiv.

„In zilele de 3, 4, 5, 6 Septembrie 1933, va avea loc la Torino un Congres internaţional de medicină sportivă. Şedinţele se vor ţine după masă, dimineţele fiind rezervate pentru vizitele şi excursiunile organizate pentru congresişti.

In zilele de 7, 8 şi 9 Septembrie se va vizita Roma, unde se va face închiderea congresului.

D-nii medici participanţi la congres împreună cu familia, se vor bucura de reducere de 70% pe C. F. Italiene şi înlesniri de şedere.

Inscrierile se vor adresa d-lui D-r **Fl. Covaciu Ulmeanu,** secretar general **al Societăţii Medicale de Educaţie Fizică,** Bucureşti VI, str. Maior Ene, Nr. 12, (O.N.E.F.)".

* * *

Congresul de Cardiologie din Praga

Societatea de cardiologie din Cehoslovacia a organizat un congres, care s'a ţinut la Praga în primele zile ale lunei Iunie şi a cărui temă unică a fost: **bolile muşchilor inimei.** Este primul congres internaţional de cardiologie, la care au luat parte delegaţii din Franţa, Italia, Belgia, Spania, Catalonia, Anglia, România, Polonia şi Praga. **Delegatul României** a fost **Prof. Danielopolu,** care a prezentat un **Raport asupra sinului carotidian,** în care sunt conţinute lucrările româneşti despre bolile de inimă ale şcoalei d-sale. D-l Prof. Danielopol împreună cu delegaţii Franţei, Italiei, Spaniei, Angliei şi Poloniei, au fost primiţi de Preşedintele Republicei d-l Massaryk.

Preşedinţii de onoare ai congresului, pus sub înaltul patronaj al preşedintelui republicei d-l T. G. Massaryk, au fost: prof. Vaquez, prof. Lewis şi prof. Mareş.

Indată ce primele ştiri referitoare la congres au apărut în presa cehoslovacă şi străină, un interes deosebit a început să se manifeste pretutindeni, interes, care a crescut mai ales după ce toţi cardiologii de seamă din lume, presa de specialitate, societăţile de specialitate, etc., au fost invitaţi să participe la congres.

Baza discuţiunilor au format-o cele 9 rapoarte principale şi anume: Prof. Libensky, preşedintele congresului; Prof. Clero, Paris; Prof. Danielopol, Bucureşti; Prof. Camille Lian, Paris; Prof. Dumas, Lyon; Prof. Pezzi, Milano; Prof. Cotton, Londra; Prof. Belahradcka, Brno; Prof. Sikl şi Weber, Praga; La aceste rapoarte principale s'au adăugat alte comunicări şi referate în număr de 56, astfel că programul celor 2 zile de congres a fost bogat.

Numărul membrilor participanţi a fost de 350. Toate discuţiunile au fost urmărite cu un interes atât de viu cum rar se întâlneşte la un congres. Congresul s'a ţinut în cea mai mare sală de prelegeri a facultăţii de medicină din Praga, care este şi cea mai bine înzestrată din punct de vedere al aparatelor de proiecţiune, fără de care nu se poate închipui un congres modern de cardiologie.

Deschiderea oficială a congresului a fost în dimineaţa zilei de 2 Iunie în sala arhiplină a institutului de histologie şi fisiologie, prin cuvântarea Prof. Libensky, preşedintele congresului, care a salutat pe toţi participanţii din străinătate şi din Cehoslovacia şi a expus apoi problema boalei myocardului, tema principală a discuţiunilor.

Preşedintele republicei, d-l T. G. Massaryk, sub patronajul căruia s'a ţinut congresul, a fost reprezentat de d-l Prof. Spina, ministrul sănătăţii din Cehoslovacia, care a vorbit în numele guvernului şi ministerului instrucţiunii.

Au urmat discursurile reprezentanţilor delegaţiilor indigene şi străine: Prof. Clerc pentru facultatea din Paris; Prof. Danielopolu pentru Bucureşti; Pezzi pentru Italia; Cortés pentru Spania; Decan Prof. Hamzik pentru Praga; Laufberger pentru Brno; Netouşek pentru Bratislavia; Maule pentru ministerul instrucţiunii; Pelnar pentru Academia de ştiinţe; Urbanek pentru oraşul Praga. S'au trimis telegrame de flecitare preşedintelui republicei, Prof. Vaquez, Lewis şi Mares.

La deschiderea congresului au luat parte numeroşi membri ai corpului diplomatic printre care: D-nii J. Massaryk, ministrul Cehoslovaciei la Londra; Emandi, ministrul României; Noel, ministru Franţei; Agramonte, ministrul Spaniei şi reprezentantul legaţiunii italiene.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe lângă scopul lui pur ştiinţific, congresul a mai îndeplinit misiunea de a fi contribuit la strângerea relaţiunilor de prietenie şi colaborare dintre oamenii de ştiinţă cehoslovaci şi oaspeţii străini. Din acest punct de vedere menţionăm însemnătatea acestui congres cu privire la legăturile ceho-române, care se desvoltă din ce în ce mai mult, fapt evidenţiat şi de d-l Prof. Danielopolu în discursul d-sale la banchetul de închidere a congresului, care a arătat că un nou punct al programului comun de muncă în domeniul cardiologiei va fi vizita cardiologilor cehoslovaci la congresul care se va ţine la Bucureşti.

Cu ocazia congresului au fost organizate mai multe expoziţii în legătură cu technica cardiologiei care au fost vizitate cu un deosebit interes de oaspeţii străini.

Preşedintele şi secretarul congresului au oferit o masă în cinstea participanţilor, cu care ocazie s'a preconizat o sinceră prietenie şi colaborare. Deasemenea a mai fost o recepţie la primăria oraşului Praga, alta la legaţiunea României, alta la legaţiunea Franţei şi un banchet de despărţire cu manifestări deosebit de sincere.

După zilele de Congres au fost organizate excursii la Jachimov, Karlsbad şi Karlstein.

Congresul de cardiologie din Praga, care a fost o încercare de independenţă a colaborării mondiale de cardiologie a reuşit pe deplin şi a complectat în domeniul ştiinţei declaraţiunile de apropiere politică româno-cehoslovacă făcute cu ocazia conferinţei Micii Inţelegeri, care fusese câteva zile înainte.

„Universul" din 15 Iunie 1933).

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Al II-lea Congres Naţional de Tuberculoză

Al II-lea Congres naţional de Tuberculoză a avut loc la Cluj, între 3—5 Iunie crt., cu următoarele chestiuni la ordinea de zi a congresului:

Raportor: D-r S. IRIMESCU: **Principiile de organizare ale armamentului antituberculos** (cu privire specială la condiţiunile din România).

Raportor: Docent D-r L. DANIELLO: **Debutul tuberculozei pulmonare la adult şi diagnosticul ei.**

Coraportori: D-r E. LAZEANU şi A. GEORGESCU: **Elemente radiologice de diagnostic.**

Coraportor: Docent D-r M. Nasta: **Elemente biologice de diagnostic.**

Raportori: Prof. D-r I. IACOBOVICI şi Docent NICHITA: **Artrodeza în tratamentul coxitei tuberculoase.**

* * *

Ciclul de conferinţe medico-militare

Din iniţiativa inspectoratului general sanitar al armatei, a început, la 14 Martie, în amfiteatrul spitalului militar „Regina Elisabeta", un ciclu de conferinţe medico-militare.

In cuvântul introductiv pe care l'a ţinut D-l General dr. Butoianu, a arătat utilitatea acestor conferinţe cari sunt menite să reîmprospăteze cunoştinţele medico-militare şi să pună la punct diferitele probleme după ultimele concepţii în technică sanitară de războiu.

Scopul acestor conferinţe este de a pune la curent pe medicii ofiţeri de rezervă cu chestiunile militare reclamate şi impuse de cerinţele şi nevoile războiului viitor. Conferinţele se ţin în Amfiteatrul Spitalului Militar „Regina Elisabeta" şi la centrul de instrucţie al armatei pentru apărarea gazelor, între orele 10—12, în zilele anunţate mai jos.

Programul acestor conferinţe este următorul:

Luni 6. III. 933. — Farm. Col. GRINŢESCU GH.: Despre industriile noastre şi procurarea materialelor sanitare pentru mobilizare.

Farm. Col. CERBULESCU: Apa şi desinfecţia ei în răsboiu.

Luni 13. III. 933. — Lt. Col. GEORGESCU D. (partea tactică operativă). Med. Col. FALCAN I. (partea sanitară): Dat fiind situaţia la începutul lui Sept. 1916 şi felul cum s'a desfăşurat operaţiunile în timpul bătăliei dela Sibiu, să se arate cum ar fi trebuit să fie organizat S. S. şi cum ar fi funcţionat el în cadrul M. U., A., C. A. şi Divizii, cari au luat parte la operaţiuni.

Luni 27. III. 933. — Farm. Col. GRINŢESCU GH.: Organizarea Serv. Farmaceutic militar în alte ţări.

Luni 27. III. 933. — Maior NICOLAU C.: Date sumare asupra organizărei şi doctrinei de luptă a armatelor vecine (rusă, ungară şi bulgară) şi în special organizarea şi funcţionarea S. S. în timp de răsboiu (după buletinele de informaţii ale M. St. Major.

Luni 3. IV. 933. — Med. Col. IANCOVESCU: Mijloace moderne întrebuinţate în evacuarea răniţilor în răsboi.

Luni 24. IV. 933. — Med. Col. SUHĂŢEANU: Arma bacteriologică.

Luni 8. V. 933. — Lt. Col. GEORGESCU D.: Statele majoare ale comandamentelor, cum se pregăteşte şi se lucrează în birouri, din punct de vedere al serviciilor, o operaţiune: „Atacul în cadrul C. A.".

Luni 22. V. 933. — Med. Col. POPESCU: Profilaxia boalelor infecto-contagioase în răsboi.

Marţi 6. VI. 933. — Medic Maior GILORTEANU I.: Chirurgia de răsboi.

Luni 19. VI. 933. — Med. Col. BĂLĂNESCU: Principii generale de terapeutică şi evacuarea gazaţilor.

Luni 4. IX. 933. — Lt. Col. GEORGESCU D.: Continuarea aplicaţiunilor începute în ziua de 13. V. „Retragerea în cadrul Corpului de Armată".

Luni 18. IX. 933. — Med. G-ral COSTEA: Evacuarea răniţilor şi bolnavilor în munţi.

Luni 2. X. 933. — Med. G-ral DIMITRIU D.: Organizarea şi funcţionarea S. S. la Aeronautică (cum este, cum ar trebui şi cum este la principalele armate străine).

Luni 16. X. 933. — Medic G-ral CONSTANTINESCU I.: Organizarea şi funcţionarea S. S. la marină (cum este, cum ar trebui şi cum este la principalele armate străine).

Cei ce doresc a lua parte, vor face o cerere adresată Inspectoratului General Sanitar (Statul Major).

* * *

Infiinţarea unui Cerc de studii de Folclor Medical la Craiova

Incă de anul trecut d-l Prof. D-r I. Cantacuzino dorea să înfiinţeze în România un cerc de studii de folclor medical, în urma hotărîrii luate la congresul de istorie medicală, cu câţiva din reprezentanţii autorizaţi ai medicinei din Sud-Estul Balcanic.

In acest scop d-l Prof. Cantacuzino a venit la Craiova, unde în sala de consiliu a palatului administrativ s'a discutat înfiinţarea acestui cerc. Au luat parte între alţii autorităţile locale şi întreg corp medical.

Cu această ocazie d-l Prof. Cantacuzino a ţinut o conferinţă.

D-sa începe prin a arăta că Craiova oferă o atmosferă foarte prielnică pentru asemenea studii, fiind un centru intelectual mai puternic ca aiurea; al doilea, pentrucă aci în capitala Băniei Oltene, s'au mai făcut asemenea studii. Şi însfârşit, fiindcă aici există şi o tradiţie începută de răposatul D-r Laugier, care, între alte îndeletniciri ale sale, a avut şi pe aceea a cercetării şi adunării de folclor medical pentru cari merite a şi fost numit membru corespondent al societăţii de folclor.

Arată legătura ce există între folclorul medical şi medicina populară.

Poporul este elementul creator al folclorului artistic, literar, muzical, poetic şi deci şi medical.

Compoziţia folclorului medical constă din: credinţă, doctrină, metode, procedee; acestea au format medicina populară.

Pe baza celor profesate de această medicină populară s'a înfiinţat mai târziu şcoalele medicale. Studiul medicinei deci este o creaţie a empirismului folcloric.

Poporul dela ţară reprezintă un câmp intens pentru studiul plantelor în diferitele tămăduiri de boale. Bazată pe aceste consideraţiuni, Societatea Naţiunilor a numit o comisie pentru studiul folclorului medical.

S'au făcut chestionare asupra diferitelor tratamente, descântece, credinţe folcloristice, din cari rezultă felul cum poporul tratează diferite boale, diferite plăgi, etc.

Chestionarele trebuiesc complectate numai în mediul dela ţară şi culese de factorii intelectuali: preoţi, învăţători, moaşe, agenţi sanitari, cari sunt în contact permanent cu poporul.

Trebuie înlăturată influenţa medicinei populare de mahala, care a denaturat în chip grosolan aceea ce poporul a păstrat în curăţenia lui originală.

D-sa face un călduros apel la cei prezenţi, să indice persoanele şi mijloacele pentru realizarea scopului urmărit.

Intervin în discuţie cu lămuriri d-nii: Prof. Nicolaescu-Plopşor; Păr. Gr. Popescu-Breasta, profesor; D-r Hasnaş-Gorj; D-r Viorel Popescu, inspector sanitar, cărora le răspunde d-l Prof. Cantacuzino, mulţumindu-le pentru preţiosul concurs şi făcând urări de progres ostenitorilor în această direcţie.

D-l Prof. Cantacuzino a cercetat apoi dispensarul d-nei D-r Vasiliu, interesându-se de mersul vaccinărilor anti-tuberculoase cu serul B.C.G.

D-l Dr. Plevian, medic primar al municipiului a dat lămuriri,

prezentând o situaţie asupra mersului populaţiei în legătură cu aceste vaccinări, din care rezultă că dela 1927 la 1932, din 6040 născuţi în Craiova, au fost vaccinaţi 4364 copii, ceia ce dă o proporţie de 72,25 la sută.

Morţi, din cei vaccinaţi au fost 648, o proporţie de 18,84 la sută şi nevaccinaţi au murit 549 din 1676, ceiace dă o proporţie de 37,75 la sută.

In medii cu tuberculoză închisă, s'a vaccinat 95 copii, iar în medii cu tuberculoză deschisă 108 copii.

Din aceştia au murit de diferite boale, câte un copil de fiecare mediu. De meningită tuberculoasă au murit 2, iar din cei nevaccinaţi 4 în mediul tuberculos deschis şi 3 în cel închis.

După «Darea de seamă» *a D-lui C.*

* * *

Contribuţia Românească în 1931 la Studiul Tuberculozei

In *„Tuberculoza în 1931"* D-nii D-ri *Doc. Hagiescu* şi *S. Ciorapciu* în „Revista Şt. Medicale" No. 7/1932, trec în revistă toate achiziţiile dobândite asupra tuberculozei în anul 1931.

Desprindem din această revistă generală *Contribuţia românească :*

D. HAGIESCU şi S. DULUGEA (Consid. sur quelques rapp. biochim. dans la tub. pulm. C. R. Soc. Biol. de Buc. 30 Apr. 1931, T. CVII, p. 845; — Cercetări asupra relaţiunilor dintre proteine, calciu, fosfor şi potasiu din sânge în tub. pulm. Bul. Soc. de tub. Rev. Şt. Med. No. 3, 1931, p. 359) dozează concomitent pe acelaşi bolnav proteinele totale, fosforul inorganic, calciul şi potasiul. Din studiul valorilor comparative a acestor substanţe în 2 publicaţiuni ajung la concluziunile următoare:

Pentru a putea decela turburările metabolice în tuberculoza pulmonară cea mai raţională metodă e aceea a dozărei concomitente a mai multor elemente biochimice; numai în acest mod se poate pune în evidenţă un dezechilibru biochimic.

Studiind valorile relative ale Ca, Ph, K şi Prot, conchid că: hipocalcemia relativă e uneori reală, dar nu are nici o valoare diagnostică sau prognostică.

Relaţiunea dintre Ca, Ph se poate exprima sub forma unui coeficient a cărui valoare creşte în raport direct cu starea de rezistenţă actuală a organismului.

Relaţiunea dintre Ca şi K se poate exprima deasemenea sub forma unui raport cu valori mici în formele evolutive.

Prof. MANICATIDE şi ZAVERGIU (Cercetări asupra vaccinului Calmette-Guérin. Imagini radiografice. Rev. Şt. Med. No. 1, 1931, p. 52) au găsit la copiii vaccinaţi şi contacţi cu tuberculoşi reacţiuni hilare şi parahilare, reacţiuni pleurale ce au retrocedat cu timpul.

La copii ne contacţi nimic anormal clinic şi radiografic. Reacţiunile la tuberculină au fost pozitive 20,1%.

NASTA-WEINBERG (Sur la prod. d'anticorps pour diff. antigènes chez les lapins vaccinés avec B. C. G. C. R. Soc. Biologie Paris, 1931, p. 992),

au demonstrat capacitatea B. C. G-ului de a da naştere prin inoculare experimentală la anticorpi specifici şi nespecifici.

Prof. D. NANU-MUSCEL, D. IONESCU şi ŞTEFANESCU au aplicat metoda Loewenstein pe 21 indivizi suferind de rhumatism sau suspecţi de infecţiunea tuberculoasă cum şi pe produse patologice în cari bacilul nu fusese găsit prin examenul direct.

DUMITRESCU-MANTE şi HAGIESCU (Pseudo-sindrom apical în cursul lez. hil. Bul. Soc. de tub. Bucureşti, No. 2, 1931) descriu un pseudosindrom apical în cursul leziunilor hilare. Deseori strigătul de suferinţă al hilului se percepe la vârf; leziunea stă la hil — la nivelul căruia nu se percepe nici un semn stetacustic — dar semnele clinice, prin propagare, se percep la distanţă, la hil. E o eventualitate clinică interesantă pentru diagnosticul de localizare al unei leziuni bacilare.

I. BĂLĂNESCU, ZAMFIR şi VARTIC (Presiunea venoasă periferică în tub. pulmonară. Bul. Soc. de tub. Bucureşti, No. 3, 1931, p. 14) măsurând fără ca să poată stabili vreo relaţie între formele maladiei şi tipurile vegetative. După I. proba vegetativă nu poate servi de criteriu pentru clasificarea tuberculozei pulmonare.

STOIA (Trat. tub. pulm. prin lopion. România Medicală No. 4, 1931, p. 52) a obţinut rezultate favorabile în tratamentul tuberculozei pulmonare prin lopion (auro-allyl-thio-benzol de sodiu).

Col. I. BĂLĂNESCU şi H. TEODOREANU (Colapso-terapia în tub. pulmonară. Primul Congres de Tub. 1931, Bucureşti) la primul Congres de Tuberculoză din Bucureşti, expun într'un documentat raport starea actuală a colapsoterapiei în tuberculoza pulmonară, aducând interesante contribuţiuni personale, iar Popper şi Weber expun accidentele şi complicaţiunile colapsoterapiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S. IRIMESCU şi H. TEODOREANU (Redeşteptarea paludismului latent în decursul pneumotoraxului artificial. Rev. Şt. Medicale No. 7, 1931, p. 965) publică 3 interesante observaţiuni de paludism latent redeşteptat în cursul pneumotoraxului artificial.

N. VASILESCU şi D. BORŞ (Perforaţiile pulmonare în decursul pneumotoraxului artificial. Spitalul 1, 1931, p. 19) expune 6 observaţiuni de perforaţie pulmonară în cursul pneumotoraxului artificial: unele prin integrarea pulmonului şi altele prin tracţiune aderenţială.

DUMITRESCU MANTE şi D. HAGIESCU (Reacţiunea de insuflaţie în pneumotoraxul artificial. Primul congres tub. 1931, Bucureşti) la primul Congres de Ftiziologie din Bucureşti expun opiniunile lor asupra patogeniei febrei ce apare după insuflaţiunile pleurale. Cauza cea mai frecventă ar fi o sensibilizare a pleurei.

M. M. R

* * *

Lupta contra malariei

Staţiunea experimentală dela Gurbăneşti

Spitalul Pantelimon scăpat de plaga ţânţarilor

Se ştie ce pagube imense aduc ţânţarii în economia generală a unei ţări.

Vara, la noi, în toiul muncilor agricole, din cauza paludismului, sute de mii de braţe sunt sustrase dela producţie.

Roma a fost pe timpul romanilor, ameninţată să rămână pustie, din cauza ravagiilor făcute de frigurlie de baltă (malaria).

România, Spania, Italia şi Iugoslavia duc azi o luptă aprigă contra acestui flagel.

Fundaţiunea americană Rockefeller a organizat în foarte multe ţări, instituţii de combaterea malariei.

Această boală, considerată ca flagel social, este propagată prin ţânţari, care transmit boala de la om la om. Deci, lupta pe care o duce civilizaţia este stârpirea pe cale întinsă a ţânţarilor.

La noi, în ultimii ani, s'a intensificat campania antimalarică, nu numai prin tratamentul celor atinşi de această boală, ci şi prin curmarea răului dela rădăcină.

In Italia se procedează pe scară intinsă la secarea bălţilor, pentru că se urmăreşte şi câştigarea de teren.

Procedeul este însă costisitor pentru noi.

STATIA ANTIMALARICA DE LA GURBĂNESTI

La Gurbăneşti (Ilfov) s'a înfiinţat o staţiune de studiat combaterea malariei prin diferite mijloace.

D-l D-r Cornelson, care a studiat în America această chestiune ca bursier al fundaţiei Rockefeller şi e azi la această staţiune, a comunicat că, lucrările dela Gurbăneşti au dat rezultate admirabile.

GAMBUZII INAMICII TÂNTARILOR

Incă de acum 3—4 ani, d-l Prof. D-r Mezincescu a adus din America de sud un fel de peştişori numiţi **gambuzii**, cari distrug ţânţarii. Sunt de o voracitate fără seamăn, mâncând fiecare zilnic mii de larve de ţânţari. Aceşti peştişori nu cresc mai mult de 5—6 centimetri. Ei s'au aclimatizat foarte bine la noi. Nu se înmulţesc prin icre, ca alţi peşti, ci fac direct pui vii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

EXPERIENTA DE LA PANTELIMON

In faţa spitalului Pantelimon este un lac cu multă vegetaţie. Este destul de adânc şi nu poate fi secat uşor. Din cauza ţânţarilor adăpostiţi în vegetaţia lui, locuitorii din împrejurimi suferă foarte mult de friguri de baltă.

Incă din anul trecut s'a împrăştiat în lac o bună parte din **gambuzii** crescuţi la staţiunea dela Gurbăneşti.

Peştişorii s'au desvoltat foarte bine în lacul Pantelimon înmulţindu-se chiar peste aşteptări.

Concomitent s'a tăiat şi vegetaţia cât s'a putut, îngăduind astfel gambuziilor să pătrundă pe toată suprafaţa.

Rezultatul a fost că anul acesta bolnavii şi personalul spitalului Pantelimon au scăpat de plaga ţânţarilor.

C. Or.

(în „Universul" din 28 Decembrie 1932)