279606

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

ANUL X. — No. 1-2/1937

NUMĂR OMAGIAL

DEDICAT

D-lui D-r I. NANU-MUSCEL

PROFESOR ONORAR AL FAC. DE MEDICINĂ

DIN BUCUREȘTI

MEMBRU AL ACADEMIEI DE MEDICINĂ

Biblioteca Universitară Regele Ferdinand I. CLUJ. Nr. 980 1938 EXEMPLAR LEGAL.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUMARUL

I

Pag.

Cronica medicală română 5

OMAGII ADUSE D-LUI PROFESOR I. NANU-MUSCEL CU OCAZIA RETRAGERII SALE DIN INVATAMÂNT 11

Prof. D-r C. BACALOGLU: DIN TRECUTUL SPITALULUI COLTEA — PRECURSORII: NICOLAIE MARCOVICI, GHEORGHE STOICESCU, ION NANU-MUSCEL . . 21

Prof. D. DANIELOPOLU: L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL ET LA CARRIÈRE MÉDICALE; PROJET DE RÉORGANISATION 26

Prof. D-r G. MARINESCU, D-r STATE DRĂGĂNESCU, D-r G. STROESCU și PALADE: BOALA LUI SCHÜLLER-CHRISTIAN (UN CAZ ANATOMO-CLINIC, CU LOCALIZARE CRANIO-VISCERALA) 33

Prof. D-r D. NEGRU: RADIOTERAPIA IN ASTM 46

Prof. TITU VASILIU: PROFESORULUI I. NANU-MUSCEL (1906—1919) . . 53

Agreg. D-r V. CIOCÂLTEU: CAUZE DE GRESEALA IN DOZARILE COLORIMETRICE 57

Docent M. CÂNCIULESCU et R. HIRSCH: SUR LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DU PIGMENT PALUDÉEN — LES ÉPREUVES DE SA CONCENTRATION DANS LE SANG ET DANS LES URINES 71

Docent S. IAGNOV și M. FINKELȘTEIN: SEMIOLOGIA TENSIONALA A INSUFICIENȚEI CARDIACE 75

Docent D-r DIMITRIE IONESCU: CYTOTROPISME SI ORGANOTROPISME . 87

Conf. E. LAZEANU: IMPORTANTA DIAGNOSTICULUI RADIOLOGIC AL STAZEI IN VENELE PULMONARE LA CARDIACI 95

Docent D-r M. NASTA: IMUNITATE SI ALLERGIE IN TUBERCULOZA . . 9

Docent I. PAVEL et PĂUNESCU-PODEANU: COLECYSTITE ET ANGINE DE POITRINE — CONSIDERATIONS CLINIQUES, PATHOGENIQUES ET THÉRAPEUTIQUES . 104

(Urmare pag. 2 cop.)

45.892. SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

pag.

Conf. D-r T. SARAGEA: MODIFICARILE MORFOLOGICE ALE SÂNGELUI IN CIROZA HEPATICA 112

Conf. D-r N. N. STOICHIȚA: AUROTERAPIA IN TUBERCULOZA PULMONARA . 118

Doc. D-r GH. NICULESCU și D-r M. STĂNESCU: REVISTA TERAPEUTICA ANUALA (1 IANUARIE 1936—31 DECEMBRIE 1936) 124

II.

A. — SOCIETAȚI ȘTIINȚIFICE

ACADEMIA DE MEDICINĂ DIN ROMÂNIA — *Şed. din 2 Iunie, 16 Iunie, 24 Iunie, 1 Iulie, 8 Iulie | 1936* 131

B. — REVISTE MEDICALE

Artere . . pag. 136 — *Digestive* . pag. 136 — *Endocrinologie* . pag. 137 — *Ficat* . pag. 140 — *Genito-urinare* . . pag. 140 — *Infecțioase* . . pag. 141 — *Nas* . pag. 142 — *Ochi* . pag. 142 — *Terapeutice* 136

C. — CARȚI — MONOGRAFII — TEZE

OMAGIU Profesorului D. MIHAIL: RECUEIL DE TRAVAUX OFFERTS EN HOMMAGE AU PROF. D. MIHAIL À L'OCCASION DE SON XXV-ÈME ANNIVERSAIRE D'ACTIVITÈ SCIENTIFIQUE. — Cluj, 1936 145

Prof. C. DANIEL: CONTRIBUTIUNI LA REFORMA STUDIILOR MEDICALE IN ROMÂNIA. — Inst. de arte grafice „Eminescu", Bucureşti, 1936 147

Prof. M. KERNBACH: ARCHIVELE INSTITUTULUI DE MEDICINA LEGALA AL UNIVERSITATII DIN CLUJ. — Tip. „Universala", Cluj, 1936 149

Agr. D. PAULIAN: ARCHIVES DE NEUROLOGIE. (COMPTES RENDUS DES TRAVAUX DU SERVICE DE NEUROLOGIE DE L'INSTITUT DE MALADIES MENTALES, NERVEUSES ET ENDOCRINOLOGIQUES DE BUCAREST) I-ère année, Nr. 1 937. „Cultura" Buc. 150

Agr. D-r DUMITRESCU-MANTE: ZECE ANI DE ACTIVITATE (1926-1936) LA DIVIZIA I MEDICALA A SPIT. BRÂNCOVENESC. — Bucureşti, Tip. „Vulturul". 1936. 151

L. STROMINGER: LA COLIBACILLOSE — ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE — Masson, Paris, 1935, prix 45 fr. 152

MARTHE TRANCU-RAINER et OCTAVE VLADUȚIU: RECHERCHES HORMONALES DANS L'ACHONDROPLASIE. — Arch r. de path. exp. et de microb. Tome IX, No. 4 | 1936 . . . . . Recensate de *M. Cânciulescu.* 155

Medic Colonel av. D-r ANASTASIU VICTOR: AVIATIA SANITARA. — 128 pag., numeroase fotografii şi vignete, 1936 . . . Rec. de *Od. Apostol* 156

D-r I. GHIULAMILA: O CARIERA MEDICALA. — AMINTIRI FAPTE SI INDRUMARI DIN 30 ANI DE ACTIVITATE ORTOPEDICA SI MEDICO-SOCIALA. — Vol. 304 pag. Bucureşti 1936 . . . . . Rec. de *I. Rosenstein* 158

III.

INFORMAȚIUNI

I. Congres Internațional de Pyretoterapie „Columbia University New York" 29, 30 şi 31 Martie 1937 160

Les jeudis de la Clinique de St.-Louis 161

Exposition Internationale des Hopitaux de Milano 161

Adunarea generală a societăţii de urologie 162

Săptămâna de gastro-enterologie „Paris, 13, 14, 15 Sept. — Vichy 16, 17, 18 Sept. 1937". (Al doilea congres internaţional de gastro-enterologie) 163

Al doilea Congres Naţional de radiologie şi electrologie din Cluj . . . 164

IV.

TABLA ALFABETICA A PUBL. LABORATOARELOR FARMACEUTICE . I

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ANUL AL X-lea. No. 1-2 1937.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

— ACTA MEDICA ROMANA —

COMITET DE PATRONAJ:

PROF. C. ANGELESCU—PROF. C. DANIEL—PROF D. DANIELOPOLU—PROF. D. GEROTĂ
PROF. C. LEVADITI—PROF. G. MARINESCU—PROF. I. NANU-MUSCEL

DIRECTOR ŞI PRIM REDACTOR:
DOCENT DR. M. CÂNCIULESCU.

COMITET DE REDACŢIE:

Anat. patologică: PROF. T. VASILIU.
Bacteriologie: CONF. D. COMBIESCU.
Cardiologie: AGR. B. THEODORESCU.
Cancer: PROF. E. CRĂCIUN - AGR. A. BABEŞ.
Chirurgie: PROF. IACOBOVICI - AGREG. I. JIANU - AGREG. T NASTA.
Chimie biologică: AGREG. V. CIOCÂLTEU.
Dermato-Sifiligrafie: PROF. S. NICOLAU, V. DRĂGOESCU.
Căi digestive: DOC. I. PAVEL - AGREG. D. SIMICI.
Endocrinologie: PROF. C. PARHON.
Farm.-Terap.: AGREG. G. BĂLTĂCEANU.
Genito-Urinare: PROF. N. HORTOLOMEI
Ginec.-Obstetrică: DOC. E. MATEESCU-I.
Histologie: PROF. I. NICULESCU.
Infecţioase: PROF. M. CIUCA, PROF AL. SLĂTINEANU.
Istoria medicinei: PROF. V. BOLOGA, V. GOMOIU.
Laborator clinic: R. HIRSCH.
Med. socială: DOC. GH. BANU.
Med. exper.: PROF. C. IONESCU-MIHĂEŞTI, S. NICOLAU (INST. PASTEUR-PARIS).
Med. legală: PROF. M. KERNBACH.
Med. militară: GL. A. VASILESCU, COL. G. DIAMANDESCU.
Neurologie: CONF. ST. DRĂGĂNESCU, AGR. D. PAULIAN.
Oftalmologie: PROF. D. MICHAIL, PROF. D. MANOLESCU.
Oto-rino-laringologie: CONF. V. TEMPEA, DOC. I. ŢEŢU, DOC. D. VASILIU.
Pat. internă: PROF. I. ENESCU, PROF. I. HAŢIEGANU, PROF. N. LUPU.
Parasitologie: PROF. G. ZOTTA.
Pediatrie: PROF. M. MANICATIDE, PROF. S. GRAÇOSKI.
Phisioterapie: PROF. P. NICULESCU.
Psihiatrie: PROF. C. URECHIA, PROF. P. TOMESCU, DOC. A. DIMOLESCU.
Radiologie: PROF. D. NEGRU, DOC. A. GEORGESCU, DOC. E. LAZEANU.
Tuberculoza: DOC. S. IAGNOV, DOC. M. NASTA.

Secretari de Redacţie: I. ROSENSTEIN — I. VASILESCU.

COLABORATORI:

GH. I. ALEXIU; M. BACULESCU; V. BISTRICEANU; N. BLAT; V. CERCHEZ; AL. CRĂINICEANU; I. DANIEL; ALEX. DANIEL; DUMITRESCU-MANTE; V. DIMITRIU; I. GAVRILĂ; I. GLĂVAN; PROF. I. GOIA; M. GOLDSTEIN; E. HESSELMANN; N. IONESCU-SISEŞTI; A. IANCU; TRIFON-LICHTER; PROF. I. MINEA; H. MAKELARIE; L. MAYERSOHN; I. MARCU; G. MARINESCU; PROF. MRACZEK; PROF. C. MIHAILESCU; D. NOICA; I. NICOLAU; MEDEA NICULESCU; GH. NICULESCU; G-RAL I. PÂRVULESCU; I. PLĂCINTEANU; M. POPPER; POPESCU-BUZĂU; A. RADOVICI; A. RUSESCU; M. SĂCEANU; L.-COL. SĂRDĂRESCU; T. SARAGEA; H. SLOBOZIANU; C. STANCA; L.-COL. STROIAN; PROF. M. STURZA; DAN TEODORESCU; PROF. I. TUDORANU; PROF. ŢEPOSU; P. VANCEA.

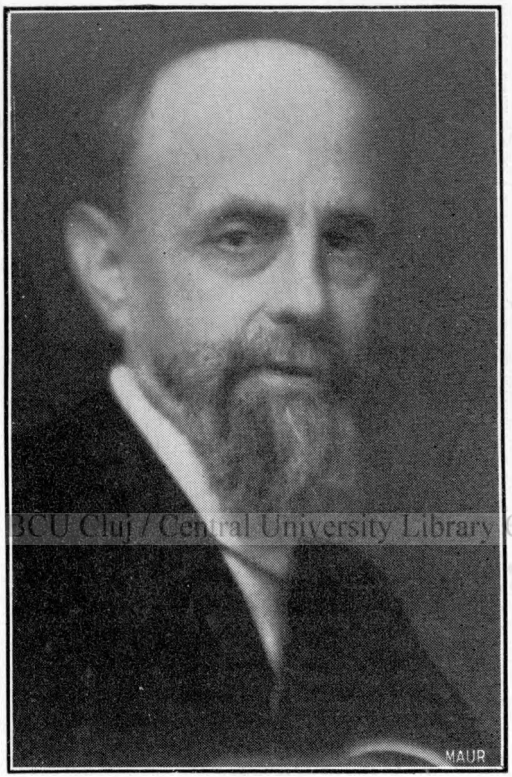
BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Şi, pentrucă vorbele sboară chiar când sunt scrise şi numai faptele rămân, iar aceste fapte, când sunt lăudabile, trebuesc consemnate pentru posteritate, într'un NUMĂR OMAGIAL vor căuta toţi acei cari vă datorează recunoştiinţă pentru tot ce aţi făcut pentru ştiinţa medicală, pentru învăţământul medical românesc şi pentru profesiunea medicală românească, să prelungească sărbătorirea aceasta".

„Mişcarea Medicală Română"

279606

BCU Cluj / Central University Library Cluj



BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r I. NANU-MUSCEL

Profesor Onorar al Facultăţii de Medicină din Bucureşti

Membru al Academiei de Medicină.

„MIŞCAREA MEDICALA ROMÂNA"

sub variatele ei manifestaţiuni, constitue adevărate

ARCHIVE GENERALE DE MEDICINĂ ROMÂNEASCĂ

de cercetat cu folos de toată lumea medicală.

* * *

SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC.

căruia am destinat dela înfiinţarea revistei noastre o rubrică specială, socotim că nu poate fi desprins mai bine decât prin redarea

FOLCLORULUI MEDICAL ROMÂNESC

sub aspectele sale multiple de: credinţe, metode, descântece populare, administrare de plante şi felurite practice de tămăduire a boalelor, etc.

Pe temelia acestui folclor medical empiric de medicină populară s'a aşezat edificiul medicinei noastre ştiinţifice de azi; socotim a face operă tot atât de utilă urmărind pe pământul ţării noastre şi în datinele poporului românesc acest zăcământ folcloristic, prin care venim în contact cu acela al ţărilor şi popoarelor învecinate; pe cât prezentând aspectele variate ale mişcării medicale româneşti din prezent, prin care luăm parte la mişcarea medicală universală.

Folklorului medical i s'a acordat de altfel, în ultimul timp şi în toate ţările, o atenţie deosebită; la noi el a preocupat în deaproape pe marele nostru Prof. D-r I. Cantacuzino, Intemeetorul **„Soc. regale române de istoria medicinei"**, care a înfiinţat şi **„Cercuri de studii de folklor"**, precum cel dela Craiova.

La Congresul Internaţional de Istoria Medicinei, ţinut la Madrid în Septembrie 1935, „Folklorul medical în ţările balcanice" în care se integrează şi folklorul medical al ţării noastre, a format obiectul unui raport general, cu care a fost însărcinat D-l D-r V. Gomoiu, ales în urmă Preşedinte al **„Soc. Inter. de Istoria Medicinei"**.

Pentru revista, care apare la Craiova, în Oltenia, leagănul Românismului, şi publică toate

ACTA MEDICA ROMANA

strângerea folklorului medical se impune şi ca o datorie.

Rugăm stăruitor pe cetitorii revistei „Mişcarea Medicală Română" să ne trimită pentru publicare orice material de asemenea natură.

DIRECŢIA.

CRONICA MEDICALĂ ROMÂNĂ.

Omagierea D-lui Prof. I. Nanu-Muscel.

In ziua de 23 Febr. 1936, a avut loc în amfiteatrul spitalului Colţea din Bucureşti o şedinţă festivă, pentru OMAGIEREA D-lui Prof. I. NANU-MUSCEL, cu ocazia retragerii D-sale din învăţământul activ şi trecerii în cel onorar.

La sfârşitul cuvântării ce am ţinut în numele foştilor săi interni, adăogăm şi în numele revistei „Mişcarea Medicală Română" pe care D-l Prof. I. Nanu-Muscel a onorat-o dintru început cu patronagiul său ştiinţific: „şi, pentru că vorbele sboară chiar când sunt scrise, şi numai faptele rămân, aceste fapte, când sunt demne de laudă, trebuesc consemnate pentru posteritate....".

Această consemnare pilduitoare pentru generaţiile viitoare s-a făcut printr'un VOLUM JUBILIAR, dedicat Profesorului I. NANU-MUSCEL, volum care începe prin reproducerea medaliei comemorative executate de sculptorul Barasky şi a basoreliefului executat de sculptorul Negrulea, şi în care sunt redate scrisorile, printre cari acelea ale D-lor Profesori Marfan şi Sergent dela Paris; şi telegramele primite, caşi toate cuvântările rostite cu acea ocazie; — şi se continuă cu NUMARUL OMAGIAL de faţă, în care între atâtea articole unul reproduce din acele cuvântări acele părţi care fixează mai bine personalitatea şi opera serbătoritului; iar celelalte sunt semnate de către cei cari i-au stat în preajmă imediată.

Colaboratorii numărului de faţă se grupează cu predilecţie în jurul a 2 epoci: epoca anilor 1913—914, care cuprinde personalul medical de atunci al serviciului său dela spitalul Filantropia; şi epoca colaboratorilor săi din urmă, în clinica dela spitalul Colţea.

Câteva alte personalităţi ilustre ale medicinei româneşti, precum D-nii Profesori C. Bacaloglu, D. Danielopolu şi Gh. Marinescu — cari reprezintă fosta sa Clinică a Facultăţii de medicină, Academia de medicină şi Academia română, s'au asociat la această operă de omagiere a meritelor de mare clinician, profesor şi bun român ale D-lui Profesor I. Nanu-Muscel.

Dimensiunile îngrădite ale acestui număr ne-a împiedecat a asocia pe atâţia alţii cari ar fi dorit să-şi aducă omagiul lor.

Absenţa lor nu trebue considerată ca o neglijare din partea noastră; şi nici ca o lipsă de atenţie din partea lor pentru maestrul nostru al tutulor.

Congresul Presei medicale latine.

Veneţia, 29 Sept.—3 Oct. 1936.

La acest Congres, care a avut loc la Veneţia între 29 Sept. şi 3 Oct. 1936, sub preşedinţia D-lui Prof. Giordano David, Senator al Italiei, un mare filoromân, — a cărui prezenţă şi cuvântări calde în ţara noastră în

1932, cu ocazia Congresului internațional de Istoria medicinei, am salutat cu entusiasm, — participarea românească a fost covârșitoare, atât prin numărul celor prezenți, dar mai ales prin calitatea raportorilor.

In fruntea lor a stat D-l Prof. D. Danielopolu, unul dintre cei 5 vice-președinți ai Federației care a organizat acest congres.

D-sa a prezentat un raport intitulat „L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL ET LA CARRIÈRE MÉDICALE; PROJET DE RÉORGANISATION", în care cuprinde și „Practica medicală în țările latine", subiect care figura în chestiunea pusă la ordinea zilei.

La penultimul congres al Federației, din 1934, care a avut loc la Paris, în raportul nostru asupra chestiunei „Technique et présentation d'un journal medical", am făcut o tratare de totalitate, în care am expus nu numai technica cu ajutorul căreia se scrie, ci și aspectele sub care se prezintă un jurnal medical, și am enunțat toate acele chestiuni conexe cu ființa unui jurnal medical.

In raportul său D-l Profesor Danielopolu nu numai a enunțat, dar a și tratat „à fond" pe cele mai multe chestiuni în legătură cu „Invățământul medical", ridicându-se dela noțiunea „Practicei medicale" la concepția „Carierei medicale", în care practica medicală nu este decât o formă, și făcând astfel o admirabilă lucrare de sinteză, în care „Invățământ medical, carieră medicală și cercetare științifică" se înlănțuesc și se condiționează.

Toate aceste chestiuni raportorul le-a privit sub aspectele lor particulare din alte țări latine, dar le-a aprofundat în țara noastră, grație situațiilor speciale pentru studierea lor în care s-a găsit dela 1922, făcând parte din Consiliul sanitar superior, din diferite Comisiuni al Ministerului Sănătății Publice, în calitate de Președinte al Asoc. G-rale a Medicilor din România sau de raportor, însărcinat de guvernământ, al unui proect de reformă sanitară în România.

Lucrarea ce a fost prezentată la Congresul dela Veneția este deci fructul unei îndelungate elaborări, a unei concepțiuni superioare, a unei adaptări juste la nevoile țării noastre, de unde nevoia prezentării și a unui „Proect de reorganizare".

Nu putem intra în cadrul acestei Cronici la prezentarea amănunțită a acestui raport, din care am reprodus prima parte în acest număr; iar în No. 7—8/1936 am prezentat ideile cuprinse într'un proect referitor la o cât mai bună recrutare a profesorilor universitari la facultățile de medicină.

Specificăm numai că, în ceeace privește o bună punere în practică a principiilor medicale în țara noastră, raportorul preconizează o cât mai potrivită adaptare a învățământului medical la rostul general al medicinei și la formarea medicilor, precum și o cât mai strânsă coordonare a diferitelor Instituțiuni de asistență publică, pentru a nu se irosi în zadar fondurile disponibile și pentru a se creia instituțiuni comune bine utilate.

„L'enseignement médical, la carrière médicale et la recherche scientifique doivent être organisés ensemble et en étroite collaboration.

„L'enseignement médical ne peut être fait qu'en accord parfait avec l'organisation sanitaire de la médecine préventive et de la médecine curative.

„La pratique médicale n'est qu'une partie de la carrière médicale, et le médecin embrasse la plupart du temps plusieurs de ces occupations.

„Caractère technique et scientifique de la santé publique — première condition d'une bonne organisation sanitaire.

„La médecine est et reste une science; la faculté de médecine ne doit pas être une simple école pratique destinée à former des professionistes; elle doit être aussi une Institution de recherches et l'on ne doit recruter son personnel enseignant que parmi les hommes de science".

Iată câteva din ideile conducătoare cari justifică deferența particulară cu care a fost primită de către congresiști expunerea sumară pe care autorul a făcut-o raportului său în fața membrilor congresului.

In legătură cu acest raport D-l Prof. E. Crăciun a adăogat că: educația medicală de astă-zi cere o formare din ce în ce mai desvoltată în direcția laboratorului; — cea ce presupune însă lucru continu, de fie-care zi și care nu s'ar putea face în prezent decât sub forma unui stagiu la finele externatului sau internatului; — în acest fel s'ar păstra și legătura organică, de lucru, cu spitalul, asigurând o prealabilă formare clinică.

D-sa socotește absolut indispensabilă satisfacerea acestor 2 condiții, pentru-ca stagiul de laborator, în anatomie patologică și citologie, bacteriologie sau chimie biologică, să fie realmente de folos.

Au mai fost însărcinați a prezenta rapoarte la acest congres, D-nii Prof. D-r V. Bologa, „POUR UNE HISTOIRE DE LA PRESSE MÉDICALE ROUMAINE", dar, din cauză de boală neputând termina la timp lucrarea, a făcut să apară în Buletinul Congresului un resumat al Cap. I și III ale raportului său, în cari presintă „Inceputurile presei medicale românești în vechiul regat (1844—1914)" și „Situația presei medicale a României mari, imediat după războiul mondial (1919—1925)"; i-au lipsit Cap. II „Presa medicală românească în timpul războiului mondial" și Cap. IV „Presa medicală românească în ultimii 10 ani (1925—1935)", asupra căreia totuși anticipează într'o notă finală, făcând mențiune specială despre „apariția excelentei reviste de medicină generală, Mișcarea medicală română".

D-l D-r V. Gomoiu, celalt raportor pentru România, a prezentat o primă fasciculă a „ISTORIEI PRESEI MEDICALE IN ROMÂNIA", care a fost întregită ulterior într'o monumentală lucrare de 740 pag., asupra căreia am ascultat preludând în modul cel mai elogios pe președintele Congresului D-l Prof. D. Giordano și pe care o vom analiza în numărul viitor.

Congresul medicilor legiști.

In cursul lunei Decembrie 1936, a avut loc la Institutul medico-legal din București CONGRESUL MEDICILOR LEGIȘTI DIN ȚARA, sub președinția D-lui Prof. D-r N. Minovici.

Au luat cuvântul numeroși medici, cari au expus situația precară, din punct de vedere al salarizării medicului legist, care nu face clientelă particulară; — precum și insuficiența legilor existente cu privire la serviciile medico-legale de pe lângă tribunale, pentru a căror organizare și funcționare, o comisie a fost însărcinată să stabilească principiile de bază; — s-a mai hotărît a se interveni pe lângă Ministerul Armatei ca în caz de războiu, medicii legiști să fie repartizați pe lângă Curțile Marțiale.

Intr'un „Memoriu" medicii legiști și-au cuprins doleanțele, între cari: să li se fixeze un salariu cel puțin egal cu al unui președinte de tribunal, la care să se adaoge gradațiile corespunzătoare; — să se acorde o diurnă de 300 lei pe zi în zilele de deplasare; — să se creeze pe lângă fiecare serviciu medico-legal din țară, un post de agent sanitar autopsier; — și să se

întocmească o lege specială care să reglementeze funcționarea serviciilor medico-legale de pe lângă tribunale.

La sfârșit s-a hotărît constituirea unei „Asociații a medicilor legiști" sub președinția D-lui Prof. Nicolae Minovici, secretar general fiind D-l D-r T. Vasiliu, numindu-se o comisie pentru elaborarea statutelor și regulamentului referitor.

Reviste medicale românești.

PRAXIS MEDICI, în subtitlu GYAKORLO ORVOSOK SZAKLAPJA, și REVISTA MEDICALĂ, în subtitlu ORVOSI SZEMLE sunt 2 periodice medicale, cari apar în țara românească, dar nu sunt românești, și pe cari le primim în „Schimb", cu revista noastră.

Prima apare la Temișoara, se află în al XIV-lea an de existență, și în afară de titlul principal, care și acela este străin, nu prezintă nimic românesc, nici în formă (limbă ungurească), nici în spirit (cele mai multe articole sau recensii sunt destinate autorilor străini: nemți sau unguri), nici mai ales în tendințe.

Totul este ungurisat; până și numele; astfel am văzut într'un număr pe distinși noștri medici Petre Tomescu și Demetru Paulian chemați pe nume, Petter și Demeter; pronumele a rămas deocamdată neschimbat.

A doua apare la Cluj, se află în anul al X-lea de existență, și cași prima apare lunar.

Pe când multe reviste românești, deși excelente, de-abia apar la 2—3 luni.

Ambele sunt pline de reclame farmaceutice; traduse și acelea în ungurește.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este drept că mai mult ale caselor străine de limbă și neam.

In fie-care țară există periodice medicale sau de altă natură, scrise într'o limbă străină, de obiceiu universală; destinate mai ales străinătății, dar nu străinilor din țara lor, cărora trebue să li se servească limba țării, ca măcar pe această cale să o învețe.

Nu ne trece prin gând a face șovinism medical (medicul și bolnavul eșind de sub multe tutele); mai ales în coloanele revistei acesteia de ordin strict științific; dar sunt anumite limite cari nu trebuesc depășite, mai ales când ele prezintă puncte nevralgice.

„Știința n'are patrie, dar omul de știință are una" a spus Pasteur și ne-o reamintește adesea marele nostru savant, D-l Prof. G. Marinescu; or, medicina rămâne o știință, chiar dacă medicul nu întrunește întotdeauna calitățile omului de știință, ci face mai mult artă.

Ar fi de dorit ca măcar titlurile să fie scrise și în românește; iar cuprinsul să fie prezentat în resumat românesc.

Și mai ales distinșii autori români, care își trimit sau lasă să li se publice articole în asemenea reviste, să nu îngădue a fi traduse.

IAȘUL MEDICAL, în schimb, al cărui prim număr a apărut în Decembrie 1936, este o revistă medicală asupra căreia ne oprim cu mare plăcere

Mai întâi răspunde unei necesități vii, chemată fiind a representa organul centrului medical universitar care este Iașul, precum Clujul Medical represintă facultatea din Cluj.

Se prezintă sub o factură variată şi într'o ţinută strict ştiinţifică şi profesională, care o va face să satisfacă cerinţe multiple.

Incepe cu cultul părinţilor, al părinţilor sufleteşti, al „Profesorilor noştri" (în primul număr este prezentat d-l Prof. I. Tănăsescu, marele chirurg; în al II-lea d-l Prof. Alex. Slătineanu, marele nostru bacteriolog şi higienist) — cea ce este de bun augur, şi termină cu o bogată notă informativă care trezeşte interesul mai multora.

Micile scăderi sunt inerente începutului, ele vor dispare cu vremea şi când tripartita „Direcţie" se va unifica; atunci vor dispare de sigur dela colaborare şi unele capitole nosologice artificiale, precum „Medicina presimptomatică"; „Malaria" va reintra în cadrul Medicinei Sociale; „Chirurgia de urgenţă", în acela al Chirurgiei generale; — Cancerul nu se va trata numai chirurgical; — Histochimia va intra la Histologie, sau la Chimie biologică; — iar distinsul domn Inspector general sanitar, Th. Bulău nu va mai figura la 4 rubrici, ci va putea în cadrul uneia singure să expună cunoştinţele sale multiple.

Societăţi medicale româneşti.

In cursul lunei Martie a avut loc la Spitalul central de boli mintale şi nervoase din Bucureşti, prima şedinţă a SOC. DE PSICHIATRIE care continuă Secţiunea de Psichiatrie a vechei Soc. române de Psichiatrie, Neurologie, Psihologie şi Endocrinologie, aceasta din urmă constituindu-se deja mai de mult în SOC. DE ENDOCRINOLOGIE sub preşedinţia D-lui Prof. C. Parhon.

In urma propunerii D-lui Prof. P. Tomescu, directorul clinicei de psichiatrie a fac. de medicină din Bucureşti, ca omagiu adus întemeetorului psichiatriei ştiinţifice în ţara noastră, D-l Prof. A. Obrejia a fost ales prin aclamaţie ca preşedinte al noi Societăţi, Comitetul întregindu-se cu D-nii Prof. P. Tomescu, D-r D. Noica, D-r Gh. Preda şi D-r Gr. Odobescu, ca vice-preşedinţi; D-ni D. Paulian şi A. Popea, ca membri în comitet; D-r I. Constantinescu, ca Secretar General; D-rii Seb. Constantinescu şi A. Dinulescu, ca secretari de şedinţă.

S'au făcut apoi numeroase comunicări, dintre cari parte vor fi prezentate la rubrica recensiilor.

SOCIETATEA DE MEDICI ŞI NATURALIŞTI DIN IAŞI, care a intrat în cel de al 105 an de existenţă, fiind cea mai veche societate medicală românească, a desvoltat şi în anul trecut o bogată activitate ştiinţifică, sub conducerea eminentului Prof. Gh. Tudoranu, preşedintele comitetului de direcţie.

Dintre interesantele comunicări făcute, prezentăm recensii chiar în numărul de faţă.

Nu avem încă date asupra activităţii generale din anul trecut; va fi fost desigur cel puţin la înălţimea celei din anul precedent, în care s-au făcut în 15 şedinţe ştiinţifice, de către 41 membri, 104 comunicări; şi d-l Conf. I. Alexa, Secretarul general al Societăţii mai adaogă în darea sa de seamă asupra activităţii ştiinţifice în 1935, că participarea mijlocie la şedinţe a fost de 22 membri, numărul cel mai mic fiind 17, iar cel mai mare 28 — cea ce nu este întotdeauna cazul altor Societăţi medicale ştiinţifice din centrele noastre universitare.

Amintim că Societatea face să apară LA REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE IASSY, în care se publică şi BULETINUL societăţii, şi

care se află în al 48-lea an de existenţă, — şi are un MUZEU DE ISTORIA NATURALĂ, care ajută la instruirea tutulor şcolarilor din Iaşi.

SOC. ANATOMO-CLINICĂ DIN BUCUREŞTI, care a fost precedată de „CERCUL ANATOMO-CLINIC" înfiinţat în 1935, poate fi considerată ca o continuare a „SOC. ANATOMO-CLINICE DIN IAŞI", înfiinţată şi condusă mulţi ani de către D-l Prof. C. Bacaloglu.

Această Societate, condusă cu competinţă şi energie desăvârşită de către D-l Docent I. Stoia, îşi publică „BULETINUL" în „REVISTA SPITALELOR", o altă revistă medicală de dată recentă, a cărei prezentare am făcut-o în numărul precedent.

Din „Darea de seamă" asupra activităţii Societăţii în anul 1936, făcută de către D-l D-r P. Stănciulescu, Secretarul general, vedem că s'au ţinut 17 şedinţe ştiinţifice, în cari s'au făcut 87 comunicări, din toate domeniile medicinei, multe din ele de mare valoare.

SOC. ŞTIINŢELOR MEDICALE DIN ORADEA, situată în provincie este o altă societate medicală ştiinţifică, înfiinţată în 1925, a cărei activitate trebueşte subliniată; — ca orice societate, şi aceasta prezintă oscilaţiuni; dar meritul ei de a persista, într'un oraş din provincie şi încă dela graniţa ţării, este cu atât mai de laudă.

Societatea îşi publică „Buletinul" în revista „VESTUL MEDICAL", care reprezintă „Buletinul Soc. Medicale Ştiinţifice de la graniţa de Vest".

Din Martie 1936 Societatea este prezidată de D-l D-r I. Glăvan, care conduce şi publicaţia „Vestul Medical".

Sub imboldul său, Societatea s'a redresat şi a desvoltat în anul trecut, o activitate meritorie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este ocazia să insistăm aci asupra personalităţii acestui distins membru al Corpului medical românesc, oftalmolog de seamă, premiat al Academiei Române, care desvoltă în colţul său de provincie o activitate medicală ştiinţifică de cea mai bună calitate şi îndeplineşte în acelaş timp o operă de bun român.

*

D-l Docent D-r Ion Marcu, cu ocazia unor cercetări întreprinse în Laboratorul de fiziologie al Universităţii din Cairo a ţinut 2 conferinţe: prima la Reuniunea fisiologică la 31 Ian. a avut de subiect „Despre reacţiuni amfotrope şi reflexul sino-carotidian", cea de a doua, la 19 Febr. s'a ţinut sub auspiciile lui Egyptian Medical Association şi a tratat despre „Reprezentarea electro-cardiografică a ventricului stâng şi drept".

La discuţia celei de a doua, D-l Prof. Anrep, care este membru al Academiei Britanice şi de atunci a fost ales ca membru corespondent şi al Academiei de Medicină din România, a găsit prilejul să elogieze pe D-l Prof. Danielopolu, care printre primii a înţeles utilitatea unui laborator de fiziologie alăturat pe lângă o clinică.

* * *

Despre **„Parlamentul medical românesc"** şi **„Cursurile de perfecţionare pentru medici"**, iniţiate de Filialele din Cluj şi Iaşi ale „Asociaţiei Docenţilor fac. de medicină" din ţară şi de continuat în cadrul aceleiaşi Asociaţii generale a Docenţilor, în toamnă la Bucureşti, cu concursul activ al Ministerului Sănătăţii Publice şi sub egida Academiei de Medicină — vom scrie în „Cronica" viitoare.

M. Cânciulescu.

OMAGII ADUSE D-LUI PROFESOR I. NANU-MUSCEL CU OCAZIA RETRAGERII SALE DIN INVAŢĂMÂNT

„In ziua de 23 Febr. 1936 a avut loc în Amfiteatrul mare al Spitalului Colţea sărbătorirea D-lui Profesor I. Nanu-Muscel, cu ocazia retragerei sale din învăţământ. Colegii, amicii şi elevii din toată ţara au adus cu această ocazie omagiul lor de recunoştinţă şi admiraţie Maestrului şi Indrumătorului neobosit al atâtor generaţii de medici, oferindu-i în acelaş timp o medalie comemorativă".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din volumul omagial dedicat „PROFESORULUI I. NANU-MUSCEL".

„Toţi cei cari au avut fericirea să te asculte şi să urmeze clinicile, pe cari le-ai profesat un lung şir de ani la spitalul Colţea, cu atâta competenţă şi cu marele bun simţ al clinicianului de rasă, vor conserva, sunt convins, o amintire neştearsă, nu numai de savantul modest, dar şi de omul de inimă, a cărui bunătate era un balsam pentru toţi cei suferinzi.

Eşti un clinician născut, iar nu făcut".

Din *„Scrisoarea* D-lui Profesor C. Angelescu" *Ministru* al *Instrucţiunii publice.*

„Ţi-am devenit elev, într'adevăr externul Ion Nanu se bucura de o consideraţie specială atât din partea Profesorului, cât şi din partea şefului de clinică Marfan şi a internului Appert.

Nu mă prinde mirarea că astăzi, când în a doua mea calitate de coleg şi rector al Universităţii să te văd considerat ca cel mai mare clinician al nostru, demn urmaş al Profesorului Marcovici, al Profesorului Stoicescu, pe care poate i-ai întrecut".

Din *„Cuvântarea* D-lui Prof. N. Gheorghiu" *Rector* al *Universităţii din Bucureşti.*

„Ca Medic Primar, numit prin concurs la 1899, a servit ca model tinerilor medici ai Eforiei.

Ca Profesor, timp de 36 de ani a ilustrat catedra atât prin lucrările sale ştiinţifice, cât şi prin metoda sa didactică, specifică spiritului francez, unde 'şi-a făcut educaţiunea Profesorul Nanu-Muscel la marile somităţi medicale ale şcoalei din Paris. Zic specifică spiritului francez, pentrucă în clinica Profesorului Nanu-Muscel a dominat întotdeauna metoda admirabilă a învăţământului practic la patul bolnavului".

Din „*Cuvântarea* D-lui Profesor I. Bălăcescu" *Efor al Spitalelor Civile* şi *Decan al Facultăţii de Medicină din Bucureşti.*

„Sărbătorim astăzi pe una dintre cele mai mari glorii ale medicinei româneşti, pe unul din conducătorii învăţământului medical, care a învăţat şi a îndrumat zeci de generaţii de medici.

Învăţământul clinic al profesorului N a n u începe mult înainte de a fi fost numit Profesor. Este poate cea mai frumoasă din cariera sa, epoca acela când fără să facă parte din învăţământ, numai ca medic primar la Filantropia, ţinea lecţiunile sale la patul bolnavului în faţa unor elevi benevoli. Şi lecţiunile sale erau făcute cu atât mai mult entuziasm cu cât ştia că cei cari îl ascultau n'aveau nici o obligaţiune să-i frecventeze serviciul.

Şi Profesorul N a n u a fost unul dintre acei care nu s'a închis în cadrul clinicei vechi, care a căutat să desvolte în clinica sa acel exemplu de organizaţiune ce vedem astăzi, care a întrebuinţat în clinică toate metodele de diagnostic şi de tratament moderne.

Dar de altă parte, din întrebuinţarea acestor metode, el nu face decât să complecteze examenul dela patul bolnavului.

Primul diagnostic la patul bolnavului, completarea sau ratificarea lui prin celelalte metode, aceasta este caracteristica clinicei româneşti la stabilirea căreia a contribuit aşa de mult Profesorul N a n u.

Profesorul N a n u mai are încă un mare merit în ştiinţa românească. El este unul dintre acei care imediat după războiu au înfiinţat Societatea Medicală a Spitalelor din Bucureşti, Societate care a dat roadele cele mai bune şi ale cărei comunicări aşa de interesante sunt astăzi citate în lumea întreagă.

Activitatea Profesorului N a n u cuprinde trei faze, aceia de medic primar, aceia de profesor de clinică şi aceia de membru al Academiei de Medicină".

Din „*Cuvântarea* D-lui Profesor D. Danielopolu" *Secretar general al Academiei de Medicină din România.*

„Ca Profesor onorar, acest Nestor al clinicei medicale va fi de sigur, şi i-o urăm din toată inima, folositor încă mulţi ani Facultăţei de Medicină şi Serviciului Clinic din Spitalul Colţea care se va inspira şi mai departe de exemplul şi marea lui experienţă clinică.

De sigur, personalitatea lui Nanu-Muscel s'a desvoltat mai cu seamă pe lângă Landouzy şi Peter, de oare ce era atras de problemele aşa de interesante ale medicinei interne. Aceşti doi mari clinicieni, care au făcut epocă în istoria medicinei franceze i-au imprimat viziunea clară a bolnavului, concepţiunile largi şi luminoase de patologie generală şi de sigur dela Peter a luat acel spirit de minuţioasă critică, aplicată şi celorlalţi şi pentru sine şi care au imprimat vieţei întregi un caracter de probitate şi conştiinţiozitate.

Nanu-Muscel publică cu şeful de clinică a lui Peter, cu acela ce era să devină mai târziu celebrul Profesor Marfan, două lucrări importante:

„Recherches bacteriologiques sur les cadavres de nouveaux-nés et d'enfants de premier age" (1892) şi „les Associations microbiennes dans la choléra" (în Bulletin de l'Acad. de Méd. Sept. 1892).

Acelaşi subiect amplificat îi serveşte ca punct de plecare tezei sale „Notes sur le choléra de 1892 observèes à l'hôpital Necker".

Eram student în primii ani, la Paris, când Nanu-Muscel şi-a susţinut teza sub Preşedenţia lui Peter. Mi-aduc aminte că am asistat cu românească mândrie la susţinerea acestei teze remarcabile, cu observaţiuni culese pe când fusese însărcinat cu conducerea pavilionului de cholerici alipit clinicei dela Necker.

Mai trebue să relevez că el a personificat în învăţământul clinic al Facultăţei de Medicină din Bucureşti, punctualitatea, simţul datoriei, examenul amănunţit al bolnavului până la cele mai mici detalii şi imensa dragoste şi compătimire pentru omul care suferă. A realizat în cursul vieţei sale dictonul latin: Homo sum, humani nihil a me alienum puto.

In volumul de „Clinici medicale" publicat anul trecut împreună cu harnicii lui elevi a rezumat o bună parte din învăţământul său clar şi luminos.

Din *„Cuvântarea* D-lui Prof. C. Bacaloglu" *Director al Institutului Clinico-Medical B.*

„In atmosfera acestei sărbători senine de dragoste, se simte plutind un duh curat şi înălţător, care te pătrunde şi te întăreşte, făcându-te mai optimist: este conştiinţa luminoasă a datoriei îndeplinite, cu care încheiaţi o muncă apostolică a unui profesor, a unui medic şi a unui Om. Trei nezuinţe cari se sbat în acelaş piept, aşa de armonios, pentruca nici un moment una să nu strice celelalte!

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ceeace noi am învăţat dela D-voastră, în primul rând este iubirea de carieră, cât şi iubirea şi respectul bolnavului: bolnavul trebuind să fie considerat nu ca un obiect de studiu, ci ca un om care sufere, şi prin suferinţă, are dreptul la cruţare şi îngăduinţă, iertându-i-se multe greşeli. Bolnavul nu trebue obosit în timpul instrucţiei şi al studiului, decât cu grijă mare, şi atât cât instrucţia nu-i strică lui, ci din contră poate aduce lămuriri utile vindecării lui. Bolnavul nu trebue să servească de experienţă, cu riscul înrăutăţirei stării lui, şi medicul nu trebue să pue interesul, fie el ştiinţific, deasupra binelui bolnavului. Mi-au rămas întipărite aceste cuvinte spuse cu o strălucire de supărare în ochi, contra celor ce înfrângeau câteodată aceste dispoziţiuni, medicul să fie în slujba bolnavului, şi nu altfel „Primo non nocere".

Cu aceeaşi scrupulozitate ne-aţi deprins în cercetările ştiinţifice: cercetarea să fie sinceră, meticuloasă şi critică, iar publicaţiile să fie făcute când cercetările sunt gata şi doveditoare nu dubioase; mai bine mai puţin şi bun decât mult şi discutabil, sau numai pentru a se umplea pagini multe şi a semna numele. Acelaş îndemn la muncă serioasă şi la scrupulozitate ca şi în practicarea medicinei".

Din *„Cuvântarea* D-lui Profesor Titu Vasiliu" *în numele Facultăţii de medicină din Cluj.*

„In numele celor 400 colegi care şi-au sacrificat viaţa pentru a scăpa pe a luptătorilor — pe care încă îi mai reprezint pentru scurtă vreme pe pământ, îţi mulţămesc de munca şi apostolatul pe care l'ai pus alături cu ei.

Dar mai am a-ţi adresa o urare din partea unei societăţi al cărei fundator eşti, împreună cu un număr de entuziaşti şi al cărei vicepreşedinte ai

continuat a fi în Comitetul general încă dela început, anume Societatea de hidrologie şi climatologie medicale. Nu ai ezitat nici o dată a veni alăturea de noi oricând aveam nevoe de o reconfortare, de un sprijin moral şi colegial.

Societatea, prin mine preşedintele ei, te rugăm mult să primeşti calitatea de preşedinte al ei de onoare, primul în asemenea onoare pentru ea.

Rostul D-tale nu s'a închis prin eşirea la pensie: nu numai că ai dreptul să te bucuri de ceeace ai semănat, dar ai încă ani de conducere sufletească care este cea mai folositoare pe câmpul educaţiei şi colegialităţii medicale".

Din *„Cuvântarea* D-lui General D-r Vicol" *în numele Societăţii de Hidrologie şi Climatologie Medicală.*

„Corpul Sanitar Militar aduce prin mine, salutul călduros şi respectos ilustrului Profesor, care timp de 30 de ani, a contribuit, într'o largă măsură, la educaţia medicală şi profesională a ofiţerilor sanitari.

Cu plăcere anunţ că primul student, care a lucrat teza în clinica marelui Profesor Nanu Muscel, a fost un student militar, actualmente Medicul Colonel Oţelescu, Medicul Şef al Diviziei 8-a Cernăuţi, care a studiat — Triunghiul lui Grocco — (în pleurezia exudativă).

In timpul războiului de întregirea neamului, profesorul nostru iubit, cu toate că putea rămâne în Bucureşti şi-a părăsit locuinţa şi s'a transportat la Iaşi, unde, în calitate de medic mobilizat, a dat un mare concurs la luarea măsurilor profilactice şi curative în nimicitoarea epidemie de tifus exantematic".

Din *„Cuvântarea* D-lui Medic General D-r Raianu" *Inspector General al Serv. Sanitar al Armatei.*

„D-l Prof. Nanu-Muscel a fost un şef, care ne-a făcut să simţim totdeauna în serviciu existenţa unei ierarhii. Deşi perfect cordial D-sa a ştiut să stabilească distanţe. Nu s'a coborît niciodată dela înălţimea dela care profesa, dar nici nu ne-a dat să înţelegem vre-odată, că distanţa dela noi la D-sa ar fi de neparcurs.

Ne-a mărit încrederea în noi înşine, însuflându-ne iluzii, pe cari ne simţeam obligaţi să le preschimbăm în realităţi şi ne-a lăsat liberi în cariera noastră să alegem drumuri dela capătul cărora să putem scruta zări şi măsura perspective.

M'am întrebat adesea: cărui miracol se datora acea veşnică, neîntreruptă şi activă forfoteală de albine harnice, a doctorilor, studenţilor şi studentelor, care ani de ani, generaţii după generaţii, alţii şi mereu alţii, se perindeau, se împleteau şi se înlocuiau în saloanele clinicei medicale ale Spitalului Colţea?

Nu odată ni s'a întâmplat, ca înainte de începerea vizitei ,să fim chemaţi în cancelaria clinicei, noi toţi foştii colaboratori ai D-lui Prof. Nanu şi să-l vedem scoţând din ghiozdan un volum proaspăt citit, ori din buzunarul hainei o hârtie pe care D-sa îşi notase seara în liniştea bibliotecei, ce anume cercetări trebue să mai facem şi în care anume direcţii trebue să mai lucrăm, pentru a fi folositori vre-unui bolnav, pe care-l examinase în ziua precedentă şi a cărui imagine nu-l lăsase rece, ci îl urmărise până şi în intimitatea căminului. Şi nu odată ni s'a întâmplat să-l vedem chinuit de un diagnostic fără soluţie şi de aplicarea unui tratament fără efect.

Influenţa educativă a D-lui Prof. Nanu-Muscel asupra studenţilor, a fost datorită acelei înalte şi ascuţite conştiinţe profesionale, acelui simţ veşnic treaz al datoriei împlinite, acelei mile creştineşti pentru bolnavi, acelei munci sărguitoare şi acelei sete nepotolită de cunoaştere.

D-sa a fost un mare meşter făuritor de destine. Foştii elevi ai D-sale reprezintă o vastă familie clinică răspândită în tot cuprinsul ţării.

Cât despre influenţa pe care D-l Prof. Nanu a exercitat-o asupra destinelor noastre, colaboratorii D-sale cei mai apropiaţi, ea s'a tradus în afară de exemplu veşnic viu al virtuţilor D-sale şi prin posibilitatea pe care ne-a dat-o de a ne complecta fiecare dintre noi instrucţia în străinătate în specialitatea noastră. D-sa s'a dispensat astfel rând pe rând de serviciile noastre un an, doi, trei şi chiar patru ani pentru unii dintre noi. Procedând astfel d-l Prof. Nanu ne-a lăsat liberi să alegem drumuri, dar întâmplarea sau o ascunsă voinţă a D-sale a făcut ca toate aceste drumuri să fie totuşi convergente. Când perigrinările noastre s'au terminat, noi reprezentam cu toţii laolaltă, fiecare în specialitatea lui, o unitate clinică pusă în serviciul bolnavului.

La venirea d-lui Prof. Nanu-Muscel în clinica medicală a spitalului Colţea, funcţiona în această clinică un singur laborator, iar la retragerea D-sale la onorariat, D-sa a lăsat în urmă-i 7 laboratoare în stare de funcţionare.

E drept că în fostul serviciu al d-lui Prof. Nanu-Muscel exista o erarhie şi se stabiliseră distanţe, dar cu toată această erarhie D-sa avea pentru noi, colaboratorii D-sale, o călduroasă afecţie, care făcea ca să nu simţim răceala distanţei.

Retrăgându-se la onorariat D-sa şi-a manifestat această afecţie recomandându-ne cu toată căldura, exagerându-ne chiar meritele, domnului Prof. C. Bacaloglu succesorul D-sale la catedră, la care am găsit aceiaşi largă înţelegere, aceiaşi umană şi generoasă concepţie clinică, aceiaşi atmosferă morală şi aceiaşi acută preocupare de ştiinţă şi progres.

Socotesc că nu greşesc şi că sunt cu totul în asentimentul colegilor mei, dacă relovez acest discret gest şi această tacită înţelegere între fostul şi actualul nostru şef, şi dacă exprim în această împrejurare d-lui Prof. Bacaloglu aceleaşi omagii.

Vă ofer domnului profesor în numele admiratorilor şi foştilor colaboratori ai Dv., ca o expresie a sentimentelor lor de gratitudine, această medalie comemorativă executată de sculptorul Barasky şi acest basorelief executat de sculptorul Negrulea".

Din *„Cuvântarea* D-lui Agregat D-r V. Ciocâlteu" *în numele elevilor şi colaboratorilor* Profesorului Nanu-Muscel, *din Clinica Medicală a Spitalului Colţea.*

„Incât mie îmi rămâne o altă latură, aceea a unui vechi şi iubit prieten cu care am copilărit şi cutreerat munţii şi cu care am împărtăşit necazurile şi suferinţele cerute, pentru el, de înfiinţarea „Tinerimei Române", al cărui membru fondator este, iar pentru mine, de a o face ceea ce este astăzi şi pe care o reprezint în mijlocul D-voastră.

D-r Nanu-Muscel cu cuvântul şi cu fapta a ajutat pe cât a putut această instituţie de cultură naţională.

Lui, deşi profesiunea l-a absorbit cu totul, i-a fost scump patriotismul şi nu a pregetat niciodată de a-şi arăta tot interesul pentru orice mişcare serioasă naţionalistă.

Pentru patriotismul lui, pentru serviciile aduse „Tinerimei Române" şi pentru vechia noastră prietenie în numele „Tinerimei Române" ofer medalia de aur în semn de admiraţie şi nemărginită dragoste".

Din *„Cuvântarea* D-lui N. Dumitrescu" *în numele Soc. Tinerimea Română.*

„Eu iau cuvântul în numele foştilor D-stră interni.

Ei au fost cei mai în măsură să vă cunoască sub aspectul medicului de spital, Şef de serviciu; pentru-că şi-au împelit zi de zi viaţa lor spitalicească cu a D-tră, pe rând fie-care an cu an; an întreg, pentru-că teza nu-l ispitea pe niciunul să-l scurteze; ci, până să o treacă, să-l mai prelungească; aceşti veterani, decani ai internilor, de regulă primii la clasificaţie, aşteptaseră 3 ani, până să le vină la alegere serviciul D-tră în anul al 4-lea.

In fiecare zi v'au întâmpinat în cancelaria Serviciului la ora 9, precis: intern şi supraveghetoare; el trecând consemnul, la finele de an, celuilalt; dânsa, respectabila D-nă M. Anghelescu, a cărei amintire a rămas pentru ei strâns legată de serviciu, în mod permanent; — răspundeau astfel unei datorii de serviciu, dar şi unei dorinţe intime, niciodată exprimată, care pe ei îi măgulea, pe D-tră vă satisfăcea.

In săli, vă opreaţi la patul fiecărui bolnav, „interesant sau neinteresant", dar îndelung la al noilor intraţi; aci se desfăşura lecţia clinică, înconjurat de personal şi de stagiari: prezentare în câteva cuvinte a cazului, pe vremuri de către interni, dintre care cei mai zeloşi aşternuseră pe dosul tabletelor de intrare constatările lor clinice făcute în ajun; cetire a foaiei de observaţie de către extern, până la starea prezentă, de aci complectare de către D-tră prin dictare.

Daţi întotdeauna o atenţie deosebită semnelor stetoscopice; semiologia a constituit una din caracteristicile învăţământului D-tră didactic; iar în perceperea fenomenelor semiotice aţi acordat o preferinţă deosebită mijloacelor imediate; la D-tră degetele şi urechea o luau înaintea plesimetrului şi stetoscopului; foaia o întregeaţi cu datele de laborator clinic, care soseau până la finele vizitei şi astfel procedaţi încât diagnosticul se impunea dela sine.

Era o altă caracteristică a metodei D-tră clinice de a da toată importanţa diagnosticului pozitiv, de a face să vorbească simptomele bolnavului de faţă, lăsând pe planul al II-lea diagnosticul diferenţial al boalelor cu cari s'ar fi putut confunda; — pentru-că lecţia la pat aţi pus-o întotdeauna înaintea lecţiei dela catedră şi toată solicitudinea D-tră se adresa bolnavului prezent.

Salutara instituţie a internatului scăpând din naufragiul inovaţiilor pripite post-belice, şi astfel lanţul nefiind întrerupt, au putut să observe internii D-tră că, până în războiu, v'aţi devotat exclusiv învăţământului, pe care l-aţi conceput de esenţă clinică spre mai marele folos al corpului medical românesc, ai cărui membri trebue să fie înainte de toate buni practicieni; — după războiu, aţi acordat o atenţie crescândă şi cercetărilor ştiinţifice de ordin clinic şi experimental, în măsura în care „ele nu prejudiţiau bolnavului, pentru a cărui durere şi viaţă, veritatea ştiinţifică nu trebue să întunece dragostea noastră"; — iar, în timpul din urmă, v-aţi mai văzut nevoit, D-le Profesor, să propovăduiţi adesea „tineretului abătut o clipă dela patul suferindului, munca liniştită, munca fără preget, pentru progresul ştiinţei medicale româneşti".

Interni şi elevi, au primit astfel, pe rând, în decursul anilor, învăţăturile profesorului adevărat, îndrumările cercetătorului admirabil dotat dar resemnat şi sfaturile patriotului luminat.

Stagiul terminat, şi cu el sfârşindu-se şi viaţa de student bătrân, cu 10 ani de ucenicie, calea fostului intern nu totdeauna a urcat, dar niciodată n'a scoborît; stabilit mai aproape sau mai departe, dar de fostul său şef a rămas legat prin legături altele decât ale oportunităţii; în noul său centru de ac-

tivitate, păstrând cultul pentru şeful său, a introdus şi spiritul, în care a fost format; ei au rămas clinicieni.

A luat astfel fiinţă o şcoală; nu, o nouă şcoală, ci o şcoală nouă, fără patron, dar cu şef spiritual, de care îl legau pe membrii ei lanţuri, nu de cordialitate trecătoare, ci de spiritualitatea pură, fără contingenţe de niciun fel.

Şcoala aceasta clinică românească vă recunoaşte ca şef al ei, D-le Profesor; ea are un cadru mai întins ca al oricărei alte şcoale medicale româneşti; depăşeşte cadrul strictelor specialităţi, caşi zidurile unei instituţiuni; se întinde în toată ţara: în ea intră învăţaţi mari, cu şcolile lor; şi învăţăcei mai mărunţi, cu bisericuţele care pe unde fiecare şi le-a ridicat; pe toţi, foşti ai D-tră elevi, îi leagă în cuget şi în simţiri deviza: „respectul şi iubirea bolnavului, respectul şi iubirea adevărului şi a probităţei ştiinţifice, dragoste de profesiune, muncă cinstită şi cu entuziasm", aşa cum cereaţi studenţilor în lecţiunea de deschidere, ţinută în ziua de 30 Oct. 1906.

Dar se pare că din program lipseşte reprezentantul unei categorii, pe a cărei cauză D-tră aţi îmbrăţişat-o cu nespusă căldură.

Este vorba de stagiarul de spital.

Nimeni ca D-tră n'a dat mai multă atenţie şi nu s'a aplecat cu mai mare interes asupra aluatului, care este stagiarul, şi care va păstra până la coacere formele frământatului din timp.

Stagiarii n'au făcut niciodată „gol" în jurul D-tră; ei au făcut cercurile cele mai mari şi mai strânse în jurul unui pat şi al unui Şef de Serviciu; iar D-tră îi cunoaşteţi pe toţi; pe mulţi îi chemaţi pe nume, ca să „pună urechea", mai des pe cei cari luau note, însemnări cari se imprimau pentru totdeauna în memoria lor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cunosc încă medici, cari spun cu mândrie „am fost stagiarul Prof. Nanu".

Mai lipseşte cineva, şi pentru prima oară din faţa D-tră; bolnavul; asupra suferinţelor căruia v'aţi aplecat cu dragostea samariteanului şi faţă de care, cu Landouzy, eminentul D-tră maestru, aţi aplicat „terapeutica evanghelică".

Nu se cade ca în ceasul solemn de azi imaginea lui să nu vi se reamintească, ca un simbol".

Din „Cuvântarea D-lui Docent Doctor M. Cânciulescu*"Directorul revistei „Mişcarea Medicală Română", în numele foştilor interni.*

„Noul profesor consacrat la această onoare prin unanimitatea sufragiilor facultăţei, îşi consacră astfel oficial vorbind, învăţământul pe care şi anterior ani de-arândul îl profesase la Spitalul Filantropia, în serviciul D-sale de medic primar, pentru care trecuse un splendid şi foarte dificil concurs.

Doui mari clinicieni ai timpului au înţeles să sprijine în folosul învăţământului nostru medical fertilitatea ştiinţifică a noului consacrat şi anume: clinicianul D-r Florea Teodorescu, medic primar, efor al spitalelor civile şi eminentul clinician profesorul D-r Buicliu, medic primar al Spitalului Brâncovenesc.

Imi răsună şi astăzi în minte, elogioasele cuvinte cu care marele clinician, profesorul D-r Buicliu a profetizat, în sala banchetului dat la hotelul Bulevard cu această ocaziune.

Ca medic practician, activând în medii lipsite de posibilitatea unui utilaj

prea bogat, care să înlesnească asemenea cercetări în stabilirea unui diagnostic, am apreciat în gradul cel mai înalt, faimoasele Dvs. aptitudini în această privință".

Din *„Cuvântarea* D-lui Doctor H. Machelarie" *Medic Şef al Spitalului din Câmpulung-Muşcel, Profesor şi Medic al Şcoalei Normale Carol I-iu.*

„Sprijinitor sincer al Asociației noastre, ne-ați prilejuit momente înalte luând parte la toate manifestările internilor.

In numele Asociației internilor și foștilor interni de spitale, urez iubitului nostru maestru, care a făcut din medicină o artă sfântă, să-l putem sărbători încă mulți ani.

Din partea internilor cari s'au bucurat totdeauna de dragostea părintească ce le-ați arătat, din partea internilor cari vă iubesc, vă înțeleg, vă admiră și vă respectă, îngăduiți-mi iubite maestre, să vă înmân simbolul medicinei pe care o onorați și cinstiți, simbol care să vă amintească totdeauna, de cei pe cari i-ați iubit atât de mult".

Din *„Cuvântarea* D-lui Gh. St. Constantinescu" *în numele Soc. Internilor şi foştilor interni de Spitale.*

„O mentalitate bolnăvicioasă, care-și are origina în metodele taylorismului american, a introdus în medicina de astăzi, care înainte de a fi o știință rece este o artă vie, o specializare excesivă în dauna unității medicale o întrebuințare exagerată a instrumentajului în dauna clinicii și un materialism feroce în practica medicală.

D-voastră ne-ați învățat că cel mai bun specialist este tocmai acela care cunoaște medicina sau chirurgia în ansamblul lor și care prin practică îndelungată câștigă o îndemânare deosebită pentru anumite turburări morbide constituind o specialitate.

D-voastră ne-ați învățat că medicina, atât ca știință cât mai ales ca artă, constitue o unitate, a cărei coloană vertebrală este constituită de medicul practician.

D-voastră ne-ați învățat că numărul mereu crescând al instrumentelor și aparatelor nu constitue decât elemente complimentare în raport cu datele clinice.

D-voastră ne-ați învățat prioritatea sănătoasă a clinicii și v'ați opus ca medicina românească, cel puțin ca învățământ, să-și părăsească calea sa naturală.

D-voastră ne-ați mai învățat, ne-ați impus prin exemplu D-voastră, o eleganță în atitudine, un respect pios pentru bolnav, o dezinteresare generoasă în practica de toate zile a artei medicale.

D-voastă v'ați opus cu îndârjire la materializarea grosolană, la asimilarea vulgară a medicinei cu practicele de esență pur comercială.

Ei bine, aceste adevăruri fundamentale care constituesc adevărate pietre unghiulare pentru personalitatea medicală a fiecăruia dintre noi, le datorăm noi, nu numai ca individualități dar chiar ca generație, în cea mai mare parte și aproape numai D-voastră, D-le Profesor".

Din *„Cuvântarea* D-lui Şerban Milcoveanu" *în numele Societății Studenților în medicină.*

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din „CUVÂNTAREA D-lui PROF. D-r I. NANU-MUSCEL".

„Mi-ar fi peste putință să răspund cum aș dori, valului de cinstire de care am fost învăluit astăzi.

Marile elogii ce le-am primit în această clipă de la elevi, colegi și prieteni, deși ele depășesc cu mult calitățile modestei mele persoane, sunt sigur că dânșii le-au făcut în toată sinceritatea marei lor prietenii.

Eu nu pot uita însă, că prietenia ca și dragostea are ochii acoperiți de o bandă care după cum s'a spus este transparentă pentru calitățile celui iubit și opacă pentru defectele sale.

Căci în definitiv ce am fost eu în decursul lungei mele cariere?

Nimic altceva decât un credincios servitor al Eforiei Spitalelor, strălucita și vechea noastră instituțiune de asistență a suferinței umane și un tot atât de credincios servitor al Școalei.

Ambele sunt servicii la care ai putut aspira ca la un suprem ideal, dar a căror îndeplinire strictă este plină de dificultăți și responsabilități și în exercițiul cărora, făcându-ți examenul de cunoștiință, ori cât te-ai sili a fi la datorie, ai totdeauna neplăcerea să-ți descoperi din când în când, lipsuri și uitări.

Implinirea deplină a datoriei este ca și perfecțiunea, totdeauna dorită, niciodată atinsă.

Elev al Marilor Clinicieni Francezi dela sfârșitul veacului al 19-lea: Grancher, Lancereaux Verneuil, Landouzy, Peter, Marfan, eu am fost crescut în cultul bolnavului și al respectului suferinței lui, în cultul sălei bolnavilor, în cultul vizitei ordonate și regulate, în cultul acelei vizite care când apari în pragul sălei, simți fiorul ce 'ți dă freamătul mișcărei acelor bolnavi cari se întorc spre tine cu privirile lor pline de nădejdea că le vei găsi poate leacul suferinței lor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Și în urmă când te apropii de dânșii, când vorbești cu dânșii, când îi examinezi cu solicitudine, când scurtezi drama, câteodată tragedia ce poartă în trupul și sufletul lor, pe lângă ajutorul ce-l poate aduce diagnosticului această apropiere, ce înaltă lecție de psychologie umană capătă medicul la fiecare atingere a mâinilor privirilor și sufletului lui, cu trupul, privireea și sufletul bolnavului.

Și pe lângă datoria supremă a alinărei suferinței omenești, cealaltă datorie tot atât de sfântă și plăcută la îndeplinirea ei, datoria de a instrui și cultiva în arta alinărei suferinței și boalei, pe tot acest tineret ce te înconjoară. Acest tineret care te stimulează și mulțumește în dragostea lui de a învăța dela tine tot ce știi asupra misterelor, alinărei și vindecărei boalelor ce chinuesc ființa omenească.

Crescut la o astfel de școală, cu o astfel de educațiune și structură medicală, se poate înțelege foarte bine pentru ce eu am fost în lunga mea carieră mai mult un profesor de Practică Medicală.

De și un tradiționalist al științei noastre medicale, însemnează oare că am negiijat mijloacele științifice moderne care au dat medicinei un impuls de progres uimitor pe care toți îl admirăm?

Insemnează oare că am crezut că simptomatologia clasică era suficientă diagnosticului și că sentimentalismul, mila și consolațiunea pot vindeca singure suferința umană.

Nici de cum.

S ce ma e e ajutor ce technicele științifice moderne aduc științei

medicale de necesitatea lor indispensabilă şi că fără ele rămâi îndărăt şi-ţi lărgeşti cercul ignoranţei, am făcut tot ce am putut şi încă de când eram medic primar la Filantropia, graţie Eforiei Spitalelor, marea ajutătoare a progreselor spitalelor noastre, am obţinut construirea unui mic pavilion pentru laboratoarele mele începânde.

Am putut să aleg şi să reţin pe lângă mine elevi harnici şi inteligenţi, dintre care unii făcându-şi ascensiunea, sunt astăzi profesori distinşi ai Facultăţilor noastre de Medicină.

Trecut în urmă ca profesor la clinica I-a medicală dela Colţea după retragerea distinsului şi eminentului clinician care a fost profesorul G. Stoicescu, am căutat să îmbunătăţesc şi să înmulţesc după cum cerea timpul şi progresele mereu crescânde ale mijloacelor de investigaţiune medicală, laboratoarele serviciului meu. Convins de trebuinţa imperioasă şi imediată a Laboratorului de Radiologie am realizat crearea lui cu taleru, cerşind în dreapta şi în stângă în cercul cunoştinţelor mele care toate trebue să spun au răspuns cu plăcere solicitărilor mele.

Dar cum laboratoarele cereau lucrători competinţi, ajuns la Colţea am adunat pe lângă mine pe acei din elevii mei, a căror inteligenţă, hărnicie şi înclinări le observasem şi i-am trimes în cele patru colţuri ale lumei pentru a se iniţia şi instrui în technicele şi disciplinele indispensabile cercetărilor medicale.

Această realizare a disciplinelor şi technicelor ştiinţifice moderne am urmat-o pe o scară mai întinsă la Colţea, după ce mi-au sosit rând pe rând albinele mele răspândite în cele patru colţuri ale lumei, aceşti neobosiţi şi competinţi colaboratori care m'au stimulat cu focul tinereţei lor, cu dorinţa lor de a lucra, aşa că ajutându-ne reciproc am putut forma un modest stup, în care am lucrat în limitele puterilor noastre, pentru binele suferinzilor ce-i îngrijeam, studenţilor ce ne înconjurau şi pentru cercetările ce ne sugerau contactul zilnic cu bolnavii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ceeace priveşte cercetările de laborator principiul nostru a fost ca ele să fie precedate de examenul complect al bolnavilor, să plece totdeauna dela bolnav şi rezultatul cercetărei după cum spunea Bouchard, plecată dela bolnav, să se întoarcă iar la bolnav.

Totul prin bolnav şi pentru bolnav, iată deviza ce ne-a călăuzit în tot cursul carierei noastre.

Astfel lucrând şi graţie scumpilor mei colaboratori am putut organiza aceste laboratoare în aşa fel, în cât la plecarea mea, am lăsat serviciului 7 laboratorii sau ca să nu fiu prea prezumţios 7 posturi de laboratoare.

Şi acum înainte de a sfârşi, în toiul emoţiunei mele recunoscătoare, Mulţumesc lui Dumnezeu că m'a învrednicit să apuc ziua de astăzi, mulţumesc din adâncul sufletului meu tuturor înalţilor demnitari, maeştri, colegi, elevi şi prieteni care au onorat cu gândul sau cu prezenţa lor, sărbătorirea mea de astăzi, împresurându-mă de atâta bună voitoare atenţiune, de atâta caldă prietenie şi gratitudine încât amintirea acestei zile, nu va dispare decât odată cu sufletul meu".

DIN TRECUTUL SPITALULUI COLȚEA

Precursorii; Nicolaie Marcovici, Gheorghe Stoicescu, Ion Nanu Muscel

de

Profesor D-r C. BACALOGLU
Directorul Clinicei Medicale dela Spit. Colțea

Sunt nume și instituțiuni evocatoare. De ele se leagă atâtea amintiri încât par împletite chiar cu viața din trecut a țărei românești.

Spitalul Colțea face parte dintre acestea. Situat în mijlocul Bucureștilor, el dăinuește din anul 1710—1712, clădit împreună cu venerabila biserică, monument istoric pe care îl putem admira în curtea spitalului și care pare că stă de veghe pentru ocrotirea așezământului caritabil.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Înființarea lor se datorește marelui boer Spătarul Mihail Cantacuzino, care ne spune d-rul V. Gomoiu în cartea lui. „Din Istoria medicinei și a Învățământului medical în România" l-a întemeiat împreună cu Radu fiul Colței. Biserica de piatră a fost precedată de una de lemn ridicată în secolul al XVII-lea de către Colțea clucerul al cărui fiu e pomenit de spătarul Cantacuzino, „fericitul întru pomenire Radu Colțea".

Profesorul G. Stoicescu în discursul său rostit în 1888, cu prilejul inaugurării actualei clădiri a spitalului Colțea, afirmă că este vorba de Colțea Cândescul, vel clucer, care era socrul lui Mihail Cantacuzino.

Astfel se începe în 1710 biserica, apoi așezămintele care cuprindeau și școală și spital cu 24 de paturi, 12 pentru bărbați, și 12 pentru femei, pentru „boalele cele iuți" și care constitue obârșia frumoaselor clinici actuale.

Amănuntele cu privire la prima înfiripare a serviciilor spitalicești, până când clinica medicală de la Colțea a fost condusă cu autoritate de către d-rul Alexandru Marcovici, le culeg din cartea citată a d-rului Gomoiu, pe care o socotesc ca o bogată mină de lămuriri și material de informațiune pentru toți cei ce se vor interesa de trecutul medical al țărei românești.

Aceluiași boer Mihail Cantacuzino i se datorește și mânăstirea Sinaia. Atunci s'a creat și o Epitropie, începutul Eforiei de astăzi cum a arătat în lucrarea sa d-l Al. Gălășescu. Domnul țărei Constan-

tin Basarab Voevod a luat sub protecţiunea sa aşezămintele boerului milostiv cum arată hrisovul din „cartea" lui Gavril, archiepiscopul Constantinopolului: „din dragoste către Dumnezeu a îngrijit despre această cinstită mânăstire şi prin multe daruri Domneşti şi daruri bogate a împodobit-o, scutind-o de dări": Şi mânăstirea din Sinaia şi acea de pe locul numit Colţea, pentru a lui mântuire sufletească şi vecinică pomenire.

In hrisovul Domnului Constantin Basarab Brâncoveanu din 1713, se spune că Spătarul Mihail Cantacuzino a înfrumuseţat pe dinăuntru mânăstirea Colţei „cu frumoase zugrăveli şi cu sfinte odoare câte trebuesc. Am făcut şi împrejurul mânăstirei ziduri şi şcoală şi chilii de ajuns pentru odihna a multor străini. Şi pe lângă toate am mai făcut şi spital ca să se odihnească bolnavii străini, precum toate tocmite şi iscusit se văd".

Pentru întreţinerea aşezămintelor Colţea, care după cum vedem cuprindea de la început şi mânăstire şi şcoală şi chilii şi spital, Domnul ţărei Constantin Basarab Brâncoveanu, îngădue şi hotăreşte în acelaş hrisov următoarele: prin cinstitul şi credinciosul Boer al Domniei mele boer Mihail Cantacuzino vel Spătar, Sfânta Mânăstire a Colţei va lua „în toţi anii de la Ocna Slănicului toată dijma de sare din 10 bolovani, un bolovan".

Astfel se asigură spitalul Colţea pe lângă celelalte danii şi un venit sigur din sarea pământului românesc. Este primul buget al Eforiei Spitalelor care desigur nu începuse să cunoască rănile deficitare.

Un regulament amănunţit prevede buna funcţionare a acestor aşezăminte caritabile după cum se vede în cartea din 1715 a Patriarhului Samoil din Alexandria.

Pentru edificarea şi justificarea minunatei instituţii a Internatului, care de pe atunci s'a dovedit necesară, citez: „spitalele fiind două, de fiecare parte a paraclisului... la spiţărie să fie un doctor împreună cu ajutorul său, care să fie dator să aibă la îndemână gata felurite leacuri şi feluri de buruieni tămăduitoare pentru verice nevoie şi trebuinţă a bolnavilor, îngrijind pe toţi cu umanitate şi alergând cu grabă întru ajutorul fiecărui bolnav. Şi nu numai ziua să-i cerceteze de două ori, ci fără soroc ori când va fi cerut la nevoie, fără ca să tânjească pentru aceasta".

La această evocare, în acest stil frumos arhaic, pare că revedem zilele şi nopţile Internatului nostru şi pe harnicii interni de astăzi, gata oricând, zi şi noapte să alerge în ajutorul suferinzilor pentru a le aduce ajutor şi alinare.

In aceste timpuri, în care nevoile edilitare şi preocupările învăţământului clinic medical, ca şi găsirea mijloacelor financiare pentru bunul mers al Facultăţii de medicină, care depinde în mare parte de Eforia spitalelor civile, s'a pus problema dărâmărei spitalului Colţea.

Intrucât mă priveşte, mărturisesc că realizarea acestei idei, aşi socoti-o ca o mare impietate. Trebue să păstrăm cu sfinţenie această strălucită instituţiune în jurul bisericei, care e martoră a sufletului

darnic, creştinesc al strămoşilor. Modernizarea cu târnăcopul a scumpei noastre capitole, să respecte monumentele istorice. Nu e inutil de a cita din acest punct de vedere, din cărţile Episcopului Constantinopolului Gavril şi al Patriarhului din Alexandria Samoil, următoarele imprecaţiuni cu privire la cei ce se vor atinge de aceste instituţiuni religioase şi caritabile: „dacă vre-o dată cineva, fie Prinţ, Arhereu, Boer sau altul mic sau mare, ar cugeta să răstoane în orice chip şi să sdruncine libertatea ziselor sfinte mânăstiri şi le-ar aduce pagube şi vătămare... cu gândul lacom şi mâna hrăpăreaţă... să fie aturisit de domnul Dumnezeu a tottiitorul şi blestemat şi neertat şi în veci după moarte nedeslegat"...

Patriarhul Alexandridi este încă şi mai virulent împotriva celor ce vor răsturna şi clinti orânduelile şi poruncile prea slăvitului boer Mihail Cantacuzino.

Cei ce vor îndrăzni să se atingă de aceste instituţiuni să fie blestemaţi şi neertaţi şi după moartea lor nedeslegaţi şi umflaţi, pietrele şi ferul să se topească, iar ei nici decum....

Blestemul lui Dumnezeu fie în casele lor, iar anii lor puţini şi ostenelile lor hrăpească-le străinii"...

Aceste citaţiuni, spicuite din pagini de îngrijorate previziuni, dovedesc că în acele vremuri îndepărtate, ca şi acum, pe lângă munca constructivă a unora exista acţiunea rea sau neprevăzătoare şi necruţătoare a altora.

Desigur în alcătuirea vieţei, există ca şi într'un tablou şi lumini şi umbre.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Să sperăm aşa dar, că necesităţile edilitare şi preocupările financiare, nu vor pricinui vre-odată dispariţiunea bisericei şi a spitalului Colţea.

Ar fi o mare pagubă şi din punctul de vedere al artei strămoşeşti şi chiar din punctul de vedere al interesului obştesc al suferinzilor din centrul capitalei.

Dela 1712 încolo, pe lângă veniturile provenite din bolovanii de sare dăruiţi de Vodă, încep să curgă danii: case, vii, prăvălii dăruite de creştinii miloşi ai capitalei, care doreau să le rămână numele de pomenire.

Ionescu Gion în Istoria Bucureştilor arată că pe lângă alte venituri, Mihail Cantacuzino, mai înjghebează un fel de societate de frăţietate, cum se spune într'un munuscris al Academiei. Fiecare frate dă un leu pe cât trăia; la moarte societatea se obligă a-i face sărindar şi liturghie în biserica Colţei Clucerul. Prisosul veniturilor Frăţietăţei, rămânea pentru spital. Ionescu Gion socoteşte că această „frăţietate" este prima societate română de ajutor şi prevedere.

La început spitalul ar fi avut numai un singur Doctor chirurg, Gion ne spune în frumoasa sa lucrare asupra Bucureştilor că în 1732 a aflat dintr'un manuscris al Academiei române, numele Doctorilor Ianake şi acela al hirugului (cum se zicea atunci chirurgului) Cârstian, ca diriguitori ai serviciilor spitaliceşti.

In această primă epocă de înflorire a spitalului Colţea, Gion

arată că pe lângă aceşti doi doctori erau argaţi, îngrijitoare de bolnavi şi de săraci, bărbieri, iar bolnavii sunt primiţi cu o recomandaţie specială. Cei ce mor în spital, mânăstirea îl îngroapă pe cheltuiala ei, fără osebire de religiune.

In 1753 se pomeneşte într'un hrisov al lui Matei Vodă Ghica de o operaţiune făcută lui Costin Ologul dela Metzove. Acestui Costin degerându-i picioarele, doftorii dela Colţea i le-au tăiat şi acum la 1753 făcându-se bine s'a însurat. Domnul îi dăruieşte loc de casă din locul Domnesc de lângă Dâmboviţa: (Ionescu Gion). Nu s'au găsit de către cercetători multe documente cu privire la personalul medical din spitalul Colţea în cursul secolului al XVIII. E o lacună de împlinit pentru cei iubitori de cercetări istorice. Un fapt însă reese din scripte, că deseori Epitropii nu erau mulţumiţi de buna administraţie a spitalului. Chiar Domnitorul Al. Moruzi ceartă pe Epitropul Racoviţă pentru lipsa de hrană bună şi recomandă curăţenie desăvârşită în interiorul spitalului.

Numărul paturilor sporeşte în 1794, la 50, graţie unei danii a Doamnei Joiţa a lui Al. Moruzi. In această danie se prevede ca femeile să fie despărţite de bărbaţi, clădindu-se 3 odăi noi pentru aceasta. Vedem că deşi la început exista această prevedere, probabil că la noi ca şi la Hotel Dieu din Paris, era o promiscuitate. Pe acele vremuri cum ne arată estampele franceze ale timpului, chiar băile minerale în localităţile cele mai renumite erau luate în piscine comune, pentru bărbaţi şi pentru femei.

Doamna Joiţa, prin actul său de danie hotărăşte să se despartă „muerele de bărbaţi ce erau până aci împreună".

Lăsând celor cari se îndeletnicesc cu mare râvnă să umple multe goluri în istoricul spitalului Colţea, mai ales în cursul secolului XVIII-lea, să ne apropiem de timpurile noastre.

In 1832 se citează numele doctorului Apostol Arsache şi al Generalului Frantz Comar.

In 1834 D-rul Serafim, apoi Filitis; iar între 1834—1847 D-rul Warthiade.

In regulamentul Eforiei din 1834, aprobat de Kisselef, personalul sanitar se compunea din doctori, gerahi, spiţeri şi alţi oameni de slujbă. Se prevede către trei ucenici din lăuntru şi un şef de clinică, o căpetenie peste păzitorii de bolnavi care vor fi aleşi acei ce învaţă doctorii în şcoala de la Bucureşti şi care vor locui şi se vor hrăni în spital în vreme de doi ani.

Doctorul spitalului Colţea va da învăţătură de clinică ce va fi cerut de sfatul învăţăturei obşteşti.

Spitalul a fost reclădit în cursul anilor 1837—1839. Pe lângă doctorul Warthiadi numit în 1834 i s'au dat colaboratori în 1842, pe Fratz Risdorfer, d'rul N. Gussei, şi hirurgul mamoş Marsil.

In 1849 se adaugă spitalului un cat, şi numărul paturilor se urcă la 210 şi se numesc doi doctori noui, I. Augustin, şi Gheorghe Grunau.

In 1851, este desiguat ca medic primar d-rul Kreţulescu, iar în 1852 G. Polysu, Adolf Grunau şi Kariadis; în 1854 d-rul Ştefan Kobitsch.

In această epocă (1859) se crează de sine stătător serviciul de medicină internă, care poate fi socotit ca aşezământ oficial de clinică medicală, pus sub conducerea d-rului Polysu care trecuse ca profesor de clinică medicală la şcoala naţională de medicină.

Trebue să menţionăm că înainte de d-rul Polysu, atunci când se înfiinţează Şcoala de medicină şi chirurgie (1857), primele cursuri de clinică medicală sunt predate de Davila. Un an mai târziu, Davila încredinţează acest curs d-rului Severin care predase până atunci patologia internă. Prelegerile se ţin la spitalul oştirei, unde Severin era medic. Severin absolvise o şcoală franceză de chirurgie din Constantinopole, luând apoi doctoratul în medicină şi chirurgie la Paris; în 1852 ca voluntar luase parte la războiul Crimeii. Când se înfiinţează în 1859 serviciul medical din spitalul Colţea, clinica medicală e încredinţată lui Polysu dar Severin trece la Anatomia patologică şi este ales şi Decan al Facultăţii de medicină.

Alături de d-rul Polysu, în spitalul Colţea se creiază şi un serviciu deosebit pentru chirurgie care este încredinţat renumitului chirurg Turnescu numit în 1857 Profesor de clinică chirurgicală la şcoala naţională de medicină.

Ajungem, după Fabricius (1850), Fiala (1866), la cele două mari figuri medicale de la sfârşitul veacului trecut Alexandru Marcovici (1867) şi C. Severeanu (1870).

Lăsând chirurgilor evocarea marei personalităţi a d-rului Severeanu, ne vom ocupa de activitatea şi însemnătatea operei lui A. Marcovici, care cu drept cuvânt poate fi socotit ca întemeietorul pe baze ştiinţifice al învăţământului clinic medical în ţara românească.

Această ramură a medicinei, pe care nu vă veţi mira că o socotesc ca una din cele mai importante discipline, de oarece dintr'însa şi-au luat obârşia aproape toate celelalte, şi a avut întruchiparea în spitalul Colţea printr'o admirabilă treime: Profesorul Alexandru Marcovici, Profesorul Gheorghe Stoicescu, cari trecuţi în lumea dreptilor se bucură de cel mai frumos renume şi Profesorul Ion Nanu Muscel, care în plină forţă intelectuală şi a regulat drepturile la pensie, realizând ceea ce a fost socotit de dânsul ca un imperativ categoric: să se coboare, nu să cadă de pe catedră.

Articolul întreg, împreună cu biografia acestor 3 mari precursori, a fost publicat în «România Medicală» No. 6, 7, 8 | 936.

L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL ET LA CARRIÈRE MÉDICALE; PROJET DE RÉORGANISATION *)

Par D. DANIELOPOLU
Professeur à la Faculté de Médecine de Bucarest,
Secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine de Roumanie,

Le problème posé par le Congrès porte le titre: L'Enseignement médical et la pratique médicale dans les pays latins.

Ce sont, selon nous, sans doute les Facultés françaises qui ont posé les meilleurs principes de l'enseignement médical.

L'enseignement médical français présente tant comme méthode qu'en ce qui concerne l'organisation, certaines caractéristiques qui ont été imitées ultérieurement dans d'autres pays: enseignement préparatoire des sciences physico-chimiques et naturelles (P. C. N.) — actuellement P. C. B. (physique, chimie, biologie); développement considérable des connaissances générales de médecine précédant la spécialisation, qui est très tardive; stage d'hôpital et grand développement de l'enseignement clinique, tant dans les services de clinique que dans les autres services hospitaliers de l'assistance publique; institution de l'externat et de l'internat par concours; concours d'agrégation; concours de bureau central pour les places de médecins des hôpitaux et de chirurgiens des hôpitaux, etc.

Nous insisteerons dans chaque paragraphe sur ces caractéristiques et nous développerons aussi l'organisation de l'enseignement médical roumain, fondé par un médecin français. *Charles Davila.* Notre enseignement est très analogue à celui fait à Paris, avec en plus un développement plus grand des sciences expérimentales, et une liaison plus étroite de l'enseignement clinique à la physiologie.

Mais l'enseignement que nous trouvons dans les pays latins, tout en étant selon nous le meilleur, présente toute une série de lacunes, qui proviennent en partie des transformations profondes de la médecine et des nécessités sociales et qui sont communes à l'enseignement médical de tous les pays.

Il en est de même pour la pratique médicale, qui passe dans

*) Din «Raportul prezentat la al 4-lea Congres al Presei Medicale latine», care a avut loc la Veneţia, între 29 Sept. şi 3 Oct. 1936.

tous les pays par une crise intense et qui demande les mêmes mesures d'amélioration dans les pays latins ou d'une autre race.

En ce qui concerne la profession médicale, le problème posé par le Congrès ne devait envisager que la question de la pratique médicale, qui n'est qu'une partie de la carrière médicale. Mais nous avons, en outre, le médecin fonctionnaire de l'Etat, le médecin des Institutions particulières, le médecin des Assurances sociales et enfin ceux qui embrassent la carrière didactique. La plupart du temps, dans les pays latins, le médecin d'hôpital est en même temps praticien et quelquefois aussi membre du corps enseignant.

Il nous serait impossible de traiter dans ce rapport la question de la pratique médicale sans parler du médecin fonctionnaire, du médecin des Assurances de l'organisation des assurances sociales en général, des taxes dans les hôpitaux et de certains autres problèmes d'ordre sanitaire qui touchent de près la pratique médicale. Dans le chapitre de l'enseignement, comme dans celui de la carrière médicale, nous devrons parler des nécessités de la médecine collective, qui doit être organisée de manière à permettre le libre choix du médecin sans mettre en danger la pratique médicale.

Comme on le voit, la question ne peut être tranchée que dans son ensemble, sous le titre: Enseignement médical et carrière médicale. Mais à plusieurs reprises, nous développerons les caractéristiques de l'enseignement des pays latins, insistant sur l'organisation de l'enseignement roumain, mais, soutenant en même temps que les principes les plus importants d'organisation de l'enseignement et de la carrière médicale, peuvent très bien s'appliquer à tous les pays.

Nous essayerons de démontrer la situation actuelle, prenant des exemples de différents pays et en même temps nous développerons un programme de réforme de l'enseignement et de la carrière médicale. Nous posons dès le début le principe suivant:

L'enseignement médical ne peut être fait qu'en accord parfait avec l'organnisation sanitaire de la médecine préventive et de la médecine curative, conciliant le plus possible les intérêts supérieurs de la médecine collective et de la pratique médicale et ne négligeant pas l'organisation de la recherche scientifique et le progrès des sciences médicales.

Ce rapport présente les idées que nous avons eu l'occasion à plusieurs reprises de développer dans le Conseil sanitaire, dans différentes Commissions et dans des publications antérieures.

Nous avons travaillé en 1922—1923, durant deux ans, époque à laquelle le Ministère de la Santé était conduit par le regretté *G. Marzesco*, dans une Commission restreinte pour la réforme sanitaire en Roumanie. Ces travaux qui se trouvent dans les dossiers du Ministère, ont été suivis de la publication d'un projet de loi, qui devait être beaucoup revu avant qu'on puisse lui donner la forme définitive. *G. Marzesco*, quittant après deux ans le Ministère de la Santé, le projet est resté non terminé. Mais ce sont les principes établis dans cette Commission qui ont servi de base aux travaux ultérieurs d'organisation sanitaire. Une partie des idées développées dans ce projet de loi, a été réalisé par les Gouvernements ultérieurs.

Nous avons continué nos recherches dans plusieurs Commissions qui ont fonctionné à la Faculté de Médecine ou au Ministère de la Santé et à l'Association générale des médecins de Roumanie du temps où nous étions son président. Nous avons dernièrement repris ces questions dans un rapport dont nous avons été chargé par le Gouvernement actuel, contenant un projet de réforme sanitaire en Roumanie. Ce programme, qui a été adopté par le Gouvernement, intéresse, comme il était tout naturel, aussi la carrière médicale et l'enseignement médical. Nous avons eu l'occasion, en outre, de développer ces idées au Sénat roumain à l'occasion des discussions sur la loi pour la création de l'Académie de Médecine et du nouveau Code pénal. Nous ne ferons ici que résumer les idées que nous avons exposées dans nos travaux antérieurs.

1. — CARRIÈRE MÉDICALE.

A) *La carrière médicale comprend:*

a) le praticien de clinique;

b) le practicien de laboratoire;

c) le médecin fonctionnaire curatif (médecins des hôpitaux et de dispensaires de toutes les spécialités);

d) le médecin fonctionnaire de laboratoire;

e) le médecin fonctionnaire sanitaire (médecine préventive);

f) le médecin d'assurances sociales (fonctionnaire ou par contrat);

g) la carrière universitaire (professeur titulaire, agrégé, conférencier, docent et personnel auxiliaire: chef de travaux, assistant, préparateur, etc.).

En Roumanie, comme d'ailleurs aussi dans d'autres pays, le médecin embrasse la plupart du temps plusieurs de ces occupations. Les professeurs de clinique sont en même temps médecins des hôpitaux et pratiquent la médecine; l'assistant de clinique, le médecin des hôpitaux et des dispensaires, fait aussi de la clientèle; l'assistant de laboratoire de la Faculté, ou le médecin de laboratoire du Ministère de la Santé, pratique aussi quelquefois dans un laboratoire particulier d'analyses. Non seulement il n'existe aucune incompétence entre ces différentes occupations, mais elle se complètent admirablement bien, ce qui assure le progrès de la santé publique, de l'enseignement médical et de la recherche scientifique.

B) *Lacunes principales de la carrière médicale.* — Le progrès des sciences médicales, le besoin de développer de plus en plus la médecine préventive et la médecine sociale, les nécessités de la médecine collective, des Assurances et en général de tout ce qui est médecine sociale, ont complètement transformé la conception de l'organisation sanitaire du pays, organisation dont dépend tellement la carrière médicale. Dans aucun pays cette conception n'a été appliquée dans son ensemble et on a souvent trop développé certaines branches d'activité de la santé publique aux dépens des autres. L'organisation a été partout faite sans une collaboration suffisante avec l'enseignement médical, ce qui a produit une discordance flagrante entre l'Institution (Faculté de Médecine) qui pré-

pare la carrière médicale et celle (Santé publique) dont dépendent et pour laquelle travaillent ceux qui ont embrassé la carrière médicale.

De là toute une série d'inconvénients très sérieux, dont souffrent dans tous les pays la santé publique, la pratique médicale, l'enseignement et la science.

Nous devons, sans doute, être heureux de voir se développer, même d'une manière désordonnée, une branceh ou une autre de l'activité sanitaire. Mais il faut mettre de l'ordre, tâcher de coordonner l'activité des différentes institutions qui s'occupent de santé publique, tenant compte en permanence de la pratique médicale sans laquelle toute organisation sanitaire est illusoire.

Nous ne ferons, dans ce paragraphe, qu'énumérer quelques principaux défauts de la carrière médicale.

a) Manque de coordination dans l'organisation de la santé publique, de l'enseignement médical, de la pratique médicale, de la médecine sociale et de la recherche scientifique.

b) Manque de coordination dans l'activité des différentes Institutions qui s'occupent de santé publique et disproportion dans le développement des différentes parties de l'activité sanitaire.

c) Insuffisance de développement des méthodes modernes de diagnostic et de traitement dans la médecine curative; insuffisance de développement de la médecine préventive. Développement insuffisant de la médecine collective qui, d'un autre côté, étant mal organisée, détruit aussi la médecine individuelle.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

d) Séparation trop absolue dans les attributions des médecins fonctionnaires de médecine curative et de médecine préventive.

e) Conception erronée, d'après laquelle la santé publique n'est que l'hygiène publique et que l'organisation sanitaire et de l'hygiène doit être dirigée par les hygiénistes et les microbiologistes, alors que la santé ne peut être organisée que par la collaboration de tous les spécialistes de la médecine curative et de la médecine préventive, par la collaboration des médecins fonctionnaires et des praticiens.

f) Insuffisance de développement et en même temps défauts d'organisation des Assurances sociales.

g) Manque de collaboration du Ministère de la Santé avec les Associations et les Syndicats de médecins.

h) Manque de coordination et de principes unitaires dans le recrutement du personnel médical.

i) Fausse pléthore médicale par mauvaise distribution des médecins (insuffisance de médecins à la campagne, pléthore dans les villes). Dans certains pays, pléthore médicale vraie.

j) Défaut d'organisation de la corporation médicale (Associations, Syndicats, etc.). Manque de solidarité, manque de moyens de défense du corps médical; manque de mesures de discipline.

k) Manque de coordination entre l'activité de la santé publique et l'organisation sociale et économique du pays.

l) Trop peu d'importance accordée à la science et à la recherche scientifique.

m) Manque de recherches scientifiques dans les problèmes

qui concernent tout le pays (pellagre, paludisme, goitre, etc.).

n) Mauvaise organisation de l'équivalence des diplômes.

o) Développement progressif du cahrlatanisme, des avortements, de l'exercice illégal de la médecine.

p) Développement insuffisant de mesures efficaces eugéniques.

q) Crise économique et mauvais traitement des médecins fonctionnaires. Il y a moins d'argent après la guerre. La crise économique due aux défauts des systèmes politiques actuels, a réduit les médecins fonctionnaires à un traitement de misère. Chaque gouvernement nomme de nouveaux médecins fonctionnaires. Le budget restant le même, le salaire est très réduit. Le médecin fonctionnaire étant trop peu payé, se voit obligé d'occuper plusieurs fonctions dont il n'a pas le temps de s'occuper sérieusement. Quant à la pratique médicale, c'est moins la crise économique, que la mauvaise organisation de la médecine collective qui la met en danger.

. . . . . .

C) *Programme de réorganisation de la carrière médicale en liaison avec une réforme de l'organisation sanitaire.* — Comme nous l'avons dit dans nos travaux antérieurs et ici même dans les paragraphes qui précèdent, la carrière médicale dépendant étroitement de l'organisation de l'enseignement médical, de la santé publique et de l'assistance sociale, toute réforme de la carrière médicale dépend de la réorganisation de la santé et de l'enseignement. Nous parlerons de l'enseignement médical dans un chapitre ultérieur. Nous résumerons ici les principes généraux des projets de réforme de l'organisation sanitaire que nous avons proposés à différentes reprises en Roumanie dans les Commisions spéciales, dans le Conseil sanitaire, dans les rapports de l'Association générale des médecins, en 1934 le Comité central du Gouvernement et dans le Parlement roumain.

* * *

Nous résumerons maintenant ce qui a été obtenu jusqu'à présent en Roumanie après la guerre dans la réorganisation sanitaire.

Les discussions sur la réforme sanitaire ont commencé après la guerre, surtout depuis 1922, date à laquelle le Ministère de la Santé a été confié à *M. G. Marzesco.* C'est à l'occasion des discussions de ce projet qu'ont été émises les idées générales du programme développé plus haut sur la réorganisation sanitaire et celle de l'enseignement médical. Une partie des idées développées plus haut a pu être réalisé.

1° Jusqu'après la guerre, toutes les Institutions qui s'occupent de santé publique — publiques ou particulières — n'étaient pas suffisamment contrôlées par l'Etat. Après de longues discussions dans le Conseil sanitaire et malgré une opposition très violente de certaines Institutions qui tenaient à une autonomie mal comprise, c'est-à-dire s'étendant aussi sur la partie technique proprement dite, on a pu obtenir la loi d'octobre 1922 (loi *Marzesco*) qui prévoit: le contrôle du Ministère de la Santé pour toutes les Institutions s'occupant de santé publique, et le recrutement unitaire du personnel médical, de toutes ces Institutions, par la voie du concours.

Plusieurs de ces Institutions ne se sont pas soumises. Elles ont éludé la loi, en faisant des nominations provisoires, que les Gouvernementss suivants ont rendues ensuite définitives, par de nouvelles lois. Mais, petit à petit, le concours a été étendu à toutes les Institutions et actuellement ce principe est presque partout admis.

2° Nous avons obtenu la suppression à tous les concours des épreuves de mémoire et le remplacement de ces épreuves par l'épreuve des titres et travaux. Le concours est prévu, en outre, d'épreuves pratiques de spécialité et de laboratoire.

3° Pour une bonne partie des places, on a réalisé plus ou moins le principe de concours de bureau central, après lequel le candidat reçu, est inscrit sur la liste d'après l'ancienneté et la clasification, avec le droit de prendre une place lorsqu'elle est vacante.

4° Il fut obtenu aussi en 1935 (loi *Costinesco*) que les professeurs, les agrégés, les conférenciers et le personnel auxiliaire des Facultés de Médecine qui ont fonctionné pendant 10 ans, aient droit à unei place dans le Corps sanitaire du Ministère. Lorqu'une place devient vacante, une commission de spécialistes nommée par le Ministère choisit un de ceux qui ont passé le concours, selon l'ancienneté et la clasification, ou un membre du personnel des Facultés qui a fait la demande.

5° Le principe de la cordination fut un de ceux que nous avons soutenu le plus et dès le début, immédiatement après la guerre. Nous l'avons discuté et soutenu continuellement depuis et dernièrement encore dans la Comité central du Gouvernement. Nous avons exposé là un projet d'organisation sanitaire et des Assurances, en étroite liaison avec l'enseignement médical et la création d'une Académie de Médecine. La coordination de l'activité sanitaire dans tout le pays demande du temps pour être réalisée. Nous avons pourtant réussi à obtenir l'institution de la Commission de coordination qui constitue un progrès réel. Cette commission, composée de représentants du Ministère de la Santé, des Assurances, de la Caisse du Travail des chemins de fer et d'autres Institution à caractère sanitaire, ainsi que de quelques Institutions particulières, donne son avis pour tout projet d'organisation d'un établissement hospitalier quelconque. Elle peut aviser que telle Institution, même particulière, collabore avec une autre Institution qui a le même but, pour réaliser un établissement hospitalier commun. Elle avise sur le projet d'organisation présenté par l'Institution respective, sur la manière de nommer le personnel, etc., et cela même pour les Institutions particulières. L'avis de la Commission est présenté au Conseil sanitaire, qui décide. Ainsi donc une Institution quelconque, même particulière, par obtenir l'autorisation de fonder un établissement hospitalier, doit passer sa demande à la Commission de coordination et au Conseil sanitaire, qui établissent les principes d'organisation et de nomination du personnel, principes que cette Institution est obligée de suivre.

6° *Académie de Médecine.* — Jusqu'en 1935, nous n'avions en Roumanie comme organe consultatif du Ministère de la Santé que le Conseil sanitaire supérieur. Nous y avons fonctionné sans inter-

CC-0. Cluj / Central University Library Cluj

ruption depuis 1919, mais trop peu de questions de premier ordre en comparaison avec l'importance des problèmes sanitaires, y ont été discutées avec un résultat efficace.

Le Conseil sanitaire n'est pas un organe permanent d'études sanitaires suffisantes qui puissent servir de base à la rédaction des lois et des règlements sanitaires.

Nous avons démontré et soutenu, durant de longues années, la nécessité de la création d'une Académie de Médecine. La loi a été votée par le Parlement roumain en avril 1935. L'Académie de Médecine a le double but:

1° de contribuer aux progrès des recherches scientifiques dans le domaine de la médecine humaine, de la médecine vétérinaire, de la pharmacie et des sciences biologiques et physico-chimiques en rapport avec la médecine et de développer dans le pays les recherches dans ces domaines;

2° d'étudier et de discuter les directives scientifiques de l'organisation sanitaire, de l'assistance et des Assurances sociales, de l'enseignement, de la médecine humaine, de la médecine vétérinaire et de la pharmacie et de donner son avis dans ces questions.

Aux termes de la loi pour la création de l'Académie de Médecine de 1935, le Ministère de la Santé et tous les autres Ministères ou Institutions publiques ou particulières qui s'occupent de santé publique, sont obligés de demander l'avis de l'Académie lorsqu'ils veulent faire une loi ou un règlement.

La Division d'Organisation de l'Académie de Médicine jouera aussi un rôle considérable dans l'organisation de l'enseignement médical et dans le recrutement du personnel médical. L'enseignement médical en Roumanie demande à être organisé dans les trois Facultés suivant des principes unitaires. Une grande partie des membres de l'Académie de Médecine étant des professeurs des trois Facultés, cette dernière Institution sera à même de donner son avis compétent. C'est, en effet, la seule Institution où les professeurs des différentes Facultés ont l'occasion de se rencontrer.

7° Nous avons dit dans un paragraphe antérieur ce que nous avons pu obtenir dans le Parlement roumain, concernant les questions médicales du Code pénal; responsabilité médicale, avortement, calomnie de la profession, secret professionnel, interdiction, etc.

8° Ajoutons encore une disposition qui nous semble importante à signaler et que nous avons pu introduire dans la dernière loi des Chambres du Travail. La Chambre du Travail, qui envoie 4 sénateurs dans le Parlement roumain, ne contenait jusqu'à présent que les travailleurs manuels. La dernière loi prévoit que de ces Chambres font partie aussi les professionnistes libres (médecins, avocats, pharmaciens, architects, etc.) qui travaillent dans une Institution qui produit des revenus. Tous les médecins qui fonctionnent dans les hôpitaux du pays peuvent faire partie de la Chambre du Travail. C'est une réforme importante qui permet aux médecins d'entrer dans le Parlement par d'autres moyens que ceux que peuvent leur offrir les clubs politiques, de soutenir ainsi les intérêts de la Corporation médicale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BOALA LUI SCHÜLLER-CHRISTIAN

(Un caz anatomo-clinic, cu localizare cranio-viscerală)

de

Prof. D-r G. MARINESCU, D-r STATE DRAGANESCU,
D-r G. STROESCU şi PALADE

Xanthomatoza esenţială sau generalizată reprezintă unul din capitolele cele mai interesante ale patologiei, de oare ce pune în discuţiune problema metabolismului lipidelor şi rolul pe care îl au în geneza unor progrese neoformative perturbaţiunile metabolismului general.

Reacţiune proliferativă a tuturor elementelor sistemului reticulo-endotelial, cu încărcare de produse lipoidice (de aci numele de reticulo-endotelioză lipoidică), având la bază aproape constant o hipercolesterolemie, xanthomatoza are ca expresiune clinică tabloul morbid, cunoscut azi ca „boala lui Schüller-Christian".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu raritatea cazurilor de acest gen ne face să aducem publicului medical observaţiunea noastră şi nici faptul că e primul caz semnalat la noi în ţară de acest gen, ci relaţiunea pe care o prezintă această ciudată boală, cu turburările de metabolism general.

ISTORIC: Boala e cunoscută din 1916 când radiologistul Schüller din Viena a publicat două observaţiuni cari au trezit un real interes.

In primul caz era vorba de un băiat de 16 ani, a cărui talie, dela terminarea şcoalei primare, era staţionară. Tot odată copilul avea la acea dată (era de 13 ani) un oarecare grad de obezitate, organe genitale infantile, în plus exoftalmie unilaterală, cu scoborârea globului ocular, aceia ce a făcut să se pue diagnosticul în o clinică oftalmologică de tumoră retrobulbară stângă. Otologic exista o surditate stângă cu stenoză concentrică a conductului. Bolnavul nu prezenta fenomene de hipertensiune intracraniană.

La examenul radiologic, Schüller găsi la nivelul parietalului, frontalului şi solzului temporal stâng, lacune osoase (unele de 3—4 cm. în diam.) dintre care unele se traduceau şi la palparea craniului prin o rezistenţă scăzută a peretelui, cu senzaţie de crepitaţie pergamentată.

Tot în 1916, Schüller publică un alt caz analog, observat în clinica oftalmologică. Era vorba de o fetiţă de 2 ani, la care se desvoltă subit o exoftalmie stângă, apoi la câteva luni o exoftalmie dreaptă. La palpare se

putea simţi la nivelul bolţei craniene o serie de lacune osoase (adevărate perforaţiuni) dela mărimea unui heler la aceia a palmei mânei unui copil. Pe suprafaţa craniană nu se percepea în acele locuri un relief. La examenul radiografic Schüller semnalează pe opacitatea oaselor craniene, zone lacunare formând un aspect de hartă geografică. Mărginele lacunelor erau foarte nete. In plus, Schüller constată o destrucţiune a bolţei orbitare şi alteraţiuni mari ale şelei turceşti (partea anterioară a corpului şelei era scobită, adâncită). Mai târziu s'a observat şi o lacună osoasă în aripa iliacă dreaptă şi o fractură spontană a femurului drept.

Fetiţa avea şi o poliurie de 8 litri pe zi.

In faţa acestor două cazuri cu complexe simptomatice apropiate Schüller avu admirabila intuiţiune de a recunoaşte că e vorba de o boală nouă, de o afecţiune sistematică a scheletului, pe care el o puse pe seama unei alteraţiuni a hipofizei, ceiace explica şi sindromul poliuric. Schüller a şi denumit această boală „dizostoză hipofizară".

In 1919, H. Christian, din Boston, comunică o observaţiune analogă a unei fetiţe de 5 ani. Mica pacientă, la 3 ani a pierdut dinţii şi-a prezentat tumefacţii, cu ulcerări ale gingiilor. La 2 1/2 ani poliurie şi polidipsie considerabilă şi protruziunea globilor. La examenul radiologic: lacune întinse la nivelul craniului, mai puţin însemate ale oaselor late a basinului. Lacună osoasă şi la nivelul şelei turceşti. Nici un semn de lues ca şi în cazurile lui Schüller.

Pacienta aceasta s'a ameliorat spontan.

Şi Christian în faţa sindromului: lacune osteoporotice craniene, exoftalmie şi diabet insipid, numit în America sindromul lui Christian, se alătură concepţiei lui Schüller de disostoză hipofizară.

După cunoaşterea acestor cazuri, se văzu că Hand relatase două cazuri analoage, unul în 1893, un altul în 1905. Acest autor le considerase însă ca o tuberculoză infantilă, deşi la autopsie găsise în basin mase tumorale gălbui.

In 1921, acelaş autor aduce un caz apropiat, tot la un copil, unde se ridicase din regiunea parietală o tumoră ce distrusese osul până la duramater, a cărei natură istologică însă pare a nu fi fost recunoscută (s'a interpretat ca o tumoră cu degenerare sarcomatoasă).

Unii autori numesc pentru prioritatea acestor cazuri afecţiunea, ca boala lui Hand-Schüller-Christian.

Toate observaţiile de până aici priviau copii. In 1922, Hochstetter aduce observaţia unui adult. Cazul a avuţ şi o evoluţie letală, şi în acest mod s'a putut analiza şi tabloul patologic (de către Veit). Prin studiul anatomopatologic al acestui caz ca şi al cazurilor următoare, se intră în a 2-a etapă a cunoaşterei acestei boale, la care se adaogă cercetări biologice care aveau să înainteze şi mai mult deslegarea problemei.

In cazul Hochestetter-Veit era vorba de un bărbat, la care se instalează la vârsta de 38 de ani un sindrom poliuric cu deficit sexual, dureri în membre, emfizem, slăbire progresivă şi chiar caşectizare. Pe radiografia craniului, zone de osteoporoză a bolţei. Bolnavul a sucoombat cam la 15 ani dela începutul boalei sale pron caşexie.

La autopsia cazului făcută de Veit, s'au găsit, mase de ţesut friabil, galben-brun în măduva osoasă a femurului şi mase analoage în lacunele cra-

niene până la faţa externă a durei-mater. Ele se întindeau şi pe faţa internă a durei; la nivelul tijei hipofizare un nodul gălbui invadează chiar această porţiune a glandei pituitare. In pulmoni s'a notat o hiperplazie conjonctivă peribronchică, adevărate cordoane fibroase, cu formare de mici granulaţii cenuşii-albicioase. In ţesutul conjonctiv al hilului renal mici depozite galbene ca sulful.

La examneul microscopic s'au observat leziuni atrofice în suprarenală, testicul, pancreas şi mari leziuni ipofizare, dispariţia celulelor cromofile din lobul anterior cu hiperplazie conjonctivă (revenire la tipul foetal al lui Erdheim) şi destrucţia lobului posterior.

Examenul maselor gălbui găsite a arătat prezenţa unui ţesut de granulaţie făcând reţea, în ale cărei ochiuri se vedeau celule mari alveolare ce se colorau intens cu Sudan şi erau birefringente. Nu s'a precizat natura boalei, ceia ce o face Griffith ulterior în un caz anatomo-clinic. Acest autor relatează observaţia unui copil de 9 ani, care prezenta un icter, emaciere, (avea greutatea unui copil de 3 ani) leziuni lacunare parietale şi frontale, diabet insipid şi numeroşi noduli gălbui pe tegumentele toracelui şi gâtului şi papule ori maculo-papule galbui, în regiunea nazală şi peribucală. Umoral s'a notat o hipercolesterolemie de 3 gr. 97 $^0/_{00}$.

In faţa acestui caz autorul s'a gândit la xantomatoză şi în acest sens s'a făcut peste un an, când bolnavul a murit, examenul anatomopatologic de către W. Freeman.

S'a constatat în adevăr o infiltraţie xantomatoasă întinsă în diverse organe. In pulmoni, pe lângă leziuni de congestie pasivă cronică şi emfizem existau zone de infiltraţie xantică; deasemeni la nivelul ficatului, tumori xantomatoase la hilul său, comprimând canalele excretoare şi chiar infiltraţia xanthică intralobulară, mase de xanthom tuberos în lacunele parietale, leziuni xanthice în nodulii cutanaţi. In fine autorul găsi în jurul glandei pineale, a hipofizei şi a tuber cinereului mase proliferante gălbui, de origină xanthomatoasă, care comprimau şi infiltrau în parte aceste regiuni şi în special lobul posterior ipofizar şi tuberul.

Cu observaţia anatomo-clinică a autorilor Griffith şi Freeman, găsim pentru prima oară vorbindu-se de procese xanthice sau xanthomatoase.

Aceşti autori însă nu au precizat relaţia între cazul lor de xanthomatoză şi boala izolată de Schüller. Nici alţi autori ca Grosh şi Stifel, Alberti, Thompson, Keegan şi Dunn, Denzer, Kyrklund, Bianchi, care relatează între 1923—1927 cazuri de disostoză ipofizară, nu insistă asupra acestei relaţiuni. Abia în 1928 Rowland, cu ocaziunea a 2 noi cazuri, demonstrează, că între boala lui Schüller-Christian şi cazurile descrise ulterior ca xanthomatoză cranio-viscerală este o identitate. Acelaş autor arată pe de altă parte, că ţesutul de granulaţie xanthică nu este altceva decât ţesut reticulo-endothelial ale cărui celule proliferează, se hiperplaziază şi se încarcă cu substanţe lipoidice. Autorul găsi în unele organe (suprarenale, ficat) o reacţie moderată a celulelor reticulo-endotheliale, în măduva osoasă hiperplazie, cu apariţie de celule gigante multinucleate şi celule lipoidice, iar în alte organe ca pulmoni, o fibroză interstiţială cronică cu proliferare considerabilă şi lipoidoză a celulelor reticulo-endoteliale perivasculare şi bronchice (formaţiuni papilomatoase ce se proectau la interiorul bronchiilor mari).

Cauza reacţiunei patologice a sistemului reticulo-endothelial ar fi după Rowland excesul de colesterol ce se găseşte în atari cazuri în sânge. Prin analogie cu guta urică, Rowland consideră şi xanthomatoza ca o „gută lipoidică". Neoformaţiunile xanthomatoase n'ar fi pentru Rowland adevărate neoplasme, ci formaţiuni hiperplastice, adică tumori prin depozite lipoidice. De fapt în celulele xanthomatoase se găsesc esteri cholesterinici birefrigenţi, în lumina polarizată, ori cristale de cholesterol în spaţiile intercelulare.

Concepţiunea lui Rowland a permis o înţelegere a problemei xanthomatoase şi permite clasificări, grupări, a materialului clinic şi anatomic cunoscut anterior, căci xanthomatoza e un capitol asupra căruia deja Virchow a insistat altă dată.

Procesele xanthomatoase ne apar sub două forme; ca localizări izolate sau generalizate.

In prima categorie găsim: xanthelasma, xanthomul diabeticilor, xanthomul esenţial (multiplu, tuberos, în tumori).

Procese xantice difuze constitue aceiace s'a numit xanthomatoza generală sau esenţială. Localizarea infiltraţiunilor xanthomatoase în regiunea hipofizară şi în oasele craniului duce la complexul cunoscut astăzi sub numele de *„boala lui Schüller-Christian"*. Această boală de fapt nu reprezintă altceva decât forma cea mai complexă de xanthomatoză generalizată. Cum mulţumită acestor autori problema xanthomatozei a început a interesa mult, credem justificată denumirea de boala nu sindromul — lui Schüller-Christian. Aceasta cu atât mai mult cu cât tabloul cel mai frecvent întâlnit este cel semnalat de Schüller şi Christian; celelalte cazuri în care localizarea cranio-hipofizară este discretă, trebuesc considerate ca forme atipice ale boalei. In această categorie de formă atipică, trebue să înglobăm şi cazul care face obiectul acestei lucrări şi pe care îl vom expune mai departe. Inainte credem însă util a da un referat asupra cunoştinţelor noastre actuale relative la această boală Expunerea dela început ne va uşura.

Boala lui Schüller-Christian este de fapt o afecţiune rară; J. Moreau în complectul său memoriu (Sept.—Dec. 1930) strânge un număr de 37 de cazuri (inclusiv cazul său personal) Henschen (1931) are o cazuistică de 57 de observaţiuni de exanthomatoză, din care mai mult de jumătate prezentau în întregime complexul izolat de Schüller. După Louis Bazy şi P. Malgras, în 1935 erau 70 de cazuri.

Marea majoritate a cazurilor de boala lui Schüller-Christian s'au descris la copii şi în special la sexul masculin. S'au semnalat însă cazuri la adulţi dar, cum observă Sirignano, nu este demonstrat că afecţiunea a început în epoca de copilărie.

SIMPTOMATOLOGIE. — 1) Simptomul cel mai constant al acestei boale este prezenţa de *alterațiuni osoase* în special localizate la nivelul bolţei craniene, mai rar la baza craniului, la faţă, la extremităţi, la rachis (s'a observat chiar în discurile intervertebrale). Uneori fracturi spontane.

La examenul radiologic se găsesc cum am văzut *lacune craniene*

care prin confluenţa lor au un aspect de *harta geografică*, semnalat de Schüller şi autorii ce l-au urmat. Aceste perforaţiuni craniene patologice ca şi celelalte leziuni scheletice nu provoacă deloc sau foarte uşoare turburări subiective, (absenţa durerii e caracteristică).

La nivelul lacunelor craniene uneori ţesuturile moi sunt ridicate formând chiar tumefacţiuni voluminose, pulsatile (Ighenti) sau nu. Intr'un caz publicat de Steinsleger, exista o tumoră occipitală-parietală cât un ou de găină, alta frontală cât o mandarină; la fel într'un caz a lui Schneider. In general relieful epicranian este redus sau nu există decât o simplă depresiune elastică, la locul absenţei osoase. Din aceste tumorete se extrag prin puncţiune mase de colesterol sau ţesut bogat în celule spumoase caracteristice (Canuyt, Nordman şi Payeur, Schneider, Haguenau şi Lantier, Grifenstein, Lesné, etc.), ceiace fixează imediat diagnosticul. După statistica lui Henschen, în 35 din 70 cazuri de xanthomatoză existau modificări de schelet.

2) Unul din simptomele cele mai izbitoare în această boală este *exoftalmia*. Simplu efect mecanic (luxaţie înainte sau laterală a globilor) provocat de prăbuşirea bolţei, cu deformarea vârfului orbitei, prin destrucţiunile xantice. Uni — sau bilaterală în general — e nesimetrică. Uneori compresiunea pe o tumefacţiune craniană exagerează exoftalmia (caz Bazy).

3) — *Complexul hypofizo-tuberian* constatat în majoritatea cazurilor (33 din 57, după Henschen) se traduce prin *diabet insipid* (o poliurie de 25 litri într'un caz a lui Vampré) şi oprire în creştere (chiar nanism); mai rar se observă un sindrom adiposo-genital. Tot în relaţie cu alteraţiunile hipofizare trebue să punem cachexia profundă a unor bolnavi adevărat tablou de tipul Simmonds. Gigon a observat modificări acromegalice la faţă şi extremităţi, asociat cu diabet zaharat.

4. *Simptomele cutanate şi mucoase* căutate atent sunt frecvent întâlnite; Henschen descrie chiar o formă cutanată. Herman într'un caz descrie xanthelasma, pigmentări şi ulceraţiuni xantice perivaginale şi perivulvare ca şi pe partea supero-internă a coapselor, ulceraţiuni care dădeau impresia unor leziuni sifilitice (au cedat însă la radioterapie locală). Hans Fischer observă o erupţie papuloasă gălbuie la nivelul antebraţelor. Alteori noduli xanthomatoşi în piele (Gigon) sau mici noduli hemoragici (Ighenti). Intr'un caz relatat de Heine s'au observat întâiu apariţiune de pete, apoi de erupţii exematoase şi în fine de ulceraţiuni ale pielei. Gaal semnalează pe pielea frunţei mici noduli nedureroşi, bogaţi în celule birefrigente. Ulceraţii brun-gălbui, confluente pe trunchi şi cap cu tumefacţia ganglionilor regionali notează Wätjen. Abrami notează o coloraţie galbenă a tegumentelor, dând impresiunea că pielea ar fi fost presărată cu floare de sulf (xanthomatoză plană generalizată, cu xanthelasma).

Nu rareori s'a constatat căderea dinţilor şi producerea unei gingivite ulceroase (Jason) pintr'un proces xantic al mucoasei bucale. Intr'un caz, Fabris a observat o stenoză fibro-xanthomatoasă la nivelul aditusului laringeu, care a provocat moartea prin asfixie lentă. In u-

nele observaţiuni se semnalează prezenţa unei surdităţi asociată sau nu de o otită fetidă, produsă de desvoltarea unei granulaţiuni xanthomatoase în conductul auditiv.

5) Mult mai rar s'au notat *turburări nervoase*, altele decât cele produse de leziunile tubero-hipofizare. Greifenstein semnalează un caz de hipertensiune intracraniană (cefalee, vărsături), asociată cu semne de focar, (oftalmoplegie externă, pareză facială şi trigeminală). Davison relatează o observaţiune în care există pe lângă fenomenele clasice de maladia Schüller-Cristian şi turburări cerebrale de focar: fenomene piramidale şi fenomene piramido-cerebeloase şi modificări de partea nervilor V, VII, VIII cu turburări de gust. Ca simptome rare deasemeni s'a notat edem papilar şi chiar hemoragii maculare (Wheeler). Vom aminti aici şi cazul ultim al lui Schüller şi Chiari în care s'au găsit tumori multiple în cortul creeruşului. In ce priveşte *simptomele viscerale*, vom aminti că s'a semnalat fenomene de ciroză hepatică, de hidrofenoză (consecinţă în general a unei compresiuni la nivelul ureterului).

Aparatul respirator adeseori prezintă simptome de emfizem sau uneori simptome ce fac a crede că e vorba de o tuberculoză pulmonară. S'a semnalat şi clinic în mod excepţional o pleuresie xantomatoasă. Destul de frecvent se constată o splenomegalie mai rar o hipertrofie hepatică.

Dar ceiace face interesul special al procesului de xanthomatoză generalizată este sindromul umoral particular, aceiace dă problemei xanthomatozei o mare valoare din punctul de vedere al patologiei generale. Vom expune mai pe larg caracteristicele sale, ţinând seamă în special de lucrările ulterioare memoriului lui J. Moreau, din 1930.

SINDROMUL UMORAL

Aceiace predomină sunt turburările de metabolism lipoidic. Ele nu sunt însă constante. Deja Hochstetter (1922) constatase o uşoară creştere a colesterinei din sânge. Griffith găsi 3.97 o/oo, Hoeffer 2,38 o/oo, aceiace reprezintă o mărire însemnată faţă de valoarea normală (1,50—1,80 o/oo gr.). Rowland (1927) observă importanţa acestei hipercolesterolemii bazând pe ea concepţia sa patogenică. Interesante cercetări au făcut în această direcţiune autorii francezi, care au publicat recent cazuri de xanthomatoză. Astfel Lesné, Lièvre şi Y. Bougieu (1932) la un copil de 3 ani, cu un tablou simptomatic Schüller-Christian caracteristic, găsesc o creştere a colesterolului seric (2,96 o/oo şi o valoare subnormală a lipidelor totale (3,96 o/oo). In ce priveşte protidele, cifra (refractometrică) era de 82 gr. o/oo. P. Abrami, M-me Bertrand-Fontana, Laudat, Lichtwitz şi Farquet într'un caz de xanthom generalizat constată o creştere considerabilă a lipidelor totale sanguine (variaţii între 26,17—45,85 o/oo) o mărire însemnată a colesterinei totale libere (2,72 o/oo) şi eterificată (3,8 o/oo) cu o augmentare mai moderată a acizilor graşi din ser (20,88) faţă de valoarea lor normală.

Aceiaşi autori semnalează în cazul lor o creştere deasemeni considerabilă a protidelor serice (145 gr. o/oo), datorită unei hiper-

globulinemii, adică o creştere a cifrei globulinelor din sânge. Din cauza hiperlipidemiei şi hiperprotidemiei, serul sanguin avea aspectul unui sirop de gumă (când era lăsat să curgă din o pipetă) iar rezidul fix era foarte ridicat (187 gr. în loc de 95 gr.).

Intr'un nou caz al lui E. Lesné, Clément şi T. Guillain de xanthomatoză cranio-hipofizară, cifrele erau: albumine totale 93,50; lipide totale 3 gr.; colesterol 2,96 gr. Coeficientul cholesterol: lipide are deci o valoare extrem de înaltă (aproape 1) Rathery şi Bergeton tot la un copil cu boala lui Schüller Christian observă o creştere progresivă a lipidelor totale (4,15; 6,15 apoi 8 gr.) şi a cholesterolului (1,62; 1,87; 2,12). Haguenau şi Lantier într'un caz bănuit de Schüller-Christian găsesc o cifră supranormală. Un autor japonez, Nojuma Tetunosuke relatează chiar valori normale (1,40 gr. o/oo colesterină, 1 : 2,4 raportul între eterii cholesterinici şi cholesterina liberă). Tot cifre normale ale cholesterinei şi lipidelor sanguine dă G. Melli; W. Schneider (1932) semnalează o hipercholesterinemie progresivă, ajungând chiar la 6,30 gr. o/oo.

H. Plaut şi Rudy deasemeni notează în boala lui Schüller-Christian, creşterea cholesterinei serice, pe când în alte lipoidoze ca idioţia amaurotică, cholesterina e scăzută iar fosfatidele sunt mărite. Aceşti autori au găsit şi în lichidul cefalo-rachidian (2 din 3) o augmentare a cholesterinei, cu conţinut fosfatidic normal. In unul din cazuri lichidul era xantocromic şi hiperalbuminos (fără blocaj). In idioţia amaurotică lichidul normal.

Prin urmare, din cercetările existente se vede că aceia ce predomină tabloul umoral în boala lui Schüller-Christian, este creşterea cholesterolului din sânge în mod aproape constant (absenţa sa poate uneori ţine de momentul boalei).

In ce priveşte alte cercetări biologice s'a notat uneori o creştere a calciului (21 mgr. o/oo în un caz al lui Guido Melli) şi Magneziului din sânge, cu scăderea phosphorului.

Abrami semnalează prezenţa de numeroşi corpusculi birefringenţi cu cruce de polarizare în urină. G. Melli într'un caz, în care exista şi o pleurezie purulentă, lichidul purelent era foarte bogat în cholesterină. Modificările hemo-leucocitare sunt variabile. Aproape constant anemie spre sfârşit; există uneori şi în restul timpului boalei. Leucocitoza deasemeni a fost semnalată (16.000 în un cas Lesné). Interesant e faptul semnalat de Pincherle: prezenţa în sânge de celule mononucleare mari, neregulate, uşor bazofile conţinând granulaţiuni lipoidale şi amintind celule spumoase din ţesuturi. Melli, Cannyt a găsit atari elemente în proporţie de 5% faţă de leucocite; după roentgen-terapie focarele importante xanthomatoase numărul acestor elemente s'a redus la jumătate. Lesné în cazul său atrage atenţia asupra celulelor mari mononucleare cu granulaţii azurofile, pe care el le-a găsit în proporţie de 7% şi care au o relaţie cu sistemul reticuloendothelial.

Inainte de a trece la chestiunea patologiei şi patogemiei boalei lui Schüller-Christian vom face o expunere a cazului nostru.

OBS. — Bolnavul R. Z., 31 ani, intră în clinica neurologică la 2 Septembrie 1936 pentru turburări de deglutiţie şi fonaţie şi dureri în partea

dreaptă a gâtului, iradiind spre regiunea temporo-auriculară, şi în amigdală. Aceste turburări s'au instalat cu 2 luni mai înainte.

La examenul neurologic se constată: o uşoară pareză facială stângă, hipoestezie amigdaliană şi pe peretele lateral drept al faringelui, pierderea sensibilităţei gustative în jumătatea dreaptă a limbii, deviare spre stânga în vocalizare a peretelui posterior al faringelui şi a luetei şi vălului palatin. In ridicarea umărului excavaţia supra-claviculară dreaptă, rămâne mai deschisă, iar sterno-cleido-mastoidianul şi trapezul drept prezintă o uşoară pareză. In plus hemiatrofie lingual dreaptă.

Examenul laringologic (Dr. Borş) arată o paralizie a coardei vocale drepte. Am notat încă o uşoară hemipareză stângă de partea extremităţilor.

Bolnavul prezintă o rea stare de nutriţie, inapetenţă, vărsături.

Visceral, oare care fenomene de bronşită, cu uşoară hipertrofie a ficatului şi a splinei.

Seroreacţia B. W.: negativă.

Puncţiunea lombară a arătat o tensiune normală a lichidului, cu R. Pandy şi Nonne—Apelt pozitive; albumina totală $0,45^0/_{00}$; celula 3, 4; iar r. benzoe coloidal şi Wassermann: negative.

In rezumat: Este vorba de un bolnav în vârstă de 31 de ani la care s'a instalat în mod destul de rapid o serie de turburări paralitice a ultimilor nervi cranieni (IX, X, XI, XII) cu o uşoară hemipareză stângă. Bolnavul era afebril, prezintă o stare de nutriţie accentuată; nu avea un sindrom de diabet insipid. In faţa acestui caz neam gândit la o tumoră infiltrantă în partea dreaptă a etajului posterior al bazei craniului, tumoră care îngloba nervii corespunzători la angajarea lor în gaura condiliană anterioară şi gaura ruptă posterioară şi care probabil invadase faţa internă a durei-mater, comprimând uşor şi hemibulbul drept.

Nu am putut la această dată să ne dăm seama de natura afecţiunii.

Starea bolnavului s'a agravat progresiv ducând la o adevărată cachexie. In ultima săptămână înainte de exitus s'a instalat o stomatită ulcero-membranoasă fetidă, sângerândă; limba şi mucoasa vestibulară gingiile, erau acoperite de pseudo-membrane opalescente.

Cu aceste fenomene bolnavul a sucombat peste o lună dela internare (deci boala a evoluat letal în trei luni).

La **verificarea necropsică** am găsit, o tumoră galben-brună, aşezată pe partea laterală dreaptă a bulbului, înglobând în massa sa toţi nervii fosetei laterale (IX, X, XI) şi hipoglosul. Tumora de un diametru vertical egal cu diametrul bulbului adera atât la bulb cât şi la faţa endocraniană a durei-mater la nivelul găurei rupte pesterioare şi găurei condiliene anterioare, pe unde invada regiunea bazei craniului. Pe o secţiune orizontală trecând prin bulb şi tumora endocraniană, se putea observa aspectul brun-gălbui al ţesutului neoplasic şi un aspect gălbui particular al parenchimului bulbar învecinat.

La nivelul bazei craniului, un ţesut neoplasic de aspect brun-gălbui difuza pe faţa inferioară a apofizei bazilare şi în spre gaura occipitală. Ţesutul osos al apofizei bazilare şi ţesutul osos învecinând gaura condiliană sunt rarifiate, spongioase de un aspect roş-gălbui. Această porţiune de os se tae foarte uşor cu un bisturiu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Câţi-va ganglioni limfatici din regiunea latero-cervicală dreaptă, apar măriţi de volum şi cu bande de infiltraţie gălbui. In regiunea para-amigdaliană stângă s'a găsit o mică tumoretă cât o alună de un aspect galben-auriu, în parte fibroasă.

La nivelul regiunei ceco-apendiculare, se constată, că tot apendicele e transformat într'o masă neoplasică de aspect gălbui-ocru care a astupat complet lumenul apendicular fără a-i modifica forma sa şi fără a invada seroasa peritoneală. O tumoretă de un aspect cafeniu-gălbui deasemeni consistentă la secţiune se observă în regiunea învecinată a cecului. Această tumoretă care nu trece de 2 cm. în diametru, are oarecare bande de continuitate spre tumora apendiculară.

Suprarenalele nu prezintă nimic deosebit. Ficatul însă are o degenerescenţă grasă înaintată. Nu am putut avea însă celelalte organe afară de glandă tiroidă şi hipofiza.

La examenul microscopic al sistemului nervos, cu excepţiunea leziunei bulbare descrise nu s'a observat nimic particular manifest.

Examenul histologic însă, ne-a arătat: leziuni caracteristice de xanthomatoză. Vom publica în altă parte descrierea amănunţită din acest punct de vedere. Vom spune însă, că la nivelul tumorilor ceco-apendiculare există un ţesut de granulomatoză xanthomatoasă caracteristic.

Este vorba de o massă neoplastică constituită din celule mici care dau la prima impresiune aspectul unui limfo-sarcom, dar care prin prezenţa de celule caracteristice spumoase precizează diagnosticul.

Pe secţiunile colorate cu Scharlach-Hematoxilină aceste celule mari adesea multinucleate, apar încărcate de incluziuni lipoidale, care la examenul în lumina polarizată sunt net birefringente. De remarcat că în glanda thiroidă, în ţesutul conjunctiv dintre foliculi, apar grămezi de atari celule.

Amigdala, mucoasa învecinată a faringelui, sunt sediul unei proliferaţiuni intense cu caracter dezoganizat al ţesutului normal. Proliferaţiunea este constituită din celule mici, în massa cărora apar elemente lipoidale mari, sau plaje de celule de tip fibroblastic încărcate de lipoizi. Acelaş aspect cu predominenţa de ţesut de granulaţie tânăr, găsim în tumora parabulbară, cum şi în ţesutul neoplasic, care invadează dura-mater şi nervii bulbari de partea dreaptă, cum şi regiunea bazei craniului. **Aspectul acesta histopatologic ne-a permis a pune diagnosticul de xanthomatoză difuză cu predominenţa craniană, adică de boala lui Schüller-Christian.** Vom semnala că în sistemul nervos şi anume la măduvă am găsit zone în care fibrele nervoase erau tumefiate şi colorate intens în roşu-viu prin Scharlach.

Tabloul anatomo-patologic observat în cazul nostru, se apropie prin urmare de cazurile publicate până în prezent. Prin existenţa însă a unei tumori care îngloba un buchet de nervi cranieni şi comprima bulbul şi prin prezenţa unor aspecte particulare ale fibrelor nervoase mielinice, cazul nostru reprezintă mai mult o **formă nervoasă** şi din punct de vedere anatomo-patologic.

In fond atât în acest caz ca şi în cele cunoscute, este vorba aşa cum a arătat Rowland de o proliferare difuză a întregului aparat reticulo-endothelial. Se ştie că acest aparat este format din: endotheliul capilarelor, sinurilor limfatice, măduvei osoase, din celulele reticulare a ganglionilor limfatici, splinei, precum şi din histiociţii sau celule fagocitare ale ţesutului conjonctiv, corespunzând celulelor ad-

ventiţiale perivasculare descrise de Marchand. Din cauza acestei proliferaţiuni a sistemului reticuloendothelial s'a dat şi numele de reticulo-endotheliozâ procesului xanthic. Ulterior urmează o înmagazinare de produşi lipoidici în elementele proliferate (reticulo-endotheliozâ-lipoidică).

Această hiperplazie duce în unele cazuri la constituire de adevărate tumori (cum a fost şi la bolnavul studiat de noi).

Localizarea procesului xanthomatos produce diverse simptome după sediul său. Suntem departe deci, de teoria hipofizară emisă de Schüller şi Christian, Caracterul special al proliferării, care interesează tot sistemul reticulo-endothelial ne arată că avem de a face cu o maladie de sistem. Aceasta a fost şi este încă părerea celor mai mulţi din autori. Această proliferare ar fi consecinţa iritaţiei patologice a acestui sistem prin producerea în exces al metabolismului lipoidic şi în special al cholesterolului.

Anitschkow (citat după Brătianu) ar fi constatat chiar apariţiunea unui xanthom la epurii hrăniţi cu un regim bogat în lipoizi la nivelul unde se introduse-se sub piele un corp strein.

Boala lui Schüller-Christian ar reprezenta deci o afecţiune al metabolismului lipidic şi din acest punct de vedere se situiază pe acelaş plan cu boala lui Gaucher, cu boala lui Niemann-Pick şi poate cu idioţia amaurotică. In xanthomatoză însă ar fi o depunere de cholesterol în elementele reticulo-endotheliale, pe când în boala lui Gaucher e vorba de cerebroside (kerasină, ce se depune în splină) iar în boala lui Niemann-Pick, e o depunere de fosfatide în ficat şi în splină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste afecţiuni însă sunt în general familiale şi chiar au un caracter rasial.

In faţa acestei concepţiuni se ridică concepţiunea actuală anatomo-patologică (Heine) care tinde a arăta că boala lui Schüller-Christian reprezintă o granulomatoză primară cu lipoidoză secundară; adică există un ţesut de granulaţie special cu punctul de plecare tot în aparatul reticulo-endothelial, în care ulterior se depun produse lipoidice. Prezenţa de procese tumorale descrise ca fibro-xanthosarcome altădată (un caz al lui Dietrich, citat de Moreau) şi în care procesul de lipoidoză rămâne mult înapoia proliferării granulomatoase ar fi argumente în acest sens. In adevăr granulomele tinere în general sunt sărace în lipoizi, aceiace se vede şi în cazul nostru în unele regiuni.

Tranziţiunea însă pe care o fac aceste aspecte între reticuloendoteliozele lipoidice şi reticulo-endoteliome, (adevărate tumori), precum şi prezenţa de turburări reale de metabolism lipidic, aproape constante în reticulo-endothelioza-lipoidică, ridică problema extrem de importantă a relaţiunei între geneza unor neoplasme şi existenţa de turburări umorale. Pentru unii autori (Gilbert) primum movens al procesului proliferativ ar fi o infecţiune ereditară uneori (lues), care ar provoca întâi o hipercolesterolemie.

Boala lui Schüller Christian, de care ne-am ocupat reprezintă o afecţiune gravă cu evoluţiune letală în marea majoritate a cazurilor.

S'au semnalat însă şi cazuri vindecate din punct de vedere clinic. In ce priveşte terapeutica acestei boale autorii au observat eficacitatea radioterapiei asupra proceselor de xanthomatoză osoasă. In adevăr cele mai multe cazuri în care s'a aplicat şedinţe de radio-terapie la nivelul lacunelor osoase, acestea au fost fibrozate. S'a preconizat cu oarecare succes tratamentul tiroidian şi insulina care par a modifica întru câtva metabolismul general. In plus tratamentele simptomatice (extracte de lob posterior pentru poliuria diabetului insipid).

BIBLIOGRAFIE

MOREAU J.: La dysostose hypophysaire. Arch. Franco-Belge de chirurgie. 1929—1930 (XXXII année) No. 9, 10, 11. In acest memoriu se găseşte bibliografia completă până în 1930 inclusiv. Redăm mai jos bibliografia dela această dată. — BAZY L. et P. MALGRAS: La maladie de Schüller-Christian. La Presse Med. 15 Juin 1935 pg. 968. — ŞERBAN BRĂTIANU: Sistemul reticulo-endotelial şi maladiile de sistem. Actualităţi medicale (Asoc. Docenţilor) Seria IV. — CLAUS H. Uber diferential diagnostische Schwierigkeiten bei der Schüller-Christians Krankheit. Z. Laryng. usw. 24, 1933, 391—392. — CANUYT G. Sur un cas de dysostose hypophysaire. Maladie de Schüller, syndrome de Christian. Rev. franc. Pediatr. 9, 514—527—1933. — DAVISON CH.: Xanthomatosis and central nervous system. Arch. of Neurol. 30, 75—98, 1933. — FABERI M. La sindrome di Hand-Schüller-Christian. Policlinico Sez. prat. 1934, 1770—1774. — FRIMANN-DAHL and R. FORSBERG: Roentgen treatment of xanthomatosis. Acta Radiol. 14 506—511: 1933. — Xanthomatose mit Schädeldefekten (Schüllersche Krankheit) Norske Mag. Laegevidensk 92, 523—531, 1931. — FISCHER H.: Un cas de diabète sucré et de xanthomatose. Die Med. Welt. I 10 Nr. 25, 1936, 887—890. — FRASER J. S.: Lipoid granulomatosis of bones (Hand-Schüller-Christian Disease). Laryng a Otol. 49, 666—674, 1934. — GAAL A.: Das Roentgenbild der Knochenveränderungen bei essehtieller Xathomatose. Fortschr. Roentgenstrahl. 48, 392—398, 1933. — GERSTEL G.: Uber die Hand-Schüller Christianische Krankheit auf Grund ganzlicher Durchuntersuchung des Knochengerüstes Virchows Arch. 294, 278—303, 1934. — GIGON A.: Zur Kenntnis Sch.-Chr. Krankheit Schweitz. med. Wschr. 1932. I. 4—6. — A, GILBERT, E. CHABROL et H. BÉNARD: Un cas de xanthome familial de forme pseudo-goutteuse. Bull. Soc. Méd. des Hop. de Paris, 1926, p. 1067. — GUNSETT, A. D. SICHEL et E. BOUTON: Un cas de dysostose hypophysaire. Bull. Soc. Radiol. Med. Franc. 22, 511—513, 1934. — GREIFENSTEIN A.: Roentgenlogische Veränderungen am Schläfenbein zwei Fälle voh Schüller-Christianscher Krankheit Z. Laryng. usw. 24, 384—391, 1933. — HANSON W. A. L. H. F. and E. T. BELL: A case of Schüller-Christians Disease under Observation for nine Years. Amer. J. Canc. 25, 768—771, 1935. — HAGUENAU J. et P. LANTIER: Un cas de lacune de crâne. Forme monosymptomatique de maladie de Schüller-Christian? Soc. med. Hop. Paris, 1933, Février, p. 161. — HENSCHEN F.: Uber Christians Syndrom und dessen Beziehungen zur allgemeine Xanthomatose. Upsala, 1931, 93 S. — HERMANN K.: Xanthomatose generalisée. Munch. med. Wschr. t. 81, No. 29, 30 Juillet 1934 şi Annales de médecine. T. 38, No. 3, 1935. — HAINE J.: Uber die Schüller-Christiansche Krankheit und ihre Stellung und den Lipoidstoff-

wechselkrankheiten. Tung Chi 10, 271—279, 308—316, 1935. — Beitrag zur Schüller Christianschen Krankheit. Zbl. Path. 60 Erg. H. 78—79, 99—102, 1934. — JASON, R. S. and S. V. ABRAHAM: Christian's Syndrome. A case report. Amer. j. Ophtalm. III. s. 14, 1146—1156 (1931). — JORGE J. M. et D. BRACHETTO-BRIAN: Structure histologique du xanthome isolé congénital (La Presse Medica Argentina, tome XVIII No. 24 janvier 30, 1932).— IGHENTI W. K.: Zur Frage der allgemeine granulömatosen xanthomatose. Virchows Arch. 282, 585—612 (1931). — KLEINMANN, HANS.: Beitrag zur Lipoidchemie der granulomatosen xanthomatose (sog. Schüller-Christian Krankheit) Virchow Arch. 282, 613—620 (1931). LESNÉ E., LIÈVRE J. A. et Y. BOQUIEN: Xanthomatose cranio-hypophysaire. Bull. Soc. Medic. des Hôp. de Paris 1932, Mai 9, No. 15 p. 610 et Presse mèdicale, janvier 1933, p. 138. — MATRAS: Pseudo-xanthome élastique coincidant avec des stries d'aspect vasculaire au niveau du fond de l'oeil. Wien. Klin. Wschrft. t. 48. Nr. 7 1935 198—200. — MICHAEL et NICHOLAS: Les lipides du sang dans le xanthome. (Arch. of dermatology and syphilology t. XXIX No. 2 fevrier 1934). — MARTON B.: Uber ein ungewöhnliche Duraendotheliom, ein Beitrage zu „xanthep" Frage. Frankf. Z. Path. 48, 443—448 (1935). — MELLI, GUIDO: Il morbo di Schüller-Christian. Policlinico Sez. med. 42, 449—479 u. 509 bis 535 (1935). — MERRITT, KATHARINE K. and BERYL H. PAIGE: Xanthomatosis. Raportt of a case wirth necropsy. Amer. j. Dis. Childr. 46, 1368—1392 (1933). — NORDMANN, J., et P. PAYEUR: Un cas de maladie de Christian-Schüller. Bull. Soc. Ophtalm. Paris Nr. 6, 506—509 (1933). — NOJIMA TETUNOSUKE: Ein Fall von Schüller-Christianscher Krankheit (Japonezä) 1935. — PADOVANI S.: Sindromi di Hand-Schüller-Christian (Contributo-Clinico) Arch. Ottalm. 40,287—296 u. 297—307 (1933).— PLAUT F. und H. RUDY: Uber Blut und Liquoruntersuchungen bei Lipoidosen insbesondere bei Schüller-Christianscher Krankheit. Z. Neur. 148, 423—436 (1933). — RATHERY F. et D. BARGETON: Maladie de Hand Schüller-Christian Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris III. s. 52, 540—545 (1936). — RIVA ALESSANDRO: Sulla diisostosi ipofisaria o sindrome di Hand-Christian Schüller. Monit. Endorinologia 2, 821—824 (1934). — SCHACHTER M.: Lipoidoxanthomatose in Schadel und Hypophyse oder Hand-Schüller-Christiansche Krankheit. Rev. Ştiinţ. med. 23. 843—859 (1934). — SCHNEIDER WALTER: Das klinische Bild der Schüller-Christianschen Krankheit. Freibung i. Br. Diss. 1932. 52 S. — STEINDLEGER, MARCOS, und ISIDORO SLULLITEL: Schüller-Christianschen Krankheit. Semana médica. 1933. II. 505 bis 512. — SHELLING D. H. et A. F. VOSHELL: Un cas de xanthomatose osseuse généralisée simulant l'ostéite fibreuse kystique (Arch. of internat Médicine t. 55 No. 4. Avril 1935 p. 592—608). — SOSMAN: La xanthomatose (histiocytose lipiodique) (The journ. of the American medical Association, tome XCVIII, No. 29 janvier 1932). — STOOSS M.: Zur Schüller-Christianschen Krankheit. Handsche Krankheit (Chester) Christians Syndrom (die Amerikaner) Landkartenschadel (Schüller) hypophysarer Landkartenschadel (Brehme) Schweiz. med. Wschr. 1931 II, 1173—1176. — SUNDELIUS, HARALD: Zur Kenntnis der Lipoidosen speziell vom Typus Schüller-Christian. Acta. med. Scand. 87, 402—441 (1936). — SVENNINGSEN, O. K.: Generalised xanthomatosis. Acta radiol. 14, 491—505 (1933). — TEPERSON, HYMAN I.: Xanthomatosis. A case of Schüller-Christian's disease treated

by irradiation. Radiology 25, 440 bis 450 (1935). — WATJEN J.: Beitrag zur Kenmtnis des Morbus Schüller-Christian Beitr. Path. Anat. 96, 443—465 (1936). — WHEELER, JOHN, M.: Exophtalmos associated with diabetes insipidus and large defects in the bonets of the skull. Arch. of Ophtal. 5, 161—174 (1931).

Prof. G. MARINESCO, STATE DRĂGĂNESCO, G. STROESCO et G. PALADE: *La maladie de Schüller-Christian (Un cas anatomo-clinique, à localisation cranio-viscérale).*

Après une mise au point de la question de la xanthomatose essentielle, les auteurs présentent l'observation anathomo-clinique d'un cas personnel.

Il s'âgit d'un malade âgé de 31 ans présentant des signes de tumeur infiltrante de la base du crâne (paralysie de la IX, X, XI et XII-ème paire) avec hémiparèse gauche Evolution rapide. Après 4 mois survint la fin avec cachexie et une stomatite ulcéreuse. Pas de diabète insipide. A la nécropsie, tumeur xanthomateuse (jaune-ocre) de l'appendice et de la région avoisinante du coecum et une tumeur brune-jaunâtre parabulbaire droite adhérante à la dure mère et envahissant les nerfs du trou déchiré postérieur, le trou condilién et l'exobase. Certains ganglions cervicaux transformés en masses jaunâtres.

A l'examen histologique on a trouvé une infiltration xanthomateuse dans le tissu interstitiel de la thyroïde, au niveau des ganglions lymphatiques, de l'amigdale, etc. Les tumeurs, coeco-appendiculaires et parabulbaires offraient le tableau d'une granulomateuse — tissu jeune de granulation — avec par place transformation en cellules spumeuses caractéristiques de la xanthomateuse.

Prof. G. MARINESCO, STATE DRĂGĂNESCO, G. STROESCO und G. PALADE: *Die Schüller-Christian-sche Krankheit (Ein anatomo-klinischer Fall von einer cranio-visseralen Lokalisation.*

Nach einer Auseinandersetzung der essentiellen Xanthomatosis-Frage, bringen die Verfasser die klinischen und anatomischen Bemerkungen eines persönlichen Falles. Es handelt sich um ein 31-jähriger Kranke, der die Symptome einer infiltrativen Tumor der Schädelbasis (Lähmung der IX, X, XI und XII Hirnnerven) und eine linksseitige Hemiparese zeigte. Rascher Verlauf. Vier Monate später vollständige Abmagerung, ulzeröse Stomatitis und Exitus lethalis. Kein Diabetus insipidus. Bei der Sektion findet man eine gelbliche Tumor des Blinddarms und der benachbarten Teile des Coecum und eine rechtsseitige, parabulbäre mit der Dura zussammengewachsene, braun-gelbliche Tumor, die gleichzeitig die durch hintere Schädelgrube ausstralende Nerven und die äussere Schädelbasis einwandert. Einige Lymphhalsdrusen sind im gelblichen Gewebe umgewandelt.

Bei der hystologischen Untersuchung stellt man ebenso eine xanthomatosische Infiltration des interstitiellen Schilddrusegewebes, und der Mandeln, etc. fest Diese Tumoren zeigen das Bild einer Granulomatosisjunges Granulationsgeweb mit einer Umwandlung stellenweise zur den für Xanthomatosis charakterististische Schaumzellen.

(Auto-resumate)

RADIOTERAPIA IN ASTM

de

D-r D. NEGRU

Profesor la Facultatea de Medicină din Cluj.

Radioterapia în astm dă vindecări durabile în circa 30% din cazuri, şi ameliorări foarte accentuate, în aproximativ 60%. Succese terapeutice remarcabile se pot obţine cu doze relativ mici şi cu totul inofensive.

Se obţin succese şi în cazurile în care toate celelalte metode de tratament au eşuat.

Nu sunt contraindicaţiuni.

Nu se observă turburări grave, nici accidentele consecutive tratamentului radioterapic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intrebuinţarea razelor Röntgen în tratamentul astmului constitue un exemplu tipic de medicaţiune excelentă, născută din hazard şi trăind din empirie.

In 1906, *Schilling* face radioscopia unui bolnav suferind de bronchită exudativă şi de astm. In urma acestui examen întâmplător, accesele de astm dispar. De aici s'a născut metoda iradierei toracelui în tratamentul astmului.

Tot din întâmplare, *Drey* şi *Lossen* iradiind în 1920 splina unui vechiu astmatic, care suferea şi de leucemie limfatică, observă că astmul se vindecă. De aici datează metoda iradierei splinei în astm.

S'a căutat mecanismul acţiunei razelor Röntgen în astm, pornind dela multiplele ipoteze cu privire la natura astmului, şi căutând a influenţa unul sau altul din factorii cauzali presupuşi. Apoi s'au încercat iradieri, mai mult sau mai puţin la întâmplare, asupra diferitelor organe — s'a iradiat şi femurul ori chiar corpul întreg — în speranţa de a obţine rezultate terapeutice din ce în ce mai bune.

Pentru a înţelege cât de dificilă este problema modului de acţiune a röntgenterapiei în astm, este destul să amintim că încă

nu se cunoaşte precis nici mecanismul intim al acţiunei razelor Röntgen asupra organismului, nici natura turburărilor care constituesc sindromul astm. Multiplicitatea ipotezelor în ambele chestiuni e dovada cea mai bună a incertitudinei în care ele plutesc.

Vom face o scurtă expunere a diferitelor ipoteze cu privire la modul de producere al astmului, şi în urmă vom schiţa istoricul radioterapiei în astm, pentru a sfârşi arătând starea actuală a chestiunei, şi rezultatele obţinute de noi, la Institutul de Radiologie din Cluj, în ultimii 12 ani.

Studiile recente ale fiziologilor *(Dixon* şi *Brodie, Morat* şi *Doyon,* etc.), au pus în evidenţă rolul nervului pneumogastric. *Eppinger* şi *Hess* încadrează astmul în domeniul vagotoniei.

Widal şi *Abrami* au formulat teoria astmului anafilactic şi a diatezei coloidoclazice. Ei admit că alteraţiuni ale glandelor cu secreţie internă pot produce o perturbare în funcţiunea aparatelor vago-simpatice.

Rolul glandelor endocrine reese şi din cazurile de astm la bazedowieni.

Se atribue importanţă şi factorului local, care poate fi un „spin" pulmonar iritativ *(Sergent),* constituit de o tuberculoză fibroasă, de scleroză pulmonară, sechele de alte afecţiuni, etc.

Teoria mai universal admisă este aceia a turburărilor echilibrului în sistemul nervos vegetativ, adică o turburare a bilanţului vago-simpatic. Ar avea loc o hipervagotonie şi o hiposimpaticotonie.

Danielopolu deosebeşte în astm un factor constituţional şi unul condiţional. Factorul constituţional, predispozant — locus minoris resistentiae — îşi are sediul, cel mai adesea, în plămâni şi exercită acolo o acţiune mecanică ori anafilactică. Celelalte momente etiologice, care declanşează accesul, lucrează prin factorul local

Criza de astm se declanşează printr'o cauză oarecare, care constitue un factor determinant (şoc coloidoclazic, modificare umorală, etc.). Cauza poate dispare, odată criza declanşată. „Aceasta va continua, căci spasmul bronchic irită terminaţiunile centripete ale ramurilor bronchice ale simpaticului şi pneumogastricului, de unde, agravarea reflexului broncho-constrictor, prin efectul unui adevărat „cerc viţios reflex" *(Danielopolu),* care nu va ceda, decât la fatiga locală sau la apariţia unei modificări a mediului local, în sensul orto-simpatic *(Delherm* şi *Beau).*

Notăm în fine şi teoria lui *Seddilot,* care atribue turgescenţei vaselor din plămân provocarea astmului.

* * *

Primele rezultate bune, în urma iradierei sistematice a toracelui, le-a avut *Schilling,* care, în 1910 a publicat o statistică de 60 de cazuri. *Immelmann* în 1907 a putut înlătura accesele acute după 1—2 iradieri.

Alte succese au publicat *Gottschalk, Eckstein* şi *Wetterer. Gottschalk* crede că acţiunea se exercită asupra pachetelor

ganglionare dela hil, care ar apăsa vagul şi ar da accese de astm.

Indicaţiuni mai precise, găsim la *Klewitz,* care în 1922 a avut 17 succese, din 24 cazuri. El indică prima technică sistematică, care a fost adoptată de mulţi alţi autori: Total 7 câmpuri, 4 în spate şi 3 în faţă; 10/15 cm.; 1/3 H E D la 23 cm. focus piele; filtru 0,5 Zn.; 1—2 câmpuri pe zi. După 4 săptămâni se repetă ciclul. In 1924, a referat despre 85 cazuri cu 30% vindecări şi 32% ameliorări.

Tot aşa de bune rezultate a obţinut şi *Marum.*

In urma deescoperirei întâmplătoare a vindecărei astmului prin iradierea splinei, de către *Drey* şi *Lossen* în 1920, *Grödel* a tratat prin acest procedeu 30 de bolnavi, cu 9 vindecări şi 6 ameliorări importante.

Iradierea splinei are de scop să provoace intrarea în sânge a acelor substanţe care asigură organismul împotriva producerii de stări anafilactice *(Podkaminsky).*

Ascoli iradiază ipofiza, pentru a influenţa pe această cale sistemul nervos vegetativ. In 5 cazuri, are o bună ameliorare.

Podkaminsky iradiază ceafa, pentru a influenţa centrii din bulb. Rezultatele ar fi foarte bune.

Altschul iradiază hilii şi splina. Acţiunea s'ar datora iradierei cordonului nervului simpatic toracic şi a vagului. S'ar influenţa plexul pulmonar, care e format din fibrele vagului şi ramuri simpatice din cei 4 ganglioni superiori ai lanţului simpatic toracic. Autorul crede că iradierea splinei singură nu e suficientă; dar o face concomitent cu a hililor, căci ar spori funcţiunea aparatului reticuloendotelial şi astfel, indirect, ar favoriza modificarea funcţiunei sistemului nervos vegetativ, necesară vindecărei.

Altschul se bazează pe rezultatele experimentale obţinute de *Strauss* şi *Rother* încă din 1922, cu privire la acţiunea razelor Röntgen asupra sistemului nervos vegetativ.

Exemple de schimbări în echilibrul vago-simpatic, vede autorul şi în următoarele alte efecte ale radioterapiei: succesele terapeutice publicate de *Cottenot, Zimmern, Dariaux, Kriser, Pautrier,* etc., care au iradiat măduva spinărei în unele dermatoze, succese care se explică prin influenţarea sistemului vegetativ. Acelaş mecanism îl are şi iradierea „segmentară", introdusă de *Borak* în endarterita obliterantă, şi anume, influenţarea fibrelor vegetative şi a ganglionilor simpatici. Deasemenea iradierea în angina de piept şi în ipertensiunea arterială aparţine domeniului iradierei simpaticului. Tot aşa, iradierea ulcerelor de stomac şi duodenale, nu sunt propriu zis iradieri de organe, ci ale simpaticului din aceste organe. Se iradiază inclusiv şi ganglionul celiac şi prin el se măreşte tonusul simpatic.

Autorul a obţinut în astm aceleaşi rezultate bune ca şi cele notate mai sus.

Kogan-Iasny şi *Abramowitsch,* afirmă că rezultatele cu 30% vindecări, publicate de alţi autori, n'au putut fi observate de ei, căci, după părerea lor, un timp de 2 ani fără accese, ar fi prea

scurt, pentru a considera o vindecare definitivă. Ei pun asemenea cazuri în rubrica „considerabil ameliorate" (Wesentlich gebessert).

Pentru efect durabil, trebuesc mai multe serii de tratament. Iradiază toracele şi splina.

Autorii deduc din teoria lui Danielopolu, asupra mecanismului astmului — expusă mai înainte — succesul radioterapiei prin iradierea locului de origine al boalei şi în acelaş timp şi a altor puncte îndepărtate dela care poate porni complexul astm, de ex.: splina *(Grödel)*, ipofiza *(Ascoli, Nesterew)*, glanda tiroidă *(Widal* şi *Abrami)*, toracele în total *(Klewitz)*, precum şi iradierea concomitentă şi a toracelui şi a splinei, cum o fac şi autorii.

Zuppa iradiază suprarenalele pentru a întări tonusul simpaticului. Excitând funcţiunea glandelor suprarenale, s'ar spori adrenalina care ar lucra asupra simpaticului. Prezintă 3 cazuri cu rezultat bun. Technica: 100—150 r., raze dure, cu localizator 10/15.

Pasteur, Vallery-Radot, Paul Gibert, P. Blamoutier şi *François Claude* prezintă o statistică de 52 bolnavi. Ei iradiază, fie numai toracele, fie numai splina, fie ambele. De două ori pe săptămână, câte 500 R (2,5 H). Rezultatele sunt comparabile cu ale autorilor germani (circa 25% vindecări).

Autorii cred că razele Röntgen lucrează pe orice poartă ar intra. Ei admit că razele Röntgen produc în organism perturbaţiuni umorale, comparabile cu acelea produse printr'o injecţie de proteină, şi că şocul coloidoclazic produs ar ajunge la acelaş rezultat.

Popp I. publică rezultatele obţinute în 4 cazuri la Institutul de Radiologie din Cluj, în 1926. Toate aceste 4 cazuri au fost net ameliorate. Technica va fi expusă în cele ce urmează.

Delherm şi *Beau* utilizează o technică foarte asemănătoare cu a lui Pasteur Vallery-Radot. Iradiază toracele (hilii) printr'o poartă anterioară şi una posterioară, de 20/20 cm. Distanţa focală, 40 cm. Doza, dacă e necesar, merge până la 1200 r. Repaos o lună, după care se repetă seria, dacă succesul n'a fost suficient. Dacă nici după aceasta nu s'a produs ameliorarea, iradiază splina, prin 2 câmpi de 12/15 cm., unul anterior şi celălalt posterior. In rest, aceiaşi technică şi aceiaşi doză.

Rezultat: 30% vindecări; 45% ameliorări; 25% eşecuri.

Delherm a iradiat şi numai pancreasul, prin două porţi, una anterioară şi una posterioară, şi a prezintat — în 1931 — o statistică de 5 cazuri cu 2 succese şi 3 eşecuri.

Raulot-Lapointe a vindecat 4 cazuri de astm la bazedowieni, observate de Widal şi Abrami, prin iradierea tiroidei (Radioterapie de mijlocie penetraţiune, total 900 r., prin 3 porţi).

Huet şi *Sobel* iradiază ultimele vertebre cervicale şi primele dorsale, printr'un câmp de 8/10 cm.; apoi imediat dedesupt, un al doilea câmp de 8/10, interscapular; în faţă, 2 câmpi parasternali. Distanţa focală, 30 cm. Filtru, 5 mm. Al. Tensiunea, 25 cm. scântee echivalentă. Doză, 500 R pe câmp, repetată până la maximum 2000 R. Prezintă 6 cazuri cu succese remarcabile.

Autorii admit pe lângă alte mecanisme, şi o acţiune indiscutabilă asupra teritoriului simpatic şi vagosimpatic, şi aduc ca probă unul din cazuri, care, tratat pentru un lichen plan, după metoda lui *Gouin* (raze moi pe axa rachidiană), s'a vindecat de astmul său.

Solomon I. admite în unele cazuri o patogenie tiroidiană ori ovariană, şi atunci iradiază glandele respective. In cazurile de astm cu patogenie necunoscută, iradiază câmpii pulmonari sau regiunea splenică. Rezultate: 30% vindecări, 50% ameliorări importante. Cele mai multe vindecări le-a avut iradiind câmpii pulmonari. Technica: 2 câmpi pulmonari (hilari) 16/16, pe faţa anterioară a toracelui. Pe fiecare câmp, 500 R. De două ori pe săptămână, până la o doză totală de 5000 R., pe câmp. Raze de penetraţiune mijlocie. Eventual, repetare după 2—3 luni!

Din cele de mai sus putem trage concluzia că nu putem încă preciza modul de acţiune al razelor Röntgen în astm. De altfel, astmul fiind un sindrom produs de factori multipli şi complexi, este probabil că radioterapia lucrează prin mecanisme variate. Ar reeşi şi de aici, ca în atâtea alte cazuri, existenţa unei acţiuni locale şi a unei acţiuni generale.

* * *

La Institutul de Radiologie din Cluj, în ultimii 12 ani (1924—1935 inclusiv), au fost trataţi şi urmăriţi 80 de bolnavi de astm. Dintre aceştia au fost 41 bărbaţi şi 39 femei. După vârstă, au fost: între 10—20 ani, 7; între 20—30 ani, 21; între 30—40 ani, 24; între 40—50 ani, 15; între 50—60 ani, 10; peste 60 ani, 3.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din aceste 80 de cazuri, 23 n'au mai prezentat accese, până la controlul făcut după un interval care a variat între 6 luni şi 4 ani dela tratament. Procentul este de 28,5%.

In 48 de cazuri, s'a constatat o ameliorare pronunţată, cu suspendarea acceselor, în unele cazuri mergând până la câteva luni. Procentul este de 60%.

In 9 cazuri nu s'a observat nici o influenţare a boalei, dar nici agravare. Procentul: 11,2%.

In general, autorii trec în rubrica de vindecări bolnavii din prima noastră categorie. In felul acesta, rezultatele noastre sunt la fel cu acelea ale altor autori, care dau în medie o vindecare de circa 30% din cazuri.

Este de remarcat însă că noţiunea de „vindecat" în materie de astm tratat prin radioterapie, este relativă. Nu se poate preciza când trebue să considerăm vindecat un caz de astm. Intre cazurile noastre, am avut recidive după 3 luni dela tratament, dar şi după 3 ani. Este adevărat că în asemenea recidive o nouă serie de tratament radioterapic aduce de obicei vindecarea pentru un nou lung interval.

Poate ar fi mai corect să clasificăm rezultatele în: excelente, foarte bune şi bune.

Evident, nu negăm posibilitatea vindecărei definitive, dar până acum nu avem dovezi peremptorii.

Din cele 23 de cazuri de vindecare, au fost 14 bărbaţi şi 9

femei. După vârstă, cele mai multe vindecări au fost între 20—30 ani, cu 9 cazuri; între 31—40 ani, 7 cazuri; între 40—50 ani, 5 cazuri; între 50—60, 2 cazuri.

După vechimea boalei, cele 23 de vindecări se repartizează astfel: sub o lună, 3 cazuri; un an, 6 cazuri; 2—3 ani, 4 cazuri; 4—8 ani, 5 cazuri; 10 ani şi peste, 5 cazuri.

In ce priveşte gravitatea boalei, cazurile de mai sus se repartizează astfel: 1—2 accese zilnic, 14 cazuri; 3—4 accese zilnic, 4 cazuri; 5—10 accese zilnic, 3 cazuri; peste 10 accese, 2 cazuri.

Rezultă că vârsta tânără reacţionează mai favorabil. Vechimea boalei nu pare a avea multă importanţă. Gravitatea boalei are mare influenţă, căci în cazurile uşoare, vindecarea a fost în mai mare proporţie. Totuşi, s'au obţinut vindecări şi în cazurile cele mai grave (peste 10 accese zilnic).

Din cele 9 insuccese, se constată că la femei insuccesele sunt mai numeroase (8 faţă de 1). Vârsta înaintată are un rol defavorabil. Bolnavii prezentau înafară de astm: tuberculoză pulmonară activă, 1 caz; hipertensiune, 1 caz; emfizem înaintat, 1 caz; turburări climacterice, 1 caz.

Este de remarcat că nici unul din aceste cazuri de insucces n'a primit mai mult de 1 serie de tratament radioterapic.

Technica aplicată de noi la Institutul de Radiologie din Cluj, este următoarea:

Patru câmpuri hilare, două anterioare şi două posterioare. Un câmp în regiunea splinei. Localizator 10/15 cm. Distanţa focală, 30 cm. Tensiune, 160 KV la aparatul Stabilivolt şi 180 KV maximal, la aparatul Multivolt. Intensitate, 3—4 mA. Filtru 0,5 Cu ori Zn + 4 mm Al. Iradiere la 2 zile, un câmp pe zi. Seria se repetă după 4—6 săptămâni, de 2—4 ori.

Această technică e mai apropiată de cea a autorilor germani. Dozele sunt mult mai mici decât în technicile franceze, fără ca rezultatele să fie mai puţin favorabile.

In 6 cazuri din cele 80, s'a iradiat numai splina, prin două porţi, una anterioară şi una posterioară, câte 1/3 HED.

Rezultat: 1 vindecare, datând de 1½ ani; 3 ameliorări; 2 insuccese (din care, unul la o bolnavă cu tuberculoză pulmonară activă).

Intr'un singur caz s'a iradiat, la prima serie, regiunea nasului, obţinându-se o uşoară ameliorare trecătoare. La seriile următoare s'a iradiat după technica obişnuită torace plus splină.

Bolnavei cu hipertensiune i s'a iradiat, înafară de torace şi splină, ambele regiuni suprarenale, tot cu 200 r. Rezultatul a fost: insucces.

Cea mai mare parte din cei 80 de pacienţi, au fost internaţi în clinică. Aproape toţi bolnavii au urmat şi un tratament medical uzual.

Aceste 80 de cazuri vor fi analizate mai în detaliu, în teza elevului nostru Cziki Bela.

Concluziuni: *Radioterapia în astm dă vindecări dura-*

Regele Ferdinand I. din Cluj - Biblioteca Universitară ROMÂNIA

bile în circa 30% din cazuri, și ameliorări foarte accentuate, în aproximativ 60%. Succese terapeutice remarcabile se pot obține cu doze relativ mici și cu totul inofensive.

Se obțin succese și în cazurile în care toate celelalte metode de tratament au eșuat.

Nu sunt contraindicațiuni.

Nu se observă turburări grave, nici accidente consecutive tratamentului radioterapic.

BIBLIOGRAFIE

1) *Ascoli*: Strahlenther. vol. 14, p. 876. — 2) *Ascoli:* Endocrinology, 1920, 1922 Nr. 4 (ref. Delherm și Beau). — 3) *Drey L.* și *Lossen H.:* Strahlenther. vol. 10, p. 1052. — 4) *Groedel F.*: Strahlenther, vol. 13, p. 861. — 5) *Groedel F.*: Verhandl. d. D. Röntgen-Ges. 1921, p. 83. — 6) *Klewitz*: M. m. W. 1922 No. 9 (citat de Bergerhoff). — 7) *Klewitz*: Kl. W. 1924, No. 6, p. 228. — 8) *Marum G.*: Strahlenther. 1924, vol. 16, p. 817. — 9) *Bergerhoff W.*: Strahlenther. 1926, vol. 21, p. 681. — 10) *Gassul R.:* Strahlenther. 1926, vol. 21, p. 685. — 11) *Podkaminsky N. A.:* Strahlenther. 1927, vol. 26, p. 269. — 12) *Zipperlen, Victor R.:* Strahlenther. 1930 vol. 36, p. 88. — 13) *Schilling*: Verhandl. d. Kongr. f. inn. Med. 1906, p. 463. — 14) *Immelmann*: M. m. W. 1907, Nr. 15. — 15) *Immmelann*: Verhandl. d. Komgr. f. inn. Med. 1909, vol. 5, p. 79. — 16) *Altschul W.*: Strahlenther. 1934, vol. 50, p. 669. — 17) *Wetterer I.*: Handbuch der Röntgenther. 1920, vol. II. — 18) *Kogan-Iasny V.* și *Th. Abramowitsch*: Strahlenther. 1927, vol. 24, p. 336. — 19) *Holst L.* și *D. Kaplunowa*: Strahlenther. 1929, vol 32, p. 505. — 20) *Solomon Iser*: Le Röntgenthérapie 1 vol. Expansion scientifique, Paris 1930. — 21) *Zuppa Armando*: Arch. di radiol. 1933, 9, 1117 (Ref. in Am. J. of Röntg. 1935 p. 557). — 22) *Pasteur Vallery-Radot, Paul Gibert, P. Blamoutier* și *François Claude*: Bull. et mém. de la Soc. med. des Hôp. de Paris, 1927, No. 12 p. 456. (Ref. în Journ de Rad. 1927, p. 505). — 23) *Pasteur. Vallery-Radot, Gibert* și *Blamoutier*: Congrès de l'asthme. Le Mont-Dore, 1932 vol. II. (citat de Delherm și Beau). — 24) *Gerber I.:* Journ. of Amer. Med. Assoc. vol. 85, No. 14, 1925, p. 1026, (Ref. în Journ. de Rad. 1926, p. 282). — 25) *Gibert P.:* Bull. de la Soc. de Rad. méd. Mai 1927, No. 139, p. 183. — 26) *Popp I.:* Spitalul, 1926, p. 171. — 27) *Danielopolu*: Sur la pathogénie de l'asthme et son traitement médical et chirurgical. Presse méd. Nr. 96, 1925. — 28) *Danielopolu*: Congrès de l'asthme. Mont-Dore 1930, Masson 2 vol. — 29) *Huet J. A.* și *Sobel*: Bull. de la Soc. de Rad. 1929, p. 169. — 30) *Delherm L.* și *Henri Beau*: La radiothérapie des syndromes organo-végétatifs. Masson, Paris 158 pp., 1935. — 31) *Beaujard* și *Legoff:* Soc. Rad. mai 1926, Nr. 129, p. 100 (citat de Delherm și Beau). — 32) *Raulot Lapointe*: La Médecine. Junie, 1925, (citat de Delherm și Beau).

Prof. D. NEGRU: *La radiothérapie dans l'asthme.*

La radiothérapie dans l'asthme assure des guérisons durables dans 30% des cas, et des ameliorations très accentuées dans 60%; deș succès thérapeutiques remarquables peuvent être obtenus avec des doses relativement petites et totalement inoffensives.

On obtient des succès aussi dans des cas, où toutes les autres méthodes de traitement ont échoué.

Il n'y a pas des contreindications.

On n'observe pas des troubles graves ni des accidents conséqutifs au traitement radiothérapique.

Laboratorul Clinicei a III-a Medicale

PROFESORULUI I. NANU MUSCEL
(1906—1919)

de

TITU VASILIU

Profesor la Facultatea de Medicină
din Cluj

Eu, acel laborator l-am cunoscut, fericit să fi fost unul din primii elevi şi ajutori ai venerabilului nostru maestru, Prof. Nanu Muscel.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Doctorul I. Nanu-Muscel a fost numit profesor de clinica III-a Medicală, având la spitalul Filantropia secţia de interne luată prin concurs, după moartea D-lui D-r Florin Teodorescu, cunoscut clinician. Doctorul Nanu de câţiva ani de zile făcea lecţiuni la patul bolnavului cu studenţii benevoli stagiari în cea mai mare parte, cari erau însufleţiţi de felul cum se putea profita, învăţând medicina internă, fie că era cineva intern sau extern, fie că era simplu benevol. Noi, cei tineri, de doi ani în facultate, auzeam ecoul venit dela cei mai înaintaţi cari frecventau acel serviciu, unde era un alt spirit nou, liber şi ospitalier, pentru toţi cei ce doreau să se instruiască. Numit profesor în Mai 1906, serviciul său spitalicesc trebuie să se adapteze necesităţilor cerute de un învăţământ universitar. Personalul se îmbogăţeşte cu un şef de clinică şi cu un şef de laborator. Primul este D-r Alexandrescu D., iar pentru laboratorul nou înfiinţat se face apel la D-r Panea fost asistent al Profesorului Babeş, după recomandaţia D-lui D-r Th. Mironescu, devenit medic secundar prin concurs. Eu am avut onoarea ca stagiar să fiu admis a ajuta în funcţiunea lor, atât pe D-r Mironescu cât şi pe şeful laboratorului, fiind în acelaş timp şi aspirant la Institutul Profesorului Babeş, unde D-r Mironescu era şef de lucrări. După câtva timp la laborator a venit în locul D-lui D-r Panea D-r V. Baroni, dela laboratorul Profesorului Cantacuzino, actualmente profesor la Cluj, cu care am continuat să lucrez un an de zile, când acesta, în urma plecării lui la Paris, locul fiind liber am fost

numit eu în acel post, căpătând aprobarea Profesorului Nanu. In acest post am rămas până la 1 Octombrie 1919, când am plecat la Cluj ca Profesor agregat la Anatomia Patologică.

Laboratorul ocupa atunci, două camere aşezate pe un coridor, care ducea spre bucătăria şi baia Spitalului Filantropia, ceva mai departe de saloanele bolnavilor. Cu cele câteva sute de lei date de Minister, s'au organizat câteva mese de microscopie şi chimie, pentru trebuinţele clinicei depe acea vreme: sputa pentru baccilul Koch, pneumococ, examenul lichidului cefalo-rachidian, meningococi, gonococi, lame pentru malarie, numărătoarea globulelor roşii şi albe, dozarea hemoglobinei, examenul urinei din punctul de vedere al ureei, albuminei, zahărului, etc. Examinări bacteriologice, însemânţări din sânge pentru febra tifoidă, sau din fecale pentru baccilul desinteriei. Autopsiile era făcute de Profesorul Babeş sau D-r Alexandrescu pe cari îi ajutam, ţinând şi legătura între clinică şi institut, unde devenisem asemenea un benevol. Mai târziu autopsiile au devenit ocupaţia de căpetenie a mea, personalul laboratorului sporindu-se cu încă un preparator care era D-ra Elena Ionescu, mai târziu D-na D-r Elena Negru, la Cluj, reposată anul trecut, soţia Prof. Negru, pe atunci intern, secundar şi radiolog la Spitalul Filantropia.

Profesorul Nanu ţinea foarte mult la laborator, şi cum pe vremea aceea erau foarte puţini oameni cari să se ocupe cu laboratorul clinic, a fost greu de găsit un şef de laborator, analizele din serviciul clinic se făceau în parte şi la laboratorul spitalului Filantropia, unde era şef D-r Robin, tot un elev al lui Babeş, care cel dintâi deschise primul laborator particular în oraş pentru analize bacteriologice şi în special pentru analiza de urină. De aceea D-r Alexandrescu Dersca care fusese la Paris şi învăţase câteva metode de examene de laborator clinic, precum dozarea sucului gastric, sau titrarea eliminării albastrului de metilen în afecţiuniie ficatului şi a rinichilor, ne ajuta cu ce putea, dar mai cu seamă se ocupa cu bolnavii şi cu studenţii stagiari, devotându-se cu un zel şi entuziasm neobosit. D-r Th. Mironescu, secundar al serviciului clinic şi şef de lucrări la Anatomia Patologică, făcea unele autopsii şi împreună duceam organele la Institut pentru a servi acolo Profesorului Babeş, pentru demonstraţiile ce facea studenţilor, interpretând în acelaş timp cazul clinic cu ajutorul datelor aduse tot de noi din clinică, pe care le raportam apoi Profesorului Nanu la laboratorul nostru.

Profesorul Nanu Muscel reprezenta claritatea spiritului clinic al şcoalei franceze din ultimul sfert al secolului al XIX-lea, care era reprezentată prin Peter, Potin, Marfan, Dieulafoy, Huchard, Hayem şi la care se alipise noua pleiadă a lui Widal, Vaquez, Hutinel, Labbé, etc. La Profesorul Nanu am cunoscut noi tinerii această şcoală pe care el o venera şi o propovăduia cu toată puterea unei sincere convingeri şi a unei identificări cu spiritul ei. Acel echilibru între darul de a intui un diagnostic şi între operaţia migăloasă a criticei strânse şi documentată, cu toate probele unei

bune observaţii, cu cântărirea lor în balanţa clinicei, a datelor clinice cu acele date de laborator. Laboratorul după el nu trebuie să meargă izolat, mecanic, şi nu trebue să înlocuiască datele observaţiei clinice, ci trebuie să le complecteze, să le ajute într'o măsură mai mică sau mai mare, judecata clinică conştiincioasă trebuind să conducă investigaţiile pentru diagnostic, înfrânând pornirea şi impresia. Datele de laborator nu sunt decât nişte cărămizi în clădirea diagnosticului, armonic aşezate cu cele ale clinicei. Muncă serioasă şi onestă.

Ce educaţie minunată a tinerei generaţii, făcând-o să pue sârguinţă pentru a'şi însuşi cât mai multe cunoştinţe clinice şi de laborator, să creadă în logica strânsă, în puterea observaţiei şi în o solidă cunoaştere a faptelor nouă şi justa lor apreciere. Onestitate în punerea diagnosticului ca şi în tratamentul şi în comportarea medicului faţă de bolnav şi faţă de ceilalţi medici, se poate rezuma morala ce ne-a învăţat-o Prof. Nanu prin exemplul lui de toate zilele, socotită ca indispensabilă medicului; la dânsul se învăţa dragostea şi respectul pe bolnav, cum am avut plăcerea s'o spun în câteva cuvinte la jubileul său şi o repet, pentrucă dacă toţi cei ce au fost elevii lui, dacă scormonesc amintirile celor trăite atunci, ca şi mine care am stat şapte ani în serviciul lui, vedem cu mulţumire ceva luminos rămas în sufletele noastre, pe care înţelegem că-l datorăm lui. Cerea şi celor dela laborator aceeaşi onestitate în cercetările lui pentru bolnav ca şi în cercetările pentru ştiinţă: să nu te grăbeşti şi să nu spui decât ce vezi, căutând să dai tot timpul necesar oricărei cercetări! Se ştie cum de multe ori se pot ascunde sau chiar găsi de laborator, ceeace ar putea face plăcere, confirmând unele afirmări. Profesorul Nanu ar fi tratat fără milă, de tâlhar pe un astfel de om şi l'ar fi dat afară ca şi pe acei cari luau bani dela bolnavi! iar atunci când bănuia că o căutare mai atentă, cu mai mult timp sacrificat, ar putea să transforme un examen negativ în unul pozitiv, cu un surâs amestecat cu o uşoară ironie, întreba dacă s'a căutat suficient. Nu uit niciodată şi mi-a servit mult în viaţă *Pacientina!* Cam în acel timp apăruse antiformina, ca un nou procedeu de a îmbogăţi preparatele cu baccili Koch; la răspunsul nostru, în unele cazuri dubioase, că s'a căutat chiar cu antiformină, rămânând negative, ne ruga să-l căutăm şi cu Pacientină, care de multe ori este mult mai bun procedeu! Câtă dreptate a avut gluma profesorului Nanu şi cât caracterizează toate cercetările de laborator, am înţeles-o toţi acei ce am lucrat într'un laborator clinic sau de cercetări.

Laboratorul s'a mărit treptat şi s'a reuşit graţie stăruinţelor sale la Eforie şi Minister, să se mărească laboratorul, care crescuse destul de repede. S'au mai putut clădi două camere mari, un grajd alături pentru animalele de laborator, scindându-se secţiunile de Bacteriologie şi de Chimie, de cea de Citologie şi Anatomie patologică. In 1911 am început să facem reacţia Wassermann în laboratorul nostru, ceeace a mulţumit pe Profesorul Nanu, deşi privea oarecum cu neîncredere, că noi tinerii lucrători în laboratorul am

BCU Cluj / Central University Library Cluj

putea executa asemenea reacţiuni grele pentru acea vreme. Profesorul Nanu era mulţumit totdeauna când noile cercetări de laborator clinic reuşeau să fie utile şi să îmbogăţească metodele de cercetare, întrebuinţându-le când veneau dela oameni de cercetare serioşi, pentru a'şi face convingerea înainte de a-i da încrederea lui. Laboratorul era pentru el o parte integrantă a clinicei, desvoltat armonios în clinică, pentru ca în ultimul timp după moartea Profesorului în Clinică la Spitalul Colţea, mult mai încăpătoare şi mai modernă ca aceea dela Filantropia, acest laborator avea să devie un laborator mare de clinică, cu secţii foarte bine amenajate de Chimie Biologică, secţie de Bacteriologie, Anatomie Patologică, Hematologie, în afară de razele Röntgen şi Electro cardiografie, fiecare condusă de specialişti buni crescuţi în acelaş spirit clinic ştiinţific, de care am vorbit.

Laboratorul Profesorului Nanu Muscel a fost şi un focar de formare a multor elemente tinere care aveau nevoie pentru a se forma în acest spirit, de unde apoi au difuzat în lumea medicală românească, răspândind cuvântul cel bun, creind o adevărată epocă în şcoala medicală românească. Mi-aduc aminte de următorii doctori cari ca externi, interni, secundari sau benevoli au trecut prin laboratorul Clinicei III medicale:

I. Enescu, Th. Mironescu, C. Pastia, Petre Niculescu, I. Niţescu, N. Lupu, D. Negru, V. Papilian, M. Cânciulescu, P. Condrea, R. Olinescu, M. Marbe, Elena Negru, Alice Magheru, C. Bonciu, M. Ciumurescu, E. Lazeanu, Grosmann ş. a.

Modestul laborator dela Spitalul Filantropia a însemnat începuturile ştiinţifice ale medicinei în Facultatea de medicină din Bucureşti. Eu, acel laborator l-am cunoscut, fericit să fi fost unul din primii elevi şi ajutori ai venerabilului nostru maestru, Prof. Nanu Muscel, aducându-mi toată viaţa aminte de anii tinereţii şi ai entuziasmului, petrecuţi în jurul său. Sunt mulţumit să fi lăsat câţiva din cei ce au lucrat cu mine, urmaşi în acelaş laborator din care m'am considerat că fac parte şi când nu mai eram acolo.

CAUZE DE GREŞEALA IN DOZARILE COLORIMETRICE

de

Agregat D-r V. CIOCÂLTEU

I. — **Introducere** pag. 57
II. — **Influenţa precipitatelor** „ 58
III. — **Proporţionalitatea culorilor** „ 60
IV. — **Intensitatea culorilor** „ 63
V. — **Puritatea reactivilor** „ 64
VI. — **Stabilitatea culorilor** „ 67
VII. — **Despre subiectivism în aprecierea culor.** „ 68
VIII. — **Colorimetrie camuflată** „ 70

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I. INTRODUCERE.

Colorimetria, la fel cu gravimetria şi volumetria, reprezintă un capitol al chimiei analitice, dar pe când aceste două capitole din urmă sunt în mare vază şi se bucură pe drept cuvânt de toate onorurile, colorimetria este adeseori criticată în mod aprioristic şi fără motiv.

Date fiind marele servicii pe care totuşi colorimetria le-a adus chimiei în general şi chimiei biologice în special, socotim că această situaţie paradoxală este datorită faptului că foarte mulţi oameni de laborator nu au căutat să aprofundeze studiul colorimetriei, socotindu-l ca fiind uşor de aperceput şi foarte puţini dintre cei cari o practică îi cunosc legile fundamentale.

In articolul prezent ne vom ocupa de unele din aceste legi.

Impărţim metodele colorimetrice în două mari categorii :

a) Metode în care culoarea este datorită unui indicator.

b) Metode în care culoarea este datorită unei reacţiuni chimice, care are loc între corpul pe care îl dozăm şi un reactiv oarecare.

In prima categorie intră metodele pentru măsurarea pH. Legile lor sunt strict formulate şi rigid stabilite. Nu avem nimic nou de spus în această direcţie.

In categoria a doua intră numeroasele metode de dozare ale multor corpuri chimice, organice sau neorganice, cum ar fi

creatinina, acidul uric, glucoza, tyrosina, acizii aminaţi, amoniacul, fierul, etc. etc. Legile acestor reacţiuni nu sunt nicăieri formulate, din această cauză autori de faimă mondială, (cum este Fürth de exemplu), au fost puşi în poziţia de a descrie metode colorimetrice, care n'au putut suporta exigenţele unui examen critic sever.

In rândurile care urmează ne ocupăm în mod exclusiv de aceste legi.

O metodă colorimetrică *ideală* trebuie să corespundă integral următoarelor deziderate:

1. Soluţia colorată să fie la sfârşitul reacţiei perfect clară: să nu conţină nici urme de urme de precipitat, fie vizibil cu ochii liberi, fie observabil numai după centrifugare.

2. Intensitatea culorilor pe care corpul de dozat o dă cu reactivul să fie maximală şi deci direct proporţională cu cantitatea corpului de dozat.

3. Intensitatea culorilor să se supună la o bună lectură colorimetrică (culorile prea slabe sau prea intense sunt foarte greu de cetit).

4. Reactivii să nu dea nici culoare şi nici precipitate când sunt puşi laolaltă în aceleaşi proporţii în care sunt întrebuinţaţi în dozări, dar fără corpul de dozat, şi intensitatea culorilor să nu fie nici mărită, dar nici micşorată de alte corpuri chimice, prezente eventual în soluţie în decursul desvoltărei reacţiei cromogene.

5. Culorile să fie stabile sau în cel mai rău caz durabile.

Metodele în care aceste principii nu sunt respectate, conţin în ele germenul unor greşeli care depăşesc uneori cu mult limitele experimentale permise.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II. INFLUENŢA PRECIPITATELOR.

Influenţa precipitatelor asupra dozărilor colorimetrice a fost pusă pentru prima dată în discuţie polemică cu ocazia descrierei de către Folin a metodelor pentru dozarea azotului prin Nesslerisare directă.

Se ştie că reactivul lui Nessler dă cu sărurile de amoniu o culoare roşie portocalie care este direct proporţională cu cantitatea de amoniac prezentă în soluţie.

Uneori iau naştere în decursul reacţiei precipitate care pot îngreuia şi chiar pot face imposibilă lectura colorimetrică. Otto Folin autorul metodei atrage atenţia asupra acestei eventualităţi, precizând că tulbureala poate fi datorită fie acidului silicic fie compuşilor coloranţi înşăşi. In primul caz se obţine prin centrifugarea unei porţiuni din lichidul colorat un sediment alb deasupra căruia lichidul are limpezimea cristalului. In al doilea caz sedimentul este colorat mai mult sau mai puţin intens în brun.

Dacă precipitatul este datorit acidului silicic se pot face lecturi colorimetrice întrebuinţându-se lichidul limpede de deasupra sedimentului; dacă însă precipitatul este datorit compusului colorat, nu se mai pot face lecturi, întrucât s'ar obţine rezultate

falşe. Pentru a evita pierderile de timp şi repetările nefolositoare de dozări, O. Folin revine în mai multe publicaţiuni asupra acestei metode, arătând anume în ce fel trebuie pregătit reactivul Nessler, ce condiţii de alcalinitate trebuie să îndeplinească şi în ce diluţie trebuie adăogat pentru a se obţine în mod invariabil soluţii finale clare.

In ciuda acestor instrucţiuni precise Cole afirmă că i-a fost cu neputinţă să repete experienţele lui Folin din cauza turburărei constante a soluţiilor finale, şi Standford [1]) scrie că „nu crede că s'ar putea descoperi vreodată condiţiunile, în care s'ar putea obţine soluţii finale clare prin Nesslerisarea recomandată de Folin'. Acelaşi dificultate spune Standford, pare s'o fi avut de învins însuşi Folin, deîndată ce recomandă să se centrifugeze o porţiune din soluţia colorată în cazul în care ea este turbure, recomandare care, „pare pe puţin stranie, dat fiind că tulbureala este datorită picăturilor uleioase extrem de mici ale compusului colorat supus dozărei".

Articolul lui Standford este intitulat „Nesslerizare şi evitarea tulburărei în soluţiile Nesslerizate".

Sub acelaş titlu O. Folin [2]) răspunde într'un număr următor al aceleiaşi reviste. Răspunsul marelui savant american deşi nu depăşeşte limitele şi tonul polemic permis în ştiinţă, este totuşi energic şi corosiv. Reese din acest răspuns că Standford a întrebuinţat în cercetările lui o metodă pe care nu a căutat s'o studieze mai întâi în amănunţime. De aci greşelile pe care le-a observat. „Tulbureala, scrie O. Folin, reprezinta desigur greutatea cea mai de seamă care trebuia evitată în această metodă şi Standford este mai degrabă naiv când afirmă că eu, în una din publicaţiile mele, aşi fi recomandat să se îndepărteze prin centrifugare compusul colorat".

Pentru completa edificare a autorului englez, Folin îi recomandă ediţia din 1922 a tratatului lui elementar de Chimie biologică scris pentru studenţii în medicină [20]), în care la paginile 133, 237 şi 287 vorbeşte despre sedimentul alb datorit acidului silicic, despre sedimentul brun datorit compusului colorat, despre condiţiile de alcalinitate pe care trebuie să le îndeplinească reactivul şi în ce fel trebue adăogat reactivul la soluţia de amoniac ca să nu se formeze precipitate.

După ce face ample citaţiuni din acest tratat, O. Folin conchide că Standford a întrebuinţat desigur în cercetările lui un reactiv Nessler nepropice, citează în treacăt, ironic şi cu litere mici publicaţiile din J. Biol. Chem., în care problema Nesslerizărei fusese pusă la punct şi încheie afirmând ingenuu că: „Standford — evident — nu a avut putinţa de a răsfoi aceste publicaţiuni'.

Atât din această corosivă polemică, cât şi din publicaţiile anterioare ale lui O. Folin, s'ar fi putut trage concluzia că şi în alte metode colorimetrice influenţa precipitatelor ar putea avea acelaş efect dezastruos.

Ni se pare deci surprinzător faptul că Fürth şi Nobel [3]) în-

trebuinţează filtrări în metoda lor colorimetrică pentru dozarea tryptofanului, că Grigaut descrie o metodă colorimetrică pentru dozarea acidului uric în care apariţia precipitatului constitue o regulă şi că Defay[4]) în articolul său „La colorimétrie absolue sans solution de comparaison", recomandă ca şi Fürth şi Nobel filtrările soluţiunilor tulburi pentru a putea face dozări de cystină fără întrebuinţarea unei soluţii standard.

Ni s'ar putea obiecta că în aceste din urmă publicaţiuni reacţiunea colorimetrică este alta decât cea în Nesslerizare şi că precipitatele obţinute de Grigaut şi de Grigaut şi de Defay nu sunt colorate, ci albe ca cele de acid silicic, aşa că prin centrifugare sau filtrare ele ar putea fi îndepărtate fără ca dozările să sufere.

Am avut ocazia de a constata în diferite cercetări personale că această obiecţie e fără valoare. Apariţia precipitatelor este în mod absolut inoportună în dozările colorimetrice întrucât orice zonă de proporţionalitate este distrusă din cauza lor. In redactarea capitolelor care urmează vom avea ocazia să insistăm asupra unora din faptele noastre de observaţie.

III. PROPORŢIONALITATEA CULORILOR

Să presupunem că avem o soluţie a unui corp C, capabil să dea o reacţie de culoare cu un reactiv R.

Să presupunem că un cmc. din această soluţie dă o cantitate de culoare (x) cu reactivul R.

Intr'o reacţie colorimetrică perfectă dacă se va lucra cu 2 cmc. din soluţia corpului C, se va obţine cu reactivul R, o cantitate de culoare de două ori mai mare (2x), cu 3 cm. se va obţine o culoare de trei ori mai intensă (3x), iar cu 0,5 cmc. se va obţine o culoare de 2 ori mai slabă (0,5x), etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cea mai mare parte a reacţiunilor întrebuinţate în colorimetria curentă sunt departe de a corespunde acestui deziderat ideal.

Intensităţile culorilor sunt direct proporţionale cu cantitatea corpului dozat dar numai între anumite limite; deasupra şi dedesubtul acestor limite nu mai există proporţionalitate.

Technicienii care întrebuinţează o metodă colorimetrică cerându-i mai mult decât poate ea da, comit o mare greşeală; toate lecturile făcute deasupra şi dedesubtul zonei de proporţionalitate sunt falşe. Greşelile de dozare vor fi cu atât mai mari cu cât mai mult cantităţile dozate se vor îndepărta de aceste limite.

In majoritatea metodelor colorimetrice curente sunt indicate şi limitele proporţionalităţii, care referindu-ne la exemplul luat de noi la începutul acestui capitol, sunt cuprinse deobiceiu între 0,75 cmc. şi 1,8 cmc. înnecunoscută faţă de 1 cmc. în standard, adică: dacă 1 cmc. din soluţia corpului C dă o anumită cantitate de culoare (x) cu reactivul R, 2 cmc. nu vor mai da 2 x ci mai puţin, iar 0,5 cmc. nu vor mai da 0,5 ci mai mult. In schimb toate cantităţile cuprinse între 0, 75 şi 1,8 cmc. vor da culori direct proporţionale şi corecte.

Un om de ştiinţă, care va critica o metodă colorimetrică numai pe motivul că limitele ei de proporţionalitate sunt prea strânse comite o greşeală; dacă însă va descoperi că autorul metodei a întrebuinţat lecturile colorimetrice dincolo de aceste limite, atunci el este în toate drepturile s'o atace, deoarece rezultatele obţinute pot fi complet falşe.

Acestea au fost reflecţiile noastre de bază, când în colaborare cu Otto Folin,[5]) am început studiul critic al metodelor Folin-Denis şi Folin-Looney pentru dozarea tyrosinei şi tryptofanului în substanţele proteice.

In forma descrisă de Folin-Looney[6]) metoda dăduse rezultate bune în mânile lui Karl Klinke, Sammer and Graham, Lewis and Updegraff, Ekstein şi alţii, dar nu dăduse rezultate satisfăcătoare în mâinile lui Fürth. — Acest din urmă autor o criticase aspru din cauza lipsei de proporţionalitate a culorilor obţinute, fapt pe care avusese ocazia să-l constate, când a lucrat cu diferite cantităţi de hydrolizate proteice (1 ,2 3, şi 5 cmc.) pe care în prealabil le tratase cu soluţia lui Hopkins şi Cole.

Aceiaşi critică o aduseseră în 1920 Gortner şi Holm metodei lui Folin-Denis.

Nu putem trece în cercetările noastre peste aceste observaţiuni critice aduse de front, întrucât în cazul în care ele s'ar fi dovedit juste, atunci toate rezultatele date de Folin şi Looney şi toate greutăţile moleculare ale substanţelor proteice calculate de Cohn[7]) pe baza acestor rezultate, ar fi trebuit supuse unei revizuiri amănunţite.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am măsurat în mai multe baloane volumetrice de 100 cc. diferite cantităţi de tyrosină cuprinse între 0,5 mg. şi 4 mg. în 60 cmc. apă. Am desvoltat reacţia cromogenă adăogând 2 cmc. din reactivul Folin-Denis în fiecare balon, apoi 25 cmc. din soluţia de carbonat de sodiu 20%. După 30 de minute am adăogat apă până la semn şi am comparat culorile obţinute cu standardul de tyrosină (1 mmgr. tyrosină tratat în acelaş fel).

Intr'o reacţie perfectă ar fi trebuit să obţinem cu 4 mmgr. o culoare de 4 ori mai intensă decât cea din standard şi cu 0,5 mmgr. o culoare de 2 ori mai slabă. In realitate am observat că nu se obţine o bună proporţionalitate faţă de standard decât cu cantităţile de tyrosină cuprinse între 0,75 şi 1,9 mmgr. tyrosină. Cantităţile de tyrosină mai mici sau mai mari decât cele cuprinse între 0,75—1,9 mmgr., nu mai dau culori proporţionale.

Dat fiind însă că Fürth ceruse metodei de dozare mai mult decât ar fi putut ea da, ne-am întrebat dacă nu s'ar putea cumva să mărim această zonă de proporţionalitate atât de mult, încât să reziste oricăror pretenţii.

Frumoasa culoare albastră pe care tyrosina o dă cu reactivul Folin-Denis este datorită reducerei acestui reactiv în mediul alcalin. O particularitate esenţială a reacţiei constă în aceia că *această reducere nu are loc decât în timpul distrugerei reactivului în mediul alcalin.*

In adevăr, oricât de mult am lăsa tyrosina în contact cu reactivul *acid,* nu are loc nici o reducere şi deci nici o modificare de culoare. Deasemeni nu se observă nici o culoare dacă adăogăm tyrosina *după* ce am lăsat în contact cei 2 cmc. de reactiv timp de 30 minute cu soluţia de carbonat de sodiu. Reacţia cromogenă are deci loc numai în timpul celor 30 minute necesare distrugerei reactivului în diluţia dată. Ne-am întrebat dacă mărind cantitatea de reactiv nu vom avea posibilitatea să mărim zona de proporţionalitate. Ne-am izbit de un obstacol care ne-a părut la început de neînvins, dar pe care l'am putut totuşi trece. Deîndatăce cantitatea de reactiv este mărită, *apar precipitate care de şi sunt albe distrug totuşi complet orice zonă de proporţionalitate,* chiar şi pe cea cuprinsă între 0,75 şi 1,9 mmgr., *indiferent dacă cetirile culorilor sunt făcute direct sau după filtrare ori centrifugare.*

Toată problema se punea deci în găsirea unor condiţii de lucru, care să ne permită întrebuinţarea unei cantităţi mai mari de reactiv împiedecând totuşi apariţia precipitatelor.

Am observat după numeroase şi perseverente cercetări că sulfatul de lithiu, atât de folositor în dozările acidului uric are aceiaşi influenţă binefăcătoare şi în acest caz.

Reactivul descris de noi şi înregistrat de Georges Delrue sub denumirea de „Reactivul Folin-Ciocalteu" în cartea lui intitulată „Formulaire d'analyses quantitives cliniques" (1934), conţine în afară de ingredientele reactivului Folin-Denis, şi o cantitate de sulfat de lithiu atât de mare, încât să poată fi întrebuinţat în indiferent care volum, fără a da naştere la precipitate.

Problema precipitatelor odată rezolvată am putut studia condiţiile optime pentru obţinerea reacţiei, care cu 5 cmc. reactiv s'a dovedit a fi una din cele mai perfecte reacţiuni cunoscute în câmpul colorimetriei moderne. In condiţiile noastre de lucru şi cu reactivul nostru proporţionalitatea reacţiei este ideală între limite neobişnuit de mari: dela 0,25 mmgr. până la 4 mmgr. tyrosină în necunoscută, faţă de 1 mmgr. tyrosină în standard.

Având la îndemână o reacţie perfectă, am putut să atacăm o problemă nouă, anume dacă în metodele Folin-Denis şi Folin-Looney reacţia pe care tyrosina şi respectiv tryptofanul o dă cu reactivul fenolic este maximală sau nu.

Am constatat că un mmgr. tyrosină dă aceiaşi intensitate de culoare, egal dacă se întrebuinţează pentru desvoltarea culoarei 2 sau 5 cm. reactiv.

Dar nu tot astfel se comportă şi tryptofanul: 1 mmgr. din acest amino-acid dă cu 2 cmc. reactiv 58% din culoarea obţinută cu o cantitate egală de tyrosină, pe când cu 5 cmc. reactiv aceiaşi cantitate de tryptofan (1 mmgr.) dă 88,5% din culoarea obţinută cu o cantitate egală de tyrosină. Acest din urmă procent reprezintă de fapt raportul (88,7 p. 100) dintre greutatea moleculară a tyrosinei (181,17) şi greutatea moleculară a tryptofanului (204,17).

In concuzie, conchidem că viteza de reacţie a tyrosinei este mai mare decât a tryptofanului. In timpul distrugerei celor 2

cmc. reactiv Folin-Denis, 1 mmgr. tyrosină intră integral în reacţie dând o reacţie maximală, pe câtă vreme 1 mmgr. tryptofan nu dă o reacţie maximală de oarece nu intră integral în reacţie (viteză de reacţie mai mică).

Nu tot astfel se întâmplă lucrurile când se întrebuinţează pentru desvoltarea reacţiei cromogene 5 cmc. din reactivul descris de noi. In aceste condiţiuni cantitatea de reactiv fiind mai mare se dă posibilitatea şi tryptofanului de a intra în mod integral în reacţie.

IV. INTENSITATEA CULORILOR.

Să presupunem că avem soluţia unui corp C din care un cmc. dă cu un reactiv R o anume cantitate de culoare (x). Să presupunem că reacţia cromogenă este ideală, adică este maximală, fără precipitate şi fără culori parazitare concomitente. In acest caz dacă diluăm un volum din soluţia colorată cu încă un volum, două, trei sau patru de apă, intensitatea culorilor obţinute în aceste diluţii va fi de 2, 3, 4 sau de 5 ori mai slabă.

Să presupunem că intensitatea culoarei de origină este de aşa natură aleasă, încât să se aplice perfect la o cetire colorimetrică. Natural că cetirile vor fi cu atât mai slabe şi iarăşi natural că greşelile de lectură vor fi din ce în ce mai mari pe măsură ce culoarea întrebuinţată în standard va fi din ce în ce mai slabă.

Noi ştim însă că aproximaţia permisă în lectura culorilor nu trebuie să depăşească procentul de 1%.

Cu soluţii diluate greşelile datorite lecturilor vor fi mult mai mari, iar cu soluţiile prea diluate lectura culorilor va fi chiar imposibil de făcut.

Iată deci încă una din condiţiile esenţiale ale unei bune metode colorimetrice: diluţia finală a soluţiilor colorate trebuie aleasă de aşa natură ca intensitatea culorilor să se supună cât mai bine la lecturi.

Din punct de vedere teoretic, putem prezice chiar înainte de experimentare că, în technica pe care Goiffon şi Spaey[8]), [9]) au imaginat'o pentru măsurarea indicelui tyrosinic al polypeptidelor serice, vom găsi această importantă cauză de eroare a intensităţii prea slabe a culorilor în diluţiile lor finale.

In adevăr, standardul de tyrosină de care se servesc autorii francezi este de 0,05 mmgr., care cu două picături reactiv Folin-Denis în mediu alcalin dă o cantitate (x) de culoare la o diluţie finală a culorii de 10 cmc.

Din cercetările noastre anterioare[5]) noi găsiserăm însă că cea mai potrivită culoare în standard pentru lecturi bune, este cea dată de 1 mmgr. tyrosină cu 5 cmc. reactiv Folin-Ciocalteu, la o diluţie finală a culoarei de 100 cmc.

Urmează (în hypoteza că reacţia descrisă de noi este *în adevăr* perfectă), că este necesar de a se întrebuinţa în standard

cel puţin 0,1 mmgr. tyrosină (adică a zecea parte din cantitatea de tyrosină specificată mai sus), pentru ca la o diluţie finală de 10 ori mai mică (adică 10 cmc.) să se obţină aceiaşi intensitate de culoare optimă pentru lecturi.

Impreună cu G. Tănăsescu am întreprins o serie de cercetări în care am căutat să elucidăm toate dificultăţile pe care le comportă dozarea polypeptidelor serice, egal dacă această dozare este făcută prin mărurarea azotului (metoda de dozare a azotului dublu) sau prin măsurarea tyrosinei (indicele tyrosinic al polypeptidelor).

Unele din rezultatele obţinute au fost publicate[10]), altele sunt în curs de publicare.

In ceeace priveşte intensitatea culorilor am constatat că 0,1 mmgr. tyrosină dă în mediu alcalin cu 0,5 reactiv Folin-Ciocalteu în timp de 30 minute la o diluţie finală a culoarei de 10 cmc. *absolut* aceiaşi intensitate de culoare ca un mmgr. tyrosină cu 5 cmc. reactiv la o diluţie finală a culoarei de 100 cmc.

Deci standardul de 2 ori mai slab întrebuinţat de Goiffon şi Spaey (0,05 mgr. la o diluţie finală a culoarei de 10 cmc.), nu putea da în nici un caz o culoare optimă pentru comparaţiuni, lucru de care am avut ocazia de a ne convinge curând făcând cercetări cu diferite cantităţi de tyrosină pură pe care le-am dozat după indicaţiile autorilor francezi şi întrebuinţând standardul recomandat de ei.

Numai un tecnician iscusit, încercat şi experimentat va putea face dozări quasi-corecte în aceste condiţiuni. Un debutant care ar vrea să înveţe colorimetria întrebuinţând această *reacţie* pentru a-şi verifica lecturile, ar ajunge foarte curând la descurajare.

Cercetările noastre au avut între altele ca rezultat punerea la punct a unei technici în care să avem în standard atâta tyrosină cât trebuie pentru o culoare optimă (0,1 mmgr.) şi în care toate celelalte cauze de greşeală pe care metoda Goiffon-Spaey le comportă să fie evitate.

V. PURITATEA REACTIVILOR.

I. Se ştie că dozarea creatininei în sânge şi urină este bazată pe reacţia de culoare pe care acest corp o dă cu picratul de sodiu alcalin. Studiul creatinemiei şi creatinuriei este bazat în întregime pe această reacţiune de culoare.

Pentru a ne da seama de însemnătatea purităţei reactivilor în dozările colorimetrice, amintim tăioasele concluzii la care Mc. Crudden şi Sargent[11]) ajunseseră în anul 1916 relativ la studiul creatininei. Traducem textual: „Reese limpede din experienţele noastre că tot ce s'a scris până acum relativ la fiziologia creatininei şi creatinei, necesită o minuţioasă revizuire; multe din faptele cunoscute astăzi în ştiinţă vor trebui să sufere modificări, iar unele din ele vor trebui complet părăsite, cum ar fi de exemplu tot ce s'a spus despre creatină şi creatinină în sânge.

Această categorică atitudine nu putea lăsa rece pe autorul

metodei de dozare a creatininei. O. Folin în colaborare cu Doisy [12]) au reluat în deaproape cercetare publicaţia lui Mc. Crudden şi Sergent, ajungând la o descoperire cu totul surprinzătoare. Acidul picric pe care îl întrebuinţaseră Mc. Crudden şi Sargent, în dozările lor fusese cu totul impur, atât de impur încât falşificase complet rezultatele.

Se ştie că reacţia pe care creatinina o dă cu acidul picric are loc în mediu alcalin. Se adaogă anume peste o soluţie saturată de acid picric, o cantitate dată dintr'o soluţie de hydrat de sodiu. Ia naştere o culoare roşie-portocalie. Nuanţa aceasta a picrátului alcalin se intensifică şi mai mult când este turnat peste soluţia de creatinină.

Culoarea pe care o are picratul alcalin variază însă cu puritatea acidului picric. Cu cât mai impur va fi acidul picric, cu atât mai intensă va fi culoarea picratului alcalin şi cu atât mai mari vor fi greşelile în dozările creatininei.

Mc. Crudden şi Sargent afirmă în cercetările lor, că socotită gram la gram, creatinina dă o culoare care este deabia de 500 ori mai intensă decât cea a picratului. Calculul lor e bazat pe faptul că „o soluţie care conţine 0,12 gr. acid picric şi 0,25 mmgr. creatinină în 10 cmc., dă o culoare care este circa de 2 ori mai intensă decât cea dată de o soluţie care conţine numai 0,12 gr. de acid picric fără creatinină".

Folin şi Doisy au studiat din acest punct de vedere diferitele mărci de acid picric pe care şi le-au putut procura din comerţ. Cu cel mai impur dintre ele creatinina a dat o culoare care era de circa 3.000 ori mai intensă decât a picratului alcalin singur, iar cu acidul picric de o înaltă puritate, recristalizat de ei, creatinina a dat o culoare care era circa de 12.000 ori mai intensă decât cea obţinută cu picratul alcalin singur.

Faţă de aceste observaţiuni, Folin şi Doisy au cerut lui Mc. Crudden acidul picric pe care-l întrebuinţase el, spre a-l experimenta ei înşăşi. Rezultatele pe care le-au obţinut cu acest acid picric, au fost cu desăvârşire diferite de cele pe care le obţinuseră ei cu acidurile picrice procurate din comerţ. Cu o uşoară nuanţă de maliţiozitate, Folin şi Doisy conchid că „sunt de acord cu Mc. Crudden şi Sargent asupra faptului că toate dozările de creatinină în sânge făcute cu un acid picric atât de impur sunt desigur în mod absolut fără valoare".

Credem că nu este lipsit de interes să semnalăm că în acelaş timp cu Folin şi Doisy s'au ocupat de aceiaş problemă Hunter şi Campbell [13]) al căror studiu a apărut concomitent cu cel al lui Folin şi Doisy şi în aceiaşi revistă sub titlul „Un factor de influenţă, neglijat până acum, în dozările cantităţilor mici de creatinină".

Cercetările acestor autori duc în esenţă la aceleaşi concluzii ca şi cele ale lui Folin şi Doisy. „Influenţa luminei şi foarte probabbil şi a altor agenţi asupra soluţiilor de acid picric se traduce prin apariţia unei substanţe necunoscute, care dă o reacţie roşie cu

hydratul de sodiu"... „Pentru dozarea creatininei în sânge se vor întrebuința soluții de acid picric, care nu sunt mai vechi de o lună și care au fost ținute tot timpul la întuneric. Puterea cromogenică a acestor soluții trebuie în orice caz încercată înainte de întrebuințare"... „Metoda lui Folin pentru dozarea creatininei în sânge este de mare exactitate, dacă se ține seama de precauțiunile mai sus menționate".

Rezultă din relatările noastre că efectul publicației lui Mc. Crudden și Sargent a fost cu desăvârșire altul decât cel așteptat. Cercetările la care au dat naștere aceste publicațiuni, cu concluzii atât de eronate, au dus la descoperirea unui important factor de eroare în dozările creatininei. Atât Folin și Doisy cât și Benedict mai târziu au descris metode precise, ușoare și efective, de purificare prin recristalizare ale acidului picric întrebuințat în această reacție. Oricare cercetător care se ocupă de dozările creatininei în sânge trebuie să țină neapărat seama de aceste considerațiuni.

Deși acest unic exemplu ar fi suficient pentru ca cetitorul să fie perfect edificat asupra influenței pe care o pot avea reactivii impuri în dozările colorimetrice, noi pentru o și mai completă documentare relatăm și alte cazuri care pledează în același sens.

II. In anul 1924 Otto Folin publică în colaborare cu Harry Trimble [14]) un articol intitulat „Metode de prepararea unui reactiv de o calitate perfecționată pentru dozările acidului uric". Această publicație a fost făcută în legătură cu tendința aproape unanimă în biologie de a nu se mai face dozările de acid uric în sânge după precipitarea prealabilă a lui cu o soluție de lactat de argint, ci direct în filtratul obținut după dezalbuminizare. In aceste condițiuni însă același sânge întrebuințat în aceiași cantitate, dar cu reactivi fosfotungstici diferiți nu mai dă în toate cazurile aceiași cantitate de culoare. Observații analoage fuseseră anterior raportate de mine în colaborare cu Emil Covrigeanu [15]).

Folin și Trimble conchid că această diferență în intensitatea culorilor, este datorită cantităților variabile de molibden pe care le conțin sub formă de impurități tungstații din comerț. Cu cât cantitatea de molibden va fi mai mare cu atât mai sensibil va fi reactivul față de substanțele reducătoare din sânge, altele decât acidul uric.

Pentru dozări corecte este imperios să se întrebuințeze un reactiv care să nu conțină molibden. Folin și Trimble izbutesc să îndepărteze molibdenul din reactiv prin saturarea lui cu hydrogen sulfurat. Reactivul obținut astfel deabia dacă mai dă o nuanță de un albastru palid cu 0,2 mmgr. resorcinol, pe când reactivii în care molibdenul nu a fost îndepărtat, dau culori albastre a căror intensitate mai tare sau mai slabă depinde de cantitatea de molibden prezentă în reactiv.

III. In prepararea reactivului fenolic descris de noi [5]) recomandăm textual: „Reactivul nu trebuie să aibă nici cea mai mică nuanță verzuie. Aceasta ar indica prezența de compuși de

reducere albaştrii, care ar strica limita adevărată de proporţionalitate, mai ales când ar fi vorba de *cantităţi mici* de tyrosină ori tryptofan. Reactivul va fi ferit de praf, întrucât particulele organice ar putea provoca reduceri uşoare".

Cantităţile de tyrosină care sunt dozate în polypeptide sunt însă extrem de mici. Recomandarea făcută de noi trebueşte prin excelenţă, *în acest caz,* să fie luată în considerare. Cum gonirea bromului prin fierberea reactivului are inconvenientul că fiecare cercetător se arată dispus de a fierbe mai degrabă mai mult decât mai puţin, ceeace duce la o uşoară reducere a reactivului prin fierbere, ne-am gândit să nu mai gonim bromul pe această cale din reactiv. In toate cercetările întreprinse cu G. Tănăsescu, reactivul este păstrat cu un exces de brom în baloane închise cu dop şlefuit. In ziua întrebuinţărei se ia un volum variabil de reactiv (deobiceiu 40—50 cmc.) care se pune într'un vas-spălător cu două tuburi şi se trece timp de 30 minute un curent moderat de aer prin reactiv. In felul acesta obţinem un reactiv ideal pe care îl întrebuinţăm în aceiaşi zi şi care nu este absolut deloc redus. Prisosul de reactiv (cel care ne-a rămas după executarea dozărilor) este din nou turnat în sticla cu dopul şlefuit în care reactivul se găseşte în păstrare cu un exces de brom.

IV. Am demonstrat că reacţia pe care tyrosina şi tryptofanul o dă cu reactivul descris de noi [6]) este o reacţie perfectă.

Dacă însă acţiunea cromogennă se exercită în prezenţa cianurei de sodiu sau a sulfatului mercuric impur zona de proporţionalitate este distrusă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am avut ocazia de a face aceste constatări cu ocazia studiului separărei tryptofanului de tyrosină cu ajutorul sulfatului mercuric.

Am arătat în cercetările publicate sub titlul „Prepararea sulfatului mercuric pur" [16]) că toate mărcile de sulfat mercuric din comerţ conţin în cantităţi mai mari sau mai mici săruri mercuroase sau alte săruri cu proprietăţi reducătoare, cum ar fi cele feroase.

Aceste săruri distrug proporţionalitatea reacţiei prin culorile parazite rezultate din acţiunea lor asupra reactivului.

Prin procedeul de recristalizare descris de noi, am ajuns a obţine un sulfat mercuric absolut pur, cu care avem din nou o proporţionalitate perfectă.

Dar sulfatul mercuric pur are alt inconvenient. El are o influenţă inhibitoare asupra desvoltărei culorilor, care deşi îşi păstrează perfecta proporţionalitate, sunt totuşi mai slabe decât cele cu tryptofan pur sau cu tyrosină pură.

Am putut înlătura în cele din urmă şi acest inconvenient atât în technicele noastre de dozarea tryptofanului [17]), cât şi în cercetările făcute cu tyrosina [18]).

VI. STABILITATEA CULORILOR.

Multe reacţiuni întrebuinţate în colorimetrie dau o culoare durabilă. Acest fel de reacţie cromogenă este ideală pentrucă se pot face cu un singur standard o sumedenie de dozări.

Există însă şi reacţiuni cari nu dau o culoare durabilă. După

un anumit interval de timp intensitatea culorilor începe să slăbească, pentru ca în cele din urmă să dispară aproape comlet sau chiar complet. Acest fel de reacţiuni nu pot fi întrebuinţate pentru dozări decât în decursul perioadei de timp în care culoarea este stabilă şi proporţională. Ele prezintă inconvenientul că nu permit dozări în serie.

O astfel de reacţie este cea întrebuinţată în dozarea creatininei în sânge: „Comparaţia culorilor trebuie să fie făcută într'un interval de timp de 15 minute, socotit din momentul adăogirei picratului alcalin; de aceea nu este niciodată recomandabil să se lucreze în acelaş timp cu mai mult de 3 sau 5 seruri sanguine dezabulminizate“ [19]).

VII. DESPRE SUBIECTIVISM IN APRECIEREA CULORILOR.

Am descris în capitolele precedente unele din principalele cauze de eroare care se pot întâlni în metodele colorimetrice. N'am vorbit nicăieri despre un *anumit* subiectivism în aprecierea culorilor, deoarece acest *pretins* subiectivism nu este decât o mască sub care pendanţii îşi ascund ignoranţa.

Colorimetria reprezintă un capitol al chimiei analitice. La fel cu volumetria şi gravimetria ea trebueşte *învăţată*. Nu se poate admite ca să înceapă cineva să facă dozări colorimetrice, fără ca în prealabil să se fi exersat în delung controlându-şi în nenumărate rânduri ochiul şi lecturile cu o reacţie *perfectă*, după cum nu se poate admite ca să înceapă cineva să facă dozări gravimetrice, fără ca în prealabil să se fi exersat în mod tenace, controlându-şi corectitudinea manipulaţiunilor cu o serie de reacţiuni *precise*.

Numai cei cari nu au avut niciodată curiozitatea ori răbdarea de a studia colorimetria, pot vorbi despre un subiectivism în lectura culorilor şi despre greşeli datorită lecturei mai mari decât 1 p. 100. Este uşor de înţeles de ce am rămas perplex când, — în „Cursul de chimie analitică“ redactat de Auger şi publicat de „Asociaţia elevilor Institutului de Chimie din Paris“ —, am citit la pag. 47 următoarea frază: „Exactitatea dozărilor colorimetrice este destul de slabă; aproximaţia dozărilor este de 5%, dar în multe cazuri ajunge la 10% şi chiar la 25%. Această metodă este totuşi uneori foarte avantajoasă, întrucât permite dozarea unor cantităţi infime de substanţe.'.

Desigur că Auger n'a activat niciodată în câmpul colorimetriei ori, — în caz că da —, a comis atunci o gravă greşeală de redactare. De bună seamă el a vrut să se refere nu la colorimetrie *în genere* ca *metodă*, ci la *technicile* de dozare colometrice, dintre care unele pot fi bune şi altele rele, fapt care se observă şi în gravimetrie şi în volumetrie, unde întâlnim la tot pasul multe technici foarte bune, dar şi tot atât de multe rele.

G. G. Longinescu, Teodorescu şi Pirtea, în cursul lor de chimie analitică (ediţia V, Ed. Fac. de Ştiinţe) vorbesc la pag. 72 despre aproximaţia de 0,2% permisă teoretic în gravimetrie. „Chiar în cazul în care aproximaţia nu trece de 0,2%, nu putem spune în

chip absolut că analiza este exactă. Se poate întâmpla ca la una din substanţele din amestecul de analizat, să se fi făcut o greşeală în plus şi la alta aceiaşi greşeală în minus, aşa încât ele se compensează, deşi sunt două greşeli"... „La minerale se poate primi o greşeală chiar de 1% din cauza dificultăţilor experimentale care nu pot fi înlăturate prin metodele analitice întrebuinţate"... „Siguranţa rezultatelor bune o dă numai conştiinţa şi priceperea chimistului analist".

Ori şi cât am vrea, ne este imposibil să înţelegem de ce *numai* în gravimetrie şi volumetrie, nu însă şi în colorimetrie, este permis să se vorbească despre iscusinţa chimistului analist, iscusinţă care după modestele noastre păreri nu se capătă decât cu multă muncă, cu neclintită perseverenţă şi cu o răbdare de fier.

Mi-a fost dat să întâlnesc oameni de laborator pe care i-am auzit vorbind bine sau rău despre colorimetrie fără a cunoaşte un fapt absolut elementar în acest domeniu: punerea la punct a colorimetrului.

Sfătuesc pe cei care întâmplător nu ştiu ce este controlul luminei prin lectura standardului contra standard, să renunţe de a mai lucra în acest domeniu, dacă nu execută mai întâi întocmai următoarele prescripţiuni, pe care le traduc din cartea lui O. Folin [20]). „Este întotdeauna bine ca atât instrumentul cât şi ochiul să fie verificat, înainte de a se purcede la măsurarea culoarei necunoscute. Curăţă amândouă cupele colorimetrului cu soluţia standard şi umple-le până la jumătate sau chiar mai mult de jumătate cu aceiaşi soluţie. Aşează ambele cupe la locul lor şi vâră prismele în lichid, fixându-le pe amândouă în mod exact la 20 mm. Ajustează ocularul instrumentului aşa ca linia care separă cele două câmpuri să fie clară şi distinctă.

Aranjează colorimetrul în faţa sursei luminoase, în aşa fel ca cele două câmpuri să fie asemănătoare; acest rezultat se obţine prin mişcarea oglinzei şi prin rotirea întregului instrument în faţa luminei spre stânga sau spre dreapta. Nu privi prea multă vreme câmpul; închide ochii cât mai des spre a evita oboseala. Dacă întâmplător nu poţi obţine câmpuri asemănătoare însemnează că punctul zero al instrumentului este falş şi este necesar să faci corecţiile de rigoare. După ce ai obţinut identitate de culoare în cele două câmpuri, schimbă înălţimea uneia din prisme şi apoi ca şi când ai face o lectură necunoscută caută să o pui din nou la punct, mişcând-o în sus ori în jos până ce culorile redevin identice. Dacă instrumentul a fost bine pus la punct, vei găsi prisma din nou în dreptul diviziunei 20 mm., cu o aproximaţie permisă de 0,2 mm., în plus sau în minus. Repetă operaţia. Dacă obţii şi a doua oară acelaş rezultat, însemnează că instrumentul este bine pus la punct şi că se poate trece la lectura necunoscutei. Goleşte în acest scop una din cupele colorimetrului. Spală atât cupa cât şi prisma cu soluţia colorată a necunoscutei; umple-o apoi cu soluţia necunoscutei şi fă comparaţia cu standardul din cealaltă cupă".

Procedând după aceste indicaţiuni şi cu o reacţie perfectă

este exclus ca să se găsească cineva, care să fie incapabil de a ajunge repede la lecturi al căror maximum de aproximaţie să fie reprezentat prin procentul $1^0/_0$, procent care cu timpul şi cu exerciţiul scade la zero sau se ridică în cel mai rău caz la $0{,}50—0{,}75^0/_0$.

VIII. COLORIMETRIE CAMUFLATĂ.

Fac colorimetrie camuflată acei autori, care acceptă o technică colorimetrică bună sau rea, aşa cum a fost descrisă ea de indiferent cine, dar în loc ca să-i studieze defectele şi eventual s'o amelioreze, o adoptă integral cu singura deosebire că renunţă de a face lectura culorilor cu un instrument optic de precizie şi recomandă o decolorare a lor cu ajutorul unei soluţii oxidante oarecare. Cantitatea de substanţă supusă dozării, este calculată apoi din raportul volumului de soluţie oxidantă întrebuinţată pentru decolorarea necunoscutei, în comparaţie cu volumul întrebuinţat pentru decolorarea standardului.

Unii dintre aceşti originali autori pretind că procedând astfel nu mai fac colorimetrie, ci manganimetrie sau volumetrie, dar întocmai ca Jourdain care „făcea proză fără ca să ştie", practică ei însăşi colorimetria fără ca să-şi dea seama.

Aproximaţia datorită oxidării soluţiilor colorate este mai mare decât procentul $1^0/_0$ permis în lecturile directe cu un colorimetru de precizie, deoarece decolorarea soluţiei se face încetul cu încetul şi punctul final al reacţiei este greu de apreciat.

Colorimetria camuflată are în plus desavantajul că deviază atenţia cercetătorilor dela adevăratele cauze de greşeală existente în colorimetrie. Aceste cauze sunt cele expuse de noi în capitolele precedente.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

1) *Standford:* (1923), Biochem. J. Vol. 17, p. 844. — 2) *Folin*: (1924) Bio chem. J., vol. 18, p. 460. — 3) *Fürth und Nobel*: (1920) Biochem. Z. vol. 109, p. 103. — 4) *Défay*: (1926) Bul. Soc Ch Biol. vol. 8, p. 733. — 5) *Folin and Ciocâlteu*: (1927) J. Biol. Chem. vol. 73, p. 627. — 6) *Folin and Looney:* (1922), J. Biol. Chem. vol. 60, p. 421. — 7) *Cohn*: (1925). Physiol. Rev. vol. 5, p 349. — 8) *Goiffon et Spaev*: (1934) Bull. Soc. Chim. Biol. vol. 16, p. 1675. — 9) *Goiffon et Spaev:* (1934) C. r. Soc. de Biol. vol. 115, p. 711. — 10) *Ciocâlteu et Tanasesco*: (1936) C. r. Soc. de Biol vol. 123, p. 49. — 11) *Mc Crudden and Sargent*: (1916) J. Biol. Chem. vol. 26, p. 527. — 12) *Folin and Doisy:* (1916) J. Biol. Chem. vol. 28, p. 349. — 13) *Hunter and Campbell*: (1916) J. Biol. Chem. vol. 28, p. 335. — 14) *Folin and Trimble*: (1924) J. Biol. Chem. vol. 60, p. 473. — 15) *Ciocâlteu et Covrigeanu*: (1924) Bull. Soc méd. Hôp p. 26. — 16) *Folin and Ciocâlteu*: (1927) J. Biol. Chem. vol. 73, p. 684. — 17) *Folin and Ciocâlteu*: (1927) J. Biol Chem. vol. 73, p. 642. — 18) *Ciocâlteu*: (1930) C. r. de la Soc. de Biol. p. 198. — 19) *Mathews*: Physiological Chemistry (Edit. 4) pag. 1097. — 20) *Folin:* Laboratory manual of Biologica Chemistry p. 13.

SUR LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DU PIGMENT PALUDÉEN LES ÉPREUVES DE SA CONCENTRATION DANS LE SANG ET DANS LES URINES *)

par

M. CANCIULESCU et R. HIRSCH

Le pigment paludéen proprement dit a une pleine valeur spécifique jour le diagnostic du paludisme.

Dans les cas de paludisme fruste ou latent la constatation de ce pigment mélanique, dans l'absence de l'hématozoaire, autorise à établir un diagnostic rétrospectif et a instituer le traitement adéquat.

La recherche de ce pigment a été grandement facilitée par „Les épreuves de concentration dans le sang et dans les urines du pigment paludéen" que nous avons instituées.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L'existence d'un pigment noir dans le paludisme est connue depuis longtemps, avant même que l'hématozoaire ait été découvert; la coloration noire des organes chez les cachectiques paludéens avait attiré l'attention depuis le commencement du XIX-ème siècle; la mélanémie est décrite largement par *Laveran* dans son Traité du paludisme, de 1907 [1]).

Le pigment mélanique, hématique ou plutôt paludéen, comme on l'appelle, se présente sous forme de granulations noires, sépia, charbon ou encre de chine, de dimensions variables, isolées ou agglomérées en petit amas, de contour irrégulier.

Il se trouve dans les organes profonds, inclus dans ou entre les différentes formations tissulaires de ces organes; dans les leucocites mélanifères; dans le sang il circule dans l'intérieur des leucocites ou en état libre.

Urriola, pour la première fois, en 1911, fait de la constatation du pigment hématique dans le plasma sanguin pendant la vie un signe diagnostique du paludisme [2]), et à sa suite, Sir *Patrick Manson,* dans ses Tropical Diseases, considère depuis 1914, entre les signes pathognomoniques du paludisme la présence du parasite spécifique dans le sang ou de son produit, l'*hémazoïne* [3]).

Dans les urines la présence du pigment a été signalée pour

*) Communication faite à l'Académie de Médecine de Roumanie-Séance du 21 Janvier 1936.

la première fois de même par *Urriola* en 1911 [4]) et sa recherche décrite largement dans une monographie redigée avant 1914, mais parue en 1924, après sa mort [5]).

Cet auteur rencontre le pigment „hématique" comme il l'appelle à cause de son origine, dans le plasma sanguin et surtout dans les urines, dans tous les cas de paludisme aigu ou chronique, et jamais dans les autres affections.

Urriola donne les aspects variés sous lesquels se présente le pigment et la technique de la recherche dans le sang et dans les urines.

„Dans les urines il se présente sous 4 aspects différents: 1) grains „très fins, isolés ou presque toujours groupés, parfois formant une traînée, vraie „voie lactée; 2) flocons tenus, isolés ou groupés; 3) grosses masses polymorphes, „plus ou moins volumineuses; 4) plaques hyalines contenant les grains.

„Dans le sang le pigment est moins abondant et se présente surtout en „grains isolés.

„Le pigment est de couleur charbon ou encre de chine; quelques fois de „solution plus ou moins foncée de permanganate de potasse.

„Un autre pigment, le pigment ocre, s'associe souvent au précédent; „il existe parfois d'une manière exclussive dans le sang ou dans les urines; „d'habitude son abondance est inversement proportionnelle à celle du pigment „hématique; ou s'il est plus abondant dans le sang, il est plus rare dans les „urines, et vice-versa.

„Le pigment ocre se présente sous forme de grains de masses variables „de gouttelettes rondes, de grandeur variable et de teinte allant de l'ocre „rouge brique à l'ocre brun foncé, isolés on groupés, libres ou dans le pro- „toplasma des leucocites granuleux.

„Le pigment ocre est plus lourd que le pigment hématique; il ne flotte „et ne forme pas de traînée".

Pour sa constance, son abondance et les symptomes qui l'accompagnent, l'auteur lui atribue une grande valeur diagnostique, à condition de la chercher avec patience.

Un troisième pigment, le pigment bleu, paraît moins spécifique; d'ailleurs il est moins abondant et se rencontre plus rarement.

Pour la technique: „l'urine recueillie dans un tube est agitée, puis „soumise à cinq minutes de centrifugation; on puise au fond ou à la partie „moyenne du tube, où se trouve parfois le plus grand nombre des grains; „les petits étant légers peuvent flotter encore dans les couches supérieures „de la gouttelette enfermée entre lame et lamelle; pour les apercevoir il faut „les mobiliser par le deplacement du port-objet dans le sens latéral, ou faire „virer l'objectif; il est préférable de se servir de grandes lames (76 sur 40 „mm.) et lamelles (40 sur 30)".

Il faut parfois pousser la recherche presqu'à une demiheure ou de faire uriner de nouveau le malade.

Pour le sang, qu'il est recommandable d'examiner en même temps que l'urine, d'habitude de manière exclussive chez les petits enfants, il suffit de le recueillir directement sur lame sous lamelle.

Les constats d'Urriola n'ont pas eu l'echo attendu; après sa mort la recherche de ce pigment a été délaissée complétèment, en

tout cas elle n'est pas entré dans la pratique courante et la valeur diagnostique de la présence du pigment n'a pas été utilisée juste dans l'absence de l'hématozoaire.

Pour l'identification Urriola ne s'appuyait que sur l'aspect, la couleur, l'existence dans le passé du malade de signes de paludisme et surtout sur les effets favorables du traitement spécifique par la quinine ou les cholagogues (qu'il ne nomme pas); pour la caracteristique et la différence il n'a pas eu recours à l'étude optique ou aux réactions chimiques, comme l'ont fait dans un travail recent [6]), M-rs le Prof. *A. Slatineanu, S. Nicolau* et *G. Balmus,* qui, en étudiant l'histopatologie du système nerveux dans le coma paludique, pour établir sur les sections microscopiques les caractères du pigment paludéen et d'un autre, leur pigment brun, „produit spécial du à l'action du parasite ou de ses sécrétions sur le métabolisme cellulaire" ont eu recours à la lumière polarisée et aux réactions histo-chimiques.

D'après ces auteurs et d'autres [7]) le pigment paludéen est soluble dans la potasse alcoolique; il ne se décolore pas par le permanganate de Ka; il est biréfringent donc se laisse traversé par la lumière passée à travers le Nicol croisé; l'acide sulfurique, l'acide chromique, la potasse et l'iode restent sans action; la réaction du fer (Turnbull) est négative.

Comme origine [8]) le pigment paludéen provient de l'hémoglobine des hématies; sous l'action d'une enzyme protéolitique du plasmodium sur l'hémoglobine, action qui décompose l'hématine et la précipite [9]); l'on peut le considérer comme descendant directement du pigment qui se trouve à l'intérieur de l'hématozoaire et qui est dès l'origine biréfringent.

De là sa valeur spécifique, qu'on ne peut pas accorder au pigment ocre, qui provient sûrement de l'hémoglobine des hématies détruites (il donne la réaction du fer), et auquel sa constance et abondance dans le paludisme lui confèrent encore une grosse valeur diagnostique (Urriola), quoiqu'il se rencontre aussi dans d'autres états maladifs.

Comme destinée ultérieure le pigment paludéen se dépose dans les organes profonds, qu'il farcit de noir et où l'on peut le chercher pendant la vie par la ponction de la rate ou dans la moelle osseuse par trépanation des os, procédés qui ne peuvent pas entrer dans la pratique courante, qu'envisage le but de notre étude présente, de même que de nos recherches antérieures [10]); là il est détruit sur place ou resorbé par les macrophages qui s'en chargent (l'endothélium vasculaire, les cellules conjonctives des tissus et les monocytes mélanifères); ou il est éliminé et l'émonctoire naturel ne peut être que l'urine, dans laquelle Urriola conseille de le chercher; et la bile, en général épaisse et foncée dans le paludisme aigu et dans laquelle nous irons de même le chercher dans le paludisme chronique, fruste ou latent.

Dans le plasma sanguin, voie de passage, de même on le trouve, mais d'une manière intermittente et en moindre quantité (libre ou à l'intérieur des leucocytes) qu'aux portes de sortie.

Notre attention étant attirée dès l'apparition de la monographie d'Urriola sur la valeur diagnostique que cet auteur accordait au pigment hématique, nous avons procédé à sa recherche systématique, dans le sang et dans les urines, dans tous les cas où l'origine paludéenne nous paraissait probable et dans l'absence de l'hématozoaire nous avons institué sur sa présence la thérapeutique adéquate.

La constatation du pigment coïncidait presque toujours avec les signes cliniques, en spécial avec l'existence dans le passé du malade d'accès paludéens et la présence d'une rate palpable ou percutable au dos.

Nous n'avons pas cherché d'une manière tout aussi systématique le pigment dans les autres affections, où nous ne pensions pas à la nature paludéenne possible; de sorte que sur ce point de vue nos recherches de contrôle sont negatives. Pour l'identification nous sommes resté jusqu'au dernier temps aux crythères d'Urriola en ce qui concerne l'aspect, la couleur, la coïncidence clinique et les effets du traitement.

Nous avons employé la même technique.

Notre statistique comprend des dizaines de cas repartis sur plusieures années.

Les conclusions, auxquelles nous sommes arrivés dans cette première partie de nos recherches, peuvent être résumées ainsi:

a) dans les cas de paludisme fruste ou latent, la constatation du pigment mélanique, en absence de l'hématozoaire, nous a autorisé à établir un diagnostic retrospectif et à instituter un traitement adéquat;

b) nos constations ont porté sur le pigment paludéen proprement dit, auquel nous atribuons pleine valeur spécifique et non pas sur le pigment ocre, qui présente une valeur secondaire;

c) nous avons cherché le pigment seulement chez les malades auxquels l'aspect clinique et le passé faisaient probable la nature paludéenne de leur affection.

Il est inutile de présenter à présent des observations cliniques, parceque grâce à 2 cas récents, nous avons dirigé nos recherches sur une voie nouvelle, laquelle nous a permis d'instituer *„les épreuves de la concentration dans le sang et dans les urines du pigment paludéen"*.

Ces recherches feront l'objet d'un II-ème mémoire.

BIBLIOGRAFIE

1) *A. Laveran:* Traité du paludisme, Masson, Paris, 1907, pag. 350—380. — 2) *C. L. Urriola*: Semaine médicale, Janvier 1911. — 3) Cité par *C. Urriola*: dans sa monographie de 1924. — 4) Cité pat *M. Langeron:* Précis de Microscopie, Masson, Paris, 1913, pag. 520. — 5) *C. L. Urriola:* La valeur diagnostique du pigment hematique dans la malaria, Paris, Ed. Vigot-Frères, 1924. — 6) *A. Slatineanu, S. Nicolau et G. Balmus:* L'histopathologie du système nerveux dans le coma paludique. Arch. roum. de path. exp. et de microb. Tome 8, Nr. 1, 1935. — 7) Cités dans le travail ci-dessus. — 8) *I. Verne:* Les pigments dans l'organisme animal. Paris, G. Doin, Ed 1926. — 9) *L. Brown:* cite par *H. Vincent et I. Rieux.* Le paludisme, dans le Nouveau Traité de médecine, Masson, Paris, 1922, fasc. V, pag. 139 — 10) *M. Canciulesco, L. Herman et R. Hirsch.* L'adréno-diagnostic du paludisme latent. Soc. de Biologie, séances des 15 Dec. 1927 et 19 Janv. 1928, Tome XCVIII, pag. 459.

Spitalul „Caritas" şi „Noua Maternitate"
Serviciul consultaţiilor de Medicină Internă.
Medic Primar: Docent D-r S. Iagnov.

SEMIOLOGIA TENSIONALA A INSUFICIENŢEI CARDIACE

de

Docent S. IAGNOV şi M. FINKELŞTEIN

Modificările variate ale tensiunei sistolice şi diastolice constitue un orientator semiologic pentru diagnosticul insuficienţei cardiace, în toate varietăţile de hipertensiune, indiferent de natura lor etiologică şi de formele anatomo-clinice ale evoluţiei lor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Valoarea clinică atribuită de către Waquez tensiunei mijlocii pentru diagnosticul insuficienţei miocardice, precum şi opiniile protivnice ale majorităţei clinicienilor şi ale lui Lian în special, ne-au îndemnat să studiem importanţa semnelor tensionale clasice, ca indicatori premonitorii ale insuficienţei cardiace. Faptele relevate în acest domeniu de multă vreme, de către Galavandin, Lian şi alţii sunt realităţi orientatoare şi dovada o avem mai ales atunci, când pot fi verificate pe un număr bogat de observaţiuni. Noi am putut-o face pe un număr de 180 hipertensivi, de variate cauze etiologice, avuţi în îngrijirea noastră timp de aproape 4 ani, în serviciul consultaţiilor medicale din spitalul „Caritas" şi „Noua Maternitate".

Stabilind fişe individuale, pentru fiecare bolnav în parte, am putut urmări într'un timp prelungit — 4 ani — variaţiunea tensiunei fiecăruia, notând-o, aproape, în oscilaţiile ei săptămânale. Pe baza unei statistici mari, am putut conchide asupra a două probleme capitale pentru evoluţia clinică a hipertensiviilor: când şi sub ce formă fac ei insuficienţa cardiacă şi în ce măsură modificările tensionale, sistolice şi diastolice, o pot vesti.

Resolvarea ambelor probleme este mult înlesnită, dacă ţinem seama în prealabil de o serie de date anatomo-fisiologice, cari lărgesc pers-

pectiva de interpretare atât al fenomenului hipertensiune cât şi al insuficienţei cardiace.

Astfel dupe aceste date se ştie, că există o autonomie între cord şi aparatul vascular periferic, acţiunea lor fisiologică fiind în raport de coordonare. Aparatul vascular periferic, „cordul periferic", are aproape aceeaşi contribuţie anatomică ca şi miocardul. Fibrele muşchiulare, lungi şi circulare ale vaselor corespund embriologic muşchiulaturei ventriculare şi auriculare. Inervaţia vasculară este deasemeni analoagă, triplă: centrală, autonomă şi parietală. Funcţiunile miocardului se găsesc în miniatură la vase. Procesul de circulaţiune sanguină prin vase atârnă, ca şi al cordului de miocard, de muşchiulatura vaselor capilare, în a căror contracţiune ritmică residă posibilitatea de irigaţiune sanguină a ţesuturilor. Tensiunea arterială atârnă de tonusul acestei muschiulaturi, dar şi de resistenţa vaselor mari ca şi de sistola miocardică.

Punctul de contact între tensiunea arterială şi între cord s'ar realiza prin ultima componentă a acestei triade condiţionale.

Dar cercetările actuale ale lui Huygman, Danielopolu, Donzelot, etc. au arătat mult mai complicat aparatul regulator al tensiunei arteriale. El este format dintr'un organ vasomotor, reprezentat prin centrii encefalici, medulari şi ganglionari, din căi centrifugale şi centripetale. Acestea lucrează pe cale de reflex asupra centrului. Centrul aparatului regulator al tensiunei arteriale poate fi excitat direct de anumite stări humorale — aciditate şi anoxemia din asistolii — producându-se astfel ridicarea tensiunei diastolice şi micşorarea debitului sistolic. Mai apoi, orice excitaţie fisiologică sau patologică a nervilor depresivi — Cyon şi Hering — produce o hipotensiune. O secţionare a lor bruscă produce hypotensiune absolută şi oprirea miocardului în fibrilaţie auriculară. O secţionare a lor treptată micşorează ritmul cardiac şi produce bradicardie. Acţiunea nervilor depresori e contrabalansată de acea vasomotorie a nervilor distribuiţi în aria Aplachnicilor, susţinuţi de descărcări ritmice de adrenalină. Iar regularea circulaţiunei în capilare este datorită tonusului arteriolelor asupra cărora acţionează hormonii endocrinieni: adrenalina, pituitrina, tirodina, cu acţiunea inversă a colinii şi a histaminii şi cu acea ajutătoare a sărurilor de calciu, a peptonei şi a serului uman.

Din cele ce preced rezultă, că echilibrul circulaţiunei, adică menţinerea unei tensiuni normale atârnă de integritatea funcţională a aparatului regulator, că acest aparat de reglare al tensiunei arteriale poate fi desechilibrat printr'o acţiune directă asupra centrului de reglare, fenomen care se produce în asistolii, în turburări humorale. Sau, prin excitaţiile produse de secreţiile hormonale endocrine asupra tonusului arteriolelor. Excitaţiunile centrului şi ale muşchiulaturei capilarelor lăsate în voe ar produce hipertensiune, dacă n'ar fi frânate de nervii depresivi ai lui Cyon şi al lui Hering. Dereglarea acestei frâne explică hipertensiunea oscilantă. Hipertensiunea este, prin urmare, un proces

exclusiv vascular, cu un aparat de reglare autonom, cu posibilităţi de deviare fisiologică şi de lezare patologică ale acestui aparat. In faţa unui hipertensiv avem obligaţia a ne întreba, în ce măsură aparatul regulator al tensiunei arteriale este dereglat din funcţiunea lui, dacă poate fi pus din nou în funcţie sau dacă este complect întrerupt. Semiologia clinică a hipertensiunei arteriale trebue să traducă cauza şi natura dereglărei aparatului de regulaţiune. Dar este greu de apreciat, care din factorii aparatului de reglare ai tensiunei intră ca element hotărâtor în producerea unei hipertensiuni. Fiindcă deficitul unui factor este compensat de celălalt. Greutatea este mai mare dacă trebue să citim în variaţiunile tensiunei sistolice şi diastolice semnele unei insuficienţi cardiace.

Dar în genere insuficienţa miocardică este cauza variaţiilor tensionale ale hipertensivului. Am văzut, că debitul sistolic miocardic este unul din factorii determinanţi ai tensiunei arteriale. Turburări mecanice ale circulaţiei — extra sau intracardiace —, cauze toxice sau funcţionale — endocrine, arteriale, miocardice — pot modifica, ca elemente cauzale etiologice, debitul sistolei cardiace. Hipertensiunea arterială — oricât de autonomă ar fi în origina ei anatomo-fisiologică este influenţată de modificarea sistolei cardiace, fie prin micşorarea mecanică a forţei de propulsiune a sângelui intraventricular în vasele mari, fie prin acţiunea directă a modificărilor humorale rezultate din insuficienţa de contracţiune a miocardului asupra centrului aparatului de regulaţiune al tensiunei arteriale. Astfel că problemele de rezolvat, enunţate la începutul acestui articol, se reduc la una singură: dacă şi în ce măsură semnele tensionale pot sau nu exprima cu mai multă anticipaţie decât cele miocardiace începutul insuficienţei cardiace.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Problema îşi netezeşte dela început calea rezolvărei, dacă ţinem seama, că în hipertensiunea arterială insuficienţa cardiacă se produce progresiv, şi că accidentele mici şi mai ales mari ale insuficienţei ventriculare stângi şi drepte apar excepţional. Exprimând acest fapt, gândim în principal, la hipertensiunile esenţiale, nu la acelea de necesitate, obligate de vre'o leziune cardio-reno-vasculară. Dar chiar şi în aceste varietăţi de hipertensiuni, fenomenele de insuficienţă cardiacă apar progresiv şi nu pot fi reduse la semnele lor anatomice. Hipertrofia şi dilataţia ventriculului stg. sunt în desfăşurarea boalei, fenomene de compensare. Ele nu exprimă insuficienţa miocardului în exercitarea sistolei cardiace, ci sforţările lui de adaptare pentru îndeplinirea mai departe a acestei funcţiuni. Cercetările moderne de fisiologie cardiacă au lărgit, prin noua cunoştinţe, datele vechi semiologice ale insuficienţei cardiace.

Pentru realizarea acesteia trebue ţinut seama de micşorarea puterei inimei, adică a presiunei exercitată de inimă asupra sângelui din cavităţile sale în timpul unei sistole. Trebuesc apreciate variaţiile debitului cardiac, a cantităţei de sânge eliminată din inimă în unitate de timp. (Douglas-Haldane, Hill, Zunz). Insfârşit, trebue socotită puterea de

rezervă a inimei, capacitatea ei de a-şi mări acţiunea la un plus de încărcare, printr'o mărire a tensiunei iniţiale şi a capacităţei ei. Pe baza acestor noţiuni fundamentale, Starling a dovedit prin experienţa lui pulmon-inimă, că există două feluri de dilataţiuni ale miocardului: vitală (relativă) în care rezervele fisiologice de mai sus există încă, şi dilataţia absolută (patologică). Pentru a se realiza dilataţia patologică a miocardului trebuesc îndeplinite cel puţin una din următoarele, nenumărate condiţiuni: irigaţia proastă a miocardului, inextensibilitatea lui, tonus deficitar, turburări în metabolismul O, Co, al glicogenului, ale glandelor endocrine (tiroidă, capsula suprarenală).

Deci, pentru ca fenomenele variate de stază, cari exprimă insuficienţele progresive ventriculare stg. şi dr., sau pentru-ca accidentele acute ale aceloraşi insuficienţe să se poată produce, trebue ca parte din condiţiunile de mai sus să se fi îndeplinit, adică miocardul să fi trecut peste capacitatea sa de dilataţie vitală. Aceasta dovedeşte, dece semiologia insuficienţei cardiace, sprijinită exclusiv pe fenomenele de stază, se întâlneşte mai mult în leziunile cardiace primare sau secundare, unde turburarea mecanică de circulaţie nu cere dintr'un început sprijinul compensatoriu al „cordului periferic" al vaselor mici. Şi tot din aceeaşi pricină se înţelege, pentruce hipertensiunile de necesitate — cardio-renovasculare — ca şi acele esenţiale fac rar insuficienţe cardiace cu fenomene de stază şi dece semiologia tensională ne orientează cu anticipaţie diagnosticul clinic şi obligaţia terapeutică, la începutul unei insuficienţe cardiace.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am văzut, din cele expuse până aci, necesitatea clinică, de a găsi în variaţiunile tensionale sistolice şi diastolice ale hipertensivilor indicaţiunile premonitorii ale insuficienţei cardiace. Această obligaţiune derivă din analiza mecanismului de producere al hipertensiunei ca şi al insuficienţei cardiace.

Recapitularea succintă a acestui mecanism ne arată ambele fenomene de sine stătătoare, supuse unor factori condiţionali multiplii, în raporturi de supleanţă tangenţiale — sistola cardiacă şi posibilitatea ei elastică de compensare, insuficienţa cardiacă şi putinţa ei de a influenţa humoral şi hormonal aparatul de reglare al tensiunei arteriale. Din cunoaşterea complicatului proces de producere al ambelor fenomene rezultă şi cauzele pentru care insuficienţa cardiacă absolută apare aşa de tardiv la hipertensivi: „cordul periferic", la adăpostul unui aparat de conducere propriu, garantează integritatea circulaţiunei în ţesuturi multă vreme, până ce acţiunea factorilor genetici, enumăraţi mai sus, ai insuficienţei cardiace o transformă pe aceasta din relativă în insuficienţă cardiacă absolută. In această fază, centrul de reglare al tensiunei arteriale urmează a fi excitat prin turburările metabolice produse de insuficienţa miocardică.

Dar pânăce acest proces final se realizează, cordul se adaptează hipertensiunei. Hipertrofia ventriculară stg. şi dilataţia relativă sunt sem-

nele acestei adaptări. Faptele se petrec întocmai, dupe expresia figurată a celebrului cardiolog american Bishop: „un cazan la înaltă presiune nu implică scăderea presiunei decât cercetând limita de resistenţă a cazanului". Fenomenele de stază ale cordului drept apar foarte rar. Cordul stg. găseşte în largile lui limite de hipertrofie putinţa adaptărei sale la necesităţile circulaţiei. De aceea din statistica noastră de 180 hipertensivi, dintre care 100 sunt cardio-renali, n'am întâlnit la aceştia din urmă în timp de aproape 4 ani, decând sunt în observaţia noastră, fenomene de stază hepato-pulmonară. Semnele începutului de insuficienţă cardiacă ne-au fost indicate tot de ventriculul stg., iar mijloacele de relevare le-am găsit în modificările tensiunei sistolice şi diastolice.

Am folosit pentru observaţiunile noastre metoda ascultatorie de măsurare a tensiunei arteriale. Acea oscilometrică ne indică în special capacitatea de distensiune a păretelui arterial, la fiecare sistolă cardiacă, indicele oscilometric măsurând gradul acestei distensiuni. Metoda ascultatorie însă favorizează mai mult aprecierea tonusului muschiulaturei arteriolelor, însuşire fisiologică, de care atârnă, precum vom vedea, nenumărate varietăţi tensionale.

Prin metoda ascultătorie, ca şi prin celelalte, măsurăm debitul Asistolic, contracţia miocardului pentru evacuarea cavităţilor sale, adică tensiunea maximă, precum şi rezistenţa periferică, adică tensiunea minimă. Dar, atât tensiunea maximă, determinată de contracţia miocardului, ca şi acea minimă, determinată de vasul periferic, atârnă laolaltă, în putinţa lor de realizare normală, de tonusul muşchiulaturei capilarelor. Factorii condiţionanţi îl pot modifica până la varietăţi semiologice diferenţiate pentru aspectul ambelor tensiuni. Schimbarea astfel variată a tensiunei maxime şi minime indică un început de insuficienţă fisio-patologică a factorilor principali genetici: miocardul şi capilarul arterial. Cari sunt modificările tensionale observate?

Galavandin, Lian, Boullet. Lian au descris un şir întreg de asemenea semne tensionale. Astfel sub denumirea de labilitate tensională, Galavardin descrie o serie de modificări ale tensiunei maxime. Ea poate scădea în timpul examenului, ceace indică o variaţie spontană, datorită unef sfigmolabilităţi, de cele mai multe ori de origină neuro-vegetativă. Dar tipurile sfigmometrice ale tensiunei maxime sunt multiple. Aprecierea lor trebue făcută în raport cu tensiunea minimă, pentru a se putea astfel diferenţia în ce măsură modificarea este neuro-vegetativă, arterială sau indică o insuficienţă cardiacă. Prezentăm toate aceste modificări sub forma următorului tablou sinoptic

Tensiunea maximă mărită = fenomen neuro-vegetativ.

Tens. maximă mărită iar minima e micşorată = aortită sifilitică, (fiindcă în insuf. aortică reumatismală ts. maximă e normală, iar acea minimă e f. mică).

Tn. mx. scade, iar mn. se ridică, tinzând spre convergenţă = insuficienţă cardiacă în evoluţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tn. mx. coboară aproape brusc = oedem pulmonar, angor, infarct.
Tn. mx. scoboară cu tachicardie = insuf. ventriculară stg.
Tn. mx. şi mn. se măresc, trei varietăţi:

a. forma equilibrată = bun equilibru cardio-vascular.
b. „ desequilibrată cu predominenţa mn. = insuf. card.
c. „ „ cu predomin. mx. = aport de element vegetativ.

Aceste semne de decapitare, dublă sau unilaterală ale tensiunilor sistolice şi diastolice pot fi izolate sau însoţite de alte semne tensionale. Astfel Lian a descris fenomenul de alternanţă, consistând dintr'o alternare foarte espresivă a pulsaţiilor tari şi slabe în timpul măsurărei tensiunei şi a auscultărei tonusului muşchiular capilar. Această alternare poate fi însoţită de o modificare în intensitatea sgomotelor până la dispariţia lor pe câmpul curbei ascultatorii. Dacă fenomenul de alternanţă este izolat, e datorit în mare parte unui fenomen neuro-vegetativ. Dacă el este însoţit de fenomene de decapitare duble, cu predominenţa minimei, sau e însoţit de modificări de intensitate a sgomotelor, atunci suntem în faţa unui semn de insuf. cardiacă incipientă.

Insfârşit, Lian şi mai apoi Boullet din Montpelièr au descris o varietate de aritmie tensională, denumită anisso-sfigmie. Pe curba ascultătorică apare un gol, timp în care alternanţa bătăilor şi ele înşile nu se mai aud. Trebue diferenţiată gaura ascultatorică fisiologică, (Lian) de acea patologică (Boullet), traducând începutul unei insuficienţe cardiace: prima se modifică cu respiraţia.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ţinând mereu seama, în examinarea, repetată şi la distanţă, a hipertensiunilor de toate aceste modificări tensionale, putem prin ajutorul lor să depistăm începutul unei insuficienţe cardiace, aportul neuro-vegetativ în desfăşurarea boalei, precum şi însuşi natura hipertensiunei. Am urmărit, pe numărul mare al bolnavilor noştri, variaţiunile tensionale pentru diagnosticul precoce al insuficienţei cardiace, am văzut motivele pentru care semnele tensionale apar cele mai de timpuriu în insuficienţa cardiacă a hipertensivilor. In cele ce urmează, vom vedea, în ce măsură am întâlnit, la bolnavii observaţi de noi, modificările tensionale, schiţate mai sus.

Am împărţit numărul bolnavilor noştrii, dupe modificările tensionale ce prezentau, în cinci grupe. Din prima grupă fac parte bolnave cu hipertensiune esenţială, fără semnele unei leziuni cardio-renale. Sunt în genere femei la menopausă, cu hipertensiune de natură endocrină. Am urmărit curba tensională a acestor bolnave aproape patru ani. Pe fişele lor, ca şi pe ale celorlalte bolnave, sunt indicate cu preciziă ziua, luna şi anul, când tensiunea a fost luată. Am observat la aceste hipertensive

nenumărate decapitări ale tensiunei sistolice, atât în direcţia unei măriri ca şi în acea a unei micşorări. Aceste modificări coincideau cu o augmentare a turburărilor vaso-motorii periferice, fără a fi însoţite de o variaţie a minimei şi mai ales, fără a fi însoţite de semne de insuficienţă cardio-reno-pulmonare. Fişa No. 1 înfăţişează un tip al acestor modificări.

Cazul I: *Bolnava M. R. ani 39. — Obs. clinică No. 331, 1347, 2057, 2159, 2989, etc., Menopauză. Simptome vaso-motorii periferice. Palpitaţii, fără hipertrofie ventri. stg. R. Wasserman negativă. Nimic renal.*

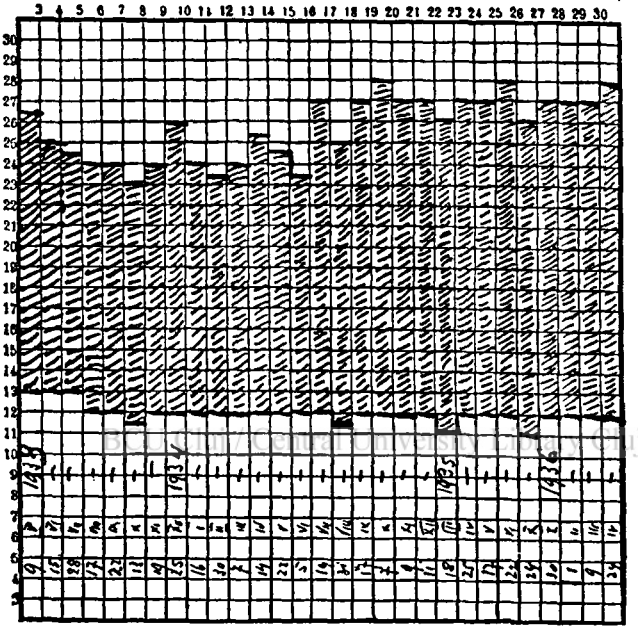


Fig. 1. — Decapitare exclusiv sistolică, ueuro-vegetativă.

A doua grupă de hipertensivi e formată tot din bolnave cu turburări de menopauză, la cari însă decapitările tensionale sunt sistolice şi diastolice. Echilibrul dintre ambele tensiuni e păstrat. Dacă tensiunea sistolică creşte şi acea diastolică o urmează. Iar când acea minimă se urcă, e urmată de acea maximă. Fiecărei duble decapitări îi corespunde o accentuare a turburărilor vasomotorii, cari însoţesc de obiceiu hipertensiunea de menopausă. N'am observat, la nici una din bolnavele noastre vreo modificare în ţinuta normală a cordului, ficatului sau rinichiului. In trei cazuri, unde bolnavele sufereau în acelaş timp de colecistită, sensibilitatea hepatică a acesteia a fost luată drept fenomen de stază. Dar tratamentul uşor digitalic instituit a mărit starea de rău a bolnăviilor, pe când acel colecistitic a precizat diagnosticul şi a înlăturat suferinţele. Fişa No. 2 reprezintă un tip din modificările tensionale expuse mai sus.

Cazul II: *Bolnavul L. Sch. ani 50. — Obs. clinică No. 5060, 5573, 5783, 6110, 6475. — Menopauză. — Simptome vaso-motorii periferice. — n'are hiper trofie ventriculară stg. cefalee pronunțată. R. Wasserman negativă.*

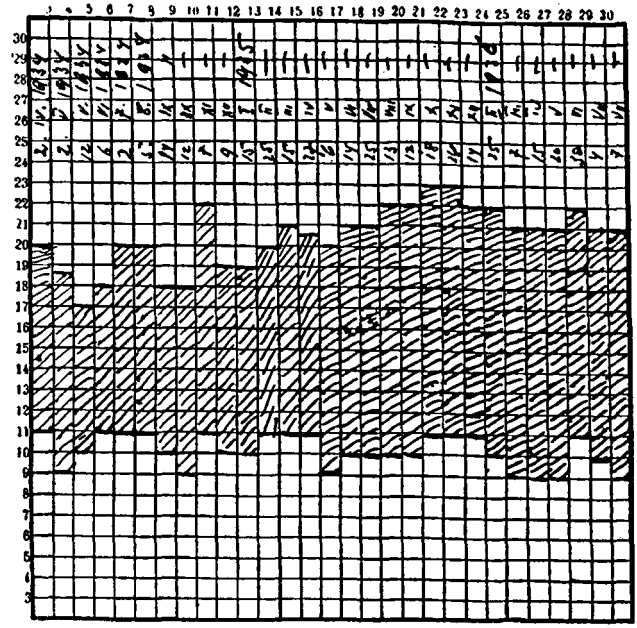


Fig. 2. — Decapitare neuro-vegetativă sistolică și diastolică.

A treia grupă de hipertensivi o reprezintă bolnave între 44—55 ani, la cari nu s'a putut face semiologic sau diagnostic diferențial de precizione între hipertensiunea de menopausă și acea cardio-renală. In genere, bolnavele aveau hipertrofia ventriculară stg., dar caracterizată mai mult prin fenomene de eretism cardiac de natură gastrică, decât printr'un galop. Nici o turburare renală. Ficatul mic, probabil împins de timpanismul abdominal. In decursul observărei acestor bolnave a apărut la vârful cordului un suflu sistolic, pe care l-am bănuit a fi de mitralizare. Fenomen, descris de Lian, în hipestrofiile ventriculului stg. și datorit distensiei cordajelor tendinoase ale valvulelor mitralei, în așa fel încât se formează o insuficiență mitrală funcțională. Dar în acelaș timp cu apariția suflului de mitralizare, bolnavele noastre prezentau modificări de alternanță și de intensitate în sgomotele percepute, în timp ce li se lua tensiunea: bătăi când mai puternice, când mai slabe. Acest fenomen tensional întărea diagnosticul suflului funcțional mitral, explica relativa dispnee a bolnavelor — care ar fi continuat a fi explicată prin presiunea abdominală a atoniei gastro-intestinale — și ne orienta diagnosticul în direcția unei insuficiențe cardiace incipiente. Intr'adevăr, digitalizând bolnavele, toate fenomenele de mai sus au dispărut. Fișa No. 3 (a. b. c.) reprezintă tipul acestor modificări.

Cazul III: *Bolnavul M. P. ani 55. — Obs. clinică No. 5285, 5721, 5897, 6550, 9247. — Hipertensiune. Hipertrofia ventricul. stg. Turburări vasomotorii ale pielei accentuate, n'are fenomene de stază. Suflu de mitralizare trecător.*

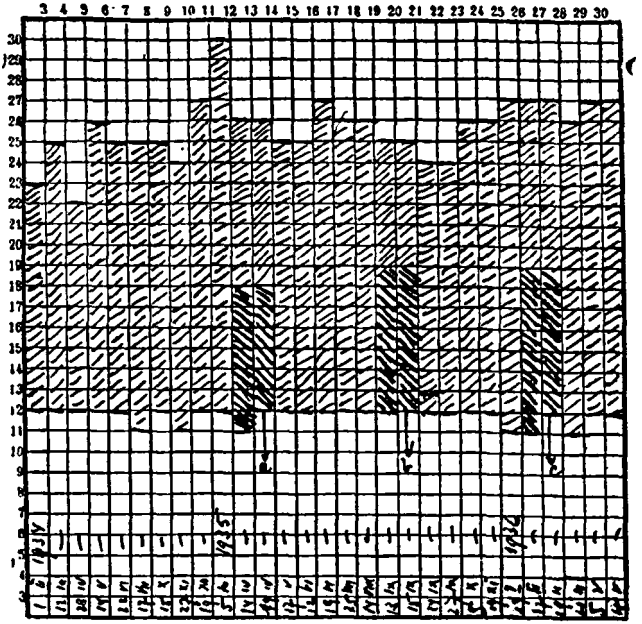


Fig. 3. — Insuficiență cardiacă relativă: Suflu de mitralizare coincidând cu alternare și mărirea de intensitate a sgomotelor pe câmpul ascultatoric. (a. b. c.)

A patra grupă din bolnavele noastre e reprezentată de femei între 60—70 ani, cu leziuni cardio-renale evidente, dar perfect compensate. Oscilațiile tensionale în limite foarte mari sunt o garanție ale compensărei. Toți acești bolnavi, urmăriți multă vreme, n'au prezentat fenomene de stază. Fiindcă unii dintre ei, mai ales bărbați, aveau bronchită cronică cu emphisem, demulte ori am fost tentați să credem, că dispneea lor sporadică este un semn de insuficiență cardiacă mai mult decât semnul unui pousseu de bronchită acută. Tratamentul digitalic însă n'a amendat fenomenele, pecând expectorantele ușurând tusa, au înlăturat dispneea. Când însă dispneea lor era însoțită de tachicardie și de o decapitare a tensiunei sistolice, câteodată și cu dispariția tensiunei minime, am presupus un început de insuficiență cardiacă. Acum tratamentul digitalic și-a dovedit rostul, fiindcă a înlăturat fenomenele tensionale, odată cu tachicardia și dispneea. Fișa No. 4 reprezintă tipul unui bolnav din categoria grupei patra.

Insfârșit, aproape din aceași grupă precedentă, pot fi socotiți și seria ultimă. Cardio-renali dovediți. N'au fenomene de stază. Vârsta în jurul lui 70 de ani. Hipertensivi în limite obișnuite: Tn. mx. = 18, 19; tn. mn. = 8, 9. Au ficatul ptozat, fără a fi mărit sau dureros. Cilindrii

Cazul IV: *Bolnavul A. L. 65 ani. — Obs. clinică No. 5382, 6478, 5560, 5687, 5904. — Scleroză cardio-renală. Hipertrofia vnetricnlui stg. n'are semne de stază.*

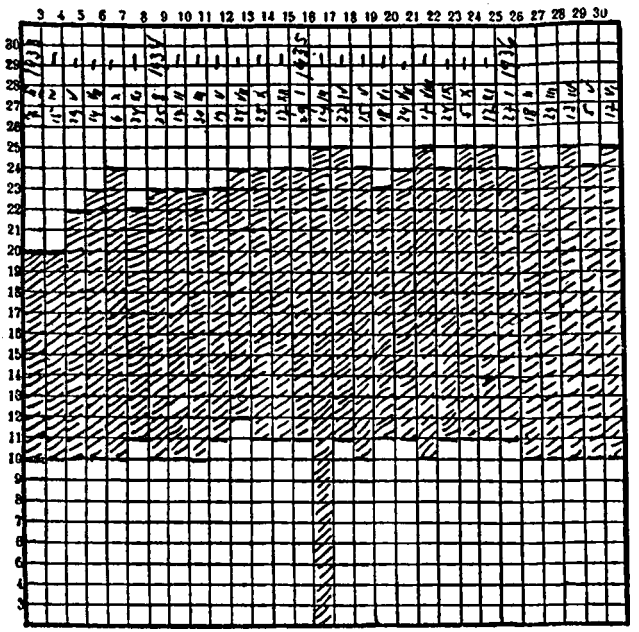


Fig. 4. — Decapitare sistolică însoțită de tachicardie. Minima prelungită până la dispariție. (Insuf. cardiacă relativă).

granuloşi în urină. Ureea — precât s'a putut cerceta—normală. Bolnavii, în genere constipaţi. Deci, cu preocupare constantă pentru această deficienţă şi fără a fi urmăriţi de leziunile lor cardio-reno-vasculare. Turburări dispneice apărute brusc, în legătură cu o purgaţie intempestivă.

In această împrejurare. nu se observă, vre-un alt semn de insuficienţă cardiacă, afară numai de acele tensionale. Intr'adevăr, am notat la aceşti bolnavi: decapitarea tensiunei diastolice. (Vezi fişa No. 5, cei urmează: a, a'), go uri ascultatorii. F. No. 5, b, b'), câteodată dispariţia minimei.

Legând generalităţile expuse în prima parte a acestui articol cu variaţiunile în tensiunile maxime şi minime observate la bolnavii urmăriţi de noi, înţelegem, că inima este mai mult un generator de forţă decât un regulator al presiunei sanguine. Energia sistolică, desvoltată la fiecare contracţie cardiacă, este întrebuinţată dupe nevoe, adică dupe proprietăţile de contracticitate ale arteriolelor şi dupe integritatea fisiologică a aparatului de reglare al tensiunei anteriale. Insuficienţele cardiace la hipertensivi sunt prin urmare cauzate de ruperea echilibrului dintre cordu central şi cel periferic. Dacă în acest proces de desechilibru nu intră ca elemente generatoare un cord lezat sau un rinichiu deasemen vătămat, atunci elementul cauzal al insuficienţei cardiace este exclusiv vascular, e datorit hipertensiunei.

Cazul V: *Bolnava S. P. ani 70.— Obs. clinică No. 4984, 7211, 389, 1027, 1413, 1539. Hipertrofie ventriculară. Scleroză cardio-renală. N'are fenomene de stază.*

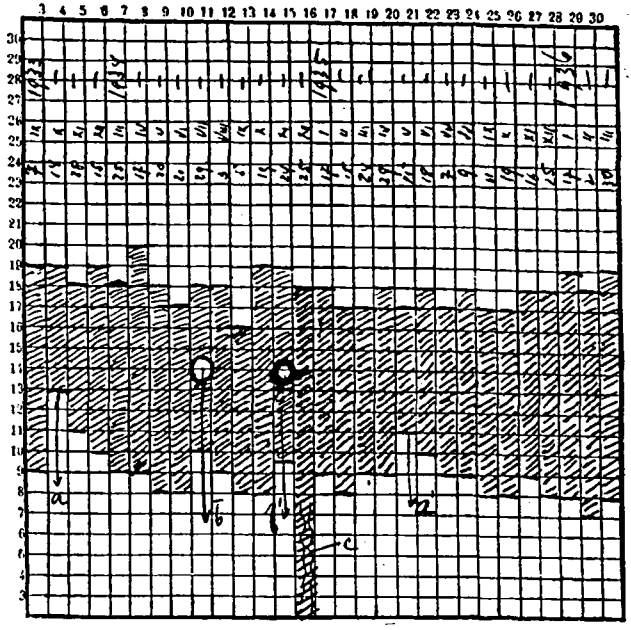


Fig. 5. — Insuf. cardiacă relativă: decapitare cu predominența minimei (a. á.) gaură ascultatorie (b. b'), Minima dispărută (c).

Am putut susține, pe baza statisticei noastre același mecanism, chiar la hipertensiunile cu leziuni cardio-renale, precum și la acelea observate la indivizi de aproape 70 ani, unde lesiunile cardiace sunt mai mult degenerative. Faptul se poate explica numai prin cedarea „cordului periferic", întrucât miocardul își menține puterea sa de adaptabilitate vitală, iar irigațiunea renală e garantată de hipertensiune și de o contractilitate miocardică în limite fiziologice. In acest caz, ciedarea tonusului arteriolar, exprimată prin variațiunile tensionale enumărate poate fi un semn premonitoriu, chiar pentru insuficiențele cardiace ale hipertensiunilor cardio-renale.

Conclusiunile noastre nu sunt în contradicție cu statisticele — devenite astăzi clasice — asupra prognosticului hipertensiunilor, stabilite de Waquez, Lian, Galavardin, etc. Acolo, este vorba de evoluția hipertensiunei înspre insuficiența renală, cardiacă sau hemoragie, dupe cum ea face cu predominență una din aceste trei complicațiuni sau dupe cum elementul etiologic îndreaptă hipertensiunea spre una din aceste trei finalități. Statistica noastră ne arată, că indiferent de natura etiologică a hipertensiunei precum și de forma anatomo-clinică a evoluției ei finale, modificările variate ale tensiunei sistolice și diastolice constitue, în toate varietățile de hipertensiune, un orientator semiologic pentru diagnosticul decompensărei.

S, IAGNOV et M. FINKELSTEIN: *La semiologie ténssionelle de l'insuffisance cardiaque.*

Les auteurs, basés sur les nouvelles connaissances de physiologie pathologiques sur le mécanisme de production de l'insuffisance cardiaque et de l'hypertension, démontrent que l'insnfisance cardiaque chez les hypertendues se déclare rarement par des phénomènes de stase.

Les variations tensionelles sistoliques et diastoliques constituent un signe premonitoire très fréquent dans l'insufisance cardiaque. Ces variations sont: les decapitations des tensions maxima et minima, les alternances des battements, le trou auscultatoire, la disparition de la minima.

Les auteurs, sur une statistique de 180 cas, donnent quelques exemples demonstratifs pour chaque variation tensionnelle.

S. IAGNOV e M. FINKELSTEIN: *La semeiologia tensionale della insuficienza cardiaca.*

I autori, basati sulle nuove conoscenze di fisiologia patologica sul mecanismo di produzione della insuficienza cardiaca e della ipertensione, dimostrano che l'insuficienza cardiaca agli ipertensivi, si dichiara di rado per fenomeni di stasi.

Le variazioni tensionali sistoliche e diastoliche costituiscomo un segno precoce molto frequente nella insuficienza cardiaca.

Queste variazioni sono decapitazioni alla tensione masima e minima, alternazioni dei batiti, pause tensionali, disparizione della tensione minima.

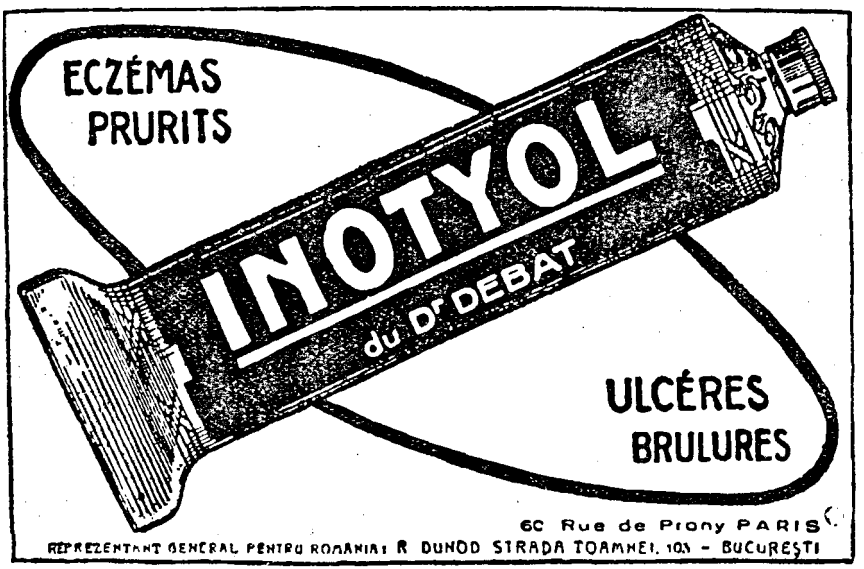
Gli autori pe una statistica di 180 casi danno qualche esempio dimostrativo per ciascumo variazione tensionale.

S IAGNOV und M FINKELSTEIN: *Die Blutdruck—Semiotik der Herzinsuffizienz.*

Auf Grund der neuen pathologisch-physiologischen Kenntnisse über den Entstehungsmechanismus der Herzinsuffizienz und der Blutdruckkrankheit weisen die Verfasser nach, dass die Herzinsuffizienz der Blutdruckkranken sich selten mit Stauungserscheinungen meldet.

Die systolischen und diastolischen Blutdruckveränderungen stellen ein viel häufigeres Vorzeichen der Herzinsuffizienz dar. Diese Veränderungen siud: Abfallen des maximalen und minimalen Blutdruckes, Herzschlagalternanz, auskultatorische Lücke und Schwund des Minimums.

Die Verfasser führen. auf Grund von 180 an Blutdruckkranke studierten Beobachtungsb'ättern, einige demonstrative Beispiele für jede Blutdruckveränderung an.



CYTOTROPISME ŞI ORGANOTROPISME

de

Docent D-r DIMITRIE IONESCU

Microbii, virusurile, protozoarele, şi toxinele produc leziuni morbide în urma localizărei lor în anumite celule sau organe. Aceste localizări sunt consecinţa unor fenomene complexe de atracţiune electivă, cu răsunet însă asupra întregului organism.

O explicaţie mai exactă a fenomenelor de cytotropism şi organotropism se loveşte încă de multe necunoscute. Intre factorii cunoscuţi, oxigenul, încărcarea electrică a agenţilor pathogeni, forţele stimulante den mediul exterior, rolul de comandă al sistemului nervos, fenomenele de tensiune superficială, fermenţii şi fenomenele de biotropism, lămuresc în parte însemnătatea tropismelor.

Biblioteca Centrală Universitară Timişoara

Cercetările făcute asupra tactismelor şi tropismelor pot fi considerate printre problemele cele mai importante şi mai interesante ale biologiei experimentale.

Diverse categorii de celule posedă elemente receptoare, afinităţi, cu totul elective pentru anumite substanţe microbiene sau toxice. Ipoteza lui *Ehrlich* poate însă servi foarte vag la interpretarea procesului toxigen.

Pentru ce disenteria bacilară produce în mod aproape exclusiv leziuni pe intestinul gros? Pentru ce botulismul prezintă un tropism electiv asupra celulei nervoase? Deasemenea când se inoculează sub piele, în peritoniv sau în venele animalelor o doză puternică de vibrioniholerici, de obiceiu aceşti microbi se localizează pe mucoasa intestinală (enterotropism), provocând leziuni extrem de grave, comparabile după *Sanarelli* cu acelea ce se găsesc în intestinul holericilor. Deci, oricare ar fi calea prin care a pătruns virusul, acesta urmează drumul către celulele sensibile. Mişcările amiboide ale leucocitelor şi fagocitoza sunt iarăşi observaţii extrem de interesante, etc.

Se numesc *tactisme* sau *tacsii* când mişcările sunt realizate de celule izolate care se deplasează în virtutea mobilităţei lor proprii, iar *tropisme* sau tropii când aceste mişcări interesează celulele cari

fac parte dintr'un ţesut sau dintr'un organ. Atracţiunea specifică a virusurilor, microbilor, protozoarelor şi toxinelor către anumite celule se numeşte *cytotropism*, iar atracţiunea către anumite organe şi ţesuturi poartă numele de *organotropism*.

1) *Citotropisme.* Diverse influenţe exterioare provoacă reacţiuni de natură mecanică, determinând astfel mişcări de ansamblu ale celulelor izolate sau ale grupelor de celule, care se deplasează şi se diformează. Aceste mişcări ale celulelor, numite tropisme şi tactisme pot fi de natură atractivă (pozitivă) sau respingătoare (negativă) faţă de agentul care le-a influenţat. Agenţii care determină aceste mişcări sunt în parte cunoscuţi: diferenţe de temperatură, greutate, acţiuni de contact, curent electric, lumină şi altele.

Cele mai numeroase cercetări au fost făcute asupra tactismelor şi tropismelor produse prin substanţe chimice. Evidente experienţe asupra chimio-tactismelor au fost obţinute de către *Engelmann* şi de *Pfeffer* prin studiul oxigenului: aşezând între lamă şi lamelă, o picătură de apă provenită dintr'o infuziune veche de fân în care mişună bacillus subtilis, autorii au observat după un oarecare timp, că aceşti microbi se îngrămădesc la mărginele lamelei. Se poate deci presupune în această observaţie, că bacilii subtilis caută oxigen, deoarece dacă în massa de lichid dintre lamă şi lamelă se găseşte o bulă de aer, aceasta este repede înconjurată de microbi. Intr'adevăr, unele bacterii au o mare sensibilitate pentru oxigen. După experienţa lui *Pfeffer* dacă adăugăm între lamă şi lamelă o picătură de apă care conţine bacili subtilis, aceştia plutesc indiferenţi în lichid. Dacă adăugăm o algă verde cu clorophyl (Diatomee) şi punem această preparaţie la o lumină vie, microorganismele sunt atrase împrejurul algei verzi cu clorophyl, care degajă urme foarte mici de oxigen. *Verworn* a arătat că dacă se introduce într'un vas cu apă care conţine parameci, o bulă de oxigen, aceştia se adună împrejurul ei, într'un strat gros albicios. *Engelmann* a putut chiar preciza că doza minimă de oxigen capabilă de a exercita o acţiune chimiotactică pozitivă asupra unor Schizomyceţi, ajunge la o trimilionime de miligram de oxigen.

Microbii, virusurile, protozoarele, au diferite atracţiuni către celule în raport cu factorii cei mai complecşi. Intre aceşti factori, *încărcarea electrică a agenţilor patogeni* (pozitivă sau negativă), a putut fi studiată cu ajutorul technicilor de *cataforeză*[1]). Bacteriile, virusurile, pudra de cărbune, picăturile de oleo, etc., puse în suspensiune într'o soluţie care conţine electrolyţi poartă încărcări electrice, putând să se transporte într'un câmp electric şi formând suspensiuni stabile. Prin studiul cataforezei am putut să mă conving, între altele, că virusul rabic de stradă sau fix conţinut în emulzia cerebrală, prezintă totdeauna o încărcare electrică negativă.

După *J. Loeb*, tropismele în general, sunt mişcări conduse de forţe sau stimulente ale mediului. Aceste mişcări variază însă şi cu numeroasele schimbări chimice cari se produc în interiorul agenţilor

1) Technicele de cataforeză sunt bine descrise în: «Les ultravirus pathogènes et saprophites, de Hauduroy. Masson 1934, p. 43—48.

patogeni. In producerea acestor mişcări intervin mai mulţi factori physico-chimici cari activează contractilitatea protoplasmei celulare. Protoplasma leucocitilor se comportă ca şi materii coloidale, care se găsesc în aceiaşi stare de coeziune, fiind supusă la fenomene de tensiune superficială în contact cu lichidele organismului.

Forma rotundă a leucocitului este datorită la o tensiune superficială omogenă şi orice neregularitate, determină un fel de pseudopod care se accentuează până se stabileşte echilibrul intern al presiunei. In jurul leucocitului zonele de concentraţie ale lichidului nefiind în totul omogene, deformarea şi întinderea de pseudopode poate determina chiar deplasarea celulei. Astfel orice substanţă care pătrunzând sau difuzând în organism crează un mediu neomogen, are ca efect o activare a mişcărilor leucocitelor.

Fenomenul mişcărilor celulare a fost în special studiat cu leucociţii în studiul fagocitozei. Acest fapt se poate uşor constata aspirând o picătură dintr'o cultură cu ajutorul unei pipete Pasteur efilată introdusă în peritoneu la animale, sau încă punând o picătură de cultură în relaţiune cu orificiul unui tub capilar închis la extremitatea opusă şi conţinând substanţa căreia dorim să-i studiem acţiunea. Uneori microbii se adună în jurul orificiului (chimiotaxie pozitivă), alteori ei se îndepărtează (chimiotaxie negativă).

In general, sărurile de potasium, asparagina, peptona, etc., exercită o acţiune pozitivă, pe când acizii, substanţele alcaline insuficient diluate, alcoolul, exercită o acţiune negativă. Microbii aerobi se îndreaptă către sursa de oxigen, acei anaerobi se îndepărtează.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După *Metalnikov*[2]), apărarea organismului se realizează exclusiv numai datorită activităţei celulelor: digestiune intracelulară, formaţiune de celule gigante, formaţiune de capsule care înconjură celulele gigante cu microbi, eliminarea microbilor prin abces şi formaţiune de anticorpi. *Pentru explicarea tropismului leucocitar, Metalnikov admite rolul important al sistemului nervos* care comandă la distanţă prin ajutorul inducţiunei, a razelor sau hormonilor, astfel încât o simplă excitaţie externă poate schimba brusc formula leucocitară şi să mărească producerea de anticorpi.

Cytotropismul leucocitelor faţă de diferiţi germeni pe care îi înglobează, a fost considerat de *Metchnikoff* ca un fenomen foarte general. Acest exemplu de fagocitoză se poate întâlni *în mod fiziologic* în: rezorbţia thimusului, în cursul involuţiunei uterine şi a ovarului, în involuţia elementelor nervoase din bătrâneţe, etc. *In mod patologic* în: orice processus inflamator şi în marea majoritate a infecţiunilor şi a infestaţiunilor.

Bacteriile pot fi fagocitate moarte sau vii. Din punctul de vedere al imunităţei această chestiune pune o problemă interesantă. Este probabil că microbii vii fagocitaţi trebuie să fie ucişi ca să fie digeraţi, întrucât în general protoplasma vie rezistă la digestie. Se pot prezinta două eventualităţi: distrugerea microorganismelor

2) *S. Métalnikov*: Rôle du système nerveux et des facteurs biologiques et psichiques dans l'immunité. Masson. Paris, 1934.

după înglobare, sau chiar înmulţirea lor în interiorul fagocitului care încărcat de microorganisme poate să răspândească infecţiunea în restul ţesuturilor. Mai mult încă, este demonstrat că bacteriile se găsesc în protoplasmă la adăpost faţă de substanţele bactericide ale sângelui [3]). Astfel, baccilul leprei, baccilul tuberculozei, gonococul, leshmania, cryptococul lymfangitei epizootice, păstrează vitalitatea lor în sânul protoplasmei celulare *(Nègre* şi *Boquet)*. Pe când majoritatea altor germeni, în aceleaşi condiţiuni de fagocitoză, prezintă degenerescenţe morfologice şi modificări în afinităţile lor tinctoriale. In timp ce germenii fagocitaţi reţin electiv coloranţii acizi (eozina), microbii liberi au electivitatea pentru coloranţii bazici (albastru de metilen). Aceste proprietăţi importante semnalate de *Metchnikoff* pentru vibrionul holeric, au fost confirmate şi pentru alţi microbi, ca: bacilul tific, bacilul coli, vibric Metchnicovi *(Cantacuzino, Mesnil)*, etc. Deci, este evident că în timpul fagocitozei, protoplasma microorganismelor sufere aceste transformări chimice caracteristice.

Independent de acţiunea serului, leucocitii conţin substanţe bactericide, numite *endolysine*, aderente de protoplasma celulară (rezistă la metode de extracţiune), cu o structură complexă şi nespesează uşor filtrele de porţelan, prezintând numeroase analogii cu enzymele. Intr'adevăr, leucocitii posedă un complex enzymatic, şi anume: lecithinase, saccharase *(Boissenvahin)*, lipaze *(Poulain)*, maltaze, amylaze *(Willstaetter* şi *Rhodewald)*. Fermenţii proteolytici sunt conţinuţi mai ales de polynucleare (rolul polynuclearelor în producerea de abcese); iar fermenţii lipolitici se găsesc mai ales în limfocit (limfocitoza din infecţiunea tuberculoasă, etc.). Deasemenea, leucocitii ar fi capabili să realizeze o resinteză a dysaccharidelor *(Bradley)*, posedând oxidaze şi peroxidaze *(Fiessinger)*. In ultimul timp, *Willstaetter* a pus în evidenţă în leucociţi, fermenţi de tipul catepsinelor şi a unui complex tryptic.

In patologie, s'ar putea cita multe exemple asupra importanţei cytotropismelor. Astfel, *Jochman* a susţinut că rezidurile deciduale sunt distruse prin fermenţii leucocitari prezenţi în secreţiunea lochială, iar *Müller* a afirmat că exudatul pneumoniei crupale este disolvat de aceşti fermenţi. *Substanţe în disoluţiune, transportate pe cale limfatică sau prin torentul circulator, au totdeauna o afinitate caracteristică şi electivă pentru anumite celule*. Cytotropisme foarte accentuate prezintă diferite toxine. Toxina tetanică se concentrează pe fibrele nervoase *(Morax* şi *Marie, Meyer* şi *Ransom)*, ajungând până la măduva spinării; toxina botulismului deasemenea prezintă un tropism electiv pentru celula nervoasă. Alte toxine microbiene atacă leucocitele sau hematiile *(bacterio-leucocydine* şi *bacteriohemolizine)*.

Unele substanţe medicamentoase se fixează în mod electiv asupra unor anumite celule: digitala pe fibra cardiacă, nicotina pe elementele simpatice, pilocarpina pe nervii secretori, opium pe ele-

3) *Rous et Jones*: Journ. Exp. Med., 1916 (23), 601.

mentele nervoase ale sensibilităţei generale. *Ehrlich* a aplicat termenul de tropism la *chimioterapie. Corpora non agunt nisi fixata.* Realitatea acestei combinaţii a fost demonstrată de Ehrlich prin coloraţia trypanosomelor cu ajutorul culoarei de anilină care le ucide. „Paraziţii [5]) nu pot să fie uciși decât prin substanţe pentru care ei au o oarecare afinitate, şi care pot să fie fixate de dânşii. Autorul numeşte aceste substanţe *parazitrope.* Insă toate aceste substanţe cari servesc ca să ucidă paraziţii sunt în acelaş timp otrăvuri cari au afinitate pentru organele esenţiale ale vieţei; ele sunt în mod paralel *organotrope*". Problema chimioterapiei consistă deci ca să se găsească substanţe parazitotrope şi nu organotrope, să se descopere medicamente active pentru paraziţi, lăsând organismul pe cât mai mult posibil indemn. Acest chimiotropism dă rezultate bune azi în tratamentul cu quinină a hemotozoarului Laveran şi cu arsenic şi bismuth pentru treponema sifilisului.

G. Milian [6]) admite că „există substanţe chimice capabile de a exalta vitalitatea paraziţilor sau a celulelor organismului, în loc de a le ucide; cu alte cuvinte alături de un tropism care ucide, există un tropism care exaltă viaţa". Pentru acest motiv, Milian numeşte *necrotrop* facultatea care sfârşeşte la moartea elementului, şi *biotrop* combinaţia care exaltă funcţiunea vitală a acestui element. „Există într'adevăr, susţine Milian, numeroase cazuri, unde introducerea substanţelor chimice în organism, în loc de a ucide paraziţii, le activează vitalitatea şi virulenţa, adică sunt *bioparazitotrope* şi nu *necroparazitotrope,* în particular când medicamentul este întrebuinţat în doze insuficiente. Astfel este cu treponema sifilisului care, sub influenţa tratamentului în doze slabe sau insuficient apropiate, se deşteaptă, se exaltă şi provoacă la pacient accidente diverse, noi. La om, doze slabe de arsenic stimulează, în timp ce doze puternice ucid, sau încă morfina în doze slabe excită, pe când în doză suficentă ea calmează şi adoarme, etc. Acesta este *biotropismul*".

In general, tropismul diferă după microorganisme. Protozoarii au atracţiune către celulele mezodermului, cu excepţia trypanosomelor (mai ales genul *Leishmania* care se găsesc câteodată libere, câteodată fagocitate). Bacteriile şi ciupercile se desvoltă în humori sau în leucociţi, după virulenţa lor şi rezistenţa organismului. Spirilii febrei recurente se desvoltă electiv în humori şi numai trecător se pot conserva intracelular. Pneumococul, streptococul, pasteurella cresc electiv în humori, pe când meningococul, gonococul, bacilul tuberculozei, al morvei şi al leprei, nu pot trăi decât înglobaţi; îi putem găsi excepţional în hemoculturi producând propriu zis bacteriemii. Mai citâm bacilul rugetului dela porc care prezintă un cytotropism accentuat pentru leucociţi şi endotheliul vascular. Protozoarii malariei, Kala-azar-ului, ai piroplasmelor, se introduc în hematii, coccidiile în celulele epitheliului intestinal şi ale canalelor biliare. Un exemplu frumos, de adevărată asociaţie sim-

5) *Ehrlich:* Chimiotherapie der Spirillosen, p. 114. Berlin, Julius Springer, 1910.

6) *G. Milian:* Le Biotropisme. Paris. Baillière. 1929.

biotică, l-ar oferi cancerul, dacă ar fi demonstrat că această boală este provocată de un virus. Leziuni caracteristice elective apar în turbarea cu virus de stradă (corpi Negri oxifili în cornul lui Ammon), în trachom (corpusculii trachomatoşi în celulele epitheliale ale conjonctivei), etc. Localizările puternic cytotrope pe celulele nervoase (poliomyelită infantilă şi turbare), s'ar putea explica, după cum admite d-l Profesor *G. Marinescu*, nu numai prin încărcarea electrică a agentului nociv, ci şi prin permeabilitatea mai mare a membranei celulare faţă de virus.

2) *Organotropismele* se evidenţiază prin tendinţa electivă pe care o au microorganismele în general de a se îndrepta către un anumit organ cu predilecţie, producând leziuni caracteristice. După organul către care se produce atracţiunea electrivă, distingem diferite feluri de tropisme: *enterotropisme, neurotropisme, dermotropisme,* etc.

Besredka[7]) insistă asupra rolului organotropismelor în infecţiune şi în producerea imunităţei (imunitate locală). Experienţele sale asupra cărbunelui sunt extrem de demonstrative în acest sens. Se admitea dela *Pasteur* că, cobaiul care este puternic sensibil la infecţiunea carbonoasă, nu poate să fie decât cu greu vaccinat cu ajutorul vaccinurilor atenuate. *Besredka* ajunge prin experienţe la o părere contrarie, adoptând însă un alt mod de infecţiune şi de vaccinaţie. Astfel, putem să injectăm mii de baccili carbonoşi fără a ucide cobaiul, cu condiţiunea ca nici un microb să nu vie în contact cu pielea lezată. In timp ce celelalte ţesuturi sunt refractare, inoculând chiar doze masive de bacili pe cale conjonctivală, peritonială sau tracheală, pielea singură este sensibilă la cele mai mici doze (dermotropism). Pe dealtă parte imunitatea pielei influenţează imunitatea întregului organism. Prin injecţiune intra-dermică, sau după două-trei pansamente cu vaccin pe tegumentele epilate, cobaiul devine refractar faţă de baccilul cărbunelui oricare ar fi calea de inoculare. Acelaşi rezultat se poate obţine cu stafilococul, experimentând în aceleaşi condiţiuni. Aceste imunităţi tisulare, nu sunt însoţite de prezenţa de anticorpi.

Ca exemple de *enterotropisme* citez bacilii typhcici, paratiphici, disenterici şi vibrionii holerici, cari prezintă un tropism exagerat pentru intestine. In virtutea afinităţei lor, fie că injectăm aceşti microbi intra-venos sau sub-cutanat la iepure, ei se vor găsi numai în mucoasa şi conţinutul intestinului ca şi în vesicula biliară. Din cauza mucusului care acoperă mucoasa intestinului, infecţiunea pe această cale este greu de realizat. Besredka a recurs la un artificiu, dând animalelor în prealabil bilă de bou, care alungând mucusul, uşurează contactul microbilor cu celula intestinală. In aceste condiţiuni, se poate astfel realiza infecţiunea şi imunitatea prin ingerare de vaccin, ajungându-se la o nouă concepţie şi anume că, fiecare organ are receptivităţile sale şi imunităţile sale şi că „vaccinaţia organului sensibil antrenează vaccinaţia întregului organism". Deşi

7) *Besredka :* Études sur l'immunité dans les maladies infectieuses. Masson Paris, 1926.

mecanismul acestei vaccinaţiuni locale rămâne în discuţie, faptele stabilite de *Besredka* prezintă o mare importanţă practică. In cadrul ideilor lui Besredka, un microb nu este pathogen decât dacă poate să activeze asupra celulelor cari au pentru el o afinitate specifică. Dacă nu întâlneşte celulele sensibile, microbul rămâne ca un saprofit bun de fagocitat. Vaccinarea are drept ţintă, de a desensibiliza celulele receptive, de a le obişnui cu microbul respectiv, distrugând, cu alte cuvinte, organotropismul electiv. Substanţa care exercită acest rol de a distruge sensibilitatea celulară, de a vaccina, este o substanţă solubilă, care face parte integrantă din microb, numită antivirus (ea se găseşte în culturi microbiene vechi şi se obţine prin filtrarea acestora, întrebuinţându-se apoi în vaccinoterapia locală).

Atracţiunea microorganismelor către sistemul nervos, poartă numele de neurotropism. Cel mai strict neurotropism este reprezentat de virusul rabic şi de acel al poliomielitei. După comparaţia făcută de *V. Babeş,* ţesutul nervos exercită asupra virusului rabic o acţiune care se aseamănă cu aceia a magnetului asupra ferului, afirmaţiune care a fost în totul demonstrată ulterior.

In afară de *infecţiunile strict neurotrope* produse în general cu germeni necunoscuţi sau cu virusuri identificate biologic (turbare, polyomielită, herpes, zona, boala Aujesky, encefalite diverse, etc.), există *infecţiuni specifice* cu germeni cunoscuţi (lepră, sifilis) sau necunoscuţi *deveniţi neurotropi* cum sunt mai ales febrele eruptive (encefalita sau nevraxita vaccinală, nevraxita variolei, a varicelei, a rubeolei) sau infecţiuni ca: oreillonul, tusea măgărească, difteria, febra tifoidă, brucelozele, infecţiuni broncho-pulmonare, pneumonia, gripa, cari pot produce, prin tropismul lor către sistemul nervos, determinări destul de serioase[8]).

Mai amintesc afinitatea electivă a meningococului pentru lichidul cefalo-rachidian, a virusului myxomatos al iepurelui pentru ţesutul colagen, al virusului febrei galbene pentru ficat, aceia a virusului aftos pentru piele şi mucoase, etc.

Tropismele către organe se evidenţiază şi la toxice, cari pot fi de două feluri:

a) *Toxice specializate,* elective mai ales asupra sistemului nervos (atropina, ezerina, aconitina, stricnina, morfina). *Printre gazele de război, citez lacrimogenele pure,* cari irită electiv terminaţiunile nervoase şi corneene, şi *toxicele tusigene sau strănutătoare (arsinele).*

b) *Toxicele celulare,* unele cari modifică mecanismele esenţiale ale vieţei celulare: oxydaţia, reducţia, hydroliza, acţiuni diastazice (anestezicele şi câteva gaze de război ca: acidul cianhidric, arsenicalele, fluorulele, oxidul de carbon). Altele (acidul sulfuric, clorhidric, nitratul de argint, etc.), sunt *toxice caustice.* Intre toxicele

8) In această privinţă a se vedea: *L. Rimbaud,* Presse Méd. Nr. 26. p. 521, 1936 şi *D-r State Drăgănescu*: Infecţiuni neurotrope nedeterminate cu caracter epidemic şi localizări secundare infecţioase pe sistemul nervos. Raport prezintat la al 15-lea congres de neurologie, Chişinău, 1935.

celulare caustice de război, citez: *fosgenul,* palitele, arsinele halogene şi *yperita,* cari au tropisme pentru mai multe organe în acelaşi timp: *sufocante pentru plămân, vezicante pentru piele şi mucoase.*

La nivelul diferitelor organe receptive, celule reticulo-endoteliale (macrofage, endotehlii capilare, celule seroaselor şi clasmatocistii [9]), sunt acelea cari sunt apte să fie impresionate de elementele pathogene.

Deşi în general există anumite organe elective pentru fiecare virus, microorganism sau toxină, în timpul infecţiunilor sau intoxicaţiunilor se produce şi un răsunet total asupra întregului corp. Nu există în organism, nici o celulă sau organ autonom.

In prezentul articol ne-am limitat mai mult la tropismele care interesează direct medicina, lăsând la o parte interesantele exemple de tropisme din biologia animală (foto, galvano, electrotropisme, etc.), cari după Rabaud [10]) reprezintă un caz particular de interacţiuni între organism şi mediu şi răspund la afinitatea specifică a organismului faţă de un excitant determinat (ansamblu de reflexe).

Cunoaşterea tropismelor prezintă o deosebită importanţă în medicina experimentală, în pathologie şi imunologie. Cyto şi organotropismul sunt probleme de cel mai înalt interes pentru biologie, a căror explicaţie mai documentată ne lipseşte până azi.

DÉMÈTRE IONNESCO: *Cytotropismes et Organotropismes.*

L'attraction spécifique des microbes, des virus, des protozoaires vers certaines cellules (cytotropisme) ou certains organes (organotropisme) est in rapport avec les facteurs les plus complexes. Parmi ces facteurs connus, on cite l'oxygène, la charge électrique des agents pathogènes, des forces stimulantes du milieu extérieur, le rôle de commande du système nerveux, des phénomènes de tension superficielle, le rôle des ferments, des biotropismes.

Docent D-r DIMITRIE IONESCU: *Cytotropismo e Organotropismo*

L'attrazzione specifica dei microbi, dei protosoari e delle tossine verso tali cellule (cytotropismo) o verso tali organi, c'é in rapporto con i fattori i piu complessi.

Tea questi fattori conosciutti si cittano: l'ossigeno, il carico elettrico di gli agenti patogeni, le forze stimullatrici del medio esteriore, l'ufficio di comando del sistema nervoso, e fenomeni di tensione superficiale, l'ufficio dei fermenti, il biotropismo.

Dozent D-r DIMITRIE IONESCU: *Zytotropismus und Organotropismus.*

Die spezifische Anziehung der Mikroben, Viruse Tropozoen und Giften zu den Zellen (Zytotropismus) oder Organen (Organotropismus), ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Von diesen bekannten Faktoren werden genannt: der Sauerstoff, die elektrische Ladung der Krankheitserreger, die reizenden Kräfte der äusseren Umwelt, die Rolle des motorischen Nervensystems, Erscheinungen der Oberflächenspannung, die Rolle der Fermente, Biotropismen.

9) *Gay:* Local resistance and local immunity to bacteria, Physiological review, 1921, p. 191.

10) *Étienne Rabaud:* Éléments de biologie générale. Librairie Félix Alcan, Paris, 1928.

IMPORTANȚA DIAGNOSTICULUI RADIOLOGIC AL STAZEI IN VENELE PULMONARE LA CARDIACI

de

E. LAZEANU

Conferențiar de radiologie

Examenul radiologic al inimei aduce pe lângă elementele de diagnostic și importante elemente de pronostic. Apariția unei stazei în venele pulmonare, în cursul stenozei mitrale, anunță o insuficiență auriculară. Ea constitue de multe ori primul simptom de insuficiență cardiacă și alteori anunță o criză de edem pulmonar acut.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Radiologia ne dă adeseori alături de elementele de diagnostic, indicațiuni importante din punct de vedere pronostic și therapeutic. In afecțiunile cardio-vasculare, modificațiunile morfologice ale inimii ne dau adeseori posibilitatea de a preciza leziunea valvulară cu care avem deaface, dar volumul inimii traduce starea miocardului, gradul de dilatațiune cardiacă. De multeori dilatațiunea inimii este constatată la examenul radiologic înainte ca celelalte semne clinice să fi apărut. Ea constitue în aceste cazuri o indicațiune formală a tratamentului cardio-tonic.

Staza în venele pulmonare traduce de sigur o stare de insuficiență cardiacă. O găsim atât în insuficiența ventriculară stângă cât și în insuficiența totală sau insuficiența cordului drept. Dar în toate aceste cazuri, staza în venele pulmonare apare în același timp cu celelalte simptome funcționale, în același timp cu edemul generalizat, etc.

Pericarditele cu exudat abundent pot și ele să realizeze prin compresiune mecanică o stază în venele pulmonare, dar stenoza mitrală este cauza cea mai frecventă și cea mai importantă a stazei în venele pulmonare.

Asociată cu dilatațiunea auriculului stâng, prezența stazei în venele pulmonare constitue un simptom important de dezechilibru circulator.

Am avut ocaziunea să constatăm la examenul radiologic imaginea stazei în venele pulmonare la bolnavi cari nu prezentau

nici o altă manifestaţiune de insuficienţă cardiacă. Staza în venele pulmonare constitue deci în cursul stenozei mitrale un simptom precoce de insuficienţă cardiacă, în special de insuficienţă a auriculului stâng. Ea precede adeseori celelalte semne clinice, uneori ea ne dă posibilitatea să prevenim o criză de edem pulmonar acut, complicaţiune gravă şi frecventă la bolnavi cu stenoză mitrală. Staza în venele pulmonare poate fi uneori cauza hemoptiziilor observate la aceşti bolnavi şi cari sunt puse adesea pe comptul unui infract pulmonar.

Prin urmare, diagnosticul radiologic al stazei în venele pulmonare în cursul unei stenoze mitrale însoţită de dilataţiunea auriculului stâng indică o turburare importantă a condiţiunilor dinamice şi mecanice ale circulaţiunei intra-cardiace.

Mersul progresiv al stazei venoase însoţit de mărirea de volum a auriculului stâng indică o agravare a afecţiunei. Din contră lipsa stazei venoase şi absenţa dilataţiunei auriculului stâng indică o afecţiune recentă sau o leziune bine tolerată.

Examenul radiologic al bolnavelor atinse de stenoză mitrală devine astfel indispensabil pentru a supraveghea toleranţa acestei leziuni, dar el constitue un element de primul ordin în ceeace priveşte sarcina la bolnavele cu stenoză mitrală. Cunoaştem cu toţi importanţa ce o are, din punct de vedere practic, chestiunea sarcinii la femeile atinse de stenoză mitrală. Medicul are toată responsabilitatea evoluţiunei sarcinei şi dacă accidentele gravido-cardiace sunt de temut, el este acela care trebue să propună întreruperea sarcinei. Regretatul meu amic şi coleg Robert Chaperon este primul care a atras atenţiunea asupra importanţei capitale pe care o are staza în venele pulmonare, ca mijloc de apreciaţiune a toleranţei sarcinei. După acest autor, staza venoasă lipseşte totdeauna în cursul unei sarcini normale. Subordonată totdeauna dilataţiunei auriculului stâng, o vedem apărând chiar din prima lună a sarcinei în cazurile defavorabile. Agravarea ei progresivă ne permite adeseori să prevedem o criză de edem-pulmonar acut.

Examenul radiologic al inimii şi al pulmonilor ne aduce prin urmare un important simptom de apreciere a capacităţii funcţionale a inimii în chestiunea atât de importantă a toleranţei unei sarcini, în cursul unei stenoze mitrale.

Expresiunea radiologică a stazei în venele pulmonare.

Imaginea radiologică a stazei în venele pulmonare variază cu intensitatea stazei. Prima manifestaţiune radiologică a stazei venoase consistă în dilataţiunea venelor pulmonare. In stare normală venele pulmonare sunt invizibile din cauza situaţiunei lor posterioare şi pentru că trunchiurile venoase sunt mascate de umbra cardiacă. Dar dilataţiunea venelor pulmonare produce o accentuare a umbrelor hilare, al căror contur se estompează. Când staza se accentuează, ea dă loc unei diminuţiuni de transparenţă a porţiunei mijlocii a ambelor câmpuri pulmonare. In cazurile şi mai avansate, staza devine paremchimatoasă, producând opacifiarea accentuată a câmpurilor pulmonare. Ea este adeseaori cauza hemoptiziilor la

cardiaci. In toate aceste cazuri, examenul pulmonilor trebue completat prin examenul auriculului stâng în poziţiunile oblice sau în poziţiunea laterală stângă, indicată de Laubry. Dilataţiunea auriculului stâng însoţeşte totdeauna staza în venele pulmonare. O dilataţiune progresivă a auricului stâng însoţită de o accentuare a stazei venoase indică un pronostic grav. Când evoluţiunea este favorabilă, staza diminuă, transparenţa pulmonară tinde să redevină normală, hilurile îşi reiau în mod progresiv aspectul lor normal. Dispariţiunea semnelor radiologice este însoţită în acelaşi timp de dispariţiunea simptomelor clinice.

E. LAZEANU: *L'importance du diagnostic radiologique des stases veineuses pulmonaires.*

La stase veineuse pulmonaire au cours d'un rétrécissement mitral indique un trouble important des conditions dynamiques de la circulation intra-cardiaque. Une marche progressive de la stase veineuse indique une agravation de l'affection, elle annonce souvent une crise d'oedème pulmonaire.

L'apparition de la stase veineuse pulmonaire constitue un élément de premier ordre à l'égard de la grossesse chez les malades atteintes de rétrécissement mitral.

Elle annonce souvent les accidents gravido-cardiaques.

La stase veineuse pulmonaire est quelques fois la cause des hémopthysies des cardiaques.

E. LAZEANU: *L'importanza della diagnosi radiolagica della stasi nelle vene polmonari dei cardiaci.*

La stasi nelle vene polmonari durante la stenosi mitrale costituesce un sintomo di insuff cienza auricolare

L'accentuasione della stasi venosa durante una stenosi mitrale averte un pronostico grave che precéde spesse volte la crisi di edema polmonare acuto.

L'apparizione della stasi nelle vene polmonari, diviene più importante ancora durante la gravidanza presso le malate di stenosi mitrale. In questi casi la stasi preanunzia gli accidenti gravido-cardiaci. Spesse volte la stasi delle vene polmonari è la cagione delle emottisi dei cardiaci.

E. LAZEANU: *Die Bedeutung der Lungenvenenstaung in der Röntgönologie.*

Die Lungenvenenstauung bei Mitralstenose ist Zeichen einer Vorhofinsuffizienz. Progressiert sie immer mehr, dann ist die Prognose ungünstig.

Dies wird oft vor einem akuten Lungenoedem bemerkt. Bei Graviden mit Mitralstenose hat eine solche Stauung eine noch wichtigere Bedeutung, und kann als Vorzeichen von kardiaken Komplikationen betrachtet werden. Ferner kann man Lungenvenenstauung auch bei Hämoptoë beobachten, die bei herzleidenden oft durch dieser Stauung hervorgerufen wird.

IMUNITATE ŞI ALLERGIE IN TUBERCULOZA

de

Docent D-r M. NASTA

Manifestarea simultană a fenomenelor de imunitate şi allergie face pe mulţi autori să considere ambele grupe de fenomene ca indisolubile; — şi să aprecieze gradul de rezistenţă dobândită a organismului după intensitatea fenomenelor de hipersensibilitate.

Or, imunitatea nu este în funcţie de allergie; dovedeşte această afirmaţie un grup de fapte experimentale, între cari trebueşte cuprinsă şi „reacţia de reinfecţie întârziată" bazată pe observaţiile ce autorul a prezentat la Congresul dela Haga din 1932.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Studiul mecanismului imunităţii în tuberculoză este cu deosebire îngreunat de coexistenţa aproape constantă şi relaţiunea intimă între starea de imunitate şi fenomenele allergice de ipersensibilitate.

Manifestarea simultană a acestor două categorii de fenomene, mai ales când este vorba de imunitate dobândită şi în special de cea realizată experimental, este aşa de frecventă încât mulţi autori o consideră ca indisolubilă şi apreciază chiar starea de imunitate a unui animal după intensitatea fenomenelor allergice; şi aceasta cu atât mai mult cu cât aceste fenomene de o producţie imediată şi de o manifestare evidentă sunt mult mai uşor apreciabile decât starea de imunitate care în ultimă instanţă nu se poate aprecia decât după rezultatul final, mai mult sau mai puţin îndepărtat.

Această identificare a reacţiilor allergice cu imunitatea a purces dela experienţa princeps „fenomenul lui Koch" prin care prima dată pe cale experimentală a fost pusă în evidenţă rezistenţa, starea refractară, a animalului tuberculos la o reinfecţie cu baccili de aceiaşi specie.

Ca multe alte importante descoperiri şi aceia a fenomenului care-i poartă numele a fost făcută de genialul cercetător, graţie calităţilor sale excepţionale, servite însă, pentru cazul de faţă şi de o fericită coincidenţă. In adevăr aceia care după el au vrut să repete faimoasa experienţă şi-au dat seama că realizarea ei depinde de o

serie întreagă de condiţiuni al căror determinism numai după repetate încercări şi dibuiri a putut fi precizat.

Astfel între momentul în care se face reinfecţia, doza de primă inoculare şi aceia de reinfecţie trebue să existe o anumită corelaţiune pentru ca să obţinem acea reacţie inflamatorie imediată, urmată de necroză, escară, eliminare a acesteia şi cu aceasta avortarea desăvârşită a reinfecţiei. Insfârşit s'a văzut ulterior că această desăvârşită avortare a reinfecţiei era în bună parte datorită eliminărei acestei escare, fenomen legat de cazul special al reinfecţiei intradermice sau subcutanate, permiţând prin localizarea ei acest proces de expulsiune a focarului de reinoculare, fără a aduce după sine vre-o vătămare organismului. Căci mai în urmă când s'au făcut experienţe de reinfecţie pe alte căi cum este cea intraperitoneală, intravenoasă sau intracheală s'a văzut că reacţiile pe care le determină sunt de cele mai multe ori atât de violente şi brutale, turburările locale, congestii, necroze, etc., atât de grave încât animalul de multe ori moare sau în orice caz îşi revine numai cu greu.

In asemenea condiţiuni problema unei imunizări active în contra tuberculozei părea insolubilă căci strânsa legătură între fenomenele allergice şi imunitate păreau să impună ca preţ al acesteia o sensibilitate atât de mare a organismului încât riscurile reinfecţiei făceau din această stare o condiţie aproape mai de temut decât receptivitatea primitivă.

Multă vreme acest fel de a privi lucrurile a fost poate una din principalele cauze care au stânjenit şi au reţinut pe cercetători dela încercările de vaccinare preventivă în contra tuberculozei, cercetări care foarte numeroase într'o vreme au suferit o eclipsă pentru o vreme destul de îndelungată.

Intre timp numeroase observaţiuni din domeniul epidemiologiei, al patologiei ca şi unele fapte noi din cel experimental au arătat că în ciuda acestui presupus pericol de care e legată starea de imunitate, există totuşi anumite condiţiuni în care omul sau animalul pot beneficia de o prealabilă infecţie, în sensul unei mari rezistenţe la reinfecţie.

Stimulaţi de aceste observaţiuni, cercetători diverşi au supus unei noui şi amănunţite analize relaţiile dintre fenomenele de ipersensibilitate şi imunitate.

Astfel *Baldwin* şi *Gardner* au constatat la cobai reinfectaţi după un lung interval, 8 până la 12 luni, dela prima inoculare cu un baccil atenuat, şi la un moment când nu mai reacţionau la tuberculină, o rezistenţă apreciabilă faţă de inocularea virulentă. Acelaş lucru l'au observat *Willis* la cobaii reinfectaţi după 30 de luni. Calmette a observat că deşi cobaii vaccinaţi cu B. C. G. reacţionează foarte curând şi intens la tuberculină şi cu apariţia fenomenului lui Koch în urma reinfecţiei, imunitatea lor se stabileşte abia mai târziu. Invers, bovideele vaccinate pe cale intravenoasă cu 50 —100 de miligrame cu B. C. G. reacţionează slab şi inconstant la tuberculină cu toate că rezistă la o suprainfecţie virulentă severă. *Lange* şi *Lydtin* au văzut că dintre iepurii vaccinaţi pe diferite căi

cu B. C. G. acei cari primiseră injecţia intravenoasă prezentau cea mai mare rezistenţă deşi erau tocmai aceia care reacţionau cel mai slab la tuberculină. *Boquet* pe de altă parte a semnalat că deşi baccilul lui Johnes determină la animalele inoculate o sensibilitate apreciabilă la tuberculină, nu le imunizează deloc împotriva infecţiei virulente cu b. Koch.

Dacă aceste constatări sunt în contrazicere cu primele observaţiuni care nu înregistrau imunitatea decât în strânsă legătură cu fenomenele allergice, reacţiuni violente şi imediate, faptul se datoreşte că, pe când acestea erau făcute pe animale inoculate cu baccili virulenţi, determinând o tuberculoză progresivă generalizată, cele din urmă erau făcute pe animale vaccinate cu baccili atenuaţi la care infecţia rămânea staţionară, nu se generaliza. In aceste condiţiuni s'a putut vedea că pe când la animalul tuberculos intensitatea fenomenelor allergice urmează un mers ascendent, devenind tot mai intense pe măsură ce progresează infecţia la animalul vaccinat după o oarecare durată de creştere, intensitatea acestor fenomene se atenuează putând chiar să dispară cu toate că animalul rămâne rezistent. Această atenuare sau desensibilizare se poate obţine nu numai în decursul timpului dar şi prin repetarea vreme îndelungată a injecţiilor vaccinate. *Despier* în laboratorul lui *Bordet* a arătat că dacă se fac cobailor injecţii săptămânale cu doze de B. C. G., după 30 de săptămâni aceste animale sunt solid vaccinate în contra unei infecţii virulente deşi nu mai reacţionează la tuberculină. Pe de altă parte *Boquet,* desensibilizând animale tuberculoase prin injecţii repetate de tuberculină până la momentul când nu mai reacţionau la injecţia acestei substanţe, a constatat că fenomenele de apărare faţă de reinfecţie se produceau în acelaş ritm ca la cobaii încă sensibili la tuberculină.

Toate aceste cercetări au arătat independenţa fenomenelor de imunitate faţă de sensibilitatea la tuberculină. Această sensibilitate nu este însă decât unul din aspectele stărei allergice. Se ştie că în afară de această sensibilitate şi în afară de fenomenul Koch, starea de allergie se traduce printr'o serie de modificări în felul de a reacţiona a animalului tuberculos sau vaccinat, faţă de reinfecţia tuberculoasă. Se putea aşa dar pune întrebarea dacă animalele care nu mai reacţionau la tuberculină nu continuă totuşi să răspundă la o reinfecţie cu aceleaşi reacţii cu caracter allergic, şi dacă în ultimă instanţă nu sunt tot aceste fenomene allergice care condiţionează imunitatea şi care stau la baza mecanizmului prin care organismul realizează această stare.

In adevăr chiar atunci când nu se produce fenomenul lui Koch tipic, reinfecţia tuberculoasă se deosibeşte de prima inoculare prin anume caractere bine determinate. Astfel, în mod constant se observă că pe când primoinocularea e urmată de o perioadă de latenţă în care nu se observă nici o reacţie la locul de injecţie pentru că abia după această perioadă de durată variabilă să apară un nic nodul care apoi progresiv evoluiază spre abcesul şi ulceraţia tuberculoasă ce va persista până la moartea animalului, reinfecţia

determină o reacţie inflamatorie imediată apărând în primele 24 de ore. Chiar când această reacţie inflamatorie ar lipsi, reinfecţia se caracterizează prin apariţia mai precoce a nodulului care poate să aibă loc după 48 de ore sau mai târziu, dar în orice caz întotdeauna înainte de aceia a nodulului dela animalul normal infectat cu aceiaşi doză de bacili.

In scop de a lămuri acest aspect al problemei am întreprins începând din 1928 o serie de cercetări al căror rezultat îl vom expune pe scurt în rândurile ce urmează.

Intr'o primă serie de cercetări am căutat să vedem care este legătura între apariţia precoce a nodulului de reinfecţie şi starea de imunitate. Am constatat cu această ocazie că la animalul tuberculos, adică la cobaiul inoculat cu un baccil virulent paralel cu progresiunea infecţiei, şi totdeodată şi cu progresul rezistenţei, accelerarea în apariţia nodulului de reinfecţie este tot mai mare. Dacă însă urmărim acest fenomen la animale vaccinate cu B. C. G. şi lăsăm să treacă un interval destul de lung, constatăm că după o perioadă în care apariţia nodulului este din ce în ce mai precoce, ajungem la un moment în care ea nu mai precede pe aceia de prima inoculare, ba chiar după un timp şi mai lung la animalul vaccinat nodulul apare cu mult mai târziu decât la martor, avem ceiace am numit: reacţia de reinfecţie întârziată, imunitatea însoţindu-se de astă dată de o reacţie de reinfecţie nu mai precoce şi mai intensă ca cea de primoinoculare ci dimpotrivă de una atenuată şi întârziată.

Cum însă încă în 1932 la Congresul dela Haga, unde am comunicat aceste observaţiuni şi am susţinut pe baza lor, alături de *Calmette* şi alţii, independenţa imunităţii de fenomenele allergice, autorităţi de talia lui *Bordet,* raportorul chestiunei „Allergie şi imunitate" au fost de părere că fără a fi neapărat condiţionată de fenomenele allergice, imunitatea totuşi ar putea să fie în mod favorabil influenţată, sau secondată de acestea, n'am propus să intrăm şi mai amănunţit în studiul relaţiunei dintre aceste fenomene.

Astfel într'o serie de experienţe de reinfecţie, variind momentul şi dozele de inoculare şi reinoculare am putut observa că în unele cazuri deşi nu se producea o reacţie inflamatorie imediată, totuşi nodulul de reinfecţie era mai precoce şi invers, se poate observa apariţia unei reacţii inflamatorii imediate fără precocitate în formarea nodulului.

Intr'un al doilea rând de experienţe am vrut să ne convingem dacă la doză egală de baccili realizăm o reacţie inflamatorie mai mare, obţinem prin aceasta şi o rezistenţă mai apreciabilă. In acest scop am practicat reinfecţia la cobai inoculaţi la aceiaşi dată şi cu aceiaşi doză, cu o emulsie de baccili identică, cu deosebire că în loc de a face diluţia în ser fiziologic o făceam în tuberculină de diverse concentraţiuni. Cu chipul acesta am obţinut pentru condiţii de altfel identice toate gradele de reacţie inflamatorie dela simpla roşeaţă efemeră până la fenomenul Koch tipic cu necroză şi eliminare de escară.

Cu această ocazie am putut să ne convingem că eliminarea

escarei este fără îndoială un factor adjuvant de cea mai mare importanţă graţie acţiunei pur mecanice de eliminare a focarului infecţios, în urma căreia asistăm la avortarea constantă a reinfecţiei. Când însă această eliminare nu are loc, oricât de intense ar fi fenomenele inflamatorii determinate, mersul ulterior al reinfecţiei este identic cu acela al reinfecţiilor care nu au fost urmate de loc sau numai de o reacţie inflamatorie neînsemnată.

Contraproba experimentală a confirmat acest fapt. In adevăr, realizând o atenuare a fenomenelor inflamatorii, fie prin sensibilizarea baccililor de reinfecţie cu ser de animal tuberculos, fie prin diminuarea reactivităţei cutanate a organismului printr'o prealabilă iradiaţie cu raze Roentgen, am observat şi de astădată că evoluţia ulterioară a leziunei de reinfecţie a evoluat independent de gradul mai mic sau mai mare al reacţiei inflamatorii.

Complectând împreună cu *E. Crăciun,* aceste cercetări prin examenul istologic al reacţiilor celulare proprii acestor fenomene am putut constata următoarele:

Reacţia de reinfecţie se traduce prin două ordine de fenomene inflamatorii cu evoluţie şi semnificare diferite. Pe deoparte avem o serie de fenomene de natură inflamatorie acută, vedem, iperemie, leucocitoză cu polinucleare, necroză precoce şi rapidă care se accentuiază şi iau proporţii din ce în ce mai mari pe măsură ce progresează allergia. Caracterul lor este însă până la un oarecare punct transitoriu, şi dacă starea de allergie nu e suficient de pronunţată pentru ca să ajungă la necroză, asistăm la retrogradarea lor.

Pe de altă parte avem reacţii mai puţin zgomotoase, comune atât primo- cât şi reinfecţiei, dar cu un caracter evident de precocitate şi de accelerare în acest de al doilea caz, fenomene care se desfăşoară paralel cu primele. E vorba de constituirea abcesului cu polinucleare în general bine delimitat, de apariţia structurei foliculare cu celule gigante şi în fine de participarea celulelor fixe mobilizate ca şi de prezenţa colagenului. E drept că allergia se traduce printr'un ritm mai accelerat în succesiunea acestor fenomene; în schimb însă în ceeace priveşte extensiunea procesului, dimensiunile abcesului şi invaziunea ţesuturilor învecinate se constată că pe măsură ce allergia şi imunitatea sunt mai înaintate, aceste fenomene sunt de importanţă mai redusă.

Iar dacă privim aceste două feluri de fenomene subt unghiul semnificaţiei lor biologice vedem că primele au toate caracterele reacţiilor allergice comune oricărei reinjecţii de proteină unui animal sensibilizat, fără nici un caracter de specificitate, pe când cele din urmă prezintă toate caracterele reacţiunilor pe care suntem învăţaţi a le considera ca antimicrobiene, şi mai ales ca specifice inflamaţiunei determinate de baccilul Koch sau germeni înrudiţi ori asemănători. Ceeace caracterizează reinfecţia nu este numai precocitatea acestora, dar şi faptul că pe măsură ce imunitatea se instalează, procesele alterative şi destructive se atenuiază şi dinpotrivă mecanismele de reparaţie se manifestă mai curând. Totul se petrece ca şi cum lupta între organism şi microb ar fi mai precoce lichidată în favoarea primului.

Dar acest rezultat favorabil al conflictului cui este datorit? De oarece după cum am văzut reacţia inflamatorie imediată de natură allergică nu influenţează soarta procesului trebue să ne gândim la intervenţia altor factori. In acest sens nu e poate indiferent să relevăm faptul că în toate leziunile de reinfecţie, am fost izbiţi, ca şi alţi autori de altfel, de numărul extrem de redus al baccililor,, în comparaţie cu leziunile martore de primoinfecţiune. Este vorba aci de un proces de lysă microbiană, care fără a putea fi demonstrat „in vitro" este totuşi admis de mulţi autori ca putându-se produce „in vivo"? S'ar putea încă să fie vorba numai de crearea unui teren refractar desvoltărei şi înmulţirei baccilului Koch. S'ar mai putea admite o stare de rezistenţă, de imunitate celulară, graţie căreia aceste elemente devenite insensibile la acţiunea toxică a baccilului, ne mai suferind procese de alterare şi degenerare ar lipsi astfel baccilul de un substrat necesar înmulţirei lui.

Oricare ar fi mecanismul faptul global care rămâne, este că organismul imun este în primul rând un teren impropriu multiplicărei baccilului, şi că această stare nu este în funcţie de allergie şi fenomenele care o însoţesc, simultane de cele mai multe ori cu imunitatea dar nu inerente acestui proces care poate să existe şi în lipsa lor.

Este prin urmare greşit să apreciem gradul de imunitate al unui organism după intensitatea fenomenelor allergice, şi să credem că în lipsa lor imunitatea nu poate exista, sau că nu poate fi obţinută decât cu riscurile inerente şi inevitabile ale unei ipersensibilităţi mereu ameninţătoare.

Faptele experimentale pe care le-am citat, ca de altfel şi practica experimentală şi clinică, au dovedit de altfel că imunitatea se poate dobândi pe căi sigure, fără a pune în pericol organismul, şi că nu din această parte trebuesc aşteptate obstacolele în căutarea unor metode tot mai eficace de vaccinare preventivă şi curativă a tuberculozei.

M. NASTA: *L'immunité et l'allergie dans la tuberculose.*

La manifestation simultanée, très souvent, des phénomènes d'immunité et d'allergie a autorisé beaucoup d'auteurs de considérer les deux groupes de phénomènes comme indisolubles et d'apprécier le degré de resistence acquise de l'organisme d'après l'intensité des phénomènes d'hypersensibilisation.

Mais l'immunité n'èst pas en fonction d'allergie; cette vérité est prouvée par une groupe de faits expérimentaux, entre lesquels doit être comprise «la réaction de réinfection retardée» basée sur des observations que nous avons présentées au congrès de Haye en 1932.

COLÉCYSTITE ET ANGINE DE POITRINE CONSIDÉRATIONS CLINIQUES, PATHOGÉNIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

par

I. PAVEL et PAUNESCU-PODEANU

En lisant les mémoires classiques dédiés à cette question on acquiert l'impression que l'on sous-estime, dans l'appréciation globale de ce syndrome, l'atteinte cardio-vasculaire au profit de celle du cholécyste. — Les auteurs montrent qu'il s'agit bien d'accés d'angine de poitrine. L'évolution, les symptômes cliniques, radiologiques et surtout électrocardiographiques attestent l'atteinte cardio-vasculaire. — La cholécystopathie n'est qu'un des lieux d'origine du réflexe pathologique (quelquefois le seul!) déclanchant l'accés d'angine de poitrine. Cette interprétation conduit a des conséquences pronostiques et thérapeutiques plus hardies.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

L'existence des crises d'angine de poitrine survenant à la suite d'une affection vésiculaire est bien connue depuis les travaux de Lian, Weissenbach et Parturier. La connaissance de ces phénomènes heureusement rares, est très intéressante autant pour la doctrine que pour l'avenir des malades et la thérapeutique à envisager. En lisant les différents mémoires dédiés à cette question, nous avons acquis l'impression que l'on sous-estime, dans l'appréciation globale du syndrome l'état de l'appareil cardio-vasculaire au profit de celui du cholécyste. Les cinq observations de cholécystite qui vont suivre, dont quatre avec angine de poitrine et la 5-ème avec angine abdominale feront ressortir par ailleurs, l'extrême variabilité clinique de cette association morbide. Nous exposerons ensuite le mécanisme pathogénique tel qu'il ressort de nos observations. Cette étude nous a conduit à des suggestions d'ordre thérapeutique que nous exposerons à la fin.

OBS. I. — V. P., 25 ans, présente depuis 4 mois un état fébrile avec exacerbations intermittentes qui atteignent 40^0. Quelques jours après l'apparition de la fièvre, le malade présente une douleur atroce qui commence à l'épigastre et s'étend vite à la région précordiale. Elle s'irradie a la base

du cou et dans les deux épaules. Cet état s'accompagne d'une sensation de constriction précordiale. La douleur persiste quelques heures puis s'efface tout en gardant les jours suivants un certain endolorissement de la régioh ci-dessus.

Ces crises s'étaient répétées ensuite soit que le malade se trouvait dans une période afébrile, sub-fébrile ou avec forte pyrexie. Les médecins qui l'ont vu ont pensé à une angine de poitrine, tout en n'ayant pas l'explication de la fièvre. Ce n'est que plus tard, quand il a consulté le prof. Nanu-Muscel que le diagnostic a été dirigé dans le sens d'une cholécystite avec des crises du type pseudo-angineux. Il a été ensuite interné à l'hôpital pour être mis en observation.

Le malade est obèse, avec état général satisfaisant. Il a le signe de Murphy positif et un léger sub-ictère conjonctival. La fièvre se maintient entre 37 et 38°. Un traitement avec des injections d'urotropine n'apporte aucun soulagement. Quatre jours après le début de ce traitement il a même une aggravation avec 40° de fièvre qui se maintient avec des oscillations journalières accompagnées d'une crise douloureuse de type angineux qui toutefois n'ont pas revêtu le tableau solennel ci-dessus.

Le nombre de leucocytes est de 8600 avec une polinucléose neutrophyle de 55%. C'est dans ces conditions que nous instituons un drainage médical de la vésicule biliaire avec le tube d'Einhorn. La bile B contient de nombreux leucocytes, microbes et détritus. La température s'abaisse promptement et dès le troisième jour elle arrive à 37° où elle restera définitivement. Toutes les sensations douloureuses ont disparu en même temps.

Le malade revient de lui-même 2 mois plus tard, pour être soumis au drainage médical parcequ'un léger état fébrile (37,5°) avec petits accès douloureux lui ont survenu. Après une seule séance de drainage médical tout rentre en ordre.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Il faut ajouter au point de vue des antecédents que son père a éliminé à plusieurs reprises des calculs biliaires et que sa mère serait morte à la suite d'une cholécystite. L'examen du coeur a été négatif. La tension Mx. est de 14 et Mn. 8.

Nous avons fait au malade un électrocardiogramme qui nous a montré le résult suivan: (D-r Saragea). Rythme sinusal normal, (86 pulsations) P bifide en D II, négatif en D III, et diphasique dans toutes les dérivations. QRS diphasique dans toutes les dérivations. Isodiphasisme du QR en D III. ST semble un peu raccourci. T négatif en D III.

Diagnostic: Il s'agissait donc d'une cholécystite subaiguë survenant chez un jeune obése, qui s'accompagnait de crises réflexes d'angine de poitrine. L'electrocardiogramme presente de légères modifications. Le drainage médical de la vésicule guérit l'ensemble pathologique de la maladie.

OBS. II. — P. P., 52 ans, commercant bien portant, de constitution forte, 100 kg., a fait dans les 4 derniers mois des crises caractérisées par une douleur qui survenait brusquement à l'épigastre et s'irradiait dans la région précordiale jusqu'à la base du cou. La douleur donnait la sensation d'une griffe dans la poitrine et s'accompagnait d'une légere opression. Ces accés survenait soit à la période de repos, soit après la marche et s'effacait dans quelques minutes.

La dernière crise est survenue après plusieurs repas copieux. Le malade étant étendu duns le lit a accusé brusquement des douleurs atroces à l'épi-

gastre, accompagnées d'irradiations précordiales s'étendant jusque dans les deux membres supérieurs avec forte predominance à gauche. Il y avait de la paleur et un malade général et local dans le ventre.

Le lendemain apparaît un subictère conjonctival et les urines sont foncées. L'état de malaise abdominal persiste et le point cystique est nettement sensible au palper profond.

Cinq jours plus tard nous le voyons à l'hôpital et nous constatons un bruit de galop avec retentissement de second bruit aortique. L'ortodiagramme montre une légère hypertrophie du ventricule gauche, et une légère augmentation de l'opacité de l'aorte (Lazeanu), tension artérielle 14—9. L'électrocardiogramme D-r Saragea, montre le résultat suivant: Rythme sinusal 75 pulsations; P diphasique dans toutes les dérivations. QRS normal dans toutes les dérivations. L'espace ST légèrement allongé (0,13 secondes); T inversé en D I, diphasique D II.

B. W. négatif. Au niveau du cholécystite le signe de Murphy nettement positif. L'épreuve de Meltzer-Lyon: dans la bile B leucocytes relativemnt nombreux et en partie altérés, rares microbes. Subictère conjonctival. Cholestérol 2,10%.

Le traitement a visé autant l'état de son coeur que celui du cholécyste. L'amélioration a été prompte et 4 mois plus tard quand nous l'avons revu, le malade qui n'a plus eu de crises d'angine de poitirne accuse à peine quelques picotements au niveau de l'hypochondre droit.

Diagnostic: Crises frustes d'angine de poitrine. Cholécystite chronique avec poussée aiguë et subictère, accompagnée de crise réflexe d'angine de poitrine. Aortite, myocardite avec modifications de l'électrocardiogramme.

OBS. III. — M-me E. I. surveillante, 50 ans a eu en 1918 la fièvre typhoide à la suite de laquelle les médecins lui ont diagnostiqué une myocardite.

Jusqu'en Février 1933 elle a été bien portante. A cette époque elle a eu des crises douleureuses à l'hypochondre droit et à l'épigastre survenant la nuit et accompagnée de nausées et vomissements bilieux. A partir du mois de Mai 1933, les crises s'accompagnent d'un fourmillement dans les deux derniers doigts de la main gauche. Vers la même époque apparaisent des palpitations et une certaine oppression à l'effort.

En Février 1934, la malade a une colique hépatique très forte au cours de laquelle pour la première fois les douleurs intéréssent aussi la région précordiale s'irradiant vers le bras gauche et s'accompagnent d'angoisse. Elle est internée à cette époque et on lui fait le diagnostic d'angine de poitrine et colique hépatique.

A l'automne 1934, les douleurs précordiales surviennent même en dehors des crises hépatiques par simple effort. Les crises d'angor pouvant donc survenir indépendamment, accompagnent toutefois toute les coliques hépatiques. Les crises surviennent de plus en plus souvent et la malade est dans un perpétuel état d'anxiété, craignant l'approche des crises.

Nous examinons la malade de plus près au printemps et à l'automne de 1935. Elle présente au niveau du coeur un bruit de galop avec retentissement du second bruit aortique. L'ortodiagramme montre l'hypertrophie forte du ventricule gauche, ectasie de l'aorte (3,7) avec opacité augmentée (Lazeano). B. W. négatif. Tension artérielle 19—11. L'électrodiagramme montre:

rythme sinusal normal, (86 pulsations); P normal. Isodyphasisme du QR en D III; T négatif en D III.

Au niveau de l'hypocondre droit le signe de Murphy est nettement positif. Les points phrénique, sternocléido-mastoidien, du trapèze, acrominal de la 10-ème côte du côté droit nettement sensibles à la pression.

La cholécistographie faiblement positive. L'épreuve de Meltzer-Lyon positive faite un moment de rémission montre dans la bile B, rares microbes et détritus. Cholestérol dans le sérum 1,83%.

Le repos, l'hygiène, le traitement cardiaque amène une certaine amélioration toute passagère.

Diagnostic: myocardite chronique, aortite ectasiante, hypertension artérielle, hypertrophie du ventricule gauche; cholécystite, colique hépatique accompagnée de crises d'angine de poitrine; crises d'angine de poitrine d'effort.

OBS. IV. — M. E. S., 55 ans, tabagique, nerveux viticulteur avec éthylisme modéré, obésité de moyenne intensité, a eu il y a un an une crise d'appendicite suivie de colique hépatique. Depuis les fêtes de Noël, c'est à dire depuis quelques semaines, les crises de foie ont changé de caractère. Elles surviennent le soir vers 10 heures quand le malade ressent un point de coté très aigu dans l'omoplate droit qui s'accompagne peu à peu d'une douleur dans la région pré-sternale qui s'irradie dans le bras gauche.

Plus récemment encore, les crises surviennent après un effort. Ce n'est plus uniquement le soir mais pendant le jour et au cours de la marche (500 m. suffisent) que des crises semblables apparaissent.

A l'examen nous constatons en dehors d'une bronchite chronique avec emphisème, une appendiculo-cholécystite manifeste. La cholécystographie est faiblement positive; la cholestérine est de 1,87 gr.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Au niveau du coeur nous constatons un bruit de galop avec léger retentissement du second bruit à l'aorte. Tension Mx. 17, tension Mn. 9. L'électrocardiogramme (Teitel Bernard) normale.

Vr l'état du malade nous lui prescrivons un tratement qui supprins le tabac et vise surtout l'état du coeur tout en respectant certaines regles diététiques. 20 jours plus tard quand nous revoyons le malade les crises angineuses ont complètement disparu et il ne persiste plus que la douleur au point scapulaire droit qui survient en crise avec l'horaire primitif.

Diagnostic: Appendicite chronique. Cholécystite chronique avec coliques hépatiques. Coliques hépatiques accompagnées de crises de type angineux. Angine de poitrine d'effort.

OBS. V. — M-me C. H., 56 ans, souffre depuis 6 ans de diarrhée prandiale avec douleurs dans le ventre. Tout de suite après le repas le malade a des selles molles avec des mucosités qui sont suivies d'une gêne difficilement suportable à l'épigastre. L'émission des gazes la soulage. Son poids a diminué dans les trois dernières années de 25 kg. Indépendamment de ces symptômes et plus rarement la malade a des crises caractérisées par une crampe à l'épigastre qui s'irradie en ceinture avec sensation d'oppression et tendance à diffusion dans la région rétrosternale. Ces crises s'accompagnent d'une extrême angoisse, oppression, sécheresse de la bouche et qui durent environ 10 minutes, laissant la malade dans un état de fort afaiblissement. Ces crises qui survenaient autrofois tous les un ou deux mois se répétent de plus en plus fréquemment et dernièrement toutes les semaines. La dernière crise lui est sur-

venue au cours de son internement au sanatorium et a été vue par la surveillante dont nous tenons la description ci-dessus.

A l'examen nous constatons une sensibilité du cadre colique et du point cystique. L'épreuve de Meltzer-Lyon est négative, la cholécystographie est négative. La malade présente une aortite chronique (souffle systolique à l'aorte, retentissement du second bruit à l'aorte), une hypertension artérielle (18—9). Une radiographie toracique dans la position O. A. D. montre une aorte descendante opacifiée dans la portion supra-diaphragmatique.

Le traitement hygiéno-diététique supprime la sensibilité du cholécyste et la diarrhée prandiale, et rétablit la fonction normale de son intestin. Les crises type avec angoisse ci-dessus décrites se sont espacées au fur et à mesure pour disparaître complètement quelques mois plus tard. Pendant tout ce temps il a fallu ajouter une médication visant la circulation.

Diagnostic: Cholécystite avec diarhée prandiale. Aortite chronique avec hypertension artérielle. Angine abdominale basée sur le caractère clinique des crises ci-dessus décrites et sur l'opacité de l'aorte toracique nettement visible dans sa position sous-diaphragmatique.

La suite de ces 5 observations étudiées autant du point de vue du cholécyste que du point de vue du coeur et de l'aorte nous montre:

1) Que les acces angineux sont exclusivement dus à l'exacerbation des phénomènes morbides du cholécyste dans les obs. I et II. Elles ne sont que partiellement dues au cholécyste dans les obs. III, IV et V puisque l'acces angineux à un état plus avancé de la maladie peut survenir à la suite d'un simple effort physique ou digestif. L'épreuve thérapeutique médicale est démonstrative pour toutes les observations, mais elle est particulièrement évidente dans l'observation I où le diagnostic a prêté longtemps à des erreurs. Finalement le drainage médical de la vésicule a mis fin à l'angiocholite et aux accés angineux.

2) L'importance subjective des phénomènes cholécystiques n'est pas parallele à l'acuité des accès angineux. C'est à cette circonstance que sont dues les erreurs de diagnostic. Dans l'observation II c'est surtout l'apparition d'un subictère le lendemain de la crise qui oriente le diagnostic. Dans l'observation I c'est le type quasi-intermittent de la fièvre qui finit part diriger l'attention vers le cholécyste et non pas les signes locaux d'une maladie vésiculaire, qui eux, étaient plutôt estompés.

Dans les deux autres observations la difficulté consistait surtout à distinguer entre la part qui était due au cholécyste dans les accès angineux et celle qui était due à l'état organique local. L'anamèse dans l'obs. III et IV a beaucoup aidé à discriminer ces causes. Au commencement les crises étaient uniquement dues au cholécyste, ensuite les crises angineuses d'origine vésiculaire alternaient avec celles d'effort. Dans l'observation V les même difficultés ont été éprouvées augmentées encore par la question toujours délicate du diagnostic d'angine abdominale. Ce ne fut que le témoignage d'une crise observé au sanatorium qui nous a aidé à mettre ce diagnostic. Nous avons aussi cherché un point d'appui dans la visibilité de l'aorte thoracique.

3) Nous avons étudié l'électrocardiogramme dans les premières 4 observations et avons été surpris de constater que trois fois (obs. I, II et III) sur quatre il y avait des modifications importantes des tracés électriques. Le seul tracé qui n'en présente pas (obs. IV) ne laisse pourtant aucun doute sur l'atteinte cardiaque: l'accés d'effort et les circonstances étiologiques dont le tabagisme, l'âge sont des circonstances suffisantes pour étayer notre supposition.

Cette constatation jette un jour nouveau sur la signification de l'apparition des crises angineuses dues aux cholécystopathies. Nous pouvons même induire que des sujets du type de l'observation I et II qui n'ont pas encore eu des crises d'angine d'effort, sont susceptibles d'en faire à l'avenir. L'anamnèse des observations III et IV en sont témoins. Ainsi les crises dites pseudo-angineuses des cholécystopathes peuvent révéler un état de sensibilité du plexus cardiaque et de méiopragie du coeur par atteinte coronarienne alors même qu'aucun autre incident n'avait permis de supposer ceux-ci. La tendance des auteurs de considérer que la gravité de ces malades est subordonnée à l'état de la vésicule ne paraît pas justifiée.

4) Cette modalité particulière du tableau clinique de la cholécystopathie peut être attribuée à un reflexe viscéro-sensitif dont le point de départ est la vésiculé („iritable focus" des auteurs américains) dont le point terminal serait le plexus nerveux cardiaque. La cause de la fixation du réflexe à cet endroit trouve sans doute son explication dans une sensibilisation préalable du nerveux cardiaque dû à des lésions passées quelquefois inapercues, mais dont l'anamnèse, la radiographie ou l'électrocardiogramme atteste la présence. Ceci explique le fait que le plexus cardiaque sensibilisé fixe avec plus de facilité l'expression du réflexe ce qui fait qu'une irritation partie de la vésicule au lieu de produire une colique hépatique trouve son expression plus facile dans une zone homologue, mais plus vulnérable. Il a été démontré experimentalement que l'irritation réflexe partie du cholécyste peut influencer le système nerveux autonome du coeur. Houlbert, en palpant au cour de la colique hépatique la vésicule, a constaté à plusieurs reprises et dés la prémiere minute un ralentissement du pouls à 58 — 60, puis une accélération vers 140-160, les extra-systoles apparaissant dès le début de la manoeuvre et se prologeant ensuite. Tout rentre dans l'ordre assez rapidement, dès que la vésicule est laissée au repos. Il y a d'autre part une démonstration quasi-expérimentale que constitue la disparition des crises angineuses après la cholécystectomie dans les observations sur lesquelles nous reviendrons plus bas.

En ce qui concerne le mécanisme intime par lequel l'irritation réflexe du plexus cardiaque réalise la crise d'angor, celui-ci est suivant Danielopolu d'ordre vaso-moteur: „Le réflexe provoque dans le coeur un processus qui excite à son tour les terminaisons sensitives cardio-aortique et qui produisent de cette manière la douleur. La voie centrifuge qui conduit ce réflexe du nevraxe au coeur est représentée par les filets centrifuges cardiaques et par les filets vaso-moteurs coronariens. L'excitation partie d'un viscère éloigné pro-

voque une vaso-constriction coronarienne qui donne naissance à une insuffisance d'irigation sanguine du myocarde et au processus de fatigue myocardique qui engendre l'accés angineux".

„Il résulte de tout ce qui vient d'être dit que l'angine de poitrine anorganique due soit a une augmentation énorme du travail cardiaque, soit à un spasme des coronaires, reconnaît le même mécanisme intime de production que l'angine de poitrine organique: l'insuffisance d'irrigation sanguine du myocarde. Mais il est très naturel qu'un coeur présentant certaines lésions de son système d'irrigation fasse plus facilement des accès angineux qu'un coeur normal. En effet, les limites entre lesquelles le travail du coeur peut varier sans se fatiguer sont restreintes dans ce cas".

Ainsi l'interprétation physio-pathologique des crises d'angor ci-dessus et celle de manifestation d'ordre réflexe à point de départ cholécystique survenant sur un système nerveux cardiaque hypersensible. Le substratum organique lésional du coeur montre que nous avons à faire à des crises d'angine vraie au cours de laquelle la cholécystopathie n'est que le facteur déclenchant. D'ailleurs le fait que ces malades font quelquefois des crises d'angine de poitrine d'effort (cas III et IV) n'est que la confirmation de cette interprétation. C'est pourquoi l'étiquette de colique hépatique à forme angineuse (Lian, Weisenbach et Parturier) ne nous semble pas heureuse puisque elle est susceptible d'orienter notre esprit exclusivement ou avec grande prépondérance vers l'appareil hépato-vésiculaire. La désignation la plus adéquate de ce syndrome nous semble celui de *crises angineuses à point de départ cholécystique*. Il a l'avantage de montrer bien le rapport de ces deux facteurs tout en étant conforme à la théorie physio-pathologique ci-dessus.

Les conséquences pratiques de ces considérations sont d'une grande importance. *Devant toute manifestation de type angineux accompagnant un syndrome cholécystique on doit explorer avec toute l'attention l'appareil cardio-aortique pour depister les lésions quelquefois minuscules dudit appareil.* Le tracé éléctrique qui a été quelque peu négligé par nos predécésseurs est capable de nous donner des informations parfois surprenantes comme ce fut le cas dans notre obs. No. I. D'autres fois l'examen clinique et ortodiagraphique ont été suffisantes (cas II et III). Dans l'obs. V nous avons cherché un symptôme objectif dans l'état de l'aorte thoracique inférieure visible nettement sur la radiographie. Mais dans un autre cas (obs. IV) aucun signe objectif de lésions cardio-aortiques n'a pu être trouvé. Pourtant ici l'évolution a montré la justesse de notre intreprétation. Le malade finit par avoir des crises angineuses typiques d'effort. Des observations de ce dernier type nous montre que ni même la négativité du tracé electrique ne doit pas nous empêcher de mettre en garde nos malades quand à l'évolution probable de ces manifestations angineuses qui selon les auteurs ci-dessus ne dépasseraient pas en importance une atteinte habituelle de la vésicule biliaire.

5) L'analyse des observations ci-dessus et les considérations

pathogéniques nous montrent donc qu'il serait une lourde erreur de ne pas surveiller de prés l'état du coeur même s'il s'agit de jeunes sujets comme ce fut le cas dans l'observation I. Le succès du traitement médical dans nos observations pourrait nous faire passer à côté de l'état organique du coeur. Celui-ci doit pourtant être surveillé de près et être préservé autant que possible des irritations réflexes susceptibles de lui provoquer à l'avenir des nouvelles crises d'angine de poitrine.

Cette profilaxie peut être d'ordre médical et c'est ce que nous avons conseillé à nos malades. Néanmoins nous savons que celui qui a fait une colique hépatique ou une poussée infectieuses aiguë de cholécystite est susceptible d'en refaire au moment où il oublie certaines prescriptions de régime ou d'hygiène générale. Si toutefois une nouvelle colique hépatique n'est pas une complication susceptible de mettre la vie en péril on ne peut malheureusement pas dire la même chose d'une crise d'angine de poitrine, surtout quand il s'agit de lésions cardio-vasculaires concomittantes.

Il nous semble donc tout à fait naturel et logique d'envisager à l'avenir dans ces cas un traitement plus interventioniste. Nous n'avons pas été en situation de procéder à une intervention chez nos malades, mais certaines observations encore assez disparates sont très encourageantes à ce point de vue. Ici se place tout d'abord la belle observation de Danielopolu et Aslan. Ces auteurs ont fait intervenir pour la solarectomie chez une malade avec crise d'angor abdominal et d'angine de poitrine. Le chirurgien n'ayant pas pu exécuter l'opération demandé s'est contenté de faire une cholécystectomie pour la lithiase découverte au cours de l'opération. Les crises qui étaient presque quotidiennes avant l'opération se sont espacées d'abord, pour disparaître complètement par la suite. Wolff et Samuelson en Nord Amérique ont plus récemment publié trois observations de lithiase biliaire chez lesquelles les crises d'angine de poitrine ont disparu après la cholécystectomie.

Ces différents faits nous amènent à nous demander si il n'y a pas lieu d'établir une nouvelle indication opératoire absolue chez les cholécystopathes, à savoir chez ceux qui présentent des crises à type angineux.

Alla lettura delle memorie classiche consacrate a questa qnestione, si ac quista l'impressione che si sia disconoscinto in parte nell 'apprezzamento globale di questa sindrome, la lesione cardio-vasculaire in favore di quella del colecisto Gli autori dimostrano che si tratta bensi di un accesso di angina pettorale.

L'evoluzione i sintomi clinici radiologici e specialmente quelli elettrocardiografici dimostrano una lesione cardiovascolare. La colecistopatia non è che uno dei luogni di origine del riflesso patologico, (qualche volta l'unico) che provoca l,accesso di angina pettorale. Questa interpretazione porta a risultati pronostici ed a delle terapeutiche più ardite.

Wenn man die klassischen Abhandlungen dieser Frage gewidmet liesst, gewinnt man pen Eindruck, das in der Gesammtbeurteilung dieses Syndroms die cardiovasculären Schädigungen, unterschätzt werden zu Gunsten der der Gallen blase.—Die Verfasser betonen dass es sich vielmehr um einen echten Anfall von Angor pectoris handelt. Die Fortentwicklung, die klinischen, radiologischen und besonders elektrocardiographischen Symptome beweisen cardiovasculäre Schäden. Das Gallenblasenleiden wäre nur eine von den Stellen von welchen der pathologische Reflex seinen Ursprung nimmt (manchmal der einzige!) und den Anfall des Angor pectoris hervorruft. Diese Auffassung führt zu gewagtern prognostischen und therapeutischen Folgerungen.

MODIFICARILE MORFOLOGICE ALE SÂNGELUI IN CIROZA HEPATICA

de

T. SARAGEA

Ciroza hepato-splenică are un tablou sanghin caracteristic: anemie, leucopenie cu polynucleoză neutrofilă şi eozinofilă, mai rar monocytoză. Anemia este reală; nu e datorită diluţiei plasmatice şi este refractară oricărui tratament. Scăderea progresivă şi accentuată a numărului de hematii în cursul evoluţiei unei ciroze, comportă un prognostic grav.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu toate că ciroza hepato-splenică este o boală destul de frequentă şi care atinge profund starea generală, dând bolnavului un facies special de o accentuată paloare, totuşi modificările sângelui nu au fost suficient de studiate multă vreme.

Examene de sânge au fost practicate în această boală, îndată după descoperirea mijloacelor de numărătoare a elementelor figurate, dar numai fugitiv şi nu totdeauna cu trebuincioasa competinţă. Aşa, chiar *Malassez* a făcut numărători, ajungând la concluziunea că în ciroza ascitogenă există poliglobulie, lucru confirmat şi de *Hayem, Gilbert, Jolly*. Acest fapt apare cu atât mai surprinzător cu cât contrastează în mod evident cu faciesul palid al acestor bolnavi; pentru acest motiv *Gilbert* şi *Garnier* a creat termenul de ochrodermie, pentru a explica această înfăţişare pseudoanemică a ciroticilor, cu un substrat sanghin normal sau chiar poliglobulic.

Alţi autori au găsit din contră în ciroze o hipoglobulie. Aşa *Lereboullet, Milian* (în forma hipertrofică), *Besançon* şi *Labbé, Leţas*, apoi *Ducamps, Mans* şi *Roux*.

In fine unii autori găsesc când anemie, când poliglobulie. Aşa *Naegeli, Limbeck*. Faţă de această divergenţă de opinii am încercat să vedem de care parte stă adevărul şi am început încă din 1925 a studia sângele la cirotici.

Concluziile la care am ajuns din punct de vedere al hematiilor sunt următoarele:

Dintr'un număr de 63 cazuri de ciroză de diferite forme şi în diferite stadii de evoluţie, 84% sunt anemici, având numărul de hematii sub limita normală minimă de 4.500.000; numai 3,57% sunt poliglobulici, peste limita normală maximă de 5.500.000; în fine 12,5% se găsesc în limite normale. Prin urmare o foarte ridicată proporţie de cirotici sunt real anemici, fapt confirmat mai apoi atât în ţară, cât şi în străinătate. Din contră cu poliglobulie, ciroticii nu sunt decât într'o proporţie extrem de redusă, contrar afirmaţiunilor clasice.

Anemia ciroticilor, fie în forma atrofică sau hipertrofică cu sau fără ascită este în general accentuată; găsim astfel cifre între 1.500.000 şi 3.800.000 pe mmc.; majoritatea lor se plasează însă între 2½ mil. şi 3½ mil. Nu am putut stabili nici o relaţie precisă între evoluţiunea cirozei şi intensitatea anemiei, nici între formele de ciroză şi importanţa acestei deglobulizări. Am putut constata însă că această anemie în ciroză este precoce şi se instalează chiar dela debutul procesului cirotic; ea pare să se accentueze cu mersul progresiv al boalei şi cu atât mai mult cu cât această evoluţie este rapid defavorabilă. Astfel într'o observaţie am constatat la intrarea bolnavului în clinică 4.704.000 hematii, după câteva săptămâni 3.580.000 şi după alte 5 săptămâni 2.500.000, puţine zile înainte de a sucomba. Un altul prezenta 4.480.000 hematii la internare, 3.650.000 după 2 săptămâni, 2.940.000 după altă săptămână şi cu 4 zile înainte de a sucomba.

In general o deglobulizare accentuată şi rapidă comportă după observaţiile noastre un pronostic sever. In afară de cazurile de mai sus, un alt bolnav, care la intrare prezenta deja o anemie accentuată de 2.240.000 hematii, a scăzut repede în timp de o lună de zile la 1.300.000, sucombând câteva zile în urmă printr'o hematemeză abundentă.

Hemoglobina suferă de asemenea modificări, mai totdeauna paralel cu scăderea hematiilor şi câte odată mai simţitor ca hematiile, făcând astfel ca valoarea globulară să cadă sub unitate Numai în 25% din cazuri deglobulizarea este mai importantă ca pierderea de hemoglobină, valoarea globulară găsindu-se astfel deasupra unităţei (1,78) într'un caz.

Fie de tip hipercrom sau de tip hipocrom, anemia în ciroze tinde să îmbrace un caracter aplastic. Nu găsim, excluzând cazurile cu accidente recente hemoragice, hematii nucleate, resturi nucleare, poikilocitoza, policromazie, etc., care ar desemna efortul de regenerare al organelor hematopoetice. Mai departe, cercetarea reticulocitelor a confirmat această constatare: nu am găsit niciodată mai mult de 2% reticulocite, adică numai până la limita minimă de regenerare globulară.

Această aplasticitate alăturată de ridicarea indicelui colorimetric în unele cazuri şi de rezistenţa anemiei cirotice la tratamentul cel mai energic a determinat pe unii autori să o considere

ca o adevărată anemie pernicioasă. Este o ipoteză care merita poate a fi reţinută, dar nu este suficient de dovedită, de oarece nici hepatoterapia, nici administrarea de mucoasa gastrică în ciroze nu a dat rezultate din punct de vedere sanghin.

Origina anemiei cirotice este greu de stabilit. Ea nu poate fi pusă pe seama hemoragiilor decât în cazurile când acestea se produc; anemia în ciroze există însă şi în afară de ele. Pot fi bănuite hemoragiile mici, oculte, continuu repetate din tubul digestiv, şi care altădată au fost egal făcute responsabile de către *Stokes* în producerea anemiei pernicioase. Aceste hemoragii însă nu totdeauna au putut fi puse în evidenţă. In al 2-lea rând ar putea interveni hidremia susţinută în special de şcoala Widal în toate stările hidropigene, în care s'a constatat şi o anemie (nefrite, ciroze, cardiopatii). Această hidremie pe care noi am cercetat-o prin metoda refractometrică în 28 de cazuri, nu i-am constatat existenţa decât la 13 cirotici, deci în mai puţin de jumătate din cazuri; iar în rest normală sau chiar crescută ca într'o observaţie cu un indiciu refractometric de 1.35136 (albumina 9,99 %). Ori tocmai acest bolnav prezenta o anemie de 2.240.000 hematii. Din contră la ciroticii cu hidremie nu am constatat totdeauna o anemie importantă. In cât între cifrele refractometrice şi numărul de hematii la cirotici nu se poate stabili nici un paralelism; diluţia plasmatică, existentă la mai puţin de jumătate din cirotici nu poate explica anemia lor. Este dar vorba aici de anemie reală, cu cauze mai adânci, organice, ce trebuesc a fi găsite. Este, credem noi, foarte probabil, ca anemia, ca şi procesul cirotic însăşi, să recunoască o cauză unică, toxică sau toxi-infecţioasă care acţionează concomitent asupra ficatului şi măduvei osoase.

Din punct de vedere al tratamentului, cum am amintit mai sus, anemia cirotică este rezistentă la mai toate încercările. Uşoarele ameliorări obţinute sunt numai trecătoare. Chiar hepatoterapia, fie cu ficat proaspăt, fie cu extracte injectabile şi per os, pe care am încercat-o în 15 cazuri nu a dat rezultate satisfăcătoare.

Intr'o mică proporţie (3,57%) ciroticii pot fi poliglobulici, contrar părerilor clasice, care generalizau poliglobulia la toţi ciroticii. Ei explicau această înmulţire a hematiilor printr'o concentraţie plasmatică a sângelui, produsă de filtrarea în peritoneu şi ţesuturi a plasmei. Nu numai existenţa poliglobuliei la cirotici, dar nici interpretarea ei nu mai este astăzi admisibilă, deoarece la unii cirotici poliglobulici se constată cifre refractometrice normale sau chiar o o hidremie, întocmai ca şi la cardiacii asistolici la cari poliglobulia poate coexista cu hidremia.

Observarea unui caz de ciroză ascitogenă asociată cu o eritremie tipică, pe care Prof. Nanu a studiat-o cu mine, permite a privi poliglobulia la cirotici şi sub o altă lumină. Este îndreptăţit a considera aceste cazuri de ciroze poliglobulice, excepţionale de altfel, ca eritremii fruste asociate cu ciroze hepatosplenice, şi a căror simptome cirotice predominând, pun în umbră pe cele eritremice.

Rezistenţa globulară, cercetată în 10 cazuri s'a arătat uşor crescută, concordând cu date deja cunoscute.

Modificările sângelui în ciroze interesează şi seria albă. Dar şi în această privinţă, autorii nu sunt de acord. Aşa *Naegeli, Eppinger, Lupu* şi *Papazian* au găsit leucopenie; *Rozenstein, Hanot, Meiner, Millian,* leucocitoză; *Ducamps, Mans* şi *Roux,* când leucopenie, când leucocitoză. Din cercetările noastre rezultă că 61% au leucopenie, iar leucocitoză numai 18%, de cele mai multe ori datorite complicaţiunilor (hemoragii, infecţiuni) sau asociaţiunilor morbide.

Leucopenia în ciroze este accentuată, variind între 1200 şi 5000 elemente pe mmc.; ca şi anemia este precoce, instalându-se dela începutul boalei şi persistentă. Ea caracterizează în special formele atrofice, mai rar în cele hipertrofice, unde prevalează leucocitoza.

Echilibrul leucocitar prezintă încă modificări interesante de semnalat. In majoritatea cazurilor (60%) există polinucleoza, câteodată foarte accentuată, variind dela 70—80%. In toate cazurile cu leucocitoză există această polinucleoză; mai remarcabil este însă existenţa acestei polinucleoze şi în cazurile cu leucopenie. Numai în 4 cazuri din toate observaţiile noastre, s'a putut constata o neutropenie atât relativă cât şi absolută. Această leucopenie cu polinucleoza neutrofilă caracterizează sângele alb al ciroticilor şi poate constitui în unele cazuri un element preţios de diagnostic. In special în cazurile incipiente, anascitice, sau în cazurile dubioase când diagnosticul poate oscila între o ascită bacilară, neoplazică sau cirotică, tabloul morfologic al sângelui devine în deosebi de important. Leucopenia cu polinucleoză îndreptăţeşte diagnosticul de ciroză; leucocitoza cu polinucleoza pe cel de neoplasm; un tablou sanghin normal sau cu uşoara limfocitoză pe cel de tuberculoză.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O altă modificare în echilibrul leucocitar la cirotici este prezenţa destul de frecventă a eozinofiliei (41%), ce se cifrează între 4—11% în observaţiile noastre; într'un singur caz am constatat aneozinofilie.

In fine în aproape 25% din cazuri găsim şi o monocitoză, care se poate ridica la 10—17%. O adevărată limfocitoză, şi încă numai relativă o găsim în 6,1% din cazuri; nu am putut stabili dacă în aceste cazuri nu se asociază un proces bacilar sau sifilitic posibil.

Criza sanghină în ciroză a făcut obiectul cercetărilor multor autori, având în vedere frecvenţa hemoragiilor în această boală. *Weil, Bocage, Isch-Wall* rezuma sindromul de insuficienţă hemocrazică a ficatului cirotic în următoarele puncte: întârzierea coagulărei, redizolvarea chiagului şi prelungirea timpului de sângerare. Nu toţi autorii însă sunt de acord asupra acestor modificări. *Noel Fissinger* şi *M. Diaconescu* cercetând aceste alteraţiuni numai în cazurile cu hemoragii, constată că nu există nici-un paraleleism între producerea hemoragiilor şi semnele de mai sus. Aşa coagularea poate să nu fie întârziată sau foarte puţin, iar chiagul retractil şi nu se redizolvă. De asemenea semnul laţului şi al timpului de sângerare pot fi normale şi în orice caz nu sunt paralele cu importanţa hemoragiilor. Aceşti autori cred pentru aceste motive că hemoragiile

la cirotici sunt datorite unor alteraţiuni ale vaselor mici arteriale sau capilare, în special al periteliului capilar.

Pentru a termina, cred util a semnala şi modificările sanghine pe care evacuarea ascitei le produce la cirotici. *Limbeck* observase de mult o concentrare a sângelui cu creşterea numărului de hematii timp de mai multe zile după o paracenteză de 18 litri, ceiace a constatat şi *Osterpey*. *Gilbert* şi *Garnier* au descris chiar o stare de „anemie seroasă", caracterizată prin concentrare globulară, dimunuţia masei lichide a sângelui, astenie generală cu tendinţă la sincope, după evacuări abondente de ascită sau des repetate. *Villaret, Bernard* şi *Bianconi, Lemierre şi Levesque* din contră au observat o diluţie sanghină cu sau fără diminuarea numărului de globule roşii după paracenteză. Cercetările noastre asupra unui număr de 15 paracenteze ne-a condus la următoarele concluzii:

Hematiile scad în număr după paracenteză aproape întotdeauna (exact în 14 cazuri din 15) cu valori importante 1.coo.ooo, 1.248.ooo, etc. O singură dată a crescut şi atunci numai cu 20.000; o a doua paracenteză la acelaş bolnav a produs o scădere a numărului de hematii.

Această scădere este rapidă: ea atinge maximum la 2—3 ore dela evacuare; 6 ore mai târziu hematiile încep deja să crească progresiv, rămânând însă mai totdeauna sub cifra iniţială. Cum fenomenul se repetă la puncţiile următoare, bolnavii ajung după paracenteze repetate la anemii pronunţate. Aşa un bolnav a scăzut după mai multe evacuări des repetate dela 4.704.000 la 1.808.000, un altul dela 4.488.000 la 2.940.000.

Hemoglobina încearcă în general aceleaşi modificări paralele hematiilor.

Leucocitele însă în general cresc (10 din 13); creşterea lor se produce într'un ritm mai lent şi mai moderat ca valoare decât a hematiilor: aşa maximum creşterei se produce între 6—12 ore dela paracenteză, apoi diminuă încet pentru a reveni la cifrele anterioare. Este interesant de semnalat ca în cele câteva cazuri de ciroză cu leucocitoză, paracenteza a provocat fenomenul invers: o scădere a leucocitelor, fapt găsit de *Schiff* şi *Fromme*, constatat şi interpretat de aceşti autori ca un fenomen de shoc.

In formula leucocitară evacuarea ascitei nu produce decât schimbări neînsemnate şi inconstante. Singurul fenomen mai demn de semnalat a fost diminuarea eozinofiliei, ce am constatat în 86% din cazuri.

Concomitent cu aceste modificări morfologice în sânge se produce imediat după puncţie şi o scădere a indicelui refractometric aproape în toate cazurile ce merge accentuându-se în orele următoare până la 24 ore, apoi creşte pentru a reveni la cifrele iniţiale, sau a le depăşi chiar.

Diminuţia hematiilor după paracenteză se explică printr'o diluţie sanghină, de oarece ea merge până în mână cu scăderea indicelui refractometric. Acest fenomen a fost remarcat şi de *Achard, Lemièrre, Villaret* şi explicat prin resorbţia serozităţilor din ede-

mele periferice în urma evacuării de ascită. Hematiile ca şi cantitatea de albumină cresc apoi în sânge, hematiile mai repede, organismul făcând sforţarea să restabilească cât mai curând posibil echilibrul globular turburat de mobilizarea serozităţilor.

In rezumat modificările morfologice ale sângelui în ciroze se pot îngloba în următoarea formulă: anemie, câte odată foarte accentuată, leucopenie cu polinucleoza neutrofilă şi eozinofilă şi mai rar monocitoză.

BIBLIOGRAFIE

Gilbert şi Garnier: Soc. Biologie 24 Janv. 1898. — *Lereboullet:* Thèse de Paris 1902. — *G. Millian:* Bull. et Mém. Soc. Anat. Pais 1903. — *Ducamps, Mans e Roux:* Gazette des Hôpit. Pais N-o II, 1925. — *M. Villaret et H. Benard:* Soc. Biol. 16 mai 1914. — *M. Villaret, H. Benard* et *Bianconi:* Paris Medical No. 41, 1925. — *Lemierre et Levesque:* Presse Med. 22 dec. 1922. — *P. Schiff et Ed. Fromme:* Soc Biol. 4 Fevr. 1922. — *T. Saragea şi I. Seicărescu:* Soc. Med. Hôpit. Bucarest No. 9, 1926 — *T. Saragea, V. Valter şi L. Ghioni:* Le Sang No. 7, 1933. — *N. Lupu şi Papazian:* Soc. Med. Hôpit. Bucarest No. 3, 1930. — *Prof. I. Manu* (Muscel) *şi T. Saragea:* Le Sang No. 1, 1936.

T. SARAGEA: *Les modifications morphologiques du sang dans la cirrhose du foie.*

Synthèse des connaissances sur l'état du sang dans la cirrhose hépato-splénique, qui se caractérise notamment par une anémie quelquefois très accentuée, léucopénie presque constante aves polynucléose neutrophyle et éozinophyle assez fréquentes, plus rarement mononucléose. L'anémie n'est pas en rélation avec l'hydrémie; elle est plutôt de type aplastique et résiste à tout traitement. La chute progressive et accentuée du nombre des hématies pendant l'évolution d'une cirrhose comporte un pronostic très grave.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Precisioni sullo stato del sangue nella cirrosi epato-splenica che si caratterizza con uno stato di anemia qualchevolta molto forte, leucopenica quasi costante con polinucleosi neutrofila e eusinofila assai frequente, pui raramente mononucleosi.

L'anemia non è dovuta alla diluzione plasmatico, essa è piuttosho di carattere aplastico e si dimostra refrattaria a qualsiasi trattamento.

La diminuzione progressiva ed accentuata del numero delle ematie durante l'evoluzione di una cirrosi dimostra una prognosi grave.

T. SARAGEA: *Morphologische Veränderung des Blutes bei Leberzirrhose.*

Zusammenfassung der Kenntnisse über das Verhalten des Blutbildes bei Leberzirrhose, welches sich durch hochgradige Anämie und beinahe konstante Leukopenie, mit neutrophyler Polynucleose, oft Eosinophylie und sehr seltener Mononucleoze kenntzeichnet. Die Blutarmut steht nicht im Zusammenhang mit der Hydrämie; sie ist vielmehr aplastischer Natur und trotzt jeder Behandlung, fortschreitende und hochgradige Verminderung der roten Blutkörperchen läst auf eine sehr hoffnungslose Progrese rechnen.

AUROTERAPIA IN TUBERCULOZA PULMONARA

de

Conf. D-r N. N. STOICHIŢA

Cura sanatorială şi colapsoterapia rămân tratamentul de bază al tuberculozei pulmonare.

Auroterapia este o metodă ajutătoare de primul plan, putând fi folosită chiar ca tratament autonom în cazurile în cari colapsoterapia şi cura sanatorială nu pot fi înfăptuite.

Soluţiunile apoase (sanocrizina, crisalbina) şi suspensiunile uleioase (solganal B oleos) ne-au dat rezultate aproape egale, fiind deopotrivă de bine suportate. Introducerea gluconatului de calciu şi a euphoryl-ului, ca solvanţi, au diminuat accidentele cutanate şi mucoase.

Aurul a fascinat pe terapeuţi încă din cele mai îndepărtate timpuri. Cu toate că această chestiune a făcut un pas hotărîtor la mijlocul veacului trecut prin descoperirea a doi chimişti francezi, Fordos şi Gélis, şi prin cercetările lui Koch, metoda era sortită uitării. Experienţele de laborator n'au găsit confirmare pe terenul clinic şi deci, ipso facto, toată strădania înaintaşilor era socotită ca încă o iluzie risipită.

In 1924, Prof. Mollgaard atrage din nou atenţiunea ftiziologilor asupra problemelor puse de auroterapie. Luând ca punct de plecare sarea de aur descoperită de Fordos şi Gélis (1845), tiosulfatul dublu de aur şi sodiu, pe care o aduce în stare de puritate absolută, şi bazat pe confirmări clinice precise şi în afară de orice îndoială, Mollgaard proclamă Sanocrizina medicamentul quasi-specific al tuberculozei.

Dar cercetările urmate pe o scară întinsă şi întreprinse într'un spirit de nobilă probitate ştiinţifică duseră, încetul cu încetul, la o crudă deziluzie. Accidente grave, unele mortale, încheiară bilanţul experimentărilor încercate în mai toate ţările, în timp ce cercetările lui Calmette dovediră că sanocrizina nu are, in vitro, nici o acţiune asupra bacilului Koch.

Totuşi, perseverenţa medicilor danezi cari, deşi recunoscând lipsa de specificitate a preparatului, continuară cercetările, dar mai ales sprijinul dat de Feldt în Germania, Léon Bernard şi Dumarest în Franţa, Sayé în Spania, etc., înlesniră auroterapiei să intre în practica medicală. Cu toate acestea, acordul asupra acestei preţioase

metode este departe de a fi unanim. Ca orice metodă nouă, ea oscilează încă între un entuziasm şi un scepticism deopotrivă de criticabile. Totuşi, urmărind cu atenţiune lucrările din ce în ce mai numeroase ce se publică asupra chestiunei, ne dăm seama că, încetul cu încetul, auroterapia câştigă teren şi se impune atenţiunei unui număr de medici din ce în ce mai mare. Incă o dovadă că puterea unei idei se măsoară după lucrările şi comentariile la cari dă naştere.

Din toate lucrările consacrate auroterapiei se desprinde un fapt admis de toţi, fără excepţie: acela că nu trebue să punem auroterapia pe picior de egalitate cu celelalte metode de tratament. Indicaţiunile curei sanatoriale şi ale colapsoterapiei nu trebuesc întru nimic modificate prin introducerea sărurilor de aur. Pneumotoraxul artificial îşi păstrează întru totul întâetatea în tratamentul tuberculozei pulmonare. Auroterapia este o metodă folositoare doar ca un procedeu ajutător al curei sanatoriale şi al colapsoterapiei.

Cu toate acestea, sunt cazuri când cura sanatorială şi pneumotoraxul sunt, din nenorocire, peste putinţă de înfăptuit. In aceste condiţiuni auroterapia poate fi folosită ca o metodă autonomă şi nu avem dreptul să refuzăm bolnavilor un tratament cu săruri de aur. Chiar în cazurile când este consiliat fără prea multă speranţă, pot fi câţiva sorţi de reuşită.

Ne îngăduim să aducem o contribuţie la studiul auroterapiei în cură liberă, la care am fost siliţi să recurgem ori de câte ori cura sanatorială sau colapsoterapia nu erau posibile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In loc de statistici încărcate de cifre cari obosesc, am adoptat punctul de vedere al lui Burnand care spune că cititorul va putea să-şi facă o părere expunând cu de-amănuntul cazuri puţine dar demonstrative, iar nu publicând vaste statistici în care se îngrămădesc de-avalma cazuri ce nu se aseamănă de loc. Este ceia ce el a numit „l'aurothérapie à objectif limité" şi pe care o admite şi Bezançon când spune că ne putem da seama de efectele auroterapiei numai în cazurile cari neputând fi ameliorate prin metodele obişnuite au fost tratate prin auroterapie. Putem sintetiza acest mod de a vedea printr'o formulă lapidară: „non numeranda sed ponderanda".

Vom da în cele ce urmează rezumatul a cinci observaţiuni alese printre cele mai demonstrative şi urmărite de noi în cură liberă sau la dispensar:

OBSERV. I. — Petre Gh. de 22 ani, student la politechnică. Un frate mai mare mort de tuberculoză pulmonară în Ianuarie 1930. La acea dată, un examen de control al fraţilor şi surorilor nu arată nici o leziune pulmonară. In Mai 1932, astenie, slăbire, o uşoară tuse seacă pe cari bolnavul le atribue surmenajului datorit preparării examenelor. Intâlnit din întâmplare, sunt isbit de starea lui şi cunoscându-i antecedentele, îl supun unui nou examen. Examenele stetacustic, radiologic şi de laborator ne arată o infiltraţie tuberculoasă, evolutivă, ocupând 1/3 superioară a ambilor pulmoni. Bolnavul pleacă imediat la munte unde rămâne aproape patru luni. Examinat din nou în Octombrie se constată o uşoară îmbunătăţire a simptomelor funcţionale; bacilloscopia e tot pozitivă. O nouă radiografie arată pete mari şi o cavernă pe cale

de formaţiune sub clavicula dreaptă, pete mai mici şi un aspect în miez de pâine sub clavicula stângă. Deci, leziuni evolutive cari n'au fost de loc modificate prin cura de altitudine. Ii prescrim un tratament cu sanocrizină, tratament ambulatoriu, începând cu 0,05 gr. şi ajungând progresiv, făcând o injecţie la opt zile, la 0,50 gr., doză pe care o repetăm până la o doză totală de 6 gr. Incetul cu încetul, chiar după primele injecţiuni, pofta de mâncare creşte, starea generală se îmbunătăţeşte, temperatura scade la normal, iar semnele stetacustice dispar aproape cu totul. Bacilii Koch dispar din spută. Radiografia arată o ştergere a petelor şi a excavaţiunilor, fiind înlocuite cu tractusuri fibroase. După o pauză de trei luni, pe cari le petrece la munte, face o nouă serie de 4,50 gr. sanocrizină care e urmată de dispariţia complectă a sgomotelor adventice.

In 1935 îşi face stagiul militar în condiţiuni normale.

OBSERV. II. — Florea C. de 25 ani, ofiţer. Boala începe în Martie 1932, cu astenie şi slăbiciune. In August se produce o hemoptizie abundentă cu febră până la 40°. O şedere de trei luni într'un sanatoriu nu-i foloseşte; leziunile pulmonare continuă să evolueze. Examinat în Noembrie, constatăm matitatea fosselor spinoase şi claviculare stângi cu raluri buloase numeroase, şi submatitatea vârfului drept cu raluri mai puţine. Temperatura până la 39°. Starea generală rea. Expectoraţie baciliferă. Radiografia: ambele vârfuri sunt întunecate de pete neomogene, iar în cel de al doilea spaţiu intercostal anterior stâng se vede o imagine circulară de mărimea unei alune; o altă imagine piriformă sub clavicula dreaptă. Greutatea: 69 kgr. Se începe un tratament cu sanocrizină, în cură liberă dela 0,05 gr. până la 0,50 gr., doză ce se repetă. După 3 gr. starea generală este mult ameliorată, bolnavul este apiretic. Greutatea: 80 kgr. Baciloscopia tot pozitivă. Se continuă injecţiile cu doza de 0,50 gr. După 6 gr. ralurile buloase au dispărut; starea generală e excelentă; greutatea: 84 kgr. Baciloscopia pozitivă. Pe radiografie se vede o ştergere parţială a leziunilor. După 9 gr. bacilii sunt rari şi predomină formele granulare. După 11 gr. bacilii nu se mai găsesc în spută; greutatea: 87 kgr. Pe radiografie petele şi imaginile cavitare au fost înlocuite cu o reţea fină de ţesut fibros. După o pauză de 3 luni, o nouă serie de întreţinere de 7,65 gr. (Februarie—Iulie 1934). Revăzut în Ianuarie 1935, vindecarea se menţine.

Ultimile ştiri ce am avut, confirmă vindecarea şi reluarea vieţii normale.

OBSERV. III. — Ana P. de 22 ani. Boala a început în August 1933, printr'o hemoptizie abundentă şi febrilă, în luna a patra de sarcină. Examenul stetacustic găseşte submatitatea fosselor spinoase şi claviculare stângi cu raluri buloase; cracmente seci la vârful drept. Pe radiografie se văd pete şi marmorări risipite în treimea superioară a câmpului pulmonar stâng; aspect granitat în cele două treimi superioare ale pulmonului drept (însămânţare post-hemoptoică?). Baciloscopia pozitivă. Se începe un tratament cu sanocrizină dela 0,05 gr. până la 0,25 gr. ce se repetă. După 3 gr. ameliorare netă, apirexie. Se întrerup injecţiile după o doză totală de 4,50 gr., din cauza naşterii care se produce la 29 Ianuarie 1934, în condiţiuni normale. Copilul e normal; este vaccinat cu B. C. G. şi este alăptat de doică. La 15 Februarie se reia injecţiile şi se mai fac 6,50 gr., după cari radiografia arată o ştergere aproape complectă a infiltratului stâng şi dispariţia micro-nodulilor din dreapta. Baciloscopia negativă.

După o pauză de trei luni, o nouă serie de întreţinere de 3 gr. O ultimă radiografie arată o imagine toracică normală, cu un uşor grad de scleroză

reticulară. Stare generală bună; recuperarea vieții normale. Copilul se desvoltă în mod normal.

OBSERV. IV. — Iosif A. de 37 ani, tipograf. — Boala începe cu astenie și slăbiciune. Este examinat pentru prima oară în Noembrie 1934 și constatăm matitatea fosselor spinoase și claviculare drepte cu numeroase raluri buloase și consonante; submatitatea vârfului stâng cu raluri buloase destul de numeroase. Baciloscopia pozitivă. Greutatea 58 kgr. Radiografia arată o infiltrație nodulară, destul de confluentă, ocupând cele două treimi superioare ale pulmonului drept; sub claviculă o cavernă eliptică al cărei diametru vertical măsoară 5 cm., iar cel orizontal 4 cm. Aceiași infiltrație nodulară la vârful stâng, mai puțin densă, mai puțin întinsă, cu o imagine ovoidă sub claviculă, ale cărei diametre sunt $4/2^1/_2$ cm. Se prescrie un tratament cu Solganal B. 20% oleos, urmat la dispensar, în injecțiuni intramusculare de două ori pe săptămână, începând cu 1/4 cmc. și ajungând progresiv la 1 cmc. care se repetă. După 3 gr. apirexie; după 5 gr. dispariția semnelor funcționale și diminuarea ralurilor. Baciloscopia tot pozitivă. După 10 gr. starea generală e cât se poate de bună; ralurile au dispărut; baciloscopia negativă. Greutatea 65 kgr. Am urmărit pe radiografii în serie diferitele etape ce au dus la dispariția celor două caverne, la rezorbția infiltratului nodular, lăsând în locul lor doar câteva dâre opace și fine de scleroză intercleidohilară.

OBSERV. V. — Dumitru D. de 18 ani, elev de liceu. Inceputul boalei în Aprilie 1934, sub formă gripală. La 1 Iunie un nou episod febril; dar bolnavul nu se poate îngriji din cauza examenelor. La 11 Iunie apare o hemoptizie abundentă, cu febră până la 39,5°, și care ține opt zile. Dar febra se menține în jurul lui 39°; starea generală se înrăutățește.

Bolnavul este văzut pentru prima oară la 31 Iulie; stare generală rea; febră 39,2°; sudori abundente; tuse cu expectorație muco-purulentă destul de abundentă; baciloscopie pozitivă. La examenul stetacustic găsim matitatea fosselor spinoase și claviculare stângi cu numeroase raluri buloase împrăștiate pe toată întinderea hemitoracelui. Raluri mici, seci, la vârful drept. Pe radiografie, câmpul pulmonar stâng apare întunecat de pete neregulate, cu contur estompat. Mici pete pe câmpul pulmonar drept. Se prescrie un tratament cu Solganal B. 20% oleos, începând cu 2/10 cmc., pentru a ajunge progresiv la 1,5 cmc. După 1 cmc. temperatura scade la normal. Greutatea 58 kgr. După 2 gr. baciloscopie e negativă. Semnele funcționale dispar încetul cu încetul; semnele fizice de asemenea se modifică. După 10 gr. starea generală e excelentă; semnele funcționale și fizice au dispărut complect. Greutatea: 80 kgr. Un examen al sângelui arată: leucocite 21.600; eritrocite 4.680.000; polinucleare neutrofile 79%, eosinofile $4^0/_0$. Cu toate că sfătuim pe bolnav să înceteze injecțiile, mai face încă 2 gr.; în total 12 gr. Un nou examen al sângelui arată: leucocite 11.300; eritrocite 5.250.000; polineutrofile $79^0/_0$; eosinofile 2%. Greutatea: 84 kgr. Ultima radiografie arată doar câteva dâre de scleroză.

Am fi putut da mai multe observațiuni de vindecare clinică și radiologică prin săruri de aur. Credem că observațiunile publicate mai sus sunt suficient de demonstrative pentru a ne putea face o idee destul de clară despre posibilitățile auroterapiei în unele forme de tuberculoză pulmonară.

Nu vom intra în analiza acțiunei sărurilor de aur asupra simptomelor clinice. Această acțiune a fost mult studiată, în special

de medicii danezi.

Vrem doar să insistăm asupra faptului că bolnavii noştrii au fost trataţi în cură liberă (Obs. II, III, şi V), sau la dispensar, în tratament ambulatoriu (Obs. I şi IV) şi în condiţiuni higieno-dietetice insuficiente, cu excepţia bolnavului din Obs. II, care a urmat aproape tot tratamentul la ţară.

Toţi ceilalţi bolnavi n'au părăsit oraşul unde au făcut o cură de repaus iluzorie, uneori fantezistă şi supusă tutulor sugestiilor extra-medicale, cu toate recomandările noastre repetate şi insistente. Singura excepţie o face bolnavul din Obs. V, care a urmat un repaus riguros. Cât priveşte bolnavul din Obs. IV, nici nu şi-a întrerupt ocupaţiile; munca de tipograf, cu lucru de noapte, nu este nici higienică nici odihnitoare. Dar nevoia de a se hrăni pe el şi familia lui a fost mai puternică decât recomandările noastre. Nu trebue să uităm că acest bolnav avea forma de tuberculoză cea mai serioasă: caverne bilaterale, destul de voluminoase. Nu încape nici o îndoială că vindecarea acestei forme este datorită numai auroterapiei.

Unii autori au pus alături auroterapia şi cura sanatorială pentru a ajunge la concluzia că cea de a doua este infinit superioară. Nu văd care ar fi logica acestui mod de a rezolva o chestiune. Comparaţiile pot duce uneori la deducţii absurde. Imi voi permite totuşi să atrag atenţiunea asupra bolnavului din Obs. II, care a stat trei luni într'un sanatoriu fără absolut nici un beneficiu, fără ca măcar evoluţia boalei să poată fi oprită. Dela primele injecţiuni de sanocrizină făcute în cură liberă, şi în oraş, s'a schiţat o ameliorare care a dus la o vindecare complectă, clinică şi radiologică, după 18,65 gr. sare de aur şi cu un câştig în greutate de 17 kgr.

Departe de noi ideia de a opune curei sanatoriale, auroterapia. Dar sunt cazuri când această cură, unanim admisă, nu poate fi înfăptuită. In aceste condiţiuni nu putem refuza bolnavului beneficiul, deşi problematic, al unui tratament cu săruri de aur. Pentru că, trebue să o recunoaştem, acest tratament este superior ori cărui alt tratament medicamentos.

Observaţiunea III, confirmă eficacitatea auroterapiei la femeile însărcinate tuberculoase. In cazul nostru avortul terapeutic, chiar dacă ar fi avut oarecari indicaţiuni, ar fi fost refuzat de părinţi; pneumotoraxul artificial era greu de instituit din cauza bilateralităţii leziunilor; cura sanatorială era imposibilă, din lipsă de mijloace. Aşa că, prin excluzie, auroterapia rămânea singura metodă de aplicat. Rezultatul obţinut confirmă părerea şcoalei Prof. L. Bernard asupra chestiunei.

Deşi accidentele datorite sărurilor de aur sunt destul de numeroase, până la 30%, în cazurile noastre n'am avut nici cel mai mic incident sau accident de intoleranţă sau intoxicaţie. La bolnavul din Obs. V, discordanţa leucocitozei se explică prin faptul că primul examen a fost făcut în primele ore ce au urmat injecţiei, al doilea examen a fost făcut la 4 zile după injecţie. Aceste fapte confirmă împărţirea în hiperleucocitoze imediate şi hiperleucoci-

toze tardive, precum şi aserţiunea lui Coste, J. Bernard, etc., cari nu acordă o prea mare importanţă hiperleucocitozei.

Cât priveşte acţiunea comparativă a sărurilor de aur în soluţie apoasă şi în suspensiune uleioasă, ne este greu, după experienţa ce avem până în momentul de faţă, să formulăm o părere precisă asupra superiorităţii unora din ele. Doze de 18,65 sanocrizină au fost tot aşa de eficace şi tot aşa de bine suportate ca şi doze de 12 gr. solganal uleios. Accidentele au fost observate în proporţii aproape egale în ambele metode.

De câtva timp folosim Gluconatul de calciu 10% ca solvant al sanocrizinei sau crisalbinei. Impresia avută până în prezent este că accidentele cutanate şi mucoase ar fi mai rare. Intr'un caz în care soluţia apoasă de crisalbină a dat un uşor eritem al feţei şi toracelui, întrebuinţarea euphoryl-ului ca solvant ne-a îngăduit să putem continua tratamentul, eritemul dispărând.

Am înlocuit technica seriilor cu metoda injecţiilor continui, urmate până la o ameliorare suficientă sau până la întrerupere din cauza ineficacităţii lor. După cum se poate vedea din Obs. IV şi V, aceste injecţiuni continui până la 10 gr. şi 12 gr., au fost perfect de bine tolerate.

Rezultatele bune obţinute sunt datorite şi faptului că leziunile de tratat erau leziuni proaspete, exudative, cari constituesc indicaţiunea optimă a auroterapiei.

Ca încheere la cele expuse mai sus şi ca concluzie generală a spinoasei chestiuni a auroterapiei trebue să admitem că cura sanatorială şi colapsoterapia rămân la baza tratamentului tuberculozei pulmonare.

Numai când acestea nu pot fi aplicate, sau rămân fără efect, auroterapia constitue o metodă ajutătoare de primul ordin. Indicată în perfectă cunoştinţă de cauză, ea merită să ocupe un loc de frunte în arsenalul antituberculos.

La cure sanatoriale et la collapsothérapie doivent rester à la base du traitement de la tuberculose pulmonaire.

L'aurothérapie est une méthode adjuvante de premier ordre; elle peut être employée aussi comme méthode autonome dans les cas où la cure sanatoriale et la collapsothérapie ne peuvent pas être appliquées.

Les solutions aqueuses et les suspensions huileuses nous ont donné des résultats sensiblement equivalents.

L'emploi du gluconate de calcium et de «l'Euphoryl», comme solvants, a diminué les accidents cutannés et muqueux.

La cura sanatoriale e la collassoterapia devono stare alla base di ogni trattamento della tubercolosi polmonare.

L'auroterapia è un metodo ausiliario di primissimo ordine; essa può essere adoperata anche come metodo autonomo nei casi in cui la collassoterapia e la cura sanatoriale non possono essere applicati

Le soluzioni acquose e la suspensioni oleose ci hanno dato dei risultati pressapoco equivalenti.

L'uso del gluconato di calcio e di «Euphoryl», come dissolvante, ha fatto diminuire gli accidenti cutanei e muccosi.

Die Sanatoriumpflege und die Kollapsotherapie muss unbedingt als Grundlage der Behandlung der Lungentuberkulose dienen.

Die Goldtherapie ist eine bedeutende Hilfsmetode; sie kann auch als eine selbststehende Metode verwendet werden in den Fällen wo Sanatoriumpflege und Kollapsotherapie keine Erfolge ergeben.

Die Wasserlösung sowie die Oelsuspensionen haben gleiche Erfolge gezeigt.

Der Gebrauch des Kalziumglukonats und «Euphoryl» haben die Haut und Schleimhaut Eruptionen wesentlich verringert.

REVISTA TERAPEUTICA ANUALA
(1 Januarie 1936—31 Decembrie 1936)

de

Docent D-r GH. NICULESCU
medic primar

şi

D-r M. STANESCU
medic secundar

Marele şi regretatul nostru maestru Prof. D-r A. Theohari, publica în fiecare an o revistă terapeutică a literaturei medicale străine şi româneşti.

D-l Docent D-r Cânciulescu ne-a îndemnat să reluăm această publicaţie anuală, întreruptă prin dispariţia Prof. Theohari şi cu multă bunăvoinţă ne-a pus la dispoziţie preţioasa sa revistă „Mişcarea Medicală".

Începe cu revista terapeutică a anului 1936, luându-ne obligaţiunea ca în fiecare an să continuăm la aceiaşi dată cu anul încheiat.

Vom păstra ca sistem de expunere planul maestrului nostru.

* * *

TERAPEUTICA BOALELOR INFECŢIOASE.

A. *Tratamente generale.*

INJECŢII INTRAARTERIALE DE ANTISEPTICE.

Arnulf şi Frieh[1]) după îndemnul lui Leriche, au injectat substanţe antiseptice (mercurochrom, violet de genţiană) în diferite afecţiuni ale membrelor, limfangite întinse şi supurate, gangrena gazoasă, flegmon difuz, artrită supurată, cu rezultate încurajătoare. Substanţele introduse au un rol de antiseptic, producând în acelaş timp vasodilataţia regiunei irigate. Ei preferă soluţia de mercurochrom 2%, injectat în cantităţi de 8—10 cc. odată.

ROENTGENTERAPIA IN AFECŢIUNILE INFLAMATORII ACUTE.

Culty[2]), cu iradiaţii în doze slabe a obţinut retrocedarea fenomenelor inflamatorii în furuncule, panariţii, furuncule ale conductului auditiv, otite, fluxiuni dentare. Remarcabil că după o accentuare temporară fenomenele dureroase dispărea rapid. Nemours-Auguste[3]), Jeandel[4]) au obţinut rezultate analoage.

TRATAMENTUL BOALELOR FEBRILE PRIN SULF.

Prof. P. Niculescu[5]) (vezi aparat digestiv).

B. *Tratamente speciale.*

BOTULISM.

Ravina şi Dreyfus [6]) au tratat două cazuri de botulism, apărute în urma consumării de spanac conservat. La trei zile dela ingerarea alimentelor conservate, tabloul infecţiunei botulinice era complect: diaree, greaţă, crampe, diplopie, paralizia acomodaţiei, paralizia vălului palatin, slăbirea reflexelor tendinoase.. La unul din cazuri au aplicat numai seroterapia antibotulinică, injectând în prima zi de tratament 60 cc., apoi zilnic 40 cc. până la vindecare. In al doilea caz a făcut şi injecţii cu anatoxină botulinică jumătate cc. în prima dată, apoi un cc. după şase zile. Amândouă cazurile s'au vindecat.

DIFTERIE.

Poisseau, Braillon, Vaille, Jeanette-Walen [7]), asociază strichnoterapia la tratamentul obişnuit în difteria malignă. Pornind dela bunele rezultate obţinute de Hartenburg, Trifontaine, Giovanni, White ford, cu stricnină în infecţiunile generale, în pneomopatiile acute şi intoxicaţiuni, ei administrează bolnavilor cu difterie malignă stricnina în injecţii la 3 ore interval, în doze ce variază proporţional cu gravitatea cazului, între 1—2 mgr. de kgr., de greutate corporală în 24 de ore. Toleranţa la stricnină este destul de mare. Trousseau, Hartenberg, Meerhof, au putut administra 15—20 mgr. de stricnină în injecţii fără ca bolnavul să fi perezentat turburări. In general stricnina se elimină prin rinichi în trei ore dela introducere, în proporţie de 20%; restul de 80% din doza introdusă este arsă probabil la nivelul ficatului. Mortalitatea difteriei maligne oscilează după autori între 30—80%. Cu stricnoterapia intensă, autorii citaţi dau 87,3% vindecări. Cu cât tratamentul (cu stricnină) este aplicat mai devreme, cu atât rezultatele sunt mai bune; astfel, 19 bolnavi trataţi din primele 5 zile s'au vindecat toţi. Restul bolnavilor trataţi târziu au dat 14 vindecări din 25 (56%).

LEPRA.

Albastrul de metylen pare să constitue un mijloc terapeutic încurajator în tratamentul leprei.

Berny şi Gippet [8]) arată că badigionajul zilnic al ulceraţiilor de origină leproasă cu o soluţie de albastru de metylen 1% are o acţiune cicatrizantă netă. Montel preferă praful de colorant în loc de soluţie.

Bernay [9]), constată că albastrul de metylen administrat per os calmează repede durerile leproşilor.

Montel [10]) face bilanţul tratamentului prin injecţii intravenoase de albastru de metylen şi dă: 10,26% vindecări clinice, 34,76% ameliorări, 6,55% staţionari, 1,42% agravări, 1,14% morţi.

Lépine şi Markianos [11]) dau şi ei rezultatele încurajătoare.

Bertaccini [12]), pe 21 de bolnavi, ajunge la concluzia că albastrul de metylen nu prezintă nici o eficacitate sigură în tratamentul leprei, iar acţiunea sa terapeutică este inferioară celorlalte medicamente utilizate până acum.

LIMFOGRANULOMATOZA INGUINALĂ SUBACUTĂ.

Margorot şi Rimbaud[13]) au obţinut vindecări prin injecţii intradermice de antigen simian, fără alt tratament, după 6—8 săptămâni, chiar în forme supurate şi fistulizate. Injecţiile se fac de două ori pe săptămână şi nu dau reacţie generală; ele pot fi considerate ca un mod de vaccinoterapie specifică.

Jaurin[14]) injectează antigen simian în ganglionii inflamaţi, obţinând reacţii focale şi generale potrivite. In trei cazuri, după 2—3 injecţii s'a ajuns la resorpţia complectă a tumefacţiilor ganglionare.

Flandin şi Turiaf[15]) au injectat antigen intravenos cu rezultate discordonate.

Jitianu[16]) face injecţiuni intramusculare cu bulionvaccin Delbet şi obţine rezultate bune cu acest tratament nespecific. Durata boalei este scurtată la 3—4 săptămâni. Durerea şi jena locală dispar după prima injecţie; procesul se reduce la localizarea infecţiunei pe un singur ganglion care, incizat, se cicatrizează repede. Vaccinul Delbet ar avea o acţiune de topire asupra ţesutului de periadenită.

SCARLATINA.

Stroe[17]), face o punere la punct a tratamentului seroterapic al scarlatinei. Utilizând serul antiscarlatinos (Dick) preparat de Institutul de seruri şi vaccinuri Cantacuzino, ajunge la concluziile următoare: In formele uşoare nu este nevoie de nici un tratament seroterapic. In formele hiperpiretice benigne, serul trebue administrat în primele patru zile de boală; seroterapia este cu atât mai eficace cu cât este aplicată mai aproape de începutul boalei; o singură injecţie de ser, 60—100 cc., poate fi de multe ori suficientă, iar efectele se observă în 24 de ore (febra scade la 38° sau sub 38°, insomnia dispare, etc.). Dacă efectul injecţiei nu este prompt, atunci avem aface cu o scarlatină complicată sau malignă. In formele hipertoxice, seroterapia cu ser Dick este nesigură; ea trebue asociată cu serul de convalescent, cu sângele total de convalescent sau cu imunotransfuzia. In lipsa convalescenţilor, se fac injecţii cu amestec de ser Dick cu sânge total dela unul din părinţi. In formele cu angină ulceromembranoasă, seroterapia cu ser Dick sau cu ser de convalescent dă rezultate parţiale. Pe lângă acestea, se administrează ser antigangrenos (Weinberg) 60—100 cc. pe zi până la cicatrizarea leziunilor faringiene. După a patra zi de boală, încetăm administrarea de ser Dick sau de convalescent. In formele cu septicemie, seroterapia antistreptococică dă rezultate destul de bune.

FEBRA DE MALTA.

Laporte, Darnaud şi Géraud[18]) publică un caz de vindecare prin endoproteină.

Coronat[19]), Tevenat[20]), publică câte un caz de melitococie tratat cu rubiazol şi vindecare rapid în mai puţin de o lună.

SODOKU.

Montel şi Trouong-Van-Que[21]) ajung la concluzia că sărurile de bismuth injectabile constituesc o armă eficace în sodoku.

SPIROCHETOZA ICTERO-HEMORAGICĂ.

Ravina şi Laplanche [22]), într'un caz cu stare generală gravă, cu astenie, tachicadie şi stomatită, la cari examenul sângelui a arătat o azotemie intensă cu cloropenie, au obţinut vindecare rapidă prin reclorurare.

INFECŢIUNI STAFILOCOCICE.

Lang [23]) tratează 7 cazuri de osteomielită cronică cu larve de muscă şi are 5 vindecări.

Carcassone şi Llucio [24]) vindecă în 4 zile un diabetic de 63 de ani ce avea un antrax al buzei superioare prin trei injecţii în situ de bacteriofag.

Brèhant şi Desplas [25]) au făcut zilnic injecţii intravenoase de bacteriofag 5 cc.. diluat în 250 cc. ser fiziologic, într'un caz de septico piohemie cu stafilococ aureu, timp de 8 zile. După 2 luni dela retrocedarea fenomenelor, apare un flegmon perinefretic care se vindecă după incizie.

Magendie [26]) aplică bacteriofagul intravenos, într'o singură singură injecţie, la un copil de 11 ani cu osteomielită acută a extrem. sup. a tibiei; după injecţie, se produce un şoc violent; după o lungă perioadă de piohemie marcată prin localizări succesive, copilul s'a vindecat.

Mo. Neal şi Frishee [27]) precizează utilizarea bacteriofagului în tratamentul septicemiilor stafilococice. Când o septicemie stafilococică este recunoscută, se întrebuinţează imediat un bacteriofag de stock, în timp ce se prepară un bacteriofag specific din cultura obţinută prin însămânţarea sângelui bolnavului. Dacă există leziuni accesibile, atunci se aplică bulion cu bacteriofag şi se fac în acelaş timp în jurul leziunilor injecţii cu culturi de bacteriofag obţinute pe medii cu asparagină. Bacteriofagul se injectează intravenos în doză suficientă pentru a provoca şoc; se începe deobiceiu cu 0,5 cc., apoi se injectează doze crescânde la intervale de 45 de minute până la 10 cc. odată, şi 100 cc. doza totală. Dacă apare un şoc marcat, atunci se suspendă injecţiile timp de 8—24 de ore. Dacă nu se produce, atunci pronosticul este mai puţin favorabil şi se încearcă totuşi a-l provoca ajungând la doza totală de 100 cc. sub 5 ani, 200 cc. până la 15 ani, 300 cc. la adulţi.

Se substitue bacteriofagul specific imediat ce este preparat. In 2—3 zile după şoc se repetă injecţia cu jumătate din doza care a produs şocul. Dacă o nouă hemocultură este pozitivă, se repetă şocul încă de două ori. Când hemocultura este negativă, se micşorează dozele injectate intravenos. Hemocultura se repetă de două ori pe săptămână. Pentru a evita determinările renale sau perirenale tardive, se continuă timp de trei luni injecţiile de bacteriofag sub cutan. Pe 100 de cazuri de septicemie stafilococică tratate cu bacteriofag, autorii au 25% supravieţuiri, o proporţie bună deocamdată.

Ramon, Bocage, Mercier şi Richou [28]) obţin rezultate bune cu anatoxina stafilococică în tratamentul afecţiunilor datorite stafilococului. Au ajuns la concluzia că cel mai bun mod de aplicare al

anatoxinei este următorul: injecţii săptămânale de anatoxină cu valoare antigenică de 10 unităţi pe 1 cc.; prima injecţie 1/4 cc., a 2-a 1/2 cc., a 3-a 1 cc., a 4-a 2 cc.

Sauvé[29]), experimentând anatoxina stafilococică pe 25 de cazuri, arată că aplicată preventiv nu dă nici o reacţie (6 cazuri, 6 succese); aplicată curativ, dă reacţie generală şi focală cu rezultate uneori contradictorii (2 septicemii, una vindecată; patru cazuri de antrax cu rezultate strălucite, un flegmon perinefretic vindecat, unul ameliorat, 7 eşecuri).

Rezultate bune cu anatoxină au mai publicat şi Soupault şi Bernardin[30]), Capelle[31]), Pagniez Plichet, Rendu[32]), Luccioni şi Blanchard[33]), Miraillé şi Capette[34]), Merklen, Waitz, Pernot[35]).

Lassier[36]), a obţinut cu trei injecţii de anatoxină în 4 zile o ameliorare rapidă, iar în 12 zile vindecarea unei osteomielite grave a maxilarului inferior. Bloch[37]), la un sugar, a vindecat osteomielita maxilarului superior.

Tzank, Klotz şi Negreanu[38]), pe 76 de cazuri de stafilococii, dintre care 62 de forme cutanate au obţinut cu anatoxină: 18 vindecări, 35 ameliorări, 10 agravări, 3 cazuri nu au fost influenţate, 6 în curs de tratament.

Magendie şi Villar[39]) asociază anatoxina cu serul lui Ramon; într'un caz de osteomielită acută cu septicemie; injecţiunile au fost făcute în extremis, după o lună de septicemie gravă. Sfârşitul letal nu a fost împiedecat. Delirul şi agitaţia bolnavului au dispărut după injecţia de ser.

Biblioteca Cluj / Central University Library Cluj

Tratamentul cu anatoxină stafilococică nu este uneori fără urmări desagreabile. Tzanck şi Klotz[40]) au descris un caz de nefrită hidropigenă la 15 zile după tratamentul cu anatoxină pentru o furunculoză.

Duvoir, Pellot, Bouley, Huguet[41]) au avut un colaps mortal la 8 ore după injecţia de 1/2 cc. de anatoxină pentru o hidroadenită discretă a axilei. Debré[42]) recomandă ca înaintea oricărei injecţii cu anatoxică să se introducă 1/10 cc. pentru a se vedea reacţia produsă. In cazurile când după această injecţie redusă apare o reacţie puternică, nu se va aplica anatoxina.

Touraine, Renault şi Boyer[43]) au observat apariţia unei anemii pernicioase aplastice după patru injecţii de anatoxină la un bolnav de 52 ani. Numărul hematiilor scăzuse la 1.360.000, leocitele la 3.200; se recomandă supravegherea formulei sanguine la vaccinaţii cu anatoxină.

INFECŢIUNI STREPTOCOCICE.

In erizipel, Anghelescu, Crivăţ, Pascal şi Lăzărescu[44]) au publicat rezultatele excelente, superioare seroterapiei antistreptococice şi iradiaţiilor ultraviolete, obţinute cu clorurul de sulfon a mido diamino azobenzol, (specialitatea „Prontosil"). Sub influenţa medicamentului luat per os, 8 comprimate a 0.30 pe zi, evoluţia bolii era scurtată, placardul erizipelatos şi febra dispărând după 24 de ore dela administrare; durata ospitalizării fiind redusă la 6 zile în medie.

Rezultate bune au avut şi Slătineanu, Bălteanu, Franche şi

Popp [45]) în 34 de cazuri tratate cu Prontosil; Meyer, Heine, Huguenin [46]), Ferrachove, Andrieu şi Mautier [47]).

Noul preparat (Prontosil, german; Rubiazol, francez), nu are nici o influenţă nocivă asupra rinichiului, chiar când acesta este suferind; Anghelescu şi colaboratorii săi au publicat chiar două cazuri de erizipel cu turburări renale serioase (retenţie azotată şi clorurată) la care tratamentul cu noul preparat pe lângă acţiunea curativă asupra erizipelului a ameliorat şi turburările renale.

Lemierre şi Laporte [48]), Laudat şi Daum [49]) au insistat şi ei asupra inocuităţii clorhidratului de sulfamido crysoidină pentru rinichiul bolnav.

S'au întâlnit şi cazuri de intoleranţă faţă de rubiazol: Sézary şi Friedman [50]) au observat un caz cu crize tipice nitritoide; Lemière [51]) un caz de erupţie morbiliformă.

In afară de Rubiazol şi Prontosil, cari sunt preparate azotice s'au mai găsit şi alţi derivaţi activi contra infecţiei streptococice.

Bloch-Michel, Conte şi Durel [52]), experimentând un preparat, derivat sulfamidat neozoic, benzylamino-benzen-sulfamido (46 R.R.) au găsit că este foarte eficace în tratamentul erizipelului. Pe 180 de bolnavi, au avut o singură recidivă. Acţiunea acestui medicament pare să fie aceiaşi ca şi a corpilor azoici studiaţi precedent; are avantajul că este fără gust şi nu este colorant.

Neuber [53]) tratează formele severe de erizipel cu ajutorul serului de convalescent. Rezultatele cu atât sunt mai bune cu cât tratamentul a fost aplicat mai precoce.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dănulescu şi Muscel [54]) publică rezultate foarte bune obţinute în 12 cazuri de erizipel tratate cu raze ultraviolete.

Barbier [55]) are un caz de pleurezie purulentă cu streptococ hemolitic care a fost bine influenţat de rubiazol.

Bune rezultate au obţinut Colebrook şi Kenny [56]) pe 38 de cazuri de infecţie puerperală cauzate de streptococul hemolitic ,prin administrarea zilnică de 2—2,50 gr. de prontosil timp de 1—16 zile fără alt tratament. Interesant de notat este faptul că în trei cazuri cu peritonită generalizată, unul fiind chiar complicat cu septicemie, au fost vindecate numai prin acest medicament.

Schaffer [57]) a utilizat în cazuri de infecţie puerperală un compus chimic preconizat de Hiligermann, alcătuit din sărurile alcaline ale acidului taurocolic, vindecând 85 de bolnave cu infecţii puerperale cu streptococ. Din 19 cazuri foarte grave a avut un singur deces. In cazurile indicate a făcut şi tratamentul chirurgical necesar, în plus a administrat injecţii intravenoase de alcaline.

Cleisz [58]) a vindecat cu serul lui Vincent două cazuri de septicemie puerperală cu streptococ hemolitic.

Digonnet, Chembault şi Rouchy [59]), utilizând technica lui Leriche injectând 10 cc. novocaină 1% la nivelul ganglionilor 2 şi 3 lombari la două bolnave cu flebită puerperală, au obţinut o dispariţie rapidă a durerilor, edemul s'a micşorat mult, evoluţia boalei a fost scurtată şi nu au rămas sequele.

Mathieu, Gilbert şi Tanouarn [60]) au vindecat cu ser Vincent un

caz de septicemie consecutivă unei otite cu streptococi.

Caussade şi Morisse [61]) cu ser Vincent au vindecat un caz de septicemie consecutiv unui irizipel al feţei însoţit de adenită supurată.

SYFILIS.

Flandin, Poumeau-Delille şi Richon [62]) au experimentat un nou preparat bismutic, iodurul dublu de bismuth şi de sodiu preparat de Lecoq. Au făcut 1000 de injecţiuni cu rezultate foarte favorabile; pare inofensiv cu 2 injecţiuni pe săptămână; cu trei injecţii pe săptămână, apare un lisereu gingival care dispare apoi repede. Conţine 3 cgr. de bismuth metalic la 1cc. de soluţie aposă. Treponema dispare din şancru după 2 injecţii; iar acesta se vindecă după 8 injecţii. Sifilidele secundare pălesc repede; iar cele terţiare scleroase se resorb repede.

Marian [63]) utilizează în tratamentul sifilisului o soluţie uleioasă de iod 5%. Dozele variază între 1—1,5 cc. la adult. Injecţiile se fac intramuscular de 2 ori pe săptămână, începând cu jumătate doză. La copil, până la 15 ani, se fac jumătate până la 1 cc., serie de 20 injecţii. Influenţează rapid leziunile primare şi secundare; vindecă foarte repede şi definitiv leziunile terţiare osoase.

TETANOS.

West [64]) utilizează curarina, un alcaliod extras din strichnos tonifera, în injecţii intravenoase continue de 0,25 mgr. pe kgr. de corp în fiecare oră. La primele semne de paralizie (căci curarina produce paralizii, fixându-se pe plăcile terminale) se suspendă injecţiile. Pe trei cazuri de tetanos, a obţinut cu acest trartament o dispariţie trecătoare a spasmelor; evoluţia spre sfârşitul letal nu a putut fi însă influenţată, toţi trei bolnavii au murit.

FEBRA TIFOIDĂ.

Wahl [65]) a aplicat metoda lui Bayle, modificată, în tatamentul febrei tifoide. In cinci cazuri, a administrat bolnavilor zilnic câte o injecţie cuprinzând cam 1 gr. de extract splenic total, o fiolă de extract total de glandă suprarenală (sau jumătate mgr. adrenalină) şi 1 gr. de extract de ficat (extractul corespunzător unui gram de ficat proaspăt. Mersul boalei a fost influenţat mult în bine; temperatura a început să scadă dela prima administrare de produse opoterapice; evoluţia a fost scurtată, iar convalescenţa complect afebrilă.

TUSE CONVULSIVĂ.

Lafuente [66]) a obţinut vindecarea unui caz grav de tuse convulsivă prin injecţiuni de o soluţiune fenolică complexă, fără să dea alte amănunte.

Roques [67]) a aplicat iradiaţiile de unde scurte în 19 cazuri de tuse convulsivă. Tratamentul a constat în 3—10 şedinţe zilnice, de 10—15 minute durată, transtoracice (un electrod pe mijlocul feţei anterioare a toracelui şi unul dorsal). Evoluţia boalei a fost scurtată. Această terapeutică nu împiedică medicaţiunea obişnuită.

(Urmare).

A

Academia de Medicină
din România

Ședința din 2 Iunie 1936

DIVIZIUNEA ȘTIINȚIFICĂ.

C. C. DIMITRIU, T. TANASOCA și D-ra A. POPOVICI: **Mecanismul durerii în ulcerul gastro-duodenal.**

Autorii conchid că durerea în cazurile de ulcer gastro-duodenal depinde de 3 factori: a) leziunea inflamatorie ulceroasă; b) contractilitatea gastrică, și c) aciditatea sucului gastric. Primul factor este absolut necesar; din ceilalți 2 factori, cel mai important este contractilitatea gastrică

BCU Biblioteca Centrală Universitară Cluj

C. C. DIMITRIU, T. TANASOCA și D-ra E. PLATON: **Acțiunea histidinei asupra motilității și acidității gastrice la om, în stare normală și patologică.**

Histidina introdusă direct în sânge, pe cale venoasă, în doză variind dela 0,04 ctgr. la 0,80 ctgr., nu are nici-o acțiune asupra funcțiunilor motorie și secretorie (aciditate) ale stomacului, atât la individul normal cât și la cel cu ulcer gastro-duodenal.

C. C. DIMITRIU, L. SCHWARZ și D-ra E. PLATON: **Acțiunea histidinei asupra puterii peptice a sucului gastric la om, în stare normală și patologică.**

Rezultatele cercetărilor făcute de autori, arată că histidina introdusă direct în sânge, pe cale venoasă, în doze de 0,60 ctgr., nu are nici-o acțiune asupra puterii peptice a sucului gastric la om în stare normală și patologică (ulcer gastro-duodenal).

Prof. ENESCU I. și VL. T. BUȘILĂ: **Modificările în cantitatea de apă a sângelui la omul normal după ingerare de apă.**

Autorii au administrat 1000 cmc. apă la indivizi sănătoși, dozând în urmă hemoglobina și albumina din ser. In 5 cazuri au găsit hemoglobina mărită, ceeace le-a făcut să afirme că se produce o hidremie. In ce privește diureza, n'au găsit întotdeauna o legătură între diluarea sângelui și cantitatea de urină.

Prof. MICHAIL D. și I. PĂCURARIU: **Lipaza serică în cursul evoluției leziunilor oculare naftalinice ale iepurelui și rolul său probabil în patogenia cataractei senile.**

Autorii au experimentat pe iepuri şi au ajuns la concluzia că hipercolesterinemia iepurilor trataţi cu naftalină, cât şi puterea colesterinogenetică urcattă a cristalinului lor cataractat, trebue să se datoreze diminuării puterei lipazice a serului şi cristalinului lor, cari suferă astfel încărcarea grăsoasă cunoscută.

Agreg. NASTA T.: **Tratamentul cancerului rectal printr'o operaţiune abdomino-perineală fragmentată. Procedeu personal.**

Principiul esenţial al procedeului consistă în abuşarea extremităţii distale a colonului sigmoid secţionat în regiuni inofensivă, la femeie în fundul vaginului, la om se practică un tunel care traversează fosa ischiorectală şi muşchiul ridicător pentru a fixa intestinul la pielea perineală din jurul anusului.

Prof. PARHON C. şi Conf. D. MARINESCU-BALOIU: **Prezenţa de glicogen în mare cantitate în sistemul nervos într'un caz de epilepsie mioclonică encefalitică.**

Intr'un caz de epilepsie mioclonică, observat de autori, începutul febril al boalei şi alteraţiile niflamatorii a centrilor nervoşi, arată natura infecţioasă. In afară de aceasta, se întâlneşte în centrii nervoşi, o substanţă în mare cantitate, care se colorează ca şi glicogenul, după metoda lui Best.

MARTHA TRANCU-RAINER şi OCTAV VLĂDUTIU: **Cercetări hormonale în acondroplazie.**

In urma cercetărilor făcute pe şoareci, autorii pot afirma prezenţa hormonului gonadotrop indiferent şi luteinizat a hormonului sexual femel şi bărbătesc şi a intermedinei.

Şedinţa din 16 Iunie 1936

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DIVIZIUNEA ŞTIINŢIFICĂ.

Agreg. DUMITRESCU-MANTE: **Cercetări asupra indicelui viscozimetric şi asupra albuminei în revărsările pleurale.**

Viscozimetria pleurală, contrar albumino-diagnosticului, a dat autorului cifre cu limite foarte restrânse şi bine fixate pentru fiecare grup din cele 120 revărsări studiate. Cercetarea indicelui viscozimetric devine aşa dar, mijlocul, tot atât de simplu ca precis, de a diagnostica natura lichidelor pleurale.

Agreg. DUMITRESCU-MANTE, S. DULUGEA şi I. GONŢEA: **Influenţa apei de Malnaş (izvor Maria) asupra probei galactozuriei provocate în cursul icterelor de tip cataral.**

Rezultatele favorabile asupra cifrelor galactozuriei provocate, obţinute prin întrebuinţarea acestei ape minerale, au condus pe autori să claseze acest izvor printre mijloacele terapeutice cari îmbunătăţesc starea de hepatoză icterică.

Prof. MINOVICI N. şi D-r BONCIU C.: **Consideraţiuni asupra 28 de cazuri de rupturi spontane ale cordului.**

Autorii au studiat 28 de cazuri de rupturi spontane ale cordului şi au găsit una sau mai multe rupturi. In 24 de cazuri au găsit ruptura la nivelul ventricolului stâng şi în 3 cazuri în ventricolul drept. Leziunile cari au provocat ruptura au fost: infarctul şi o degenerescenţă grăsoasă a miocardului, plăci scleroase cicatriciale, anevrisme cronice miocardice, etc. Un caz era în vârstă de 30 ani, restul între 54—80 ani.

Prof. MINOVICI N. şi D-r BONCIU C.: **Moarte subită într'un caz de paraganglion suprarenal bilateral.**

Autorii au observat la autopsia unui bărbat în vârstă de 37 ani — care moare în câteva ore în urma unor dureri abdominale în regiunea lombară dreaptă şi vărsături — hemoragie meningeală, congestie pulmonară, suprarenala stângă înlocuită de o tumoră dreaptă de 110 gr. şi o altă tumoră stângă de 40 gr., aspect imcroscopic de paraganglion bilateral al suprarenalei.

Prof. NICULESCU P., D-r HERASCU N. şi N. BARBILIAN: **Lipide şi esteri colesterinizaţi în hipertensiune.**

Studiind problema încă insuficient elucidată a colesterinemiei în hipertensiune, autorii au găsit o creştere foarte accentuată a esterilor colesterinizaţi, de douăsprezece ori mai mare decât aceia a hipercolesterinemiei. Creşterea esterilor compensează o diminuare a grăsimilor neutre, modificări cari se pot întâlni tot aşa de bine în hipertensiunile aşa zise esenţiale, ca şi în hipertensiunile organice.

Prof. VOLHARD F. (Frankfurt a/M): **Retinita (retino-malacie) angiospatică.**

Primii cercetători, apoi şcoala franceză (Widal şi Javal) considerau aproape toate simptomele afecţiunilor renale drept consecinţa unei turburări în funcţiunea de eliminare a rinichilor, iar hipertensiunea ca o reacţiune compensatoare pentru ameliorarea diurezei. Autorul a arătat că nici-unul din aceste simptome nu sunt datorite insuficienţei renale. A creiat noţiunea de retenţie de apă extrarenală; a arătat că amauroza uremică, uremia spastică nu sunt de natură uremică, ci datorite unei hipertensiuni intracraniene. Retinita este de natură angiospatică, ischemică şi aceleaşi modificări vasculare a putut observa şi în rinichi.

Autorul deosebeşte arterioscleroza benignă şi malignă, prima fără leziune retiniană şi cu presiunea diastolică puţin ridicată sau normală. In hipertensiunea palidă, malignă, există o stare permanentă de vasoconstricţie generalizată, determinată de un agent chimic care circulă în sânge şi care poate fi de origină hipofizară (la gravide) suprarenală (în cazurile de tumori medulare ale suprarenalei), sau renală în cazurile de afecţiuni renale cu jenă în circulaţiunea rinichiului. Această substanţă vasoconstrictoare de origină renală este actualmente în studiu şi şcoala lui Volhard caută să determine modul de formare şi natura chimică a acesteia.

Şedinţa din 24 Iunie 1936

DIVIZIUNEA ŞTIINŢIFICĂ.

Prof. HYMANS van den BERGH şi D-r H. A. PH. HARBOG (Utrecht): **Măsura vitezei de reacţie a bilirubinei directe şi indirecte.**

Autorii arată că bilirubina se prezintă în sânge sub două modalităţi, după reacţiunea pe care o dă cu diazoreactivul, adică directă sau indirectă. Cu ajutorul metodei lor se poate exprima în cifre cantitatea de fiecare fel de bilirubină, când există amândouă în ser.

D. SIMICI, M. POPESCU şi C. COVACEANU: **Consideraţiuni asupra importanţei semiologice a probelor Meltzer-Lyon, Carnot şi Gaehlinger pentru cercetarea infestaţiunei duodenului şi căilor biliare de Lamblia intestinalis.**

Autorii au căutat pe un mare număr de cazuri (prin tubaj duodenal) prezenţa Lambliei intestinale şi au găsit-o în proporţie de 24%, şi cu ajutorul probei lui Meltzer-Lyon au căutat-o şi în vezicula biliară. Ei au găsit

în cele mai multe cazuri prezența parazitului și în bila A și în bila B. Au mai făcut și proba lui Carnot și Gaehlinger (injecție subcutanată de 1 cmc. Retrohypophysină cu acțiune asupra veziculei biliare care nu irită duodenul). Autorii conchid că nici proba Meltzer-Lyon, nici a lui Carnot nu sunt capabile să dea certitudinea asupra originei veziculare a sucului duodenal conținând un mai mare număr de paraziți.

DIVIZIUNEA DE ORGANIZARE:

Prof. FORGUE E. (Montpellier): **Relativ la coordonarea internațională a operelor anticanceroase.**

După ce arată lupta intensă care se duce în Franța contra acestui flagel — autorul propune ca această luptă să fie dusă în formă colectivă — internațional — în toate domeniile, adică: experimental, clinic, profilactic, terapeutic.

Propune deasemenea formarea unei mari biblioteci centrale de cancerologie pe lângă Facultatea de Medicină din Paris.

Medic Col. MARINESCU N.: **Serviciul sănătății și războiul viitor.**

Autorul se ocupă de toate mijloacele de luptă ale războiului modern: războiul explosiv, incendiar, toxic, bacteriologic, etc. Problema transporturilor — terestră și aeriană — aceasta din urmă facilitând transportul răniților la mari distanțe de linia de luptă. Este necesar un personal medical bine pregătit, care să se adapteze împrejurărilor — și materialul necesar suficient și modern.

Ședința din 1 Iulie 1936

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DIVIZIUNEA ȘTIINȚIFICĂ.

Prof. ENESCU I., D-r ISAC C. și N. VACAREANU: **Putem determina viteza circulației sanguine intrahepatice (timpul traversării hepatice) prin metoda cu Iodur?**

Introducând aceiași cantitate de I. K. (0,20 gr.) pe cale bucală, duodenală sau rectală, autorii conchid că metoda pentru determinarea vitezei circulației sanguine intrahepatice (metodă care presupunea că iodurii se resorb tot așa de bine prin mucoasa gastrică cât și prin mucoasa rectală) nu poate fi întrebuințată în acest scop.

Prof. GRAÇOSKI, D-r GOLDNER și M. CAMNER: **Contribuțiuni la anatomia patologică a miopatiilor primitive.**

Autorii descriu pe lângă fibra în spirală cunoscută, numeroase fibrile care se pierd în țesutul conjonctiv și iau formă de figuri în „foc de artificii": fibrile care se întretaie și fac un feutraj de miofibrile.

M. PETRESCU, D-na CIMINO-BERENGER și A. SUTIANU: **Cercetări asupra hipoglicemiei alimentare precoce, sau prehiperglicemice.**

Autorii revin asupra chestiunei hipoglicemiei precoce, descrisă pentru prima oară în 1932, de M. Labbé, R. Boulin și M. Petresco, Aceste noi cercetări făcute pe 32 de cazuri, au arătat existența acestei hipoglicemii precoce, manifestată la 3 minute după ingestia de glucoză în 8 cazuri, a unei hipoglicemii relativ precoce în 18 cazuri și absența sa în 6 cazuri.

A fost ales membru titular în secțiunea de medicină internă: Prof. BACALOGLU C.

Au fost aleşi membrii asociaţi naţionali: Prof. AMZA JIANU, Agreg. SIMICI D. şi D-na TRANCU-RAINER M.

Au fost aleşi membrii asociaţi străini: Prof. MARIANO CASTEX (Buenos-Aires) şi Prof. ROUVILLOIS (Paris).

Au fost aleşi membrii corespondenţi străini: Prof. VOLHARD (Frankfurt a/M). Prof. MARTINEZ (Cordoba). MARCEL LABBÉ (Paris), Prof. JOSÉ ARCE (Buenos-Aires). Prof. COUVELAIRE (Paris), Prof. ALESSANDRI R. (Roma), Col. S. P. JAMES (Londra), Prof. MISSIROLI A. (Roma), Prof. ROUVIÈRE (Paris), Prof. BERNARDO ROUSSAY (Buenos-Aires), Prof. F. HOBDAY (Londra), Prof. F. TIFFENEAU (Paris).

Şedinţa din 8 Iulie 1936

DIVIZIUNEA ŞTIINŢIFICĂ.

Prof. HORTOLOMEI N., D-r TH. BURGHELE şi D-r A. BORA: **Tratamentul infecţiunilor urinare acute colibacilare prin seroterapia anticolibacilară.**

Autorii ajung la concluzia că serul anticolibacilar este foarte activ în cazurile de septicemie colibacilară acută-gravă, şi mai puţin activ în cele cronice. Acţiunea serului este specifică şi ameliorările se observă imediat. Ar fi bine ca la tratamentul seroterapic să se asocieze un tratament local. Reacţiuni serice foarte uşoare.

Prof. KERNBACH M., D-r M. COTUTZIU şi D-ra V. DAHNOVICI: **Apariţia şi evoluţia fibrinei în răni. Un nou criteriu pentru diagnosticul histologic al vechimei unei răni. (Prima notă preliminară).**

In urma experienţelor făcute pe şoareci şi observaţiunilor pe oameni, autorii ajung la concluzia că: apariţia fibrinei la locul traumatismului, organizarea şi dispariţia sa, au în rănile reinfectate un mers cronologic şi oferă în secţiuni tablouri histologice constante.

Prof. KERNBACH M., D-r M. COTUTZIO şi D-ra V. DAHNOVICI: **Cercetări critice asupra diagnosticului cronologic a rănilor prin examenul histologic.** (A doua notă preliminară).

Autorii au urmărit experimental: hemoragia şi destrucţiunea globulelor roşii, leucocitoza şi aparitiunea pigmenţilor sanguini. Au ajuns la concluziile că aspectul histologic al hemoragiei nu poate da nici-o indicaţie asupra datei unei plăgi ;deasemenea prezenţa sau absenţa pigmentului feric. Leucocitoza poate da indicaţiuni.

Prof. PARHON C. şi D-r D. MARINESCU-BALOID: **Sindrom coreoatetozic unilateral (gomă sifilitică) în segmentul extern şi median al nucleului lenticular.**

Este vorba de un caz de paralizie generală foarte avansată cu sindrom coreoatetozic limitat la partea dreaptă a corpului. La necropsie s'au găsit leziuni caracteristice de paralizie generală şi o gomă sifilitică care interesa putamenul şi segmentul extern al nucleului lenticular.

S. STOICESCU şi N. GINGOLD: **Acţiunea acidului ascorbic (vitamina C) asupra metabolismului hidraţilor de carbon. Nota 3-a: Mecanismul acţiunei.**

Acidul ascorbic exagerea şi prelungeşte hipoglicemia insulinică, se opune în parte la hiperglicemia adrenalinică, măreşte glicogenul hepatic şi diferenţa glicemică capilaro-venoasă.

B

Reviste medicale

Artere

Prof. I. HAȚIEGANU și A. MOGA: **Algiile submamare la femei cu ipertensiune.** — Clujul Medical No. 12/1935.

Autorii au observat la femeile în menopauză uneori, o durere, cu localizare caracteristică în regiunea sub-mamară stângă. Aceste cazuri sunt în legătură cu o hipertensiune arterială caracteristică menopauzei. Aceste algii pot fi revelatoare de hipertensiune, chiar când maxima scade până la cifra normală și hipertensiunea se poate constata fie măsurând-o în repetate rânduri, fie cercetând tensiunea medie.

Descriind și interpretând acest simptom, autorii evidențiază importanța hiperexcitabilității sistemului nervos în producerea fenomenelor dureroase de origină cardio-arterială.

I. Rosenstein.

D-ri I. IONESCU-MILTIADE și I. DUMITRESCU: **Arteriografia cerebrală.** — Revista de chirurgie No. 7—8/1935.

Un interesant și documentat studiu cuprinzând pe larg descrierea tehnicei arteriografiei, anatomia normală, flebografia cerebrală și a sinusurilor durei-mater, fiziologia injecțiunilor intra carotidiene, importanța clinică și diagnostică a arteriografiei cerebrale.

Lucrarea este complectată cu 8 observațiuni personale, și 13 clișee demonstrative.

I. R.

Digestive

Doc. D-r GH. NICULESCU: **Tratamente noui în ulcerul gastric și duodenal.** — Rev. Științ. Med. No. 12, 1935, p. 1468.

In afară de tratamentul clasic, regimul lactat, zaharat și gras, pansamente gastrice și alcalinele autorul trece în revistă o serie de tratamene ce s'au propus și încercat în ulcerul gastric și duodenal: Cura lui Sippy, regimul lui Jarotzky. Alcalinizarea intensă și continue a Prof. Beck, alimentația jeju-

nală a lui Einhorn; chimioterapia: bicarbonatul de sodiu în soluție de 15% injectat rectal în cantitate de 500 cmc., injecțiile intra-venoase cu benzoat de sodiu 2 cmc. din soluția 25%. Vaccinoterapia cu vaccin antistreptococic, enterococic.S'a propus și opoterapia endocriniană: extractul paratiroidian, posthipofizar, insulinoterapia, autorii propun injecții zilnice de 10—15 unități de insulină și regimul obișnuit în ulcere gastrice, s'au semnalat ameliorări cu acest tratament. Loeper recomandă injecțiile cu pepsină. S'a mai preconizat proteinoterapia, tratamentul mucogen și injecțiile histidină.

Acestea ar trebui privite ca tratamente adjuvante ale tratamentului clasic recomandat în ulcerele gastrice și duodenale.

M. C.

Endocrinologie

D-ri L. BALLIF et M-me E. CERNAUȚANU-ORNSTEIN: **Sur l'action mélanophoro-dilatatrice du lobe antérieur de l'hypophyse humaine.** — Bull. et mém. de la section d'endocrinol. No. 5, 1935, p. 241.

Caută a arăta că hormonul melanoforo-dilatator se găsește în mare cantitate și în lobul anterior al hipofizei, până acum se credea că acest hormon era specific numai al lobului posterior și intermediar al hipofizei. Autorii obțin o emulsie în ser fiziologic a lobului anterior al hipofizei și obțin reacții intense melanophorice mai durabile ca cele obținute cu emulsii de lob posterior. Cred că marea concentrare a hormonilor se datorește și abundenței coloidului care, ca și hormonii este secretat în lobul glandular.

R. H.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-ri C. I. PARHON, A. BLINOV et F. BRANOWER: **Sur la presence d'une substance expansomélanophorique dans l'urine de certains oedemateux.** — Bull. et mém. de la section d'endocrinol. No. 5, 1936, p. 261.

Dintr'o serie de cercetări ce au făcut reese rolul ce-l joacă hipofiza în hydratarea organelor, continue cercetările căutând rolul ce l'ar juca o hiperfuncțiune a lobului posterior al hipofizei în patogenia edemelor renale sau cardiace. Injectează în sacul dorsal al broascelor 3 cmc. de urină ce provine dela bolnave cu edem al membrelor inferioare de origină renală sau cardiacă și găsește o reacție de intensitate variabilă în 11 cazuri din 19, și anume o coloratie neagră a urinelor. Deci există în urina bolnavilor de edem o substanță ce determină expansiunea melanoforelor.

R. Hirsch.

Doc. D-r B. ASCHNER: **Secreținea internă și therapia constituțională.** — Endocrinol. ginecol. și obstetrică No. 2, 1936, p. 97.

Studiul și therapia endocrinologiei și al constituției sunt la baza neohormonopatologiei, iar raportul dintre endocrinologie și studiul constituției îl găsim în clasificația după dimensiuni, tonus, complexitate, vârstă, sex și sistemul organic dominant. In clasificarea după dimensiuni găsim picnicul ce e desvoltat în lățime, e gras și are turburări în funcția glandelor sexuale. In afară de preparate ovariene li se va da preparate thiroidiene, derivație pe cale intestinală, dietă, se va combate retenția autotoxinelor datorite unei eliminări insuficiente. Tonusul sistemului vascular este sub dependența sistemului endocrinian adrenalinic, ovar, thiroidă, testicul, etc.; în ipertonia sistemului vascular în climacterium obținem rezultate foarte bune cu dietă, derivație intestinală, tiroidă.

Glaucomul, turburările auditive, acnea rozacee a climacteriului sunt bine influențate prin tratamentul constituțional. Este bine de a conserva funcțiunile ovariene și de a asigura excrețiunea menstruală.

In menoragii tratamentul constituțional a dat rezultate satisfăcătoare.

In psihoze terapia constituțională (drastice, vomitive, derivative) a dat rezultate. Studiul constituției oferă căi noi în domeniul endocrinologiei.

R. H

Conf. AL. CRAINICEANU: **Contribuțiuni la studiul patogeniei și tratamentului ipertensiunei arteriale la menopauză.** — Endocrinol., ginecol. și obst. No. 2, 1936.

Autorul insistă asupra turburărilor tensiunei arteriale ce survin la menopauză și care împreună cu turburările vazo-motorii, congestive și hemoragice sunt expresia sindromului vascular al insuficienței ovariene. Examinează un mare număr de bolnave în menopauză sau care suferă de insuficiență ovariană găsește că hipertensiunea în aceste stări se datorește: vârstei, arteriosclerozei și turburărilor humorale ce însoțesc dispariția secreției interne a ovarelor, la care se adaugă hipersuprarenalemia menopauzei.

Recomandă tratamentul cu injecții intra-venoase de foliculină în doze de 100 u. s. și obține o scădere bruscă a tensiunei arteriale.

M C.

Doc. D-r POPOVICI TR.: **Menstruația și caracterele ei privită prin prisma credințelor populare și în lumina științei.** — Endocrin., ginecol. și obst. No. 2, 1936, p. 120.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După ce trece în revistă unele chestiuni din care reese observația empirică a poporului român și a altor popoare asupra toxicității observate în cursul menstruației, autorul face o serie de cercetări experimentale. Caută a arăta influența sudorei tegumentului palmar al femeei din timpul menstruației și în afara menstruației asupra florilor de ciclamen și ajunge la concluzia că aceasta ar avea ca efect o veștejire a floarei în timpul menstruației, ofilire ce variază ca intensitate după cazuri. Autorul crede că cholina și creatinina excretate cu exces în timpul menstruației ar opri fenomenele de fermentație nutritivă a floarei și astfel asistăm la ofilirea lor.

R. Hirsch.

D-ri GRIGORE BENETATO, I. GAINĂ și C. OPRIȘIU: **Contribuțiuni la studiul funcțiunei antitoxice a capsulei suprarenale.** — Endocrin., ginecol. și obstetr. No. 2, 1936, p. 153.

Studiază rezistența la intoxicații a animalelor care prezintă o hipertrofie a porțiunei corticale a suprarenalelor provocate de tratamentul cu extract hipofizar și ajunge la concluzia că atât hipertrofia țesutului cortical cât și cel medular al suprarenalelor provocată de extractul hipofizar nu mărește la animalele normale rezistența lor față de toxine.

Aceasta confirmă concepția lui Reiss care susține că școala suprarenalelor și hormonul cortical asigură evoluția normală a metabolismului și împiedecă formarea substanțelor antitoxice normale. Când glandele supra-renale lipsesc, animalele operate au o respirație micșorată față de toxinele exo și endogene.

R. H.

M-me MEDEA NICULESCU: **Action de l'extrait folliculaire sur le debut de la grossesse.** — Bull. et mém. de la section d'endocrinol. No. 4, 1935, p. 153.

Extensiunea ce a luat tratamentul cu foliculină în practica medicală în tratamentul amenoreelor, dismenoreelor şi amenoreelor sarcinei incipiente a atras atenţia autorilor care urmăresc acţiunea foliculinei asupra sarcinei. Autoarea a avut ocazia a urmări nenumărate cazuri în care s'au făcut injecţii cu doze mari de foliculină cu scop de a expulsa oul şi găseşte: febră, puls frequent, mici hemoragii uterine, ca tratament recomandă evacuarea oului mort în urma dilataţiei progresive a canalului cervical şi apoi evacuarea uterului Temperatura se poate menţine încă 7—8 zile după raclaj. Une-ori se iveşte icter, turburări gastro-intestinale migrene. Deci foliculina în doze mari are acţiune asupra sarcinei.

R. H.

D-ri C. I. PARHON et EP. TOMORUG: **L'hormone thyreotrope peut-elle être employée en clinique.** — Bull. et mém. de la section d'endocrinol. No. 4, 1935, p. 206.

Incearcă în clinică injecţii cu hormon thyreotrop (Schering) şi observă acţiunea acestui hormon asupra glandei thyroide care s'a mărit în urma injecţiilor cu hormon thyreotrop, pulsaţiile cresc dela 74 la 96 pe minut. Intr'un caz de myxoedeme cu acest tratament observă o mărire a metabolismului bazal care dela —30 a crescut la 7. Dar după un timp oarecare, acest hormon nu mai are nici acţiune. Technica aplicărei acestui tratament ar trebui să fie perfecţionată.

R. H.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-ri ALEXIANU-BUTTU et HORATIU MANOLESCU: **Le traitement du Basedow et de l'hyperthyroidisme par le fluor.** — Bull. et mém. de la section d'endocrinol. No. 4, 1935, p. 180.

Comunică cinci observaţii de boala lui Basedow la cari au încercat tratamentul recomandat de Goldenberg din Buenos-Aires, cu florură de amoniu şi de sodiu dat pe cale bucală şi în injecţii intra-venoase.

Se dă florură de amoniu de 4 ori pe zi şi 10 picături dintr'o soluţie de 2%, când dă turburări gastrice, vărsături, se va face injecţie intra-venoasă de florură de sodiu la 2 zile de interval.

Au observat la bolnavii de Basedow o ameliorare a metabolismului bazal şi a tachicardiei în urma tratamentului cu flor.

R. H.

D-ri C. I. PARHON et ST. M. MILCOU: **Virilisme pilaire et prolanurie.** — Bull. et mém. de la section d'endocrinol. No. 5, 257.

Studiază prolanuria în 12 cazuri de virilism pilar la bolnave între 18—81 ani şi în 11 cazuri găsesc prolanurie. Frequenţa prolanuriei pledează pentru participarea hipofizei în acest sindrom de pilozitate anormală.

Autorii cred că în virilism pilar cu prolanurie avem o turburare primitivă a hipofizei. Cred că există un raport între degenerescenţa kistică a ovarului şi hiperfuncţiunea hormonului de maturaţie. Probabil există la femei un factor în afara ovarelor ce influenţează structura şi funcţiunea acestuia, căci a găsit cu D-rul Aburel o bolnavă cu virilism pilar care avea şi tumori ovariene, o degenerescenţă kistică a ovarului. Există un raport între prolan B. şi ovare.

R. H.

Ficat

D-rii JEAN GONTZEA, D. HAGIESCO şi V. STROESCO: **Recherches sur les disfonctions hépatiques au cours de la tuberculose pulmonaire.** — Rev. Ştiinţ. Med. No. 3, 1936, p. 384.

Au practicat o serie de cercetări cu ajutorul probelor funcţionale spre a studia fizio-patologia ficatului în tuberculoza pulmonară şi astfel să deceleze când apare hepatita şi ce valoare are aceasta în problemele terapeutice şi prognostice. Au întrebuinţat galactozuria provocată studiind eliminarea galactozei după 4 ore şi ţinând seama de concentrarea primului eşantion de urină, de concentrarea mediei şi debit; consideră ca pozitivă cele la care a găsit mai mult ca 20 gr. $^0/_{00}$; aceasta confirmă existenţa unei hepatite; proba roşului de Bengal şi proba lui Roch spre a vedea funcţiunea cronoopexică şi antitoxică; proba lui Takata-Ara este o reacţie de floculaţie a serului ce depinde de alteraţia funcţiei proteice a ficatului; Bilirubinemia şi urobilinogenuria sunt două probe ce se efectuiază uşor în clinică şi cu acestea se poate studia insuficienţa hepatică. Autorii au mai practicat şi proba diurezei fracţionate şi proba resorpţiei bulei de edem ca să studieze metabolismul hidric la hepatici. In total au făcut 310 probe la 63 tuberculoşi pulmonari cu diferite forme anatomo-clinice, le expun cu un studiu statistic spre a evidenţia faptele interesante ce au găsit.

Ajung la concluzia că ficatul este dese-ori alterat în funcţiunile sale în cursul tuberculozei pulmonare, disfuncţiune ce poate fi pusă în evidenţă cu diferite probe funcţionale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rezultatele cele mai concludente au fost date cu galactozuria provocată, urobininogenuria şi bilirubinemia. Metabolismul hidric este descori alterat. Forma exudativă a tuberculozei pulmonare cu evoluţie acută sau sub acută e cea mai hepatotoxică. Ficatul tuberculoşilor fiind deseori atins în funcţiunile sale vom căuta a urmări funcţiunea ficatului în timpul tratamentului cu aur, a supra-alimentaţiei la tuberculoza pulmonară. Frequenţa hepatitei tuberculoşilor va institui o terapeutică activă şi preventivă, dat fiind rolul ficatului în imunitatea antibacilară. Deci se va studia hepato-prognosticul în tuberculoza pulmonară.

I. Rosenstein.

Genito-urinare

D-r PAUL CONSTANTINESCU: **Orchiepididimită consecutivă unei autovaccinaţiuni gonococice.** — Rev. Rom. de Urologie No. 5/935.

Autorul expune observaţia unei uretrite cronice complicate ca prostatoree unde după tratamentele obişnuite s'a procedat la o vaccinare cu stock-vaccin şi apoi cu autovaccin; rezultatul a fost producerea unei orchiepididimite de care a fost responsabil numai autovaccinul, căci tratamentul instrumental a fost tolerat fără nici un incident.

Autorul conchide arătând lipsa de valoare a autovaccinului şi mai ales lipsa de eficacitate a vaccinului administrat subcutanat.

I. R.

Infecţioase

D-ri AL. SLĂTINEANU, I. BĂLTEANU, I. ALEXA M. FRANCKE şi A. AGRAVILOAIE: **Spre o nouă epidemie de poliomielită.** — Rev. Ştiinţ. Med. No. 12, 1935, p. 1441.

Frequenţa neobişnuită a cazurilor de poliomielită, (într'un interval de 2 luni au fost internaţi în spital 23 cazuri de poliomielită) într'un interval scurt şi pe un teritoriu limitat face pe autori a aduce consideraţiuni din punct de vedere clinic, epidemiologic şi profilactic. Clinic din 8 cazuri 4 erau forma spinală, 3 forma meningee şi unul de formă cerebrală, prezenta în perioada incipientă fenomene de encefalită.

Comunică observaţiile clinice a acestor cazuri din care reese că se află în prezenţa unei epidemii de poliomielită, — şi că ne aflăm într'o ridicare a curbei epidemice, fapt ce s'a observat şi în alte ţări în anul 1935, când s'a dublat curba epidemică a poliomielitei. Toţi autorii găsesc că cazurile de poliomielită apar sporadic, probabil sunt lanţuri de purtători necunoscuţi şi cazuri abortive necunoscute.

Din studiile asupra poliomielitei făcute de Prof. C. Ionescu-Mihăeşti, Tupa, Wiesner, Mesrobeanu reese că vârsta cea mai atinsă este vârsta cea mai tânără, există o inegalitate a receptivităţei în poliomielită, foarte rar apare în aceiaşi familie mai mult ca un caz. M. Ciucă într'un studiu asupra epidemiologiei şi profilaxiei poliomielitei susţine că poliomielita este o infecţie strict umană, transmisă dela om la om şi a cărui mecanism al infecţiunei nu e încă determinat. Dificultăţile luptei contra acestei boalei sunt neprecizinea metodelor de diagnostic.

Dintr'o serie de cercetări făcute asupra valorei serului de convalescent ca profilactic în cursul unei epidemii de poliomielită fac să se întrebuinţeze azi pe o scară largă injecţiile de ser convalescent în doze de 10 cc. la copii, la adulţi 20 cc. Dar şi în serul normal se găseşte o proporţie de neutralizare a virusului de poliomielită. O serie de cercetători confirmă acest fapt, deci s'au găsit corpi neutralizatori în serul celora care prezintă antecedente de boală sau au fost contacţi cu bolnavi de poliomielită şi la normali. Ori-care ar fi interpretarea producerei anticorpilor neutralizatori în poliomielită pe epidemiologi îi interesează faptul că se găseşte în serul populaţiei anticorpi protectori contra infecţiei. Se recomandă ca în timpul unei epidemii de poliomielită să se facă centre de vaccinare cu seruri recoltate şi dela normali contra poliomielitei.

M. Cânclulescu.

Prof. G. TUDORANU, CL. HURMUZACHE et MARIE CANNER: **Altérations toxiques lymphocitaire chez un enfant fébrile.** — Bull. Soc. Péd. Jassy No. 1, pag. 15.

La un copil de 2 ani şi 8 luni cu o stare febrilă, cu o hipertrofie a ficatului, a splinei şi a ganglionilor limfatici, autorii găsesc un aspect particular al granulaţiilor azurofile a limfocitelor şi anume formaţiuni azurofile bacilare, în raquetă, în inel, spirilare. Cred că aceşti corpi azurofili găsiţi în limfociţi sunt granulaţii toxice. Copilul a plecat din spital, este afebril şi complect restabilit. Probabil o infecţie de lungă durată apărută la un copil cu sistemul ganglionar în plină activitate a atacat şi limfocitele.

M. C.

Nas

D-ri V. FOTIADE şi C. GHIŢESCU: **Simpatectomia cordonului cervical în ozenă.** — Rev. Ştinţ. Med. No. 3, 1936, p. 361.

In ultimul timp s'au preconizat în ozenă o serie de tratamente bazate pe origina simpatico-endocriniană a acestei afecţiuni. O serie de observaţii clinice publicate de autori, au confirmat această etiologie a ozenei, care s'ar produce în urma unei leziuni sau iritaţii prelungite a trigemenului (sau chiar a simpaticului) care în mod reflex prin intermediul sistemului neuro-vegetativ duc la atrofia pituitarei şi a scheletului sub-jacent. S'a propus simpatectomia pericarotidiană externă de Bertheim. Prof. Portmann simpatectomia pericarotidiană primitivă, Leroux-Robert şi Costiniu: extirparea primului ganglion cervical. Autorii au încercat simpatectomia cervicală într'un caz de ozenă la o bolnavă ce suferea de această boală de 6 ani şi obţin rezultate trecătoare, după 2 săptămâni totul a revenit la starea dinainte a operaţiei. Ajung la concluzia: simpatectomia peri-carotidiană în ozenă dă efecte imediat dar trecătoare, în ceia ce priveşte speranţele puse de autori pe efectele binefăcătoare a simpatectomiei cervicale pare că sunt iluzorii.

Ar trebui să se secţioneze primul ganglion toracic spre a secţiona toate căile vazo-constrictorii ale pituitarei; ceia ce trebue încercat.

I. Rosenstein.

Ochi

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I. BRECHER: **Despre un mijloc simplu de protecţie a corneii în cursul tonometriei.** — Cernăuţi Medical, No. 3, 1936.

Autorul a conceput un procedeu simplu de proteguire a corneii în timpul tonometriei, feriind lezarea epiteliului cornean, ce se riscă prin atingerea cu pistonul tonometrului. Procedeul constă în aplicarea unei rondele de peliculă de ou, membrana subţire ce se află imediat sub coca calcarină, denumită membrana testacea. Acest strat interpus de peliculă keratinoasă are menirea de a împiedica eventuala frotare prin metalul tonometrului. Experienţe făcute pd ochi de epuri, încercări adequate pe un număr de pacienţi au dovedit, că pelicula nu produce pe cornea nici-o leziune epitelială, iar cornea o tolerează perfect, că graţie proprietăţii de a se îmbiba cu lacrimi, rămâne totdeauna umedă şi umectează astfel la rândul ei straturile superficiale ale corneei, adaptându-se astfel în mod intim de suprafaţa acesteia.

Autorul arată, că această peliculă ar putea servi în mod convenabil ca material plastic artificial în locul obişnuitului lambou conjuctival şi pentru alte scopuri de inclavaţiune.

Procedeul preconizat de autor este indicat mai ales în acele cazuri patologice, unde orice leziune epitelială, oricât de minimă, ar putea avea consecinţe funeste: diabet, însoţit de dacriocistite, anestezii corneene, sindromul nasociliar al lui Charlin, lagoftalmie, după operaţiuni antiglaucomatoase şi în iridociclite grave şi în keratite parenchimatoase, unde trebue eludată eventualitatea unui glaucom secundar, etc.

Autoreferat.

Terapeutice

D-ri M. CIUCĂ şi M. MARBE: **Vaccinaţia antidifterică cu anatoxină Ramon.** — Rev. Ştiinţ. Med. No. 11, 1935, p. 1249.

Un studiu interesant şi complect asupra difteriei din ultimii ani la noi în ţară care arată valoarea şi bunele rezultate ale vaccinării antidifterice. După ce insistă asupra reacţiei lui Schick care decelează antitoxina din sânge şi deci ştim care individ este refractar la difterie, insistă să fie practicată această reacţie pe o scară întinsă. Se injectează intra-dermic 0.2 cc. de toxină diluată la mijlocul feţei anterioare antebraţului şi aceiaşi cantitate încălzită la antebraţul stâng.

Dacă după 48 ore găsim o roşaţă mai mare ca 12 mm. reacţia este pozitivă, nu are persoana de loc antitoxină, e receptibilă pentru difterie. Nu s'a produs reacţie, persoana are cel puţin 1/30 dintr'o unitate antitoxică, e rezistentă la difterie. Deci cu ajutorul reacţiei lui Schick putem decela persoanele susceptibile să facă difterie, iar după vaccinare putem stabili procentul de imunizaţi. Dintr'o serie de anchete făcute în diferite regiuni ale ţărei cu ajutorul reacţiei lui Schick la copii, la soldaţi rezultă că cu toată tendinţa de imunizare pe cale ocultă exprimată prin negativarea reacţiei lui Schick, aceasta nu împiedică cazurile fatale mai ales în difteriile maligne cari s'au produs în cursul ultimelor valuri epidemice, astfel găsim la noi în ţară un val epidemic graţie căreia s'au îmbolnăvit în anul 1934 7451 de persoane, dintre cari avem 981 morţi. Nu ne rămâne decât să vaccinăm pe cei predispuşi, cu reacţia Schick pozitivă pentru a obţine imunitatea.

După un istoric al vaccinărei active antidifterice autorii insistă asupra calităţilor anatoxinei lui Ramon care e complecta ei inocuitate, floculează în prezenţa serului antidifteric.

Anatoxina se obţine adăugând toxinei formol 3,5—4% şi ţinută la termostat timp de o lună la 39—40°. Anatoxina e perfect specifică, este un produs stabil şi ireversibil, imunitatea conferită de o anatoxină produsă dintr'o toxină fabricată cu b. difteric American 8, apără organismul împotriva ori-cărei tulpini de bacili difterici.

Astăzi anatoxina a fost încercată pe milioane de copii şi adulţi şi s'a arătat de o inocuitate perfectă. Valoarea metodei de profilaxie a difteriei cu anatoxină specifică s'a afirmat şi s'a confirmat de comitetul de igienă al Ligei Naţiunilor.

La noi în ţară vaccinarea în colectivităţi se datoreşte profesorului Cantacuzino. care ţinând seama de rezoluţia a 4-a a experţilor prin care se arată că anatoxina Ramon este cel mai eficace vaccin antidifteric, s'au început în România vaccinări de Institutele de Igienă şi de medicii igienişti. Experienţele au fost aduse de diverşi raportori la congresul de boale contagioase din Craiova şi azi vaccinarea antidifterică a copiilor e obligatorie. Technica inoculărilor la început 0,5 cc., după 3 săptămâni 1 cc. şi după alte 2 săptămâni 1,5 cc. dintr'o anatoxină titrând în mediu 11 unităţi antigene. S'au făcut şi vaccinări mixte antitifoparatifice şi antidifterice, şi cea antidifterică-scarlatinoasă. Apostolescu preconizează vaccinarea cu anatoxină diftrică odată cu vaccinarea antivariolică. Toate vaccinările s'au făcut la noi cu o anatoxină preparată după indicaţiile lui Ramon de către Institutul D-r I. Cantacuzino şi ajung la concluziile că anatoxina preparată la noi realizează toate condiţiile unui bun

BCU Cluj / Central University Library Cluj

vaccin antidifteric. Acţiunea ei imunizantă s'a arătat prin negativitatea reacţiei lui Schick care la unii cercetători a mers până la 98—100%. Cazurile foarte rare la difterie la vaccinaţi au fost benigne şi s'au vindecat fără tratament.

Medicii semnalează modificări ale situaţiei endemo-epidemiologice în trei aglomeraţiuni unde s'a practicat vaccinarea antidifterică.

M. Cânciulescu.

Prof. D-r C. BACALOGLU şi D-r P. PAUNESCU: **Calciterapia în turburările endocrinovegetative la femei.** — România Medicală No. 5, 1 Martie 1936.

In disfuncţiunile ovariene se observă turburări psihice şi vasomotorii· algii diferite, stări hemoragipare, turburări de metabolism şi turburări trofice. — Toate aceste stări sunt asociate sau probabil chiar datorite unei hipotonii vegetative şi anume unei hiposimpaticotonii. Această constatare reiese din cercetările prof. Daniel şi D-r Crăiniceanu cari au obţinut rezultate foarte bune, administrând lactat de calciu în doze de 6—8 grame pe zi. — Cu atât mai logică este întrebuinţarea asociaţiei calciu-foliculină pe care autorii au aplicat-o sub forma preparatului Folicacium-Richter, obţinând rezultate apreciabile în turburările neurovegetative din preajma menopauzei.

M. M. R.

Prof. D-r TH. SOLACOLU şi MARG. C-TINESCU: **Studiul farmacognostic al digitalei din România.** — Rev. Ştiinţ. Med. No. 12, 1935, p. 1429.

Autorii se mărginesc să expună metodele întrebuinţate în studiul farmacognostic al digitalei care studiu urmăreşte să stabilească valoarea activităţei terapeutice a digitalei provenită din recolta anului 1933, cultivată de Cooperativa „Digitalis" Orăştie şi să precizeze dacă se îndeplineşte sau nu condiţiunile pentru a forma un etalon naţional. După o serie de cercetări ajung la concluzia că digitala experimentată şi cultivată în ţara românească îndeplineşte condiţiile necesare unui etalon naţional. Valoarea practică a acestor cercetări este să dea putinţă medicului să calculeze exact doza necesară şi cum principii activi ai digitalei variază dela un sort la altul, autorii cred necesitatea de a se institui un etalon naţional.

R. Hirsch.

Doc. D-r E. HURMUZACHE, D. HERESCU et I. SPANU: **Glutathionémie chez les enfants soumis à la cure héliomarine.** — Bull. de la soc. de péd. de Jassy No. 1, 1935, p. 5.

Fac cercetări la 28 copii între 3½ şi 14 ani, cari prezentau fie stigmate de rachitism, fie micro-poliadenopatie, fie o debilitate generală accentuată şi urmăresc glutathionemia înainte şi după cura helio-marină.

Autorii găsesc o glutathionemie mărită cu 85% de cazuri la băeţi şi 100% la fete, cu o medie de 35 mg. (la băeţi) şi de 52 mg. (la fete).

Deci procesul de accido-reducţiune este mai mare în organismele supuse acţiunei terapeutice a talaso-terapiei.

I. Rosenstein.

C

Cărţi — Monografii — Teze

OMAGIU PROFESORULUI D. MIHAIL. Recueil de travaux offerts en hommage au Prof. D. MIHAIL à l'occasion de son XXV-ème anniversaire d'activité scientifique. – Cluj, 1936.

In cursul anului 1936, D-l Prof. D. Mihail, Directorul Clinicei oftalmologice dela Fac. de medicină din Cluj şi oftalmolog român cu reputaţie mondială, a împlinit 50 ani de vârste, cu care ocazie „Clujul Medical" i-a consacrat un număr special.

Sărbătorirea unui aniversar de 50 ani de vârstă, nu este justificată decât de realizările până la această vârstă, tânără pentru un om de ştiinţă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cecace este perfect cazul Profesorului dela Cluj, care la 50 ani împlinise şi 25 ani de activitate ştiinţifică.

In volumul ce prezentăm, se celebrează tocmai aceşti 25 ani de rodnică activitate ştiinţifică, sfert de veac care singur trebue luat în considerare, pe celălalt având drept să şi-l serbeze orice muritor.

In volumul jubiliar şi-au dat întâlnire, prin articole scrise, oftalmologi printre cei mai distinşi ai ţării noastre şi colegi sau prieteni din sânul Facultăţii unde sărbătoritul profesează.

D-l Prof. D. Mihail are însă drept la un omagiu mai întins care să depăşească cadrul oftalmologiei române şi atmosfera dela Cluj.

Au colaborat prin articole din specialitatea oftalmologiei D-nii Prof. D. Manolescu, Prof. D. Mihail (care expune „Cercetările sale asupra eliminării lacrimale a clorurului de sodiu"), Prof. I. Minca, D-r C. Pandelescu, Agregat N. Răsvan, D-na D-r Nicolau, Col. V. Dinulescu; — şi prin articole disparate D-nii Prof. V. Papilian, Prof. I. Haţieganu în col. cu Doc. L. Daniello şi P. Radu, Prof. I. Goia, Doc. C. Velluda cu I. Russu, Prof. Gh. Popoviciu, Prof. G. Buzoianu, Prof. C. Tătaru cu L. Pop, Prof. T. Vasiliu cu Aug. Mureşianu, Doc. C. Stanca, I. Manta.

Ne vom opri cu preferinţă la articolul scris de D-l P. Vancea, devotatul şi distinsul său colaborator, articol scris în limba franceză şi germană, în care se face *„O expunere generală a activităţii ştiinţifice a D-lui Prof. D. Mihail"*.

Dintre sutele de lucrări publicate în diferite monografii, cărţi, reviste române şi străine, lucrări citate acum în tratatele şi manualele din cari învaţă studenţii de pretutindeni, vom menţiona cu D-l Doc. D-r Vancea, dar pe care nu-l vom urma în detalii, lucrările de ordin clinic:

Fenomenele de anafilaxie conjunctivală prin ser de cal. — Studiile asupra trachomului la om şi experimental. — Conjunctivita stafilococică hematogenă cu abcese miliare multiple. — Conjunctivita pseudo-membranoasă eosinofilică prin anafilaxie la atropină. — Asupra ulcerului rodens al cornei. — Iridociclitele post-operatorii tardive. — Angiomul cavernos al coroidei. — Fermele rare şi grave ale tbc. oculare. — Eosinofilia oculară. — Metabolismul basal în cataractă. — Decolarea corpului vitros. — Melanomul retinei. — Asupra tratamentului operator al dacriocistitei. — Epiteliomul glandelor ciliare Zeiss. — Cisticercosa orbitară. — Contusiunile globului ocular. — Tromboflebita oftalmică. — Glaucomul. — Manifestaţiile oculare ale encefalitei letargice. — Microftalmia congenitală. — Infecţiile oculare de origină amigdaliană. — Spasmul de origină adenoidiană al arterei centrale a retinei. — Afecţiune conjunctivală Roentgeniană. — Accidentele oculare ale Roentgenterapiei. — Tic oculo-palpebral strabisat (fenomenul lui Bell unilateral). — Tuberculoza conjunctivală bilaterală. — Paralisie izolată a pateticului de origină nucleară. — Menignita basilară oculară. — Angeborenes Angioneurotisches mit Germinativer Displasie und larvierten Hyperthyroidismus combieniertes Lido-oedem. — Linsentrübungen die durch direkten Kontusions herforgerufenwerden. — Il tuberculome dell' Orbita. — Epiteliomul malign al orbitei de origină conjunctivală. — The metastatic epitheliom of the orbit. — Cholesteatomul orbitei. — Diverticulaţia chistică lacrimală. — Semilunită hiperplastică bilaterală rinogenă. — Angiom chistic şi limfangiectasic al orbitei. — Granulom plasmocitar pediculat al sacului lacrimal. — Chist epitelial intrascleral. — Cataracta de comoţie. — Cisticercoza oculară în România. — Osificaţia cristalinului. — Pigmentaţia papilei. — Sarcom primitiv al muschiului mic oblic. — Metastază oculară a unui cancer mamar. — Degeneraţie calcară primitivă a corneei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Iar ca cercetări de ordin experimental sunt de menţionat acelea relative la:

Rolul sist. nervos organo-vegetativ în patologia oculară; — la acţiunea B. C. G. asupra ochiului; — la rolul ochiului în metabolismul cholesterinei; — la rolul glutationului în patologia oculară; — la secreţia internă a glandelor lacrimale; — la conţinutul în Na Cl al lacrimilor în stare normală şi patologică; — la acţiunea apelor minerale româneşti asupra ochiului.

Observăm împreună cu D-l D-r Vancea, mulţimea şi varietatea studiilor şi a problemelor ridicate în domeniul oftalmologiei de acest aprig investigator care, cu toate că fixează în modul cel mai precis faptele, se fereşte de generalizări şi sinteze premature. Din acest punct de vedere recensentul şi apologistul său îl compară cu marele fisiologist Magendie, care spunea: „je me compare à un chiffonnier, avec mon chrochet à la main et ma hautte sur le dos, je parcours le domaine de la science et je ramasse ce que je trouve".

Şi pe drept cuvânt, elevul, care împărtăşeşte viaţa ştiinţifică de fiecare moment a profesorului său, îl socoteşte un „chiffonnier de l'oftalmologie contemporaine".

Admirabilă caracterizare a unei activităţi ştiinţifice, vastă şi complexă, care începe prin a prinde faptele şi nu se grăbeşte cu teoriile.

Tot astfel precum Pasteur, care se mărginea să aducă fapte, iar detractorii săi veneau cu teorii.

D-l Prof. Mihail, după cum am spus, are drept la un omagiu mai întins; şi dorim ca la o viitoare aniversare, care nu va trebui să aştepte neapărat un sfert de veac, să-şi manifeste admiraţia şi sentimentele toţi cei cari au apreciat din diferite puncte de vedere roadele activităţii sale fericite.

Printre aceştia nu va lipsi „Mişcarea Medicală Română" care are mândria de a număra printre colaboratorii comitetului său de redacţie pe savantul oftalmolog dela Cluj.

M. Câncinlescu

* * *

Prof. C. DANIEL: **CONTRIBUŢIUNI LA REFORMA STUDIILOR MEDICALE ÎN ROMÂNIA.** – Inst. de arte grafice «Eminescu», Bucureşti, 1936.

Intr'o broşură de 4 pag., format 1/8, D-l Prof. C. Daniel atacă chestiunea *Reformei studiilor medicale în România.*

Autorul face mai întâi triste constatări de fapt, enumerând cauzele cari au influenţat în rău studiul şi practica medicinei la noi, în primul rând: politica, noile impozite, gratuitatea excesivă, asigurările sociale, ş. a.; Numerus clausus la facultăţi, cu toate că nu există pletoră medicală la noi, ci numai la oraş, n-a micşorat numărul medicilor, cari vin pe ocolite din străinătate cu o diplomă obţinută în ani mai puţini şi cu mai puţiân muncă; — şi în timp ce catedrele se înmulţesc, formarea ştiinţifică a medicilor scade, fac. de medicină din şcoale practice au devenit şcoale de cursuri şi examene.

In facultăţi, regulamentele, cu toate că trebue să fie în pas cu noile nevoi, dar prea se schimbă des; — nu se insistă în deajuns asupra părţii practice, orele de morfologie şi ştiinţe medicale absorb din cele de destinat clinicei şi materiilor practice.

De aceea propune a da facultăţilor noastre de medicină pentru o durată de 5—10 ani un caracter de şcoală profesională, în care să se facă „clinică mai multă, lucrări practice suficiente, ştiinţă teoretică mai puţină".

In principiu, învăţământul medical trebue să fie teoretic, technic (lucrări practice) şi clinic (în spitale), avându-se grije ca:

I) diversele materii să fie repartizate logic în 6 ani de studii, printr'un I ciclu de studii biologice (aantomie, fisiologie, histologie) în anul I; în al II-lea ciclu de patologie, microscopie, ştiinţe medicale în anii 2 şi 3; al III-lea ciclu de clinică, terapeutică şi laborator în restul anilor; —

II) să se evite îngrămădirea materiilor într'un an, ex.: un an de anatomie descriptivă ajunge; —

III) să se reducă catedrele recunoscute inutile materiile necesare predându-se prin cursuri ţinute de personalul didactic ajutător; —

IV) patologia şi clinica să predomine asupra ştiinţelor medicale; —

V) să se contopească unele catedre similare, iar ca specialităţi să se recunoască numai: dermato-sifiligrafia, boalele contagioase, psichiatria, clinica infantilă şi puericultura, oftalmologia, oto-rino-laringologia.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După ce autorul desvoltă detalii în ceeace priveşte: a) revizuirea materiilor şi a specialităţilor după cum ele sunt fundamentale, principale şi secundare; b) programul (să se stabilească la începul anului un chestionar de 30—50 subiecte); c) predarea cursurilor, ţinându-se mai mult seamă la anatomie de noţiunile de chirurgie; la patologia externă şi internă, de totalitatea noţiunilor printr'o clasificaţie şi selecţionare adequată importanţei şi frecuenţei boalelor; la obstetrică de stagiul obligator; d) frequenţa la stagiu şi lucrări practice, fără de care şi de justificarea prealabilă a absenţei lor să nu se facă validarea; e) lucrările practice să se facă după amiază; f) stagiul de spital să înceapă în anul al II-lea; g) examenele, cari să fie reduse; desfinţate la majoritatea materiilor ştiinţelor medicale şi de laborator; înlocuite la unele clinici prin examene de stagiu; să fie publice şi după o anumită metodă, pe care autorul o indică, după cum examenele vor fi de fine de an, de lucrări practice sau de stagiu de spital, de clinică; juriul să fie compus din 3 membrii, să întrebe numai unul şi după chestionar, respingerea să aibă loc numai cu 2 membrii.

Autorul, în vederea admisibilităţii studenţilor, cere să se aibă în vedere starea lor fizică şi psihică; după admitere să se impună practicarea exerciţiilor fizice şi a diferitelor sporturi, între cari excursiunile să primeze; să se înveţe limbile străine (atât de necesare în călătoriile de mai târziu; Să înveţe practica automobilului (atât de necesar în practica meseriei); „Să înveţe cum să înveţe" ca să reţină; căci a ceti nu vrea să zică a învăţa — şi pentru această capitală misiune destină pe docenţi, pe conferenţiari pentru practicarea sistemului de conferinţe ca cele de externat şi internat, după un plan şi clasificaţie anumită, în vederea adagiului „docendo discimus"; recomandă învăţarea după diferite cărţi, iar nu după „cursuri" pe care le condamnă.

Astfel se va creşte nu numai valoarea profesională a medicului practician, dar şi valoarea sa ştiinţifică.

La sfârşit dă un program de împărţirea materiilor (în fundamentale, principale şi secundare); unul de cursuri repartizate în 6 ani şi unul de examene (10 examene de fine de an, 7 examene de lucrări practice şi examene de stagiu de spital la clinicile principale şi la cele de specialităţi).

Propunerile D-lui Prof. C. Daniel, — bazate pe principiile sănătoase ale şcoalei franceze, pe experienţa sa didactică de aproape 30 ani, pe precise constatări de fapt şi pe logice concluziuni trase — mai au avantagiul de a fi practice, adică repede aplicabile şi fără mari cheltueli budgetare.

Pentru moment reţinem unul dintre bunele *rosturi ce D-sa recunoaşte Instituţiei docenţei:* „Docenţii să se aplice a învăţa pe studenţi cum să asimileze în mod precis şi metodic câte mai multe cunoştinţe, graţie planului şi clasificaţiei", învăţând pe studenţi aşa cum au învăţat ei „docendo discimus".

Este o frumoasă misiune şi suntem recunăscători D-lui Prof. C. Daniel, care în interesul învăţământului medical superior ne-a atras atenţia asupra ei.

Docent D-r M. Cânciulescu

* * *

ARCHIVELE INSTITUTULUI DE MEDICINĂ LEGALĂ AL UNIVERSITĂȚII DIN CLUJ. – Tip. «Universala», Cluj, 1936.

Un volum de aproape 200 pagini, în care este cuprinsă activitatea pe 1936 a Instit. medico-legal dela Cluj.

Aceste Archive nu reprezintă o revistă periodică, — declară directorul lor care este și al Instit. medico-legal dela Cluj, D-l Prof. M. Kernbach — „în vol. de față s'a adunat activitatea științifică și profesională mai importantă a Instit. medico-legal dela Cluj în decursul unui an; *ele sunt archive de strictă specialitate*".

Directorul lor mai adaugă că a hotărît publicarea acestor Archive pentru *„mărturia unei pioase datorii față de răp. Prof. Mina Minovici"*, care acordase un larg credit frumoaselor calități ce descoperise în tânărul său discipol; — și încă pentru *„mărturia unei nestrămutate credințe în viitorul Medicinei Legale și al Științelor naturale criminalistice"* chemate să joace un rol important în justiția penală românească.

Lucrări originale și experimentale; — sinteze și documentări medico-legale; — lucrări de medicină legală juridică; — de psichiatrie și antropologie criminală; — cazuri medico-legale;

cuprind aceste archive, cari constituesc un titlu de mândrie pentru activitatea Institutului medico-legal dela Cluj.

Vom menționa dintre ele, pentru originalitate, *Contribuțiunile la diagnosticul cronologic microscopic al rănilor,* lucrare care a fost prezentată și la Academia Română de Medicină de către autori: D-nii Prof. Kernbach, C. Cotuțiu și V. Dahnovici:

Biblioteca Centrală Universitară Cluj

S'au făcut cercetări pe 9 șobolani și pe material omenesc provenind dela 24 autopsii; s'a studiat: apariția și evoluția fibrinei în plăgi; leucocitoza, pigmentul și procesurile degenerative-regenerative cito-histologice; elementele histologice ale hematomului.

Oprindu-ne numai la concluziunile trase din studiarea plăgilor la oameni, autorii constată că: în plăgile umane neinfectate fibrina apare după 24 ore de supraviețuire, se intensifică progresiv și dispare a 14-a zi; în plăgile infectate fibrina apare mai târziu și nu în mod constant și durează până la 25 zile; — leucocitoza apare la 2 zile dela rănire, devine intensă a 3-a zi, apoi trece la periferia hematomului, descrește către a 9-a zi făcând loc fen. degenerative, în timp ce țesutul de granulație se intensifică; — în ceeace privește elementele histologice ale hematomului, autorii au descris „Semnul fibrei elastice": în plăgile produse cu 6 ore înainte de moarte apar în câmpul microscopic elemente de țesut elastic; prezența lor ulterioară dovedește din contră un semn de reacție vitală.

Mai semnalăm, pentru conștinciozitatea documentării și a curiozității științifice, lucrarea personală *Perforațiile uterine și intestinale în timpul exercitării avortului:*

Autorul, D-l Prof. M. Kernbach, după ce expune chestia generală a perforațiilor uterine, descrie 3 cazuri și pune problema responsabilității medicale; și, ca să o degajeze în obs. No. 3, în care decesul survenise din cauza unui defect al peretelui uterin (placenta accreta), adresează preparatele pentru a le cere părerea, somităților în medicina legală a mai multor țări din Europa.

La sfârşitul volumului se expune *Activitatea ştiinţifică a Institutului Medico-Legal din Cluj dela 1920 până la 1936,* în care tânărul savant a activat dela începutul frumoasei sale carieri în medicină legală şi în care întâlnim la fiece pas numele său şi al colaboratorilor săi.

Unele lucrări menţionate în această dare de seamă au fost publicate în revista „Mişcarea Medicală Română" care se onorează cu prezenţa în Comitetul său de redacţie a D-lui Prof. D-r M. Kernbach.

M. Cânciulescu.

* * *

D. PAULIAN: **ARCHIVES DE NEUROLOGIE (Comptes rendus des travaux du service de Neurologie de l'Institut de maladies mentales, nerveuses et endocrinologiques de Bucarest)** — I-ère année, No. 1 | 1937. – Impr. «Cultura» Bucarest.

In „Prefaţă" D-l Agregat D-r D. Paulian, directorul lor, lămureşte că aceste *„Archive"* vor cuprinde cercetările şi lucrările făcute în Serviciul de neurologie al cărui şef este D-sa; ele vor fi deci *„expresia activităţii ştiinţifice întreprinsă de medicii acestui serviciu";* şi vor apare de 3—4 ori pe an.

Din cuprinsul acestui prim număr vom remarca articolele: **Istoricul evoluţiei psichiatriei şi neurologiei în România** de D-l D-r Paulian, în care sunt redate pe rând câte-va noţiuni de Folklor medical şi practice populare contra paraliziilor şi boalelor nervoase; descântecele de ocazie; farmacia populară; pravilele cari regulau măsurile de luat contra boalelor; vechile aşezăminte de internare şi tratare a nebunilor ş. a. cari fac transiţia dela perioada empirică sau premedicală la perioada II, modernă şi ştiinţifică.

In această a 2-a perioadă se redă **Organizarea învăţământului oficial neuro-psichiatric** prin CREAREA ŞCOALEI DE NEUROLOGIE din Bucureşti, de către D-l Prof. D. Marinescu, din care au eşit elevii C. Parhon, I. Minea, D. Paulian, C. Radovici, S. Drăgănescu, I. Niculescu; prin crearea ŞCOALEI NEURO-PSICHIATRICE dela Iaşi de către D-l Prof. C. Parhon, din care au eşit între alţi elevi Balif şi prin crearea ŞCOALEI DE PSICHIATRIE din Bucureşti, de către D-nii Prof. Al. Soutzo şi Al. Obregia, din care au eşit elevii P. Pitulescu, C. Urechia, P. Tomescu ş. a.

Se descriu **Aşezămintele spitaliceşti respective** precum cele dela Mărcuţa, Mânăstirea Neamţu şi Golia, biserica Madona Dudu; apoi dela Pantelimon, Spitalul Militar Regina Elisabeta, Sibiu, Jimbolia, Oradea, Diciosânmartin, Costiugeni, Socola-Iaşi, Cernăuţi, Lugoj ş. a.

Numeroase fotografii fac eloquentă această prezentare şi pun faţă în faţă înfăptuirile trecutului cu progresele realizate în prezent.

Mai semnalăm: **Rezultatele statistice între 1925—1935 ale malarioterapiei în tratamentul sifilisului nervos** de D. Paulian. — **Contribuţiuni la studiul semiologiei şi patogeniei turb. psichonervoase ale insuficienţei ovariene** de Al. Crăiniceanu.

Alte articole, cari se remarcă prin originalitatea şi documentarea lor sunt semnate de D-nii C. Fortunescu şi N. Tudor, I. Bistriceanu, I. Stănescu, D. Ionescu.

Aceste „Archive", reprezintă o fericită iniţiativă şi constituesc o frumoasă realizare, iar prezenţa în capul lor a D-lui Agregat D. Paulian, membru al Academiei de Ştiinţe din România, le constitue cea mai sigură chezăşie de succes.

M. Cânciulescu.

* * *

Agr. D-r DUMITRESCU-MANTE: **ZECE ANI DE ACTIVITATE (1926-1936) LA DIVIZIA I MEDICALĂ A SPIT. BRÂNCOVENESC.** – Bucureşti, Tip. «Vulturul», 1936.

Intr'un volum de 122 pagini, bogat ilustrat cu fotografii, reproduceri, scheme şi statistici, D-l Agregat Dumitrescu-Mante, detaliază din punct de vedere istoric, medical şi ştiinţific o activitate de 10 ani, ce a desfăşurat în calitate de medic primar al div. I la Spitalul Brâncovenesc din Bucureşti.

In *„Cuvânt de introducere"* autorul explică motivele publicării acestei lucrări prin „simţimântul firesc de datorie şi de recunoştinţă a celui care se crede încuviinţat să spună că a realizat ceva" şi să facă pe urmaşi să profite de învăţămintele şi foloasele experienţei sale; şi ale colaboratorilor săi „fără care drumul celor zece ani n'ar fi fost posibil şi apariţia acestei lucrări n'ar fi putut avea loc".

Ferdinand I. din Cluj ROMA Biblioteca Regală

In CAP. I face **Istoricul diviziunei I medicale a spit. Brâncovenesc,** arătând succesiunea medicilor cari s'au perindat la direcţia ei: D-rii D. Sachelarie, Em. Triandafilidis, N. Kalenderu, Cr. Buiclin, Romalo şi dela 1926 Dumitrescu-Mante.

In CAP. II se scrie despre **Modificările aduse Serviciului şi despre Personalul diviziei;** astfel, organizarea laboratorului de bio-chimie şi hematologie, arhiva, aparatura pentru metabolismul bazal, secţiunea de femei, compunerea personalului diviziei, tabloul externilor şi internilor cari au funcţionat între 1926—36 (în număr de 102).

In CAP. III se expune **Activitatea spitalicească:** numărul (6632) bolnavilor cari au trecut prin secţie, pe ani, pe sexe şi pe afecţiuni, între cari se deosebesc tuberculoza pulmonară (335), pleureziile (353), pleuro-peritonitele (141), pneumoniile (246), ş. a.

Cu privire la fiecare grupă autorul face observaţiuni interesante asupra rarităţii cazurilor, noutăţii unui simptom sau constatări clinice ş. a., ceeace pune în evidenţă studiul meticulos şi complect la care a fost supus bolnavul

Un sub-capitol instructiv este rezervat diverselor intoxicaţiuni (150 în 10 ani; 99 femei şi 51 bărbaţi; 77 între 20—30 ani), cu care ocazie autorul expune un tablou al dif. intoxicaţiuni cu tratamentul lor de urgenţă, pe care-l propune a figura în fiecare cameră de gardă la spitale şi mai face propunerea judicioasă ca printre chestiunile de internat să figureze obligator tratamentul intoxicaţiilor.

In lab. de chimie condus de D-na D-r S. Dulugea, s-au făcut în aceşti 10 ani 7386 analize, iar în cel de bacteriologie-hematologie condus de D-r D-r Etingher 4828.

In CAP. IV se arată **Activitatea ştiinţifică** desfăşurată, „dorul de muncă şi de publicaţiune nefiind dictat, cum s'ar crede, de un scop latent"; ci de acel „foc sacru de a cerceta adevărul şi a pătrunde în originele legilor biologice".

Astfel se înşiră titlul lucrărilor cari privesc ap. pulmonar şi tuberculoza (49), pleureziile, studiul ap. hepato-biliar (29), azotemia (4), diverse alte publicaţiuni (28), teze lucrate în serviciu (24).

In CAP. V se arată **Activitatea didactică,** specificându-se că „materialul bogat ce se găseşte în divizie nu a putut fi utilizat la maximum de elevii stagiari ai serviciului, cari nu veneau decât odată pe săptămână", în schimb internii şi externii serviciului proftând cum trebue prin frecuentarea zilnică. Au fost inaugurate şi şedinţe de coloquii săptămânale pe cazurile clinice mai interesante.

Nu este ocazia acum a intra mai adânc în prezentarea activităţii publicistice şi a originalităţii lucrărilor expuse.

„Celui qui ne monte pas, descend", pune autorul în prefaţă; pe româneşte şi mai exact a spus un cronicar „cine nu merge înainte, dă înapoi chiar dacă stă pe loc".

La capătul acestei scrutări a drumului parcurs, autorul are dreptul să constate nu numai că n'a stat pe loc, dar că a realizat o „ascensiune", că a desvoltat o bogată activitate spitalicească şi că a contribuit eficace la formarea profesională a celor cari au trecut printr'un serviciu cu un material de studiu atât de bogat.

Este o muncă care trebueşte recunoscută şi preţuită cum trebue; iar autorul viu felicitat.

A contribuit însă mai puţin la desvoltarea învăţământului didactic, în persoana stagiarilor cari — cum singur recunoaşte — frequentau serviciul odată pe săptămână; aceasta nu însă din vina D-sale, ci a dispoziţiunilor regulamentare, cari nu ştiu folosi cum trebue ocaziile şi bune voinţele manifestate în favoarea învăţământului nostru medical.

M Cânciulescu

* * *

L. STROMINGER: **LA COLIBACILLOSE – Etude clinique et théra peutique.** – Masson, Paris, 1935, prix 45 fr.

Nu putem face în cadrul acestei analise prezentarea completă a celor 250 pagini, cari compun documentata lucrare a D-lui Docent D-r L. Strominger.

Ne vom mărgini a arăta schema cărţii, a indica capitolele tratate în mod special şi a menţiona contribuţia personală a autorului şi a medicilor români, pe care autorul îşi face o datorie a-i cita.

Elogiul cel mai autorizat al acestei lucrări româneşti, scrisă în franţuzeşte şi editată de marea librărie Masson dela Paris, lucrare care a obţinut din partea Academiei franceze de medicină premiul Mongut, îl face Prof. F. Legueu în *„Prefaţă"*.

„C'est à ce moment que.... un esprit judicieux et éclairé reprend la question dans son ensemble et présente en un ouvrage complet une synthèze claire et précise de tant de documents épars;... travail difficile et complexe

qu'a su très heureusement réaliser l'auteur, docent à la faculté de médecine de Bucarest depuis 1912, membre de toutes les grandes sociétés roumaines, françaises et internationales d'urologie, préparé déjà par un sens critique très avisé qui se reflétait en toutes ses publications, aussi par la connaissance approfondie qu'il avait acquise de la spécialité urologique".

In tratarea acestei „boale la modă" cum o socoteşte autorul, boală totuşi atât de des necunoscută (la maladie méconnue, o defineşte Desgeorges din Vichy), s-a avut în vedere mai ales „Partea practică a chestiunei", şi s-a insistat în special asupra „Aspectului medico-social al colibacilozei" ca şi asupra „Tratamentului său termal".

In Cap. I, se face **Definiţia — Istoricul şi Evoluţia.**

Domineză în stabilirea aspectului clinic şi a tratamentului numele lui Heitz Boyer, părintele fericit al denumirei „syndromul entero-renal", şi al Prof. H. Vincent, care stabilind existenţa unei endotoxine (viscerotropă) şi exotoxine (neuro-tropă) a preconizat întrebuinţarea cu rezultate atât de strălucite a serului său anticolibacilar.

Menţionarea contribuţiei autorilor români începe cu lucrările D-rului M. I. Fisch, şef de laborator de bacteriologie la clinica Necker, descoperitorul vaccinului „Colitique D-r Fisch" urmează lucrările D-lor G. Marinescu şi Marius Georgescu (Pielonefrita în puerperalitate), câteva teze susţinute la facultatea de Medicină din Bucureşti (asupra cistitei colibacilare), N. Simionescu (Complicaţiile prostato-vesicale ale colibacilozei), H. Alterescu (Pielonefritele colibacilare), A. Crăciuneanu şi I. Dichter (Tratamentul intestinal al colibacilozei), Anghel şi Constantinescu (Tratamentul pielitelor prin acidolamine în doze mari), L. Stromingher (asupra diferitelor forme clinice, etiologiei, pronosticului şi tratamentului colibacilozei), Ţeposu, ş. a...

La **Bacteriologie** se stabilesc caracterele de laborator al colibacilului, insistându-se asupra diferitelor rase de colibacili (para-coli, intermediarii între colibacil şi bacilul tific); a asociaţiilor microbiene; a variaaţiei morfologice şi a variaţiei proprietăţilor colibacilului în organism, mai ales în sânge (Fisch); a existenţei endotoxinei şi exotoxinei (Vincent); tot aci se explică de ce hemocultura este atât de des negativă, cu toată prezenţa în sânge a colibacilului; şi se menţionează că colibacilul produce acid oxalic, a cărui eliminare sub forma de cristale de oxalaţi, explică localizarea electivă a complicaţiilor la nivelul aparatului urinar.

La **Etiologie** se detaliază: evoluţia cu perioadele intestinală, sanguină şi renală (de eliminare); sau prin perioadele iritativă, inflamatorie, infecţioasă; rolul causelor determinante, ocazionale şi predispozante; fasa de hipofilaxie prin fragilitatea leucocitară a entero-urinarilor, căreia i se opune necesitatea unei terapeutice de renovaţie leucocitară; rolul favorizant al terenului prin hiperoxalemie şi hipoacciditate urinară; aportul exogen al colibacilului şi endogen (între cause: traumatismele repetate ale intestinului; stasa intestinală şi constipaţia; rolul paraziţilor intestinali şi al purgativelor repetate şi violente); rolul favorizant al lesiunilor căilor urinare superioare şi inferioare; rolul predispozant al vârstei (vârstea mijlocie a vieţei), al sexului (mai ales la femei, prin constipaţie, rinichi mobil, sarcine), al hereditătii (originea maternelă a colibacilozei sugarilor; rolul factorului social al coli-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

bacilozei (boală a burghezului, nu a lucrătorului; a orășanului, nu a țăranului — dupe Gaehlinger; boală de tranșee, boală conjugală).

La **Patogenie** se arată căile urmate de colibacil: calea directă sau prin contiguitate; calea ascendentă sau urinară, calea descendentă sau hemotogenă, calea limfatică; — bacteriuria (prin eliminație sau autochtonă); — piuria.

La **Simptomatologie** se descriu simptomele generale (între cari de remarcat accesele de febră, cu hipotermia consecutivă) și cele locale (între cari în primul rând simptomele digestive ale colitelor de fermentație, colite acide și ale colitelor de putrefacție, colite alcaline; simptomele aparatului urinar; simptomele nervoase; simptomele endocriniene; simptomele sanguine, articulare și cutanate).

Ca **Formele clinice** ale colibacilozei distinge: forma septicemică; — forma putridă; — forma hepato-vesiculară (syndromul entero-hepatic al lui Desgeorges); — forma pseudo-palustră (uneori febră prin asociație coli-malariană, dupe Vincent); — forma pleuro-pulmonară (syndromul entero-pulmonar al lui Melamet); — forme latente (între cari forma apendiculară); — forma hematurică; — formele renale ale colibacilozei (nefritele colibacilare cu albuminuria colibacilară, abcesele corticale ale rinichiului, flegmonul perirenal, pyo-pneumotoraxul subfrenic); — formele renale propriu zise (pielita acută, cronică, pionefroza colibacilară); — formele pielo-renale la femeie (pielita defloraței, a sarcinei, a post-partum-ului, în afecțiunile ginecologice și în intervențiunile ginecologice, a femeilor bătrâne, a vechilor urinari, a sugarului și copilului); — formele vesicale (printr'un mic ciircuit intestino-vesical. Le Fur sau prin marele circuit intestino-reno-vesical); — uretritele și peri-uretritele, epididimita, și prostatita colibacilară (prin colibaciloză conjugală; noțiunea contagiosității veneriene a colibacilozei); — formele nervoase și mentale (psichozele colibacilare, vindecabile prin seroterapie; rinichiul mobil cu turburările nervoase datorite impregnării exotoxinice).

Asociațiile microbiene în colibaciloză se fac în special cu **tuberculoza** și neoplasmele reno-vesicale.

Complicațiile colibacilozei sunt genitale și utero-anexiale (se confundă des cu gonococcia); digestive (ulcere gastro-duodenale, pancreatite, ficat apendicular); cardiace (endocardita colibacilară); pleuro-pulmonare; oculare (conjunctivita colibacliară); nervoase și nevritice; articulare (syndromul entero-reno-articular); venoase (flebite, boală varicoasă); cutanate (urticaria, eritemul nodos).

Diagnosticul colibacilozei se face în mod positiv (prin constatarea bacteriuriei, piuriei și septicemiei colibacilare); — probabil (prin coexistența de turburări digestive și urinare); — diferențial (mai ales cu gripa, tuberculoza, febra tifoidă, paludismul, febra de Malta, apendicita, oclusiile intestinale parțiale și cu repetiție); — de sediu (prin explorarea vesicală, reno-ureterală, la care radioscopia și radiografia participă în mod activ).

Factorul social al colibacilozei (Gaehlinger) trebue considerat sub aspectul intestinal, urinar, al contagiosității (și pe cale genitală); al căsătoriei, al sarcinei și avortului, al operațiilor pe perineu, al asigurărilor sociale.

Evoluția este din cele mai variabile.

Prognosticul depinde de localizările posibile și de starea intestinului.

Tratamentul este înainte de toate profilactic și trebue să vizeze în primul rând infecțiunile secundare; : general, dietetic (să prescrie repaosul;

să evite frigul şi răceala; să supravegheze regimul alimentar prin instituirea alternativă de cure dietetice de acidificare şi alcarizare a organismului; să urmărească variaţia concentraţiei moleculare a urinelor prin administrarea de cantităţi mari sau reduse de lichide) şi medicamentos; — să urmărească în acelaş timp tratarea constipaţiei, a colitei subjacente şi a diferitelor alte lesiuni ale tubului digestiv, precum şi aparatului urinar şi eventual genital.

Antisepticele urinare singure nu rezolvă problema.

Tratamentul biologic: prin vaccinoterapie, pyretoterapie, bactoriofagoterapie şi mai ales seroterapie, este chemat să joace un rol din ce în ce mai activ, utilisându-se toate căile posibile (bucală, subcutanată, intravenoasă, urinară in situ).

Tratamentul endocrinian şi cel hidromineral (prin cure digestive sau de diureză) trebue să intervină cu titlu adjuvant, dupe împrejurări.

O lucrare clasică: prin concepţia de totalitate şi tratare, prin limba universală în care a fost scrisă şi prin editarea de către o casă cu reputaţie mondială, care pune sub tipar numai opere capitale — care onorează în gradul cel mai înalt literatura medicală românească şi pe autor, care însă nu este decât docent la facultate.

Cu asemenea autori se simte onorată şi Asociaţia docenţilor, din care ei fac parte, Asociaţie care activează intens pentru valorificarea instituţiei docenţei şi pentru recunoaşterea dreptului ce cer membrii ei de a figura în primul rând printre cei de selecţionat în interesul învăţământului medical superior.

Regretăm de a fi prezentat cu întârziere publicului medical românesc această valoroasă lucrare tratând despre o boală care „interesează nu numai pe urolog, dar şi pe medic, obstetrician, ginecolog, pediatru şi mai ales pe psichiatru".

Am făcut-o din nevoia de a o ceti şi reciti, răsfoind-o pentru a treia oară cu ocazia unei reviste generale asupra „Infecţiunilor colibacilare şi tratamentului lor" ce am făcut în şedinţa din 1 Martie crt. a Cercului Medico-Farmaceutic din Craiova.

M. Cânciulescu.

* * *

MARTHE TRANCU-RAINER et OCTAVE VLADUŢIU: **RECHERCHES HORMONALES DANS L'ACHONDROPLASIE.** – Arch. r. de path. exp. et de microb. Tome IX, No. 4 | 1936.

Intr'o monografie de 37 pag., şi 11 planşe, reproducând numeroase fotografii şi microfotografii, autorii expun cercetările de ordin hormonal făcute la un achondroplazic tipic, în vârstă de 48 ani, timp de 3 ani.

Protocolul. Experienţele s'au făcut pe 159 animale, din cari 20 martore; din cele 139 injectate 36 au murit în cursul experienţelor, secţiunile histologice au purtat asupra tuturor glandelor cu secreţie internă, mai ales asupra tractusurilor genitale femele şi mascule, dintre cari un mare număr au fost secţionate în serii complecte — cea ce riedică numărul secţiilor examinate la aproape 40.000

Hormonii cari au fost cercetaţi sunt: hormonii hypofizari (hormonul

gonadotrop indiferent, care a fost căutat cu ajutorul test femel în sânge, urină şi salivă la 34 şoareci şi 10 şobolani femeli impuberi, examinându-se pe secţiuni în serie ovarele, coarnele uterine şi vaginul; — hormonul de luteinizare, la 37 animale injectate; — intermedina, prin utilisarea reacţiei eritoforelor la numeoase exemplare de Phoxinus laevis şi Phodeus amarus) şi hormonii sexuali (hormonul sexual femel, căutat pe 2 şoareci castraţi şi la 9 şoareci impuberi necastraţi; — hormonul sexual mascul, căutat pe 4 cocoşi impuberi castraţi); s'a mai urmărit acţiunea injecţiilor prelungite de urină şi salivă asupra gonadelor şoarecelui, în cea ce priveşte acţiunea asupra ovarelor pe un lot de 5 animale, iar acţiunea asupra testiculelor pe un lot de 37 animale dintre cari 11 au murit în cursul experienţelor mai ales în urma injecţiilor cu salivă nativă.

Tecnica întrebuinţată este detaliată la căutarea hormonului respectiv.

Concluziunile la cari au ajuns autorii sunt:

1. Hormonul de maturaţie foliculară exista în mică cantitate în sânge, în cantitate considerabilă în urină şi saliva individului studiat, maturaţie, foliculară neputincioasă a pune în stare de oestru complect coarnele uterine şi vaginul, mucoasa uterină şi vaginală prezentând un aspect polimorf.

2. Hormonul gonadotrop indiferent pare a fi din categoria celui produs de prehipofiză.

3. Intermedina exista în urină, iar în salivă cu acţiune disociată la Rhodeus şi Phoxinus.

4. Atât în urină cât şi în salivă, dar în mică cantitate existau hormonul sexual femel şi mascul.

5. Injecţiile prelungite de salivă şi urină la şoareci au produs o inhibiţie a spermiogenezei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Adăogăm că aceste cercetări hormonale sunt în continuarea celor făcute de autori în 1934 în gigantismul şi nanismul hipofizar.

Menţionăm că D-na D-r M. Trancu-Rainer este membră asociată a Academiei de Medicină.

M. Cânciulescu.

* * *

Medic Colonel av. D-r ANASTASIU VICTOR: **AVIAŢIA SANITARĂ** — 128 pag., numeroase fotografii şi vignete reuşite), 1936, Bucureşti.

In luna Aprilie a. c., a apărut în Capitală o lucrare originală foarte interesantă, frumos scrisă, pe înţelesul tutulora, unică în literatura noastră medicală şi e intitulată: „AVIAŢIA SANITARĂ".

Autorul ei este medicul Colonel D-r *Anastasiu Victor,* seful serv. sanitar al aerului şi primul medic român brevetat pilot aeronavigant (încă dinainte de răsboi)

In această lucrare se descrie amănunţit tot ceiace se cunoaşte azi despre aviaţia sanitară şi avionul sanitar, rezultatele aplicărei practice şi mai ales organizarea unei av. sanitare în raport cu nevoile ţărei noastre.

Aviaţia sanitară e o infiltraţie a aviaţii în Medicină. Leagănul avionului sanitar e Maroco. Primele avioane sanitare au fost de tip militar.

D-r Chassaing este pionerul. Prof. Ch. Richet, apoi E. Reymond, pri-

mul pilot medic din lume şi alţii n'au încetat să popularizeze prin toate mijloacele moderne această idee şi aplicare practică pentru folosul umanităţii.

Desvoltarea avionului sanitar şi progresele se datoresc ,după autor:

1) Valoarei mari a aeronavigaţilor piloţi;

2) Numeroaselor terenuri de aterizare;

3) Calităţilor excelente ale aeronavelor;

4) Concursului preţios şi sigur al celorlalte servicii militare;

5) Increderei medicilor armatei de uscat în serviciul sanitar al aerului.

Autorul se mai ocupă în continuare de condiţiile principale pe care trebue să le întrunească un avion sanitar. La acest capitol adaogă un tabel de cele mai importante avioane sanitare.

Personalul unui avion sanitar (medic, infirmieri, sanitar, mecanic) trebue pregătit încă din timp de pace astfel:

a) Zboruri ca pasager, încetul cu încetul la diferite înălţimi şi în atmosferă variată, pentru a se obicinui şi a suporta uşor sborul.

b) Persoanele care pot suporta uşor zborul pe orice fel de vreme şi la înălţimea necesară unui zbor normal, vor face un număr de ore de antrenament anual, de cel puţin 7 ore de zbor (una pe lună zburătoare).

c) La fiecare post de triaj în timp de război sau la sediul posturilor de transport aerian în timp de pace, va fi un tabel de personalul instruit şi antrenat pentru transportul aerian.

d) Medicul şef al punctului care ordonă transportul, va hotărî dacă în av. sanitar ia loc şi un medic, infirmieră sau sanitar din tabelul ce-l are la dispoziţie, indicând însărcinările pe care le are de executat.

La 26 Mai 1935, în Franţa, s'a dat diploma primei promoţii de infirmiere aeriene, numită „promoţia Noailles".

Prima aviatoare sanitară a Franţei este D-ra M. Marvingt.

Autorul scrie la pagina 31:

„Propun doamnelor române, atât de sensibile şi gata la orice acţiune umanitară, să se gândească puţin la organizarea, instruirea şi crearea corpului de **Infirmiere aeriene....**".

Avionul sanitar are şi întrebuinţări practice în timp de pace, mai ales în ţările cu rele căi de comunicaţii.

Bine documentat este capitolul „Aviaţia sanitară în timp de **răsboi**".

„Un serviciu sanitar bine dotat, organizat şi încadrat din timp de pace, va dubla armata prin: recuperările de răniţi şi bolnavi, evitarea epidemiilor şi buna igienă la timp a trupei. Deci, banii oricât de mulţi pentru serviciul sanitar, nu-s prea mulţi şi vor da cu prisosinţă roadele cheltuelilor făcute.

Eroismul mut al corpului sanitar va da fructe folositoare, nu sacrificii inutile!"

Transportul aerian impune o serie de condiţii biofiziologice. De acestea se ocupă autorul în al VII-lea capitol.

In cele două capitole următoare, autorul se ocupă de organizarea aviaţiei sanitare în general şi în special pentru ţara noastră.

Problema aviaţiei sanitare a pretins şi pretinde conferinţe şi congrese de specialitate. La toate a strălucit ţara noastră prin reprezentantul ei, D-r *V. Anastasiu,* autorul acestei interesante lucrări.

Medic Maior D-r Od. Apostol

* * *

D-r I. GHIULAMILA: **O CARIERĂ MEDICALĂ. Amintiri, fapte şi îndrumări din 30 ani de activitate ortopedică şi medico-socială.** — Vol. 304 pag. Bucureşti 1936.

Este un sentiment firesc la fiecare om, ca la anumite etape ale vieţii să privească înapoi la drumul parcurs, să îmbrăţişeze cu privirea realizările anilor de muncă, să-şi constate lipsurile şi să tragă învăţăminte pentru viitor.

Cercetarea vieţii de muncă a oricărui om poate fi bogată în învăţăminte; cu atât mai mult când cineva se consacră ştiinţei, lumei celor suferinzi şi bătătoreşte drumuri proaspete, uneori neumblate, cum a fost viaţa de muncă în domeniul ortopediei a D-rului Ghiulamila.

Volumul ce a publicat din culmile a 30 ani de activitate în acest domeniu, însemna concluzia unei etape de realizări şi de observaţii din experienţa cărora să se folosească şi autor şi mai ales cititorii cari ar fi hotărîţi să urmeze acelaş drum. D-rul Ghiulamila intenţiona să publice un al II-lea volum de lucrări ştiinţifice şi medico-sociale în acelaş scop.

Fatalitatea a voit însă ca viaţa sa să se sfârşească brusc în înălţimile din care-şi privea trecutul şi opera sa să se închee aci.

Dacă este demoralizantă nimicnicia omului — în veşnică frământare făurind planuri de viitor — faţă de legile ineluctabile ale Universului, este totuşi mângâietoare constatarea, că numai *binele* pe care l-a împrăştiat în jurul său şi *opera realizată* supravieţuiesc.

SCU Cluj / Central University Library Cluj

Din acest punct de vedere D-rul Ghiulamila a putut spune la capătul celor 30 ani de activitate că şi-a servit aproapele, neamul şi ştiinţa, *fiind unul din făuritorii ortopediei româneşti.*

D-rul Ghiulamila şi-a împărţit lucrarea în 3 părţi.

In prima se ocupă de activitatea sa ortopedică şi descrie pe rând studiile ce i-au fost necesare, terenul şi clientela ortopedică, delimitarea domeniului ortopedic; într'un capitol sunt descrise instalaţiile institutului său. Sunt analizate apoi în capitole speciale activitatea ortopedică a autorului, în timpul războiului, în practica medicală, pe tărâmul ştiinţific, şi didactic. Partea I-a a lucrării se închee cu interesante constatări privitoare la capital, muncă şi rentabilitate în ortopedie.

In partea II-a D-rul Ghiulamila se ocupă de activitatea sa medico-socială şi descrie pe rând activitatea pentru combaterea tuberculosei osoase în România, activitatea la „Crucea roşie" activitatea în sprijinul educaţiei fizice, al justiţiei şi a asigurărilor contra accidentelor de muncă şi activitatea la societatea invalizilor de războiu.

In partea III-a a lucrării, intitulată „Pro Orthopaedia" autorul se ocupă de ortopedie în trecut, prezent şi viitor şi desemnează modalităţile după care trebue dusă lupta pentru independenţa şi organizarea ei ca specialitate.

Fiecare din capitolele lucrării cuprinde date, statistici, documente, astfel că fiecare ar merita o recensie specială.

Lucrările ştiinţifice, realizările în clientela particulară sunt pline de învăţăminte pentru practicieni şi specialişti.

Activitatea sa în cursul marelui războiu, când prin îngrijirea

sa a redat Ţării şi armatei 8000 de soldaţi, activitatea sa după războiu la opera de asistenţă şi reeducaţie a invalizilor şi la serviciul protezelor, îl aşează definitiv în galeria oamenilor mari ai Patriei.

Lucrarea D-lui Ghiulamila îşi va împlini scopul; — scrisă cu sinceritate, captivantă dela început până la sfârşit, oferă un capital bogat de frământări, de experienţă şi realizări, tuturor medicilor tineri ce-şi încep cariera şi mai ales tinerilor medici decişi să se dedice ortopediei.

Cei din urmă vor cunoaşte începuturile ortopediei la noi, atmosfera apusului din acel timp, obstacolele practicei şi ştiinţei ortopedice; cei dintâiu vor înţelege tot ce poate realiza munca îndârjită, neîntreruptă şi neobosită pe terenul practic şi ştiinţific medical. Impreună vor constata că, adevăraţii creatori sunt caracterizaţi prin muncă, simplicitate, modestie, demnitate morală şi profesională.

Semnalând, în aceste câteva rânduri, lucrarea D-rului Ghiulamila, aducem prin aceasta un pios omagiu aceluia, prin a cărui moarte prematură a fost răpit neamului o exemplificare a spiritului şi energiilor creatoare româneşti.

D-r I. Rosenstein.

MERCK · BOEHRINGER · KNOLL

MBK

ACESTE 3 NUME GARANTEAZĂ

CALITATEA SUPERIOARĂ,
DEŞI PREŢUL E MINIM.

„COMPRETTEN" „AMPHIOLEN"

RECOMANDĂM: „COMPRETTEN" CALCIUM LACTICUM — LAXATIVUM VEGETABILE

CATALOG LA CERERE

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREŞTI III — STR. GRAL EREMIA GRIGORESCU, 9

III.

Informaţiuni

I. Congres Internaţional de Pyretoterapie

„Columbia University New York"

29/30 şi 31 Martie 1937.

PRIMUL CONGRES INTERNAŢIONAL DE PYRETOTERAPIE.

Primul Congres Internaţional de Pyretoterapie va avea loc la Columbia University din New-York la 29, 30 şi 31 Martie 1937

Se vor prezenta rapoarte asupra modului de acţiune şi rezultatele obţinute prin pyretoterapie, ori care ar fi agentul pyretogen întrebuinţat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Comitatul Francez care a fost însărcinat cu organizarea europeană este alcătuit după cum urmează:

Sub înaltul patronaj al D-lui Ministru al Sănătăţii Publice şi Preşedintele de onoare D-l Profesor **d'Arsonval.**

Preşedinte: D-l Prof. **Abrami.**

Comitetul: D-nii Prof. **Alajouanine, Binet, Claude, Gougerot, Janet, Lardennois, Laubry** şi **Levaditi.**

Secretariatul General: D-rii **André Halphen** şi **J. Auclair,** 222 bis, rue Marcadet.

Din cauza depărtării şi sediului Congresului şi al diseminării congresiştilor s'a constituit un comitet naţional pentru fiecare ţară europeană şi s'a decis a se face un raport unic pe specialitate.

Comunicăile primite la secretariatul general înainte de 25 Februarie 1937, vor fi prezentate la New-York imediat după rapoarte de către Membrii Comitetului Francez.

Fiecare raport va fi urmat de discuţie.

Pentru ca cel mai mare număr de confraţi să poată face deplasarea dela New-York cu ocazia acestui Congres, care trebue să aibă cel mai mare răsunet, Wagons Lits Cook în colaborare cu Compania Generală Transatlantică au organizat o călătorie forfetară:

Plecarea dela Havre prin Paris la 17 Martie, sosirea la New-York la 24, la 25, 26 şi 27 vizite la New-York, Philadelphia, Washington. Recepţia la Preşedintele Roosvelt, etc.

Intoarcerea cu „Ile de France" care soseşte la Havre la 7 Aprilie. Preţul în clasa de turism va fi de aproape 310 dolari.

Rapoartele şi discuţiile vor fi publicate în limba franceză, engleză şi germană.

Cotizaţia pentru înscrierea la Congres este de 5 dolari (100 franci).

Cotizaţia pentru Congresiştii cari se vor deplasa la New-York şi vor profita de multiplele avantagii inerente, este de 15 dolari (300 franci).

Familiile congresiştilor cari doresc să-i însoţească la New-York vor plăti drept înscriere 5 dolari (100 franci).

Registrul de înscrieri este deschis de pe acum.

Adesiunile precum şi preţul cotizaţiilor vor fi adresate Secretariatului General, D-ri **A. Halphen** şi **J. Auclair,** 222 bis, rue Marcadet — Paris 18^{0}. —

* * *

LES JEUDIS DE LA CLINIQUE DE ST.-LOUIS

Fondés sous le patronage de **Louis Brocq.**

Etudes des questions d'actualité à l'Amphithéâtre **Alfred Fournier,** à la Clinique de St.-Louis, à 10 heures.

Monsieur **Sabouraud** les inaugurera le 26 Novembre avec: „Réflexions sur la classification dermatologique".

3 Décembre 1936: Professeur **Nanta,** de Toulouse. — Histiocytoses (pseudo-leucémies syphilitiques).

17 Décembre 1936: Professeur **Paulian,** de Bucarest. — Formes nouvelles de syphilis nerveuses.

7 Janvier 1937: **M. Touraine,** médecin de l'hôpital St.-Louis. — Syphilis et cancer.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

21 Janvier 1937: Professeur **Margarot,** de Montpellier. — Pelade de la région occipital et syndromes sympatiques cervicales postérieurs.

28 Janvier 1937: **M. Costes,** médecin des Hôpitaux. — Notions nouvelles sur les syphilis articulaires.

18 Février 1937: **M. Weissenbach,** médecin de l'Hôpital St.-Louis. — Rhumatisme psoriasique.

22 Avril 1937: Professeur **Joyeux,** de Marseille. — Les manifestations cutanées des Leishmanioses viscérales.

29 Avril 1937: **M. Duché,** chef de laboratoire. — Les nouvelles mycoses.

27 Mai 1937: Professeur **Favre,** de Lyon. — Les syphilis musculaires.

3 Juin 1937: **M. Raymond** Barthelemy, ancien chef de Clinique. — L'actitis de... Barthelemy.

17 Juin 1937: **M. Paul Blum,** assistent. — Syphilis de l'ovaire.

24 Juin 1937: **M. Giraudeau,** chef du Service de Radiologie à la Clinique. — Physiothérapie indirecte des dermatoses.

1-er Juillet 1937: **M. Jean Meyer,** chef du Service de Physiothérapie à la Clinique. — Physiothérapie des staphylococcies cutanées.

* * *

EXPOSITION INTERNATIONALE DES HOPITAUX

Une des nouvelles attractions de la prochaine **Foire de Milan** (10—27 avril), sera **L'exposition internationale des hôpitaux** qui, dans un vaste bâtiment spécial, comprendra tout ce qui concerne l'hospitalitation des malades dans les **Hôpitaux,** les **Cliniques,** les **Sanatoiums,** pour toutes les formes de assistance et avec l'agencements curatifs les plus modernes et les plus perfectionnés.

L'Eposition comprendra quatre sections: technique de la construction, administrative, technique industielle et protection contre les avions.

Dans la section concernant la technique de la construction on exposera des maquettes, des photographies, des plans et des projects d'hôpitaux généraux et spéciaux et précisément: sanatoriums, hôpitaux pour maladies mentales, hôpitaux pour maladies infectieuses, hôpitaux pour convalescents, colonies de bain de mer, colonies de montagne, colonies héliothérapiques, asiles pour la maternité et l'enfance et instituts pour tumeurs.

La section administrative comprendra une partie consacrée à la statistique.

La section technique industrialle groupera la salle du malade, la salle d'opérations, la roentgenthérapie et la thérapie physique, les laboratoires scientifiques, la cuisine, la buanderie, désinfection, le chauffage (centrales thermiques), l'eau potable, les moyens de transport et les signaux à distance.

Une section spéciale comprendra les moyens de protection contre les avions.

Les médecins de toutes les Nations auront le plus grand intérêt à visiter cette Exposition, où ils seront guidés par les Collègues du Comité, qui à déjà été nommé par la Présidence de la Foire de Milan, dont le Chef est le Sénateur **P. Puricelli.**

L'Autriche, l'Allemagne et la France ont récemment donné leur adhésion et assuré leur concours; l'adhésion de plusieurs autres Nations est déjà annoncée.

* * *

Adunarea generală a societăţii de urologie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La 22 Ian. a. c. s'a ţinut la Sediul Societăţii din localul Asociaţiei generale a medicilor, str. Isvor 16, adunarea generală anuală.

D-l Agregat **Christian,** preşedintele Societăţii aduce călduroase mulţumiri membrilor Societăţii pentru munca depusă şi în special d-l Prof. **Hortolomei,** a cărui prezenţă constantă a fost o garanţie a activităţii noastre. Mulţumeşte apoi secretariatului general pentru munca permanentă depusă zi de zi pentru bunul mers al Societăţii şi al Revistei.

D-l Docent **M. Popescu-Buzeu,** face o amplă dare de seamă asupra activităţii Societăţii. In al 27-lea an al activităţii ei s'au ţinut 9 şedinţe şi s'au făcut 49 de comunicări şi 10 prezentări de bolnavi, piese anatomice, radiografii, etc. Toate desbaterile au fost publicate în „Buletinul Societăţii" anexat „Revistei române de urologie".

In afară de activitatea ştiinţifică, Societatea s'a ocupat şi de interesul promovării urologiei în noua organizare sanitară a ţărei, cerând mai mult interes din partea autorităţilor superioare şi o atenţie deosebită mai ales în centrele de provincie.

Incheiând, cere unirea eforturilor tuturor, pentru asigurarea propăşirei acestei Societăţi, verigă din lanţul expansiunei medicale româneşti în sud-estul european.

După ce D-l D-r **Vintici,** expune situaţia financiară, d-l D-r **Marius Popescu,** citeşte raportul cenzorilor care se aprobă.

In urmă s'a procedat la alegerea noului comitet care s'a constituit astfel: Preşedinte: Agregat **G. Marinescu;** Vice-Preşedinţi: Docent **Anghel I.** şi D-r **Topa P.;** Secretar general: Docent **M. Popescu-Buzeu;** Casier: **V. Vintici;** Bibliotecar: **Marius Popescu;** Secretari de şedinţă: **D. D. Zanne** şi **Altorescu H.;** Cenzori: **Paul Constantinescu, N. N. Constantinescu** şi **T. Burghele;** Cenzori

supleanți: **Petcu G., Danicico Cluj** și **Katz Traian Galați.**

D-l Agregat **Marinescu Gh.** luând președinția își exprimă emoția ce o resimte ca elev a lui Herescu, să ia conducerea Societății pe care el a înființat-o în 1909. Face o caldă pledoarie asupra postulatelor de demnitate și conștiința care trebuie să fie îndreptarul medicului de astăzi.

* * *

Săptămâna de gastro-enterologie.

Paris, 13—14—15 Sept. 1937
Vichy, 16—17—18 „ 1937

Al doilea Congres Internațional de gastro-enterologie.

Societatea Internațională de Gastro-enterologie a organizat al doilea Congres al său.

Acesta își va ține ședințele la Paris, în timpul expoziției universale în zilele de 13—14—15 Septemvrie 1937, sub președenția D-lui Prof. Pierre Duval dela Paris.

Două chestiuni vor fi puse la ordinea de zi a ședințelor.

1) Diagnosticul precoce al cancerului gastric.

2) Ocluziunea acută și cronică a intestinuului subțire.

Prima va fi tratată simultan de raportori francezi și de raportori germani.

Raportorul de ansamblu al autorilor francezi va fi prezentat de D-nii Prof. Pierre Duval și Gosset în colaborare cu: Prof. Carnot (diagnostic clinic și serologic); D-r Gutmann (radiologie); D-r Moutier (gastroscopie); D-r Garin (gastroscopie fotografică); Prof. Labbe (diagnostic chimic); D-r Yvan Bertrand (histologie patologică); D-r Gatellier și Charrier (diagnostic operator).

Prof. Konjetzny va prezenta raportul de ansamblu al autorilor germani, în colaborare cu: Prof. von Bergmann (medicină); Prof. Sauerbruch (chirurgie); Prof. Bürger (diagnostic chimic); Prof. Berg (radiologie); Prof. Henning (gastroscopie și gastrofotografie); Prof. Staemmler (anatomia patologică).

A doua chestiune pusă în discuție va fi tratată de raportorii următori: D-nii Mogena (Spania) pentru partea medicală; Bottin (Belgia) pentru fiziopathologie; Krynski (Polonia) pentru radiologie; Wilkie (Anglia) pentru chirurgie; Bindo de Vechio (Italia) pentru anatomia pathologică; N. (Statele Unite), pentru biochimie.

După terminarea Congresului dela Paris se va deschide Congesul Internațional de insuficiența hepatică, care va avea loc la Vichy în zilele de 16—17—18 Septemvrie 1937, sub președenția D-lui Prof. Loeper. Acesta se va compune din două secțiuni: una de medicină, alta de terapeutică, pentru cari au fost aleși raportori eminenți de diverse naționalități. (Germania, Anglia, Spania, Franța, România).

Intre alte capitole vor fi tratate: edemele hepaticilor, ficatul paludicilor, ficatul mare al copiilor, ficatul din punct de vedere al intervenției chirurgicale, apoi medicațiunile celulare și circulatorii.

Domnii doctori cari doresc să ia parte la acest Congres, sunt rugați ca să se înscrie ca membrii, trimițând pe adresa d-lui Prof. D-r Iuliu Hațieganu, să se înscrie ca membrii, trimițând pe adresa d-lui Prof. D-r IULIU HAȚIEGANU, Președintele Comitetului Național Român de Gastro-Enterologie, suma de: 350 (treisute cincizeci) fr. belgieni la cursul zilei ca taxă de membru.

Al doilea Congres Național de Radiologie și Electrologie din Cluj

Al doilea Congres Național de Radiologie și Electrologie Medicală va avea loc la Cluj, în zilele de 21, 22 și 23 Mai 1937. Acest congres va însemna a doua mare manifestare științifică a radiologiei și electrologiei românești și va trebui să arate progresul necontenit și rapid al acestor ramuri ale științei medicale și în țara noastră.

Pentru asigurarea bunei reușite a acestui congres, în care contribuția științifică românească urmează să se afirme din nou, ne adresăm tuturor colegiilor din țară, rugându-i a lua parte și a contribui prin comunicări științifice decât mai mare valoare, la deplinul succes al congresului.

Programul științific al congresului este următorul:

1) Diagnosticul radiologic al afecțiunilor scisurale și periscisurale. — Raportor: Docent D-r **L. Daniello.**

2) Diagnosticul radiologic al afecțiunilor arterei pulmonare. — Raportori: Conf. D-r **E. Lazeanu,** D-r **M. Hângănuț** și D-r **A. Moga.**

3) Röntgenterapia în boala lui Basedow. — Raportor: Prof. D-r **D. Negru;** Coraportor pentru partea clinică: Doc. D-r **I. Gavrilă.**

4) Curieterapia neoplasmelor cavității bucale. — Raportor: Agreg. D-r **G. Severeanu;** Coraportor: Doc. M-r **I. Jovin.**

5) Rezultatele tratamentului cu unde scurte. — Raportor: Doc. D-r **I. Bistriceanu;** Coraportor: D-r **T. Spârchez.**

Extensiunea rapoartelor va fi maximum 20—25 pagini tipărite (în 8°) și se vor înainta escretariatului până la 1 Aprilie 1937.

Inafară de chestiunile, cari formează subiectul rapoartelor anunțate, Domnii membrii ai congresului vor putea face și comunicări cu alt subiect, ca cel la ordinea zilei. Extensiunea acestor comunicări va fi maximum 2 pagini în 8° (400 cuvinte). Anunțarea comunicărilor se va face până la 1 Martie 1937, iar primirea lor la secretariatul congresului cel mai târziu până la data de 1 Aprilie 1937. Biroul congresului își rezervă dreptul de a selecționa comunicările anunțate. Lucrări publicate anterior nu se admit.

Taxa de înscriere la congres: 300 lei pentru membrii activi și 100 lei pentru membrii asociați (soție, copii majori), va fi înaintată prin mandat poștal până la 1 Aprilie 1937 casierului: D-l D-r **C. Berariu,** Cluj, Str. Mico No. 1.

Reușita congresului nostru depinde în primul rând de binevoitorul concurs ce-l vom avea din partea confraților noștri. Vă rugăm deci stimate Domnule Coleg să ne acordați concursul Domniilor Voastre, pentru a putea fi la înălțimea primului nostru congres dela București, ale cărui zile memorabile sunt încă în vie noastră amintire.

Președinte: **Prof. D-r D. Negru.**

Secretar General: **D-r Marius Hângănuț.**