ANUL X-lea, No. 7—8. IULIE - AUGUST 1937.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

Pag.

Cronica medicală română 491

LUCRĂRI ORIGINALE.

Prof. C. BACALOGLU: ASUPRA ACTIVITATII ACADEMIEI DE MEDICINA IN ANUL 1936 495

Doc. D-r M. CÂNCIULESCU: AFECTIUNILE CORDULUI IN URMA TUBERCULOZEI SCLEROASE A PULMONULUI 506

ION V. BĂLĂNESCU și SIMION OERIU: O NOUA METODA PENTRU CONTROLUL FUNCTIUNII HEPATICE 514

Docent D-r ALFRED DIMOLESCU: ASUPRA MECANISMULUI DE PRODUCERE AL FORMELOR CLINICE IN UNELE PSIHOPATII SI PSIHOZE — ROLUL CONSTITUTIUNILOR MINTALE. — STUDIU CLINIC *(Sfârșit)* 528

GHITEA IOSIF: VACCINAREA ANTITUBERCULOASA CU B. C. G. IN PLASA SANITARA „MODEL" BREASTA-DOLJ 543

IOSIF LEONIDA: TEORIA ENDOCRINA A PELAGREI 554

N. MARINESCU, GH. HOLBAN și MUNTEANU: FANGOTERAPIA CU NAMOLUL DE TEKIRGHIOL LA CARMEN SYLVA 567

I. RADVAN: SUR LE CHOC HISTAMINIQUE ET LE DANGER DES BAINS FROIDS EN RELATION AVEC DEUX CAS DE CRYO-ALLERGIE 574

ROIBAȘI PAUL și CONSTANTINESCU IOAN: CONTRIBUTIUNI LA STUDIUL TURBURARILOR TARDIVE NEURO-PSIHICE POST-TRAUMATICE 579

CONSTANTIN SUHĂȚEANU și DEM. TĂNASESCU: SUR L'ADMINISTRATION PARENTERALE DES EAUX MINERALES DANS LA STATION „BAILE HERCULANE" (ROUMANIE) 590

CAZURI CLINICE.

I. GHEORGHE-Craiova: MASTOIDITA TIP BEZOLD CU CELULITA DIFUZA OCCIPITO TEMPORALA SI ABCES EXTRA-DURAL. — OPERAT, VINDECAT . . . 593

—: FLUX MENSTRUAL NASAL 595

EUGEN HERSKOVITS: DESPRE TRATAMENTUL COMBINAT CU RAZE X SI UNDE ULTRASCURTE IN ABCESELE PULMONARE 598

(Urmare pag. 2 cop.)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

47.849. SCRISUL ROMANESC, CRAIOVA

Pag

REVISTE GENERALE.

Doc. D-r GH. NICULESCU şi D-r M. STĂNESCU: REVISTA TERAPEUTICA (1 IANUARIE 1936—31 DECEMBRIE 1936 *(Sfârşit)* 603

CONGRESE.

AL VI-lea CONGRES FRANCEZ DE GYNECOLOGIE (Toulouse, 15-18 Mai 1937) *sub preşedinţia de onoare a D-lui Prof. C. Daniel (Bucureşi)* 619

AL II-lea CONGRES NAŢIONAL DE RADIOLOGIE (Cluj, 21-23 Mai 1937). 623

CONGRESUL ANUAL AL ASOCIAŢIEI GENERALE A MEDICILOR DIN ROMÂNIA (18-19 Iunie 1937, Bucureşti) 626

SOCIETĂŢI ŞTIINŢIFICE.

A.— ACADEMIA DE MEDICINĂ DIN ROMÂNIA: *Şed. din 21 Octombrie, 4 Noembrie, 11 Noembrie, 25 Noembrie, 2 Decembrie, 16 Decembrie 1936, 20 Ianuarie şi 3 Februarie 1937* 630

CĂRŢI - MONOGRAFII.

Prof. D-r M. KERNBACH: MEDICINA LEGALA. Tip. „Universala", Cluj, 1937 637

Prof. D-r G. BUZOIANU: ACTIVITATEA CLINICEI OTO-RINO-LARINGOLOGICE DIN CLUJ, 1937 639

Doc. D-r N. BLATT: CERCETARI SI STUDII IN OFTALMOLOGIE. — „Tiparul Suprem", Bucureşti, 1935 640

MAXIM ROTHBLUM: BAILE TUŞNAD — Buc., Libr. „Principele Mircea", 1937 642
Rec. de *M. Cânciulescu.*

CRONICI-DĂRI DE SEAMĂ.

INFORMAŢIUNI.

Un institut german de cercetări ştiinţifice: Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung din Berlin de D-r *State Drăgănescu* 643

Viitorul congres internaţional de Neurologie (Reuniunea preliminară din Copenhaga) 646

Al 2-lea curs practic de reîmprospătare şi de technică operatorie Oto-Rino-Laringologică de D-r *I. Leonida* 647

Curs de perfecţionare despre tuberculoză 648

PRODUSE FARMACEUTICE.

REFERATE.

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂŢII LABORATOARELOR DE PRODUSE FARMACEUTICE I

ANALISE DE LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEŞTI II

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ERRATA:

La No. 5—6, 1937, pag. 328, ultimul rând a-l ceti ast-fel: căreia a consacrat ultimii ani ai vieţei sale.

ANUL AL X-lea. No. 7-8 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: PROFESORII: C. BACALOGLU, I. ENESCU, I. HAŢIEGANU, 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

Din **Sumarul** No.

următoare:

ION DICHTER: **Stenozele inflamatorii ale rectului.**

V. RUSSU: **Resultatele Röntgenoterapiei în rinosclerom.**

I. BRECHER: **Contribuţiuni la folklorul medical românesc din Bucovina.**

A. STERE: **Tratamentul plăgilor infectate cu lumină totală.**

T. BONA: **Consideraţiuni în legătură cu un caz de sarcină extrauterină evoluată până la termen.**

H. SARAFIDI: **Din medicina empirică dobrogeană. — Empiricul Amira.**

Prof. P. NICULESCU şi C. STRAT: **Lupta biruitoare a medicilor români în contra boalelor contagioase în timpul răsboiului de întregire a neamului.**

D-r BUZAGIU: **Cum se face cura de diureză într'o staţiune hidrominerală.**

E. VICIU; **Problema viitorului în medicină.**

B. KALLAI: **Importanţa hormonilor sexuali în tratamentul sugarilor şi rolul lor în creşterea sugarilor prematuri şi hipotrofici.**

C. V. ANTONESCU: **Rolul sinusurilor carotidiene în mecanismul sincopei adrenalino-cloroformice.**

I. ANDERMAN: **Consideraţiuni epidemiologice şi clinice asupra parotiditei epidemice.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

N. MARINESCU, C. ADAMEŞTEANU şi V. MUNTEANU: **Indicaţiunile şi contra-indicaţiunile băilor de soare.**

GH. ALEXANDRESCU: **Câteva date asupra cauzelor ce influenţează T.B.C. la populaţia Circ. Dorna.**

I. VALDMAN: **Neoplasm palpebral operat prin autoplastia palpebro-palpebrală integrală.**

Doc. POPESCU-BUZEU: **Al IX Congres internaţional de Medicină şi Farmacie militară.**

LEON RODESCU: **Dietetica în litiaza biliară.**

I. GHEORGHE: **Mastoidită primitivă. — Furuncul al nasului şi trombo-flebita sinusului cavernos.**

Prof. C. BACALOGLU, MARIA AUDISIO-CICULESCU şi P. FOCŞA: **Septico-pioemiile datorate bacilului piocianic.**

V. MUNTEANU: **Manifestaţiuni oftalmoscopice în boalele miintale.**

E. ROITMAN: **Studiul clinic şi radiologic al magni-trohanteritelor osteomielitice.**

HENRIC LACK: **Asupra splenomegaliilor cu gastroragii.**

D-r GH. TĂNĂSESCU şi MARIUS PARASCHIVESCU: **Turburările clorului sanguin în insuficienţă cardiacă; cercetări şi consideraţiuni fiziopatologice.**

D-r HENRIC LACK: **Un caz de comunicaţie broncho-biliară.**

CRONICA MEDICALĂ ROMANĂ

Gazeta Internilor.

Este ultima revistă medicală apărută pe ogorul presei medicale românești.

O anunțăm cu întârziere, dar urmărirea atentă a celor câteva numere apărute până în prezent ne face să-i salutăm apariția cu și mai mare mulțumire sufletească.

Este gazeta care personal îmi amintește cei 4 ani petrecuți zi de zi între zidurile spitalelor, și nopțile dese-ori întrerupte de grija bolnavilor internați și de primul ajutor de dat celor veniți la sala de gardă; — 4 ani și jumătate chiar, căci primul an de internat l-am anticipat cu o lună, plecând la spitalul din Sinaia de sub conducerea D-lui D-r I. Mamulea la 1 Ian. 1910; iar ultimul prelungindu-l până la finele lui Iunie 1914, ca să desăvârșesc în alte servicii de clinică lucrarea inaugurală începută în serviciul marelui clinician, D-l Prof. I. Nanu-Muscel și terminată în Institutul de fisiologie sub controlul marelui savant, răp. Prof. I. Atanasiu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Precum mie, de altfel această revistă va aminti tuturor, celor cari au trăit-o cu intensitate, VIAȚA DE INTERN, precedată la rându-i și ca de acei 2—3 ani de înfrigurare ai VIEȚEI DE EXTERN (3 ani pentru mine, la Spitalul Brâncovenesc, reușit cu media 19.66), în care vizionarii în așteptarea momentului celui mare se preparau, rezumând tratatele și compulsând din reviste noile semne ca să impresioneze mai bine juriul la CONCURSUL DE INTERNAT (trecut de mine, la Spitalele Eforiei, cu media 19.75), concurs care avea să le deschidă porțile unei vieți asigurate de muncă în liniște, și în demnitate, pe atunci când internul era mâna dreaptă a șefului și încă nu fusese expropiat din drepturile lui de asistentul tras în serie nesfârșită de exemplare, exemplare unele valoroase și chiar excepționale, dar cari trebuiau să intre în facultate și în viața spitalelor pe cale de recrutare prin concurs, ca cel mai bun mijloc de selecționare; — viață de muncă ordonată la capătul căreia își treceau cu solemnitate o TEZĂ muncită și originală (teza mea inaugurală, **„Studiul grafic al închiderii valvelor sigmoide ale inimei. — Dicrotismul pulsului”.** — Cercetări clinice și experimentale pe om și animale, căreia i s'a decernat medalia de aur „Gh. Cristescu”, conține 275 pagini și 110 clișee grafice), înainte de a intra în VIAȚA DE MEDIC, care avea să se resimtă pentru totdeauna de urmele fericite ale internatului.

Cum să nu privim deci cu simpatie încercarea îndrăsneață, ce fac o mână de aleşi dintre cei aleşi prin concursul de internat, de a salva o instituție atât de salutară — azi în decădere — prin posibilitatea, ce deschide, selecționării valorilor; prin ajutorul ce dă facultăților, de a scoate medici buni; şi în ultima instanță statului, de a avea un corp medical valoros, din care deseori să se ridice savanți cu reputație mondială, şi nu rareori să procure şi altor instituțiuni, străine de profesiunea medicală, conducători cari să le ilustreze.

Să-i privească cu simpatie şi să-i încurajeze acei cari îi înțeleg, în primul rând foşti interni, în lupta lor de a reaşeza internatul în mijlocul vieții medicale, la răspântia care duce de la ucenicie la deplina stăpânire a meşteşugului, care face ucenicul meşter şi pe elev maestru; — să-i sprijine pe cei cari pornesc din acest drum drept pe potecile întortochiate ale profesiunei şi ale vieții; — şi să-i apere pe cei care de la primii paşi se vor lovi de arbitrarul conducătorilor nechemați şi de reaua voință a instituțiunilor neînțelegătoare.

Pentru ca — mărginindu-se la cadrul strict al profesiunei noastre şi ca să nu avem aerul de a da lecții altora, a căror legitimă împotrivire să ridicăm — cei cari subscriu la principiile salutare atât de clar expuse în **„Cuvânt de început"**, complectate în **„Din Program"** şi **„In continuare"** prin pana atât de eloquentă a D-lui D-r O. Mihăiță Primejdie, să-i ajute în lupta lor justificată în contra tutulor: în contra multora din şefii lor directi, cari nu-i înțeleg, deşi s'au ridicat dintre ei; în contra dregătorilor din facultăți cari de bună credință, dar de multe ori mai mult strică de cât dreg; în contra potentaților centrali şi periferici ai ministerelor, în primul rând ai departamentului care nu mai este al lor, deşi îşi zice al Sănătății publice; în contra conducătorilor unor instituțiuni cari pentrucă nărăvite, nu protejează pe medici, precum nici pe asigurați; în contra trepăduşilor electorali mai mari sau mai mici cari fac viața amară medicilor din tot cuprinsul țării.

Iar ei să nu se increadă în apărătorii din oficiu cari sunt gata ori când cu soluțiuni, pe cari ei în primul rând nu le vor respecta; — să nu se lase descurajați de impasibili din mijlocul lor; — precum nici înfricoşați de ceilalți cari din socoteli mărunte de interes personal se vor ridica în contra dreptelor lor revendicări şi a lor, — cari „ştiu să scrie" şi încă prea bine, dar cari fac marele sacrificiu de a perde cel mai prețios timp când se pot instrui.

Cetitorul nu va vedea, sunt sigur, în depănarea amintirilor mele prilejul exaltării meritelor mele personale; el va găsi în această prezentare de state de serviciu nota psichologică comună tutulor celor cari, trăind în PSICHOZA INTERNATULUI, sunt mândri de internatul lor.

Precum şi eu sunt mândru de **internatul** meu, care mi-a format **baza solidă a educației mele profesionale şi ştiințifice**, grație căreia am putut de atunci:—să trec cu demnitate un concurs de medic primar în medicina internă şi un strălucit examen de docență; — să exercit o frumoasă practică medicală sprijinită pe zeci de mii de foi de observație — dosare personale fiecărui bolnav;—precum să desvolt o modestă activitate ştiințifică, aici în colțul meu de provincie dela Craiova, grație căreia de curând Academia de Medicină să-mi facă marea onoare de a mă alege membru corespondent, iar Academia Română să distingă o lucrare a mea în manuscris cu Premiul

D-r L. L. Russ; — dar mai presus de toate a da viaţă acestei reviste, „Mişcarea Medicală Română", în care am cuprins toate posibilităţile şi năzuinţele mele sufleteşti şi pe al cărei drum lung şi greu numai disciplina consimţită în timpul anilor de internat m'a condus.

Sunt tot atâtea posibilităţi pe care le oferă internatul, între cari cu precădere aceia spre catedră, cum recunoştea distinsul profesor dela Cluj, D-l D-r Buzoianu; — dar la care la noi se poate ajunge şi cu mai puţin, dupe cum nu se poate ajunge nici cu mai mult.

De aceea mă adresez tutulor oamenilor de bine din ţara noastră, mai ales marelor noastre personalităţi din lumea medicală şi le spun că este de datoria lor să salveze INSTITUŢIA INTERNATULUI, redându-i strălucirea din trecut şi dându-i posibilitatea să-şi realizeze menirea pentru prestigiul medicinei româneşti în viitor.

Prelungirea activităţii la catedră, fără limită de vârstă, a D-lui Prof. Gh. Marinescu.

Printr'o lege specială parlamentul român a votat dreptul D-lui Prof. D-r GH. MARINESCU de a activa în tot timpul vieţii sale la Catedra de Neurologie, al cărei titular este la fac. de med. din Bucureşti.

Cari sunt meritele D-lui Prof. Marinescu, omagiat în diferite împrejurări în ţară şi în străinătate, ca unul dintre cei mai mari savanţi ai timpurilor noastre; cari sunt drepturile la recunoştinţa ţări ale acestui îndărătnic muncitor în ogorul ştiinţei care, copleşit de glorie, s'a plecat întotdeauna în faţa meritelor altora — nu este locul a le aminti acum.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru moment vrem să arătăm că această prelungire va permite D-lui Prof. Marinescu „să scrie cu elevii săi o monografie asupra curenţilor bioelectrici, şi să termine o lucrare despre relaţiile între instinct şi inteligenţă, bazată pe datele biochimice, precum şi alta asupra biologiei celulei cerebrale, începută acum 35 ani şi pentru care adună şi coordonează documentele" — dupe cum arată într'o impresionantă **„sinceră mărturisire"**, făcută în cotidianul apolitic „Universul" din 24 Aprilie a. c. şi nu doreşte în schimb decât să i se îndeplinească făgăduiala, exprimată şi în scris: „de a i se instala ascensorul, care n'a funcţionat niciodată; a se termina sala de consultaţii de care are mare nevoe; a avea o instalaţie de radioterapie profundă, radiografia a funcţiona în condiţii favorabile, instalaţia de hidroterapie să ia fiinţă, iar apa să urce până la etajul III unde funcţionează laboratorul de chimie şi se găseşte şi secţiunea sanatorială" în noua clădire de la spitalul Colentina, pe care o reclamă de ani de zile şi în care s'a mutat de curând.

Atât doreşte D-l Prof. Marinescu, acestea sunt modestele pretenţiuni ale marelui nostru savant cu reputaţie mondială, şi apoi să fie lăsat să lucreze mai departe, în linişte.

Comentariile ar fi de prisos.

In marginea Congresului Anual al Asoc. G-rale a Medicilor din România, din Iunie 1937.

In marginea unui congres, fie el ştiinţific sau profesional, se înscriu, ca parte integrantă, discursurile ocazionale, mesele luate în comun, banchetele oferite, excursiunile, ş. a. — cari constituesc partea II, de multe ori mai interesantă ca prima; — precum rezultatele concrete şi impresiunile generale cari se desprind pentru observatorul atent.

Congresul de anul acesta s'a deosebit printr'un neprevăzut, care a frânt linia dreaptă a celor din trecut — când se discuta şi se combătea, dar nu prea tare, prin critici generale cari treceau peste persoanele prezente şi cari se adresau trecutului, sistemului general, celorlalţi factori politico-economico-socială, ş. a., de cari sunt strâns legate profesiunea medicală, soarta medicului şi organizaţia noastră socială.

Acest neprevăzut la congresul de dată recentă l-a determinat **Cuvântarea D-lui Prof. Mezincescu,** care s'a ridicat cu vehemenţă de perfect opozant în contra însăşi bazelor pe cari stă tradiţionala noastră organizaţie sanitară; în contra zidirilor şubrede pe această bază anacronică pentru împrejurările de faţă; în contra celor cari prind „precum cu mâna muştele din aer" ideile altora şi neadâncindu-le le compromit reuşita; în contra „fobiei noastre de realităţi" prin care refuzăm să vedem adevărul şi ne înşelăm pe noi înşi-ne; în definitiv în contra simplelor „iluzii optice" pe cari ni le dau o falşe interpretare a datelor demografice şi a graficelor, cărora li se interpretează accidentele de la an la an şi nu „tendinţa generală" pe perioade de ani.

Toate acestea — expuse de o personalitate atât de proeminentă în lumea noastră ştiinţifică, sanitară şi politică ca acea a D-lui Profesor Mezincescu care de sigur va fi chemat în viitor să-şi pună ideile în practică; cu o autoritate, sinceritate şi bună credinţă cari au convins; şi cu o elocinţă care a entuziasmat — au impresionat.

Vom încerca în „Cronica" aceasta, precum şi în cele viitoare, să prezentăm cele ce a spus D-sa în faţa congresului, cu privire la asistenţa sanitară în mediul rural; — care sunt ideile D-sale cu privire la asistenţa medicală în mediul urban, idei pe cari le-a expus în „Raportul asupra sănătăţii publice" prezentat de curând la „Cercul de studii al partidului Naţional-Ţărănesc" din care D-sa face parte, raport cuprins într'o broşură pe care a împărţit-o în congres; — şi în urmă să mai arătăm şi alte cause cari se opun ca organizaţia noastră sanitară să-şi dea toate roadele bune ce se puteau aştepta, chiar dacă fiind pusă pe baze cari în foarte multe privinţe nu mai corespund împrejurărilor de faţă.

Căci dacă este iluzoriu a „modifica pe ici pe colea cu condiţia să nu schimbi nimic", este periculos a abroga un sistem cu care de bine de rău am dus-o ani de zile, pentru a-l înlocui cu altul nu îndeajuns de adaptat condiţiunilor de la noi şi faţă de care aceleaşi cause dăunătoare, dacă ar dăinui, ar da aceleaşi roade rele.

Vom cuprinde între aceste alte cauze: migraţiunea medicilor rurali, denunţată de D-l Prof. I. Moldovanu; rolul inspectorilor generali sanitari, luat în considerare de D-l Prof. P. Tomescu; incuria care domneşte, şi nu de azi, în organizaţia noastră sanitară, cu: călcarea legilor şi regulamentelor în vigoare, aplicarea lor după caz şi persoană, favoritismul în floare, lipsa de la datorie, specularea suferinţei omeneşti în spitalele statului — asigurată şi favorizată prin dispoziţiunile actuale, legiferările pripite, ş. a., condiţionate de centralismul nostru excesiv şi arbitrarul centrului — cari scoboară avântul medicilor şi nivelul moral al practicei medicale şi nu-l poate ridica numai înălţarea de spitale şi creiarea de noi dispensare, fără zidirea sufletului medicilor la bază.

M. Cânciulescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ASUPRA ACTIVITĂŢII ACADEMIEI DE MEDICINĂ IN ANUL 1936

de

Prof. C. BACALOGLU

Mi s'a încredinţat însărcinarea de a prezenta rezumatul lucrărilor Academiei de Medicină română în primul ei an de existenţă. In afară de interesul ştiinţific ce se leagă de fiecare chestiune expusă, bogăţia şi varietatea cercetărilor publicate în Buletinul nostru dau o icoană a activităţii medicale şi medico-sociale dela noi; şi confirmă şi mai mult necesitatea creerii acestui for înalt de expansiune a creaţiunii intelectuale pe care o reprezintă Academia de Medicină.

Inainte de toate socotim ca o datorie să relevăm că Academia de Medicină română datoreşte fiinţa ei iniţiativei şi spiritului de cald patriotism, care animează pe Preşedintele nostru D-l Ministru al Educaţiunei naţionale D-l Profesor D-r C. Angelescu, şi harnicului şi neobositului nostru Secretar General D-l Profesor Danielopolu, care cu o tenacitate puţin obişnuită a urmărit de mulţi ani această fericită realizare.

Sunt convins că graţie lor şi intensei activităţi ştiinţifice a tutulor membrilor ei, Academia de medicină română va figura cu cinste alături de alcătuirile similare din străinătate, cu bogat trecut ştiinţific.

Vom examina în mod succint diferitele comunicări făcute, atât de autorii români cât şi de cei străini, grupându-le după subiectele ce au fost tratate.

Intr'o primă secţiune vom rezuma cercetările relative la variaţia humorilor organismului în stare normală şi patologică. In acest grup de SEROLOGIE, în sensul larg al cuvântului, cităm în primul rând o lucrare a *Prof. Achard* care a comunicat cercetările sale recente relative la proteinele humorilor şi aplicarea unor procedee fizice la studiul lor. Astfel s'a pus în evidenţă un tip nou de proteină serică, myxo-proteina, s'a studiat absorbţia proteinelor serice prin cărbune, variaţia densităţii optice a serozităţilor şi alte metode fizice de cercetare a modificărilor coloizilor serici. *Prof. Tomescu* şi colaboratorii săi au examinat o nouă proprietate a lichidului cefalo-rachidian: cloruro-cristalizarea. Amestecând

pe lame o soluţie de ser fiziologic cu o picătură de lichid cefalo-rachidian şi lăsând-o să se usuce se observă pe lamă figuri de cristalizare variabile, pe cari autorii au reuşit să le pună în relaţiune cu diferite stări patologice. D-l Agregat *Dumitrescu-Manţe* a arătat importanţa cercetării indicelui viscozimetric pentru determinarea naturii unei revărsări pleurale: cifrele mai mici de 1,30 se referă la transudate, mai mari de 1,60 sunt exudate şi cifrele intermediare arată forme mixte. In trei comunicări, Prof. *Urechia, Manta* şi *Bumbăcescu* studiază aplicarea reacţiei lui Weltmann la studiul afecţiunilor sistemului nervos şi mecanismul producerii ei. Ea depinde de dispersiunea şi ionisarea proteinelor serice; de cele mai multe ori modificările constatate în afecţiunile sistemului nervos pot fi explicate prin alterări hepatice sau afecţiuni pulmonare. Modificări importante au fost notate în special în boala lui Parkinson.

Tot privitor la variaţiile compoziţiei plasmei sanguine relevăm studiul diferitelor forme ale fosforului sanguin făcut de D-r *Mircea Petrescu,* D-na *Cimino-Bérenger* şi *Sutianu* în diferite stări patologice.

Intr'un al doilea capitol grupăm lucrările relative la FIZIOLOGIA ŞI FARMACODINAMIA ORGANISMULUI NORMAL ŞI PATOLOGIC. Prof. *Danielopolu* şi D-r *Rădulescu* au presentat în patru note succesive cercetări relative la farmacodinamia şi terapeutica cu atropina studiind: obişnuirea organismului cu această substanţă, pericolul asociaţiei morfină-atropină la morfinomani, posibilitatea de obişnuire la doze progresive relativ mari şi mecanismul de producere a acestei „mitridatizări" progresive.

Atropina e amfotropa cu predominenţă parasimpatică în doze mici, paralizantă a parasimpaticului, în doze mijlocii, toxică în doze mai mari; mărind doza progresiv şi prudent, se obţine o micşorare a tonusului ambelor sisteme vegetative, o hipo-amfotonie care poate fi utilă în combaterea răului de mare, în prevenirea accidentelor anesteziei cloroformice şi în alte afecţiuni: ca hipertensiunea arterială, astmul etc. Această metodă „mitridatizantă" cu doze progresive, hipo-amfotone de atropină deschide perspective terapeutice interesante în domeniul hipertoniilor vegetative.

Relativ la narcoză, o notă a Prof. *Meyer* arată starea actuală a cunoştinţelor noastre în această chestiune. Anestezia e datorită dizolvării în lipoizii celulelor nervoase a unei substanţe, indiferent de compoziţia ei chimică, şi proporţional cu concentrarea ei moleculară; această concentrare variază cu specia animală sau celulară. Hipnoticii modifică starea moleculară a lipozilor celulari, împiedicând excitaţia. Tot relativ la fizio-patologia anesteziei, D-nii *Renescu, Dorogan* şi *Kapri* studiază acţiunea diferiţilor agenţi anestiezici asupra viscozităţii, tensiunii superficiale, indicelui refractometric, conductibilităţii electrice şi greutăţii specifice a serului sanguin.

STUDIUL GLICEMIEI ŞI AL FACTORILOR CARI O CONDIŢIONEAZA a dat loc la numeroase comunicări. D-nii *Stoicescu* şi *Gingold* au

studiat acţiunea vitaminei C, acidul ascorbic, asupra glicemiei. Acidul ascorbic scade glicemia omului normal, micşorează hiperglicemia provocată prin ingestia de glucoză: acţiunea la diabetic e variabilă; vitamina C lucrează în acelaş sens ca şi insulina, micşorează acţiunea adrenalinii şi măreşte glicogenul hepatic. Acidul ascorbic, care are o acţiune remarcabilă în afecţiunile hemoragipare nu influenţează favorabil anemiile. Prof. *Danielopolu* în colaborare cu D-nii *Stoicescu* şi *Gingold* au examinat efectele substanţelor cu acţiune vegetativă asupra glicemiei. La omul normal, dozele mari de adrenalină, efedrină şi pilocarpină măresc glicemia, dozele mari de atropină sau clorur de calciu o micşorează. La hepatici şi diabetici, doze variabile de atropină nu influenţează apreciabil glicemia. D-l D-r *Mircea Petrescu*, D-na *Cimino-Béreger* şi *Sutianu* studiază hipoglicemia precoce şi trecătoare ce apare, adesea după ingestia de alimente.

STUDIUL HIDREMIEI după ingestia de un litru de apă a făcut obiectul cercetărilor Prof. *Enescu* şi asistentului său *Buşilă*. Ei au examinat variaţiile albuminei şi hemoglobinei la oameni normali din punctul de vedere cardio-vascular şi hepato-renal. Există oscilaţii ale hidremiei la normali şi fără ingestie de apă; după ingestie de un litru de apă, se observă aceleaşi variaţii în plus şi în minus ca şi la cei cari nu au ingerat lichid, în 5 cazuri din 14 se observă o micşorare a hemoglobinei mai mare decât a albuminelor serice.

Relativ la FIZIOLOGIA GASTRICA, notăm o serie de comunicări ale D-nului *Dimitriu* şi *colaboratorilor* săi. Studiind prin metoda viscerografică a Prof. Danielopolu acţiunea acidului clorhidric asupra motilităţii gastrice, constată independenţa funcţiunii motrice de funcţiunea secretorie. Acidul clorhidric nu provoacă mişcări gastrice, în doze mari chiar le inhibă, şi mişcările gastrice nu sunt însoţite de secreţie clorhidrică. Histamina are asupra motilităţii stomacului o acţiune difazică: o primă fază de inhibiţie, constantă, şi o fază de excitaţie, tardivă şi inconstantă. Nitritul de amyl are aceeaşi acţiune asupra motilităţii şi secreţiei gastrice ca şi histamina. Histidina, atât de întrebuinţată acum în tratamentul ulcerului gastric, injectată intravenos în doze de 4—80 centigrame, nu influenţează secreţia şi motilitatea gastrică la normal sau la ulceros; ea nu modifică nici secreţia peptică sau aceia a mucusului gastric, aceste constatări negative fac şi mai interesantă acţiunea sa terapeutică, în multe cazuri se dovedeşte folositoare.

FIZIOLOGIA CORDULUI a dat loc la numeroase şi interesante comunicări. Prof. *Demoor* rezumă într'o notă cercetările sale asuasupra substanţelor mediatrice şi substanţelor de orientare în regularea humorală a activităţii cardiace şi intestinale. El observă că myocardul, studiat indrependent de ţesutul nodal, are un automatism contractil neregulat, asociaţia cu ţesutul nodal face ca aceste contracţiuni să fie regulate. Ţesutul nodal acţionează prin producerea unor anumite substanţe, zise substanţe nodale, cari provoacă regularizarea contracţiunilor neregulate datorite myocardului izolat. Aceste substanţe nu modifică chronaxia celulei miocardice, dar schimbă

structura micelară a păturii musculare şi cauzează o motricitate ritmată. In intestin, există deasemenea o activitate ritmată a muşchilor longitudinali şi circulari; şi aci se constată că extractul de muşchi longitudinali impune ritmul său lent dacă e pus să lucreze asupra intestinului în vitro. Acetyl-cholina joacă, din punct de vedere cantitativ, un rol important în contractilitatea intestinală.

Relativ la automatismul cardiac, D-l *Marcu* observă, într'o notă, că ar putea fi explicat, în inima primitivă care nu conţine nici fibre musculare nici celule nervoase, prin fenomene pur fizice: rezonanţa. A reuşit să provoace o scurgere ritmică într'un aparat foarte simplu care constitue un model al instalării ritmului cardiac primitiv. Studiază electrocardiograma provocată prin excitarea intra-ventriculară şi trage concluzia că interpretarea actuală a predominenţelor drepte şi stângi trebue modificată. Intr'adevăr, a obţinut prin excitarea intraventriculară dreaptă o electrocardiogramă, în derivaţia întâia, cu deflexiunea maximă pozitivă, şi negativă în derivaţia treia. Aceasta modifică complect ideile clasice relativ la predominenţele drepte şi stângi în interpretarea lor cardiografică. *D-l Proca*, asistent al Institutului Clinico-Medical A, a studiat curentul monofazic al inimii după metoda lui Schütz. Se constată un paralelism mai frequent între fenomenele mecanice ale contracţiei cardiace şi electro-grama monofazică decât cu cea difazică, astfel în manifestările mecanice şi electrice ale extra-sistolelor; de aceeia studiul curenţilor monofazici prin această metodă şi înregistrările electro-cardiografice făcute la câine de D-l Proca sunt foarte interesante.

Viteza circulaţiei sanguine în ficat a fost studiată de Prof. *Enescu* şi *Isac* prin administrarea unei doze de iodur de potasiu pe cale bucală şi determinarea timpului necesar pentru eliminarea iodului prin salivă; dacă se face, la acelaşi individ, administrarea şi pe cale rectală, diferenţa între timpul constatat la administrarea bucală şi cel stabilit la rezorbţia rectală reprezintă durata transitului hepatic, 2—5 minute; aceeaşi autori însă, într'o notă ulterioară constată că iodurul nu se rezorbe de stomac şi astfel timpul bucal depinde de viteza de evacuare gastrică; metoda nu permite deci o determinare precisă a vitezii circulaţiei intra-hepatice.

Trecem acum la un alt grup de comunicări, cu CARACTER CLINIC sau ANATOMO-CLINIC. In CARDIOLOGIE notăm o comunicare a Prof. *Martinez* din Argentina despre clasificarea leziunilor muschiului cardiac, insistând asupra distincţiunii între myocardite şi myocardoze. Prof. *Danielopolu* prezintă un caz de vindecare în angina pectorală prin metoda supresiunii reflexului presor, vindecare ce durează unsprezece ani; observaţia ilustrează bunele rezultate ce se pot obţine graţie chirurgiei în anumite cazuri de angor pectoris.

D-şoara *Aslan* atrage atenţia asupra unor puncte de semiologie cardiacă: existenţa unui reflux hepato-tiroidian în maladia lui Basedow, semn precoce de insuficienţa cardiacă dreaptă la ba-

sedowieni şi apariţia unui suflu sistolic perceptibil numai după extra-sistole, semn de leziuni orificiale mute. D-nii *Pavel* şi *Păunescu-Podeanu* arată că o cholecistită cronică poate pricinui accese de angor pectoris; această formă reflexa de angor poate fi ameliorată sau vindecată prin tratamentul cholecistitei.

In AFECŢIUNILE FICATULUI ŞI VEZICULII BILIARE notăm comunicarea Prof. *P. Niculescu* şi D-l *Herescu* despre importanţa amino-acidemiei şi amino-aciduriei în studiul insuficienţii hepatice. Dânşii arată importanţa raportului între aceste două cifre, pe care îl numesc coeficient de eliminare, pentru prognosticul afecţiunilor hepatice, modificarea sa transitorie arată leziuni reversibile ale parenchimului şi nu turburări funcţionale hepatice.

Prof. *Duval* şi *Binet* au făcut o comunicare asupra leziunilor hepatice post-operatorii; autorii le explică prin acţiunea toxică a polipeptizilor puşi în libertate de autoliza ţesuturilor şi arată pe cale experimentală posibilitatea de a produce leziuni similare la câine prin injecţiune de poli-peptizi în vena portă. O altă comunicare a Prof. *Wegelin* din Berna descrie leziunile hepatice din hyperthireoze: dispariţia glicogenului, degenerescenţa grasă, leziuni cari au fost regăsite şi în injecţiunile cu thyroxină la animale; ele au o importantă pronostică în maladia lui Basedow. Prof. *Himans van den Bergh* şi *Harbog* arată posibilitatea de a determina colorimetric viteza de formare a bilirubinii indirecte în ser şi descriu o modificare interesantă a colorimetrului care permite acest studiu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Relativ la VEZICULA BILIARA, D-nii *Şerban Brătianu, Cristu Ştefănescu* şi D-na *Brătianu* au făcut o comunicare descriind sistemul nervos intramural al acestui organ şi în special celulele argentafine pe cari unii autori nu le-au regăsit. Prin examenul a numeroase preparate, D-nul Brătianu şi colaboratorii săi au reuşit să le puie în evidenţă.

D-nul Agregat *Simici, Popescu* şi *Covăceanu* au studiat lambliaza duodenului şi căilor biliare cu ajutorul tubajului duodenal şi insistă asupra faptului că sediul parazitului este mai mult în duoden şi în căile biliare, mai rar în vezicule; bila B şi controlul operator făcut într'un caz de Prof. Iacobovici, au arătat raritatea relativă a localizării veziculare.

Mecanismul durerii în ulcerul gastro-duodenal a fost studiat de D-l *Dimitriu, Tanasoka* şi D-ra *Popovici;* ea depinde în primul rând de inflamaţia ulceroasă, contracţiunile gastrice joacă un rol de agent provocator şi aciditatea gastrică un rol secundar. In diagnosticul cancerului gastric, reacţia lui Wolfjunghans, verificată de D-l Agregat *Simici* şi *Conştantinescu*, dă rezultate interesante.

In AFECŢIUNILE RENALE, Prof. *Volhard*, cunoscutul cercetător al diferitelor varietăţi de nefrite, rezumă într'o notă argumentele cari fac ca retinita brightica să fie datorită angiospasmului vaselor retieniene; leziunile hemoragice, endarterita nu sunt decât manifestări secundare angiospasmului prelungit. Diagnosticul rinichiului amiloid se face, în afara semnelor clinice şi urinare,

prin proba roşului de congo; Prof. *Enescu* şi *Isac* arată că această probă nu dă rezultate absolut sigure în diagnosticul diferenţial cu nefroza lipoidică.

Prof. *Sergent* studiază raportul între TUBERCULOZA ŞI TRAUMATISM; el arată că traumatismul poate fi o cauză ocazională a unei evoluţii bacilare, locale sau generale; acest lucru e însă rar, căci traumatismul trebue să atingă însuşi focarul latent conţinând bacilul Koch. In tratamentul tuberculozei pulmonare, pneumothoraxul terapeutic poate da loc la diferite accidente pe cari le evidenţază cu exemple din practica lor, D-nii *Moisescu* şi *Dumitrescu:* moarte subită, fistule pleuro-pulmonare, emfizem subcutanat sau profund.

In capitolul BOALELOR INFECŢIOASE relevăm un număr important de comunicări. Tifosul exantematic, cu focarele sale endemice din ţară, reţine atenţia cercetătorilor. Prof. *Danielopolu, Lupu, Crăciun* şi D-l *Petrescu,* descriu în detaliu caracterele anatomo-clinice ale acestei maladii, aparatul cardio-vascular este obiectul unui studiu amănunţit. In special trebuesc luate în consideraţiune leziunile sistemului neuro-vegetativ şi consecinţe terapeutice care indică întrebuinţarea strofantinei. Din punctul de vedere experimental, D-nii *Ciuca, Bălteanu* şi *Constantinescu* arată existenţa infecţiunii pisicilor în regiunile cu focare exantematice; creerul acestor animale inoculat cobaiului provoacă o afecţiune febrilă cu imunitate consecutivă; la şobolan infecţiunea rămâne inaparentă. Existenţa virusului exantematic murin a fost studiat la Iaşi şi în Basarabia de Prof. *Bălteanu* şi *Constantinescu;* dânşii găsesc reacţia Weil-Felix în 43,3% cazuri pozitivă la şobolanii sălbatici; autorii au putut izola din creerul şobolanilor, în patru cazuri, virusul exantematic. Unul din aceste a fost studiat de aproape, prin reinoculări repetate la animale, şi chiar la om; din cinci încercări de transmisiune la om, două au dat rezultate pozitive: un caz cu maladie tipică şi un caz de infecţiune inaparentă.

Fiind dată importanţa tifosului exantematic şi pericolul permanent ce constitue existenţa focarelor endemice, Academia de Medicină a numit după propunerea Prof. Danielopolu o comisiune care a studiat din punct de vedere epidemiologic şi profilactic această chestiune; măsurile propuse şi în special crearea unui centru de studiu în regiunile contaminate, cu mijloace suficiente de acţiune, vor da desigur în practică rezultate excelente.

Intru cât priveşte DIFTERIA, D-l *Stroe, Marbe, Hortopan,* D-ra *Bacaloglu,* şi D-ra *Corciova,* au arătat că reacţia lui Schick este inhibată când se adaogă la toxina difterică ser de cal şi aceasta inhibiţie e mult mai accentuată cu ser de cal adult decât cu ser de animal tânăr. Căutând să studieze, din punct de vedere experimental efectul inocularii la cobai a asociaţiei toxină difterică şi perfringens, dânşii observă o accentuare considerabilă a toxicităţii, ceeace explică bunele rezultate obţinute în clinică prin asociaţia serului anti-gangrenos cu serul antidifteric în difteriile complicate. Tot în tratamentul difterici, D-nii *Combiescu* şi *Popescu,* studiind viteza

Digitized by Academia Româna. Library Cluj

de eliminare a antitoxinii injectate, preconizează o asociere a vaccinoterapiei cu seroterapia: după injectarea dozei de circa 80.000 unităţi, la un interval de trei zile injectează anatoxina difterică şi repetă înjecţia după o săptămână; se obţine astfel o imunitate mult mai puternică şi prelungită. Aceeaşi autori s'au ocupat şi cu tratamentul afecţiunilor atât de grave pe care le constituesc septicemiile stafilococice; Institutul Cantacuzino a preparat un ser anti-stafilococic care titrează 250 unităţi internaţionale pe cm. foarte activ în septicemiile experimentale şi util în clinică; în tratamentul septicemiilor stafilococice, autorii recomandă asocierea anatoxinei cu seroterapia, alternativ; din punctul de vedere experimental se obţine astfel imunitatea cea mai puternică şi rezultatele clinice sunt remarcabile.

Tratamentul eryzipelului a beneficiat de introducerea unui medicament într'adevăr activ: Prontosilul: Prof. *Slătineanu*, şi *Bălteanu*, au constatat acest rezultat în 34 cazuri tratate; medicamentul nu împiedică în totdeauna supuraţiile ce s'au constatat în două cazuri; el trebue continuat câteva zile după defervescenţă.

Prof. *Graçoski* comunică 10 cazuri de meningită limfocitară simulând meningita bacilară şi atrage atenţia asupra acestei importante chestiuni de ordin practic; relaţiunea cu celelalte maladii cari dau reacţiuni limfocitare e discutată; pare să fie o maladie autonomă. Pentru diagnosticul cu meningită bacilară, căutarea repetată a B. Koch în lichidul c. rachidian este decisivă.

In diagnosticul paludismului cronic, d-nii *Cănciulescu* şi *Hirsch* dau mare importanţă cercetării pigmentului melanic, preconizată în special de Urriola, şi anunţă cercetări relativ la concentrarea sa în sânge şi urină.

In CANCEROLOGIE, o comunicare a Prof. *Crăciun* despre reticulo-sarcoamele apărute în afară de ţesutul limfatic arată că orice regiune cu ţesut conjunctiv tînăr poate da naştere unor astfel de tumori caracterizate prin starea lor reticulară, bogăţia în reticulina, sărăcia în collagen, macrofagie, structura histioida a nucleilor. Profesorul Crăciun a prezentat încă o notă asupra modalităţilor de reacţiune ale ţesutullui hemato-conjuctiv la diferite injecţiuni iritante. D-l *Luesma Uaranga* a studiat tonusul vegetativ în neoplasme, examinat prin metoda atropinei şi ortostatismului.

BALNEOLOGIA a făcut obiectul unor comunicări interesante, în ambele secţiuni, ştiinţifice şi de organizare. Un raport al regretatului *General Vicol*, căruia îi păstrăm toţi o pioasă amintire, constitue o contribuţie importantă la proectul de lege balneo-climatic. şi sperăm să vedem realizate observaţiile sale judicioase. Lupta socială în contra reumatismului cronic, o problemă importantă atât din punct de vedere medical cât şi economic, e rezumată în raportul Prof. *Niculescu;* care arată posibilităţile noastre terapeutice, costul mediu al tratamentului şi mijloacele de a extinde binefacerile lui la cât mai mulţi suferinzi. Prof. *Niculescu*, împreună cu *Barbilian*, a studiat acţiunea ingestiunii de ape sulfuroase asupra gluthationului sanguin; acesta este crescut în urma tratamentului,

fapt important în afecţiunile care sunt însoţite de scăderea oxido-reducţiunilor, şi are probabil o acţiune activantă asupra glandelor endocrine. Studiul sulfului sanguin, prin dozarea gluthationului şi a thiemiei a fost studiat de acelaş autor în afecţiunile hepatice şi febrile; după injecţiuni de sulf, diatermie sau radioterapie pe regiunea hepatică se observă o ridicare a concentrării acestor substanţe în sânge, semn de ameliorare funcţională hepatică. D-l agregat *Dumitrescu-Mante* şi colaboratorii săi au arătat normalizarea probei galactozuriei în urma administrării apei de Malnaş.

ENDOCRINOLOGIA, atât de strâns legată de Patologia internă a dat loc la comunicări interesante. Prof. *Pende* ne prezintă o sinteză a doctrinei sale bio-tipologice arătând rolul excitabilităţii celulare în determinarea bio-tipului individual. Prof. *Parhon* şi *Binder* descriu degenerescenţa colloidă a celulelor hypofizare la cocoşul bătrân. Variaţia clorului şi sodiului sanguin în urma extirpării suprarenalelor la pisică este studiată de Prof. *Urechia* şi colaboratorii săi; ea se face în mod variabil în plus şi în minus faţă de normal. D-l *Radovici* prezintă o observaţie de macro-genitosomie precoce, sindrom al lui Pellizzi, după encefalita lethargică; acest sindrom, care este atribuit în genere epifizei, poate în unele cazuri să fie de origine sub-thalamică sau mamillo-tuberală.

Continuând studiile sale asupra hormonelor sexuale, D-l *Crăiniceanu* s'a ocupat de posibilitatea de a suprima temporar menstruaţia, administrarea de extracte de corp galben, de Thecagen Chinoin sau de Luteocrescină administrate în 8 cazuri a permis oprirea complectă a menstruaţiei, în 5 cazuri şi diminuarea considerabilă în celelalte trei. Aceleaşi preparate, extracte de corp galben, Thecagen sau insulina au avut o acţiune hemostatică în numeroase cazuri de hemoragii genitale de origine variabilă; posedăm astfel agenţi hemostatici biologici, superiori celor cunoscuţi mai înainte.

Tot în legătură cu acţiunea hemostatică a hormonelor femenine semnalăm rezultatul remarcabil obţinut de D-l *Mircea Petrescu* şi D-şoara *Vănescu* într'un caz de hemofilie, graţie foliculinei.

D-na *Trancu-Rainer* şi *Vlăduţiu* cercetează din punct de vedere hormonal un achondroplazic: dânşii regăsesc hormona gonadotropa indiferentă şi luteinizantă, folliculina, hormona masculă şi intermediară în urina bolnavului studiat.

In NEUROLOGIE, Prof, *Marinescu* şi D-l Agregat *Ionescu-Şişeşti* prezintă observaţia anatomo clinică a unui caz de scleroză în plăci, bolnavul făcând parte dintr'o familie din care 12 membrii sufereau de o afecţiune familială nervoasă; în acest caz, scleroza în plăci, a luat masca unei afecţiuni hereditare, contrar ideilor admise până acum asupra naturii sale infecţioase. In altă comunicare, autorii revin asupra caracterului uneori familial sau hereditar al boalei cu ocazia unei noi observaţii; culegând şi alte fapte din literatura medicală, Profesorul Marinescu prezintă o serie de argumente în favoarea teoriei dys-embrioplastice a sclerozei în plăci. Un alt fapt serios este acela al unei fete care prezintă un spasm intermitent al musculaturei abdominale, vindecat temporar prin trei intervenţii chi-

rurgicale; autorii nu resping în acest caz o interpretare psychanalitică. Prof. *Parhon* şi D-l *Marinescu-Băloiu* relatează o observaţie de epilepsie myoclonică, datorită unei encefalite; examenul histologic a arătat în celulele nervoase şi în spatiile interstiţiale prezenţa unei substanţe având caracterele glicogenului. Intr'un alt caz au găsit gomă sifilitică în putamen şi pallidum cu sindrom choreo-atetozic unilateral. Analizând diferitele forme clinice ale crampei scriitorilor. D-l *Rădovici* admite mai multe patogenii posibile: psihică, organică cu modificări în nucleii cenuşii ai bazei creerului, sau, după ideile lui Barré, compresiuni osoase prin artrite cervicale; tratamentul trebue adaptat cauzei. Autorul insistă în primele două grupe asupra bunelor rezultate ce se pot obţine graţie atropinei prescrisă pe cale bucală în doză de 2—4 mgr.

Prof. *Urechia, Moga* şi *Dragomir* studiază într'un documentat memoriu modificările electrocardiografice în unele maladii nervoase, în special în boala lui Friederich şi în myopatii; se observă o ridicare a spaţiului S—T deasupra liniei izo-electrice şi alte schimbări mai puţin importante. Intro lucrare a Profesorului *Graçoski* cu D-nii *Goldner* şi *Cammer*, autorii se ocupă cu anatomia patologică a myopatiei progresive, chestiune căreia i-am consacrat un studiu amănunţit împreună cu regretatul meu prieten şi colaborator, prof. Scriban dela Facultatea din Cluj; autorii confirmă descoperirea fibrei spiralate, descrise pentru prima oară de noi, şi aduc secţiuni care arată diferitele modalităţi pe care le îmbracă aceste fibre într'un caz de miopatie congenitală studiat din acest punct de vedere în clinica psihiatrică din Iaşi.

In OFTALMOLOGIE, Prof. *Mihail* studiază leziunile produse de inocularea virusului trachomului în glanda lui Harder (glanda lacrimală la epure); se observă o reacţie limfocitară importantă, specifică produselor tracomatoase, pe care autorul îşi propune să o utilizeze ca mijloc de diagnostic. Impreună cu *Benetato*, studiază respiraţia nervului optic, in vitro, în diferite afecţiuni oculare. Pentru elucidarea patogeniei cataractei, se ocupă de cataractă naftalinică a epurelui; în special găseşte o micşorare a lipazei serice în timpul evoluţiei acestei cataracte şi se întreabă dacă în aceste cazuri nu există o insuficienţă pancreatică discretă, analogă cu insuficienţa pancreatică a diabetului.

In cadrul MEDICINEI LEGALE Prof. *Minovici* şi *Bonciu* ne-au adresat mai multe note relative la moartea subită; dânşii ne prezintă studiul a 40 cazuri de ruptură a aortei, 28 cazuri de ruptură a inimii şi un caz de para-gangliom bilateral hypertensiv care s'a sfârşit prin moarte subită. Analiza minuţioasă a cauzelor care au pricinuit sfârşitul letal brusc constituesc probleme foarte interesante, atât din punctul de vedere legal cât şi anatomo-clinic.

Prof. *Kernbach* şi colaboratorii săi studiază în două note transformările fibrinei din răni şi găseşte o evoluţie constantă ce permite un diagnostic cronologic precis al vârstei leziunii.

Trec acum la capitolul CHIRURGIEI. Prof. *Iacobovici* descrie procedeul său de „muco-clazie" a bontului duodenal, cauterizarea mucoasei duodenale după rezecţie gastrică pentru ulcer; aceasta permite

evitarea fistulelor duodenale post-operatorii. Tot Prof. *Iacobovici* raportează un caz de sindrom pancreatic datorit injecţiei de lipiodol în căile biliare. Tratamentul afecţiunilor renale şi septicemiilor cu colibacili a beneficiat mult de introducerea serului anti-colibacilor preparat de Institutul Cantacuzino; Prof. *Hortolomei, Burghele* şi *Bora* aduc 23 cazuri tratate cu acest ser cu rezultate remarcabile. Acţiunea e strict specifică; dozele ce s'au prescris: 40—100 cm³ pe zi, reacţiile serice slabe, ameliorarea fenomenelor generale rapidă, efectele locale mai încete. D-l Agregat *Nasta* expune tecnica sa de tratament a stenozelor laringiene grave: laringotomie cu extirparea cicatricei; introducerea unui tub pe care se reface noul laringe şi autoplastie myo-hioidiană; toată operaţia se execută într'un singur timp. Tot D-l Nasta descrie o modificare a tratamentului cancerului rectal, perfecţionând tecnica chirurgului Coffey, şi micşorând pericolul infecţiei post-operatorii. Prof. *Buzoianu* descrie bunele rezultate obţinute de dânsul în tratamentul ozenei prin strâmtorarea foselor nazale, pe care o obţine prin luxarea peretelui exterior al foselor nazale pe cale sinuzală. Notez în fine comunicarea D-lor *Topa* şi *Dinischiotu* asupra modificărilor sanguine în şocul traumatic; datorită revărsării în sânge a substanţelor de tip histaminic, se produce o concentrare importantă a sângelui cu mărirea hematiilor pe mm³., mărirea hemoglobinei şi a proteinelor, creşterea vâscozităţii; aceste modificări retrocedează paralel cu ameliorarea clinică.

In cadrul comunicărilor relative la HIGIENA, Prof. *Pamfil* şi D-ra *Binder* descriu pe larg proprietăţile unui antiseptic eficace: soluţia de hypochlorit de sodiu denumită „Ozonogenul Iacobovici-Pamfil"; dânşii studiază din punct de vedere chimic diferiţi compuşi din grupul hypocloriţilor cu scopul de a obţine un preparat cu conţinut în clor cât mai constant şi cu acţiune antiseptică corespunzătoare. In grupul INTOXICAŢIILOR ALIMENTARE D-nii *Cănciulescu* şi *Rădulescu* descriu efectul nociv al strugurilor nespălaţi, datorit substanţelor utilizate în sulfatare: cupru şi arsenic, în special. Turburările au deobicei aspectul gastro-enteritei, uneori cu forme foarte grave, chiar letale.

Privitor la HIGIENA SOCIALA, s'au prezentat în cadrul secţiei de organizare o serie de rapoarte de mare importanţă teoretică şi practică. Ele nu pot fi rezumate în câteva cuvinte, astfel cum am făcut cu notele din divizia ştiinţifică, deoarece conţin multe constatări şi propuneri ce ar merita ele singure o expunere separată. Astfel Prof. *Nicolau* studiază într'un bogat raport principiile generale ale profilaxiei sociale anti-veneriene. Profesorul Nicolau grupează măsurile de luat în trei capitole: măsuri sanitare, legislative şi educative. In fiecare din aceste secţiuni, analizează posibilităţile de acţiune socială şi face o critică judicioasă a lor. Autorităţile noastre sanitare vor găsi în acest raport o serie de indicaţiuni preţioase care trebuesc realizate.

Prof. *Zaharescu-Karaman* atrage atenţia asupra sarcinelor cu termene lungi depăşind cifra maximă de 300 zile prevăzută de cod; ele pot da loc la consecinţe juridice nedrepte, deaceeia auto-

rul cere prelungirea termenului legal la 320 zile, ca în legea belgiană.

Prof. *Bălteanu*, *Slătineanu* şi D-l *Alexa* descriu observaţiunile făcute în centrul sanitar rural de demonstraţie, Tomeşti, lângă Iaşi. Acest centru a fost organizat din punct de vedere sanitar de Institutul de Higienă din Iaşi şi a servit de câmp de experienţă şi de observaţie medico-socială din 1930 până în prezent, beneficiind mult de organizarea sanitară model creată acolo. Autorii descriu complect starea sanitară, boalele sociale, analizează alimentaţia şi condiţiile de salubritate, descriu în fine rezultatele obţinute cu scăderea morbidităţii şi mortalităţii. Lucrarea merită să fie studiată în detaliu, prin bogăţia materialului strâns şi perspectivele medico-sociale atât de importante ce le desvălue.

O altă contribuţie la cunoaşterea mediului nostru rural o datorăm D-lui *Stoichiţa*, care a studiat 20 comune înprejurul Sibiului, examinând şi făcând fişe, cu ajutorul medicilor sanitari, la 22,529 indivizi.

D-l *Banu* ne-a făcut două comunicări: una privind principiile unui program de higienă a rasei, cealaltă asupra tendinţelor evoluţiei cantitative ale populaţiei în diferite ţări. Ambele aceste comunicări sunt pline de fapte şi idei interesante, ele merită să fie citite şi meditate.

D-l *N. Marinescu*, directorul Institutului sanitar militar studiază grava chestiune a organizării serviciului sanitar în legătură cu un eventual răsboi; autorul arată principiile generale ale adaptării medicale şi face propuneri cari merită toată atenţiunea forurilor competinte. Alte comunicări au avut un obiect de ordin profesional; chestiunea retragerii pentru limita de vârstă a profesorilor universitari, tratată de prof. *Danielopolu*, organizarea unui ordin al medicilor, de *Guerin*. Prof. *Daniel* ne-a făcut un raport asupra inaugurării Academiei de Chirurgie franceze, la care a participat. Prof. *Marinescu* şi *Danielopolu* au amintit memoria lui Vaquez şi a Prof. Rigler cărora Academia le păstrează o pioasă amintire.

Ajuns la sfârşitul acestui raport, ţin să arăt necesitatea ce am simţit de a da un tablou cât mai complect a vastei şi variatei activităţi a Academiei, chiar cu posibilitatea unei oboseli din partea ascultatorilor. Am vrut însă să dovedesc, consacrând câteva fraze fiecărei comunicări, cât de bogată a fost recolta de idei şi de fapte din acest prim an de activitate. Cred că exprim sentimentul Academiei mulţumind tuturor acelora cari prin munca lor au dat prilejul unei manifestări atât de frumoase a puterii de muncă româneşti. Atenţiunea de care s'a bucurat din partea savanţilor străini, cari ne-au onorat cu comunicările lor, posibilitatea cunoaşterii în străinătate a acestei activităţi, datorită difuziunii Buletinului, redactat în limba franceză, sunt tot atâtea elemente îmbucurătoare, destinate să lărgească cunoaşterea medicinei române pe plan internaţional. Colaborarea cu autorităţile publice, prin studiile cu caracter social din divizia de organizare vor contribui şi mai mult să mărească prestigiul Academiei şi să arate eminentul ei rol ştiinţific şi social.

AFECŢIUNILE CORDULUI ÎN URMA TUBERCULOZEI SCLEROASE A PULMONULUI *)

de

Doc. D-r M. CANCIULESCU

Membru corespondent al Academiei de Medicină.

Sclerosa constitue un factor favorabil pentru un plămân tuberculos; dar nu şi pentru cord.

O afecţiune cardiacă gravă poate urma unei tuberculose scleroase a pulmonului.

Tuberculosul pulmonar vindecat de boala sa prin sclerosarea leziunilor, poate sucomba prin stabilirea unei insuficienţe progresive a cordului drept.

Contribuţia românească la cunoaşterea afecţiunilor cardiace consecutive unei pneumopatii cronice de natură tuberculoasă a adus „Sindromul infundibular" şi „Sindromul hiposistoliei cerebrale".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Scleroza trebue considerată ca un proces natural de vindecare a tuberculozei; transformaţia fibroasă lucrează prin retracţia pulmonară şi tragerea mediastinului către partea bolnavă; contribue la aceasta şi o impingere activă prin hipertrofia compensatoare a plămânului sănătos (Jacquerod).

Retracţia care conduce la turtirea şi vindecarea plămânului bolnav dă naştere la *„forma fibroasă a tuberculozei pulmonare"* a cărei cea mai înaltă expresie clinică o găsim în *„ftisia fibroasă"* şi cel mai evoluat aspect anatomo-patologic în *„fibro-torace"*.

Nu vom intra în expunerea patogenică a determinării procesului de scleroză în tuberculoza pulmonară prin rase atenuate de bacili Koch sau prin acţiunea unor toxine speciale sau prin influenţa unui teren artritic sau a unei infecţiuni sifilitice supraadăogate (Sergent).

Nu vom face nici descrierea clinică a diferitelor aspecte ce îmbracă o tuberculoză pulmonară fibroasă.

---

*) Lucrare în manuscris premiată de Academia Română în Sesiunea generală din Mai 1937 cu premiul D-r L. L. Russ.

Vom remarca numai, după M. Letulle şi P. Halbron, evoluţia prelungită a acestei forme, cu stări de sănătate aparentă şi puseuri congestive cari fac să vorbească focarele latente şi provoacă tuse, expectoraţie muco-sanguinolentă şi dispnee; atunci cracmentele uscate de durabilă fixitate locală devin umede şi extensive (congestie perifocală); lesiunile asociate de bronşita cronică, bronşectasie şi emfisem pulmonar; accesele de astm intricat; imaginea radiologică a petelor de scleroză şi a arborelui broncho-vascular în pensulă, care permite un diagnostic precis şi precoce; leziunile de impregnare în vecinătate, precum junghiurile pleuretice şi artrita ankilosantă a umărului de partea bolnavă; sau semne de impregnare la distanţă precum: reumatismul toxinic tuberculos Poncet, scleroza cari afectează diferitele organe între care mai ales rinichiul şi la bătrâni, conducând la hipertensiune (Dumarest), sau determinarea de plăci de meningită adesivă cu ictusuri apoplectice.

Mai adăogăm că într'o tuberculoză scleroasă, până când ţesutul fibros să predomine asupra celui de caseificare, semnele toxiinfecţiunei tuberculoase există în diferite grade, dela astenia uşoară până la degenerescenţa amiloidă viscerală generalizată, în timp ce bac. Koch se constată sau nu în spută, sau îşi face apariţia numai în timpul acceselor congestive, dar formele filtrabile există mai întotdeauna, dovadă pozitivitatea inoculărilor la cobai.

Procesul de scleroză constitue un factor de vindecare pentru plămânul tuberculos, dar pe aceeaşi măsură unul de compromitere a valorii funcţionale a inimei; tuberculoza pulmonară scleroasă se complică cu dilataţia progresivă a cordului drept iar tuberculosul, vindecat de boala sa, moare indirect prin progresele unei asistolii de origină pulmonară.

Senac, Portal, Corvisart (1809) au admis demult că tuberculoza pulmonară determină dilatarea cordului, iar Gouraud în teza sa din 1865 spunea că nu tuberculoza pulmonară ci scleroza plămânilor cu emfisemul consecutiv tuberculozei produce hipertrofia cu dilataţia cordului drept.

Este clasic ASPECTUL CLINIC general al unui scleros pulmonar bronşitic emfisematos, a cărui afecţiune prezentă debutase odinioară prin o tuberculoză pulmonară: facies congestionat, buzele şi nasul cianozate, gât scurt şi înfundat, toracele bombat, dispnee cu ortopnee, quinte de tuse cu accese astmatiforme, venele dela baza gâtului dilatate, petrece nopţile între perini decubit orizontal imposibil, tresare de îndată ce adoarme, plămânii plini de valuri ronflante şi sibilante, respiraţia diminuată la baze, sgomotele inimei surde, sufluri de insuficienţă funcţională, puls relativ rar cu tensiunea minimă mai totdeauna ridicată şi cea maximală relativ crescută, ficat sensibil, nor de albumină în urine, oedem ale gambelor.

Pentru a înţelege influenţa ce un plămân tuberculos scleros are asupra inimei, este nevoe a considera mai de aproape ANATOMIA PATOLOGICĂ.

Orice proces tuberculos presupune un grad de reacţie scleroasă; ea începe în lesiunea histologică elementară care este foliculul

tuberculos; se continuă în tuberculul fibros care represintă un tubercul de vindecare (Letulle); se amestecă cu substanţa calcară în tuberculul cretaceu pe care termină prin a-l înconjura; căptuşeşte, izolează şi închide o cavernă, trece în ţesutul interstiţial şi sub formă de traveuri, bande fibroase brăsdează întreg plămânul tuberculos; sugrumă vasele (artere şi vene) cruţate de lesiunile de periarterită cu endarterită şi trombo-flebită cari fuseseră cuprinse în procesul de alveolită şi peribronşita tuberculoasă iniţială; contractează aderenţe întinse şi intime cu organele vecine din torace şi mediastin a căror statică schimbă; comprimă trunchiurile mari venoase şi provoacă lesiuni de pleurită adesivă şi de pericardită fibroasă prin care influenţează pe căi multiple şi indirecte circulaţia inimei.

Uneori procesul de scleroză este aşa de accentuat încât determină ftisia fibroasă cu plămânul în care predomină procesul de scleroză meta-tuberculoasă (Letulle şi Nattan-Larrier) care scârţâe sub bisturiu şi isbeşte prin coloraţia antracosică şi prezenţa leziunilor asociate de dilataţii bronsice şi emfisem vicariant.

Procesul de scleroză respectă vasele mari, dar el influenţează dela început şi cu precădere vasele mici din pereţii alveolelor şi bronşilor, cari represintă tocmai suprafaţa vasculară pulmonară cea mai întinsă.

Procesul scleros localizat — acela reprezentat prin formele granulo-fibroase localizate, formele fibro-cazeoase localizate şi focarele de origine pleuro-corticală, forme pe cari Jacquerod într'o clasificaţie care ţine larg seama de vechea clasificaţie din 1901 a lui Bard în privinţa diferitelor forme ale tuberculozei pulmonare, le cuprinde în grupa II, adică aceea a tuberculozei cronice cu tendinţă fibroasă — nu influenţează apreciabil dinamica circulatorie generală decât atunci când se generalizează şi *jenează activ circulaţia intra-pulmonară;* alt-fel el conduce mai degrabă la *deviaţii în masă ale inimei* când se complică cu un proces adesiv pleuro-mediastinal unilateral sau la deviaţii mai puţin întinse când acţionează mai ales asupra pericardului fibros extern.

Acestea sunt de altfel cele 2 GRUPE MARI DE CAUZE ŞI MODALITAŢI PATOGENICE prin care un plămân tuberculos scleros influenţează cordul; asupra lor vom insista.

A. — JENA IN CIRCULAŢIA PULMONARĂ.

Modificarea de calibru a vaselor pulmonare influenţează dinamica cordului prin ridicarea presiunei în mica circulaţie; tuberculoşii fibroşi devin cu vremea, când nu sucombă prin alte cauze intercurente, cardiaci drepţi, deci cardiaci negri, cari îşi găsesc expresia cea mai înaltă în sindromul hiposistoliei cerebrale (Haţieganu).

Examenul microscopic al secţiunilor anatomo-patologice descopere în tot teritoriul invadat de tuberculoză, mai ales în formele scleroase, leziuni de panarterită care începe cu tunica externă şi se termină cu o endarterită proliferantă, tromboza arterială fiind mai rară, iar în vene obliteraţia este datorită la o tromboză sau trombo-flebită.

A. Pissavy şi I. Saidman prin injecţii radio-opace la cadavre au studiat vascularisaţia pulmonului tuberculos şi au arătat că procesul tuberculos pulmonar face să dispară un foarte mare număr de vase (dela 70 la 100 în tuberculii mici, până la 99 la 100 în pneumonia cazeoasă) realizând pe imaginile radiologice aspectul unui *„arbore de earnă"* cu crecile retezate sau căzute, în opoziţie isbitoare cu *„arborele de vară"* tufos al unui plămân sănătos.

Această scoatere din funcţie a unui mare număr de vase are mai multe consecinţe: inconstanţa şi raritatea hemoptiziei; diminuţia resorbţiei toxinelor şi jena mecanică în circulaţia pulmonară.

Această jenă în mecanica circulaţiei pulmonare, poate conduce la ectazii moderate ale ramurilor arterei pulmonare; la o micşorare a „reservoriului sanguin pulmonar", ceea ce poate determina variaţii bruşte ale presiunei sanguine pulmonare şi provoca ruperea arterelor lesate; şi la o stază care poate conduce în formele cronice prelungite, mai ales în cele sclero-broncho-emfisematoase, la o hipertrofie cu dilataţie a cordului drept (Saidman).

B. — SCHIMBĂRILE DE POZIŢIE.

Deformaţiile de contur şi schimbările de poziţie reprezintă o a 2 grupă de influenţe, de ordin static, pe care un plămân tuberculos scleros le exercitează asupra inimei, prin intermediul lesiunilor asociate din pleură, pericard şi mediastin.

Considerăm aci numai cazurile cu leziunile asociate mai sus amintite, pentru-că coexistenţa nu este obligatorie; dar se poate susţine că atunci când un proces de natură tuberculoasă se constată în pleură, pericard sau mediastim, lesiunea iniţială trebue căutată în plămân şi foarte deseori în reliquatul fibros broncho-parenchimatos al unei tuberculoze pulmonare, care s'a propagat la organele vecine prin contiguitate sau pe cale limfatică.

1° -- SCLEROZELE PLEURO-PULMONARE.

Această afecţiune, indiferent de cauza etiologică, care o determină şi care în marea majoritate a cazurilor este de natură tuberculoasă şi coincide cu o tuberculoză fibroasă a plămânului, prin aderenţele strânse, pe cari le contractează cu peretele toracic şi cu sacul pericardic, produce o deplasare a cordului, ale cărui ax, feţe şi diametre sufer mişcări din loc şi modificări de orientare.

In ceeace priveşte rapoartele inimei cu afecţiunile scleroase localizate asupra plămânului stâng, asupra cărora atenţia fiindu-ne îndreptată de mult timp am întreprins un studiu amănunţit, admitem că deplasările se pot face în masă, cordul în totalitate fiind tras spre stânga şi constituind ectopia în general numită *„sinistrocardie"*; alteori mişcarea poate fi de basculă, când cordul rămânând pe loc este deviată numai baza sau vârful, bascula efectându-se în sens transversal sau antero-posterior; în fine cordul poate suferi o mişcare de torsiune, de răsucire pe loc în jurul axului longitudinal, ceea ce va avea ca efect modificări în orientarea de privire a feţelor; o sub-

varietate a acesteia este torsiunea parţială, în care vârful rămânând pe loc se răsuceşte numai baza, cazul cel mai frequent, sau invers: când baza fiind fixată într'o poziţie se răsuceşte numai vârful; de cele mai multe ori toate aceste deplasări se combină, inima fiind mişcată din loc, înclinându-se şi răsucindu-se; sau combinaţiile sunt parţiale, ceea ce va constitui tot atâtea varietăţi de ectopii.

Această clasificaţie, care ne aparţine, se sprijină pe observaţiuni numeroase şi este justificată de datele radiologice coroborate de constatările anatomo-patologice.

Mişcările de torsiune totală sau parţială, independent de faptul că pot rămâne izolate sau se combină, nu se pot efectua decât spre stânga, mişcarea îndreptându-se înapoi şi înăuntru; ele sunt determinate de aderenţe, cari se inseră cu o extremitate pe sacul pericardic şi cu cealaltă pe un punct fix situat înapoi pe coloana vertebrală.

Rolul aderenţelor îl joacă în specie masa fibroasă, care coprinde sac pericardic, vase mari, plămân, hil; retracţia se face spre coloana vertebrală.

Torsiunile parţiale, cari lasă vârful pe loc şi răsuceşte numai baza, se fac numai la stânga, din cauza vecinătăţii imediate şi a contactului mai întins şi mai strâns al pericardului cu plămânul stâng.

Retracţia se face în primul rând în direcţia hilului, primul punct de sprijin mai solid, şi în urmă spre coloana vertebrală, reazim definitiv; ea se exercitează spre hil, locul originar al procesului şi către care se îndreaptă toate organele atinse de scleroză; se exercitează în bună parte şi prin intermediul ligamentelor pericardo-vertebrale, cari merg să se rezolve prin fascicule lamelare în jurul arterei pulmonare stângi şi a celorlalte elemente ale hilului.

Aderenţele strânse dintre plămân, pericard, diafragm şi plastron sterncostal — procesul cu încetul şi cu timpul generalizându-se — fixează vârful şi faţa inferioară a inimei şi facilitează torsiunea, care se exercitează numai asupra bazei şi în direcţia hilului pulmonar.

La acest proces de retracţie iau parte şi coastele prin faptul sudării sinusurilor pleurale şi al suprimării cavităţii pleurale virtuale; pentru acest motiv în aceste afecţiuni peretele toracic este deprimat, coastele sunt înfundate şi prezintă o oblicuitate mai mare, spaţiile intercostale de obiceiu inferioare sunt micşorate.

Sub claviculă retracţia costală merge până la o adevărată înfundătură, care prin permanenţa şi exagerarea ei ajută a menţine inima în poziţia nouă căpătată; se poate chiar admite că acest nou factor costal devine activ şi contribue la determinarea mişcării de torsiune descrise.

Sclerozele pleuropulmonare mai sunt însoţite de o deformaţie a coloanei vertebrale, care constă într'o *scolioză;* aceasta în mai toate cazurile afectă o curbură cu concavitatea la stânga; ea determină de sigur scoborârea umărului şi a marginei costale inferioare de partea stângă; fără îndoială că această deformaţie vertebrală contribue în bună parte la turtirea toracelui şi deci favorizează rolul fac-

torului costal, în orice caz accesoriu; dar la rându-i credem că în mod direct contribue la accentuarea mişcării torsionale a bazei inimei prin deplasarea către dreapta şi înapoi a punctului de sprijin fix, vertebral, punct pe care se inseră ligamentul pericardo-vertebral stâng, şi punct, către care în ultima instanţă se îndreaptă prin intermediul hilului orice proces scleros retractil al plămânului.

Sinistrocardiile, stabilindu-se încet şi oare-cum pe loc, nu determină turburări funcţionale cardiace imediate.

Sclerozele pleuro-pulmonare localizate asupra plămânului drept determină *„dextrocardiile"* în diferite grade.

In dextrocardiile acestea dobândite, cari îşi păstrează orientarea normală, deplasarea făcându-se în masă, prin poziţia oarecum nouă ce ia inima, se manifestă pentru câtva timp oare-cari turburări cardiace, până când echilibrul se restabileşte.

2° — PERICARDITA TUBERCULOASĂ ŞI SIMFIZA PERICARDICĂ.

„De obiceiu secundară, infecţia tuberculoasă a pericardului se face dupe statistica lui Keller în 17% a cazurilor pe cale de propagare directă, în 48% pe cale limfatică şi numai în 35% pe cale sanguină; se mai constată în 5% a cazurilor de tuberculoză pulmonară" — deci destul de frequent, mai ales la bătrâni cari fac obiceiu forme de tuberculoză broncho-pulmonară scleroasă.

Latentă sau manifestă; uscată, cu lichid sau adesivă; sub formă pseudo-peritoneală cu ascită, sau pleuro-peritoneală, sau de ciroză cardio-tuberculoasă Hutinel, sau de mediastino-pericardită adesivă Griesinger-Kussmaul, — fapt cert este că pericardia tuberculoasă poate coincide sau urma unei tuberculoze fibroase a plămânului.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

Acelaş lucru putem spune şi despre simfiza pericardului, fie că este extrapericardică şi leagă pericardul de organele vecine, fie că este intrapericardică şi sudează ambele foi ale pericardului.

„Tuberculoza este o cauză a simfizei pericardului tot aşa de frequentă ca şi reumatismul; pentru Cornil tuberculoza este cauza obişnuită a simfizei, rezultând dintr'un proces tuberculos cronic; Vaquez a găsit în 150 autopsii practicate la tuberculoşi în 15 cazuri aderenţe pericardice"; iar B. Theodorescu, excelentei monografii a căruia împrumutăm toate datele care preced şi urmează, socoteşte că la adolescenţi şi la indivizii tineri cea mai mare parte din simfizele pericardice cari nu sunt însoţite de lesiuni ale endocardului, sunt de natură tuberculoasă.

Nu vom intra aici, dupe cum n'am făcut-o nici la sclerozele pleuro-pulmonare, în descrierea numeroaselor semne şi a variatelor aspecte clinice ale simfizei pericardice tuberculoase.

Vom adăoga numai că această afecţiune cardiacă care poate urma unei tuberculoze fibroase a plămânilor, dupe cum se prezintă cele mai adese-ori, jenează travaliul inimei prin suprimarea sau măcar diminuarea rolului pericardului care este un organ de fixare al inimei; facilitează mişcările de alunecare ale inimei; susţine inima întărind musculatura slabă a cavităţilor drepte; serveşte ca organ de

aspirație al sângelui în inimă; îndeplinește rolul de susținere pentru vasele mari cărora le întărește pereții și încă mai ușurează circulația în vene, cu care vine în contact, menținându-le căscate (B. Teodorescu).

Complectăm aceste considerațiuni prin constatarea de regulă de către Renaut (citat de Teodorescu) la nivelul miocardului de leziuni de miocardită pericardigenă de natură tuberculoasă — ceea ce constitue o afecțiune în plus care să mărească starea de meiopragie funcțională a inimei.

3º — MEDIASTINITA ADESIVĂ TUBERCULOASĂ.

Mai ales anterioară, care merge de regulă cu celelalte leziuni din partea pulmonilor, pleurei și pericardului și a cărei descriere clinică a fost precisată de E. Sergent, vine să adaoge noi efecte supărătoare asupra inimei prin jena în circulația truchiurilor mari venoase pe cari le comprimă.

Adăogăm că toate aceste afecțiuni asociate vin să-și adaoge efectele supărătoare extra-cardiace la acela al activării intra-cardiace, prin ridicarea tensiunei în mica circulație.

TURBURĂRI IN MAREA CIRCULAȚIE ȘI IN CIRCULAȚIA CAPILARA PERIFERICĂ.

In cea ce privește influența pe care tuberculoza pulmonară fibroasă o are asupra marei circulații — lăsând la o parte formele ulcero-cazeoase febrile, extensive și consemptive în cari tensiunea arterială este mai în totdeauna scăzută (Marfan) și dese-ori pulsul dicrot (Cânciulescu), precum și tuberculoza pulmonară cronică, în general, în care presiunea este normală și pulsul mic — ne mărginim a spune împreună cu L. Bernard că în tuberculoza pulmonară scleroasă tensiunea arterială este mărită prin faptul sclerozelor multiple asociate, în primul rând renale și mai ales la persoanele în vârste, și al existenței unei nefrite tuberculoase supraadăogate.

Amintim aci și existența la tuberculoșii scleroși a degetelor hipocratice, în determinarea cărora rolul de frunte îl joacă turburările în circulația vaselor periferice și anume jenă în circulația venoasă.

Acest *hipocratism digito-ungueal*, care constitue pentru unii autori întâiul grad al osteo-artropatiei hipertrofiante pneumice a lui P. Marie, este încet progresiv; dar pe evoluția sa lentă se pot grefa episoade paroxistice în cari extremitățile degetelor se umflă brusc, capătă o coloratie roșietică și devin dureroase, fapt nou de observație care ne aparține.

Hippocratismul acut nu poate fi datorat decât unei jene bruște în circulația cordului drept și deci unei staze accentuate în circulația venoasă periferică, mai ales în domeniul venei cave superioare; — dovadă constatarea lui, odată cu instalarea bruscă a cianozei și unei dispnei extreme cari cedau odată cu el prin ventuze cu sânge aplicate pe torace, la bolnavul S. învățător în Șimnic (Dolj), care suferea de tuberculoză pulmonară cronică cu evoluție scleroasă și puseuri congestive perifocale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ALTE FENOMENE LOCALE.

Nu putem trece cu vederea peste constatarea a câtorva fenomene locale toracice cari stabilesc legătura între parenchimul unui plămân tuberculos scleros şi inimă.

In tuberculoza fibroasă, dupe cum din cauza densificării şi a perderii elasticităţii pulmonului se transmite cu uşurinţă prin ţesutul îndurat sgomotul laringo-tracheal, tot astfel personal am constatat o *transmitere exagerată a sgomotelor cordului* într'un caz de scleroză pulmonară tuberculoasă dreaptă, în care bătăile se auzeau cu extremă resonanţă în axila dreaptă şi în spate, în timp ce de-abia se percepeau în regiunea precordială acoperită de emfisem vicariant.

La tuberculoşii scleroşi din cauză fixării în regiunea precordială a langhetelor pulmonare anterioare dilatate de emfisem se percep dese-ori *sufluri extracardiace f. intense; sau frecături pleurale ritmate de cord;* sau în regiunile subclaviculare *expiraţie prelungită ritmată de bătăile* inimei.

Depunerile de calcar, *calcifierile* care se fac de obiceiu în ţesuturi scleroase şi cari nu trebuesc considerate ca proces natural de vindecare, contribue în schimb a menţine şi a accentua efectele sclerozei asupra circulaţiei inimei; — astfel depositele întinse calcare în pleure din obs. D-lor D-ri C. Alexandrescu-Dersca, E. Lazeanu şi C. Vasilescu, observaţie care confirmă existenţa syndromului infundibular consecutiv sclerozei pleuro-pulmonare de natură tuberculoasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

De remarcat de asemenea că pneumotoracele terapeutic care favorizează sclerozarea leziunilor tuberculoase, nu trebue prelungit prea mult; căci *colabarea prelungită nu trebue să conducă la sclerozarea şi a părţilor sănătoase* cari trebue să-şi revină la timp; insuflaţiile să fie continuate timp îndelungat numai în formele de dată veche în cari urmărim o sclerozare cât mai întinsă şi durabilă.

(Urmare).

Laboratorul de chimie biologică şi cercetări ştiinţifice dela „Centrul militar de tuberculoză" Bucureşti.

O NOUA METODA PENTRU CONTROLUL FUNCŢIUNII HEPATICE

de

D-rii ION V. BALANESCU şi SIMION OERIU

Ficatul este glanda cea mai mare, poate cea mai complicată din corpul omenesc, şi are unele din cele mai importante roluri.

Dacă ne referim la relaţiile sale cu mediul intern, sau mai bine zis cu mediul sanguin, ne dăm seama de covârşitoarele sale funcţiuni, de care depind, în mare parte, buna stare şi sănătate a organismului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru fiziologi, ficatul, cu drept cuvânt, este „marele chimist al economiei", care intervine, în multe feluri şi cu diferite roluri :

Sanguin (hematopietic, hemolitic, feric, cuagulant, anticuagulant, etc.).

Alimentar (glicogenic, glicemic, adipogenic, proteogenic, etc.).

Depurant şi antitoxic (ureopoetic, uricopoetic, antitoxic, pexic, ec.).

Factorul tuturor acestor funcţiuni capitale este *celula hepatică* care prin *o acţiune sinergică* îşi desvoltă activitatea, în diverse direcţiuni. Toate reacţiile celulei, cu manifestări în aparenţă deosebite, sunt strâns unite unele de altele. Câteva exemple vor demonstra această sinergie. Materialul de bază al bilei este legat de funcţia hemolitică şi proteolitică a celulei; pigmenţii biliari se formează din resturile hematice prelucrate în celulă; acidul taurocholic derivă din taurină, un compus al sulfului neutru, provenit din transformările protidelor. In definitiv, chiar funcţia pexică, antitoxică, a ficatului este strâns legată de metabolismul azotat, glucidic şi de rolul celulei în fixarea rezervelor, etc.

E drept, că unii autori (*Fiessinger, M. Labbé*, etc.) sunt partizanii concepţiei unei *asinergii hepatice*, căci, după ei, e greu de înţeles că în una şi aceeaşi celulă să se găsească atâtea „organite" cu atâtea funcţiuni disparate şi relativ independente. După *M. Labbé* se

pot observa turburări în secreţia biliară, în timp ce celelalte funcţiuni metabolice sunt normale; alteori se constată disfuncţii în metabolismul glucidelor fără vreo turburare în funcţia adipogenă sau albuminogenă. De aceea aceşti autori, în special Labbé, recomandă, în depistarea insuficienţei hepatice, studiul, a parte, al fiecărei din funcţiile ficatului (în primul rând: biliară, glicogenică, proteolitică, lipatică, hemopoetică şi în al doilea rând funcţia de conjugaţie şi de fixare a substanţelor colorante).

Cu toate acestea noi înclinăm mai mult spre prima concepţie a sinergiei hepatice. Dar oricare ar fi mecanismul intim al celulei hepatice, *clinica* are nevoe să cunoască *valoarea globală a funcţiunii* glandei, în vederea precizării diagnosticului şi mai ales al pronosticului.

Inainte, termenul de *insuficienţă hepatică* indica o turburare complectă a funcţiunii organului, cu leziuni grave, ireparabile. Actualmente, probele fiziologice, de laborator, pot descoperi turburări incipiente, insuficienţi latente, fără alteraţii şi manifestaţiuni evidente sau grave (cum ar fi hipertrofii, atrofii, dureri, ascite, ictere, tumori, etc.

Aceste probe au însă mare importanţă din punct de vedere clinic şi terapeutic. Din studiul diverselor probe sau valori funcţionale ale ficatului s'au stabilit aşa zise *teste metabolice hepatice.*

Nu toate testele au aceeaşi valoare; unele au mai mică însemnătate şi nici nu sunt prea utilizate în clinică. Testele legate de funcţia de conjugaţie şi de fixare a substanţelor colorante au o valoare relativ mică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Testele referitoare la turburările metabolice azotate se constată mai rar, căci nu apar decât în cazuri avansate, grave. In această privinţă amintim lucrările lui *Rosenbaum* şi ale lui *Buffano;* primul a recurs la rectamină (un amestec de acidaminaţi) şi al doilea la glicocol, în injecţii intravenoase*).

Reacţiile cetozii urinare nu se întâlnesc în cazuri grave, prea evidente.

Probele, în legătură cu turburările glucido-pexice, au cea mai mare valoare, căci se observă în majoritate a insuficienţelor hepatice şi de aceea sunt socotite *adevăratele teste hepatice.*

In centrul militar de tuberculoşi, am urmărit bacilari, cu leziuni hepatice, evidente sau nu; or, în aceste cazuri, am observat ictere toxice — infecţioase şi hepatice grăsoase sau degenerative, mai mult sau mai puţin intense; la toţi aceşti hepatici, testul hepatic a fost găsit pozitiv, de altfel în concordanţă cu majoritatea autorilor *(Fiessinger)*, care au găsit un paralelism perfect între prezenţa leziunilor hepatice şi *insuficienţa glucidopexică.*

Foarte mulţi cercetători caută să descopere în special afecţiunile hepatice latente, urmărind modificările în puterea de asimilaţie, de fixare, a diverselor hidrocarbonate.

Proba cu *glicozuria-alimentară*, propusă de mult timp de *Colrat* s'a arătat defectuoasă. Ea a rămas negativă în multe cazuri

*) Aceşti acizi aminaţi injectaţi dispar mai încet din sânge în cazuri de hepatite, de insuficienţă hepatică.

de insuficienţă hepatică şi invers; astfel în cazuri de diabet şi basedovism proba a fost pozitivă, fără să existe vreo urmă de insuficienţă hepatică.

Cifrele sale depind în mare măsură de absorpţia gastro-intestinală, de permeabilitatea renală şi mai ales de marea putere glicopexică şi glicolitică a ţesuturilor, în special a muşchilor.

Proba cu levuloză, ceva mai bună ca aceea cu glicoză, este variabilă şi nu precisă, din cauza defectuozităţii absorpţiei intestinale (produce diaree).

In 1928 *Creveld* şi *Ladenius* au studiat de aproape testul levulozuric (levulosemia şi levulosuria) administrând 60 gr. levuloză. La 80 indivizi cu afecţiuni hepatice, au găsit în majoritatea cazurilor levulozurie netă cu levulozemie uşoară, şi mai rar levulozurie nulă cu levulozemie ridicată.

In 1901, *H. Strauss* a arătat, că hepatici asimilează aproape normal dextroză şi cu greu levuloză.

Hoffmeister a demonstrat că din toate zaharurile (levuloză, glucoză, lactoză, galactoză), galactoza şi lactoza sunt cele mai puţin asimilabile.

Bauer, cel dintâi, a evidenţiat relaţia dintre funcţia hepatică şi galactozuria.

Galactoza se asimilează cu atât mai greu, cu cât ficatul este mai bolnav; în asemenea caz, ea se elimină în mari cantităţi prin urină. Deci după Bauer, galactozuria reprezintă un mijloc evident în depistarea unei afecţiuni hepatice, dând valoarea unui bun test hepatic.

Pollitzer s'a arătat sceptic faţă de galactoză, deoarece a găsit galactozurii pozitive la nevropaţi, isterici, chiar cu un ficat normal.

Problema comportării funcţiunii hepatice şi a rezultatelor obţinute cu galactozurie în cazurile bazedoviene, nevropate, a fost studiată şi de alţi autori ca Schelling, cari socotesc că ajunge 1 gr. de galactozurie — în loc de 3 gr. cerută în mod obicinuit —, pentru ca reacţia să fie socotită pozitivă.

Or, acest lucru duce la concluzia că stările nevropatice nu influenţează în sensul unei sensisibilizări, după cum susţine *Pollitzer*, ci din contra.

Alţi autori ca *Falk*, *Huber* au găsit galactozurie negativă în hepatite sigure.

Galactozurii negative, în unele forme de hepatite, găsesc deasemenea şi *Bauer*, *Wozasek*. După aceşti autori, reacţia este pozitivă în formele difuze ale parenchinului ficatului, ca la ciroză; în cazuri circumscrise rămâne însă adesea negativă.

Important de reţinut este şi comportarea galactozuriei în cazurile icterice. Un rezultat pozitiv se obţine numai în icter la atrofie acută şi subacută, precum şi la fosforficat (ficat intoxicat cu fosfor), în timp ce la icter mecanic, datorită închiderei cu piatră, carcinom sau adenom, galactozuria rămâne negativă.

In general, galactozuria este pozitivă în cazurile de hepatită acută, ictere sifilitice, ictere toxice (post salvarsanice), atrofie

acută, etc. Pentru mulţi autori, nu este nici un paralelism între intensitatea reacţiunei şi intensitatea icterului.

Proba cu galactoză are mare valoare în alegerea momentului intervenţiei chirurgicale, în cazuri de obstrucţie calculoasă a canalului cholodoc, de cholecestite litiazice.

Pentru *Fiessinger, Thiebaut* şi *Albot* există o strânsă corelaţie între insuficienţa galacto-pexică şi hepatita parenchimatoasă difuză. Pentru exagerarea probei, *Wagner* recomandă a se irita (surmena) ficatul cu ingerarea unei cantităţi mai mari de cognac. Dimpotrivă pentru *Weltman* administrarea simultană de galactoză (40 gr.) cu glucoză (100 gr.) diminuează intensitatea galactozuriei.

Unii autori *(Hirschhorn, Pollak,* etc), disting două feluri de de galactozurii: una *neuro-hormonală* (apărută la oameni sănătoşi sau basedovieni, sub influenţa ergotaminei şi atropinei) şi alta *hepatocelulară* adevărată (la hepatici, puţin influenţată de ergotamină-atropină).

La ficat grăsos se obţin valori medii şi la tumori (carcinom, echinococus) rezultatele sunt fie negative, fie normale, la limita de sus.

Achard şi *Debouis* văd în galactozuria pozitivă mai de grabă un semn de hipopexie tisulară, decât o disfuncţie hepatică.

O serie de autori francezi în frunte cu *Fiessinger, Walter, Thibaut, Dieryk,* sunt convinşi de importanţa galactozuriei; ei au chiar o tehnică aparte şi sunt partizanii cetirii rezultatului galactozuriei în concentraţie ‰, spre deosebire de *Bauer,* după care rezultatul nu e.te interpretat după concepţia galactozuriei, ci după cantitatea totală eliminată în urinele adunate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După unii autori, *rinichiul,* în anumite cazuri patologice, contribue la variaţia eliminării galactozei, schimbând astfel rezultatele.

Altă serie de autori a arătat că galactozuria se găseşte sub dependinţa *insulino-secreţiei;* după ei, deficitul endocrinic al pancreasului modifică galactozuria ficatului.

Unii au înlocuit galactoza prin lactoză, căutând să determine un procent oarecare de *lactozurie;* rezultatele au fost mai puţin precise.

Dar proba cu galactozuria devine din ce în mai importantă. O serie întreagă de autori, în frunte cu *Bauer, Bergmann,* etc., propun examenul galactozuriei mai ales în afecţiuni hepatice latente, adeseori greu de diagnosticat prin examenele clinice; aceste forme latente neobservate la timp dau naştere la forme grave de hepatite. O importanţă deosebită o are determinarea pragului de toleranţă faţă de galactoză, care nu s'a precizat încă.

Pentru von *Noorden,* ar fi de 20 gr., pentru *Bauer* ar oscila între 20—30 gr., iar pentru *Winter-Rowe* între 30—40 grame.

In cercetările sale numeroase, *Bauer* recomandă a se da oamenilor, supuşi examenului, 40 gr. galactoză diluată în 500 cm.^{3} apă, indiferent de greutate.

După *Bauer* există o afecţiune de ficat, când după ingerarea soluţiei de mai sus, galactozuria arată o cifră minimă de 3 gr.

Dar şi această cifră variază după diferiţi autori; astfel după *Reiss, Jehn, Haţieganu, Steiger,* cifra de 3 gr. este prea mare. Pentru *Wagner* eliminarea de 2 gr. galatoză în urină reprezintă o valoare patologică; după *Schelling,* chiar cifra de 1 gr. mai ales la indivizi nervoşi sau bazedowieni, indică prezenţa unei afecţiuni hepatice.

După cum vedem, atât pragul de toleranţă faţă de galactoză (adică 20—40 gr.) cât şi cifra patologică a galactozuriei (dela 3—1 gr.) variază după autor şi metodă.

Din această cauză unii au propus să se complecteze galactozuria şi cu *galactozemia.*

După *Haţieganu* şi *Steiger* există un paralelism între aceste două constante. Galactozemia prezintă superioritate faţă de galactozurie numai în ascitele consecutive ale *cirozelor hepatice.* Dar galactozemia are o serie de neajunsuri, pentrucă bolnavii sunt supuşi la repetate luări de sânge, 4—6 ori în interval de 2—3 ore. (*Köhler* şi *Machold, Köhler, Noah, Lupu,* etc.).

* * *

Cercetările noastre.

Am urmărit comparativ la 60 bolnavi şi 10 oameni sănătoşi galactozuria atât după metoda lui *Bauer,* cât şi după una propusă de noi.

Tehnica lui Bauer. După eliminarea urinei la ora 6 dimineaţa, se administrează bolnavului, indiferent de greutatea lui corporală, 40 gr. galactoză dizolvată în 500 cm.^{3} ceai sau apă. Pacientul nu părăseşte patul timp de 4 ore şi nu are voe să mănânce absolut nimic; i se colectează urina din oră în oră, în câte un vas aparte.

Se determină volumul urinei şi cantitatea totală eliminată în aceste 4 ore.

Tehnica lui Fiessinger, Thibaut şi *Dieryck:* Prima urină dela 8 dimineaţa se aruncă. Se administrează 40 gr. galactoză dizolvată în 200 cm.^{3} apă caldă. Bolnavul nu mănâncă nimic până în prânz.

Se colectează urina în 4 vase şi anume dela 8—10; 10—12; 14—16; 16—18 p.m. Se măsoară volumul; la 50 cm.^{3} urină se adaogă 5 cm.^{3} din reactivul lui *Courtonne* (pentru defecare). Filtratul serveşte pentru dozajul galactozei.

Autorii pun mare bază pe concentraţia %o de galactoză eliminată şi socotesc că eliminarea a aceleiaşi cantităţi de galactoză, este mai de preferat într'un volum mai mare de urină.

Bauer este contra acestei concepţii.

Urmărind ambele metode, ne dăm seama că ele prezintă unele neajunsuri. *După Falk, Huber, Hermann, Bauer, Wozasek,* în unele hepatite, galactozuria este negativă. De asemenea cifra galactozozuriei (care serveşte ca indiciu pentru punerea diagnosticului) variază dela autor la autor între 3—1 gr. pe zi. In plus, interpretările deosebite date de *Fiessinger* şi *Bauer* (primul fiind partizanul concentraţiei).

Noi am căutat să punem la punct o *nouă metodă,* care să fie

mai sensibilă şi să poată deci depista şi unele hepatite la cari autorii citaţi au obţinut rezultate negative. In plus, am determinat un prag de toleranţă în raport cu greutatea corporală, înlăturând astfel nuanţa de empirism, caracterizată prin administrarea unei cantităţi uniforme invariabile, (cum o preconizează *Bauer* de 40 gr. indiferent de greutatea corporală).

Noi am stabilit doza în raport cu greutatea, adică câte 0,50 gr. galactoză de kgr. greutate corporală.

Am mai avut în vedere două lucruri: metoda să fie cât mai simplă din punct de vedere al determinării şi al doilea, timpul netru examinare bolnavului să fie cât mai scurt.

Doza de 0.50 gr. galactoză pro kgr., greutate corporală, administrată unui om cu ficat sănătos, nu duce la o eliminare de galactoză în urină, invers de ce se întâmplă însă, când e vorba de un ficat bolnav.

Spre deosebire de ceilalţi autori, noi nu am urmărit cantitatea propriu zis de galactoză eliminată. Pe când după ei, urina colectată în cursul nopţii n'are valoare, ea prezintă pentru noi un deosebit interes; ea, ca şi oricare urină, conţine corpi reductori.

Urina din cursul nopţii este colectată într'un vas denumit A_1.

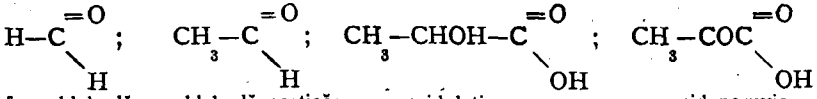
După eliminarea urinei, la ora 7 dimineaţa, se administrează pe stomacul gol, câte 0.50 gr. galactoză de kgr. greutate corporală.

Galactoza este dizolvată în 200 cm.^{3} apă caldă şi răcită, înainte de administrare.

După administrarea galactozei, bolnavul nu trebue să părăsească patul timp de 2 ore şi n'are voie să mănânce absolut nimic.

Urina eliminată, în aceste 2 ore, este colectată într'un vas denumit A_2.

In orice urină se găsesc corpi reductori, în cantităţi variabile, cari reduc soluţia de $KMnO_4$. Urina de peste noapte din A_1, bogată în diferite săruri şi alte elemente, are desigur o cantitate relativ însemnată de corpi reductori din cari se cunosc:



formaldehydă; aldehydă acetică; acid latic; acid peruvic.

Aceşti corpi reduc soluţia de $KMnO_4$.

Se determină numărul de cm.^{3} din soluţia $KMnO_4$ $\frac{n}{30}$ întrebuinţată pentru o cantitate bine determinată din urina A_1.

Acelaşi procedeu este întrebuinţat şi, pentru A_2, care conţine pe lângă corpii reductori citaţi, eventual şi galactoza eliminată.

Dacă administrăm cantitatea de 0.50 gr. galactoză pro kgr. greutate corporală la oameni sănătoşi, numărul de cm.^{3} de $KMnO_4$ întrebuinţat pentru A_2 este întotdeauna mai mic decât acela de care este nevoie pentru A_1.

In cazurile cu afecţiuni hepatice (controlate cu roz bengal, indicele biliar, albastru de metylen, galactozuria după metoda *Bauer* şi aceia după technica lui *Fiessinger, Thibaut, Dieryck*) cantitatea de

$KMnO_4$ întrebuinţată pentru A_2 este mai mare decât aceia necesară pentru A_1.

Ca să fim mai edificaţi, am recurs la un nou mod de control.

Am colectat urina din cursul nopţii la o serie de bolnavi şi oameni sănătoşi, cărora dimineaţa în loc de galactoză le-am administrat apă; urina lor a fost colectată în condiţiunile menţionate.

Cantitatea de $KMnO_4$ întrebuinţată pentru A_2 este în toate cazurile mai mică, decât aceia pentru A_1, ceeace dovedeşte că în A_1 corpii reductori se găsesc într'o cantitate mai mare decât în A_2, cum este şi firesc, pentrucă A_1 reprezintă urina colectată în cursul zilei şi a serii precedente.

In mod normal, la oamenii sănătoşi, cifra din A_2 este mai mică decât aceia din A_1, chiar şi după ingerarea gelactozei. Creşterea cifrei din A_2 dovedeşte o eliminare de galactoză, datorită unui ficat bolnav.

Din tabela I, reiese că absolut toate cazurile pozitive cu metoda *Bauer* au fost confirmate de metoda noastră. Nu însă toate cazurile pozitive prin metoda noastră au putut fi confirmate de metoda lui *Bauer*.

Problema prezintă un deosebit interes. Ni s'a întâmplat ca bolnavi de tuberculoză cu ficatul deficient, după metoda noastră, şi normal după metoda lui *Bauer*, să se comporte ca adevăraţi hepatici în urma crysoterapiei.

Prin metoda noastră deci se pot percepe şi forme incipiente, ceeace prezintă o deosebită importanţă, dat fiind că în aceste cazuri tratamentul cu aur trebue întrerupt.

CC-0. Cluj - Central University Library Cluj

* * *

Determinarea cantităţii de $KMnO_4$ pentru corpii reductori din A_1 şi aceia a corpurilor reductori plus eventual galactoza eliminată din A_2, se face fie prin metoda obicinuită a lui *Bertrand* sau aceia a lui *Ionescu-Matiu* cu fericyanură de potasiu în soluţie alcalină (întrebuinţată pentru glicemie).

Reactivii necesari:
1. Soluţie de $KMnO_4$ $\frac{n}{30}$
2. Acid tricloracetic 20%;
3. Hidroxid de sodiu 46 gr.
   Fericianură de potasiu 46 gr.
   Apă destilată q. s. 1000 cm.^{3};
4. Acid sulfuric 20%;
5. Hidroxid de sodiu $\frac{n}{10}$

Technica: la 5 cm^3 urină (A_1) se adaugă 5 cm^3 acid tricloracetic (20%) şi se filtrează. Intr'un Erlmayer de 150 cm.^{3} se pipetează 2 cm.^{3} din filtrat, care se neutralizează cu NaOH $\frac{n}{10}$

Se adaogă apoi 4 cm.^{3} din soluţia (3) plus 14 cm.^{3} apă destilată.

Se încălzeşte la fierbere, timp de o minută şi se răceşte din nou.

Se titrează cu $KMnO_4$ $\frac{n}{30}$ până când culoarea din verde virează în galben, galben-brun.

Acelaş procedeu este repetat şi pentru A_2.

Numărul de cm.^{3} de $KMnO_4$ $\frac{n}{30}$ împărţit la factorul soluţiei*) dă cifra corpilor reductori %o. Presupunând că factorul este 0.60 şi că cantitatea de $KMnO_4$ întrebuinţată pentru o urină X este de 2 cm.^{3}, atunci:

$$\frac{2.00}{0.60} = \text{gr. \%o corpi reductori.}$$

In cazurile de diabet combinat cu afecţiuni hepatice, urina din A_1 reprezintă corpii reductori, plus glucoza eliminată şi aceia din A_2 reprezintă corpii reductori, plus glucoză şi eventual galactoza eliminată.

Dacă se urmăreşte cantitatea de galactoză, eliminată în A_2, atunci se oxidează după *Bauer*, cu acid azotic, transformând-o în acid mucic.

Cantitatea de acid mucic indică galactoza oxidată şi deci şi cantitatea de $KMnO_4$, întrebuinţată pentru ea la titrare.

Diferenţa dintre această cantitate de $KMnO_4$ şi aceia întrebuinţată pentru A_2, dă corpii reductori plus glucoza eventual eliminată.

Funcţiunea hepatică prezintă o deosebită importanţă, ea având o influenţă bine determinată asupra diferitelor boli ca: tuberculoză, diabet, cord, nefrită şi chiar asupra cazurilor febrile *(Bauer)*.

Digitized by Biblioteca Universitatea "Ovidius" Constanta

Din această cauză mai mulţi autori ca *Fiessinger, Brodin, Aubertini, Sule* au urmărit ameliorarea afecţiunii hepatice în tuberculoză, influenţând favorabil mersul afecţiunii bacilare.

Unul din noi**), în colaborare, a determinat valorile galactozei după metoda lui *Bauer*, înainte şi în cursul auroterapiei, pentru a vedea acţiunea acestei terapii asupra ficatului deficient.

Mai mulţi autori şi-au propus să studieze întrucât este influenţată galactozuria în urma administrării diferitelor produse.

Oszacki şi *F. Wagner* obţin o galactozurie crescută după administrarea unui extract de ficat. *Weltmann* şi *Blöck* au observat că zaharuri ca dextroză şi levuloză dau naştere la glicogen, mărind asimilaţia galactozei.

Şi cercetările făcute pe animale sărace în glicogen arată că aceste sunt mai expuse unor afecţiuni hepatice. De aici părerea că, în genere funcţiunea hepatică depinde de cantitatea de glicogen a ficatului.

După *Hirschhorn, Pollak, Schlinger*, ergotamina şi atropina produc o variaţie în cifra galactozuriei (o variaţie în minus) la bazedovieni şi nu influenţează de loc galactozuria celulară (la cirotici).

---

*) Factorul se obţine în modul următor: Se pregăteşte o soluţie de galactoză 2‰ şi se repetă dozajul ca şi cum soluţia de galactoză ar reprezenta o urină. Cantitatea de $KMnO_4$ întrebuinţată pentru ca culoarea din verde să vireze în galben, galben-brun, reprezintă factorul soluţiei de $KMnO_4$.

**) Bălănescu I. V.

La aceleaşi rezultate ajung şi *Bauer, Wozasek,* cari observă în urma administrării ergotaminei şi atropinei, în unele din cazuri, o scădere a galactozuriei, datorită în bună parte unor turburări de absorpţie gastrico-intestinală.

In urma administrării unui preparat cu ficat pulverizat care conţine şi hormoni, *Bauer* şi *Wozasek* obţin o creştere a galactozuriei care se menţine însă numai în timpul dietei. După aceşti autori, acţiunea s'ar datora prezenţei hormonilor din acest preparat.

Important de reţinut este lucrarea lui *Bauer* în care demonstrează că administrarea de alcool la bolnavi cu o afecţiune hepatică, nu numai că nu duce la o galactozurie mărită cum ar fi de aşteptat, ci la una micşorată, pe când la oamenii sănătoşi galactozuria este mărită, în urma administrării chiar a unei cantităţi foarte mici de alcool.

Dată fiind importanţa controlului funcţiunei hepatice, *Bauer* urmăreşte într'un mod asidu această problemă din 1905, aducând prin cunoştinţele şi vasta sa experienţă un mare aport la lămurirea acestei chestiuni vitale.

Pentru noi problema pusă era dacă în cazurile de tuberculoză, cu rezultatele negative ale galactozuriei, ne găsim în faţa unui ficat sănătos, şi dacă rezultatul corespunde exact acestei stări, cum se prezintă atunci aceste cazuri faţă de auroterapie, ştiut fiind că în formele de insuficienţă hepatică auroterapia trebue eliminată.

Metoda noastră ne-a fost de mare folos, pentrucă bolnavii cu o galactozurie negativă după metoda *Bălănescu-Oeriu* au dat continuu, în cursul tratamentului aceiaş reacţie negativă, pe când o parte din cazuri cu o galactozurie negativă, după metoda lui *Bauer*, au evoluat înspre o reacţiune pozitivă, ceeace înseamnă că metoda noastră poate fi întrebuinţată şi în formele incipiente evitând astfel o agravare a leziunii.

Auroterapia nu produce o disfuncţie hepatică, ci ea favorizează o agravare a unei leziuni existente, independentă de acţiunea aurului.

Se impune deci o cercetare prealabilă a funcţiunei ficatului, înaintea oricărui tratament auric.

Metoda noastră are la bază pe de o parte raportul dintre galactoza administrată şi greutatea corporală, iar pe de altă parte relaţia dintre cantitatea de $KMnO_4$ întrebuinţată pentru A_1 şi A_2, eliminând astfel prin preciziunea ei, interpretările cunoscute, cari îngreuiază punerea diagnosticului.

Ea este sensibilă şi foarte simplă, aşa încât din punct de vedere practic, prezintă o deosebită importanţă şi aceasta cu atât mai mult, cu cât ea poate fi întrebuinţată în orice laborator.

* * *

Cu toate că această metodă are o valoare practică vădită ne-am gândit să determinăm şi *carbonul urinar* din A_1 şi A_2, care prezintă mai mult o valoare ştiinţifică.

Urina provenită dela hepatici a fost studiată de mai multi autori: (Salkowski, etc.); ei observă o creştere a unor substanţe orga-

TABELA I

Valorile galactozuriei totale după BAUER, ale corpilor reductori după metoda BĂLĂNESCU-OERIU şi ale carbonului urinar după metoda NICOLAX, la bacilari

No.	Cantitatea totală de galactoză eliminată după *Bauer*	Corpii reductori după metoda *Bălănescu-Oeriu*		Carb. urinar °/₀₀ corespunzător corpilor reductori din		Carbonul urinar °/₀₀ din		Diferenţa de carbon urinar °/₀₀, care reprezintă corpii nereductori		OBSERVAŢIUNI
	Grame	A_1*)	A_2**)	A_1	A_2	A_1	A_2	A_1	A_2	
1	2.30	2,10	6,70	0.84	2,68	2.50	3.70	1.66	1,02	Bolnavii între No. 21-29 şi No. 60 aparţin grupului Baciloza pulmonară formă indurativă închisă, cu prognoză bună.
2	2.20	2,00	6.70	0 80	2,68	2.70	4,00	1,90	1.32	
3	1,95	1.80	7.00	0.72	2.80	2.30	3.60	1,58	0,80	
4	1,95	1.90	7,00	0,76	2.80	2.40	3 30	1.64	0,50	
5	2 40	2,40	5,90	0.96	2.36	2,00	4,50	1,04	2 14	
6	2 10	2.30	7,30	0 92	2,92	2 90	4,30	1,98	1,28	
7	2 20	2,20	6 60	0.88	2,64	2,80	3.80	1,93	1.16	
8	3 50	0,65	11 00	2.60	4,40	5 00	8.40	2,40	4 00	Bolnavii între No. 1-7 şi 29-44 aparţin grupului Baciloză pulmonară forma deschisă, cu tendinţă de ameliorare.
9	3,80	0,50	12 00	0 20	4.80	4 80	7,60	4,60	2,80	
10	3 85	0.50	13,00	0.20	5,20	5,70	7 70	5 50	2,50	
11	3,70	0 60	10,00	0,24	4.00	5,60	8 80	5.36	4.90	
12	3,75	0 60	14,00	0.24	5 60	5.10	7,40	4,86	1,80	
13	7,25	1 50	14 00	0,60	5,60	6,40	8.40	5.80	2,00	
14	8,60	1,70	16,00	0.68	6,40	7,00	8,70	6,32	2,30	
15	9,40	1,20	17 00	0.48	6 80	6 60	9 20	6.12	2,40	Bolnavii între No. 8-20 şi 45-48 aparţin grupului Baciloză pulmonară formă deschisă cu tendinţă de agravare.
16	10 20	1,40	12.00	0.56	4,80	6,80	9.50	6,24	4,70	
17	7,50	1,45	13.50	0.58	5 40	6.30	8,20	5,72	2.80	
18	8,30	1,20	14.00	0.48	5 60	6,70	8.00	6,22	2.40	
19	6,40	1 20	15 50	0,48	6,20	7,00	8.30	6,52	2,10	
20	9,30	1.35	14,00	0 54	5,60	6 50	7.70	5,96	2 10	
21	1,60	0.90	0.70	0.36	0.28	2,00	0,85	1,64	0,67	
22	1,70	1,00	0 60	0,40	0,24	2 20	0,90	1,80	0.66	Bolnavii între No. 49-59 aparţin grupului Baciloză pulmonară formă deschisă staţionară.
23	1.60	1,20	0,75	0.40	0,30	2,30	0,75	1,82	0,45	
24	1.70	0.70	0 65	0,28	0 26	2 50	0,90	2 22	0 64	
25	1,90	0 60	0.80	0.24	0,32	2,60	0,80	2,36	0,48	
26	1.75	0 80	0,70	0 32	0,28	2.50	0,95	2,18	0,67	
27	1,65	0,85	0,55	0 34	0,22	2,70	1,00	2,36	0.78	
28	1.84	0,65	0,60	0,26	0 24	1,90	0,65	1,64	0 41	
29	1,70	1,05	0.50	0.42	0 20	2,40	0,75	1,98	0,55	
30	1 60	0,75	0,70	0.30	0 28	2,00	0,95	1,70	0,67	
31	1,30	0,90	0.65	0 36	0 26	1,90	0.90	1,54	0.64	
32	0,90	0,80	0.60	0,34	0.24	1.80	0 90	1,46	0 66	
33	1,75	0.70	0.50	0.28	0 20	1,70	0,80	1,42	0.60	
34	1,40	0,95	0,70	0 38	0 28	2 70	0,85	2,32	0,57	
35	0 95	0 95	0,60	0 38	0 24	2,00	0,77	1,62	0.53	
36	0,75	0,70	0,75	0 28	0.30	2,30	0,85	2,02	0,55	
37	0.80	0,90	0,50	0.36	0,20	2,40	0,90	2,04	0 70	
38	1.80	0,85	0.60	0 34	0,24	2,20	0,84	1 86	0.60	
39	1,45	0,90	0,80	0 36	0.32	2.30	0.80	1,94	0.48	
40	1 60	0,75	0,55	0,30	0.22	2,50	0,80	2.20	0,58	
41	0,70	0,95	0.60	0,38	0,24	2,60	0,85	2,22	0.61	
42	1,80	1,50	4,50	0,60	1,80	2.60	3,60	2,00	3 36	
43	1,90	1,10	4,20	0,44	1.68	2 40	3,00	1,96	1.32	
44	2,00	1,30	5,00	0.52	0.20	4,50	6.00	3,98	5,80	
45	3,70	2,20	9,00	0,88	3,60	4,70	6.30	3,82	2 70	
46	4,70	2.10	9,60	0.84	3,84	4,00	5.25	3 16	1,41	
47	4,50	2,30	10,20	0.92	4,08	3,90	6,40	2.88	2,32	
48	3,90	2,20	8,80	0.88	3 52	3 50	4 50	2,62	0.98	
49	1,95	0.50	5,20	0.20	2,08	3 25	4,55	3 05	2.47	
50	1.85	0,40	6.20	0.16	2.48	3 50	4,90	3.34	2,42	
51	1,80	1,70	5 95	0.68	2,38	3,00	4 70	2.32	2,32	
52	2,20	1.55	6,49	0,62	2 56	3 60	4,50	2,98	1.94	
53	1,90	1,25	5 90	0 50	2,36	2.90	4,90	2,40	2 54	
54	2,10	1,30	6,50	0,52	2.60	5,50	5,70	4 98	3,10	
55	2,40	2,50	7,40	1.00	2.96	5 00	5 50	4 00	2,54	
56	2,60	2.30	7,90	0.92	3.16	5 40	5,60	4,48	2.44	
57	3.30	0,70	6,60	0.28	2,64	2 70	5.50	2.42	2 86	
58	3,00	0,90	7,25	0,36	2,90	2,90	5,10	2,54	2 20	
59	2,70	0,80	7.00	0.32	2 80	3,10	5,00	2,78	2.20	
60	1,55	0,70	0,60	0,28	0,24	2,45	0,70	2,17	0,86	

*) A_1—Urina colectată, în cursul nopţii, înainte de administrarea galactozei.
**) A_2—Urina colectată, în primele două ore, de la administrarea galactozei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

nice, cu greutate moleculară mare, spre deosebire de urina omului sănătos (unde ele lipsesc).

Voit K., găseşte valoarea C/N mărită la bolnavii de ficat faţă de cei sănătoşi; ea se menţine mărită şi după dializare.

La dializare, ureea, care formează în mod obicinuit peste 1/2 din cantitatea totală de carbon, trece în dializat şi atunci în urina din dializator rămâne o cantitate mult mai mică de carbon.

Aflându-se în rest o cantitate mai mică de carbon, se poate evidenţia mai uşor o creştere cât de mică datorită insuficienţei funcţiunei hepatice.

H. Müller recomandă determinarea oxigenului consumat de către substanţele organice incinerate şi oxidate — denumit *„Vakatsauerstoff"* — precum şi a coeficientului de oxidaţie (N/O), căutând să introducă această relaţie în locul valorii C/N.

La o urină nedializată, carbonul obţinut se datoreşte în cea mai mare parte ureei şi cum ea nu intră în reacţie pentru „Vakatsauerstoff", se obţine prin aceasta tocmai avantagiul remarcat de *Voit* pentru carbonul urinar, însă dializat. După autor, Vakatsauerstoff-ul dă o relaţie a produselor de oxidaţie mult mai precisă de cât aceia obţinută prin determinarea C/N, care este şi mai dificilă.

TABELA II.

Valorile galactozuriei după BAUER şi acela ale corpilor reductori după metoda BĂLĂNESCU-OERIU, la oameni sănătoşi

BCU Cluj / Central University Library Cluj

No.	Cantitatea totală de galactoză eliminată după *Bauer*	Corpii reductori ‰ după metoda *Bălănescu-Oeriu*		OBSERVAŢIUNI
	Grame	A_1 *)	A_2 **)	
1	0,70	0,65	0,45	Sănătos
2	0,45	0 45	0.30	"
3	1 10	0.50	0,45	"
4	0,85	0,70	0,45	"
5	0,47	0.62	0 55	"
6	0.53	0,32	0,30	"
7	0,60	0,60	0,40	"
8	1,20	0.45	0,25	"
9	0,45	0,95	0,65	"
10	1,00	1,27	0,80	"

*) A_1 = Urina colectată, în cursul nopţii, înainte de administrarea galactozei;
**) A_2 = Urina colectată, în primele două ore, de la administrarea galactozei.

Pentru noi nu se pune problema unui control al funcţiunei hepatice prin carbonuria dysoxydativă a lui *Bickel* şi *Kauffmann-Cosla* sau a coeficientului de oxidaţie a lui *Müller*, pentrucă metoda noastră are avantagiul că este extrem de simplă, precisă şi sensibilă, scoţând în evidenţă şi formele incipiente.

Dat fiind că corpii reductori din urină nu sunt decât rezultante ale hidraţilor de carbon, deci substanţe în a căror moleculă intră carbonul, noi am urmărit pe de o parte relaţia care există între carbonul urinar al unui om sănătos şi acel al unui hepatic, înainte şi după administrarea galactozei, iar pe de altă parte în ce măsură se găseşte această relaţie cu cantitatea de $KMnO_4$ întrebuinţată pentru corpii reductori din A_1 şi A_2.

Cantitatea de $KMnO_4$ întrebuinţată pentru A_1 şi A_2 merge paralel cu aceia a concentraţiei carbonului urinar. In cazurile cu afecţiuni hepatice, cantitatea de corpi reducttori este mărită; deasemenea şi aceia a carbonului.

Urina trebue prelucrată îndată, pentru a evita fermentaţiile, căci altfel corpii reductori s'ar transforma în produse de desintegraţie (nereductori), ceeace ar duce la o consumare a unei cantităţi mai mici de $KMnO_4$.

Creşterea carbonului urinar merge paralel cu aceia a corpurilor reductori.

Prin această determinare, noi am adus încă o dovadă în plus că galactoza administrată, în raport cu greutatea corporală, nu duce, la un om sănătos, la o eliminare a galactozei exprimată printr'o creştere de carbon urinar, care să depăşească cifra din A_1; din contra, la un ficat bolnav, găsim o creştere a corpilor reductori cu $KMnO_4$ şi a carbonului urinar, depăşind cifrele lui A_1.

Metodele de lucru: Galactozurie: Proba şi metoda *Bauer.*
Technica: *Fiessinger, Thibaut, Dieryck.*
Metoda: *Bălănescu-Oeriu.*
Metode de dozaj: Metoda *Bertrand.*
Metoda indirectă a lui *Ionescu-Matiu.*
Mikrodozaj de carbon: Metoda *Nicloux.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONCLUZII.

1. Controlul funcţiunei hepatice trebuie să fie făcut cu o metodă cât mai sensibilă, pentru a evidenţia afecţiunile incipiente sau latente.

2. Metoda noastră este foarte sensibilă, deoarece ea desvăluie chiar şi formele incipiente ale unor afecţiuni hepatice.

3. Durata la care se supune bolnavul este de scurtă durată şi deci avantajoasă; deasemenea şi determinările sunt mai reduse.

4. Administrarea galactozei pro kgr. greutate corporală pune metoda pe o bază ştiinţifică, eliminând neajunsul după care toţi bolnavii, indiferent de greutatea lor corporală, primeau aceiaşi cantitate de galactoză.

5. Administrarea galactozei, în doză de câte 0.50 gr. de fiecare kgr. greutate corporală, nu duce la un om sănătos la o eliminare a galactozei (exprimată printr'o creştere a corpilor reductori, care să depăşească cifra din A_1) pe când la un ficat deficient, eliminarea galactozei se evidenţiază printr'o creştere a corpilor retori cu $KMnO_4$ (depăşind cifra întrebuinţată pentru A_1).

6. Posibilităţile de interpretare sunt eliminate, dat fiindcă

există un punct de reper bine stabilit (cantitatea de $KMnO_4$ întrebuinţată pentru A_1 şi A_2).

7. Simplitatea metodei înlesneşte întrebuinţarea ei în orice laborator.

8. In cazurile de insuficienţă hepatică, în urma administrărei galactozei de o.5o gr. pro kgr. greutate corporală, galactozuria duce la o creştere a carbonului din A_2, faţă de acela din A_1, pe când la un ficat sănătos valoarea carbonului din A_1 rămâne mai mare decât aceia din A_2.

9. Auroterapia, în genere, nu produce o disfuncţie hepatică; ea în special favorizează o agravare a unei leziuni existente latente.

10. Cercetarea prealabilă a funcţiunei ficatului se impune înaintea oricărui tratament.

LITERATURA

1) **Achard Debouis:** C. R. S. Biologie 1913, pag. 385, 573, 1153. — 2) **R. Bauer:** Wiener Med. Wschft. 1906 No. 1 şi 521. Dtsche Med. Wschft. 1908, No. 35; Wiener Klinische Wschft. 1912, No, 29; Wiener Arch. f. Klin. Med. 1923, 6; Med. Klinik 1926, No. 41; Wiener Klinische Wschft 1927, Heft 4. — 3) **R. Bauer und O. Wozasek:** W. K 1. Wschft 1930, No. 44, W. Arch. f. Bd. XII Heft 2, 1928. — 4) **Bergmann:** Klin. Wschft 1927, No. 17. — 5) **Bălănescu I., Zamfir D., Oeriu S. şi Stânceescu I.:** Wien. Klin. Wschr. 1934 No. 33; Gazette médicale de France 1934 No. 12; Rev. Ştiinţ. med. Bucureşti 1934, No. 1. — 6) **Bălănescu I., Zamfir D., Oeriu S.:** Rev. Ştiinţ. med. Bucureşti 1934; Comunicare la Societatea de Tbc. Bucureşti, 1934. — 7) **Bălănescu I. şi Oeriu S.:** Wien. Klin. Wschft. 1934, No. 38; Comunicare la Societatea de Biologie Bucureşti, Aprilie 1936; Comunicare la Congresul de Chimie din Constanţa, Mai 1936; C. R. de la Société de Biologie, Tome CXXIII, 1936, No. 32, pag. 850, Paris. — 8) **Bălănescu V. I., Oeriu S. şi Vartic V.:** Bull. de la Soc. de Chemie biol. Paris No. 4, 1936; Comunicare la Congresul de Tbc. Iaşi, în 16 Iunie 1935; Comunicare la Societatea de Tbc. Bucureşti, Ianuarie 1936; Rev. Ştiinţ. Med. Bucureşti, Februarie 1936. — 9) **Bălănescu V. I., I. Gaspar, I. Gonţea;** Rom. Mod. XIV, No. 7. — 10) **Bertrand:** Harn und Blutuntersuchungen nach Peter u. Michalis. — 11) **Bickel u. Kaufmann-Cosla:** Bioch. Ztscht. 166, 251, 1925. — 12) **Buffano:** Clin. med. ital. 1933; (pag. 803—818) şi Riv. Clin. Med. 1928. — 13) **Colrat:** Citat de I. Pavel în articol din Ann. de Médecine Mai 1934. — 14) **Fiessinger, Thibaut et Dieryck:** Annales de Médecine 1931 şi 1932. C. R. Soc. Biologie 1931 (pag. 789 şi 791). — 15) **Fiessinger, Brodin,** Aubertin, Sule: Rev. Med. XIV, No. 7. — 16) **Haţieganu:** Klin. Wschft. 1914, No. 14. — 17) **Hirschhorn, Pollak u. Klinger:** W. K'l. 1930. 13. — 18) Fr. Hoffmaister: Wiener Med. Wschft. 1906. — 19) **Ionescu-Matiu:** Bull. de chem. biol. Paris, 8, No. 2, 1928 — 20) **Köller u. Machold:** Wiener Kl. Wschft. 1922, No. 18. — 21) **Köller:** Med. Klin. 1925, No. 35. — 22) **N. G. Lupu:** Radoslav de Bull. et Membre Med. Hop. Bukarest No. 4/930. — **H. Müller:** Bioch. Ztschft. Bd. 186 (1927). 3. 451. — 24) **Nicloux:** Bull. Soc. de Chemie Biol. 3. 639 (1927). — 25) **Noah:** Ztschft. f. Klin. Med. Bd. 104. — 26 **von Noorden, Winter Rowe, Reiss et Jehn, Wapner:** Annales de Med. 29, 1931, pag. 127. — 27) **Oszacki und Wapner:** Med. Klin. 1913, 38. — 28) **Pollitzer:** Zitiert von I. Pavel, Ann. de Med. 1934 Mai. — 29)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rozenbaum: Zeitsch. f. d. ges. exp. med. 1924 Bd. 41, — 30) **Salkowski:** Berl. Klin. Wschft. 1905 No. 51, 1581, No. 52, 1618. — 31) **Steiger::** Korr. f. d. Sc. kl. Wschft. 1014, No. 31. — 32) **Stoia I., S. Oeriu, C. Angelescu:** Un nou tratament în reumatism Tip. „Nădejde" 1936. — 33) **H. Strauss:** Dtsch. med. Wschft. 1901, No. 44—45. — 34) **Voit K.:** Ztschft. f. Klin. Med. Bd. 122, 3 und 4 Heft. — 35) **Weltmann:** W. Klin. Wschft. 1929.

I V. BALANESCO et S. OÉRIOU: *Une nouvelle méthode pour le contrôle de la fonction hépatique.*

1) La contrôle de la fonction hépatique doit être fait par une méthode d'auttant plus sensible, pour mettre en évidence les affections incipientes ou latentes.

2) Notre méthode est très sensible; elle remplit ces conditions.

3) La durée est courte, donc avantageuse; de même les détérminations sont réduites.

4) L'administration de la galactose pro Kilo poids lui constitue une base scientifique.

5) L'administration de la galactose en dose de 0,50 pour chaque kilo poids corporel, ne conduit pas chez l'homme sain à une élimination de la galactose (exprimée par l'augmentation des corps reducteurs dépassant le chiffre de A_1), tandisque pour un foie déficient l'élimination de la galactose est mise en évidence par l'augmentation des corps reducteurs par $KMnO_4$ (en dépassant le chiffre employé pour A_1).

6) Les possibilités d'interpretation variée sont éliminées, vu qu'il existe un point de repère bien établi (la quantité de $KMnO_4$ employée pour A_1 et A_2).

7) La simplicité de la méthode facilite son emploi dans chaque laboratoire.

8) En cas d'insuffisance hépatique, à la suite de l'administration de la galactose en quantité de 0,50 gr. pour Kilo poids-corps, la galactosurie conduit à l'augmentation du carbon de A_2, en comparraison de celui de A_1, tandisque pour un foie sain la valeur du carbon de A_1 reste plus grande que celle de A_2.

9) L'aurothérapie, en général, ne produit pas une disfonction hépatique, elle favorise spécialement l'agravation d'une lésion latente.

10) La recherche préalable de la fonction hépatique s'impose avant tout traitement.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I- V. BALANESCU und S. OERIU: *Eine neue Methode für die Kontrolle der Leberfunktion.*

1) Die Kontrolle der Leberfunction muss nach einer höchst empfindungsfähige Methode gemacht werden, um die inzipienten und latentent Affektionen der Leber klarzustellen.

2) Unsere Methode ist sehr empfindungsfähig, da sie auch die incipienten Formen der Leberaffektionen hervorbringen.

3) Die Dauer ist kurz, daher vorteilhatt, auch sind die Bestimmungen vermindert.

4) Die Verabreichung der Galaktose pro Kgr. Körpersgewicht stellt die Methode auf wisenschaftliche Basis

5) Die Verabreicherung der Galaktose in Dosen von 0,50 gr. für 1 klgr. Körpergewicht verursacht bei einem gesunden Menschen keine Ausscheidung der Galaktose (die durch ein Wachstum der Reduktionskörper ausgedrückt wird, die die Zahl von A_1 übertrift, währed bei einer kranken Leber die Auscheidung der Galactose sich durch ein Wachstum der reduzierbaren Körper $KMnO_4$ sich ausdrückt.

6) Die Möglichkeiten einer Zweitung sind aussgeschlossen, da ein festgestelltes Merkzeichen gibt (Das Quantum für A_1 und A_2; gebrauchte Quantum von $KMnO_4$).

7) Die Einfachkeit der Methode macht ihren Gebrauch in jedem Laboratorium möglich.

8) In den Fällen einer Leberinsufizienz infolge der Verabreicherung der Galaktose in Dosen von 0,50 gr. Körpergewicht führt zu einem Wachstum des Kohlenstoffes von A_2 in Vergleich des Kohlenstoffes von A_1 während bei einer gesunden Leber der Wert des Kohlenstoffes von A_1 grösser als der von A_2 bleibt.

9) Die Goldtherapie verursacht im allgemeinen keine Leberdisfunktion, sie fördert die Verschlimmerung einer schon vorhandenen latenten Lesion auf.

10) Die vorgängige Forschung einer latenten vorhandenen Lesion der Leber soll von jedweder Behandlung stattfinden.

Clinica de Psihiatrie din Bucureşti
Director: Profesor D-r P. Tomescu

ASUPRA MECANISMULUI DE PRODUCERE AL FORMELOR CLINICE IN UNELE PSIHOPATII ŞI PSIHOZE ROLUL CONSTITUŢIUNILOR MINTALE, STUDIU CLINIC *)

de

Docent D-r ALFRED DIMOLESCU
Medic Primar la Spitalul Central din Bucureşti

(Sfârşit)

PSIHOZELE PUERPERALE.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Psihozele puerperale, cu principalele momente de sarcină, facere şi lactaţie, aduc şi ele o serie de exemple nete, în sprijinul părerii noastre. Factorii ocazionali pot fi: emotivi, debilitate fizică, (auto-intoxicaţiune, *R. Dupuy)*, infecţiile genitale *(Campbell, Klark Hausen)*, starea de degenerescenţă cu predispoziţie psihopatică *(Magnan, Féré* şi *Parent)*, constituţiunile morbide *(Toulouse)* sau turburări ale sistemului nervos vegetativ *(Santenoise)*. Formele clinice, cuprind toate sindromele psihopatice. Se pare că formele depresive şi de confuzie mintală, sunt cele mai dese. Ele prezintă un prognostic serios, mai cu seamă în caz de recidivă la care psihoza în speţă schizofrenia, s'a cronicizat în urma celei de a doua naşteri (cazurile *Rosenfeld* şi *P. Kahn)*. Celelalte forme sunt prea cunoscute pentru a insista. Au fost descrise aceste forme, de către *Ricksber, Cl. Geoffrey, Jolly, Boutet, Siemerling, Egelhardt, Strecker, P. Lalor, Batisti, Gipson, Pieque, Hout, Rochaix, Andersen, M. Gregori* şi *Traian Demetrescu*. Asupra consideraţiunilor apariţiei psihozelor puerperale, dăm câteva date după *Mayer Gross*.

Frecvenţa mare a schizofreniei femeei, în timpul lehuziei, fapt ce a făcut pe *Kraepelin* şi *Bleuler* să bănuiască o legătură etiologică, ne duce la concluzia că, nu putem dovedi că, constituţionalul schizoid înclină, după ivirea unei cauze ocazionale toxi-infecţioase, mai mult la stări psihopatice, decât omul normal. Elementele acestei legături sunt desigur transformările endocrine, cari în timpul

*) A se vedea începutul în No. 11—12 (1936.

sarcinei şi lactaţiei sunt modificate. Statistica lui *Runges,* arată că 37% din psihozele puerperale sunt demente precoce; ori desigur nu sunt atâţia constituţionali dintre aceştia, sau mai clar nu atâţia suferă de constituţie schizoidă.

Sellert, din contră susţine că dacă schizofrenia, apare aşa de des în timpul sarcinei, lehuziei şi lactaţiei, este datorită faptului, că aceste stări, corespund vârstei de predilecţie a apariţiei schizofreniei. Tot el admite că anomaliile psihice au fost preexistente şi că au fost observate de medic şi moaşă, iar nu de familie. In orice caz, după cum remarcă *M. Gross,* nu ne putem explica dece începutul schizofreniei se arată în timpul perioadei puerperale, mai mult decât în timpul gravidităţei, când ştim că şi aceasta din urmă, suferă transformări endocrine importante. *Bleuler* şi *Willmans,* cred că schizofrenia se arată mai mult în timpul lehuziei decât în timpul sarcinei. *Ca şi pentru schizofrenie, nu se poate dovedi că boala nu s'ar fi manifestat şi fără această cauză ocazională.* In defavoarea celor cari susţin rolul important al puerperalităţii în producerea turburărilor psihopatice de această natură, vin cazurile de schizofrenie la cari intervenţia bolilor de creer, nu au modificat simptomatologia. După cum vedem problema aceasta specială este pendinte de rezolvarea problemei generale, anume, *a rolului determinant al unui agent toxi-infecţios şi influenţa sa asupra evoluţiei unei stări constituţionale.*

OBSERV. VII. — M. C., de 34 ani, învăţătoare, se internează la 6. XI. 1934, pentru turburări mintale. Din antecedente, reese un caracter schizoid, precum şi o constituţie fizică astenică, tipică. A învăţat foarte bine, plăcându-i cartea, era izolată, nu avea prietene şi râdea foarte puţin. Din punct de vedere fiziologic semnalăm o menstruaţie, apărută la 19 ani; căsătorită la 26 ani, a avut patru naşteri, din care au rezultat patru copii. Din aceştia, doi au murit; unul după naştere, altul la trei ani. După naşterea primului copil, naştere foarte grea şi însoţită de o stare infecţioasă, a prezentat modificări de caracter: neliniştită, anxioasă, îi era frică de moarte. A fost internată în mai multe spitale în 1934. Din Iulie 1935, a stat acasă, retrasă, inactivă, negativistă, cu mutism incomplect şi raptusuri impulsive.

De patru luni, nu mai are menstruaţie. Ca semne degenerative prezintă o dantură cu dinţi vicioşi, cu urechile împlantate vertical, cu lobulul aderent bilateral. Toate reacţiile în lichidul cefalorachidian şi sânge, sunt negative. Nimic patologic din punct de vedere neurologic. Din punct de vedere psihic, mutism complect, negativism, pasivitate, impulsiuni, inactivitate, inafectivitate, catatonie. In cursul anului 1935, păstrează aceiaşi stare; în timpul mesei se ridică brusc şi caută să lovească supraveghetoarea serviciului, fiind împiedecată, se aşează la loc, intrând în mutismul ei continuu. Este docilă, şi complect izolată de mediu. Diagnosticul: **Schizofrenie catatonică.** Ultima sarcină a jucat rolul de cauză ocazională, care agravând starea constituţională schizoidă anterioară, a dat naştere unei schizofrenii catatonice.

OBSERV. VIII arată contribuţia şocului perioadei de gestaţiune, în producerea unor accese maniacale, asupra unei constituţii ciclotimice.

Pacienta F. O., la vârsta de 30 de ani, este internată a IV-a oară în spital, pentru fenomene maniacale. Dealtfel, în toate rândurile a fost inter-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

nată pentru această stare. Ca antecedente personale nu găsim nimic important patologic. Menstruată la 15 ani, s'a măritat la 16 ani; de trei ani este văduvă.

Din punct de vedere constituţional, pacienta aparţine tipului picnic, deşi are câteva elemente străine: diametrul biacronial mărit, etagiul mediu al feţei din tipul respirator, gâtul alungit. Toate celelalte caractere somatice (membrele, trunchiul, ţesutul celulo-grăsos, sistemul osos) aparţin tipului picnic.

Din punct de vedere al constituţiei psihice, pacienta poate fi încadrată foarte bine în clasa ciclotimicilor. Umoarea totdeauna mărită, hiperactivă şi vorbăreaţă.

Până la 10 ani a fost o copilă veselă, sburdalnică, spirituală şi vrednică. S'a căsătorit de vreme, a avut mai multe sarcini şi avorturi. Până la prima internare niciodată purtarea sa nu a trecut de limita obişnuită.

Era veselă şi expansivă, dar nu avea nimic patologic.

In 1928, fiind însărcinată în şase luni, a prezentat în mod subit fenomene de excitaţie maniacală, cu logoree, insomnie, hiperactivitate şi fugă umorală. Este internată de familie. La o săptămână face un avort. După o lună este complect vindecată. In 1932, este din nou însărcinată în două luni şi pentru aceleaşi fenomene psihice, este reinternată. După două săptămâni dela internare, avortează, iar după patru luni părăseşte spitalul vindecată. In 1933, însărcinată în trei luni, este internată dela 8 Decembrie până la 11 Mai 1934, când este liberată vindecată. Actualmente este internată pentru fenomene de hypomanie, a IV-a oară, dela 3 Iunie 1935. Nu este însărcinată.

Starea sa este pe cale de regresiune.

Examenul lichidului cefalorachidian, complect negativ.

Tensiunea 36 (Claude): limfocite 1 pe mmc.

Examenul neurologic nu arată nimic patologic, nici din partea reflexelor, motilităţii sau sensibilităţii.

Examenul psihic: stare hypomaniacală. Ecuaţia personală promptă, orientală, logoreică, expansivă, euforică, cu atitudini bizare. Mănâncă bine şi doarme de asemenea. Funcţiunile digestive păstrate.

PSIHOZA PERIODICA CU ETIOLOGIE ALCOOLICA.

Reprezentând prin excelenţă etiologia factorilor toxici, alcoolul ca şi alte cauze ocazionale, poate determina o agravare a stărilor constituţionale. Acest toxic, poate să dea naştere unor psihoze, ale căror tablou clinic, este identic cu confuzia mintală, mania sau melancolia, paranoia sau schizofrenia.

Dintre aceste manifestaţiuni clinice, psihoza periodică pare a fi observată cel mai des. Dacă ţinem seamă însă, de rolul important pe care îl are în economia ţărei noastre cultivarea viţei de vie, care de câţiva ani se face pe o scară atât de intensă chiar la şes, precum şi cultivarea prunilor pe de o parte, iar pe de altă parte, obiceiul atât de răspândit al locuitorilor, de a îngera în mod permanent derivate alcoolice (ţuică, drojdie, rachiu, vin), vom constata că o mare parte din psihozele periodice, prezintă o etiologie alcoolică.

Lucrul acesta este de o importanţă capitală, întrucât toate aceste psihoze, pot fi uşor înlăturate, deşi există în marele public

BCU Cluj / Central University Library Cluj

şi chiar printre medici credinţa că aceste psihoze nu sunt vindecabile. In asemenea cazuri, pe bază de etilism, se ajunge la admirabile rezultate de vindecare şi putem da chiar asigurări în această privinţă familiei şi bolnavului, în măsura în care el este capabil să se sustragă cauzei nocive.

Mai mult, spre deosebire de periodicii cu etiologie necunoscută, putem face pronosticuri în ceeace priveşte viitorul bolnavului, care nu va mai avea să se teamă de apariţia unui alt acces de psihoză, atâta vreme cât se va obţine dela ingestia de alcool.

Prof. *Obregia,* în îndelunga sa experienţă, a putut observa un mare număr de psihoze, în a căror geneză, alcoolismul a jucat un rol de căpetenie. Bazat pe aceste date ştiinţifice, *Prof. Obregia,* a fost printre cei dintâi şi cei mai convinşi luptători contra alcoolismului în ţara noastră.

Indivizii cari prezintă o constituţie ciclotimică, au tendinţa de a face o psihoză maniaco-depresivă. In această formă clinică de psihoză, ne apare rolul atât de important al constituţiei latente, morbide a individului în producerea psihozei constituţionale corespunzătoare.

Rogue de Fursac spune că: „predispoziţiunea de a contracta bolile mintale, nu este decât o manifestare a unei stări patologice mai generale, care s'a numit degenerescenţă" scoţând astfel în evidenţă valoarea de cauză predispozantă a heredităţii:

Trei indivizi moştenesc aceiaşi hereditate încărcată. Unul din ei, duce o viaţă liniştită, regulată, lipsită de oboseală şi excese. Acesta trăeşte toată viaţa sa, fără turburări mintale; predispoziţia sa, a rămas latentă.

Al doilea devine alcoolic, ajunge să prezinte stigmatele acestei intoxicaţiuni, dar conştient de pericol, devine abstinent şi îşi recapătă sănătatea. La acesta predispoziţiunea s'a evidenţiat prin intervenţiunea unei cauze determinante (alcoolismul), dar a fost combătută prin suprimarea acestei cauze. Cel de al treilea se dedă la aceleaşi excese alcoolice, dar, în loc să se oprească la timp pe panta fatală, devine un alcoolic înveterat, este lovit de delirium tremens, şi moare într'un azil de alienaţi.

Uneori, când prin intervenţia factorilor infecţioşi sau toxici, corticalitatea este diminuată sau suprimată este logic să ne gândim că individul va traduce prin manifestările sale patologice, elementele cari alcătuesc personalitatea lui psihică şi somatică, adică constituţia s'a mintală.

Raportul dintre psihoza periodică şi alcoolism, poate fi studiat din două puncte de vedere: întâiul, se referă la excesul de alcool al individului, în funcţie de o impulsiune cu caracter morbid: *dipsomania.* Tendinţa de a bea este un simptom, o consecinţă a acestei impulsiuni morbide, (chestiune desbătută în şedinţele societăţei de Neuro-Psichiatrie din Paris). Dipsomania asociată cu alte simptome ale psihozei periodice, a fost studiată de diverşi autori, între care cităm: *Laignel-Lavastine* şi *R. Rargeau,* (prezintă cazul unui dromoman dipsomaniac), *Marchand* şi *Montassut,* (comunică

un caz de dromo-dipsomanie la un ciclotimic), *L. Marchand* şi *J. Picord,* (comunică un caz de acces dromo-dipsomaniac şi psihoză periodică).

De altfel, excesul de alcool în funcţie de dipsomanie, îl găsim şi în faza medico-legală — la început — a paraliziei generale, în debilitatea mintală şi în general în toate stările psihice, la cari principala caracteristică este deficitul mintal şi lipsa de critică.

Al doilea punct de legătură dintre psihoza periodică şi alcoolism, este constituit de faptul că, hereditatea — principalul factor etiologic al acestei psihoze — este influenţată profund de toxicitatea alcoolului.

Profesorul *Obregia,* evidenţiază că aşa numita „Procreatio ab ebrio" constitue o nenorocire mult mai frecventă, decât se crede. Procreaţia unui heredo-alcoolic este posibilă chiar atunci când părinţii nu sunt dominaţi de viciul beţiei, dar obişnuesc a bea din când în când.

Prof. Obregia mai arată că „micul număr de stigmate somatice, este compensat prin gravitatea fenomenelor psihice, caracterizate tocmai printr'o scădere a valoarei cerebrale, a acestor nenorociri" şi citează numeroase cazuri de neurastenii de tip psihastenic, obsesiuni şi fobii multiple la adolescenţii studioşi, în ale căror antecedente hereditare se găseşte alcoolismul care pregăteşte deci un teren caracterizat prin degenereşcenţe, însoţite de deficit mintal, şi care poate constitui singur factorul determinant al acestor psihoze. Condiţiunile de apariţie, de evoluţie şi caracterele fazelor intermediare observate, demonstrează suficient origina etilică a acestor psihoze.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este important să amintim că heredo-alcoolicii, prezintă deseori o constituţie fizică de tip picnic, descrisă de *Kretschmer* şi o constituţie psihică ciclotimică.

Este iarăşi interesant de amintit că, în literatura medicală nu găsim până în anul 1924 bine precizat rolul alcoolismului în etiologia psihozelor periodice, prof. *Obregia,* la congresul de neuropsihiatrie dela Sibiu, în 1924, prezintă 4 bolanvi de acest fel.

In anul 1919, *prof. C. Urechia,* în volumul; „Lucrările laboratorului şi clinicei boalelor mintale din Bucureşti", spunea: *„Deşi lumina nu a apărut încă, se pare că alcoolismul poate fi asociat cu demenţa precoce, sau cu psihoza periodică; poate fi favorizat de ele, sau el singur să le favorizeze la rându-i"*.

In anul 1932, *Paul Courbon şi I. Tusques,* arată că există cazuri în cari mania este cauza intemperanţei alcoolice precum şi alte cazuri, la cari din contră, intemperanţa alcoolică este cauza maniei. *„L'intoxication déclanche l'accès maniaque qui, sans elle, ne se serait pas produit. C'est une manie ou une melancolie par arrosage"*.

Deci alcoolul joacă la constituţionali rolul de factor ocazional şi în acest fel se confirmă participarea alcoolismului în general, în producerea psihozelor maniaco-depresive.

In afară de toate cele spuse mai sus, sunt câteva constatări,

cari, dovedesc cu prisosinţă rolul alcoolului în producerea acceselor de psihoză periodică.

1. Apariţia tardivă a psihozei periodice la alcoolici. Se ştie că această boală apare de obicei între 20—30 ani. La alcoolici, sunt foarte rari cazurile, când ea a apărut înainte de 35 ani. Pacienţii aceştia, până la apariţia psihozei, erau perfect sănătoşi şi numai în urma abuzului de alcool, au făcut psihoză periodică.

2. Acces de psihoză periodică, urmând imediat excesului de alcool. Pacienţii cari uzau moderat de alcool până la ivirea boalei, precum şi alţii, cari au mai fost internaţi şi s'au vindecat, după o perioadă lungă de timp fac un acces de psihoză periodică în urma unui exces de alcool, cu ocazia unei petreceri, nunţi, alegeri, etc. Aceste stări se pot repeta periodic, cu intervale variabile, complect lucide, constituind adevărate ciclofrenii

3. Profesiunea. In general sunt mai expuşi să prezinte o psihoză periodică, acei indivizi cari prin obligaţiunile lor, ca şi datorită unei mentalităţi eronate, anume că alcoolul ar fi reparator de forţe, sunt mai expuşi exceselor de alcool: (cârciumarii, muncitorii, meseriaşii, hamalii, etc).

4. Sexul. Observaţiunile arată că boala este mai frecventă la bărbaţi, fiindcă ei, spre deosebire de femei, fac uz sau abuz, de băuturi alcoolice.

5. Intervalele dintre accese sunt în majoritatea cazurilor lucide, permiţând bolnavilor să-şi reia ocupaţiunile. prof. *Obregia* citează cazuri când pacienţii renunţând definitiv la alcool, au fost complect sănătoşi în restul vieţei. Lucrul acesta nu-l găsim la psihoza maniaco-depresivă de altă natură.

Colegiul Universitar Cluj

OBSERV. IX arată intervenţia alcoolului care prin şoc toxic, acţionând asupra unei constituţiuni ciclotimice, dă naştere unor accese maniacale repetate.

Pacienta M. M., de 69 ani, este internată pentru prima oară în 1926, apoi succesiv în anii 1933 şi 1935.

Istoric: In toate rândurile, după 2—3 luni de spitalizare, pacienta a părăsit spitalul în stare de complectă vindecare. In perioada de remisiune M. M. se dedă la libaţiuni excesive de alcool (ţuică şi vin), aşa încât după un timp reapar fenomenele maniacale: logoree, fugă de idei, fugă umorală, etc., pentru cari este readusă în spital. Odată cu desintoxicarea, dispar toate fenomenele maniacale.

Antecedentele personale. Măritată la 24 ani, are patru copii sănătoşi. Toată viaţa ei a prezentat o instabilitate umorală, egală, fără paroxisme. Era continuu veselă, spirituală, prietenoasă şi expansivă.

Nu putem preciza dacă a avut perioade de tristeţă.

Din punct de vedere al constituţiei fizice, are caracteristicile tipului picnic. Diagnosticul acesta este însă îngreunat prin faptul că pacienta este îmbătrânită, slăbită, iar ţesutul elastic aproape complect dispărut, astfel că prezintă o scleroză cutanată alcoolică, imitând sclerodermia pigmentară pelagroasă, stare cunoscută sub numele de pseudo-scleroză cutanată pelagroasă. **Constituţia sa ciclotimică nu a dat naştere, până după 55 ani, la nici-o apariţie a unei stări maniacale, cu toate naşterile trecute şi menopauză actuală.** Cu 10—15

ani înainte de 1926, M. M. a început să abuzeze de alcool, sub toate formele, In mod treptat a început să devină violentă, să lovească pe soţul ei preot, să-şi piardă critica, dedându-se la lucruri cari frizau morala publică, până când la un moment dat, tabloul clinic a luat aspectul unei excitaţii maniacale.

Examenul lichidului cefalo-rachidian, complect negativ.

Tensiunea 30 (Claude), limfocite 1—2 pe mmc. Reacţia M. K. R. negativă; ureea sanghină 0.38 0/00.

Examenul neurologic: Tremur al degetelor mâinilor.

Reflexele osteo-tendinoase conservate bilateral, reflexele rotuliene, uşor mărite. Pupilele egale, cu reflexul la lumină leneş. Nimic din partea motilităţii şi sensibilităţii.

Tabloul psihic, caracteristic de excitaţie maniacală: fugă de idei, fugă umorală, cântă, vorbeşte obscenităţi, cere de băut şi vorbeşte continuu.

Porecleşte pe toţi din jurul său, cu denumiri hazlii, are falşe recunoaşteri, iar atenţia nu es poate menţine, ea povestindu-ne fără şir, diverse evenimente importante din viaţa sa. Activitatea dezordonată, gesturi obscene, umblă fără rost, svârle lucrurile în jur şi uneori loveşte pe celelalte paciente. In urma tratamentului de dezintoxicare şi cu stricnină, pacienta se ameliorează simţitor, aşa încât la 22 Mai, este liberată în complectă stare de vindecare. La 27 Mai, este readusă de soţul său într'o nouă criză de agitaţie, comunicându-ni-se că de îndată ce a ajuns acasă, a început să bea cantităţi mari de alcool. La 21 Iunie, este din nou în complectă stare de luciditate, liniştită şi comunicativă. Celelalte două internări precedente, prezintă o stare clinică cu totul asemănătoare cu aceasta, de fiecare dată nefiind internată mai mult de 2—3 luni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este evident că, dat fiind primul ei acces, care apare după vârsta de 55 ani, alcoolul a jucat rolul unei cauze ocazionale în apariţia psihozei sale, care în realitate nu este decât o exagerare a, constituţiei ciclotimice, formula psihologică a pacientei.

FENOMENELE SCHIZOIDE ŞI PARANOIDE ALCOOLICE.

Am arătat în capitolul precedent că alcoolismul cronic poate să dea naştere între alte psihoze şi fenomenelor schizoide. Lucrul acesta a fost citat de diverşi autori, totuşi nu s'a insistat prea mult asupra lor.

In anul 1913, *prof. Obregia,* într'un memoriu prezentat la al II-lea Congres Medical ţinut la Bucureşti, a arătat că în cursul alcoolismului cronic apare deseori sindromul parakinetic.

Mayer crede că alcoolismul cronic poate îmbrăţişa forma majorităţii psihozelor. Astfel el constată, în cele mai multe cazuri de alcoolism cronic observate, o lipsă de afectivitate foarte distinctă.

Pe lângă acest fenomen, autorul descrie simptome catatonice foarte însemnate, apoi inactivitate, negativism, parakinezii, sterotipii, etc. Terminarea acestor cazuri, (17) observate de *Mayer,* a fost variată: schizofrenie, dementă tipică, etc.

Schröder publică deasemenea cazuri de alcoolism cronic, însă autorul crede că aceste cazuri, fac mai curând parte din schizofrenie.

Chotzen, după o observaţie de zece ani, asupra a trei din cazurile sale de alcoolism, constată o adevărată schizofrenie catatonică, iar două din ele, nu le poate scoate de sub influenţa alcoolismului. In concluzie, el admite o asociaţie între alcoolism şi schizofrenie.

Goldstein, admite că alcoolismul cronic, poate lua mască asemănătoare schizofreniei.

Păreri contradictorii sunt susţinute de *Diem, Graeter, Bertschinger, Kielholz, Bleuler*, etc. *Bleuler*, cercetând raporturile dintre schizofrenie şi alcoolism, conchide că nu a avut ocazie în cursul alcoolismului cronic, să constate fenomene schizoide; cu toate acestea, nu neagă posibilitatea ca în alte regiuni sau ţări, să existe psihoze alcoolice cu fenomene schizoide.

După cei doi autori, această variabilitate de efecte s'ar datori diferitelor rase şi popoare, precum şi variabilităţii preparatelor alcoolice întrebuinţate.

La noi în ţară alcoolul produce relativ frecvent fenomene schizoide multiple şi variabile ca: parakinezii, catatonie negativism, docilitate, sterotipii, manierisme, bizarerii, indiferentism, inactivitate, inafectivitate, etc.

Fenomenele schizoide, observate în cursul alcoolismului cronic, se împart în trei grupe: fenomene schizoide de ordin motor, afectiv şi voliţional. In ceeace priveşte, patogenia acestor fenomene, este interesant de menţionat că intoxicaţiunile în general pot avea, între multe alte expresii clinice şi pe acela al sindromelor scizoide. In mod logic, este deci probabil că şi intocxicaţiunea alcoolică poate produce leziuni, cari să traducă din punct de vedere simptomatic, fenomenele schizoide cari ne preocupă.

Localizarea acestor leziuni, formează însă un punct destul de obscur. Unul din sindromele fizice şi mintale, cari pot apare după encefalita letargică, este acel al catatoniei. In aceste cazuri s'au găsit leziuni importante în mezencefal, ceeace a făcut pe majoritatea autorilor să considere că leziunile nucleilor opta-striaţi de la baza creerului, ar provoca sindromul clinic al catatoniei.

Probabil deci că în alcoolismul cronic, intoxicaţia să provoace leziuni inflamatorii, cari să-şi găsească exteriorizarea clinică în sindromul catatonic şi în celelalte fenomene schizoide, pe cari le-am întâlnit. Leziunile acestea, pot fi mai mult sau mai puţin pasagere şi deaceea fenomenele schizoide alcoolice prezintă multă variabilitate din punct de vedere clinic.

Prin prisma constituţiunilor mintale, patogenia, fenomenelor schizoide în alcoolism, capătă o interpretare foarte logică. Azi majoritatea autorilor se pare că au admis constituţia schizoidă a lui *Kretschmer (1921)*, asupra căreia a insistat şi *Claude* în 1924. Potrivit acestor teorii, indivizii cu constituţie schizoidă sunt aceia cari vor prezenta fenomenele schizoide clinice, în cursul boalelor mintale, pe cari le vor face, din cauza diferitelor factori infecţioşi şi toxici. Alcoolismul cronic, ar realiza fenomene schizoide numai la persoanele cu constituţia schizoidă.

SINDROMUL PELAGROS.

Ca şi celelalte sindrome de mai sus, sindromul pelagros intervenind ca factor toxic, parazitar sau de carenţă, poate da naştere unor psihoze. Acestea îmbracă forme foarte variate. Cu deosebire frecvente sunt însă confuzia mintală, mania, şi melancolia. Există forme cu fenomene schizoide şi chiar o pseudo-paralizie generală, descrisă de *Warenock*. Mecanismul apariţiei formei clinice, este acela pe care l-am discutat în capitolele precedente. Observaţia noastră, No. X, arată o agravare a unei stări constituţionale, datorită pelagrei. Pacienta a devenit o schizofrenică pură iar condiţiunile acestei deveniri, nu lasă nici o îndoială asupra intervenţiei factorului ocazional în speţă pelagra.

OBSERV. X. — Arată o persoană schizotimică, la care prezenţa unei afecţiuni toxice (pelagra), dă naştere la o exagerare a predispoziţiei schizoide, apoi la o agravare a acestei stări, până la instalarea schizofreniei.

Pacienta S. D. de 32 ani, este adusă în spitalul nostru pentru prima oară, la 19 Iulie 1934, pentru turburări mintale.

Ant. heredo-colaterale şi personale, arată părinţii morţi, tatăl de o afecţiune cardiacă, mama de una pulmonară. O soră cu debilitate mintală. Neagă maladiile infecto-contagioase. Nu a putut învăţa decât trei clase primare; menstruată la 17 ani, era în ultimul timp cu ritm neregulat iar de douătrei luni a încetat complect. In general nervoasă, irascibilă; nu se izola, avea prietene şi aprecia societatea.

Digitized by Centrul Național de Informare și Documentare în Medicină

Constituţie fizică: 1.67 m. înălţime; greutatea 50 kgr., raportul dintre înălţime şi greutate, arătând o constituţie astenică, care deşi nu este pură, are multe elemente în vederile lui **Kretschmer.** Variaţia greutăţii este în funcţie de odihnă şi alimentaţie, astfel că după cinci luni de internare, a putut ajunge la 60 kgr. excedent de greutate, pe care l-a pierdut în cele trei luni următoare, ajungând la 52.700 kgr. (pierderea datorită unei stări de agitaţie). Cu 10 ani înainte, a început să prezinte fenomene de pelagră, cu eritem al feţei mâinilor şi picioarelor, fenomene gastro-intestinale, diaree şi astenie. In acelaşi timp, a apărut o stare de interiorizare, cu stări paraxiotice, caracterizate prin impulsiuni, dromomanie şi idei de persecuţie. In decursul acestor ani, concomitent cu exacerbarea pelagrei, în fiecare primăvară, se reedidau fenomenele schizoide cari însă, nefiind prea acute, nu necesitau internarea. In ultimii doi ani, fenomenele schizoide, au dat un tablou clinic clasic de schizofrenie, manifestat prin autism, bizarerii şi râs explozibil, total pe un fond de totală indiferenţă faţă de mediu. La internare, reacţiile sângelui şi lichidului cefalo-rachidian complect negative. Menstruele neregulate, puţin abundente şi dureroase. Eritem pelagros pe faţă, pe mâini şi în treimea inferioară a gambelor. Nimic din punct de vedere gastro-intestinal. Examenul neurologic, nu arată ceva anormal. La examenul psihic este tăcută, răspunde greu la întrebări, execută încet ordinele. Docilă, cuviincioasă, orientată în timp şi spaţiu, râs explosiv şi spontan. In general indiferentă, izolată, nu discută cu nimeni. Intrebată ce face, răspunde că nu ştie.

— „Sunt popă?"

— „Da".

— „Ce case sunt astea?"

— „Primărie".
— „Unde este mai bine? Aici sau acasă?"
— „Este bine şi aci, dar e mai bine acasă".
— „Ce-ai să faci acasă, dacă te duci?"
— „Voi spoi: este treabă destulă".

Uneori vorbirea ei este în şoaptă, răspunzând prin „nu ştiu". Alteori, nu răspunde. Pacienta în general trece o evoluţie lentă, fără nici un simptom, supra adăogat îngrăşându-se, fiind indiferentă şi ducând o viaţă vegetativă. Până la finele lui Noembrie, câştigă 11 kgr. De la începutul anului 1935, începe să piară din greutate, iar în Martie începe o stare de agitaţie cu impulsiuni, stereotepii; pacienta ajunge la 52 kgr. In Aprilie, pacienta reia tabloul clinic al unei schizofrenii, formă simplă pe care îl păstrează până la evacuarea într'un azil.

PARALIZIA GENERALĂ ŞI SIFILISUL.

Paralizia generală prezintă şi ea forme clinice variate. Deoarece însă paralizia generală prezintă un agent cauzal cunoscut ca şi leziuni anatomo-patologice bine definite, prin prisma acestei boli se poate observa mai bine ca oriunde, rolul important pe care îl poate juca existenţa unei stări constituţionale morbide, în producerea formei clinice de psihoză respectivă, a sindromului paralitic. *C. Radovici*, în teza sa asupra aspectului maniacal în sifilisul nervos, arată că: *„evoluţia sifilisului sistemului nervos central şi formele clinice pe care le ia, sunt în legătură strânsă cu constituţia înăscută a pacientului"*.

Acelaşi autor se întreabă mai departe „pentruce numai unii dintre bolnavi, se prezintă cu această formă? (cu sindrom maniacal). In producerea sa se pare că are un rol important, dacă nu principal, constituţia înăscută a bolnavului, sifilisul neavând decât un rol secundar, în declanşarea acestui sindrom.

Observaţia noastră se referă la o bolnavă de paralizie generală, care după remisiune rămâne cu un sindrom paranoic tipic, şi care de altfel înainte de boală prezenta o netă constituţie paranoică.

Asupra fenomenelor paranoide în paralizia generală, *prof. Obregia* a insistat sub numele de „paranoia metaparalitică" încă de acum mulţi ani. Ulterior s'au făcut sub direcţia sa cu acest subiect mai multe teze. In ultimul timp chestiunea s'a complicat prin tratamentul cu malarie. O parte din autori, dintre cari *Vermeylen, Claude, Léroy* şi *Médacovitsch*, au atribuit apariţia acestor simptome paranoice, malariei. Rămâne în stadiul actual al cunoştinţelor noastre, întrebarea: cui sunt datorite, aceste fenomene, cari existau la unii bolnavi şi înaintea malario-terapiei? In ceeace ne priveşte, putem afirma că starea constituţională joacă şi ea un rol aici, şi nu de cea mai mică importanţă.

Fenomenele schizoide sunt şi ele frecvente, în cursul paraliziei generale. In literatura medicală, găsim observaţii de acest fel cu fenomene de catatonie, negativism, stupoare, bizarerii, descrise de *Nonne, Westfall* şi *Jahrmärker, Raymond* şi *Sérieux, Dupré,*

Maillard şi *le Maux, Kraëpelin, Willmans* şi *Ranke, Tausig, Obregia,* şi *Urechia, Dimolescu Alfred* şi *Constantinescu Seb., Wolenberg, Näcke, Urechia* şi *Ruşdea, Obregia* şi *Dimolescu. Rédalié* a arătat după cum citează *T. P. Ionescu,* că mai poate interveni aci şi complexul hereditar, în legătură cu cauze externe. *T. P. Ionescu,* în teza sa spune că: *„astfel noi credem că alcoolul ca factor exogen şi constituţia mintală ca factor hereditar, pot interveni în declanşarea acestei faze. Aceşti factori intervin cu titlu de cauze favorizante, rămânând bine stabilit că toxina sifilitică este factorul primordial al producerei acestei faze".*

OBSERV. XI. — Constituţia paranoică, asupra căruia sifilisul nervos acţionând ca o cauză ocazională, determină ecloziunea unui delir paranoic.

Pacienta V. B. de 37 ani, este internată în anul 1934, pentru idei delirante de acuzaţie şi de interpretare. Căsătorită la 19 ani, a avut un avort spontan. Cu patru luni înainte de internare, şi-a modificat caracterul, prezentând dureri de cap, insomnie, irascibilitate. Acuză rudele că vor s'o otrăvească şi spune că vin hoţii s'o omoare.

Măritată în 1915, a divorţat în 1927, pe motiv că soţul său e străin de dânsa şi că întrebuinţează banii casei, ca să-şi ajute cumnaţii. A avut în 1915, o zestre de 400.000 lei. A fost totdeauna o fire voluntară. A făcut tot timpul combinaţii financiare cu bănci şi cu un domn, pe care l'a trimis în străinătate ca să studieze, rămânând ca ea să-şi administreze averea. Din descrierea faptelor mărunte ale vieţii sale, reese cu prisosinţă că e vorba de o constituţie paranoică. Nu mai insistăm asupra acestui punct spre a evita lungimile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La examenul organic găsim: menstruaţia rezultată, uşoară pareză facială dreaptă; pupila dreaptă mai mare ca cea stângă, cu reacţii încetinite.

Reflexul rotulian drept exigent; stângul abolit.

Reflexele achiliene, normale.

Reacţiile lichidului cefalo-rachidian.

Pandy + +.

Nonne Apelt + +.

Guillain 22100. M. K. R. negativă.

Tensiunea lichidului cefalo-rachidian 30 (Claude).

Examenul psihic: La internare se prezintă logoreică cu idei delirante de acuzaţie, concentrate contra surorei sale care o persecuta. Pretinde că i se bate în uşă, în geamuri, în acoperişi şi că i se pune otravă în mâncare, fapte pentru cari a reclamat autorităţilor. Memoria prezentă şi retrogradă, bună. Calculul bun. Afectivitatea deviată în sensul ideilor sale delirante. Nu îşi iubeşte familia, care a internat-o spre a-i lua averea. In urma tratamentului cu Dmelcos (8 accese), este liberată la 23 Dec. 1934, mult ameliorată.

Revine la 20 Martie 1935, cu reapariţia fenomenelor psihice: delir marital concentrat asupra unui colonel. Ea a refuzat cererea lui în căsătorie şi drept răsbunare, el a intervenit spre a fi internată din nou.

OBSERV. XII. — Pacientul I. M., de 34 ani, plugar, se internează în clinica II-a chirurgicală a D-lui Prof. Amza-Jianu, în luna Februarie 1936, pentru o afecţiune chirurgicală.

Antecedente heredo-colaterale, nu a putut fi stabilite.

Antecedentele personale, arată rugeolă în copilărie, sifilis contractat la 21 ani, pentru care a făcut un tratament neregulat. Insurat, are 3 copii sănătoşi. Soţia sa a avut avorturi dar nu ştim precis câte. Uzează de mult de alcool. Temperament timid, conştiincios, în activitatea sa, emotiv, liniştit. Nu a avut niciodată turburări de ordin psihopatic.

Istoric: La începutul lui Martie, a fost operat pentru o afecţiune gastrică. Preparativele în vederea acestei operaţiuni cari constau în spălături stomacale, l-au impresionat mult. Aştepta cu mare teamă dimineaţa, operaţia de introducere a tubului în stomac. In timpul celor zece zile, cât au durat aceste preparative, nu s'a manifestat nici-o turburare psihică. La câteva zile după operaţie, pacientul a devenit neliniştit şi nu mai dormea, ca până atunci. Aceste fenomene au început să se exagereze, adăugându-se mici crize de anxietate. A încercat să se arunce pe fereastră. In cele trei zile următoare era confuz şi încerca să-şi smulgă pansamentul. După un tratament cu sedative, pacientul se calmează, starea de obnubilare a scăzut mult, anxietatea deasemenea, încât stând de vorbă cu el, ne-a declarat că „s'a speriat de operaţie şi de tubul de cauciuc ce i se băga pe gât".

La ex. neurologic, se constată inegalitatea pupilară, tremurături ale degetelor, sero-reacţia Wassermann în sânge, intens pozitivă, (deşi aceeaşi reacţiune, era negativă înainte de operaţie). Prezintă aspect clinic de sifilis nervos, deşi în lipsa analizei lichidului cefalo-rachidian, nu putem preciza dacă este vorba şi de o encefalită sifilitică.

Este vorba în această observaţie, de un individ, cu un temperament emotiv, care constitue cauza determinantă şi la care sifilisul, joacă rol de cauză predispozantă iar şocul operator, (cauză ocazională), determină apariţia unei stări, confuzive, cu agitaţie şi anxietate, de alt fel pasagere. Acelaş şoc operator, a putut da şi o agravare a sifilisului său, în sensul unei isbucniri de natură nervoasă.

MECANISM PATOGENIC.

Şocurile în general, indiferent dacă sunt infecţioase, toxice sau psihice, nu au rolul decât a scoate în evidenţă, o stare patologică latentă. Astfel constituţia ciclotimică, paranoică, ca şi celelalte constituţiuni se agravează, transformându-se într'o psihoză. Nu vom mai insista asupra acestor lucruri, întrucât studiul lor l-am făcut în capitolele precedente.

Ceeace este sigur, este că mai participă la aceste perturbaţiuni şi sistemul glandelor endocrine, sistemul vegetativ precum şi turburări bio-chimice. Dintre toate stările constituţionale, cea care pune în evidenţă mai bine, turburările de mai sus, este constituţia hiperemotivă, care poate duce la o stare de psihonevroză emotivă sau la manii şi melancolii acute.

Astfel *Canon*, descrie în stările emoţionale, o ridicare a glicemiei, adrenalinemie şi o mărire consecutivă a tensiunii arteriale; toate aceste modificări, având un caracter trecător. Sunt totuşi nevroze, cari prezintă unele modificări biochimice permanente. Astfel *Jankowska*, găseşte într'un caz de anxietate permanentă,

cifre ridicate de Clor şi Sodiu urinar, ca şi volumul orar, etc. Tot *Jankowska,* în colaborare cu *Baruk,* au semnalat în schizofrenie, modificări asemănătoare cu cele găsite în stările emoţionale, lucru care aruncă o nouă lumină asupra chestiunei emotivităţii şi afectivităţii în schizofrenie. Autorii sus citaţi, găsesc modificări biochimice, dintre cari cele mai constante, sunt: mărirea pH. urinar, a volumului orar, a Clorului şi Natriului total, iar uneori şi mărirea Calciului şi Amoniacului.

Montassut şi *Delaville* au constatat o alcalinitate sanghină precum şi o modificare a raportului K/ca la bolnavii cu emotivitate manifestă.

Sistemul glandular endocrin, ia o parte activă în procesul emotiv, în special prin glanda tiroidă, al cărei însemnat i-a atras denumirea de glandă a emotivităţei. Rolul ei se manifestă, prin modificarea metabolismului bazal în stările de excitaţie sau depresiune, prin participarea ei directă la fenomenul de glicemie sau glicozurie ca şi în cazurile de psihoze afective. (Basedow postemotiv).

Capsulele suprarenale, produc un exces de adrenalinemie în raport cu emotivitatea *(Canon).*

I. L. Fetterman, citând experienţele lui *Foerster,* arată că aceasta a reprodus experimental accese de manie şi de somnolenţă, operând cu anestezie locală în regiunea diencefalului. El ajunge la concluzia că, partea antero-inferioară a celui de al III-lea ventricul este o regiune de excitaţie ideativă, în timp ce partea postero-superioară a aceluiaş ventricul precum şi aqueductul lui Sylvius, este regiunea calmului, stupoarei şi încetinirei ideaţiei. S'ar putea admite că aceşti centrii, au o labilitate anumită, în unele cazuri ceeace ar putea explica reacţiunile psihopatice ale constituţionalilor, acestea cu atât mai mult, cu cât se ştie că la nivelul diencefalului, emoţiunile devin fiziologice.

Precizarea modificărilor biochimice şi endocrine, în astfel de psihopatii şi psiohze ar putea arunca o lumină nouă auspra mecanismului de producere al turburărilor psihice studiate până acum.

Este de netăgăduit că acestea nu sunt decât rezultatul unor turburări organice de origină toxică, infecţioase etc., cari apar sau dispar odată cu cauza determinantă.

CONCLUZII.

In concluzie, putem afirma că o stare constituţională, î-şi manifestă caracterele nu numai când e vorba de o boală constituţională, cum ar fi acelea cari corespund stărilor constituţionale. In acest caz mania şi melancolia sau paranoia şi schizofrenia, nu sunt decât o exagerare a unor stări latente, prin intervenţia unor factori ocazionali sau determinanţi, având un rol nociv.

Mai mult însă stările constituţionale imprimă chiar bolilor cu caracter accidental, simptomele lor proprii, dând astfel naştere unor forme clinice cari nu sunt în realitate decât manifestările constituţiunilor respective.

Societatea de Psihiatrie din Romania

Astfel un sifilis la un constituțional paranoid ia aspectul unui delir paranoid, iar la un ciclotimic o formă clinică maniacală sau melancolică.

De asemenea psihozele puerperale de ex. prezintă un tablou clinic în legătură cu constituția psihică a persoanei bolnave.

In consecință, formele clinice ale boalelor mintale cauzate de factori accidentali (sifilis, infecțiuni diverse, alcool, pelagră, emoție, etc.), nu sunt întâmplătoare ci depind de constituțiunea morbidă anterioară a individului.

Acest lucru merită să fie semnalat, dacă ne gândim că putem avea o cunoaștere mai amănunțită a boalei și un tratament profilactic mai eficace, prin studiul constituției individului, ceeace nu e puțin, dat fiind reducerea mijloacelor de luptă de care dispunem astăzi în medicina mintală.

BIBLIOGRAFIE

Avacovici Stanislav: Fenomenele schizoide în cursul alcoolismului cronic, Teză 1924. București. — *Alexander*: (Bruxelles) Constitutions et psycho-thérapie l'Encéphale 1932, p. 734. — *Bernaix A.*: Contrib. à l'étude de la const. physique dans la démence précoce, Thèse Lyon 1932. — *Bumke O.*: Handbuch der Geisteskrankenheiten Ed. Springer, Berlin 1928. — *Canon B.*: Les émotions fortes et leur influence sur l'organisme 5 conférences, l'Encéphale 1930, p. 308. — *Codet H.*: Les émotions et les impressionables. Leur psychophisiologie. T. II, 1931, Maloine. Paris — *Claude H.* et *Borel A.*: Schizoidie constitutionnelle Soc. Medico-Psych. Avril. 1932. — *Claude H. et Robin*: Considerations sur les constitutions schizoide et paranoïaque, L'Encephale Nr. 8 1932. — *Claude H. et Robin*: Démence précoce, schizomanie et schizophrénie, L'Enceph. 1924. — *Cramer*: Delirium tremens. Eulenburgs, Real Enzykl p. 703, 908. — *Codet H. et M-lle M. Badonnel* Psychoses puerpérales, Le journ. med. franc. T. XII, Mai 1934. — *Claude et Baruk*: Syphilis cérébrale et hébéphreno-catatonic. Ann. med. psich. Nr. 1, 1929. — *Courbon P.*: De la constitution psychopatique à la psychose, l'Enceph. p. 330, 1932. — *Courbon et Tusques*: (Paris) La dynamique et la statique des constitutions, l'Encep. p. 733, 1932. — *Corman L.*; La constitution physique des P. G. 1. vol. Doin 1932. — *Dimolescu Alf.*: Constituție, caracter, temperament, 1 vol. 931 B. *Dimolcscu Alf.*: Patologia eului și a personalității. Rev. de Filozofie Nr. 4, 1928. — *Dimolescu Alf.*: Constituțiile mintale. Rev. Șt. Med. Nr. P, 1929. — *Dupré E.*: La constitution émotive. Paris medical Oct 1911. — *Dupré E.*: La constitution émotive. Soc. reuniss de Neur. ef de Psych. 1909. — *Dupré E.*: La mythomanie, Bull. Méd. 1925. — *Dumas G*: Traité de psychologie. Paris 1923. — *Demetrescu Traian*: Psychozele post-partum cu manifestări schizoide, Teză, Buc. 1925. — *Del Greco*: Studiul cauzelor ocazionale, în apariția foliei. Encefalul, 1932, p. 535. — *Fourcault*: Nouvelle classification des tempéraments. Paris 1840.— *Fischer I.*: Alcoolismul și Psichoza periodică. Teză 1932. Buc. — *Iankowska*: Contrib. à l'étude des modific. biochimiques au cours des émotions. L'encephale, Mars, 1931. — *Kahn E.*: Konstitution, Erbbiologie und Psychiatrie. Zeitschrift für die gesamte Neur. Psich. 1922. — *Kretschmer E.*: Korperbaum und Karacter, Springer Berlin, 1921. — *Kretschmer E.*: Das Konstitutions-Problem. Klin. Wochensch. Nr. 12, 1922. — *Levy Valensi I.*: Précis de Psychiatrie, Paris. Ed. Maloine, 1920. — *Magnan V.*: Les dégénérés, Paris 1895. — *Maurice de Fleury:* La cyclothimie dédoublée. L'Enceph. p. 245, 1928.— *M. Fay* (Paris): L'importance des constitutions dans la psychiatrie infantile, l'Enceph. 1932, p. 733. — *Montesano* (Roma): Constituție, caracter, temperament în psichiatrie, Encef. 1932, pag. 532.— *Marinescu Gh.*: Problema constituțiunilor în școala italiană. Ac. Română, Mai 1931. — *Montassut:* Neurasthénie et diathèse alcaline. Neur. et oxalémie. Emotivité, potassium et calcium plasmatiques. L'Enceph. p. 467, 1930. — *Minkowka F.*: Constitution epileptoide. Annales Med. Psich 1923. Juillet — *Neuberger L.* (Paris): Trebuesc admise constituțiile schizoidă și epileptoidă? Encef. p. 733, 1932.— *Obregia:* Parakinezii alcoolice, comunicare la Congresul Medical 1931. — *Obregia Al.* și *Tomescu P.*: Fenomenele schizoide în cursul alcoolismului cronic. Bull. et Mem. de la Soc. Méd. de Bucarest. Dec. 1924. — *Obregia Al., Tomescu P.* et *Dimolescu V.*: Le rôle psychogène des traumatismes affectifs. Les psychoses émotionnelles

Bull. Soc Psych. No. 2, 1936. — *Obregia* şi *Dimolescu Al.*: Existenţa unei faze schizoide în unele paralizii generale. Comunic. Congresul de Psih. din Cernăuţi, Sept. 1929. — *Parhon C.*: Curs de endocrinologie 1933. — *Pascal Constance*: Chagrins d'amour et psychoses, 1 vol. Ed. Doin, 1935, Paris. — *Paulian D.*: Constituţiile morfologice, Conferinţe ţinute la Iustitutul de Higenă din Bucureşti în cadrul Cursurilor de specializare a medicilor în Higenă Socială, 1930. — *Pellacani*: Valoarea constituţiilor hereditare în psychopatologie. Riv. di freniatria, Mai 1925. — *Riva E.*: Nosolog. dela paranoia Rel. XIV Cong. dela Soc. frenatria ital. 1913. — *Tomescu P.*: Contribuţiuni la studiul stărilor emotive din punct de vedere psiho-fiziologic. Rev. Ştiinţelor Medicale, Aprilie 1930. — *Tomescu P.*: Sindromul de catatonie în cursul boalelor mintale, Bucureşti 1923. Teză de Docenţă. — *Toulouse*: Les causes de la folie, Paris 1896.— *Urechia C.*: Les psychoses réactionnelles, l'Encept. No 8, 1931. — *Urechia C.*: Lucrările laboratorului şi clinicei boalelor mintale «Demenţa precoce şi alcoolismul. Cazuri dubioase. Psihoze periodice şi alcoolism», 1 vol Buc. 1919.

ALEX. DIMOLESCU: *Sur le mécanisme de détérmination des formes cliniques dans quelques psychopathies et psychoses.* — Le rôle des constitutions mentales.

En concluant, nous pouvons affirmer qu'un état constitutionel manifeste ses caractères non seulement quand il s'agit d'une maladie constitutionnelle qui coresponderait aux états constitutioneles.

Dans ce cas la manie et la mélancolie ou la paranoïa et la schizophrènie, ne sont qu'une exagération de quelques états latents dus à l'intervention des facteurs occasionnels ou détérminants qui ont un rôle nocif; — d'autant plus les états constitutionnels impriment de même aux maladies avec un caractère accidentel leurs propres symptômes, donnant lieu à des formes cliniques qui ne sont en realité que la manifestation des constitutions respectives.

Ainsi une syphilis chez un constitutionel paranoïd prend l'aspect d'un délire paranoïde, tandis que chez un ciclotimique il prend l'aspect clinique maniacal ou melancolique

De même les psychoses puerpérales p. ex. présentent un tableau clinique en liaison avec la constitution psychique du malade.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Comme conséquence les formes cliniques des maladies mentales dues aux facteurs accidentels (syphilis, diverses infections, pelagra, émotions etc.) ne sont pas occasionnelles mais dependent de la constitution antérieure de l'individu.

Ce fait mérite d'être signalé en pensant que nous pouvons avoir une connaissance plus profonde de la maladie et un traitement prophylactique plus efficace par l'étude de la constitution individuelle, ce qui n'est pas peu, étant donnée la réduction des moyens de lutte dont la médecine mentale dispose aujourd'hui.

ALEX. DIMOLESCU: *Über den Mechanismus der Bestimmung der klinischen Formen in einigen Psychopathien und Psychosen. Die Rolle der constitutionellen Zustände.*

In Zusammenfassung können wir sagen dass ein constitutioneller Zustand seine Eigenschaften ausdrückt nicht nur wenn es sich um eine constitutionelle Krankheit handelt, wie zum Beispiel die jenigen die einem constitutionellen Zustande entsprechen.

In diesen Fällen sind die Manie und die Melancolie wie die Paranoia und Schisophrenie nur eine Übertreiubung eines latenten Zustandes durch die Intervention occasioneller oder bestimmenden Ursachen die eine schädliche Rolle haben.

Die constitutionellen Zustände merken noch mehr den Krankheiten mit zufälligen Character ihre eigenen Symptome und verursachen auf dieser Weise clinische Formen die in Wirklichkeit nur die Ausdrucksweise der betreffenden Constitution sind. So zum Beispiel, nimmt ein Lues bei einem constitutionellen Paranoid die Form eines paranoiden Delirs und bei einem Ciclotimischer eine klinische maniacale oder melankolische Form.

Auch bieten die puerperalen Phsychosen ein klinisches Bild in Zusammenhang mit der pshychischen Constitution des Kranken.

Also sind die klinischen Formen der von einem zufälligen Faktor verursachten Gehirnkrankheiten, (Lues, verschiedene Infektionnen, Alcool, Pelagra, Emotion etc.) nicht zufällig sondern hängen von der flüheren krankhaften Konstitution des Individuums ab.

Das verdient hervorgehoben zu werden, wenn wir daran denken dass wir eine genauere Kenntniss der Krankheit und eine wirkende prophylaktische Behandlung haben können durch das Studium der Konstitution des Individuums bei den wenigen Kämpfmitteln über denen die heutige Gehirnmedizin verfügt.

VACCINAREA ANTITUBERCULOASĂ CU B. C. G. IN PLASA SANITARĂ „MODEL", BREASTA-DOLJ

de

D-r GHITEA IOSIF
Medic igienist de plasă.

Dela înfiinţarea plăşii în luna Iulie a anului 1933, primul gând al nostru a fost vaccinaţiunea preventivă a tuturor copiilor noi născuţi contra tuberculozei în centrele unde activează surori de ocrotire.

Astfel încă dela 1 Octombrie 1933 — când s'au început primele vaccinaţiuni cu B. C. G. — şi până la 1 Ianuarie 1937 s'au făcut aceste vaccinări de către persoane bine instruite: surorile de ocrotire, cari au supraveghiat şi urmărit la domiciliu pe toţi copiii pe baza fişelor familiare şi a fişelor de vaccinaţiune.

Fişele familiare sunt complectate în urma unei anchete şi cuprind starea familiei atât din punct de vedere economic, sanitar cât şi social. Toate modificările întâmplate în cursul acestor observaţiuni sunt trecute în aceste fişe precum şi constatările făcute cu ocazia vizitelor periodice în familii de către surori de ocrotire în legătură cu desvoltarea şi creşterea copiilor precum şi accidentele morbide ale persoanelor luate în evidenţă.

Fişa de vaccinaţiune este acea tipărită de Institutul de Seruri şi Vaccinuri „D-r I. Cantacuzino" şi a fost complectată la copiii vaccinaţi din următoarele comune: Breasta, Negoeşti, Podari, Livezi, Işalniţa, Mihăiţa şi Sărbătoarea. In aceste două comune din urmă vaccinaţiunea cu B. C. G. s'a început abia în vara anului 1936.

Modul de administrare a vaccinului.

Vaccinul B. C. G. obţinut dela Insitutul de Seruri şi Vaccinuri „Dr. I. Cantacuzino" se administrează atât la primovaccinare, cât şi la revaccinare (la 1 an şi la 3 ani după naştere) pe cale bucală în trei doze „à jeun" la interval de două zile. Primovaccinarea se face în primele zece zile după naştere.

Conform instrucţiunilor date şi programului stabilit dinainte, surorile de ocrotire urmau a vaccina toţi copiii noi născuţi din comunele arătate afară de contra indicaţiuni, refuz ori alte cauze neprevăzute. Am considerat contraindicaţi la vaccinare pe cei cu debilitate congenitală, prematuri, cu malformaţiuni sau cu alte boli grave.

Am scos din acest studiu copiii, cari nu au fost vaccinaţi complect precum şi pe acei, cari deşi au primit toate dozele de vaccin ultima doză li s'a administrat după a zecea zi post partum.

Cu toate dispoziţiunile luate, în practică au intervenit piedeci, cari au făcut imposibil de a executa vaccinaţiunea cu B. C. G. a tuturor copiilor.

Astfel; mulţi copii de ţigani nomazi au plecat din localitate la scurt interval după naştere, într'un număr însemnat de cazuri declararea la primărie a cazului de naştere s'a făcut cu întârzieri, cari mergeau dela câteva zile la câteva luni. Alte ori în urma plecării în concediu a sorei de ocrotire, vaccinările au fost suspendate şi în fine aceste vaccinări n'au putut fi executate din cauza lipsei de vaccin.

Vaccinările cu B. C. G. s'au făcut îndeosebi şi în primul rând în familiile tuberculoase şi au fost executate exclusiv de surorile de ocrotire. Scoaterea copilului nou născut din focarul tuberculos imediat după naştere nu s'a putut realiza în nici-unul din cazuri.

Supravegherea şi observaţia desvoltării copiilor de către sora de ocrotire se face pe bază de fişe cu ocazia vizitelor la domiciliu. Afară de cazurile unde familia se arată neascultătoare, vizitele se fac cu aceeaşi frecvenţă la familiile cu copii nevaccinaţi caşi la cei vaccinaţi.

Mortalitatea generală la copiii vaccinaţi şi nevaccinaţi.

Pentru a evita greşeala ce se face trecând în calcularea mortalităţii copiilor din studiile asemănătoare, a cazurilor de moarte datorite cauzelor, cari au impus tocmai contra indicaţia la vaccinarea cu B. C. G. (cum sunt: debilii congenitali, prematurii, anormali, monştri, etc.); socotim vârsta de 0—2 luni complect neglijabilă din consideraţiunile, cari vor fi descrise mai jos.

In lucrarea de faţă tabelele referitor la rezultatul observaţiunilor făcute printre copiii vaccinaţi şi nevaccinaţi au fost întocmite conform propunerii D-lui D-r P. Râmneanţu în lucrarea sa: „Rezultatul vaccinării cu B. C. G. în Plasa Sanitară Model Gilău" din Buletinul eugenic şi biopolitic volumul VI, numărul 4, 5 şi 6.

Eliminarea din calcul a copiilor fie vaccinaţi ori nevaccinaţi, însă mai mici de două luni, este justificată prin faptul, că acei cari au fost contra indicaţi la vaccinare în acest răstimp mor în marea majoritate a cazurilor şi astfel evităm a încărca mortalitatea copiilor nevaccinaţi prin decesul celor contra indicaţi la vaccinare.

In afară de aceasta prin neglijarea vârstei de 0—2 luni se mai scot din calcul morţile datorite tetanosului, asupra căruia vaccinul nu are nici-o influenţă. Şi înfine prin eliminarea din calcul a copiilor sub vârsta de două luni se scoate din apreciere asupra vaccinului tocmai faza negativă de instalare a acestei imunităţi, care după cum se ştie din publicaţiile mai multor cercetători necesită un timp de 6—8 săptămâni dela data vaccinării până la stabilirea ei. Prin urmare nici efectul vaccinării nu poate fi apreciat înainte de acest termen, deoarece numai grupul copiilor la cari s'a instalat imunitatea, poate fi comparat cu grupul martorilor, cărora nu li s'a administrat vaccinul.

Aceste consideraţiuni făcute trecem la: *Studiul mortalităţii comparate între copii vaccinaţi şi cei nevaccinaţi cu B. C. G.*

Repartizarea copiilor observaţi de noi ne arată că numărul vaccinaţilor cu B. C. G. este 531 adecă 2/3 din totalul de 828 copii urmăriţi.

Din 531 copii vaccinaţi mor 61 sau 11,49%, iar
din 257 copii nevaccinaţi mor 40 adecă 13,47%.

Prin urmare dela prima vedere se constată o deosebire de mortalitate între cele două grupe de copii urmăriţi.

Dacă cercetăm mortalitatea copiilor din cele două categorii pe grupe de vârstă; observăm că copiii nevaccinaţi mor în proporţie mai mare la aproape toate grupurile de vârstă după cum arată şi tabloul referitor la:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TABELA Nr. 1.

VARSTA	Copii vaccinaţi					Copii nevaccinaţi				
	Total	In viaţă		Morţi		Total	In viaţă		Morţi	
		Nr.	%	Nr.	%		Nr.	%	Nr.	%
3—5 luni	44	27	61,36	17	38,64	26	10	38,46	16	61,54
6— 8 »	50	39	78,00	11	22,00	31	25	80,46	6	19,54
9—11 »	68	57	83,82	11	16,18	33	27	81,82	6	18,18
12-14 »	44	35	79,55	9	20,45	34	32	94,12	2	5,88
15—17 »	53	48	90,56	5	9,44	9	9	100,00	—	0
18-20 »	43	40	93,02	3	6,98	12	9	75,00	3	25,00
21—23 »	46	44	95,65	2	4,35	21	18	85,71	3	14,29
24—26 »	42	42	100,00	—	0	23	22	95,66	1	4,34
27—29 »	25	23	92,00	2	8,00	27	25	92,59	2	7,41
30—32 »	31	30	96,77	1	3,23	20	20	100,00	—	0
33—35 »	23	23	100,00	—	0	19	19	1*0,00	—	0
36—38 »	34	34	100,00	—	0	20	19	95,00	1	5,00
39—41 »	19	19	100,00	—	0	17	17	100,00	—	0
42—44 »	9	9	100,00	—	0	5	5	100,00	—	0
Total	531	470	88,51	61	11,49	297	257	86,53	40	13,47

Copii în vieaţă şi morţi vaccinaţi şi nevaccinaţi pe grupe de vârstă.

Din acest tablou reese mult mai evident diferenţa de comportare a celor două categorii de copii, la grupa de vârstă 2—4 luni înregistrând o mortalitate mult mai ridicată (aproape dublă) la copii nevaccinaţi (61,54%) faţă de cei vaccinaţi (38,64%).

Pentru a avea cifre comparabile cu cele obţinute în Plasa Model Gilău, facem calculul comparativ al mortalităţii infantile la copii vaccinnaţi şi nevaccinaţi pe baza *Tabelelor de viaţă* după metoda descrisă de D-l D-r P. Râmneanţu în lucrarea citată.

In acest calcul se raportează mortalitatea copiilor de o anumită vârstă la 100 copii rămaşi în viaţă şi de aceaşi vârstă cu decedaţii.

Astfel am întocmit cele două Tabele în cari sunt cuprinşi de o parte copiii rămaşi în viaţă a căror vârstă e socotită pe data de 1 Martie 1937, iar de altă parte copiii morţi la vârsta pe care au avut-o în ziua decesului. Fiecare din aceste grupe de vârstă s'au repartizat pe două coloane deosebite după cum copiii consideraţi au primit sau nu vaccinul. Cifrele acestor două Tabele sunt cuprinse şi în Tabela anterioară.

Tabela de viaţă pe baza căreia se calculează mortalitatea copiilor fie vaccinaţi ori nevaccinaţi cuprinde 8 coloane dupăcum urmează :

In coloana 1 se găsesc intervalele de vârstă grupate din 3 în 3 luni. In coloana 2 este trecut numărul copiilor cari sunt în viaţă şi la 1 Martie 1937 au împlinit vârsta cuprinsă în grupa corespunzătoare din coloana 1. Coloana 3 cuprinde numărul copiilor morţi după vârsta pe care au avut-o în ziua decesului. Coloana 4 adică a supravieţuitorilor (1x) cuprinde în grupa de vârstă 3—5 luni numărul copiilor dela începutul intervalului de vârstă, adecă totalul copiilor vaccinaţi (531), iar în grupa de vârstă următoare 6—8 luni din coloana 4. 1x = 487, adică cu numărul copiilor din intervalul de vârstă anterior minus numărul copiilor, cari la 1 Martie 1937 încă n'au ajuns la vârsta de 6—8 luni, minus cei cari au decedat înainte de a ajunge la această vârstă.

Adică 1x + 1 = 1x — (Wx + dx) în care,

Wx reprezintă numărul copiilor rămaşi în viaţă, iar

dx reprezintă numărul copiilor morţi de aceiaşi vârstă.

Lx din coloana 7 (509) cuprinde cifra medie de copii vii din cursul unui interval, adică populaţia staţionară.

Obţinem această medie luând jumătatea sumei (media arit-

metică) cifrelor 1x din acelaş interval de vârstă şi 1x din rândul corespunzător intervalului de vârstă următor: $\left(\frac{531+487}{2}\right)$

Mx 1000 din coloana 8 reprezintă forţa mortalităţii pentru un anumit interval de vârstă. Pentru calcularea mortalităţii copiilor dela 1 Octombrie 1933 până la 1 Martie 1937 (pe un trimestru) am adunat valoriile din coloana 7 şi cu cifra obţinută am împărţit numărul total al celor morţi multiplicat cu 1000 obţinând cifra de 20, 28. Mortalitatea anuală este deci 81,12 la mie.

TABELA Nr. 2.

INTERVALUL DE VARSTA IN LUNI	Cifre crude		Tabelă de viaţă construiiă pe baza cifrelor crude				
	Numărul copiilor la ultima observaţie		No. copiilor vii la începutul intervalului	Nr. copiilor rămaşi în viaţă	Nr. copiilor morţi în cursul intervalului	Populaţia în cursul intervalului	Mortalitatea la 100
x la x + 1	vii	morţi	l x	W x	d x	L x	m x 1000
1	2	3	4	5	6	7	8
3— 5	27	17	531	27	17	509,0	33,40
6— 8	39	11	487	39	11	462,0	23,81
9—11	57	11	437	57	11	403,0	27,30
12—14	35	9	369	35	9	347,0	25,94
15—17	48	5	325	48	5	298,5	16,75
18—20	40	3	272	40	3	250,5	11,98
21—23	44	2	229	44	2	206,0	9,71
24—26	42	—	183	42	—	162,0	0 0
27—29	23	2	141	23	2	128,5	15,95
30—32	30	1	116	30	1	100,5	9,95
33—35	23	—	85	23	—	73,5	0,0
36—38	34	—	62	34	—	45,0	0,0
39—41	19	—	28	19	—	18,5	0,0
42—44	9	—	9	9	—	4,5	0,0
Total	470	61	--	470	61	3000,8	20,28

Mortalitatea (m × 1000) copiilor vaccinaţi.

Atât în acest Tablou cât şi în grafica următoare se vede, că forţa mortalităţii este în proporţie inversă cu vârsta şi că cea mai mare mortalitate se înregistrează în primul an printre copiii vaccinaţi.

Tabela de viaţă construită după aceleaşi norme pentru copiii nevaccinaţi, ne arată, că din totalul de 257 copiii nevaccinaţi, însă supravegheaţi în aceleaşi condiţiuni caşi cei vaccinaţi, sunt 40 morţi adică o mortalitate trimestrială de 22,15 la 1000, ceace revine pe baza anuală la 88,60 la mie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TABELA Nr. 3.

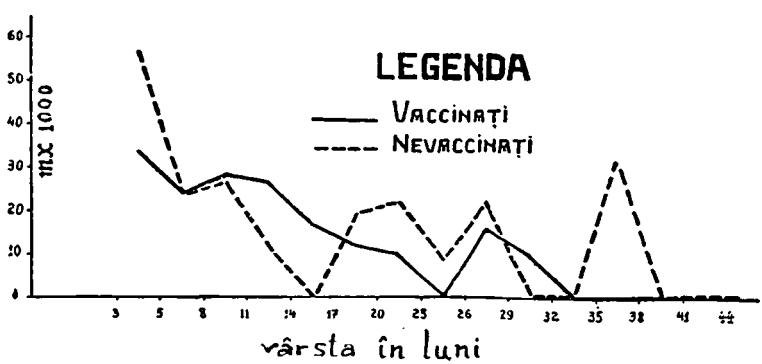
INTERVALUL DE VARSTA IN LUNI	Cifre crude		Tabelă de viaţă construită pe baza cifrelor crude				
	Numărul copiilor la ultima observaţie		No. copiilor vii la începutul intervalului	Nr. copiilor rămaşi în viaţă	Nr. copiilor morţi în cursul intervalului	Populaţia în cursul intervalului	Mortalitatea la 1000
x la x + 1	vii	morti	l x	W x	d x	L x	m x 1000
1	2	3	4	5	6	7	8
3 — 5	10	16	297	10	16	284,0	56,34
6 — 8	25	6	271	25	6	255,5	23'48
9 —11	27	6	240	27	6	223,5	26,85
12—14	32	2	207	32	2	190,0	10,53
15—17	9	—	173	9	—	168,5	0,0
18—20	9	3	164	9	3	158,0	18,99
21—23	18	3	152	18	3	141,0	21,20
24—26	22	1	131	22	1	119,5	8,37
27—29	25	2	108	25	2	94,5	21,16
30—32	20	—	81	20	—	71,0	0,0
33—35	19	—	61	19	—	51,5	0,0
36—38	19	1	42	19	1	32,0	31,25
39—41	17	—	22	17	—	13,5	0,0
42—44	5	—	5	5	—	2,5	0,0
Total	257	40		257	40	1805,5	22,15

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mortalitatea (m × 1000) copiilor nevaccinaţi.

Comparând această Tabelă cu cea anterioară referitor la copiii vaccinaţi, găsim că pentru intervalul de vârstă 3—5 luni forţa mortalităţii la copiii nevaccinaţi este de două ori mai mare decât la cei vaccinaţi.

Grafica următoare reprezintă mortalitatea (Mx) la copiii vaccinaţi şi nevaccinaţi notând pe abcissă intervalele de vârstă, iar pe ordonată numărul cazurilor de moarte corespunzător fiecărui interval de vârstă calculat la 1000 copii vaccinaţi ori nevaccinaţi.



Pe această grafică mai mult decât în Tabelele anterioare se scoate în evidenţă diferenţa de mortalitate între copiii nevaccinaţi şi vaccinaţi, curba celor dintâi prezentând un nivel mai ridicat decât a celor din urmă.

Dacă aplicăm forţa mortalităţii dela copiii nevaccinaţi la populaţia vaccinată, aşa cum a făcut şi D-l D-r P. Râmneanţu în lucrarea citată, obţinem Tabela 4 prin care găsim numărul teoretic al decedaţilor printre vaccinaţi dacă această vaccinare nu ar fi avut loc. Prin acest calcul în loc de 61 morţi din totalul de 531 vaccinaţi ar fi murit 69 copii, cu alte cuvinte prin vaccinare cu B. C. G. s'a salvat viaţa la 8 copii.

TABELA Nr. 4

Interval de vârstă în luni	Copii vaccinaţi	Morţi dela nevaccinaţi	Nr. morţilor calculat
X — la X + 1	L X	M X 100	—
1	2	3	4
2 — 4	509,0	56,34	28,68
5 — 7	462,0	23,48	10,85
8 —10	403,0	26,85	10,82
11—13	347,0	10,53	3,66
14—16	298,5	0,0	0,0
17—19	250,5	18,99	4,76
20—22	206,0	21,20	4,37
23—25	162,0	8,37	1,36
26—28	128,5	21,16	2,72
29—31	100,5	0,0	0,0
32—34	73,5	0,0	0,0
35—37	45,0	31,25	1,41
38—41	18,5	0,0	0,0
41—43	4,5	0,0	0,0
Total:	—	—	68,63

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste valori ale mortalităţii copiilor vaccinaţi şi nevaccinaţi din Plasa Dolj comparate cu acele din Plasa Sanitară Model Gilău; ne dă o diferenţă în sens divergent şi anume în Plasa Gilău forţa mortalităţii între copiii vaccinaţi (15,99 la mie) e mult inferioară aceleia din Plasa Dolj (20,28 la mie), iar mortalitatea copiilor nevaccinaţi din Plasa Gilău este mult mai ridicată (27,77 la mie) decât aceea din Plasa Model Dolj (22,15 la mie).

Acest fapt denotă un efect mult mai evident şi salutar al aplicării vaccinului B. C. G. în Plasa Gilău decât în Plasa Model Dolj.

Pentru a da o explicaţie acestei deosebiri în ceeace priveşte rezultatul vaccinării antituberculoase şi a continua comparaţia între cele două centre de Plasă Sanitară; vom studia condiţiunile economico-igienice după cum urmează:

Repartizarea copiilor din Plasa Model Dolj după starea economico-igienică ne dă o proporţie de 6,64% bună, 63,53% mij-

locie şi 29,83% rea, iar mortalitatea copiilor în aceste medii diferite este aceiaşi indiferent de ambianţa igienico-economică astfel cum se poate vedea în Tabloul următor:

TABELA Nr. 5

Vârsta Copiilor	Total	NUMĂRUL COPIILOR							
		Total		Bună		Mijlocie		Rea	
		Vii	Morţi	Vii	Morţi	Vii	Morţi	Vii	Morţi
3—44 luni	828	727	101	48	7	463	63	216	31
%	100	87,80	12,20	87,27	12,73	88,02	11,98	87,45	12,55

Este semnificativă observaţia noastră că fie în familie cu stare bună igienică şi economică, fie în familii cu stare economică şi igienică rea, forţa mortalităţii este aceeaşi în jurul cifrei de 12%. In Plasa Sanitară Gilău mortalitatea copiilor în mediul familiar cu stare economică şi igienică rea este mult mai mare (18,8%), decât în acela cu stare economică bună (12,8%), sau mijlocie (11,5%).

Repartizând copiii vaccinaţi şi nevaccinaţi în raport cu starea economico-igienică a mediului familiar în care se găseşte obţinem.

TABELA Nr. 6

Nr. total al copiilor	STAREA ECONOMICO-IGIENICĂ														
	Bună					Mijlocie					Rea				
	Nr.	Vaccinaţi		Nevaccin.		Nr.	Vaccinaţi		Nevaccin.		Nr.	Vaccinaţi		Nevaccin.	
		Cifre	%	Cifre	%		Cifre	%	Cifre	%		Cifre	%	Cifre	%
828	55	36	65,45	19	34,55	526	325	61,79	201	38,21	247	170	68,83	77	31,17

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In acest Tablou se vede, că procentul mai mare al nevaccinărilor se înregistrează în mediul cu starea economico-igienică mijlocie, iar procentul nevaccinărilor în ambianţa rea igienico-economică este cel mai mic, ceace înseamnă, că surorile de ocrotire au reuşit să administreze vaccinul mai bine în mediul sărac şi cu stare igienică insuficientă, decât în familiile bogate şi mai curate.

Din cele expuse până aici, reese, că starea economico-igienică a mediului în care copilul creşte, nu influenţează întru nimic desvoltarea şi mortalitatea copiilor din acele familii, de oarece procentul de mortalitate în oricare din familii luate din punct de vedere economic şi igienic se menţine în jurul aceleiaşi cifre de 12%.

Ţinând seama, că comunele din întreaga Plasă, deci şi comunele în cari activează surorile de ocrotire pe lângă o infecţie însemnată tuberculoasă a locuitorilor, aceştea sunt atinşi în număr mare de pelagră, boală care chiar dacă nu este aparentă la toţi membrii familiei, totuşi întreţine o stare de carenţă alimentară în urma căreia organismul dispune de posibilităţi mai puţine de a-

părare naturală contra infecţiilor. Şi această carenţă alimentară este datorită alimentaţiei unilaterale şi insuficiente chiar şi în familii cu stare economică mai bună. Este uşor de înţeles, că mama cu o carenţă alimentară va da naştere şi va nutri un copil cu acelaş deficit, care-l pune în stare de inferioritate vitală în urma scăderii puterii de reacţie a organismului său aşa cum a arătat în mod experimental L'Oelrichs în Zeitschrift für Hygiene T.CXVII fasc. 5 din Decembrie 1935 p. 684 în lucrarea: „Studii experimentare asupra rezistenţei la infecţiuni a animalelor în stare de avitaminoză".

Autorul demonstrează prin experienţe la animale, că avitaminoza şi carenţa alimentară creiază un teren mai puţin rezistent infecţiunilor şi că evoluţia boalei — determinată de o infecţie experimentală — pe un asemenea teren deficitar este mai rapid şi mai frecvent mortal, decât în organisme normal alimentate. In plus autorul a mai dovedit prin experienţele făcute, că nici imunizările vaccinale nu sunt urmate de succes în asemenea condiţiuni şi pe teren carenţat, deoarece starea de imunitate nu se stabileşte la animalele supuse unui regim de carenţă alimentară oricare ar fi vitamina, care lipseşte din hrana animalului.

Faptul, că în Plasa Sanitară Dolj alimentaţia unilaterală şi insuficientă se întâlneşte în toate mediile dela ţară, fie că sunt bine bine situaţi din punct de vedere economic ori nu, şi că procentul de mortalitate a copiilor mici nu este deosebită dela o familie la alta; ne îndreptăţeşte a presupune, că rezistenţa atât de mică la infecţiunile mortale printre copiii vaccinaţi în această Plasă să fie datorită unei carenţe alimentare concomitent cu o scădere a reacţiei umorale la copiii din acest mediu. Rămâne de stabilit în ce grad influenţează regimul alimentar din această regiune scăderea de rezistenţă faţă de infecţiuni în general şi dacă această scădere are loc în urma unui regim calitativ insuficient în alimente.

Cu toate, că nu am observat o diferenţă prea mare între mortalitatea copiilor vaccinaţi şi cei nevaccinaţi; în urma activităţii preventive în Plasă mortalitatea infantilă a scăzut în mod simţitor. Astfel din totalul născuţilor în cei 5 ani anteriori 7653 s'au înregistrat 1384 morţi sub 1 an, adecă o mortalitate infantilă medie de 18,1 iar din numărul total al născuţilor în Plasa Model Dolj pe 3 ani 2465 s'au înregistrat 757 morţi sub 1 an, adică o mortalitate infantilă de 16,27%.

Acţiunea specifică a vaccinului B. C. G.

Influenţa specifică a vaccinului B. C. G. este mai evidentă atunci când considerăm numai copiii din familii tuberculoase. Aceşti copii expuşi la tuberculoză mor în 50% a cazurilor dacă nu sunt vaccinaţi şi trăesc în mediu familiar cu tuberculoză deschisă, pe când dintre copii vaccinaţi mor numai 10% dintre cei expuşi infecţiilor tuberculoase. Aceasta se vede şi în Tabloul următor:

Biblioteca Universităţii „Ion Ionescu de la Brad" din Iaşi ROMANIA

TABELA Nr. 7.

Felul T. B. C. la persoanele de contact	Vaccinaţi				Nevaccinaţi			
	In viaţă		Decedaţi		In viaţă		Decedaţi	
	No.	%	No. 0	%	Nr.	%	Nr.	%
Deschisă	16	3,4	2	3,3	1	0'4	1	2,5
Inchisă	17	3,6	1	1,6	10	3,9	—	0
Total	33	7	3	4,9	11	4,3	1	2,5

Repartizarea copiilor vaccinaţi şi nevaccinaţi vii şi morţi în mediu bacilifer.

Dacă privim însă mortalitatea copiilor vaccinaţi şi nevaccinaţi din Plasa Model Dolj după cauzele de deces; vedem, că printre copiii nevaccinaţi avem un mort prin tuberculoză pulmonară, iar printre cei vaccinaţi un mort de tuberculoză osoasă.

TABELA Nr 8.

CAUZA	VACCINAŢI					NEVACCINAŢI				
	Total	2—6 luni	7—12 luni	1—2 ani	2 ani în sus	Total	2—6 luni	7—12 luni	1—2 ani	2 ani în sus
Debilitate congestională	3	3				7	7			
Distrofie	—					1	1			
Gastroenterită	18	2	9	7		15	7	3	3	2
Broncho-pleumonie	20	11	8	1		11	4	4	2	1
Eredo sifilis	2	2				2	1		1	
Varicelă	1		1							
Epilepsie	3	3								
Dizenterie	1			1						
Scarlatină	1			1						
Rugeolă	1			1						
Difterie	1			1						
Tusă convulsivă	6	1	2	2	1	2	1			1
Exemă stafilococică	1		1							
Rachitism	1				1	1			1	
Meningită cerebro-spinală	1	1								
T. B. C. osoasă	1				1					
T. B. C. pulmonară	1					1			1	
Total	61	23	21	14	3	40	21	7	8	4

Copii vaccinaţi şi nevaccinaţi morţi după cauze pe grupe de vârstă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Infecţia tuberculoasă a copilului vaccinat a putut avea loc imediat după naştere, deoarece copilul n'a putut fi izolat din mediul familiar tuberculos nici cel puţin pe timpul stabilirii imunităţii vaccinale.

Concluziuni.

1. Vaccinaţiunea cu B. C. G. a noilor născuţi din familii tuberculoase conferă o rezistenţă faţă de infecţiunile mortale în general, deoarece cazurile de moarte printre acestea (10%) sunt mult mai puţin numeroase decât la nevaccinaţi din acelaş mediu bacilar (50%).

2. Mortalitatea prin tuberculoză a copiilor vaccinaţi faţă de cei nevaccinaţi nu se poate aprecia decât în cazul când copiii de ambele categorii ar fi scoşi din mediul bacilifer cel puţin 2 luni după naştere.

3. Se constată şi o acţiune nespecifică a vaccinului B. C. G. faţă de infecţiunile netuberculoase printr'o mortalitate generală mai mare printre copiii nevacinaţi (88,60 la mie) faţă de mortalitatea celor vaccinaţi (81,12 la mie).

4. Efectul protector al vaccinului cu B. C. G. faţă de infecţiuni mortale în genere este mult mai redus în Plasa Model Dolj, decât în Plasa Model Gilău probabil din cauza unui deficit alimentar, care ar întreţine o lipsă de reacţiune generală a organismului faţă de orice infecţiune.

I. GHITEA: *La vaccination antitubérculeuse par le B.C.G. dans l'arrondissement sanitaire „Model" Breasta-Dolj.*

1) La vaccination avec B.C.G. des nouveaux nés dans les familles tubérculeuses confère une résistance contre les infections mortelles en général, les cas mortels sont plus réduits parmi ceux-çi (10%) que chez les nonvaccinés du même milieu baccilaire (50%).

2) La mortalité due à la tuberculose des enfants vaccinés en comparaison des nonvaccinés ne peut pas être appréciée que dans le cas si on isolait les enfants des deux cathégories du milieu bacilifère au moins deux mois après la naissance.

3) On constate une action qui n'est pas spécifique du vaccin B.C.G. contre les infections qui ne sont pas tubérculoses, par une mortalité générale plus grande parmi les enfants qui ne sont pas vaccinés (88,60‰) en comparaison avec la mortalité des enfants vaccinés (81, 12‰).

4) L'eftet protécteur du vaccin B.C.G contre les infections mortelles en général est plus réduit dans l'arrondisement «Model» Dolj que dans l'arrondisement «Model» Gilău, du probablement à une insuffisance alimentaire,—qui entretient un manque de réaction générale contre toute sorte d'infection.

I. GHITEA: *Die antituberkulöse Impfung mit B.C.G. in den sanitären Bezirk „Model" Breasta-Dolj.*

TEORIA ENDOCRINĂ A PELAGREI

de

D-r IOSIF LEONIDA

Medic circ. Poseşti-Prahova

1. Introducere. **Vitamine şi hormoni. 2. Teoria eclectică a D-lui Prof. Molloff. Discuţiunea cazurilor clinice şi consideraţiuni critice. 3. Teoria gastrogenă a D-lui D-r Flinker. Obiecţiuni. 4. Sindromul lui Korbsch. 5. Cazuri personale: a) Turburările ciclului menstrual sunt constante în pelagră. Efectul miraculos al opoterapiei ovarice. Pelagra este mult mai frecventă la sexul femenin (81,3 %). Intervenţia probabilă a hipofizei la sexul masculin; b) Frecvenţa pelagrei este mult mai mare începând cu epoca pubertăţii (92,4 %). Fotosensibilitate. Importanţa etiologică a sifilisului; c) Ceva despre ereditate. 6.** Concluziuni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. Privită dintr'un punct de vedere social, pelagra este o boală curioasă. Nu atât prin suferinţele fizice sau prin turburările mintale sau starea de cachexie, la care duce fatal pelagra, cât mai ales prin faptul că este unica boală, care împinge pe ţărani la sinucidere. Credinţa religioasă face ca ţăranul să suporte cu mult stoicism orice suferinţă fizică; de multe ori nu consultă medicul de cât *în extremis*. Pentru sifilis, pentru tuberculoză, pentru cancer nu se omoară ţăranul, pentru pelagră se omoară. Şi sunt destul de frecvente cazurile de sinucidere a pelagroşilor.

Aceasta ar justifica deci interesul cuvenit acestei boli sociale.

Un alt motiv care face ca pelagra să capete un interes social este importanţa care se atribue *mizeriei materiale* a ţăranului în etiologia pelagrei. Această mizerie materială ar fi în primul rând responsabilă de o alimentaţie insuficientă, atât din punct de vedere cantitativ, cât şi calitativ.

Considerând că pelagra se iveşte exclusiv în populaţia rurală şi mai ales la cei săraci, s'a susţinut — şi se susţine încă — că în alimentaţia ţăranului lipseşte ceva, lipseşte un „*quid*" antipelagros.

In general, aceasta ar fi teoria carenţei a pelagrei.

Ulterior s'a căutat să se determine chimic acest *quid*. Din acest moment oamenii de ştiinţă au apucat căi diverse: unii au văzut în vitamina B_2 acel factor antipelagros,[1]) alţii în anumiţi amino-acizi (triptofan, lizină, histidină)[2]), alţii în substanţe chimice de o compoziţie mai simplă (Fe, K).

Tabloul elementelor chimice al lui Mendelejeff este mare şi poate în viitor să mai sugereze ideia de a cerceta care element chimic lipseşte în alimentaţia ţăranului pelagros.

Toate aceste teorii, cari văd într'o carenţă oarecare etiologia pelagrei, nu ne lămuresc câtuşi de puţin, de ce într'o familie, în care toţi membrii au acelaş regim alimentar, se îmbolnăveşte numai o persoană, rar două, de pelagră.

Deci, alimentaţia unilaterală, monotonă, a ţăranului, carenţa, nu explică etiologia pelagrei. Alţi factori trebue să intervină pentru ca cineva să se îmbolnăvească de pelagră, *factori endogeni*, adică constituţionali predisponenţi.

Intr'un articol precedent[3]), am arătat că alimentaţia unilaterală, monotonă, datorită mizeriei materiale a ţăranului, nu este o condiţie *sine qua non*. Am descris chiar un caz de pelagră la un pacient cu o stare materială înfloritoare şi cu o alimentaţie cât se poate de variată, fără nici o carenţă.

In acest articol nu pot să insist asupra teoriei carenţei în general şi a avitaminozei în special a pelagrei[4]). Doresc, însă, să discut o altă orientare a cercetărilor în chestia pelagrei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

---

1) După d-l D-r Robert Flinker, pelagra ar avea o patogenie analoagă cu anemia pernicioasă (teoria gastrogenă a pelagrei, v. mai jos). Alţi autori, însă (Hitzenberger) aplică anemiei pernicioase Biermer concepţia avitaminozei B_2 a pelagrei. Se susţine că s'ar fi obţinut bune rezultate în anemia pernicioasă cu vitamina B_2. Cu toată analogia existentă între aceste două boli ele rămân totuşi două entităţi nosografice distincte. Vitamina B_2, însă, a pierdut caracterul specific pentru pelagră, de vreme ce poate fi administrată cu succes şi în alte stări patologice.

2) Carenţa acestor amino-acizi, a fost invocată şi pentru patogenia ulcerului gastro-duodenal, cu consecinţa logică a administrării histidinei în tratamentul acestei boli.—Faptul, că şi în anemia pernicioasă *(Fontès* şi *Thivolle)* s'a invocat carenţa de amino-acizi, nu face de cât să complice chestiunea.

3) Iosif Leonida, Pelagra şi terapia ei, revista «Mişcarea medicală română» No. 7—8, 1936.

Idem, Despre pelagră, revista «Mişcarea medicală română» nr. 11-12, 1935.

4) De curând s'a ajuns să se determine natura chimică a vitaminei B_2. Iată deci un progres real în studiul vitaminelor. Pe de altă parte, însă, endocrinologia, care face progrese pe zi ce trece, se vede azi în situaţia de a studia raporturile existente între vitamine şi hormoni. Se poate astfel constata când o sinergie, când un antagonism între diversele vitamine şi diverşii hormoni. Pentru moment este cam greu să te orientezi în labirintul de fapte, cari rees din studiul experimental al acestor substanţe. Cum scopul medicinei este nu numai de a explica, ci mai ales de a tămădui, cred că nu este indicat să plutim numai în stratosfera teoriilor sau să ne cufundăm numai în studiul detaliilor, uitând că mai avem de făcut ceva şi pentru pelagros: anume de a-i uşura suferinţele, eventual de a-l tămădui.

Vitamina B_2 se găseşte, între altele, şi în drojdia de bere. In America s'au obţinut bune rezultate curative, dar mai ales preventive, în pelagră cu drojdia de bere, de unde concluzia că pelagra este avitaminoza B_2.—Iată însă că ulterior s'a descoperit că foliculina şi substanţe cu compoziţie chimică şi efecte biologice analoage cu foliculina se pot găsi atât în regnul animal, cât şi cel vegetal. *Intre altele s'a găsit foliculină şi în drojdia de bere. (Mavromati, origina hormonului sexual femenin (foliculina),* rev. «M. M. R.» No. 11—12, 1936, pag. 583).

Este vorba de importanţa ce se atribuie, în etiopatogenia pelagrei, turburărilor gastrice.

2. *D-l Prof. W. Molloff*, dela Sofia, *admite că pelagra ar putea fi datorită unei proaste utilizări a vitaminei B_2, fie printr'o insuficienţă funcţională a mucoasei stomacale (achilie, cancer, ulcer, achilie secundară unei afecţiuni intestinale) fie prin lipsa unui factor antipelagros, localizat tot în stomac* (ca şi factorul intrinsec al lui Castle — a cărui absenţă determină anemia pernicioasă Biermer).

In treacăt fie zis *factorul antipernicios al lui Castle*, localizat la început numai la stomac, *a fost găsit şi în intestin şi recent în plămâni* [5]). Cine caută, găseşte, şi nu m'aş mira ca în viitor acest principiu antipernicios să fie găsit şi în alte organe.

Nu vreau să anticipez, criticând teoria d-lui Prof. Molloff, şi să spun că poate şi factorul antipelagros va peregrina, din organ în organ, ca şi factorul antipernicios.

D-l Prof. Molloff nu ne lămureşte însă de ce în marea majoritate a cazurilor de afecţiuni stomacale, fie la oraş, fie la ţară, aceste afecţiuni nu duc la pelagră şi într'un număr relativ mic de cazuri duc la pelagră.

Să presupunem că ar fi just că turburările gastro-intestinale preced ivirei eritemului pelagros.

(Vom vedea mai jos că aceasta nu este just).

Se pune întrebarea: când se prezintă un pacient, care n'a suferit niciodată de pelagră, cu turburări gastro-intestinale, cum facem noi să ştim că aceste turburări sunt premergătoare pelagrei sau nu?

Babeş-Bolyai Cultural University Library Cluj

Şi atunci, o întrebare se pune logic: nu cumva rezultatele bune obţinute cu drojdia de bere sunt datorite foliculinei, conţinută în drojdia de bere, şi nu vitaminei B_2?

Când eu am susţinut, primul, în 1935, că pelagra este un sindrom endocrinopatic, în special de insuficienţă ovariană, nu puteam să prevăd că în drojdia de bere, cu care s'a obţinut bune rezultate în pelagră — studiile ulterioare vor pune în evidenţă prezenţa foliculinei.

Intr'un articol al d-lui *Dr. Nitzulescu (Natura şi rolul vitaminelor în cadrul proceselor metabolice,* rev. «M. M. R.» No. 11—12, 1936, pag. 604, 607). Suntem informaţi că vitamina B_2 ar avea un rol corelat cu corticala suprarenală în rezorbţia digestivă, în fosforizarea zaharurilor şi a sterolilor şi în sinteza din nou a grăsimilor în pereţii intestinali; pare de asemenea să aibă un rol în metabolismul azotat şi poate în al unor minerale (Fe). Lipsa vitaminei B_2 ar produce la animale şi cataractă; pentru pelagra experimentală ar trebui să lipsească nu numai vitamina B_2 ci şi vitamina B_6. (Atenţie! se complică teoria avitaminozei a pelagrei!). In fine, lipsa vitaminei B_2 aduce mărirea suprarenalei. Ce se poate gândi despre aceasta? Ori că vitamina B_2 are un efect inhibitor asupra suprarenalei, care împiedică mărirea acestei glande, ori că mărirea glandei suprarenale reprezintă un mijloc de compensaţie al organismului în lipsa vitaminei B_2. Observăm în plus că în pelagra umană cataracta nu este un repert frecvent şi că, din punct de vedere clinic, nu avem cum să demonstrăm o mărire a glandei suprarenale la pelagroşi. Ar fi desigur îndrăsneţ din partea mea să susţin că studiul rolului vitaminelor în metafismul intermediar, este o ficţiune: trebue să se recunoască însă că întotdeauna va fi ceva incomplect, căci nu se reuşeşte să se intercepteze decât numai anumite etape ale metabolismului intermediar. Slabă nădejde, deasemenea, să ştim vreodată, la om, dacă vitaminele (factori exogeni) excită (sau inhibă) funcţiunea glandelor endocrine (factori endogeni) sau dacă, viceversa, acestea au un rol în captarea, în elaborarea sau—cine ştie? — poate chiar în sintetizarea vitaminelor!

5) Prof. Hitzenberger, dela Viena, citat din rev. «Ars medici» 1937, No. 1, pag. 3.

Cu alte cuvinte : au turburările gastro-intestinale, cari preced ivirei eritemului pelagros, ceva caracteristic?

Din lucrarea d-lui Prof. Molloff nu rezultă aceasta.

Interesante sunt însă cazurile, pe cari d-l Prof. Molloff le citează în articolul D-sale[6]).

Primul caz: o femee de 40 ani, de 7 ani este în menopauză, îmbătrânită prematur. Acuză diferite turburări din partea stomacului pentru cari se pune diagnoza: ulcer gastric. Din 1926 a început să sufere de pelagră. Cu 2 săptămâni înainte de ivirea eritemului pelagros, are diaree, vărsături şi senzaţie de usturime a limbei. In 1927 şi 1928 recidivează pelagra. La examenul sucului gastric se notează o achilie,, care rezistă probei cu histamină. Administrând HCL, se obţine o ameliorare satisfăcătoare

Al doilea caz: o femee de 70 ani, suferind de cancer al stomacului şi de pelagră. Fiind într'o stare de extremă cachexie, sucombă după 5 zile dela intrarea în clinică.

Observăm că amândouă cazurile sunt de sex feminin şi caracterizate, primul caz de o insuficienţă ovariană sau chiar pluriglandulară (menopauză şi senilitate precoce), al doilea caz de o insuficienţă pluriglandulară, constantă în involuţia senilă.

Dacă noi reamintim concluzia din articolele noastre precedente anume, că pelagra este un sindrom endocrinopatic, atunci reese evident că ambele cazuri coroborează mai degrabă teoria endocrină de cât teoria gastrogenă a pelagrei.

Nu ştiu ce raporturi există între HC 1, vitamina B_2 şi factorul antipelagros al d-lui Prof. Molloff. Observăm numai că d-sa tratează pelagra nu cu vitamina B_2, nici cu hipoteticul principiu antipelagros, cum ar fi fost logic după teoria D-sale, ci cu o banală soluţie de acid clorhidric !

Rămâne de văzut dacă această meditaţie clorhidrică ameliorează pelagra, întru cât ameliorează achilia, sau nu cumva are şi un efect psichoterapic!

Acest efect psichoterapic nu trebue neglijat, mai ales dacă ne reamintim de experienţele fiziologului rus Pavlow, care a demonstrat, la câine, că există o secreţie gastrică psihică.

In plus se ştie că centrii nervoşi superiori pot să inhibeze secreţia gastrică şi este uşor de închipuit că tot aşa cum vederea unei mâncări apetisante poate excita secreţia gastrică, tot astfel introducerea unei sonde gastrice poate — fiind ceva destul de neplăcut pentru pacient — să inhibeze, cel puţin la o parte din pelagroşi, şi puţina secreţie gastrică ce un individ o are.

Şi atunci poate că ar trebui să reducem la justele proporţii procentul cel mare de achilie, pe care unii cercetători l'au găsit în pelagră.

In fine, socot interesant să reamintesc că şocurile emoţionale se însoţesc de turburări în activitatea glandelor endocrine şi că de

6) Prof. W. Molloff, la pellagre en tant qu'affection secondaire, Communiqués Knoll pour médecins, 1936, număr jubiliar, pag. 7.

multe ori pelagroşii atribue boala lor — sau agravarea ei — unui şoc emoţional (incendiu, pierderea unui copil, spaimă, etc.). N'ar fi chiar unicul caz când psichicul influenţează fizicul. Preocupări grele, necazuri, pot să agraveze un diabet, o boală a lui Basedow, să determine o colică hepatică, o hemoragie cerebrală, etc. Această chestie cred că ar merita să fie studiată, deoarece intuiţia poporului de multe ori premerge unei descoperiri ştiinţifice.

S'au descris cazuri de pelagră în psihoze maniaco — depresive, interpretate însă ca o consecinţă fie a unor turburări gastro-intestinale mai vechi, fie a unei carenţe de vitamină B_2 din cauza refuzului acestor pacienţi de a se nutri [7]).

Această interpretare, însă, după cum am văzut şi vom mai vedea, este discutabilă.

Până acum am presupus că turburările gastro-intestinale preced ivirei eritemului pelagros.

Stau lucrurile chiar astfel?

O consideraţie de ordin histologic ne face să credem contrariul. Anume: epiteliul care căptuşeşte mucoasa stomacului şi intestinului este un epiteliu cilindric cu un singur strat de celule şi nu poate avea aceiaş rezistenţă la o cauză nocivă ca epiteliul pluristratificat al pielii, care prezintă o modificare histo-biochimică importantă, începând în straturile celulare profunde ale epidermului către cele mai superficiale ale stratului cornos.

Procesele intime histo-biochimice, cari duc la modificările patologice ale pielii în pelagră, nu sunt vizibile, e drept, cu ochiul liber, de cât *după* turburările gastro-intestinale, dar eu înclin a crede că încep odată cu acestea.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Modificările patologice ale pielii au nevoe de un anumit timp pentru a se evidenţia; procesele patologice celulare ale pielii nu pot fi *încă* vizibile cu ochiul liber *atunci când* modificările patologice ale epiteliului mucoasei gastro-intestinale se manifestă cu turburările funcţionale respective. Structura şi funcţiunea diversă a celor două epitelii explică de ce turburările gastro-intestinale preced *(în anamneză. De fapt, numai aparent)* leziunile cutanate.

Până la proba contrarie, simultaneitatea turburărilor gastro-intestinale cu leziunile cutanate mi se pare foarte logică.

Dar dacă turburările gastro-intestinale preced numai aparent ivirea eritemului pelagros, atunci ele pierd cu desăvârşire importanţa patogenică specială, pe care vrea să le-o atribuie d-l Prof. Molloff în sensul unei utilizări proaste a vitaminei B_2, prin insuficienţa funcţională a mucoasei gastrice sau prin lipsa de producţie a unui principiu antipelagros, analog cu factorul intrinsec antipernicios al lui Castle.

Să reţinem deci faptul că *d-l Prof. Molloff* este eclectic în teoria d-sale: *nu acordă o importanţă exclusivă factorului gastric, ci susţine că pelagra ar fi o avitaminoză B_2, însă nu din cauza u-*

7) Else şi H. P. Stuble Teglbjaerg, citaţi din articolul d-lui Prof. Molloff.

nui aport insuficient de vitamină, ci din cauza unei proaste utilizări din partea organismului.

Vitamina B_2 a început să piardă din importanţa ei, care se pretindea oarecum specifică pentru pelagră. De fapt am văzut mai sus că pentru pelagra experimentală este nevoie să lipsească nu numai vitamina B_2, ci şi vitamina B_6.

Să ne rezerve oare viitorul surpriza de a vedea mereu mărindu-se numărul vitaminelor necesare pentru vindecarea pelagrei experimentale?

3. Un pas mai departe face d-l D-r Robert Flinker[8]). Acest autor susţine că *turburarea funcţiunei gastrice este constantă, apare cea dintâi în succesiunea simptomelor pelagrei şi,* întrucât ameliorarea celorlalte simptome, *trebue considerată drept cauza acestora.*

Aceasta ar fi *„teoria gastrogenă a patogeniei pelagrei"*, în care precum vedem, nu se pomeneşte nimic despre vitamine.

Punctul de plecare este paralela pe care d-l D-r R. Flinker o face între anemia pernicioasă Biermer şi pelagra. De o parte stau asemănările între aceste două boli: glosita, achilia gastrică, flora microbiană de bacili coli în stomac, diareea, simptomele spinale, edeme la boala avansată, preedominarea bolii la femei, efectul terapeutic al arsenicului, decursul cu remisiuni de lungă durată şi cu mai multe recidive. De altă parte deosebirile: formula sanguină caracteristică pentru annemia pernicioasă, caracterul endemic şi leziunile cutanate caracteristice pentru pelagră.

Pentru d-l D-r Flinker asemănările atârnă mai greu în balanţă decât deosebirile şi această apreciere (subiectivă, credem noi), îl îndeamnă să aplice la pelagră teoria gastrogenă a anemiei pernicioase.

Este cam curios acest raţionament căci:

1. *Fără examenul sângelui nu se poate diagnostica anemia pernicioasă Biermer,* pe câtă vreme acest examen este de importanţă cu totul secundară pentru pelagră. *Această deosebire esenţială exclude posibilitatea unei analogii reale între aceste două boli.*

2. *Fără leziunile cutanate caracteristice nu se poate diagnostica pelagra. Aceste leziuni imprimă pelagrei fizionomia ei specială pentru care se poate face diagnosticul pelagrei „en jet de vapeur" când leziunile cutanate sunt prezente. Când aceste leziuni lipsesc, simptomele gastro-intestinale şi neuro-psichice se pot interpreta în 1001 de feluri.*

Diferite obiecţiuni am formulat contra teoriei gastrogene a patogeniei pelagrei în articolele mele precedente.

Aşa de exemplu spuneam că pelagra este o boală care interesează întreg organismul şi deci nu este de mirare ca şi chimismul gastric să se resimtă. D-l D-r Flinker[9]) îmi răspunde că nu înţelege de ce în pelagră nu se găsesc schimbări patologice şi la toate

8) Robert Flinker, Patogenia pelagrei, rev. «Mişcarea medicală română» No. 1—2, 1935.

9) Robert Flinker, încă odată: patogenia pelagrei, rev. «Mişcarea medicală română», No. 7—8, 1936.

celelalte organe cu aceeaşi regularitate, la inimă sau la rinichi bunăoară. La care răspund: Turburările fizio-patologice *din timpul* vieţii nu trebuie fatal să se regăsească, la autopsie, localizate în cutare şi cutare organ.

De câte ori anatomo-patologul nu poate găsi nici o cauză macroscopică, şi nici chiar microscopică, care să explice moartea?

Mai spuneam că modificările chimismului gastric, cari oferă dificultăţi de interpretare în afecţiunile proprii ale stomacului, nu pot avea o importanţă capitală pentru diagnosticul pelagrei.

Intr'adevăr acest diagnostic nu se poate stabili în absenţa leziunilor cutanate.

D-l D-r Flinker crede că dificultăţile de interpretare nu pot fi o cauză pentru a nega importanţa acestor modificări ale chimismului gastric pentru patogenia pelagrei. După cele spuse mai sus, reiese că această afirmaţie este cu totul gratuită.

In fine, mai spunem că pelagra fiind o boală aproape exclusiv rurală, cum se face că la oraş afecţiunile gastro-intestinale nu duc la pelagră? La care d-l D-r Flinker recunoaşte că am dreptate, însă îşi exprimă dorinţa de a supune populaţia unei întregi regiuni, cu şi fără pelagroşi, examenului sucului gastric, sperând, se înţelege, de a-şi vedea confirmată teoria.

Argumentul suprem al d-lui D-r Flinker este că ameliorarea funcţiunei gastrice duce în mod constant la ameliorarea celorlalte simptome.

Am văzut mai sus, că d-l Prof. Molloff obţine o ameliorare satisfăcătoare a pelagrei cu acid-clorhidric.

D-l Prof. Haţieganu [10]) insistă asupra administrării timp îndelungat, şi în cantităţi mari, de fier, pe lângă o medicaţie clorhidropeptică, regim alimentar variat şi bogat în vitamine.

Nu cunosc în detaliu tratamentul propus de d-l D-r Flinker pentru ameliorarea funcţiunei gastrice, însă pentru noi *acest tratament nu reprezintă decât un tratament simptomatic în pelagră, care poate fi justificat, dar care nu reprezintă concluzia logică a unei concepţii patogenice bine întemeiată pe argumente ştiinţifice.*

4. Mai înainte de a trece la teoria endocrină a pelagrei, doresc să reamintesc sindromul *„gastritis atrophicans juvenilis"* — descris de Korbsch [11]). Acest autor descrie o stare de cachecsie, care se instalează repede, la persoane tinere de sex femenin, care se diferenţiază de cachexia hipofizară a lui Simmonds şi care la examenul gastroscopic arată o atrofie întinsă la toată mucoasa gastrică. Examenul sucului gastric arată compoziţie chimică normală La Röntgen stomacul apare normal. Ca simptome: anorexie, dureri la epigastru, în cele mai multe cazuri simptome de uşoară insuficienţă ovariană. Eritropoeza normală; în nici un caz nu arată alteraţiuni în sensul anemiei pernicioase Biermer. Turburări psichice lipsesc. Autorul atribuie acest sindrom unui dezechilibru endocrin

10) Cazul d-lui Prof. Hatieganu l'am discutat amplu în articolul «Pelagra şi terapia ei», rev. «Mişcarea Medicală Română», No. 7—8, 1936.

11) Citat din rev. «Ars medici» 1937 No. 1.

şi a obţinut bune rezultate nu numai tratând gastrita, dar şi cu injecţii de foliculină,i nsulină şi larostidină.

Acest sindrom, care se diferenţiază net de pelagră prin faptul că vine numai la persoanele tinerre, prin absenţa turburărilor neuro-psichice şi a leziunilor cutanate ca şi prin rapiditatea cu care se instalează starea cachectică, este interesant întrucât ne dovedeşte că o afecţiune organică a stomacului, — anume atrofia mucoasei stomacale pusă în evidenţă cu examenul gastroscopic — poate fi datorită unui dezechilibru endocrin şi tratată cu succes cu preparate opoterapice.

Prin urmare, chiar admiţând în pelagră o turburare funcţională a mucoasei stomacale, în sensul teoriei gastrogene a d-lui D-r Flinker sau în sensul teoriei eclectice a d-lui Prof. Molloff, sau chiar leziuni de gastrită, precum susţine d-l Prof. Haţieganu, totuşi rămâne posibilitatea ca adevărata patogenie a pelagrei să fie de origină endocrină.

Turburările gastrice îşi pierd, natural, din importanţă, rămânând să constituie un simptom din triada simptomatică a pelagrei: leziuni cutanate, turburări gastro-intestinale, turburări neuropsichice.

Autorii citaţi mai sus au făcut o apropiere între anemia pernicioasă Birmer şi pelagra, atribuind o importanţă primordială turburărilor gastro-intestinale, pe câtă vreme noi am văzut că *numai leziunile cutanate caracteristice permit diagnosticul de pelagră.*

Aceste leziuni cutanate sunt simetrice, se localizează pe părţile descoperite şi sunt expresia unei foto-sensibilităţi, întrucât apar primăvara când începe munca agricolă, ziua se măreşte şi acţiunea razelor solare este de durată mai lungă şi intensitate mai mare — şi dispar către toamnă şi iarnă.

Eritemul pelagros se localizează simetric pe părţile distale ale membrelorr, pe gât şi pe nas. Această simetrie şi această localizare ne reamintesc o altă boală, cu patogenie sigur endocrină: acromegalia, datorită, precum se ştie, unui adenom al hipofizei. Ce conexiuni neuro-hormonale sau ontogenetice or fi existând între aceste părţi ale corpului şi hipofiza, eu nu pot şti. Ori cum paralela între acromegalie şi pelagră, ne sugerează ideia unei patogenii endocrine a pelagrei.

5. Iată câteva cazuri de pelagră din practica mea:

Obs. I. Stana Gh. Şe.... 28 ani, căsătorită, are doi copii heredo-sifilitici. Trăeşte în mare mizerie, locuinţă insalubră, alimentaţia insuficientă cantitativ şi calitativ. **Nici un membru al familiei nu mai suferă de pelagră.** Acuză cefalee intensă, ameţeală, nervozism, epigastralgie. In Iulie 1936 capătă pentru prima dată eritem pelagros. Leziunile cutanate **nu sunt precedate** de diaree, glosită sau alte turburări gastro-intestinale. Se prezintă la consultaţie pe ziua de 24 Septembrie 1936; este amenoreică din Iulie, fără a fi gravidă.

Pe ziua de 24. IX. 1936, îi fac prima injecţie de Progynon B oleosum 10.000 u. s.

Pe ziua de 27. IX. constat că eritemul a dispărut aproape com-

plect, cefaleea a pierdut din intensitate, ca şi ameţeala; nu mai este aşa neliniştită, aşa irascibilă. Ii fac a doua injecţie de Progynon B. oleosum 10.000 u. s.

Pe ziua de 1. X. 1936 se prezintă la dispensar **vindecată de pelagră.**

Acest caz merită să fie discutat.

Avem de aface cu o femee sigur sifilitică. Nu i s'a făcut reacţia Wassermann, însă azi se ştie precis că mama unor copii heredo-sifilitici, este însăşi sifilitică.

Cefaleea intensă, ameţeala şi nervozismul, se pot deasemenea interpreta ca simptome datorite infecţiei sifilitice.

Un alt simtom care prezintă pacienta noastră este o durere la epigastru. Această durere are caracterele durerei în ulcerul gastric: se exacerbează cu alimentaţia, la 1—1½ oră după ingerare, şi mai ales cu alimente greu de digerat, acre, piperate. Se ştie că ulcerul gastric poate avea o etiologie sifilitică, dar în baza experienţei mele pot afirma că la sifilitici netrataţi am găsit *constant* o durere la epigastru, care are caracterele durerii ulcerului şi care dispare cu tratamentul specific. Nu pot preciza dacă este sau nu vorba de ulcer, în lipsa examenului radiologic.

Pacienta noastră este şi amenoreică de două luni jumătate, fără a fi gravidă. Desigur, amenoreea poate avea multe cauze fiziologice (înaintea pubertăţii, în timpul sarcinii şi alăptării, după menopauză) şi patologice. In orice caz patologic este expresia unei insuficienţe ovariene.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Turburările ciclului menstrual le-am găsit constante în pelagră.

Aceste turburări constituie unul din stâlpii pe cari se sprijină teoria endocrină a pelagrei.

Multe efecte produce în organism insuficienţa ovariană. Printre aceste efecte este şi acesta: că organismul devine fotosensibil, — Această fotosensibilitate nu se poate evidenţia decât atunci când organismul este expus radiaţiunilor vizibile şi invizibile ale spectrului solar.

Simptomele nervoase ale pacientei noastre nu sunt caracteristice pentru pelagră; deasemenea durerea la epigastru. Dacă la acestea am fi adăogat şi un examen al sucului gastric, şi am fi găsit o achilie, încă n'am fi putut diagnostica pelagra. *Numai leziunile cutanate ne-au permis acest diagnostic, desvăluindu-ne că organismul pacientei noastre este fotosensibil.*

Că interpretarea noastră este justă se poate vedea după efectul a două injecţii de preparat ovaric, care a vindecat pe pacienta noastră. Va recidiva pelagra? Este posibil, dar nimic nu se opune ca la o nouă recidivă să aplicăm cu acelaş succes opoterapia ovarică.

Rămâne bineînţeles ca această pacientă trebuie să fie tratată şi de infecţia sifilitică şi nu este exclus ca odată cu acest tratament să înlăturăm şi cauza care menţinea insuficienţa ovariană, care la rândul ei determina apariţia eritemului pelagros.

Efectul miraculos al opoterapiei ovarice în pelagră este un argument în plus pentru teoria endocrină a pelagrei.

Eu n'am pretenţia că teoria endocrină explică în mod ştiinţific pelagra. Trebue să recunosc că sunt multe necunoscute încă de rezolvat.

Aşa bunăoară eu nu pot preciza dacă efectul preparatelor-ovarice este un efect substitutiv sau stimulator al funcţiunii ovarului sau acest efect se explică indirect prin intermediul celorlalte glande endocrine (sau numai prin intermediul anumitor părţi ale acestora) sau prin intermediul sistemului nervos vegetativ.

Deasemenea n'aşi putea preciza efectele complexe ale preparatelor ovarice în metabolismul intermediar al pelagrosului. Cine ştie? Poate că preparatele ovarice au efecte bune în pelagră, întrucât ameliorează funcţiunea gastrică, ca în sindromul lui Korbsch?

Şi astfel s'ar putea concilia teoria gastrogenă (Molloff, Flinker) cu teoria endocrină a pelagrei.

Paptul că în drojdia de bere s'a găsit, pe lângă vitamina B_2 şi foliculină, şi deci efectele bune obţinute în pelagră cu drojdia de bere ar fi de atribuit — poate — foliculinei, sugerează ideia că foliculina, — fie aceasta de origină alimentară exogenă sau de origină endogenă — ar putea să aibe un rol în utilizarea vitaminelor B_2 şi B_6 sau poate chiar în sintetizarea lor în organism.

Şi astfel poate şi teoria avitaminozei a pelagrei să conţie un sâmbure de adevăr.

Observaţia clinică ne arată că opoterapia ovarică poate fi de mare folos în pelagră.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un alt argument în favoarea teoriei endocrine este frequenţa mult mai mare a pelagrei la sexul femenin (81,3%). Asupra acestui punct nu mai încape îndoială, toţi autorii sunt de acord.

Este evident că în pelagră trebue să intervină un factor endocrin, căci chiar admiţând teoria gastrogenă a d-lui D-r Flinker sau teoria eclectică a d-lui Prof. Molloff sau teoria avitaminozei, trebue să admitem că sexul femenin prezintă o condiţiune hormonală propice pentru ca diverşii factori invocaţi să poată da pelagra în 81,3% de cazuri.

Dar la sexul masculin?

Aceasta este desigur o întrebare la care trebue răspuns. Cred că studiile viitoare ne vor permite să dăm un răspuns mai precis. Pentru moment pot să reamintesc că şi la bărbat s'a notat, în diferite împrejurări, prezenţa foliculinei şi bazându-ne pe localizarea pelagrei analoagă cu aceea a acromegaliei, putem bănui că hipofiza — acest minunat microlaborator, din care s'a izolat până în prezent nu mai puţin de 12 hormoni şi care intervine deasemenea în metabolismul intermediar, — să aibă un rol patogenic important, dacă nu exclusiv, în pelagră. Recent, Schöller, Dohrn şi Hohlweg au demonstrat că hormonul sexual femenin are un efect remarcabil asupra secreţiei hormonului gonadotrop al hipofizei la sexul masculin. Clauberg, deasemenea, a observat eficacitatea hormonului folicular asupra atrofiei testiculare la şobolani, care în urma acestui tratament îşi recapătă vigoarea sexuală.

De fapt este greu de conceput azi o disfuncţiune endocrină a unei singure glande, care să nu aibă repercusiuni asupra întregului sistem glandular endocrin.

Intr'unul din articolele mele precedente, în care am descris şi 4 cazuri de pelagră la bărbăt, un caz era la un individ în vârstă de 78 ani (deci cu involuţia senilă a sistemului glandular endocrin) 3 cazuri erau copii în vârstă de 5—8 ani, dintre cari 2 sigur heredosifilitici — şi se ştie că foarte frequent heredosifilisul se manifestă cu turburări endocrine —, iar al 3-lea prezintă atât statura cât şi greutatea inferioare celor normale pentru vârsta sa (ceeace ne îndreptăţeşte să credem că a intervenit deasemenea un dezechilibru endocrin.

Obs. II. Elisaveta N. Br. 47 ani. Este o veche sifilitică, are 8 copii toţi heredosifilitici. Suferă de pelagră numai de vreo 3 ani, de când şi menstruaţia vine neregulat, cu mari întârzieri la 3—4 luni odată. Cazul acesta ne arată ce util este a putea urmări ani de zile un pacient. Nu putem îndepărta impresia că infecţia sifilitică are o importanţă capitală pentru etiologia acestui caz.

Această femee a început să sufere de pelagră la 44 ani, odată cu instalarea menopauzei. Este ştiut că această epocă din viaţa femeei este caracterizată de un dezechilibru endocrin, cu punct de plecare genital.

Un alt argument în favoarea teoriei endocrine a pelagrei este frequenţă mult mai mare a pelagrei începând cu epoca pubertăţii (epocă caracterizată chiar normal de un tranzitoriu dezechilibru endocrin). Intr'adevăr dintr'o statistică personală rezultă că până la 15 ani avem 7,6%, dela 15 ani în sus 92,4% cazuri de pelagră. Şi aci este oportun să repet observaţia, care am făcut-o mai sus. De ce tocmai de la epoca pubertăţii în sus avitamineza B_2 şi B_6 şi diferitele turburări gastrice (Flinker, Molloff) ar duce la pelagră? Răspunsul nu este greu de dat: pentru că la această epocă intervine o anumită *situaţie hormonală*, care după explicaţiile de mai sus, ne apare nu ca o condiţiune necesară, ci ca *o condiţiune necesară şi suficientă*, — în acelaş timp pentru a face organismul fotosensibil, adică pelagros latent. Această pelagră latentă devine manifestă primăvara, în prezenţa factorului: lumina solară.

Asupra importanţei acestui factor: lumina solară, nu găsim nici o menţiune atât în teoria eclectică a d-lui Prof. Molloff, cât şi în teoria gastrogenă a d-lui D-r Flinker şi nici chiar în teoria avitaminozei.

Cum se poate pierde din vedere importanţa luminii solare în pelagră? *Acesta este punctul cel mai vulnerabil al teoriilor expuse mai sus (teoria avitaminozei, teoria eclectică a d-lui Prof. Mallacoff, teoria gastrogenă a d-lui D-r. Flinker), asupra căruia îmi place să insist căci este totuşi un lucru indiscutabil şi care nu se poate nega: pelagra are recrudescenţe primăvara şi se atenuiază spontan către sfârşitul toamnei şi numai părţile atinse de razele solare prezintă leziunile cutanate caracteristice.*

Această fotosensibilitate este, după cum rezultă din Obs. I.

de mai sus şi din Obs. II, relatată în articolul meu precedent, un efect al insuficienţei ovariene. Dacă această afirmaţie este justă, atunci opoterapia ovarică trebue să facă să dispară fotosensibitatea şi deci eritemul pelagros. Şi într'adevăr aşa se şi întâmplă.

Chiar dacă pelagroasa îşi continuă munca agricolă obişnuită, şi nu este supusă unui regim alimentar special, opoterapia ovarică (în obs. II am făcut 20 injecţii de Hogival a 1000 u. s., în obs. I în total tot 20.000 u. s., are un efect miraculos. *Şi nu numai asupra eritemului, ci precum ne arată observaţia clinică, asupra întregei simptomatologii clinice a pelagrei.*

In ceeace priveşte etiologia sifilitică a pelagrei, care pare să rezulte din acest caz ca şi din multe altele, ni s'ar putea obiecta ca *„Post hoc, ergo propter hoc"*, este un sofism.

Obs. III. Zinca N. Gr. 42 ani, are doi copii, între cari a avut un avort. Acuză nervozism, ameţeală, cefalee. Suferă de pelagră din 1923, când a fost la munca agricolă în judeţul Ialomiţa. Menstruaţia, atât cât poate să-şi aducă aminte, vine cu întârziere. Turburările gastrice ar preceda pe cele cutanate. Tatăl pacientei a fost alcoolic şi a suferit şi el de pelagră. De asemenea o soră a Zinchii este pelagroasă.

Din anamneza acestui caz relevăm o transmisiune hereditară a pelagrei. Această transmisiune hereditară nu ne explică nimic, ea este numai un fapt constatat uneori în pelagră. Mecanismul transmisiunii hereditare noi nu-l cunoaştem şi nici nu aşteptăm mare lucru dela studiile citologice la microscop asupra structurei cromosomilor, *căci transmisiunea hereditară este un proces care se desvoltă în timp şi care se poate descifra tot atât de puţin la microscop, cât şi destinul în palma omului!*

6. In rezumat putem spune:

Pelagra nu este o boală de carenţă, nu este avitaminoza B_2 sau B_6, nu este o boală datorită mizeriei, nu este o boală datorită unor turburări gastro-intestinale.

Pelagra este un sindrom endocrinopatic, cu o triadă simptomatică: leziuni cutanate, turburări gastro-intestinale şi turburări mintale.

Leziunile cutanate sunt expresia unei fotosensibilităţi, a cărei patogenie este un dezechilibru endocrin. (In special insuficienţă ovariană.

In etiologia dezechilibrului endocrin găsim: alcolismul, sifilisul, moştenit şi câştigat; uneori se constată o transmisiune hereditară.

Frequenţa mult mai mare a pelagrei la sexul femenin (81,3%), frequenţa mult mai mare a pelagrei începând dela vârsta pubertăţii (92,4%) ca şi turburările ciclului menstrual, constante în pelagră, sunt faptele fundamentale cari stau la baza teoriei endocrine a pelagrei.

Efectul miraculos al opoterapiei ovarice coroborează această teorie.

IOSIF LEONIDA: *La théorie endocrinienne de la pellagre.*

L'auteur fait la critique de la théorie du Prof. Molloff, d'après laquelle la pellagre serait due à une avitaminose B_2 par insuffisance fonctionnelle de la muqueuse gastrique; de la théorie gastrogène du Dr. Flinker, d'après laquelle la pellagre aurait une pathogénie semblable à l'anémie pernicieuse Biermer. On démontre l'effet merveilleux de l'opothérapie ovarienne dans la pellagre. La fréquence de la pellagre chez le sexe féminin (81,30|0) et surtout à partir de l'âge de la puberté (92,40|0), les troubles menstruels constants dans la pellagre sont les faits fondamentaux qui sont à la base de la théorie endocrinienne de la pellagre, préconisée par l'auteur. L'étiologie: l'alcoolisme chronique, l'hérédité et la syphilis.

IOSIF LEONIDA: *Die endocrine Theorie der Pellagre.*

Die Pellagra tritt viel öfter beim weiblichen (81,30|0) als beim männlichem (18,70|0) Geschlecht vor. Von der Pubertätszeit an ist ihre Frequenz viel grösser (92,40|0). Ausserdem hat der Verfasser immer bei den pellagrösen Frauen Störungen der Menses gefunden. Mit Eierstockpräparaten hat I. L. schöne Erfolge gehabt. Infolgedessen ist die Pellagra nicht als eine Avitaminose, oder eine Folge irgendwelcher functionellen oder organischen Störungen in Magendarmtraktus (Prof. Molloff, Dr. Flinker) sondern als eine endocrine Störung aufzufassen (beim weiblichen Geschlecht vom Eierstock ausgehend, beim männlichen Geschlächt vieleicht von der Hipophise), als deren Aetiologie der chronische Alcoholismus, die Erblichkeit, und die Lues zu nennen sind.

IOSIF LEONIDA: *La teoria endocrina della pellagra.*

La pellagra avviene molto piùs spesso nelle donne (81,30|0) che negli homini (18,70|0): a comminciare colle epoca della puberta la sua frequenta diventa molto grande. (7,60|0 dei casi fino ai 15 anni; 92,40|0 dei casi dai 15 ani in su). Inoltre l'autore ha trovato sempre dei distubi della mestruazione nelle donne pelagrose. Call'opoterapia ovarica I. L. ha ottenutto risultati molto buoni. L'ipofisi avrebbe forse un'azione patogenica nella pellagra dell'uomo. — L'eziologia dello squilibrio endocriuo sarebbe: la sifilide, l'alcoolismo e l'ereditarietà.

SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR şi AL MUŞCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătăţii

Apreciat de D-nii Medici Neurologi şi Internişti

în cazurile:

Surmenaj intelectual, fizic şi moral. — Anemie. — Convalescenţă. — Extenuare. — Melancolie. — Nevrostenie. — Nervi sensoriali. — Insuficienţă sexuală. — Timiditate. — Tic Nervos, etc., etc.

Marca preparatului

Reconfortant. Reconstituant. Tonic. Aperitiv.

POSOLOGIE: Adulţi: 2—4 linguriţe zilnic înaintea meselor.

FANGOTERAPIA CU NAMOLUL DE TEKIRGHIOL LA CARMEN-SYLVA

de

D-r N. MARINESCU

D-r GH. HOLBAN şi D-r MUNTEANU

Tratamentul cu nămol sau Fangoterapia, îşi are origina în timpurile cele mai vechi. Egiptenii par a fi primi cari au recunoscut importanţa nămolului din Nil, nu numai din punct de vedere economic, dar chiar sanitar şi terapeutic.

Fără a intra în istoricul chestiunei, vom cita doar lucrările făcute la noi de Prof. Bujor, Ing. Saligny şi D-r Georgescu, E. Trandafirescu, Prof. Teohari în colaborare cu Petrescu, Zissu şi Tătăranu, Prof. Gheorghiu, Dona, Climescu şi Slobozeanu, cari au studiat nămolul din punct de vedere chimic şi terapeutic.

http://Biblioteca-Digitala.ro/ Copyright Transylvania University Brasov

* * *

Trecem peste datele de hydrografie, pe cari cititorii le pot găsi, — ca şi alte detalii în raportul prezentat de noi la Congresul de balneologie din Iunie 1937 şi ne oprim asupra *Compoziţiei chimice a apei din lac.* După analizele pe cari le arătăm, apa de lac are o compoziţie cloruro-sodică magnesiană, cu o concentrare destul de puternică.

Azi lacul este complect despărţit de mare şi nu primeşte noui cantităţi de sare; variaţiile în concentraţia sa sunt datorite surselor şi precipitaţiile sau variaţiilor atmosferice.

Pe o vreme liniştită, apa este limpede, cu suprafaţa transparentă, de o culoare galbenă-verzuie, cu un gust amar şi puternic sărat, degajând un miros de anhidridă sulfuroasă.

In adâncime este turbure datorită microorganismelor cari se găsesc în mare cantitate în această regiune. Culoarea este datorită deoparte reflexiei razelor inabsorbabile şi de alta, prezenţei microorganismelor ca „Clamydomonax Dunali" şi Chromatium ekeni Ehrenberg".

Analiza făcută în 1931 de Trandafirescu arată:

Residu la 18°	122,4640
Residiu sulfuroase	144,6740
Densitatea la 15°	10793

Din punct de vedere chimic la 1000 gr. apă se găseşte:

Clorur de sodiu	84,3076 gr.
Clorur de potasiu . . .	2,2434 gr.
Clorur de magnesiu . . .	7,9024 gr.
Sulfat de magnesiu . . .	12,5429 gr.

Din straturile cari constitue lacul, studiate de inginerul Pascu prin sondagii repetate, vom studia numai nămolul.

Nămolul negru este un produs complex, provenind din transformarea bio-chimică a substanţelor minerale şi organice cari se găsesc în lac. Este format de o masă argiloasă, grasă la frecare, amestecată cu puţin nisip fin. La acest element de bază, se adaugă substanţe rezultând din putrefacţia materiilor cari se găsesc în apă (magnesiu, sodiu, potasiu, Calciu) şi alte substanţe chimice (Carbonat de Mg şi Fe, Cl Na, Cl. K, şi Cl_2Mg). In nămol se mai găsesc gaze ca hidrogenul sulfurat, amoniacul şi acid carbonic.

Nămolul are un gust amar şi foarte sărat; reacţie alcalină.

Asupra originei nămolului negru vom cita părerea Prof. Verigo din Odessa, care a demonstrat experimental că este datorit descompunerii substanţelor albuminoide prin trei specii de actinomycete şi patru specii de bacili.

Prof. Bujor crede că nămolul negru dela Tekirghiol s'a format în 2 perioade succesive. In prima resturile de vegetale şi de micro-organisme, altădată foarte numeroase s'au descompus sub influenţa microbilor de putrefacţie; în a doua etapă, aceste materii organice au scăzut şi formarea hidrogenului sulfurat ar fi datorită reducţiei chimice prin micro-organisme şi mai ales prin Microscopora aestuarii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Compoziţia chimică a nămolului după cercetările lui Georgescu este următoarea la 1000 gr. de nămol uscat la 125°.

Clor = sub formă de clorururi . . .	46,56060
Brom = sub formă de bromuri . . .	0,29312
Anhydridă sulfurică	2,15230
Magnesiu	2,9069
Calciu	1,99000
Potasiu	1,2685
Amoniac	2,4516
Siliciu	0,00913
Hidrogen sulfurat liber	1,1700
Acid hummic . . . / Anhidridă fosforică . / $C\ O_2$ liber	Cantităţi mici 12,6222

Puterea radioactivă a nămolului nu a fost încă demonstrată prin metode ştiinţifice. Dona şi noi am arătat doar pe clişee ultrasensibile, puse în prezenţa nămolului, această proprietate.

II

VARIETĂŢILE DE BĂI ŞI TECHNICI DE APLICARE

A. *Băile reci.*

Apa din lac are o concentraţie mai mare în Cl. Na şi este cu 3—5⁰ mai caldă ca apa mării (22⁰—28⁰ K). Se fac fie băi simple fie combinate cu aplicaţii de nămol.

Technica constă în a face zilnic, în plin soare, dimineaţa dela 10—11, o aplicare generală de nămol pe corp.

Se rămâne la soare până ce nămolul se usucă complect şi se face apoi o bae de 10—25 minute, în apa lacului.

Dacă bolnavul transpiră abundent sub nămol se aşteaptă până transpiraţia încetează. După 5—6 băi se recomandă o zi de pauză. Cura complectă este de 20—22 băi; asociate cu helioterapie şi aeroterapie marină, dau rezultate din cele mai frumoase, în special la copii debili, hipotrofici, limfatici sau anemici.

B. *Băi calde cu apa din lac.*

Se prescriu de obiceiu la temperatura de 27⁰—31⁰ R, cu durată de 15—25 minute. Sunt mai uşor suportate decât băile de nămol şi trebuesc prescrise la început pentru obişnuirea bolnavului.

C. *Băi calde de nămol.*

Diferă de precedentele prin prezenţa nămolului. Se prepară homogenisând în apă sărată o cantitate bine dozată de nămol prescrisă de medic, temperatura variază între 26⁰—30⁰ R. In prescrierea temperaturii, trebue să ţinem seama de starea sistemului cardio-vascular, neuro-vegetativ, neuro-psihic şi de vigoarea individului.

Concentraţia nămolului constitue al doilea element important ai băii. Limita de variabilitate a concentraţiei este între 50—80 kgr. de nămol.

Durata băii este iar un element important. Variază între 15'—30' după starea generală a bolnavului şi mai ales după sistemul sau neuropsihic şi vegetativ.

D. *Cataplasmele calde de nămol.*

Constitue un alt mod de tratament. Sunt mai bine suportate de către bolnavii în vârstă sau la cei la cari băile generale de nămol sunt contra-indicate.

Aplicaţiile se fac în regiunea bolnavă, cu nămol supra-încălzit, la o temperatură de 30⁰—34⁰ R, timp de 30—50 minute.

INDICAŢIILE ŞI CONTRA INDICAŢIILE BĂILOR DE NĂMOL LA CARMEN-SYLVA

I. *Băile de nămol şi apă din lac,* simple sau asociate cu helioterapie şi aeroterapie marină îşi găsesc indicaţii în numeroase boli: debilitate fizică generală, mai ales la copii, oboseală fizică sau intelectuală; bolile caracterizate printr'o încetinire a schimburilor nutritive, stările pretuberculoase sunt favorabil influenţate de fangoterapia rece.

Limfatismul ca boală generală, polimicroadenopatiile, adenoiditele cronice, adenitele infecţioase secundar fistulizate sau nefistulizate sunt influenţate de fangoterapie asociată cu helio şi aeroterapie marină.

II. *Băile de nămol cald* sunt indicate în toate stările de manifestări reumatismale sau artritice (musculare, osoase, nervoase, etc.), după ce a trecut perioada acută.

In reumatismul infecţios specific (scarlatinos, gonococcic, tuberculos) fangoterapia caldă acţionează ca un sedativ eficace chiar după 4—5 zile de tratament; criza dureroasă poate să crească după a V-a—VI-a bae ca să dispară apoi complect după 10—13 băi.

Reumatismele cronice, în toate formele lor primitive sau secundare unei infecţiuni cu germene cunoscute sunt admirabil influenţate de băile de nămol cald.

Astfel sunt:

a) reumatismele cronice secundare rezistente la salicilat;
b) artritele gonococcice în perioada de acalmie;
c) artritele traumatice cu sequele articulare post-operatorii;
d) Calusuri dureroase cu dureri de tip reumatismal;
e) artralgiile după luxaţii;
f) hidartroze şi hemartroze.

Aceste forme au fost studiate de către Prof. Teohari în colaborare cu Tătăranu, Zissu, Slobozianu, iar datele publicate au arătat 80% vindecări şi ameliorări.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

In reumatismul cronic deformant, în reumatismul gutos fangoterapia este un adjuvant preţios.

In bolile nervilor periferici, (nevralgii faciale, intercostale, cervico-brachiale, sciatica, lumbago, etc.), fangoterapia caldă dă rezultate minunate. Deasemenea în bolile musculare de origină reumatismală, în reumatismul cronic al coloanei vertebrale fangoterapia este foarte folositoare.

In durerile membrelor în urma paralisiei infantile, în artritele tuberculoase cu focar stins, cicatrisate, fangoterapia face să dispară durerile.

In poliatrita bacilară (Poncet) fangoterapia nu a dat nici un rezultat; durerile se calmează câteva zile ca apoi să reapară mai puternice.

Aplicaţiile fangoterapiei în bolile ginecologice sunt numeroase; metritele cronice, salpingitele, salpingo-ovaritele sunt indicate pentru această cură dacă perioada acută a fost trecută de mai multă vreme.

Oligomenorea, amenorea şi dismenorea sunt foarte bine influenţate de căldura băilor de nămol cald.

In durerile ce rămân după histerectomii, cesariene, salpingectomii, fango terapia a dat rezultate excelente.

Cholecystitele cronice cu sau fără reacţie de pericholecystită sunt mult ameliorate după cataplasme de nămol cald.

Prostatitele cronice blenoragice sau cu microbi banali sunt mult influenţate. Durerile în timpul micţiunei şi durerile rectale dispar. Noi am observat şi dispariţia disuriei şi polakiuriei nocturne.

ASOCIEREA FANGOTERAPIEI CU TERAPEUTICA MEDICALĂ

Acest capitol priveşte terapeutica medicală a reumatismului în general. Ştim cât este de obscură şi neprecisă această terapie. In general se prezintă pentru fangoterapie bolnavi cari au utilizat din larg — fără rezultate mulţumitoare — numeroase medicaţiuni.

Noi întrebuinţăm totuşi: a) *salicilatul de sodiu* (cu derivaţii săi; această terapeutică o aplicăm destul de rar fiindcă bolnavii ce ni se prezintă nu au faze acute.

b) *sulful* ne-a dat rezultate bune în emulsii uleioase.

Accesele febrile de 40° sunt obositoare pentru bolnav, dar acţiunea medicaţiei este evidentă.

c) *proteinele* au fost întrebuinţate cu succes în diferite forme de reumatism muscular.

d) *iodul* nu intră în terapeutica noastră decât foarte rar.

CONTRA-INDICAŢIILE FANGOTERAPIEI

Vom enumăra pe scurt bolile în cari fangoterapia este contraindicată: astmul, tuberculoza evolutivă febrilă, bolile pulmonare cu tendinţe la hemoptisii, lesiuni cardiace decompensate, hipertensiune marcată, turburări în ritmul cardiac, hipotensiunea, ciroza, angiocholita, abcesul ficatului, icterul infecţios, pyelitite, pyelo-nefritele, nefritele cronice, fibromul uterin, metritele hemoragice, cancerul.

Bolile vasculo-sanguine (anemia pernicioasă, limfademia, leucemiile) cele cutanate (furunculoza, eczema, dermatite) sunt o contraindicaţie pentru fangoterapie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Neurastenicii, agitaţii, epilepticii, hystericii, nu suportă fangoterapia caldă. La aceştia este idicată fangoterapia rece la 24°—28° R, care are o acţiune sedativă şi tonică.

ACŢIUNEA FANGOTERAPIEI

Acţiunea fangoterapiei a fost explicată în diferite feluri. Iacob admite că temperatura ridicată a nămolului joacă un rol predominant; prin modificările fisiologice ce se produc în organism, căldura este acea care are proprietăţi analgesice şi resorbtive. Lichtenstein, Maliva, Kryuko, au făcut experienţe demonstrative, dovedind resorbţia pe cale cutanată a H_2S. Se pare că ambele explicaţii sunt juste şi că fangoterapia acţionează deoparte prin căldură şi de alta prin absorbţia transcutanată de substanţe chimice în stare de ionizare.

Desigur că în bunele rezultate ce se obţin, intervin şi alţi factori printre cari helioterapia şi aeroterapia marină sunt foarte importanţi.

ACCIDENTE IN TIMPUL FANGOTERAPIEI

Intr'o lucrare publicată în 1936 am pus în evidenţă toate accidentele cari pot surveni în timpul curei:

a) *accidente imediate,* (dispnee, pseudo-astm, tachicardie, aritmii, sialoree, anorexie, diaree).

b) *accidente tardive* cari apar după 8—10 băi (accentuarea du-

rerilor, boli intercurente datorite sensibilității mărite la frig; eczema, foliculite, furuncule). Din punct de vedere psihic bolnavul devine nervos, agitat după 10—15 băi.

CONCLUSIUNI

In ceace privește originea lacului Techirghiol, este mai mult marină; concentrarea mare în Cl. Na, și prezența de nămol mineral în lac îi dau o importanță considerabilă.

In ceeace privește nămolul, acesta este rezultatul reacțiunilor chimice complexe cari se petrec între substanțele organice și sărurile cari se găsesc în stare de soluție în apă. Aceste reacțiuni sunt ușurate de prezența și intervenția microbilor de putrefacție.

Acțiunea fangoterapiei calde este datorită deoparte căldurei și pe de alta, absorbției pe cale cutanată sau poate și respiratorie ale diverselor substanțe chimice din nămol, mai ales H_2S.

Combinată cu helioterapia și aeroterapia marină, fangoterapia își mărește acțiunea terapeutică.

In ceace privește indicațiile fangoterapiei calde, am precisat că toate localizările reumatismului (articular, osos, muscular, nervos, etc.), pot fi justiciabile de un astfel de tratament, dar numai după trecerea perioadei acute; aceași conduită este indicată și în bolile ginecologice.

Un examen atent al bolnavului înainte de a-i prescrie cura, este indispensabil; acest examen trebue repetat pentru a evita accidentele cari ar putea surveni în timpul curei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

(Scurt resumat al raportului prezentat în limba franceză la Congresul al XVI de Balneologie ținut la București în ziua de 8 Iunie 1937).

N. MARINESCO, GH. HOLBAN et MUNTEANU: *La fangothérapie avec la fange de Tekirghiol à Carmen-Sylva.*

L'origine du lac Tekirghiol est plutôt marine, la plus grande concentration en Cl Na et la présence dans le lac de la fange minérale agrandit son importance.

Quant à la fange elle est le resultat des réactions chimiques complexes qui ont lieu entre les substances organiques et les sels qui sont en solution dans l'eau.

Les microbes de putréfaction favorisent ces réactions. L'action de la fangothérapie est dûe à la chaleur et à l'absortion cutanée et respiratoire des diverses substances chimiques de la fange surtout du H^2 S. Avec l'heliothérapie et l'aérothérapie la fangothérapie a une plus grande action thérapeutique.

Quant aux indications de la fangothérapie chaude nous avons precisé que toutes les localisations du rhumatisme (articulaire, des os, musculaire, nerveux etc.) sont justiciables de ce traitement après la période aigüe, la même conduite est à observer dans les maladies contagieuses.

Un examen attentif du malade avant et après la cure préscrite est nécéssaire, cet examen doit être répété pour éviter les accidents qui peuvent aparaître pendant la cure.

N. MARINESCU, GH. HOLBAN et MUNTEANU: *Die Schlammtherapie mit dem Schlamm von Tekirghiol in Carmen-Silva.*

Was den Uhrspung des Tekirghiol-See betrift, ist er zumeist See artig; die grosse Concetration von Cl Na und das Vorstandensein des mineral Schlammes in See geben ihm eine besondere Bedeutung. — Was den Schlamm betrift, ist er das Ergabniss von chemischen kompliezierten Reactionen welche unter den organischen Bestandteilen und Salze die sich in Wasser gelöst befinden.

Diese Reaktionen sind durch die Anvesenheit und den Einfluss der faulenden Microben erleichtert.

Der Einfluss des warmen Schlammtherapie ist theilweise durch Wärme, anderweit der cutane Absortion oder auch durch Einatmung alerlei chemischen Stoffe des Schlammes besonders von H_2S hervorgebracht. — Durch die Verbindung der Schlammtherapie mit der Heliotherapie und Luftherapie ist ihre therapeuthische Wirkung erhöht.

Was die Anzeigen der warmen Schlammtherapie betrift, haben wir festgestellt das alle rheumatische Localisationen (Gelenk, Knochen, Musckel, Nervösen Rheuma, u. s. w.) können dieser Behandlung unterwerfen werden, — aber nur nach den Verlauf des acuten Zustande. — Dieselbe Behandlung ist auch in den gynekologischen Krankheiten zu empfählen.

Eine genane Unthersuchung des Kranken bevor man die Kur festellt ist unbedingt nötig, diese Untersuchung muss wiederholt werden, um die eventuelle unangenehme Vorkömmisse welche in der Behandlung auftreten können, zu vermeiden.

UROFORMINE GOBEY
COMPRIMÉS 0f50
AMPOULES 2cc & 5cc
ANTISEPSIE GÉNÉRALE
VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...
Agence en Roumanie: Laboratorul farmaceutic „Lutetia" S. A. R.
103, Str. Toamnei — Bucarest III

SUR LE CHOC HISTAMINIQUE ET LE DANGER DES BAINS FROIDS EN RELATION AVEC DEUX CAS DE CRYO-ALLERGIE

par

I. RADVAN

Le phénomène cryo-allergique, par le collapsus cardio-vasculaire qu'il détermine, coïncide, en grande partie, avec le choc histaminique. La présence des corps histaminiques dans l'urine durant les poussées éruptives cutanées en constitue la preuve pathognomonique. Par le rôle toxique de l'histamine libérée, chez les cryo-allergiques, au niveau des téguments sous l'action du froid, on s'explique le déterminisme de certains accidents trop souvent irrémédiables au cours des bains froids. On décrit le choc et les manifestations locales et générales de caractère histaminique rencontrées dans deux nouveaux cas d'hypersensibilité au froid et les déductions pratiques (thérapeutiques et prophylactiques) qui en découlent.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Il y a quelques années que nous étudions des phénomènes, cliniquement variables, de cryo-allergie survenue chez les sujets exposés à l'action de froid et réalisée par la répétition fréquente de l'excitation. Nous insistions sur cette sensibilité aux impresions thermiques, d'ailleurs bien connue, en essayant particulièrement à démontrer le danger des bains froids dans de semblables cas. Le phénomène cryo-allergique, par le collapsus cardio-vasculaire qu'il détermine, était susceptible d'expliquer certaines morts subites survenues chez les nageurs ou chez les sujets qui prennaient leur bain dans la mer, dans un basin de natation ou dans une rivière paisible et peu profonde. Nous avons insisté également que la notion du terrain réactionnaire de *Tzank* doit avoir un certain rôle dans le déterminisme de ces cas, la seule notion d'ailleurs qui actuellement permet une meilleure explication du phénomène biologique appartenant aux diverses allergies.

Deux observations récentes nous donnent l'occasion d'insister de nouveau sur cette question d'actualité. Les cas viennent en faveur de la théorie de *Lewis* par laquelle le froid détermine au niveau de la peau sensible au froid, l'apparition d'une substance analogue à l'histamine ou à la substance H. de Lewis. Cet auteur avec

Harmer puis *Piscane, Duke, Bernstein, Affolter, Verhoogen* et nous-même croient, en effet, que certains agents physiques ou chimiques peuvent modifier les protéines cellulaires jusqu'à une véritable transformation, quand une substances de type histaminique est mise en liberté. Ce produit du métabolisme intermédiaire, veritable toxique du derme, irrite les nerfs vaso-moteurs et déterminent la vaso-dilatation et l'oedème, cause d'urticaire par sensibilité au froid. La peau des sujets hypersensibles libérerait donc une substance qui constitue l'antigène de la réaction allergique. Cette théorie a été ultérieurement vérifiée et recemment *Skooge* [1]) fut frappé, au cours des recherches qu'il pratiqua chez son malade, par l'analogie qui existe entre les effets de l'eau froide et ceux d'une application d'histamine: rougeur par dilatation des capillaires cutanés, papule par augmentation de la perméabilité des parois vasculaires, zone marginale réflexe par dilatation des artérioles voisines. De même si on est amené à étudier comparativement l'action du bain froid et celle de 2 centigr. d'histamine en injection sous-cutanée ou pourra constater que soit sur la pression sanguine, soit sur l'hémoglobine, soit sur les hématies, soit, en fin, sur la production de Cl par l'estomac, les effets sont absolument identiques. *Fiessinger* et *Gajdos*, [2]) de leur côté, sans attribuer à la théorie histaminique le rôle exclusif dans la génèse des phénomènes allergiques en général, notent des intensités anormales à l'ionisation histaminique chez les sujets allergiques et une réaction de l'histamine positive dans l'urine durant les poussées éruptives cutanées. Le choc survenu chez un cryo-allergique coinciderait, en grande partie, avec le choc histaminique. L'adrénaline, d'autre part, serait la substance antagoniste vis-à-vis des corps histaminiques *(Cramer* et *Crowden)*. Dans nos expériences antérieures, [3]) une injection préalable d'adrénaline empêcheait, en effet, l'apparition du choc et de l'urticaire au froid et nous avons supposé que l'action du froid réaliserait, chez un cryo-allergique, une insuffisance relative de la sécrétion adrénalinique par l'asthénie des glandes surrénales, en favorisant ainsi l'apparition du choc histaminique.[4])

Des auteurs comme *Lewis, Dale, Krogh, Eppinger,* ont réussi, d'autre part, de provoquer expérimentalement le choc histaminique. Celui-ci diffère d'un animal à l'autre et étant bien étudié chez le chien, on a pu constater qu'une dose plus grande d'histamine détermine une contraction spastique des veines hépatiques et consécutivement, le blocage dans le foie jusqu'à 25 p. 100 de la quantité du sang circulant. Si le blocage n'est pas rapidement supprimé, on assiste à un collapsus périphérique mortel. Les modifications sanguines, observées chez l'homme après l'administration d'histamine et surtout celles concernant la répartition et la déviation du rapport plasme-hématies, montrent que le mécanisme du choc semble également expliqué par un blocage hépatique aigu.

1) *Skooge* (E) — D. A. f Klin. Med. 1934, No 2, p 151; — 2) *Fiessinger* (N) et *Gajdos* (A) — La Presse Méd. 1935, No 95, p. 1913; — 3) *Radvan* (I) — Contribuţie la studiul crgo — allergiei — Rev. Ştiinţelor Med. 1935, No 3, p. 280; 4) *Radvan* (I) — Moartea subită din baia rece. Determinism şi profilaxie, Rev. Ştiinţelor Medicale, 1936, No 5, p. 645-663 (Bibliografie)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Une de nos observations apartient à un jeune homme C. D., agé de 23 ans, examiné par nous le 1 février. A l'occasion d'une enquête sur la tuberculose dans un régiment à l'aide de l'intradermo-réaction à la tuberculine, notre jeune homme a attendu quelques temps dans une chambre peu chauffée avec l'avant-bras découvert. Au moment de l'injection, nous avons observé une rougeur intense limitée à la région découverte de l'avant-bras. Il était facile à diagnostiquer une hypersensibilité au froid et l'application de la glace sur les téguments pendant 20—30 secondes a provoqué à la fin d'une minute l'érythème suivi de gonflement accentué et dur, accompagné de sensation douloureuses et non prurigineuses, durant presqu'une heure. Interrogé de près, il nous confia que 2 jours avant, il a eu pour la première fois le gonflement de la figure à la suite de l'exposition au froid, accompagné de rougeur intense et de fourmillements qui disparurent lorsqu'il est revenu au chaud. Le pouls régulier est à 78 par minute, la température corporelle 36^{0},8, la pression du sang — 140—160 mmc. (Vaquez-Laubry), le *réflexe oculo-cardiaque intensement positif* (la différence est à — 38), indiquant donc un état manifeste de vagosthénie.

L'application de clorure d'étyl provoque un phénomène analogue qui dans deux circonstances provoquées était complètement absent: (a) la ligature constrictrice à l'aide du brassard de l'appareil de tension à la racine du membre exposé au froid empêcheait en effet l'installation des desordres dermiques ainsi que b) l'injection préalable d'adrénaline en dose de 1 cmc. de la solution 1 p. 1000, faite 15—30 minutes avant par voie intramusculaire.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Le facteur circulatoire est donc indispensable pour l'apparition du phénomène allergique et l'adrénaline neutralise l'action nocive de l'agent physique chez un hypersensible.

L'hypothèse que ces phénomènes sont dus à une libération d'histamine tissulaire ou d'une substance analogue à celle-ci, nous a amené de rechercher dans l'urine récoltée avant et pendant les poussées provoquées du phénomène, *la réaction de Pauly*, qui est spécifique à l'histamine.*) La réaction a été nettement positive, en nous montrant que *la cryo-allergie s'accompagnait d'une excrétion anormale des corps histaminiques*. Il n'y avait pas d'autres éléments pathologiques dans l'urine et puisque la leucopénie et l'eosinophilie caractéristiques à l'allergie humorale faisaient défaut, la pratique de l'épreuve de Prausnitz-Küstner pour la transmission passive de l'allergie semblait inutile. Dans ce cas, il s'agissait, en effet, d'une allergie dermique localisée, sans la présence des anticorps dans le sang circulant. Cette catégorie d'allergie semble être différente et en nous rapportant aussi à notre observation antérieurement publiée, la pathogènie de la curieuse urticaire semble s'éclairer maintenant par le rôle toxique de l'histamine.

Dans ce cas, la désensibilisation est survenue au cours d'une semaine sans autre traitement que la protection rigoureuse contre le froid et la guérison se maintient dès lors, il y a quatre mois.

En ce qui concerne *l'importance du collapsus cardio-vasculaire* dans les cas de sensibilité au froid, nous faisons suivre un tableau

*) Voir la technique: *Delherm* (L) et *A.* et *M. Gajdos* — L'Histamine, 1 volume, Paris, Vigot Frères, Editeurs.

qui résume, chez un autre malade, les symptomes cliniques et les variations de la tension artérielle et du pouls enregistrées de 5 en 5 minutes avant et après une douche de 2 minutes à 18° (v. le tableau).

A peine la douche est-elle terminée que le malade (N. M. de 22 ans) accuse de manifestation locales et générales très intenses de caractère histaminique. Le pouls, après une importante accélération devient imperceptible 15 minutes après et la tension artérielle baisse brusquement jusqu'à devenir imperceptible dans le même délai. L'état de collapsus cardio-vasculaire, enregistré pendant 10 minutes, coïncidait avec des phénomènes cliniques des plus graves (syncope, urticaire géante, oedème généralisé dur et douloureux, céphalalgie intense). Si un tel sujet se trouvait non seulement en pleine mer, mais, voire même dans une rivière paisible ou basin de natation, il tomberait sans rumeur au fond. Si dans un très bref délai le secours n'arrive pas, la mort surviendra par asphyxie. Il semble donc que la plupart des congestions ou des morts muettes,

Observation N. M. (homme 22 ans)

	Pouls	Tension artérielle (en mm. c.)	Particularités cliniques.
Avant la douche	72	130 — 75	Apparence clinique normale
Douche (2' à 18°)	120		Début des symptomes cryo-allergiques: érythème généralisé, vertiges, impossibilité motrice, céphalalgie
1-5 minutes après	136	100 — 80	
5-10 „ „	146	90 — 80	
10-15 „ „	imperceptible	90 — 80	Symptomes cryo-allergiques graves: phénomènes syncopales, urticaire géante, oedème généralisé, dur et douloureux, céphalalgie très intense.
15-25 „ „	„	Disparition tensionnelle	
25-30 „ „	„	95 — 90	
30-35 „ „	58	100 — 85	
35-40 „ „	60	100 — 85	Diminution des symptomes.
40-45 „ „	66	105 — 85	
45-50 „ „	70	110 — 80	
50-55 „ „	80	115 — 80	
55-60 „ „	86	120 — 80	Disparition des signes cutanés.
60-65 „ „	90	120 — 80	Céphalagie et asthénie persistent jusqu'à 2 heures.
65-70 „ „	90	125 — 80	
70-75 „ „	86	125 — 78	
75-80 „ „	82	130 — 78	

Tous ces phénomènes sont rapidement supprimés par l'injection intraveineuse d'adrénaline, en dose de 1/4 mgr, de la solution 1 p. 1000. Si cette substance est injectée 15 — 30 minutes avant la douche par voie intra musculaire en dose de 1 cm. c. de la même solution, les phénomènes font complétement défaut.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

inexplicables, au cours des bains froids soient dues à ce mécanisme. Nous avons cité toute une série de cas survenus dans des circonstances semblables et de la même manière. [5])

Dans ce cas, nous n'avons pas recherché l'excrétion urinaire des corps histaminiques. Mais, d'après toutes les apparences, il appartenait également au même groupement. La désensibilisation est survenue au cours d'un mois par un traitement adrénalinique associé à la protection rigoureuse contre le froid.

Au point de vue thérapeutique, il semble que la guérison puisse être obtenue par l'injection intradermique ou souscutanée d'histamine à doses progressives. Récemment, *Saylor* et *Wright* [6]) ont obtenu la désensibilisation après 3 injections sous-cutanées de 1 m. c. de solution à 1 p. 1000. *Fiessinger* et *Gajdos*, d'autre part, ont ufilisé, avec succès, l'ionisation à l'histamine. Dans nos cas la désensibilisation est survenue par une protection rigouereuse contre le froid associée ou non, à l'adrénaline. Actuellement, la guérison se maintient dans tous les deux cas, auxquels nous avons recommandé de la prudence en cas de bain froid et à titre prophylactique la recherche répétée de la sensibilité avec le procedé de l'immersion des mains dans l'eau froide.

La fréquence relative des cas nous oblige d'insister de nouveau sur l'importance du choc histaminique dans le déterminisme des accidents graves souvent mortels au cours des bains froids. Dans cette occurence, l'impression froide se rapportant à une surface corporelle étendue, le choc chez les cryo-allergiques devient plus brutal, la paralysie de la vaso-motricité plus rapide, l'efondrement de la tension artérielle et l'impossibilité motrice par asthénie musculaire généralisée plus profonde. Quelques minutes sont suffisantes pour l'apparition du choc susceptible d'empêcher le nageur dans ses mouvements et de le faire disparaître brusquement dans l'eau.

Il y a lieu de remarquer également que l'irradiation de la peau aux rayons ultra-violets augmente la sensibilité à l'eau froide vraisemblablement parceque ces radiations transforment une grande partie de l'histidine de l'épiderme en histamine. C'est ainsi qu'on s'explique pourquoi la peau est maintes fois beaucoup plus sensible à l'eau froide en été qu'en hiver et pourquoi cette sensibilité est souvent périodique. Notons, en fin, que la répétition de l'excitation au froid peut favoriser l'apparition de cette sensibilité et qu'une prophylaxie rigoureuse sera plus que nécessaire pour prévenir des accidents trop souvent irrémédiables. *).

---

(5) *Radvan* (I). Bulet. Soc. med. de Educaţie fizică, Bucureşti, 1934, No 5-6. p. 65
" Rev. Ştiinţelor Med. 1936, No 5, p. 645.

(6) *Saylor* (L L.) et *Wright* (I. S) — The. Amer. J. of the med. Sc. 1936, No. 3, p. 388.

*) Il est vrai que dans certains cas, des mécanismes autres que la cryo-allergie peuvent intervenir: les uns mieux connus, les autres obscurs encore et parmi les premiers il faut citer le choc anaphylactique d'origine digestive, les réflexes naso-pulmonaires ou auriculo-cardio-pulmonaires Pour détails voir nos articles antérieurs.

CONTRIBUŢIUNI LA STUDIUL TURBURARILOR TARDIVE NEURO-PSIHICE POST-TRAUMATICE

de

D-r ROIBAŞI PAUL
Fost intern al Spit. Ef. Civile
Medic Internist al Spit. Asig. Sociale
din Petroşani.

D-r CONSTANTINESCU IOAN
Medic Şef
al Spit. de prim-ajutor
din Lupeni

Manifestările la care poate da naştere un traumatism sunt multiple şi, până la un punct, ele sunt în legătură cu importanţa traumatismului.

Unele din fenomenele morbide apar ca o consecinţă imediată, iar altele sunt mai tardive.

Din aceste din urmă, unele fac parte dintr'un tablou clinic bine definit şi ansamblul lor caracterizează o maladie bine individualizată.

Printre aceste maladii se poate socoti şi epilepsia post-traumatică. Atunci când apare târziu după traumatism şi când nu se găsesc destule elemente ca să poată fi atribuită lui, ea crează încurcături din punct de vedere medico-legal şi pun pe tapet probleme ştiinţifice importante.

Apariţia epilepsiilor post-traumatice se poate înregistra la câteva luni sau după mai mulţi ani, dela traumatism.

In faza de latenţă putem avea oarecare manifestări morbide uşoare sau individul se află în perfectă stare de sănătate.

Nevrozele şi sinistrozele traumatice, admise de unii, respinse de alţii, pot fi de o intensitate variabilă şi survin imediat sau ceva mai târziu după traumatism.

Genesa lor traumatică, — care pentru noi apare indiscutabilă, poate fi pusă la îndoială şi de aceea stabilirea relaţiunii de mai sus va trebui făcută după o cercetare minuţioasă a împrejurărilor în care s'a petrecut accidentul, ştiut fiind că renta, în aceste cazuri, variază dela 15—75%.

Acest capitol de patologie a sistemului nervos este astăzi în plină construcţie, el fiind cu drept cuvânt rezultatul cercetărilor secolului în curs.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In secolul trecut deşi industria — în general — a luat o desvoltare foarte mare nu se poate compara însă cu epxloatările masive şi cu amploarea diferitelor întreprinderi din secolul de faţă.

Raţionalizarea muncii, perfecţionarea mijloacelor de exploatare şi mai ales asistenţa medicală mai desvoltată şi prezentă peste tot, a creiat o ştiinţă nouă care este traumatologia.

Problemele ce le-a ridicat această ştiinţă în plină formaţie, sunt multiple, iar rezultatele la care s'a ajuns până astăzi sunt succeptibile de modificări şi multe completări.

Relaţia dintre multe traumatisme craniene şi unele manifestări morbide n'a scăpat observaţiunii unor clinicieni vigilenţi din secolul expirat.

Ceiace preocupă astăzi pe diferiţii cercetători este stabilirea legăturii ce ar exista între tramatism şi unele manifestări patologice tardive.

In această chestiune părerile sunt împărţite. Unii ca: Marburg, V. Bergmann, Kehrer, etc., admit relaţia int e traumatism şi anumite manifestări tardive la cari de fapt s'ar găsi şi substratul anatomic corespunzător, sunt foarte sceptici sau chiar refuză existenţa reală a unor manifestări, cum ar fi de pildă nevrozele traumatice, sinistrozele, etc. Nu mai mic este numărul şi a celor cari admit ipoteza unei relaţiuni intime între traumatism şi aceste din urmă manifestări. Printre aceşti din urmă autori se pot număra: Rossi, Veraghut, Naville, Lehrmitte, Sarò, Marinescu, Urechea, Maissonet, Petit Dutaillis, etc.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

O altă serie de autori, printre cari se pot număra, Hellner, şi alţii, făcând un studiu comparativ la un număr de bolnavi asiguraţi şi ne asiguraţi, ajung la concluzia că manifestări ca nevroze traumatice şi sinistroze, sunt mult mai frecvente la asiguraţi.

O altă înfăţişare prezintă problema când căutăm să stabilim timpul limită în care apar diferitele manifestări tardive. Se pare că şi aci părerile cercetătorilor diferă simţitor.

Astfel unii autori ca Marburg şi şcoala sa pun la îndoială origina traumatică a unor manifestări ce apar după un interval de şase luni de la traumatism şi aceasta când este vorba de epilepsii, nevroze şi sinistroze. Alţii admit că nu numai timpul joacă un rol hotărâtor în izbucnirea unei maladii post-traumatice ci şi alţi factori şi anume: factori personali, factori ce sunt în legătură cu natura şi cu intensitatea traumatismului, factori ce depind de modul de evoluţie a unei leziuni traumatice.

Pentru înţelegerea şi eventual pentru interpretarea unui sindrom tardiv de origină traumatică, este nevoie să facem o mică expunere asupra celor ce se pot întâmpla în timpul şi după traumatismul cranian. Vom insista mai mult asupra comoţiunilor ca fiind cele mai importante şi cele mai discutate în ce priveşte mecanismul şi repercursiunea lor asupra sistemului nervos. Vom trece în revistă leziunile mai fine ca: hemoragii mici cerebrale, ramolismente mici, edeme, etc., făcând abstracţie de leziunile mari, cum sunt hemoragiile în masă, ramolismentele întinse, delabrările cerebrale, le-

ziuni prea grosolane, prin distructive, prea evidente, unele chiar incompatibile cu viaţa, ca să mai poată fi discutată importanţa lor.

S'a dovedit că în determinarea unui traumatism nu joacă rol numai lipsa de atenţie, lipsa de măsuri de prevenire a accidentului şi de siguranţa, întâmplare ş. a.; ci mai contribue şi alte elemente ca o predispoziţie individuală, o stare paranoică, o stare de impasibilitate sufletească, dureri migrenoide, oboseala intelectuală şi psihică, lipsa de concentrare, coborârea presiunei atmosferice. (Marbe, Gervais, Hildebrand, Kluge, Vossi, Meyer, Alexandra Adler, Brzezina şi Wartel, Jokel, s. a.).

In orice traumatism se găsesc interesate următoarele trei elemente anatomice:

1. Elementul vascular;
2. L. c. rahidian;
3. Sistemul nervos central cu seroasele sale.

In urma unei comoţiuni, fără ca să admitem exclusivitatea unei teorii, fiind mai mult ecletici, se petrece o serie întreagă de turburări şi anume:

1. O zguduire cerebrală.
2. Un şoc cefalo-rahidian.
3. Turburări vasculare; mai întâi o vazo dilataţie activă apoi o vazo-constricţie şi, în cele din urmă, o vazo-dilataţie paralitică cu stază şi exudare de plasmă după cum a arătat în special Ricker.
4. Un edem meningeal, meningo-cortical sau cortical.
5. Leziuni meningiale, meningo-corticale, corticale, bulbo-protuberanţiale, labirintice, etc.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Toate aceste turburări funcţionale sau leziuni organice, cât de minime ar fi ele, nu pot lăsa celula nervoasă, atât de înalt diferenţiată şi atât de nobil şi gingaş conformată, neinteresată şi nevătămată.

Unii autori nu au putut descoperi leziuni organice în comoţiuni, pe când alţii ca: Marinescu, Sarbó, Förster, Schönbauer, etc., au descris asemenea leziuni, ele variind de la o simplă perturbare coloidală şi turburări microstructurale până la leziuni mai nete şi mai bine individualizate şi chiar până la necroza şi distrucţia celulară, insulară sau parcelară.

In traumatismele fără leziuni mari, destructive, nu rar se observă hemoragii mici, punctiforme sau mai întinse, cu localizare în diferitele regiuni ale sistemului nervos central.

Aceste hemoragii sunt succeptibile de a fi rezorbite fără ca să lase sechele apreciabile sau în orice caz capabile ca să compromită funcţiunea unui centru sau a unui organ.

Aceste hemoragii se mai pot transforma şi în ţesut cicatricial cu o evoluţie mai lentă, ţesut ce poate — eventual — să invadeze şi regiunile învecinate. Când ştim că o stază vasculară sau chiar suspendare scurtă a irigaţiei sanghine poate creia leziuni nervoase ireductibile, ne putem da seama sub ce auspicii apar leziunile consecutive unei hemoragii mai mari sau mai mici.

In cazul ramolismentelor cerebrale mai mici, asistăm uneori

la dispariţia lor complectă şi la refacerea ideală a ţesutului nervos, nu mai puţin probabilă apare însă şi transformarea lor chistică sau înlocuirea lor cu ţesut nevroglic.

In acest din urmă caz, având în vedere că orice reacţie întrece excitaţia, ne putem da seama astfel că pot izbucni manifestări pe cari leziunea iniţială nu le-a putut declanşa.

In materie de edeme post-traumatice, putem observa — şi aceasta se întâmplă în mod curent — rezorbţia lor fără sechele; sunt cazuri când ele pot da naştere la scleroze, la senechii..... deci, la o serie de fapte morbide imediate sau depărtate.

Leziunile ce le poate determina un traumatism cranian sunt multiple ca aspect şi variabile ca importanţă patologică. Unele sunt reversibile sau, în orice caz, bine tolerate, iar altele, cât de fine şi cât de minime ar fi ele, evoluiază mai departe, devin focare de iritaţie continuă, de modificări coloidale, micro-structurale sau chiar dau naştere la leziuni mai profunde.

Aceste modificări patologice mai pot creia un loc de resistenţă mai mică pentru alţi agenţi vătămători cari vin să desăvârşească ceiace traumatismul a început.

Procesul morbid evoluiază uneori latent, evoluiază progresiv, până ajunge ca să rupă echilibrul dintre normal şi patologic şi crează o stare patologică, bine definită.

De altfel Gordon care s'a ocupat foarte mult cu studiul acestei chestiuni, ajunge la concluzia că turburările tardive ar fi datorite proliferărei ţesutului gliomatos. Neustadt a studiat mai mult turburările psihice şi crede că ele ar fi datorite encefalozei post-traumatice a lui Schwab.

Consideraţiunile ce preced şi, în plus, faptul că unele procese patologice îşi au sediul în regiuni mute, iar altele în regiuni vitale covârşitoare, ilustrează şi multiplicitatea fenomenelor imediate sau tardive, acute sau latente, uşoare sau grave.

In baza celor expuse mai sus s'ar părea îndreptăţită concluzia că nu numai timpul deţine monopolul apariţiei unui fenomen morbid ci mai contribue şi o serie întreagă de alte noţiuni ca: natura şi întinderea leziunei, importanţa fiziologică a organului sau a sistemului de organe unde ea se află localizată precum şi posibilităţile de evoluţie atât de variate atunci când este vorba de ţesut nervos.

In ultimul timp, mai ales în materie de nevroze şi de sinistroze, se crede că reflexele condiţionale joacă un rol foarte mare în determinarea lor şi aceasta în urma lucrărilor lui Pavlov şi a şcoalei sale.

Cu toate datele ce preced şi cu toate cercetările ce se fac în materie de turburări neuropsihice post-traumatice, se poate afirma că acest capitol este unul dintre cele mai obscure de patologie nervoasă.

Diaz Y Gomez, pe baza cercetărilor sale şi ale diferiţilor autori, ajunge la concluzia că dintre vechii traumatizaţi, 1,2—8,5%, decedează într'un interval mai scurt sau mai lung şi aceasta în urma unor infecţiuni latente sau din cauza hipertensiunii craniene.

Alajouanine, Maissonet şi Petit Dutaillis, evaluiază mortalitatea tardivă, din cauza tramatismelor craniene, la 2%.

Pilcz, din cei 1000 traumatizaţi cranieni, a putut să urmărească 800. Din aceştia 50 au murit, 117 au rămas capabili de lucru, 132 au prezentat turburări generale de intensitate variabilă, 65 au prezentat turburări psihice, 69 turburări în focar şi 50 un tablou de epilepsie.

Antonio Foz citează cazul unui copil care, la trei luni după un traumatism cranian, a uitat tot ce învăţase până atunci.

Seria autorilor ce s'au ocupat cu asemenea statistici este foarte lungă, iar rezultatele la cari ei au ajuns variază destul de simţitor.

Printre manifestările tardive se întâlnesc unele de focar şi anume: chistele traumatice, hemiplegiile traumatice, epilepsiile jacksoniene etc., sau maladii bine individualizate ca: hidrocefalii, meningite seroase postraumatice, hipertensiuni intra-craniene, seringomielia post-traumatică ş. a.

Aceste maladii, atunci când legătura dintre ele şi traumatism se poate stabili — şi aceasta se face relativ uşor — nu prezintă greutăţi de diagnostic şi nici măcar o importanţă prea mare ştiinţifică. Mai desbătută şi mai importantă apare problema epilepsiilor post-traumatice tardive şi, în special, a nevrozelor şi a sinistrozelor post-traumatice.

Gowers la 3000 traumatizaţi a descris 108 cazuri de epilepsii tardive.

Vogt la 1100 cazuri a găsit 78 cazuri de epilepsie.

Sargent la 18000 traumatizaţi a găsit 800 cazuri de epilepsii.

Diaz Y Gomez a găsit un procent de 37% epilepsii la cei cu deschiderea durei-mater, pe când la cei cu lovituri oarbe numai 14%.

Statisticile date de diferiţii autori se succed tot atât de discordante.

Epilepsiile post-traumatice sunt mai frecvente în cazul traumatismelor deschise sau în orice caz atunci când este interesată şi substanţa cerebrală, ele, reprezentând după Gredener, aproape 81,1% din totalitatea cazurilor.

Nu vom discuta epilepsiile ce survin imediat după lovire, ele fiind benigne mai având şi o cauză prea evidentă.

Mai importante sunt epilepsiile tardive, şi mai ales acelea ce survin după un traumatism mai uşor. Aceste cazuri au o importanţă cu atât mai mare cu cât ele se observă mai des în mediile industriale unde urmează să se evalueze şi gradul de incapacitate pentru fixarea rentei de accident.

Intervalul dintre accident şi apariţia primului acces este apreciat în mod deosebit.

Unii ca Vivaldo, Marschand Courtis, Monteiro, Folli, Ricaldoni, etc., îl evaluiază de la o lună până la un an.

Alţii ca Braun (8—12 ani), Weygandt (7 ani) Kaldewey (19 ani), Hendrik (23 ani), Matthiolius (24 ani), găsesc că timpul de latenţă este cu mult mai lung.

Astfel, timpul de apariţie oscilează în limite foarte largi şi,

deşi Marburg şi Redlich cred că în acel interval de latenţă apar unele manifestări subiective ca: ameţeli, dureri de cap, stări neurastenice, totuşi se pare că nu rare sunt cazurile la cari timpul de latenţă este scutit de orice manifestare morbidă, individul, bolnav în persectivă, putând să presteze munci chiar obositoare.

Ca să ilustrăm şi mai bine cele ce preced, vom da pe scurt observaţia clinică a unor bolnavi de epilepsie tardivă, post-traumatică.

Obs. I. In acest caz este vorba de un individ în etate de 36 ani, care cu 12 ani înainte a suferit un accident în timp ce lucra în mină. Acest accident i-a cauzat un traumatism în regiunea tempero-parietală dreapta şi a fost urmat de o comoţiune puternică.

In timp de 12 ani bolnavul nostru a putut lucra în condiţiuni perfecte şi fără ca să prezinte vreo turburare, fie ea subiectivă, fie ea obiectivă. După acest interval de timp, începe să aibă unele manifestări subiective ca dureri de cap, ameţeli, oarecare iluzii auditive, câte odată absenţe şi aceasta timp de 2—3 luni înaintea instalărei sindromului de epilepsie.

Primul acces a survenit în timpul lucrului şi fără ca bolnavul să fi avut vreo manifestare premergătoare imediată. Din acel moment accesele s'au succedat la intervale neregulate, când la 2 luni când la câteva săptămâni.

In ultimul timp ele survin cu mult mai des şi astfel bolnavul este internat în spital, spre a fi observat.

Examenul clinic şi în special cel neurologic nu descoperă vreo leziune sau vreo modificare organică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Reacţia Wassermann este negativă în sânge şi în l. c. rahidian.

R. Pandy = negativă.

Limfocite = 4 pe mmc. în l. c. rahidian.

Albuminorahia = 0,42 %^{0}.

Tensiunea rahidiană, individul fiind culcat, este de 26 la Claude.

Examenul de fund de ochi este negativ.

Probele vestibulare pun în evidenţă o reacţie labirintică de origină centrală.

Examenul radiografic al creniului decelează o înfundare a tablei interne şi aceasta în locul unde a fost lovit cu 12 ani în urmă.

In urma acestui rezultat se procedează la trepanaţie care a avut drept rezultat o ameliorare, cel puţin pentru moment, a tuturor manifestărilor prezentate de către bolnavul de faţă.

Pacientul nostru continuă să fie sub observaţie medicală.

Obs. II. In acest caz este vorba de un miner care a suferit un traumatism în regiunea occipito-parietală însoţită cu o stare comotională.

După ce şi-a revenit din această stare de comoţiune şi după vindecarea unor plăgi cauzate de acelaş traumatism şi localizate în fosele supra-spinoase şi ceafă, bolnavul şi-a reluat activitatea sa obicinuită.

Dela accidentul de mai sus a prezentat din când în când vagi dureri de cap şi uşoare ameţeli. Mai aproape de maladia sa de acum, a mai avut şi unele turburări psihice.

Astfel, a devenit mai irascibil, veşnic nemulţumit, mai puţin comunicativ şi uneori prezenta chiar absenţe.

După 3 ani de la accident, face primul acces de epilepsie. Ulterior, accesele s'au repetat mai des, ajungând în cele din urmă ca ele să survină de 2—3 ori pe zi.

In acest caz nu am putut găsi, nici clinic nici radiologic, vreo leziune osoasă. Prin ventriculografie spinală am putut observa că aerul nu pătrunde în ventricul. Acest din urmă detaliu, după cercetările lui Förster, ar avea o importanţă foarte mare patologică.

Tensiunea l. c. rahidian este de 22, individul fiind culcat (Claude).

L. c. rahidian = R. Wss. negativă.
R Pandy: negativă
Limfocite: 3 pe mm.
Albuminorahie: 0,44 0/00.

Obs. III. In acest din urmă caz este vorba de un muncitor care a fost lovit în reg. fronto-parietală stg. şi consecutiv căreia a intrat într'o stare de obnubilare. In urma acestui traumatism a rămas cu o senzaţie de greutate la cap şi cu o lene intelectuală.

După 6 luni de la accident, face primul acces de epilepsie.

Accesele de mai sus se repetă apoi la intervale neregulate.

La acest bolnav nu am putut pune în evidenţă nici cea mai mică modificare organică şi nici radiologic nu am constatat vreo modificare osoasă.

Ca elemente patologice nu am găsit decât o uşoară albuminorahie (0,40 0/00).

Inainte se credea că numai atingerea zonei motorice ar fi aceia care provoacă apariţia acceselor de epilepsie traumatică.

Astăzi, mai ales de la cercetările lui Förster şi a şcoalei sale, şcoală care a demonstrat că fiecare lob cerebral posedă o zonă epileptogenă, părerile s'au schimbat şi nu se mai pune atâta bază pe sediul traumatismului.

Dacă mai considerăm că mai există şi centre epileptogene subcorticale, ne putem da seama că localizarea precisă a leziunei, în materie de epilepsie post-traumatică, nu estte totdeauna uşoară şi nu rareori ea este cu neputinţă de făcut.

In ce priveşte tabloul clinic al epilepsiilor traumatice, el poate fi identic cu acela al epilepsiilor esenţiale, după cum a arătat mai ales Feuchtwanger, Isserlin, Zappert, ş. a.

Relaţia dintre epilepsie şi traumatism are o importanţă mare, atât din punct de vedere ştiinţific cât şi din punct de vedere medico-legal.

In adevăr, în cazurile de epilepsie post-traumatică, bolnavul dacă este asigurat, urmează să primească o rentă care va oscila între 20%—100%. De aceia, stabilirea relaţiunii de mai sus cere mult tact, reclamă multă independenţă de spirit şi o înţelegere mai adâncă a situaţiunei. Ea se va baza pe o discriminare exactă a împrejurărilor în care s'a produs accidentul şi a faptelor ce au urmat accidentului până la izbucnirea maladiei sale. Ea mai pretinde înlăturarea oricărei păreri preconcepute şi reclamă un studiu amănunţit al bolnavului, urmând a insista în special asupra istoricului şi a antecedentelor sale.

Nu faptul că nu am putut descoperi şi localiza în mod precis o leziune organică, ne poate indritui să respingem ideia unei epilepsii post-traumatice.

— Nu faptul că apariţia sa a depăşit timpul limită;

— Nu faptul că nu s'a instalat în urma unui traumatism mai violent;

— Nu faptul că epilepsia nu are caractere clasice de epilepsie jacksoniană, pot fi elemente peremtorie pentru a putea respinge factorul traumatic ca agent determinant.

In concluzie, nu vom fi pripiţi în a eticheta un sindrom drept epileptic sau epileptiform ca fiind sigur de origină traumatică decât după ce se vor îndeplini în mod imperios o serie de condiţiuni şi anume :

1. Studierea şi precizarea tarelor hereditare ce apasă asupra bolnavului.

2. Anchetarea stării sociale şi familiare a individului.

3. Eliminarea oricărei alte cauze câştigate sau moştenite ce ar putea cauza o astfel de maladie.

4. Cercetarea cu amănunţime a antecedentelor bolnavului.

5. Studierea împrejurărilor în care s'a petrecut accidentul.

6. Evidenţierea stărei mintale şi organice a individului în faza premergătoare a accidentului.

7. Inregistrarea şi celor mai neînsemnate abuzuri făcute de către bolnav.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

8. Eşalonarea metodică şi în ordine cronologică a faptelor ce s'au succedat dela traumatism până la declararea maladiei actuale.

9. Vom face un examen clinic şi în special neurologic şi psihc, cât mai atent şi cât mai amănunţit cu putinţă, recurgând la nevoie şi la concursul oamenilor competinţi în această materie, şi astfel vor putea ajunge la o concluzie dreaptă, legală, umanitară.

O problemă importantă o constitue chestiunea nevrozelor, fie ele de tip neurasteniform, histeriform sau de tip hipohondric.

Cu toate că existenţa lor este pusă la îndoială de către multe personalităţi ştiinţifice proeminente în această materie, s'ar părea totuşi că ele au dreptul de a fi citate ca făcând parte din complexul turburărilor psihice post-traumatice.

Ca medici ai asigurărilor sociale, într'un mediu atât de industrializat ca Valea-Jiului, nu rare ori am avut de aface cu asemenea cazuri.

In adevăr, se prezintă bolnavi cari, înainte de traumatism, se găseau într'o stare mintală absolut normală, şi care după traumatism, s'a modificat radical.

Mai lesne de diagnosticat sunt cazurile la cari aceste manifestări survin imediat după traumatism sau la scurt timp după el; mai greu când ele se instalează cu mult mai târziu. Nu vom face tabloul clinic al acestor afecţiuni, descripţia lor putând fi găsită, cu un lux de detalii, în toate tratatele de traumatologie. Vom insista însă asupra importanţei sociale şi medico-legale pe care o comportă stabilirea legăturii ce eventual ar exista între traumatism şi aceste turburări.

In decursul activităţii noastre, ca medici ai unor instituţiuni spitaliceşti din Valea-Jiului, am putut urmări un număr însemnat de astfel de bolnavi, unii fiindu-ne cunoscuţi de înaintea accidentului. In multe cazuri, am putut constata că bolnavii, mai ales când este vorba de traumatism asociat cu o comoţiune puternică, prezintă turburări psihice de felul nevrozelor, cu o durată dese ori foarte lungă şi de o gravitate nu totdeauna de desconsiderat. Unii dintre aceşti bolnavi puteau fi întrebuinţaţi la munci mai uşoare, alţii — însă — erau improprii de orice fel de serviciu. Am putut constata că aceşti bolnavi — şi chiar atunci când erau ameninţaţi că-şi vor pierde serviciul dacă vor persevera în refuzul lor — cedau pentru moment, reintrau în serviciu, îşi reluau deci ocupaţiunile, ca nu mult timp după aceia să se prezinte din nou la consultaţiuni cu aceleaşi manifestări. De altfel, aceste cazuri formează şi cea mai numeroasă clientelă de bolnavi cronici ai dispensarelor din centrele industriale.

A căuta să clasificăm nevrozele după gravitatea fenomenelor morbide, însemnează să recurgem la un schematism excesiv pe care noi, cel puţin, dorim să-l evităm. Există de altfel o gamă nesfârşită în intensitatea acestor manifestări, aşa încât cuvântul generic de nevroză traumatică le defineşte mai bine.

Situaţia se complică atunci când este vorba de a face o expertiză medico-legală şi aceasta într'un caz de nevroză care se bănueşte de a fi de origină traumatică.

In aceste cazuri, conştiinţa şi răspunderea medicului expert este prea mult angajată ca să nu se folosească şi de cele mai mici indicii care l-ar putea pune pe calea diagnosticului cel real.

La încheierea actului medico-legal, trebue să avem în vedere o mulţime de factori de care ne vom servi ca de un far călăuzitor de foarte mare valoare.

Vom admite ca reală legătura dintre nevroză şi traumatism:

— când ne găsim în faţa unui individ care înainte de traumatism era un model de conştiinţă profesională sau, în orice caz, de o corectitudine ireproşabilă;

— când este vorba de un ins respectos faţă de superiorii săi şi recunoscător faţă de cei ce i-au voit binele;

— când este vorba de un om care a fost un spirit calm şi echilibrat în toate manifestările sale şi cu mult tact în împrejurări vitrege;

— când este vorba de un bolnav care era un model în relaţiile sale familiare şi extra familiare şi care, după traumatism s'a schimbat radical.

In aceste cazuri, nu vom neglija să împingem ancheta noastră cât mai departe şi să excludem orice incident, orice eveniment, care ar putea avea repercursiuni asupra psihicului unui individ dat; să înlăturăm existenţa unor abuzuri ce ar putea da naştere la degenerări şi la pervertiri psihice; să urmărim şi să descoperim falşul acolo unde el există de fapt.

Bănuelile noastre nu trebue să le ridicăm la rangul de idee

preconcepută şi să vedem peste tot numai falş, simulare, înşelăţiune şi minciună.

Trebue să avem în vedere că o mentalitate nu se modifică atât de flagrant şi după împrejurări şi înntâmplări mărunte sau, în orice caz, foarte puţin importante; transformarea de caracter nu se desăvârşeşte de la o zi la alta şi, după ce omul a ajuns la un echilibru sufletesc mai mult sau mai puţin stabil; desechilibrul psihic, degradările morale, pervertirile sufleteşti, etc., nu se observă la oameni ce, cu puţin înainte de accident, se găseau în deplin echilibru psihic, într'o perfectă stare a facultăţilor intelectuale şi cari mai erau şi de o moralitate foarte puţin dubioasă; în cele din urmă când avem de aface cu oameni cari de mult au trecut de vârsta frământărilor sufleteşti şi au ajuns la o stare de echilibru psihic stabilă sau, în orice caz, pasibilă de transformări lente, aproape imperceptibile.

Ceiace s'a spus despre nevroze se poate aplica şi asupra sinistrozelor.

In concluzie, ca să arătăm cât de importante sunt noţiunile ce preced şi cât de mult este angajată conştiinţa şi răspunderea medicului faţă de instituţia unde el funcţionează şi pe care este obligat să o servească, faţă de lege pe care trebue s'o satisfacă şi faţă de bolnav pe care este umanitar să nu-l nedreptăţească, vom reaminti că renta ce se acordă acestor bolnavi variază de la 15—20% — 70% şi aceasta fie în mod provizoriu, fie în mod definitiv.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

Paul Martin: A propos des syndromes commotionels tardifs. R. de Pat. et. Physiologie No. 2 1932. **Benon:** Traumatismes et Psychopathies. Ballières 1930. **Forgue:** Guide pratique du médecin dans les accidents du travail. Masson 1924. **Jeanbreau: Adien Lippens:** Les directives d'évaluation des sequelles des traumatismes cranio-cérébraux. Rev. de Pathologie et Phys. du travail Paris 1932. **Adien Lippens:** Les Mites éloignées des traumatiques cranio-cérébraux. R. de Méd. et Chirurg. des acc. du travail. T. IV. 1927—8, p. 67—75. **M. Alexander:** Les névroses post-traumatiques. Bull. de l'assoc. méd. Belge des acc. de travail. 1914. **Marchal R:** Réflexions sur les névroses traumatiques. Rev. de méd. et Chir. des acc. du travail. 1914. **D-r. Cl. Daussat:** Acc. du travail et maladies. Pathologie spéciale. Vigot-frères Paris. 1925. **Pilez A:** Schicksale der Schädelverletzten. Wien. Klin. Wschr. 1932. II. 1140. **Ricker:** Die Enstehung der pathologisch-anatomischen Befunde nach Gehirnerschütterung. Virchows. Arch. 226, 180—1919. **Sarbò:** Die mikrostrukturellen traumatischen Veränderungen des Nervensystem in Lichte der Kriegserfahrungen. Schweiz. Arch. Neur 29, 127. 1932. **Urechia:** Traumatisme cranien suivi de confusion mentale chronique et de crises d'épilepsie rotatoire. R. Neur. 37. I. 780. (1930). **Marinescu:** Lésions des cellules nerveuses produites par les variations expérimentales de la pression osmotique. Z. Allg. Physiol. 8. H. 1. (1908). Rev. Belge de Sci. Prat. Méd. 2 No. 5 (1930): **Monteiro A:** Jackson Epilepsie als Folge eines Traumas. Annales d'Ocul. Rio. 2, 154. (1930). **Neustadt R:** Zur Beurteilung Psychischer Störungen bei Hirnverletzten. Nervenartzt, 3, 141 (1930). **Pignede et Abely:** Sequelles lointaines

des commotions cérébrales. Encephale 25, 435 (1930). **Alajouanine Maissonet et Petit-Dutailles:** Suites éloignées de la trépanation du crâne pour lesions traumatiques. J. de Chir. 32, 397. (1928). **Bastos, Manuel:** Die Zukunft der Schädelverletzten. Arch. Argent. Neur. 8, 18. (1933). **Baumm H:** Erfahrungen über Epilepsie bei Hirnverletzten. Z. Neur. 127, 279. (1930). **Berner O:** Uber kleine, aber tödlich verlaufene Hirnblutungen. Norsk. Mag. Laegevidensk. 91, 1155. **Castagne Pietrino:** Sindrome cefalalgica post-traumatica, Policlinico, Sez. Prat. 35, 282 (1930). **Gredner, Lene:** Klinische und Soziale Auswirkungen von Hirnschädigungen. Z. Neur. 126, 721, (1930). **Feuchtwanger:** Anfallsäquivalente und Psychische Dauerveränderungen bei der epilepsie nach Hirnverletzung. Nervenartzt. 3, 577 (1930). **Förster u, Penfield:** Der Narbenzug am und im Gehirn bei traumatischer Epilepsie in seiner Bedeutung für das Zustandekommen der Anfälle und für therapeutische Bekämpfung derselben. Z. Neur., 25, 475, (1930. **Marburg O:** Die Traumatischen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks Handbuch der Neur. B. XI. (1936). **Kuntzen nit Flügel. (Leipzig):** Tagung der Deutschen gesellschaft für chirurgie. 23. V. 1936. No. 21. **Urechia-Mihăilescu,** Tratat de patologie Neuromintală, fascicol III—IV.

P. ROIBASSY et I. CONSTANTINESCO: *Contributions à l'etude des troubles tardives neuro-psychiques post-traumatiques.*

En résumant le contenu de notre travail. nous pouvons faire les considérations suivantes:

Les conséquences d'un traumatisme cranien sont multiples et, jusqu'à un point ils sont en rélation avec la gravité de celui-là. Quelques phénomènes morbides paraissent immédiatement après les traumatismes pendant qu'une autre partie fait son apparition plus tard.

De ces manifestations tardives, la plupart font partie d'un tableau clinique bien défini, en caractérisant en même temps une maladie bien individualisée.

Parmi ces maladies se trouve aussi l'épilepsie post-traumatiqe. Celle-ci, quand elle fait son apparition trop tard après le traumatisme et surtout quand il n,y a pas d'éléments suffisants pour expliquer la rélation de cause à effet, donne naissance à beaucoup d'embarras médico-légal et donne lieu à un nombre important de problèmes scientifiques.

Ces épilepsies s'installent, d'après nos recherches, dans une intervalle qui peut varier de quelques années à une disaine d'années et même davantage.

Depuis le traumatisme jusqu'au déclanchement de ces épilepsies il y a une phase de latence pendant laquelle on peut enregistrer quelques manifestations subjectives insignifiantes ou plus sérieuses; quelque fois il n'existe aucune manifestation morbide.

Les névroses et les sinistroses traumatiques, admises ou repoussées par beaucoup d'auteurs, surviennent tout-à-fait après les traumatismes ou peu de temps après lui et sont d'une intensité variable.

Leur genèse traumatique, qui pour nous apparaît comme sûre et indiscutable, est susceptible d'interprétation et de doutes et c'est pour cela que cette rélation est nécessaire d'être bien recherchée, bien étudiée. en analysant bien minutieusement les circonstances dans les quelles l'accident a eu lieu, sachant que, la rente dans ces cas oscille entre 15-75o o.

Cluj / Central University Library Cluj

SUR L'ADMINISTRATION PARANTERALE DES EAUX MINERALES DANS LA STATION DE BAILE HERCULANE (ROUMANIE)

par

D-r CONSTANTIN SUHATEANU et le **D-r DEM. TANASESCU**

Ancien Directeur du Sanatorium Militaire de Băile Herculane.

Directeur du Sanatorium Militaire du Băile Herculane.

La station hydro-minérale *Băile Herculane* est située dans la vallée de la rivière Cerna. à 30 km. au nord du Danube, à l'endroit de l'île Ada-Kaleh.

Asise dans un paysage romantique, douée de très confortables hotels, la station jouit d'une antique renomée, ainsi que font foi les nombreuses statues, objets et stèles votives trouvés à l'endroit. Dédiée par les romains à Hercule, à cause des forces que les malades y retrouvaient, elle porte depuis deux milénaire le nom de ce Dieu.

Sa richesse hydro-minérale consiste en quatre sources sulfo-calciques thérmales, différentes entre elles par le chimisme, la radio-activité, et la temperature, ainsi qu'une source, toujours thérmale, dont la salinté est complétement exempte de l'ion souffre. Leur thérmalité est comprise entre + 41° + 54° c. selon la source et remarcablement fixe.

Les indications thérapeutiques des eaux de Băile Herculane sont assez nombreuses; mais la grande indication est basée sur leur remarcable action dans toute la gamme des affections rheumatismales et leurs sequelles articulaires, para-articulaires, nerveuses et musculaires. Nonobstant les poussées aigues de la maladie de Bouillaud et le rheumatisme tuberculeux restent absolument exclus du traitement balnéaire local.

La manière d'utiliser les eaux consiste presque uniquement dans l'administration de bains généraux, dont la temperature, la durée, le rythme et le nombre, sont réglés selon les indications tirées de l'état des malades et l'aspect de leurs affections. Cette uniformité thérapeutique d'aspect un peu routinier, doit sa ténacité à une milénaire constatation d'effets souvent d'une rapidité étonnante, dont la cause réside dans l'heureux chimisme et la puissante radio-activité des sources.

Pendant l'année1929 l'un de nous a essayé, pour la première fois

des injections avec de l'eau de la source sulfureuse „Ileana" sur des malades qu'on ne pouvait pas soumettre à la balnéation générale. Le groupe de ces malades est constitué par ceux qui arrivent dans la station avec de poussées non encore éteintes de rhumatisme aigu, les grands hypertendus et les grands débilités. En outre, dans notre esprit, cette manière de faire devait faire profiter les malades des émanations et des eaux, émanations dont la durée excessivement courte les fait perdre dans l'athmosphère pendant le remplissage des baignoires.

Ces essais faits après des préalables recherches et constatation de la stérilité bactériologique des eaux de la source indiquée, nous ont demontré que :

a) les injections sont parfaitement tolérées par l'homme et nulle suppuration ne peut leur être imputée;

b) les réactions au niveau de l'injection et les réactions focales au niveau des articulations malades sont nulles;

c) les réactions générales sont rarissimes, se réduisant à une sensation subjective de chaleur, aucunement incomodante et non accompagnée de hausse thermométrique.

d) les réactions de choc sont inexistantes.

Nous avons en outre constaté, que les injections de la source „Ileana", mettaient à l'abri de la crise balnéaire, de nature non encore étudiée et parfois très désagréable, les malades soumis ensuite à la balnéation générale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

En dehors de ces constatations d'ordre biologique nous eûmes la satisfactions d'en recueillir de non moins intéressantes d'ordre thérapeutique.

Premièrement on obtient un effet analgésique très marqué du côté des tissus malades. Cet effet est accumulatif avec la répétition des injections et a une durée d'aproximativement 18 heures. Nous pûmes faire cette constatation même sur un cas de rhumatisme chronique déformant ancien, où évidemment la guérison ne pouvait pas être espérée, mais où par les seules injections nous réussimes à fournir à la malade le sommeil qui auparavant était presque exclu de ses nuits.

Secondement, on obtient une rapide disparition des fébricules trainantes à la suite des poussées rhumatismales aigües ou sous-aigües; c'est un effet très net réalisé la plupart des fois après quatre ou cinq injections.

En dernier lieu on constate une rapide action résolutive des empâtements et gonflement résiduel articulaire et para-articulaire, ainsi qu'une disparation des raideurs. L'injection des eaux nous a fait constater la disparition rapide même des exudats rhumatismaux en absence de médication salicilée. De ce point de vue nous pouvons apporter l'histoire d'un malade qu'une intempestive admission à la balnéation générale en pleine poussée rhumatismale fit excessivement empirer son état. Lors de notre examen, ce malade en outre des fluxions articula-

ires, présentait un énorme exsudat péricardique. Traité par les injections des eaux de „Ileana", cet exudat disparut en 7 jours, ce qui nous permit de remettre le malade, en bonnes conditions à la balnéation, et recouvrit une santé qui se maintient intégrale depuis six ans.

Ces résultats succintement exposés, nous ont fait appliquer plus amplement le procédé, qui actuellement compte des centaines d'observations. Ses contre-indications, — vue *l'inefficacité*, — sont representées par le rhumatisme tuberculeux et, peut-être, le rhumatisme scarlatin.

La technique du traitement telle que nous l'avons préconisée et que nous l'exécutons, consiste en injections d'eau de la source „Ileana", faites dans le tissu cellulaire de la peau de l'abdomen ou de la cuisse. Nous injectons d'un coup 20 cc. d'eau minérale, recuellie dans une séringue stérile, au giron même, où nous transportons le malade. Ceci en vue de l'utilisation des émanations.

Le nombre des injections est habituellement de 4 à 6, rarement 10, exceptionnellement plus; ce nombre est régi par l'idée de faire recouvrer aux malades un état qui puisse leur permettre la balnéation générale.

D'ailleurs il nous fût impossible de leur faire accepter un traitement uniquement fait par les injections. Malgré les améliorations rapides constatées, le prestige de la balnéation locale est tel, que nous n'avons pas encore reussi obtenir d'aucun malade le traitement sans bains. Mais d'ores et déjà le traitement maintenu dans les indications que nous avons énumérées, constitue un intéréssant enrichissement des moyens crénologiques.

Nous versons aux débâts sur l'administrations en injection des eaux minérales les essais exécutés par nous à Băile Herculane.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II.

Cazuri clinice.

I. MASTOIDITA TIP BEZOLD CU CELULITA DIFUZA OCCIPITO-TEMPORALA ŞI ABCES EXTRA-DURAL OPERAT, VINDECAT

II. FLUX MENSTRUAL NASAL

de

D-r I. GHEORGHE — Craiova

A. T. soţia Plot. T. din Reg. 1 C., după 2—3 zile de gripă, acuză otalgie stângă, la 20 Februarie a. c., iar după 3 zile i se face paracenteza timpanului stâng de un confrate din oraş. A curs urechea 3 săptămâni, iar de 7 zile a încetat scurgerea purulentă din conduct, au apărut dureri în fundul urechei şi zvâcnituri în zona mastoidiană, febră şi observând că regiunea retroauriculară stângă începe să se umfle şi să aibă dureri când apasă pe ea, se prezintă la serviciu O. R. L. al Spitalului Militar în ziua de 21 Martie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Antecedente heredo-colaterale şi personale, fără importanţă.

In vârstă de 24 ani, de constituţie medie, uşor febrilă 37,6°.

Se observă în regiunea retroauriculară stângă o umflătură, ce pleacă cu puţin deasupra nivelului conductului auditiv extern şi coboară în jos cu 3 laturi de deget sub vârful mastoidei, în direcţia Sterno-cleido-mastoidiană, cu aspectul normal al pielei, dureroasă la presiune, moale, trădând o colecţie de desubt. Pavilionul plecat înainte, cu şanţul retroauricular dispărut.

Mastoida dureroasă la presiune pe toată suprafaţa ei. Uşor torticolis stâng.

La examenul otic se observă în conductul auditiv stâng urme de puroi, în timpanul paracentezat în cadranul postero-inferior unde pulsează uşor.

Marginele paracentezei congestive, restul timpanului cu aspect rozat. Peretele postero-superior al conductului uşor prăbuşit. Auzul diminuat la ceas şi la diapazon la stânga, Weber lateralizat la stânga, Schwabach prelungit, Rinne negativ trădând leziunea aparatului de transmisie, nu are vâjeeli, nu are ameţeli, nu are nystagmus spontan.

Cerem să fie internată în serviciu, punându-i-se diagnosticul de mastoidită tip Bezold. Refuză internarea, dar peste 2 zile la 23 Martie, reapare la consultaţii fiind adusă de grija că durerile se exacerbează şi inflamaţia crescuse,

ocupând şi rădăcina arcadei zigomatice, care era foarte dureroasă la presiune şi cu ţesuturile moi infiltrate. De asemenea acuză dureri la presiune la vre-o 2 cm. deasupra bazei mastoidei, pe o linie ce merge pe marginea posterioară a ei, dureri ce se accentuiază şi la percuţie. O decidem pentru intrevenţie care se execută a 2-a zi la Spitalul Militar, fiind ajutat de Domnul Maior D-r Dumitrescu.

După puţină morfină, sub anestezie generală, se practică incizia la locul de elecţie, prelungindu-se sub vârful mastoidei care se deperiostează; vine un mic val de puroi atât dinspre sterno-cleido mastoidian cât şi din zona mastoidiană; deschidem mastoida pe care o găsim pneumatică, chiuretăm celulele care erau pline de puroi sub tensiune, lărgim spaţiul intersinusofacial, deschidem antrul care era plin de puroi şi mergem spre vârf unde dăm de o celulă mai mare plină cu puroi şi care era cariată, pe unde difuzase puroiul sub teaca sterno-cleido-mastoidianului.

Deasupra antrului găsim un grup de celule prinse. Prelungim incizia pe rădăcina apofizei zigomatice, unde găsim alt grup celular ce deperiostase uşor, pe care-l desfacem cu pensa muşcătoare, chiuretăm celulele ce erau cu puroi. Amintindu-ne că avem în faţă o mastoidă foarte pneumatică cu celule difuze şi cu durerea ce o acuza pacienta la presiune şi percuţie în regiunea de deasupra şi în urma bazei mastoidei, facem o contra incizie perpendiculară pe prima spre occipital; punem depărtătorul Jansen şi observăm la punctul reperat o uşoară deperiostare şi osul occipital uşor ruguos.

Căutăm să desfacem cu chiureta tabla externă şi găsim un grup de 4—5 celule pline cu puroi şi cu sonda cercetând mai atent, deodată ne vine o cantitate de puroi galben cam de vre-o 7—8 grame, bine legat.

Lărgim breşa cu pensa muşcătoare, dăm de o masă moale uşor fongoasă, facem o craniectomie cât aproape o monedă de 2 lei, căutând să nu lăsăm părţi declive sau diverticule ce ar putea constitui punct de plecarea spre o nouă complicaţie şi nici nu forţăm aderenţele de protecţie ce să făcuseră între dură şi tabla internă.

Dura mater în aderenţele ce făcuse, a apărat de întinderea infecţiunei către elementele mai profunde şi această durmerită nu dădea nici-un semn clinic.

Odată evitat acest abces extradural cerebelos ce nu comunică cu mastoida. deci era un abces extradural închis, punem pansament à plat, lăsând şi plaga deschisă. Bolnava se vindecă în 20 de zile şi văzută de curând, e perfect sănătoasă, uşor indispusă doar de cicatricea cam mare ce i-a rămas după ureche.

Dacă abcesul extradural este cea mai frecventă complicaţie endocraniană a afecţiunilor otice, după cum afirmă Körne, Jansen, Takabatache şi dacă raportul de otomastoidită şi abcese extradurale e de 2,4% după o statistică a Clinicei O.R.L. din Spitalul Filantropia Bucureşti, nu ştim câte din ele au fost diagnosticate înainte de intervenţie. In cazul nostru pacienta nu avea absolut nici-un simptom trădător de alarmă, general sau cerebral de abces extradural, decât doar cel local, durerea la presiune.

Nu am putut lua calea dela cunoscut la necunoscut a otologiştilor, pusă la punct de Maubranc şi Broca, nu aveam nici-un semn clinic şi nici-o jalonare osoasă, fistuloasă spre abces; ci am luat cale paramastoidiană, cea a chirurgilor, aşa fiind situaţia.

Vidarea unui abces extradural nu trebue să-o considerăm întotdeauna o victorie definitiv câştigată, căci se pot întâmpla surprize, mai mult sau mai puţin tardive, dar grave, cum ar fi de exemplu abcesul cerebral sau cerebelos, aşa că pacientul trebue controlat din când în când.

Nu pentru mastoidă tip Bezold şi nici pentru celulita uşor difuză şi cu focare insulare, izolate, gândind uşor şi la o osteomielită, celulită ce se poate explica prin transmisiune venoasă sau limfatică — dacă se mai admite în întregime; — ci pentru a da un exemplu în plus de abces extradural închis, ce tăcea molcum şi care ar fi putut poate să joăce un rol mai profund — dacă nu dădeam accidental de el, am ţinut să prezint cazul de faţă.

GHEORGHE L: *Mastoïdite type Bezold avec cellulite diffuse occipito-temporale et abcès extra-dural-Opération-Guérison.*

II.

In ziua de 18 Febr. a. c., vine la consult D-na D. M. din Craiova, pentru dureri în gât; o amigdalită pultacee.

In timpul consultaţiei îmi dă informaţia că, de 12 ani are epistaxis, care se repetă periodic şi dacă la început era abondent, azi este foarte puţin şi nu o mai impresionează de loc.

Strângând interogatoriul, aflu că e în vârstă de 46 ani şi că acum 12 ani în 1925, a fost operată la Bucureşti de Prof. Daniel de „Fibrom uterin". De atunci pacienta nu a mai fost menstruată, dar a observat însă că, deşi până atunci nu-i cursese niciodată sânge din nas, are o hemoragie abundentă ce, cu intermitenţe, o ţine 3 zile. Cum s'a repetat în interval de câteva luni de 2—3 ori această hemoragie, consultă un medic, ce-i prescrie tamponarea foselor nasale cu vată cu apă oxigenată.

Epistaxisul s'a repetat la intervale, observând că apare mereu pe aceeaş nare, narea dreaptă. Consultă alt medic, care-i face o cauterizare, dar nu trece mult şi reapare hemoragia. Cum această scurgere începe să vină cu regularitate lunară, singură îşi face convingerea că această hemoragie trebuie să fie în legătură cu operaţia.

Impresionată mai puţin, începe să-şi observe mai obiectiv boala şi constată că la început, în primii ani, apare epistaxisul regulat lunar, numai pe narea dreaptă şi abondent, ţinând 3 zile dar nu continuu, ci intermitent, pierzând cam 300 gr. de sânge în total de fiecare dată. Cu 1—2 zile înainte de epistaxis avea, mai ales în primii ani, cefalee puternică, valuri de călduri, se aprindea la faţă şi-i ardea nasul şi avea senzaţia de înfundarea nasului, înfundare ce nu era aşa desagreabilă ca cea din guturai, cum compară pacienta, dându-i mai mult impresia de gâdilare, de înţepături uşoare. Aceste fenomene se potoleau după 2—3 reprize de scurgere de sânge din nas, ca să dispară complect odată cu epistaxisul.

De 3—4 ani însă regularitatea cu care apărea epistaxisul, e pierdută, venind cu întârzieri din ce în ce mai mari, iar cantitativ mult mai puţin de ceeace era la început. Acum totul se reduce la 10—20 de picături de sânge în 4—5 reprize pe 24 ore şi aceasta ţine de fiecare dată cel mult 2 zile,

Digitized by Centrul de Cercetare Bibliotecă Cluj

iar fenomenele prodromale s'au atenuat mult, aşa că, dacă în primii ani ştia precis că va avea în curând epistaxis, acum se pomeneşte, fără să simtă, că-i curg câteva picături de sânge, mereu şi numai pe aceiaşi nare.

Faţă de aceste afirmări, examinez cu atenţie nasul şi constat că este vorba de un nas cu aspect perfect normal, cu mucoasa pituitară de culoare şi aspect general perfect sănătos. Corneţii mijlocii şi inferiori nu erau hipertrofiaţi, mucoasa nu era turgescentă sau hiperemiată în nici un punct, nici o urmă de tumoretă şi circulaţie nu apărea evidentă nici măcar la nivelul antero-inferior al septului; în cazul arterial al lui Kisselbach nici o urmă de varicozitate.

Afirmaţiile pacientei nu le puteam pune la îndoială, după cum nici eu nu m'am îndoit că e vorba de flux menstrual nasal.

Cauza era evidentă şi istoricul tot m'a făcut să nu-i mai cer vre-o analiză sau examen nou.

Dealtfel îmi mărturiseşte că, în decursul acestor 21 ani şi-a făcut diferite analize ca: ureea, Wassermann, urina, tensiunea arterială, care toate erau normale ca şi ficatul.

Am rugat-o să vină să o văd imediat ce observă primele picături de sânge pe nas, pentru a-mi da seama ce se petrece endonasal.

Nu trec 3 săptămâni şi D-na reapare, reamintindu-şi că sunt aproape 2 luni de când avusese ultimul epistaxis şi că în dimineaţa acestei zile avusese uşoară senzaţie de gâdălitură în nas, după care au apărut primele picături de sânge, vre-o 15 în interval de 1—2 minute şi care se repetase cu vre-o 2 ore înainte. Endonasal observ corneţii inferiori uşor hipertrofiaţi şi hiperemiaţi, mucoasa pituitară congestivă, turgescentă, pe partea dreaptă a septului nasal a apărut de data aceasta cercul arterial al lui Kisselbach cu aspect varicos, iar pe un punct al lui o mică excrescenţă ce luceşte, pulsează, un punct mic cât o înţepătură de ac, roşu.

L'am atins cu puţină vată şi a mustit imediat puţin sânge. Era locul, singurul loc vizibil care putea explica scurgerile acelor câteva zeci de picături de sânge ce le avusese în acea dimineaţă.

D-na avea convingerea fermă că e lipsa menstruaţiei de vină şi prea se obişnuise cu acest fenomen nasal, ca să mai asculte vre-o indicaţie, eu având intenţia de a-i prescrie extracte ovaro-tiro-hipofizare, sau să mă facă să înţeleg cât de puţin că ar avea intenţia să mai vie vreo dată să o revăd pe această chestiune şi poate avea dreptate. Se studiase destul 12 ani şi nu era să înceapă un tratament, când începea sfârşitul accidentului nasal.

Epistaxisul 95% îşi are o cauză locală.

S'au descris *epistaxisuri premenstruale, complimentare* sau *suplimentare*. Se cunoaşte asemuirea histologică a mucoasei corneţilor cu a organelor genitale, ceeace l'a făcut pe Poirier să le zică *„Glandul nasului"*, după cum Sappey compară constituţia mucoasei pituitare cu cea uterină. Raportul între nas şi organe genitale se observă la om în epoca pubertăţii ca şi în a coitului, dând congestii ale pituitarei şi engorjarea corneţilor inferiori, putând merge până la hemoragii ca şi în timpul sarcinei ori a menstruaţiilor, în epoca menopauzei ori a insuficienţelor ovariene (Mahu) şi se explică printr'o legătură endocrino-simpatică, după cum aşa se explică

şi anumite reflexe naso-genitale, formând cum spune Terracol *„o sinergie genito-nazală"*. Dacă adrenalina produce o constricţie capilară, ovarul după Redisch dă o dilataţie a lor, ceeace ne-ar explica în largă măsură modul cum acţionează el prin mucoasa pituitară aşa de vasculară.

Această sinergie genito-nasală şi-ar găsi explicaţia în turburările fluxionare vaso-motorii sub dependinţa simpaticului de natură endocrină, ceeace a făcut pe endocrinologi să le numească turburări angiocriniene, în capitolul căruia intră şi epistaxisurile endocriniene.

Am crezut interesant acest caz pentrucă 12 ani în şir o femee, după o operaţie în sfera genitală, rămâne nemenstruată, dar are în schimb lunar, matematic lunar la început, epistaxis — şi curios, deşi, nu are nici o conformaţie specială în narea dreaptă, vine mereu numai pe ea sânge, — a cărui cantitate începe să diminue abia după 8—9 ani şi totuşi după 12 ani încă să mai apără, înlocuind cmoplect menstruele.

Cred că nu am greşit când cazul l'am botezat *„flux menstrual nasal"*, căci aproape jumătate din vieaţa sexuală ovariană a acestei femei s'a manifestat nasal.

GHEORGHE I.: *Flux menstruel nasal.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CORAMINE „CIBA"

CARDIOTONIC ŞI EUPNEIC

solubil n apă, administrabil în injec luni şi pe cale bucală Injecţie neiritantă. Efect rapid, momentan şi îndelungat. Uşor administrabil. Dozare exactă. Indicaţiuni multiple.

Stări acute de colaps **Insuficienţă cardiacă**
Turburări respiratorii **Intoxicări narcotice.**
Slăbiciune circulatorie positivă.

Fiole de 1,7 cmc., cutia cu 5 şi 20 bucăţi
Fiole de 5,5 cmc., cutia cu 3 bucăţi
Picături: flaconul cu 15 cmc.

SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE à BÂLE (SUISSE)
Rep. pentru România: Nic. Barna, Str. Romană 55, Bucureşti III.

DESPRE TRATAMENTUL COMBINAT CU RAZE X ŞI UNDE ULTRASCURTE IN ABCESELE PULMONARE

de

D-r EUGEN HERSKOVITS

Medic Radiolog, Bucureşti.

Razele röntgen să aplicau deja cu zeci de ani înaintea descoperirei undelor ultrascurte în tratamentul diferitelor inflamaţiuni acute piogene, ca furunculi, carbunculi, granuloame dentare, flegmoane, abcese, cu rezultate destul de satisfăcătoare.

Deoarece razele x nu au acţiune bactericidă, nici în vitro, nici în vivo, acţiunea lor asupra inflamaţiilor o explicăm prin excitarea celulelor componente al ţesuturilor inflamate, mărindu-le puterea de rezistenţă şi de acţiune.

BCU Iasi / Central University Library Iasi

Cantitatea de raze x aplicate în tratamentul inflamaţiilor nu trebuie deci să depăşească doza mică de excitaţie.

Undele ultrascurte adică curenţii de ultra înaltă frequenţă (dela 10 până la 100 milioane Hertz pe secundă), introduse de Schliephacke în ultimi ani în tratamentul inflamaţiilor acute ne dau rezultate tot atât de satisfăcătoare ca razele röntgen.

Undele ultrascurte fiind bactericide în vitro faţă de bacteriile piogene (în special asupra stafilococcului alb), putem presupune cum că şi în vivo au aceaşi putere. Acţiunea bactericidă directă a undelor ultrascurte o explicăm prin acţiunea lor selectivă calorică asupra microorganismelor.

In organismul viu acţiunea bactericidă e cu siguranţă mai mult indirecă, decât directă. Acţiunea indirectă o explicăm prin vasodilataţia, care aduce o creştere a schimburilor nutritive în ţesuturi, mărind prin aceasta puterea lor de rezistenţă, afluxul de leucocite şi facultăţile lor de a fagocita.

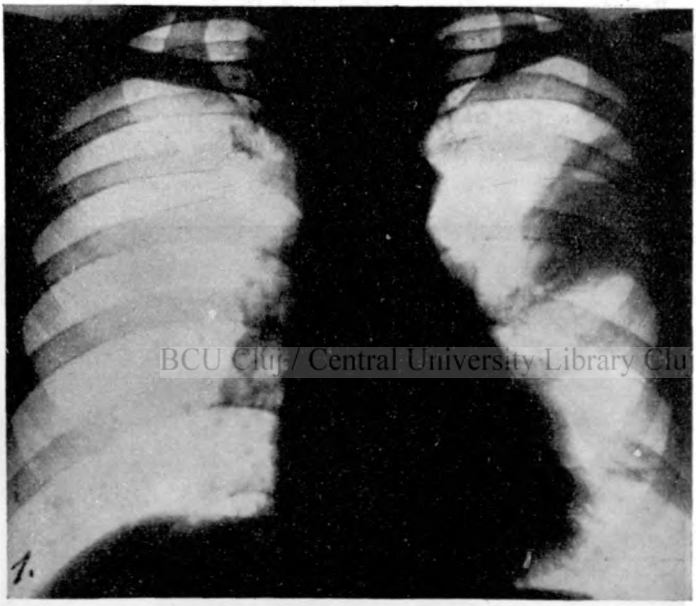
După aceasta scurtă introducere voi trece la descrierea celor 2 cazuri de abcese pulmonare observate de mine şi tratate cu unde ultrascurte combinate cu radiotherapie.

Deşi sau publicat de numeroşi autori, numeroase cazuri de abcese pulmonare vindecate prin unde ultrascurte (singur Schliphacke publică 23 de cazuri de empieme intratoracale vindecate cu unde ultrascurte) şi separat cu raze x, consider totuşi util să public urmă-

toarele cazuri, dar în special primul, unde radiografiile executate, atât înainte cât şi după tratament, demonstrează succesul rapid şi complect al tratamentului combinat.

I caz: la 20 Iunie 1936 mi-a fost adus de către D-l D-r Habermann, un bolnav de 48 ani, în vederea unei radioscopii pulmonare.

Bolnavul venise chiar în aceiaşi zi din provincie şi afirmă că febricitează de 2 săptămâni, timp în care medici ce l-au văzut, l-au tratat pentru o pneumonie stângă. La examen, pacientul febricitează (39⁰), acuză dureri în hemitoracele stâng, dureri care se exagerează în inspiraţie. Tuşeşte şi expectorează puţin. Dealtfel nimic deosebit clinicește. Sputa negativă.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 1. — Teleradiografie p. A. a toracelui, prezentând un abces în regiunea subclaviculară stângă. Dilataţia uşoară a aortei.

La radioscopie se observă în câmpul pulmonar stâng o umbră ovală, nett delimitată, de mărimea unui ou de găină, care prezinta în partea superioară o limită de nivel orizontală, care să schimbă la mişcările corpului (nivel de lichid). Deasupra acestui nivel de lichid, să vede o transparenţă similunară cu baza în jos. Intreaga imagine e situată la limita dintre treimea superioară şi mijlocie a câmpului pulmonar, mai mult cortical şi mai apropiat de peretele anterior al toracelui. Axa longitudinală a umbrei e oblică şi e dirijată de sus şi din stânga în jos şi spre dreapta.

Se observă pe lângă modificarea sus numită o uşoară dilataţie difuză a aortei. Teleradiografia postero-anterioară a toracelui, făcută în poziţie verticală a bolnavului arată aceaşi imagine, ca la radioscopie, cu singura deosebire că umbra nu apare complect homogenă, din cauza unei umbre

difuză fascicolară, care pornind din hilul stâng se proiectează pe partea inferioară a umbrei ovoide şi dau impresia că marginea inferioară a umbrei e puţin ştearsă. Incolo nimic deosebit la torace, (vezi fig. 1).

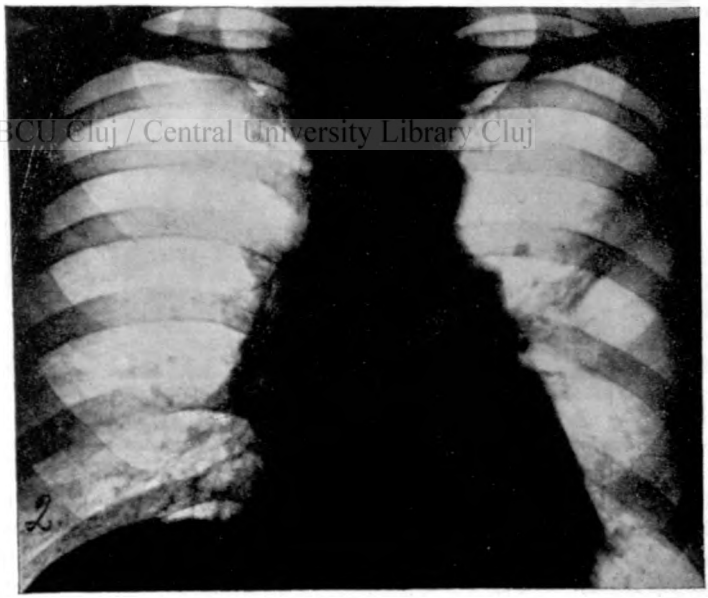
Din examenele radiologice tragem concluzia că e vorba de un abces al lobului superior stâng.

Pacientul a fost internat într'un sanatoriu şi a fost tratat cu unde ultrascurte şi röntgentherapie. Tratamentul a fost executat după prescripţia mea, cu technica următoare: Hemitoracele stâng a fost iradiat zilnic câte 20 minute, cu un aparat Siemens Ultratherm (6 m. lungime de undă egal cu 50 milioane de Hertz) cu electrozi mari typ Schliphacke (5 cm. distanţa electrozilor dela piele).

Regiunea corespunzătoare a fost iradiată şi cu raze X, cu o doză superficială totală de 50% HED. 4 mm. Al. 150 kV, 3 mA, FHD. 40 cm.

Doza susnumită a fost aplicată pe 2 câmpuri, unul ventral şi altul dorsal, împărţită în 5 şedinţe, cu pauză de câte o zi între ele.

Bolnavul a fost tratat şi cu benzoat de sodiu, emetină şi pneumotropină, fiind sub observaţia D-lui D-r Habermann şi a D-lui Conf. D-r Popper.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig 2. — Teleradiograma p. A. toracală a aceluiaşi bolnav (vezi fig. 1). Imaginea abcesului complect dispărută în ziua 17, după aplicarea radioterapiei combinată cu unde ultrascurte. In locul abcesului se văd câteva cordoane fibroase.

Cu începere din ziua 5-a febra a început să scadă şi prin liză, în ziua 10-a bolnavul a devenit afebril. Din această cauză sa încetat tratamentul cu undele ultrascurte după a 9-a şedinţă. Pacientul a mai rămas câteva zile în sanatoriu deşi nu prezenta nici o turburare.

In 7 Iulie 1936 deci 17 zile după ce am stabilit diagnoza, pacientul a revenit pentru controlul radiologic.

Clinicește bolnavul e complect vindecat și radiografia de control atestă vindecarea clinică, prin dispariția complectă a umbrei abcesului, în locul căruia nu mai sunt de văzut decât câteva umbre fascicolare. (vezi fig. 2).

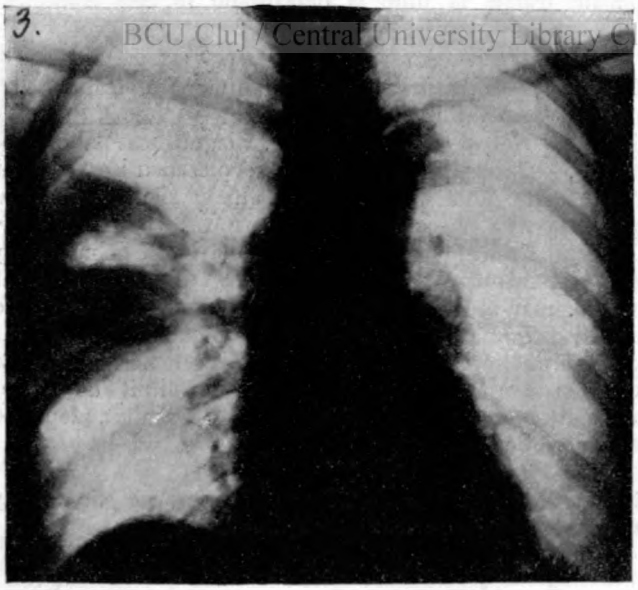
Umbrele fascicolare sunt probabil niște fâșii fibroase dintre care însă unele erau deja vizibile înaintea vindecării, având punctul de pornire din hil. (vezi fig. 1).

Pacientul a fost readus la 23 Octombrie 936 pentru controlul radiologic a toracelui, dearece dela 15 Sept. era subfebril. Cu puțin timp înainte suferise de o gripă. Examenul radiologic prezinta o imagine normală a toracelui.

Cred că merită să fie pomenit aci un **al II-lea caz,** cu 2 abcese pulmonare, care deși tratat cu aceași technică și metodă și cam în același timp cași primul, a sucombat după un tratament de 3 săptămâni.

La acest bolnav rezistența organismului a fost mult scăzută, din diferite cauze. Era vorbă de o femee de 60 de ani, care mi-a fost adusă abia la 1 lună dela debutul maladiei, expectora multă spută purulentă, febră de 40^0, otită medie supurată în dreapta și cu numeroase abcese în ambele coapse.

După radiologie am constatat 2 abcese de mărime deosebită, dar în proiecție suprapuse în treimea mijlocie a câmpului pulmonar drept (vezi fig. 3), și cum starea generală nu permitea nici o intervenție chirurgicală, am



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 3.— Teleradiograma p. A. a toracelui. In treimea mijlocie a câmpului pulmonar drept, se văd 2 abcese pulmonare de dimensiuni inegale în proiecție suprapuse. Constatare suplimentară : dilatația difuză a aortei.

propus tratamentul radioterapeutic combinat cu unde ultrascurte.

Ţin să adaug că înainte de a-mi fi adusă mie şi înainte de a fi prezentat abcese metastatice, pacienta a fost tratată fără succes (pe hemitoracele drept) cu un aparat de unde scurte, cu eclatori legaţi în serie.

Concluzii practice natural nu se pot trage din un caz sau două, însă din cele cetite în literatura din ultimi ani şi din cele 2 cazuri observate de mine aşi îndrăzni să trag următoarele învăţături pentru practica de toate zilele, în care armele de luptă ale noastre faţă de abcesele pulmonare sunt foarte reduse:

I. In fiecare caz de abces pulmonar să aplicăm fără nici o întârziere după stabilirea diagnosticului, tratamentul combinat de raze x şi unde ultrascurte, natural să nu neglijăm nici tratamentul chimic. Acest tratament combinat fizico-terapeutic să poate aplica cu atât mai mult fiindcă în mâna unui specialist expert nu e nociv şi amândouă metode aplicate împreună lucrând sinergic, ne pot da rezultate mai bune, decât fiecare separat.

II. Trebuie să insist asupra unui punct, asupra căruia Schliphacke, Liebesny şi Hayer au atras de mai mult atenţiunea şi anume, că tratamentul cu unde ultrascurte nu trebuie niciodată aplicat cu un aparat polifrequent cu eclatori a cărui acţiune nu e identică cu a celei exercitate cu aparatele monofrequente cu kenotroane, (cu ampule).

III. Prognosticul tratamentului combinat e bun în cazurile necomplicate tratate la timp şi defavorabil în cele complicate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Concluzii.

E vorba de 2 cazuri de abcese pulmonare, tratate cu raze x combinate cu unde ultrascurte.

Cazul 1: Abces pulmonar stâng, diagnosticat la 2 săptămâni dela apariţie, tratat apoi cu metodele fizicoterapeutice susnumite, s'a vindecat clinicesţe după 10 zile, după alte 7 zile am putut verifica radiologic dispariţia abcesului.

Cazul 2: Pacienta care vine la 1 lună după debutul boalei, cu 2 abcese în plămânul drept, pe lângă care mai prezintă o otită medie supurată, mai multe abcese a ambelor coapse şi o stare generală proastă. Bolnava, diabetică în acelaşi timp, fusese tratată anterior cu un aparat de unde scurte cu eclatori. Tratamentul cu raze x şi unde ultrascurte (aparat sistem ampule) instituit de mine după examinarea mea radiologică, a rămas fără rezultat, fapt pe care îl atribui celorlalte complicaţiuni.

E. HERSKOVITS: *Sur les traitement combiné par les rayons X et ondes ultra-courtes des abcès pulmonaires.*

III.

REVISTA TERAPEUTICA ANUALA *)

(1 Januarie 1936—31 Decembrie 1936)

de

Docent D-r GH. NICULESCU
Medic primar

şi

D-r M. STANESCU
Medic secundar

(Sfârşit)

TUB DIGESTIV ŞI ANEXE.

MIROS DE GURĂ.

Ravina [140]) citează cercetările lui Horvard, Aggard şi Greenberg, cari au arătat că mirosul gurei după alimentaţia cu ceapă şi usturoi este cauzat de resturi ce rămân la baza limbei; spălarea cu peria şi o soluţie de cloramin 30 ctg./30 cc. de apă fac să dispară imediat mirosul.

Digitized by Biblioteca Universitară "Carol I" Bucureşti

FLORA ANAEROBĂ A GURII.

Vinzent şi Lehmans [141]) au făcut un autovaccin cu flora anaerobă din gură (sp. dentium, sp. macrodentium, leptospira buccalis, b. perfringens, b. ramosus, staphilococus parvulus, micrococus foetidus) şi l'au întrebuinţat în diferite afecţiuni superficiale, profunde şi metastatice cu influenţă favorabilă în toate cazurile fără a specifica în ce anume afecţiuni.

STOMATITĂ BISMUTICĂ.

Friez [142]) a tratat cu succes prin rongalită un caz de stomatită bismutică ulceroasă.

STOMATITĂ MERCURIALĂ.

Milian [143]) cu ajutorul rongalitei, a avut un succes la două cazuri de stomatită mercurială.

ANGINĂ.

Mayersohn [144]) publică bunele rezultate obţinute în 9 cazuri de angine acute nespecifice cu ajutorul injecţiilor de bismut, după metoda lui Monteiro.

---

*) A se urmări începutul în No. 1—2 şi 3—4 | 1937.

STOMAC.

GASTRITE.

Brünner-Orstein[145]) ajunge la concluzia că diatermia şi undele scurte au o acţiune sedativă foarte netă în tratamentul gastritelor. Cele mai bune rezultate le-a obţinut prin diatermie cu aplicări de slabă intensitate, prin undele scurte cu cele de 30 metri lungime de undă, iar prin razele U. V. în doză eritematoasă pe zonele dureroase abdominale şi dorsale.

Weidlingen[146]) (din Budapesta) tratează gastritele netoxice prin injecţii intradermice cu suc gastric recoltat dela bolnav, 1—3 zecimi de cc. Crede că stomacul nu secretă numai fermenţi digestivi, dar şi o substanţă activantă (hormon de regenerare a ţesuturilor).

Thiers şi Chevallier[147]) în gastritele erozive şi în allergiile gastrice, injectează bolnavilor, intradermic, produsul de filtrare al prânzului deslănţuitor cu rezultate bune.

ULCER GASTRIC.

Autohemoterapie.

Pedro Coride Massini[148]) (Buenos-Aires) a tratat 350 de cazuri de ulcere prin autohemoterapie cu o technică pe care nu o indică. Rezultatele bune obţinute le explică prin dispariţia toxinelor cari provoacă nevrite ale simpaticului; consideră tratamentul ca infailibil, totuşi spune că acest tratament trebue să preceadă orice operaţie pentru ulcer. Ne întrebăm împreună cu Carnot şi Gaehlinger dece mai este nevoie de operaţie dacă metoda duce la vindecare.

Digitized by Romanian Academy Library

Ryss[149]) (Leningrad) utilizează injecţii de homiosânge şi heterosânge (câine, oaie), cu rezultate bune, în tratamentul ulcerelor gastrice şi enterocolitelor.

Blocarea simpaticului.

Luria[150]) (Moscova) bazat pe teoria trofică a originei ulcerului gastric-duodenal, reia metoda lui Wischnewski: blocarea sistemului nervos simpatic prin injecţia în capsula suprarenală de 100 cc. de sol. Ringer novocainată. După injecţie, durerile, hipersecreţia şi aciditatea cresc şi apar hemoragii oculte; după 2 săptămâni de perioadă acută urmează o fază de ameliorare şi dispariţia nişei.

Terapeutica prin acizi aminaţi.

Fernandez[151]) utilizează clorhidratul de histidină în tratamentul ulcerului gastro-duodenal în 24 de cazuri. Obţine rezultate destul de bune şi ajunge la concluzia că ameliorările obţinute privesc vindecările perioadelor acute ale ulcerelor şi care nu pot fi interpretate ca vindecări ale boalei.

Feldheim[152]) emite părerea că histidina este un mijloc foarte puternic pentru a face să dispară durerile gastrice, dar pentru a ajunge la vindecarea ulcerului, întrebuinţarea sa izolată nu este totdeauna suficientă; asociată cu medicaţia clasică a ulcerului, ea trebue să-şi aibe locul în terapeutica gastrică.

Sandweiss[153]) a observat 55% remisiuni după tratamentul cu histidină. După el histidina trebue rezervată cazurilor în cari regimul, alcalinele şi antispasmodicile nu au dat nici un rezultat.

Sotgin Bevilaqua şi Benacchio[154]) aplicând tratamentul cu histidină şi triptofan pe 30 de ulceroşi, au obţinut atenuarea durerii şi posibilităţii de lărgirea regimului alimentar. După ei histidina şi triptofanul constituesc un tratament ajutător.

Schwartzkopff[155]) semnalează rezultate bune cu tratamentul histidinic.

Docent Gh. Niculescu[156]), într'o conferinţă de punere la punct a tuturor tratamentelor clasic şi noui întrebuinţate în ulcerul gastro-duodenal, trece în revistă toate metodele, ajungând la concluzia că întotdeauna trebue întrebuinţat tratamentul clasic, ajutat la nevoie de unul din tratamentele noui. Bazat pe numeroase cazuri, crede că histidina este cel mai bun tratament ajutător.

DUODEN.

STAZA DUODENALĂ.

Ducuing şi Fabre[157]) sunt de părere că în staza duodenală paralitică cronică, tratamentul este numai chirurgical şi anume: duodeno-jejunostomia.

INTESTIN.

CONSTIPAŢIE.

Jahiel şi Van Geulwe[158]), cu 2—6 mgr. de extract paratiroidian per os şi 1—2 gr. săruri de calciu zilnic, administrate timp variabil, au obţinut 50% rezultate satisfăcătoare în combaterea constipaţiei la 50 de bolnavi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DIAREE.

Winters şi Tompkins[159]) au obţinut bune rezultate în tratamentul diareei la copii cu un preparat conţinând pectină agar, dextrină şi maltoză.

Courmont[160]) preconizează 1—3 gr. pe zi de binoxol în diareele tuberculoşilor.

ENTEROCOLITA.

Ryss, Stoikova şi Vedensky[160 bis]) (Leningrad) pornind dela ideia că un mare număr de afecţiuni intestinale sunt produse de procese anafilactice şi alergice, au tratat 40 de cazuri de enterocolite şi colite, prin injecţii intravenoase de sânge de om sau de animale. Cu homosânge, au făcut transfuzii de 250—300 cc. odată la 8—10 zile întrebuinţând sânge citratat de grup. Cu heterosânge au întrebuinţat sânge arterial citratat de câine 5—10—12 cc. intravenos, odată la 8—10 zile. Trei injecţii au fost suficiente în general. Heterosângele produce o reacţie intensă.

COLITA ULCEROASĂ.

Horster[161]) a tratat colitele ulceroase cu Torantil, un produs din substanţele extrase din peretele intestinal. Acest produs de-

sintoxică conţinutul intestinal şi face să dispară histamina, care joacă un rol important în afecţiunile tubului digestiv.

RECTOCOLITE ULCEROASE.

Tratament cu vitamina A. (vezi vitamine).

DOLICHOCOLON.

Injecţiile de prostigmin au un efect favorabil în tratamentul dolichocolonului (Bernard şi J. Ch. Roux[162]).

PARAZIŢI INTESTINALI.

Challamel şi Chantriot[163]) au experimentat aethone în tratamentul oxiurozei rebele, ascaridozei şi tricocefalilor, cu rezultate foarte bune.

Talice[164]) preconizează tetraclorurul de carbon ca tratament de elecţie pentru taenia. Pe 67 de adulţi are 65 de vindecări. Cu o săptămână înainte de administrarea tetraclorurului de carbon, recomandă bolnavilor un regim bogat în hidrocarbonate şi lapte, fără alcool, plus o doză zilnică de clorur de calciu. Dă apoi într'o dimineaţă pe nemâncate 3—4 cc. de tetraclorur de carbon în apă şi imediat apoi 35—40 gr. de sulfat de magneziu sau de sodiu. Ţine bolnavul la repaus. Permite apoi ca alimentaţie infuzii calde zaharate, ceai, cafea. Revine apoi treptat la alimentaţia obişnuită.

F I C A T.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Regim bogat în hidrocarbonate.

Berlin, Kondachovich, Granat, Pawloff şi Altsschulder[165]) consiliază în tratamentul afecţiunilor ficatului şi căilor biliare un regim de două zile, ce consistă în a da zilnic bolnavului 5 pahare de ceai cu 30—40 gr. de zahăr, deci 150—200 gr. zahăr pe zi, fără altă alimentaţie.

In acest timp este necesar repausul la pat. Bolnavul pierde 2—2½ kgr. pe care le câştigă apoi. Au observat dispariţia durerii la bolnavii cu afecţiuni ale veziculei şi revenirea la normal a ficatului congestionat.

Thioterapia.

Prof. P. Niculescu, Herescu şi Strat[166]) plecând dela constatarea că în insuficienţa hepatică şi în boalele febrile există o scădere a cifrelor glutathionemiei, au utilizat injecţii cu sulf coloidal şi au obţinut o revenire a glutathionemiei la cifrele normale.

* * *

TERAPEUTICA BOALELOR RINICHIULUI ŞI CAILOR URINARE.

NEFRITE ACUTE.

Rolul clorurului de sodiu în nefritele acute.

Prof. Slătineanu, Bălteanu, Sibi, Franche, Veith, Butescu şi Cantacuzino[167]) studiind un mare număr de cazuri de nefrite acute

scarlatinoase, au observat că regimul declorurat poate fi periculos când este prescris timp de săptămâni scarlatinoşilor şi când este folosit fără excepţie în orice nefrită acută în genere. In anuriile scarlatinoase, administrarea de clorur de sodiu este necesară când se poate evidenţia o cloropenie cu rezerva alcalină normală sau crescută.

NEFRITE CRONICE.

Clorurarea şi declorurarea în nefritele şi albuminuriile cronice.

Spre deosebire de vechea concepţie, după care, în orice nefrită cronică trebuia aplicat un regim alimentar declorurat, există cazuri în cari, constatându-se existenţa unei cloropenii, este indicată administrarea clorurului de sodiu.

Castaigne[168]) pune la punct chestiunea declorurării şi reclorurării în tratamentul nefritelor şi albuminuriilor cronice. Regimul declorurat strict trebue aplicat în nefritele cronice hidropigene, nefroze şi în puseurile edematoase ce survin în cursul oricărei varietăţi de nefrită. Sarea trebue administrată în doze moderate în cursul evoluţiei nefritelor cronice uremigene chiar când bolnavii prezintă sindromul serologic de retenţie clorurată uscată. Suprimarea sării este inutilă, uneori periculoasă chiar în toate cazurile de albuminurie cronică. Dacă albuminuria evoluează la tuberculoşi, clorurii sunt în general mai mult utili decât vătămători.

Cura de reclorurare se impune (cu prudenţă) în toate cazurile de nefrită cronică uremigenă sau de albuminurie cronică cu cloropenie, evidenţiată prin dozarea clorurilor în sânge sau prin existenţa vărsăturilor şi diareelor abundente. Sub influenţa reclorurării terapeutice se poate observa dispariţia vărsăturilor şi revenirea la normal a unei hiperazotemii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

INFECŢIUNI COLIBACILARE.

Hortolomei, Burghele şi Bora[169]), tratând infecţiuni urinare acute colibacilare prin seroterapie anti-colibacilară, ajung la concluzia că serul anticolibacilar este foarte activ în cazurile de septicemie colibacilară acută şi mai puţin activ în cazurile cronice. Acţiunea serului este specifică şi se observă ameliorarea imediată. Este indicat ca pe lângă tratamentul seroterapic să se asocieze şi un tratament local.

Maurin[170]) semnalează ameliorarea unei colibacilurii după administrarea de torium X per os.

NEFRITA ACUTA HEMORAGICA.

Paşcanu şi Georgescu[171]) în două cazuri de nefrită hemoragică prin intoxicaţie cantaridiană, au obţinut bune rezultate prin administrarea de ser Fischer intravenos, zilnic 200—400 cc., nedepăşind niciodată 700 cc. ca doză totală.

ANURIE.

Intrun caz de insuficienţă renală cu azotemie de 2.50‰ după nefrectomie şi decapsulare ureea a scăzut la 0,60%; vindecarea s'a menţinut după 20 luni (Diculafé[172]).

Grünberg şi Kerhove[126]) dau observaţia unei bolnave a cărei criză de uremie acută a fost oprită pe loc prin transfuzii sanguine, făcute după sângerări repetate; bolnava complect restabilită a 17-a zi.

* * *

TERAPEUTICA BOALELOR SISTEMULUI NERVOS.

CHOREE SYDENHAM.

Piretoterapie.

Bernacle, Ewalt şi Ebangh[173]) au tratat 20 de cazuri de choree prin febră artificială produsă de un aparat special „Ketthering Hypertherm" cu rezultate bune. In medie, vindecările s'au obţinut în 9 zile fără recidive.

Gillot, Dendale şi Combe[174]), preconizează malarioterapia în choreea Sydenham. Au vindecat 5 cazuri după 8—10 accese.

Injecţii de sulfat de magneziu.

Prof. mexican Contreras[175]) publică un articol în care expune rezultatele obţinute în cazurile de choree tratată prin injecţii intramusculare de sulfat de magneziu. El atribue lui Capite din Napoli aplicarea tratamentului cu sulfat de magneziu în choree, când spune că acesta a preconizat cel dintâi injecţiile intravenoase şi intrarachidiene. La noi Prof. Marinescu încă din 1908 a preconizat tratamentul cu injecţii intrarachidiene de sulfat de magneziu în choree, pe când De Capite abea în 1923.

Digitized by Central University Library Cluj

Revenind la articolul lui Contreras, găsim că el utilizează o soluţie de sulfat de magneziu în apă distilată în conc. de 25%, sterilizată la autoclav. Recomandă o injecţie la 2 zile, cantitatea variind după vârsta bolnavului; 5 cc. odată între 1—5 ani, 10 cc. pentru bolnavi mai în vârstă, injecţiile se fac intrafesier; pentru că produc durere la locul injecţiei, se recomandă uşor masaj după retragerea acului. Se fac 10 injecţiuni. Intre a doua şi a 5-a injecţie se produce sedaţiunea mişcărilor involuntare şi posibilitatea mişcărilor voluntare şi a mersului. După 5 injecţii bolnavul revine la normal. Contreras conchide că tratamentul cu sulfat de magneziu este cel mai eficace şi că vindecă toate cazurile de choree.

Prof. Manicatide şi Constantinescu[176]), aplicând metoda lui Contreras in 7 cazuri, au avut numai 2 vindecări complecte. Rămân la convingerea că cel mai bun tratament al choreei este cel cu antipirină în doze crescânde şi descrescânde. Medicaţia arsenicală (Licoare Budin, Liq. Fowler, untul arsenical al lui Weil sau neosalvarsanul) este şi ea bună dar se pot observa recidive, care se văd foarte rar după tratamentul cu antipirină.

In choreele cu fluxiuni articulare şi uneori cu determinări endocardice, asociază antipirina cu salicilatul de sodiu; iar în formele grave recurg şi la injecţii intrarachidiene de sulfat de magneziu 25% după metoda Prof. Marinescu[176 bis]).

CRAMPA SCRIITORILOR.

Radovici[177]) consiliază atropina ca tratament al crampei scriitorilor.

CRIZE GASTRICE TABETICE.

Prof. Marinescu şi Vasilescu [178]) au obţinut bune rezultate în câteva cazuri de crize gastrice tabetice cu ajutorul injecţiilor intravenoase de soluţie hipertonică de clorur de sodiu, suprimând astfel cercul viţios ce duce la hipocloremie.

EPILEPSIE.

Bune rezultate sau extractele parathiroidiene asociate tratamentului cu luminal, după cum arată Parturier şi Fribourg-Blanc [179]).

MENINGITĂ.

Rubiazolul şi serul lui Vincent au vindecat mai multe cazuri de meningită cu streptococ şi cu germeni asociaţi (Rouget şi Vaidie [180]), Van Nieuwenhuyse [181]).

MIASTENIE.

Rezultate bune au obţinut Prof. Marinescu, Sager şi Kreindler [182]) cu prostigmină.

NEVRALGIA GLOSSO-PHARINGIANULUI

Welti şi Chavany [183]) au 2 cazuri de nevralgii ale glossopharingianului vindecate prin secţiunea cervicală a nervului.

Guillain şi Aubry [184]) au rezultate bune prin alcoolizarea nervului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PARKINSONISM.

Coste şi Devèze [185]) aplicând cura beladonată, zisă bulgară, în tratamentul stărilor parkinsoniene, insistă asupra micşorării hipertoniei şi asupra toleranţei remarcabile a bolnavilor la dozele puternice de beladonă.

Prof. Marinescu şi Façon [186]) expun bunele rezultate obţinute pe 200 de bolnavi post-encefalitici trataţi cu atropină în doze progresive (metoda lui Roemer).

POLINEVRITE

După le Goff [187]), radioterapia pare să aibă în polinevrite o acţiune superioară faţă de celelalte metode de tratament.

PRURIT.

Margarot, Rimbaut şi Sauvy [188]) au obţinut vindecarea în trei cazuri de prurit esenţial, cari rezistaseră la toate tratamentele, prin puncţiunea lombară. Ei cred că decomprimarea rachidiană ar aduce o excitaţie a parasimpaticului susceptibilă de a compensa iritabilitatea simpaticului, cauză determinantă a pruritului.

Haskell şi Smith [189]) obţin rezultate bune în pruritul anal rebel idiopatic prin injecţii subcutanate de alcool 70°, în şedinţe separate de 4—6 zile repauz, se face succesiv alcoolizarea unui segment limitat al regiunei anale (1/6—1/4) după novocainizare.

RAU DE MARE.

Prof. Danielopolu şi N. Rădulescu[190]) consiliază atropina în metodă mitridatizantă ca tratament preventiv al răului de mare.

SCIATICA.

Ciacalopol[191]) a utilizat oleul iodat 5% al Dr. Marian cu rezultate bune în tratamentul nevralgiei sciatice şi al reumatismului.

SCLEROZA IN PLĂCI.

Radioterapia constitue un excelent tratament al sclerozei în plăci, fără ca să se poată spune că ea vindecă (Dausset, Arraut şi Chambet[192]).

Lépine, Arloing, Morel şi Josserand[193]) au utilizat, cu rezultate bune, o sare rezultată din combinarea acidului de hydroscorbic cu fierul trivalent şi cu magneziu, în injecţii, la o femee de 59 de ani, bolnavă de 5 ani, care până la acest tratament nu avusese nici o ameliorare.

* * *

INTOXICAŢIUNI.

INTOXICAŢIUNI ALIMENTARE.

Prof. Loeper[194]) împarte intoxicaţiile alimentare în trei categorii, după simptomatologia lor. In prima categorie intră cazurile la cari tabloul simptomatic se traduce prin: hipotensiunea arterială, miosis, salivaţie, sudori, crampe musculare, etc. In a doua categorie, se găseşte: Hipertensiune, midriază, uscăciunea pielei şi a gurei, tachicardie, cefalee. A treia categorie o formează cazurile în cari semnele celor două cazuri precedente se combină.

Prima categorie aminteşte acţiunea eserinei şi pilocarpinei şi ar fi datorită histaminei ce rezultă din fermentaţia protidelor. A doua categorie aminteşte acţiunea adrenalinei şi atropinei şi ar fi datorită thyraminei. Ca tratament preventiv, aminteşte: dietetica, masticaţia fără grabă, elixir clorhidropeptic în caz de insuficienţa digestiei gastrice.

Desensibilizarea: luarea de cantităţi mici (un gram) de alimente proteice suspecte cu 3/4 oră înainte de masă, sau peptonă (Pagniez, Vallery-Radot) sau încă pesină + peptonă sau numai pepsină 0,10 gr. (Loeper). Aceste substanţe ingerate provoacă un aflux de leucocite în stomac, concomitent şi o secreţie de mucus, secreţiuni ce sunt insuficiente la indivizii cu anafilaxie alimentară.

Intradermo reacţii repetate cu 2—3 picături de lapte sau histamină 1‰, hiposulfit de sodiu sau carbonat de sodiu.

Trat. curativ: se tinde să se reducă resturile alimentare, dând pacienţilor extracte pancreatice ce favorizează digestia intestinală.

Antiseptice: jodol, chloramin, cărbune.

Alcalinizarea mediului intestinal: cretă, magneziu.

La hepatici (cei mai mulţi pacienţi cu anafilaxie alimentară sunt hepatici) se va da: soluţii de tip Bourget, hiposulfit de sodiu, apă de Vichy, extract de combretum, etc.

Contra manifestărilor hipotensive se va administra adrenalină.

INTOXICAŢIA CU CIUPERCI.

Intoxicaţia phallinică şi glicemia.

Binet şi Marek[195]) au constatat o scădere foarte marcată a zahărului sanguin la animalele injectate cu extracte de ciuperci veninoase şi care devine extremă când apar convulsiuni. Injectând o soluţie de glucoză în venele animalelor în experienţă, au văzut că fenomenele convulsive nu mai apar. Ei recomandă terapeutica zaharată pe lângă tratamentele obişnuite în cazurile de intoxicaţie cu ciuperci, la om.

Intoxicaţia phallinică şi cloremia.

Le Calvé[196]) publică bunele rezultate pe care le-a avut prin administrarea orală de clorur de sodiu în câteva cazuri de intoxicaţie cu ciuperci; clorurul de sodiu administratat a avut un efect prompt, suprimând vărsăturile cari făceau imposibilă orice altă terapeutică. Se poate vedea destul de clar că sindromul choleriform produs de intoxicaţia cu ciuperci era datorit cloropeniei. El recomandă şi pe bună dreptate, în cazurile de intoxicaţie cu ciuperci de tip phallinic (amanita phalloides) administrarea intravenoasă de clorur de sodiu în soluţie hipertonică sau per os asociată cu seroterapia lui Dujarric de la Rivière sau cu organoterapia lui Limousin.

INTOXICAŢIA ETILICĂ.

Hanns[197]) preconizează utilizarea unui preparat cu bază de emetic în tentativele de înţărcare a băutorilor de alcoolice; rezultatele obţinute ar fi destul de bune.

INTOXICAŢII MERCURIALE.

Fulde[198]) a obţinut vindecarea relativ promptă în trei cazuri de intoxicaţie acută prin mercur cu următoarea metodă: imediat ce s'a recunoscut că este vorba de o intoxicaţie mercurială, se fac spălături de stomac cu o suspensie apoasă de cărbune animal şi se administrează o soluţie de sulfat de magneziu 20%, căutând prin aceste manevre de a elimina mercurul neresorbit încă. La fiecare două zile apoi sângerează bolnavii prin puncţie venoasă şi le face injecţii intravenoase de glucoză 20%. Adaugă la tratament tonicardiace şi euphilină pentru mărirea diurezei.

Stomatită mercurială şi tratamentul ei prin rongalită (vezi ap. digestiv).

INTOXICAŢII BISMUTICE.

Stomatita bismutică ulceroasă şi tratamentul ei cu rongalită.

ANTIDOT POLIVALENT.

Strzyzowski[199]) a preparat un compus sulfurat denumit de ei „antidotum metalorum" care ar fi foarte eficace în intoxicaţiile cu metale grele şi toxice şi cu unele metaloide (arsenic şi antimoniu).

* * *

NEOPLAZII.

DIETETICĂ.

Bayer[200]) expune regimul preconizat de Freund şi Kaminer în tratamentul cancerului. Freund stabilise că metabolismul hidrocarbonatelor este alterat la canceroşi, în sensul unei creşteri a secreţiei şi unei scăderi a excreţiei; hiperproducţia de zahăr s'ar face la nivelul tumorei şi în serul sanguin. Pentru a împiedica desvoltarea şi creşterea specifică a ţesutului canceros, el ajunge la formularea unui regim care comportă 4 puncte: 1) Micşorarea aportului în hidrocarbonate; 2) Suprimarea strictă a grăsimilor de origină animală din alimentaţie. Se va recurge la utilizarea uleiurilor vegetale; 3) Se vor evita fermentaţiile acide prin variaţii alimentare individuale, determinând o alcaloză; 4) Desinfecţia şi curăţirea fizică şi medicamentoasă a intestinului.

CANCER ŞI PH.

Hirsch[201]) tratează canceroşii prin injecţii intravenoase (până la 150 cc.) de ser fiziologic puternic acidifiat, fie prin degajare de CO_2, fie prin acid ascorbic, şi având un pH. de 4,7. Injecţiile se fac la două zile, uneori asociate cu injecţii de glutation redus. Acest tratament are scopul de a corija sindromul humoral al canceroşilor (la cari găsim o creştere a R. A. şi o scădere a substanţelor oxidabile prin iod). Sub influenţa tratamentului, R. A. şi uneori pH. se coboară, algiile dispar, hemoragiile se opresc cel puţin pentru moment, se observă o ameliorare netă a stării generale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CANCER ŞI SIST. R. E.

Léo[202]) încearcă tratarea tumorilor maligne nesarcomatoase cu ajutorul unui extract de ţesut reticulo-endotelial. A avut impresia că a putut obţine oprirea desvoltării unor tumori maligne.

* * *

VITAMINE.

VITAMINA A.

Vitamina A. se comportă ca un bun agent de reparaţie a ţesuturilor; Alechinski[203]) obţine rezultate bune în ulceraţii cutanate. Debré şi Busson[204]) în ulcere ale corneei şi în rectocolite hemoragice; cu bune rezultate a fost utilizată vit. A. şi în cura de îngrăşare (vezi boli de nutriţie).

VITAMINA C.

Dela lucrările lui Szent-Gyorgy se poate obţine vitamină C. în stare pură; formula ei chimică este bine cunoscută, nu este alta decât aceia a acidului ascorbic.

Un caz de scorbut grav la un bătrân de 70 ani, a fost vindecât de Horst şi Conrad[205]) prin injecţii şi tablete de „Cebion".

Sindromele hemoragice sunt bine influenţate de vit. C. (vezi sânge).

Se preconizează şi în tratamentul unor boli infecţioase (vezi tbc. pulm. şi scleroza în plăci).

A. T. 10.

Holtz[206]) a demonstrat în mod indiscutabil că razele ultraviolete, lucrând asupra ergosterinei, dau naştere în afară de vitamina D. altor patru substanţe: tachisterina, lumisterina, suprasterina şi toxisterina.

Tachisterina şi toxisterina preparate în mod concentrat au primit numele de A. T. 10 (antitetanic 10). Are proprietatea de a mări calcemia. S'a văzut că 3 cc. de A. T. 10 au o acţiune echivalentă cu 100 unităţi de parathormon Collip. Este o substanţă care are în plus avantajul că se administrează per os. S'au publicat rezultate remarcabile în special în tetania parathireoprivă, apoi în astm, hemoragii grave (în special în homefilii). In timpul tratamentului cu această substanţă trebuie urmărită variaţia cifrei calciului din sânge, pentru că preparatul se poate acumula producând accidente prin hipercalcemie.

* * *

AGENŢI FIZICI. — APE MINERALE.

UNDE SCURTE ŞI ULTRA SCURTE.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Terminologia de unde scurte şi ultra scurte este datorită expresiunei adoptate în radiofonie, după care curenţii de înaltă frequenţă sunt caracterizaţi după lungimea de undă, nu după frequenţă. In regulă generală, undele cu lungime de 15—100 m. se numesc unde scurte, iar cele sub 15 m. ultra scurte. O frequenţă de 10.000.000 perioade pe secundă ar corespunde unei lungimi de undă de 30 m., iar una de 100 milioane perioade, la lungimea de trei metri. Undele scurte şi ultra scurte au fost experimentate în toate ramurile medicinei.

Rezultate bune au dat în tratamentul migrenei (vezi migrena); în diabetul insipid (vezi endocrine); în tratamentul tusei convulsive, abceselor pulmonare (vezi pulmon.); în gastrite (vezi ap. digestiv); în acnee (Stein şi Last[207]), în orchiepididimită (Levy[208]).

RAZE X.

Vezi ap. circulator (Hypertensiune arterială şi asistolie).

Vezi boale de nutriţie (mal. lui Dercum).

Vezi boale nervoase (polinevrite, scleroză în plăci).

TRATAMENTE COMBINATE.

Carlen[208 bis]) a vindecat o bolnavă atinsă de acnee rosacee prin combinarea razelor U. V. pentru seboree, electrocoagulare pentru telangiectazie şi noduli profunzi şi prin masaj pentru roşaţă difuză.

Delaplace şi Piffault[209]) recomandă asocierea mesajului cu raze imfra roşii în tratamentul reumatismului blenoragic.

APE MINERALE.

La Congresul al XV-lea Balneologic Naţional din Bucureşti, au fost aduse numeroase lucrări atât personale cât şi din Institutele de balneologie: Prof. D-r A. Theohari din Bucureşti, Institutul de balneologie din Iaşi şi cel din Cluj. Fiind foarte numeroase, din lipsă de spaţiu, nu le cităm în parte pe fiecare. Sunt publicate în Buletinul Institutului de Balneologie Prof. D-r A. Theohari şi în Revista de Hidrologie.

* * *

MEDICAMENTE NOUI.

Alcool octilic (vezi trat. sindr. hemoragice).

Aminophillină (vezi trat. algiilor cardiace).

Antidotum metalorum (vezi trat. intoxicaţiilor).

Aspirină (derivat).

Pauchet[210]) a încercat iodeopirina, derivat iodat al aspirinei — acid acetyl monoiodo salicilic — în reumatismele articulare acute şi cronice şi în colibaciloză, cu rezultate ce par a fi interesante.

Sare de aur. O nouă sare de aur în tratamentul reumatismului (vezi boli de nutriţie).

Un praf contra beţiei (vezi intoxicaţii).

Derivat al sărurilor biliare (vezi infecţii streptococice).

Binoxol (vezi ap. digestiv).

Compuşi bismutici (vezi sifilis).

Grellot[211]) a obţinut rezultate remarcabile în endometrite, vulvo-vaginite şi metrite, cu un amestec de bismuto S. oxyquinoleină 20 gr., isopropyl naftalen sulfonat de sodiu 0,1 gr., apă distilată sterilă 100 gr.

Soluţie fenolică. Soluţie fenolică complexă în tratamentul tusei convulsive (vezi boli infecţioase).

Lithiumsulfonaftenat (Antireumatic Oeriu). I. Stoia, S. Oeriu, C. Angelescu şi N. Stratulativ[214]) au publicat rezultate excelente în tratamentul reumatismului acut şi cronic cu preparatul D-rului Oeriu (lithiumsulfonaftenat). Pe 40 de bolnavi (şi anume: 18 cu reumatism acut sau subacut, 17 cu reumatism cronic, 2 cu sciatică şi 2 cu lumbago), au administrat noul preparat în soluţie apoasă de 2% pe cale intravenoasă şi intramusculară. Durerile au dispărut în 87,50% din cazuri şi au fost micşorate evident în 12,50%. Aplicarea tratamentului a necesitat cel mult 12 injecţiuni.

Rezultatele publicate sunt încurajatoare şi metoda merită să fie experimentată pe o scară mai întinsă.

Prontosil (vezi boli infecţioase)

Rhodalor (vezi aparatul respirator).

Rubiazol (vezi boli infecţioase, nervoase şi ap. respirator).

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

1) **Arnulf şi Frich,** Pr. Méd. No. 31, 15. IV. 1936, p. 629. — 2) **Culty** Soc. de méd. militaire française, 11 Juin 1936. — 3) **Nemours-August,** Soc. de méd. de Paris, 12. 3. 1936. — 4. **Jeandel,** Soc. Fr. D'électrothérapie et de Rad., 24. III. 1936. — 5) **Prof. P. Niculescu, Heresca** et **Strat.,** Acad. de Méd. Rom., 3. III. 1936. — 6) **A. Ravina** et **Dreyfus,** Pr. Méd., No. 70, Aug. 1936. — 7) **Paisseau, Barillon, Vaille, Jeanette-Walen,** Pr. Méd. No. 62, 1 Août. 1936. — 8) **Berny** et **Gippet,** Soc. de pathol. exot., 14 Oct. 1936. — **Berny,** Ibid., 8 Janv. 1936. — 10) **Montel,** Soc. de pathol. exot., 1. IV. 1936. — 11) **Lépine** et **Markianos,** Soc. de pathol. exot., 8. I. 1936. — 12) **Bertaccini,** Giorn. ital. di dermat. et sifil. t. 77, 4 Aug. 1936. — 13) **Margarot, Rimbaus,** Soc. des sciences méd. et biol. de Montpell. Mars 1936. Pr. Méd. No. 66, 15. VIII. 1936. — 14) **Jaurin,** Soc. fr. de dermat. et de suph., 6. II. 1936. — 15) **Flandin** et **Turiaf,** Ibid. — 16) **Jitianu,** Rom. medicală, 15 Sept. 1936. — 17) **Stroe A.,** Rom. medicală No. 2, 15 Ian. 1936. — 18) **Laporte, Darnaud** et **Géraud,** Soc. de Méd., chir. et de pharm. de Toulouse, Fevr. 1936. — 19) **Coronat,** Soc. méd. Hôp., Lyon, 25. II. 1936. — 20) **Tevenet,** Soc. Nat. de méd. et des sc. méd. de Lyon, 25 Nov. 1936. — 21) **Montel** et **Trouong-Van-Que,** Soc. de Patol. exot., 8. I. 1936. — 22) **Ravina** et **Laplanche,** Ac. de Chir., 25. III. 1936. — 23) **Lang.,** Beitr. zür Klin. Chir. t. 163, No. 3, Apr. 1936. — 24) **Carcassone** et **Llucio,** Comité méd. des Bouches de Rhône, Fevr. 1936. — 25) **Bréhan** et **Desplas,** Acad. de chir., 14 Oct. 1936. — 26) **Magendie,** Soc. de chir. de Bordeaux, 22. I. 1936. — 27) **Mo. Neal** et **Frishee,** The Americ. Journ. of the médical Sc. t. 191, No. 2, Fevr. 1936. — 28) **Ramon, Bocage, Mercier** et **Richou,** Pr. méd. No. 10, 1. II. 1936. — 29) **Sauvé,** Acad. de chirurg., 22. I. 1936. — 30) **Soupault** şi **Bernardin,** Ibid. — 31) **Capelle,** ibid. — 32) **Pagniez, Plichet, Rendu,** Soc. méd. Hôp. Paris, 16 Oct. 1936. — 33) **Luccioni** et **Blanchard,** Com. Méd. des Bouches du Rhône, Mai 1936. — 34) **Miraillé** et **Capette,** Acad. de chir., 1 Jul. 1936. — 35) **Merklen, Waitz, Pernot,** Soc. Méd. Hôp. Paris, 6. III. 1936. — 36) **Lassier,** Soc. de stomat. Paris, 18. II. 1936. — 37) **Bloch,** Soc. Méd. Hôp. Paris, 6. III. 1936. — 38) **Tzank, Klotz** et **Negreanu,** ibid. — 39) **Magendie** et **Villar,** Soc. chir. Bordeaux, 12. XII. 1936. — 40) **Tzank** et **Klotz,** Soc. Méd. Hôp. Paris, 6. III. 1936. — 41) **Duvoir, Pello, Bouley, Huguet,** Soc Méd. Hôp. Paris, 28. II. 1936. — 42) **Debré,** ibid. — 43) **Touraine, Renault** şi **Boyer,** Soc. fr. de dermat. et de syph., 13. II. 1936.— 44) **Anghelescu, Crivăţ, Pascal** şi **Lăzărescu,** Bull. et mém. de la Soc. Méd. d'Hôp. Bucarest No. 1, Ian. 1936 şi Rev. Şt. med. No. 5, Mai 1936 — 45) **Slătineanu, Bălteanu, Franke şi Popp,** Ac. de Méd. din Rom., 5 Mai 1936. — 46) **Meyer, Heine, Huguenin,** Pr. Méd. No. 23, 18. III. 1936. — 47) **Ferrachove, Andrieu şi Montier,** Soc. de Méd. Milit. Franc., 12. III. 1936. — 48) **Lemièrre** et **Laporte,** Soc. Méd. Hôp. Paris, 20. III. 1936. — 49) **Laudat** şi **Daum,** ibid. — 50) **Sézary** et **Friedman,** Soc. Méd. Hôp. Paris, 24. IV. 1936. — 51) **Lemièrre,** ibid. — 52) **Bloch-Michel, Conte** et **Durel,** Pr. Méd. No. 82, 10 Oct. 1936. — 53) **Neuber W.** Klin Woch, t. 49, No. 19, 8 Mai 1936. — 54) **Dănulescu** şi **Muscel,** Spitalul, Dec. 1936. — 55) **Barbier,** Soc. Méd. Hôp. Lyons, 24. III. 1936. — 56) **Colebrook şi Kenny,** Lancet, 1936, V. I. p. 1249. — 57) **Schaffer,** Dtsch Méd. Woch. 1936, No. 22, pag. 884, — 58) **Cleisz,** Soc. d'obst. et Gynec. de Paris, 3. I.. 1936. — 59) **Digonnet,**

Digitized by Google

Chembault et Rouchy, Soc. d'Obst. et de Gynec. Paris, 2. III. 1936. — 60) **Mathieu, Gilbert şi Tanouarn,** Soc. de laryng. des Hôp. Paris, 27. IV. 1936. — 61) **Causade et Morisse,** Soc. Therap., 12. II. 1936. — 62) **Flandin, Poumeau-Delille et Richon,** Soc. fr. de dermat. et syph., 19. I. 1936. — 63) Marian, Rev. Şt. Medicale No. 6, Iunie 1936. — 64) **West,** The Lancet No. 1, vol. I, 1936. — 65) **Wahl,** Le Monde Médical, 1 Nov. 1936. — 66) **Lafuente,** Soc. de Méd. d'Alger, 7. II. 1936. — 67) **Roques,** Munch. med. Wochensch. t. 83, No. 17, 24 Apr. 1936. — 68) **Gray,** Endocrinog., 4 Julie 1936. — 69) **Pagniez,** Pr. méd. No. 65, din 12 August 1936. — 70) **Hutton Culpeper şi Olson,** Arch. of Phisic. Ther. X ray, Rev. Jan. 1936, No. 1. — 71) **Darnaud,** Toulouse Méd., 15 Junie 1936. — 72) **L. Cornil et J. E. Paillas,** Pr. Méd. No. 27, 1 Apr. 1936. — 73) **Stoicescu şi Gincold,** Acad. de Méd. Rom. t. 1, No. 1 şi 3. III. 1936. — 74) **Wendt,** Cura de îngrăşare cu vitamina A., Münch. Méd. Woch. No. 20, pag. 808. — 75) **Legrand Lx.,** Congr. de l'assoc. franc. p. L'avcement de sc. în Pr. Méd. No 72, 5 Sept. 1936. — 76) **Paulian şi Bistriceanu,** Rom. Méd. No. 17, 1 Sept. 1936. — 77) **Alechinsky,** Soc. Clin. des Hôp. de Brux., 15. II. 1936. — 78) **Mongomery,** The Brit. Méd. Journ. No. 3920, 22. II. 1936. — 79) Prof. **Haţieganu şi Spârchez,** Rom. Méd. No. 8, 15, IV. 1936. — 80) **Parturier,** Soc. de Therap., 12. II. 1936. — 81) **Pierre Mallet Gui, H. Waltis.** — 82) **Weissenbach et Perles,** Soc. Méd. Hôp. Paris, 24. IV. 1936. — 83) **I. V. Bălănescu, Stoia şi Oeriu,** Spitalul No. 7—8, Jul.-Aug. 1936. — 84) **Pere Hanssen,** Acta Medica Scandinavica, 28. II. 1936. — 85) **Goldmann, Stern şi Lepine,** New-York State Journ. of Medec. t. 36, No. 1, 1 Jan. 1936. — 86) **Lawrance,** The Journ. of the Am. méd. Assoc. Vol. 906, No. 12, 21. III. 1936. — 87) **Rivoir,** Journ. Méd. Fr. No. 10, Oct. 1936. — 88) **Drouet, Vérain, Grandpierre şi Pierquin,** Soc. Méd. Hôp. Paris, 24. I. 1936. — 89) **Zondeck,** Pr. Méd. No. 76. 19 Sept. 1936. — 90) **Benito Fuerter,** Anal. de Méd. Interna t. 5, No. 1, Jan. 1936. — 91) **Max Levy şi L. Gally,** Soc. Méd. Hôp. Paris, 28. II. 1936. — 92) **Leriche şi Jung,** Pr. Méd. No. 39, 13 Mai 1936. — 93) **Parturier şi Vallerix,** Soc. de therap., 13. V. 1936. — 94) **Altschul,** The Journ. of. the Am. méd. Assoc., vol. 106, No. 16, 18 Apr. 1936. — 95) **Alechinsky,** Soc. Cl. des Hôp. Bruxelles, 15. II. 1936. — 96) **Hoborat şi Gassmann,** Dermat. Wochen. t. 102, No. 1/936. — 97) **Crăiniceanu Al.,** Ac. de méd. Rom., 3. III. 1936. — 98) J. **Wegierko,** Medycyna (Varşovia), No. 1, 7. I. 1936 şi Pr. Méd. No. 36, 3. V. 1936. — 99) **Parturier,** Soc. de Therap. 11 III. 1936. — 100) **Ciorapciu şi Popescu,** Rom. med. No. 15, Iulie 1936. — 101) **Ferrati,** Minerva Medica t. 1, No. 19, 12 Mai 1936. — 102) **J. Abernethy, Horsfall şi Mac Leod,** Bull. of. the Johns Hopkins Hospital t. 58, No. 1, Jan. 1936. — 103) **Rohmer şi Schneegans,** Concours méd., 12 Jan. 1936. — 104) **Malmutte şi Briquel,** Soc. de méd. de Nancy, 21 Oct. 1936. — 105) **Carles et Mossière,** Soc. de méd. de Bordeaux, Febr. 1936. — 106) **Schiephake,** Med. Klinik t. 32, No. 12, 20. III. 1936. — 107) **Barbary** (Nice), Acad. de Méd., 20 Oct. 1936. — 108) **Băltăceanu şi Vasiliu,** Soc. de therap., Bucureşti, 30. VI. 1936. — 109) **Stoia şi Sândulescu,** ibidem. — 110) **Frola,** Il policlinico t. 43, No. 5, 3. II. 1936. — 111) **Hasselbach,** Zeitsch. f. Tuberk. t. 75, No. 5—6, 1936. — 112) **Maurer, Monod, Benzard,** Acad. de chir., 25. III. 1936. — 113) Karpati, Zentralbl. f. Gynäkologie t. 60, No. 9, 29. II. 1936. — 114) **Rougemont şi Mounier-**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Kahn, Soc. de chir. de Lyon, 20. II. 1936. — 115) **Vişineanu**, Rom. Méd. No. 13—14 Iulie 1936. — 116) **Haţieganu, Moga** şi **Preotesoiu**, Rom. Méd. No. 13—14 Iulie 1936. — 117) **Paraf, Gally** şi **Ornstein**, Soc. Méd. Hôp. Paris, 16. VIII. 1936. — 118) Prof. **Iacobovici** şi **Teodorescu**, Rom. Med., Iulie 1936. — 119) Prof. **Iacobovici**, Mişcarea Medicală, 1936. — 120) **Bonnet** Paris Méd., 26 Sept. 1936. — 121) **Feinberg**, The Amer. Journ. of the méd. Sc. t. 191, No. 3, Martie 1936. — 122) **Fabre** şi **Pailloux**, Gazette hebt. des sc. méd. de Bordeaux t. 57, No. 10, 8. III. 1936. — 123) **Barker**, The Journ. of the Americ. méd. Assoc., Vol. 106, No. 10, 7. III. 1936. — 124) **Saragea** Rom Méd. No. 12, 1936. — 125) **J. Moritz de Bettencourt** şi **M. Coste-Real**, Lisboa Medica t. 13, No. 5, Mai 1936. — 126) **Grünberg** şi **Kerchove**, Soc. de méd. Paris, 25. I. 1936. — 127) **Curtillet** şi **Rougette**, Soc. de méd. d'Alger, 7. II. 1936. — 128) **Stoian** şi **Costescu**, Soc. de Chir., 14 Oct. 1936. — 129) Prof. **Hortolomei, Burghele, Gherasim**, Mişcarea Medicală, 1956. — 130) **Conturat**, Pr méd. No. 43, 27 Mai 1936. — 131) Prof. **S. Judine**, Pr. méd. No. 4, 11. I. 1936. — 132) **Iosef Sendrai**, Kl. Wochensch. t. 15, No. 2, p. 18, Iulie 1936. — 133) **Clerc, Sterne, Delamare** et **Paris**, Pr. Méd. No. 87, 28 Oct. 1936. — 134) **Arwid Wallgren**, R. fr. de Pédiatrie t. 12. No. 3. 1936. — 135) **Dreyfus**, Pr. méd. No. 29, 8. IV. 1936. — 136) Prof. **Lupu, Litarczek, Enăcheseu** şi **Bueur**, Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôp. Bucarest. No. 9, Nov. 1936. — 137) **Mircea Petrescu, Vănesen, Zamfirescu**, ibid. — 138) — **Weill** et **Samama**, Soc. fr. d'Hémat., 5. III. 1936. — 140) **Ravina**, Pr. méd. No. 7, 22 Jan. 1936. — 141) **Vinzent** şi **Lehmans**, Soc. Stomat. Paris, 21. I. 1936. — 142) **Friez**, Soc. de Stomat. Paris, 21. 4. 1936. — 143) **Milian**, Soc. fr. Derm. et syph., 9. I. 1936. — 144) **Mayersohn**, Mişcarea Medicală 3—4, 1936. — 145) **Brünner—Orstein W.**, Méd. Woch. t. 49, No. 23, 5 Iunie 1936. — 146) **Weidlinger** (Budapesta), în articolul Carnot—Gaehliger, Paris Méd., 4 Avril 1936. — 147) **Thiers** et **R. Chevallier**, Pr. Méd. No. 36, Mai 1936. — 148) **Pedro Corido Massini** (Buenos Aires) în articolul Carnot-Gaehliger, Paris Méd., 4 Avril 1936. — 149) **Ryss** (Leningrad), Arch. app. dig. et nutr. No. 10 1936. — 150) **Luria** (Moscova), în articolul Carbot, Paris Méd., 4 Avril 1936. — 151) **Fernandez**, Pr. Méd. No. 17, 26 II. 1936. — 152) **Feldhein**, Pr. Méd. No, 59, 22. VII. 1936. — 153) **Sandweiss**, The pourn. of. the Amer. Méd. Assoc., vol. 106, No. 17, 25 Avr. 1936. — 154) **Sotgin, Bevilacqua** şi **Benackhio**, Giorn di Clinica Medica, 10 Febr. 1936. — 155) **Schwartzkopff** (Cernăuţi), Cluj Medical. Januarie 1936. — 156) Doc. D-r **Gh. Nicolescu**, conferinţă Slănic-Moldova, Sept. 1936. — 157) **Ducuing** şi **Fabre** (Toulouse), Arch. des Mal de l'app. digest. No. 6, 1936. — 158) **Jahiel** et **Jean Van Geluwe**, Arch. app. digest. No. 7, Julie 1936. — 159) **Winters** şi **Tompkins**, Amer. Journ. of Dis. of Ch., vol. 52, No 2, Aug. 1936. — 160) **Courmont**, Soc. Méd. Hôp. Lyon, 24. III. 1936. — 160 bis) **Riss, Stoikova** şi **Vedensky** (Leningrad), Arch. des Mal. de l'app. digest. No. 6, Junie 1936. — 161) **Horster**, Arch. für Verd. Krank, Junie 1936. — 162) **Bernard** et **J. Ch. Roux**, Soc. de Gastro-entero. de Paris, 11 Mai 1936. — 163) **Challamel** et **Chantriot**, Soc. de therap., 10 Juin 1936. — 164) **Talice** (Montevideo), Arch. Jmal. de l'app. digest. No. 6, Mai 1936. — 165) **Berlin Kondachovich Granat, Pawloff, Altsculder**, Arch. Mal. de l'app. digest. 6 Juin 1936. — 166) Prof. **P. Nicolescu, Heresen, Strat.**, Acad. de Méd. Rom., 3. III. 1936. — 167)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Slătineanu, Bălteanu, Franche, Sibi, Veith, Butescu şi **Cantacuzino** (în art. Castaigne), Bull. de l'Acad. de méd. Paris, 21. 4. 1936. — 168) **Castaigne,** Journ. méd. fr. No 7, 1936. — 169) Prof. **Hortolomei, Burghele** şi **Bora,** Acad. de méd. rom., 8. VII. 1936. — 170) **Maurice,** Soc. de méd. chir, et pharm. de Toulouse, Fevrier 1936. — 171) **Paşcanu** şi **Georgescu,** Bull. et mem. de la Soc. méd. Hôp. Bucarest, Aprilie 1936. — 172) **Dieulafé.** Soc. de chir. de Toulouse, 31 Jan. 1936. — 173) **Bernacle, Evolt** şi **Ebangh,** de Journ. of the Americ. méd. Assoc., vol. 106, No. 24, 13 Iunie 1936. — 174) **Gillot, Dendale,** Ac. de méd., Paris, 9. 6. 1936. — 175) **Contreras,** Pr. Méd., No. 12, 8. II. 1936. — 176) Prof. **Manicatide** şi **Constantinescu,** Rom. Méd., 15 Sept. 1936. — 176 bis) Prof. **Marinescu,** Rom. méd. No. 20, 15 Oct. 1936. — 177) **Radovici,** Ac. med. Rom., 5. V. 1936. — 178) Prof. **Marinescu** şi **N. Vasilescu,** Rom. Med. No. 1, 1 Ian. 1936. — 179) **Parturier** şi **Fribourg-Blank,** Soc. de therap., 8. I. 1936. — 180) **Rouget** şi **Vaidie,** Soc. de Laryng. Hôp. Paris, 27. 4. 1936. — 181) Van **Nieuwenhuyse,** ibid. — 182) **Marinescu, Sager, Kreindler,** Soc. de neurol., 6. II. 1936. — 183) **Welti** şi **Chavany,** Acad. de Chir., 25. III. 1936. — 184) **Guillain** şi **Aubry,** Soc. de neurol., 6. II. 1936. — 185) **Coste** şi **Devèze,** Soc. méd. Hôp. Paris, 15. V. 1936. — 186) **Marinesco et Façon,** Ac. de méd. Paris, 24. III. 1936. — 187) **Le Goff,** Soc. fr. d'electrotherap. et de radiol., 28. I. 1936. — 188) **Margarot, Rimbaud** et **Sauvy,** Soc. méd. et Biol. de Montpellier et du Languedoc méditer., Martie 1936. — 189) **Haskell** şi **Smith** the Journ of Thhe Amer. Méd. Assoc., vol. 106, No. 15, din 11 Avr. 1936. — 190) Prof. **Danielopol** şi **N. Rădulescu,** Acad. de méd. Rom., 21 Jan. 1936. — 191) **Ciacalopol.** Rom. méd No.6 din 15 Martie 1936. — 192) **Dausset, Arraud** et **Chambet,** Sof. fr. d'electrotherap. et de radiol., 25. II. 1936. — 193) **Lépine Arloing, Morel, Josserand,** Soc. méd. Hôp., Lyon, 10. III. 1936. — 194) **M. Loeper,** Pr. méd. No. 88, din 31. X. 1936. — 195) **Binet** et **Marek.** Pr. méd. No. 73, 9. IX. 1936. — 196) **Le Calvé** Pr. méd. No. 89, 4, XI. 1936. — 197) **Alfred Hanns,** Soc. de méd. de Strasbourg et du Bas-hin, 29. II. 1936. — 198) **Fulde.** Mediz. Klin. t. 32, No. 20, 15 Mai 1936. — 199) **Strzyzowsky,** Pr. méd. No. 39, 13. V. 1936. — 200) **Bayer,** München, Mediz. Wochensch. t. 83, No. 12, 20. III. 1936. — 201) **Hirsch,** Ac. de med. fr., 21. VII. 1936. — 202) **Léo,** Soc. de méd. Paris, 13, II, 1936. — 203) **Alechinsky,** Soc. Cl. Hôp., Bruxelles, 15. II. 1936. — 204) **Debré** et **Busson,** Monde Médical, 1936, No. 884. — 205) **Horst Conrad.** Deutsche Mediz. Wochensch., 1936, No. 8. — 20) **A. Ravina,** Pr. méd. No. 98, V. 12. 1936. — 207) **Stein** şi **Last,** Med. Kl. t. 32, No. 23, 5. VI. 1936. — 208) **Levy R.,** St. Méd., Dec. 1936. — 208 bis) **L. Carlu,** Soc. Fr. de Derm. et de syph., 13. II. 1936. — 209) **Delaplace** et **Piffault,** Soc. de Méd., Paris, 25. I. 1936. — 210) **Pauchet,** Ac. de méd. Paris, 24. III. 1936. — 211) **Grollet,** Soc. de therap., 12. II. 1936. — 212) **Goldkorn** şi **Bielenski,** Revu de Tuberc. No. 5, 1936. — 213) **Bibicescu, Polatos** şi **Cipăianu,** Cluj Medical No. 12, 1936. — 214) **I. Stoia, S. Oeriu, C. Angelesco** et **N. Stratulativ.** Un nouveau traitement du rhumatisme. Bull. et mém. de la Soc. des Hôp. de Bucarest. Juin 1936 p. 187—189è

BCU Cluj / Central University Library Cluj

IV.

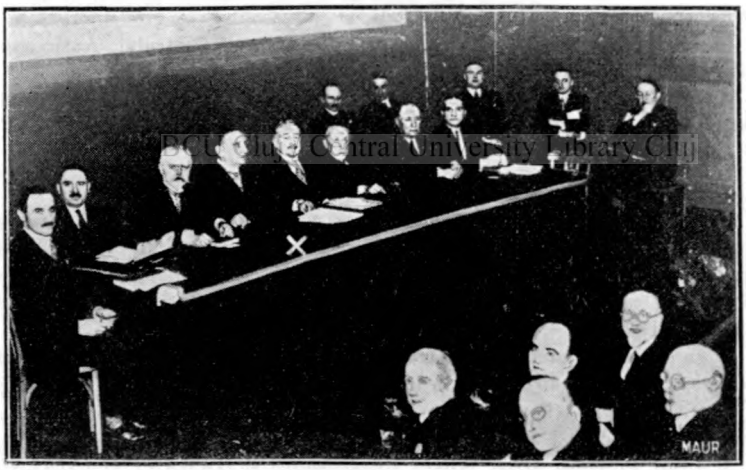
Congrese.

Al VI-lea Congres francez de Gynecologie*)

(Toulouse, 15-18 Mai 1937)

sub preşedinţia de onoare a D-lui Prof. C. Daniel (Bucureşti)

Intre 15—18 Mai 1937 a avut loc la Toulouse (Franţa), într'o înaltă atmosferă ştiinţifică, al VI-lea Congrez Francez de Gynecologie, sub eminenta preşedinţie a d-lui E. MERIEL, profesor de clinică chirurgicală şi gynecologică la Facultatea de Medicină din Toulouse.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

In jurul biroului de la stânga la dreapta, d-rii: Turpault, M. Fabre, F. Jayle (Paris); profesorii: E. Meriél, preşedinte actif (Toulouse), C. Daniel (Bucureşti), E. Forgue (Montpellier), Gorse, decanul Facultăţei de medicină Toulouse, J. Ducuing (Toulouse).

Şedinţa inaugurală a Congresului s'a ţinut în vastul Amfiteatru al Muzeului Facultăţii de Medicină, împodobit cu drapele, printre cari şi cel românesc, la cari au participat numeroşi membrii ai societăţilor franceze de gynecologie, în prezenţa delegaţilor internaţionali: belgieni, englezi, italieni, elveţieni, olandezi, cehoslovaci, turci, albanezi, şi o misiune română, compusă din d-nii: Prof. agregat D-r EMIL GHEORGHIU, D-r MIRCEA IONESCU şi D-r ŞTEFAN ŢINCU.

---

*) *Discursurile pronunţate de D-l* Prof. C. Daniel *la deschiderea congresului şi la banchetul dela 16 Mai vor fi publicate în No. viitor.*

României i s'a făcut un deosebit omagiu, Congresul fiind sub preşedinţia de onoare a profesorului D-r C. DANIEL **(din Bucureşti),** care a pronunţat discursul de deschidere, expunând progresele şi viitorul gynecologiei, precum şi perspectivele unei noi activităţi în gynecologia socială. D-sa subliniază apoi tradiţionala amiciţie franco-română şi necesitatea unei mai strânse colaborări între corpul medical francez şi cel român.

După Decanul Facultăţii de Medicină, d-l Profesor CORSE, care urează bun sosit congresiştilor, a luat cuvântul profesorul MERIEL, savantul chirurg şi clinician, preşedintele activ al congresului. Intr'un remarcabil discurs, D-sa în termeni elogioşi exprimă toată mulţumirea pentru succesul acestei adunări şi aruncă o privire asupra noilor probleme ale ginecologiei şi cancerului genital.

Celebrul profesor E. FORGUE (din Montpellier), membru al Institutului, după ce expune noile tratamente ale cancerului uterin, insistă asupra viitorului iradiaţiunilor, în lupta anticanceroasă.

Profesorul DIEULAFE, savantul anatomist şi chirurg, preşedintele Comitetului de organizare, a salutat într'o vibrantă alocuţiune pe congresişti.

Intr'un substanţial raport, d-rul MAURICE FABRE (Paris), eminentul Secretar general al Congresului, precizează repercusiunile şi amploarea problemei cancerului, supuse aprecierii şi examenului congresiştilor.

In fine, profesorul J. DUCUING, Directorul Centrului Anticanceros din Toulouse, face un expozeu general al chestiunii la ordinea zilei.

O singură mare chestiune a fost pusă în dezbatere: **Cancerul colului uterin,** cel mai frecvent şi cel mai curabil din cancerele viscerale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Pentru a pune ordine în distribuţia materialului şi pentru a coordona lucrările, s'a desemnat un singur raportor general: Profesorul J. DUCUING, care a reunit cele 9 rapoarte puse în dezbatere într'un important volum de 340 pagini, care rezumă până la zi toate achiziţiunile noi asupra patologiei şi tratamentului cancerului colului uterin.

In afară de problemele pur ştiinţifice, relative la **cauzele şi leziunile microscopice ale maladiei,** studiate în importantul raport al d-lor: X. BENDER şi X. COLANERI (Paris) a fost de un mare interes contribuţia adusă la partea practică, adică la **Lupta Socială contra Cancerului.**

D-nii Profesori MAX ARON (Strassbourg) şi HAMANT şi CHALNOT (Nancy), studiază: **Depistajul şi Diagnosticul Cancerului Colului Uterin;** E. CHAUVIN (Marseille), M. LEROY (Paris), T. GISCARD (Toulouse) abordează: **Complicaţiunile Aparatului urinar în cancerul uterin.**

Urmează apoi rapoartele d-lor: E. CURTILLET (Alger) şi R. DIEULAFE (Toulouse) asupra: **Recidivelor şi Metastazelor în Cancerul Colului;** CH. LEFEBVRE şi GOUZI (Toulouse): **Cancerizarea colului uterin rămas după hysterectomie.**

Tratamentului cancerului i s'a dat o deosebită amplcare în interesantele rapoarte ale D-lor: LOUIS MICHON (Lyon) şi R. DIEULAFE (Toulouse): **Tratamentul chirurgical al cancerului colului în afara sarcinii;** D-nii P. LEHMANN, (Paris), şi MARQUES (Toulouse): **Tratamentul prin Radioterapie** (Radium şi Raze) Electrocoagulare; Profesor DUCUING (Toulouse) şi M. NEGRE (Toulouse). **Complicaaţiunile tratamentului cancerului colului prin**

Radioterapie; Prof. PAUCOT (Lille) și GUILHEM (Toulouse): **Tratamentul cancerului colului în cursul sarcinii.**

Areste rapoarte, cu discuțiunile ce au provocat, precum și comunicările particulare, realizează un important progres al cunoștințelor noastre asupra subiectului pus în dezbatere.

Din Școala Gynecologică din București, s'au prezentat trei comunicări despre:

1) Cancerul colului uterin în România (C. DANIEL și D. MAVRODIN);

2) Starea ovarelor în cancerul colului uterin (C. DANIEL și A. BABEȘ);

3) Cercetări experimentale asupra originii eliminațiunilor hormonale în cancerul genital la femee. (C. DANIEL și AL. CRĂINICEANU).

Vizita Centrului anticanceros, dirijat cu atâta competință de profesorul DUCUING, renumitul chirurg și titularul catedrei de clinică cancerologică, unică în lume, a fost de un real interes; am putut admira remarcabila organizație a acestui institut, cuprinzând toate secțiile: laboratoare (chimie, biologie, anatomo- patologie, chirurgie experimentală), săli operatorii moderne, secțiune de radioterapie (2 grame de Radium, raze X), cu săli de bolnavi și camere separate cu circa 200 paturi.

* * *

Afară de recepții particulare, de invitațiuni la dejunurile oferite de d-nii Profesori MERIEL, DIEULAFE, DUCUING, 2 banchete oficiale în zilele de 15 și 16 Mai, au permis stabilirea de relațiuni mai strânse între congresiști.

In seara zilei de 15 Mai, în saloanele de la „Grand Hotel", Comitetul de organizare a oferti un dineu congresiștilor, prezidat de profesorul DIEULAFE, la care au luat cuvântul președintele MERIEL, Primarul ELLEN-PREVOT, Rectorul Universității, D-l Prof. GHEUSI și D-l Prof. Agregat D-r EMIL GHEORGHIU, ca delegat român.

La banchetul oficial din 16 Mai, de sub președinția d-lui Profesor C. DANIEL, la care participase peste 200 invitați cu soțiile lor, într'un elegant salon de la Grand Hotel, d-sa într'un discurs de o deosebită ținută literară a amintit de primele legături culturale între Români și literatura din Midi-ul Franței, cunoscuta amiciție dintre MISTEAL și ALEXANDRI, decernarea premiului la serbările florale de la Monpellier, poeziei „Gintei Latine" a lui ALEXANDRI, pe care a citit-o în întregime, în limba franceză, urmată apoi de Sonetul dedicat în 1880 de MISTRAL, României, emancipată de dominațiunea străină.

A răspuns d-l Profesor GORSE, eminentul Decan al Facultății de medicină, care într'o elegantă cuvântare, aducând omagii țării și medicinii noastre, a subliniat necesitatea unei strânse colaborări intelectuale între medicina tulusiană și facultățile române.

In numele delegaților străini a vorbit repezentantul Elveției; delegatul societății române de gynecologie, care într'o mișcătoare cuvântare a adus salutul țărilor reprezentate la congres, amintind vechile relațiuni medicale între țara sa și Franța.

Gerbe și buchete de flori, compuse din cele 3 culori ale drapelului

românesc, pe mese şi distribuite doamnelor, au fost încă o delicată atenţie, care da serbării un adevărat caracter de amiciţie franco-română.

In orele libere, vizita oraşului Toulouse şi a imenselor sale bogăţii artistice ne-au fost în particular înlesnite de d-na şi d-nul Profesor JEAN CALVET, eminentul chirurg oto-rino-laringolog şi mare amic al României.

Amicul nostru, profesorul DAMBRIN, cu cei doi fii — chirurgi reputaţi — împreună cu soţiile lor, ne-au condus de asemeni în unele din frumoasele anviroane al Toulousei şi ne-au oferit în cochetul său hotel, particular, un dineu.

Pitorescul oraşului, scăldat de majestuoasa Garona, cu vechile case cu curţi interioare, Tuluza numită „La Rose", din cauza cărămizii roşii, care domină în toate edificiile sale medievale, clădite într'o artă particulară care se armonizează cu atmosfera limpede acoperită de albastru continuu al cerului — dă acestui colţ Franţei meridionale un aspect impresionant.

Este demn de admirat în particular: celebrul „Capitoliu" cu poarta Henri IV, cu remarcabilele pânze de HENRI MARTIN, BENJAMIN CONSTANT, GERVAISE, etc.: interesantul muzeu al oraşului instalat în vechea mânăstire a Augustinilor din secolul IX de o rară eleganţă, unde se adăpostesc cele mai frumoase sculpturi romane din lume şi tablouri de RUBENS, GERVAISE, JEAN-PAUL-LAURENT, etc.; renumitele bazilice în gotic tuluzan, din care Saint-Sernin, unde se află depuse moaştele sfinţilor, a rămas cel mai frumos monument al epocei în Franţa. Am admirat „La Maison-de-pierre", o bijuterie arhitectonică, în fine, catedrala din Alpi, Capitala Departamentului Tarn, un miracol de artă, şi muzeul alăturat Palatului Episcopal, cu grădinile sale suspendate şi expoziţia pânzelor lui Toulouse Lautrec.

* * *

După terminarea lucrărilor, congresiştii, au participat la o excursiune în Comminges, oferită de comitetul de organizare de sub preşedinţia profesorului LEON DIEULAFE, care în expuneri interesante a arătat importanţa şi indicaţiunile staţiunilor hydrominerale şi climatice vizitate.

S'a vizitat mai întâi frumoasa staţiune St. Bertrand-de-Comminge, oraş de artă şi de istorie, denumit Pompei-ul Pirineilor, unde se fac săpături, înzestrat cu un bogat muzeu de vestigii galo-romane.

Apoi termele din **Barbazan** (sulfatate, calcice şi magneziane, radioactive), graţioasă localitate de cură, repaos şi sport, în plini Pirinei, cu o **staţiune uvală** (cură de must); indicaţii: cure de desintoxicaţie, afecţiuni intestinale, constipaţia, colibaciloză, ficat. **Labarthe-de Rivière** (ape sulfatate bicarbonate, radioactive), este o mică staţiune de ape de băut şi băi, indicate pentru: curele de diureză, rinichi, maladiile venelor (varice, flebite), metro-salpingite.

La amiază, excursioniştii, au fost primiţi oficial la Primăria din **St. Gaudens,** capitala unuia din cele mai întinse cantoane din Franţa, de către autorităţile în frunte cu Primarul D-l LOUIS PAYRAU, care în cadrul unei frumoase solemnităţi, ce a avut loc în sala de festivităţi a Primăriei, împodobită cu drapele franceze şi române, a adus omagii României. A urmat un dejun oferit de comună.

In cursul după amiezii s'au vizitat splendida staţiune balneo-cli-

matică de apă de băut şi băi: **Encausse-les-thermes** (ape sulfatate, calcice şi magnesiene), situată într'o regiune muntoasă, deschisă tot anul; indicaţii: paludism, cholagoge, diuretice.

Ganties-les-bains (ape alcaline şi bicarbonatate, radioactive), staţiune de cure diuretice, sedativă, decongestivă.

Se administrează în băutură, băi şi irigaţii, fiind indicată în artritism, turburări de nutriţie, boli genito-urinare, şi în special în gynecologie (băi de femei şi nervoşi).

In fine, excursia s'a terminat la importantele terme **Salies-du-Salat**, admirabil organizate şi renovate pentru băi şi tratamente gynecologice cu apo sărate forte, cu parc şi casino modern.

In această localitate s'a putut admira interesantele uzine a salinelor; Salins-du-Midi, de unde din apele minerale se extrage sarea alimentară în cantitate de 3—4 tone pe zi prin procedee mecanice.

In eleganta sală de teatru a Casinoului, medicul şef al staţiunii, într'o cuvântare substanţială expunând indicaţiile apei minerale, a salutat pe vizitatori şi reprezentanţii români.

A urmat un banchet, oferit de administraţia Termelor, prezidat de Primarul localităţii, înconjurat de autorităţile locale.

* * *

Nimic n'a fost mai instructiv de cât vizitarea bogatelor staţiuni climaterice şi termale din pitoreasca regiune Comminges situată la poalele Pirineilor — a căror eficacitate merită să fie mai bine cunoscute de gynecologi — la care adăogând atmosfera de caldă cordialitate atât a corpului medical francez cât şi al autorităţilor locale — a făcut ca toţi congresiştii să ducă cu ei cea mai frumoasă amintire.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru Români, în special, acest congres n'a fost numai o simplă reuniune ştiinţifică, ci un nou şi preţios prilej pentru afirmarea legăturilor indisolubile de amiciţie franco-română.

D-r Mircea Ionescu.

* * *

Al doilea congres naţional de radiologie

(Cluj, 21-23 Mai 1937)

Al doilea Congres Naţional de Radiologie, a avut loc la Cluj în zilele de 21, 22 şi 23 Mai, într'o atmosferă de caldă primăvară, sub preşidenţia D-lui Prof. Dr. Negru.

Aci s'au adunat peste 100 de medici radiologi din toată ţara, reprezentând radiologia pură sau aplicată în diferitele specialităţi medicale.

Din toate unghiurile ţării au venit reprezentanţi ai tinerei ştiinţe pentru a-şi da contribuţia la progresul ce se realizează zi de zi pentru a se pune în curent cu ultimele achiziţii în acest domeniu.

Desbaterile ştiinţifice au fost îmbrăcate într'o aureolă de sărbătoare sufletească şi de înfrăţire colegială. Rapoarte, comunicări, discuţii, desbateri de probleme ştiinţifice, au constituit o parte integrantă şi armoniasă din această sărbătoare.

Este un merit ce trebue împărţit egal între organizatori şi participanţi, cari au căutat să dea impresia unui spectacol măreţ şi demn de cultura românească.

Solemnitatea inaugurală a fost onorată de numeroase personalităţi din Cluj, în frunte cu reprezentanţii diferitelor societăţi şi autorităţi administrative.

Cu o deosebită bucurie şi sinceră simpatie a fost văzut de toţi congresiştii, simpaticul savant francez Dr. E. BORDET dela Paris, care a ţinut să ne onoreze cu personalitatea D-sale, cât şi ca reprezentant al Soc. franceze de Electrologie şi Radiologie medicală, ca reprezentant al Comitetului Congresului anual al medicilor electro-radiologi de limba franceză şi al Soc. de Radiologie med. din Franţa. A fost o cinste pentru congresişti de a avea tot timpul lucrărilor alături de ei, participând activ, pe acest demn reprezentant al culturei şi ştiinţei apusene.

Colegii şi prietenii jugoslavi au participat la acest congres prin simpatica persoană a D-lui Dr. DITRIEVIC, dela Zagreb, care deasemenea a colaborat activ la lucrările congresului.

Preşedintele congresului, Prof. Dr. NEGRU, după ce salută şi urează bun venit congresiştilor, după ce mulţumeşte autorităţilor pentru concursul moral şi material acordat, după ce salută cu frumoase cuvinte în limba franceză pe Dl Dr. Bordet, rugându-l să transmită mulţumirile congresului Societăţilor savante cari l-au delegat şi recunoştinţă Franţei „nobile, fidele şi generoase ca totdeauna", după ce salută cu căldură prietenească pe Dr. Dimitrievici, reprezentantul iugoslav — face un expozeu asupra progreselor realizate de ţara noastră în ultimii ani în domeniul radiologiei.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Constatările sunt mai mult decât îmbucurătoare. Tânara ramură a medicinei — radiologia — este cultivată, spune D-sa, cu multă intensitate într'o ţară tânără ca a noastră, încât se simte nevoia unor reuniuni — olimpiade ştiinţifice — cari sunt aceste congrese. In scurtul interval de 3 ani au avut loc 2 congrese ştiinţifice şi unul profesional.

Afară de aceea, statul a dat cu prisosinţă concursul său, astfel că în ultimii 15 ani, numărul radiologilor bine pregătiţi a crescut fără întrerupere, iar numărul laboratoarelor modern utilate a întrecut cifra de 150. La acestea se adaugă instalaţiile clinicelor celor 3 facultăţi din ţară.

Toate acestea constitue un merit demn de toată lauda al miniştrilor cari s'au succedat la Sănătate şi cari au înţeles să se ocupe şi de aceste laboratoare puse în slujba sănătăţii publice.

Există la Minister un Inspectorat radiologic care se ocupă cu aceste chestiuni. Mulţumită Ministerului şi iniţiativei Inspectorului de radiologie Dr. Negru, s'a pus aci la Cluj, bazele unui atelier modern de radiologie, unde se repară aparatele din toată ţara, şi unde, spre mândria noastră a tuturora, se pot vedea primele aparate construite aci în întregime.

După câteva ore de festivitate, se trece la bogatul program

ştiinţific reprezentat de rapoarte, corapoarte şi comunicări. Au fost prezentate 5 rapoarte şi corapoarte de o reală valoare ştiinţifică şi practică. Ar fi greu, ori cât de mare străduinţă am pune, să împărţim echitabil elogiile ce se cuvine fiecăruia din raportori şi coraportori. Punere la punct, precizie, claritate, iată caracterele acestor lucrări.

Diagnosticul radiologic al afecţiunilor scisurale şi periscisurale a fost o teză tratată cu multă măestrie de Doc. D-r DANIELLO. Expunerea clară, bogat ilustrată prin proecţiuni de clişee instructive a fost răsplătită cu omagiile întregului congres.

Afecţiunile arterei pulmonare au fost magistral expuse de Conf. D-r LAZEANU şi coraportorii D-r HANGANUŢIU şi D-r MOGA. La discuţie ia cuvântul D-r BORDET, care insistă asupra radiokymografiei în aceste afecţiuni cu claritatea caracteristică personalităţii sale.

Prof. D-r NEGRU tratează foarte complet şi cu multă erudiţie **roentgenterapia în boala lui Basedow.** Prezintă o statistiică a cazurilor tratate în Institutul de Radiologie Cluj. Doc. D-r GAVRILĂ — coraportor — expune partea clinică a problemei basedowiene, insistând asupra tratamentului combinat cu iod.

Curieterapia cancerelor bucale este pusă la punct de Agr. D-r SEVEREANU. Bogata experienţă ce-o posedă îi permite să facă un studiu de critică ştiinţifică. **Adenopatiile cervicale canceroase,** cu toată complexitatea lor terapeutică, au fost expuse cu precizie şi claritate de Doc. D-r JOVIN.

Rezultatele tratamentului cu unde scurte şi ultrascurte au fost bine studiate şi ilustrate printr'o bogăţie de cazuri de Doc. D-r BISTRICEANU şi D-r SPÂRCHEZ.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Numeroasele **Comunicări,** în număr de 74, au contribuit la ridicarea nivelului ştiinţific al acestui congres. Cităm câteva din ele, alese la întâmplare. D-r SFINŢESCU: **Aspectul radiografic al calcifierii coasei creerului.** D-r GHERMAN: **Stomac în hemitoracele drept.** D-r BORAK (Viena) şi GATOSCHI: **Rezultate obţinute prin r. Ascheim—Zondek după roentgenterapia ovarului şi hipofizei.** D-r PRĂGOIU: **Forme atipice de tbc. osoasă.** D-r ATANASIU (Berlin): **Atitudini şi mişcări favorabile respiraţiei, studiate prin kymografie.** D-r DIMITRIU: **Chist hidatic interlobar stâng.** D-r BERARIU: **Un caz de boala lui Schulle-Christian.** D-r RUSU — D-r LAKATOS: **Rezultate roentgenterapeutice în arachnoiditele spinale adesive.** D-r L. POP-Cluj: **Curieterapia în lupusul carcinomatos.** D-r MELLER: **Valoarea roentgenterapiei în afecţiunile supurative pleuropulmonare.** Prof. D-r POPOVICI—D-r DIMITRIEVICI (Zagreb): **Rolul radiologiei în medicina socială şi în lupta antitbc. în şcolile primare.** D-r VASCULESCU: **Radiodiagnosticul ascaridozei.** D-r GRAUR: **Examenul radiologic al elevilor vaccinaţi cu B.C.G.** D-r VASILIU: **Pneumografie cerebrală.** D-r ROSA (Budapesta): **Prezentarea unui dozimetru pentru unde scurte.**

Expoziţia de aparate şi materiale electro-radiologice expuse de firmele Siemens, Philips, Koch und Sterzel, Agfa, Dobion, Merck, Ufarom au împodobit frumos culoarele Institutului Pasteur atrăgând interesul vizitatorilor.

După şedinţele ştinţifice congresiştii au vizitat principalele instituţii spitaliceşti şi laboratoare radiologice din Cluj

Un comitet special s'a ocupat de membri asociaţi ai congresului, conducându-i pentru a vizita monumentele culturale şi istorice ale Clujului.

Partea mondenă a congresului a fost reprezentată prin banchete, recepţie cu producţii artistice, agape colegiale, unde participanţii au găsit un bun prilej de a se cunoaşte mai bine într'o atmosferă de prietenie colegială necesară pentru colaborarea ştiinţifică.

Congresul s'a încheiat cu o frumoasă excursie la Stâna de Vale, cea mai pitorească localitate a munţilor Apuseni, unde natura a oferit din belşug variaţia culmilor înalte şi aerul proaspăt al reculegerii sufleteşti.

D-r Rusu V. — Cluj.

* * *

Congresul anual al Asociaţiei Generale a Medicilor din România

18–19 Iunie 1937, Bucureşti.

In zilele de 18 şi 19 Iunie a. c., a avut loc obişnuitul *Congres anual al Asoc. G-rale a Medicilor din România*, sub preşedenţia D-lui Prof. P. Tomescu.

In afară de D-l Preşedinte, care în cuvântarea sa a accentuat asupra revendicărilor esenţiale ale Corpului medical, au mai luat cuvântul: D-l Prof. T. Gane, Secretarul General al M-terului Săn. publice, care a expus ameliorările aduse soartei medicilor funcţionari la stat în timpul activităţii sale; D-l Medic G-ral C. Iliescu, Inspectorul General al Serv. Sanitar al armatei, care a promis că va soluţiona favorabil revendicările formulate de Asociaţie în cea ce priveşte conferirea gradului şi repartizarea medicilor după specialitate în caz de răsboiu; şi între alţi oratori D-l Prof. Mezincescu, a cărui cuvântare autorizată a stârnit cel mai viu interes, fiind dată competinţa D-sale recunoscută în cunoaşterea organizaţiei noastre sanitare, baselor actuale ale căreia a adus vii critici.

Cu această ocazie s'a mai decernat Premiul Prof. D-r I. Cantacuzino în persoana medicilor: D-ra D-r Rodica Petroianu şi D-rii N. Paraschivescu şi P. Râmneanţu.

Dupe raportul Secretarului General, D-l D-r I. Ţovaru şi al casierului, D-l D-r I. Constantinescu, s'a dat cetire raporturilor, ce redăm mai jos.

Raportul D-lor D-ri V. MOISESCU şi A. ABRAMOVICI: **Dificultăţile practicei medicale.**

Practica medicală suferă la noi de două mari rele: 1) deposedarea medicului de cel mai de seamă capital cu care el intră în practica medicală: dreptul de a-şi exercita liber profesiunea şi 2) tendinţa continuă de socializare sau etatizare a medicinei.

Statul a reuşit să socializeze în parte şi la noi pe medici, funcţionarizându-i. Asigurările sociale ca şi alte multe colectivităţi restrâng până la sufocare câmpul practicei libere. Aservirea medicului şi pierderea ca-

racterului de profesiune liberă sunt rezultatele ineluctabile ale acestei stări de lucruri. Sub raportul material, funcționarizarea medicului nu ameliorează situațiunea medicului, iar sub cel moral aceasta înseamnă dezastrul profesiunei și degradarea științifică a medicului.

In ce privește deposedarea medicului de drepturile lui, este cunoscut faptul că toți chemații și cei nechemați se cred îndreptățiți să practice medicina. Urmarea acestei stări de lucruri avem: gratuitate desordonată în spitalele statului, practica ilicită a medicinei și reclame abuzive, pletoră mare de medici în capitală (1 medic la 350 de locuitori, pe când la țară avem în unele locuri un medic la 20.000 locuuitori).

Pentru remedierea acestor rele se propune o serie de măsuri și anume: reglemontarea gratuității, depletorizarea medicală a orașelor: prin atragerea medicilor lor la țară, prin limitarea numărului de medici care se stabilesc la orașe, prin extinderea Asigurărilor sociale la sate. Se mai preconizează: deparazitarea profesiunei de toți intrușii, stârpirea practicei ilicite, interzicerea reclamelor șarlatanești, și crearea de noi debușee pentru medici: în Asigurările sociale prin libera alegere a medicului, iar în spitalele de Stat prin înmulțirea locurilor de medici.

Indreptarea practicei medicale este o problemă obsedantă de actualitate și trebue realizată atât pentru binele sănătății publice cât și pentru folosul profesiunei și a corpului medical.

Raportul D-lui D-r S. ȚOVARU: Definitivarea, inamovibilitatea și salarizarea medicilor din serviciile publice și particulare.

Revendicările profesionale ale medicilor, sunt în funcție de o problemă care a devenit, abia în ultimul timp, o problemă de stat: primatul Sănătății publice.

Medicina, altădată cea mai liberă dintre profesiuni, astăzi s'a funcționarizat până într'atât încât a dus la desființarea practicei medicale.

Cauzele funcționarizării sunt: 1) inegala repartiție a medicilor pe țară, iar nu pletora cum se pretinde de unii necunoscători; 2) criza economică și 3) socializarea medicinei, după răsboiu.

Funcția și salariul creiază medicului, individualist ca formație și liberal ca profesiune, o situație minoră de dependență morală și materială.

Această dependință creiază o serie de nedreptăți, ale căror cauze, analizate se reduc la trei și anume: fluctuațiile guvernamentale, cupriciile și injoncțiunile administrative și autocratismele potentaților politici locali. Ele merg până la persecuții și umilințe, violentându-se legile sau eludând aplicarea lor, promovând incompetențele în locul meritelor. Urmarea este anarhizarea profesiunei medicale și funcționarea defectuoasă a serviciului sanitar.

Provizoratul și nesiguranța funcției medicale creaiază medici anxioși, lipsiți de entuziasm pentru profesiune și pentru apărarea sănătății publice.

Celelalte categorii de funcționari au reușit prin luptă solidară să legifereze câteva principii de bază, cari le-a conferit securitatea funcției lor.

Corpul medical însă, datorită particularităților de recrutare și definitivare în funcții, a rămas în urmă cu aceste câștiguri: Concursul pe loc sau de clasificație, dispozițiile tranzitorii ale legilor sanitare, comisia administrativă, atâtea filiere de selecționare severă, nu parvin totuși să confere definitivatul pentru toți medicii funcționari. Pentru generațiile tinere, si-

tuaţia devine dramatică. Numărul medicilor funcţionari ameninţaţi să se perpetueze în provizorat, este impresionant.

Salarizarea actuală a medicilor este insuficientă, inechitabilă, arbitrară şi cu adevărat anarhică. Variază după instituţii şi conducători. Ea nu asigură o existenţă onorabilă şi compatibilă cu funcţia lor socială şi cu pregătirea profesională. Tablourile comparative sunt elocvente.

Consecinţele salarizării insuficiente a medicilor sunt de ordin moral, spiritual şi material: 1) diminuarea prestigiului profesional, 2) imposibilitatea de a se ţine la curent cu evoluţia medicinei, ceia ce are repercusiuni grave asupra sănătăţii publice şi 3) pauperizarea profesiunei cu decăderea socială a familiei medicului care are o chemare atât de înaltă.

Obiectivele luptei pentru revendicări profesionale se impun. După victorii fragmentare va veni şi isbânda definitivă şi integrală. Aceasta este condiţionată de înţelegerea justă a acestei ţări, de solidaritatea tuturor medicilor şi de încrederea în conducătorii aleşi dintr'o generaţie de oameni dinamici ai profesiunei medicale.

Consecinţele izbânzei corpului medical sunt: 1) ridicarea situaţiei morale, spirituale şi materiale a celei mai selecte clase de intelectuali profesionişti; 2) exercitarea în condiţii optime a celei mai liberale şi sociale profesiuni şi 3) asigurarea înfăptuirii primatului sănătăţii publice erijat în dogmă de guvernământ ca una ce duce la mărirea perspectivelor istorice ale unui popor numeros şi sănătos.

Raportul D-lui D-r I. STOICHIŢA: Medicina preventivă şi curativă în mediul rural.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l D-r I. Stoichiţia, inspector g-ral sanitar, vorbeşte despre medicina preventivă şi curativă în mediul rural.

Raportorul arată că în problema organizării sanitare rurale corpul medical din România stă pe punctul de vedere al programului fixat în şedinţele Marelui Consiliu Medical din Noembrie 1936.

După ce arată cu date statistice progresul realizat în ultimii ani în mersul sănătăţii publice, insistă asupra lipsei de asistenţă a naşterilor prin moaşe diplomate.

După o documentată expunere a propunerilor pentru realizarea unui serviciu sanitar cât mai vast şi mai potrivit cu nevoile populaţiunei rurale se propune congresului următoarele formule:

1. Congresul general al medicilor rămâne la punctul de vedere fixat în programul de organizare sanitară rurală votat de marele consiliu medical în şedinţele dela 28 şi 29 Noembrie 1936.

2. Pentru a putea asigura pe seama fiecărei comune rurale câte o moaşe diplomată, socotim necesar a se înmulţi numărul şcolilor de moaşe şi a se reduce termenul de pregătire la un an.

3. Se va lărgi capacitatea de primire a actualelor institute pentru surori de ocrotire şi se vor creea institute noi pentru a se putea forma un număr cât mai mare de surori.

4. Actualele şcoli de agenţi sanitari se vor transforma în şcoli technice pentru conducători technici sanitari. Actualii agenţi sanitari vor fi obligaţi la cursuri complimentare de perfecţionare în domeniul cunoştinţelor de geniu sanitar iar activitatea lor se va îndruma în această direcţiune.

5. Se vor menţine cursurile de un an pentru specializarea medicilor în igienă.

6. Pentru a putea avea un număr suficient de specialişti destoinici în puericultură şi ftiziologie, se va echivala salariul medicilor puericultori şi ftiziologi judeţeni cu salariul medicilor primari de specialitate, asigurându-li-se în acelaş timp mijloace de transport pentru activitatea pe teren.

7. Se impune asigurarea cheltuelilor efective de transport pentru toţi medicii sanitari de circumscripţie rurală şi se va fixa o primă de reşedinţă pentru medicii din circumscripţiile izolate şi compuse din populaţie săracă.

8. Pentru fiecare reşedinţă de circumscripţie sanitară rurală se va înfiinţa câte o casă de sănătate completă şi bine utilată, iar la singuraticele comune se vor pune în funcţiune mici dispensarii întreţinute de autorităţile locale.

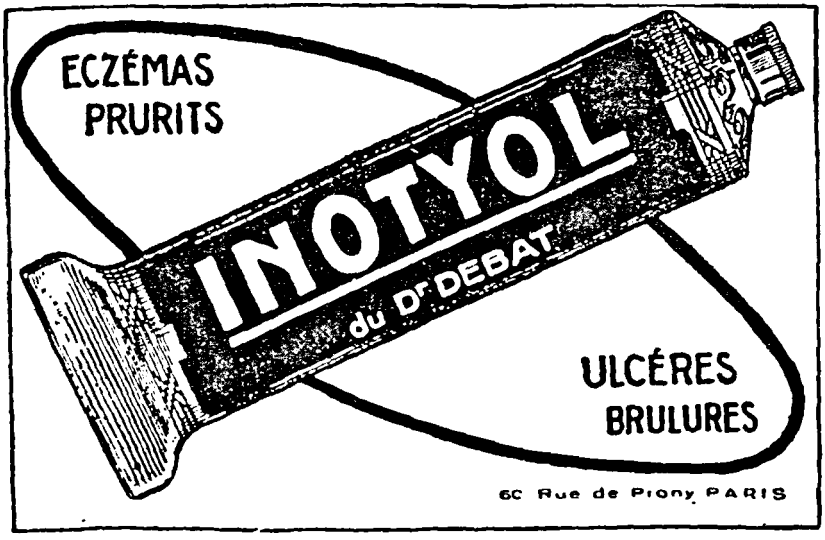
9. Prin trezirea şi stimularea iniţiativelor locale, deocamdată în regiunile de o stare culturală şi economică mai bună, se vor înfiinţa cooperative sanitare pentru asigurarea serviciului de medicină curativă.

10. Se va intensifica propaganda sanitară pentru asigurarea serviciului de medicină curativă.

11. Se va intensifica propaganda sanitară prin conferinţe, broşuri, afişe şi filme, ministerul sănătăţii prin institutele de igienă confecţionând şi punând la dispoziţie materialul necesar.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Agence en Roumanie: Laboratorul farmaceutic „Luteţia" S. A. R.
103, Str. Tomnei — Bucarest III

V.

Societăţi ştiinţifice.

A

Academia de Medicină

din România

Şedinţa din 21 Octombrie 1936

DIVIZIUNEA ŞTIINŢIFICĂ:

Prof. BUZOIANU G.: **Luxarea mediană pe cale sinusală a pereţilor externi ai foselor nazale în ozenă.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorul aplică o metodă personală — care diferă de technica lui **Lauten-Schläger** — în tratamentul ozenei. Printr'o luxare transmaxilară a pereţilor externi ai foselor nazale şi sutura imediată a orificilor de trepanaţiune, autorul obţine dispariţia fetidităţii şi diminuarea foarte accentuată — câteodată complectă — a crustelor.

Rezultatele favorabile obţinute de autor justifică aplicarea acestei metode ca cel mai bun mijloc terapeutic în tratamentul ozenei.

Prof. MARINESCU G., IONESCU-SISEŞTI N. şi E. FAÇON: **Siringomielie familială.**

Autorii discută etiologia siringomieliei prezentând observaţia unui bolnav a cărui mamă e deasemenea siringomielică. Tot astfel un frate ale mamei. De noat că mama are dintr'o altă căsătorie încă doi copii, amândoi atinşi de siringomielie. Factorul morbid exista deci în linia maternă.

M. PETRESCU, D-na CIMINO-BERENGER şi D-ra A. SUTIANU: **Metabolismul diferitelor forme de fosfor sanghin în afecţiunile osoase şi articulare.**

Autorii arată rezultatele cercetărilor personale făcute asupra cantităţii diferitelor forme de fosfor din sânge în afecţiunile osoase şi articulare, utilizând metoda lui M. Labbé şi Fabrykant.

M. PETRESCU, D-na CIMINO-BERENGER şi D-ra A. SUTIANU: **Variaţiile diferitelor forme de fosfor sanghin în câteva boale de nutriţie.**

Utilizând aceiaşi technică, autorii relatează rezultatele privind toate fracţiunile fosforului din sânge, în boalele de nutriţie.

M. PETRESCU, D-na CIMINO-BERENGER şi D-ra A. SUTIANU: **Diferitele forme de fosfor sanghin în câteva afecţiuni vasculare şi cutanate.**

Aceste cercetări, făcute pentru prima oară, privesc rezultatele obţinute într'o serie de afecţiuni vasculare şi cutanate.

Prof. URECHIA C. I., MANTA I. şi M. BUMBACESCU: **Noui cercetări asupra sero-coagulărei lui Weltmann.** (Nota 3-a).

Autorii au studiat în 50 de cazuri diferite, lungimea bandei de coagulare în reacţiunea lui Weltmann. Limita superioară a curbei a variat între 30 şi 40 la mie în ser sanghin. In lichidul cefalo-rachidian au constatat că nu se produce floculaţie decât la paralitici generali şi probabil în afecţiunile inflamatorii.

Şedinţa din 4 Noembrie 1936

DIVIZIUNEA DE ORGANIZARE:

Prof. SLATINEANU, Prof. BALTEANU şi D-r ALEXA I.: **Organizarea sănătăţii publice în mediu rural.** (Studiu critic după cinci ani de activitate în centrul sanitar rural de demonstraţie Tomeşti, jud. Iaşi).

Problema sanitară rurală e complexă. Trebuesc satisfăcute toate cerinţele sănătăţii publice, atât în ce priveşte asistenţa medicală, cât şi igiena satelor. Trebue dat o deosebită atenţie medicinei preventive.

In urma discuţiunilor ce au avut loc în această şedinţă, Academia numeşte o Comisiune compusă din D-nii Prof.: Ciucă M., Gane T., Mezincescu D., Moldovan I., Proca Gh., Slătineanu Al. şi D-r Manuilă S., care să studieze problema sanitară rurală.

Şedinţa din 11 Noembrie 1936

DIVIZIUNEA ŞTIINŢIFICĂ:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

J. DEMOOR (Bruxelles): **Semnificarea „Substanţelor mediatrice" şi „Substanţelor de orientare" în cursul reflejului humoral al activităţilor automate ale inimei şi intestinelor.**

Cauza primei contracţiuni e necunoscută. Reflejul travaliului în muşchiul mobilizat automatic se face de către agenţi humorali elaboraţi de ţesutul nodal al inimei sau de musculatura intestinului.

TH. MOISESCU şi D. DUMITRESCU: **Accidente şi complicaţiuni în cursul pneumotoraxului terapeutic.**

Pe un număr de 41 bolnavi, respectiv 594 insuflaţii, autorii au înregistrat: moarte subită prin reflex inhibitor pleural; hemiplegii pasagere; fenomene vaso-motorii simpatice ale feţii şi urechii stângi; pneumo-peritoniu; fistule pleuro-pulmonare, emfizem subcutanat şi profund.

P. ŢOPA, G. T. DINISCHIOTU şi D-na O. DIMITRIU: **Cercetări asupra modificărilor sanghine în şocul traumatic.**

Şocul traumatic determină o concentraţiune sanghină caracterizată prin hiperglobulie şi hiperprotidemie cari durează câteva zile. Raportul serine-globuline se modifică prin creşterea cifrei globulinelor.

Şedinţele din 25 Noembrie 1936

DIVIZIUNEA ŞTIINŢIFICĂ:

S. de BOER (Groningue): Acţiunea rauwolfinului asupra inimei.

In urma experienţelor ce autorul a făcut intoxicând inima de broască prin Rauwolfin, el conchide că: frequenţa bătăilor inimei diminuă, durata

perioadei refractare a ventricolului creşte, apare dedublarea ritmului cardiac. Procesul de intoxicare are mare asemănare cu al digitalei.

GREGORIO MARTINEZ (Cordoba): **Clasificarea leziunilor muşchiului cardiac.**

Bazându-se pe factorii anatomici, patogenici şi etiologici, autorul încearcă să stabilească o clasificare: 1) Miocardozele — leziuni miocardice cu degenerescenţă pură; 2) Miocarditele propriu zise — când leziunile parenchimului sunt însoţite de leziuni conjonctivale sau mezenchimatoase; 3) Miofibroza prin distensiune a hipertensiunei arteriale; 4) Cardiosclerozele datorite obstrucţiei lente a coronarelor.

NICULESCU P. şi C. BARBILIAN: **Modificările metabolismului sulfoconjugaţilor organici prin ingerarea de ape sulfuroase.**

Autorii au putut constata o creştere a glutathionemiei prin ingerarea de ape sulfuroase; această creştere este mai pronunţată la femei şi la bolnavi. Diabeticii prezintă o apreciabilă creştere.

PAMFIL G. şi D-na E. BINDER: **Noui cercetări asupra soluţiunilor de ipoclorit de sodiu: „Ozonogen Iacobovici-Pamfil".**

Autorii precizează compoziţia hipocloritului de calciu, arătând că formulele actuale adoptate nu corespund realităţii.

Arată că substanţa activă din hipocloriţi este **anhidrida hipocloroasă** şi că ei se datoresc proprietăţilor antiseptice şi oxidante-clorurante ale hipocloriţilor

Propun ca în locul **hipocloritului de calciu** din comerţ, să se folosească **soluţii concentrate de hipoclorit de sodiu,** preparate, ex tempore, după metoda autorilor.

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

Recomandă ca să se renunţe la **peroxizi** şi **persărurile** cari suferă **descompunere catalitică;** mai recomandă ca să se renunţe la **chloramina T,** care nu prezintă nici-un avantaj faţă de soluţiile titrate de hipoclorit de sodiu.

DIVIZIUNEA DE ORGANIZARE:

G. BANU: **Principiile unui program de igienă a raselor.**

Pentru a influenţa într'un sens favorabil sănătatea generaţiilor prezente şi viitoare şi pentru a îndrepta **totalitatea** factorilor, atât endogeni cât şi exogeni (factori de mediu sau euthenici: economici, sociali şi culturali), — trebue să adeptăm un program de continuitate unde partea preventivă să domine asupra activităţii pur curative.

Şedinţa din 2 Decembrie 1936

DIVIZIUNEA ŞTIINŢIFICĂ:

N. GINGOLD: **Acţiunea acidului ascorbic (vitamina C) asupra aparatului hematopoietic normal şi patologic (în afara stărilor hemoragice).**

Studiind acţiunea acidului ascorbic asupra tabloului sanguin la indivizi normali sau prezentând alteraţiuni ale aparatului hematopoietic, autorul ajunge la concluzia, că această substanţă nu este indicată în tratamentul anemiilor secundare (neoplazice, infecţioase sau post hemoragice), al anemiei pernicioase sau al leucemiilor.

E. LUESMA-URANGA, Profesor la Facultatea din Madrid: **Stare neurovegetativă şi cancere.**

Autorul reea cercetările pe 28 cazuri tumori, din care 24 tumori maligne făcând proba cu atropină şi a ortostatismului. In 23 de cazuri a găsit hypoamfotonie. La femei în activitate genitală hypoamfotonia e foarte uşoară, iar la menopauză mai marcată.

Hypoamfotonia cea mai mare a găsit-o în cancerele rectului şi intestinului gros.

DIVIZIUNEA DE ORGANIZARE:

Prof. ZAHARESCU-KARAMAN: **Durata legală a gestaţiunei şi dreptul de filiaţie în codul civil român.**

Autorul face istoricul duratei gestaţiunei. Codul civil român dă ca limite a gestaţiunei 180—300 zile, dar există gestaţiuni prelungite care depăşesc acest termen. Durata gestaţiunei ar varia între minimum 250 zile şi maximum 340, deci ar trebui modificat codul în această privinţă şi să admită ca în codul civil Belgian 320 zile ca limită maximă.

Şedinţele din 16 Decembrie 1936

DIVIZIUNEA ŞTIINŢIFICĂ:

CÂNCIULESCU M. şi N. RĂDULESCU: **Boalele provocate de struguri.** Comunicarea I-a: **Intoxicaţiile.**

Autorii atrag atenţia asupra intoxicaţiilor la cari expune consumarea de struguri nespălaţi, provocate prin elementele sulfatajului (cupru, acid sulfuric, arsenic), sau de produsele de putrefacţie şi ale mucegaiurilor; recomandă înainte de mâncare un triaj atent şi o bună spălare.

Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai" University Library Cluj

DANIELOPOLU D., STOICESCU S. şi E. CIMINO-BERENGER: **Acţiunea pilocarpinei şi a clorurului de calciu asupra glicemiei la omul normal.**

Dozele mari de pilocarpină produc o hiperglicemie, pe când cele de calciu produc o scădere a glicemiei. Dozele mici sunt antagoniste dozelor mari.

DANIELOPOLU D., STOICESCU S. şi T. TANASOCA: **Cercetări asupra farmacodinamiei glicemiei în stare normală şi patologică.**

Dozele mari de adrenalină, efedrină şi pilocarpină produc o creştere a glicemiei; atropina şi clorurul de calciu o scădere. Dozele mici sunt antagoniste dozelor mari.

La hepatici şi la diabetici atropina produce modificări foarte reduse, sau chiar neexistente asupra glicemiei.

MARINESCU G., GRIGORESCU D. şi BANU E.: **Spasm al muşchilor abdomenului. Vindecare temporară după trei intervenţii chirurgicale.**

Este vorba de o fată de 22 ani, care fiind violată, mama ei îi făcea încontinuu imputări asupra purtărei ei, ameninţând-o chiar s'o alunge din casă, crezând că este însărcinată.

Mai târziu, dormind 2 ore într'un câmp, s'a trezit cu senzaţia de a fi inghiţit un şarpe. A doua zi au apărut mişcările involuntare ale muşchilor abdominali. Două laparatomii în serviciile de chirurgie au produs o vindecare temporară. Adusă în serviciul nostru, a fost vindecată în urma unui simulacru de operaţie.

MINOVICI N. şi BONCIU C.: **Consideraţiuni asupra 40 cazuri de rupturi spontane ale aortei.**

Autorii au studiat 40 de cazuri de moarte subită prin ruptura spontană a aortei — pe care le analizează din punct de vedere al formei, localizării, sexului şi vârstei.

RENESCU N., DOROGAN D. şi KAPRI M.: **Contribuţiuni la studiul narcozei. Influenţa a diferite narcotice asupra câtorva constante fizico-chimice ale serului.**

Autorii ajung la concluzia că diferitele constante fizico-chimice ale serului sufăr în narcoză modificări. Nu se poate stabili însă un paralelism între aceste modificări şi starea de narcoză.

URECHIA C. I., MOGA A. şi DRAGOMIR L.: Autorii găsesc modificări electro-cardiografice în boala lui Friedereich şi în miopatii, confirmând faptele deja cunoscute. In plus, ei relatează faptul, necunoscut până în prezent, că aceste turburări ale complexului ventricular se constată şi în boala lui Parkinson, în scleroza laterală amiotrofică şi în paraplegie. Ei sunt de părere că nici teoria miocardică, nici teoria bulbară nu pot explica în deajuns mecanismul acestor turburări.

DIVIZIUNEA DE ORGANIZARE:

BANU G.: **Tendinţele evoluţiei cantitative a populaţiei.**

Autorul expune tendinţele cantitative ale mişcărei populaţiei. Ţările agricole (România, Bulgaria, etc.) au populaţii **tinere** sau **progresive** (mare proporţie a grupării de vârstă 0—15 ani), pe când în ţările industrializate (Belgia, Marea Bretanie, Germania), situaţia este inversă: popoare **vechi** sau **regresive**, cu o mare proporţie de indivizi cu vârstă înaintată.

www.digitalcollection.ro

Şedinţa din 20 Ianuarie 1937

DIVIZIUNEA ŞTIINŢIFICĂ:

NAGELI O., Prof. la Facultatea de medicină din Zürich: **Tifobaciloza Landouzy.**

Autorul crede că termenul de tifobaciloză întrebuinţat de Landouzy, ar trebui schimbat cu expresiunea „fièvre tuberculeuse précédent des simptômes tuberculeux locaux", — pentrucă mijloacele moderne de investigaţie de care dispune medicina, ne permit să eliminăm în astfel de cazuri febra tifoidă şi să recunoaştem tuberculoza care e la baza acestei afecţiuni.

PARVULESCU V.: **Consideraţiuni asupra febrei aftoase în România.**

Epizotia de febră aftoasă care a început în România înainte de 1922, s'a stins în 1934. In acest timp epizotia a arătat alternative de scădere şi de recrudescenţă, prezentând un caracter general de ritmicitate mai mult sau mai puţin regulată şi neexplicabilă. Am fi îndemnaţi să credem la o atenuare sistematică a agentului patogen în urma trecerilor repetate şi la o recăpătare a virulenţei inopinată şi misterioasă, din când în când. In felul acesta boala continuă să dăinuiască prin pusseuri anuale până în clipa când cauza întâmplătoare şi necunoscută intervine reducându-i virulenţa şi odată cu aceasta şi propagarea până la zero, iar boala dispare complect.

POENARU I. D.: **Mycetomele actinomicozice la pisică.**

Autorul a studiat la 2 pisici forma tipică de mycetome actinomycozice, datorită speciei streptrotrix roseus. A făcut culturi pe geloză, cartofi, medii

glucozate, inoculări la pisici tinere cu rezultate pozitive. Pisicile bolnave au fost vindecate cu iodur de potasium (20 centigrame pe zi).

SZENT-GYORGYI, Prof. la Facultatea de Medicină din Szeged: **Vitamina P.**

Componentelor grupului flavonelor — materii colorante din regnul vegetal. Autorul le-a dat numele de vitamine P. In scorbutul ordinar hemoragia în organe este datorită carenţei de vitamine P., iar slăbirea rapidă şi moartea, avitaminozei C şi P.

URECHIA C. I.: **Asupra câtorva cazuri de cisticercoză a sistemului nervos**

Autorul descrie tabloul clinic şi microscopic a 6 cazuri de cisticercoză.

Şedinţa din 3 Februarie 1937

DIVIZIUNEA ŞTIINŢIFICĂ:

D. DANIELOPOLU (în colaborare cu Prof. Nichita, Stoichita, N. Rădulescu, D. Nicolaie, B. Nestorescu, I. Rece, Ioszef Emanoel, Vraciu, Tilicea, M. Derevici şi A. Derevici): **Cercetări asupra tiroidiilor endemice şi sporadice (guşă endemică şi sporadică).**

Autorii expun concepţia lor personală asupra tiroidiilor şi arată importanţa socială a endemiei tiroidiene (guşă endemică). Ei găsesc mai nimerit termenul de tiroidii a acelui de guşă, aceste afecţiuni putând să nu fie însoţite de hipertrofia glandei tiroidei. Ei propun **o primă clasificare fiziopatologică** a tiroidiilor în: **normo-tiroidie** (guşă cu normotonie tiro-vegetativă); **hipertiroidie** (hipertonie tirovegetativă); **hipotiroidie** (hipotonie tirovegetativă) conţinând mixedemul şi cretinismul; un grup de afecţiuni pe care autorii le numesc „affections paragoitreuses", idioţie, surdo-mutitate, gângăveală, debilitate mintală tiroidiană). Autorii dau definiţia tuturor acestor forme de tiroidii. Ei expun în urmă **clasificarea etiologică** a tiroidiilor în **sporadice şi endemice.**

DANIELOPOLU (în colaborare cu Stoichiţa, Vraciu, Rădulescu şi Niculaie), expun pe scurt cercetările făcute în regiunile endemice din districtul Sibiu (Transilvania), în colaborare cu Nestorescu, cercetările făcute în districtul Storojineţ-Bucovina, în colaborare cu Stoichiţa şi Tilicea, cercetările făcute în districtul Târnava-Mare (Transilvania), în colaborare cu A. Derevici şi M. Derevici, cercetările făcute în Valea Moldaviţei (Bucovina), în colaborare cu Rece, Ioszef Emanoel şi Nestorescu, cercetările făcute în districtul Alba (Transilvania) şi în colaborare cu Nichita, M. Derevici şi A. Derevici, cercetările asupra animalelor din regiunile endemice din Bucovina.

Autorii expun programul lor de cercetări, care va cere desigur mai mulţi ani de lucru. Acest program conţine anchete asupra recruţilor, anchete şcolare, anchete prin chestionar în toate satele din România, anchete generale în unele regiuni, privind exclusiv bolnavii atinşi de afecţiuni tiroidiene, anchete în oraşe şi cercetări speciale asupra tonusului vegetativ, metabolismului bazal, hereditătii, grupurilor sanguine. Cercetările individuale sunt cele mai interesante. Dar trebuesc înlocuite pentru unele regiuni prin anchete generale şi anchete prin chestionar. Astfel putem ajunge să stabilim **harta guşei.** Programul este complectat prin cercetări de chimie, cercetări histologice, experimentale, farmacodinamice şi terapeutice.

Autorii arată că factorul economic joacă un **rol predispozant,** foarte

BCU Cluj / Central University Library Cluj

important în producerea tiroidiilor endemice. Aceste afecţiuni sunt datorite unui **factor determinant** necunoscut, care trebue să fie prezent pentru a produce endemia. Dar endemia tiroidiană nu se poate desvolta în mod intens decât atunci când starea economică, şi în special insuficienţa cantitativă şi calitativă alimentară este foarte evidentă.

Cercetările autorilor se bazează pe aproximativ 40.000 de observaţii din regiunile endemice, referitoare la bolnavi de diferite vârste, femei şi bărbaţi. Guşa endemică se desvoltă mult sub influenţa pubertăţii şi a sarcinei. Femeile sunt mai predispuse la guşă decât bărbaţii din motive fiziologice şi întrucât ele părăsind foarte rar localitatea, sunt continuu sub influenţa factorului tirogen. Autorii arată că în general **lobul drept** al tiroidei este mai atins. Ei descriu **guşa lobară** (guşă totală, guşă unilobară dreaptă, stângă sau istmică, guşă bilobară), forme speciale, cum sunt guşa kistică, guşa vascularizată şi **guşa lobulară.**

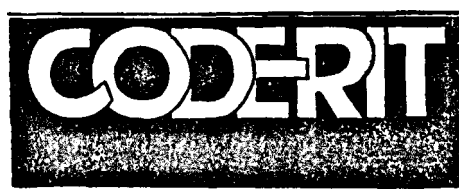
Autorii dau detalii asupra unui mare număr de familii de tiroidieni şi arată influenţa heredităţii. Infine, ei expun într'o ultimă comunicare afecţiunile tiroidiene ale animalelor domestice din regiunile endemice.

Comunicările sunt însoţite de numeroase fotografii şi hărţi geografice ale guşei din diferite regiuni endemice.

Autorii anunţă comunicări ulterioare privitoare la patogenia şi profilaxia tiroidiilor.

Inlăturarea tusei seci prin

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Cedarea promptă a iritaţiei inflamatorii a mucoasei bronchiilor. Uşurarea expectoraţiei. Calmarea centrului respirator.

Compoziţie: Clorhidrat de codeină, clorhidrat de efedrină racemică, alcaloizi totali din rădăcină de **Ipecacuana.**

In comerţ: Tuburi cu 10 tablete.

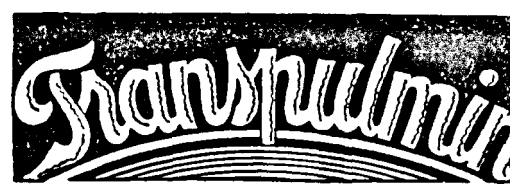
CHINOIN S. A. Exclusivitatea: **FREDERIC SPODHEIM & Co., S. A.**
BUCUREŞTI I, Str. Sf. Constantin No. 4.

Contra afecţiunilor inflamatorii ale plămânilor şi bronchiilor

Chinină basică şi camfor, solvate în oleuri eterice.

Injecţiuni absolut indolore: aplicare in tramusculară.

Transpulmin este o inovaţie aşa de importantă în terapie, încât nu va dispare niciodată din practica medicală. (Prof. G. von Bergman).



In comerţ: cutii cu 5 şi 10 fiole a 1 şi 2 cmc; flacoane de 15 cmc.

VI.

Cărţi — Monografii

Prof. D-r M. KERNBACH: **MEDICINA LEGALĂ.** – 1 vol. de 744 pag., cu 207 fig. în text, Tip. «Universală», S. A. Cluj, 520 lei.

A apărut în Editura Universităţii „Regele Ferdinand I" din Cluj şi *„In conformitate cu dispoziţiunile codului Penal şi ale Procedurii Penale Regele Carol al II-lea"* lucrarea de MEDICINA LEGALĂ a D-lui Prof. M. Kernbach, Directorul Institutului Medico-Legal din Cluj, sub forma unui *Manual pentru studenţii în medicină, studenţii în drept, medici şi jurişti.*

In *„Prefaţa"* pe care o reproducem în întregime, autorul expune compunerea şi caracteristicele acestei lucrări, care marchează al II-lea moment important în evoluţia ştiinţei medicinei legale la noi, primul fiind însemnat de monumentalul Tratat de medicină legală al răp. Prof. Mina Minovici.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Odată cu **noile legiuiri penale** se impunea şi o **carte de medicină legală, care să corespundă noilor texte.** Literatura medico-legală română dispune de tratatul profesorului Mina Minovici, însă nu are un **manual didactic pentru studenţi** şi un **ghid practic** şi uşor de consultat **pentru specialişti şi jurişti.** Necesitatea unui manual după modelul celor franceze sau germane, m'a determinat, între altele, să public prezenta lucrare.

La alcătuirea ei am căutat în deosebi să evidenţiez **latura practică a specialităţii.** Preoucuparea esenţială a fost de a preciza pe cât este posibil noţiunile concrete şi de imediată aplicaţiune practică a medicinei legale, puse fie în serviciul medicilor experţi, fie a juriştilor. Am evitat descrierile inutile şi explicaţiunile teoretice a unor noţiuni, care îngreuiază misiunea nespecialiştilor şi dau loc la confuzii. Aceasta din două motive.

La noi în ţară medicina legală poate fi practicată de orice medic, ea fiind în acelaşi timp şi specialitate, ca şi în alte multe ţări. In educaţia medicului universal, intră prin urmare, alături de îndatoririle de medic preventiv sau curativ şi acelea de medic expert. Practicarea medicinei legale presupune o solidă pregătire medicală, adică posedarea unor cunoştinţi precise, dacă nu din toate ramurile medicale, cel puţin din ramura profesată. Medicina legală se bazează pe toată medicina. Rădăcinile ei se găsesc înfipte adânc în patologia generală şi în patologia anatomo-clinică a celor mai multe specialităţi medicale. S'a afirmat cu deplină dreptate, că medicina legală joacă rolul de ambasador între Ştiinţa Dreptului şi Ştiinţa Medicală. Cu alte cuvinte medicul expert sau medicul legist trebue să fie nu numai un bun cunoscător al medicinei, ci şi un exact interpret între

cerinţele justiţiei şi datele medicale. Medicul care nu posedă aceste două esenţiale pregătiri nu reuşeşte sau reuşeşte incomplect în misiunea sa.

Prin manualul de faţă am încercat realizarea acestui fundamental deziderat. Fiecare capitol de medicină legală e strâns legat de ramurile de specialitate medicală. Capitolul răniri şi loviri e privit nu numai sub aspectul particular al medicinei legale, ci şi sub acel al patologiei generale şi al patologiei chirurgicale. In acelaş senz s'au tratat şi capitolole privitoare la viaţa sexuală, viaţa psihică.

Astfel **manualul e scris atât pentru medicii universali, cât şi pentru specialişti.**

Pentru a correspunde tuturor cerinţelor, **la fiecare capitol am subliniat latura juridică şi am evidenţiat misiunea judecătorului anchetator.** Era necesar aceasta, pentru a netezi asperităţile între justiţia represivă şi medicina legală. Trebue să cunoaştem limitele şi să conturăm cât mai precis misiunea fiecăruia. Procurorul şi judecătorul de instrucţie vor găsi descrise îndatoririle lor în cazurile medico-legale. Tot aci acuzarea şi apărarea vor găsi concretizate elementele medico-legale ale fiecărei infracţiuni, ce sé pot rezolvi prin metode şi căi medicale.

Manualul cuprinde două cărţi. In prima se tratează medicina legală clasică în conformitate cu dispoziţiile Codului Penal Regele Carol al II-lea **şi în a doua deontologia şi legislaţia profesională.**

In redactarea fiecărui capitol, pe lângă experienţa personală a celor 14 ani de practică medico-legală, am consultat şi utilizat trratatele de medicină legală moderne, române şi străine, lucrările personale, colecţia revistelor străine de specialitate precum şi tratatele specialităţilor medicale fundamentale ale medicinei legale. Astfel s'au îmbinat şi s'au cristalizat toate noţiunile necesare, cu ajutorul cărora medicul expert va examina, interpreta şi soluţiona cazurile medico-legale. Pentru a uşura această misiune, la fiecare capitol de pură specialitate, medicul şi juristul vor găsi şi o indicaţie bibliografică. E obligat a consulta acele tratate, când problemele medico-legale depăşesc practica curentă, aşa cum recurge fiecare specialist la consultarea tratatelor în cazuri mai dificile. Fiind vorba de un manual didactic, am evitat citarea numelor de autori şi cercetători, dând la finele cărţii lista tuturor autorilor consultaţi.

In partea a doua a lucrării, s'a desvoltat deontologia şi legislaţia profesională, strict necesară unei practici medicale corecte. Viitorul medic e obligat să cunoască legile care conduc şi normalizează exerciţiul medicinei în România, sub aspectele lui legale şi reglementare. Totodată **medicul va găsi aci descrise şi sancţiunile ce privesc exerciţiul său.** Noul cod penal, ca un principiu general, a declarat că necunoaşterea lui nu conferă impunitatea. Trebue să cunoaştem prin urmare, toate aceste sancţiuni, să le prevenim, în special să ştim să ne apărăm de acuzările nedrepte. **In această carte, viitorul medic e introdus în materia dreptului şi a disciplinei impuse lui ca om şi profesionist...**

Prezentăm CONŢINUTUL în capitole generale:

Caracteristicele Medicinei Legale.

I. MEDICINA LEGALA.

Infracţiuni contra integrităţii corporale şi contra vieţii. — Pruncuciderea: Identificarea noului născut. Dovedirea vieţii extrauterine. Moartea

copilului nou-născut. Moarrtea intrauterină şi în timpul travaliului. Moartea violentă. — **Avortul.** — **Viaţa sexuală.** — **Autopsia Medico-Legală.** — **Identitatea.** — **Psichiatria Medico-Legală.**

II. LEGISLAŢIA ŞI DEONTOLOGIA MEDICALĂ.

Legiferarea exerciţiului medicinei în România. — Uzul şi etica profesională. — Medicul şi actele medicale în raport cu justiţia şi autorităţile.— Medicul martor şi mărturiile medicale scrise. — Sancţiunile exerciţiului medicinei. — Organizarea corpului medical.

Acest admirabil *Manual de Medicină legală,* — ilustrat cu numeroase desene punând mai bine în relief elementele caracteristice ale pieselor şi fotografiilor, care cuprinde într'un tot armonios toate noţiunile de medicină legală şi le expune pe acestea în conformitate cu noile dispoziţiuni ale Codului şi Procedurii penale la noi — va interesa şi instrui deopotrivă pe studentul în medicină şi în drept, pe viitorul medic şi jurist, fie el expert, avocat sau magistrat.

Prin el biblioteca medicală şi legală românească s'a îmbogăţit cu o carte de remarcabilă valoare.

D-r M. Cânciulescu.

* * *

ACTIVITATEA CLINICII OTO-RINO LARIOGOLOGICE DIN CLUJ

Desfăşurată între 1 Oct. 1934 şi 1 Iunie 1936, adică în interval de 20 luni, această activitate a clinicei conduse de d-l Prof. G. Buzoianu, directorul ei, merită a fi semnalată în mod elogios.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe TERNUL ŞTIINŢIFIC s'au publicat **53 lucrări,** (47 aparţin profesorului Buzoianu, singur sau în colaborare), dintre care: 4 în revistele din străinătate, iar una, **„Vocea şi igiena vocală",** cuprinde 526 pag., este prefaţată de Prof. F. Lemăître şi a fost premiată de Academia Română în Sesiunea din Mai 1936; — s'au făcut **16 teze;** — s'au ţinut numeroase şedinţe de referate de către un **„cerc de referate"** care tinde a deveni un **„cerc de studii"** alăturat clinicei.

Ca MANIFESTARE CLINICĂ, s'au făcut 2344 operaţii, s'au dat îngrijiri la un număr de 10809 bolnavi noi ambulatori, s'au îngrijit 709 bolnavi internaţi (în clinica care n'are decât 12 paturi) şi s'au făcut o grămadă de îmbunătăţiri, reparaţii, achiziţii de obiecte şi instrumente prin propriile mijloace şi venituri ale clinicii, provenite din cota respectivă aferentă a taxelor universitare, taxele de la consultaţii, veniturile cari provin din taxele de internare (de la un singur pat de clasa II din cele 12 ale clinicei), taxele benevole ale unora din bolnavi.

Ca MANIFESTARE DIDACTICĂ, s'au ţinut cursuri teoretice dela catedră şi lecţiuni practice la patul bolnavului, făcute întotdeauna pentru unitatea lor de către profesor, care n'a lipsit o singură oră de la curs în timpul celor 2 ani didactici.

Directorul clinicei a mai ţinut lecţiuni cu medicii igienişti, prelegeri pentru perfecţionarea medicilor practicieni în cadrul Asoc. docenţilor filiala Cluj, prelegeri pentru infirmierele voluntare Crucea-Roşie Cluj.

Mai adăugăm că de curând D-l Prof. Buzoianu a dat publicităţii în cadrul „Bibliotecii Ştiinţelor Oto-Rino-Laringologice" un volum în 501

pag. şi 206 fig., format 16×24, de **Elemente de Otologie**, iar pe 1 Ian. 1937 a făcut să apară **Revista Ştiinţelor Oto-Rino-Laringologice** cu care se va umple „un gol adânc simţit", — fiindcă „ţara era lipsită de un atare organ de publicitate" prin care „activitatea medicală românească O. R. L. se va pune în contact cu lumea de specialitate de peste graniţă", căci, a constatat D-sa, „specialitatea şi aportul specialităţii româneşti la progresul general este foarte superficial sau chiar de loc ştiut".

D-l Prof. Buzoianu citează în capul fiecărui capitol de activitate ce desfăşoară, sau volum ce publică, o maximă împrumutată dela marii scriitori şi gânditori ai omenirei, precum Bacon, Silvio Pelico, Gogol, Shakespeare, Kant.

Activitatea fecundă şi meritorie a tânărului profesor dela Cluj, care mi se pare că este cel mai tânăr profesor al facultăţilor noastre de medicină, nu este dictată deci numai de o exuberanţă juvenilă, ci caută a se conforma unor adevăruri şi legi eterne: dovadă de focul sacru care îl animă pe autorul ei.

Dar, referindu-ne numai la revista ce a făcut să apară pe data de 1 Ian. 1937, *Oto-Rino-Laringologia românească*, nu începe cu D-sa; — străinătatea a cunoscut şi înaintea d-sale *Oto-rino-laringologi români* eminenţi, pe care i-a ales şi ca raportori în congrese internaţionale; — *Societatea de Oto-Rino-Laringologie* din Bucureşti, cu o vechime de un sfert de veac, a făcut să apară mulţi ani un *„Buletin"* propriu; — iar din Ian. 1934 d-l docent D-r I. Teţu scoate o *„Revistă Română de Oto-Rino-Laringologie şi Broncho-Esofagoscopie*, din Comitetul ştiinţific al căreia fac parte cei mai reputaţi oto-rino-laringologi români din Bucureşti şi din ţară, dintre cari dacă constat cu regret că d-sa nu face parte, nu înseamnă că revistei din Bucureşti trebue şi d-sa să-i tăgăduiască existenţa.

Revista din Bucureşti manifestă încă aceiaşi tendinţă de a pune Oto-Rino-Laringologia românească şi cea străină în legătură, pentru a-şi face reciproc cunoscută activitatea; — de aceea publică multe articole în limba franceză, iar altora le face resumate în limbi străine; — şi mai expune activitatea bătrânei Societăţi de Oto-Rino-Laringologie.

Nu mai puţin demnă de remarcat şi de dat ca exemplu este însă o activitate atât de frumoasă, ca aceia a Prof. dela Cluj, care într'un capitol final exprimă salutare sfaturi de gândire ştiinţifică clinică şi face mărturie de o admirabilă profesie de credinţă, căreia îi dorim cât mai mulţi adepţi.

D-r Cânciulescu.

* * *

Docent D-r N. BLATT: **CERCETARI ŞI STUDII ÎN OFTALMOLOGIE.** — Vol. 400 pag.; «Tiparul Suprem», Bucureşti, 1935.

Regretăm a prezenta aşa de târziu publicului medical românesc această carte de remarcabilă activitate ştiinţifică, rătăcită în redacţie şi scăpând astfel ordinea cronologică de recensare, excepţională: — prin avântul care a însufleţit pe autorul, care a lucrat în condiţiuni vitrege *„mai bine de zece ani într'un orăşel de provincie Târgu-Mureş, fără spital şi fără clinică"*; — prin diversitatea cercetărilor efectuate

în cadrul practicei medicale de toate zilele şi oare-cum „*autodidactice*" cum şi le intitulează autorul; — prin caracterul lor clinic şi experimental, care a urmărit întotdeauna un scop practic; — prin întinsa publicitate ce le-a dat în mai toate publicaţiile române şi străine de specialitate, cari le-au făcut cunoscute în cercurile oftalmologice din lumea întreagă.

De altfel autorul, docent la fac. de medicină din Bucureşti şi membru al Soc. române de oftalmologie, este membru titular în „Assoc. intern. pour la prophylaxie de la cécite" din Paris; în „Wiener ophtalmologische Gesellschaft" din Heidelberg; în „Societa italiana di oftalmogia" din Roma; şi referent la „Zentralblatt für die gesammte Ophtalmologie" din Berlin şi la „Archives of Ophtalmology" din Chicago, în care calitate a făcut cunoscute străinătăţii un mare număr de lucrări medicale româneşti de oftalmologie.

Pe deasupra, autorul a luat parte la numeroase congrese străine; a făcut multe călătorii de studii în străinătate, pentru a se documenta la faţa locului şi în urmă a se ţine la curent printr'o corespondenţă susţinută; a ţinut numeroase conferinţe cu caracter medico-social, vizând specialitatea boalelor de ochi.

Nu este de mirare deci că „*Prefaţa*" i-o scrie şi într'un mod extrem de elogios un profesor american, dela Northwestern University medical School din Chicago, D-l Sanford R. Gifford, care declară că este „necunoscător al limbii române, dar familiarisat de de mult cu lucrările D-rului Blatt apărute în Buletinele de Oftalmologie germane, engleze şi italiene".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Este cea mai eloquentă recunoaştere ce se poate face unei activităţi ştiinţifice.

In PARTEA I sunt cuprinse, repartizate pe capitole, 102 lucrări referitoare la:

Patologia şi biologia experimentală a ochiului; — alteraţiuni de motilitate şi anomalii în poziţia ochilor; — anomaliile congenitale ale organului vizual; — patologia pleoapelor; — afecţiunile conjunctivei; — afecţiunile cornei; — afecţiunile scleroticei; — afecţiunile uveei; — afecţiunile corpului vitros; — afecţiunile cristalinului; — ale retinei; — ale nervului optic; — ale acomodaţiei şi pupilei; — glaucomul; — afecţiunile orbitei; — ochiul şi afecţiunile generale ale organismului; — terapia oculară; — maladiile profesionale şi higiena socială a ochilor; — optica.

La începutul fiecărui capitol se înşiră lucrările apropiate prin cuprins; apoi se redă cuprinsul lor; se menţionează referatele făcute asupra lor în diferitele publicaţiuni de specialitate; şi criticile la cari au fost supuse.

In PARTEA II sunt cuprinse titlurile de la 2 lucrări din congrese; de la 2 articole asupra călătoriilor de studii; de la 6 necrologuri; de la 2 articole de medicină socială şi titlul a 35 conferinţe.

Intr'un capitol penultim sunt cuprinse titlurile a 117 reviste sau lucrări de specialitate, în cari s'au făcut referate sau critice asupra lucrărilor publicate de autor.

Intr'un capitol ultim sunt menţionate 151 referate sau critici publicate de autor asupra lucrărilor altor autori.

In „Incheere" autorul face numeroase citate din cartea „Ghid şi indicator pentru cercetările ştiinţifice" a Prof. Ramon y Cajal, el însuşi

auto-didactic, care „citate să servească şi altora drept încurajare şi imbold la muncă, îndemnându-i să întreprindă cercetări pe tărâmul ştiinţei".

Revista noastră a publicat la timp multe din aceste lucrări, insoţite de o iconografie admirabilă, din care numeroase planşe au fost reproduse în noul volum.

D-r M. Cânciulescu.

* * *

D-r MAXIM ROTHBLUM: **BAILE TUŞNAD.** – Bucureşti, Libr. «Principele Mircea», 1937.

O broşură de 62 pag., format mic, în care autorul expune din punct de vedere *turistic* şi *medical* noţiunile privitoare la BAILE TUŞNAD din Ardeal.

Intr'o I parte, intitulată **„Monografie"** se face topografia, istoricul şi edilitarismul localităţii, pe care autorul o socoteşte **„ţara copiilor"** (— dar care fu până eri **„refugiul secret al tuberculoşilor"**, împărtăşind soarta Câmpului-Lung din vechiul regat, N.R.).

Altitudinea de 656 m., bogăţia brazilor, isvoarele şi băile cu ape *alcaline, bicarbonatate, clorurate, sulfatate* şi *sulfuroase, feruginoase*, bogate în acid carbonic, care liber este utilizat la nivelul „mofetelor" şi dă gust apelor potabile la masă, — pun indicaţiuni multiple în afecţiuni variate.

Broşura începe cu o *„Prefaţă"* în care D-l Prof. Manicatide urează câte o lucrare de acest fel tutulor staţiunilor noastre balneare; continuă cu o serie de *„Ilustraţiuni"* care au de scop să mărească mijloaacele de atracţiune în staţiune şi termină cu o *„Bibliografie"* execrabilă, în felul celei a tutulor compilatorilor grăbiţi, pe care nu-i mai interesează sfântul drept de autor al celor odată ce au fost puşi la contribuţie şi: sau nu-i mai citează deloc; sau îi citează de mântuială, unora numai pronumele (pe când numai numele?); sau uită D-lui (sic) Ionescu Pavel să-i citeze titlul monografiei; sau nu menţionează data şi locul de apariţie al lucrărilor (de pagină nici vorbă); sau scriu, precum acest autor — D-l Doctor Maxim Rothblum, medic balneolog al staţiunei Tuşnad-Băi, care este un infractor tipic în materie, nefăcând nici-o citaţie corectă: „Tratament elementar de terapeutică" al răp. mare Profesor D-r A. Teohari, înloc de Tratat . . . .; „traitemnt du rachitism", „les vacances des sardiaque" ş. a.

Nu trebue văzut în aceste lipsuri numai greşeli de tipografie, sau lipsă de corecturi, sau grabă în execuţie; ci ele constituesc viciuri de concepţie ale unor autori români sau socotiţi ca atare.

Această faimoasă bibliografie termină cu „Broşura de propagandă a Oficiului local de turism din Tuşnad" a cărei nepomenire ar fi fost mai riscantă, dar a cărei citare nu măreşte deloc valoarea documentară a lucrării.

In „Prefaţa" scrisă la Bucureşti, în 10 Mai 1937, D-l Profesor Manicatide mai adaogă: „o monografie de acest fel va trebui pusă la punct în fiecare an, cu îndreptările şi realizările noi".

Şi cu corectările necesare, pentru ca o monografie de acest soi să nu constitue numai o reclamă pentru medicul autor.

M. Cânciulescu.

Biblioteca Universitatea Babeş-Bolyai Cluj

VII.

Cronici — Dări de seamă — Informaţiuni

UN INSTITUT GERMAN DE CERCETARI ŞTIINŢIFICE: Kaiser-Wilhelm Institut für Hirnforschung din Berlin

de

D-r STATE DRAGANESCU

In Berlin-Buch, la 20 de minute cu trenul departe de oraş, se găseşte Institutul de cercetări cerebrale, cel mai de seamă al Germaniei. Intr'un frumos parc e o clădire modernă cu 5 etaje, pe al cărui frontispiciu vezi că a fost ridicat în 1928—29. Acest Institut a fost aşezat aici, căci în faţă-i se află spitale, ospicii şi aziluri pentru 6000 (şase mii) de bolnavi cronici, dintre care 4000 de mintali şi 2000 de cazuri de infirmităţi neurologice, ce pun la îndemână un enorm material patologic. Tot acest motiv a prilejuit şi existenţa unui institut de anatomie patologică generală, condus de profesorul Anders, elev al profesorului Aschoff.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Institutul Kaiser-Wilhelm pentru cercetări cerebrale, face parte din o seamă de fundaţiuni, ce se găsesc în Germania, cu scop de investigaţiuni ştiinţifice şi în alte domenii. Cel din Berlin-Buch a fost creiat şi se întreţine cu sprijinul lui Krupp şi Rockeffeler. *Aici este o cinste pentru oamenii marilor industrii de a creia fundaţiuni pentru cercetări!* Omul însă, care a pus bazele ştiinţifice ale acestui Institut şi care l'a ridicat la prestigiul mondial de care se bucură azi este O. Vogt, împreună cu soţia sa şi cu Bielschowski. Vogt a condus institutul până în Aprilie din acest an, când în locul său a fost chemat profesorul Hugo Spatz din München. Deşi în vârstă de 67 de ani, O. Vogt însă se bucură de o bună sănătate şi înlocuirea sa printr'un cercetător de altfel de netăgăduită valoare ştiinţifică şi de o mare potenţialitate i-a adus multă supărare. Inlocuirea sa a fost însă în mare parte de ordin politico-social, în concordanţă cu principiile actuale ale conducerei germane, care nu vede regenerarea patriei decât prin elementele tinere germane. Acelaş motiv, care a dus şi la scoaterea teilor de pe Unten der Linden, care deja în al patrulea an, îşi înalţă mândrii coroana lor!

Profesorul O. Vogt ale cărui lucrări în domeniul cito-architectoniei cerebrale şi a cărei concepţiune—deşi în parte criticată—asupra patoclizei, sunt astăzi aşa de cunoscute, strânsese aci, la acest Institut, un material istologic considerabil. Acum când a plecat a luat cu dânsul o bună parte din colecţiunea sa, încercând a înjgheba la Neustadt, un nou institut. Intre secţiunile celebre de aci, se găsea şi secţiunile creerului lui Lenine. Deşi plecat dela acest Institut, Vogt însă se bucură în faţa omului de ştiinţă germană de o consideraţie deosebită.

Institutul Kaiser-Wilhelm, pentru cercetări cerebrale cuprinde *mai multe secţiuni*. La parter găsim secţiunea de *studii bioelectrice asupra creerului*, unde lucrează de 6 ani A. E. Kornmüller. Cercetările sale sunt făcute numai pe animal. Aparatul—model perfecţionat—înregistrează în acelaş timp encefolograme din 6 câmpuri diferite ale scoarţei creerului. Cercetările sale sunt strânse într'o monografie recentă (Die bioelektrischen Erscheinungen der Hirnrindenfelder, 1937. G. Thieme, Verlag, Leipzig), de o mare valoare ştiinţifică.

Tot aici la parter, găsim o *secţiune de chirurgie experimentală pe sistemul nervos*, condusă de cunoscutul neuro-chirurg actual al Germaniei, profesorul Tönnis din Berlin. La primul etaj e o secţiune care are ca obiect *cercetări fonetice şi linguistice* şi care probabil va fi desfiinţată, nepărând de o reală utilitate într'un atare institut. Interesantă însă este *secţiunea de cercetări asupra constituţiei şi eredităţei*, unde lucrează Timoffeiev (ultimele studii privesc influenţa razelor X, din p. d. v. ereditar—cercetări asupra Drosophilei).

Cel mai important despărţământ este însă cel istologic şi isto-patalogic, unde se lucrează sub conducerea directă a profesorului Spatz.

In această secţiune este o bogată colecţie de piese macroscopice, care cuprinde 2 feluri de preparaţiuni: mulagii de creer şi piese fixate în formol.

Azi în toate laboratoarele de anatomie patologică din Germania se fac mulaje, cam la 5—6 zile după ce organul a fost pus în formol 10%. Intotdeauna când aspectul macroscopic prezintă un interes deosebit, înainte de orice se face mulajul care de obiceiu reproduce leziunile în chip artistic. La Kaiser-Wilhelm Institut sarcina aceasta o are D-l Brück, un simplu laborant—dacă voiţi,—dar un adevărat artist, care lucrează numai cu mâna stângă, căci cea dreaptă îi este amputată. E de remarcat în colecţia de mulaje: o seamă de cazuri de hidrocefalie, o serie de leziuni traumatice cerebrale, în diverse stadii (cu frumoase reproduceri de Prellungshirnrindenatrophie); creerul minuscul—de 300 gr.—al unui microcefal şi alături mulajul creerului lui Bobby. Bobby e un fost pensionar — orangutan — al grădinei zoologice, care a murit acum 2 ani. El cântăria 300 kgr., iar encefalul său bogat în circonvoluţiuni—avea o greutate de 600 gr.

Foarte cuprinzătoare e colecţiunea de piese de formol, ce aparţine Profesorului Spatz, care a adus-o din München, unde a lăsat în loc

frumoase mulage, la care a lucrat aproape un an. Aci este reprezentată aproape întreaga anatomie patologică macroscopică cerebrală. E un document instructiv şi interesant. Amintim în primul rând leziuni traumatice (atrofii, schizogirii, etc.) cerebrale, apoi o serie de atrofii corticale de tipul Pick şi de tipul Alzheimer. Diverse leziuni vasculare—toate stadiile şi diversele topografii—ca şi aspecte macroscopice de infecţiuni ale sistemului nervos, cum şi o foarte bogată serie de tumori cerebrale atât cazuri necropsice, cât şi operatorii (acestea aduse de prof. Tönnis) complectează colecţia aceasta.

Institutul de cercetări cerebrale din Berlin-Buch este utilat cu tot ce este necesar lucrului istologic. Numeroase şi variate microtoame, între care semnalez un microtom la care se fac secţiuni de creer întreg fixat în parafină. Vogt colora — în preparaţiile acestea în serie — 2 piese cu crezil-violet şi următoarea cu metoda Haidenhain (piesa de formol). Se lucrează mai puţin la celuloidină, pentru care e o cameră specială izolabilă, în caz de incendiu. Tot într'o cameră izolată — spre a ocroti personalul!—se conservă piesele în formol.

Săli de macro şi microfotografie, sală mică pentru proecţiuni curente de preparaţiuni istologice, uşurează lucrul în acest institut. Şi în această privinţă voi semnala că am văzut aci proecţiuni de secţiuni istologice, cu ultimul aparat al Casei Zeiss. Este un model excelent, care mulţămită unui dispozitiv special, este incomparabil mai rapid şi simplu ca cele anterioare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Incă din timpul lui Vogt, există anexat institutului un serviciu clinic de 60 de bolnavi cronici—incurabili—cele mai multe cazuri sunt encefalopatii datând din copilărie şi care sunt examinaţi clinic an de an şi menţinuţi ca viitoare documente anatomice de mare valoare. In cele mai multe cazuri e vorba de distonii lenticulare. Unora li se ia filme aproape în fiecare an, pentru a fi fixată evoluţiunea.

In Institutul acesta de cercetări cerebrale lucrează peste 80 de persoane, socotind şi laborantinele şi streinii acceptaţi pentru cercetări. Atmosfera este foarte prietenească, profesorul Spatz e şi un conducător şi un bun camarad. O oră pe zi, asistenţii şi profesorul lor, o rezervă culturei fizice în comun.

Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung din Berlin, constitue neîndoelnic un mare centru de cercetări al Germaniei. Pe lângă activitatea sa proprie, aci se aduc în conferinţe documentate şi cercetătorii dela alte laboratoare germane. Chiar în ziua, pe care am trecut-o eu acolo, am putut asista la o interesantă conferinţă, ţinută de D-l Bochdeckel, privat-docent la clinica neurologică din Hamburg, asupra glioblastomelor.

Instituţiuni de cercetări, de tipul celei pe care am avut cinstea să o vizitez la Berlin, dacă reprezintă un exponent al necesităţii de investigaţie ştiinţifică dintr'o ţară, nu-i mai puţin adevărat că la rândul său, o atare instituţiune, chiar dacă ar duce la cercetări de mai mică valoare,

au totuşi rolul de a stimula elementele tinere şi de a da putinţa de desvoltare şi unor cercetători independenţi! La noi în ţară, nu ne îndoim, că Academia de medicină va izbuti să creeze un atât de dorit Institut de cercetări. Şi nu ne îndoim că industria noastră va dărui un neînsemnat procent anual în vederea acestei realizări!

* * *

Viitorul congres internaţional de Neurologie

Reuniunea preliminară dela Copenhaga

In ziua de 30 Iunie a avut loc la Copenhaga reuniunea preliminară a Comitetului internaţional, în vederea organizărei celui de al treilea Congres neurologic, ce se va ţine aci peste doi ani. Au asistat delegaţi din diverse ţări: Gordon Holmes, Feiling şi Critchley din Anglia, Guillain şi Crouzon din Franţa, Buscaino din Italia, Ariens Kappers şi Boumann din Olanda, Van Bogaert din Belgia, Pette şi Weiszsächer din Germania, Brunschweiller şi Lüthi din Elveţia, Puussep din din Estonia, Monrad-Krohn şi Ingvar din Norvegia, Antoni din Suedia, Lehotzki din Budapesta. Au absentat Balcanii şi Spania, Rusia, Polonia. Din partea României: D-r Ionescu-Siseşti şi subsemnatul.

S'au fixat subiectele următoare pentru rapoartele ce se vor ţine:

1.— Problema eredităţei.

2.— Relaţiunile dintre sistemul endocrino-vegetativ şi sistemul cerebro-spinal.

3.—Avitaminozele şi în special polinevritele avitaminozice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S'au desemnat ca raportori: Prof. Guillain pentru prima, Ariens Kappers, Pette şi Ludo van Bogaert pentru a doua, Monrad-Krohn pentru ultima. Probabil că aceşti raportori principali îşi vor alege colaboratorii.

S'a regretat mult de către unii neurologişti că a căzut propunerea de a se fixa şi un raport neuro-chirurgical. Aceasta va scade, în parte, interesul pentru acest viitor congres.

S'a fixat ca taxă de fiecare participant la congres suma de 40 coroane daneze (1200 lei). Această cu cele 700 lire ster line ce există încă dela congresele anterioare (minunaţi casieri sunt englezii) vor servi pentru imprimarea *în estenso* a lucrărilor viitorului congres. Această imprimare a fost imperios cerută de actuala reuniune.

Congresul viitor va avea 4 zile de activitate ştiinţifică: în cele 3 dintâi se ţin rapoartele şi comnicările în directă legătură cu rapoartele, iar în a 4-a zi subiecte diferite.

Comunicările se vor primi prin comitetul local al fiecărei ţări.

Congresul se va ţine la finele lunei Angust, deoarece e singurul moment în care Americanii vor putea veni.

Intâlnirea aceasta a neurologiştilor a fost precedată în ajun seara de o receptie dată la Domus medica şi urmată de o masă bogată dată de Societatea de neurologie daneză.

Dr. State Drăgănescu
Secretar al Comitetului local român.

* * *

Al 2-lea curs practic de reîmprospătare şi de technică operatorie Oto-Rino-Laringologică.

Dela 14—21 Iunie 1937 inclusiv, a avut loc la Cluj, la Clinica d-lui Prof. Gh. Buzoiauu, al doilea curs de reîmprospătare, pentru ORL. Iniţiativa aceasta de a trece într'o caleidoscopică expunere, această specialitate merită să fie relevată, deşi trebuie s'o recunoaştem că n'a isbutit până în prezent să suscite interesul medicilor practicieni şi specialişti. Intr'adevăr numărul practicianţilor la acest curs a fost anul acesta numai de 4, printre cari şi subsemnatul.

Este locul să ne întrebăm dece această specialitate, căreia i se acordă atâta importanţă în străinătate, este la noi în ţară lăsată pe planul al doilea?

Avem ferma convingere că şi începutul difuzării în marele public medical a noţiunii importanţei oto-rino-laringologiei este—ca ori şi care început—greu.

Dar graţie perseverenţii şi devotamentului d-lui Prof. Buzoianu, avem convingerea că şi progresele cari se vor realiza vor fi într'un tempo rapid.

In prezent clinica ORL este instalată provizoriu într'un local cu totul inadecvat; construcţia nouei clinici se speră că va fi terminată în toamna anului 1937.

Cu toate acestea atât numărul consultaţiunilor cât şi al operaţiunilor este foarte mare, depăşind în fiecare an, activitatea anului precedent.

S'ar putea spune: *parva domus... magnus labor!* Sau mai pe româneşte: omul sfinţeşte locul.

D. Prof. Buzoianu este un clinician neobosit şi un pedagog desăvârşit.

In expunerea argumentelor este metodic, meticulos — dar fără a obosi — şi reuşeşte să redea cu claritate chiar argumentele cele mai complexe.

Aceste calităţi rees şi din opera d-sale „Elemente de Otologie" căreia îi vor urma alte volume, cari să complecteze obiectul specialităţi O. R. L. Educaţia şi disciplina chirurgicală a d-lui Prof. Buzoianu îl îndeamnă — *în mod obligat* — să imprime Oto-rino-laringologiei o orientare chirurgicală, spre deosebire de ceeace a fost până azi, adică o orientare mai mult medicală.

In fiecare zi programul a fost acesta: dimineaţa vizita bolnavilor internaţi în clinică şi consultaţiuni, apoi asistam la intervenţiile chirurgicale însoţite de explicaţiile amănunţite ale cazului (amigdalectomie, adenotomie, antrocelulotomie maximă, evidare petromastoidiană, operaţia lui Lautenschläger pentru ozena, operaţia lui Denker—*introdusă în România de d-l Prof. Buzoianu*,—pentru sinusita maxilară, deviaţie de sept, tracheotomie de urgenţă şi extracţia unui corp străin din bronchia dreaptă (boabă de fasole) cu ajutorul tracheobroncoscopiei directe, esofagoscopie şi extracţia unui corp străin din esofag (sâmbure de cireaşă), extirparea unor polipi laringieni şi alte intervenţiuni de execuţie mai uşoară; deschiderea flegmoanelor periamigdaliene, timpanotomie, (corp străin în ureche, etc.).

La prelegeri d-l prof. Buzoiauu a tratat despre:

1) Examenul unei surdităţi, insistând asupra metodelor obiective, cari permit să distingem o surditate de transmisiune, o surditate de percepţie şi o surditate mixtă.

2) Mastoiditele acute, semiologie şi indicaţii operatorii (reacţia mastoidiană *) şi mastoidita adevărată).

* Reacţia mastoidiană, caracterizată de otalgie intensă, febră mare, punct dureros mastoidian şi nistagmus provocat—toate aceste semne la un loc sau numai unul din ele în cursul unei otite medii supurate, este o indicaţie pentru timpanotomie (impropriu denumită „paracenteză"), în urma căreí intervenţii cedează, spre deosebire de adevărata mastoidită, al cărei tratament se poate face numai trepanând mastoida. Timpanotomia, care poate fi executată de orice medic practician, pentru a fi cât mai eficace, trebuie să fie „atrio-aticală" adică să intereseze şi membrana lui Schrapnell—pars flaccida.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

3) Otitele supurate cronice—otoreea tubară— semiologie (granulaţii, polipi, colesteatom, osteita casei) tratament medicamentos, indicaţii operatorii.

4) Complicaţiile endocraniene ale otitelor — tromboflebita sinusului lateral venos, meningita, abcesele encefalice. Indicaţii de tratament şi technică.

5) Amigdalita cronică, insistând asupra bunelor rezultate ce se obţin cu amigdalectomia totală extracapsulară (nu numai la copii dar şi la adulţi) în cazuri de reumatism cronic, faringită cronică (hipertrofică şi chiar atrofică—contrar opiniunii care predomină actualmente) nefrită, stări sub febrile criptogenetice, choreea (s'a obţinut efecte surprinzător de bune).

6) Examenul aparatului vestibular, în afecţiunile labirintice. Examenul simptomelor spontane, (nistagmus, deviaţiile segmentare) şi provocate (cu proba rotatorie, calorică, galvanică).

Această prelegere — ca şi celelalte de altfel — a fost magistrală. Expunerea a fost clară, cu toată complexitatea argumentului, interesantă chiar pentru practicianul general, prin raporturile existente, între patologia urechii interne şi neurologie.

7) Vegetaţiuni adenoide insistând asupra importanţii lor din punct de vedere patologic social şi pedagogic.

Prelegerile au fost ţinute de d-l Prof. Buzoianu, intervenţiile chirurgicale şi demonstraţiile practice de d nul Prof. Buzoianu şi asistenţii d-sale.

In rezumat putem spune că a fost o săptămână plină de învăţăminte practice, folositoare pentru practicianul general ca şi pentru specialist.

Felicităm călduros pe d-l prof. Buzoianu, pentru iniţiativa d-sale şi sperăm să continuie în fiecare an a organiza un asemenea curs, spre mulţumirea acelor medici care înţeleg să rămână toată vieaţa studenţi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-r I. Leonida
Medic Circ. Poşeşti-Prahova.

* * *

Curs de perfecţionare despre tuberculoză.

Clinica medicală din Cluj, în colaborare cu alte institute şi cu concursul mai multor ftiziologi din ţară şi străinătate, organizează între 27 Septemvrie şi 7 Octomvrie 1937 un curs teoretic şi practic de perfecţionare în diagnosticul, tratamentul şi profilaxia tuberculozei pulmonare. Numărul participanţilor (medici sau absolvenţi) este limitat la 30 pentru ca să poată lua toţi parte la lucrările practice. Cursul se va ţine numai dacă până la 1 Septemvrie se fac cel puţin 10 înscrieri. Programul detailat se va publica ulterior. Taxa de participare de 500 lei se va trimite deodată cu cererea de înscriere D-lui docent D-r L. **Daniello**, Clinica medicală Cluj.

* * *

D-l Docent univ. D-r **Leonida Popp**, medic primar radiolog la Municipiul Bucureşti a fost ales membru activ (titular) al Soc. de radiologie din Berlin, şi membru activ la Soc. de radiologie din Viena.