

MIȘCAREA MEDICALĂ

REVISTĂ MEDICO-CHIRURGICALĂ
 INDEX BIBL. MEDICAL ROMÂNESC
 BULETIN AL CERC. MED.-F. — CRAIOVA

S U M A R U L

	<u>Pag.</u>
CRONICA de <i>Dr. M. Cănciulescu</i>	151
I.	
A. — ARTICOLE DE FOND.	
Privire generală asupra Patogeneiei și Tratatamentului Bătrâneței de <i>Prof. Dr. C. I. Parhon</i>	153
B. — LUCRĂRI ORIGINALE.	
Contribuțiuni la studiul sistemului nervos vegetativ în Tuberculoza pulmonară de <i>Doc. Dr. S. Iagnov</i>	159
C. — CASURI CLINICE.	
Considerațiuni asupra unui cas de Chlorom de <i>Conf. Dr. A. Babeș, Doc. Dr. M. Cănciulescu și Dr. R. Hirsch</i>	171
D. — ACTUALITĂȚI.	
Monocytoza în septicemii de <i>Dr. R. Hirsch</i>	179
II.	
MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ	
I N T A R Ă	
A. — PUBLICAȚIUNI MEDICALE.	
Acta Medica-Latina No. 1, 2—1928	182
Clinica No. 2—1928	183
Clujul Medical No. 4—1928	185
Revista Științelor Medicale No. 4, 5—1928	190

	<u>Pag.</u>
Revista Sanitară Militară No. 3—1928	191
Revue Médicale Roumaine No. 1—1928	194
Revista de Hidrologie Medicală	197
România Medicală No. 7, 8, 9, 10—1928	197
Revista de Obstetrică, Ginecologie, Puericultură No. 2—1928	200
Revista Medico-Chirurgicală dela Iași No. 2—1928	202
Spitalul No. 4, 5—1928	195
Viața Medicală No. 4—1928	203

B. — SOCIETĂȚI ȘTINȚIFICE.

Reuniunea Medico-Militară Timișoara (Șed. 26 Mai 1928)	205
Reuniunea Anatomică Cluj (Șed. 21/I; 18/II; 7, 31/III; 26/V—1928)	206
Soc. de Anatomie și St. Cancerului București (Șed. 28/IV; 5, 12, 16/V—1928)	213
Societatea Română de Oto-Rino-Laringologie București [Șed. 7/XII-1927; 19/I; 7/II; 5/III; 3/IV; 5/V—1928)	216

C. — CĂRȚI-MONOGRAFII.

Codex Medico-Farmacologic de Prof. Dr. N. T. Deleanu și Dr. L. Coniver	217
Propedeutica Chirurgicală de Prof. Dr. I. Iacobovici	219
Cercetări asupra periostului de Dr. S. Jagnov	221
Trat. complet de medicină legală de Prof. Dr. Mina Minovici	221
La Réduction des fractures sous écran de Dr. V. Răduțescu	222
Manual de Urologie Clinică de Prof. Ștefănescu-Galați	223
Terapeutica boalelor rinichiului de Prof. Dr. A. Teohari	225

MIȘCAREA MEDICALA ROMÂNEASCĂ IN STRĂINĂȚATE 227

III.

CERCUL MEDICO-FARM. DIN CRAIOVA

A. — ȘEDINȚE 236

B. — DIN TRECUTUL CERCULUI.

Cuvântarea D-lui Dr. V. Drăgoescu la aniversarea de 25 ani	241
---	-----

IV.

MIȘCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

Chirurgie, Dermatologie, Electro-Radiologie, Farmacologie-Terapeutică, Fizio-Patologie, Medicina internă, Medicina experimentală, Neuropatologie	249
--	-----

C R O N I C A

Asupra bătrâneții s'a scris mult și din diferite puncte de vedere. Termen fatal al oricărei vieții și nu numai animale, etapă fisio-patologică caracterisată printr'un complex de insuficiențe funcționale și leziuni regresive organice, care îi este *Causa?* și care *Mecanismul Bătrâneții?* și D-l **Prof. Dr. C. I. Parhon**, Profesor de Psihiatrie la Fac. de Medicină din Iași și cercetător adânc al Endocrinologiei umane, îndrituit mai mult ca alții să-și spună părerea autorisată, dupe ce amintește principalele teorii emisei cari fiecare în parte oglindește o parte de adevăr, ajunge la concluzia că „în starea actuală a cunoștințelor noastre se poate concepe că bătrânețea este determinată de substanțele de desasimilație, ce rezultă din funcțiunea celulelor și cari îngrămădite în și între celule le împedecă procesele de asimilație; aceasta conduce cu încetul la o scădere a capacității funcționale a tutulor organelor și printre acestea în primul rând a glandelor cu secreție internă; și acest deficit endocrinian agravează turburarea generală, căci adaogă la primul factor de intoxicație celulară prin produsele de desasimilare turburările de metabolism rezultate din deficitul endocrinian și exocrinian“.

Ar fi deci bătrânețea, dupe D-sa, o distrofie generală cu caracter progresiv.

Concepută astfel bătrânețea este o boală, care dacă nu poate fi înlăturată, dar poate fi îndepărtată, iar pentru aceasta trebuie să fie combătută în cauzele și tratată în efectele ei.

Dar de *Tratamentul* preventiv, care ar fi cel mai util și de prim ordin în timp, tânărul nu-și aduce aminte, iar când organele au început să îmbătrânească (și o vârstă anumită nu poate fi fixată, deși rari dar existând tineri îmbătrâniți din vreme și bătrâni încă tineri) atunci, ne mai fiind posibilă în aceiași măsură favorizarea din vreme a arderilor și a eliminărilor la timp a produselor de desasimilație, oricât am stimula procesele prezente de asimilație, rămâne ca unică preocupare, și poate unic colac de salvare, susținerea funcțiilor biologice deficitare; și resursele opoterapiei, la care D-l **Prof. Parhon** a contribuit atâta, se prezintă cu o eficacitate dovedită mai mult pe zi ce trece.

Această nouă orientare a chestiunii va trebui să conducă la transformarea vechilor azile de până acum, centre inerte, în spitale active, în cari bătrânul să fie tratat ca orice bolnav.

O prezentare a interesantelor cercetări, în continuare, ce face D-l Doc. **Dr. S. Jagnov** de mai mult timp asupra *Sistemului nervos vegetativ în Tuberculoza pulmonară*, nu putem întreprinde pentru moment.

Vom aminti numai că D-sa a constatat că tuberculina are o valoare farmaco-dinamică simpaticotropă; că acțiunea ei nu poate fi neutralizată de adrenalină, așa precum susține Guth; că reacțiile biologice la tuberculină nu pot fi explicate prin intervenția sistemului nervos vegetativ, fiind definitiv stabilit azi că aceste probe sunt expresia reacțiilor humorale (de ordin anafilactic dupe Prof. Slătineanu și Danielopolu) și în sfârșit că condiționarea diferitelor forme anatomo-clinice ale tuberculozei pulmonare nu poate fi datorită vre-unei problematice influențe și a sistemului nervos vegetativ local, discernământ greu de făcut de altfel.

Cloromul este o formă de leucosarcomatoză cu leziuni a organe hematopoetice de ordin agresiv și cari determină o modificare particulară a tabloului sanguin cu anemie profundă; pigmentul verde, care-l caracterizează și-i dă numele, n'a putut fi încă până în prezent identificat.

Cazurile sunt extrem de rari; la noi nu este bine stabilit dacă s'a publicat vre-unul, de aceia autorii **Conf. Dr. Babeș, D-ri Cânciulescu și R. Hirsch** au căutat să facă un studiu complex al cazului întâlnit.

Este *Monocitul* un leucocit de origină reticulo-endotelială, cum îl arată starea actuală a cercetărilor amintite de D-ra Dr. R. Hirsch? În orice cas se pare că este o legătură de netăgăduit între prezența lui în sânge și leziunile de endotelită arterio-capilară chiar parcellară, leziuni dictate de *Stări septicemice* atenuate, cari conduc la o reacție și desquamație a endoteliului acestui sistem vascular.

Și, intrucât în procesele acute grave Schilling a constatat lipsa monocitozei chiar în limitele sale fiziologice normale, ar însemna că creșterea anormală a monocitelor sângelui traduce o reacție de apărare a organismului sub influența unei iritații atenuate locale sau generale.

Dr. M. Cânciulescu.

PRIVIRE GENERALĂ ASUPRA PATOGENIEI ȘI TRATAMENTULUI BĂTRÂNEȚEI

de
Dr. C. I. PARHON
Profesor la Universitatea din Iași

Cercetările din ultimii ani au adus din ce în ce mai mult la ordinea zilei problema bătrâneții.

A trata această chestiune în cadrul unui articol de revistă e de sigur imposibil și de altfel am publicat nu de mult o lucrare *) în care am privit-o în totalul ei.

În articolul de față mă voi ocupa numai de chestiunea patogeniei și tratamentului bătrâneții trimițând pe cetitor la lucrarea citată pentru alte laturi ale chestiunii.

Patogenie înseamnă mecanismul boalei. Bătrânețea e deci o stare patologică ?

Iată un punct asupra căruia nu toți autorii sunt de acord. Dacă unii răspund afirmativ, alții susțin din contră că bătrânețea e o stare normală, fiziologică.

Voi remarca fără a intra în alte amănunte că în această discuțiune confuzia se datorește în bună parte faptului că termenii de normal sau fiziologic s-au întrebuițat în 2 înțelesuri diferite.

Dacă fiziologic sau normal e ceea ce e obișnuit, comun, atunci bătrânețea e o stare normală.

Dar mi se pare că am face o eroare dând acestor cuvinte înțelesul de mai sus.

Prin fiziologic sau normal trebuie să înțelegem starea, în care diferitele funcțiuni ale organismului se exercită în mod optimum.

*) C. I. Parhon. Bătrânețea, Senilitatea, Psihozele vârstei de involuție. Demența senilă. Demența arteriosclerotică. Iași, Institutul de Arte Grafice Viața Românească, 1925.

În această accepțiune a cuvântului nu rămâne nici o îndoială că bătrânețea e o stare patologică caracterizată printr'un complex de insuficiențe funcționale — poate pe ici pe colo și prin perversiuni funcționale sau chiar stări de hiperfuncțiune —, prin leziuni în special de ordin atrofic și regresiv, dar uneori și prin modificări hipertrofice (cum e cazul pentru capsulele suprarenale) în fine prin modificări chimice printre cari deshidratarea țesuturilor, supraîncărcarea cu substanțe lipoide, scăderea nucleinelor par a fi cele mai caracteristice.

Deci putem admite ca un fapt, ce nu lasă nici o îndoială că bătrânețea e o stare patologică, al cărui prognostic e bine cunoscut.

Care e însă mecanismul acestei boale? Rolul infecțiilor și al intoxicațiilor exogene nu pare îndeajuns dar nici cel mai important.

Printre intoxicațiuni *Metchnikoff* atribuie o importanță mare celor datorite putrefacțiilor, ce se petrec în intestinul gros. Acestea ar precipita bătrânețea. Dar nu reese din lucrările lui *Metchnikoff* că ele ar constitui unicul factor al bătrâneței.

În ce privește mecanismul intim al acesteia, *Metchnikoff* credea că e vorba de o luptă între elementele nobile, parenchimotoase și macrofagele din țesuturi. Explicațiunea aceasta e prea simplistă și nu poate fi aplicabilă tuturor țesuturilor. Ea nu explică totalul faptelor observate în bătrânețe (deshidratarea țesuturilor, supraîncărcarea cu lipoide, etc.).

Demange consideră că arterioscleroza e cauza bătrâneței.

Nici explicațiunea aceasta nu e satisfăcătoare. Arterioscleroza și sclerozele în genere se găsesc, ce e drept, cu o mare frecvență la bătrâni. Dar ele nu sunt specifice bătrâneței, nici nu constituie leziunile cele mai caracteristice. În plus ele pot fi considerate mai degrabă ca urmări de cât ca factori patogenetici ai bătrâneței.

Minot consideră bătrânețea ca ultima fază a evoluției unui organism.

Dar *J. Loeb* a combătut acest mod de a vedea. Când 2 procese chimice sânt de aceeași natură — zice *Loeb* — ele au același coeficient termic, cu alte cuvinte variațiunile de temperatură le modifică în mod asemănător. Or, studiind oul de ursin, *Jacques Loeb* găsește că pentru dezvoltare coeficientul termic e de 2.8 pentru 10° , pe câtă vreme pentru durata vieții și pentru același număr de grade el e de aproximativ 1000. Cele 2 procese nu pot fi deci — după *Loeb* — de aceeași natură.

E drept că ideile lui *Loeb* au fost criticate, dar nu pot intra aci în prea multe discuțiuni. Mă mulțumesc să remarc că afirmațiunile lui *Minot* nu constituie o explicație, chiar dacă am admite că ele corespund strict adevărului.

Loeb admite că bătrânețea și moartea naturală ar fi datorite consumării sau distrugerii unei substanțe din organism, ce ar putea fi analoagă cu unele antigene (tetanolizina, vibriolizina) cari ar avea un coeficient termic ridicat, analog cu acela găsit de *Loeb* pentru durata vieții.

Menționez încă ideile lui *Boy-Teissier* referitoare la consumarea energiei vitale. Fiecare s'ar naște cu un anumit capital de energie vitală. Consumarea lui ar duce la bătrânețe și la moarte.

Dar energia, care pune în mișcare mecanismul fenomenelor vieții, e de fapt împrumutată din afară și introdusă continuu cu alimentele. Deci nici această explicație nu e satisfăcătoare.

Bechold și mai cu seamă Profesorul *Marinescu* apoi *Lumière*, *Ruzicka*, *Duclaux* au făcut să intervină modificările coloidelor celulare pentru a explica fenomenele bătrâneții.

In vitro o soluție coloidală, ermetic închisă, în repaos cât mai complet își modifică cu timpul constituția.

Micelele coloidale se aglomerează, se floconizează și cad la fund. Se zice atunci că soluția coloidală a *imbătrânit*.

În organism s'ar petrece procese analoage, cari ar explica bătrânețea.

E însă de remarcat că în organism există mecanisme coloido-poetice și coloidoclasice grație cărora coloidele se formează și se distrug neconținut. Nimic nu probează că *aceleași* coloides persistă într'o celulă dela naștere și până la moarte, ori care ar fi modificările încercate de ele. Din contră mecanismul vieții pare a presupune schimbări neconținute ale coloidelor.

În tot cazul, fără a contesta că starea coloidelor la bătrâni e alta decât la tineri, mi se pare că trebuie să căutăm o explicație pentru aceste transformări ale coloidelor, cari rămân de altfel de precizat într'o largă măsură.

Hossley, *Paris Lorand* au încredințat modificările glandulare pentru a explica mecanismul bătrâneții și am insistat eu însumi împreună cu *Goldstein* și *Cahane* asupra prezenței acestor modificări la bătrâni. Găsim la ei într'adevăr fenomene de insuficiență tiroidiană, paratiroidiană (ipocalcemia spre exemplu), ipofisară, testiculară sau orhitică, hepatică, pancreatică, etc.

E logic deci să admitem că alterațiunile glandelor endocrine (și exocrine) pot explica unele din fenomenele bătrâneței.

Dar e tot atât de drept să afirmăm cu Profesorul *Marinescu*, că alterațiunile glandelor sunt ele înșile consecința unui factor mai îndepărtat .

Explicațiunea cea mai verosimilă, ce mi se pare a putea fi dată astăzi pentru mecanismul bătrâneței (de și poate în mod provizoriu), e aceea emisă pentru prima oară de *Montgomery*, după care moartea prin bătrânețe e în raport cu acumularea produselor de excreție.

Insuficiența de eliminare a acestor produse, ce rezultă din însăși funcționarea organismului, ar explica bătrânețea și moartea.

Această interpretare își găsește un sprijin puternic în cea ce se observă la ființele unicelulare, cari prezintă fenomene de senescență când sunt lăsate prea mult timp în acelaș mediu, dar cari se divid la infinit, când mediul e schimbat la intervalele necesarii.

Și nu e vorba de epuizarea substanțelor nutritive, căci acelaș mediu, care nu mai permite supraviețuirea unei anumite specii de infuzorii, permite foarte bine viețuirea normală a unei alte specii. E azi dovedit că ființele unicelulare posedă imortalitatea potențială.

Acelaș lucru pare a exista și pentru celulele ființelor pluricelulare.

Unii autori admit că, bătrânețea e rezultatul diferențierei, care împiedică diviziunea celulară. Mai verosimil mi se pare a admite că bătrânețea e rezultatul unui deficit al asimilației, diviziunea celulară fiind ea însăși datorită unui excedent asimilatoriu. Deci nu absența diviziunii celulare ar aduce scăderea asimilației.

Or cum ar fi, mi se pare că, în starea actuală a cunoștiințelor noastre, mecanismul bătrâneței poate fi conceput în modul următor :

Substanțe, ce rezultă din funcțiunea celulelor – substanțe de desasimilare mai cu seamă, se îngrămădesc în spațiile intercelulare și în celulele însăși! De aci rezultă o scădere a capacității funcționale a celulelor și în special a asimilației. Această scădere a capacității funcționale aduce cu sine deficitul diferitelor organe, printre cari al glandelor endocrine, cea ce agravează turburarea generală adăogând la primul factor de intoxicație celulară prin produsele de desasimilare turburările de metabolism rezultate din deficitul endocrinian și exocrinian.

Rezultă astfel o distrofie generală cu caracter progresiv.

În contra acestei distrofii poate exista un tratament.

Idealul ar fi premenirea mediului pericelular, cum se face pentru protozoare. Dar evident aceasta e o imposibilitate.

Trebue să ne gândim atunci la favorizarea arderilor și eliminării produselor de desasimilare.

În al II-lea rând trebue să ne gândim la înlocuirea funcțiunilor chimice absente și la stimularea proceselor de asimilație.

Un anumit regim alimentar, masajul, băile, un tratament tiroidian moderat convin pentru prima indicațiune.

Tratamentul tiroidian exercită între altele o acțiune diuretică, favorizează eliminările substanțelor, previne staza intestinală și mărește hidratațiunea țesuturilor, precum reese din cercetările recente, ce am făcut împreună cu *V. Mârza* și *M. Cahane*.

Pentru a mări capacitatea de asimilare putem recurge la tratamentul cu insulină. De curând în cercetări întreprinse cu ultimul colaborator amconstatat că, grație injecțiilor cu insulină, putem face să crească în greutate bătrânii emaciați.

Opoterapia combinată (tiroidă, timus, ipofisă, testicul sau ovar etc.) transplantările de organe restabilesc în parte metabolismul alterat.

Aci e locul să menționez lucrările lui *Steinach, Voronoff, Thorek*, ș. a. referitoare la transplantările de testicul sau de ovare, cari au arătat că la oamenii sau animalele bătrâne se poate obține o creștere generală a energiei, constatabilă și prin creșterea forței dinamometrice, a scăderii netă a hipertensiunii arteriale și precum m'am convins într'un caz, pe care l'am publicat împreună cu *Cahane*, și modificări în constituția chimică a sângelui. Examenul colesterinei la un bătrîn, căruia i s'a făcut o transplantare de testicul uman, examen făcut de *Maria Parhon*, a arătat o revenire a colesterinei, mult crescută înainte, la cifra normală câteva luni de la intervenție.

Transplantările multiple de organe sânt chemate să dea rezultate și mai importante. La o femeie de 77 ani căreia i se practicaseră transplantări de tiroida, ovare, ipofiză, s'a văzut pe lângă alte fenomene revenirea menstruațiunii care se continua de câteva luni, în momentul când autorul a publicat observațiunea.

De asemeni trebue să ne gândim la întrebuițarea de substanțe, ce excită în mod specific vitalitatea diferitelor tipuri celulare. Profesorul *Cantacuzino* a demonstrat spre exemplu că serul hemolitic în doze mici exercită o acțiune stimulantă asupra formațiunii hematiilor.

În același ordine de idei am observat de curând împreună cu *M. Cahane* că prin sângerări repetate, prin injecții de ser de animal tânăr sângerat de mai multe ori, sau prin injecții de saponină putem obține la câinii bătrâni, a căror măduvă osoasă e transformată în țesut grăsos, o adevărată reviviscență a acestui organ.

Se înțelege ușor că redeşeptarea organelor de apărare la bătrâni e de o mare importanță practică, fiind cunoscută slaba lor rezistență la infecțiuni în general.

Unii acizi aminați, ce au un rol important în creștere și asimilare, ca lizina, triptofanul, de asemeni vitaminele diferite par a trebui să joace un rol important în tratamentul bătrâneții.

Și unele tratamente fizioterapice (razele ultraviolete, diatermia etc.) sînt de luat în considerație. De asemeni viața în aer liber etc.

Este evident că nu am avut pretenția să epuizez în acest articol chestiunea patogeniei și tratamentului bătrâneții.

Am voit numai să stabilesc noțiunea ca bătrânețea e o stare patologică față de care, medicul are nu numai dreptul, dar chiar datoria de a institui o terapie.

Rezultatele obținute până în prezent nu trebuiesc privite de sigur cu un entusiasm exagerat. Dar un scepticism exagerat ar fi încă și mai rău venit.

Tratamentul bătrâneții trebuie urmărit și mai departe.

Din acest punct de vedere vechile «azile» de bătrâni vor trebui să devină *spitale* de bătrâni și centre de cercetare științifică și de activitate medicală.

CONTRIBUȚIUNI LA STUDIUL SISTEMULUI NERVOS VEGETATIV IN TUBERCULOZA PULMONARĂ

de

Dr. S. JAGNOV

Docent Universitar

Considerațiuni generale

PRIMA COMUNICARE

Cercetările lui *Deutch* și mai apoi ale lui *Gouth*, făcute prin ajutorul probelor farmaco-dinamice, procedeul *Dressel*, au creat principii de clasificare în clinica tuberculozei pulmonare, punând în legătură leziunile anatomopatologice ale tuberculozei cu sistemul nervos vegetativ. Se știa de mult, înainte cercetărilor de mai sus, că tuberculoza pulmonară se înfățișează adesea prin simptome, cari arată în mod evident înrăurirea sistemului vegetativ. În 1921 apare în Arhiva de Fiziologie a Universității din Amsterdam, o monografie a lui *Bossevain* asupra influenței sistemului nervos vegetativ în geneza infecțiunilor pulmonare. Trecând peste datele bibliografice ale acestei lucrări, avem câteva fapte experimentale de mare preț pentru chestiunea în cercetare. Astfel în mai toate afecțiunile pulmonare se găsește retenție de clor în sânge, cea ce din punctul de vedere al reacției sistemului vegetativ se traduce prin fenomene analoage cu acelea produse de excitarea simpaticului prin adrenalina. Cantitatea de clorură de sodiu din serul sanguin e scoborâtă prin acțiunea adrenalinei asupra simpaticului și e coborâtă de asemeni prin acțiunea pilocarpinei asupra parasimpaticului. Dar ceva mai mult, *Boissevain* arată, că corpurile simpaticotrope, clorură de sodiu, adrenalina, paralizază mișcările vibratorii ale mucoasei bronșiale și că spiralele lui *Curchman*, în astmul bronchial, sunt produse de hipertonicitatea vagului, care accelerează vibrațiunile mucoasei bronchiale. Aceste fapte au ridicat dela început ipoteza, că sistemul nervos vegetativ ar condiționa desfășu-

rarea pneumopatiilor și că în speță, pentru problema care ne preocupă, sistemul nervos vegetativ ar determina dintr'un început diverse forme anatomo-clinice ale tuberculozei pulmonare. Rezolvarea acestei probleme ține de mai multe necunoscute. Înainte de a le reliefa pe acestea, din labirintul infecțiunii tuberculoase, cunoaștem totuși câteva fapte deja dovedite, cari ar putea să stea de la început în cumpăna unei soluțiuni.

Orice agent infecțios produce, pe lângă acțiunea lui locală, și anumite reacțiuni generale. Reacțiunile generale sunt adesea comune oricărei infecțiuni, reacțiunile locale producându-se în anume puncte de atac ale agentului arată afinitatea specială a acestuia pentru anume sisteme celulare. Probabil că există o afinitate a bacilului tuberculos pentru sistemul vegetativ. Excitația vazomotoare s'ar propaga de la focarul inflamator primar, pe căile vegetative, asupra întregului organism. Concepțiunea aceasta patogenică, dacă ar fi în totul adevărată, lărgeste perspectivele de interpretare ale multor simptome care apar în evoluția unei tuberculoze pulmonare și aduce indicațiuni nouă pentru terapeutică lor.

Recentele lucrări ale lui Bergman asupra sistemului vegetativ, monografia lui critică, credem că sunt o clarificare a problemei și în acelaș timp o orientare practică a medicului în cuprinsul chestiunii. Într'adevăr, pentru a se putea scoate concluziuni practice clinice, trebuie să privim sistemul nervos vegetativ ca o parte dintr'un sistem de complexuri vegetative. Aceste complexuri vegetative sunt reprezentate de raporturile dintre sistemul nervos vegetativ propriu zis și mediul intra și extra-celular. Integritatea fiziologică precum și dezechilibrul patologic al sistemului vegetativ e condiționat de echilibrul acestor raporturi.

Complexurile vegetative sunt realități bio-chimice îndelung cercetate și cu rezultate precizate, în ceiace privește înrâurirea lor asupra sistemului vegetativ.

Nu e locul să intrăm aici în descripțiunea cercetărilor făcute asupra fiecăruia din aceste elemente determinate ale tonusului vegetativ. Literatură medicală română, de la cercetările profesorului Danielopolu, e bogată în publicațiuni asupra sistemului vegetativ, în cari, incidental, pe lângă contribuții originale, se găsesc descrise cercetările științifice făcute și aiurea asupra acestor chestiuni.

Restrângând amănuntele și cercetările deja făcute, am putea spune, că în ceiace privește tuberculoza pulmonară, s'a încercat a se găsi raporturi de condiționalitate între aceasta și sistemul nervos

vegetativ. Câmpul cercetărilor este larg, de aci și posibilitățile deducțiilor ipoteticc. Extensiunea câmpului de investigație provine din divergența punctelor de plecare în studiul sistemului vegetativ precum și a problemelor laterale care se nasc. Dar în tuberculoza pulmonară concluziunile sunt dificile și pentru particularitatea specială a infecțiunii tuberculoase.

Pentru evidențierea acestor afirmațiuni, ca și pentru așezarea cercetărilor noastre în complexul celor făcute asupra raporturilor între sistemul vegetativ și tuberculoza pulmonară, mai este nevoie să insistăm puțin.

Fiecare componentă a complexului vegetativ, luată izolat, înfățișează o unitate pe un substrat genetic dovedit. Dintre toate, sistemul simpatic și vagal e mai complect studiat sub raportul ființei sale anatomice și a efectelor farmaco-dinamice. Literatura medicală română abundă în descripția lui. Deasemeni cercetările bio-chimice făcute asupra diversilor ioni, a mediilor extra-celulari și intra-celulari, a raporturilor dintre electroliții anorganici, etc. au ajuns la rezultate, cari deschid drumuri nouă în patologia vegetativă. Nu există însă un raport de convergență a tuturoră cu puțința unei aplicațiuni practice, în clinică. Afirmațiunea ironică a lui *Bergman*, că studiul sistemului vegetativ constituie pentru patologia clinică, ceea ce ar fi un *petitio principii* pentru logică, este o constatare pentru prezent, fără a fi o dezolare pentru viitor. Deacea oricât de complexă și imperfectă ar fi explicațiunea unui proces patologic prin intermediul sistemului vegetativ, el constituie totuși minunate luminișuri în câmpul adesea întunecat al clinicii.

În ceea ce privește tuberculoza pulmonară, sistemul nervos vegetativ aruncă proiecțiuni de mare preț pentru patogenia boalei și chiar pentru tratamentul ei. Totuși nu se poate privi tuberculoza pulmonară prin prizma absolută a sistemului vegetativ. Necunoscutele din cuprinsul infecțiunii tuberculoase îngreuează în mare parte problema. Caracterul social al boalei a obligat, dealungul deceniilor, cercetări asupra agentului patogen, asupra imunității, profilaxiei, etc., într'atâta, încât cercetările asupra mecanismului intim al boalei, în laturile fizio-patologice ale acesteia, n'au fost făcute decât tangențial. Mai apoi, înfățișarea clinică a tuberculozei pulmonare este în totul particulară. Infecțiunea deși se localizează pe un organ, minează întreg organismul. Leziunile pulmonare sunt întovărășite adesea pe primul plan de turburări funcționale și chiar de leziuni ale multor organe proeminente pentru echilibrul funcțional. Astfel că, turbu-

rările metabolice în schimburile nutritive sunt adesea rezultanta deficiențelor funcționale ale unui complex de organe târîte în cortegiul clinic de leziunile pulmonare. De prisos să reamintim aici cercetările făcute aiurea și la noi, experimentale și clinice, în sprijinul acestor generalități.

Rezumând cele spuse până acum, înțelegem de ce problema raporturilor între tuberculoza pulmonară și sistemul vegetativ rămâne în domeniul investigațiilor, fără a se putea deduce concluziuni practice definitive.

Raportul între sistemul vegetativ și probele biologice cu tuberculină

Contactul de spital, relativ lung, cu bolnavii de tuberculoză pulmonară, precum și practica privată, ne-au făcut, să adunăm multe observațiuni în capitolul complex al raporturilor dintre tuberculoza pulmonară și sistemul vegetativ. Lucrările lui *Guth* din «*Zeitschrift für Tuberculose*», asupra sistemului vegetativ în tuberculoza pulmonară, studiat prin ajutorul metodelor farmaco-dinamice, ne-au orientat în cercetările noastre. Deși punctele de plecare sunt aproape aceleași, concluziunile diferă.

Am abordat chestiunea, plecând dela studiul probelor biologice cu tuberculină. Doream să vedem, dacă reacțiile cutanate la tuberculină se pot sprijini și pe excitația vaso-motorie locală, ceea ce ar îndritui ipoteza unui element nespecific în reacția de specificitate a tuberculinei. Așa că, dacă un organism senzibilizat pentru tuberculoză reacționează la tuberculină iar cel nesensibilizat nu reacționează, puterea reacțiunii nu atârână numai de gradul specificității alergice, ci și de alte condiții, în special vaso-motorii. De aceea bănuiala de a afla în tuberculină un excitant al sistemului vegetativ ne-a obligat să cercetăm concluziunea lui *Guth*, dupe cari reacțiunile, bine-cunoscute, obținute prin probele cu tuberculină ar fi în parte fenomene datorite componentei vegetative. Considerațiunea aceasta o dovedește *Guth* printr'un element farmaco-dinamic antagonic, care neutralizează acțiunea tuberculinei. Acolo unde reacțiunile la tuberculină erau negative, concluzia neinfecțiunii tuberculoase o admitea *Guth* în baza constatării unui sistem nervos vegetativ normal. Într'o serie de fapte obținute la tuberculoșii exudativi înaintați, la care reacțiunea de tuberculină era negativă din pricina stării de alergie negativă a bolnavilor, *Guth* obține o reacțiune pozitivă, făcând paralel cu injecția

de tuberculină o injecție cu adrenalină, elementul farmaco-dinamic antagonic tuberculinei. Realitatea influenței vegetative asupra reacției la tuberculină la tuberculoșii exudativi întărește conceptul inițial al lui Guth asupra mecanismului reacțiilor tuberculinice, și îl face ca, sprijinindu-se pe aceste rezultate, să întrebuițeze valoarea sistemului vegetativ pentru clasificarea tuberculozei pulmonare.

Vom arăta în a doua noastră comunicare, care sunt concluziile cercetărilor noastre asupra acestor ultime rezultate ale lui Guth.

În ordinea primelor sale premize, cercetările noastre au decurs astfel (Bolnavii cercetați au fost în Sanatoriul Militar de tuberculoși și în Serviciul de contagioși al spitalului Colentina):

La o serie de bolnavi cu leziuni puțin înaintate, infiltrație unilaterală, tuse, ușoară exagerație, bacili în spută, afebrili, le-am făcut probe cu tuberculină, procedeul Pirquet. Am obținut în genere reacția locală, febră, fără reacția în focar. Cercetând curba tensiunii în momentul apariției febrei și a papulei cutanate, am obținut curbe grafice al căror tip e analog cu cele obținute de Dressel prin injecțiile cu adrenalină pentru excitarea sistemului simpatic. (Vezi tabloul 1 și grafica 1).

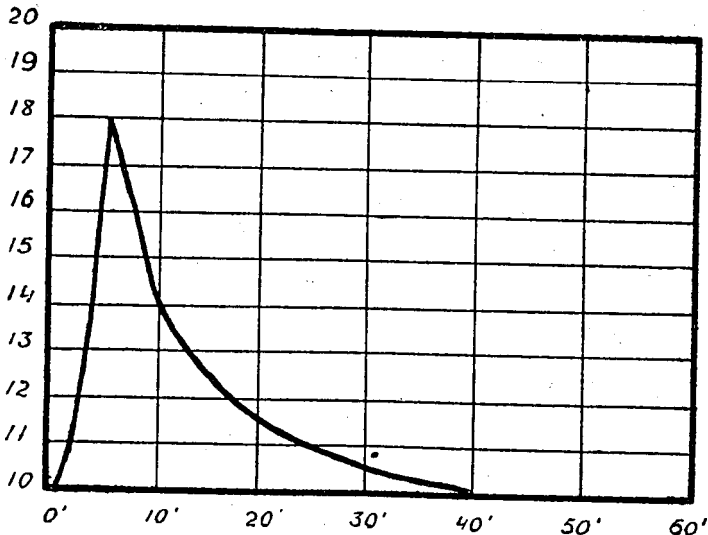


Fig. 1. — I. S. Infiltrație tuberculoasă.
Curbă simpaticotonă, prin proba cu tuberculină.

TABLOUL No. I

Numele Bolnavului	Diagnosticul	Probe Biologice	Felul reacțiunei	Tensiunea normală	Oscilația tensiunei arteriale în timpul reacției
Ion V.	Infilturația vârf. dr. Pleurita dr. Koch +	Cuti-reacția Pirquet. BCU Cluj / Central University Library Cluj	Febră aproape 39°, șapte ore dela inoculare. La 24 ore, au apărut pe brațele tuturor papula.	mx.=10 mn.=5	10 —17 în 10'
Stan A.	Inf. vârf. stg. Koch +			mx.=11 ¹ / ₂ mn.=8	11 ¹ / ₂ —18 în 10'
Ionita S.	Bronchiită, Pleurita dr.			mx.=10 ¹ / ₂ mn.=7	10 ¹ / ₂ —18 în 10'
Dumitru A.	Infiltr. bilateral Koch +			mx.=12 mn.=6	12 —17 în 10'
Marin D.	Infilturație bil. Koch +			mx.=10 mn.=5	10 —18 în 10'
Stoia I.	Infilturație bil. Koch +			mx.=10 mn.=6	10 —17 în 10'
Frățila P.	Pleurezie dreaptă			mx.=13 mn.=8	13 —18 în 10'
Neacșu I.	Infilturație stg.			mx.=14 mn.=7	14 —18 în 10'
Vlad D.	Bronchiită, Infil. dr.			mx.=12 mn.=7	12 —17 în 10'
Stan I.	Infilturație bil. Koch +			mx.=10 mn.=7	10 —18 în 10'
Ion P.	Infilturație stg. "			mx.=12 mn.=7	12 —17 în 10'
Gheorghe P.	Infilturație dr. Koch +			mx.=11 mn.=8	11 —18 în 10'
Pavel D.	Bronch., Infil. dr. Koch +			mx.=12 mn.=6	12 —16 în 10'
Ferentz S.	Infilturație bil.			mx.=11 mn.=6	11 —17 în 10'
Pătru S.	Pleureziedr. Hemopizii	mx.=10 mn.=8	10 —18 în 10'		
Vladislav B.	Infilturație dr. Koch +	mx.=13 mn.=5	13 —18 în 10'		
Ciordan I.	Infilturație bil.	mx.=12 mn.=7	12 —17 în 10'		
Solomon P.	Bronchiită, Infil. Koch +	mx.=11 mn.=6	11 —18 în 10'		
Ivan R.	Infilturație bil. Koch +	mx.=12 ¹ / ₂ mn.=7	12 ¹ / ₂ —18 în 10'		
Gheorghe D.	Bronchiită, Pleurezie dr.	mx.=11 ¹ / ₂ mn.=8	11 ¹ / ₂ —17 în 10'		

Tuberculina a reacționat sub raportul febrei analog cu atropina, paralizantul vagului, sau cu adrenalina, excitantul simpaticului. Pentru a întări aceasta deducțiune, trebuia să vedem, dacă acțiunea tuberculinei, — excitant precum se vede al simpaticului — nu poate fi neutralizată printr'un element farmaco-dinamic antagonic. În consecință, bolnavilor cari au reacționat la injecția cu tuberculină făcută dupe procedeul *Pirquet*, le-am făcut — după metoda *Guth* — paralel, injecție sub-cutană cu tuberculina veche 2 mgr. și cu adrenalina soluția 1 0/00 5 cm. 3. Rezultatele obținute au fost aceleași notate în tabloul 1 și grafica 1. Prin urmare nicio modificare în ceea ce privește reacțiunile generale și locale la tuberculină, sau în ceea ce privește curba tensiunii.

Nu tot astfel au decurs experimentările, când am încercat să neutralizăm acțiunea tuberculinei prin pilocarpină, excitantul sistemului vagal. Pe aceeași serie de bolnavi, injecția de 1 cgr. de pilocarpină făcută paralel cu inocularea de tuberculină a dat rezultate mai puțin absolute. Șapte din bolnavi n'au avut reacție generală, ci numai o palidă reacție locală, iar ceilalți și-au menținut reacțiunile generale și locale, ca în tabloul No. 1. Curba tensiunii, s'a modificat absolut antagonic cu cea obținută în grafica No. 1. (Vezi tabloul 2 și grafica 2).

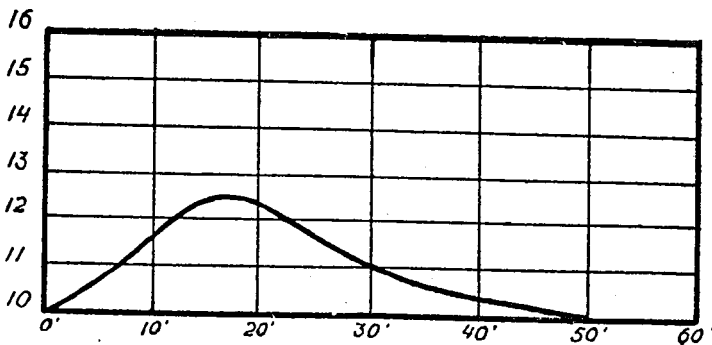


Fig. 2. — Infiltrație tuberculoasă.

Curbă parasimpaticotonă obținută paralizând acțiunea tuberculinei prin pilocarpină.

TABLOUL No. 2

Numele Bolnavului	Diagnosticul	Probe Biologice	Felul reacțiunii	Tensiunea normală	Oscilația tensiunii arteriale în timpul reacției
Stan D.	Pleurită dr. Koch +	Cuti-reacția Pirquet. 0.01 ctgr. de pilocarpină făcută paralel cu tuberculină.	Febră 40°, opt ore dela inoculare. 24 ore dela inoculare au apărut pe brațele tuturoia papula.	mx.=11 ¹ / ₂ mm.=8	11 ¹ / ₂ —12 în 10'
Ioniță S.	Infl. vârt. stig. Koch +			mx.=10 ¹ / ₂ mm.=7	nici o modificare
Marin D.	Infiltr. bil. Koch +			mx.=10 mm.=5	10—13 în 10'
Stoia I.	Infiltr. bil. Koch +			mx.=10 mm.=6	10—12 în 10'
Frățila P.	Pleurezie dr.			mx.=13 mm.=8	nici o modificare
Stan I.	Infiltrație bil. Koch +			mx.=10 mm.=7	10—13 în 10'
Gheorghe P.	Infiltrație dr. Koch +			mx.=11 mm.=8	11—12 în 10'
Ferenț S.	Infiltrație bil.			mx.=11 mm.=6	nici o modificare
Pătru I.	Pleurezie dr. Hemoptizii			mx.=10 mm.=8	10—18 în 10'
Ciordan I.	Infiltrație bil.			mx.=12 mm.=7	12—13 în 10'
Ivan R.	Infiltrație bil. Koch +	mx.=12 ¹ / ₂ mm.=7	nici o modificare		
Solomon P.	Bronchiță, Infl. Koch +	mx.=11 mm.=6	nici o modificare		
Gheorghe D.	Bronchiță, Pleurezie dr.	mx.=11 ¹ / ₂ mm.=6	nici o modificare		

O dovadă în plus, că adrenalina nu are o acțiune antagonică față de tuberculină, că nu neutralizează acțiunea acesteia, am mai dobândit-o în faptul că, reacțiunile negative la tuberculină, obținute în cazurile avansate de tuberculoză pulmonară, au putut fi modificate, în câteva cazuri, prin injecțiile simultan făcute cu atropină, paralizantul vagului. Această ultimă probă am făcut-o pe un număr de 20 de bolnavi. Le-am făcut intradermoreacția în acelaș timp cu injecții intravenoase de atropină, până la paralizia completă a vagului 2 mgr. de atropină. Șase din acești bolnavi au reacționat cu febră, papula locală apărută după 24 ore, și o curbă a tensiunii analoagă cu aceia din injecțiile cu adrenalina. (Vezi tabelul 3 și grafica 3).

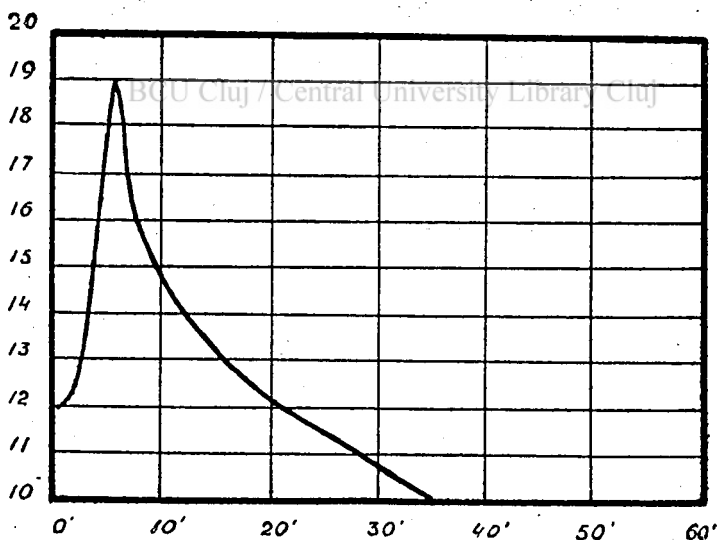


Fig. No. 3. — Ramoliție tuberculoasă.

Paralizia vagului prin 2 mgr. de atropină. Probă cu tuberculină pozitivă în 6 cazuri din 20. Curbă simpaticotonă.

TABLOUL No. 3

Numele Bolnavului	Diagnosticul	Probe Biologice	Felul reacțiunii	Tensiunea normală	Oscilația tensiunii arteriale în timpul reacțiunii
Dumitru V.	Ramoșițe dublă Koch +	Cuti-reacția Pirquet. Paralizia completă a vagului prin 2 mgr. de atropină făcută paralel cu tuberculină. BCU Cluj / Central University Library Cluj	A apărut papula pe antebrațe dupe 48 ore. Febra în general mărită.	mx.=12 mn.=7	12 —19 în 10'
Parabolu S.	Ramoșițe stg. Koch +			mx.=13 mn.=6	13 —18 în 10'
Ioanițu S.	Ramoșițe dr. Koch +			mx.=12 ¹ / ₂ , mn.=7	12 ¹ / ₂ —18 în 10'
Moritz A.	Infil. stg. Ramoșițe dr.			mx.=13 mn.=6	13 —19 în 10'
Ivan I.	Infil dr. Ramoșițe Koch +			mx.=11 ¹ / ₂ , mn.=5	11 ¹ / ₂ —18 în 10'
Vlad P.	Ramoșițe stg.	mx.=12 mn.=7	12 —19 în 10'		

Rezumând faptele expuse mai sus, cuprinse în tablorile și schemele alăturate, trei concluziuni se impun:

1) Am găsit în tuberculină un element farmaco-dinamic al sistemului vegetativ, simpaticotrop. În comunicarea ce va urma, vom arăta, când vom cerceta reacțiunile vegetative ale tuberculoșilor pe larg, valoarea farmaco-dinamică vegetativă a tuberculinei.

2) Tuberculina fiind simpaticotropă, acțiunea ei nu poate fi neutralizată de adrenalina, așa precum susține Guth. Acolo unde adrenalina a rămas fără efect neutralizator asupra tuberculinei, Guth crede, că suntem în fața unor bolnavi care au o iritabilitate normală a sistemului simpatic cu o predominență parasimpatică. Credem, că această afirmațiune este eronată, fiindcă nicăeri în experiențele noastre, acolo unde tuberculina a produs reacțiune, adrenalina n'a putut-o înlătura, iar pe de altă parte, în probele vegetative făcute tuberculoșilor, pe cari le vom arăta pe larg în comunicarea viitoare, am găsit bolnavi cu o stare vegetativă cu predominență simpatică, la cari efectul antagonic al adrenalinei asupra tuberculinei a fost deasemeni nul. N'am putut dovedi eficacitatea neutralizatoare a adrenalinei nici pe cale intravenoasă, deși în parte din cercetările noastre pentru stabilirea tonusului vegetativ am folosit procedeul Dressel—injecțiune intravenoasă de adrenalina. O dovadă în plus, că adrenalina nu neutralizează acțiunea tuberculinei, am dobândit-o în faptul că reacțiunile negative la tuberculină, obținute în cazurile înaintate de baciloză, au fost modificate de atropină, paralizantul vagului.

3) Extinderea valorii parasimpaticotrope a tuberculinei, în explicarea reacțiunilor biologice la tuberculină, este o greșeală. Intregul șir al dovezilor experimentale și clinice, existente, an arătat că probele la tuberculină sunt expresia reacțiunilor humorale. Antigenul acționează asupra focarului tuberculos, constituind reacțiunea locală, apoi pătrunde în sânge și acționează asupra tuturor organelor și țesuturilor, în special asupra fierei, cari creează atunci anticorpi.

Discuțiunile în privința interpretărei, printr'o reacțiune de anticorpi sau prin anafilaxie a diverselor probe cu tuberculină, sunt vechi și totuși mereu nouă. Astfel unii autori, Ullenhut, Neufeld, Wassermann, ș. a. explică cuti-reacția, intradermo-reacția etc., printr'o reacție de anticorpi, alți autori, printre care la noi Slătineanu, Da-

nielopolu, interpretează oftalmoreacțiunea, ea și reacțiunile de mai sus, prin mecanismul anafilaxiei. Concepțiunea exclusivă a unei cauzalități vegetative pentru geneza reacțiilor la tuberculină este greșită. Aceasta nu înseamnă, că în complexul fiziopatologic al reacțiilor biologice la tuberculină n'ar intra și un element vegetativ. Componenta vegetativă nu-i decât unilaterală. Astfel că din studiul contribuției, pe care sistemul vegetativ îl aduce probelor cu tuberculină, reiese o primă îndoială asupra hotărâtoarei influențe, pe care sistemul vegetativ ar avea-o în desfășurarea clinică a tuberculozei pulmonare. Comunicările ulterioare vor încerca să dovedească întrucât aceasta îndoială poate fi întărită sau amendată.

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE CHLOROM

Conf. Dr. BABEȘ, Doc. Dr. CÂNCIULESCU și Dr. R. HIRSCH

Având ocazia de a urmări clinicește și hematologic un caz de chlorom la un copil, care a prezentat sindromul leucemic limfatic pe lângă tumorile multiple osoase, ne pare de oarecare interes a publica observația, fiind dată raritatea cazurilor, cu cercetările ce am făcut asupra pacientului și considerațiile, care ne-au fost sugerate.

Este vorba de copilul J. G. în vârstă de 5 ani ale cărui antecedente colaterale nu se cunosc; era un copil adoptat la vârsta de 9 luni.

Antecedente personale: amigdalite repetate și poate anul trecut pojar. Înainte de internare a fost considerat ca având polipi nasali și tratat și pentru albuminurie.

Istoric și stare prezentă: La 3/II intră în spital; de 2 luni copilul se plânge de dureri de cap, slăbire, astenie, cam de atunci a apărut exoftalmia ambilor ochi, cu edemul pleoapelor. Ganglionii cervico-sub-maxilari de p. stângă s'au mărit de volum.

De 3 săptămâni au apărut pe față și cap, mai ales pe partea stângă apoi pe bolta palatina, noduli tumorali variind de la mărimea unei alune până la a unei nuci și și mai mari. Nodulii duri sunt aderenți între ei. Aspectul capului este isbitor, dat fiind profundele deformații și exoftalmia ce prezintă (fotografia). (Fig. 1).

Craniul voluminos și neregulat, alterat de nodulii amintiți. Figura de asemenea foarte alterată din cauza predominenței părții stângi și exoftalmiei bilaterale, mai pronunțată la dreapta. Pe față și frunte se observă vene turgescente. Tot cam de 3 săptămâni au apărut hemoragiile cutanate sub forma de peteții lenticulare diseminate pe tot corpul și membre însoțite de epis-taxis. Are dureri la deglutiție, sialoree abundentă cu striții de sânge.

Anemie profundă, puls 120, nasul înfundat cu secreție muco-sanguinolentă. Respirația grea se face pe gură, pe care o ține întredeschisă în timpul somnului. Are dureri osteo-articulare ale membrelor inferioare și superioare, tachicardie, sufluri anemice la cord. Nimic pulmonar și nici radio-scopice în repetate rânduri nu s'a constatat invadarea toracelui de tumorețele neoplazice. Abdomenul balonat. Splina percutabilă pe 3 laturi de deget. Ficatul depășește falsele coaste și se întinde până la ombilic; ganglionii periferici mici ca boabele de mazăre.

Examenul sângelui la 3/II. (înainte de a intra în spital):

- 1) Globule albe = 16.000.
 Globule roșii = 1.060.000.
 Hemoglobina (Sahli) = 30%
 Trombocite = 150.000
 Durata sângerării deget = 10'
 lob. ureche = 5'

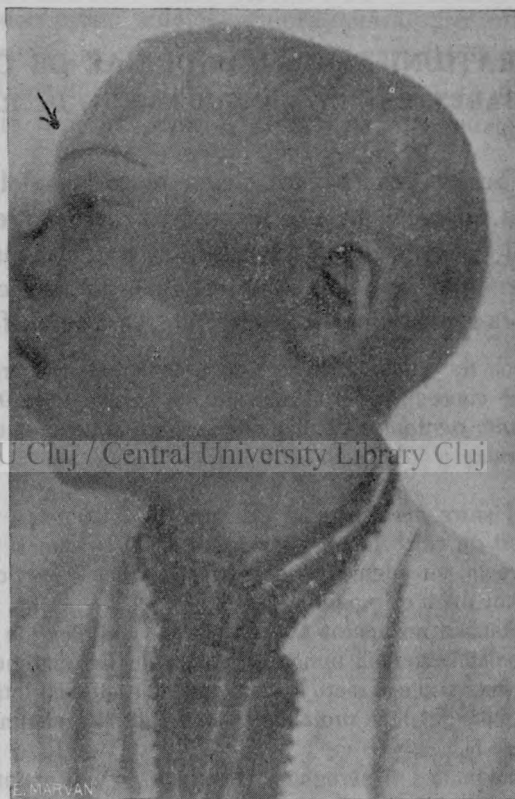


Fig. 1.

Coagularea după 30'; coagulare plasmatică (înainte s-au depus hematiile).

Retracția chiagului = parțială după 24 ore.

R. Wassermann = negativă

Rezistența globulară = R. max. = 3

(Glob. deplasmate) R. min. = 3,5

Limfocite patologice (atipice) 56%

Limfocite mici și mari 35%

Polinucleare neutrofile 7%

Forme de trecere 2%

Ex. sânge la 14/II:

Limfocite patologice (atipice) 70%

Limfocite mari și mici 26%

Polinucleare neutrofile 4%

Globule albe = 30.000

Globule roșii = 1.000.000

Hb. = 30%

Valoarea globulară ⇒ 1

Coagularea = 15'

Resistența glob. = 3—3,5

Durata sângerării deget. = 3'—8'

lob. ureche = 10'

Retracția chiagului incompletă după 36 ore.

Ex. sânge la 29/II:

Globule albe = 30.000

Globule roși = 1.000.000

Hb. = 30%

Coagularea, durata sângerării, rezistența globulară ca la 14/II.

Examenul ochilor (D-l Dr. Socor): pupilele reacționează lent la lumină și convergență. Exoftalmie.

Ex. fund. ochiului drept: un început de atrofie papilară cu stază puternică peripapilară, vasele foarte turgescente.

Ex. fund. ochiului stâng: staza mare peripapilară cu o mică decolorare papilară și vasele foarte turgescente. Tumoare retro-bulbară dublă.

Examenul gâtului (D-l Dr. Segal): o tumoare globuloasă și dură făcând corp cu peretele posterior al faringelui și ocupând epifaringele și sinusul maxilarului stâng. Dealungul arcadelor dentare mucoasa palatina prezintă câte o infiltrație oblungă și dură, o paloare extremă a mucoasei faringiene și nazale care nu se exagerează sub acțiunea adrenalinei.

La *puncția lombară* lichidul este sub tensiune normală și nu prezintă nimic anormal; 2 elemente pe mmc. (Celula Nageotte); albumina 0,20%. *Nonne Apelt, Pandy*, reacția benz. coloidal negativă.

La *radiografia craniului*, pe placă se constată obscuritatea cavității orbitare drepte, ceea ce traduce prezența tumorii retrobulbare. (Fig. 2).

În primele zile exoftalmia s'a accentuat mai ales pentru ochiul drept și au apărut întinse sufuziuni sanguine ale conjunctivei bulbare și echimoze palpebrale, cari în ultimele zile au retocedat.

La 25/II. Maxilarul superior de partea stângă și mai mărit de volum; tumora medio-frontală în creștere. Apar noi tumorete pe calotă. Mărirea acestor tumori dă impresia de mărirea hemicraniului și a feței stângi. Circulația colaterală mai pronunțată și vinele mai turgescente pe calotă. Auzul abolit.

Tot aci menționăm că pe ziua de 20 Februarie s'a scos un ganglion din regiunea sub-maxilară stângă; ganglionul prezenta la secțiune o colorație frumoasă verze, colorație care a persistat câteva zile și era perceptibilă pe secțiunile microtomice.

La *ex. anatomo-pathologic se constată*:

Structura ganglionului este cu totul schimbată. Nu se mai constată

decât la periferie un strat foarte subțire de țesut limfoid. Restul este reprezentat prin elemente celulare cari se deosebesc în mod fundamental de elementele normale ale ganglionului. Aceste elemente formează, fie o infiltrație difuză, iar alte ori se dispun sub forma de cordoane mai subțiri sau mai groase fără limită precisă însă. Elementele celulare sunt fie separate unele de altele, fără însă ca să se poată constata o substanță intercelulară între ele, sau sunt lipite între ele fără limită între celule. Ceea ce caracterizează aceste elemente este în primul rând slaba dezvoltare a protoplasmei,



Fig. 2.

pentru cele mai multe aceasta lipsind în aparență cu desăvârșire. Celulele sunt de tipul celulelor mari și cu un nucleu foarte mare și palid colorat cu hematoxilina. Forma și dimensiunile nucleului variază în limite foarte mari, mulți din nuclei fiind lobulați, alții mari neregulați, monstruoși. Mulți din nuclei sunt în Kariokineză. Celulele sunt agranuloase și nu dau reacțiunea oxidazelor. (Fig. 3).

Pe ziua de 26/II examenul de sânge e foarte puțin modificat. Splina percutabilă pe 3 laturi de deget. Ficatul coborât până la ombilic, moale. Un ganglion inguinal drept mărit; grupul ganglionar axilar drept în creștere.

1 Martie : hematemeză, starea generală rea, copilul e luat acasă, unde sucombă după 2 zile. Tot timpul febra a oscilat între 37-38°2; în serviciu n'a prezentat albumină în urină.

In rezumat : Un copil de 5 ani, fără antecedente patologice certe, slăbește de 2 luni, se plânge de dureri în membre, cam tot atunci apare exoftalmia cu edem palpebral și tumori multiple osoase

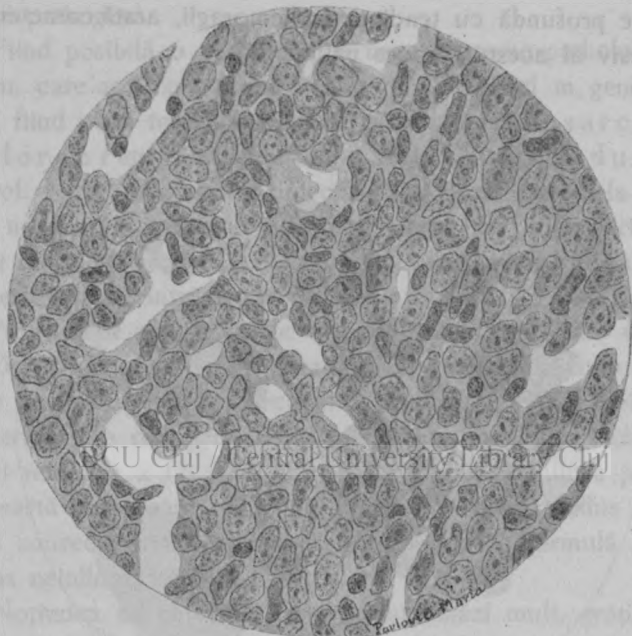


Fig. 3.

și ganglionare, tumori cu sediul în oasele craniului și feței și cari au pornit de la nivelul arcadei zigomatice și sinusului maxilarului stâng.

La examenul sângelui găsim un syndrom leucemic acut sau mai bine zis al leucemiei cu celule embrionare. (Fig. 4).

Numărul globulelor albe de și sub 50.000 pe mmc. prezintă modificări calitative și anume celule embrionare, a căror mărime variază de la un mononuclear mijlociu la un mononuclear mare : a) celule cu protoplasma puțină slab bazofilă, nucleul mare ca al unui mononuclear = *limfoblaste* ; b) alte celule ce seamănă cu un limfocit mare, protoplasma bazofilă, nucleul cu 3-6 nucleoli, nucleul rotund, ovalar cu o incizie hilară = *limfocit* ; c) celule cu un strat subțire de cytoplasmă, nucleul mai rotund și cu blocuri cromatice ca pietrele juxtapuse, compacte, *microlimfocite*.

Aceste 3 varietăți de celule constituie numărul cel mai mare de celule albe.

Aspectul lamelor de sânge este al leucemiei acute limfoide.

Acest sindrom leucemic, care însoțește tumorile multiple osoase, ce distrug osul, ridică periostul fără a-l traversa, ce dă metastaze amintind tumora primitivă, hipertrofii ganglionare și o stare de anemie profundă cu tendința la hemoragii, arată caracterul malign, agresiv al acestui proces pathologic.

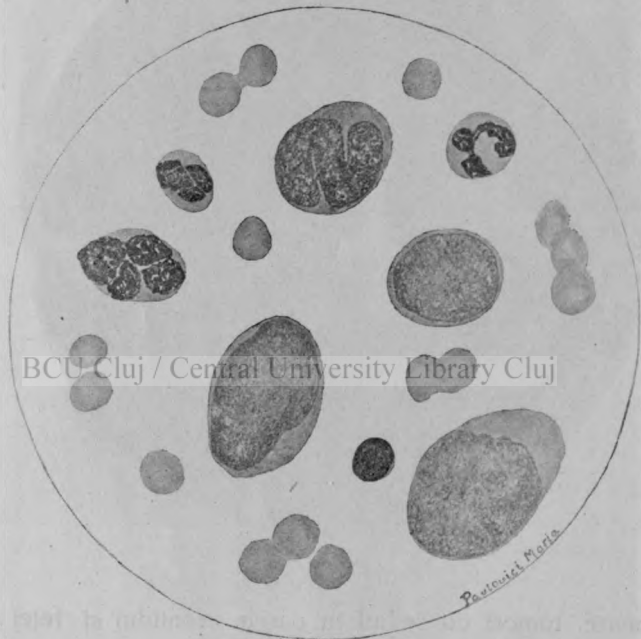


Fig. 4.

Examenul anatomo-pathologic decelând culoarea verde și o structură neoplazică confirmă identificarea neoplaziei cu chloromul.

Această afecțiune este intermediară între leucemii și sarcoame myeloblastice *Pavlot* și *Gallos* l-au identificat cu leucemia acută.

Chlorom limfatic a) Chlorom limfosarcôm (*Paltauf*)

b) Chloro-leucosarcôm (*Sternberg*)

c) Chloro-mielo-sarcôm

d) Chloro-leucemie myeloidă (*Naegeli*).

Această tumoare are la secțiune o colorație verde, cum a prezentat și ganglionul secționat de noi (cancer verde al lui *Aran*)

După *Sternberg* chloromul ar fi o infiltrație neoplazică a oaselor cu modificări leucemice embrionare a sângelui.

Pathogenia acestei afecțiuni este însă obscură, cu toate că în ultimii ani s-au căutat raporturile tumorilor maligne cu stări leucemice și infecții diverse: tuberculoza (*Nanta, Weil și Costa*), cu sifilis, micoze etc... Probabil joacă un rol important dar accesoriu acești germeni patogeni.

Fiind posibilă o apropiere pe baze anatomo-pathologice între chlorom, care ar fi o varietate și leuco-sarcomul în general și de curând fiind pusă în evidență natura infecțioasă a sarcomului găinilor de *Pey-Rous, de Fuyinamini* (Congrès du cancer 1923 vol. I pag. 69) noi am injectat sânge defibrinat dela pacientul nostru în mușchii pectorali de la 2 găini, pe cari le urmărim: cităm aceasta cu toată rezerva, ce ne impun condițiunile, în cari s'au făcut aceste ultime investigații.

Pronosticul acestei boale e fatal, tratamentul fără eficacitate.

De semnalat că câteva iradiași pe ganglionii gâtului, precum și cele necesare pentru luarea în 2 rânduri de radiografii craniene au determinat o reducere a exoftalmiei, în special pe ochiul drept, a cărui refracție a făcut să dispară echimozele întinse palpebrale, dar această modificare regională temporală n-a condus și la modificări consecutive ale tabloului sanguin, a cărui formulă leucemică a rămas neinfluențată.

Noțiunea de chlorom s'a precizat astăzi mult, grație studiilor și concepțiunilor hematologice și anatomopathologice moderne ale lui *Naegelli, Pappenheim, Sternberg, etc...*

Cele mai multe cazuri de chlorom prezintă leziuni cu totul particulare ale aparatului hematopoetic asociate cu modificări particulare ale sângelui.

Leziunile anatomopatologice corespund în cele mai multe cazuri celor din limfosarcomatoză iar modificările sângelui se caracterizează printr'o creștere a numărului globulelor albe, care se face prin aparițiunea în sânge a unor elemente albe normale de origină limfatică numite limfocite patologice sau atipice.

Leziunile de limfosarcomatoză sunt caracterizate prin aparițiunea în ganglionii limfatici precum și în splină și în măduva osoasă, a unor celule mari, de tipul limfocitelor, cari însă se deosebesc de acestea din urmă prin variabilitatea mare în formă și în dimensiunile nucleului celulelor, precum și prin aparițiunea de celule atipice cu nucleu monstruos.

Modificarea sângelui constă tocmai în aparițiunea și în sângele circulant a acestor forme atipice de celule de origină limfatică numite, după cum am spus deja mai sus, limfocite patologice sau atipice.

Aceste forme de limfocite anormale au fost considerate înainte de unii autori ca limfoblaste, iar de alții ca myeloblaste, și numai în urma studiilor hematologice ale histologiștilor mai sus citați au fost separate de acestea și considerate ca celule particulare, ca limfocite atipice.

Ele se caracterizează prin dispozițiunea cromatinei sub forma de bande groase ca în limfocite, nucleul lor este de formă foarte variată, deseori lobat, semănând prin aceasta cu celulele lui Rieder. Protoplasma acestor celule este foarte redusă uneori lipsind cu desăvârșire. Nucleul este deseori înconjurat de o zonă clară, perinucleară și protoplasma prezintă câteva granulațiuni azurofile. Dacă la aceste caractere mai adăugăm marea variabilitate în forma și dimensiunile nucleului, care este uneori foarte mare, avem elemente suficiente pentru a caracteriza aceste celule și a le diferenția de celelalte elemente ale sângelui.

Acestei asociațiuni de leziuni ale organelor hematopoetice ca acele din limfosarcomatosă, cu modificarea sângelui, ca aceea descrisă mai sus, *Sternberg* i-a dat denumirea de leucosarcomatoză iar *Helly* de limfosarcom leucocytoid.

Cazul de față aparține acestui tip și acestei concepțiuni de dată relativ recentă și poate servi ca o confirmare a acestei concepțiuni. Această concepțiune, pe care o credem cea justă, având unii adversari, credem că orice caz nou, care vine în sprijinul ei, trebuie să fie adus la cunoștință și prin aceasta justifică odată mai mult studiul de față.

MONOCYTOZA IN SEPTICEMII

de

Dr. R. HIRSCH

Asistentă a labor. de igienă-Craiova

Morfologia, geneza și rolul monocitelor din sânge a dat naștere la discuții și teorii numeroase în ultimii ani. Azi când monocitul și-a găsit un loc în cazierul nomenclaturei leucocitare, ar trebui să se ție seama mai mult de acest al treilea element al sângelui în stări patologice.

Histologiștii ca *Ranvier*, *Renaut*, hematologiștii ca *Hayem* pretind că toate elementele figurate ale sângelui derivă din țesutul limfoid. Dualiștii cu școala lui *Ehrlich*, *Schultze*, *Schride* disting grupul granulocitelor de origină mieloidă și agranulocitelor de origină limfoidă.

Trialiștii *Wolf*, *Schilling* descriu a treia formă leucocitară mononuclear granulos, ca al treilea element clasic din sânge.

Azi în urma cercetărilor embriologice și morfologice autonomia monocitului a fost proclamată de *Schilling*, *Rieux* ș. a.

Morfologia monocitului: elemente mari cu nucleul rotund, ovalar sau reniform fără nucleol, cu o rețea cromatică fină, protoplasma de culoare gris-bleu, cu granulații fine amphofile, mai mult azurofile. Uneori monocitul ia un caracter endothelioid cu prelungiri pseudopodice.

În privința genezei monocitului *Naegeli* în Germania susținea că e de origină myeloidă, *Renaut*, *Ranvier*, *Dominici* în Franța presupuneau că țesutul peri-vascular și conjunctiv banal a dat naștere monocitului. *Mallory* în Franța, *Schilling* în Germania caută a stabili autonomia monocitului adult și a-i acorda o origină endothelială. Numai după ce *Aschoff* și *Landau* condensează într'un singur sistem elementele reticulare endoteliale și crează altfel un sistem unic histophiziologic și histo-pathologic care leagă sângele de țesuturi, monocitul apare ca un leucocit de origină reticulo endothelială.

Odată ce sistemul reticulo-endothelial cuprinde elementele reticulare ale măduvei osoase, a ficatului, a splinei și elementele endotheliale ale arborelui arterio-capilar și cavităților sinusoidale,

vom căuta a arăta *legătura leziunilor sistemului reticulo-endothelial cu monocitele*. Cercetările mai recente ale lui *Schittelhelm, Mellé Sabin, Kyono*, confirmă origina reticulo-endothelială a monocitului.

În *stări patologice* monocitul suferă turburările morbide a celorlalte leucocite. Diminuarea monocitelor este mai puțin studiată, înmulțirea lor este paralelă cu hiperleucocitoza granulocitară, eozinofilie, neutrofilie, de exemplu în septicemii, iar în afecțiuni datorite protozoarelor ca în malarie între accese avem monocitoza cu limfocitoză și neutropenie. În toate afecțiunile acute avem o fază transitorie de monocitoză. După *Schilling* acest puseu monocitar se intercalează între puseul polinuclear a fazei acute și reacțiile limfocitare și eozinofilice ale convalescenței.

În septicemiile cu evoluție lentă sau în infecțiuni cu germeii puțin virulenți, la care crizele se repetă, *monocitoza* e uneori singurul semn al infecțiilor, mai ales când lipsește febra sau vre-o modificare a numărului globulelor albe.

Tot în septicemii cu mers cronic putem studia leziunile aparatului hematopoetic și reacția țesutului reticulo-endothelial, manifestările purpurice, martori a unei *endothelite parcelare*, ce ne explică de ce monocitoza însoțește aceste manifestațiuni.

La congresul de Medicină din 11-15 Octombrie 1927 din Paris *Merklen* și *M. Wolf* arată participarea endothelitei capilare la sindromul de endocardită malignă lentă. Într-o monografie asupra participării endothelitei arterio-capilare la sindromul endocarditei maligne *P. Mercklen* și *M. Wolf* (No. 7 Presse méd. 1928) arată că boala nu e localizată la endocard. Streptococul se poate fixa pe peretele arterio-capilar ca și pe valvulele și tunica internă a cordului, în cât endocardita apare ca expresia atingerii simultane a endocardului și arborelui arterial în ramurile și ramificațiunile sale de orice calibru. Accidentele cutanate, purpura reprezintă un puseu de endothelită parcelară (*Nolf, Roskam, Astra Călugăreanu*). În frotiurile de sânge mai ales cele obținute după fricțiunea urechei găsim *elemente monocitare, celule endotheliforme* cu protoplazma alungită, fuziformă cu nucleul eliptic, celule tinere eșite dintr-o desquamație capilară, martori a unei endothelite infecțioase, puse în evidență de *Schilling, Hess*, confirmate necropsic de *Olle-Ottander*, de *Astra Călugăreanu* și experimental de *Schittelhelm*. Monocitoza de origine endothelială a endocarditei infecțioase se poate observa și în tihusul exantematic și la sfârșitul unor puseuri septicemice.

Monocitoza reticulară se observă în febra tifoidă, tusa convulsivă, oreillon, rușeolă, variolă, paludism, helminthiază. În febra tifoidă în perioada de stadiu, leziunea țesutului reticular, hiperplazia lui este la origina marelor celule sanguine, a monocitelor. *Mallory* arată că celulele Rindfleisch din ulceratiunile intestinale, cele din limfomul din ficat descris de *Wagner*, celulele din splină, ganglioni și măduvă osoasă sunt expresiunea pură a monocitozei de

origină reticulară cu proliferări intestinale, splenice și osoase. După intensitatea și vechimea atingerii arborelui arterial în ramurile și ramificațiile sale de ori-ce calibru, după reacțiile de apărare a țesutului reticulo-endothelial vom avea o monocitoză mai mult sau mai puțin intensă. Probabil că în septicemii intervine și reacția alergică a bolnavului, variația virulenței germeului patogen, succesiunea focarelor infecțioase reticulo-arterio-capilare dând naștere *endothelitelor parcelare* ale septicemiilor iar *monocitoza* ar fi un simptom hematologic al manifestării infecțiilor.

Lipsa monocitelor sau diminuarea lor se găsește în septicemii grave (Schilling) în care o neutrofilie 90⁰/₀, indică că pronosticul în asemenea cazuri e grav. Recent *Lad Syllaba* (din Praga) într'o monografie bine pusă la punct: *Vingt années d'expérience de l'endocardite infectieuse à évolution lente* (Annales de Méd. No. 5-1928) vorbind de monocytoza și prezența celulelor endotheliale în sânge în aceasta afecțiune, o găsește numai într'un singur caz din 46 cazuri de endocardită monocitoza. Dar autorul nu a ținut seama de celulele endoteliale care sunt uneori singura expresie clinică a infecțiunii lente în endocardite. Și dacă aceste tipuri de monocite se găsesc și în alte infecțiuni după cum am citat din observațiile hematologilor competenți ca *Schilling, Hess, Wolf, Merklen etc.*, nici o infecțiune lentă nu se pretează de a urmări mai bine monocitoza și formele de tranziție ale celulelor endotheliale ca endocardita lentă.

În rezumat: *infecțiile repetate sau permanente aduc o modificare a capacității de reacțiune a țesuturilor și organelor. Probabil intervine în frecvența monocitozei, din punct de vedere etiologic și patogenic, o dispoziție particulară endogenă care sub influența factorilor exogeni fac ca organismul să reacționeze la infecții printr'o reacție anormală a sistemului reticulo-endothelial dând monocitoza.*

II.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ IN ȚARĂ

A. — PUBLICAȚIUNI MEDICALE

ACTA MEDICA LATINA.

REPERTORIU ANALITIC ȘI BIBLIOGRAFIC AL PUBLICAȚIILOR MEDICALE LATINE

M. Losper et A. Lemaire. *L'intradermo-réaction cholesterinée dans les maladies précipitantes.* (No. 1—1928). — Autorii au cercetat cu ajutorul intra-dermoreacției cholesterinate tendința precipitantă a țesuturilor unor indivizi. Se va ține samă numai de rezultatele papulo-eritematoase ce ating a 3 zi mărimea unei piese de un franc.

Și ajung la concluzia că o reacție pozitivă forte coexistă cu o hypercolesterinemie manifestă. Au studiat și biologia intra-dermo reacției la animal urmărind pe secțiuni evoluția precipitațiilor locale; au găsit în unele locuri cristale colesterinice datorite precipitației locale. Realizează transformarea colesterinei coloidale în cholesterină cristalizată. Nu au găsit vre-un paralelism între flocația serului vis-a-vis de colesterină și tendința precipitantă manifestă la nivelul dermului prin injecția de colesterină.

Când reacția este pozitivă arată tendința cholesteroprecipitantă a unui organism hipercolesterinemic. Trebuie să fi aplicată indivizilor rheumatici, gutoși și lithiazici.

Foarte deseori intra-dermo-reacția pozitivă coexistă nu numai cu hypercolesterinemia ci și cu o hyperuricemie. Au mai observat o micșurare a precipitărei colesterinei în țesături în urma unei cure insulinice.

Autorii caută a determina schimbările fizico-chimice a sângelui pentru a explica tendința precipitantă a cholesterinemiiilor.

D. Danileopolu. *Sur la symptomatologie et la pathogénie de l'angine abdominale.* (No. 2—1928). — Autorul consideră angina abdominală ca un fenomen al insuficienței irigației sanguine a țesutului muscular al tractusului digestiv. Mecanismul producției accesului anginos abdominal este același în toate cazurile.

Leziunile arterelor gastro-intestinale predispun la angina abdominală în mai multe feluri.

1) Obstrucția arterelor gastro-intestinale. 2) Aceste leziuni dau spasme vasculare și prin urmare o ischemie gastro-intestinală.

3) Leziunile plexului peri-vascular fac ca firșoarele sensitive gastro-intestinale să devie hipersensibile și cu acestea segmentele medulare corespundente. După autor sediul accesului anginos este dictat de intensitatea leziunii iar în cazurile de angină abdominală arterele gastro-intestinale sunt cele mai atinse.

Angina abdominală survine în plină digestie sau după vre-o efortare. În plină digestie tractul gastro-intestinal are nevoie de un mare aflux de sânge pe care nu-l poate obține de arterele bolnave. Rezultă un dezechilibru între travaliul tubului digestiv și irigația sa sanguină, asemenea o irigație insuficientă a musculaturii acestor organe.

Reflexul presor, care rezultă din excitarea terminației acestor organe, mărește ischemia (organelor) tractusului digestiv. Mărindu-se presiunea sanguină, travaliul miocardului este mărit și grație leziunilor coronariene are loc în cord o irigație sanguină insuficientă. Punctul de plecare al reflexului presor își are sediul în inimă.

Când leziunile arterelor gastro-intestinale sunt intense, vasconstricția abdominală dă accesul de angină abdominală. Spasmul vaselor abdominale poate produce un acces de angină abdominală în afara perioadelor digestive. Contractură peretelui abdominal în timpul accesului este datorită reflexului visceromotoric. Iar hemoragiile gastrice și intestinale sunt datorite leziunilor arteriolelor gastro-intestinale.

Adevăratul acces de angină abdominală are loc în musculatura tractusului gastro-intestinal. La indivizii ce prezintă o hipertonie a sistemului vegetativ și un grad intens de excitabilitate a căilor centripete viscerale se poate observa o angină de pept și o angină abdominală neorganică. Mecanismul acestui acces este același : o irigație sanguină insuficientă a musculaturii gastro-intestinale.

Dr. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C L I N I C A

(No. 2 din Martie — Aprilie 1928)

Prof. Marcel Labbé. *Turburarea metabolismului azotat, judecată prin raportul azotemic, în diabetul grav.* — Corecția sa prin insulină. Tulburarea metabolismului proteidelor este una din principalele caractere ale diabetului grav, care se caracterizează printr-o denutriție azotată (scoborirea raportului azototic, a raportului azotemic, amino-acidurie, amoniurie, polipeptidurie). Tratamentul prin insulină corectează tulburarea metabolismului azotat și restabilește echilibrul azotat. Acțiunea insulinei asupra metabolismului azotat este mai puțin rapidă de cât acțiunea ei asupra metabolismului grăsimilor și hidrocarbonatelor.

Prof. D. Danileopolu. *Metoda grafică viscerală în clinică.* — În studiul de farmacodinamie la om metoda grafică este una din cele mai precise metode de înregistrare a fenomenelor patologice. Patologia cardio-vasculară a luat o dezvoltare mare grație acestei metode, dar și în studiul motilității viscerale metoda grafică poate lua un loc definitiv printre metodele de înregistrare în clinică. Metoda autorului este bazată pe principiul ampulelor conjugate. Introduce în organul a cărui contractilitate o studiază o sondă de cauciuc moale, străpunsă de mai multe găuri laterale, careia adaugă la capăt o ampulă de cauciuc foarte subțire.

a) Metoda grafică este foarte bine suportată de bolnavi, cari nu sunt jenați chiar dacă inscripția se face timp de mai multe ore.

b) avem un document grafic asupra forței și duratei contractțiilor organului ce studiem.

c) Putem face cercetări asupra funcțiunei secretorii și motorii a stomacului, intestinului subțire.

Autorul mai arată câte-va gastograme în stare normală și patologică care diferă mult de cea normală.

Describe reflexe viscerale produse prin excitarea zonelor reflexogene ale carotidei, reflexe oculo-viscerale, oculo-gastric, oculo-esofagian, oculo-intestinal, oculo-colic etc.

Studiând cu ajutorul metodei grafice la om efectele medicamentelor obține adesea rezultate care nu concordă cu ideile terapeutice clasice obținute prin aplicarea exactă a rezultatelor experimentației pe animale. Ajunge la concluzia: spre a putea considera clinica terapeutică ca o știință trebuie ca ea să fie bazată pe cercetări farmacodinamice executate pe om.

Metoda grafică viscerală îndeplinește condiția de a putea executa pe bolnavi cercetări de farmacodinamie experimentală fără a fi dăunători bolnavilor.

Prof. Étienne Chabrol. *Contribuție la studiul cholesterinemiei de origine hepatică. Xantomurile familiare.* ereditatea joacă un rol important în geneza xantomilor.

S'au observat xantome pseudo-gutoase familiale, syndrom ce se apropie prin unele caractere de gută.

Acești bolnavi sunt cei ce pot fi clasați în grupul hipercholesterinemiei prin retenție, în cât drenând ficatul și căile biliare, se modifică terenul patologic al indivizilor atinși de xantom.

Henri Bénard și L. Bouttler. *Histamina în semiologia gastrică.* — Acțiunea vazodilatatorie a histaminei și acțiunea ce o are asupra secreției gastrice a făcut ca acest medicament să reprezinte un real progres în domeniul semeiologiei și al fiziologiei gastrice. Test hystamina poate înlocui prânzul de probă, putem obține un suc gastric fără amestec de alimente și ast-fel a studia chimismul gastric și cytologia gastrică foarte precis. Putem urmări secreția gastrică, în diferite stări patologice la dispeptici, hipersecretori și hiposecretori. Cu ajutorul sondei lui Einhorn putem urmări ciclul secreției gastrice, durata secreției și obține date fiziopatologice importante.

Dr. Etienne Fatou. *Tulburările digestive în eventrația diafragmatică. Motivele lor anatomice.* — Ectopia gastrocolică care se observă în eventrația stângă determină tulburări digestive, une-ori destul de grave: disphagie, dureri epigastrice, vărsături, hematemeză; ele sunt dese-ori în legătură cu un ulcer gastric complicație frecventă a eventrației. Aceste tulburări legitimează intervenții chirurgicale deosebite. Autorul se întreabă dacă la bolnavii cărora s'a practicat frenicectomia, care produce și o eventrație diafragmatică s'a luat în considerație aceste tulburări digestive consecința modificărilor anatomice produse de hemiparalizia diafragmului.

Dr. D. Simicl. *Patogenia dispepsiilor primitive în lumina cunoștințelor actuale.* — Există un mare număr de fapte clinice și experimentale care arată că în aceste dispepsii există o turburare mai mult sau mai puțin pronunțată a sistemului nervos vegetativ, a compoziției ionice sanguine, a echilibrului acido-bazic, și a funcției endocrinene. Acestea joacă un rol important în tul-

burările funcțiunii gastrice propriie diferitelor forme de dispepsii primitive sensitivo-secretorii și sensitivo-motrice.

De aci se poate institui o therapeutică rațională a acestor dispepsii.

Dr. P. Stoenescu și Dr. Hagl-Paraschiv. *Periduodenita în colicistite și ulcerele piloroduodenale.* — Aceasta este o periviscerită cari complică un număr de afecțiuni inflamatorii a organelor sferului superior al abdomenului. Adeseori însoțeste colicistitele și ulcerele piloroduodenale.

Radiografia în serie a regiunii piloro-duodenale fixează diagnosticul întrevăzut clinic. Semnele clinice variază după gradul leziunilor periduodenale.

Pronosticul depinde de gradul acestei-periviscerite și de cauza acestei afecțiuni.

Dr. C. Radoslav. *Patogenia și tratamentul actual al comei diabetice.* — Constitue etapa ce termină, aproape toate cazurile de diabet, dacă nu survine o altă complicație.

Coma diabetică provine din cauza unei turburări profunde a metabolismului hidraților de cărbune, fie că nu au fost suficient întrebuințați, sau din cauza unei micșurări a permeabilității celulare pentru zahăr, are loc o sete a celulelor pentru hidrații de cărbune. Corpii acetonicici care nasc din albumine și grăsimi, asemenea acidoza constituie fenomene secundare a turburării metabolismului hidraților de cărbune. Cu doze forte de insulină restabilim metabolismul turburat. Se institue un regim bogat în hidrați de cărbune, sărac în albumine și grăsimi pentru a preveni cetonuria.

I. Pavel. *Hepatografia.* — Autorul în colaborare cu A. Tănăsescu, I. Dumitrescu și Ciomac au produs la câine opacifierea ficatului, a publicat clișeele radiografice, arătând dificultățile teoretice și practice a acestei probleme.

Principiile metodei întrebuințate pentru a obține o hepatografie satisfăcătoare: mărirea dozei de tetraiod pe kilogram, îndepărtarea accidentelor imediate, stocarea substanței opace la nivelul ficatului.

Dr. C.

CLUJUL MEDICAL:

(No. 4 Aprilie 1928)

Prof. S. Nicolau: *Considerațiuni asupra stărilor de imunitate și alergii în Sifilis. Chestiunea reinfectiunii și superinfectiunii.* — (p. 186). Evoluția sifilisului, în lumina noilor cercetări experimentale făcute pe animale, se explică prin stările de imunitate și alergii, deslănțuite de invadarea treponemei în organism.

I. Imunitatea în sifilis: este naturală și dobândită.

Imunitatea naturală se traduce printr-imposibilitatea de multiplicare a treponemelor timp de 8—9 zile (Levaditi, Noble). După acest timp își reiau activitatea manifestată histologiceste prin îngroșări endoteliale și infiltrații perivascularare, iar macroscopiceste prin apariția sifilomului primar. Deci prima incubajie trebuie scindată, după D-sa, în două fraze: una biologică cu o durată de 8—9 zile (incubația reală) și alta histologică, de la prima până la apariția șancrului.

În plus, se mai traduce și prin imposibilitatea de generalizare a spi-rocheților timp de 6-7 săptăm. Paraziții izolați cari pătrund. sunt distruși de mediul sanguin, care este învins numai când cantitatea lor este mare. Lipsă de manifestatii.

Septicemia spirochetiană este bruscă și masivă, probă rezeziunea și simultaneitatea erupțiilor secundare. Ea produce o imunitate dobândită care nu-i „totius corporis“ ci regională.

Regiunile slab imunizate permit persistența paraziților într'o viață latentă, persistență care explică recidivele. Locul persistenței nu se știe precis: unii în ganglionii, testicul, piele (Pasini, Hoffman etc.) alții în splină, măduva osoasă (Neisser).

Imunitatea dobândită nu-i absolută ca în boalele infecto contagioase; prezintă numeroase variațiuni în plus și în minus, care explică perioadele de latență și recidivă; ea se face progresiv, prin „acumulare“ probă recidivele care sunt din ce în ce mai circumscrise și în număr mai restrâns.

Cea locală se dezvoltă în urma evoluții leziunilor specifice, și este provocată prin extenția periferică a sifilidelor tubero serpiginoase, cu respectarea zonei inițiale.

Mecanismul imunității este mult discutat și încă nerezolvat. Unii îl explică prin fagocitoză (Levaditi etc.), alții prin producerea de anticorpi (Finger și Landsteiner), alții prin modificarea spirocheților cari se adaptează cu timpul mediului.

II. *Alergia sifilitică*: se dezvoltă odată cu stările de imunitate și se manifestă în incubația II-a în mod progresiv. Este probată prin reinoculările cari dau totdeauna rezultate cu caracter corespunzătoare stadiului evolutiv în care se găsește reinoculatul și prin disciplina analogică a sifilisului. Deci organismul reacționează diferit după evoluția boalei. Atinge apogeul în perioada III-a probă leziunile necrotice și ulcerative (fenomenul lui Koch) și devine proprietate constantă a organismului, menținându-se neschimbată în tot cursul boalei; se stinge odată cu vindecarea.

Natura alergiei este încă discutată; unii o atribuie modificării proprietăților patogene ale parazitului, alți organismului, care și-a schimbat modul de reacțiune.

Reinfecția, adică o reinfecție nouă tradusă printr'un accident primar la un sifilitic, a cărui stare refractară și alergică a dispărut complet, este discutată în mecanismul ei. Pentru unii este datorită vindecării primei infecții, alții neagă vindecarea și aduc ca prin argument inexistența reinfecțiilor. la posibilitate care prin felul lor de viață sunt atât de expuse.

Cauza rarității reinfecțiilor s'ar putea explica prin ipoteza persistenței imunității la unii chiar după vindecare sau că sunt datorite unor rase treponemice deosebite de acelea ale primei infecții.

Superinfecția, adică reinoculare treponemică la sifilitici în activitate, reinoculare care produce manifestării cu tipul eruptiv corespunzător stadiului evolutiv al boalei. Sifilidele numite vis-à-vis sunt azi auto-inoculări, iar sifilomul terțiar șancriform al lui Fournier este o superinfecție prin hetero-inoculare. S'au adus în literatură cazuri de superinfecții prin hetero-inoculare.

Prof. Hațiegan și Dr. Anca. Considerațiuni asupra unui caz de scleroză a arterei pulmonare. - Relatează cazul unui bărbat care în antecedente a

avut un șancru sifilitic, tratat insuficient și la care mai târziu a survenit o scleroză a arterei pulmonare, diagnostic pus din punct de vedere clinic, radiologic și anatomo-patologic.

În plus de semnele descrise în simptomatologia acestui sindrom, au mai constatat la cazul D-lor o congestie pasivă papilară și hipertensiunea L. C. R.

Doc. Dr. Sărățeanu, D-ri Constantinescu și Dimolescu: *Lichidul cefalo-rachidian în sifilisul terțiar activ, fără manifestațiuni clinice nervoase.*— Au întreprins studiul L. C. R. în s. III activ pe 45 cazuri, din cauza rezultatelor discordante date de autori.

Din studiul celor 45 lichide examinate, 30 s'au arătat complet normal 15 pozitive, (33,3%).

Dintre cele 15 pozitive, 5 aveau toate reacțiile pozitive, (11,1%), iar restul de 10 lichide (22,2%) prezentau reacțiuni disociate și de intensitate mică, unele chiar dubioase.

Din acest studiu se degază faptul că „principala caracteristică a modificărilor patologice din L. C. R. în s. III este disociațiunea lor“.

Prof. Predescu-Rion: *Sifilisul faringelui.* — Articol scris cu scopul de a arăta medicului practician diferențele localizări faringiene ale sifilisului, în cele 3 stadii evolutive ale boalei.

Prof. E. Țeposu: *Sifilisul urinar.* — Descrie în acest articol amănunțit localizarea sifilisului pe aparatul urinar, dând simptomatologia fiecărui caz, mijloacele la care trebuie să recurgem pentru a putea depista natura specifică, tratamentul ce trebuie instituit, aduce în acelaș timp și câteva cazuri personale.

Doc. Axente Iancu: *Sifilisul congenital și tratamentul lui.* — (p. 217). Discută chestiunea sifilisului congenital și arată semnele de probabilitate și certitudine după care medicul poate pune diagnosticul. Aduce câteva cazuri personale.

În partea II-a a articolului indică medicamentele ce trebuiesc întrebuințate, modul lor de administrare cât și dozologia fiecăruia, cum trebuiesc făcute unele pentru a ajunge la rezultate.

Doc. Dr. Aleman: *Sifilisul dentar și tratamentul lui.* — (p. 224) Arată importanța cunoașterii alterațiunilor produse de sifilisul ereditar și descrie amănunțit aspectul clinic, indică tratamentul ce trebuie administrat, tratament stomatologic.

L. Danilello: *Sifilis și tuberculoză.* — (p. 226). În parte se ocupă de diferențele manifestațiuni provocate de sifilisul atât ereditar cât și dobândit, iar în partea II de asociația dintre sifilis și tuberculoză precum și de influența lor reciprocă.

Pentru cunoașterea frecvenței asociații dintre sifilis și tub. aduce statistici; Mozer 6—8%, Letulle 19%, Koester 3,3%, clinica din Cluj 5,7%. Înrăurirea acestei asociații este discutată pe larg, aducând față în față părerile diferiților autori cari au studiat-o.

Dr. P. Vancea: *Keratita parenchimotoasă și sifilisul ereditar.* — (p. 231). Articol foarte documentat și cu mult material statistic. Aduce în el multe contribuții personale.

Dr. P. Cirlea. *Lipsa incisivilor ca stigmat de eredosifilis.* — (p. 241).

Acest semn descris în 1917 de Mandelbaum și găsit de Sichel de 50 ori pe 1200 cazuri, este discutat încă în privința patogenii. Enumeră diferitele păreri emise și aduce un caz din clinica Dermato-venerică în care agnesia incisivilor laterali superiori se asociază cu alte manifestații specifice.

Dr. Gh. Șerban. *Controlul L. C. R. în sifilisul cutanat.* — Examenul L. C. R. este necesar pentru orice sifilitic din punct de vedere al diagnosticului pronosticului și al tratamentului.

Describe tehnica puncției lombare și pe cea mai nouă, suboccipitală, precum și toate reacțiile pe care medicul este obligat să le ceară laboratorului, apoi arată valoarea care trebuie atribuită fiecăreia, și datele la care trebuie făcută.

Doc. Dr. Konradi și N. Lengyel. *Valoarea seroreacției Wassermann și reacțiunilor de flocluație în diagnosticul sifilisului.* — Arată notațiile ce se fac în seroreacții și însemnătatea fiecăreia. Apoi urmăresc pas cu pas procentul pozitivității seroreacției Wassermann și reacțiilor de flocluație Sachs-Georgi și Müller în diferitele stadii evolutive ale sifilisului.

Prof. C. Tătaru. *Tratamentul sifilisului în practică.* — După ce face mai întâi câteva considerațiuni asupra introducerii preparatelor arsenicale în terapia sifilisului și discută încriminările aduse de Finger neosalvarsanului și explică evoluția infecției treponemice în lumina noilor cercetări experimentale, intră în fondul articolului care realizează pe deplin scopul urmărit: inițierea medicului practician în acest tratament și darea unei scheme după care să se călăuzească pentru atingerea sterilizării organismului.

Describe pe larg tratamentul preventiv abortiv și de fond al sifilisului, dând pentru fiecare scheme terapeutice.

Prof. Dr. Hațieganu. *Câteva considerații asupra tratamentului în sifilisul visceral* (p. 256), — Tratamentul sifilisului visceral se divide în preventiv și curativ.

Cel preventiv trebuie făcut timp de 25 ani, cu reluări la fiecare 5—6 ani, timp de 2 ani.

Cel curativ care urmărește jugularea infecției și uneori chiar vindecarea organopatiei, trebuie făcut timp de 3 ani — și apoi se reia la fiecare 4-5 ani. El va fi instituit după fiecare caz în parte.

Prof. C. Urechia. *Terapia sifilisului nervos* (p. 259). — Profilaxia sifilisului nervos se rezumă în terapia intensă și bine instituită a sifilisului în perioadele I—II.

Tratamentul sifilisului nervos se va face prin: săruri arsenicale, bismut, mercur, cărora în cazuri de p. g. li se vor asocia piretoterapia.

Dintre sărurile mercuriale se vor utiliza cele bogate în mercur. Când nu sunt tolerate se vor înlocui cu cele bismutice sau contrariu.

Trebuiesc manipulate cu prudență după caz, și indicarea lor este dictată de localizarea specifică.

Cel mai activ agent treponemicid este arsenicul 914, care în cazurile de tabes trebuie prescris în doze mari 0,15, 0,90 chiar mai mult, după toleranță, iar în P. g. și în general în sifilisul nervos vom utiliza doze mici, deoarece neo este vaso-congestiv și ne expunem la accidente.

A renunțat la serul salvarsanizat deoarece nu i-a dat rezultate.

Piretoterapia, deși s'au întrebuințat diferite substanțe, se mărginește la

infecția malarică sau cu febră recurentă. Dar după autor n'ar produce rezultatele așteptate. După d-sa injecțiile intravenoase cu levură de bere (1-3 cc.) dau un procent mai mare de ameliorări.

Prof. I. Minea. *Tratamentul tabesului* (p. 265). — Se rezumă în trat. simpatomatic (dureri fulgurante, crize gastrice etc.) și cauzal, treponemicid.

Cel cauzal va fi diferit după cum T. este evolutiv sau fixat.

În cazul cel evolutiv se va face 4 serii pe an cu Neo, dozele II, III repetate până la un total de 6 gr. în cel fixat aceleași doze și cantități, dar numai 2 serii pe an. Neosalvarsanul va fi dizolvat în soluție de urotropină 20%, este mai bine tolerat și nu se alterează așa ușor.

Injecția de Neo va fi precedată cu 6 ore de o injecție intrevenoasă cu 20 cc. din soluția de glucoză 40%, care ar avea ca efect scăderea tensiunii L. C. R. și deci ar face posibilă traversarea barierei hemato-encefalice a unei cantități mai mari de neo.

Cu această metodă a avut rezultate în crizele gastrice, atrofiile optice și tabesile neinfluențate de tratamentul obișnuit.

Prof. C. Tătaru. *Mysalvarsan Hoechst a. M. în tratamentul sifilisului* (p. 269). — Sunt cazuri în cari injecțiile intravenoase cu Neo nu se pot face (obezi, copii etc.), motiv care a determinat pe Kolle să lucreze pentru descoperirea unui preparat care să poată fi utilizat în injecții intra-musculare, ceiace a realizat prin Mysalvarsan.

Acest preparat a fost cercetat din punct de vedere terapeutic de d-l Prof. Tătaru, care a constatat că injecțiile intra-musculare sunt nedureroase, deci bine suportate de bolnav, că trepomenele dispar de la primele injecții leziunile regresează repede, accidentele rare.

Cu toate aceste efecte, este inferior injecțiilor intra-venoase cu Neosalvarsan.

V. Cimoca. *Starea actuală a bismutoterapiei în sifilis* (p. 276). — Bismutul introdus de 7 ani în terapeutică și-a câștigat reputația de antispecific grație proprietăților treponemicide pe care le are, administrarea lui nu poate fi făcută decât printr'o cunoaștere aprofundată a diferitelor preparate, cu conținutul lor în bismut metal, ceiace face Dr. Cimoca. Accidentele cauzate sunt descrise în totalitate precum și mijloacele de prevenire și combatere.

În ultima parte a articolului arată principiile generale după care medicul se poate călăuzi când dorește să aplice tratamentul bismutic în diferitele stadii evolutive ale sifilisului.

Dr. N Lengyel. *Malariaterapia în sifilisul cutanat* (p. 277). — Teama de recidive și localizările tardive pe nevrax au făcut pe Kyrle să introducă malariaterapia în stadiile precoce ale sifilisului.

Modul de acțiune ale malariei nu-i încă precizat, părerile sunt împărțite același lucru și cu rezultatele obținute. Totuși sunt oarecari indicii cari ne fac să sperăm.

Dr. V. Cimoca. *Tratamentul sifilisului pe cale bucală* (p. 279). — Terapia antisifilitică s'a îmbogățit încă cu câteva preparate: Stovarsolul, Treparsolul și Bistovolul, care se pot utiliza per-os. Autorul arată indicațiile, pozologia și conduita terapeutică ce trebuie urmată pentru fiecare.

Aduce 3 observații de tratament prin Bistovol, care nu sunt destul de satisfăcătoare.

Dr. V. Stănilă. *Accidentele post salvarsanice* (p. 283). — Descrie amănunțit toate accidentele cauzate de neosalvarsan, simptomatologia și patologia lor, precum și mijloacele de tratament.

D. D. Stanca. *Tratamentul sifilisului cu Neobismosalvan* (p. 288). — A tratat 10 bolnave prin inj. intra-musculare cu Bismosalvan și a constatat că trepomenenele dispar după primele 2-3 injecții, că leziunile se cicatrizează la finele curei. Este un preparat bine suportat și nedureros.

Dr. R. Hoffmann. *Experiențele noastre cu Neo-Mesarca Roche* (p. 289).

Cercetând acțiunea preparatului arsenical Neo-Mesarca, a constatat că este egală cu aceia a Neosalvarsanului atât asupra dispariției treponemelor cât și asupra seroreacției Wassermann; că accidentele sunt cu mult mai reduse și acțiunea euforeică mai accentuată.

Dr. M. Săceanu.

REVISTA ȘTIINȚELOR MEDICALE

(No. 4 și 5 din 1925)

Doc. Dr. V. Tempea și Dr. Gh. Buzolanu. *Conșiderațiuni clinice asupra papilomatozei laringiene.* — Recomandă în această afecțiune tratamentul chirurgical numai în cazurile de papilome laringiene izolate și anume calea oro-faringo-laringiană. Deși tehnica extracției papilomelor laringiene nu este dificilă totuși radioterapia profundă ar trebui să constituie tratamentul de pre-dilecție al papilomatozei laringiene.

Radioterapia profundă este inofensivă, nedureroasă și ușor de aplicat și la copii. Un control laringoscopic repetat este util în timpul tratamentului de radiațiune. Se va stabili diagnosticul de papilomatoză și apoi se va aplica tratamentul.

Dr. A. Metzulescu. *Două-zeci cazuri de tetanos tratate în spitalul de boale contagioase din Craiova.* — Pe lângă o statistică a cazurilor de tetanos de la 1921-1928 comunică și 5 cazuri vindecate cu ser antitetanic pe cale intra-venoasă și acid fenic intramuscular și intravenos.

Dr. M. Popovici-Lupa și D-r Ion Angelescu. *Meningită spinală cu stafilococi.* — Fără participarea centrilor cerebrali și mezo-cefalici.

În acest caz nu s'a găsit poartă de intrare a infecției. Autorii au obținut vindecarea bolnavului prin auto-vaccin și spălarea și drenarea cavității infectate.

Dr. Max. Schwamm. *Deformațiunea de „resecțiune“ a genuchiului ca consecință a intervențiunii chirurgicale în tratamentul gonitei tuberculoase la copil.* (No. 5-1928). — Locul suveran pentru a evita diformitatea post-resecțională este evitarea resecțiunii la copii. Autorul mai susține că resecțiunea la copii trebuie să fie o operație de absolută necesitate. Iar resecțiunea odată făcută să fie urmată de fixațiune în absolută extensie și de un neconținut tratament postoperatoriu. În caz dacă diformitatea s'a produs tratamentul va fi osteotomia femurului (și la nevoie a tibiei) ca fiind mai eficace.

Dr. S. Nicolau. *Anatomia patologică a Maladiei „Borna“* — După ce autorul rezumă cercetările anatomiei patologice a encephalo-mielitei enzo-

oțice spontane equine, ovine, bovine, arată că leziunile sistemului nervos găsite experimental la cai, oi și epuri cu virusul Borna sunt identice cu cele provocate de infecția spontană. Autorul studiază histopatologia encephalo mielitei experimentale insistând asupra leziunilor din rădăcinile nervilor, din ganglionii spinali și din nervii periferici.

La epuri acest virus produce o meningo-encefalo-mielită cu ganglioradiculită și nevrită periferică descendentă. În neuroni se observă o degenerescență oxifilă a nucleului care duce la formarea de corpusculi intra-nucleari-corpuxuli Joest-Degen, pe cari autorul le consideră ca manifestări de apărare a neuronilor contra agentului patogen.

Autorul presupune că zona zoster, herpesul recidivant, formele periferice ale encefalitei epidemice, anume forme de sciatică și diverse paralizii de origine necunoscută pot fi manifestări externe secundare ale virusurilor respective cu debut în nevrax, virus ce prin infecție descendentă a dat stările morbide de mai sus. Virusul pătrunde în organism pe cale nazofaringiană nu dă nici o simptomatologie frapantă a nevraxului, care se apără, dar sistemul nervos periferic mai sărac în elemente de apărare, infectat pe cale descendentă, reacționează cu simptomatologia cunoscută.

La maimuțe de asemenea găsește virusul inoculat pe cale cerebrală în nervii periferici. Autorul mai găsește o asemănare între poliomielite și encefalita enzotică. Studiază și imunitatea în boala lui Borna și ajunge la concluzia că se poate obține o stare de imunitate solidă la epure prin inoculare de virus convenabil atenuat.

Virusul formolat inoculat sub piele de repetate ori poate da epurilor imunitate. Nu există imunitate încrucișată între Borna, Herpes și turbare.

Dr. R. Hirsch

REVISTA SANITARĂ MILITARĂ

București (No. 3-1928)

Med. General Prof. Dr. M. Butoianu și medic Maior Dr. C. Stoian. *Contribuțiuni la studiul chistelor pancreasului.* — Comunică observația unui bolnav de 56 ani operat de o tumoră kistică glandulară a pancreasului, operat în serviciul I de Chirurgie al Spitalului Militar R. E. Autorii insistă asupra mecanismului acestei tumori care ar avea ca punct de plecare retenția consecutivă calculozei biliare; aceasta ar determina inflamația și obstrucția canalelor excretorii hepato pancreatice, de aci retenție, dilatație și degenerescență chistică consecutivă.

Med. Colonel Dr. C. Iliescu și Med. Căpit. Dr. C. Rotaru. *Acțiunea apelor minerale de Govora în tratamentul anemiilor.* — Autorii expun rezultatele clinice complexate cu cercetări hematologice în 8 cazuri de anemii consecutive afecțiunilor cronice diferite ca sifilis, reumatism, intoxicații etc. tratate cu apele cloruro-sodice iodurate și sulfuroase din Govora, sub formă de băi și luate la interior.

În majoritatea cazurilor au obținut o înmulțire a globulelor roșii și a hemoglobinei, însoțită de o ameliorare a stărei generale.

Dr. C. Gh. Ralescu. *Rezultatele operatorii și funcționale tardive în amputațiile conservatoare ale piciorului.*

Med. Căpit. Dr. Al. Florescu. *Asupra indicațiilor și rezultatelor simpatectomiei periarteriale în tratamentul osteo-artritei bacilare.* — Insistă asupra principiilor generale care domină aplicarea acestei operații în tratamentul tuberculozei articulare. 1) Simpatectomia nu esclude nici unul din celelalte mijloace de tratament al unei artrite tuberculoase. Imobilizarea înainte și după operație până la vindecare rămâne la baza tratamentului. 2) Această operație nu are de cât obiective limitate, nu are nici o acțiune specifică asupra leziunii însuși. După Prof. Leriche: Simpatectomia scurtează durata imobilizării. 3) Ușurează și completează operațiile de evidare osoasă urmată sau nu de grefă, 4) Ajută repararea conjunctivă după resecție. 5) Simpatectomia întinde câmpul de aplicare al resecțiilor în cazurile grave la limita amputației. 6) În unele cazuri de artrite neinfectate simpatectomia poate grăbi închiderea și vindecarea fistulelor. Autorul a arătat rezultatele acestei operații din clinica Prof. Leriche la cinci bolnavi cu rezultate satisfăcătoare.

Dr. Veterinar Colonel Dr. I. Bucică. *Organizarea serviciului veterinar militar în Germania.*

Societăți Științifice

Cercul Sanitar Militar Craiova

Sednța din 24 Octombrie 1927

Medic Căpitan Dr. Nicolin. *Organizația antituberculoasă în Franța.* — Propune să se facă sanatorii militare în regiuni muntoase conduse de specialiști unde să se plătească chiar de ofițerii și reangajații bolnavi. Aceasta pentru a înlesni tratamentul boalei, izolarea bolnavului.

2. Medic General Vasilescu, Medic Căpitan Săceanu și Th. Constantinescu arată acțiunea treparsolului la 14 bolnavi și ajung la concluzia că are o acțiune eficace asupra leziunilor deschise cicatrizându-le între 7-14 zile.

Corpul II Armată

Garnizoana Constanța

Sednța din 14 Decembrie 1927

1. Medic Căpitan Stănescu. *Despre Paludism prezentând și câte-va cazuri de forma tropică.*

2. Medic Căpitan Dr. C. Bălășel. *Un tratament comod și eficace în scabie.* — A întrebuițat metoda lui Minne și Dekeyser: soluția de Creolină rectif. Pearson $\frac{1}{4}$ p. bărbați și $\frac{1}{5}$ p. femei și $\frac{1}{6}$ p. copii, în cazuri de iritație se poate face soluția $\frac{1}{10}$. Autorul a întrebuițat soluția $\frac{1}{5}$, ce o întinde pe toată suprafața corpului afară de cap și gât, prin fricțiuni ușoare. A doua zi același badijonaj și seara bae. Uneori a fost suficient o singură badijonare.

3. Medic Coionel Dr. Marosin. *Părerile moderne asupra rachitismului* insistând asupra ergosterinei iradiate.

Corpul III Armată

Garnizoana Chișinău

Sednța din 8 Ianuarie 1928

Medic Colonel Dr. Popovici Vasile. *Otită medie supurată cronică dublă, auzul mult scăzut.* — Arată observația unui bolnav la care tăerea

cornetelor, raclajul vegetațiilor, extirparea amigdalelor a făcut să se vindece otita medie supurată.

Veterinar Lt. Colonel Bauman Hugo. *Un caz de hors-pox* vorbește de variola calului, boală virulentă, inoculabilă comună omului, calului și rumegătoarelor.

Ajunge la concluzia că vaccinul uman, horspoxul și cow-poxul sunt aceiași entitate morbidă.

Garnizoana Galați
Ședința din 23 Ianuarie 1928

Medic Căpitan Rapile D. *Paralizia infantilă*. — Insistă asupra tratamentului cu ser de convalescent, cu serul Pettit doze masive de ser în perioada febrilă 80-100 c. mc. în primele 24 ore. Ca profilaxie izolarea 2-3 săptămâni a purtătorilor de germeni.

Garnizoana Bârlad
Ședința din 16 Ianuarie 1928

1. Veterinar Căpitan Rotaru. *Alimentația animalelor domestice*.

2. Medic Căpitan Blumer S. *Diabet infantil tratat cu insulină*. — Comunică observația unei fete cu diabet, care în urma tratamentului cu insulină s'a ameliorat.

Medic Căpitan Tudic. *Sero-terapia antiscarlatinoasă*, arată rezultatele frumoase obținute cu serul de convalescent în anumite forme de scarlatină hipertoxică. S'a recurs la serul de cai în urma inoculării de toxină a streptococului hemolitic izolat din cazurile de scarlatină. După 10-12 ore febra începe a scădea.

Corpul IV Armată

Garnizoana Cernăuți
Ședința din 18 Noiembrie 1927

Dr. Căpitan Lutzki Eduard. *Considerațiuni asupra tuberculozelor chirurgicale cu mici focare multiple*. — Cauza afecțiunilor o inoculare deasă și masivă prin produsul tbc., bolnavii găsindu-se într'o bacilemie constantă.

Ședința din 2 Decembrie 1927

1. Med. Căpit. Mărculescu referă asupra *L'azotemie en Chirurgie* scris de Artaud, Crăiniceanu și Florian.

2. Med. Căpit. Dr. Wohlrappe. *Tratamentul scabiei cu creolină*. — Intrebuințează soluția de creolină $\frac{1}{4}$ pentru adult prin badijonări cu vată hidrofilă pe tot corpul, afară de față și de cap, cu rezultate foarte bune.

Garnizoana Roman
Ședința din 17 Noiembrie 1927

1. Căpitan Vascoboinic Hermann. *Grefe osoase*.

2. Medic et Colonel Botez-Aurel. *Formațiunile sanitare în timp de război*.

Ședința din 1 Decembrie 1928

Medic Căpitan Dr. Rusu Romulus. *Clasificarea modernă a nefritelor*. — Arată cum clasificarea simptomatică fiziologică a școalei lui Widal cu clasificarea anatomo-clinică a școalei Germane Volhardt și Fahr se completează una pe alta.

Corpul V Armată

Garnizoana Focșani

Ședința de la 31 Ianuarie 1928

Medic Căpitan Pușcă Horeangă. *Chirurgia sistemului nervos vegetativ.*

Garnizoana Ploești

Ședința din 19 Ianuarie 1928

1. Medic Major I. Mirea. *Paralizia infantilă.*2. Medic Lt. Ionescu Moise. *Istoric și interpretări radiologice.***Corpul VI Armată**

Garnizoana Cluj

Ședința din 18 Ianuarie 1928

Medic Căpitan Docent Dr. C. Veluda. *Tratamentul cu raze ultra-violete artificiale.* — Autorul insistă asupra rolului lor în boale unde avem un dezechilibru fosfato-calcic, hipocalcemie, rachitism-spazmofilie, tuberculoză ganglionară și osteo-articulară.

Dr. I. Vasilescu**REVUE MÉDICALE ROUMAINE**

No. 1 Avril. 1928

Prof. G. Marinescu. *Le rôle des ferments autolytiques dans la genèse des maladies familiales et abiotrophiques.* — La marile procese chimice și biologice ca dedublări și sinteze, hidratare și deshidratare, oxidare și reducere corespund anumite diastaze. Diastazele de hidroliză și cele de oxidare interesează mai mult. Cercetările autorului de micro-histochimie l-au făcut a admite că celula posedă două mecanisme de respirație și oxidație, un mecanism nuclear în care ferul e catalizor și altul protoplazmatic în care intervin ferul ca catalizor și o oxidază. După un rezumat al boalelor familiale ce interesează diferitele segmente ale sistemului nervos, nervii și mușchii face o deosebire între boalele ce atacă primitiv celula nervoasă și acelea ce atacă fibrele nervoase și musculare. Autorul a arătat că proteoliza și alterațiile fermentilor oxidanți joacă un rol mare în mecanismul edificării fizico-chimic al celulei nervoase. Este cunoscut rolul autolizei în procesele patologice.

Acțiunea trofică nu ar fi decât conservarea echilibrului normal între fermenți sintetici care există în fibrele nervoase și musculare. Acest echilibru este sub dependența funcționării regulate a centrilor nervoși. Pe măsură ce celula nervoasă suferă tulburări de nutriție, ea numai poate exercita acțiunea regulatoare asupra fermentilor și apar fenomene de hidroliză a mielei cilindricului.

Din cercetările ce le face autorul asupra alterațiilor găsite în boale familiale ajunge la concluzia că în hereditatea normală și patologică cromosomele și protoplasma joacă un rol important. Fermentii și catalizorii transmit calitățile ereditare. Cauza care determină transmisiunea boalelor familiale ar fi un principiu litic transmis prin ereditate.

Prof. S. Nicolau. *La question du traitement abortif de la Syphilis.* — Rapport au Congrès de l'Association Générale des Médecins (Arad 18 Dec. 1927) publié dans la Românie Medicală din 15 Janvier 1928.

Recomandă un tratament energetic de la începutul infecțiunii, la aceasta se rezumă tratamentul abortiv al sifilisului. Descoperirea treponemenei confirmă diagnosticul de la începutul boalei, înainte ca chancrul să fie clinic diagnosticabil. Cu ajutorul reacțiilor serologice avem noi elemente de precizie în ceea ce privește infecția la începutul tratamentului. Un mijloc prețios pentru controlul accidentului inițial sunt ganglionii regionali. Din punct de vedere practic autorul afirmă că din momentul ce adenopatia satelită începe a-și face apariția infecția e la limita extremă și șansele sterilizării încep a scădea.

I. Gavrilă et E. Caba. *Le Glukhorment dans le traitement du diabète.*— (Comunicare apărută în Clujul Medical No. 1-1928). Ajung la concluzia că 1) glukhormentul în tratamentul diabetului este limitat, numai în cazuri cu glicozurii de 5—10 gr. pe zi se poate da. 2) Într-o cantitate de 3—4 tablete pe zi face să dispară 9—13 gr. de zahăr. 3) nu are nici o acțiune asupra acidozei. Cercetări noi ar putea să-i confirme valoarea sa therapeutică.

Dr. Rosenstein.

S P I T A L U L.

No. 4 și 5—1928

Prof. Dr. Marinescu, Dr. O. Sager și Dr. A Kreindler. *Studii cronaximetrice în epidemia recentă de poliomielită* (No. 4—1928). — Studiază modificările excitabilității neuro-musculare în poliomielită. Acest studiu a permis autorilor de a-și da sama de gradul de atingere al neuronului și muschiului în diferite faze ale boalei. Cu ajutorul metodei cronaximetrice putem decela grupele de mușchi ce au atingeri ușoare, ce nu pot fi puse în evidență prin examenul clasic, ne permite de a urmări evoluția procesului, să spunem cu precizie dacă procesul progresează sau regresează.

Dr. M. Anghelovici și Gheorghe Dumitrescu. *Un caz de pseudo-reumatism sifilitic în perioada secundară* (No. 4—1928). — Comunică observația unui bolnav cu pseudo-reumatism poliarticular, ce a apărut în același timp cu rozeola sifilitică și plăci mucoase amigdaliene. În urma tratamentului anti-sifilitic durerile au dispărut, articulațiile au revenit la dimensiuni normale.

Dr. D. Paulian. *Contribuțiuni la studiul spasmelor oculare* (No. 4-1928). Autorul comunică o observație cu spasm ocular fără asociația conjugată a capului și feței, cu o absență completă în timpul accesului ca în epilepsie. Într-o a doua observație spasmul ocular era însoțit de tulburări motorii ale capului și ochilor. Probabil e un spasm vascular cerebral și unul mesencefalic.

Dr P. Copăceanu și Dr. M. Herețiu. *Pericole în malarioterapie* (No. 4-1928). — Relatează observația unui paralic general care după inocularea de malarie capătă o pneumonie cu evoluție clinică deosebită, cu hematozoar în spută și evoluează fatal, al 2 lea caz unde malariala a agravat meningo-encefalită a paraliziei generale și bolnavul a succumbat cu accese de epilepsie jacksoniană. La paralicul general inoculat se observă o mărire a fragilității organice și o micșurare a puterii de luptă la toxi infecțiuni.

Dr. Popescu Buzău. *Cercetări asupra ciclului eliminării phenolsulfonphthaleinei (P. S. P.) și rolul ficatului în ciclul eliminării ei* (No. 4-1928) Studiază timpul în care toată cantitatea de P. S. P. injectată se elimină prin

salivă, suc duodenal și urină și ajunge la concluzia practică că ficatul nu micșorează proba P. S. P.

Dr. Goldenberg-Bayler și Dr. Gheorghe Belu. *Curetajul uterin în sarcina extra-uterină* (No. 4-1928). — Arată că curetajul uterin influențează defavorabil mersul unei sarcini extra uterine, încât nu trebuie practicat din punct de vedere al exploatarei cavității uterine ci din punct de vedere therapeutic.

Prof. D. Ionescu M. Enăchescu și A. B. Teitel. *Despre o nouă grupă de nervi cardiaci simpatici eșiți din lanțul toracic, dedesuptul ganglionului stelat*. (No. 5-1928). — Pentru prima oară la om autorii descriu existența nervilor cardiaci simpatici eșiți din lanțul toracic dedesuptul ganglionului stelat. Cercetările fiziologice făcute de autori dovedesc că nervii cardiaci toracici conțin fibre centrifuge acceleratoare și fibre centripete sensitive se află în inimă și aortă. În cât extirparea ganglionilor stelați nu răpește inimei fibrele acceleratoare.

Dr. D. Paulian. *Considerațiuni asupra stazei papilare în hipertensiunile intracraniene*. (No. 5—1928). — Atinge la concluzia că lipsa stazei papilare când simptomele clinice sunt suficiente pentru un diagnostic pre-suntiv indică un sediu intravisceral al tumorilor craniene, iar staza papilară precoce un sediu extra visceral al tumorii, foarte probabil în loja posterioară a craniului.

Dr. A. Stroe și Dr. State Drăgănescu. *O formă particulară de polinevrită difterică*. (No. 5—1928). — Comunică observația unui bolnav ce a avut o diptherie cu tulburări ale sensibilității profunde, și mișcări athetozice numai ale membrilor superioare, lipseau la membrele inferioare unde tulburările de sensibilitate erau mai profunde. Autorii presupun alterații striate care au dat fenomenele Kinetice semnalate.

Dr. Popovici-Lupa. *Transpozițiune totală de viscere. Malformațiuni congenitale complexe*. (No. 5—1928). — Comunică cazul unui sugaciu cu dextrocardie congenitală însoțită de inversiunea totală a viscerelor, o comunicație inter-ventriculară și o stenoză a arterei pulmonare. În pathogenia cazului relatat a intervenit sifilisul părinților.

Dr. I. Făgărășanu. *Lymfogramulomatoza inguinală benignă sub-acute* (No. 5—1928). — Autorul insistă asupra exerezei chirurgicale a ganglionilor inguinali care dă rezultate foarte bune în această afecțiune.

Dr. Stere. *Plăgile prin creioane de anilină*. (No. 5—1928). — Relatează observația unui copil care a prezentat o plagă cu edem și fistulizată în urma împingerii unui creion de anilină care nu s'a cicatrizat decât după 4 săptămâni. Autorul controlează pe animale efectul creioanelor de anilină și ajunge la concluzia: a se interzice în școli și copiilor mici utilizarea creioanelor de anilină.

Dr. Aurel Popescu. *Contribuțiuni la studiul rezervelor alcaline în câteva dermatoze*. (No. 5—1928). — Studiază rezerva alcalină în unele dermatoze și o găsește scăzută în unele sindrome cutanate (exzemă, eritem exudativ, urticaria, eritrodermii neosalvarsanice, purpura) și normală în psoriazis, epitelioma, trichofitii, acnee, lupus tbc...

Așa dar în dermatoze însoțite de șoc are loc o acidoză și trebuie aplicat tratamentul cu alcaline fie în injecții intra-venoase, fie per os.

Dr. I. Rosenstein.

REVISTA DE HIDROLOGIE MEDICALĂ ȘI CLIMATOLOGIE

Medic Col. Dr. C. Ilfescu și Medic Căpitan Dr. C. Rotaru. *Acțiunea apelor minerale din Govora în tratamentul anemiilor*. (No. 1—1928). — Autorii ajung la concluzia că apele cloruro-sodice iodate și sulfuroase din Govora administrate pe cale de băi și pe cale internă în unele anemii simple provocate de boale cronice ca sifilis, reumatism, intoxicații lente etc. sunt mult ameliorate. Hemoglobina și numărul hematiilor crește mărindu-se activitatea organelor hematopoetice.

În afară de iodul, sulful, bromul care se găsesc în apă, emanațiunile radio-actieve și actinice influențează direct asupra bolnavilor.

G. Tudoranu. *Flora microbienă a nămolului de Tekirghiol*. — Autorul izolează din nămol 4 germeni: 1 spiril și 3 bacili, cari nu prind Gram și poate transforma nămolul gri în nămol negru însemnând unul din acești germeni izolați în bulion.

Prof. Bujor. *Nouvelle contribution à l'étude de la biologie du lac de Tekirghiol*. (No 2—1928). — Din cercetările ce le face asupra nămolului lacului reese că nămolul lacului s'a format în 2 etape succesive: în prima etapă hidrogenul sulfurat și nămolul lacului s'a format prin putrefacția restului de plante și cadavre de animale sub influența bacteriilor putrefacției. Mai târziu formațiunea hidrogenului sulfurat și a nămolului negru este datorită în mare parte reducerii sulfaților găsiți în apă sub influența bacteriilor reductoare, printre care *Microspira Aestuaria* a lui Van Delden joacă rolul principal.

Dr. Horia Slobzoianu. *La température de la Mer Noire et du lac Tekirghiol au point de vue de la thalassothérapie*. — Temperatura Mării Negre variază în media de 16°—22°, a lacului Tekirghiol 22°—24°. Marea Neagră are o acțiune hydro-therapeutică intensă (termică și mecanică) prin valurile și temperatura sa. Băile de Mare sunt stimulate și reconstituante. Contra indicații: tuberculoza pulmonară, afecțiunile hepatice și renale, boalele genito-urinare inflamatorii, lithiaza hepatică și renală, reumatismul. Apa lacului de Tekirghiol are indicații diferite de cele ale mării. Are o temperatură constantă, acțiunea hidrominerală a lacului mai marcată. Dă rezultate remarcabile în rachitism, limfatism, scrofuloză, anemie, chloroză, tuberculoză ganglionară osteo-articulară, peritonite tuberculoase, reumatism, gută etc.

Gh. Tudoranu. — *Recherches bacteriologiques sur la boue de Tekirghiol; essais de régénération de ces boues*. (No. 2—1928). Cunoșcând flora microbiană necesară la formațiunea nămolului negru tragem foloase practice: să nu se arunce în lac produse chimice, esențe ce sunt dăunătoare microbilor. Nămolul odată întrebuițat în scop therapeutic, trebuie să fie pus în lac spre a fi regenerat de microbi.

Dr. R. Hirsch.

ROMÂNIA MEDICALĂ

(București)

Dr. M. Nasta. *Vaccinarea noilor născuți în contra tuberculozei cu vaccinul Calmette*. (Bacili biliati B. C. G.) No. 7 1928. — Autorul face is-

toricul noțiunii imunității în tuberculoză și amintește încercările ce s'au făcut până în prezent în vaccinarea antituberculoasă.

Ajunge la vaccinul Calmette-Guérin, indicând rezultatele cercetărilor experimentale obținute cu acest vaccin asupra animalelor de laborator; cercetări cari au justificat aplicarea lui la noii născuți.

După ce arată detaliile vaccinării citează rezultatele încurajatoare obținute de Calmette în Franța cât și la noi în țară de Prof. Cantacuzino și colaboratorii lui — pe o scară mult mai mică.

Acest procedeu rezolvă momentan profilaxia noilor născuți și a primei copilării, rămânând să se vadă dacă nu se va putea crea o imunitate perpetuă prin vaccinări ulterioare. În actuala situație însă nu se poate renunța la celelalte mijloace de profilaxie tuberculoasă și mai ales în țara noastră.

Docent Dr. Medeea P. Niculescu. *Diatermia în Ginecologie. Statistica pe anii 1924-25-26* (No. 7 1928).

Dr. M. Grünberg Sache-fiul. *Încercări de înlocuire a medicațiunii opiacee în tratamentul tusei bacilare* (No. 7 1928). — Autorul expune rezultatele obținute cu alonalul în contra tusei la bacilari, în Spitalul Filaret și Policlinica Dr. Barasch.

Efectele lui se rezumă:

1. Este foarte bun calmant al tusei și este indicat la cei la cari tușea este însoțită de oarecare fenomene nervoase și la cei fără expectorație abundentă.

2. Diminuă expectorația. Nu poate preciza dacă e vorba de o hiposecreție bronșică sau o hypotonie a musculaturii ei.

3. Nu are nici o acțiune asupra cordului și a celorlalte organe.

4. Produce o accentuare a diurezei și poate fi asociat cu scila când vrem să mărim acest efect.

Nu are nici o acțiune antitermică.

Nu creiază obișnuință fiind din acest punct de vedere superior preparatelor opiacee.

Prof. Balthazard și Dr. Valentin Sava. *Sângele în intoxicațiunile sulfhidrice* (No. 8 1928). — Autorii arată că H₂S în prezența oxigenului dă cu hemoglobina un pigment verzui, considerat de unii ca sulfhemoglobină de alții thiomethemoglobină. Spectrul dat de ea echivalează cu suprapunerea spectrului oxihemoglobinei și acela al sulfhemoglobinei din cauză că niciodată nu se pot obține soluții pure de sulfhemoglobină.

Dr. C. Doljan. *Simple vederi asupra anginelor de piept și tratamentului lor.* (No. 8-1928). — Autorul arată că angina de piept este un syndrom, ce este expresiunea unor sistole dureroase. Ele devin dureroase când aptitudinea miocardului este sub nivelul necesităților economiei.

Cazurile ar fi: 1. Alterarea fibrelor miocardului. 2. Necesitatea desfășurării unui surplus de energie. 3. Turburări de inervație și nutrițiune. 4. Spasm arterial periferic generalizat.

Ea trebuie privită ca o formă specială de insuficiență cardiacă; care este traducerea unei disistoliei — adică o disproporție între puterea de contracție și travaliul impus.

Durerea este simptomul semnal iar scopul e protecția organismului.

Localizarea durerii în reg. precordială se datorește distribuției periferice a firizoarelor senzitive.

Această senzație dureroasă deșteaptă reflexul viscero-senzitiv care produce spasmul coronarelor care produce la rândul lui o insuficiență de irigație a miocardului cu micșorarea capacității de contracție a miocardului, deci un cerc vicios.

Indică pe larg tratamentul medical, se ridică contra tratamentului chirurgical prin extirparea simpaticului cervical, care suprimă numai elementul dureri care după dânsul este necesar organismului, fiind strigătul de alarmă al miocardului care suferă și cel care impunând bolnavului repaosă evita sincopa.

Dr. Horia Slobozeanu. *Terapeutică boalelor infecțioase.* (No. 8-1928). — Autorul într'un articol detaliat pune la punct tratamentul profilactic și curativ al maladiilor infecțioase, ținând seamă de ultimele progrese făcute în seroterapie.

Dr. Dragoș S. *Câteva cuvinte asupra măsurii profilactice în maladiile contagioase.* (No. 8-1928).

Dr. Șerban I. Brătlanu. *Analizele în patologie.* (No. 8-1928).

Prof. C. Daniel. *Sterilitatea la femei.* (No. 9-1928). — Autorul discută cauzele sterilității la femei și cari se pot reduce la următoarele :

- a) Obstacol mecanic (uterin, tubar).
- b) Turburări de nidațiune, prin alterarea mucoasei uterine.
- c) Spermatozoizi distruși înainte de a ajunge la ovul (prin secrețiuni patologice).

d) Ovul înapoi a fi fecundat.

La bărbat care este responsabil în 60% din cazuri, poate fi de cauză directă (azoospermie), sau de cauză indirectă (hypospadias sau epispadias, impotența masculină).

Trece în urmă la tratamentul sterilității expunând tratamentul general și local, care e medical și chirurgical; indică toate procedeele întrebunțate în acest ultim tratament cu rezultatele obținute.

Dr. Silviu Baldovin. *Bolile de inimă ca problema socială și cura de sanatoriu a lor.* (No. 9-1928). — Autorul arată marea frecvență a maladiilor de cord la toate vârstele după războiu, servindu-se de o statistică iăcută în America din care cauză devin o maladie socială. Pledează pentru sanatoriile de cardiaci cari au și început să ia ființă în America și citează rezultatele frumoase obținute pe 449 de cardiaci îngrijiți într'un sanatoriu făcut de metropolitan Life Insurance Comp.

Aceste sanatorii afară de tratamentul rațional ce oferă, învață pe bolnav să se adapteze meiorragiei sale cardiace și îl face să câștige experiența boalei sale; iar pe unii bolnavi îi învață meseri compatibile cu afecțiunea lor.

Dr. Theodor Dumitrescu. *Reacția Bordet Wassermann în scarlatină.* (No. 9-1928). — Citând părerile autorilor cari au urmărit această chestiune ajunge la concluziile următoare : a) Pozitivitatea reacțiunei Bordet-Wassermann în scarlatină e funcție de sensibilitatea antigenului. b) Că un antigen lipsit de lipoizi dă seroreacția ca și când n'ar exista scarlatină.

Dr. Schreibmann. *Considerațiuni asupra tratamentului complicațiilor blenoragiei cu „Arthigon”.* (No. 9-1928).

Dr. Affred Dimolescu. *Neobornivalul în psihiatrie.* (No. 9-1928). — Arată că este indicat în stările cu hiperexcitabilitate nervoasă ca și în turburările somatice ce țin de aceste stări.

Prof. Falta. *Probleme noi în cheștiunea diabetului zaharat.* (No. 10-1928). — Autorul arată că variația glicemiei e sub dependența organelor producătoare de insulină și adrenalină cari la rândul lor sunt sub dependența centrilor vegetativi cervicali. Studiază elementele cari diferențiază diabetul de glicozuriile renale și ajunge la factorii cari contribue la apariția diabetului: a) Micșorarea activității țesuturilor pentru zahăr consecutiv insuficienței organului insular și b) supraproducția de zahăr în ficat consecutiv unei excitații nervoase, fie unei revărsări de adrenalină în cantitate mai mare.

Studiind grație regimului Standard trebuința organismului în insulină, ajunge să dovedească că e direct proporțională cu gradul de supra-încărcare a organismului cu zahăr și substanțe cetonice iar când s'a ajuns la oarecare echilibru se poate renunța la insulină rămânând numai la regim.

Arată că travaliul muscular micșorează nevoia de insulină. În cazurile în care exista o slăbire a sistemului adrenalinic sau simpatic (maladia lui Adisson, Diabet bronzat) avem o sensibilitate la insulină. În diabetele infecțioase cantitatea de insulină necesară crește ca să scadă după dispariția infecțiunii.

Excitațiunile nervoase măresc nevoia de insulină lăsând să se presupună posibilitatea existenței unui diabet adrenalinogen cu organ insular normal.

După ce amintește toate regimurile ce s'au prescris ajunge la concluzia că unui diabetic căruia i se face insulină trebuie să i se constituie un regim alimentar complet.

Arată că insulina nu creiază deprinderi și nu are nici'un efect nociv asupra rinichilor, inimii sau a sistemului nervos.

Docent Dr. Birmann Bera. *Considerațiuni asupra vocii eunucoide.* (No. 10-1928).

Dr. Gh. Plăcinteanu. *Un caz de septico-piohemie tratat cu „Propidon Delbet” vindecare.* (No. 10-1928).

Dr. Carl Flechtenmacher. *Despre întrebuițarea Omnadinei și Trypaflavinei în traumatismele grave ale craniului.* (No. 10-1928).

Dr. Teodoru

REVISTA DE OBSTETRICĂ, GINECOLOGIE ȘI PUERICULTURA (București No. 2-1928)

Prof. N. Gheorghiu. *Tratamentul profilactic al infecțiunii puerperale.* (Controlul uterin). — După o serie de observații clinice a peste 6000 de faceri din ultimii 3 ani autorul ajunge la concluzia că: existența de resturi ovulare din cavitatea uterină sunt singura cauză a infecției puerperale endogene. Curățirea cavității uterine este tratamentul profilactic cel mai logic și cel mai sigur al acestei infecțiuni.

Introducerea mâinei în cavitatea uterină nu este de loc periculoasă, din contră e mai bine ca microbii saprofiți din vagin, cari pătrund singuri într'o cavitate uterină murdară, să-i introducem noi — cu mâna noastră — într'o cavitate uterină curată, căreia îi păstrăm toate mijloacele de apărare naturală în contra acestor microbi.

Am argumente puternice să mă bucur, căci dacă acum câțiva ani de zile nimeni nu voia să audă de controlul uterin, astăzi profesorul Brindeau a început să-mi arate oare care interes, căci am fost invitat în Ianuarie 1928 să fac o lecțiune în clinica Tarnier asupra acestei chestiuni. După cum am văzut Bruxelles sunt obstetricieni și ginecologi care fac acest control: dacă în prezent îl fac cu oare-care restricțiuni nelogice, sunt sigur că nu vor trece ani pentru ca și d-lor, să nu aibă de cât o singură indicațiune pentru controlul uterin: facerea.

Prof. Dr. C. I. Parhon, Dr. M. Cahane și Dr. M. Mărza. *Cercetări asupra conținutului în apă al sângelui, al mușchilor și al unor organe în timpul sarcinei.* — Dintr'o serie de cercetări pe cobai au observat o creștere a apei în sânge, apoi în mușchi, ficat și rinichiu. Apa era scăzută în pancreas, glanda tiroidă, ovare și supra renală. Scăderea apei din ovare și supra-renale e poate în raport cu acumularea în aceste organe a unor substanțe lipoide. Creșterea apei din mușchi trebuie privită ca o stare de oedem latent. Pentru moment nu se poate vorbi, în general de raporturi dintre glande endocrine și hidratațiunea țesuturilor.

Doc. Dr. Medea Niculescu și Dr. Elena Bădica. *Studiul radiografic al vascularizațiunei placentei sifilitice.* (No. 2—1928). — Din studiul comparativ al radiografiilor placentei preparate, sifilitice și normale, autori obs.: diviziunea arterelor urmează același tip ca și într'o placentă normală. Vasele plecând dela inserțiia cordonului pe placentă se desfac în 3-4 colaterale de mărimea I din care după un scurt traect se desfac în vase de mărimea II și a III. Vasele unei placentei sifilitice sunt de un calibru mai mic, substanța injectată nu poate înainta prea departe. Aceasta ar pleda pentru prezența unor trombusuri în artere ca urmare a leziunilor inflamatorii.

Dr. Marlus Georgescu și Dr. Virgil Th. Ionescu. *Contribuțiuni la studiul Elefantiazei Vulvare.* Arată cât de greu se poate diagnostica natura leziunei, uneori e de natură: 1) strepto-stafilococică, 2) veneriană, 3) tuberculoasă.

Autorii comunică câteva observații de elefantiază vulvară sifilitică. Bazați pe caracterele macro și microscopice ale leziunei și pe examenul serologic s'ar apropia de forma descrisă de Fournier, sifilom hipertrofic difuz al vulvei. Ori cari ar fi origina acestei afecțiuni tratamentul e același: o simplă incizie în unele cazuri până la o vulvectomie parțială.

Dr. H. Kaufman. *Cazuistica tratamentului actual al miomului uterin și al hiperplaziei uterine.* — 1) Când intervențiia operatorie e contra indicată vom aplica unei femei de 40-45 de ani doză unei sterilizări definitive iar unei femei tinere doză unei sterilizări provizorie. 2) Când diagnosticul nu e clar se va da preferință intervenției chirurgicale.

3) Myoamele complicate prin sfacel sau supurație nu pot fi tratate cu razele Röntgen. 4) Contra indicate la raze sunt și tumorile prea mari, formațiunile chistice, malignizarea tumorilor. Azi în 30% (după Faure) myoamele sunt justițiabile de radioterapie. Autorul recomandă norma lui Seitz: tratament intensiv și repede (maximum de doze în minimum de timp) aplicate cu raze Röntgen și a obținut bune rezultate.

Dr. Nemes Alexandru. *Ruptura și relaxarea simfizei pubiene.* — După o descriere minuțioasă a anatomiei și fiziologiei simfizei pubiene, autorul

arată raritatea rupturilor simfizei. Comunică observația unei femei cu o ruptură parțială a simfizei.

În 20—25% cazuri ruptura simfizei s'a produs fără vre-o intervenție chirurgicală, forța contractiilor uterine le-a produs, a rupt ligamentele slăbite ale acestei articulații. Ca măsură de profilaxie pentru preîntâmpinarea rupturilor simfizei autorul recomandă.

1) A fi foarte precauți în cazurile când găsim o mobilitate mai pronunțată a pudelor în timpul gravitației. mobilitate ce cauzează dureri la mers.

2) În cazurile când nașterea durează de timp mai îndelungat chiar dacă basiniul ar avea dimensiuni normale, dar craniul nu a trecut prin strâmtoarea superioară e mai indicată simfiziotomia.

Dr. George Theodorescu. *Două cazuri de ruptură a vaginului „per-coitum”.*

Dr. R. Hirsch.

REVISTA MEDICO-CHIRURGICALA DIN IAȘI

No. 2 din 1928

Prof. Dr. Anghel. *Studiu asupra Helio și Actinoterapiei.* — În continuare autorul expune metoda helio și actinoterapiei, insistând asupra admirabilelor rezultate obținute în diverse boale de ordin chirurgical sau medical, printr'o tehnică bine cunoscută și științific aplicată. Asemenea arată că metoda lui Rollier (extensiune și helioterapie) este mult superioară aparatelor gipsate, în tratamentul tuberculozelor chirurgicale.

Dr. Gh. Tudoran și Dr. M. Franche. *Asupra unui caz de malarie tropică, cu particularități sanguine neobicinuite.* — Autorii expun interesanta observație a unui bolnav de malarie la al cărui examen sanguin s'a constatat o adevărată septicemie cu parazitul malariei (80% globulele roșii fiind parazitare de unul sau mai mulți paraziți) și unde s-au găsit particularități sanguine neobicinuite. Rozeta de tropică ce se găsește de obicei în organele profunde, s'a văzut în sângele circulant, normoblaștii parazițați și polinuclearele și-au luat rol de fagocitoză alături de macrofagi și celulele țesutului reticulo-endotelial. La necropsie s-au găsit congestii pulmonare, ficat cirotic, iar la fratiurile din creier se găsesc globule parazitare cu inele și rozete libere.

Dr. Ch. Plăcinteanu. *Malformațiuni congenitale anorectale.* — Autorul expune observația clinică a 3 bolnavi cu malaformațiuni ano-rectale; primul cu absența anusului, al II cu absența anusului și rectului și al III, o femeie de 18 ani, cu absența anusului și o fistulă recto-vaginală. Primul și al III caz au beneficiat de intervențiunea chirurgicală.

Dr. Vi. Buțureanu. *Injectiile de adrenalină ca tratament preventiv și curativ în sincopile anestezice.* — După ce face un scurt istoric al reanimării cordului prin diferite metode în sincopile anestezice, autorul demonstrează eficacitatea injecțiilor intracardiace cu adrenalină sol. 1‰ în asemenea accidente și recomandă a se face injecții intravenoase preventive cu 1 cc. Sol. adrenalină 1‰ la toți debilitații, intoxicații, bătrânii, etc. ce au de suportat o intervențiune chirurgicală.

Dr. Gh. Plăcînteanu și Dr. Gr. Turcanu. *Plagă prin armă de foc a uterului gravid la termen.* — Autorii expun cazul unei bolnave care prezenta o plagă perforantă a uterului gravid la termen.

Femeea naște 17 zile după accident fără intervenție chirurgicală, iar fătul examinat o lună mai târziu prezintă la gamba dreaptă cicatricea unei plăgi perforante, cauzate de glonț în timpul vieții intrauteriene. La radioscopie nici o leziune osoasă.

Dr. Gh. Năstasie. *Trei cazuri de sifilis binaria.* — Raportând 3 cazuri de sifilis binaria, autorul ne face atenți că inunitatea unui sifilis nu este completă așa cum s'a crezut până acum.

Dr. Gh. Turcanu. *Tratamentul fracturilor de coapsă la copii prin exensiunea continuă în zenit.* — Această metodă de tratament e superioară aparatelor gipsate, pentru că nu dă loc la atâtea neplăceri ca acestea și în plus o fractură deschisă poate fi cu ușurință pansată și supravegheată

A. Moruzi, *Cordotomia antero laterală a măduvei.* — În clinica d-rului Robineau, autorul a avut ocazia să studieze această operațiune care constă în secțiunea părții anterioare a cordonului lateral al măduvei. Are de scop să suprimă durerile intolerabile de cauză organică din jumătatea inferioară a corpului și este indicată în cancerul inoperabil, crize tabetice, cauzalgii, etc. Se secționează cordonul lateral pentrucă pe aci trec majoritatea fibrelor sensibilității dureroase; întotdeauna secțiunea se face de partea opusă durerii, sau când aceasta este mediană se face cordotomie bilaterală. Urmările operatorii sunt în general simple, afară de rari cazuri când se ivesc complicațiuni supărătoare, dintre cari vom reține retenția urinară și escarele. Bine executată cordotomia suprimă definitiv durerea și cu calități de finețe și răbdare din partea chirurgului, este intervențiunea ideală, care aduce alinare la atâția bolnavi condamnați la suferințe îngrozitoare.

Dr. I. Vasilescu.

VIATA MEDICALĂ

(No. 4—1928)

Dr. Virgil Popoviciu. *Afecțiunile oculo-dentare.* (Rolul afecțiunilor dentare în provocarea bolilor oculare). — Autorul face o scurtă punere la punct a acestei chestiuni actualizată de Americani. Ne atrage atențiunea asupra a două cazuri deosebit demonstrative găsite în practica zilnică. Ajunge la următoarele conclusiuni: I. Infecțiunea dentară deschisă sau latentă joacă un rol considerabil în patologia oculară. II. In cazurile de afecțiuni oculare fără etiologie precisă, trebuie să ne gândim de asemenea la o posibilitate de cauză dentară. III. Afecțiunile oculo-dentare dispar în marea majoritate a cazurilor prin tratamentul cauzal, anume: prin extracțiunea dintelui bolnav. IV. Medicul modern este obligat de a examina la fiecare caz asemenea și cavitatea bucală. V. Medicul stomatolog are datoria de a controla dinții îngrijiiți în mod conservativ, până ce se va asigura, că procesul inflamator a dispărut într'adevăr. Radiografia ne face controlul. VI. Trebuie, ca pacientul să înțeleagă, că o bună igienă oculară se începe cu o bună igienă dentară.

Dr. Dimitrie Preda. *Tratamentul cărbunelui cu doze masive și repe-*

tate de ser anticarbonos administrat pe cale subcutanată sau intramusculară. — 47 cazuri de cărbune cutanat tratate exclusiv prin serul anti-carbonos. 5 cazuri mortale cauzate de venirea târzie la tratament. În baza rezultatelor avute cu tratamentul aplicat trage următoarele concluzii: I. Tratamentul local să se facă la început cu soluții astringente, apoi cu alifii indiferente. Pustula necrotică poate fi lăsată în pace până la demarcarea spontană. II. Luând în considerare eficacitatea tratamentului seric intervențiile chirurgicale sunt fără rost, așa zice contra indicate, căci singure aplicate sunt insuficiente, iar ca incizii agravează boala, ca excizie deformează prea tare, mai ales la pleoape, unde fără intervenție vindecarea se face din punct de vedere cosmetic foarte bine, fără entropion sau ectropion. III. Serul este un adjuvant sigur al organismului în lupta sa contra bacilului dălacului, dacă acesta nu a nimic orice putere de rezistență. Vindecarea din cauza ignoranței bolnavilor, care așteaptă prea mult până să se prezinte la medic nu va fi 100%, dar acolo unde bolnavul mai are o rezistență care ar dura mai mult de 30 ore socotite dela începerea tratamentului, va fi totdeauna de 100% chiar și numai cu injecțiile intramusculare combinate cu cele subcutanate și repetate în doze mari.

Dr. Eugen Nicoară. *Contribuțiuni la chirurgia gastrică.* — Autorul neputând aplica nici o metodă clasică într'un caz de ulcer gastric enorm situat aproape de cardia, face — după resecția totală a stomacului, — o anastomoză precolică anterioară (gastro-entero anastomosă precolică anterioară).

Dr. Ion Vonica și Dr. Emil Zinveln. *Combaterea tuberculozei în Franța.* — Organizarea tehnică și administrativă, dispensarul antituberculos, organisme pentru izolarea și tratarea bolnavilor, protecția copiilor contra tuberculozei, pregătirea personalului medical și ajutător.

(No. 5-1928)

Prof. Dr. Zaharescu Karaman. *Determinismul fenomenelor ciclului ovarian în evoluția sarcinei.* — Autorul atribuie cauza variații în durata sarcinei fenomenelor ciclului ovarian, care își păstrează același caracter ritmic și periodicitate atât în menstrum cât și în puerperium. Sunt sarcini cu evoluție rapidă și sarcini cu evoluție lentă, primele evoluiază între 270-280 zile, ultimele între 290-390 zile. Autorul propune o nouă metodă de a calcula sarcina de la începutul menstruației ultime și până la începutul travaliului se numără atâtea zile câte sunt în 10 cicluri menstruale. Propune o modificare a articolelor corespondente din codul civil românin ceea ce privește filiațiunea

Dr. I. Gavrilă. *Insulina în vărsăturile incoercibile ale sarcinei.* — Recomandă în toate cazurile de vărsături gravidice înainte de a recurge la mijlocul ultim, la întreruperea sarcinei, să se încerce un tratament combinat cu insulină și injecții de zahăr, care dă rezultate satisfăcătoare în majoritatea cazurilor.

Doc. Dr. Axente Iancu. *Contagiunile interioare de poliomielită epidemică.* — Ajunge la concluzia că poliomielita epidemică nu prezintă aceiași gravitate ca și alte boale infecțioase ca de ex. tusa convulsivă, pojarul etc. Recomandă a se face și la noi centre de profilaxie de unde să se poată procura ser de convalescent.

Dr. A. Spiru. *Epidemia de poliomielită în regiunea X sanitară Arad.* — A găsit 43 cazuri în regiunea Arad și 10 în împrejurimi. Felul cum s'a propagat epidemia face pe autor să presupue că ar fi venit din Ungaria.

Dr. Căpitan Tănăsescu. *Câte-va considerațiuni și observațiuni clinice despre rheumatism.* — Arată acțiunea băilor Herculane asupra rheumatismului.

Aceasta s'a dovedit cu atât mai durabilă și eficace cu cât a fost întrebuințată imediat după faza acută. Autorul arată ameliorări neînsemnate până la vindecări complete a reumatismului sub influența apelor băilor Herculane.

Dr. S. Paulon.

B. — SOCIETĂȚI ȘTIINȚIFICE

REUNIUNEA ȘTIINȚIFICĂ MEDICO-MILITARĂ TIMIȘOARA

Ședința de la 26 Mai 1928

Se deschide la ora 18 sub președenția Medic Colonel Dr. *Dimitriu Mamant*. Iau parte toți ofițeri sanitari prezenți în garnizoană și d'astă dată foarte mulți confrați civili de toate specialitățile, din Timișoara, convingându-se de utilitatea discuțiunilor și cazurilor prezentate.

D-1 Director Dr. *Câdea* — prezintă :

- 1) *Fractura brațului*, calus vicios al osului humeral cu înglobarea radiusului și paralizie consecutivă și propune intervenția operatorie ca remediu.
- 2) *Paralizia nervului radial*, consecutivă fracturii brațului, Sutura nervoasă cu juxta-punerea venei cefalice ca teacă externă, rezultat admirabil, care se menține și după 3 ani.
- 3) *Osteo-sarcom al femurului*, înainte de operație.
- 4) *Epilepsie Jacsonienă prin cicatrice craniană*, înainte de operație.
- 5) *Plaga contuză fronto-parietală* cu cecitatea O. D.
- 6) *Echinococoza globului ocular stâng*, caz foarte rar operat cu succes.
- 7) *Echinococ al ficatului* caz operat cu succes.
- 8) *Ulcer gastric, perforat în pancreas*, la un plugar de 38 ani, operat cu mare succes.

Medic Căpitan Dr. *Golea*. Un caz de *oclusie intestinală. ileus dinamic*, care a cedat ușor la entero-clisme, cu tot tabloul peritoneal care impunea intervenția.

Medic Lt-*Hora*; 2 cazuri de *Pneumo-torax* dintre care unul *Pyo-pneumotorax*, primul tratat medical cu evoluție benignă, la al 2-lea caz s'a făcut și pleurotomia evacuatoare.

DISCUȚIUNI

Cazurile prezentate de D-1 Director *Câdea*, au dat loc la interesante discuțiuni, cu osebire în ce privește stabilirea diagnosticului și metodelor de tratament, la care au participat D-nii Dr. *Emil Pocrean, Popovici, Por, Câdea, Pecurariu, Medicul Căpitan Vasilache, Naghel, Lt-Colonel-Cojan*.

În special s'a discutat diagnosticul de osteo-sarcom al femurului, la un tânăr de 18 ani, cerându-se să nu se omită și sero reacția Wassermann, să se facă și biopsia sau tratamentul specific, înainte d'a se purcede la amputație.

D-l **Director Dr. Căndea** expune toate datele clinice și rezultatul radiografiei, după care nu poate vedea alt diagnostic, rămânând să încerce numai radio-terapia, înainte de a se decide la amputația coapsei.

Medic Colonel Dr. Dimitriu Mamant roagă pe toți medicii prezenți să examineze cazul cu toată atențiunea căci de sigur, „primum non nocere“ și apoi să ne punem în situația că, ori care din noi am putea avea un atare sarcom și atunci... În cazul de față după discuția tuturor diagnozelor, având în vedere evoluția rapidă (3—4 luni) proporțiile tumorii, forma ei și cuosebire alterarea extra ordinară a stărei generale (a slăbit 6—8 Kgr. în 2—3 luni) atare mers numai o tumoră malignă, ca sarcomul, îl are, care e cu atât mai malignă cu cât evoluiază la o vârstă mai tânără.

Radio-terapia e puțin cu 3 tăiușuri, să nu pierdem timpul.

Pentru celelalte cazuri neoperante, încă roagă să fie anunțați medicii pentru a fi prezenți la operație, fiind foarte instructive pentru toți.

Medic Lt.-Colonel Cojan și **Dr. Pocrean** expun alte cazuri de echinococ, unul cu sfârșit letal și fac un expozeu foarte documentat și bine susținut asupra noilor metode de diagnostic al echinococului ficatului, bazat pe probele noi funcționale (galactosurie etc).

Medic Colonel Dr. Dumitriu Mamant ridicând ședința la ora 21, mulțumește celor de față, care cu atâta răbdare, timp de 3 ore, au urmărit cazurile și constată succesul crescând al reuniunii și interesul viu deșteptat printre confracții civili, cu începerea din Ianuarie 1928, de când se țin aceste ședințe mixte.

Medic Colonel Dr. Dimitriu

REUNIUNEA ANATOMICĂ

(Cluj)

Ședința din 21 Ianuarie 1928

D-l **Prof. Vasillu** deschide ședința la ora 6 m. p.

Prof. Dr. Vasillu și Dr. Vitalyos. *Despre un caz de paragangliom abdominal.* — Este vorba de un copil de 16 ani sucombat în serviciul clinicei chirurgicale la 28 Decembrie, cu diagnosticul clinic: Tumoră retroperitoneală (Simptom). Date clinice: Vine în clinică pentru tumefierea abdomenului. În antecedentele heredocolaterale și personale nimic important. Boala actuală datează de 5 ani cu debut insidios, cu dureri vagi în reg. lombo-dorsală și hipochondriacă stângă. Durerile iradiau în etajul superior al abdomenului. De 4 ani în perioadele dureroase bolnavul prezintă vărsături bilioase matinale. De 2 luni observă că-i se dezvoltă o tumoră în hipochondru stâng care treptat trece în epigastru, producând bolnavului senzațiune de plenitudine. La examenul obiectiv nu se constată nici o alterațiune organică afară de semnele de deplasare și compresiuni, datorite existenței tumorii în abdomen. R. W. negativă. La autopsie: în cavitatea abdominală se constată

prezența unui tumori de mărimea unui cap de adult cu suprafața neregulată care împinge în sus ficatul, iar în jos ansele intestinale. Diagnosticul anatomo-patologic făcut a fost de Paragangliom suprarenal.

Prof. Vasiliu completează microscopia acestui caz și amintește, că aceste tumori paraganglionare sunt de puțin timp cunoscute, au evoluție clinică benignă, dovadă și cazul de față, totuși, s'a găsit un mic nodul în ficat. În literatura germană aceste tumori paraganglionare sunt descrise sub numele de feocromatoblastom, dar mai acceptabilă este numirea de paragangliom sau simpatom, nomenclatură dată de Masson.

Prof. Iacobovici întreabă dacă tumora are punctul de plecare din capsula suprarenală sau dintr'un alt corp.

Prof. Vasiliu spune, că nu poate să afirme precis, dacă a plecat dela capsula suprarenală, ci numai o bănuiește lipsind capsula suprarenală.

Prof. Vasiliu și Dr. Dobocan. *Despre un caz de chorioepiteliom la un bărbat cu metastaze multiple în pulmoni și ficat.* — Se prezintă organele provenite dela autopsia unui individ în vârstă de 30 ani, sucombat în serviciul clinicei medicale cu diagnosticul de seminom metastatic. Tumora este plecată dela testicolul drept, care a fost operat. În timpul vieții s'a făcut o biopsie, care a dat diagnosticul de seminom, la autopsie însă s'a pus diagnosticul de *chorioepiteliom*. Aceste tumori sunt foarte rare. Spune că a mai avut un singur caz la un soldat care l-a comunicat la congresul din Paris. La autopsia acestui caz cu metastaze în ficat, splină, plămâni etc. nu s'a pus diagnosticul, însă microscopic s'a pus diagnosticul de chorioepiteliom caracterizat prin: celule cu caractere sincițiale și celule rotunde, sămănând cu celulele lui Langhans.

Docent Dr. Velluda. *Injectia intraosoasă a vaselor.* — Vascularizația intraosoasă a tarsului nefiind complect cunoscută, Dr. Velluda caută să cunoască mai bine această injectare a vaselor și apoi radiografierea lor în total și în parte pentru fiecare os după ce el experimentează și pune în evidență vasele superficiale nerămânând astfel decât cele intraosoase. Primele injecții le-a încercat cu pasta lui Teichmann, cu care a obținut imagini radiografice frumoase, rar unde arterele intraosoase erau invizibile. D-sa crede că aceasta s'ar datora calcarului pe care-l conține pasta și care are cam aceeași pondere ca cea a osului. A obținut după multe încercări rezultate bune cu o pastă compusă după o formulă personală, când s'a putut evidenția mult mai bine la raze arterele intraosoase. Cercetările D-sale sunt în curs în această direcție. Cu această ocazie D-sa prezintă o serie de plăci radiografice asupra acestei chestiuni.

Dr. Stolca V. *Cancer al ampulei lui Vater.*

Prof. Dr. Titu Vasiliu. *Splina micotică.* — Dl. Prof. Vasiliu face o punere la punct a cunoștințelor actuale asupra micozei splenice. Existența acestei afecțiuni numai poate fi contestată, parazitul a fost pus în evidență nu numai în splină, ci și în ficat, ganglioni limfatici, mai frecvent în ganglionii din hilul ficatului, etc. Modul de pătrundere și poarta de intrare a parazitului sunt necunoscute. Parazitul se găsește mai frecvent în țesutul conjunctiv interstițial și în apropierea vaselor, unde cu timpul suferă o impregnație sidero-calcară, dând naștere nodulilor lui Gandi-Gamna. Rolul patogenetic încă nu este bine stabilit, se întâlnește concomitent cu o serie întreagă de alte afecțiuni ce ar pleda pentru un rol patogenetic secundar de infecțione.

Ședința din 18 Februarie 1928

Dr. Dobocan. *Un caz de ateromatoză sifilitică la un bărbat de 40 ani.*—Prezintă organele provenite de la un bărbat de 40 ani sucombat în Clinica Med. în ziua de 16/II 1928 cu diagnosticul clinic: Asistolie, insuficiență aortică, aortită specifică.

Prof. Titu Vasiliu.—La autopsie a fost impresionat de aortă, care avea leziuni calcare ateromatoase, ca la arterioscleroză, dar cadavru n'are vârsta arteriosclerozei, deși arterioscleroza e cunoscută chiar la copii, nu a ezitat de a bănui o leziune sifilitică, de fapt Wasserman-ul e pozitiv, apoi examenul histologic a confirmat pe deplin leziunea sifilitică. Cazul e interesant, fiindcă sifilisul a evoluat fără ca să lase nici o ulcerăție suspectă. În antecedente a avut reumatism, iar în 1919 prezintă semne de insuf. circulat., de atunci e considerat de cardiac. E vre-o legătură între arterio-scleroză și sifilis? D-sa a văzut numeroase cazuri de sifilis și arterio-scleroză și se poate face relațiune de patogeneză între ele prin faptul că sifilisul ar juca rol mare în producerea arterio-sclerozei. Arterio-scleroza pură rar evoluează cu tensiune mică. Ea se trădează prin hipertensiune.

Doc. Kernbach.—Ingroșarea valvulelor a găsit-o totdeauna în sifilis

Dr. Onaca. *Septicemie stafilococică.*—Copil de 15 ani intră în Serviciul Clinicii Medicale în 10/II 1928, cu dureri în articulație și coloana vertebrală. În antecedente o pneumonie la 6 ani: neagă alte boli infecto-contagioase. Boala a debutat brusc, la examenul obiectiv nimic important, R. W. pozitivă, temperatura la intrare 37.8°, a doua zi 40°, asociată cu transpirațiuni profuze și halucinațiuni, rigiditatea feței, Kernig+, în lichidul cefalorachidian Pandy pozitiv, în ultima zi temperatura se ridică la 41.8°, pulsul devine filiform, în 15°II 1928 sucombă. La autopsie se constată între altele în amigdala dreaptă un abces localizat în partea sup. a ei. Insămânțările făcute din splină și abcese au arătat stafilococi.

Prof. Titu Vasiliu.—Un caz de septicemie ce n'a fost bine examinat, fiindcă abcesul lui amigdalian nu a fost recunoscut. Stafilococia se confundă des cu o morvă. Am văzut un caz cu artrite f. dureroase, presupuneam morvă, autopsia a arătat o stafilococie. Deci în cazuri de artrite rebele să ne gândim la morvă, stafilococie, nu numai la reumatism.

Dr. Popa R. prezintă un caz cu *Leziuni organice în] gripă.*

Dr. Spârchez—face istoricul clinic al cazului.

Dr. Vitalyos. *Organele de la un caz de gripă,* al cărui istoric îl face d-rul Spârchez.

Prof. T. Vasiliu.—Am găsit foarte potrivit să prezint aceste cazuri de gripă. Epidemia asta nu se poate asemăna cu epidemiile trecute. Azi nici nu avem metode de diagnostic nici bacteriologic și nici serologic, gripa nu-i o entitate morbidă. În 1916 a fost forma spaniolă a gripei, care s'a văzut că nu este reproducă în orice caz de bacilul Pfeiffer. În 1919 s'a văzut multe cazuri de gripă, unele de cele mai multe ori de steptococ, sau stafilococ, rar Pfeiffer. În cazuri de tifos exantematic am făcut diagnosticul de septicemie, de cele mai dese ori cu streptococi: în epidemii cea mai gravă complicație e septicemia. Deci gripa nu ar fi decât o infecție ușoară dar care deschide loc la o infecție supra adăugată, chiar la tifosul exantematic microbul e invizibil, dar pregătește o infecție supra adăugată care omoară. Noi

la gripă ne găsim în luptă cu o influență simplă, dar f. gravă prin infecția ce se poate supra adăuga. Referitor la agranulocitoză, ea nu există ca entitate morbidă, ci este un simptomhematologic, sigur că agranulocitoza aci este făcută de toxina microbului, nu de microbi, fiindcă el are particularitatea lui de a face o meningită, erizipel etc. Meningococul cu gonococul seamănă, totuși dau leziuni diferite.

Dr. Doc. Kernbach. Aortită sifilitică, moarte subită.—Un om de 43 ani muncitor, într'o zi acuză dureri gastrice și pest' o oră sucombă. Fiind bănuiala asupra cauzei morții s'a făcut autopsia medico-legală în com. Giula. La autopsie găsim inima mărită, dilatată, cu miocardul palid friabil. Aorta dilatată în porțiunea descendentă și acoperită cu plăci ateromatoase, cicatrice și numeroși trombi aderenți de intimă. Pereți îngroșați. Cazul este interesant fiindcă deși macroscopic se prezintă ca o tromboendarterită obliterantă, microscopiceste se găsește o aortită.

Dr. Doc. Kernbach Hipertrofia idiopatică a inimii, moarte subită.—Un individ de 24 ani, lucrător de gară, căruia i se face în mod subit rău, până la sosirea medicului individul sucombă. Se aduce la Institut și se găsește o inimă hipertrofică. Lucru este cunoscut și meritul este al profesorului Babeș, care a văzut această hipertrofie la oameni tineri fără leziuni valvulare sau a altor elemente ale inimii.

Dr. Doc. Kernbach. Hipoplazia aortei; sinucidere.—O inimă dela un individ de 21 ani, care se sinucide cu o armă de foc, perforându-și inima. Se găsește aorta îngustă de 2 cm. diametru. Acest fapt a mai fost constatat de Orlianszky la sinucigași.

Sedinta din 7 Martie 1928

Dr. Mltrea. 1. Endoteliom al cotului.

2. **Tumoră de granulație.** — Al doilea caz prezentat este o tumoră localizată la picior cu diametrele 6/3 cm. ce face impresia că ar aparține planului profund osos, lucru ce nu se confirmă radiologic. Această tumoră are conexiuni cu teacă tendinoasă a extensorului propriu al degetului mare, fără a deforma. Această tumoră luată ca un fibro-sarcom este descrisă ulterior de d-l Prof. Titu Vasiliu ca o tumoră de granulație.

Aceste tumori de granulație sunt rare. S'au descris mai de mult așa zisele sarcome endovaginale cari sunt veritabile sarcome. Heurteux le denumește mieloame și sunt după el foarte benigne. Dacă studiem aceste sarcome și le comparăm cu tumora de granulație constatăm că au un aspect aproape identic. Chiar tumora noastră putea trece drept sarcom, fără cercetarea mai amănunțită a profesorului Titu Vasiliu.

Prof. Dr. T. Vasiliu, Dr. Dobocan. Tumora paraganglionară; Metastaza.

Este vorba de bolnava G. E. de 25 ani care sucombă în serviciul Clinicei Chirurgicale cu diagnosticul clinic tumoră pontocerebeloasă, după ce a stat prealabil un timp de câteva luni în serviciul clinicei Neurologice. Mama ei a avut sifilis, ea însă a avut reacția negativă. Boala actuală data de doi ani și jumătate, debutând cu văjeturi în ureche însoțite cu abolirea auzului urechei drepte. La moment dat partea dreaptă a feței ia un aspect diferit de a stângei (s'a produs o strâmbare) concomitent cu aceasta bolnava suferea de dureri de cap localizate în creștetul capului și junghiuri în ju-

mătatea dreaptă a feței și culminau la nivelul unghiului intern al ochiului. Peste un timp observă că vede dublu, iar ochiul drept deviază înăuntru. I-se pune un prim diagnostic: neurită optică (A. O.) pareza dreptului extern, paralizia facialului drept, nevralgie trigeminală, tumora acusticului. În ziua de 20 II, câteva luni mai târziu, după o scurtă ședere la clinica Neurologică unde i-se pune diagnosticul: tumoră pontocerebeloasă, este transpusă la clinica chirurgicală unde i-se face craniectomia timp. I. după care se simte mai bine, iar după o săptămână i-se face al doilea timp al operației pentru a se extirpa tumora. Sucombă cu fenomene meningeale a 4-a zi după operație. La autopsie se găsește la baza craniană în dreptul stâncei din dreapta o masă tumorală care este intim aderentă de dura mater. Această formațiune tumorală intră și în loja glandei hipofizare și am putea spune că face corp la lobul drept cerebelos. Pe lângă această tumoră se constată una în pelvis și alta pe promontoriu, lucru ce a făcut să creadă că tumora cerebrală ar fi o metastază a acestora. Descoperirea unei tumorete cât o alună în glanda suprarenală a schimbat prima părere, istologic confirmându-se mai târziu de altfel ca fiind o tumoră paraganglionară.

Prof. Urechia. Tumoră pontocerebeloasă. — D-sapune acest diagnostic cu 4—5 ani în urmă unui soldat care apoi eșind din serviciul clinice d-sale pleacă la București. Într'un spital militar i se face operație în urma căreia rămâne fără vedere. Revine la d-l Prof. Urechia cerând o nouă operație în cazul când i se va reda astfel vederea, neînțelegând altcum să mai trăiască. Intervine d-l Prof. Iacobovici care printr'o trepanație occipitală pătrunde în cavitatea craniană de unde scoate o tumoră de 40 gr. și de o lungime de 7 cm. $\frac{1}{2}$ atingând prin dimensiunile ei una din cele mai mari tumori pontocerebeloase, descrise până acum în literatură. La examenul microscopic făcut de D-l. Prof. Vasiliu și Urechia se diagnostichează un Meningiom. După 24 ore bolnavul a sucombat cu fenomene de hipertensiune.

Prof. Urechia. Aploplexie striată. — Aceste apoplexii, spune D-sa se produc de obicei bilateral. Chestiunea interesantă la cazul de față este regiunea unde s'a localizat focarul. Este vorba de o leziune de focar, limitată la partea anterioară a nucleilor bazali stângi. Simptomatologic membrul superior nu prezintă nimic. D-sa și alți doi autori au studiat aceste apoplexii striate. Experimental s'a constatat că lezând cu cuțitul regiunea cerebrală de mai sus, n'au obținut contracții. Deasemenea nici cu excitații electrice. S'a spus că poate narcoza oprește apariția fenomenelor, lucrul însă dovedit ca inexact. Piesa provine dela o bolnavă de 59 ani, cu scleroză ateromatoasă.

Dr. Popa Rubln. Arterioscleroza pulmonară primitivă. — Este vorba de bolnavul S. L, de 33 ani, care sucombă în serviciul clinice medicale cu diagnosticul: scleroza arterei pulmonare. insuficiența aortică, miocardită. În antecedente a avut la 17 ani un șancru sifilitic, și o boală de rinichi. Boala ultimă a debutat cu dispnee, hemoptizie și edem al extremităților inferioare. Aorta nu prezintă nimic deosebit. Artera pulmonară este foarte dilatată, având o circumferință de $9\frac{1}{2}$ cm. pe o lungime de $3\frac{1}{2}$ cm. Ramificațiunile intrapulmonare mai ales cele mai mici prezintă numeroase plăci arterioscleroase de o culoare gălbue, de consistență moale, proeminente, în lumenul vascular. Peretele vascular în deosebi al ramurilor mici este îngroșat, lumenul neregulat.

Prof. Vasiliu atribue un merit deosebit Profesorului Hațieganu pentru

diagnosticul făcut și insistă asupra etiologiei acestei scleroze pulmonare, punând-o în cazul de față în sarcina sifilisului care de altcum în general poate da scleroza arterială. *D-1 Prof. Hațleganu* pretinde că somnolența, examinarea minuțioasă a fundurilor de sac a ochiului, precum și hipertensiunea lichidului cefalo-rocchidian sunt simptome ce ne îndreaptă gândurile către un diagnostic de arterio-scleroză. *Prof. Dr. Titu Vasillu* face ultima comunicare prezentând un caz cu diagnostic: *hipernefrom*, diagnosticat în viață prin biopsie ca un cancer primitiv al ficatului. Astăzi după necropsie și o examinare minuțioasă istopatologică totul pledează pentru un cancer plecat dela glanda suprarenală.

Ședința din 31/III/1928

Dr. Popa Rubin. Calculoză ureterală bilaterală la un tânăr de 17 ani.—Cazul prezintă importanța prin faptul că obstrucția calculoasă e bilaterală, iar de obicei e unilaterală, pe de altă parte calculoza aceasta bilaterală aparține unui individ în etate de 17 ani.

Dr. Jianu St. Tumora indexului stâng.—Diagnostic histopatologic: Perichondrom.

Dr. Vitalyos A. Abcese multiple hepatice—Prezintă un ficat provenit de la o femeie de 34 ani. La autopsie afară de abcesele hepatice, la anexele din partea stângă se găsește un bloc fibros, cu centrul ușor ramolit, în cazul de față patogenia abceselor hepatice nu-i bine lămurită. Din datele clinice reiese că înainte cu trei luni femeia a avut o supurațiune la partea laterală a gâtului; pe de altă parte anexele din stânga ar putea explica locul primei infecții. În ori ce caz abcesele hepatice sunt date pe cale hematogenă.

Prof. Dr. Titu Vasillu susține părerea lui Vitalyos. De multe ori locul de plecare al infecțiunei e foarte greu de a-l diagnostica. Chiar în cazul de față e greu de a preciza. În ori ce caz focarul primitiv a făcut oarecare imunitate, totuși a putut avea loc o septicemie lentă.

D-ra. Drd. Dachnovici. Cancer al laringelui cu metastaze.

Dr. Danello spune că a găsit în sputa bacilul Koch. Intreabă dacă cavitatea e dată de cancer ori cancerul s'a grefat pe o cavitate preexistentă.

Prof. Vasillu spune că infecția bacilară a fost secundară.

Drd. Rusu Septimiu. Vezică urinară biloculară.

Dr. Dobocan. Mieloblastom.—Prezintă organele provenite dela autopsia unui bărbat de 33, sucombat în serviciul clinicei medicale cu diagnosticul clinic: tumora mediastinală cu metastaze în peretele toracic și ficat. La autopsie se găsesc ganglioni supraclaviculari și cervicali tumefiați, la secțiune au o culoare albicioasă gălbue, depe suprafața de secțiuni se rade un suc lăptos. În mediastin la nivelul ganglionilor tracheo-bronchici se află un lanț ganglionar în continuitate cu cei cervicali. În mediastin și mai ales peridiafragmatic se află o masă tumorală având o greutate ca 3 kg. Tumora la palpare e elastică, bine circumscrisă, aderentă de plămâni fără însă de a face corp cu ei.

Ședința din ziua de 26 V. 1928

D-1 Prof. Vasillu deschide ședința la orele 6 p. m.

D-1 Doc. Kernbach și Cotuțiu. Uremie și infantilism.—Prezintă organele dela o femeie de 45—50 ani, vagabondă, care a fost adusă într'o stare gravă

în Clinica Medicală. Aci se pune diagnosticul de uremie, bolnava prezentând câteva crize epileptiforme, contracțiuni. Moare după câteva ore.

La autopsie se remarcă că avem de a face cu o femeie ce prezintă o stare pronunțată de Infantilism. *Rinichii* prezentau atât macroscopic cât și microscopic leziuni foarte importante. Afară de aceasta s'a mai găsit o rectită purulentă, mucoasa prezentând o atrofie și numeroase infundibule. În jurul anusului erau mai multe condiloame și histologia rectului arată o inflamațiune plasmocelulară, ceea ce pune întrebarea dacă aci nu avem de a face cu o rectită blenoragică. Istologia tiroidei arată o scleroză interstițială, cu degenerescență coloidă a glandei; suprarenala arată o hiperplazie a corticalei și focare de necroză. Ne găsim deci în fața unui caz de infantilism adevărat, tiroidian cu toate semnele externe și organice. Ceea ce este mai important este însă leziunea rinichilor, cari îți dă toată siguranța și confirmă o moarte prin rinichi. În medicină legală în materie de moarte subită rareori acest tablou al insuficienței renale și pe leziuni mult mai reduse, conchidem fără a avea siguranța într'o moarte renală.

D-l Prof. Vasiliu arată că acest caz poate intra în grupa nefritelor hipogenetice, descrise de profesorul Babeș; pe stare infantilă cu rinichii hipogenetici s'a prezentat această nefrită care a cauzat moartea femeii.

Dr. Kernbach. *Fractura condilului occipital.* — (Accident de muncă).

D-l Doc. Kernbach. *Naștere prematură, sifilis congenital și leziuni traumatiche asupra unui cadavru de copil născut prematur.* — Este vorba de un copil de sex feminin ce a fost găsit îngropat. Medicul polițienesc fiind la fața locului găsește cadavru cu o plagă tăiată a gâtului, care interesa toate țesuturile moi ale gâtului, vasele și trachea. Cordonul era rupt și nelegat. La autopsie se constată că acest copil era la începutul lunei a VII de viață intrauterină (1759 gr.). Extern avea o rană tăiată lungă de 5 cm., lată de 4 cm. care interesa trachea în întregime până inclusiv la straturile superficiale ale cartilagiilor primelor două vertebre cervicale. În plămâni au fost constatate: Aceleași leziuni care au fost descrise de autor în sifilisul bronco-vascular. Oasele și celelalte organe nu arătau microscopic leziuni sifilitice.

Ne găsim deci în fața unui caz de sifilis pulmonar, congenital sub formă de gome subpleurale, la un copil născut mort, prematur. Rana gâtului n'are nici o legătură cu cauza morții și aceasta este tocmai importanța medicolegală a cazului, precum și dificultatea juridică de interpretare. Pruncucidere nu poate fi, căci obiectul este impropriu. Tot asemeni nici tentativă nu poate fi etichetată și cum codul penal nu prevede nici o pedeapsă pentru acei ce comit violențe asupra cadavrelor (profanare, sacrilegiu) cazul va fi cu siguranță clasat, deși intenția și voința de a omorî este evidentă și tot odată săvârșită.

Discuție: **D-l Prof. Vasiliu** amintește că și Prof. Babeș a avut un caz aproape analog, când o parte a experților susțineau o moarte violentă prin asfixie, iar prof. Babeș prin leziunile găsite în plămân a conchis la o moarte naturală

Dr. Cotuțiu. *Dublă intoxicație cu veronal și morfină. Hidrocefalie internă.* — Tânărul R. de 23 ani, student la Medicină intră în ziua de 3 V. în sanatoriu „Parc” unde reclamă o cameră pentru a interna un bolnav.

Seara bolnavul nevenind rămâne în cameră, iar dimineața de 4 Maiu este găsit mort pe un pat cu un jurnal în mână iar lângă dânsul 8 fiole de morfină goale și un tub de veronal în care erau 5 pastile. Este transportat la Inst. de Med. Legală unde se face autopsia. Nu se constată semne de violență. La examenul intern se constată calota ceva mai subțire, creurul ceva mai mare. La secțiune se vede o congestie cerebrală, iar ventricolul lateral mult dilatat și plin cu un lichid clar. Planșeul ventricular lucios. În cavitatea stomacală ca 300 cmc. resturi alimentare și în care se vede un fin praf de culoare albă lucioasă, La microscop în conținut se văd cristale. Reacția ulterioară făcută la Inst. Farmaceutic pentru analiză a găsit cantități mari de veronal. Cunosând doi frați ai intoxicalului am luat câteva date din antecedentele lui. În copilărie prezenta fobii, fugea de vehicule, nu trecea peste poduri, S'a sinucis fără să amintească de așa ceva și a lăsat 7 scrisori diferitelor persoane. În cazul de față ne aflăm în fața unui sinucigaș care prezintă o hidrocefalie internă. Cazuri asemănătoare sunt descrise și în literatură, are Pfeipher 215 cazuri de sinucidere la hidrocefalie internă. Cazul de față este interesant prin dubla intoxicație și hidrocefalia internă destul de rară.

D-l Prof. Vasillu. Amintește o lucrare a lui Levaditi cari susține că ar exista un parasit ce dă aceste hidrocefalii și probabil ca și în cazul de față să fie tot așa.

D-l Dr. Rusu. Tuberculoza renală. — Prezintă organele provenite dela autopsia unui individ în vârstă de 15 ani, sucombat în serviciul clinicei infantile cu diagnosticul de: Tbc. cerebrală? Tbc. generalizată, nefrită, morbul lui Pott, artrită tbc., (artic. scapulo humerală dr.).

Prof. Dr. Vasillu descrie calea și poarta de intrare a procesului tuberculos care aci s'a făcut pe cale intestinală cu prinderea ganglionilor mezentericilor de unde pe calea hematogenă s'a făcut diseminarea în restul organelor.

Dr. Mitrea prezintă un caz de *nevo-carcinom* în reg. dorsolombară stgă. Piesa a obținut-o dela o femeie în vârstă de 28 de ani, venită la clinica chirurgicală în ziua de 9/V/1928. Din istoricul boalei reiese că această tumoră datează de un an; s'a desvoltat pe baza unui nevus amputat de bolnavă cu un fir de păr.

Dr. M. Kernbach.

SOCIETATEA DE ANATOMIE ȘI STUDIUL CANCERULUI

(București)

Ședința din 28 Aprilie 1928

În ședința Societății Anatomiche din 28 Aprilie a. cor., D-l Prof. Ioseph Magrou, șeful secțiunii de fitopatologie dela Institutul Pasteur, a fost ales membru corespondent străin al acestei Societăți după propunerea D-lui Conf. Dr. A. Babeș.

Societatea Anatomică a hotărât în aceeași ședință ca pe viitor să poarte titlatura de „Societatea de Anatomie și studiul cancerului“.

Conf. Dr. A. Babeș și Dr. I. Stola. Carcinom primitiv al rinchiului cu generalizare. — Cazul este interesant din mai multe puncte de vedere. Mai întâi clinic, pentru că diagnosticul în viață a fost de ciroză hipertrofică a ficatului asociată cu un cancer al pielei capului (unde exista o metastază). Apoi necropsic căci a arătat un enorm cancer al rini-

chiului drept care cântărea 2700 gr., o hepatomegalie remarcabilă 2200 gr. cu metastaze în cele mai multe organe dar particulare în pulmon, unde se prezentau cu un aspect miliar.

Conf. Dr. A. Babeș adaugă că din punct de vedere histopatologic avem a face cu un adenocarcinom papilar al rinichilului, cu evoluție acută și diseminare miliară în pulmon. Metastazele miliare dela nivelul pulmonilor s'ar explica prin pătrunderea celulelor canceroase în venele renale.

Conf. Dr. Traian Nasta, Dr. D-trie Marinescu-Slatina prezintă următoarele piese operatorii :

I. Tuberculoză ileocecală formă hipertrofică,

II. Adenocarcinom al maxilarului superior.

Dr. D-trie Marinescu-Slatina și Dr. Gh. Tacu. Xantom tuberos al pielii gambelor. — O femeie în vârstă de 54 ani observă în 1916 la nivelul gambei drepte, sub piele, o tumoră cât un bob de fasole care a crescut ajungând în prezent la mărimea unei nucii mari. Tumora este bine încapsulată, s'a extirpat cu ușurință și prezintă o colorațiune galbenă-portocalie. Microscopic este constituită de celule poliedrice, bogată în grăsime și unele celule gigante cu nucleii dispuși în rozetă. Este un xantom tuberos remarcabil prin mărimea sa și prin prezența celulelor gigante descrise.

Ședința din 5 Mai 1928

Dr. D-trie Marinescu-Slatina și Dr. I. Stola. Miosarcom primitiv al vezicii. — Bolnavul în vârstă de 40 ani a intrat în serviciul urinar al Spitalului Brâncovenesc pentru dureri hipogastrice și lombare, pola chlurie, urini turbure și ușoară hematurie, temperatură 38,4°. Cu diagnosticul de abces al prostatei, se incizează pe cale rectală prostata, din care se scurge un puroi sanguinolent. Temperatura scade bolnavul sucombă însă în stare de cașexie după 28 zile de spitalizare.

La necropsie se constată existența unei tumori dure, neregulate, fetidă care prinde întreaga vezică. Prostata era izolată de masa tumorală printr'o bandă scleroasă. În celelalte organe nimic deosebit.

Microscopice se constată existența unui miosarcom al vezicii, varietate mai rară la acest nivel.

Dr. D-trie Marinescu-Slatina și Dr. I. Stola prezintă piesele necropsice dela un caz de nefrită azotemică. Microscopice se constată leziuni de nefrită cronică parenchimatoasă. Mai prezintă piesele necropsice dintr'un caz de cancer al pilorului cu generalizare.

Ședința din 12 Mai 1928

Conf. Dr. Traian Nasta, Dr. D-trie Marinescu-Slatina. Enorm fibrom al regiunii renale stângi. — Tumora cântărește 10 kgr. Clinic s'a pus diagnosticul de fibrosarcom, pentru care ar pleda și apariția unei metastaze la locul de operație. Microscopice se prezintă însă ca un fibrom bogat în celule și vase. S'au descris fibrome, mixome și miome cu structură tipică, care au dat recidive. N'ar fi exclus, ca și pentru cazul de față, ca în unele locuri ale tumorii să se găsească porțiuni cari au suferit o transformățiune malignă (sarcomatoasă).

Conf. Dr. A. Babeș. — Tumora de față fiind neobișnuit de mare, ar putea, pe lângă fibromul foarte vizibil, să fie și o proliferațiune sarcomatoasă. Aceasta însă nu s'a găsit și chiar dacă printr'un număr mai mare de secțiuni s'ar releva, nu poate explica mărimea tumorii, care în majoritate este de natură fibroasă.

Dr. D-trie Marinescu-Slatina și Dr. D. Făgărășanu. Pancreatită acută hemoragică. — Se prezintă secțiuni microscopice din cazul prezentat clinic și necropsic într'o ședință anterioară (24 Martie 1928). Prin colorațiunile hematoxilina eozină, Van Gieson, Scharlach și Gram se constată pancreatită acută hemoragică supurată și infectată. În celelalte organe nimic deosebit.

Dr. Dan Berceanu. Canalul mentonier. — Face câteva considerațiuni asupra canalului mentonier, completându-le cu unele date obținute de cercetările D-sale, mai ales în legătură cu nervul dentar. Precizează sediul orificiului mentonier și modul cum se face pe viu cateterismul acestui canal.

E avantajos de a împinge acul dinainte înapoi și oblic de jos în sus și dinafară înăuntru.

Un caz de angină pectorală cu prezentare de piese. Piese provin dela o bolnavă sucombătă în clinica III Medicală, unde intrase cu accese obișnuite de angină pectorală. La examenul clinic semne de aortită. Necropsic se găsește edem pulmonar, cordul

mărit cântărește 480 gr.; ventriculul stâng mult îngroșat. Aorta îngroșată, cu numeroase leziuni de aterom și ulcerăriuni consecutive. Coronara dreaptă este strătmătorată, cea stângă are ulcerării ateromatoase și aproape de origină un mic anevrism. Microscopic leziuni de arterioscleroză în aortă și coronare, leziuni de scleroză a miocardului.

Ședința din 16 Mai 1928

Dr. Leonte. I. Chist al mezenterului.—Cazul provine dela un băiat în vârstă de 14 ani, care prezenta o tumoră cât o portocală mare în regiunea ombilicală (intraabdominal). S'a extirpat cu greutate pentrucă prezenta aderențe cu mezenterul și cu o porțiune din intestinul subțire, care s'a și rupt în timpul manevrelor operatorii. Bolnavul s'a vindecat.

Conf. Dr. A. Babeș.—Arată că tumora chistică prezintă un canal cu structură de intestin subțire. Avem deci a face cu un chist al unui diverticul intestinal.

Dr. D-trie Marinescu-Slatina.—În privința patogeniei se cunosc **diverticul de tractiune**, prin aderențe patologice, **diverticul congenital**, apoi **diverticuli de pulsione**, adevărate hernii ale mucoasei; sunt mai frecuenți la nivelul duodenului.

Dr. Leonte. II. Fibrom enorm al istmului uterin, dezvoltat la o femeie în vârstă de 42 ani și care s'a extirpat cu multă greutate.

Conf. Dr. A. Babeș, remarcă raritatea localizării acestui fibrom.

Dr. Lucia Șerbănescu și Dr. I. Stola. I. Endocardită malignă streptococică.—O bolnavă în vârstă de 36 ani. A avut cu 6 luni anterior pleurezie dreaptă cu streptococi și lumbago rebel. De atunci febricităază. Prezintă fenomene de insuficiență mitrală, ureea crescută. Necropsic: **Cord:** valvulele mitrale cu ulcerării multiple și vegetațiuni moi friabile. În secțiunile colorate cu metoda Gram se găsesc streptococi.

II. Ciroză hipertrofică. Clinicește bolnavul prezenta ficat mărit de volum, splenomegalie, ascită, cașexie. Moare la scurt timp dela intrarea în spital.

Necropsic: Ficatul enorm mărit, dar cu granulațiuni puțin accentuate. Epiploonul îngroșat și acoperit de granulațiuni gălbui. Diagnosticul stabilit post mortem a fost de ciroză hipertrofică asociată cu tuberculoză peritoneală.

III. Dilatație acută a stomacului. Un tânăr în vârstă de 18 ani este operat după procedeul Albee, pentru o tuberculoză a coloanei vertebrale. După trei zile dela operațiunea făcută cu rachianestezie apar vărsături, o balonare abdominală foarte accentuată clinicicește s'au gândit la o peritonită consecutivă unui abces rece deschis în peritoneu. Necropsia a arătat o dilatațiune enormă a stomacului care ocupa aproape întreaga cavitate abdominală.

Conf. Dr. A. Babeș.—În privința cazului de ciroză hipertrofică relevă existența leziunilor microscopice asemănătoare celor din ciroza atrofică Laënnec. Ar fi deci o ciroză mixtă.

Dr. Răileanu. Comunicație interventriculară în cursul unei endocardite lente.—Un vechi reumatic cu maladie mitrală și aortică cu insuficiență valvulară aortică prezintă fenomene de endocardită infecțioasă cu streptococ viridans. Clinicește un suflu intens în tot timpul revoluțiunii cardiace, suflu al cărui focar maxim e' situat în spațiul intercostal II și III stâng, deosebit prin timbru, intensitate și localizare în timp de zgomotele auzite în focarele aortic și mitral.

La necropsie se remarcă pe endocardul valvulei mitral și aortic leziuni vechi scleroase, reumatismale, pe ale cărui fond s'au grefat numeroase vegetațiuni ulcerate, ce constituiesc substratul anatomic al infecțiunii recente. Sinusul lui Valsalva al valvulei drepte a aortei dilatat ca o pungă anevrismală și perforat de un orificiu prin care ven-triculul drept comunică cu cel stâng. În jurul acestui orificiu se găsesc mici vegetațiuni ulcerate. Cazul unic în literatură e interesant prin suflul amintit, care a permis diagnosticul în viață al leziunii găsită apoi la necropsie.

Dr. Răileanu și Dr. Ilie Cosmulescu prezintă piesele macroscopice și microscopice dela un caz de **Septicemie pneumococică cu pitorax și pericardită fibrinoasă.**

Conf. Dr. A. Babeș găsește primul caz rar și demonstrativ. Poate fi o endocardită lentă, dar nu se exclude posibilitatea existenței unei simple dilatațiuni anevrismale, fără ulcerăriune și comunicație interventriculară.

Dr. D-trie Marinescu-Slatina.

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE OTO-RINO LARINGOLOGIE

București

Ședința din 7 Decembrie 1927

- Dr. Costiniu și Berma. Corp streln perforant al nasului. — O lovitură cu un vârf de toc, care perforază nara, septumul dă simptome de obstrucție și infecție.
- Dr. Costiniu și Berma. Mastoidită cronică. Abces temporal, Meningită.
- Dr. Brătescu și Racoveanu. Complicație rară consecutiv unui flegmon amigdalian. — O parotidită supurată.
- Dr. Fotlade. Osteoperlostită a peretelui exterior al sinusului maxilar. — Urmat de o sinusită maxilară, consecutivă unui furuncul al vestibulului nasal.

Ședința din 19 Ianuarie 1928

- Dr. Fotlade. Polipoză nasală generalizată și recidivantă. — Cu distrugerea aproape completă a peretelui nazal.
- Dr. Fotlade și Dr. Cristu Ștefănescu. Cancer al cordiei, — vindecat prin radioterapie moarte subită prin perforația aortii, în urma evoluției cancerului gastric.

Ședința din 7 Februarie 1928

- Dr. Tempea, Sinusită maxilară de origine dentară — cu abces al feței.
- Dr. Tempea și Dr. Buzolanu. Extracția unui corp străin din esofagul, — unui copil de 5 luni (o tețină) și de 2 ani (monedă de 2 lei).
- Dr. Tempea Laringită isterică — tratată prin curetagiul cavumului.
- Dr. Daraban. Turburări auditive.

Ședința din 5 Martie 1928.

- Profesor Predescu-Rlon. Pseudo ulcer rodens al pavilionului urechii.
- Profesor Predescu-Rlon. Pseudo crup, — în ultima epidemie de gripă.
- Dr. Mayersohn. Un caz de micoză velo palatină, — acoperind amigdalele, stâlpii luteei., vâul palatului și cerul gurii până la 1 cm de arcada dentară. Detașare aproape spontană după o injecție cu serum antidifteric.
- Dr. Tețu și Dr. Buzolanu. Sinusită frontală supra acută mortală.

Ședința din 3 Aprilie 1928

- Dr. M. Popa. Un nou tratament al otitelor medii supurate cronice, — prin culturi de bacili bulgari.
- Dr. Daraban. 1) Câteva cazuri de sinusită fluxionară.
- 2) Un caz de sindrom al lui Gradenigo.
- Dr. Tempea. Un caz de cancer al gurii esofagului.
- Prof. Predescu-Rlon. Mastoidită recidivantă pentru a 30 oară.
- Dr. Al. Costiniu. Rinofima. — Prezentarea unui bolnav.
- Dr. Tatarsky, Un caz de abces extradural de origine otică.

Ședința din 5 Mai

- Dr. Rosenberg. Fibroangiom al amigdalei linguale.
- Prof. Predescu-Rlon. 1) Mastoidită atipică.
- 2) Abces jugal al celui de al 3-lea molar inclus în sinusul maxilar.
- Dr. Tempea. 1) Corp străin (monedă de 5 bani) închisat în peretele esofagului. — Extracție după 5 săptămâni prin esofagoscopie.
- 2) Mediastinită provocată de un corp străin — (sâmbure deprună), al esofagului, împins cu o sondă printr'o veche strictură esofagiană. Marele inconveniente ale acestui procedeu întrebunțat de nespecialiști.
- Dr. Fotlade. 1) Cancerul laringelui retrolaringian.
- 2) Un caz de laringectomie totală. — Supraviețuire după 8 luni.
- 3) Stenoza laringelui — operată după proiectul Nasta (tirotomie cu interpunerea unui grefon mio-tiroidian).
- 4) Laringită tuberculoasă vindecată prin galvanocauterizație.

Dr. Mayersohn.

C. CĂRȚI — MONOGRAFII

Prof. Dr. N. T. Deleanu și Dr. L. Coniver. Codex Medico-Farmaceutic. — Adnotat dupe Farmacopia Română ed. IV-a din 1926 și Conf. II internațională pentru unificarea medicamentelor eroice 1925. Iași, Viața Românească S. A. 1927, preț 600 lei.

Cea mai autorisată recenzie a acestei admirabile opere n'o poate reprezenta decât „Prefața”, ce d-l Prof. Dr. Mina Minovici i-a scris și pe care ca și Revista Farmaciei își face o datorie și o cinste să o redea în întregime și Mișcarea Medicală :

Publicarea unui „Codex medico-farmaceutic” nu înseamnă numai o îmbogățire reală a literaturii medicale și farmaceutice — adică a acestor două științe atât de strâns înrudite, încât linia lor de demarcație e pe alocuri abia perceptibilă — ci are și darul de a umple un gol care de multă vreme părea ca un loc nedestelenit pe un ogor cu rod frumos și îmbelșugat. Și această lipsă s'a făcut și mai simțită dela apariția ediției oficiale a „Farmacopeei Române”, datorită competenței Profesorului Dr. I. Vintilescu. Un Codex trebuia năpărit să completeze această prețioasă contribuție, fiind urmarea firească a unei vaste lucrări de ansamblu. Pantrucă dacă Farmacopea oferă un minunat repertoriu de descriere a medicamentelor în vederea controlului și preparării lor, Codexul are menirea de a fi pentru medic, la redactarea ordonanței și pentru farmacist, la executarea acesteia, o călăuză luminoasă și sigură.

Codexul e pravila medico-farmaceutică pe care omul artei și nemijlocitul său auxiliar trebuie s'o consulte, spre a evita o eventuală eroare din pricina căreia medicațiunea, în loc să restabilească echilibrul normal, ar provoca o agravare, un dezechilibru — uneori cu urmări catastrofale — al mecanismului fizio-chimic al vieții organismului.

Farmacopea indică elementele a căror utilizare practică o reglementează Codexul, sub multilateralul raport al compunerii ordonanței medicale, al dozării principiului activ și adjuvantelor sale, ale formelor farmaceutice, al administrării medicațiunii, al acțiunii medicamentoase, al titrajului și standardizării biologice. Și toate acestea sunt în funcțiune de vârsta, sexul, constituția, greutatea corporală și temperamentul bolnavului. O doză maximă, indicată în deobște ca eficace, poate deveni chiar toxică și chiar letală, fără cunoașterea cât mai precisă a stării psicho-fiziologice a individului tratat.

Dat fiind rolul covârșitor pe care în lupta contra agenților dizolvanți ai sănătății, îl îndeplinește astăzi chimioterapia, și medicul și farmacistul vor căuta să cunoască: condițiile de activitate a substanțelor medicamentoase, din punctul de vedere al organo-tropismului și al aethiotropismului; relațiile între structura corpurilor și acțiunea lor fiziologică; asociațiile medicamentoase privite în lumina atenuanțelor, a adjuvantelor și a incompatibilităților.

Codexul prezintă un deosebit interes și pentru aplicațiunile medico-legale, el oferind expertului un izvor de informațiune controlată pentru verificarea datelor în ce privește otrăvirile exogene intenționate (crimă, sinucidere), sau accidentale (profesionale, erori medicale, imprudențe).

D-nii Dr. N. T. Deleanu prof. universitar și Dr. L. Coniver, asistent universitar, cari, prin lucrarea de față s'au însărcinat să doteze literatura științifică românească, abia ieșită din vârsta înfiripării, cu un „Codex medico-farma-

ceutic" aveau și pregătirea și autoritatea de a asuma realizarea acestui efort, care reclama nu numai știință, muncă stăruitoare și conștiințioasă, dar și un deosebit dar de coordonare și de sistematizare a unei materii atât de dificile. Și au izbutit să se achite de această misiune nu numai onorabil, ci în chip strălucit.

Am citit în manuscris, foaie cu foaie, rând cu rând, această operă pe care fără exagerare o pot numi definitivă și mărturisesc, că sentimentul de rezervă firesc, deoarece era vorba de o primă inițiativă la noi, cu care am desfăcut voluminoasa mapă, dela primele pagini a făcut loc unui viu interes, pentruca isprăvind, să simt o nespusă mulțumire. În sfârșit, mi-a fost dat să văd și știința țării mele înzestrată cu un „Codex medico-farmaceutic” vrednic de ea.

Nimic nu lipsește; materia e tratată cu o mână de maestru. Nu e un testimoniu de complezență pe care l-aș da autorilor, ci o mărturie conștientă pe care, cu triplul meu titlu de medic, chimist și farmacist, o aduc unei temeinice și măndre realizări de aplicațiune științifică. Și desigur că întreita-mi calitate a fost pentru D-nii] *Profesor Dr. Deleanu și Dr. Coniver* considerațiunea pentru care au solicitat precuvântarea unui om apt să examineze și să se pronunțe — prin prisma obiectivă a criteriului medical, chimic și farmaceutic — asupra unei lucrări de atare envergură.

Codexul propriu zis, cuprinde tabelele care sunt trecute pe coloane: 1) substanța și sinonimul ei; 2) caracterele; 3) proprietățile și indicațiunile; 4) posologia în grame; 5) dozele maxime (pro dosi și pro die); 6) simptomele în intoxicație; 7) antidoturile și tratamentul; 8) observațiile și incompatibilitățile. Aceste tabele sunt precedate de o magistrală expunere împărțită în șase capitole. Acestea, în ordinea enumerării, tratează despre: 1) Alimente, medicamente și otrăvuri; 2) Absorbiția, administrarea, eliminarea, localizarea și acumularea; 3) Acțiunea medicamentelor; 4) Dozele, cu posologia infantilă și rezistența individuală; 5) Chimioterapia; 6) Asociațiile medicamentoase (capitol complectat cu un tablou de incompatibilitățile diverselor medicamente — chimice și galenice — de o întrebuințare frecventă în medicația zilnică).

Lucrarea mai conține un Capitol relativ la diversele considerente asupra Dozelor Maxime, complectat cu un tablou de doze maxime pentru adulți, utilizate pe cale buucală.

Iar spre a da lucrării un caracter și mai desăvârșit, autorii au avut fericita inspirație și o mai fericită alegere, asigurându-și colaborarea de competența indiscutabilă a D-lor:

Prof. Dr. Al. Slătineanu și Profesor Dr. M. Ciucă, (capitolul Serurilor și vaccinurilor în terapia și profilaxia bolilor infecțioase — cu arătările necesare în ce privește prepararea, dozarea, indicațiunile și contra-indicațiunile).

Profesor Dr. G. Parhon (capitolul Opoterapiei, însoțit de un tablou de medicația opoterapică — natura medicației, proprietățile acesteia, indicațiunile, denumirea preparatelor și posologia).

Profesor Dr. I. Enescu (capitolul Tratatului comun al otrăvurilor, — complectat cu o tabelă a antidoturilor și substanțelor antagoniste).

Prof. Dr. Al. Ionescu-Matiu (capitolul Stupefiantelor).

Iată atâtea nume, cari sunt o cheazășie de reală valoare științifică a acestor patru contribuțiuni speciale.

Incheiu cu un desiderat: competențe științifice tot atât de netăgduite să completeze cu „Formularul medical”, ciclul inaugurat cu „Farmacopea Română” și continuat cu „Codexul medico-farmaceutic” — două lucrări cari cinstesc știința românească.

Profesor Dr. Mina Minovici

Ne permitem a remarca, în deosebi și în ce privește pe medici, desideratul final în privința competențelor științifice, cari își vor lua când-va asupra-le sarcina de a completa cu un „Formular medical” aceasta „Trilogie medico-farmaceutică românească”.

Și pentru ca opera, ce vor întreprinde, să fie la înălțimea celor 2 precedente, este mult de dorit ca mai de grabă să se aștepte până când adevăratele și indicatele competențe în materie se vor decide și se vor grupa, decât ca printr'o grabă nejustificată să se inflije sfârșitului situația neplăcută de a nu putea încorona întreaga operă.

Dr. Cănculescu

Prof. Dr. I. Iacobovici. *Propedeutica chirurgicală.* — Edit Universității Cluj, 1927.

Este o lucrare monumentală, de 792 pagini, care împune sub toate raporturile.

Deși „prefața” spune că „propedeutica aceasta nu este menită să aducă noțiuni noi în știință”, totuși autorul său d-l prof. Dr. *Iacobovici* aduce două inovații echivalente—la noi—cu o revoluție și anume:

— O primă inovație — de ordin sentimental, educativ — este aceea că „profesorul” și-a asociat la redactare pe toți foștii și actuali săi „colaboratori” din clinică, făcând și prin aceasta o operă nespus de încurajatoare atât pentru prezenții semnatari cât mai ales pentru viitorii „colaboratori”.

— O altă inovație — de ordin științific, educativ — de aceea că rupând cu tradiția obișnuitelor manuale, „propedeutica” d-lui *Iacobovici* a descărcat toate inutilitățile vechii chirurgii și a fixat actualitatea mijloacelor fizico-chimice de explorație și terapeutică.

Dar, chiar fără prezenția unei revoluțiuni științifice, lucrarea d-lui *Iacobovici* este o admirabilă sintetizare a cunoștințelor chirurgicale necesare oricărui practician și cred că autorul a atins cu prisosință țelul declarat — utilul. Este o carte bine venită pentru studenți, căci ei vor găsi la îndemână adunate și bine orânduite atâtea noțiuni pe care unii nici n'ar ști unde să le caute; ea este însă nu mai puțin bine venită chiar pentru majoritatea tinerilor practicieni de astăzi, cărora, „propedeutica” d-lui *Iacobovici* le poate servi de conducător în cercetarea boalelor și îngrijirea bolnavilor. Ca unul care am beneficiat odinioară dela micul „manual de propedeutică” a lui *Bouglé* și *Cavasse* — deși mă adăpam la „medicii generațiilor trecute care erau artiști în alinarea suferințelor”, cu atât mai mult sunt îndemnat să reomand, celor de astăzi, tratatul d-lui *Iacobovici*, fiind convins, (ca și d-nia sa) că „îngrijirea bolnavului este prima și cea mai importantă datorie a medicului”, și fiind impresionat (ca și dânsul) că aceasta se face din ce în ce mai puțin și mai incomplet».

De altfel măsura convingerii mele asupra importanței „propedeutice” rezidă în însuș faptul că am profesat-o „onorific” mai bine de un deceniu la Facultatea de medicină din București, iar aceluia cari se vor mai fi întrebând și azi asupra rostului „propedeutice” chirurgicale le amintesc numa; că toată aceia pleiadă de studenți din 1914—16, care au adus așa prețioase

servicii în război, n'au fost armați decât cu singurile cunoștințe „propedeutice” dobândite dela mine și dela *Iacobovici*.

Dată fiind greutatea numelui „*Iacobovici*”, desigur că singură semănătura lui este o garanție suficientă de valoarea noului tratat de propedeutică. Personal mărturisesc că de n'ar fi vorba de cât de cantitatea celor 792 pagini, și totuși m'ași fi simțit dator să aduc măcar un cuvânt de recunoaștere pentru acela—și aceia—care în mijlocul atâtor nevolnicii s'a învrednicit de așa trudă.

Dar după cum recunoaște însuș autorul, cartea d-lui *Iacobovici* oglindește „specificul chirurgiei românești” precum și „modul de a vedea și de a lucra al școalei chirurgicale din Cluj”, iar aceasta nu poate să ne fie indiferent.

După „prefață” în care se evidențiază „profesorul”, „Propedeutica” d-lui *Iacobovici* înscrie un capitol intitulat „Educația chirurgicală”, în care se oglindește toată nobleța „chirurgului”. Prin el singur, acest capitol—rechi-zitoriul constituie o operă remarcabilă, a cărei învățătură o recomand călduros nu numai studenților dar tuturor acelora cari mănuesc bisturiul cu pretenția de a se numi „chirurghi”.

În paginile 17—100, cartea d-lui *Iacobovici* se ocupă de „îngrijirea bolnavilor” sub diverse raporturi. În pag. 101—18, se enumără instrumentele cele mai comune pentru operațiile curente și apoi se ocupă de „sterilizare” (109—34), de „emostază” (125—32), de „anestezie” (133—58), de „aparate și bandage” (159—98). Aceste noțiuni sunt completate în partea V cu „Noțiuni de practică chirurgicală”: examinarea bolnavului (p. 529—46), plăgile și complicațiile lor (547—81) tratamentul fracturilor (582—663) masagiul (626—62), iar în Partea VI se completează cu „operațiunile de mică chirurgie” (pag. 663—737) ca: transfuzia sângelui, vaccinarea etc.

Partea II a „propedeuticeii” (pag. 199—336) se referă la studiul razelor X (radiologie); Partea III (pag. 337—422) se ocupă de „mijloacele chimice și biologice de explorațiune”; Partea IV (pag. 423—529) cuprinde „noțiuni generale urologice” iar Partea VII, care încheie lucrarea, se ocupă cu „noțiuni de stomatologie”.

Este lesne de înțeles că o „analiză” propriu zisă a bogatului material cu cestiunile atât de variate coprinse în capitolele referitoare la chirurgia generală, ar necesita un spațiu inadmisibil pentru o „recenzie”. De altă parte o „analiză” a celor cuprinse în capitolele de specialitate, ar păcătuî dela început prin incompetința mea și de aceea mă tem că însăși impresia mea despre dezvoltarea disproporționată a unora din capitole sau despre stângăcia altora, să fie nefondată.

Probabil că numai proporțiile lucrării—și așa destul de mari—au dictat reducerea unor capitole ca și suprimarea altora (ginecologie, etc).

Desigur că n'ar fi fost lipsită de importanță introducerea chiar a unui capitol asupra „pregătirei anatomice a chirurgului” sau completarea acestui tratat de propedeutică—după exemplul „manualului” *Bouglé*—cu anumite date anatomice, dar umplerea unor atari „lacune” ar fi dus la un „Dechambre” chirurgical.

Neîndoios că „volumul” d-lui *Iacobovici* oferă atâtea puncte criticabile câte îți să'i găsești. Pentru mine însă, subiectivitatea ce se remarcă pe,

alocuri prin favoarea acordată unor cestiuni sau anumitelor păreri, este prea firească pentru a putea fi învinuită. Sentimentul acesta scuză chiar erorile strecurate pe ici colo, provenită mai ales din redarea exactă a inexactităților afirmate de alții. De bună seamă însă autorul și coautorii acestei admirabile lucrări—care, totuși au pretenția să fi „desăvârșit opera”—au lăsat și altora posibilitatea să facă „mai bine“.

Până atunci însă opera d-lui prof. *Iacobovici* alături de ale colegilor *Papilian, Vasiliu, etc.*, este o nouă perlă adăugată la strălucitoarea diademă a Facultății de Medicină din Cluj.

Dr. V. Gomoiu

(In Spitalul din Februarie 1928)

Dr. Z. Iagnov. Cercetări asupra periostului. (Cultura Națională-București 1928). — O lucrare făcută în Institutul de Anatomie și Embriologie din București de sub conducerea Prof. *Dr. Rainer* și executată dupe aceleași principii, cari au condus pe *D-ul Gr. Popa*, actual profesor de anatomie la Fac. de Medicină din Iași, în a sa „*Structure fonctionnelle de la dure-mère crânienne*” și care este chemată să marcheze o barieră cunoștințelor stabilite până în prezent asupra periostului.

Dela *Ollier* periostul era socotit ca o membrană producătoare de os; în urmă *Pollicard* în 1922 și *Pollicard* și *Leriche* în 1926 i-au tăgăduit această funcție reducându-i rolul la al unei simple membrane de înveliș, fibroase, care înconjoară oasele și le desparte de țesuturile înconjurătoare „il n'est que cela” afirmă autorii.

Dar *Dr. Iagnov* a demonstrat că *periostul mai este altceva*: utilizând histuriul pentru simpla disecție, iar uneori recurgând la ținerea timp mai îndelungat în apă simplă pentru umflarea țesutului conjunctiv, a descoperit periostului o structură fibrilară în sisteme tipic orientate; aceste sisteme fibrilare stau în continuitate cu tendoanele mușchilor și ligamentelor; iar lămurirea acțiunii mușchilor și ligamentelor asupra periostului a întreprins-o printr'o serie de experimentări dupe o metodă proprie Institutului și a reușit astfel pe lângă structura anatomohistologică să descopere periostului și o structură funcțională, mecanică prin forțele, cari i-au dat naștere și cari sunt: *forțele mușchilor*, cari lucrează *direct* asupra periostului și *mișcările articulare* cari acționează în periost *indirect*, prin ligamentele articulare. Se ajunge astfel la concluzia nouă revoluționară, care se pare că reprezintă adevărul și cinstește pe autor: „*Periostul se prezintă cu valoarea morfologică și funcțională a unui complex de tendoane și ligamente*“.

Dr. Cănciulescu.

Prof. Dr. Mina Minovici. Tratat complet de Medicina legală. Vol. I. *Deontologia-Expertizele.* Socec.-București 925 pag. 1928. — Medicina legală românească datează dela 1892, odată cu inaugurarea Morgei, iar ca învățământ odată cu crearea catedrei de medicină legală la 1897, încredințată D-lui *Prof. Mina Minovici*.

După o vastă activitate practică și didactică, după crearea unicului Institut de medicină legală „laborator de justiție socială și pepinieră de experți”, după ridicarea acestei specialități la rangul ce-l ocupa în țările civilizate, prof. *Minovici* își încoronează strălucita și frumoasa activitate printr'un tratat complet de medicină legală.

Ca și în restul activității sale, și de data aceasta, Prof. *Minovici*, conține și prezintă această operă, într'un mod cu totul aparte, cu desăvârșire original. Realizează gândul celebrului său coleg, *Legrand de Saule*: „*Le livre que je présente aujourd'hui, je l'ai vécu*”.

Primul volum se ocupă cu deontologia și expertizele, în al doilea cu chestiunile referitoare la viață și în al treilea cu acelea referitoare la moarte.

O concepție cu totul nouă, personală, care nu se întâlnește în nici unul din tratatele noi de medicină legală ale lui *Haberda*, *Kratter*, ș. a.

Primul volum, un vast material de observații și documente, va fi călăuză oricărui medic expert și magistrat în domeniul deontologiei și al jurisprudenței medicale. Prin el luăm cunoștință de evoluția medicinei legale românești și etapele prin care a trecut această știință pentru a ajunge prin voința și deplina înțelegere a autorului la faima, ce o are astăzi.

Discutând legislația referitoare specialității sale, prof. *Minovici* arată numeroasele lacune ale codului penal și civil, fapte ce trebuiesc înregistrate și luate în considerațiune la noile legiferări.

La capitolul responsabilității medicale, întâlnim un material de observații, extrem de bogat, care nu se întâlnește în nici una din cărțile de specialitate „*Le Gendre*, *Martin*, *Verger*”.

Expertizele medicale se referă la autopsii, pete, păr și capitele sunt înțovărășite cu tabele sistematice de expertize, exemple personale și tehnica amănunțită pentru fiecare caz.

Volumul este încheiat cu 35 modele de rapoarte medico-legale, reprezentând aproape fiecare câte un capitol al medicinei legale.

Din bogăția primului volum se revărsă strălucita activitate a maestrului, care a creat un lăcaș neperitor specialității sale, impunând forurilor judiciare calea științifică în expertizele medico-legale.

Primul volum scoate în evidență valoarea practică a medicinei legale și locul pe care îl ocupă ea în medicina socială.

Prof. *Minovici*, dotat cu acel remarcabil spirit de observație și cu cea inteligentă creatoare, a cristalizat în decursul anilor pe imensul material ce i s'a perindat, adevărata concepție a ceea ce trebuie să fie astăzi medicina legală.

Dacă D-sa a creat învățământul și practica specialității sale, a creat Institutul al cărui nume a trecut de mult granița, a dat țării a doua generație de medici legiști, are datoria părintească pentru noi, generația a treia, să ne îndrume pe calea bătută de D-sa și care desigur se va rezuma în volumele II și III.

Cu deplină și justificată nădejde, noi așteptăm.

Dr. M. Kernbach

Dr. V. Răduțescu. *La réduction des fractures sous écran travail de la clinique du Prof. P. Duval din Paris*, cu 48 planșe și 125 figuri inedite, 196 pagini. — Autorul, în calitate de asistent al clinicii Prof. *Duval* timp de 2 ani, a executat reducerea fracturilor sub ecran.

Resultatele cercetărilor sale se coprim în această lucrare care, cuprinde 6 capitole.

Concluziunile la cari ajunge sunt următoarele:

Fracturile trebuiesc considerate ca fiind cazuri de urgență și deci reduse cât mai precoce posibil.

O perfectă reducere este o condiție indispensabilă pentru realizarea unei conținții riguroase și a unei complete vindecări anatomice și fiziologice. Calitatea reducerii imediate prezintă avantaje față de durata tratamentului, față de perioada de incapacitate temporală și față de procentul de invaliditate definitivă.

În practică, nu trebuie să recurgem la intervenția sângerândă, de cât numai dupe ce am încercat celelalte mijloace de reducere.

Dintre toate aceste mijloace, cel mai eficace, dupe părerea noastră este metoda de reducere sub ecranul radioscopic, pentru că ea face ca fractura să trăiască sub ochii noștri. Văzând ceea ce facem, avem șanse mai numeroase de a putea restitui osului forma lui anatomică integrală.

Calitatea vindecării nu depinde numai de calitatea reducerii, ci și de calitatea conținției.

Pentru a menține perfect o fractură redusă, nu există un ghid mai bun de cât datele ecranului în alegerea aparatelor, în aplicarea lor exactă și în supravegherea lor amănunțită.

Dacă ecranul ar deveni un mijloc normal și constant de explorațiune și de control, s'ar ameliora în viitor rezultatele funcționale ale fracturațiilor.

Față de actuala stare de organizare a spitalelor, numai două tipuri de fracturi pot beneficia de această metodă de tratament: fracturile extremității inferioare a radiusului și fracturile articulației tibio-tarsiene.

Experiența noastră în reducerile sub ecran, a acestor două tipuri de fracturi, ne-a condus a preconiza immobilizarea în atitudini naturale: „mâna în rectitudine; piciorul în unghi drept”.

De altfel aceste atitudini sunt singurele, cari asigură repausul real al regiunii traumatizate, contribuind deci la calitatea vindecării.

Pentru ca fracturații să poată profita de ultimele perfecțiuni ale tehnicii moderne, ar trebui să fie dirijați către organizațiuni speciale, prevăzute cu un utilaj complet și cu un personal antrenat, unde să fie o strânsă și continuă colaborare între radiolog și chirurg.

Dr. Baculescu.

Prof. Ștefănescu-Galați. „Manual de Urologie Clinică”. Edit. Viața Românească. Iași, 1927. Vol. II. pg. 575. Prețul 400 Lei.

„Memoriei lui Herescu”

Prin aceste trei cuvinte, autorul manualului de Urologie clinică: D-l Prof. Ștefănescu-Galați, ne indică dela început spiritul școlii pe care o reprezintă și face — în acelaș timp — mărturia dragostei, pe care o poartă elevul recunoscător, neuitatului său maestru.

Și într'adevăr, pentru scrutaătorul nepreocupat, în desvoltarea științifică a Urologiei române, se va prezenta câteva momente de-o importanță deosebită.

Anul 1912, când Prof. Herescu, distinsul discipol al școlii dela Necker în fața admiratorilor și elevilor săi dela spitalul Colțea, a pus piatra fundamentală a primului altar închinat științei urologice române, ce-o profesă cu ardoare de apostol, înființând astfel întâia catedră de urologie în România,

Invățămintele noi ale maestrului, au găsit teren rodnic și o serie de elevi eminenți au produs lucrări de valoare în această specialitate, care au fost deopotrivă de bine apreciate atât la noi, cât și în străinătate.

Ca o etapă în ascenziune, a acestei activități fertile, considerăm apariția primului tratat român de Urologie Clinică.

Savant și artist în specialitatea sa, dublat în același timp de un neîntrecut maestru al scrisului medical, D-l Prof. Ștefănescu-Galați, a fost dintre cei mai chemați să ne dea primul tratat român de Urologie.

Și ni l'a dat desăvârșit.

Cititorii acestei reviste au încă vie în memorie, primirea frumoasă și recenziile unanim elogioase, făcute cu ocazia apariției primului volum al acestui manual.

Autorul dăruiește astăzi literaturii medicale române, al doilea volum, care se prezintă sub aceleași auspicii.

Urmând spiritul școlii, lucrarea incadrează vasta experiență clinică a Prof. Ștefănescu-Galați, alimentată de cercetări personale și de tot ce s'a lucrat în acest domeniu.

Fiecare capitol lasă să reiasă nota originală și personalitatea științifică și didactică a autorului.

Volumul începe cu marea capitol al *litiazei urinare*. Expune cu autoritate problemele de ordin fizio-patologic în formarea calculilor, aduce dovezi noi și face lumină acolo unde explicațiile de până acum păreau lipsite de claritate.

Abordează apoi capitolul important al *tuberculozei genito-urinare* și în urma spiritului său scrutător și pe baza de noi argumente, întregește și chiar reface complect teoriile cunoscute până acum în ce privește căile de infecție ale rinichiului cu bacilul Koch.

Astfel discutând modalitatea cea mai frecventă de infecție bacilară a organismului, prin tubul digestiv, cu prinderea secundară a grupelor ganglionare mesenterice, etc.: autorul ajunge la concluzia că: *„toate aceste fapte sunt de natură să zdruncine universalitatea infecției ematogene și să arate că infecția tuberculoasă, limfogenă dela început poate rămâne limfogenă până la urmă, iar transportul bacililor dela ganglionii supurați ai organismului, până la organul însuși, se poate face pe calea limfatică retrogradă, pe care o face posibilă oprirea circulației normale a limfei, produsă de alterațiile profunde ale ganglionilor supurați“*.

Cu aceiași autoritate de maestru este scris apoi capitolul important al *funcțiunii renale*, apreciind just valoarea clinică a fiecărui procedeu în parte, semnalând în același timp și inconvenientele pe cari le prezintă.

Cât se poate de concis și clar sunt redactate celelalte capitole asupra *sifilisului urinar, boalelor rinichiului*, demonstrând fiziologia patologică a basinetului și retențiilor basinetale, puțin cunoscute până acum, apoi capitolele asupra boalelor *ureterului vesiceii, prostatei, uretrei, etc.*

Volumul se termină cu un registru bibliografic complet, asupra tuturor lucrărilor de urologie apărute în ultimii șapte ani.

Acest manual de urologie, în urma bogăției de cunoștințe ce ne dă, cari poartă nota personală a clinicianului cu vastă experiență și prin expunerea limpede și frumoasă a materiei ce tratează, este în cel mai înalt grad

util, nu numai specialistului, care găsește precizate chestiunile de litigiu, ci și medicului practician și studentului în medicină.

De-aceea găsim de-a noastră datorie de-a mulțumi D-lui Prof. Ștefănescu-Galați pentru marea serviciu adus urologiei române și recomandăm manualul D-sale cititorilor noștri cu toată căldura.

Prof. E. Țeposu.

(Clujul Medical No 2, 1928)

Prof. Dr. A. Teohari. *Terapeutică boalelor rinichiului.* Câmpu-Lung (Muscel) Tip. Vlădescu, 1928, prețul 85 Lei. — Dupe 4 ani autorul reia seria fericită a fasciculelor menite să întocmească un tratat elementar general românesc de terapeutică clinică și care a fost inaugurată în 1922 cu *Terapeutică boalelor stomacului* apărută în *Biblioteca Medicală Română* concepută de D-l Profesor Parhon.

În prefața acelei prime fascicule D-l Prof. *Teohari* a schițat planul general de urmat — dela care nu s'a depărtat un moment — anume de a stabili pentru tratamentul diferitelor categorii de boale un capitol de terapeutică generală, precedat de o scurtă introducere fiziologică (și vom vedea că și de o tot atât de bine inspirată privire anatomo-histo-simptomatologică) și un alt capitol de terapeutică clinică.

Și cu acest fascicul D-l Prof. *Teohari* a reușit să redea „o lucrare trăită, în care faptele expuse să fie în măsura putincioasă controlate pe cale experimentală” și cu prisosință confirmate prin întinsa D-sale practică personală și de spital.

La cursul litografiat pe vremuri, pe care D-sa îl predă la facultate, cu multe greșeli de literă și cuvinte deformate, este drept, dar cu prea puține date reformate ulterior de pasul ineluctabil al timpului, D-sa aduce pentru fiecare fasciculă „schimbări esențiale cerute de evoluția ideilor în materie de terapeutică”; și totuși elevii D-sale de pe atunci cu acelaș folos pentru ei și bolnavii lor citesc și azi din acel curs părțile, cari așteaptă să fie re-luate în viitoarele fascicule.

Adevărul de atunci a rămas în covârșitoare măsură și azi acelaș adevăr, pentru că faptele rediate dintru început prin discernământul și controlul riguros al autorului au întrunit o suficientă garanție de exactitate științifică.

Punerile la punct pentru unele chestiuni cași adăogirile dictate de noile descoperiri întregesc de astădată lucrarea.

Intradevăr: capitolul în care se tratează dupe noile concepțiuni *fiziologia patologică a rinichilor și explorarea funcțiunile renale* prin noile probe funcționale și analize bio-chimice ne fac mai ușor să găsim, ceace trebuie la un moment dat bolnavului.

Intrucât „regimul alimentar joacă un rol de căpetenie în toate casurile de insuficiență a glandei urinare” el este tratat pe larg cu toate indicațiile și contraindicațiile fiecărui grup de alimente în parte; carne multă să nu se dea, contrar părerii lui *Vidal* și *Javal*, nici în nefritele hidropigiene; — chiar friptă carnea nu-și perde toxicitatea, cum pretindeau *Linossier* și *Lemoine*; — hypercholesterinemie însoțind unele nefrite azotemice hipertensive să reducem la minimum grăsimile din alimentație; — 100 gr. de zahăr per os sau în goutte-à-goutte rectal provoacă o diureză abundentă și aduc organis-

mului 400 calorii; — pâinea să fie redusă la 200 gr. pe zi numai în azotemiile cu 1 gr. uree; — chiar în nefritele hidropigene cantitatea totală de lichide să nu fie scoborâtă sub 1500 gr.; — și atâtea alte precizuni riguroase și salutare.

La capitolul *medicamente*, atât de clar expuse, cercetările personale făcute în 1910 asupra mecanismului diurezei produse de salin și cari au fost publicate în *Journal de phys. et de path. générale*; cercetările făcute sub direcția D-sale de Dr. *Grünbaum* în 1914 asupra permeabilității renale cu ajutorul lactozei și iodurilor alcaline; studiul asupra teocinei publicat în *Archives des Maladies du Coeur* în 1923, medicament dovedit util în nefritele hipertensive fără semne de insuficiență miocardică și altele multe, dau acestui capitol o înaltă valoare științifică de ordin experimental și clinic.

Pentru *agenții fizici și naturali* sub direcția D-sale s'au întreprins studii amănunțite asupra diurezii unor ape minerale românești ca cele dela Căciulata, Slănic, Stoiceni, etc. și a modificărilor de ordin basal, ce suferă organismul în urma administrării lor, cercetări cari au condus la precisarea acțiunii și mânuirii lor în diferite afecțiuni ale aparatului renal.

La *terapeutica clinică specială* o primă privire succintă asupra etiologiei, anatomo-patologiei și tabloului clinic al afecțiunii este de o înovație fericită, care deșteaptă cunoștințele, grupându-le, și face mai comprehensibilă terapeutica instituită, pe care un ultim capitol cu *resumatul tratamentului* îl face mai accesibil memoriei.

Observații clinice pe bolnavi în speța considerată fac atrăgătoare expunerea și convingătoare afirmații ca „diminuarea paradoxală a secreției urinare sub influența medicamentelor din grupul purinei“, ca și aceea că „indicația sigură a hidratului de cloral nu este nefrita hipertensivă, ci scăderea cantității de urină sub influența diuretinei, teobrominei“.

Statul dat la pag. 158 de a continua diuretina, teobromina în cantitate mare în tot timpul tratamentului cu tonicardiaci de scleroșii hipertensivi cu slăbirea miocardului ne pare salutar și mai rațional decât acela de a încerca reacționarea teobrominei printr'o medicație prealabilă tonicardiacă prelungită preconizată de curând de *Mouquin* în *Clinica* No. 1 din 1928, și în orice caz observarea casului permițând fixarea dozelor de tonicardiac și deci durata întrebuințării lor.

Capitolul în care se expune atât de bine *tratamentul nefritelor paludice* este de actualitate și de aplicare curentă la țara noastră, el este un capitol de pură terapeuică românească.

Tratamentul sifilisului renal trebuiește individualizat, neexistând nicio regulă nici în privința alegerii medicamentelor (toate trebuind a fi încercate succesiv), nici în privința dozelor (dar trebuind a începe întotdeauna cu doze foarte mici); observațiunii clinice o probează până la evidență.

Întrebuințarea apelor minerale românești de Căciulata, Hygeia în *tratamentul piigelonefritelor* sau a apelor isvor Matilda și Perla (Bodoc), isvor Repati (Cașinul Iacobeni), Zizin, Stoiceni, isvor Horgas din Covasna, isvoarele din Slănicul Moldovei, Hébe din Săn-Giorgiul Românesc, Căciulata, isvor No. 24 din

Olănești ș. a. în *tratamentul diferitelor litiaze renale* este precizată prin cercetări făcute sub direcția sa și recomandată de D-l Prof. Teohari și cu aceasta D-sa face nu numai operă medicală.

La sfârșit un capitol de *Prescripțiuni pentru formele clinice mai frecvente de afecțiuni renale* constituiesc un abreviar de *Consultațiuni de boalele rinichiului*, cu care tratamentul unui renal este complet redactat; el este folositor tinerilor practicieni eșiți de curând de pe băncile școalei, și practicienilor mai bătrâni eșiți mai de mult.

Tratatul de terapeutică, ce întreprinde D-l Prof. Teohari este pe lângă o lucrare de mare valoare științifică prin controlul riguros al celor ce expune, o operă de cel mai mare folos practic pentru medici prin metoda sintetică adoptată și prin expunerea sa clară, lapidar de concisă;—dar pentru noi românii el constituie o adevărată operă de propagandă națională, pentru că prin el,—și de aceea regretăm întârzierea pusă între apariția fasciculei a treia și a patra—și altele similare (și meritul pare că revine școalei dela Cluj), se realizează adevărata Bibliotecă Medicală Românească, care ar obliga pe savanții noștri să scrie și în limba lor, ar cruța studenților formarea primă a educației lor medicale din manualele și tratatele străine (acestea rămânând numai a fi consultate) și ar convinge pe confrății minoritari, cari au aranjat cicluri de conferințe cu medici străini în centrele din Ardeal, că au la ei în țară profesori și savanți, cari să satisfacă cu prisosință și pe cei mai exigenți dintre ei.

Dr. Cănculescu,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ IN STRĂINĂTATE

A. Babés. *Diagnostic du cancer du col uterin par les frottis*. — (Presse méd. No. 28 1928).

Făcând o serie de cercetări în cancerul colului uterin prin frotiuri colorate cu Giemsa metoda obișnuită, le examinează întâiu cu oc. 4 pentru a aprecia proporția diverselor elemente, apoi cu imersia pentru a stabili caracterul celulelor. Ca un control al frotiurilor diagnosticul a fost verificat prin examenul anatomo-patologic al biopsiilor, uneori prin examenul pieselor operate. Tot ca un control a făcut o serie de frotiuri din ulceratii banale și eroziuni ale colului și autorul ajunge la concluzia: 1) într'o mare parte de cancer al suprafeței colului uterin diagnosticul de cancer poate fi pus prin simplul examen histopatologic al frotiurilor leziunilor colului). 2) Acest diagnostic este bazat pe: a) abundența mare a celulelor epiteliale în frotiuri izolate sau dispuse sub forma de mase sincițiale, b) reducția considerabilă până la dispariția protoplasmei celulelor epiteliale, reducându-le aproape total la nucleul lor, c) variabilitatea mare în formă și mărime a nucleilor și nucleolilor, d) modificări a substanței cromatice a nucleului. e) prezența de nuclei fuziformi, muriformi, bilobați sau multilobați dar mai ales prezența de nuclei giganți ca patognomonici pentru cancer.

Aceste cercetări trebuie continuate pentru a le întări valoarea în diagnosticul cancerului uterin.

Dr. Șerban Bratlano et Dr. Constance Bratlano. *L'Absorbtion des graisses animales par la plèvre. Bulletin d'Hystologie appliquée à la Physiologie et à la Pathologie.* — (No. 4 1928). Autorii după ce fac un rezumat al histologiei și fiziologiei plevrei, trec la modificările histologice ale plevrei, cari au fost studiate de J. Verne și L. Binet. Experimentează astfel: injectează în cavitatea pleurală la 19 epuri 2—3 c. c. grăsime animală. Epurii au fost sacrificați după 8—19 zile după injecție. Au făcut secțiuni din piesele fixate în formol 10%, colorate cu safranină, hematoxilină eozină, Scharlach, Sudan.

Au ajuns la concluzia: 1) grăsimile injectate în cavitatea pleurală a iepurilor sunt repede absorbite. Nu se poate preciza debutul nici durata acestei absorbții. Acest fenomen este supus la variații individuale. La unii epuri grăsimea dispăruse dupe 48 ore, la alții se mai găsea dupe mai multe zile. 2) Absorbția grăsimilor dă loc la modificări histologice funcționale și temporare a plevrei mai ales a endotheliului și a stratului conjunctiv pleural. Seroasa prezintă îngroșări întinse (*zone absorbante pleurale*) și îngroșări limitate (*vilozități*). 3) Grăsimile injectate fără a suferi vreo schimbare chimică trec în celulele endotheliale, traversează spațiile intercelulare și sunt vărsate în capilarele sanguine și limfatic. Inceputul lipodierezei are loc în capilare și se termină în alveolele pulmonare. 4) Leucocitele lipofage intervin în lipodiereză și nu în absorbție. 5) Parenchimul pulmonar nu prezintă leziuni inflamatorii în urma injecțiilor intra-pleurale de grăsime.

Dr. R. Hirsch

Prof. Dr. I. Cantacuzino. *Rezultatele obținute în România prin Malarioterapie în tratamentul Sifilisului centrilor nervosi.* — Notă comunicată Comitetului Oficiului Internațional de Igienă Publică în sesiunea sa din Noiembrie 1927 de profesorul Dr. I. Cantacuzino, delegatul României. Bulletin de l'office international d'hygiène publique — Févr. 1928.

Profesorul I. Cantacuzino prezintă o punere la punct a stărei Malarioterapiei în România. D-sa înfățișează o statistică cuprinzând 528 cazuri (338 din serviciul profesorilor Obregea, Marinescu și D-lor Pitulescu, Paulian și Noica; 47 din serviciul Solomonovici din Cernăuți și 78 din serviciile de la Socola Prof. Parhon, Dr. Ballif și Dr. Popa Radu.

Cazurile tratate se referă aproape toate la Paralizia generală și numai puține la un număr restrâns de Tabes și diverse psihoze. Un index bibliografic complet al lucrărilor românești pe acest teren însoțește raportul.

Observațiuni extrem de importante atât pentru metoda terapeutică însăși cât și pentru studiul Malariei în genere. S'a întrebuințat prin inoculări directe sânge malaric, recoltat în timpul acceselor, nedefribinat și fără adaus de vr'o soluție anticoagulantă de la forme terțe, quarte și tropice. Aceasta din urmă a fost întrebuințată mai rar și cu rezultate dezaastroase; tipul quart a dat din punct de vedere terapeutic rezultate neregulate; tipul terț e cel mai preferabil.

La doze egale, timpul de incubație variază cu calea de inoculare: 10-20 și chiar 30 zile — în medie 15 zile — pe calea subcutanată; 5-10 zile pe calea intravenoasă. Clinicește, boala experimentală evoluează la început ca tipul clasic; modul de succesiune al acceselor pare însă a fi în legătură cu calea de introducere a virusului. În cazurile de inoculări intravenoase

sau intra-splenice, accesele se succed in genere cu o mare regularitate de la inceput până la sfârșit. In cazurile de inoculări subcutanate primele accese se succed regulat dar de la al 4-lea, al 5-lea au tendința de ași modifica recurența devenind neregulate.

In genere după 8, maximum după 12 accese (Prof. Obregea) se surprimă accesele prin chinină. Une ori infecția se oprește spontan, — fără chinină — după 3-4 accese succesive. Alte ori s'au produs cazuri mortale datorite direct sau indirect infecțiunii malarice (25 la 528 cazuri).

Nu toți cei inoculați cu sânge malaric prind malaria. Un număr destul de important de bolnavi se arată refractari infecțiunii experimentale ori care ar fi calea și ori care ar fi numărul inoculărilor (Statistica Pitulescu 33. 6^o/_o).

Printre acești refractari 34. 8^o/_o sunt orășeni și 64. 6^o/_o rurali, ceea ce ar dovedi o stare de imunitate câștigată mai întinsă la săteni de cât la orășeni. Dintre indivizii refractari unii rezistă numai la terță sau la quartă, alți la amândouă. Alți prezentând o imunitate relativă ajung de primesc infecțiunea după inoculări intravenoase repetate însă foarte adesea se vindecă spontan după al doilea sau al treilea acces (Prof. Obregea) Chinina n'a putut jugula în tot'dauna accesele de tropică. S'au notat și recidive spontane survenite oare care timp după vindecarea cu sărurile de chinină. Experimental (Pitulescu, Paulian) nu s'a putut obține imunitatea.

Rezultatele terapeutice obținute sunt foarte variate.

In medie s'a obținut 22^o/_o remisii complete, 28. 5^o/_o ameliorări, 35. 7^o/_o statu-quo, 17. 5^o/_o agravări.

L. Ballif a asociat malaria cu Neo-Salvarsan, D-sa obține prin tratamentul combinat 46^o/_o ameliorări, prin tratamentul malaric singur 15. 5^o/_o, prin neosalvarsan singur 32^o/_o.

Profesorul I. Cantacuzino termină raportul său sugerând ideia unei vaste anchete internaționale pentru stabilirea cu ocaziunea aplicărei acestui tratament a posibilităților și condițiilor de imunizare în Malaria. Deosebita însemnătate a acestei probleme nu scapă nimănui.

Dr. Laugier

Prof. I. Cantacuzino și M. Ionescu-Mihăești. *Vaccinarea prin B. C. G. în România. Academia de Medicină-Paris.* Ședința 15 Mai 1928. — Autorii arată rezultatele obținute după 2 ani în București și alte orașe din România, unde vaccinarea a fost practică pe 65^o/_o—91^o/_o din copii noi născuți.

Mortalitatea generală a vaccinaților nu este decât 4^o/_o față de 21^o/_o la nevaccinați. Conchid la eficacitatea și inocuitatea vaccinului B. C. G.

Lignières susținându-și punctul de vedere, spune:

1) La vițel, pe lângă reacția voluminoasă locală, ce poate dura până la 1 an, injecțiunea cu B. C. G. în unele cazuri poate determina o stare febrilă și să determine diseminarea germenului în limfatice, după cum s'a văzut din câteva secțiuni ganglionare, conținând bacili acido-rezistenți.

2) La cobai ingestivarea de B. C. G. fără să producă tuberculoză, provoacă o stare de boală transitorie cu diseminarea bacilului virulent în organism.

3) O autopsie a unui heredo sifilitic vaccinat anterior, a arătat diseminarea bacililor în toți ganglionii. (Calmette).

Lignières spune că fără o experimentare practică îndelungată, nu ne este permis a generaliza vaccinarea cu B. C. G. pentru că dacă în mediu tuberculos este util și eficient, în mediul netuberculos poate fi periculos.

Calmette îi obiectează că nu aduce fapte clinice și experimentale în sprijinul tezei susținute, iar *Leon Bernard* se declară partizan al vaccinării, sfătuind să nu renunțăm la o admirabilă armă de luptă contra tuberculozei atâta timp cât nu avem probe certe de nocivitatea vaccinului B. C. G. la om.

Al. Crăiniceanu. *Tratam. Chirurg. al Algiilor pelviene în Ginecologie.* (Presse Médicale No. 42—928). — După ce face un studiu al inervației org. pelviene, punând la punct cunoștințele anatomice asupra plexurilor nervoase, autorul trecând în revistă mai toate operațiunile făcute în scopul de a calma durerile în sfera org. genitale, se oprește la o *triplă intervențiune chirurgicală*:

- 1) Rezecția nervului presacrat.
- 2) Peri-simpatectomia hypogastrică bilaterală.
- 3) Rezecția bilaterală a simpaticului sacrat.

Această operațiune realizează o *enervațiune sensitivă* aproape completă și din acest punct de vedere este superioară tuturor operațiunilor de până acuma, mai ales că nu aduce nici o turburare motorie.

Dr. I. Vasilescu.

Prof. Danleopolu. *Principios básicos de la enseñanza clínica y especialmente de la Cardiología.* (Revista Médica Cubana, de la Habana (Cuba) Marzo 1928). — Arată că sunt diferite etape ale investigației științifice și cari sunt deducțiile ce putem trage din acestea. Observația la patul bolnavului ne sugerează ipoteza asupra mecanismului de producere a fenomenului. Examinând istoricul cardiologiei constată că diferite epoci ale sale reproduc diferite etape ale investigației științifice. Numai când cercetătorii s'au adresat fiziologiei și experienței s'a putut ajunge la stabilirea determinismului fenomenelor.

Autorul face un scurt istoric al cardiologiei dela descoperirea circulației datorită lui Harwey. Baillou și Lancisi descriu la autopsie hipertrofia cordului, Morgagni, Sénac și Corwissart fac interesante observații clinice și anatomo-patologice asupra inimii și neregularității ritmului. Dela Laennëck care a introdus în boalele de acord auscultația, la Potain care diferențiază suflurile organice de cele neorganice, autorul arată evoluția cardiologiei, citează apoi pe Bouillaud care stabilește relațiile endocarditei cu reumatismul poliarticular acut. Potain este primul care a introdus în cardiologie măsurarea presiunii sanguine și a arătat utilitatea în clinică a metodei grafice a fiziologistului Marey. Grație metodei grafice, poligrafiei Makenzie în Anglia, Wenkebach în Olanda, Hering în Germania, Vaquez în Franța au studiat tulburările ritmului cardiac și le-au clasificat. Acești autori bazați pe cunoștințele anatomo-fiziologice noi ale miocardului, întemeiați pe cercetări experimentale făcute pe animale, asupra cărora au putut reproduce toate aritmiiile întâlnite în clinică, au ajuns să facă nu numai o descriere amănunțită a acestor turburări de ritm, dar au pătruns mecanismul lor de producere. Electrocardiografia introdusă în clinică completează rezultatele obținute prin poligrafie. Ortodiagrafia datorită lui Vaquez și Bordet arată modificările aortei și cavităților inimii. Iar pentru a face un bun studiu al bolilor de inimă

e nevoie de studiul fiziologic și fiziopatologic al sistemului nervos vegetativ. Autorul se ocupă de studiul sistemului vegetativ al inimei și al altora organe enervate de acest sistem de mai bine de 15 ani. Autorul a ținut sama de fiziologia sistemului nervos vegetativ și de farmacodinamie. Proba intravenoasă cu adrenalină și ezerină în studiul sistemului vegetativ, metoda sfigmoplectismografică în studiul circulației periferice și centrale, proba atropinei și a ortostatismului au permis școalei române și autorilor străini a face un studiu exact al sistemului vegetativ la bolnav. Autorul prin cercetări experimentale și clinice, prin experiențe terapeutice stabilește traectul firișoarelor sensitive cardio-aortice. De aci perfecționează metoda chirurgicală în tratamentul anginei de piept. In cât ajunge la concluzia că investigația științifică trebuie să înceapă prin observația emanată la patul bolnavului, iar după ce ne formulăm începutul investigației și apoi trecem la experimentare, ca să ne putem da sama dacă ipoteza făcută este exactă sau trebuie s'o modificăm.

In lecțiunile de clinică medicală trebuie să se descrie în primul rând simptomele la patul bolnavului, apoi metodele de investigație spre a analiza mai bine aceste simptome.

Pentru a demonstra mecanismul producerii fenomenelor patologice să recurgem la noțiunile de anatomo-fiziologie normală și patologică și rezultatele metodei experimentale.

Trebuie ca mai întâiu clinica medicală să fie dotată cu toate laboratoarele necesare investigației științifice și învățământului clinic. In afară de un laborator de anatomie-patologică, bacteriologie, chimie, trebuie ca să poaseadă clinica un laborator de fiziologie, unde mecanismul de producere al fenomenului patologic să poată fi explicat prin experimentare.

Dr. C.

E. Juvara. *Contribution à la rachi-anesthésie.* (Soc. de Chirurgie de Paris, 25 Avril 1928). — Autorul practică rachi-anestezia de mai mult de 20 ani; la început cu cocaină; în urmă, până la război cu stovaină, iar dela 1918 cu novocaină, care a dat rezultate perfecte. Statistica totală coprinde 11.000 de cazuri. Din ultimele 3.000 de anestezii, rachi-anestezia reprezintă două treimi.

Autorul nu practică anestezia superioară. Pentru cap și gât a recurs adeseaori la anestezia regională.

Limita rachianesteziei este la nivelul planului, ce trec prin mamelon.

Rachi-anestezia este contra indicată în septicemie și toxicemie gravă. Hipotensiunea pronunțată este o contra indicație. Intrebuințează ace lungi de 6—7 ctm. foarte subțiri. Acul subțire face să se evite scurgerea de lichid cefalo-rachidian prin orificiul durei mater, cauza durerilor de cap, de asemenea evită rachialgiile.

Puncția trebuie făcută la originea nervilor cari se distribuie la regiunea operată. Intre 11—12 D. pentru operațiunea pe $\frac{1}{2}$ inferioară a toracelui; 11 D—I L. pentru operațiuni pe abdomen; L. 1—L. 2 pentru membrele inferioare; L. 3—L. 5 pentru perineu. La 95 la 100 puncția este mediană. Dacă spațiul inter-spinos este închis prin tuberculi spinoși voluminoși care se ating, se face paramedian. Injecția se face încet (numărând 25—30 pentru 1 ctmc.).

Doza: 12—16 centigrame, iar pentru perineu 8—12 centigrame.

Concluziunea: Rachi-anestezia, aplicată cu o bună tehnică, este o metodă minunată, pe care fiecare chirurg trebuie s'o aibă la dispoziție.

Prof. E. Juvara. *Fracture de Monteggia. Communication* (Soc. de Chirurgie de Paris, 30 Mai 1928). — Femeie 25 ani, accident de automobil.

Radiografia arată: Fractura transversală a radiului puțin mai jos de mijlocul său; fractură oblică lungă a cubitului la unirea $\frac{1}{3}$, superioară cu $\frac{1}{3}$, mijlocie; luxația radiului înapoi.

Operație a 2-a zi cu cloroform. Inciziune pe creasta cubitală; se constată o fractură cominutivă. Fragmentul intermediar detașat oblic de fragmentul inferior al cubitului este pus în poziție și fixat cu o ligatură simplă. Fragmentele mari sunt fixate solid cu un ligator. Fragmentele radiului fiind bine angrenate nu au nevoie de a fi fixate.

Luxația radiului se reduce dela sine. Antebrațul este imobilizat în gutiera de ghips.

Ligatura este ridicată a 25-a zi, iar firul torsionat a 45-a zi.

Rezultat perfect.

Dr. Baculescu.

C. Levaditi, P. Schoen și V. Sanchis-Bayarri. *Infecția Toxoplasmică experim. a ochiului.* (Soc. Biologie-Paris. Ședința din 12 Mai 1928). — Observând asemănarea între *Toxoplasma Caniculi*, unele forme cronice de encefalită Toxoplasmică a epurilor și Chistele parazitare descoperite de Ianku în retina unui copil hidrocefalic, autorii studiază experimental alterațiunile oculare provocate de *Toxoplasma* la epure.

a) *Inocularea în camera ant.* a *Toxoplasmei* determină o irido-ciclită acută cu exoftalmie și propagarea infecțiunii spre polul posterior, sfârșind uneori cu o nevrită optică. *Toxoplasma* nu se găsește în cornee, în schimb irusul și procesele ciliare abundă în paraziți.

b) *Inoculată în camera post.* *Toxoplasma* produce alterațiuni retiniene infinite mai intense, constatându-se în această cameră o exudație fibrino-leucocitară cu macrofage parazitare.

c) *Propagarea Toxoplasmei. Neuroprobazia Centripetă*, adică propagarea infecțiunii oculare la encefal pare probabilă, după constatarea leziunilor nervului optic și ale retinei. Intru'cât splina s'a găsit infectată, alterațiunile cerebrale (meningită monocitară corticală și noduli circumscriși) pot fi rezultatul unei infecțiuni cerebrale metastatice.

Din contră *neuroprobazia centrifugă* e suficient demonstrată, la 3 epuri infectați pe cale intra-cerebrală găsindu-se propagarea procesului infecțios dela creier spre ochi în lungul nervului optic. Aceste leziuni urmând traectul nervului optic ajung la macula lutea.

Dr. I. Vasilescu.

Levaditi și Schoen. *Encephalite experimentale din sânge.* (Comp. Rend. de Biologie No. 24—1928). — Autorii inoculând virus herpetic a virusului herpetic de trecere tulpina N la un *Macacus sinicus* au provocat o encefalită acută evoluând în 2 zile și terminându-se prin moartea animalului. Encephalul maimuței conținea germeni herpetic virulenți pentru epure. Localizarea și caracterele histopatologice ale leziunilor encephalitice sunt identice cu cele găsite în encefalita letargică umană. Alterațiile sunt localizate la nivelul nucleilor centrali și al mezocephalului.

G. Marinescu, O. Sager et A. Kreindler. *Etudes chronaximétriques dans le Parkinsonisme post-encéphalitique.* (C. R. Soc. de Biologie No. 14, 1928). — Au studiat cronaxia mușchilor și nervilor la 28 bolnavi atinși de parkinsonism post-encefalitic și constată :

- 1) Există o cronaxie egală a agoniștilor și antagoniștilor.
- 2) O modificare a raportului normal între cronaxia extensorilor și flexorilor antebrațului și ai gambei.
- 3) Un heterocronism al cronaxiei mușchilor și nervilor, care e datorit unei măriti a cronaxiei musculare. Alte rezultate confirmă datele lui Bourguignon. Interpretează aceste fapte pe o turburare profundă a sistemului vegetativ.

G. Marinescu, O. Sager et A. Kreindler. *Mécanisme de l'action thérapeutique de la Scopolamine chez les Parkinsoniens post-encéphalitiques.* (C. R. de Biologie No. 15, 1928). — Injectează 1 mgr. scopolamină la indivizi atinși de parkinsonism și au observat: 1) Scopolamina micșorează cronaxiile musculare mărite.

2) Scopolamina restabilește raportul normal între cronaxiile agoniștilor și antagoniștilor. Faptul că scopolamina, care e un paralizant al para-simpatului, modifică tonusul muscular, confirmă că tonusul muscular are o compozanță vegetativă, iar în turburările tonusului este o perturbare a sistemului vegetativ.

S. Nicolau et E. Mateesco. *Sur la prétendue action du permanganate de potassium dans la vaccine.* (C. R. des séances de la Soc. de Biologie-Paris, 28 Avril 1928). — Autorii au controlat acțiunea permanganatului de potasiu în vaccin și au căutat ce fel se comportă clorura și sulfatul de mangan. Ca material virulent au întrebuințat virusul neuro-vaccinal și dermo-vaccin. Rezultatele obținute nu sunt de acord cu cele obținute de Theodor în ceace privește acțiunea virilicidă în vivo a permanganatului de potasiu față de germenele vaccinal.

Această acțiune s'a arătat nulă în vivo. Clorura și sulfatul de mangan administrate 0,0075 gr. pe kgr. de epure în trei zile consecutive pe cale intra-venoasă se comportă ca și permanganatul de potasiu.

Dr. R. Hirsch.

S. Nicolau și E. Mateescu. *Septinevrita cu virus rabic de stradă. Proba mersului centrifug al virusului în nervii periferici ai epurelui.* (Academia de Științe, ședința din 23 Aprilie 1928). — Autorii arată că secțiunea sciaticilor în porțiunea centrală, împiedecă migrarea germenilor nevrxului spre periferie, pe trunchiurile nevrectomizate.

Cum Iegăturile vasculare ale nervului au fost conservate, nervul apare ca singura cale de diseminare a germenilor în economie. Curentul sanguin chiar dacă vehiculează excepțional câțiva germeni, nu poate însămânța trunchiurile nevrectomizate.

Prin această dispersiune centrifugă, virusul poate ajunge până în cele mai mici ramuri nervoase subcutanate.

S. Nicolau și Al. Galloway. *Septinevrita experimentală cu virus poliomieltic.* (Societatea de Biologie, Paris. Ședința din 12 Mai 1928). — Autorii vroind să controleze afirmațiunile lui Leiner și Wiesner că nervii periferici

sunt lipsiți de virulență în infecția poliomielitică, au inoculat mai multe maimuțe intracerebral cu acest virus și au ajuns la concluzia: Virusul maladiei Heine-Medin, inoculat în creierul maimuțelor, poate fi pus în evidență *exceptional* într'un nerv periferic (sciatic) la distanță de nevras. Aci produce alterațiuni discrete dar evidente de *neurită interstițială*, așa că virusul poliomielitice poate produce septinevrite în organism, tot ca și virusul neuro-vaccinal, rabic și herptic.

Dr. I. Vasilescu.

Prof. S. Nicolau și J. Schmitzer. *Contribution à l'étude du lupus erythemateux par les sels d'or (le Krysolgan).* (Revue fr. de Dermat et Vénérologie No. 1, Janvier 1928 p. 4.).—Au tratat 84 bolnavi cu lupus eritematos, dintre care numai 66 au urmat un tratament regulat, prin injecții intravenoase de Krysolgan (amino-amomer capto benzol carbonat de sodiu).

Injecțiile au fost făcute în doze progresive dela 0,0001 la 0,01, la interval de 10—15 zile.

Medicamentul este bine tolerat, numai în două cazuri au notat o ușoară albuminurie.

Au obținut în 34 cazuri (51,5%) dispariția completă a leziunilor, și ameliorări în 27 cazuri (41%).

Dintre 23 bolnavi urmăriți după încetarea tratamentului au recidivat 10.

Formele cele mai apte pentru eficacitatea tratamentului sunt cele cu eritem centrifug și cele fixe, dar fără infiltrație și hiperkeratoză pronunțată.

Prof. S. Nicolau și M. Blumental. *Un cas de réinfection syphilitique après traitement bismuthique exclusif, commencé en période secondaire.* (An. des Maladies Vénériennes, No. 3, Mars 1928 p. 161). — Publică al 4-lea caz de reinfecție sifilitică din literatura medicală apărută după un tratament făcut numai cu bismut.

Tratamentul este început în plină perioadă secundară cu injecții intramusculare de iodo-bismutol. I se face 3,52 gr. bismut și apoi este urmărită seroreacția Wassermann și Sachs-Georgi, timp de 3 ani. rămânând încontinuu negative.

Din precauțiune bolnavul își mai face câte 8 injecții (1,60 bismut) în anul al 3-lea și 5-lea.

După 6 ani bolnavul contractă din nou sifilisul, manifestat prin șancru urmat de erupție secundară, cu seroreacția negativă în timpul șancrului, și apoi pozitivă în plină manifestație secundară.

Este deci un caz în care postulatele cerute pentru confirmarea diagnosticului de reinfecție sunt pe deplin satisfăcute.

Dr. M. Săceanu.

Dr. A. Radovici. *La paralysie faciale épidémique au cours de l'épidémie actuelle de poliomyélite en Roumanie.* (Presse Méd. No. 33-1928). — Autorul insistă asupra apariției izolate a paraliziei faciale ca manifestare unică a poliomyelitei epidemice, — în același timp a observat mărirea numărului de cazuri de paralizie facială de tip comun paralel cu invazia poliomyelitei. Presupune că multe din paralizii faciale periferice à frigore sunt datorite leziunii nucleului protuberanțial printr'un virus infecțios. Această ipoteză e confirmată prin cazurile clinice de paralizie facială observate în cursul epidemiei de poliomyelită. S'a citat paralizie facială în cursul encefalitei epi-

demice, zona zoster. Probabil că virusuri cu o afinitate recunoscută pentru substanța cenușie a nevraxului exaltați prin diferite cauze lezează nucleul facialului. Autorul consideră cazurile de paralizie facială în cursul epidemiei de poliomyelită ca având o imunitate relativă care ar intra în clasa purtătorilor de germeni.

Dr. Rosenstein.

L. Saldman. *La sensitométrie de la peau.* *Société de Radiologie médicale de France.* (18 Mars 1928). — Autorul arată că nu e suficient de a măsura intensitatea razelor ultra-violete de oare-ce aceeași doză poate produce la diferiți bolnavi reacții diferite. Cu ajutorul testului automatic prezentat de bolnav se poate determina pragul eritemului ultra-violet ce ne conduce în aplicarea actinoterapiei. S'au observat unele incidente ca astenie la bolnavii cu pragul jos, iar la cei cu pragul sus se va mări doza ultra-violet.

I. Saldman. *Un procédé d'actinothérapie rationnelle.* (*Presse Méd.* No. 34 1928). — Autorul pentru a cunoaște sensibilitatea tegumentelor fie-cărui individ crează un test sensitometric automatic. Aparatul realizat se pretează la numeroase aplicațiuni nu numai ca test precedând actinoterapia, dar ca test al cercetărilor funcționării pielii. Cu aparatul indicat de autor medicul își poate da seama cât poate expune bolnavul razelor ultra-violete fără a-i provoca un eritem. Sunt afecțiuni unde trebuie aplicate doze eritematoase, în acest caz avem indicii ale testului unde găsim gradele reacției vrute.

În unele afecțiuni unde trebuie aplicată actinoterapia trebuie să obținem reacții de primul grad (tuberculoze localizate, anemii), în altele ne trebuie un eritem de al doilea grad (astm infantil, fistule tuberculoase osteo-articulare, boale prin insuficiență glandulară, tulburări de nutriție); unele dermatoze (psoriazis, lupus, naevi) dispar numai după un eritem de al treilea grad.

Acesta e principiul metodei expuse de autor, ce înlocuiește metodele empirice și nesigure aplicate până azi.

Dr. Eschenasy.

Prof. Tănăsescu-Iași *Sur un cas de Kyste hydatique du foie, ouvert dans les voies biliaires,* (raport de M. H. Hartmann Soc. de chirurgie Paris 25 Avril 1928). — În Franța indicațiunea capitală este de a drenea înainte de toate calea principală; în Argentina indicațiunea principală este de a deschide Kistul și de a-l marsupializa, drenajul căilor biliare se face prin cavitatea marsupializată.

Observațiunea detaliată arată că e vorba de un Kyst hidatic supurat al ficatului al cărui diagnostic nu s'a făcut decât dupe deschiderea căilor biliare și al cărui sediu nu s'a cunoscut de cât în a 2-a intervenție.

În prima intervenție se găsește coledocul dilatat ca un deget mare. Incizându-se ese puroi, prin cateterism iese o veziculă hidatică de mărimea alunei. Se drenează choledocul.

Dupe o lună și $\frac{1}{2}$ se abordează chistul prin calea pleuro-diafragmatică drenându-se. Vindecare. Concluziunea d-lui Prof. Tănăsescu este:

În prezența unui Kyst hidatic deschis în căile biliare, să se dreneze acestea, combinând drenajul coledocului cu drenajul chistului dacă acesta este ușor abordabil prin aceeași cale. Intervențiunea se va limita la drenajul căilor biliare principale, dacă Kystul nu este abordabil prin aceeași cale, această intervențiune fiind urmată de a 2-a consistând în deschiderea Kystului, dacă drenajul căilor biliare se arată insuficient.

D. Petit Dutaillys et Dan Theodorescu. *Les anévrismes poplités compliqués de gangrène et leur traitement avec quelques remarques sur l'importance du microbisme latent dans la pathogénie des complications évolutives des anévrismes artériels* (à propos d'une observation personnelle) (3 fig.) Presse-Médic 21 Avril 1928. — În prezența unui anevrism complicat de gangrenă trebuie să amputăm dintr'o dată deasupra focarului, sau să intervenim mai întâi asupra anevrismului în speranța de a obține o limitare a gangrenei și apoi să practicăm secundar o amputație economică.

Gangrena poate să fie datorată la 3 mecanisme diferite; 1) o tromboză extensivă plecată de la sac; 2) o embolie; 3) o ruptură a anevrismului.

În cazul întâi se impune amputația coapsei.

În cazul al 2-lea de gangrenă prin embolie, autorii citează o observațiune documentară, în care au făcut extirparea anevrismului oprind astfel procesul gangrenos la distanță (degetele piciorului) iar în urmă au procedat la o amputație economică (Pirogoff). Făcând examenul bacteriologic al anevrismului au găsit stafilococ pur în chiagurile roșii din mijloc și în chiagurile albe dela periferie.

Autorii consideră acest microbism latent drept cauză a emboliei prin coagularea sângelui.

În al 3-lea caz de ruptură a sacului anevrismal autorii recomandă extirparea anevrismului în primul timp, dacă gangrena este parcellară și distală.

Dr. Baculescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

III.

MIȘCAREA MEDICALĂ ÎN CRAIOVA

A. — CERCUL MEDICO-FARMACEUTIC

Ședința din 1 Martie 1928

Prezidează Medic General Vasilescu August

1) **Dr. S. Paulon.** *Un caz de Rachitism sifilitic.* — Prezintă o fetiță de 3 ani din serv. de copii al Spit. Filantropia, la care stabilește sindromul de rachitism în fața semnelor clinice: marea fontanelă cu osificarea întârziată, microdontismul și căderea prematură a dinților, chapeletul rachitic, dar mai ales inflexiunea oaselor lungi ale membrilor cu îngroșarea diafizelor observate încă de la primi pași, apoi întumescența organelor limfatice, în fine anemia. Face diagnosticul etiologic prin eliminare trecând în revistă toate cauzele predispozante și eficiente și bazat pe precocitatea debutului, deformațiile osoase constituite la 11 luni, pe anemie, pe semnele de sifilis congenital: implantația vicioasă a dinților, microdontism, hepato-splenomegalie; sifilisul averat al tatălui, Wassermanul dubios al mamei, conchide la un rachitism specific.

2) **Medic General Vasilescu, Cpt. Constantinescu și Săceanu,** prezintă un caz cu 7 sancre sifilitice ale penisului și limfangită moniliformă, observate la un soldat din serviciul Dermatoveneric al Spit. Militar al Corp. I. A.

3) **D-na Dr. Mateescu-Ionescu,** relatează un caz de *Placenta praevia totală* în care a practicat deslipirea manuală prin procedeul Simpson, obținând vindecarea.

Mai prezintă încă piesa anatomică a unui *făt cu malformațiuni multiple*.

4) **Dr. Cănciulescu și Mandler.** *Un caz de pneumococemie cu debut pneumonic.* — Aduc observația unei fete în vârstă de 4 ani cu o pneumococemie cu debut pneumonic. Diagnosticul de pneumococemie a fost făcut tardiv și a fost dictat de leziunile cardiace, de exacerbația leziunilor din focar și atingerea seroaselor articulare. La origina acestei septicemii pneumococice văd un fenomen de anergie pulmonară condiționată de constituția debilă a pacientei.

Discuția cazului:

Dr. Sol. Hirsch relatează un caz similar.

D-na Dr. Mateescu-Ionescu aduce un caz cu punct de plecare vulvar.

Dr. Trifan comunică încă un caz asemănător cu hemoptizii repetate, fără Koch în spută.

Dr. Cănciulescu spune că sindromele de pneumococemie sunt atât de frecvente și observațiile atât de numeroase încât ele nu sunt interesante decât prin anumite caractere clinice de localizări sau evoluție. Pneumococul ia în primire sugaciul, la care determină cunoscutele sindrome purpurice pneumococemice fatale, grăbește sfârșitul bătrânului și năvălește din vreme în corpul agonisantului. Reține în special cazul citat de Dr. Trifan cu hemoptizii, cari ca și în al D-sale au tradus procesul congestiv perifocal, mărturie a unei stări de anergie locală, grație căreia agentul a depășit barierele și a năvălit în sânge.

5) **Medic General Vaslescu A., Cpt. Constantinescu Th. și Săceanu.** *Cercetări în tratamentul sifilisului pe cale bucală prin Treparsol.* — Au cercetat acțiunea terapeutică a treparsolului în 14 cazuri de sifilis secundar florid și au constatat că leziunile cutaneo mucoase se vindecă în maximum 14 zile, că reacția Bordet-Wassermann este foarte puțin influențată, că micropoliadenopatia cedează foarte încet. Bolnavii revăzuți la 2-3 luni de la încetarea tratamentului nu prezentau nici o recidivă, dar seroreacția era încă pozitivă.

Treparsolul este bine suportat de bolnavi și nu dă loc la accidente.

Deci poate fi prescris în tratamentul de asigurare, preconizat de Gougerot, după cel de consolidare, și atunci când bolnavul nu-și poate face tratamentul cu medic.

Discuție:

Dr. Cănciulescu constată că tratamentul per os oricât de prelungit nu constituie o metodă sigură și în plus este și nocivă, un bolnav, care a luat Sygmargil încontinuu timp de 6 luni, a prezentat pusseuri de eczemă uscată pe mâini, care socotite drept leziuni specifice împingeau la continuarea tratamentului, s'au vindecat spontan odată cu încetarea luării medicamentului. Cu toate că atât el cât și

soția lui luaseră Sygmargil timp de 6 luni, seroreacția Wassermann era tot pozitivă.

6) **Dr. M. Baculescu.** *Apendicită formă Kistico-seroasă, apendice gigantic.* — Prezintă piesa anatomică a unui apendice, pe care l-a extras de la un pacient. La operarea cazului a constat un apendice, care pleca din fundul cecului în jos și mergea până în fundul de sac Douglas. Era gros cât degetul mare, renitent și foarte lung (0,20 ctm.), aderent. La deschidere a constat că conținea un lichid limpede seros.

Ședința din 15 Martie 1928

Prezidează D-l Medic general Vasilescu A.

1) **Medic General Vasilescu, Cpt. Căpruclu și Becherescu.** *Sindromul lui Klippel-Feil.* — Comunică două cazuri de sindromul Klippel-Feil, la cari la primul au găsit obiectiv o scurtare a gâtului și prin radiografia coloanei vertebrale au constat sudarea vertebrelor două câte două, și sudarea apofizelor spinoase.

În cazul II au constat obiectiv o scurtare șirigiditate a coloanei vertebrale, cu reducerea mișcărilor de lateralitate, flexiune și extenzie, cu lipsa celor de rotație; iar radiografic sudarea primelor 3 vertebre cervicale, lipsa uneia, restul libere.

Discuția cazului:

Medic Col. Dr. Dobrinescu, la primul caz pe lângă sudarea vertebrelor două câte două, s'a mai constat la radiografie și lipsa a două vertebre cervicale.

Medic General Vasilescu spune că atrofiile numerice ale vertebrelor cervicale au făcut obiectul tezei inspectorului Daniel în clinica Prof. Klippel. Numele de atrofie numerică este dat din cauză că numărul vertebrelor este micșorat, fără să prezinte vre-o degenerescență oarecare. În privința etiologiei n'ar fi exclus un sifilis ereditar.

2) **Medic Colonel Diamandescu** vorbește despre impresiunile avute cu ocazia unei călătorii de studii pe Coasta de Azur.

Ședința din 2 Aprilie 1928

Prezidează D-l Medic General Vasilescu A.

1) **Dr. Drăgoescu și Băcescu** prezintă o bolnavă cu *elefantiazis vulgar, ectimă și sifilis*, explică elefantiazisul labiei stângi prin asociația infecției sifilitice cu cea strepto-stafilococică.

2) **Dr. Săceanu** prezintă un bolnav cu *Tuberculul lui Carabelli*, care avea stigmatete nete de sifilis ereditar. În considerațiile, ce le face, arată că nu toți autorii sunt de acord în a considera acest tubercul ca un stigmat de erodosifilis. Astfel Jeanselme prin studiile, care le-a făcut, îl consideră ca un rudiment, pe când Moser îl găsește la 40% din heredo-sifiliticii cercetați.

3) **Dr. Dobrinescu Socor, Căpruclu și Becherescu** prezintă un bolnav cu o tumoare cerebrală. Socotesc că este un kist hidatic bazați fiind pe radiografiile, pe care le aduc.

Discuția cazului:

Dr. Baculescu contestă că imaginea radiologică ar fi a unui chist, crede mai de grabă că este un sarcom osos. Ganglionul mare, pe care-l are bolnavul în regiunea cervicală inferioară, pledează în acest sens.

Dr. Dobrinescu răspunzând crede că evoluția afecțiunii, intradermoreacția (Cassoni) pozitivă, Weinberg-Pârvu pozitivă, toate pledează pentru un kist.

4) **Dr. Baculescu.** *Fibron uterin* (prezentare de piese anatomice). Cele 2 piese le-a extras la două femei prin histerectomie subtotală și sunt interesante din punct de vedere anatomic și evolutiv.

Prima piesă este de mărimea unui cap de făt și n'a pricinuit nici un fel de turburare.

Piesa II este interesantă prin prezența la suprafața ei de alte mici tumori de mărimea unei nuci, de consistență tare, noduroasă și de culoare mai albicioasă.

5) **Dr. Mandler.** *Placentă cu inserție velamentoasă a cordonului.* — Prezintă piesa anatomică care provine dela o femeie multipară, cu naștere la termen, fără distocie. Cordonul se fixează pe membrane departe de marginea placentei, vasele se disociază și merg între amnios și chorion și ajungând la placentă se ramifică în ea. Ruptura membranelor s'a făcut departe de inserție, între vase; astfel s'ar fi putut rupe un vas și o emoragie gravă pentru foetus ar fi survenit.

6) **Dr. Săceanu M.** *Un caz de sifilis binar.* — Comunică cazul unui tânăr eredosifilitic, născut din părinți sifilitici (Tatăl moare la 30 ani prin emoragie cerebrală, mama la 62 ani a prezentat o hemiplegie dreaptă cu seroreacția Wassermann intens pozitivă) și care la vârsta de 25 ani a prezentat în urma unui contact sexual un sifilom primar al glandului urmat de manifestații secundare.

La examenul făcut a constatat stigmatе de sifilis ereditar și în plus coexistența unui sifilis cutanat (sifilide tuberculo-scuamoase sternale) și unui sifilis nervos (cefalee, Argyl-Robertson, abolirea reflexului rotulian drept).

7) **D-rii Drăgoescu și Băcescu.** *Un caz de sifilis hereditar tardiv.* — Bolnavul în vârstă de 31 ani cu nas en lorgnette, ușoară asimetrie facială, bolta palatină ogivală cu Wassermann pozitiv ++, prezintă ca primă manifestare specifică o ulcerare gomoasă a feței dorsale a piciorului stâng.

8) **D-rii Cănculescu, Baculescu și Mandler.** *Anurie calculoasă prelungită vindecată prin cateterism ureteral.* — Aduc cazul unei doamne în etate de 65 ani, care a prezentat un atac prelungit de colică nefretică cu hematurii și după care secreția urinară a încetat timp de 6 zile. Prin palpație găsim rinichiul stg mare și dureros care crește în zilele următoare formând o ade-vărată tumoare renitentă. Se administrează băi calde generale, comprese calde locale, ceaiuri emoliente și diuretice, injecții cu Euphyline, injecții intravenoase cu ser glucozat, ser glucozat goutte à goutte rectal, cari produc o ușoară secreție urinară. Prin cateterism vezical în a 5-a zi se obțin 25 cc. urină. Ne restabilindu-se excreția urinară și bolnava prezentând simptome

de uremie, se face cateterismul ureteral. Prin sondă se scurg 950 gr. urină iar din vezică prin micțiune spontană 740 cc.

După cateterism bolnava are micțiuni spontane și revăzută a 7-a zi este restabilă complet.

Discuția cazului:

Dr. Săceanu spune că ar fi fost interesant să se facă și manevra lui Pasteau (punerea în tensiune a vezicii) înainte de a se face cateterismul ureteral, fiindcă această metodă s'a dovedit eficace în unele cazuri.

Dr. Baculescu răspunde că înainte de a se introduce cateterul ureteral s'a făcut și această manevră, care n'a dat nici un rezultat.

Medic General Vasilescu arată că în clinica lui Guyon se făcea întotdeauna această manevră înainte de a se recurge la alte mijloace și că a văzut multe rezultate satisfăcătoare.

Ședința din 15 Mai 1928

Prezidează D-l Dr. Sol Hirsch

D-ril Medic General Vasilescu A., Col. Diamandescu și Cpt. Theodoru. *Un caz de radiculită sciatică parțial disociată (Déjérine).*—Comunică cazul unui soldat din serv. Medical al Spit. Mil. Corp I A. la care au găsit, la 2 luni după debutul boalei semnele clasice ale sciaticii: în plus paralizia cu atrofie a grupului muscular anterior al gabei, turburări în reflectivitate cu păstrarea sensibilității tactile, termice și dureroase, hiperalbuminoză și ușoară limfocitoză în L. C. R.

Eliminând toate cauzele susceptibile de a o produce, rămân la etiologia reumatismală, cu atât mai mult cu cât la început bolnavul a avut o ușoară ascensiune termică (4 zile) care a cedat la salicilat.

Discutarea cazului:

Dr. Cănculescu. Durerile în focar (la bolnav în șale) ca și reacțiunile descendente (durerile sciatiche) și ascendente (reacțiuni meningeale manifestate prin limfocitoză) sunt desigur datorite unui proces de funiculită.

Deci în cazul de față reumatismul ca factor etiologic, ar acționa prin osteofitele sau procesul inflamator provocat la nivelul găurii de conjugare, osteofite sau reacție inflamatorie nedecelabile prin radiografie.

Dr. I. Vasilescu. În cazurile de nevrite periferice cu etiologie obscură s'ar putea invoca ca factori etiologici și cele 3 infecțiuni care prin leziunea neuronului central (poliemielita anterioară, encefalita epidemică) sau a ganglionului spinal (zona zoster) pot ocasiona asemenea nevrite.

Dr. Cănculescu. Contestă leziunea neuronului central, deoarece în cazul de față n'ar putea explica o acțiune atât de efectivă

asupra lui. Iar din cercetările, pe care le-a făcut și comunicat acestui Cerc în 1925 cu ocazia epidemiei, ce a bântuit în Oltenia precum și din observațiile publicate cu ocazia altor epidemii și a epidemiei mai recente din România reiese că reacția meningeală nu face parte integrantă din tabloul poliomielitei ant. acute.

Dr. M. Săceanu

B. DIN TRECUTUL CERCULUI MEDICO-FARMACEUTIC DIN CRAIOVA

Cu ocazia aniversării de 25 ani a Cercului Medico-Farmaceutic din Craiova, D-l Dr. Drăgoescu V., Secretar General, a ținut următoarea cuvântare:

Domnilor Miniștri

Doamnelor și Domnilor

Cercul Medico Farmaceutic din Craiova își serbează azi ședința aniversară de 25 de ani de existență. Sunt 25 de ani, în Septembrie 1902,, când un grup de medici tineri, zeloși de progres și cu dorința de-a forma în Craiova un centru medical științific, în care tot ce este nou și interesant să se discute, au ventilat ideea creerii unui Cerc medico-farmaceutic.

Sufletul și inițiatorii acestei idei erau D-nii Doctori **Ch. Laugier** și **D. Vernescu**. Craiova pe atunci nu avea mănunchiul de specialiști de astăzi. Medicii bătrâni reprezentau sfârșitul medicinei vechi, care împreună toate ramurile acestei vaste științe.

Odată ideea concepută și după insistențele depuse pe lângă confrăți și farmaciști, într'o ședință, la 15 Sept. 1902, ținută în salonul ofițerului stărei civile din vechea primărie (str. I. C. Brătianu) se puseră bazele constituiri Cercului Medico-Farmaceutic.

Cu această ocazie d-l Dr. Vernescu motivează în următorii termeni scopul înființării acestei societăți științifice: „*Idea de a uni într'o societate întreg corpul medico-farmaceutic din Craiova, nu este nouă. Ea a fost dorința vie a mai multor generații de medici și farmaciști care s'au succedat pe vremuri, fără însă de a putea fii realizată până acum*”—, și mai departe, după ce arată, cum este constituit corpul avocaților și celelalte bresle, d-l Dr. Vernescu spune că „*depinde de unirea tuturilor, medici și farmaciști, de a ne înălța moralmente între noi și prin noi; țărnu-rind bine drepturile și datoriile fie-căruia din noi vom contribui a stabili solidaritatea, ce trebuie să existe între toți membrii*

aceluiași corp medical" — iar „pe lângă toate aceste deziderate Cercul nostru va slui în interesul științific al membrilor săi prin convocarea acestora cel puțin la 15 zile, pentru comunicări de cazuri clinice importante sau pentru țineri de conferințe”.

Proiectul de statut alcătuit de d-l Dr. Vernescu, Ch. Lauquier și Dr. Miletici, fu aprobat în unanimitate în ședința de la 1 Oct. 1902.

Președinte a fost ales cel mai în vârstă confrate, Dr. I. Vernescu, Casier Dr. M Ștefănescu, secretar general Dr. D. Vernescu. Membrii fondatori ai Cercului Medico-Farmaceutic au fost, în ordinea alfabetică următorii :

Dr. Antonini, Dr. Archimandrescu Chr., Dr. Athanasescu, Dr. I. Augustin, Med. Vet. Augustin, Med. Vet. Bălăcescu, Dr. Basilescu E., Med. Vet. Băcescu, Med. Vet. Budurescu, Dr. Căcalețeanu, Farm. D. Constantinescu, Farm. G. Constantinescu, Dr. Comsa, Dr. Ciocâlțeu, Dr. Cristescu (Slatina), Med. Vet. Ciurea, Dr. Anghel Daniel, Farm. Dobrescu, Dr. Erlich, Farm. Konteschweller, Dr. Friedländer, Dr. Galeriu, Dr. Georgescu Dima, Dr. Giuriadis, Med. Vet. Gheorghiu, Farm. Glatz, Dr. Sol. Hirsch, Dr. Iliescu, Dr. Dentist Cohn, Farm. Lăzeanu, Dr. Ch. Lauquier, Dr. Măldărescu Dr. Marcu, Dr. Metzulescu A., Dr. Miletici, Dr. Mitescu, Med. Vet. Mărășescu, Farm. Mihăilescu, Farm. Molnar, Dr. Movilescu, Dr. Nicolaidis, Far. Negoescu, Farm. Niculescu, Farm. Oswald, Dr. Potârcă, Farm. Poll, Dr. Pandulescu, Dr. Posmantir Dr. Roca, Dr. Stănciulescu, Dr. Schwartz, Med. Vet. Ștefănescu-Priboi, Dr. Schina, Dr. Ștefănescu, Dr. Stoianescu, Dr. Vasilescu August, Dr. Vernescu, Dr. Vercescu și Dr. Zvibel.

Activitatea cercului este fecundă în primii ani, comunicări de mare valoare științifică sunt aduse înaintea membrilor, comunicări cari dau loc la discuțiuni interesante. Unele din aceste comunicări au fost publicate în revista medicală „Spitalul”. Astfel cităm :

Comunicările d-lui Dr. Vernescu : 2 cazuri de *Sifilo-brigtism* și un caz de *formă frustă a maladiei Addison tratat prin opoterapie suprarenală*, publicat în revista, „Spitalul” din Maiu 1904, comunicare pentru care conferențiarul primește cuvinte de laudă de la Prof. Dieulafoy din Paris. *Orchidopexie*, însoțită de cura, radicală a herniei inguinale (publicat în Rev. Spitalul Aug. 1904). *Kist hydatidic al ficatului*, peritonită consecutivă. Ruptura Kistului (Spitalul 1904). *Endocardită blenoragică*. (Spitalul Febr. 1903).

Dr. Potârcă. *Intervențiune chirurgicală în cazurile de perforație intestinală în febra tifoidă.* (Spitalul 1904).

Dr. Anghel Daniel. Un caz de *Maladia lui Barlow.* (Spitalul 1904).

Dr. Metzulescu. *Extrofia vesiceii și intervențiunile chirurgicale posibile.*

Dr. Augustin. *Febră tifoidă cu hemiplegie în al II-lea sept. consecutivă unei emorații cerebrale.*

Dr. Vercescu. *Luxațiile scapulo-humerale.*

Dr. S. Hirsch. *Un caz de scarlatină. Un caz de hidrocefalie.*

Dr. Antoniu. *Endocardită blenoragică cu embolie.*

Dr. Măldărăscu. *Nevrite periferice de natură reumatică.*

Și alte numeroase și interesante comunicări pe care nu le mai menționez.

Cercul Medico-Farmaceutic luase cu chirie împreună cu societatea „Ajutorul” un local peste drum de Liceul Carol I (fosta tipografie Ramuri), cu 600 lei anual. Cercul era abonat la un număr de 16 reviste medicale române și străine, alcătuiindu-și astfel încet biblioteca de mai târziu a cercului.

În 1903—1904 s'au ținut 25 de ședințe ordinare, cu 29 comunicări științifice și 20 prezentări de bolnavi și piese anatomo-patologice, depunându-se astfel o neobosită activitate științifică.

În 1906, a fost ales următorul comitet: **Dr. Vercescu** Președinte, **Dr. Vernescu** și **Dr. Schina** vice-președinți, **Dr. Ștefănescu** secretar general, **Dr. Măldărăscu** cassier, **Dr. Metzulescu** bibliotecar și **Dr. Zwilling** secretar.

Ședințele cercului din 1906 sunt mai puțin frecventate. Numărul membrilor diminuase, căci mulți părăsiseră Craiova, fiind permutați în alte localități. În ședința de la 8 Februarie 1907, se hotărăște mutarea Cercului și a bibliotecii la Spitalul Preda din str. Cogălniceanu, astăzi magazinul Plugarul, urmând ca membrii Cercului să citească acolo revistele, cari continua să fie plătite din fondul de 1200 lei depuși spre fructificare la Banca Comerțului și să-și continue și ședințele cercului.

Dr. Metzulescu într'o ședință, la 8 Martie 1910 intrunind pe membrii Cercului la policlinica «Oltenia» încearcă să redestepte zelul pentru intensificarea comunicărilor. Reușește în parte dar venind războiul balcanic, activitatea Cercului diminuează, pentru a înceta cu războiul mondial.

În toamna anului 1918 și începutul lui 1919, D-nii **Dr. Lau-**

gier, Dr. Augustin, Dr. Vernescu, Dr. Carp, Dr. Cănciulescu dintre cei tineri, fac apel la vechii practicieni, fondatori în viață ai Cercului și la pleiada de medici instalați de curând la Craiova ca să se reia din nou ședințele științifice ale Cercului Medico-Farmaceutic.

Toți au răspuns cu entuziasm la această chemare, iar medicii tineri cu dor de muncă au aplaudat noua inițiativă.

S'au modificat unele articole din vechile statute, prin crearea unui vice-președinte farmacist și crearea unei comisii deontologice, compusă din Dr. Laugier și Dr. Adrian Poenaru.

Comitetul în primul an al reluării activității Cercului a fost compus din: Dr. I. Augustin Președinte, Dr. Vernescu și Dr. Carp vice-președinți, Dr. Vasiliu secretar general, Farmacist N. Petrescu secretar de ședință, Dr. Mayer casier, Dr. M. Cănciulescu bibliotecar. Dr. Antonini și General Dr. Potârcă au fost proclamați președinți de onoare.

În sânul comitetului s'au luat hotărâri cari fac onoare activității lui: astfel sunt: punerea de plăci comemorative la Spitalul din Craiova, care aveau să immortalizeze numele glorioase ale confraților morți făcându-și datoria. La 28 Martie 1920 s'a serbat comemorarea medicilor morți și s'au desvelit cele trei plăci comemorative, pe cari sunt înscrise numele colegilor morți în marele războiu.

Ședințele Cercului Medico-Farmaceutic se succed regulat la 15 zile și membrii lui, azi în număr de 87, specialiști merituoși în diferite ramuri ale medicinei, aduc comunicări de-o adevărată valoare științifică.

Tabloul comunicărilor dela 1919 până astăzi este extrem de bogat. Comunicări numeroase și importante au fost publicate în diferite reviste române și străine, în care toate chestiunile de actualitate în diferitele ramuri ale medicinei au fost prezentate.

Printre comunicările cele mai apreciate și cari au fost publicate în diferite reviste cităm, pe cele ale d-lui **Docent Dr. M. Cănciulescu**:

Cercetări clinice și experimentale asupra undei sigmoide cardiace cu relatarea experiențelor pe câini făcute împreună cu Prof. Atanasiu.

O epidemie de Paralizie Infantilă în Oltenia în 1924 prezentând împreună cu d-na Dr. Vasiliu 7 observații cu bolnavi în faza acută, asupra cărora împreună cu D-rii Paulon, d-ra Dr. Hirsch și Demayo a făcut *Cercetări originale de intradermoreacții*

directe și încrucișate cu lichid cefhalorachidian și sattuă publicate în Revista Științelor Medicale din 1926.

Lipiodiagnostic d'une sciaticque radriculaire double precum și *Une epidemie de roubeole* à Craiova cu d-na Dr. Vasiliu comunicate și la Société Médicale des hôp. de Bucarest (Ianuarie 1924).

Asupra unui cas de dextrocardie cu inversie viscerală totală comunicată Cercului împreună cu d-l Dr. Eschinasy a făcut *Cercetări de ordin fiziologic cu d-l Prof. Danielopolu*, cari au fost comunicate Soc. de biologie și publicate în Journal de Physiologie et de pathologie générale din 1925.

Le rôle joué par l'altération de l'aorte et des sigmoïdes dans le pouls dicrote, au fost publicate în Archives des maladies du coeur din Ianuarie 1920.

La Pulsation de l'infundibulum pulmonaire descrisă pentru prima oară de D-sa în colab. cu d-l Dr. Eschinasi, a apărut în dif. publicații române și străine, și a făcut subiectul memoriului său de Docență în 1925,

Über einen Zeichen von ungünstiger Prognose in Scharlach comunicat Cercului în 1919 a apărut în Klinische Wochenschrift.

Contribution à l'étude physiopathologie de la paralysie vagale diphtérique în col. cu D-ra Hirsch a apărut și în Annales de Médecine tome XXII 1927.

Contribution à l'étude des tumeurs du cervellet par pneumorachie; l'épreuve manométrique du liquide céphalo-rachidien în colab. cu d-rii Paulon și Eschinasi a fost comunicată și Soc. spitalelor din București și la Société de Neurologie din Paris.

Cercetările făcute în hemogenie împreună cu d-ra Hirsch și Paulon au condus la lucrarea *Contribuție la studiul formulelor sanguine*, subiect de teză susținut la Fac. de Medicină în 1926 de către internul său Dr. Demayo.

Cercetările de reactivare a paludismului cronic făcute în colab. cu d-l Dr. Paulon și d-ra Hirsch au condus la lucrarea: *Adrenalino-diagnosticul paludismului latent*, care a servit ca subiect de teză d-lui Dr. Leon Hermann: ea a fost comunicată Soc. de Biologie și Soc. Spitalelor din București.

Obs. clinice de ascaridoză, parte comunicate Cercului cu d-l Dr. Paulon și *Cercetările originale de intrademoreacție cu extract ascaridian* făcute cu d-ra Dr. Hirsch și d-l Dr. Rosenstein au făcut subiectul de teză al acestuia din urmă, actualul său intern.

Conferința *Interdependența funcțională și terapeutică a or-*

ganelor intratoracice ținută în fața Cercului în ședința dela Ianuarie 1927 făcuse parte din Ciclul de Conferințe organizat de Asociația Generală a Medicilor în toamna anului 1926 la București.

Este cazul aci să menționez că *D-rul Cănciulescu* prin munca sa neobosită în acest Cerc și prin numeroasele sale comunicări interesante și de mare valoare științifică, a fost unul dintre acei cari au dat cel mai mare avânt acestui Cerc.

Dr. Metzulescu a comunicat: *Noi metode de tratament în boalele contagioase prin injecții intravenoase cu doze masive de seruri specifice. Hemoterapia prin sânge de convalescent în scarlatina gravă.* Comunicare făcută la 15 D-brie 1922 și publicată în revista *Arhivele Olteniei*.

Considerațiunul asupra mersului tipic al Epidemiilor de scurlatină în Craiova, cu o statistică pe 25 de ani, comunicarea făcută și Societății Medicale a Spitalelor din București.

Autohemoterapia în tratamentul tifosului exantematic, Comunicare, care a fost făcută și la Societatea Medicală a Spitalelor din București și publicată în revista, le «*Monde Médical*» No. 663 din 1925.

Tratamentul cărbunelui prin doze masive de ser anticarbonos. Comunicare făcută Academiei Române prin Profes. V. Babeș la 4 Iulie 1924.

Vaccinarea anti-tuberculoasă prin bacilul Calmette-Guérin în Craiova. Comunicare publicată în revista «*Arhivele Olteniei*».

Dr. Baculescu a comunicat: *Un caz de megacolon cu ocluzie*, operat și vindecat. Publicat în revista «*Spitalul*» din 1919.

Aneurism arterio-venos al arteriei humerale cu deformație hypocratică a degetelor în colaborare cu D-l D-r Cănciulescu, publicat în *Buletinul Societăți Spitalelor din București* la 1 Ianuarie 1920.

Osteom intra-articular, publicat în revista *Spitalul* 1920.

Ruptura vaselor meningeae mijlocii fără fractura craniului, publicat în *Revista de Chirurgie din Paris* No. 7 din 1926.

Două cazuri de rezecție intestinală pentru stenoză tuberculoasă, comunicate de Prof. Pierre Delbet la Societatea de Chirurgie din Paris în ședința de la 25 Maiu 1927.

Docent **Dr. Poenaru Adrian** a comunicat: *Două cazuri rare de corpi străini în craniu.*

Dr. T. Voiculescu a vorbit: *Despre Isolări și Despre Injecțiile cu aer în pleură.*

Doc. Dr. Daniel a vorbit: *Despre prostatiti fără prostată. Tratamentul pielonefritelor gonococice.*

Dr. Carp. *Un caz de septicemie streptococică.*

Dr. Sol. Hirsch. *Coma paludică la copil.*

General Dr. Vasilescu, Săceanu și Constantinescu. *Două cazuri de șancre sifilitice cu incubajie prelungită.*

Colonel Dr. Diamandescu și Dr. Theodoru. *Pleuro-peritonită paludică.*

Col. Dr. Dobrinescu, Dr. Căpruciu și Dumitrescu. *Fistulă stercorală, consecutivă sfacelării colonului descendent în urma unei hernii ingulno scrotale stânga strangulate.*

Conferențiar Dr. Demetru Paulian. *Despre noile tratamente în sifilisul nervos, și despre Accidentele paralitice ale vaccinațiunii antirabile.*

Dr. Săceanu. *Considerațiuni asupra vaccinoterapiei în ble-noragie.*

D-ra Dr. Hirsch și Demayo *Un caz de pelagră cu anemie per-nicioasă și cataractă dublă.*

Dr. Leon Eschenasi. *Razele ultra-violete în tuberculoza pul-monară.*

Dr. Nicolin. *Un caz de moarte subită prin Kist hydatid.*

Dr. Laurian Segal. *Falșele tuberculoze pulmonare și boalele căilor respiratorii superioare.*

DI. Farmacist Gheorghiu. *Despre specialitățile faraceutice.*

Dr. Zwillinger. *Un caz de narcolepsie.*

Dr. Mircea Adrian. *Sifilom primar al uretrei peniene.*

Dr. Drăgoescu. *Două cazuri de tuberculide papulo necrotice.*

Dr. Drăgoescu și Băcescu. *Sifilom terțiar difuz al buzei in-ferioare.*

D-na Docent Dr. Mateescu. *Un caz de polyp fibros utrin ex-pulzat. Inversiune parțială. Hysterectomie-vindecare.*

Am redat numai o parte din lunga listă a comunicărilor în număr de 235, de la 1919 până astăzi. Actualmente Cercul Medico-farmaceutic a luat cu adevărat o stabilitate și o importanță științifică, recunoscute și de celelalte societăți științifice din țară.

La 22 Sept. 1920 **D-l Dr. C. Argetoianu**, pe atunci Ministru de interne, făcând o vizită la Cercul Medico-Farmaceutic din Craiova, a fost admis membru de onoare al Cercului, cu care ocazie răs-punzând discursului de recepție al Președintelui Dr. I. Augustin, între altele spunea: „Mă simt onorat de a mă găsi în mijlocul oamenilor de știință.

Cinstindu-mă pe mine, imi arătați cel mai prețios semn de

încredere. Misiunea medicilor va depăși cadrul de activitate, ce l'au avut până acuma.

Pe lângă serviciul propriu zis, depinzând de serviciul sanitar, în viitor Ministrul sănătăței Publice va incuba medicilor îngrijirea tuturor incapabililor, ocrotirea orfanilor, interzișilor și alienașilor.

Creând-se Ministerul sănătăței Publice corpul medical va fi o autoritate de sine stătătoare“.

Și mai departe D-l Ministru de Interne, adresându-se membrilor Cercului spunea că „*va trece prin Cameră și Senat recunoașterea ca persoană morală a Cercului Medico-Farmaceutic din Craiova, iar pentru că nevoile unui centru mare medical la Craiova sunt numeroase se va ocupa cu îmbunătățirea spitalelor locale*“. Spre lauda D-sale și multumirea noastră a tuturor, aproape toate îmbunătățirile au fost realizate, astfel că spitalul Filantropia să fie câmpul de cultură rodnică, câmp bun de cercetări și îmbunătățiri pentru binele suferinșilor.

Cercul Medico-Farmaceutic a fost recunoscut ca Persoană Morală în Aprilie 1924. – Biblioteca Cercului Medico-Farmaceutic numără azi colecțiuni alese din revistele medicale încă din 1903, iar prin donaștile familiei D-rului Vulpescu mort în rășboiu, D-lor Dr. Schina și Dr. Augustin numărul volumurilor a crescut, astfel că în sala de ședință a Cercului ori-ce membru poate citi revistele, la care Cercul este abonat. Este aci locul de a reaminti că D-rul Augustin, Președinte al Cercului dela 1918 până la 1927 Ianuarie 20, când a încetat din viață, a dăruit prin testament casa sa proprie și biblioteca sa acestui Cerc, pentru care îi vom păstra o recunoștință veșnică.

La 1 Noembrie și 15 Maiu 1926 au fost 2 Ședințe comemorative pentru Profesorul Dr. Victor Babeș și Profesorul Toma Ionescu, în care D-na Dr. Hesselmann Leoneanu și D-rul Baculescu ne-au arătat viața și opera grandioasă rămasă de pe urma marilor dispăruși.

La 1 Februarie 1927 într'o ședință solemnă s'a comemorat D-rul Augustin, au luat cuvântul D-l Dr. Laugier, Vernescu, Drăgoescu și Farmacist Ioanovici, slăvind meritele, însușirile, cultura medicală, probitatea profesională ale aceluia care a fost Medic Primar al Spitalului Filantropia, timp de 28 de ani și președinte continuu al Cercului dela 1918.

Intr'o ședință la 30 Iunie 1927, Cercul a sărbătorit pe D-l

Dr. Ch. Laugier, cu ocazia premierii operei sale «Etnografia medicală a Olteniei» de către Academia Română.

În chestiunile de ordin profesional s'a desbătut în detaliu anteproiectul pentru modificarea legii sanitare, propus de D-1 Inspector General sanitar Dr. Laugier, dezideratele corpului medical din Oltenia, stabilirea onorariilor față de scumpetea vieții, raporturile medicilor față de diferitele autorități și instituțiuni.

Importanța Cercului Medico-Farmaceutic, mai ales prin abundența comunicărilor și a valorii lor științifice, precum și a discuțiunilor obiective și interesante la care dau naștere, arată că acest Cerc a progresat enorm și că activitatea sa a sporit.

Rolul său a devenit așa de important, încât astăzi orice Medic civil sau militar, Farmacist sau Veterinar, cere singur înscrierea în acest Cerc, simțind nevoia de a contribui fiecărui cu lumina lui și să primească la rândul său noi cunoștințe din observațiile altora.

Astăzi, acest corp științific, alcătuit din membrii săi, reprezintă o unitate de vederi, cari impun pretutindeni sămânța asvârlită acum 25 de ani de primii inițiatori, dând roade alese și apreciate de toți.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

IV.

MIȘCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

CHIRURGIE

Phlegmon de la gaine du fléchisseur du pouce traité par la vaccination. Pierre Delbet. Soc. de chirurgie. Paris, 2 Mars 1928. — Autorul expune o observațiune în care a tratat această infecțiune prin Propidon pe care la aplicat pentru prima oară în 1914 și pe care îl injectează în toate infecțiunile cu streptococi; chiar dacă nu obține o vindecare complectă, operațiunea chirurgicală devine foarte neînsemnată.

Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'asthme bronchique. Leriche și Fontaine. Soc. de chirurgie Paris 2 Mai 1928. — Este demonstrat că tratamentul chirurgical poate vindeca unele cazuri de astm bronchial rebel. Până în prezent au fost operate 300 cazuri și s'ar putea spune că tratamentul chirurgical a dat: 43,6 la 100 rezultate bune; 31,9 la 100 rezultate nule și 24,4 la 100 insuccese.

Dar autorii nu pun bază pe statistică; este mai bine, pentru a judeca chestiunea să se fie seamă de faptele bine observate în detalii. Sunt unele observațiuni serioase, care arată că prin operațiune se poate obține vindecare de lungă durată.

Această vindecare este importantă și puțin importă că idea tratamentului chirurgical nu este în armonie cu cutare sau cu cutare concepție patogenică a astmului. Chirurgia astmului ca și a anginei de piept aduce fapte și nici o teorie nu poate să le revoace sub pretext că ele nu se armonizează cu ideile curente. Autorii arată rezultatul operațiunii în 2 cazuri operate acum 2 ani. Primul caz: Bolnavului în etate de 45 ani, prin anestezie locală, în ziua de 11 Martie 1925 în plină stare de crize, i se extirpă ganglionul stelat stâng. De 2 ani nu mai are astm. Al 2-lea caz: femeie 45 ani astmatică din 1911, sub anestezie locală, extirparea ganglionului stelat stâng în Septembrie 1925. În Martie 1928 încă complect sănătoasă.

Rezultatele din nenorocire nu sunt constante. În 2 cazuri (teza Leder) nu s'a obținut nici o ameliorare. Autorii discută cauza eșecului în unele cazuri când se reușește în altele.

Eșecul poate să fie la: Natura astmului. Astmul poate să aibă tot felul de cauze provocatoare și operațiunea, care tinde să întrerupă calea reflexului deslănțuitor, poate să nu fie aplicată la loc bun. Operațiunea unilaterală poate da greș necorespunzând părții în care trebuie făcută.

Autorii sunt contra operației de ambele părți, Se va cerceta prin puncție anesteziantă partea care reacționează atenuând cazul.

Ganglionul stelat este acela în care trece cea mai mare parte din fibrele simpatică de la și la pulmon.

În unele cazuri vagotomia lui Kappis este cea vindecabilă și trebuie preferită simpatectomiei lui Kummel. Autorii citează un caz personal.

Dacă pe lângă astm bolnavul suferă și de emfizem se va începe tratamentul prin condrectomia lui Freund.

Syndromes douloureux gastriques à horaire tardif sans ulcère. **Delore, P. Jouve et H. Courte.** Revue de chirurgie No. 1-1928. — Chirurgia ulcerului gastric a permis să se constate, de mult, că rare ori istoria clinică a ulcerului comportă triada simpatomatică clasică (dureri tardive, vărsături, hematemeze). Se intervine și se găsește ulcerul gastric de foarte multe ori, bazându-ne pe existența sindromului gastric dureros tardiv.

Sindromul tardiv este el apanagiul exclusiv al ulcerului?

În baza celor 58 observațiuni date în detaliu autorii conchid: În imensa majoritate a cazurilor, sindromul gastric cu orar tardiv traduce existența unui ulcer gastric sau duodenal. Odată pe 10, explorațiunea chirurgicală arată că este vorba de un sindrom gastric pseudo ulceros. Manifestațiunile clinice corespund atunci:

- 1) La leziuni ale mucoasei gastro-duodenale, care dau o îngroșare și o roșată a antrului piloric și al duodenului.
- 2) Leziuni minime ale stomacului, o reacțiune ganglionară inflamatorie, câte odată cretacee sau calcaroasă.
- 3) Turburări, probabil mecanice, ale stomacului, ptoză, dilatație.

La aceste turburări se poate opune o terapeutică chirurgicală activă, ori de câte ori funcționarea pilorului pare jenată printr'o reacțiune fibroasă sau inflamatorie a sfincterului piloric sau o îngroșare a antrului piloric.

Dr. Baculescu.

D E R M A T O L O G I E

Piqueté purpurique cervico-thoracique des crises comitiales. I. G. Millan. *Revue fr. de Dermat et. Vener.* (No. 3 Mars 1928 p. 138).—

A observat în cazurile de epilepsie apariția imediată a unui piqueteu purpuric, constituit din mici petechii cât o gămălie de ac cu sedul „în peleară” la gât și pe față anterioară a toracelui. El durează 4-5 zile și dă posibilitatea punerii diagnosticului retrospectiv.

Les alternances morbides en dermatologie. L. Brocq. (*Ann. de Dermat et Syph.* No. 1. Janvier 1928. p. 3).— Sunt cazuri în care unele manifestări morbide dispar și sunt înlocuite cu alte accidente mai mult sau mai puțin grave. Aceste alternanțe sunt mai ales observate de medicii familiei.

În sprijinul acestei constatări aduce observații, dintre care cea mai edificatoare este aceea a unui bărbat de 50 ani care l-a consultat pentru un purit anal și genital — care înlocuise nevralgiile frontale și occipitale de care suferea de la vârsta de 18 ani. Pruritul tratat și vindecat, este înlocuit după câțva timp de dureri occipitale, care fac pe doi neurologi să pună diagnosticul de tumoare a bazei creierului și să condamne pe bolnav; producându-se o eczemă a părților genitale fenomenele cedează și bolnavul moare târziu prin dublă congestie pulmonară.

Mai aduce încă 14 observații în sprijinul acestui fapt — alternanțele se observă mai ales la femei (10 femei la 4 bărbați) în vârstă medie 30—60 ani.

Cauza acestor alternanțe pare să fie la unii o impresabilitate extremă, la alții turburări morbide durabile, cari pot reacționa violent sub influența unor cauze ocazionale.

De aceia se cere depistarea acestor stări, și tratarea lor înainte de a institui terapeutică accidentelor locale.

Dr. M. Săceanu.

Osteo dermatopia hypertrofiantă. Marcel Labbé și P. Renault. *Presse Médic.* No. 35 din 1928).— În *osteo-artropatia hypertrofiantă pneumică* a lui Pierre Marie, epitetul de pneumică a fost discutat, pentru că în unele cazuri observate nu există nici o leziune a căilor respiratorii; altele din contră se însoțesc de o afecțiune dispneizantă. Bezançon și de Jong au făcut distincțiune între osteoartropatia hypertrofiantă (produsă de diverse toxi-infecțiuni) și degetul hipocratic (întâlnit în afecțiunile dispneizante). Când aceste 2 sunt asociate înseamnă că afecțiunea căilor respiratorii este dispneizantă.

Autorii insistă asupra faptului că nu s'au descris turb. trofice ale pielii și mai ales edemul feței cari i-au determinat să-i dea numirea de *osteo-dermatopia hypertrofiantă*. Examine la microscop extermitățile osoase sunt alterate și se vede o osteită rarefiantă a țesutului spongios cu condensarea țesutului compact la periferie.

Dr. I. Vasilescu.

E L E C T R O - R A D I O L O G I E

Tratamentul Poliomielitei înaintea celui de al V-lea Congres al Medicilor pediatriei francezi. P. Duhem. (*Revue de Rad. et d'Electr.* No. 3-1928). — Prima chestiune la ordinea zilei pe care Congresul de Pediatrie de la Laussane a desbătut-o, a fost relativă la *Tratamentul Poliomyelitelor infantile*. Chestiune importantă, ce a făcut obiectul a 3 rapoarte înfățișând cele 3 faze ale afecțiunii:

a) *Tratamentul fazei acute prin seroterapia* (Pétit) (raportor Prof. Etienne din Nancy) ale cărui concludsiuni optimiste sunt pasibile de critică, au fost obiectul unor discuții contradictorii între Prof. Netter, Jannet, Rohmer, Pierrot, Nobécourt, Lesné etc., cari în concluzie sunt de acord că nu se

poate recunoaște fără rezerve acțiunea binefăcătoare a seroterapiei în poliomieliță.

b) Tratamentul formei regresive prin fisioterapie (agenți fizici: Diatermie, Electricitate, Mecanoterapie — hidroterapie caldă — radioterapie) a căror acțiune indiscutabilă — cu oare cari rezerve asupra radioterapiei — a fost recunoscută de unanimitatea congresiștilor (raportor Dr. Duhem).

c) Tratamentul chirurgical-orthopedic, indicat numai în paralisile definitive.

Radio-Arteriografia Cerebrală. Egas Moniz. (Journal de Rad. et d'Electr. No. 1-1928). — Dupe injecțiunile cu aer, și introducerea lipiodolului în ventric. cerebrali (Metoda Sicard), pentru a facilita localizarea tumorilor intra-craniene, autorul a imaginat un nou procedeu: radiografia arterelor encefalice pe care în mod prealabil le opacifică prin injectarea în carotide de săruri solubile cu greutatea atomică ridicată (Bromuri și Ioduri de Stronțiu, Litiu, Iodiu, potassiu, etc.

După cercetări experimentale multiple asupra câinelui, autorul recomandă Iodurul de sodiu ca cel mai indicat, și pe care l'a putut injecta în soluție de 25% fără vre-un neajuns, în carotida externă a 3 bolnavi, în cantitate de 3-5 cm. c. și imediat dupe ce a aplicat o ligatură temporară asupra carotidei, a reușit să radiografieze instantaneu arterele encefalice mai înainte ca soluțiunea opacă injectată să fi trecut în circulația venoasă.

Ast-fel la unul din bolnavi s'a putut confirma diagnosticul clinic de tumoare hypofisară, evidențiând chiar mărirea ei, prin dispariția formei de sifon a carotidei intra craniene, și prin sediul mult ridicatal arterei Sylvienne.

Technica întrebuințată de autor este următoarea:

- a) Prepararea bolnavului prin 1-2 injecții de morfină sau atropină.
- b) Descoperirea Carotidei.
- c) Fixarea capului prin bandaje, pentru a evita mișcările.
- d) Injectarea carotidei fără a permite alluxul sângelui în Siringă.
- e) Evitarea intrării aerului în arteră.
- f) Practicarea imediată a ligaturei provizorii a carotidei interne, cu ajutorul unei pense.
- g) Injectarea rapidă a 5-6 cm. c. dintr'o soluție 25% de Iodur de Sodiu, proaspăt preparată și sterilisată.
- h) A radiografia în câte-va exemplare craniul, continuând a injecta lichidul opac.

i) A desface imediat ligatura temporară a carotidei interne.

Trebue să recurgem la o nouă metodă radiologică pentru studiul Aortei ascendente ? G. Chaumet. (Journal de Rad. et d'Electr. No. 41, 1928). — Autorul, recunoscând lucrările clasice ale lui Vaquez și Bordet cari servesc de bază radiodiagnosticului afecțiunilor aparatului circulator, precum și studiile serioase în acelaș domeniu ale lui Delherm, Chaperon, Thoyer-Rozat, etc., spune că de mult a părăsit măsurătoarea Aortei în poziție frontală, susceptibilă de erori, din cauza suprapunerii imaginii coloanei vertebrale, și adoptând exclusiv examenile în pozițiile oblice, dupe aceeași tehnică indicată de Vaquez-Bordet.

Autorul, dupe ce face un studiu critic afirmațiunilor lui Manoel de Abren (Essai sur une nouvelle radiologie vasculaire. Presse Médic. Août 1925), spune în concluzii că :

În pediculul vascular al Cordului se poate distinge Aorta de Vena Cavă — făcând abstracție de Trachee — însă numai în mod excepțional și cu deosebire la indivizii cu toracele deformat.

În general însă, prezența Tracheei și a Bronchei drepte în O. A. G., incurcă așa fel imaginea radioscopică, în cât foarte greu se învinge tendința de a socoti marginile conductelor aeriene drept limită a Aortei; ceea ce face ca greșelile în măsurarea Aortei să depășească mai totdeauna în plus.

Pentru obținerea unei măsurători exacte, autorul recomandă a se trece subiectul încet de la poziția frontală în O. A. D., având grija de a prinde pe ecran umbra aortei ascendente ce nu întârzie a se profila la un moment dat pe claritatea mediastinului anterior, și pe umbra mai puțin densă a venei cave. (Unghiu de 35° aproximativ).

Dr. L. Eschenasi

FARMACOLOGIE-TERAPEUTICĂ

De l'emploi du sang pur dans la pratique de la transfusion. A. M. Dogliotti. (Pr. méd. 1928 p. 29). — Cercetări clinice și experimentale făcute de autor ajung la concluzia că trebuie părăsită întrebuințarea de substanțe anti-coagulante și mai ales a citratului de sodiu.

1) Injecția de sânge pur luat de la același individ dintr'un grup compatibil nu a fost nici odată urmată de o criză hematologică, nici de tulburări, imediate sau tardive; prelevarea s'a făcut cu o seringă și ac parafinat și reinjecția a fost imediată.

2) Din contră injecția aceluiași sânge amestecat cu citrat de sodiu a fost urmată apoi de o criză hematologică, leucopenie, după 45 minute după injecție.

3) Injecția de ser fiziologic citratat sau de globule spălate nu a fost urmată de nici o stare rea. Așa dar substanțele incoagulabile produc o modificare a echilibrului coloidal, și a structurii substanței proteice, încât organismul reacționează la transfuzie ca la introducerea unei proteine heterogene.

Ne vom servi de sânge pur în practica transfuziei.

Effets thérapeutiques de l'acetylcholine. Maurice Villaret et L. Justin Besançon. (Presse méd. No. 38-1928). — Caută o substanță capabilă de a dilata arteriolele, măbind în același timp tonusul capilarelor și întrebuințează acetylcholina. Față de colină derivatul acetyl este de o sută mii ori mai activ asupra presiunii arteriale și de trei ori mai toxic. Din cercetările terapeutice deduc că diversele stări patologice după rezultate fiziologice, justifică tratamentul lor cu acetylcholina. Unele tulburări morbide reacționează la doze minime de medicament. (5—15 ctgr., în injecție sub cutanată), altele necesită doze mai mari de 15 centigr. dimineața și sara timp de o săptămână; apoi se da această doză zilnică, ameliorări s'au observat în arteritele stenozante.

Ajung la concluzia: 1) acetylcolina posedă o acțiune terapeutică puternică, susceptibilă de a se aplica în diferite stări patologice.

2) Substanța vazodilatorie a arteriolelor, mai ales a membrilor, are un efect vazo-motor diferit ca a celorlalte vazo-dilatatorii: nitriți, histamina. E vagomimetică, nu lucrează asupra pneumogastric, ca pilocarpina și ezerina.

3) În injecții sub cutanate e indolore, nu produce nici un accident tardiv, nici imediat, nu se acumulează

4) Produce o ameliorare rapidă în: sindromul lui Raynaud, arterită stenoasă a membrelor, spasm vascular de diferite cauze, sclerodermie. În tulburări trofice a bonturilor de amputație, în sudori profuze a tuberculoșilor dă bune rezultate.

5) În spasme ale arterelor retiniene sau cerebrale acetylcolina e eficace.

6) Ar trebui urmărite efectele ei în stări patologice ale sistemului cardio-vascular.

Autorii își propun de a arăta consecințele fiziopatologice ale acestui studiu therapeutic.

Dr. R. Hirsch

Tratamentul Dermoanergic al Mastitei puerperale. Albert Hamm. (Presse Médic. No. 40-918). — Autorul plecând de la concepțiunea imunității locale a lui Besredka, după care celulele fixe ale organismului prezintă la stabilirea imunității, tratează mastitele puerperale cu un *antivirus*, obținând efecte multumitoare. În special pentru maladiile cu strepto sau stafilococ, aplicarea principiilor de imunitate celulară a fost încoronată de succes.

Întru cât în mastite, infecțiunea se face pe cale cutanată, e logic ca să întrebuițăm aceiași cale pentru introducerea antivirusului ce va trebui să producă vaccinarea celulelor receptive. Cu toate măsurile de asepsie, ce se iau, 40%, din primipare fac mastite din cauza inoculării pielei cu o floră microbiană nouă provenită din gura noului născut, a cărei origină este sigur filiera genitală a mamei, unde microbii au fost saprofități. Constatând că imunitatea antistreptococică bazată pe prezența anticorpilor în ser este un fenomen capricios, și că stoc-vaccinurile nu sunt prea eficace, Hamm aplică numai vaccinarea locală cu antivirus. Împreună cu *Woringer*, autorul distinge 2 funcțiuni imunizante ale pielei: una nespecifică *dermoafilaxia* și una specifică *dermoanergia*, care fiind manifestarea unei hiperactivități cutanate, are de scop producerea de anticorpi specifici. Pentru *tratam. abortiv* al mastitelor este suficient să aplicăm *antivirus*, vaccin care activează funcțiunile de apărare ale pielei. Acțiunea acestuia fiind strict specifică e bine că în toate mastitele să așteptăm mai întâi răspunsul bacteriologic.

Efectul dermo-anergic direct poate fi re-deșteptat și de fricțiuni în altă parte a cazului cu un vaccin mixt de antivirus cu antigen (Salantal).

Dr. Vasilescu

FIZIOPATOLOGIE

Sur certains points de physiologie pathologique concernant les affections vasculaires périphériques. Maurice Villaret et Justin-Besançon. (Presse méd. No. 43-1928). — Autorii caută a preciza mecanismul reacțiilor vasculare spre a interpreta tulburările funcționale ca sincopa albă și albastră a extremităților, claudicația intermitentă, ixhemia permanentă fără obliterații vasculare. Odată ce azi se știe că arteriola, capilarul, venula au o fiziologie diferită, vor reacționa diferit la un excitant dat. De exemplu histamina dilată capilarele și nu influențează calibrul celorlalte vase.

Autorii insistă asupra importanței tulburărilor funcționale în afecțiunile vasculare periferice și cercetează presiunea venoasă periferică și arată pro-

bele farmaco-dinamice ca histamina și acetylcolina. Incep a distinge spasmul arterial de obliterație. Cu ajutorul probei dinamice caută a determina capacitatea maximă a vasului studiat, eliminând orice stricțiune funcțională. Spasmul sau obliterația într'un punct dat nu sunt suficiente de a explica lipsa de irigație periferică. Se știe rolul ce'l au în derivația sângelui arteriolele musculare când trunchiul arterial principal este obliterat.

Trebue să știm dacă aceste arteriole sunt sau nu permeabile. Cu ajutorul *acetylcolinei* în injecție sub-cutanată ce dilată la maximum căile de derivație arteriolare ne dăm sama că avem o stricțiune funcțională a micelor vase; de exemplu într'o gangrenă uscată a piciorului cu obliterația pedioasei, degetele devin ros după acetylcolină. Așa dar acetylcolina suprimă spasmul arterial, care poate produce și gangrenă. Unele arteriolite sunt constituite în urma stenozei arteriolare. Cu ajutorul acetylcolinei putem deosebi unele acrocianoze de origina venoasă de cele de origină arterioară sau capilară. Acetylcolina suprimă durerile atroce ale membrilor inferioare în legătură cu tulburările vasculare, a tulburărilor vaso-motorii, și o ameliorare a tulburărilor trophice.

Probele funcționale test cu histamina și acetylcolina și măsurarea presiunii venoase ne dau pentru diagnosticul și pronosticul afecțiunilor vasculare date de prima importanță.

Dr. C.

Rolul acidozei în pathogenia simptomelor uremice. Ambard et F. Schmid. Presse méd. No. 21-1929. — Simptomele uremice ar fi datorite toxemiei și acidozei. Existenta unei acidoze la uremici ar fi consecința supra-încărcării albuminelor cu acid clorhidric. Aceasta a fost demonstrată experimental de Hamburger. Aastă hiperclorhidrie a țesuturilor și mai ales cea a centrilor respiratori deslănțuie sindromul respirator al uremicilor. Fiziologia actuală ne arată că intensitatea ventilației pulmonare este în funcție de Ph. și e influențată de acidul clorhidric. Hiperclorhidria țesuturilor variază în funcție de clor sanguin.

Anemia și poliuria uremică își găsește explicația în variațiile clorului sanguin. La uremici avem hipercloruremie cu hiponatremie putem admite că avem aci o supra-încărcare a albuminelor cu Hcl. și o micșorare a Nacl în soluție, așa dar o mărire a presiunii osmotice în glomerul ceia ce explică poliuria uremică. În urma ingestiei de clorur de sodiu avem o mărire a acid clorhidric a țesuturilor și o scădere a rezervei alcaline a țesuturilor, ce ar explica unele manifestații uremice.

Influence de l'ingestion d'albuminoïdes sur la pression arterielle. Ph. Pagniez și A. Escaller. Presse Méd. No. 1-1928. — Discută modificările tensiunii arteriale consecutive ingerării de alimente și a observat la indivizii normali în prima perioadă a digestiei o scoborâre a tensiunii arteriale. Albuminoidele au o acțiune hipotensivă specială mai pronunțată ca a celorlalte alimente. Această hipotensiune se găsește și la hipertensivi. Din punct de vedere practic autorul recomandă a nu se ține sama de cifrele de tensiune la un individ în perioada digestivă de cât corectând tensiunea cu o găsim cu 2—3 c. m. Hg.

Putem găsi 13 la un individ ce are înainte de masă 15, etc.

Recherches sur le cartilage d'accroissement des os longs. A. Pollicard.

Bull. d'Hyst. appliquée à la Physiologie et à la Pathologie. (No. 4-1928). — Comunică rezultatul cercetărilor sale asupra mecanismului osificării enchondrale și mai ales a cartilajului de conjugație. A făcut cupe în serii pe oasele copiilor noi născuți normali și ajunge la concluzia 1) Din punct de vedere fiziologic se poate deosebi în osificarea enchondrală o serie de modificări histologice: creșterea substanței fundamentale a cartilajului, formația corpusculului cartilagos, regresivitatea și retracția substanței fundamentale în urma degenerescenței celulelor corpusculilor, depozitul de lamele osoase în cavitățile corpusculare mărite, resorbția unei mare părți din aceste lame.

Toate aceste procese par a se înlănțui. 2) Substanța fundamentală lipsită de celule suferă o evoluție regresivă, se deshidratează, se infiltrează de săruri calcare, se retractă. Cavitățile corpusculilor se măresc, se fuzionează. Tracturile directe sunt constituite. 9) Cavitățile cartilaginoase sunt năvălite de limfa interstițială, produs de exudația plasmei. Această limfă se coagulează. În rețeaua fibrinoasă celulele conjunctive cresc. Avem o adevărată organizare a chiagului limfatic. O parte din fibrină se depune între tracturile substanței fundamentale calcificate. Se transformă în rețeaua colagenă a unei lamele osoase. 4) Formația lamelor osoase este foarte activă.

La un moment dat care corespunde cu stabilirea unei circulații sanguine regulate se stabilește procesul de resorbție. Avem osteoliză și dispariția unui mare număr de tracturi formate.

Acest fenomen de resorbție osoasă dedesubtul zonei de osificare este foarte important de cunoscut. Aci se exercită influențele patologice asupra oaselor, leziunile cari constituie sifilisul congenital, osos numit de pediatri osteochondrită se rezumă la o mărire a intensității fenomenelor de resorbție.

Această resorbție poate fi așa de mare că rândul corespondent al zonei de osificare să fie complet lipsit de tracturi osoase, acestea sunt formate normal în zona supra-jacentă dar suferă repede o osteoliză completă sub influența granulațiilor sifilitice. Astfel se poate explica din punct de vedere histo-fiziologic imagini anatomo-pathologice cunoscute de [mult dar neînțelese din punct de vedere fiziologic.

Dr. R. Hirsch.

Mecanismul producerii hipertrofiei tip excentric și al dilatațiunii primare a cordului. L. Katslabros. (Paris Médical No. 21-928). — Sub numele de hipertrofie excentrică descrisă de Tripier și observată mai ales în insuficiența aortică, autorul înțelege o hipertrofie ventriculară caracterizată prin lungirea marelui ax al cordului, îngroșarea moderată a pereților și prin mărirea considerabilă a cavității ventriculare.

Dilatațiunea primară a cordului (Vaquez și Potain) este mărirea cavității cardiace determinată de o undă sanguină retrogradă, fără a se însoți de hipertrofie musculară. Este primul mod de acțiune al cordului față de mărirea tensiunii intra-ventriculare.

După ce trece în revistă teoria prof. Bard asupra modului de a se produce al hipertrofiei cardiace, K. printr'o serie de experiențe fizice ajunge la concepția sa patogenică asupra acestei hipertrofii, rezumată în câteva puncte:

1) Dilatațiunea primară se mărește și se întreține prin tensiunea intra-ventriculară a relaxării musculare. În insuficiența aortică dilatația primară

este mai considerabilă, pentru că tensiunea intra-ventriculară a diastolei este mai puternică.

2) Hypertrofia ventriculară se face prin surplus de travaliu sistolic cardiac, surplus muscular determinat de hipertensiunea sistolică intra aortică.

3) Deci hipertrofia excentrică în insuficiența aortică se face prin combinarea dilatației primare și hipertrofiei musculare.

Dr. I. Vasilescu.

MEDICINA INTERNĂ

Le syndrome phrénico-pupilaire dans les affections pleuro-pulmonaires. M. M. Emil Sergent et Paul George. (Presse Méd. p. 28/IV/1928. — Trebuie rezervat un loc semnelor indirecte de localizare, bazate pe date anatomo-physiologice care pot lua în unele cazuri o valoare diagnostică importantă. Din asociația tulburărilor pupilare și leziunea phrenicului ese sindromul phrenico-pupilar, aceasta se poate vedea în cursul leziunilor latente și progresive, în tuberculoza ulcero-caseoasă bilaterală, în leziuni sclerozante însoțite de atracția mediastinului cu deviația tracheei.

Uneori paralizia phrenicului este însoțită de paralizia nervului recurent stâng, autorii comunică un asemenea caz la un bolnav cu neoplasm al plămânului stâng complicat de o gangrenă pulmonară. Uneori se observă midriază asociată cu paralizia frenicului, alteori myosis paralytic și o paralizie a frenicului. Sindromul frenico-pupilar ce se poate observa în toate afecțiunile pleuro-pulmonare, are o mare valoare diagnostică când semnele fizice sunt fruste sau încă latente. Cu acest sindrom se poate localiza leziunea și întinsul leziunii, ce se presupune.

Dr. C.

L'Hippus respiratorio nelle affezioni del mediastino. Dr. Francesco Tometti. II. Policlinico-sezione pratica No. 5 Martie 1928. — În 1903 Roch atrase atenția asupra unui fenomen pupilar observat la un pacient atins de anevrism al crosiei aortei cu aderențe pleurale pericardice și mediastinale. Fenomenul consta în dilatarea pupilei la inspirație și contractarea ei la expirație. Era constant și bilateral, Roch îi dăde numele de Hippus respirator.

La această observație unică autorul adaugă alte 3 personale. Hipusul respirator coexistă cu o masă mediastino pulmonară compresivă la un caz, la al doilea cu o lymphogranulomatoză mediastinală, la ultimul cu un anevrism al crosiei aortei. Fără a da aderențelor pleuromediastenale aceași importanță preponderantă ca Roch, autorul vede în hipusul respirator un efect al stazei venoase în sistemul Cavei superioare. Inspirații care atenuiază această stază, fac să diminue volumul capilarelor iriene. Invers ele se des-tind și irisul se contractă la expirație. Este un bun semn de compresiune al mediastinului antero-superior.

Leziunile inflamatoare ale diafragmului și sindromul diafragmatic. M. Vikker. II Policlinico sezione pratica. No. 10, 12 Martie 1928). — Autorul propune de a duce o mai mare precizie așă zisei *diafragmita*. E o leziune, care scapă adesea diagnosticului, dar poate fi recunoscută, dacă se face atențiune la un complex de semne. Trebuie evitat mai ales, ceace se întâmplă adesea, de a confunda leziunea inflamatorie a diafragmului cu o peritonită și de a supune pacientul la o intervenție inutilă.

Schimbară repede a situației, dramatică la începutul său, pare caracteristică pentru afecțiune care, după mai multe zile se desvoltă fără simptome net marcate. Musculatura abdominală rămâne mult timp în o stare de contractură, dar durerile spontane și la palpație dispar repede. Pulsul nu inspiră nici o neliniște și nu concordă cu diagnosticul de peritonită la care se poate gândi văzând contractura musculară și vărsăturile, diagnosticul se poate face cu radioscopia. Diafragma este limitat, dacă un complex împiedecat în mișcările sale; după leziune, fenomenele sunt uni sau bilaterale.

Câte odată inflamațiunea se propagă din o parte la cealaltă. Puține zile după dispariția simptomelor acute din o parte, cealaltă poate deveni sediul unui intens proces inflamator. Percuția permite în unele cazuri de-a decela o zonă de matitate, din cauza poziției ridicate ocupate de partea afectată a diafragmului, care traduce o stare de parezie, ne gândim atunci la o colecție de lichid de origine pleurală. Inflamația diafragmului este excepțional primitivă, dar apare cel mai adesea în urma altor afecțiuni.

În general ne găsim în fața unei localizațiuni sus diafragmatice a boalei primitive, care se termină prin a se propaga la suprafața superioară a diafragmului.

Dr. S. Paulon

Les suppurations à bacilles de Pfeiffer. René Legroux et Paul Giroud. (Presse Méd. No. 1'8-1928). — După ce descriu morfologia, proprietățile biologice ale bacilului Pfeiffer arată localizarea patologică a acestui microb. Broncho-pneumoniile post-gripale, pleurezii purulente ce urmează broncho-pneumoniilor sunt datorite bacilului Pfeiffer în asociație cu streptococul, pneumococul.

În hemocultură a fost găsit bacilul Pfeiffer.

În meningite supurate la sugaci foarte dese-ori s'a găsit bacilul Pfeiffer la examenul microscopic, mici bacili fini, cu spații clare Gram negativ, extracelulari mai rar intra-celulari. La adult infecția meningească cu bacil Pfeiffer e mai rară, — dar e bine suportată, nu e întotdeauna mortală. Bacterioterapie s'ar putea încerca în cazurile de evoluție lentă, care dă timp organismului să reacționeze, — pe când în formele acute ale supurațiilor datorite bacilului Pfeiffer se va întrebuița seroterapie specifică. În cât din manifestările patologice se vede că bacilul Pfeiffer este un microb pyogen, cu sediul în căile aeriene superioare și de aci se poate dezvolta în toate părțile corpului.

MEDICINA EXPERIMENTALA

Vaccinarea Anti-Alfa a lui I. Ferran. Abelardo Saenz et Jose M. Estape. Revue de la tuberculose. No. 2-1918. — După savantul catalan, tuberculoza este o maladie care derivă, la origină, dintr'o bacterie saprofită ne acidorezistentă banală (Bacterie Alfa) pe care Ferran a izolat-o din produse diverse. Această bacterie se poate transforma, prin *mutațiuni brusce ascendente* în vivo, în bacilul Koch. Pentru Ferran deci, bac. Koch nu ar fi decât o formă transitorie (γ) a parasitului Tbc., capabil de a da 4 forme diferite pe care autorul acestei originale teorii le desemnează cu primele litere ale alfabetului grecesc α . β . γ . Δ .

Bacteria α . (alfa) începe ciclul mutațiilor ascendente; e un bastonaș, neacido rezistent, Gram negativ mobil, cultivabil pe medii de cultură nutritive pe care crește grupul bac. Colitiyphic, căruia ar aparține și bacteria α . Nu sensibilizează la tuberculină. Prezentă în toate organismele, se confundă cu bacteria Epsilon și produce uneori septicemii hemoragice ca f. tifoidă, paratifoidă, afecțiuni colibacilare și tuberculoza. Prin mutație bruscă ascendentă bacteria se transformă în bac. Koch acido rezistent sau bacilul Beta al lui Ferran. Această bacterie β . este intermediar între α și adevăratul bacil a lui Koch (γ lui Ferran).

α , β . și γ . a lui Ferran constituie ciclul de mutație ascendentă în vivo, al cărui principal caracter este *irreversibilitatea*. Cu bacteriile Delta și Epsilon Ferran construiește seria regresivă sau descendentă care derivă din bacilul Koch (γ .) Bacilul Δ produce tuberculina și este acido rezistent ca și bac. Koch; bacilul Epsilon derivă prin mutație regresivă din Δ . este ne acidorezistent, nu imunizează animalele contra bac. și nu sensibilizează la tuberculină.

Vaccinul *Anti-Alfa* al lui Ferran căruia el îi atribuie proprietăți imunizante față de tuberculoză, este o cultură mixtă, în bulion, de bacterii α . și Ξ . și a altor spețe microbiene din flora intestinală, încălzită la o temperatură necesară de a omorî unii germeni și a atenua pe alții. Vaccinul anti Alfa nu este eficace decât contra propriului său antigen, adică contra bacteriei α . Cum bacilul tuberculos își ia origina din ea, combătând vom împiedeca după Ferran, dezvoltarea bacilului Koch γ .

Autorii articolului de față căutând să se convingă de eficacitatea trămbițată a acestui vaccin, au inoculat subcutanat mai mulți cobai și epuri de casă. Nu au obținut nici un rezultat demn de a fi notat, și nici nu au constatat identitatea dintre acești bacili și grupul coli-tificilor.

Doctorul Benito Soria (Cardoba) tratând 32 adenopatii tracheo bronchice cu vaccin anti Alfa, obține câteva rezultate mulțumitoare, dar efectele terapeutice nu sunt rezultatul unei acțiuni specifice a vaccinului, cât al *proteinelor* care le conține și a substanțelor albuminoide din bulionul peptonat, pe care a fost preparat.

Doctorul Vacarezo încearcă vaccinul anti Alfa în tratam. preventiv al tuberculozei, dar rezultatele obținute sunt atât de insignifiante, că pot fi interpretate ca simple fluctuațiuni în afară de orice acțiune imunizantă. El ajunge la concluzia că vaccinul anti Alfa este incapabil de a reduce indicele mortalității la proporțiuni inferioare celei ce a fost obținută prin simple măsuri profilactice.

D. I. Vasilescu

NEURO-PATOLOGIE

La tension du liquide céphalo-rachidien dans les compressions de la moelle. par Raymond Riser et Sorel. (Presse Méd. No. 18-1928). — Studiază modificările tensiunii lichidului cefalo-rachidian în 11 cazuri de compresii medulară, deasupra și dedesubtul leziunii.

Paralel studiază tensiunea lichidului cefalo-rachidian pentru a trage comparații utile.

La indivizi normali cifrele cele mai obișnuite ale tensiunii sunt 15 și 20, după sustracțiunea de 5, 10 și 20 c. mc. de lichid presiunea se micșorează apreciabil pentru a reveni la cifra inițială.

La 9 bolnavi atinși de blocaj total al spațiilor sub-arahnoidiene au observat la 6 bolnavi o diminuare a tensiunii inițiale. Iar după sustracțiunea de 3-4 cm. c. de lichid la bolnavii cu compresioni medulare avem o diminuare foarte mare a tensiunii lichid ceph. rach.

În rezumat explorația manometrică dă dese-ori rezultate practice imediate în compresioni ale măduvei, blocajul spațiilor sub-arahnoidiene ne poate afirma o izolare dar nu ne poate da sama de cauza și sediul leziunii.

Așa dar la patul bolnavului, profitând de puncția lombară inițială, se poate afirma starea normală a spațiilor sub-arahnoidiene, cu lichid liber, sau din contră blocajul lor printr'o leziune compresivă.

În stenoze parțiale, se impune explorațiunea cu lipiodol. Proba cu lipiodol ne poate da o imagine care ne lămurește asupra naturii compresiei: tumori, arahnoidite, pachimeningite. Cu lipiodolul localizăm leziunea în raport cu scheletul.

Dar prin simplitatea sa proba manometrică trebuie aplicată întâu, ea va constitui primul timp al explorației arahnoidiene.

Reflexul medio pubian. **George Guillain și Th. Alajouanine.** *Presse Médic.* No. 36 din 1928. — Autorii au descris acest reflex periostal în 1923 și au arătat importanța lui în diagnosticul leziunilor medulare dorsale inferioare.

Se caută așezând bolnavul în decubit dorsal, cu membrele inferioare puțin depărtate și cu coapsele în ușoară flexiune, abducție și rotație externă. Dacă percutăm simfiza pubiană, se produce un *răspuns inferior* caracterizat prin contractura mușchilor aductori ai coapsei și pectineu și un *răspuns superior* (contractia dreptilor abdominali) cari strâng centura abdominală.

Ca *modificări patologice* ale acestui reflex semnalează: *Exagerarea* când pe lângă contractia dreptilor abdominali se poate contracta marele dorsal, pielosul gâtului și micii mușchi ai feței, dar care nu prezintă importanța semiologică ca *abolirea* reflexului. Această exagerare se produce în paraplegii, alterare piramidală unilaterală și hemiplegie; *Abolirea* mult mai importantă pentru că ne edifică asupra leziunilor măduvei dorsale inferioare. Poate și *asociată* cu areflexie tendințoasă generalizată, (alterațiuni poliomielitice, nevrinite radiculare, tabes) sau să rămână *izolată*. În unele afecțiuni ale neuronului periferic, abolirea poate fi *disociată*, adică lipsește răspunsul superior sau inferior. Această disociere permițându-ne să situăm nivelul superior al leziunii medulare, ea constituie interesul topografic al abolirii reflexului, ce-l căutăm.

Valorii localizatrice îi vom da cu atât mai multă atențiune, cu cât măduva dorsală inferioară are o semiologie mult mai săracă decât umflăturile cervicale și lombare.

Dr. I. Vasilescu.