
MIȘCAREA MEDICALĂ

REVISTĂ MEDICO-CHIRURGICALĂ
INDEX ANALITIC MEDICAL ROMÂNESC

SUMARUL

I.

	<u>Pag.</u>
Necrologie: † Prof. D-r Emil Savini... de D-r M. Derevici . . .	497
Cronica de D-r M. Cănciulescu . . .	499
A. — REVISTĂ ANALITICĂ	
Cesare Lombroso. Opera sa: L'uomo delinquente de Prof. Io- <i>nescu-Muscel</i>	501
B. — LUCRĂRI ORIGINALE	
Sistemul vegetativ și Clasificația tuberculozei pulmonare de <i>Docent D-r Iagnov</i>	514
Importanța factorului extrarenal în metabolismul apei. — Ro- lul ficatului de <i>Docent D-r I. Daniel</i>	523
C. — FAPTE CLINICE	
Auto-Superinfecție sifilitică cu punct de plecare ganglionar de <i>D-r V. Drăgoescu</i>	531
Asupra unei pleurezii interlobare cazeoase tratate cu antigen metilic de <i>D-rii S. Paulon, I. Rosenstein și I. Vasilescu</i>	535

II.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNESCĂ

A. — SOCIETĂȚI ȘTIINȚIFICE

Soc. anatomo-clinică din Iași Ședințele din 9 Dec. 1928—2 Febr.—26 Mai 1929	543
Soc. de biologie section de Bucarest Séance du 18 Avril	556
Soc. medicală a Spit. din București Ședința din 10 și 24 Aprilie, 8 și 22 Mai 1929	558
Soc. de neurologie, Psihiatrie, Psihologie și Endocrinologie din Iași Ședința din 15 Martie, 26 Aprilie, 16 Iunie 1929	560
Soc. de Oto-Neuro-Oftalmologie Ședința din 23 Mai	567
Asoc. Științelor medicale din Bihor și Oradea Ședința din 19 Martie 1929	569

B. — PUBLICAȚIUNI MEDICALE

Clujul medical No. 6 1929	572
Revista de Chirurgie No 6 1929	573
România medicală No. 12-14 1929	574
Revista Sanitară Militară No. 2-3 1929	575
Spitalul No. 6 1929	576

C. — T E Z E

Fac. de Medicină Iași din Aprilie-Iunie 1929 No. 453-483	578
Fac. de Medicină București din Mai-Iunie 1928 No 3076-3.22	582

D. — CĂRȚI — MONOGRAFII

Etude botanique et pharm des Jusquiames de Farm. D-r M. Petrescu	587
---	-----

III.**MIȘCAREA MEDICALĂ STRĂINA****ACTUALITĂȚI**

Fisio-Patologie	591
---------------------------	-----

IV.**SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC**

Involuție .. Revoluție... dar nu Evoluție...	597
--	-----

C R O N I C A

D-l Prof. Petre Ionescu-Muscel, adept convins al școalei italiene pozitive de drept penal, expune în trăsături generale *Conceptiile lui Lombroso* asupra criminalului înăscut coprinse în cartea sa *L'uomo delinquente*.

Ideile lui Lombroso, cu toate exagerările mai ales în ce privește statuarea tipului anatomic al criminalului, au rămas; ele au permis lui Enrico Ferri prin adaptare să pună bazele actualei școale penale pozitive, pe ale cărei date trebuie să le cunoască nu numai juristul, chemat să aplice sancțiunile, dar mai ales medicul, căruia îi incumbă sarcina de a stabili partea responsabilității conștiente și felul măsurilor de luat în interesul societății pentru a o putea garanta și pe urmă a-i recupera pe delinquent.

Ca idei esențiale sunt de reținut în acest studiu analitic: delictul se întâlnește la organisme inferioare (animale), sălbateci, copii; el apare „ca o cauză profundă a criminalității prin perturbația structurii și funcționării centrilor superiori psichico-motori”; criminalul înăscut posedă „un craniu mic mai des fuguit, fața mare, orbitele adânci, eșitură frontală și maxilar inferior proeminent sau șters, mușchi frontali dezvoltati cute adânci, buze groase, dinți cariați, deschizătura brațelor mare și piept bombat, șiră încovoiată și picior plat foarte flexibil” etc. etc., caractere antropologice, cari pot lipsi la mulți criminali, cărora le este însă mai comun un dinamism psihic viciat, transmis prin hereditate sau dobândit prin contingente nenorocite.

De remarcat capitolele, cari tratează despre psihologia delinquentului cu afectele și înclinațiunile lui și cele cari privesc instituțiunile penale, dela cari trebuiesc să decurgă sancțiuni nu cu caracter de pedeapsă ci măsuri de preservare a societății și putința de îndreptare pentru răttăcit.

D-l Docent D-r I. Daniel expune—în continuare—*Turburările de metabolism ale apei tributare ficatului*.

Ficatul derogă în unele stări patologice dela funcția sa hidroregolatoare normală (ficatul este un fel de rezervor de apă; ficatul regulează debitul apei, care trece în sânge, printr'un fel de sistem de baraj valvular situat pe terminațiile venei porte, care ca un adevărat stăvilar, se închide și deschide; ficatul este locul de producție al limfei, căci dacă se ligaturează limfaticele ficatului, canalul toracic nu mai dă limfă) și intervine în sensul unei turburări de reținere sau eliminare a apei (opsiuria ciroticilor, oedemele de origine hepatică, crisa urinară terminată a

ictericilor, diureza exagerată a apelor minerale oligometallice) în mod direct, mecanic, sau indirect, prin alte turburări de metabolism cu răsuna net asupra celulei apei.

Metoda lui Volhard și chiar cea a lui Vaquez și Cottet, bazate pe principiile diurezei provocate, nu dau date precise decât asupra apei eliminate prin rinichi.

Autorul împreună cu Högler—pentru a putea aprecia concomitent și starea funcțională a factorului extrarenal în procesele de schimb și eliminare ale apei—au imaginat o nouă metodă, în care prin măsurarea urinei și a greutății corpului, prin numărătoarea globulelor roșii raportate la cantitatea de sânge, prin cercetarea viscosimetriei serului și sângelui și prin cea a refractometriei serului pot stabili exact componenta renală și extrarenală de eliminare și bilanțul apei din sânge și țesuturi.

Sunt cercetări de orientare generală, prin care—ținându-se seamă și de caracteristica funcțională a fiecărui din organele care compun sistemul renal sau extrarenal—se va putea mai bine degaja modul cum intervin acele organe în turburările de metabolism al apei.

D-l Docent D-r Jagnov în a doua comunicare, privind **Sistemul nervos vegetativ și Clasificația tub. pulmonare**, ajunge la concluzia că tuberculoșii sunt amfo și hipoamfotonici—asa că D-sa înfirmă aserția făcută, între alții, de Guth că: leziunile tuberculoase înaintate și exudative ar prezenta o sensibilitate mai pronunțată a vagului, iar cele incipiente și indurative ar prezenta o sensibilitate mai mare a simpatichului și contestă astfel posibilitatea de a baza o clasificație a tuberculozei pulmonare pe criteriul reacțiilor vegetative.

D-l D-r V. Drăgoescu publică observația unui cas de Auto-superinfecție sifilitică cu punct de plecare ganglionar, adică de felul celeia care a fost descrisă pentru prima oară de D-l Prof. S. Nicolau.

D-nii D-ri S. Paulon, I. Rosenstein și I. Vasilescu publică observația unei Pleurezii interlobare cazeoase, care simula radiologiceste un kist hidatic al pulmonului și care a fost extrem de favorabil influențată prin tratamentul cu antigen metilic.

D-r M. Cănculescu.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

E. MARVAN

† **Prof. Dr. EMIL SAVINI**

1881 — 1929

A urcat treptele evoluției științifice cu multă perseverență, ajungând să illustreze Facultatea de Medicină din Iași, ce l-a chemat la catedra de Farmacologie. A depus o muncă încordată pe terenul științific, neglijând obstacolele și făcând un apostolat din activitatea sa de medic, om de știință și profesor. Era iubit și urmărit cu admirație și încă multe, multe speranțe, dar o crudă boală l'a răpus în floarea vrâstei, când marile proiecte de sinteză științifică și directive generale aveau în spiritul său un teren așa de bine și îndelung pregătit. Deplâns de familie, colegi, colaboratori și toți cei cunoșteau și cari au venit să depună la mormântul lui omagiile de dureroasă simpatie, admirație și pioasă amintire, Prof. Emil Savini va rămâne pururea viu prin operele sale pe terenul științific.

O simplă enumerare a lucrărilor ar fi suficiente pentru a arăta cât a muncit, cât de bogată și multilaterală i-a fost activitatea și cât de intens ardea în sufletul său flacăra geniului științific. Fecunditate în concepții, precizie și critică în cercetări, arta în expunere, — i-au fost principiile ce-l călăuzeau în activitatea sa.

În domeniul *Patologiei și Clinicei medicale*, cercetările sale cu privire la tachicardia paroxistică; epistaxisul juvenil, hemoroide și congestia cerebrală; tipul constituțional simpatic; etiologia și patogenia idioșiei amaurotice; varicelă; determinarea valorii funcționale a pancreasului, acțiunea farmacodinamică a strofaninei și teobrominei. — sunt de natură a contribui în mare măsură la elucidarea chestiunilor în desbatere.

În domeniul *Medicinii experimentale și a Imunologiei*, Prof. Savini a lucrat la clarificarea mecanismului producerii anticorpilor, la acet al fecundației, la condițiunile activității inimii izolate a mamiferilor, vaccinoterapia în tifosul exantematic, anafilaxia în raport cu thyroida, culturi microbiene pe medii glandulare, influența factorului endocrin în cicatrizarea plăgilor, cutireacții glandulare, etc.

Deasemenea în *Chimia fiziologică* lucrările sale relative la valoarea analizelor de urină, cât și la raportul azot total — indoxil urinar prezintă o importanță incontestabilă.

Studiul complex al sistemului nervos în idioșia amaurotică, poliomieliță acută, studiul țesutului elastic și muscular al mameelonului în diferite stări, studiul asupra originii eritrocitelor și a plachetelor sanguine; a lipoidelor leucocitare, xantomului, melanosarcomului, un studiu amănunțit al organelor unei bătrâne de 103 ani, precum și morfologia sângelui în sarcină — sunt importante contribuții a Prof. Savini în *Anatomia patologică*.

În domeniul *bacteriologiei*, lucrările sale relative la biologia bacilului Z. infecția tripano-spirochetică, etc., sunt deasemenea însemnate.

Dar Prof. Savini n'a neglijat nici *tehnica de laborator*. Astfel, a introdus un nou procedeu în colorarea celulelor nervoase cu albastru de metilen horaxat, un altul pentru colorarea fibrelor elastice, a reglementat colorarea după procedeele Giemsa, după scopul urmărit, a adus contribuții la tehnica cultivării și a izolării anaerobilor, precum și a bacilului influenței.

În domeniul *Endocrinologiei* găsim printre lucrările sale contribuțiuni importante în ce privește: organoterapia apendiculară, hipertiroidizmul prehemoptizic în tuberculoză, asistolia de origină endocrină, turburări în epoca premenstruală, tratamentul tiroidian al furunculozei și al pruritului, diatermoterapia în boala lui Basedow, etc.

Din lucrările de *Neurologie* cităm cercetări asupra miopatiei primitive, mecanismul luxației congenitale a coapsei, polinevrita saturnină, patogenia histeriei, etc.

În total 122 lucrări dintre cari o parte au fost publicate în colaborare cu alți autori și mai toate în reviste străine.

Și dacă viața nu valorează decât prin efort și omul nu se afirmă decât prin activitate, cum spunea Prof. Savini, dânsul a probat-o suficient.

Fie-i țărina ușoară!

Dr. M. Derevici.

Prof. E. Savini a făcut parte din Comitetul de redacție al Revistei noastre, pe ale cărei scopuri de ordin științific în primul rând românesc le-a înbrățișat cu nespus entuziasm. Punerea în evidență a secundeii *«Mișcări medicale românești»* la care și el a contribuit atâtă, l-a pus în primele rânduri ale susținătorilor ideii.

Dar greaua pierdere, ce încearcă Revista, prin dispariția sa, va da nou imbold la muncă urmașilor.

Diracția

CESARE LOMBROSO

Opera sa: „L'uomo delinquente”¹⁾

de

Prof. PETRE IONESCU-Muscel

Doctor în drept dela Universitatea din Roma

Lombroso publică în 1876: „*L'uomo delinquente*”, operă ce în scurt timp atrase atențiunea medicilor și juriștilor. Pe medicii îi interesau afirmațiunile lui Lombroso asupra omului delinquent din punct de vedere biologic, iar pe juriști din punct de vedere al impu-tabilității penale. În lumea juridică opera aceasta prezintă mare însemnătate, căci după ea a luat naștere școala pozitivă penală, cu Ferri și Garofalo, având la baza ei datele antropologiei criminale-lombrosiene. Iată teza susținută de Cesare Lombroso:

EMBRIOLOGIA DELICTULUI²⁾

Delictul și organisme inferioare

Dupăce Espinas, arată Lombroso, a aplicat studiul zoologic la științele sociale, Cognetti l-a aplicat la cele economice și Flouzeau la cele psihice, că școala pozitivă își are baza în evoluție și-i caută aplicarea în antropologia criminală. Vechii juriști vorbeau de o justiție divină și eternă, cu toate acestea actele criminale sunt naturale. În „Omicidio”, Enrico Ferri dădu 22 categorii de omoruri printre animalele de acelaș fel, asemănătoare cu delictele umane. Cauza fu lupta pentru existență. Toate acestea sunt efectul necesar al eredității, al structurii organice sau al concurenții vitale, etc. Sunt la animale delictе datorite unei perversități individuale.

Mai importante sunt însă cele în legătură cu alterările cerebrale și cranice. Educația făcută la noi animalelor — e transformată de ereditate în instinct. La animale întâlnim: canibalismul, infanticidul, paricidul. Sunt la animale, ca și la om, acte sodomitice, sexuale nepermise, — cari dau naștere la onanism, (mai cu seamă la câini și maimuțe).

1. Dăm aici un studiu sintetic după *Luomo «Delinquente»*: ediția din 1924 — care a apărut sub îngrijirea d-nei Gina, fiica lui Lombroso. Prima ediție a apărut în 1876, însă aceia a suferit modificări însemnate și diferă mult de ultima ediție — refăcută însăș de Lombroso și tipărită apoi de Gina Lombroso.

2. Studiul de antropologie în genere s'au făcut și înainte de Lombroso. Se cunosc chiar din anul 1501, când pomenește despre ele într-o operă a sa Magnus Hundt (Topinard). Se citează apoi Gall, Flouvens, Lavater (1741—1801). În sec. XIX-lea au studii fecunde de antropologie: Morel, Döspine, Broca (Franța), Greisinger (Germania), Carol Livi (Italia), Buetlet (Belgia), Nicolson, Thompson (Anglia), Babeș, Marinescu, Minovici (România). Nu dela Lombroso a început un studiu antropologie, care în genere există; dela Lombroso a început un studiu special pentru delinvenții, numit antropologia criminală. Lombroso e dar fondatorul antr pologiei criminale, ale cărei date s'au luat de către «Școala pozitivă penală» = (Ferri, Garafalo). A se vedea lucrarea noastră: «*Doctrina Pozitivă Penală*» = tipărită la București, 140 pag., 1928.

Alcoolul, cauza multor crime umane, e întâlnit și la animale. Sunt și la animale asociațiuni de rău-făcători. Sunt dese pedepsele și la animale. Intre animal și om e o continuitate criminală, bazată pe anormalitate. Delictul nu e o manifestare exclusivă a oamenilor, e un fenomen natural verificat în lumea organică inferioară, vegetală și animală, în legătură cu condițiunile organice, al căror efect durabil sunt. Sunt preferabile pedepsele b'ânde, stimulări, premii.

Delictul și prostituția la sălbatici.³⁾

La popoarele primitive acțiunile criminale sunt o regulă, ceva permis și normal. Delictul de desfrâu nu există la sălbatici. Prostituția femeii e echivalentă criminalității masculine. La sălbatici nu există cuvântul căsătorie. Gelozia începea când femeia se dădea la oamenii altor triburi; la ei eră comună femeia într'un acelaș trib. La popoarele primitive, prostituția e o datorie (Ceylon, Groenlanda, Canari, Tahiti). Fata care a păcătuit înainte de nuntă eră o stimă, la Giudanii din Africa și Tibet. Această promiscuitate primitivă a fost perpetuată de religiune, sub numele de „prostituția sacră”, în antichitate și'n India. Mai găsim și sodomia, mai ales la Neo-Caldeeni. Sunt uniuni sexuale ale oamenilor cu animalele. Promiscuitatea femeii trecu apoi la familie; aci obișnuit era incestul (In Peru, Havai, Egipt). Furtul e practicat mult (în America); infanticidul (la Tasmanieni, Piele roșii) și îngroparea copilului cu mama lor. Origina furtului a fost excesul populații; e un act sistematic, cauzat de obiceiuri funerare, sacrificiu religios sau mai târziu brutalitate. Din necesitatea hranei se născu canibalismul (Mexic), uneori ca un războiu de sânge (Tahiti, Tartari). Furtul era practicat ca o profesiune recunoscută. E grav crimele contra obiceiurilor și contra religiunei (în Australia și Oceania). La primitivi nu erau sancțiuni penale; se confunda pedeapsa cu războiu. La început pedepsele erau răsboaiele rituale. Prima formă de dreptate eși dintr'o nedreptate.

Conceptul moral al vinei și delictului eși în momentul când se dete însemnătate pe'epsei. Duelul de atunci se menține și azi, ca și războiul și amenda.

Nebunia morală și delictul la copii.⁴⁾

Se spune că în copil se găsește germenul nebuliei și al crimei, Prez a dovedi precocitatea furiei la copii mici (2 luni). Moreau⁵⁾: „copiii nu pot aștepta un moment aceia ce ei doresc, fără să nu se infurie”. E la copil și instinctul de răzbunare.

Motet⁶⁾: „Minciunile copiilor sunt efectul unei stări mintale ciudate, de automatism asemănător cu cel din somnabulism, auto-suggestie”.

3. Vezi op. cit. vol. I, part. I, pag. 11—20, op. cit. cap. II.

4. Vezi op. cit. vol. I, part. I, pag. 21—28., cap. III.

5. Moreau: De l'homicide chez les enfants 1882.

6. Motet: Accademia di Medicina di Parigi 1886.

Simțul moral lipsește și copiilor mai mari; uneori ei mărturisesc Ideia adevărului, sentimentul proprietății, binele, răul se nasc în copil, ca și'n sălbatic, tocmai după ce au suferit durerea pedepsei. Au afecțiune numai față de acei care le fac bine, plăcere. Iubesc, când așteaptă un profit; nu au milă ci sunt cruzi, față de cei inferiori lor. Copii preferă răul, binelui; din punct de vedere intelectual sunt leneși. Sunt însă vanitoși, le plac îmbrăcămintele frumoase. Sentimentul propriei lor persoane merge la copii până la egoism. Nebunia, crima, furtul se manifestă de timpuriu. Roussel⁷⁾: „În Franța prostituția crește; 1500 din 2582 arătate în 1877; la Bordeaux 461 prostituate din miserie, 32 din directa corupțiune a părinților, 44 din instinct”. Sunt f. precoce tendințele la delictele sexuale, la crime și beție. Date asupra acestui punct Lombroso dă destul de mult. Anormalitatea fizică coincide la copil cu tendințe imorale. Haeckel: „ontogeneza (adică dezvoltarea individului) repetă filogeneza (adică dezvoltarea speciei lor)”. La baza tuturor relelor e lipsa simțului moral. Educațiunea înlătură uneori tendințele rele la copii. Pedepsa la copiii trebuiește înlocuită prin mijloace preventive; pedepsele mai grave să fie utilizate pentru adulți.

Delictul după noua școală penală⁸⁾

Pascal: „furtul, incestul, infanticidul, paricidul, toate și-au avut locul prin acțiunile virtuozose”. Astea numai la sălbatici, căci astăzi sunt socotite delict. Școala clasică de drept penal și școlile filosofice spiritualiste admit că, criminalii sunt dotați cu inteligență și sentimente egale cu ale normalilor; fac dar răul conștient. Școala pozitivă de drept penal spune că, criminalii nu fac crimele prin act conștient, cu voință, ci din cauza tendințelor rele, cari repetă o organizație fizică și psihică diversă de a normalului. Nu studiază delictul abstract, ci pe delinquent, gândindu-se la pericolul făcut de el pentru societate.

Antropologia criminală e examenul delinquentului în raport cu constituția sa organică, psihică și a vieții sale sociale și de relație. Descoperă numeroase caractere atavice în delinquent, cauze fizice, economice, sociale.

Lombroso: „cauza profundă a criminalității stă în perturbația structurii și funcționării centrilor superiori psihico-motori.

Studiază delictul în natura lui intimă. Delinquenți: născuți, ocazionali, nebuni, pasionali, obișnuiți. (Aceasta e diviziunea d-lui Prof. Enrico Ferri, acceptată de Lombroso apoi).

7. Roussel: „Inchiesta sui minorenni = 1883.

8. Vezi op. cit. pa tea I, vol. cap. IV, pag. 29—31.

ANATOMIA PATOLOGICĂ ȘI ANTROPOLOGIA DELINQUENTULUI.⁹⁾

Capacitatea cranică a criminalilor oferă cifre, în medie, inferioare normalilor. În circumferințe cranice ciminalii sunt egali sau superiori normalilor. Diametrul frontal îl au minim, e inferior la criminal; au exagerarea indicelui etnic.

Brachicefalii în Italia de Nord, dolicocefalii în Italia meridională și insulară, iperdolicefalia în Sardinia, Garfagnana și Lucchesia, Calabria și Sicilia, ultrabrachcefalia în Piemont, Veneția. În multe regiuni ale Italiei, asasinii au indicele cefalic mai mare, se găsește mai mult forme ascuțite, decât rotunde. Fața criminalilor e mai mare, ca și la animale. Lungimea feței e mai mare la criminali, ei sunt și mai grei.

Dimensiunile mărite sunt datorite atavismului sau dezvoltării lor musculare. Cavitățile orbitelor sunt mai mari la ei. Interesante sunt anomaliile cranice. Eșitura frontală e mai dezvoltată la anormali, osul temporal e mai mare la delinquent și sălbatici.

Oasele accesorii sunt opuse celor normale. E mai frecvent interparietalul (1,67%), fronto-parietalul (1,67%) decât preinterparietalul (0,8%). La nas sunt deformații la delinquent; oase accesorii, incisura nasală, asimetria oaselor: a) Fosseta occipitală lipsește la gorilă, dar o găsim la mamiferele inferioare. La rasele umane inferioare, mai ales în America, o găsim la nebuni, degenerați, mai mult decât la normali, au o semnificație atavică; b) mușchii frontali sunt dublu dezvoltăți la criminali; c) linia semi-circulară a tâmplii mult mai accentuată la carnivori și adulții primitivi. Femeile au anomalii inferioare bărbaților. Totuși femeile criminale se apropie mai mult de bărbații criminali, ca anomalii, decât de femeile normale. Anomaliile criminalilor sunt mult asemănătoare cu anomaliile nebunilor. Toate anomaliile delinquenților, normalilor și nebunilor Europeni își au corespondentul la sălbatici și preistorici. Criminalii în craniu au tendința de a reproduce formele locale ale vechilor locuitori ai regiunii de unde s'au născut: e atavismul istoric.

*Anomaliile cerebrale, scheletice și viscerale.*¹⁰⁾

Greutatea capului e mai mare la delinquenți; din cele două emisfere craniene cea stângă predomină; întâlnim și cute numeroase anastomotice, prezența a unei a 4-a circumvoluții frontale, formarea unui operculum occipital, etc. La creuș sunt anomalii mai mari. Găsim la delinquenți ipertrofia vermisului, care e lobul cerebral al mamiferelor inferioare. Encefalul și craniul delinquenților au caracterele degenerate și anormale în comparație cu normalii. Prezintă și anomalii patologice, mai importante sunt anomaliile istologice. La normali straturile în regiunea frontală sunt dispuse astfel: molecular,

9. Vezi op. cit. partea II, pag. 32-74.

10. Vezi op. cit. partea II, cap. II, pag. 43-48.

granular superficial, celule piramidale mici, celule piramidale mari, granular profund, celule polimorfe. La animale al 2-lea lipsește și al 5-lea numai la maimuțe există. La delinquenții născuți stratul granular profund e redus, la epileptici, nebuni, delinquenți de ocazie, e anormal. La delinquenții născuți și epileptici prevalează celulele piramidale mari; la normali, cele mici. Celulele nervoase se găsesc puține la normali. Dispoziția morfologică anormală e expresia anatomică a alterării ereditare, cu desordine nervoasă. Și'n craniu ca și'n corpul criminalului sunt urmele degenerării. O mare variație vertebrală de normal, care e un caracter anormal. Găsim la anormali alterații viscerale și a vaselor inimi; ultimul punct mai ales la delinquenți.

Antropometria și fisionomia delinquenților.¹¹⁾

La minorii delinquenți (10-13 ani) statura e egală sau puțin superioară normalilor; între (13-16 ani) egală, între (16-18 ani) întrece pe normal, iar între (19-21 ani) scade. Greutatea e veșnic mai mare; circumferința cranică, inferioară. La adulți: statura inferioară sau superioară mediei. Greutatea superioară normalilor; omicizii, asasinii, au greutatea mai mari; hoții, incendiarii, mai mici. Capacitatea cranică inferioară. Mai isbitoare sunt anomaliile feței. Cămă ale ochiului, urechii, nasului, gurii, dinților. Buze groase la omicizi, subțiri la hoții, dinții cariați de vreme la delinquenți. Prevalează la criminali părul negru și aspru; lipsa bărbii la criminali. Au multe brăzdături frontale.

Ottolenghi — au dezvoltată funcția mimică obișnuită, destul de vie, un limbaj primitiv la delinquent.

Anomaliile corpului.¹²⁾

Deschizătura brațelor e mai mare la anormali (Lacassagne); perimetrul toracic superior mediei; anomalia toracelui, a glandelor genitale. Liniile palmei la delinquent se aseamănă cu ale maimuței. Piciorul plat, ca și la negri; foarte flexibil, încât poate apuca cu el. La mâini și la picioare au degetul mediu mai lung.

Coloana vertebrală e redusă ca și la animale. In general: ochi albaștri și căprui, urechi lungi (vezi pg. 62). Urechile corespund cu o perioadă a vieții embrionare. Nasul turtit, rectilin (Ottolenghi), dinții canini mai dezvoltați. Carrara: 40% au lipsă al 3-lea molar. Pielea închisă, cutele feței mai palide. Anomaliile singulare au și normalii. Sunt aspecte criminale și la oameni geniali: Tiziano, Ribera; sau în caracterele psihice descrise de Dante, Shakespeare, Dostojevsky. Femeile cunosc ușor pe un anormal prin intuiție vagă. Lombroso: criminalitatea are la bază ereditatea prin înconștient și atavism.

11. Vezi op. cit. partea II, cap. III, pag. 49-53.

12. Vezi vol. I, partea II, cap. IV, pag. 54, 57 și pag. 58-66, op. cit.

BIOLOGIA ȘI PSIHOLOGIA DELINQUENTULUI NĂSCUT.¹³⁾

Temperatura nu e aceiaș în partea stângă și dreaptă a delinquentului. Marro: e mai încet la delinquent. În delinquentul născut e înceată eliminarea azotului, normală e eliminarea clorurilor și mărită eliminarea acidului fosforic (Ctto'enghi). Sunt mai puțin sensibili, exemplu: tatuările. Sensibilitatea magnetică e mai vie la criminali (48,3%), (la normali 23%). Au dezvoltată sensibilitatea atmosferică. Sensibilitatea vizuală e mai acută, ca și la sălbatici; sunt în număr dublu de daltoniști (6,6%). Au deseori în câmpul vederii numai culoarea albă, o neregularitate a conturului: Ottolenghi și D-l Sanctis. Azul e la delinquent inferior mediei. Acelaș lucru și cu mirosul.

Gustul e mai dezvoltat la normali. Criminalii au de timpuriu slăbiciune pentru tutun și alcool. Au o agilitate grozavă la fugă, ca și mămușele. La hoși presiunea musculară și tracțiunea inferioară normală. Au mai multă putere în partea stângă a corpului. Pasul delinquentului mai lung decât cel normal, piciorul stâng mai lung decât dreptul. Au anomalii motorii, din cauza sistemului nervos bolnav, epilepsie, etc. În fisionomia feței ei sau rămân imobili, sau se îngălbenesc, rar roșesc (36 din 59 Derwin); acelaș lucru și la femei. În contact cu un curent electric ei n'au o reacție a vaselor; se petrece contrariul când au teamă de durere, vanitate plăcere. Au dezvoltată numai sensibilitatea la metale, magnet, meteor; insensibilitatea se aseamănă cu a sălbaticilor. Datorită insensibilității ei trăesc mult și rezistă vieții carcerale.

*Pasiunile delinvenților.*¹⁴⁾

După epoca pubertății criminalii sunt mai insensibili sentimentelor. Ei disprețuiesc viața lor proprie și a altora, ca și sălbaticii; criminalii nu au instinctul conservării proprii și nici respectul integrității vieții umane. Au curaj nemai pomenit și furie. Aberația sentimentelor e caracteristică criminalului — născul și a nebunului. Insensibilitatea duce la multele suicideri, unele chiar în carceră. Suicidul e datorit: lipsei instinctului de conservare, nerăbdării, vivacității pasiunilor lor. Intre delict și suicid e un raport antagonistic; suicidul e mai ales în țările calde: Spania, Corsica, Italia meridională și insulară; e'n raport cu creșterea culturii. Delictul e în Italia de Nord și cea centrală. Suicidul se întâlnește la delinvenții, care au comis înainte delicte contra persoanei și a ordinului public; nu asupra proprietății. Pentru delinquent, suicidul e o siguranță. Uneori sunt persoane, care neavând curajul să se sinucidă, omor, spre a fi și ei condamnați la moarte. Printre delinvenți sunt mulți care simulează suicidul. Sunt și suicizi dubli (suicizi-omicizi), ce aparțin delictelor de pasiune, mai ales în tinerețe, aici intră și excesul amorului părintesc.

13. Vezi vol. partea III, op. cit. cap. I, pag. 67-74.

14. Vezi op. cit. partea III, cap. II, pag. 75-82.

Afecte și pasiuni ale delinvenților.¹⁵⁾

La majoritatea delinvenților afectele nobile au un caracter morbid, excesiv, nestabil și desechilibrat. În locul afectelor familiare și sociale predomină la ei anumite pasiuni: Vanitatea proprie, vanitatea delictului. A fi un asasin e o onoare pentru ei; fură uneori mai mult din amor propriu, decât din nevoie; deaceia ei vorbesc așa de ușor de crimele lor.

Din această vanitate ei fac și acele desenhuri în carcere, ca și la popoarele sălbatice. Răsbunarea o găsim. Criminalii sunt foarte cruzi, din excitația produsă de sânge asupra lor. Întâlnim la criminali o alterare profundă a psihicului lor. Femeile criminale sunt mai crude decât bărbații criminali. Criminalii își manifestă cruzimea mai ales în joc, care are un caracter dureros. Pasiunea vinului și a jocului de noroc au legătură mare cu delictul (tombola, jocul de cărți). Furtul începe dela puțin. Criminalii iubesc mult și sălbatic femeia; mai ales hoții. Criminalilor le plac orgiile și se asociază mulți.

Simțul moral al delinvenților.¹⁶⁾

Criminalilor le lipsește simțul moral, n'au conceptul imoral al vinei. Când criminalii par a avea o remușcare e numai din ipocrisie, sau ca un efect al halucinației și iluziilor lor. Unii cred că, uneori furtul e făcut cu intenții bune, spre a-și ajuta familia. Ideia dreptății sau nedreptății e sterială, dar nu e ștearsă, căci e veșnică sufocată de pasiuni și obișnuință; nu se pot conforma unui criteriu etic.

Delinvențul este necredincios chiar față de tovarășii lor; alterarea simțului moral o întâlnim mai ales la delinvențul născut. Carceriile sunt cauza viitoarelor delictе. Cei cari nu îmbunătățesc deloc în carcere sunt delinvenți născuți. Prin aceste caractere se apropie de nebun, prin: violență, simțul exagerat al „eului”, pasiunea alcoolului, necesitatea povestirii și descrierii delictului comis. În timp ce delinvenți nu pot trăi fără tovarăși, nebunii preferă singurătatea. Delinvențul prin insensibilitate, pasiuni și simț moral se apropie mai mult de sălbatic, decât de nebuni.

Inteligența și instrucțiunea delinvențului.¹⁷⁾

Și inteligența delinvenților prezintă anomalii; se mulțumesc să nu se sforțeze din punct de vedere intelectual. În Elveția 48% din delinvenți sunt din cauza ușurinței inteligenței.

Deaceia ei sunt neprevăzători; la povestiri întrebuințează multe amănunte. Din cauza inteligenței lor superficiale, ei sunt cinici, umoristici. Hoții mint uneori fără nici un scop, sunt dornici de originalitate.

15. Vezi op. cit. partea III, cap. III, pag. 83-94.

16. Op. part. III, vol. I. cap. IV, pag. 85-101.

17. Op. cit. partea III. vol. Vezi cap. V, pag. 102-110.

Delinquenții au abilitate, îndrăsneală, sunt pasionați, bigoți, ipocriți, veseli (vagabondul). Ei au o literatură proprie carcerală, cu vanitoase auto-biografii, plângeri; amănunțimi. Nebunii morali și delinquenți născuți iubesc animalele: șoaricii. Sunt și unii criminali de geniu cari fac lucrări artistice, poezii; povești. În toți criminalii e mai mult spirit, decât geniu. N'au prevedere, constanță și continuitate în lucrul lor psihic.

*Manifestări externe intelectuale.*¹⁸⁾

Delinquenții au limbajiu aparte, asonanțe generale, gramatică schimbată. Ei numesc obiectele prin atributele lor. Ei au un jargon aparte. În etimologie au un aspect fals din cauza asemănarilor fonetice, schimbul vocalelor.

În lexic au multe cuvinte streine, întrebunțând cuvinte vechi, eșite din uz. Limba lor e săracă. În diferite părți ale Italiei limba lor se aseamănă. Jargonul ca și tatuagiile reproduce tendința omului primitiv; are origină atavică. Limbajiu il au format după: loc, climă, obișnuință, contacturi noi. Le plac cuvintele bizare, ciudate. După scris avem două mari grupuri:

1) Omicizi, briganți și hoți de drumul mare: litere lungi, rotunde, litera t lungă, arabescuri, etc.

2) Hoții litere slabe, ușoare, fără arabescuri, se aseamănă cu cel femeiesc. Ei au tendință spre pictură, lucru ce ne duce la atavism; dela pictură se trece ușor la ieroglifice, ce se explică prin atavism. Au și o mulțime de gesturi convenționale, mute, ca și omul primitiv, și e'n legătură tot cu atavismul.

*Tatuagiile criminalilor.*¹⁹⁾

Tatuagiul e un caracter al omului primitiv, ornament, atracție sexuală și o arhivă ambulantă. La sălbatici tatuagiul se făcea numai ca ornament. Deseori tatuagiul era dovada nobilității unui om; pân' în evul mediu. Acum se mai găsește la țărani, lucrători, marinari, soldați. La delinquenți și prostituate e 'n număr foarte mare; mai mult la recidivist, delinquentul născut, hoți sau asasini; mai puțini la falșificatori.

Prin tatuări se vede inima lor violentă și dorința de răzbunare; sunt obsceni și insensibili. La normali, tatuările sunt pe brațe sau pe piept; la anormali, pretutindeni. Majoritatea nebunilor tatuati sunt nebuni morali. Ei socotesc că prin tatuaj să ascundă mai ales numele ațorului unui delict, ce-i interesează. Uneori putem cunoaște, prin tatuaj, identitatea psihică a individului. Cauzele tatuagiului: religia, imitația, răzbunarea, vanitatea, dar mai ales atavismul.

18. Op. cit. vol. I, part IV, cap. VI, vezi pag. 111—121.

19. Vezi op. cit., partea III, cap. VII, pag. 122—133.

*Asociații criminale.*²⁰⁾

Încă un caracter specific al criminalului este tendința de a se asocia în vaste organizațiuni, răspândite în toată societatea. Astfel ei dau naștere la sălbăticii; sunt mai mulți, în țările mai mult civilizate. Prin asociații ei vor să facă front contra apărării legale. Sexul bărbătesc are prevalența; femeile mai ales ca părtașe, sau iubite. Vârsta e cea tânără, profesiunea criminalului înainte e măcelar sau păstor, militar. Organizația lor are un șef; cea mai bună asociație delinquentă din Italia e cea din Neapole; ei conrup pe copiii mici. Codicele lor nu era formulat, nici scris, dar era urmat cu deamănuntul. Și'n carceră continuă asociațiile lor. Ei sunt obligați să țină secret delictetele. La Sicilieni vedem tendința de a acționa independent de legile sociale, prin forță. Și'n acest ultim punct se apropie de sălbatici. În toate acțiunile lor au un jargon special, tatuări, căutare, obiceiuri, pasiuni diferite de omul normal.

* * *

PREVENȚIA CRIMINALITĂȚII MINORILOR. ¹⁾

Lombroso în vol. III — se ocupă de prevențiune, de instituțiile penale și de pedepse. Despre minori spune să înlăturăm învățătura în carceră; dacă în școala primară a intrat un criminal, să-l izolăm, lucru ce s'a făcut în Anglia. Unui criminal care face un lucru în carceră i-se dă premii, micșorare de pedeapsă, etc.

Asociațiunile de copii trebuiesc combătute, că $\frac{3}{4}$ din viitorii delinquenți sunt din copiii de stradă. Nu trebuiesc date pedepse carcerare minorilor, căci îi înrăutățesc. S'au încercat reforme asupra caselor pentru minori, dar ele oferind contractul între minori, prin imitație, mărește delinquența.

Ei trebuiesc separați în carceră după gravitatea faptelor; vor trebui să învețe o meserie. La Milano (Abatele Spaggiardi) a nființat un azil pentru copiii fără căpătâiu. În locul carcerelor și azilelor pentru delinquenți minori sunt bune școlile industriale și cele de reformă; în cele industriale intră minorii încă necondamnați, dar periculoși; în ultimele, minori condamnați. În America (1853) s'a dat copiilor vagabonzi posibilitatea de a lucra în fabrică, la moșii, să învețe să serie și să citească.²²⁾

20. Vezi op. cit. partea III, cap. VIII, pag. 134—137.

21. Op. cit. vol. III, cap. IV, vezi pag. 297—302.

22. În ziua de 12 Maiu 1928, am vizitat împreună cu mai mulți colegi dela Univ. din Roma, sub conducerea d-lui Prof. Enrico Ferri «Riformatorio ser Minoreni»: din Roma, instituție pentru minori, sub direcțiunea d-lui Cav. Carlo Feruzzi. Fiecare minor își avea camera sa, iar pe clase și specialități, în fiecare zi lucru 8 ore. Ordine și emulație pentru lucru. Am vizitat fiecare atelier: lemnărie, sculptură în lemn, în piatră, fierărie, cismărie, croitorie. Bucătăria, pe care am știut s'o vedem, spre a vedea și hrana, ne duse la convingerea că sunt mulți părinți cari nu pot da o hrană și educațiunea pe care o primeau minorii, din institutuț de mai sus: Dar încă ceva: În Italia toate inst. pentru minori or fi așa de bine întreținute?

Sunt și orașe întregi pentru copiii vagabonzi, unde învață un meșteșug; li se dă hrană, îmbrăcăminte, educație și locuință copiilor părăsiți. În Anglia, Dr. Barnardo, adună și îngrijește copiii părăsiți și cei ce nu au de lucru îi trimete să colonizeze din America, Canada. În Anglia sunt deasemenea societăți care se ocupă de copii, când părinții lor sunt în carceri. În Italia, Don Bosco, a făcut institute, numai pentru copiii părăsiți; ei sunt puși la lucru, fiind supravegheați de aproape; nu sunt obligați la practica religioasă, dar li se recomandă. Să se dea și premii pentru lucru; se țin predici, conferințe.

INSTITUȚII PENALE. 3)

Mijloacele preventive rămân totuși visuri idealistice. Carcerile celulare opresc asociațiile; nu trebuiesc aduși împreună delinvenții. Trebuiesc îndemnați deținuții la bine, micșorându-se pedeapsa, premii, să-i încredințăm că mai pot câștiga stima lumii, să le inspirăm nevoia de a deveni onești. Să li se dea de lucru în carceră. Sistemul carceral din Irlanda e cel mai bun; mijloacele sunt din ce în ce mai blândă, în raport cu atitudinea și munca delinvenților. În Saxonia s'au dat pedepse în raport cu felul delinvenților. Să li se dea o liberare condițională, ca'n Italia; mai utilă e condamnarea condițională, adică suspendarea execuției a unei prime condamnări, până când condamnatul, rămas liber, nu recidivează. Pe lângă carceri e bun sistemul deportării; nu aduce însă schimbări în firea criminalului. Asociațiile criminale sunt de temut. Siguranța generală paralizează orice inițiativă, orice dorință de lucru. Jurații nu sunt buni la darea pedepsei, căci se lasă influențați de opinia publică. Justiția prin procedură, nu dă o pedeapsă repede, sigură, serioasă, eficace. Legislatorul poate fi bun, uman, indulgent, dar sunt rele legile, răi executorii.

Becarria — „să faci pe oameni să creadă că se pot ierta delictele și că pedepsele nu sunt consecința necesară a acestora, e să-i faci să creadă că putându-se ierta, condamnările neiertate sunt mai repede violența formei, decât emanația justiției”.

*Sinteze și aplicațiuni penale. Atavismul și epilepsia în delict și'n pedeapsă.*²⁴

Înainte de a studia delictul în abstract, trebuie să studiem pe delinvenții. Multe caractere de ale sălbaticilor le întâlnim la delinvenții, ce merg pân'n cele mai mici detalii. Atavismul delinvenților nu ne duce mai departe de sălbatici. Crimele cele mai oribile au ca bază instinctele animale, cu ecou în copilărie, reprimare în om de educație, de mediu, de teama pedepsei, apărând sub alte forme;

23. Vezi op. cit. vol. III, cap. V, pag. 303—306.

24. Vezi op. cit. vol. III, partea XI, cap. I. 307—313.

boale, imitație, etc. Oamenii de jos au o predilecție pentru crimă. Prin atavism se explică ineficacitatea pedepsei la criminalii-născuți.

Epilepsia. — Fenomene atavice le întâlnim și la nebunii morali și mai ales la epileptici. Sunt însă la anormali și caractere patologice și specifice lor, care se unesc celor atavice. Influențele care nasc epilepsia pot provoca împreună regresii morfo-logice atavice.

Criminaloizi. — Caracterele acestora nu au raport cu atavismul și epilepsia; ei sunt atenuanții unei specii, nu variația ei. Criminaloizii în carceră, nu se deosebesc de ceilalți delinvenți decât prin caractere fizice.

Delinvenți latenți. — Se deosebesc mai puțin decât criminaloizii de delinvenții născuți, ei sunt mulți.

Psicopatici. — Sunt o specie a delinvenților monomani; se deosebesc de epilepticul pur prin obsesie, impulsivitate, intermitența acceselor, prin ereditate.

Delinvenții-nebuni. — Au forme de hipertrofie delictuoasă; sunt sunt sau epileptici, sau delinvenți-născuți.

Delinvențul de pasiune. — Se deosebesc de toți ceilalți și mai ales de delinvențul-născut, apropiați puțin de epileptici.

Delinvenț de ocazie. — nu se aseamănă cu epilepticii; nu se pot numi delinvenți.

Cauza — e ultima determinantă a delictului, unele care micșorează numărul unor delcte, măresc numărul altora. Alcoolul mărește delictul contra proprietății. Delictul e un fenomen natural, necesar.

Dreptul de a pedepsi — e cerut de necesitatea naturală, de dreptul propriei apărări. Se caută schimbarea dreptului de pedeapsă în tutelă penală: Ferri, Garofalo, Poletti. E necesară pedeapsa în raport cu crima.

*Pedepsele după școala pozitivă.*²⁵⁾

Trebuie părăsit metoda răsbunării crude și ineficace.

Apărarea socială e baza rațională a sistemului pedepsei, derivată din studiul delinvenției și din boala sa organică.

1) *Pedepse corporale.* — Sunt bune și puțin costisitoare.

Arestul în casă e o pedeapsă demnă și efice; amenda e una din cele mai perfecționate și graduale pedepse, despăgubirea daunelor e ineficace; represiunea judiciară pentru delctele ușoare e admisă de codicele italian (art. 26, 27 cod penal), dar nepracticată încă. Sistemul de probă consistă în a suspenda execuția unei prime condamnări, supraveghind pe condamnat (America, Anglia, Belgia, Franța).

2) Pedepsele pentru diferite delcte, avorturile și infanticidele să fie pedepsite cu cauție materială. Pentru delict politic, exilul îndepărtarea din societate. Pentru defăimare să obligăm pe delinvenț să dea dovadă de bună credință; ajutorul la suicid nu trebuie pedepsit; duelul își are scopul în civila corecție a obiceiurilor și a

25. Vezi op. cit. vol. III, partea XI, cap. II, pag. 314-23.

opinie publice. La un criminal ne interesează vârsta; pentru tineri casele sau instituțiile penale, sau coloniile. Pentru delinvenții bătrâni nu trebuiesc carceri, ci tot instituții. Să se dea pedepse mici, represivni, amenzi, exil, cauțiune pentru delinvență de profesiune. Pentru delinvenții adulți criminaloizi să se suspende o primă pedeapsă, vor da despăgubiri sau vor lucra câmpul; carceră numai când refuză lucrul. Recidivii sau criminaloizii, deveniți obișnuiți, vor fi tratați aproape cu aceeași severitate, ca și delinvenții născuți; vor lucra câmpul. Delinvenții-asociați sunt cei mai periculoși.

3) *Balamucuri criminale*. — Sunt bune pentru nebunii criminali. Balamucurile împiedică ereditatea și asociația de învenților; trebuie să coprindă: a) carcerării înnebuniți, periculoși; b) nebunii, care sunt delinvenți; c) cei imputați pentru crime stranii, atroce; d) delinvenții care au avut convulsii epileptice; e) oneștii, împinși la delict din cauza unci boli, ca pelagră, alcool, isterie. Vor dormi într'o cameră, cu aceleași obișnuințe, disciplină severă, lucru proporționat forțelor, distrației, aer liber. Direcția balamucurilor s'aibă medici personal carceral.

4) *Colonii penale*. — Pentru delinvenții născuți sunt mai ales bune coloniile penale. In insule delinvenții lucrează. Populația în ele se împarte:

a) *Indisciplinații și periculoși*, urmăriți de poliție.

b) *Răufăcătorii incorijibili* în carceră.

c) *Cei buni*, adică accia cari nu fuseseră în colonii mai mult de 3 ori. Sunt plătiți cu o monedă valabilă numai în colonia în care se află. Ar fi bine ca statul să înființeze stabilimente de lucru în orașele mari și unde-i nevoie de brațe. Sistemul celular nu e prea bun.

5) *Pedeapsa cu moartea*. — E pentru cazurile extreme, atunci când nu mai e posibilă nici-o îndreptare, spune școala pozitivă. Totuș criminalitatea scade; mai ales în Londra sunt în creștere numai crimele asupra persoanei și contra proprietății. In Italia criminalitatea crește, spune Lombroso.

In adevăr — în vremea când a scris „L'uomo delinvente” — criminalitatea în Italia era în creștere; astăzi e descreștere, după statisticile pe care le posedăm.

UTILITATEA DELICTULUI. ¹⁶⁾

In timpurile vechi delicturile cele mai grozave erau socolite ca arme politice. Vițiul și minciuna sunt necesare pentru guvernul parlamentar: medici, avocați.

Tiranii sunt delinvenți; războiul e o crimă. Prostituția este delictul feminin

In epoca barbară pedepsele contra delicturilor erau chiar ele delicturi. Nucleul marilor rebeli politici e întotdeauna criminal.

În „Istoria naturală” sunt plante cu organe cariucid nemilos animale pentru a se hrăni (plante carnivore).

E bine ca energiile revoluționare să fie îndreptate spre viitor, îndreptând oamenii spre bine pentru a se obține siguranța socială.

Conceptul lui Cesare Lombroso, întemeietorul antropogiei criminale, e cel care subzistă la baza doctrinei pozitive penale. Și pân' la Lombroso s'au făcut studii antropologice de către mulți alții.

Lombroso e însă întemeietorul antropogiei criminale, iar toate celelalte studii până la el — aparțin antropogiei generale. Delictul natural a fost bine arătat în „*L'uomo delinquente*”. Nu se poate contesta o forță transmisibilă prin atavism și ereditate. Opera aceasta a lui Lombroso — are multe lucruri asupra cărora medicii și penaliștii fac mari rezerve. La anul 1876 când Lombroso a publicat-o pentru I-a dată, avea altă formă. În noua ediție, din 1924, tipărită de Gina Lombroso, — „*L'uomo delinquente*”, a suferit multe modificări, survenite sub sugestia lui Enrico Ferri și Garofalo. Școala pozitivă penală a luat însă din antropologia criminală numai acele date exacte. Ori câte critici s'au adus lui Lombroso și se vor mai aduce —, opera sa — „*L'uomo delinquente*” — are o valoare mare — pentru că chiar dacă are și unele date ipotetice — totuș are acele date exacte și cari pentru I-a oară au apărut în lumea științifică.

Mai are și o altă însemnătate: *a stimulat studiile directe asupra omului în genere, iar în special a creat un studiu direct asupra omului anti-social (delinquent), lucru ce pân' aci nu se făcea cu multă stăruință.* Și deaceia opera lui Cesare Lombroso: „*L'uomo delinquente*”, interesează atât de mult: medicina, justiția, psihologia experimentală.

SISTEMUL VEGETATIV ȘI CLASIFICAREA TUBERCULOZEI PULMONARE

de

Docent Dr. IAGNOV

A doua comunicare.

Am arătat în prima noastră comunicare¹⁾, în ce măsură contribuie sistemul vegetativ în mecanismul biologic al probelor cu tuberculină. Am văzut acolo dovezile, după care concepțiunea exclusivă a unei cauzalități vegetative pentru geneza reacțiilor la tuberculină este greșită. Unilateralitatea componentei vegetative, în aceste probe, iese cu atât mai mult în evidență cu cât n'am găsit o electivitate specială a medicamentelor farmacodinamice vegetative pentru aceiași grupă clinică, în raporturile fiecăreia din ele cu reacțiunile tuberculice. Din cercetările noastre, sistemul vegetativ, în mecanismul probelor cu tuberculină, nu pare a fi de fel hotărîtor.

Câtă putere de orientare are sistemul vegetativ în cuprinsul tuberculozei pulmonare, se poate vedea și din analiza, pe care o vom face mai la vale, în privința raporturilor ce ar exista între acest sistem și clasificarea tuberculozei pulmonare.

Intr'o lucrare a noastră anterioară²⁾ am arătat, printr'un studiu analitic al tuturor clasificărilor tuberculozei pulmonare, clinice, anatomo-patologice, radiologice, de ce o asemenea clasificare nu există, pentru a putea orienta pe medic la patul bolnavului. Și de ce, fiecare clasificare a tuberculozei pulmonare existente este mai mult o sistematizare didactică, decât o în-lănțuire genetică în procesul de desfășurare al boalei. În special, arătăm acolo, că lipsa unui criteriu fiziologic legat de fiecare leziune progresivă a tuberculozei pulmonare, împiedică suprapunerea fiecărui simptom pe axa fiziologică a organului, cum există, de o pildă, în procesele inflamatorii renale.

Și de aceea, clasificările tuberculozei pulmonare nu au valoarea practică a clasificărilor nefritelor. Contribuțiunea siste-

1. Iagnov. «Mișcarea Medicală» No. 4 și 5, 1928.

2. Iagnov. «Revue de la Tuberculose» No. 1, 1925.

mului vegetativ în studiul tuberculozei pulmonare părea, la început, că va înlocui această lipsă. O serie de cercetători. Müller, Epinger, Hess, Guth și alții, au încercat o diviziune a tuberculozei pulmonare în raport cu predominanța funcțională a sistemului simpatic și vagal. Dela diviziunea schematică a lui Epinger și Hess, — tuberculoza deschisă parasimpaticotonă și închisă simpaticotonă, — până la clasificățiunea mai amănunțită a lui Guth, s'a găsit în elementul fiziologic al sistemului vegetativ un criteriu științific de clasificățiune, prin care însă, în realitate, problema înaintază dela probalitate la aproximație. Într'adevăr, Guth aplicând la diversele faze ale tuberculoșilor pulmonari, aflați în căutarea sa, după metodele analizate în prima noastră comunicare, studiul sistemului vegetativ, prin reacțiile biologice la tuberculină și prin tuberculino-terapie, aduce un nou sprijin vechei opinii, că leziunile tuberculoase în evoluție și cele înaintate și staționare, au îndeobște o sensibilitate pronunțată a sistemului vagal, iar leziunile îndurative, incipiente și avansate au o reacție specială a sistemului simpatic. Clasificățiunea lui Guth proiectează concluziuni practice. Dacă tonusul tuberculosului se poate stabili, atunci nu numai că se pot înlătura, prin elementul farmaco-dinamic antagonic vegetativ simptomele care țin de hiper — sau hiposensibilitatea simpatică și vagală, dar se poate folosi cu o mai mare lărgime tuberculino-terapia, întrucât elementele farmaco-dinamice respective pot înlătura reacțiunile pe care le-ar produce tratamentul cu tuberculină.

Concluziunile lui Guth sunt, și în această chestiune, o consecință a premizelor sale eronate. Metoda sa de stabilire a tonusului vegetativ este insuficientă, întrucât el se servește, pentru stabilirea lor, de probele subcutane de adrenalină și atropină. Dela cercetările prof. Danielopolu asupra sistemului vegetativ, se știe ce valoare au aceste probe. Mai apoi am arătat, în comunicarea noastră precedentă, că nu există un antagonism între tuberculină și adrenalină, și că însăși tuberculina este un element farmaco-dinamic simpaticotrop. Iar, prin încercările noastre personale, făcute în diverse stadii ale tuberculozei pulmonare, și pe care le vom înfățișa mai departe, n'am găsit un tonus vegetativ egal întotdeauna pentru aceiaș stare anatomo-clinică. Dar ceva mai mult, după cum vom arăta, chiar pentru aceiaș leziune tuberculoasă, tonusul vegetativ se modifică, fără a putea găsi

explicația acestei modificări în tehnica investigației sistemului vegetativ, ci mai degrabă, în reacțiunile mereu schimbătoare ale tuberculozei pulmonare.

* * *

Cercetările noastre au urmat procedeul clasic. Am stabilit tonusul vegetativ la o serie de tuberculoși cu leziuni deschise și închise, adică la forme de tuberculoză pulmonară exudativă și indurativă. Toate cazurile cu leziuni deschise erau febrile. Din punctul de vedere al datelor semiologice, leziunile lor se puteau grupa, cu distincțiune, în leziuni unilaterale și bilaterale. Numărul fiecărei serii de bolnavi era de 60. Probele vegetative au fost făcute dupe procedeul Danielopolu: reflexul oculo-cardiac, ortostatism, și paralizia vagului prin atropină. La parte din bolnavi am făcut și proba intravenoasă cu adrenalină. În toate cazurile de tuberculoză exudativă, rezultatul variațiunilor vegetative a fost o amfotonie.

Din numărul de 120 de probe făcute, publicăm pentru orientare, câteva:

S. E. 30 ani.

Diagnostic: Infiltrație stângă și infiltrație limitată dreapta. Examenul sputei pozitiv.

Proba cu atropină și ortostatism:

Tonus relativ: 80.

Tonus absolut al simpaticului: 211.

Tonus absolut al vagului: $112 - 80 = 30$.

Cantitatea paralizantă de atropină = 1 miligr.

Reflex oculo-cardiac: 88.

Orthostatism: 112.

Clinostatism: 88.

P. I. 29 ani.

Diagnostic: Infiltrație limitată stângă. Examenul sputei pozitiv + +.

Proba cu atropină și orthostatism:

Tonus relativ = 84.

Tonus absolut al simpaticului 124.

Tonus absolut al vagului = $124 - 84 = 40$.

Doza paralizantă de atropină = 1 miligr.

Reflex oculo-cardiac 88.

Orthostatism 124.

Clinostatism 88.

S. L. T. 21 ani.

Diagnostic: Infiltrație totală stângă. Examenul sputei pozitiv + +.

Proba cu atropină și orthostatism:

Tonus relativ = 68.

Tonus absolut al simpaticului = 120.

Tonus absolut al vagului $120 - 68 = 52$.

Cantitatea paralizantă de atropină = $1\frac{1}{4}$ miligr.

Reflex oculo-cardiac = 108.

Orthostatism = 120.

Clinostatism = 108.

M. S. 21 ani.

Diagnostic: Ramoliția lobului superior drept. Examenul sputei pozitiv + +.

Proba cu atropină și orthostatism:

Tonus relativ = 88.

Tonus absolut al simpaticului = 148.

Tonus absolut al vagului $148 - 88 = 60$.

Cantitatea paralizantă de atropină $1\frac{1}{4}$ miligr.

Reflex oculo-cardiac = $100 - 101$.

Orthostatism = 128.

Clinostatism = 108.

P. A. 17 ani.

Diagnostic: Infiltrație bilaterală. Sputa pozitivă.

Proba cu atropină și ortostatism.

Tonus relativ = 81.

Tonus absolut al simpaticului = 120.

Tonus absolut al vagului = $120 - 84 = 36$.

Doza paralizantă de atropină = 1 miligr.

Reflex oculo-cardiac = 100.

Orthostatism = 120.

Clinostatism = 100.

I. C. 20 ani.

Diagnostic: Ramoliție dreaptă, infiltrație stângă. Sputa pozitivă.

Proba cu atropină și orthostatism:

Tonus relativ = 88.

Tonus absolut al simpaticului = 120.

Tonus absolut al vagului = $120 - 88 = 32$.

Doza paralizantă de atropină = 1 miligr.

Reflex oculo-cardiac.

Orthostatism = 120.

Clinostatism = 88.

R. S. 34 ani.

Diagnostic: Ramoliție stângă. Infiltrație dreaptă. Laringită.

Examenul sputei pozitiv.

Proba cu atropină și orthostatism:

Tonus relativ = 80.

Tonus absolut al simpaticului: 112.

Tonus absolut al vagului: $112 - 80 = 32$.
 Doza paralizantă de atropină: 1 miligr.
 Reflex oculo-cardiac = 88.
 Orthostatism = 112.
 Clinostatism = 88.

Ch. C. 37 ani.

Diagnostic: Ramoliție bilaterală. Sputa pozitivă.
 Proba cu atropină și orthostatism:
 Tonus relativ = 96.
 Tonus absolut al simpaticului = 112.
 Tonus absolut al vagului $112 - 96 = 16$.
 Doza paralizantă de atropină $\frac{3}{4}$ miligr.
 Reflex oculo-cardiac = 96.
 Orthostatism = 112.
 Clinostatism = 112.

I. Gh. I. 23 ani.

Diagnostic: Ramoliție slângă. Infiltrație dreaptă. Sputa pozitivă.
 Tonus relativ = 80.
 Tonus absolut al simpaticului = 120.
 Tonus absolut al vagului $120 - 80 = 40$.
 Doza paralizantă de atropină $\frac{3}{4}$ miligr.
 Reflex oculo-cardiac = 92.
 Orthostatism = 120.
 Clinostatism = 92.

D. C. 24 ani.

Diagnostic: Ramoliție bilaterală. Examenul sputei pozitiv.
 Proba cu atropină și orthostatism:
 Tonus relativ = 112.
 Tonus absolut al simpaticului = 140.
 Tonus absolut al vagului $149 - 112 = 28$.
 Doza paralizantă de atropină $\frac{3}{4}$ miligr.
 Reflex oculo-cardiac = 108.
 Orthostatism = 128.
 Clinostatism = 108.

I. S. 23 ani.

Diagnostic: Ramoliție dublă. Sputa pozitivă.
 Proba cu atropină și orthostatism:
 Tonus relativ = 108.
 Tonus absolut al simpaticului = 140.
 Tonus absolut al vagului $140 - 108 = 32$.
 Doza paralizantă de atropină = 1 miligr.
 Reflex oculo-cardiac = 100.
 Orthostatism = 140.
 Clinostatism = 100.

La o serie de bolnavi, în număr de 60, aceleași probe vegetative făcute, ne-au dat ca rezultat o hipotonie a amânduror grupe antagoniste, adică o hipoamfotonie. Bolnavii cărora li s'a făcut aceste probe nu erau febrili, aveau bacili în spută și cu o stare generală relativ bună. Leziuni unilaterale. Forme indurative.

Iată câteva din rezultatele obținute:

Sch. E. 22 ani.

Diagnostic: Infiltrația vârfului stâng.

Proba cu atropină și orthostatism:

Tonus relativ = 80.

Tonus absolut al simpaticului = 92.

Tonus absolut al vagului = 90 — 80 = 12.

Doza paralizantă de atropină 1 miligr.

Orthostatism = 120.

Clinostatism = 92.

H. I. 30 ani.

Diagnostic: Infiltrația vârfului stâng.

Proba cu atropină și orthostatism:

Tonus relativ = 76.

Tonus absolut al simpaticului = 98.

Tonus absolut al vagului = 22. Cluj University Library Cluj

Doza paralizantă de atropină = $\frac{1}{2}$ miligr.

Orthostatism = 120.

Clinostatism = 100.

J. R. 22 ani.

Diagnostic: Infiltrație stângă. Infiltrație dreaptă.

Proba cu atropină și orthostatism:

Tonus relativ = 68.

Tonus absolut al simpaticului = 100.

Tonus absolut al vagului = 32.

Doza paralizantă de atropină = $1\frac{1}{4}$ miligr.

Orthostatism = 112.

Clinostatism = 100.

V. S. 25 ani.

Diagnostic: Infiltrație stângă.

Proba cu atropină și orthostatism:

Tonus relativ: 96.

Tonus absolut al simpaticului = 104.

Tonus absolut al vagului = 24.

Doza paralizantă de atropină $\frac{3}{4}$ miligr.

Orthostatism = 130.

Clinostatism = 120.

V. I. 23 ani.

Diagnostic: Infiltrație dreaptă.

Proba cu atropină și orthostatism:

Tonus relativ = 80.

Tonus absolut al simpaticului = 100.

Tonus absolut al vagului = 20.

Doza paralizantă de atropină $1\frac{1}{3}$ miligr.

Orthostatism = 132.

Clinostatism = 100.

C. C. 23 ani.

Diagnostic: Infiltrație dreaptă.

Proba cu atropină și orthostatism:

Tonus relativ = 60.

Tonus absolut al simpaticului = 72.

Tonus absolut al vagului = 12.

Doza paralizantă de atropină = $1\frac{1}{4}$ miligr.

Orthostatism = 120.

Clinostatism = 76.

S. D. 22 ani.

Diagnostic: Infiltrație stângă.

Proba cu atropină și orthostatism:

Tonus relativ = 80.

Tonus absolut al simpaticului = 88.

Tonus absolut al vagului = 8.

Doza paralizantă de atropină $\frac{1}{2}$ miligr.

Orthostatism = 128.

Clinostatism 88.

B. I. 22 ani.

Diagnostic: Infiltrație dreaptă. Indur. stânga.

Proba cu atropină și orthostatism:

Tonus relativ = 88.

Tonus absolut al simpaticului = 98.

Tonus absolut al vagului = 10.

Doza paralizantă de atropină = $\frac{3}{4}$ miligr.

Orthostatism = 132.

Clinostatism = 100.

Din suma bolnavilor exudativi, caracterizați în majoritate, precum am văzut, din punctul de vedere vegetativ, printr'o amfotonie, am găsit un număr de 10 la care reacțiunea vegetativă avea o predominanță vagală. Tonusul simpatic varia, în genere, între 100-120, iar cel vagal între 60-80. Puteam considera, că avem în față o reacțiune vegetativă vagotonică pură. Acelor bolnavi, am încercat, cu stăruință și cu multă greutate, injecțiuni

intravenoase cu adrenalina. Soluțiunea injectabilă de adrenalina era 1/500.000. Viteza de introducere a lichidului era mică, 3-5 secunde. Reacțiunile și cu acest procedeu erau amfotonice.

* * *

Se vede din toate seriile cercetărilor noastre, că nu am putut obține pentru nicio varietate de tuberculoză pulmonară, atât exudativă cât și îndurativă, o reacțiune pură, fie simpaticotonă sau vagotonă. O amfotonie pronunțată am obținut în toate cazurile de tuberculoză pulmonară deschisă și cu leziuni avansate, o hipoamfotonie, în toate cazurile de tuberculoză îndurativă cu leziuni circumscrise. Nicio reacțiune particulară, pe care s'o fi putut considera ca o expresiune a unei excitațiuni predominente ale uneia din componentele sistemului vegetativ. Cercetările noastre au fost făcute până la complectă paralizie a vagului, și foarte adesea, am ajuns, în acest scop, până la cantitatea de 1½ miligr. de atropină.

Desigur, că rezultatele obținute de noi sunt în așa definitivă contradicție cu cele făcute înaintea noastră, pentru că, probabil, acestea din urmă n'au urmat tehnica indicată de Danilopolu, în total sau în parte. Deasemeni concluziunile rezultatelor noastre diferă de ale autorilor, care se îndoese asupra rezultatelor probelor farmaco-dinamice, pentru studiul tonusului vegetativ în tuberculoza pulmonară. Intr'adevăr, Pletnew, Langeron, Brüll și Thiel cred, că simptomele clinice în tuberculoza pulmonară pot singure caracteriza starea vegetativă a tuberculozei, întrucât mijloacele de cercetare ale tonusului vegetativ sunt foarte îndoelnice. Iovanovici găsește în 42% din cazurile studiate o vagotonie pură, 15% simpaticotonie, iar în restul, reacțiuni hipoamfotonice. Rezultatele noastre arată dimpotrivă o reacțiune definită a tonusului sistemului vegetativ, pentru orice formă și orice fază a tuberculozei pulmonare. În ce măsură această stare e datorită toxinei microbiene sau este o particularitate individuală nativă, o vom discuta în a treia noastră comunicare.

* * *

Se înțelege din cele arătate până aci, dacă se poate socoti tonusul sistemului vegetativ o axă principală, în jurul căreia să se poată grupa, în tot polimorfismul lor anatomo-clinic, diferitele aspecte ale tuberculozei pulmonare. O clasificare a boalei făcută

pe criteriul sistemului vegetativ este largă și fără utilitate clinică. Punctul de pornire al unei clasificări trebuie să fie genetic pentru toată desfășurarea anatomică a boalei. Chiar dacă am admite, că sistemul vegetativ este un centru generator pentru o mare parte din simptomatologia clinică a tuberculozei pulmonare, încă el nu poate să constituie un punct central în formele caracteristice ale boalei. Această concluziune nu se sprijina numai pe testele farmaco-dinamice de investigație ale sistemului vegetativ. O enunțăm așa de categoric, pentru că studii făcute aiurea, pentru cercetarea sistemului vegetativ în tuberculoză, și în alte din componentele sale, — electrolitii coloidalii, electrolitul sare, combinația dintre cationii cu efecte antagonice, — n'au dus la rezultate hotărâtoare pentru predominanța sistemului vegetativ în tuberculoza pulmonară. De aceea valoarea pe care o dă Guth, pentru clasificarea tuberculozei pulmonare, sistemului vegetativ, o socotim eronată. N'am găsit în cercetările noastre reacțiuni vegetative exclusiv vagotonice sau simpaticotonice. Fără îndoială, că greșala concluziilor lui Guth e datorită tehnicii defectuoase de investigație. Pentru noi, tuberculoșii sunt amfotonici și hipoamfotonici și în niciun caz aceste caracteristici vegetative nu pot fi un criteriu pentru clasificarea boalei.

IMPORTANȚA FACTORULUI EXTRARENAL ÎN METABOLISMUL APEI. — ROLUL FIȚATULUI

de

Docent Dr. I. DANIEL

Director medical al stațiunii Olănești.

În expunerea pe care-am făcut-o, într'unul din numerile trecute ale acestei reviste, asupra metabolismului apei, arătam că în stare patologică el este caracterizat prin următoarele două turburări: de reținere și de eliminare.

Am văzut de asemenea că la menținerea echilibrului schimburilor apei în organism, colaborează doi factori: **extrarenal și renal.**

Este inutil să accentuăm și să analizăm importanța și rolul rinichilor în procesul de eliminare al apei, el este atât de strâns legat de fiziopatologia renală, încât insistând mai mult, am depăși desigur subiectul care ne preocupă. Totuși fără a intra în detalii, trebuie să menționăm că factorul renal elimină materialul pe care factorul extrarenal îl pune la dispoziție.

Nu vrem să afirmăm prin cele de mai sus, că rinichiul exercită în economie o funcțiune independentă și totuși pasivă. Funcțiunea rinichiului ca și a celorlalte organe, se găsește într'o stare de **interdependentă**, astfel că o turburare a uneia din ele, atrage în mod inevitabil și pe a celorlalte.

Din punct de vedere clinic, această lege biologică nu poate fi integral aplicată, în sensul că întotdeauna trebuie să facem deosebirea între turburarea funcțională secundară — fenomen ireversibil — caracterizând de cele mai multe ori o stare de hipo sau hiperfuncțiune și alterațiunea primară a unei funcțiuni însoțită sau provocată de o leziune organică — fenomen ireversibil. —

Cu alte cuvinte sunt stări patologice, în care după rezultatul examenului clinic — în cece privește metabolismul apei — putem afirma o turburare renală, când de fapt rinichiul păstrează starea sa funcțională intactă.

Din aceste câteva considerațiuni de ordin general, putem întrezări cât de covârșitor este rolul factorului extrarenal în procesul fizio-patologic al schimburilor hidrice.

Spre deosebire de factorul renal, care este unic, factorul extrarenal este multiplu.

Care sunt elementele care-l compun?

În general putem spune, că toate elementele celulare ale organismului, pentru care apa este elementul primordial al proceselor de nutriție și al menținerii echilibrului coloidal și osmotie. Natural că aceasta este o defecțiune care nu ne poate satisface.

Ne-am obicinuit să considerăm factor extrarenal acele organe care în stare fiziologică contribuie la eliminarea apei în mod insensibil și care în stare patologică o rețin: pulmonii, pielea, intestinul și țesuturile.

Faptul este cert, dar incomplet; deoarece toate aceste organe sunt coordonate în funcțiunea lor, de sistemul nervos vegetativ — centri superiori diencefalici — de produsul glandelor endocrine — tiroidă, hipofiză și suprarenală — și desigur unul din primele locuri printre acești factori hidro-regulatori îl ocupă ficatul, asupra căruia vom reveni mai târziu.

Prin urmare, factorul extrarenal, cuprinde o serie întreagă de elemente componente, care prezidează procesele de metabolism și de mutațiune ale apei în organism: reținerea sau eliminarea.

Importanța factorului extrarenal cu toate consecințele clinice pe care le implică, impune o metodă de cercetare care să ne dea posibilitatea de-a aprecia concomitent, modul de funcționare al acestui factor, precum și a factorului renal.

Cercetarea schimburilor apei în clinică se rezumă în cele mai multe cazuri, a căuta turburările de eliminare.

După cele arătate, ni se pare că această metodă nu corespunde unei stări de fapt. Turburările metabolismului apei, fiind considerate multă vreme ca o consecință a unei turburări renale, s'a crezut că rezultatele probei funcționale, privind eliminările de urină — indiferent de aprecierea asupra timpului în care se face și a concentrațiunii — după ingerarea unei cantități mai mari de apă; sunt suficiente pentru a ne furniza datele necesare interpretării cât mai exacte a diferitelor stări patologice. De fapt oricare din probele de diureză provocată, începând cu aceea a lui **Albaran** și sfârșind cu a lui **Volhard**, prezintă o serie de

incoveniente care pot da loc la multe erori de interpretare, relevante într'o lucrare pe care am publicat-o în 1922 în colaborare cu F. Högler.*)

Proba cu apă, aplicată după vechia metodă, nu ne poate informa decât asupra cantității eliminate prin rinichi, nu putem cunoaște în același timp, cantitatea eliminată de organism prin intermediul factorului extrarenal-plămâni, piele, etc. În stările febrile, în care se observă o puternică diaforeză și o respirațiune accelerată, eliminările extrarenale, pot fi mult mai mari decât în stare normală. În asemenea cazuri rezultatele obținute prin proba cu apă, nu sunt exacte, deoarece judecând numai după eliminarea cantității de urină, ne-am putea gândi la o retenție de apă — impermeabilitate renală.

De asemenea în cazul unei retențiuni de apă, proba obicinuită nu ne poate da nici un fel de indicație, dacă retenția se face în sânge sau în țesuturi, sau dacă în același timp se face și în sânge și în țesuturi.

Aceste exemple credem că ilustrează îndeajuns afirmațiunile noastre. S'ar putea aduce următoarea obiecțiune la cele susținute de noi: proba de concentrațiune ne dă măsura capacității funcționale renale. Credem că această obiecțiune nu schimbă nimic din cele arătate, deoarece concentrațiunea urinii — cu excepția unor anumite cazuri — nu poate fi concludentă decât atunci când cunoaștem și compoziția sângelui. Și vom repeta ceea ce am scris la început: rinichiul elimină ceea ce i se pune la dispoziție.

Ținând seamă de rolul hidroregulator al factorului extrarenal și de insuficiența metodelor anterioare, împreună cu **F. Högler**, am imaginat o metodă de explorare, bazată tot pe principiul diurezei provocate; dar care ne dă posibilitatea de-a aprecia concomitent starea funcțională a celor doi factori care intervin în procesele de schimb și de eliminare ale apei.

Fără a intra în detaliile metodei, vom menționa următoarele: proba durează șase ore; prin cercetarea greutateii corpului putem stabili exact componenta renală și extrarenală; prin numărătoarea globulelor roșii, raportată la cantitatea de sânge, putem stabili prin calcul, bilanțul total al apei pe care l'am diferențiat în bilanțul apei din sânge și din țesuturi. Prin cercetarea viscozi-

*) *I. Daniel und F. Högler. Studien über die Wasserprobe (Wiener Arch. f. inn. Med. Bd. 4, 1922).*

metriei sângelui și a serului precum și a refractometricii serului, putem stabili dacă fenomenele pasagere ale schimburilor apei, sunt determinate sau însoțite de-o umflare — hidrosintazie —, sau dezumflare — senereză — a coloizilor fixi și circulanți.

Aplicarea metodică a probei noastre ne-a permis să stabilim o serie întreagă de fapte, care pun în evidență rolul și importanța factorului extrarenal *):

În procesul de eliminare al apei, am arătat că pierderile care se fac prin pulmoni și piele sunt pentru 24 ore între 800-1000 cme. în **mecanismul diurezei**, am arătat că hidremia nu este o condițiune „sine qua non” a diurezei deoarece concentrațiunea sângelui care se produce după ingerarea unei soluțiuni de Ca. Mg. și Ka. are acelaș efect.

În procesul schimburilor intermediare ale apei, am arătat că pierderile de apă pe care le suferă organismul, se fac pe soco-teala țesăturilor, de oarece sângele își menține compoziția constantă; că intensitatea schimburilor apei între țesături și sânge este determinată de prezența cationilor; în acest proces cationul hidropigen Na este antagonistul cationilor anhidropigeni Ca, Mg. și Ka; că au electroliții, zahărul și ureea, se comportă ca agenți diuretici.

În ceea ce privește **acțiunea glandelor endocrine** în procesul schimburilor apei, am arătat că pituitrina are o acțiune renală, adrenalina vasculară, și tiroidina tisulară.

Acțiunea hidro-regulatoare a factorului extrarenal, atât de multiplă și variată în manifestarea ei, dobândește o semnificație cu totul deosebită, prin intervenția ficatului.

Situat între vena portă și cava inferioară, ficatul este organul care primește, transformă și distribuie organismului, întreg materialul necesar pentru întreținerea vieții. Indiferent dacă are o acțiune continuă sau ritmică, ficatul printr'o dispoziție anatomică specială, controlată de sistemul nervos vegetativ și printr'o acțiune hormonală, intervine în mod activ în procesul schimburilor apei (**Pick**).

Intervenția ficatului în procesul schimburilor apei, a fost menționată pentru prima oară de **Claude Bernard**. Se credea

*) *I. Daniel*. Recherches sur les échanges entre les tissus et le sang à l'état normal et pathologique. Cps. rendus du XIX Congrès Français de médecine, Paris, 1927.

multă vreme că are un rol pasiv și era comparat cu un „rezervor pentru lichide”.

Origina cercetărilor actuale, o găsim în observațiunile clinice ale lui **Hannot**, care a arătat existența edemelor de origine hepatică și mai cu seamă în acele ale lui **Gilbert** și **Lereboullet**, care în unele afecțiuni ale ficatului au observat o întârziere în procesul de eliminare al apei, pe care au numit-o: **opsiurie**.

Nu vom insista asupra celorlalte observațiuni, foarte numeroase și interesante, ci vom expune rezumativ rezultatul cercetărilor experimentale care au demonstrat în mod indubitabil rolul hidroregulator al ficatului.

Tigerstaedt, **Lamson** și **Roca**, au arătat pe animale, prin mijloace de investigațiune clinică și de laborator, că ficatul se mărește după ingerarea sau injecțiunea intravenoasă a unei soluțiuni de Na Cl. Ajutați de descoperirea lui **Arrey** și **Simonds**, care au putut constata în venele suprahepatice ale carnasierilor niște formațiuni muschiulare (inelele lui **Jaffé**), **Lamson** și **Roca** au interpretat fenomenele observate, ca fiind datorite unui **sistem de baraj**, de care dispune ficatul, pentru a opri sau a lăsa liberă trecerea apei în circulația generală.

Această ipoteză a fost confirmată de cercetările experimentale ale lui **Pick**, **Meliter** și **Mauthner**, care au stabilit mecanismul de funcționare și rolul fiziologic al sistemului de baraj. Într-adevăr închiderea și deschiderea, acestor inele muschiulare, care se găsește și în terminațiunile porței, sunt sub dependența sistemului nervos vegetativ. Orice influență care excită parasimpaticul le închide, excitația simpaticului le deschide. Prin acest mecanism se produce o izolare temporară a ficatului de circulația generală și portală și în acelaș timp variațiuni ale presiunii intrahepatice.

Apa ingerată, după un proces de izotonizare, care se petrece la nivelul intestinului, este rezorbită și prin vena portă ajunge în ficat. Aci grație acțiunii mecanice — haemodinamice — este reținută. În acelaș timp se petrec următoarele fenomene: o parte din lichidul din sânge, prin variațiunile presiunii intrahepatice, este eliberat și servește la formațiunea limfei — acțiune limfagogă —; consecutiv acestui proces, compozițiunea sângelui și echilibrul osmotic în organism, sunt constant menținute.

Apa reținută în ficat, suferă o serie de transformări, necesare pentru a putea trece în circulația generală. Aci o parte este

utilizată, altă parte împreună cu lichidul care provine din țesuturi este eliminată.

Ficatul intervine și în procesul de eliminare, prin elaborarea unei substanțe — acțiunea hormonală —, de compoziție necunoscută, inhibitoare sau excitatoare a diurezei.

În acest sens, în cercetările pe care le-am făcut cu **E. Crăciun** și **M. Popescu-Buzeu** *), asupra mecanismului acțiunii diuretice a apelor minerale oligometalice; bazați pe faptul că în momentul diurezei maxime, am găsit o foarte importantă creștere a ureei din sânge — diureticul fiziologic —, am emis ipoteza unei excitațiuni a funcțiunii ureopoetice a ficatului, pentru a explica acest fenomen.

Dar nu trebuie să uităm, că materialul pentru eliminare este pregătit de factorul extrarenal.

Prezența sau absența, creșterea sau diminuarea cantității, de substanța pe care am descris-o, influențează în primul rând schimburile dintre țesuturi și sânge. De starea fiziologică sau patologică a ficatului — turburări circulatorii sau ale parenchimului — repinde funcțiunea lui hidroregulatoare.

Acțiunea mecanică a ficatului, are un caracter local și este determinată de vascularizația sa bogată, de inervațiunea vegetativă și de elementele — colina, calciul —, care prezidează tonusul vegetativ. Acțiunea hormonală, are un caracter general și este probabil rezultanta unui complex de factori, pe care îi putem evidenția mai ales în stări patologice.

Vom cita cu titlu informativ pe aceia care influențează schimburile dintre țesuturi și sânge și consecutiv diureza: ureea, schimbarea raportului dintre globuline și albumine (**J. Stelson**), creșterea sau descreșterea cantității de colesterol și consecutiv modificarea coeficientului lipocitic (**Mayer** și **Schaeffer**), substanța rezultată din elaborațiunea defectuoasă a protidelor (**Le Damaug**), substanța toxică de origină hepatică (**Roger**), modificarea presiunii osmotice a proteinelor (**Heitz** și **Dreyfus**).

Din cele expuse până în prezent, am putut vedea, care sunt elementele și mecanismul prin care ficatul își exercită funcțiunea hidroregulatoare.

*) **I. Daniel** și **E. Crăciun**. Contribuțiuni la studiul apelor minerale din Olănești. (Spitalul 1—2, 1923).

I. Daniel et **Popescu-Buzeu**. Recherches sur le mécanisme de l'action diurétique des eaux minérales oligometaliques (Annales de méd. t. XX Nr. 6, 1926).

În stare normală, trecerea relativ rapidă a apei prin ficat, favorizată de regularitatea schimburilor dintre țesuturi și sânge; prin hidremia pasageră și probabil prin mobilizarea hormonului hepatic, provoacă o diureză promptă și un bilanț în cele mai multe cazuri nul. Cu alte cuvinte în stare fiziologică și de echilibru nutritiv, apa ingerată se elimină în totalitate, sângele își păstrează compoziția constantă și în cazul în care pierderile sunt mai mari decât cantitatea ingerată, ele se fac pe socoteala țesuturilor.

Ce se întâmplă în stare patologică?

Gilbert și Lereboullet au observat la hepatici o întârziere în procesul de eliminare. Este deasemenea cunoscută, criza urinară observată de autorii francezii la declinul icterului. **Hannot, Le Damany**, au atras atențiunea asupra edemului de origină hepatică, fapt confirmat de observațiunile clinice care menționează edemul în atrofia galbenă și degenerescență grasă a ficatului. Din aceste fapte rezultă că afecțiunile în care a căror patogenie, apare în primul rând ficatul, sunt caracterizate și printr'o pronunțată turburare de reținere și de eliminare a apei.

Cercetările pe care le-am făcut în colaborare cu **N. Gh. Lupu și R. Papazian** *), asupra turburărilor schimburilor apei în stări patologice, ne-au arătat într'adevăr că adeseori ficatul pierde proprietatea hidroregulatoare și prin aplicarea metodei descrise, am putut stabili rolul pe care-l are în diferitele stări patologice însoțite de un metabolism defectuos al apei.

Importanța acestor cercetări, este evidentă la hipertensivi și la asistolici, la care simptomele clinice de reținere și mai ales de eliminare ale apei, ne-ar putea face să credem că sunt consecutive unei leziuni renale.

La hepatici și prin aceasta înțelegem cazurile de icter, catedral și mecanic, colicistită calculoasă, ciroză hipertrofică și atrofică; turburările în metabolismul apei sunt caracterizate printr'o reținere în țesuturi și printr'o diureză întârziată și insuficientă. Revenirea la starea normală este caracterizată printr'o adevărată deshidratare, o diureză promptă și foarte abundentă.

Nu vom intra în detaliile acestor chestiuni, care se găsesc expuse în lucrările arătate, ci vom releva numai faptele a căror

N. Gh. Lupu, R. Papazian et I. Daniel. Les troubles des échanges de l'eau, dans les états pathologiques. Bull. et Mem. de la Soc. med. d. Hôpitaux Bucarest. 3 Mémoires Nr. 2, 4 et 6, 1929.

cunoaștere este necesară, pentru a evita o greșită interpretare a simptomelor clinice.

Turburările de eliminare și de rețineră ale apei sunt de cele mai multe ori provocate de factorul extrarenal în primul rând de ficat. Când dintr'o cauză anumită, ficatul pierde funcțiunea hidrorregulatoare, fie în sensul unei rețineri mai îndelungate sau a unei treceri rapide a apei datorite insuficienței sistemului de baraj, țesuturile intervin printr'o acțiune compensatoare, fenomen de autoapărare.

Turburările menționate sunt provocate de diversele produse cunoscute sau necunoscute, rezultând din alterațiunea pasageră metabolismului general, care influențează mecanismul hidrorregul al ficatului — acțiunea mecanică și hormonală — și consecutiv funcțiunea țesuturilor de-a fixa și mobiliza apa.

Rinichiul în toate aceste cazuri își păstrează intactă funcțiunea hidriatică.

Din punct de vedere practic, cunoașterea acestor noțiuni ne permite prin aplicarea metodei pe care-o preconizăm să putem stabili care este factorul care provoacă turburările de eliminare și de rețineră ale apei și în acelaș timp ne dă îndrumări terapeutice. Asupra acestor chestiuni vom reveni.

Spitalul Filantropia Craiova. — Serviciul Dermato-Veneric.

**AUTO-SUPERINFECȚIE SIFILITICĂ CU PUNCT DE
PLECARE GANGLIONAR *)**

de

Dr. V. DRĂGOESCU

Medic Primar.

Auto-superinfecția sifilitică, cu punct de plecare ganglionar, a fost studiată pentru prima oară și pe larg de d-l Pr. Nicolau.

Acest studiu a fost publicat în „Annales de maladies veneriennes” în 1922; el se referă la 5 cazuri observate în serviciul D-sale. Un alt caz a mai fost publicat în revista „Spitalul” de către d-nii Vătămanu și Dinulescu, caz observat tot în serviciul d-lui Pr. Nicolau. În afară de aceste cazuri, nu avem cunoștința că s'ar fi publicat observațiuni identice, în revistele noastre din țară și străinătate. Cazul nostru, ar fi deci, al 7-lea relevat, în care auto-superinfecția să se fi produs pe această cale.

Cunoaștem cu toți, posibilitatea superinfecției sifilitice în prima perioadă a sifilisului. Să știe azi, că inoculările experimentale la om și maimuță, la începutul perioadei primare, într'un timp de 10-12 zile, poate să determine noi inoculări, subiectul fiind ușor receptiv. Aceste date experimentale ne-au permis să înțelegem aparițiunea sifiloamelor succesive pe care le întâlnim în clinică. Aceste sifiloame cari își fac aparițiunea la câteva zile de interval, nu sunt decât expresiunea superinfecțiilor succesive, și cari în diferite cazuri, poate să aibă diferite surse de contaminare. Ei pot proveni sau sub influența contactului repetat în perioada încă receptivă a tegumentelor (hetero-superinfecție), sau dela însuși sifilomul propriu al bolnavului, secrețiunile acestui sifilom inoculând tegumentele regiunilor apropiate, (auto-superinfecție). Aceste cazuri sunt bine cunoscute și interpretarea lor patogenică foarte clară. Ceeace face însă, interesul observațiunei noastre și care intră cu totul în cadrul celor des crise de d-l Pr. Nicolau este faptul, că sursa superinfecțantă

*) Caz comunicat Societății de Dermatologie și Sifilografie din București.
Ședința de la 19 Maiu 1929.

în loc să fie, ca de obicei, accidentul cutanat sau mucos: sifilomul, ea a fost adenopatia satelită supurată, care a permis prin orificiul său să deverse germeni specifici, inoculând tegumentul în jurul acestui orificiu. Despre circumstanțele cari ar putea determina supurația ganglionilor sateliți, ele există de și sunt rare. După Balzer, adenopatiile specifice pot supura în proporția de 17 p. 100; după A. Fournier în proporție de 1 p. 100. În majoritatea cazurilor aceste supurațiuni sunt determinate de strepto-bacilul Ducrey, în cazuri de șancre mixte; alte-ori de microbi asociați; câteodată surmenajul și oboseala prea mare; dar se observă și adenopatii pure specifice care să supureze fără intervenția altor microbi sau surmenajiu. În categoria aceasta din urmă intră și cazul nostru.

După această expunere sumară de ordin general, prezint observația bolnavului nostru.

Bolnavul V. M. în etate de 19 ani, necăsătorit, intră în serviciul nostru la 16 Noembrie 1928.

Antec. hereditare. fără importanță.

Antec. personale. Paludism acum 7 ani.

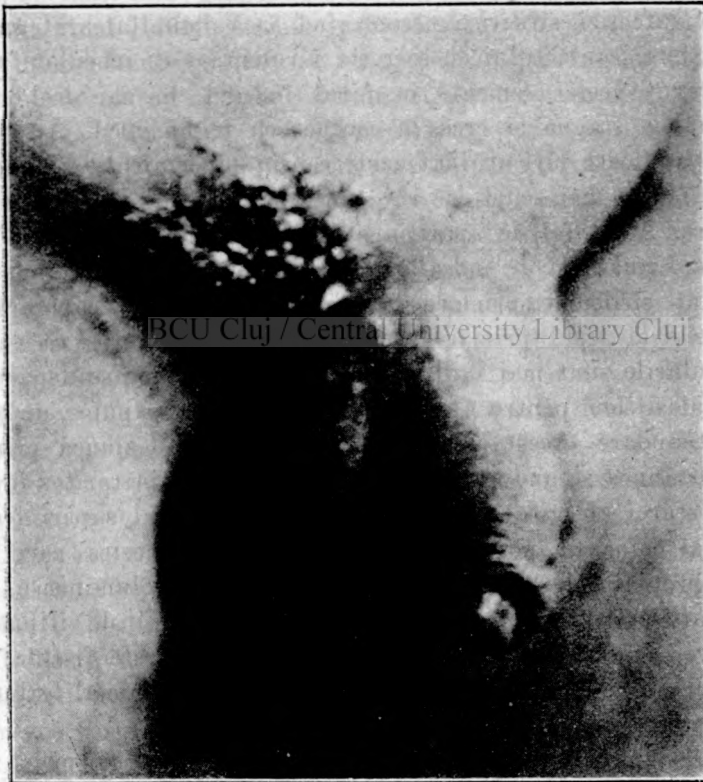
Istoricul maladiei actuale. La începutul lunii Octombrie 1923, bolnavului i-a apărut o ulcerație în partea dreaptă a prepucii, ulcer care se întindea și se mărea. La două săptămâni dela apariția acestui ulcer, ganglionii din dreapta s'au mărit, au devenit dureroși și fluctuenți și după o săptămână s'au deschis spontan. Cam la 4-5 zile dela apariția adenitei drepte au început aceleași fenomene și în regiunea inguinală stângă, ganglionii urmând aceeași evoluție. Prin fistula adenitelor se scurgea un lichid sero-purulent. La vre-o 30 zile dela apariția ulcerului prepucial și la vre-o săptămână dela supurația adenitei inguinale drepte, bolnavul a observat o erupțiune ce ocupa partea internă și inferioară a acestei adenite.

Starea prezentă. Bolnavul bine constituit nu prezintă nimic anormal din partea organelor interne.

La intrarea sa în spital prezintă o îndurație circumscrișă în partea dreaptă a bordului prepucial, rotundă, cu tegumentul și mucoasa corespondentă de culoare închisă violacee; de mărimea unei alune, având la suprafață o ulcerație de mărimea unui bob de linte, acoperită cu o crustă groasă stratificată. Intreagă această leziune are o duritate cartilagineasă.

În regiunea inguinală dreaptă, se vede o tumefacție lunguiată, de culoare ușor violacee, împăstată. Ganglionii sunt măriți, duri, alți mai puțin duri, iar alți supurați. În treimea inferioară al acestei tumefacțiuni există o fistulă prin care se scurge un lichid sero-sanguinolent. La partea inferioară și internă al acestei adenite, în

apropiere de orificiul fistulei se observă o erupție, formată aproximativ din 30-35 elemente, de culoare roșie, închisă violacee; de dimensiuni variate: de mărimea unui bob de porumb, de linte, altele și mai mici, infiltrate, dure, acoperite unele cu adevărate cruste, altele cu squame. Aceste elemente diminuează ca volum pe măsură ce să depărtează de orificiul fistulei. Ele ocupă o suprafață cam de 16 cm. pătrați. În regiunea inghinală stângă, se observă de asemenea o tumefacțiune, în care ganglionii sunt prinși la fel ca în regiunea inghinală dreaptă, având o fistulă în regiunea mijlocie și prin orificiul căreia se scurge, de asemenea, un lichid sero-sanguinolent; erupție însă, nu există. În afară de aceste leziuni descrise, bolnavul nu mai prezintă vre-o altă leziune. Nimic anal sau bucal; nimic pe corp; ganglionul, însă, epitrocleon drept, hipertrofiat.



Se face reacțiunea Wassermann care este pozitivă cu $++$ $++$ $++$.

S'a examinat la ultra-microscop secreția sero-sanguinolentă, scurț din fistulă și s'a găsit spirocheți.

Examenul microscopic al serozității ne-a arătat prezența de hemati, limfocite și polinucleare.

Supunem bolnavul la tratamen'tul anti-specific: Inj. de Cyanur Hg.

intravenos și Neosalvarsan. Local nici un tratament de cât pansament simplu sterilizat pentru protejarea leziunilor. În mai puțin de 29 zile, toate leziunile aproape sau cicatrizat; adenitele s'au închis, numai supurează; elementele cruptive aproape au dispărut. Sifilor u' s'a muiat și a diminuat de volum.

Bolnavul a eșit din Spital, ne mai voind a continua tratamentul până la completa vindecare, de oarece fiind elev al școlii sup. de comerț ar fi pierdut din cursuri. Urma să-și continue tratamentul în particular.

În rezumat, este vorba în această observațiune de-o superinfecție ce s'a făcut pe cale ganglionară. Bolnavul a avut un șanceru sifilitic cu adenopatie satelită supurată. Serozitatea scursă conținea spirocehți (după cum s'a confirmat la ultramicroscop). și vârsta infecției sifilitice neconferind încă imunitatea, tegumentele expuse contactului cu secreția virulentă s'au inoculat; astfel au apărut acele elemente în jurul fistulei, tocmai acolo unde secrețiunea stagna și era în contact cu tegumentul. Aceste leziuni papuloase cari au luat naștere prin superinfecție au evoluat într'un timp mai scurt, de cât cum apar, de obicei, sifiloamele primare. Acest fel de aparițiune al leziunilor prin superinfecție este confirmată și de inoculările experimentale. Ca tip, leziunile nu sunt sifiloame primare tipice, ci intră într'o categorie de trecere dela tipul primar la tipul secundar. Să știe, că cu cât reinoculările sunt mai tardive, cu atât aspectul lor se depărtează de tipul sifilom pentru a se apropia de aspectul papulos, de leziunile secundare. Acest aspect de tranziție, dela leziunea primară către leziunea secundară este datorit reacțiunii țesăturilor în prezența stărei alergice a organismului în momentul superinfecției.

La bolnavul nostru, leziunile primitive, acelea cari erau mai apropiate de fistula adenitei, erau mai voluminoase, mai infiltrate, și caracterele clinice le apropiau mai mult de sifilomele primare, de cât acelea care se îndepărtau de aceste fistule, cari mai mici și mai puțin infiltrate aveau aspectul clinic al leziunilor secundare.

Această observațiune este interesantă, nu numai prin raritatea sa, prin diagnosticul leziunilor și al tratamentului ce se impune, dar mai ales prin interpretarea instructivă a leziunilor, la care a dat naștere.

ASUPRA UNEI PLEUREZII INTERLOBARE CAZEOASE TRATATE CU ANTIGEN METILIC

de

D-rii S. PAULON, I. ROSENSTEIN, I. VASILESCU

Toți ftisiologii au insistat asupra reacțiunii scisurale la bacilari și mai ales **Sergent** arată frecvența ei determinată de existența unui focar pneumie juxtascisural. Dar adevărata pleurezie tuberculoasă interlobară este rară și pentru acest motiv, suntem îndreptățiți să dăm publicității un asemenea caz, observat în serviciul d-lui Doc. Dr. Cănciulescu.

În afară de focarul pneumie juxtascisural, un alt punct de plecare al ei sunt diverse embolii bacilare emigrate dintr'o leziune de vecinătate: pleurezie mediastinală, tuberculoza vârfului sau un ganglion hilar (cum pare a fi în cazul nostru).

Mosny, Sabourin și Piéry, pentru a surprinde această localizare excepțională recomandă ascultarea metodică a interlobului la fiecare tuberculos.

Forma clinică pe care o îmbracă poate fi **uscată, sero-fibrinoasă sau purulentă, seleroza interlobară** nefiind în majoritatea cazurilor decât procesul de cicatrizare a formelor clinice enumerate.

Nu vom insista prea mult asupra simptomatologiei, ea fiind bine cunoscută din manifestările clinice ale pleureziei interlobare obicinuite (pneumococică, streptococică, putridă).

Debutul de obicei este insidios și de multe ori dacă este vorba de forma purulentă a pleureziei interlobare tuberculoase, ea începe cu **febră de aspect tific**, ușoară **durere în eșarfă** și **tuse uscată**. Localizarea frecventă este la **dreapta** și mai totdeauna **evoluția fiind toracică anterioară**, semnele fizice sunt evidente pe fața ant. a peretelui toracic.

Sergent și H. Durand nu neagă existența ei, dar fac oarecari rezerve spunând că uneori deși observată pe tuberculoși, pleurezia interlobară poate fi datorită unor infecțiuni secundare.

Semnul fizic de mare importanță îl dă **matitatea toracică**

suspendată și la nivelul ei dacă pacientul este un adult vibrațiile sunt diminuate.

Ascultațiunea relevă pe lângă frecăturile pleurale și ralurile congestive supra adăogate, un suflu pleuretic caracteristic și aproape patognomic, dacă maximum de intensitate este în regiunea axilară.

În cazul nostru, un copil de 8 ani, simptomele pleureziei interlobare sunt exclusiv anterioare: ele se caracterizează:

a) **Printr'o matitate absolută** începând dela un lat de deget subclavicula dreaptă, întinzându-se în jos până deasupra mameelonului, în afară până la linia axilară anterioară și înăuntru până la linia sternală;

b) **Printr'o diminuare marcată a respirației.**

Nu este cazul să discutăm aci localizarea interlobară a sindromului suspendat, pentru că însăși școala franceză care a făcut din pleurezia interlobară chestiune de actualitate, nu este definitiv pusă la punct.

Dacă **Sergent** și **Kourilshy** sunt de părere că abcesele pulmonare sunt infinit mai frecvente ca pleureziile interlobare (cari nu pot fi afirmate uneori nici cu piesa anatomică în mână), **Comby**, afirmă că cel puțin la copii, acestea din urmă sunt mai frecvente ca abcesele pulmonare.

Diagnosticul radiologic pe care s'a pus atâta bază, odinioară, se pare a-și fi pierdut din importanță în unele împrejurări. Dacă forma kistică deșteaptă în spiritul clinicianului imaginea unui kist hidatic, nu trebuie să uităm că o supurație a acestuia, prin modificările aduse țesutului pulmonar adjacent, poate să o deformeze și să eroneze un diagnostic. Totuși nu se poate nega utilitatea acestui mijloc de explorare, care trebuie pus la contribuție la cea mai mică îndoială și la necesitatea de control.

Puncția focarului supurativ, completată cu examenul microscopic și cultura pe mediile indicate, va de un real ajutor. Vom avea grije să ne asigurăm că nu este vorba de un kist hidatic și odată puncția hotărîtă o vom face în plină regiune mată și pe fața anterioară a toracelui așa cum o recomandă **Nobecourt**.

Observația clinică.

Copilul I. R. de 8 ani, este internat în serviciu la data de 14 III 929, cu febră, balonarea abdomenului și constipație.

Ant. her. colat. Mama ar fi avut 2 avorturi spontane; mai sunt 6 copii sănătoși.

Ant. personale. necunoscut bine, copilul fiind crescut dela naștere într'un azil de copii din Arad. Acuma 3 luni ar fi avut o afecțiune acută pulmonară (pneumonie?).

Istoric. Cu 3 săptămâni înainte de a veni în serviciu, a început să slăbească, tușea și avea dureri abdominale în ambele hypochondre; dela această dată febra este mai accentuată.

Stare prezentă. De constituție debilă, cântărește 21 kgr. legumentele extrem de palide și mucoasele exsangue; țesutul celulo grasos subcutan redus. Tușește, are febră ridicată, dureri abdominale și constipație. Micropoliadenopatie generalizată.

Pulmonar. Tonalitatea ușor ridicată la vârful stg. cu sibilante și fine frecături. La dreapta perecuția relevă o zonă de matitate hidrică începând la un lat de deget sub claviculă, până în spațiul al IV intercostal.

În afară atinge linia axilară anterioară, iar înăuntru marginea dreaptă a sternului.

Matitatea se coboară și se exagerează când bolnavul se apleacă înainte. Vibrațiunile toracice diminuate; la auscultație ușor suflu în jurul zonei matec, la nivelul căreia există *tăcere respiratorie*. Fine frecături pleurale și raluri congestive în jurul matității. În spate la dreapta murmurul vezicular ușor diminuat.

Cordul în limite și poziție normală; ritm tachicardic; nimic orificial.

Abdomenul mărit de volum și timpanic; dureri în hypochondrul drept. Frecături peritoneale la palparea profundă a hypogastrului drept.

Ficat: Marginea sup. începe la coasta V; cea inferioară depășește cu un lat de deget grilajul costal fiind dureroasă la pipăit.

Splina nepercutabilă.

Exam. radiologic făcut de d-l Dr. Leon Eschenazy: 21. III. 929. *Zonă obscură în $\frac{1}{3}$ medie a câmpului pulmonar drept*, de formă rotundă și de mărimea unei portocale, *lând aspectul unui kist*.

În urma acestui examen radiologic posibilitatea unui kist hidatic nefiind exclusă se face pe ziua de 25. III. 929, o *intradermoreacție Cassoni* al cărui rezultat a fost negativ. Se ia sânge pentru formula leucocitară executată de d-șoara Dr. Hirsch și se constată:

Globule albe	12.000 mmc.
Hematii	3.270.000 mmc.
Limfocite	12%
Monocite mari	7%
Eosinofile	1%
Polinuc. neutrof.	80%

Din predominența polinuc. neutroie se putea afirma numai existența procesului supurativ. Cum un kist hidatic supurat, se pare că nu mai prezintă eosinofilie și uneori intradermoreacția în aceste cazuri este negativă, înainte de a punctiona se face o placă.

radiografică: imaginea căpătată este diferită de aceea ce ne-a indicat-o radioscoopia. Neavând conturul sferic al kistului, ci prezintând mai curând o *formă ovalară cu marele diametru transversal*, pleurezia interlobară devine mai mult ca posibilă, mai ales că aspectul de *l'image en berceau* pe care-l descrie *Sergent* era caracteristic. Pe de altă parte *obscuritatea este transparentă* căci lasă să se vadă pe fondul ei grăiajul costal; pentru a face să reese această diferență între obscuritatea ovalară, semitransparentă cu imagine en berceau a pleureziei tuberculoase scizurale și obscuritatea rotundă și completă a kistului hidatic pulmonar, redăm aci și radiografia unui atare kist hidatic supurat, care ne-a fost procurată de d-l Dr. L. Eschenazy.

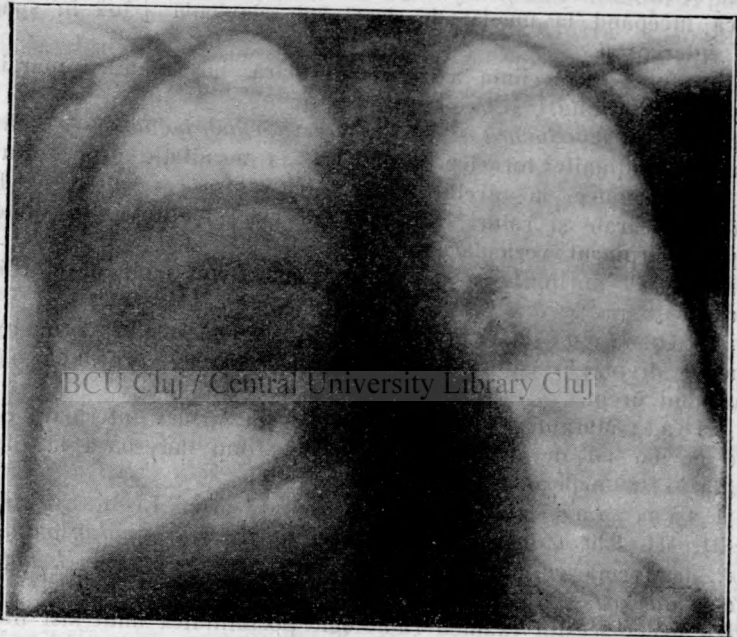


Fig. 1.—Pleurezie interlobară cazeoasă dreaptă.

Curba inferioară a opacității pleuretice din cauza greutatei lichidului ce conține, este mai scoborită și mult mai concavă decât limita superioară a ei, iar pe măsură ce se apropie de hilul pulmonar merge lărgindu-se în suprafață (imaginea en berceau). Tot pe această radiografie se vede din loc în loc și în special la exploratrice în al II spațiu intercostal, pe fața anterioară (în necate, cari nu pot fi decât ganglioni tuberculoși cretificați.

Cordul nu este deplasat ceace s'ar explica printr'o cantitate nu prea mare de lichid, incapabilă de a-l deplasa. De altminteri Nobecourt spune că deseori în pleureziile bacilare interlobare, cordul își păstrează poziția normală.

Cutireacția la tuberculină făcută la 25. III. 929, este intens pozitivă; repetată pe ziua de 12. IV. 929 și făcându-se

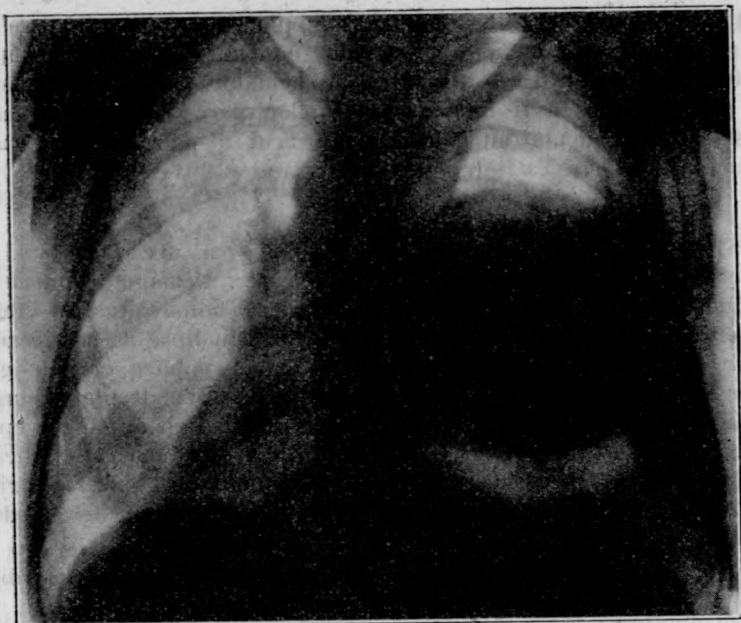


Fig. 2.— Kist. hidatic pulmonar stâng.

o intradermor reacție / cu tuberculină 1/5000 Claj 14. IV. 929, dă aceleași rezultate.

Cum diagnosticul de pleurezie interlobară pare indubitabil și natura tuberculoasă posibilă, se face la 10. IV. 929, punctia exploratrice în al II spațiu intercostal, spre fața anterioară (în plină zonă mată) și la 3 laturi de deget de linia mediosternală.

Se extrage lichid purulent, gros și grăunțos. Analiza chimic-microbiologică semnalează:

Lichid purulent cu grunjuri cazeoase; nu se colorează cu substanțele chimice. Aspect homogen în care se găsesc acizi grași și tyrozină.

Nu s'au găsit bacili Kochi.

Citologia: Rari elemente celulare, limfocite și polinucleare. Culturi steril după 24 ore.

La aceiași dată se repetă formula leucocitară și se constată:

Gl. albe	15.000 mmc.
Hematii	3.500.000 mmc.
Limfocite	34%
Monocite	5%
Polinucl. neutr.	60%
Eosinofile	1%
Hgb.	60%

Se vede din acest buletin că numărul limfocitelor a crescut

mult, diminuând în același timp al polinucel. neutrofile. Se pare deci că revărsarea este de natură bacilară, cu atât mai mult cu cât aspectul puroiului extras era perfect asemănător puroiului ganglionar. Ca prin punctie să fi înțepat un ganglion pare exclus, pentru că aceasta a fost făcută mult exterior și acul a pătruns și se mișca cu mare libertate ca într-o cavitate.

Nu s'au inoculat cobai.

Incepem tratamentul cu antigen metilic sol. $\frac{1}{20}$ injectându-se sub-culan și la 3 zile câte $\frac{1}{4}$ cc. Urmând tehnica preconizată de Boquet și Negre, în cele 5 luni cât bolnavul a fost internat în serviciu se capătă o ameliorare evidentă. Din lipsă de spațiu și din cauza prea marei întinderi a lor, nu putem publica curbele graficelor termice, pentru a se vedea cum febra a scăzut treptat, ajungând în luna August la limita constantă 36°. În acest timp un singur episod acut a avut loc, când bolnavul în urma unei răceli face o corticalită dreaptă întinsă pe toată fața post. a pulmonului, febra se ridică (12-20 Iulie), starea generală se resimte, dar fenomenele cedează și totul revine la mersul progresiv de ameliorare.

29. VIII. 929. bolnavul este complet afebril, de bună dispoziție și a câștigat în greutate 4.750 gr.

Local se constată o matitate f. redusă, ușoară tăcere respiratorie și fine frecături pleurale în spațiul al II intercost. drept anterior.

Nu vedem de ce în acest caz nu ne-am afla în fața unei **tuberculoze interlobare purulente**, întrucât același sindrom de **piotuberculoză pleurală a marei cavități** este de mult cunoscută de autorii clasici. Ea se poate desvolta în pleură ca și într-o seroasă articulară, mascând uneori o tuberculoză pulmonară inapreciabilă cliniceste; evoluează de obicei spre cazeificare, constituind **abcesul rece pleural**. Cunoscută de **Bayle** și studiată de **Laënnec**, este în realitate individualizată în urma studiilor anatomopatologice a lui **Kelch** și **Vaillard** și a cercetărilor bacteriologice a lui **Chauffard** și **Gombault**.

Puroiul extras este sero purulent și gălbui, nu conține fibrină și la examenul bacteriologic nu se găsesse forme microbiene.

În culturi pe diferite medii, însămânțarea rămâne negativă, numai inocularea la cobai fiind de regulă pozitivă.

Ca evoluție colecția nu se rezoarbe; **Mussy**, **Debove** și **Jousset** au înătnit uneori **transformarea chiloasă** sau printr'un proces de desintegrare și degenerescență a leucocitelor, **lichidul devine opalescent și cazeificarea se oprește**.

Vomică este rară și când se produce devine circumstanță nefavorabilă, transformând abcesul rece pleural într'o cavitate infectată.

Complicațiunile mai frecvente sunt piopneumotoraxul, empyemul pulsatil și în ultimă instanță degenerarea amiloidă a vișcerilor din cauza supurației prelungite.

Damany descrie pentru prima oară **revărsările pleurale pneumogene aseptice**; studiate de **Widal** și **Gougerot** li se dau numele de **pleurezii puriforme aseptice**, ele fiind complicația unor leziuni pulmonare infecțioase de vecinătate.

Caracterul acestor colecțiuni este acela de a se rezorbi în 5-6 zile fără nici o intervențiune. Cultura pe medii și inocularea la cobai rămân negative, iar examenul puroiului arată predominanța polinuclearelor intacte. După **Mosny** și **Dumont** însă, polinucleoza este în funcție de durata revărsatului, care în nici un caz nu poate depăși 10-15 zile.

Acestea sunt singurele afecțiuni cu care s'ar fi putut discuta diagnosticul cazului nostru și pe care l'am publicat pentru raritatea sa relativă, pentru simptomele sale strânse într'un mănunchiu caracteristic și pentru efectele extrem de favorabile ale teraputeiceii instituite cu antigen metilic.

BIBLIOGRAFIE

Sabourin... Rev. de Medec. Janv. 1909.

Mosny, Sabourin... Arch. gen. de Medec. Janv. 1909.

Piery... Presse Médic. 19 Février 1917.

Sabourin... Presse Médic. 24 Février 1919.

Em. Sergent et H. Durand: La scissure interlobaine dans la tuberculoză pulmonaire Scissurites et periscissurites tuberculeuses Bull. Médic. 10 Oct. 1903.

Em. Sergent et H. Durand: La pléuresie interlobaire non tuberculeuse chez les tuberculeux (Paris Médical 6 Janvier 1923).

Em. Sergent: Les grands syndromes respiratoires. Fasc. II, page 335.

E. Sergent et R. Kourilsky: Quelques réflexions sur l'abus du diagnostic de pleurésie interlobaine (Bull. et memoires Soc. Médic. Hôp. Paris, No. 12, Avril 1927, séance 18 Mars).

J. Comby: Pleurésies interlobaires et abcès du Poumon. (Bull. et mem. de la Soc. Méd. des Hôp. No. 11, Mars 1927, séance 25 Mars).

Nobécourt: Clinique médicale des enfants. L'appareil respiratoire Page 186.

Harvier et. Pinard: Nouveau traité de Médecine Widat. Roger, Teissier. Pleurésies purulentes tuberculenses, Page 429, Fasc. XII.

Damany: Presse Médicale, 26 Oct. 1901.

Widat et. Gougerot: Bull. et. Mém. Soc. Méd. des Hôp., Paris, 27 Janv. 1906.

Petzelakis: Bull. et. Mém. Soc. Méd. Hôp., Paris 1916, p. 1545;

Trémolières et. Rafinesque: Presse Méd. 24 fév. 1919

Coskinas ibid. 17 Janv. 1920.

II.

MIȘCAREA MEDICALA ROMĂNEASCA

A.—SOCIETĂȚI ȘTIINȚIFICE

SOCIETATEA ANATOMO-CLINICA

DIN IAȘI

Sedința din 9 Decembrie 1928.

Prezidează d-l Prof. Bacaloglu.

PROF. C. BACALOGU, N. BALAN, L. BALLIF și C. VASILESCU:
Chist hydatic al cordului.

Autorii prezintă cordul și splina unui om de 23 ani ce fusese adus la Spitalul „Socola”, din cauza fenomenelor nervoase; o stare de confuzie mintală ce însoțea o tetraplegie necompletă. Bolnavul era fabricitant și într'un grad înaintat de cachexie.

Sucombă, după trei săptămâni dela intrarea sa în spital și la autopsie, se găsește în stânga cavității abdominale, o pungă purulentă-subdiafragmatică, în legătură cu infRACT supurat al splinei.

În cavitatea toracică — pe lângă o symfiză parțială a pericardului —, cordul (930 gr.), prezintă trei tumori chistice voluminoase, alăturate și situate în pereții cordului stâng (chiști hydatici).

Tumoarea superioară (mare cât o portocală), este un chist hydatic al peretelui auriculului stâng; celelalte două — evolute în grosimea peretelui ventricular, sunt: a) un chist hydatic superior cât un ou de găină — conținând un mare număr de vezicule fiice fertile, iar pe fața internă a adventivei — o căptușală groasă de 8 mm. formată din resturi de vezicule fiice turtite și sparte; acest chist comunică printr'un orificiu mare al peretelui inferior, și b) *tumoarea inferioară*, reprezentată printr'un conglomerat de chiști hydatici de diferite mărimi și intercomunicați.

Din cauza numărului mare ce constituie această grupă de chiști (10—11), ei proemină atât pe fața anterioară cât și pe marginea stângă și fața posterioară a ventriculului stâng; depărtarea dela ultimul chist până la vârful cordului, e de $2\frac{1}{2}$ —3 cm. În interiorul lor, se găsesc multe vezicule fiice și resturi cuticulare.

Autorii atrag atenția asupra unui fapt foarte rar și unic în literatură, care însă fusese întrevăzut de Kükenmeister.

Chistul auricular s'a rupt în cavitatea auriculară stângă și la nivelul spărturei, s'a format un trombus organizat — cu un buchet

de vegetațiunii în parte libere; ele pluteau în sângele auricular. Deși în acest chist se găseau peste 50 vezicule fiice — în majoritatea lor fertile —, nu au eșit prin ruptura produsă în peretele auriculii și a adventiceii lui, *decât fragmente cuticulare* provenite dintr'un strat gros ce căpțușea adventicea.

Sfărâmăturile de membrane veziculare au fost puse în libertate, atunci când s'a deschis chistul și apoi transportate cu sângele arterial, dând embolii și infarcte în splină, embolii și ramoliri în creier, etc.

Autorii au studiat cu amănunte anevrismele arteriale care au fost găsite în splină și mai ales în arterele Silviene; pe preparate microscopice, au arătat cum micile fragmente cuticulare s'au răspândit până în cele mai mici capilare, embolizându-le și determinând trombusuri, în cari se observă — pretutindenea — o bogată reacție giganto-celulară (creier, miocard, splină, rinichi — chiar și în glomerul, în capsula suprarenală, pancreas, ficat, etc.).

În secțiunile făcute prin trombusul din auricul — pe margini, mai spre bază și în trombusul parietal —, s'au găsit un număr considerabil de fragmente cuticulare mai mici sau mai mari, însoțite de reacția epiteloidă și giganto-celulară. Cu colorația Gram s'au decelat numeroși microbi dispuși în grupe bogate (coci, diplococi); aceiași microbi numeroși au fost întâlniți și în peretele pungii purulente splenice (infarct, supurat, în legătură cu tromboza cuticulară a unui vas important al acestui organ).

O secțiune interesantă, este aceea obținută — în serie — la nivelul rupturii, în care se vede endocardul întors ca o cârje spre cavitate și cu extremitatea destrămată, înglobată în masa trombusului organizat.

Această observație constituie unul din cazurile cele mai rare ale patologiei cardiace și va fi studiată cu toate amănuntele, într'o lucrare ulterioară.

Dr. GH. TUDORANU: *Considerațiuni asupra embriologiei megakariociților.*

Chestiunea formării megakariociților nu e complet elucidată:

Sunt autori (Naegeli) cari admit originea lor din miclobaști. Alți autori (Di Guglielmo) care susțin descinderea megakariociților din prepolikariociți (celule cu protoplasma bazofilă identificate drept celule ale țesutului reticulo-endotelial).

Coalescența acestor celule ar da naștere polikariociților, apoi megakariociților.

La embrionii de porc „dela 11 mm. până la 20 mm.”, megakariociții prezenți cu mult înainte de formarea măduvei osoase, par a avea un dublu fel de formare.

Cel mai frequent mod de formare a megakariociților e din celulele țesutului reticulo-endotelial, prin diviziunea cromatinei.

Se observă totuși și la al doilea fel de formare, prin sincițiu celulelor reticulo-endoteliale.

În acest caz celulele își pierd conturul fuzionându-și protoplasma (polikariociții) mai apoi și nucleii megakariociții).

E posibil ca la unele animale (pisici) să predomine formarea megakariocitelor din sincitiul celulelor reticulo-endoteliale; la alte animale (porc, etc.), predomină formarea lor dintr-o singură celulă prin diviziunea cromatinei.

Dr. N. BARBILIAN: *Litiază biliară asociată cu ascaridioză a câilor biliare. Prezentare de piesă.*

Comunicatorul prezintă un calcul cât o mazăre și un ascarid lung de 25 cm. dela un pacient în vârstă de 19 ani ce suferea din copilărie; după simptomele ce le prezenta la intrarea în clinica d-lui Prof. Tănăsescu, s'a pus diagnosticul de litiază biliară. Autorul practicând o injecție intravenoasă de tetraodphenolphthaleină disodică 2 gr. la 40 cm.³ apă și radiografiind bolnavul după 9 și 24 ore, constată că se confirmă acest diagnostic.

Pacientul fiind operat de d-l Prof. Tănăsescu și ajutat de d-l Dr. Barbilian, prezintă în afară de calcul și un ascarid viu, situat în coledoc.

După prezentarea piesei, d-sa arată interesul acestui caz; observațiile de ascaridioză a ficatului și a câilor biliare sunt destul de rare și aproape în general este o surpriză operatorie.

Când coexistă ambele afecțiuni — Litiază biliară asociată cu ascaridioză biliară —, este greu de precizat care a preexistat. Se admite totuși că sunt calculii cari s'au dezvoltat mai întâiu. Obstrucția absolută a coledocului prin ascarizi este excepțională. Autorul amintește odată cu aceasta, cazul foarte interesant prezentat la societatea Anatomico-Clinică de d-l Prof. Hortolomei.

În urmă face câteva observații asupra patogeniei acestei afecțiuni. Enumeră leziunile ce le poate provoca ascarizii în ficat și în câile biliare, descrie simtomatologia acestor leziuni și evoluția ascaridului.

Tratamentul este chirurgical, totuși este bine a se administra și antihelmintice pentru a împiedeca o nouă infestare și în acelaș timp pentru a curăți organismul de acești paraziți.

PROF. C. BACALOGLU și C. VASILESCU: *Asociațiunea unui leiomiom uterin cu un cancer al colului.*

Un uter voluminos, al cărui diametru are aproape 15 cm. Pe secțiunile macroscopice, se vede că uterul acestei femei în vârstă de peste 60 ani, prezintă o tumoare voluminoasă crescută din peretele fundic al uterului și care cuprinde întreaga cavitate uterină — destinzându-i pereții; aspectul acestor secțiuni este acela al unui miofibrom.

Colul este mărit de volum și pe secțiunile macroscopice se observă un țesut alb-sidefiu; secțiunile microscopice arată un epithelioma pavimentos.

În cavitatea peritoneală — care este presărată de noduli canceroși (ca petele de ceară), se găsesc 4-5 litri de lichid sero-sanguinolent. Marele epiploon e redus la o masă cu dimensiuni mici (4-3 cm.) și este deasemenea însămnat cu noduli.

Pancreasul (coada) e în parte degenerat și are aderențe cu loja splenică. În ficat s'a găsit un nodul metastatic.

Autorii arată prin această observație, ansamblu destul de frecvent și chiar în acelaș organ, într'o tumoare malignă (cancer), care se dezvoltă alături de alta benignă (miofibrom). Acelaș lucru l'au demonstrat și cu altă ocazie, când au găsit un cancer ulcerat al pilorului, iar pe una din fețele stomacului un miofibrom incapsulat.

Sedința din 2 Februarie 1929.

PROF. C. BACALOGLU: *Nevraxită epidemică.*

Prezintă o bolnavă care în urma unei encefalite letargice a rămas cu o paralizie facială și fenomene trofice — în legătură cu o paralizie incompletă a trigemenului.

Pe lângă interesul clinic al acestui caz se adaugă faptul că se poate stabili o contagiune a encefalitei epidemice.

D-l Prof. Bacalogtu a urmărit în aceeași familie încă un caz de encefalită letargică cu sfârșit letal.

Bolnava prezentată, a fost în contact îndelungat cu prima bolnavă — care a și suferit în urma nevraxitei epidemice.

Această observațiune va fi publicată în extenso ulterior.

Dr. N. BARBILIAN: *Ulcer calos al miciei curburi și a feței posterioare a stomacului, cu perigastrită adesivă.*

Autorul prezintă o piesă de ulcer calos al miciei curburi, care se întindea și pe fața posterioară — interesând toate strațurile stomacului, astfel că fundul ulcerului îl forma și ficatul și pancreasul. Procesul crosiv nu se oprise la aceste organe și începuse să intereseze și parenchimul hepatic; pancreasul era însă intact.

Este vorba de un pacient în vârstă de 55 de ani, din serviciul d-lui Profesor Tănăsescu, internat pentru dureri în epigastru. Pacientul suferă de 11 ani de aceste dureri, pe care le resimțea cam la 2 ore după îngerarea alimentelor și erau urmate de vărsături acide; avea însă perioada de sănătate perfectă.

Operat de d-l Prof. Tănăsescu, i se face o gastropilorectomie și cum stomacul aderă foarte intim la ficat și pancreas, operatorul nu ezită a rezeca o porțiune de ficat și pancreas. Se închide complet tranșa gastrică și duodenală, creind o gură între fața posterioară a stomacului și la porțiunea jejunului. Drenaj. Închiderea peretelui abdominal cu sârme. Pacientul ese vindecat.

Autorul enumără cu această ocazie formele anatomo-patologice ale ulceraiilor gastrice cari se pot întâlni în timpul operației, iar după aceea arată indicațiile de tratament, ce sunt foarte variate — după cazuri, referindu-se la acelea întâlnite în clinică.

D-l Dr. Lucinescu, arată interesul dublu al cazului: 1) raritatea piesei și 2) faptul că s'a excizat din ficat și mai ales din pancreas, căci putea să rezulte o citosteatonecroză.

Dr. Barbilian: Drenând, se poate evita această redutabilă complicație.

PROF. C. BACALOGLU și C. VASILESCU: *Stercoroame multiple provocate de Ascaris Lumbricoïdes.*

Un bărbat de 65 de ani, care în trecutul său nu are decât febră tifoidă și malarie, începe să sufere de dureri mari în cavitatea abdominală, o lună înainte de intrarea sa în serviciu. Aceste dureri, le resimțea mai mult în regiunea sacro-lombară, în spate și chiar în brațul stâng. Ele prezentau exarcebațiuni, se accentuau la tuse și în momentul eforturilor.

Inapetență aproape completă; fenomene de constipație.

La examenul somatic, aproape nimic de semnalat din partea pulmonului, cordului și ficatului.

În schimb însă, palpațiunea abdomenului decelă în partea stângă — întinzându-se în sus până în regiunea splenică — o serie de tumori de consistență foarte dură și mari cât o mandarină. Din cauza mobilității, era greu de precizat dacă țin de colon sau de mezenter, ori de epiploon.

Două purgative (oleu de ricină) date ulterior, au produs o evacuațiune abundentă-ichidă, și n'au modificat într-o mic caracterul tumorilor semnalate.

Bolnavul se prezintă ca un profund intoxicat; nu are temperatură ridicată, urinele nu conțin albumină, nici glucoză și reacțiunea Wassermann este negativă.

Pulsul devine din ce în ce mai depresibil, starea generală se agravează și sucombă după câteva zile dela intrarea în serviciu, înainte de a i se fi putut face radioscopia tubului digestiv.

Necropsia arată că moartea a fost pricinuită de o toxemie de origină intestinală, datorită unui mare număr de ulcerațiuni — desemnate atât în intestinul subțire cât și în cel gros.

Aceste ulcerațiuni din intestinul subțire, însoțeau o hiperemie intensă a mucoasei, datorită prezenței a 11 ascarizi de dimensiuni mari; chiar mucoasa stomacului era hiperemită și prezenta ulcerațiuni.

Intrucât privește tumorile semnalate în timpul vieții, sunt conținute în intestinul gros și sunt constituite din mase fecale solidificate și dure. Numărul acestor stercoroame era de 15.

La suprafața intestinului gros, care prezenta ridicături și zugrumături, nu s'au găsit aderențe nici false membrane; numai seroasa era mai hiperemiată.

Deschizând intestinul, se constată că mucoasa este în general congestionată și în multe locuri prezintă pierderi de substanță (ulcerațiuni) la nivelul părților ectaziate; în aceste regiuni, stercoroamele produceau adevărate prăbușiri ale peretelui intestinal, comparabile cu anevrismele aortei.

Aceste fecaloame, de colorație brun verzuie și de volum variabil, erau constituite numai din materii fecale solidificate — la nivelul colonului ascendent și transvers; cele din colonul descendent și sigmoid însă, arată că materiile fecale s'au precipitat în jurul unui

nucleu de cristalizație, format din resturi de ascarizi morți și macerați (n'a mai rămas din corpul lor decât cuticula.

Secțiunile microscopice făcute la nivelul celor două ectazii mai mari din colonul descendent, demonstrează o hiperemie a mucoasei cu pierderi de substanță în unele locuri; mucoasa e subțiată și muscularis mucosae întrerupt pe alocurea; însăși pătura musculară a intestinului a suferit alterațiuni importante din cauza destinderei.

Acest caz care se întâlnește foarte rar în Clinică, face parte din grupa *Stercoroamelor* descrise recent de Prof. Carnot (Paris Medical, 1928), cari au ca început de plecare „substanțele inasimilabile ce sersesc ca nucleu unui coprolit gigant”.

Stagnațiunea și întărirea fecalelor, după Carnot, sunt consecutive fie unui obstacol deasupra căruia se îngrămădesc, fie unei atonii și unei distensii (megacolon) care explică formațiunea lor.

În cazul comunicatorilor nu există un megacolon; evoluțiunea patologică a fost datorită corpurilor străini produși de resturile ascarizilor morți.

De sigur că a contribuit și o atonie intestinală în raport cu vârsta (65 ani), care nu a permis ascarizilor să fie eliminați; astfel aceștia au putut servi ca punct de plecare a fecalomilor multipli, descriși.

În lucrarea citată a Prof. Carnot, și bazată pe o bogată literatură, nu se găsesc exemple asemănătoare acestui caz. Astfel Carnot citează: sămburi de fructe (cireșe, prune, struguri, smochine uscate, picioare de broască, gumă-lak la un alcoolice, medicamente insolubile ca magnezia, fosfatul și carbonatul de Ca, un calcul biliar, etc.).

Dr. VIOLETTE STRAT: *Icter grav.*

Prezintă observația și organele provenite dela necropsia unui bolnav în vârstă de 24 de ani, de profesiune șofer, care venise în serviciul clinicei medicale cu un icter intens, dureri de cap, temperatură ridicată, urinele în mică cantitate și închise la culoare.

În această stare rămâne 5 zile, când este cuprins de convulsii, tremurături a buzelor și contracturi ale maxilarului inferior, delir, etc.

Îl se face o venisecție, după care se liniștește puțin. Analizele sângelui arată 0,64% uree și glicemia 1,52%.

Din partea aparatului circulator, se constată un puls mic, repede, hipotensiv și instabil.

În ultimele două zile, înaintea morții, prezintă incontinență de urină, cari sunt închise la culoare și bogate în pigmenți biliari și acizi biliari. Nu conține zahăr.

Cobaiul la care s'a injectat urină, trăiește de mai multe zile.

La necropsie, pulmonii au un volum normal, prezintă ușoare aderente pleurale și au sufuziuni sanghine sub pleurale pe fața externă.

Cordul mic de volum, cu miocardul subțire de culoare palidă; endocardul prezintă în ventriculul stâng, sufuziuni sanghine sub endocardice, lungi și dispuse în striuri.

Ficatul (1400 gr.) e moale, fără a fi însă friabil, de culoare ce

are o nuanță galbenă și este elastic. Raclând suprafața de secțiune, nu se poate obține nici sânge, nici bilă.

Veziucula biliară este mică și plină cu o bilă slab colorată.

În secțiunile microscopice, se observă leziuni întense în ficat și pancreas, mai puțin accentuate în rinichiu și celelalte organe.

Dr. EUGEN LUCINESCU: *Aplazie uterină.*

La autopsia unei femei în vârstă de 35 de ani, s'a constatat atrofia uterului; acesta se prezintă sub forma a două porțiuni cilindrice ce se unesc la partea inferioară într'un corp, lung de 2 cm., care ar corespunde colului uterin; aplazia este completă, nu se găsește nici-un orificiu, nici o cavitate.

Dela acest corp, pornesc atât la dreapta cât și la stânga, două formațiuni cilindrice, pline, lungi de 5 cm. cea din stânga și 8 cm. cea din dreapta.

În continuarea lor se observă două falduri de mucoasă — trompele —, care acoperă două ovare destul de curioase ca formă; cel din dreapta lung de 5 cm. și lat de 1 cm., cel din stânga mai scurt. Ambele prezintă pe suprafața lor, numeroase chiste mici.

Secțiunile microscopice făcute la diverse nivele, atât prin uter cât și prin ovare, demonstrează natura uterină și ovariană a țesuturilor ce compun aceste formații.

E vorba în cazul de față de o aplazie uterină interesantă, fiindcă piesa așa cum se prezintă, reamintește o fază de dezvoltare embriologică a uterului.

Dr. N. DABIJA: *Prezența unei perechi de coaste cervicale, tipul lung „dia-para-apofizar”, cu dezvoltare simptomatică.*

O bolnavă de 45 ani e primită în serviciul Clinicii Medicale pentru o afecțiune cardiacă. La examenul clinic se percepe de ambele părți supraclaviculare, câte un corp dur care au o direcție oblică de sus în jos și în afară.

Aceste formațiuni sunt complet palpabile la dreapta până sub-claviculă, mai puțin la stânga unde se pierde în țesutele moi.

Ambele formațiuni suferă mobilizări ușoare odată cu mișcările gâtului și pot fi mișcate și manual; sunt nedureroase. Tegumentele ce le acoperă au aspectul normal.

Se înlătură posibilitatea existenței unor ganglioni hipertrofiați sau calcificați și se precizează radiografic că este vorba de a 7-a coastă cervicală dezvoltată bilateral, dar care păstrează aproape același paralelism cu coastele normale.

Tipul este dia-para-apofizar, complet dezvoltată la dreapta, cu extremitatea anterioară ascunsă după prima coastă și claviculă; contractează aderențe cu acestea, fără a fi vorba de o formațiune articulară.

De partea stângă este ceva mai scurtă, făcând impresia că se termină cu o porțiune subțiată, cartilaginoasă, care e transparentă la raze.

Autorul insistă asupra faptului că deși în cazuri similare s'au

semnalat turburări funcționale variate datorite compresiunilor și iritațiilor pe diferitele trunchiuri vasculo-nervoase, în cazul de față au fost tolerate perfect.

În afară de aceste coaste supra-numerare, se observă radiografic, hipertrofia apolizelor transverse a celei de a 6-a vertebră-cervicală, fără manifestări simptomatice.

Dr. D. LAMBESCU: *Hemato-Salp. nx torsionat.*

Din serviciul d-lui Prof. Tănăsescu. Piesa provine dela o fată virgină în vârstă de 14 ani și care nu avusese menstrre până în prezent. Tumoarea a crescut lent, pacienta resimțind dureri periodice de vre-o doi ani, iar în timpul din urmă durerile erau permanente.

Operată de d-l Prof. Tănăsescu, se găsește că tumoarea aparține salpinxului drept și este torsionată de 2 ori.

Dr. T. CADERE: *Mucocel apendicular.*

Din serviciul d-lui Prof. Tănăsescu. Apendicele lung de 12 cm. gros la bază cât un creion; în cele $\frac{2}{3}$ inferioare însă este mai gros decât degetul cel mare. Aceste 2 segmente sunt despărțite prin 5 strangulări și la acest nivel, apendicele a fost găsit cudad în timpul operației executată de d-l Prof. Tănăsescu. În partea superioară, apendicele nu prezintă nimic în lumen, iar pe mucoasă câteva puncte echimotice. În porțiunea inferioară unde apendicele este foarte gros, se găsește mucus.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Sedința din 26 Maiu 1929.

Prezidează d-l Prof. C. Bacaloglu.

Dr. C. TUDORAN: *Asupra endoteliuilor sinusurilor din spli. ă.*

Pe frotiurile și secțiunile din splină, unii autori (Naegeli), au descris în afară de elementele bine cunoscute ale splinei și celule endoteliale sinusale, pa.ogno. mo.ice splinei. Sunt celule izolate, cu nucleul întins colorat și cu protoplasma caracteristică, formând ca niște mustăți de o parte și de cealaltă a nucleului.

Naegeli emite ipoteza că aceste celule ar fi poate în legătură cu funcția ce o are splina, de a controla netrecerea globulelor roșii cu corpusculul lui Jolly din măduva osoasă în sângele circulant. E știut că splenectomia face să apară în sângele circulant hematii cu corpusculii lui Jolly.

Dr. Tudoran a găsit aceste celule pe frotiurile unei spline cu aspect leucemic.

Dr. GH. TUDORANU: *Asupra celulelor lui Rieder din ganglionii haemolinfatici dela vițel.*

Autorul a găsit pe frotiurile și secțiunile din ganglionii haemolinfatici dela vițel, celule cu aspectul morfologic al celulelor lui Rieder.

Cu colorația May Grünwald-Giemsa aceste celule au protoplasma bazo-filă și nucleul polilobulat, caracteristic.

Încă nu e clarificată origina acestor elemente. Cei mai mulți hematologi (Papenheim, Ferrata) cred că celulele lui Rieder sunt limfoidociți. (Haemocitoblaști) evoluți atipic. Nucleul acestor celule se diferențiază cu mult mai înaintea protoplasmiei, luând aspectul multilobulat, protoplasma rămânând nediferențiată.

În majoritatea cazurilor celule lui Rieder se găsește în leucemiile mieloidede acute, și mai rar în leucemiile mieloidede cronice și în leucemiile limfatice.

Aceste constatări au făcut pe autor să le considere, când de origină mieloidă, când de origină limfoidă.

Faptul însă că celulele lui Rieder se găsește mai ales în leucemiile acute alături de mulți limfoidociți și faptul că se găsește chiar în mod normal în ganglionii haemolinfatici dela vișel, alături de haemocitoblaștii limfoizi, pledează pentru originea lor din limfoidocit (haemocitoblast).

Dr. N. BARBILIAN: *Choleperitoniu hidatic cu echinococoză secundară peritoneală.*

Autorul prezintă o pacientă în vârstă de 30 ani, din clinica d-lui Prof. Tănăsescu, venită în serviciu cu simptomele unei ascite, având totuși unele caractere deosebite. Afecțiunea datează de un an și 4 luni. Pacienta în plină sănătate aparentă vede că abdomenul se mărește de volum, începând din fosa iliacă și simte în același timp ușoare dureri, greață din când în când și înțepături în tot corpul. Creșterea abdomenului se face rapid, așa că după 6 luni ajunge de dimensiuni mari. După acest timp creșterea abdomenului pare să se fi oprit, pacienta observă că încep să apară niște tumorete în cavitatea abdominală, care se înmulțesc și cresc treptat. Bolnava se simte slăbită, are amețeli.

La intrarea în serviciu bolnava este slăbită, are un facies teros și abdomenul se prezintă mult, mărit de volum, îmbrăcând forma așa zisă de baltracian, cu ușoară circulație venoasă subcutanată. Se constată senzația de val și matitate declivă, însă mobilitatea lichidului este redusă, iar zona de sonoritate periombilicală, e cam obscură. Prin tușul vaginal se constată că basenul este deasemeni ocupat. În partea dreaptă a abdomenului se simt numeroase tumori de mărimi diferite, dela o nucă la aceia a unei mandarine (unele conglomerate), de consistență fermă, cu suprafața netedă, rotunde sau multilobate. Bolnava nu a avut icter și nici febră (la intrare temperatura sub 37°).

S'a crezut la început că este o ascită, fără a-și putea afirma cauza ei.

La operație se constată o pungă enormă ce ocupa aproape întreaga cavitate abdominală, situată înaintea viscerelor și conținând un lichid galben (de culoarea cognacului) puțin turbure. Punga era foarte aderentă din care cauză se evacuiază numai lichidul și se marsupializează. Odată cu lichidul es mici lambouri de cuticulă și picături de grăsime. Se extirpă și din tumorile simțite la palpație

și se constată atunci că sunt kiști hydatice în evoluție (echinococoză secundară peritoneală), diseminați în cavitatea abdominală în partea laterală dreaptă a pungei descrisă mai sus. Aceste tumori de mărimi diferite, unele conglomerate, sunt în peritoneu în număr foarte mare. S'a extirpat cu totul vre-o 25, rămânând totuși un număr considerabil. Toți acești kiști conțin un lichid clar ca apa de stâncă.

Această afecțiune este extrem de rară. Dévé într-o monografie recentă din 1928, citează abia un număr de 87 cazuri din literatura găsită, dintre cari numai 15 asociate cu echinococoza secundară peritoneală în evoluție.

Radiografia ficatului a arătat indiciul a mai multor kiști hidatice (echinococoză multiplă). Nu s'a putut preciza însă în timpul operației care din acești kiști hydatice a determinat prin ruperea pereților săi această colecție de bilă intraperitoneală.

În cece privește originea echinococozei peritoneale secundare, se pare că însămănțarea peritoneului a avut loc odată cu începerea choleperitoneului.

Pronosticul în cazul de față este foarte rezervat, întrucât pe lângă numărul mare de kiști peritoneali rămași, mai există și un kist hydatice al pulmonului care în orice moment pot da complicații. În general după Quénu, chiar numai această echinococoză peritoneală poate duce la cașexie și moarte consecutivă.

Dr. N. VACARESCU și O. BIENSTOCK: *Un caz de cardiopathie congenitală. Stenoză pulmonară cu comunicație interventriculară.*

Un băiat de 23 ani intră în serviciul Clinicii Medicale pe ziua de 8 Martie 1929, cu fenomene de asistolie dispnee de decubitus și efort-foarte accentuate (28 pe minut) cianoză pronunțată a feței și a extremităților edeme la membrele inferioare, ascită și oligurie.

Starea generală proastă — deplasările extrem de anevoioase — încât nu poate părăsi patul.

Este afebril. I se practică o paracenteză (8500 gr.), se prescrie tonice cardiace și diuretice. După câteva zile se observă oarecare ameliorare.

Bolnavul are aspectul unui infantil. — Pare a fi un copil de 16-17 ani, puțin dezvoltat — este un hipotrofic. Prezintă stignate de heredo-sifilis (nasul și dinții caracteristici).

Din antecedente reținem — pojarul, tusa convulsivă, malarie și dureri vii articulare — fără febră.

Maladia datează de 4 ani — debut lent cu tuse și expectorație abundantă.

Forțele îi slăbesc din ce în ce — apare oboseală în mers. În copilărie era însă destul de vioi comportându-se la fel cu ceilalți copii. Dispnea devine în cele din urmă foarte evidentă — apărând la cel mai mic efort. Cianoză deasemeni — la cea mai mică mișcare. Dureri vii în hipochondru drept. Ficatul mare dureros. Abdomenul mărit de volum cu vergeturi numeroase, martore a distensiunilor anterioare. Edemele membrelor inferioare pronunțate. La examenul

prezent se găsește pulmonar: matitate și frecături la ambele baze respirația aspră în rest. Expectorează. Bacilul Koch în spută absent.

La cord, suprafața cardiacă animată de pulsații vii, mai accentuate în al 3-lea și al 4-lea spațiu intercostal stâng și la vârful arterele carotide pulsatile.

Pulsul mic și frecvent — complet aritmic — abia perceptibil — nu se poate număra. Vârful cordului pe linia axilară în al 5-lea spațiu intercostal stâng. Matitatea cardiacă mărită în toate diametrele, întrece cu 2 laturi de deget marginea dreaptă a sternului. Se percepe la palpatie — în partea internă al celui de al 2-lea spațiu intercostal stâng și mai puțin în al 3-lea, un ușor fremisement catar-sistolic. Bolnavul fiind în decubitus lateral stâng se percepe acest fremisement catar și la vârful cordului. La intrarea în spital acest tril era mult mai intens și ocupa întreaga suprafață cardiacă. La focarele de auscultaj se aude un dublu suflu sistolic și diastolic, foarte intense la pulmonară — mai slabe la celelalte focare. Sufurile se transmit în spate între a 4-a și 8-a vertebrală dorsală — precum și înspre clavicula stângă. Pulsațiile cardiace frecvente între 92-100 pe minut — complet aritmice precipitate și numeroase extrasistole.

Ortodiagrama cordului indică o mărire enormă a diametrului transversal — în special cavitățile drepte foarte mărite. Arcul mijlociu arată dilatația arterei pulmonare. Cordul ia forma globuloasă (sabat).

Electrocardiograma arată de asemeni o aritmie completă — cu fibrilație auriculară și extrasistole ventriculare drepte.

Sphygmograma. Pulsațiile mici, neregulate — inegale și aritmice. Tens. arterială Mx.-12; Mn.-8.

Sero-reacția B. Wasserman, intens pozitivă.

Poliglobulie marcată: 6.400-000-pe mm.³

Dr. E. LUNCINESCU: *Osteosinteza tibiei.*

Comunicatorul prezintă radiografia unui bolnav din secția chirurgicală a d-lui Prof. Anghel, care avusese o plagă traumatică în regiunea supra maleolară și maleolară internă a gambei drepte însoțită de fractura maleolei interne.

Această plagă traumatică era datorită unei loviturii de topor.

S'a procedat la curățirea și aseptizarea plăgii — iar fractura a fost redusă și menținută printr'un șurub mecanic care a traversat ambele fragmente — capătul șurubului rămânând afară.

S'a suturat plaga.

Evoluția plăgei și a sintezii a fost bună.

Firele s'au scos după 8 zile — urmând ca șurubul să fie scos după puțin timp — când se împlinesc 25 zile.

Este o metodă prin excelență recomandabilă pentru fracturile maleolare, a căror consolidare se obține prin mijloace ortopedice externe adeseori greu și vicios.

În cazul de față faptul că osteo-sinteza a fost executată pentru o fractură deschisă, adaugă la interesul cazului.

Dr. N. DABIJA: Sindrom de cirhoză cardiohepatică sifilică și tuberculoasă.

Autorul prezintă un bolnav de 17 ani cu un sindrom de cirhoză cardiohepatică cu etiologie mixtă. În antecedentele hereditare se notează avorturi și nașteri premature de partea mamei. Din istoric reiese că afecțiunea actuală ar fi început cam de un an și jumătate, după o malarie netratată care l'a slăbit și debilitat mult; avea dureri abdominale, colici, alternanțe de constipație și diarhee. Mai târziu apar aedeme la membrele inferioare și ascită. În această stare se prezintă serviciului Cliniceei Medicale. Pacientul are o stare somatică infantilă, țesutele celular și muscular foarte reduse, epifizele femurale și tibiale proeminente, marginea anterioară a tibiei îngroșată, testiculii hipertrofiați. Pulmonar prezintă o pleurezie stângă, pentru care se face o taracenteză extrăgându-se 500 gr. lichid citin, în care Rivalta e negativ; o pleurită dreaptă și modificări respiratorii apreciabile la vârfuri. Ficatul e mare, splina percutabilă, se face paracenteză extrăgându-se tot un lichid citrin cu Rivalta negativ. Urinele sunt puține — 500 gr. pe 24 ore, fără nimic patologic.

La examenul cordului măritătea în general e mărită, mai mult de partea dreaptă, întrecând cu trei laturi de deget marginea sternului; ritmul e în trei timpuri, cu dublarea celui 2-lea zgomot. Tensiunea Mx. 14, Mn. 9. Wassermann negativ. Examenul radiologic arată un cord mult mărit, în special cordul drept și mai ales auriculul. Tot în examenul Tr. A. se vedea și vena cavă superioară mult mărită, depășind marginea dreaptă sternală cu 2-3 cm. la partea superioară. Aceste date au fost confirmate în celelalte examene O. A. D. și C. P. D. Autorul face teleradiografii și măsurători în diferite poziții anterioare, laterale ortho și hipostatice și găsește o fixitate aproape completă a cordului cât și o mediastinită posterioară (simfiză cardiacă).

Bolnavul urmând tratamentul specific, starea lui s'a ameliorat mult, diureza a crescut de la 500 gr. la 1800 gr. oedemele au cedat.

Autorul stăruie asupra interesului ce îl prezintă acest caz, prin etiologia mixtă ce o îmbracă maladia: o ciroză cardio-hepatică, cu cordul simfizat și care în urma unui proces cronic de mediastinită, aduce o dilatație considerabilă a cordului drept și în special a auriculului. Vaquez și Bordet interpretează în acelaș mod cazurile studiate de ei.

Dr. P. IONESCU, D-d BALMUȘ GH. și D-d GLIJENSCI M.: Asupra unui caz de purpură hemoragică gravă.

Bolnavul T. M. este internat în serviciul Cliniceei Medicale cu fenomene grave de purpura hemoragică. Anterior s'a constatat o gripă prelungită care a durat 8 zile, iar fenomenele purpurice, au apărut 24 ore după vindecarea gripei, având un debut brusc cu o stomatogingivită hemoragică accentuată, erupție purpurică intensă, hematurie, albuminurie și melenă. La aceste simptome se adaugă o trombopenie extremă, prelungirea timpului de sângerare și iretractibilitatea chiagului.

Având în vedere starea generală foarte gravă cu astenie și reacție febrilă, se administrează imediat clorura de calciu per os și injecții cu ser normal de cal. După două zile nici o ameliorare. Se procedează atunci la o curățire radicală a gingiilor și cavității bucale de toate chiagurile sanguine, urmată de pansamente locale cu hemostyl — repetate la intervale scurte.

După 6 zile starea generală se ameliorează, iar după 10 zile se obține vindecarea completă cu revenirea plachetelor sanguine la numărul normal.

Din studiul clinic și antecedentele acestui bolnav se pune diagnosticul de: Purpura hemoragică infecțioasă (formă gravă). Etiologia în cazul de față este legată de gripă. De remarcat, că deși pacientul nu prezintă în antecedentele sale personale nici un accident purpuric, totuși o soră a avut o stare purpurică acum 4 ani. Desigur gripa a avut un rol etiologic însemnat, dar trebuie de semnalat și rolul important pe care a putut să-l joace în cazul de față, predispoziția personală pentru purpură hemoragică legată de ereditatea acestui pacient.

În urmă Dr. Ionescu face o revistă generală asupra stărilor hemoragipare, studiind diferite sindroame descrise în clinică cu etiologia lor așa de variată, uneori necunoscută. Insistă deasemeni asupra datelor experimentale furnizate de către diferiți cercetători în ultimul timp și care au contribuit pentru clarificarea etiologiei și patogeniei stărilor hemoragipare.

D-rii N. BALAN, L. BALLIF și C. VASILESCU: *Chiști hidatice ai ficatului, prezentând o formă rară anatomo-pathologică și moartea echinococilor, prin supracivitate proligeră.*

La autopsia unui paralizic general din Ospiciul Socola, în vârstă de 50 ani, s'a găsit în ficat doi chiști hidatici mari cât o porțocală, cari prezentau o duritate accentuată; fiind punctionați, s'a recoltat o foarte mică cantitate de lichid.

Conținutul lor e formal dintr'o masă compactă cu un aspect gelatinos, care este compus dintr'un număr mare de vezicule fiice sparte și îndesate una în alta, din resturi de membrane cuticulare și mici depozite de substanță organo-calcară; lichidul hidatic era în mică cantitate, atât numai cât să le umezească.

Autorii sunt de parere că acești doi chiști sunt destul de bătrâni și că până la un timp dat, au fost viabili și fertili, conținând câteva vezicule fiice bogate în capsule proligeră, — acestea la rândul lor pline cu scolexși.

Pereții veziculelor fiice uzându-se prin ciocnire continuă, s'au spart și au pus astfel în libertate un număr mare de scolexși. Orthoscolexșii au suferit în urmă evoluția vacuolară dând naștere la vezicule fiice cari crescând în volum, s'au înghemuit una în alta lurtindu-se și plesnind.

E probabil că ciclul evolutiv, scolex-veziculă fiică-scolex, să se să se fi repetat încă de câteva ori, până când nemai rămânând loc liber pentru dezvoltarea veziculelor fiice, s'a ajuns la aceas'ă formă rară de moarte a parazitului — prin sufocație, în urma unei supra-activități de prafierațiune echinoccică.

C. V. L.

SOCIETE ROUMAINE DE BIOLOGIE

SECTION DE BUCAREST

Seance du 18 Avril 1929.

DANIEL et MARIA MAXIM: *Influence de l'ablation des hémisphères cérébraux sur la glycémie chez le lapin.*

Autorii au extirpat hemisferele cerebrale la epuri, conservând intact diencefalul și creeruşul după tehnica lui Morita și au constatat o micșorare a zahărului sanguin la epurii cu ablațiunea crecerului. ST. DRAGANESCO et O. KAUFFMANN-COSLA: *Nouvelles contributions à l'étude du diabète insipide et ses rapports avec la carbonurie disoxydative.*

Studiază două cazuri de diabet insipid unul în cursul unui sindrom parkinsonian postencefalic și altul la un bolnav atins de sifilis. Ambele cazuri au prezentat la un moment dat glucoză în urină. Deși confirmă părerea anterioară a autorilor că există o strânsă legătură între diabetul zaharat central și diabetul insipid. Carbonuria oxidativă sunt consecințele leziunii infundibulo-tuberiene, iar glycozuria intermitentă arată că centrii de poliuriei și ale carbonuriei sunt aproape unul de altul.

R. VLADESCO et MARIN POPESCO: *Teneur de la salive de l'homme en urée et en sels d'ammonium sous l'influence de la pilocarpine. Role des glandes salivaires dans le maintien de la réserve alcaline.*

Autorii au constatat că saliva excretată în urma injecțiilor de pilocarpină conține întotdeauna uree. Saliva normală a omului nu conține uree, dar conține săruri de amoniu, — care sunt datorite neutralizării acizilor la nivelul glandelor salivare, deci acestea mențin ea și rinichiul rezerva alcalină a organismului animal.

G. MARINESCU, M-me LISSIEVICI DRAGANESCO, DRAGANESCO GRIGORESCO: *Fixation de l'alcool éthylique et du méthanol dans les tissus.*

Dintr'o serie de experiențe făcute pe epuri, autorii ajung la concluzia că în urma administrării pe cale esofagiană a alcoolului metyllic la epure, acesta moare cu fenomene de intoxicație gravă în 4-22 zile. Dozajul alcoolului în țesuturi arată că cele mai mari cantități de alcool sunt fixate de globul ocular și de testicul, — apoi de inimă, creer, măduvă, rinichi și ficat.

Alcool etilic se găsește într-o cantitate mai mare în creier și inimă, mai puțin în ficat și globul ocular. Aceasta ar explica amauroza constantă în intoxicația metylică.

D. DUMITRESCU-MANTE et S. CIORAPCIU: *Action du melange de glycocholat et de taurocholate de soude en solution dans le liquide de Ringer-Locke sur le coeur isolé de la grenouille.*

Experiențele în număr de 11 au fost făcute pe inima întregă și pe sinusul venos al inimei de broască.

Autorii afirmă că soluțiile mixte de tauro-colat și glycocholat de sodiu în lichidul Renger-Locke în amestec 1 : 7 sunt inactive asupra inimei și sinusului venos, în amestec 1 : 3, aceste soluții au o acțiune bradicardică, — și une-ori intermitențe o adevărată intoxicație a miocardului, — cu oprirea cordului și a sinusului venos.

Séance du 2 Mai 1929.

M-me A. NANDRIS-CALUGAREANU: *Incoagulabilité sanguine in vivo chez le lapin après injection d'héparine ou d'hirudine.*

A practicat injecții de heparină și hirudină la epure și a recoltat sângele prin puncția venei auriculare la diferite reprize după injecție și a constatat: 1) Trebuie un miligram de heparină pentru 5 cc. de sânge la epure, pentru a provoca incoagulabilitatea sanguină in vivo. 2) Sângele se menține incoagulabil 40-60' după injecția intra-venoasă sau peritoneală, după 4 ore sângele devine normal. 3) Neparina dă in vivo mai bune rezultate ca hirudina.

M-me A. NANDRIS-CALUGAREANU: *Modification des réactions d'immunité cellulaire chez les animaux dont le sang a été incoagulable.*

Pentru a studia imunitatea la animale a căror sânge este incoagulabil cu Neparină, a practicat la epure injecții de carmin în peritoneu, — un microb virulent și unul avirulent. Din experiențele făcute reese că animalul a cărui sânge e incoagulabil are o imunitate micșorată față de infecțiuni. Particulele străine și microbii introduși în peritoneu la animal a cărui sânge este incoagulabil sunt greu fixate de epiloon, care reacționează slab din punct de vedere inflamator, diapedeza este moderată și infiltrația leucocitară epiploică puțin marcată.

M. NASTA et M. BLECHMANN: *Modification du nombre des leucocytes et de la formule leucocytaire chez le cobaye infecté avec le virus tuberculeux filtrable.*

Urmăresc variațiile numărului leucocitelor și a formulei leucocitare la 8 cobai inoculate cu virus tuberculos filtrabil și găsesc o leucocytoză ce are un mers ascendent atât la animalele ce succumbă cât și la cele ce supraviețuiesc. Leucocitoza pare în raport cu virulența infecțiunii. Formula leucocitară este caracterizată printr-o polynucleoză progresivă, — și o micșorare a cozinofilelor.

M. NASTA, M. BLECHMANN et C. TUNARU: *Modifications du nombre des leucocytes et de la formule leucocytaire chez le cobac infecté avec le bacille bilié de Calmette et Guerin.*

Injecția de B. C. G. determină la cobai o leucocitoză moderată 13-15000 leucocite pe m. m. maximum ajunge după 3 luni când se reîntoarce la normal. Această leucocitoză este însoțită de o ușoară polynucleoză (58%). În urma reinfecției cu bacili virulenți după injecția de B. C. G. se produce o ușoară leucocitoză ce devine curând normală.

DEMETRE IONESCO et T. TEODOSIU: *Le glycogène dans la rage.*

A căutat glycogenul în turbare (forma paralițică) și în turbare cu virus fix, cu procedeul Best și a găsit glycogen în cantitate mare în bulb, creerus, creer, cornul lui Ammon la câine și epure morți de turbare. Glycogenul se prezintă sub forma de picături izolate mici — 3-4 microni; une-ori grupate în interiorul celulelor nervoase.

D. VOINOV: *Mécanisme séretoires des cellules.*

Din cercetările făcute reese că trebuie să distingem patru mecanisme secretorii diferite, tipul de secreție 1) chondriosomice, 2) ergatoblaste, 3) la care participă vacuomul și al 4) cu asociația activității a ergatoblastelor + vacuom. În fie-care caz elementul funcțional singur se multiplică în celulă, pe când celelalte rămân inerte.

A. DAMBOVICEANU: *La cholesterine et l'urée dans le serum normal de cheval.*

Autorul urmărește valoarea fiziologică a constituantelor sângelui de cal și ajunge la concluzia că coleslerina variază în serul de cal între 0,52—1,10 gr. pentru 1000 cc. Urea variază între 0,14—0,57 pentru 1000 cc. la calul normal.

A. DAMBOVICEANU: *Sur les substances protéiques du serum normal de cheval.*

Studiază limitele în care variază substanțele proteice în serul cailor și o găsește între 75% la cai adulți, la cai tineri substanțele proteice scad. Deci unele constituante ale serului la cal în stare normală este mai mare la animalul adult. Sângerările repetate la intervale diferite la același animal, ne arată o stabilitate a compoziției fizico-chimice a serului.

R. Hirsch.

SOCIETATEA MEDICALA A SPITALELOR BUCUREȘTI

Sedința din 10 și 24 Aprilie 1929

(No. 4 din Buletin).

N. GH. LUPU și MIRCEA PETRESCU: *Considerațiuni asupra unui caz de atrofie acută a ficatului.* Sindromul caracterizat prin icter grav, în care predomină fenomenele hemoragice și turb. nervoase, a fost rar observat în România.

Autorii descriu observația unui pacient de 27 ani, la care icterul grav a survenit în urma unei intoxicațiuni alimentare. La autopsie se constată *atrofia galbenă acută a ficatului.*

La patogenie se insistă asupra lipsei de glicogen la nivelul celulei hipatice, substanță care pare a fi protectora ficatului sau după Roger, glicogenul unindu-se cu toxinele organismului, le-ar neutraliza.

DUMITRESCU MANTE și D. HAGIYESCU: *Câteva considerațiuni asupra diurezei în cursul icterului cataral. Poliuria icterică.*

Pe numeroase cazuri clinice, autorii au observat că după o fază inițială de oligurie, urmează o perioadă prelungită de poliurie icterică, separată de prima printr'un scurt interval de diureză normală. Au numit ultima fază poliurie icterică și nu criză urinară după Chauffard, pentru că are o durată prelungită și debutul nu este brusc. M. POPPER și O. MELLER: *Considerațiuni clinice asupra unui caz de granulie rece.*

Expun cazul clinic al unui pacient sub-febril, cu fine modificări respiratorii și minimă expectorație. *Plaza radiografică* (singura care pune diagnoza precisă) a deecat pe câmpii pulmonari *granulațiuni* miliare punctiforme, simetrice și bine delimitate. Bolnava având și ulcerațiuni ale coardelor vocale, supusă la auroterapie chiar în doze mici, nu suportă tratamentul. Merge cu pași siguri spre cachexia terminală.

Este primul caz publicat la noi. Unele au evoluție favorabilă și cu timpul procesul se oprește în evoluție și leziunile se vindecă. Această *granulie pulmonară, cronică și apiretică* poate fi determinată de o infecție pauci-bacilară, sau evoluează pe un teren excepțional de rezistent. În orice caz diseminarea lentă și fără șgomot este datorită propagării infecțiunii pe cale limfatică.

MIRCEA PETRESCU, N. VIȘINEANU și B. NICULESCU: *Un nou caz de leucemie limfatică acută.*

Sedința din 8 și 22 Mai 1929.

(No. 5—1929 din Buletin).

Conf. Dr. DUMITRESCU MANTE: *Rinichi unic și ectopic. Flegmon parotidian afebril.* Moarte la 22 ani prin nefrită azotemică.

Se prezintă cazul unui tânăr care fără nici o cauză aparentă este primit în clinică cu *flegmon parotidian apiretic* și *sindrom azotemic*: cefalee, vărsături, somnolență și gingivoragii.

La autopsie se găsește un *rinichi unic și ectopic* în marele bazin, irigat de 2 artere principale. Din cauza meiopragiei funcționale al acestui singur rinichi și poate ca *flegmonul parotidian* să fi determinat *sindromul azotemic* mortal.

Se insistă asupra *acțiunii hipotermizante* a azotemiei care a variat între 4-8 gr. la 100.

TH. SARAGEA și V. Walter: *Încercări de opoterapie cu extract limfatic în leucemia myeloidă cronică.*

Bazați pe câteva fapte de ordin experimental că hiperplazia celulară a organelor mioide este datorită rupturii echilibrului antagonist ce există între s. myeloid și limfatic, autorii au încercat

să trateze leucemia myeloidă cronică cu injecțiuni de *extract ganglionar limfatic*.

Cu doze minime puse la dispoziție de casa *Richter*, cei au putul să realizeze un *tratament de întreținere* al acestei maladii și mai ales să sensibilizeze sist. myelogen față de razele X.

N. LUPU, GH. PAPAȘIAN și I. DANIEL: *Schimbările hidrice în stările patologice la hepatici*.

Dr. I. Vasilescu.

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE, PSIHIATRIE, PSIHLOGIE ȘI ENDOCRINOLOGIE

SECȚIUNEA IAȘI

Sedința din 15 Martie 1929.

1) Dr. ZOE CARAMAN: *„Asupra unui caz de hemiplegie isterică”*.

E vorba de o femeie în vârstă de 46 de ani, insuficiență ovariană, care cu trei ani în urmă, a suferit de melancolie, prezentând o hipertiroidie accentuată și palpitații. În familie a avut câteva cazuri de hemiplegie. Timp de trei săptămâni și-a lărat membrul inferior stâng și a ținut nemișcat membrul superior corespunzător, în extensie, susținând că are jumătatea stângă a corpului paralizată. A prezentat o hemianestezie limitată exact la jumătatea corpului. Reflexul oculo-cardiac denotă predominarea simpaticului. După câteva ședințe de torpilaj, se observă vindecarea. S'a instituit de asemeni tratamentul ovarian.

Autoarea insistă asupra turburărilor glandulare în acest caz, turburări care determină o labilitate psihică, prielnică apariției isteriei.

Un tabetic cu paralizie generală incipientă, ocupând o cameră în care sunt hemiplegici, încearcă să simuleze o hemiplegie. Prezintă o anestezie limitată la jumătatea corpului, ține în nemișcare un membru superior și se silește să meargă ca un hemiplegic.

2) Dr. LEON BALLIF: *„Hemianestezie isterică la un tabo-paralitic”*, *cauza de sifilis și encefalită epidemică*.

La o parkinsoniană, la care fenomenele s'au instalat după o perioadă de somnolență, se observă turburări psihice caracteristice paraliziei generale. Reacția Wassermann în sânge și lichidul cefalorachidian pozitivă; reacția benzoe-coloidală pozitivă.

PROF. PARHON amintește un caz de coree întâlnit de D-sa, unde reacțiile humorale erau pozitive. În scurt timp, apărură rigiditatea și bolnavul este astăzi un parkinsonian. Asociația de sifilis și encefalită este destul de frecventă.

4) PROF. C. I. PARHON, Dr. ELENA DEREVICI și Dr. M. DEREVICI: *„Tetanie și Basedow”*.

O basedowiană prezintă accese caracteristice de tetanie, prece-

date adesea de diaree. Calcemia 124; după 300 unități de parathormon Colipp, calcemia e 144, dar a doua zi bolnava are din nou un acces de tetanie. Autorii discută chestiunea dacă în acest caz nu ar exista o turburare de metabolism al calciului din centri nervoși. Altfel nu s'ar explica continuarea acceselor de tetanie, după administrarea extractului paratiroidian care suplinește funcțiunea deficientă a paratiroidelor. Cameron a observat tetania la șobolanii hipertiroidizați. Autorii susțin că semnul lui Chwostek nu trădează totdeauna hipocalcemia și amintesc două cazuri în care exista prezența acestui semn, însoțit totuși de o hipercalcemie.

Discuții: Dr. BALLIF amintește că laptele a fost încredințat în apariția tetaniei, din cauza sărurilor sale de calciu.

Dr. I. ORNȘTEIN face cunoșcut că la trei bolnavi cu tetanie a constatat calcemia între 124 și 125.

PROF. PARHON arată că Pende a găsit calciul crescut în numeroase cazuri de spasmofilie.

5) PROF. C. I. PARHON și Dr. MARIA BRIESE: „*Examenul anatomo-patologic al unei tiroide bazedowiene*”.

Tiroida, obținută prin intervenție chirurgicală, prezintă foliculi neregulați, cu epiteliu înalt și e caracterizată prin numeroase focare limfocitare. Se observă un nodul albicios de mărimea unei alune, care la microscop apare constituit din foliculi mari, neregulați, festonați, unii fără coloid, alții cu coloidul extrem de fluid. Citoplasma epiteliului folicular cuprinde granulații ce se colorează cu Sudan III și albastru de Nil. Se observă de asemenea în lumina foliculilor, bule de coloid cromofob desprinse din celulele epiteliului.

6) Dr. BALLIF, Dr. M. CAHANE și M. POP: „*Asupra unui caz de encefalită epidemică cu turburări psihice*”.

O tânără fată prezintă turburări respiratoare caracteristice encefalitei epidemice; apoi apar obsesii motoare, lovirea picioarelor unul de altul și aplecarea corpului înainte, când vorbește. Odată cu boala s'au instalat și turburări menstruale. Totodată bolnava și-a modificat caracterul, devenind irascibilă și mincinoasă. E interesant faptul că are tendința la simulare, încercând în ultimul timp să simuleze poliuria, ca să treacă drept diabetică.

Ședința festivă din 26 Aprilie 1929.

Implinindu-se zece ani dela întemeierea societății, s'a ținut o ședință festivă în amfiteatrul institutului de anatomie al facultății de medicină din Iași.

1) D-l PROF. PARHON deschide ședința, amintind împrejurările în care a luat ființă societatea, în Septembrie 1918. Intemeiată la început din nevoia de a studia mai amănunțit și a face cunoscut cazurile interesante din clinica neuro-psihiatrică din Iași, societatea a izbutit să-și extindă activitatea și să devie „*Societatea română de Neurologie, Psihiatrie, Psihologie și Endocrinologie*” din întreaga

țară. Reamintește existența unei societăți române de Neurologie și Psihiatrie înființată la București în 1905, care a avut o activitate de scurtă durată.

2) D-l Dr. L. BALLIF, secretarul general al societății, dă citire procesului verbal de constituire a Societății de Neurologie, Psihiatrie și Psihologie din Iași, înființată din îndemnul și sub presidenția profesorului Parhon, au concursul următorilor membri: Dr. Preda, D. C. Fedeleș, Dr. C. Popa-Radu, Dr. I. A. Scriban, Dr. P. Andrei, Dr. A. Stocker.

La 7 Octombrie 1918, s'a ținut cea dintâi ședință, iar în Iunie 1919, a apărut primul număr din buletinul societății, publicat în limba franceză. După trei ani de activitate, dat fiind că societatea se ocupă și cu fizio-patologia glandelor endocrine, și-a însușit numele de „Societatea de Neurologie, Psihiatrie, Psihologie și Endocrinologie”. În 1924, în congresul ținut la Sibiu, s'a pus chestiunea înființării unei societăți române cu denumirea de mai sus. Alegându-se comitetul, a fost proclamat președinte d-l Profesor Parhon, căruia i s'a încredințat mai departe conducerea buletinului societății.

Oratorul, după ce a arătat evoluția societății, expune rezultatele obținute. Prin ședințele sale lunare, societatea a contribuit la educația științifică a studenților și tinerilor medici. A stabilit în același timp o legătură strânsă între specialiștii de boli nervoase și mentale din centrele universitare și din orașele fără universități, a realizat o colaborare, atât din punct de vedere științific, cât și pe terenul asistenței sociale. Astfel s'a obținut îmbunătățirea asistenței bolnavilor mentali în România și modificarea vechei legi a alienațiilor din 1894. Buletinul societății este trimis în toate țările, primindu-se în schimb peste douăzeci de reviste străine de specialitate. Inchee, aducând elogii d-lui Profesor Parhon, întemeetorul societății, care prin entuziasmul său și munca sa neobosită a reușit să susție și să înalțe această societate.

3) D-l PROF. ȘTEFANESCU-GALAȚI, decanul *Facultății de Medicină*; exprimă satisfacția *Facultății* de a lua parte la această sărbătorire.

În aceste vremuri post-belice, când constatăm atâtea existențe șubrede, zece ani de viață a unei societăți științifice alcătuesc un mare merit și o garanție pentru viitor. Această vitalitate este în cea mai mare parte opera Profesorului Parhon, care a niuncit pentru societate „cu o tenacitate și cu o credință de misionar”, realizând contribuții însemnate pe terenurile biologiei și neuro-patologiei.

4) D-l PROF. N. HORTOLOMEI, în numele *Societății de Medici și Naturaliști* din Iași, felicită pe d-l Profesor Parhon, pentru energia ce-a depus, întemeind și susținând o societate științifică, învingând toate greutățile, într'un oraș „care e întrebat numai la zile mari și la nevoi, și uitat când e vorba de bine și belșug”. Pune în evidență meritele profesorului Parhon ca cercetător și ca întemeetor de școală, lăudând rezultatele frumoase la care a ajuns.

5) D-l PROF. M. CIUCA, în numele *Societății române de Biologie*, filiala Iași, arată că profesorul Parhon și școala sa au reușit să dea

la lumină lucrări importante în condițiuni de muncă puțin favorabile; laboratoarele noastre lăsând mult de dorit, în comparație cu cele din străinătate. Dacă cercetătorii din Apus și de peste Ocean, cari cunosc activitatea Profesorului Parhon și a elevilor săi, ar cunoaște și condițiile în care se lucrează, „s'ar naște poate o solidaritate științifică internațională mai eficace”.

6) D-l PROF. BACALOGU în numele Societății Anatomico-Clinice, felicită pe Profesorul Parhon și și școala sa, susținând că e un mare merit a face să trăiască în România o societate științifică. Amintește lucrările originale ale Profesorului Parhon care au făcut onoare, în străinătate, științei românești.

7) D-l PROF. BORCEA, în numele Societății de Științe din Iași, aduce elogii Societății de Neurologie, Psihiatrie, Psihologie și Endocrinologie, pe care o consideră ca un vlăstar al Societății de Medici și Naturaliști din Iași, cea mai veche societate științifică românească. Recunoaște greutățile cu care a trebuit să lupte societatea mai ales la începutul ei, la Iași, „unde mijloacele de lucru sunt așa de drămuțuite” și scoate în evidență meritele d-lui Profesor Parhon, care a învins toate dificultățile.

8) D-l Conferențiar Dr. I. BALTEANU, arată că pe lângă celelalte merite, societatea are și pe acela de a păstra legătura dintre profesori și elevi. Prin buletinul ce publică, medicii din toate colțurile țării sunt puși la curent cu tot ce este interesant în neurologie, psihiatrie și endocrinologie. În numele Asociației Asistenților Universitari din Iași, felicită societatea și pe conducătorul ei, dorindu-le un viitor strălucit pentru mândria științei noastre medicale.

9) D-l Dr. GH. LAȘCU, în numele specialiștilor din Chișinău și a medicilor spitalului Coștingeni, exprimă toată admirația și recunoștința pentru străduința ce depune d-l Profesor Parhon, ca să realizeze cât mai strânse raporturi colegiale între medicii psihiatri, încurajând totodată pe fiecare să aducă contribuția sa personală pe tărâmul științei.

10) D-l DRAND IANCU, președintele Societății Studenților în Medicină, arată că studenții găsesc în ședințele societății o complectare a cursurilor de Neurologie și Psihiatrie. Exprimă admirația pentru activitatea așa de rodnică a Profesorului Parhon, care este nucleul acestei societăți și, în numele studenților mediciniști, urează viață lungă societății și președintelui ei.

11) D-l PROF. PARHON, mulțumește celor cari au luat cuvântul și tuturor celor prezenți. Nu-și face un merit din dragostea sa pentru știință, pe care o consideră o pasiune ca oricare alta, recunoscând determinismul caracteristic fenomenelor din Univers. Recunoaște meritul elevilor cari s'au grupat în jurul său, aducând fiecare contribuția sa. Susține că trebuie menținut termenul „de psihologie” în titulatura societății și face apel la cercetătorii psihologi să intervievuie colaborarea lor. E convins că știința psihologiei nu poate progresa fără a ține seama de cazurile patologice din spitalele de alienați.

Doritorii de a face psihologie în clinica neuro-psihiatrică sunt aşteptaţi cu cea mai mare bunăvoinţă.

Societatea şi-a dovedit până acum puterea sa de viaţă şi va trăi cât timp va mai fi de rezolvat o problemă în această ramură a medicinei.

Făcând aluzie la comparaţia studentului Iancu, aminteşte părerea lui Hertwig care a susţinut că, pentru menţinerea vieţii, e nevoie de un anumit raport nucleo-plasmatic. Protoplasma nu trebuie să se hipertrofieze în jurul unui singur nucleu, ci să se grupeze în jurul unor nuclei noi. Fiecare din elevii săi să devie nucleul unei noi şcoli de cultură neuro-psihiatrică şi endocrinologică.

S'au primit numeroase scrisori omagiale şi telegrame din partea profesorilor şi medicilor cari n'au putut lua parte la această festivitate.

Seara a avut loc un banchet pentru sărbătorirea d-lui Profesor Parhon. S'au ridicat toasturi de către D-nii profesori Bacaloglu, Hortolomei, Borcea şi Popă, iar d-l Dr. Ballif a vorbit din partea elevilor. D-l Profesor Parhon a mulţumit călduros tuturor, recomandând elevilor săi unire sufletească pentru a munci împreună cu folos pe tărâmul ştiinţei.

Sedinţa din 16 Iunie 1929.

1) D-l Dr. L. BALLIF, prezintă o bolnavă cu uşoară rigiditate, bradikinezie, cefalalgie permanentă şi vederea scăzută (papilită). Se observă turburări vazomotoare, vazodilataţie în unele regiuni. Bolnava e interesantă prin faptul că are perioade când nu poate vorbi, prezentându-se atunci ca o pseudo-bulbară. Reacţiile pentru sifilis sînt negative.

D-l PROF. PARHON, menţionează că turburările circulatorie sunt relativ rare la parkinsonieni. La o fată cu distrofie adiposogenitală a constatat turburări de acest fel şi vergeturi. Aminteşte cazul lui Apert, unde era vorba de virilism şi vergeturi, fără adipozitate. În turburările circulatorie, intervine uneori hipofiza: Maranon a vorbit de mâna hipogenitală. La bolnava de faţă procesul este cerebral.

2) D-l Dr. POPA-RADU şi D-nă Dr. CAHANE: „Două cazuri de *psihoză maniacodepresivă cu caracter familial*”.

Sunt prezentate două surori melancolice, de constituţie astenică şi două surori din altă familie, maniace, de constituţie picnică. În primul caz, se găseşte tuberculoză în familie; a treia soră e deprimată, un frate a murit în ospiciu. În al doilea caz, atât mama cât şi tatăl au fost maniaco-depresivi. Doi fraţi au fost internaţi în ospiciul Costingeni; o mătuşă a prezentat, de asemenea, turburări mentale.

D-l Dr. BALLIF: Herecitatea, din punct de vedere al psihozelor, s'a pus de mult în evidenţă. În zilele de alienaţi vin puţine cazuri de psihoze familiale, cu toate că în societate sunt foarte răspândite. S'a constatat că 70% din psihopaşi au antecedente încărcate; se

găsesc felurite psihoze la ascendenți. Dintre persoanele normale 50% au ascendenți cu fenomene cerebrale, dar mai mult leziuni în focar. Sunt cunoscute familii de debili mentali, familii de idioți.

D-l PROF. PARHON: Chestiunea trebuie studiată din punct de vedere biologic. Diferența dintre psihoze nu este așa de profundă, cum apare la prima impresie. Se impune un studiu amănunțit al copiilor de psihopați, atât din punct de vedere psihic, cât și din punct de vedere al umorilor, ca să ne dăm seama de starea glandulară. Un tratament precoce, bazat pe îndrumările rezultate din acest studiu, ar alcătui profilaxia cea mai nimerită. Intre normal și patologic nu există bariere bine delimitate. Mulți normali au o ereditate psihopatică.

3) D-l Dr. POPA-RADU și d-na Dr. CAHANE: „*Pseudo-paralizie generală alcoolică și diabet*”.

E vorba de un bolnav care prezintă simptome cu aparență de paralizie generală: dezorientare, turburări de memorie, incapacitate de a calcula; tremurături ale limbei, reflexele exagerate. Se observă și un delir de mărire. Bolnavul e tabagic și vechi alcoolic. Bea cel puțin 3 kgr. de vin zilnic. Are hipertrofia prostatei. Ca constituție e un atletico-astenic. E interesant faptul că bolnavul este în același timp un diabetic. După un tratament cu insulină se ameliorează mult, nu numai din punct de vedere al glicozuriei și glicemiei, ci și din punct de vedere psihic. Iese din spital bine orientat, calculează mai bine, nu mai face proecte exagerate ca mai înainte, se interesează de starea sănătății lui. Faptul că s'a ameliorat psihicește prin suprimarea alcoolului și tratamentul cu insulină, de asemeni faptul că reacțiile au fost negative pentru sifilis, chiar de la începutul boalei, pledează că avem de-aface cu un pseudo-paraliic general. Nu trebuie să incriminăm sifilisul în acest caz, ci intoxicația alcoolică și poate chiar diabetul.

Se cunosc cazuri de turburări psihice datorite alcoolismului, care simulează paralizia generală. De asemeni, unii autori cred că diabetul ar putea realiza o pseudo-paralizie generală.

D-l Dr. BALLIF, este de asemeni de părere că nu este vorba nici de o adevărată paralizie generală. În acest caz nu se poate pune în evidență etiologia sifilitică.

Citează un caz vindecat de pseudo-paralizie alcoolică; observat de D-sa.

D-l PROF. PARHON, atrage atențiunea asupra modificării echilibrului acido-bazic din acest caz. Termenul de pseudo-paralizie generală trebuie păstrat. Psihologia paraliților general se explică prin multiciplitatea și variabilitatea leziunilor.

4) D-l Dr. M. DEREVICI și D-na Dr. E. DEREVICI: „*Calcemia în coree*”.

Se simte nevoia unui studiu mai complet al terenului fizico-chimic în coree.

PROF. PARHON, pune în legătură coreea cu paratiroidele. Profesorul Marinescu incriminează hipocalcemia. S'a încercat de către unii

atorilor tratamentul paratiroidian în coree. Comunicătorii aduc rezultatele obținute în patru cazuri de coree. În două cazuri s'a găsit o hipocalcemie 0,94 și 0,95. În celelalte două 105 și 110.

Trebue să ținem seama că cifra calciului d.n sânge nu este cifra calciului activ. Rezerva alcalină și ph. sunt normale. Într'unul din cazuri calciul ionizat e scăzut.

D-1 Dr. BALLIF: E interesant să studiem calcemia la toți bolnavii cari prezintă excitabilitatea crescută. Calciul ionizabil depinde foarte mult de cifra ph.

Are un deosebit interes dozarea calciului în lichidul cefalo rachidian, unde găsim jumătate din cifra calcemiei corespunzătoare. Citează cercetările personale făcute cu Dr. Cahane și Gherșcovici la pelagroși, unde cifra calciului din lichidul cefalo-rachidian a fost găsită normală. În tetanie unii cercetători au constatat calciul scăzut în lichidul cefalo-rachidian.

D-1 PROF. PARHON: E interesant faptul că coreea, cu toate că e o boală infecțioasă, apare numai la o anumită vârstă.

5) D-1 PROF. PARHON și D-na Dr. M. Briese: „*Un caz de trofedem bazedowian*”.

O bolnavă bazedowiană prezintă un edem dur și ușor cianotic la membrele inferioare, cuprinzând partea dorsală a piciorului, gambelor și treimea inferioară a coapsei. Există un contrast izbitor între circulația părții superioare a corpului și a părții inferioare. Fața și trunchiul prezintă o eritroză și edem. Se pune întrebarea dacă nu intervine în acest caz secreția hipofizei sau acțiunea centrilor regulatori dela baza creierului.

6) DD-1 PROF. PARHON și D-na Dr. M. BRIESE: „*Asupra unui caz de tumoare hipofizară*”.

O femeie de 32 ani prezintă cecitate și poliurie. Este exoftalmică, de talie mică, extremitățile de dimensiuni reduse. Boala a început cu cefalalgii puternice, vărsături; mai târziu a avut convulzii și pierderea treptată a vederii. Prin radiografie se pune în evidență deformarea șelei turcești și hipertrofia apofizei clinoidale posterioare. Se pare că e o tumoare cu punct de plecare osos, începând dela o vârstă fragedă, care a determinat oprirea în dezvoltare, talia mică acromicria. Bolnava e amenoreică de 15 ani.

7) D-1 PROF. PARHON și D-1 Dr. SEBASTIAN CONSTANTINESCU: „*Asupra a două cazuri de epilepsie mioclonică*”.

În ambele cazuri se găsește o modificare a șelei turcești, care e mult adâncită. Lundborg interpretează epilepsia mioclonică ca un fenomen de hipoparatiroidie. D-1 Prof. Parhon cu D-na Ștefănescu Dragomireanu, într'un caz de epilepsie mioclonică, n'au găsit paratiroidele alterate.

În multe cazuri de epilepsie există un coeficient hipofizar.

Tratamentul paratiroidian în cele 2 cazuri ale autorilor, n'a confirmat teoria paratiroidiană.

Dr. Zoe Caraman.

SOCIETATEA DE OTO-NEURO-OFTALMOLOGIE*Sedința din 23 Mai 1929:***Prezidează D-l Prof. G. MARINESCU.**

PROF. Dr. G. MARINESCU și SAVA VASILE: *Cercetări asupra auditiunii colorate.*

Audiția colorată consistă în asocierea unei senzațiuni auditive cu o senzație vizuală. Este un fenomen sensorial rar la persoane normale, mai frecvent în cazurile patologice.

În fenomenul de auditiune colorată se constată mai frecvent apariția de forme geometrice în urma pronunțării de sunete, ca: vocale, consoane, nume proprii de persoane, zilele săptămânii, etc.

Acest fenomen este mai frecvent la orbi și la pictori. În ancheta făcută la școala de orbi, care funcționează la azilul „Regina Elisabeta”, s'a găsit la clevii orbi prin accident, un procent de 13,30%, cari prezintă acest fenomen. La adulții orbi, cari lucrează în atelierile azilului, s'a găsit un procent de 7,90% care prezintă acest fenomen.

Printre pictori rezultatul a fost de 6,5%.

Audiția colorată depinde de starea psihică a individului, în care ereditatea, temperamentul, afectivitatea, asociațiunea repetată și mnemonică joacă un rol important.

PROF. Dr. G. MARINESCU și SAVA VASILE: *Cercetări experimentale asupra mescalinei.*

Mescalina (alcaloidul plantei Peyotl) în doze de 0,36—0,41 mgr., are proprietatea de a produce la persoanele normale, asocieri de senzațiuni (synestezii), între cari și fenomenul de auditiune colorată.

Fenomenul de auditiune colorată consistă în apariția de forme geometrice, alegorice, simbolice, în diverse culori, la pronunțarea unor anumite sunete: vocale, consoane, nume de persoană, zilele săptămânii, la auzul unei melodii sau note de vioară izolate, etc.

În mod spontan intoxicații cu mescalină au viziuni, colorate foarte intense, care se succed foarte repede și cari sunt în legătură cu subconștientul indivizilor. Senzațiile olfactive, gustative și tactile, se asociază cu imagini colorate. Unii intoxicați cu mescalină simt ușori, alții pierd noțiunea corpului propriu, ceea ce denotă o turburare a sensibilității proprioceptive.

În intoxicația cu mescalină există două feluri de reacțiuni ale indivizilor: unii devin euforici și expansivi, alții din contră depresivi, melancolici.

Probele psiho-fiziologice ale percepțiunii barestezice și a persistenței imaginilor, arată că există în timpul intoxicației cu mescalină oscilațiuni în percepțiuni. Cronaxiile musculare sunt diminuate, rămânând normal însă, raportul între ele. Cronaxiile vizuale diminuate.

Reacțiile vaso-motorii în timpul stărilor afective, cercetate prin metoda plethysmografică, sunt mult exagerate față de normal. Acțiunea mescalinei poate avea o explicație prin modificările ce produce asupra excitabilității centrilor nervoși, în special ai viziunii mintale și ai sensibilității proprioceptive.

D-rii STATE DRAGANESCU și C. IORDANESCU: *Algii faciale în-vârșită de fenomene vagotonice.*

În afară de nevralgiile trigeminale propriu zise se cunosc și nevralgii faciale, în care participarea simpaticului este dintre cele mai evidente (algii simpatică; simpatalgii). În aceste din urmă cazuri intervenția ortosimpaticului este foarte importantă și este datorită relațiilor strănse pe cari le are trigemenul cu acest sistem.

Cazurile în cari repercusivitatea vegetativă se manifestă în domeniul vagului, nu sunt încă bine cunoscute. Autorii comunică cazul unui intelectual, în vârstă de 40 ani, la care paroxysmele dureroase faciale se întovărășeau de fenomene vagotonice: grețuri urmate de vomisme, tenesme, vertije și micțiuni foarte frecvente. La acest bolnav, un tratament cu atropină (1½ mgr. luat în 3 prize), a făcut ca durerea să dispară și să fie înlocuită cu o senzație anormală în regiunea malară, senzație ce a dispărut după 4 ședințe de ionizare cu salicilat de sodiu.

Autorii insistă asupra relațiilor funcționale ale trigemenului nu numai cu sistemul vegetativ dar și cu nervii cranieni. Așa Tinel a comunicat un caz în care crizele dureroase faciale se însoțeau de o paralizie trecătoare a perechiei III-a craniană, iar Reys găsește în timpul unora din aceste crize turburări labirintice intense.

Dr. D. VASILIU: *Fistulă labirintică, paralizia izolată a Vestibularului de ambele părți, post exantematice.*

E vorba de o doamnă de 25 ani, care în urma unui tifos exantematic a făcut o otită supurată dreaptă, care după o evoluție nu prea lungă, a dat naștere unei fistule labirintice circonscrise. Concomitent cu acestea bolnava prezintă în acelaș timp și o paralizie izolată numai a vestibularului, de ambele părți.

Autorul insistă asupra deosebirii dintre turburările vestibulare centrale și cele periferice.

Dr. SAGER și KREINDLER, internii VASILIU și DINIȘCHIOTU: *Un caz de polioencefalită hemoragică superioară cu reflexe tonice labirintice și cervicale asupra ochilor.*

E vorba de un tânăr care în urma unor excесе alcoolice și a unui traumatism cranian a fost adus în spital cu o stare sub comatoasă hemiplegie stângă, bradicardie. Puncția lombară negativă. Ulterior starea de somnolență, bradicardia s'au accentuat, a apărut un ptosic bilateral, turburări respiratorii, etc. În acel moment s'au notat reflexe tonice labirintice și cervicale asupra ochilor foarte manifeste: rotația capului la dreapta provoca o deviație a ochilor spre stânga și invers. Astfel de reflexe există rar la om, se observă la maimuța thalamică (cortex și nucleii centrali distruși). Somnolența e în legătură cu leziunea substanței cenușii periventriculare și perisylvienne care în cazul de față este evidențiată și de prezența paraliziei motor ocularului comun.

PROF. D. MANOLESCU și BALȘ: *Crize epileptiforme cu stare sincopă provocate de manoperile de reducere pe un glob ocular luxat.*

Se cunosc fenomenele complexe produse prin compresia globului ocular și care în esență constituie reflexul oculo-cardiac. Fenomene apropiate, analoge pe de altă parte cu cele din sindromul Sfoks-Adam, au observat autorii la un pacient în momentul încercărilor de reducere a unui glob ocular luxat. În adevăr în momentul compresiei s'a produs brusc o contracție tonică a membrelor urmată imediat de o serie de contracții clonice, paloare, aritmie, bradicardie. Totul a durat 10 secunde în care timp conștiința a fost păstrată. Bolnavul n'a avut niciodată crize de epilepsie. Examinat ulterior s'a văzut că este un vagotonic cum arată înscrierea grafică a pulsului.

Fenomene mai mult sau mai puțin apropiate a observat Morax, Lemoine și Valois.

Dr. D. GRIGORESCU: *Hemicranie violentă în cursul unui sifilis cranian.*

Un bolnav în vârstă de 51 ani e chinuit timp de 4 ani, de dureri de cap localizate în jumătatea stângă a craniului. Reacțiunea Wassermann fiind negativă și negăsindu-se nici un semn de sifilis congenital sau căpătat, în zadar i se prescrie bolnavului tot felul de sedative. Autorul ghidat de lucrările lui Léri asupra sifilisului cranian și observând o tumefacție osoasă în punctul de unde porneau durerile, recomandă pacientului o radiografie craniană. Pe placă observându-se o exostoza mamelonară a tăblei, interne, în regiunea dureroasă, se pune diagnosticul de sifilis osos, diagnostic confirmat și de tratamentul specific prescris, care dă un rezultat admirabil.

În concluzie, în fața cauzelor cu etiologie obscură suntem obligați a face o radiografie, care ne poate pune pe calea unui bun diagnostic.

Dr. STATE DRAGANESCU și D. LAZARESCU: *Gomă sifilitică meningeă interpendonculo-protuberanțială. Meningo-ependimită seroasă. Fenomene de hipertensiune intracraniană. Moarte subită.*

Autorii prezintă observația anatomo-clinică a unui caz complex, dificil de rezumat în care se pare că asociația unei meningo-ependimite seroase cu prezența unei gome sifilitice au agravat boala pacientei dor ducând la moarte subită, cu tot tratamentul urmat.

Secretar general, Dr. Drăgănescu.

ASOCIAȚIA ȘTIINȚELOR MEDICALE

din BIHOR și ORADIA

Sedința din 19 Martie 1929.

În cadrul societății „Asociația științelor medicale” din Bihor și Oradea la 19 Martie 1929, în sala de curs dela Școala de Moașe, are loc adunarea generală prezidată de d-l Docent Dr. Alex. Pop, președintele asociației.

Domnul preșident deschizând ședința, adunării generale aduce la

cunoștința membrilor vestea dureroasă a încetării din viață a fostului medic primar al orașului Oradea, Dr. Ioan Comșia, distins membru al societății noastre, condolând familia în numele asociației.

Prezintă apoi activitatea pe anul trecut cu indemnul și rugarea ca să depunem tot sufletul și întreaga noastră atențiune pentru o cât mai rodnică și bogală activitate, în sânul asociației.

Secretarul general Dr. Romul Costa citește apoi raportul în care subliniază grija ce a avut comitetul de a înfățișa cazuri practice din spitalele însoțite de considerațiuni clinice și terapeutice, cu gândul ca folosul să fie real și cât mai mare.

S'au ținut 3 ședințe de comitet cu caracter administrativ și de organizație și 16 ședințe științifice: conferințe și prezentări de bolnavi.

Au conferențiat — în ordinea în care s'au prezentat — următorii:

- 1) Dr. D. Găldău și Pop: Arsurile de stomah prin sodă caustică.
- 2) Dr. T. Ilieșiu: Apendicită din punct de vedere medical.
- 3) Dr. R. Costea: Raportul dintre apendicită și inflamațiunile organelor genitale.
- 4) Dr. D. Găldău: Apendicită din punct de vedere radiologic.
- 5) Dr. A. Pop: Idem chirurgical.
- 6) Dr. V. Păcală: Epidemiologia febrei tifoide.
- 7) Medic Colonel Dr. Ionescu B. Mircea: Pleureziile.
- 8) Medic Căpitan Dr. Tănăsescu D.: Discuțiuni în jurul Tuberculozei active neevolutive.
- 9) Dr. Ghitea: Colecistografiile.

Pe lângă aceste conferințe s'au prezentat 79 cazuri și anume:

Medic Căpitan Dr. Bădiu Alex.: 6 cazuri.

Idem Cosma A.: 15 cazuri.

Idem Ghidășan Gh.: 2 cazuri.

Idem Costea R.: 4 cazuri.

Idem Dejeu T.: 5 cazuri.

Idem Ghitea I.: 3 cazuri.

Idem Ganea D.: 10 cazuri.

Idem Filip I.: 2 cazuri.

Idem Tănăsescu D.: 3 cazuri.

Idem Iliăș T.: 2 cazuri.

Idem Inre: 1 caz.

Medic Locot. Dr. Mitulescu T.: 3 cazuri.

Idem A. Popp: 7 cazuri.

Idem Szabo: 1 caz.

Idem Ticușan: 3 cazuri.

Idem Roskopf: 1 caz.

Idem Varzar: 1 caz.

Domnul Dr. Ganea — casierul asociației prezintă averea noastră ce se ridică la 39.493 lei, roagă să se achite la timp cotizațiile, unicul venit al asociației.

Adunarea generală ratifică raportul secretariatului general și al

casierului, delegând pe d-nii D-ri Găldău și Cosma să verifice, jurnalul casieriei.

D-l președinte invită membrii la eventuale propuneri, căreia nerăspunzând nimeni, declară anul încheiat, iar mandatul încredințat îl depune pentru întreg comitetul, în numele căruia mulțumește tuturor pentru sprijinul acordat în manifestarea noastră științifică. de aci, pe care o dorește mereu propășind.

Se alege președinte al adunării d-l Medic Primar al Județului, Dr. Zeno Dumitreanu, care în numele adunării generale elogiază comitetul — demisionat în deosebi pe președinte căruia îi aduce omagii de admirațiune și iubire.

La propunerea sa, adunarea generală alege în unanimitate pe anul următor, comitetul compus din:

Președinte, Medic Locot.Col. Mrcea B. Ionescu.

Vice-Președinte, Dr. Ioan Matei.

Secretar General, Medic Căpitan Dr. D. Tănăsescu.

Secretar ședință, Dr. Terțan Ignatie.

Casier bibliotecar, Dr. Ioan Filip.

Membrii în comitet: Docent Dr. Alex. Pop; Dr. Zeno Dumitreanu, N. Rujdea, Alex. Nemeș, D. Găldău, L. Munteanu, T. Ilieșu, și T. Iliuță.

Noul președinte, Medic Lt.-Col. Ionescu, viu aclamat, ocupând scaunul prezidențial, mulțumește pentru încrederea arătată, rugând pe toți membrii să muncească cu acelaș zel și mai departe pentru ridicarea cât mai sus acestei asociațiuni medicale Românești la granița de vest a țării.

Secretar General: Dr. Romul Costa., Med. Prim. de Spital.

B. PUBLICAȚIUNI MEDICALE

CLUJUL MEDICAL

No. 6 | 1929.

Dr. L. DANIELLO și Dr. I. GAVRILA: *Tratamentul diabeticilor tuberculoși prin insulină și pneumotorax artificial.*

În 6 cazuri în cari s'a aplicat tratamentul insulino-dietetic și pneumotorax artificial, autorii au obținut rezultate multumitoare.

Dr. KERNBACH și Dr. COTUȚIU: *Considerațiuni medico-legale asupra 2 cazuri de ruptură spontană a cordului.*

În primul caz e vorba de ruptura ventriculului stâng datorită unui *abces embolic*, iar în al II de ruptura unui *anevrism* al ventric. stâng, care cu 9 luni înainte suferise un traumatism.

Nu s'a putut trage din p. vedere medico-legal, nici-o concluzie cauzală între ruptură și traumatism.

Dr. GAVRILA și Dr. CABA: *Studiu poluirii și hydremiei într'un caz de diabet insipid.*

Din studiul amănunțit al acestui caz, autorii au ajuns la următoarele concluziuni:

1) În turb. funcționale hypofizare poate să existe un diabet insipid, ceea ce confirmă *teoria infundibulară extra epifizară* a lui Camus Roussy.

2) În sprijinul teoriei tisulare (Labée), că diabetul insipid este în funcțiune de insuficiența țesuturilor de a reține apa, pledează experiențele făcute de autori în ceea ce privește eliminarea apei din organism.

3) Cazul studiat a reacționat prompt la extractul hypofizar Choay.

Dr. T. DRAGOMIR: *Tratamentul sclerozei în plăci prin inj. intrarachidiene cu lecitină.*

Metoda este a Prof. Minea din Cluj și studiată pe 6 cazuri în clinica neurologică a oprit evoluția maladiei, dacă tratam. este aplicat curând. Metoda este de aplicare ușoară și lipsită de complicațiuni, având superioritate asupra celor întrebuițate până acum; injecțiile se fac la 10 zile și după primele 3-4, efectele nu întârzie a se arăta.

Dr. AD. FUCHS: *Indicațiuni pentru extragerea cataractei.*

Dr. NIȚULESCU BOLOGA: *Laptele supra zaharat în alimentarea sugacilor.*

Dr. D. STANCA: *Băile sărate, sulfuroase și de nămol din Cluj-Someșeni.*

Dr. I. Vasilescu.

1) PROF. Dr. C. ANGELESCU, D-ri GH. BUZOIANU și S. ȚOVARU: *Valoarea curativă a sol. hipertonică de clorur sodiu în intoxicațiile datorite ocluziilor prin strangulare herniară.*

În cazurile de ocluzii intestinale, eșecul operator este datorit unei *intoxicațiuni generale acute*, cu punct de plecare ansa intestinală situată deasupra obstacolului. Ea va fi cu atât mai gravă, cu cât sediul obstacolului va fi mai sus. În combaterea acestor intoxicațiuni, americanii au preconizat o *nouă metodă* de combatere, prin administrarea intravenoasă a sol. hiperclorurate. Numai clorurul și bromurul de sodiu au această putere antitoxică.

Din cercetările pe 5 cazuri de hernii strangulate, autorii n'au avut efecte terapeutice mulțumitoare; ei cred că *acțiunea curativă* a acestei metode se manifestă în special la *ocluziunile intestinale pure*.

2) PROF. E. JUVARA, CONF. E. CHRISTIDE și Dr. I. FAGARĂȘEANU: *Technica apendicectomiei la reoe.*

3) Dr. BĂȘULENGA ANTON: *Câteva considerațiuni asupra cancerelor intestinului în raport cu 4 cazuri.*

Aceste cancere sunt considerate ca relativ *benigne*; ele ocupă imediat loc după stomac și ca aspect *anatomo-patologic*. Cancerelor coecului, col. ascend. și transvers sunt *encefaloide*, iar ale colonului stg. Schiroase dând naștere la *stenoze inelare*.

Ca *evolucție* rămân mult timp localizate, generalizarea venind târziu și se deosebesc 3 stadii:

- a) De toleranță;
- b) De stare: s. funcționale (durere, tenesme, constipație); s. obiective (tumora); s. generale (slăbire);
- c) De terminare.

Ca mijloace de explorare nu vom neglija *tuseul rectal*, recto-sigmoidoscopia și exam. radiologic.

4) TRAIAN BONA: *Considerațiuni clinice în legătură cu un caz de corp strein voluminos (butelie) inclavat în rect.*

5) Dr. A. COSACESCU, V. GEORGESCU și EUGEN MANOLESCU: *Tratamentul cu insulină al plăgilor și ulceratiunilor atone.*

Autorii recomandă tratamentul cu insulină aplicat local după formula lui *Chabanier* (Vasilină 65 gr., Lanolină 30 gr., Insulină 30 cc. Concentrația 20 unit. pe cc.), chiar dacă nu este vorba de un diabetic. Efectele bune s'ar datori unei mai bune utilizări a hidraților de carbon la nivelul plăgei.

La toate cazurile vom face reacție Wassermann, instituind tratamentul când va da pozitiv.

Dr. M. Baculescu.

Prof. S. NICOLAU: *Problema educației sexuale în școală în legătură cu profilaxia boalelor venerice.* (Nr. 12/929).

Autorul arată că educația sexuală în școală, apare astăzi imperios necesară pentru ducerea cu succes a luptei de profilaxie contra maladiilor venerice; în țările din occident ea a și pătruns în programele de educație a învățământului secundar.

Servindu-se de anatomia și fiziologia comparată, începând cu actul reproducției la protozoare și urcând gradat scara zoologică s'ar ajunge ca misterul sexualității să se desprindă ca o funcțiune fiziologică naturală și necesară perpetuării speciei, fără a deștepta ideea obscenității în mintea elevilor.

Vorbind de hereditatea patologică, s'ar putea arăta răspunderea ce incumbă fiecăruia față de descendenții săi și obligația păstrării castității morale și fiziologice până la căsătorie care e posibilă, fără niciun risc pentru sănătate.

La această educație care ar disciplina impulsivitatea sexuală, fără să adoarmă instinctul genetic, trebuie să se adauge morala religioasă. Iar familia, societatea și chiar autoritățile să contribuie cu cea ce le incumbă.

Pentru cei cu impulsivitate sexuală irezistibilă va fi necesar să se facă o educație de profilaxie sexuală.

Docent GH. POPOVICI: *Rotul patogenic și terapeutic al modificărilor umorale de C. și P.* (No. 12/929).

în diferite afecțiuni ca: tetanie, rachitism, osteomalacie, cari sunt manifestări clinice specifice acestor turburări, indicând legile lor.

Arată în urmă legătura între variația lor și sistemul vegetativ, pentru a ajunge la mijloacele terapeutice a acestor stări.

în diferite afecțiuni ca: tetanie, rachitism, osteomalacie, cari sunt

Conf. Dr. P. TOMESCU: *Valoarea terapeutică a malariei.*
După ce face istoricul malarioterapiei în paralizia generală, arată că această metodă fiind trecută de perioada experimentărilor și eficacitatea ei fiind demonstrată, trebuie să intre în practica curentă.

Trece în revistă tehnica ei pentru a arăta indicațiunile și contra indicațiunile. Subliniază rezultatele aproape nu se obținute cu încercările de profilaxie a paraliziei generale prin malarie.

Amintește dificultatea ce creiază în aplicarea acestei metode imunitatea paludică.

Docent Dr. SARAȚEANU: *Tratamentul pruriturilor.* (No. 13 și 14/929).

Dr. P. NEDELICU și Dr. TH. VASILIU: *Moartea prin inhibiție în medicina legală,* (Nr. 13 și 14/929).

Autorii se ridică contra întrebuintării termenului de moarte prin inhibiție — ori de câte ori medicul nu poate găsi la autopsie cauza morții.

Prin moarte prin inhibiție se înțelege moartea survenită brusc

prin iritațiunea unei regiuni periferice ca abdomen, laringe, testicol, uter, etc.; la autopsie negăsindu-se nici-o leziune acută sau cronică, inima fiind distinsă și fără chiaguri sanghine.

Citează două observații în sensul celor expuse:

Dr. H. SILBERMANU și Dr. EUG. ILIUȚA: *Insulino-terapia în metroragiile de origină ovariană*, (No. 13 și 14/929).

Autorii citează cinci observații în care insulinoterapia aplicată în metroragii de origină ovariană a adus vindecarea bolnavelor.

Dr. P. COPACEANU: *Un aparat de pneumotorax artificial*, (No. 13 și 14/929).

Autorul descrie aparatul de pneumotorax imaginat de Dr. Th. Moisescu și construit de Ing. Rupprecht, care pe lângă avantajul de a fi portativ, este de o mare simplitate de manipulație.

Dr. S. NOVAK: *Sincope provocate de masajul prostatei*, (No. 13 și 14/929).

Dr. Teodoru.

REVISTA SANITARA MILITARA

No. 2-3/929.

Med. Gen. PROF. Dr. BUTOIANU și Med. Maior Dr. STOIAN: *Considerațiuni asupra tetanosului post-operator*.

Autorii expun observația clinică a unui tetanos survenit la un soldat, scurt timp după o operație de hernie strangulată; infecțiunea nu poate fi decât de *origină endogenă*, probabil intestinală, măsurile de asepsie și antisepsie în timpul actului operator fiind f. riguroase.

Medic Maior Dr. SARDARESCU: *Echilibrul acido-bazic, mecanismul său de regulare, rezerva alcalină*.

Autorul arată importanța acestui echilibru în organism, mijloacele întrebuințate de acesta spre a-l conserva, și rolul rezervei alcaline.

Studiul echilibrului acido-bazic se practică prin cercetarea calorimetrică și electrometrică a Ph. sanguin și a Co.² prin metoda Van Shyke.

Medic Cpt. Dr. I. BARSAN: *Sifilom palpebro-conjunctival*.

După câteva considerațiuni asupra frecvenței patogeniei și diagnosticului diferențial al șancerului extra genital, autorul expune un caz de sifilom palpebro-conjunctival la o fetiță de 8 ani, infectată din mediu familial. Poarta de intrare pare a fi o blefarită.

Medic Cpt. ARGHIRIADE și Med. Cpt. BADIU ALEX.: *Fractură izolată a osului semilunar drept*.

Fractura a fost provocată de căderea după o scară; ca tratament imobilizare de scurtă durată, băi calde și masaj.

Medic Cpt. DAN THEODORESCU: *Vezicula fragă*.

VMet. Col. Dr. I. BUGICA: *Considerațiuni asupra neurofibromelor consecutive nevrectomiei plantare în jos și dublă*.

Vet. Cpt. Dr. VLADESCU: *Electrargolul în gurmă.*
No 4./929.

Med. Col. ILIESCU și Med. Lt.-Col. POPESCU TR.: *Dyskeratoza foliculară vegetanță.*

Autorii expun cazul unui soldat care prezintă simptomele unei *dyskeratoze foliculare*, apărută în jurul unor cicatrice consecutive furunculelor.

Med. Cpt. N. BARBULESCU: *Un caz de cecitate hysterică.*

Med. Lt. Dr. ODOBLEJA ȘTEFAN: *Aplicațiunile gravității în terapeutică.*

Medic Col. Dr. V. GEORGESCU și Med. Cpt. Dr. ȚOLESCU: *Acțiunea gazelor de clor asupra cailor.*

Veterinar Lt. Dr. DRIȘCU: *Câteva cazuri de anafilaxie produse la caii regimentelor din garnizoana Caracal, cu ocazia vaccinării anti-carbonoase în anul 1928.*

No.5./929.

Dr. NOICA și Lt. Dr. LUPULESCU ION: *Deschiderea gurei și propulsiunea limbei, tic postencefalitic.*

Cpt. Dr. DAN THEODORESCU: *Ulcer peptic post-operator: degastro-enterostomie.*

Vet. Col. Dr. I. BUCICA: *Contribuind la tratamentul crapodului.*
Dr. M. Săceanu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SPITALUL

No. 6 din 1929.

1) Prof. A. JIANU, Conf. Dr. PAULIAN și Dr. AUREL POPESCU: *Tumoră a unghiului ponto cerebelos.*

2) Conf. Dr. C. ALEXANDRESCU DERSCA și I. FLORIAN: *Un caz de mixoedem la adult survenit în urma unei infecțiuni.*

Este vorba de o femeie de 30 ani care vine în serviciul Prof. Nanu Muscel, cu un *oedem gelatinos* localizat la figură, torace și extremități, survenit în urma unor *infecțiuni puerperale*. Bolnava se plânge de *astenie* și senzație de frig.

După un tratament cu *tyroxină intravenos* (1-2 mmgr.), mixoedemul dispare aproape complet, în același timp ridicându-se și metabolismul bazal.

3) Conf. Dr. DUMITRESCU MANTE, D. HAGIESCU și CIORAPCIU: *Aneurism intra-pericardic latent. Ruptură cu hemopericard mortal.*

Redau observația unui bolnav care intră în serviciu pentru aortită, insuficiență aortică și fenomene clinice de angor abdominal. Moare subit. La autopsie se constată un *aneurism sacciform mic* pe fața anterioară a aortei. Din cauza sediului anterior a fost cliniceste latent. Când aceste aneurisme sunt pe fața laterală dreaptă a aortei, poate compresa vena cavă superioară și să determine oedemul în

pelerină. Când este situat pe fața laterală stângă, comprasează *artera pulmonară* și dă fenomene de stenoză.

4) Dr. C. RADOSLAV și Dr. MIRCEA PETRESCU: *Efedrina-Efetonina. Studiu fiziologic și clinic.*

Din cercelările făcute în clinica Medical B., autorii arată avantajele Efedrinei și Efe-toninei (produs sintetic) asupra adrenalinei. Acțiunea lor este mai lentă dar mai prelungită și poate fi administrată cu mai multă ușurință din cauza *dozelor mari* cari pot fi administrate fără inconvenient.

Afară de câteva cazuri (crize nitritoide, sincopa cardiacă) în care adrenalina este indispensabilă din cauza acțiunii rapide, ea poate fi înlocuită cu mult succes de efedrină-efetonină și în special în crizele de astm.

5) Dr. V. DIMITRIU: *Tromboflebita în pancreatita hemoragică acută chirurgicală.*

6) Dr. TH. VALCEANU: *Reflexiuni asupra unei forme fibroase de tuberculoasă pleuropulmonară în cursul unei scleroze în plăci.*

Cazul comportă o interpretare specială din cauza reacțiunii sclerizante a țesuturilor în aceste 2 maladii, etiologic așa de diferite.

7) Dr. GH. V. BUZOIANU: *Statistica operațiilor executate în clinica I chirurgicală dela 15 Martie 1928 la 15 Martie 1929.*

Dr. I. Vasilescu.

C. T E Z E

SUSȚINUTE LA FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN CLUJ

dela Aprilie până la 1 Iulie 1929

Contribuțiuni la studiul clinic al choreei minor de G. Goldștein
No. 453/1929.

Există probabil o choree esențială produsă de un virus specific necunoscut, pe lângă celelalte chorei simptomatice.

Tratamentele cari au dat rezultate mai constante sunt:

Antipirina în formele ușoare;

Arsenicul în formele mijlocii, și grave, care însă nu poate fi administrat lung timp (pericolul intoxicațiunii);

Neosalvarsan, care ar fi de rezervat pentru cazurile grave și de lungă durată;

Urotropina, care scurtează considerabil durată boalei în cazuri favorabile;

Strangularea, un tratament bun, simplu de executat, necostisitor, care nu prezintă nici un inconvenient, trebuie încercat în toate cazurile singur sau asociat cu alte tratamente, el constă în determinarea unei staze cefalice prin aplicarea bandei Bier.

Puncția lombară.

Larosanul în turburările digestive și de nutriție ale copiilor
de Rozalia Kerekes, No. 454/929.

Larosanul (cazeinat de Calciu) e un aliment-medicament foarte prețios în alimentația de tranziție în tratamentul dietetic al turburărilor gastro-intestinale.

Larosanul poate înlocui laptele albuminos, care fiind greu de făcut, nu poate fi utilizat în practica obișnuită.

Larosanul e superior laptelui albuminos a lui Finkelstein, prin faptul, că e gata preparat și că fiind mai plăcut la gust, e luat cu plăcere de copii.

E o substanță eminance antifermentescibilă, deci este indicat în toate cazurile de fermentație intestinală acută.

Este o substanță plastică, care dă o creștere rapidă a greutateii.

E antidisepctic, datorit albuminelor, cari contrabalansează fermentațiunile acide în intestin și ajută la formarea scaunelor de săpun, componente Calciu.

Alcalinizează scaunele și transformă flora microbiană de fermentație.

Dând timp îndelungat și în cantități mari, produce o hipercalinitate nocivă, cu meteorism și constipație. E deci un medicament-aliment în primul rând, care nu se poate administra, numai timp scurt și sub control coprologic.

Fiind o substanță albuminoasă și dat fiind că albuminele exagerează putrefacțiunile, nu-l vom da în diareile cu scaune alcaline de putrefacție.

Prepararea lui fiind ușoară, el poate fi pregătit de orice mamă, astfel putându-se prescrie și acasă, nu numai la spital.

Contribuțiuni la studiul chimismului tetaniei de iperventilație
de Elena V. Popescu, No. 455/929.

Reactivarea seroreacțiunii Wassermann de Iosif Weisz, No. 456/929.

Metodele cele mai bune sunt:

a) Metoda lui Jennerich: Injectarea de 0.15-0.30 gr. Neosalvarsan și sereacția peste 24 ore sau peste 3-4 zile, iar în cazuri tardive 3-4 injecțiuni de 0.45 gr. Neosalvarsan cu intervale de câte cinci zile.

b) Metoda lui Milian: seroreacția în a 5-a, 15-a, 25-a zi după provocare.

Considerațiuni asupra sclerozei arterei pulmonare (maladia lui Ayerza) de Ion Bosica, No. 457/929.

La simptomatologie se pot adăoga și următoarele două noi simptome observate în Clinica Medicală din Cluj: hipertensiunea lichidului cefalo-rachidian și staza pasivă papilară.

Apendicita retrocecală de Corneliu Moldovan, No. 460/929.

Lambliaza intestinală de Gheorghe Măgureanu, No. 461/929.

Lamblia intestinală e un parazit, ce survine la om și unele animale.

Ea e una și aceeași specie cu mici diferențe morfologice, datorită adaptării la regimuri diferite după animale.

Are 2 forme: una vegetativă cu vitalitatea redusă în mediul exterior și alta chistică foarte rezistentă.

Infestația se face mai frecvent pe cale indirectă dar și infestația directă e posibilă.

Patogenia parazitului pentru om și animale e dovedită prin experiențe, constatări anatomo-patologice și clinice.

Din punct de vedere clinic lambliaza se prezintă sub 3 forme: 1. forma intestinală acută, 2. forma de enterocolită cronică, și 3. forma veziculară (vezica biliară).

Din semnele clinice o putem bănuși, dar numai examenul microscopic al scaunelor și al lichidului duodenal pune diagnosticul de certitudine.

Boala evoluează în puseori ani de zile, cu un prognostic în general benign. Excepțional duce la casexie și mărte.

Ca tratament se administrează sărurile de Arsen intravenos și pe cale bucală, bismutul, timolul și pasta lui Ravaut.

Rezultatele terapeutice sunt mediocre.

Tulburări oculare de origine dentară de Felicia G. Mateescu, No. 462/929.

Leziunile oculare consecutive complicațiilor dentare determină următoarele tulburări de partea aparatului vizual: tulburări senzitive, motorii, vazomotorii, oftalmotonice, secretorii, trofice și senzoriale.

Toate aceste tulburări la distanță, au ca origine o infecțiune microbiană.

Focarul dentar acționează fie local iritând sau infectând terminațiile trigemino-simpatice și determinând tulburările reflexe fără pătunderea microbilor în ochi, fie ieșind din focarul infecțios și mergând la ochi, unde determină tulburări mai mult sau mai puțin grave.

Cercetări asupra virulenței vaccinului întrebuințat la Institutul antirabic din Cluj, și a elementelor sale componente de Albon V. Tiberiu, No. 463/929.

Climatoterapia în tuberculoză pulmonară cu câteva date despre Colibița de Alexandru Cristian, No. 464/929.

Influența sistemului vegetativ asupra reacțiunilor de aglutinare și bacterioliză de Noveanu Vasile, No. 465/929.

Cercetările noastre ca mai toate cercetările antecesorilor noștri dovedesc antagonismul care există între sistemul vegetativ simpatic și cel parasimpatic, când acestea sunt supuse excitației prin injecții de adrenalină și pilocarpină.

Excitația simpaticului prin adrenalină contrar teorii clasice (impedecarea infecțiilor prin vaso-constricția, respectiv hipertensiunea pe care o produce), dă naștere prin modificările intime asupra serului sanghin la o micșorare a puterii de rezistență a acestuia.

Puterea aglutinantă a serului recoltat dela animale injectate cu adrenalina este mai mică ca aceea a serului normal.

Puterea bacteriolică a serului dela aceleași animale, după adrenalina este deasemenea mai mică ca aceea a serului normal.

Excitațiunea parasimpaticului prin pilocarpină în opoziție cu aceea a simpaticului, mărește puterea de rezistență a animalului, prin mărirea proprietăților biologice a serului acestuia.

Puterea aglutinantă a serului recoltat dela animale injectate cu pilocarpină este mai mare ca aceea a serului normal, a aceluiași animal.

Puterea bacteriolică a serului recoltat tot dela aceleași animale cărora li s'a produs prin pilocarpină o excitație a parasimpaticului este mai mare ca aceea a serului normal.

Contribuțiuni la studiul ganglionului cervical superior la câine de Ioan Gabriel Russu, No. 466/929.

Variațiunile presiunii sanghine a hipertensivilor în stările infecțioase febrile și în urma injecțiilor cu lapte de Teodor Mara No. 467/929.

Stările infecțioase febrile produc scăderi ale hipertensiunii arteriale.

Scăderea tensiunii e în raport cu temperatura, dar mai ales cu simptomele de insuficiență a glandei suprarenale.

Scăderea hipertensiunii în urma injecțiilor cu lapte se întâmplă în 2 etape.

Prima etapă începe imediat după injecțiune, ajungând Mx. 11½—2 diviziuni V. L. la 1 oră, ca pe urmă să se ridice, încât la 2 ore după injecție să-și reajungă nivelul de unde a plecat.

Această fază a scăderii tensiunii se explică prin așa zisa „criză hemoclarică”.

A doua etapă se produce după frison, în urma apariției ascensiunii termice ajungând maximul de scădere 2—6 diviziuni V. L. pentru Mx.

Contribuțiuni la studiul vegetațiilor adenoide de Ioan Radu, No. 468/929.

Nu se vor neglija niciodată turburările la distanță, pe care le găsim la adenoidieni, pentru corelația patologică ce există între acestea și vegetațiile adenoide.

Rolul vegetațiilor adenoide, ca glandă cu secreție internă deși nu e complet stabilit, totuși nu i se poate nega acest rol.

Din pneumografiile luate la bolnavi înainte și după operație, cu pneumograful lui Marey, nu putem trage concluziuni asupra insuficienței respiratorii.

Singurul tratament rațional al întregului cortegiu de fenomene, pe care le găsim la adenoidieni este cel chirurgical.

Contraindicație operatorie nu constituie nici vârsta și nici sexul ei:

a) Se amână operația înainte și după menstruație precum și în infecțiuni acute;

b) Nu vom opera de loc sau numai cu preparative pre și post-operatorii în hemofilie.

Nu se va neglija niciodată după operație reeducația respirației nasale și gimnastica respiratorie, care completează actul operator.

Despre scleroză la e.ală amiotrofică sifiilitică de Prack Wilhelm No. 469/929.

Permeabilitatea meningelor ni scleroza laterală amiotrofică este normală; în cea sifilitică cercetarea indicelui de permeabilitate după metoda lui Walter ne poate da indicațiuni prețioase pentru diagnostic.

Valoarea sedimentării globulelor roșii în boale oculare de Elena Birar, No. 470/929.

Contribuțiuni la studiul ouabainei Arnaud și aplicațiunile ei de Walter Leon, No. 473/929.

Sinistrocardie de Ecaterina Gh. Bălănescu, No. 474/929.

Contribuțiuni la studiul maladiei lui Heine-Medin de Dumitru Căprioară, No. 475/929.

Contribuțiuni la rolul splinei ca rezervor de hemafii, poliglobulia exercițiului muscular de Ortansa Mihailescu, No. 476/929.

Splina este un rezervor sanghin contractil.

Spleno-contrațiunea poate fi produsă în afară de intoxicația cu CO, asfixie, înecare, hemoragie și de travaliul muscular. Ea se traduce printr'o poliglobulia foarte accentuată, imediată și generală (centrală și periferică).

Depresiunea (anoxemia) nu pare să provoace singură poliglobulia prin spleno-contrațiune.

În spleno-contrațiunea de travaliu muscular, producția activității musculare, în special acidul lactic provoacă contrațiunea splinei.

Alcalinizarea sângelui cu CO³ Na² prin neutralizarea acidului lactic împiedică spleno-contrațiunea și deci poliglobulia imediată și trecătoare a oricărui exercițiu muscular.

Mecanismul de acțiune al metabolitelor acide ale mușchiului în activitate pare a fi dublu: pe cale nervoasă (centru și fibre organo-vegetative) și humorală (prin hipersecreție de adrenalină).

Factorul nervos pare însă să predomine și anume spleno contrațiunea fiind determinată prin acțiunea centrală a metabolitelor musculare.

Cercetări de biomicroscopie iriană și de pupiloscopie diferențială în sifilisul cerebro-spinal în legătură cu semnul lui Argyll-Robertson de Ciaraccieva Zdrava, No. 477/929.

Iregularitatea pupilei și anizocoria sunt frecvente în sifilisul cerebro-spinal.

Aceste modificări pupilare se însoțesc de tulburarea reflexului foto-motor, care diminuează lent și progresiv fără să dispară complet.

Frecvența atrofiilor iriene în sifilisul cerebro-spinal nu este atât de mare cum pretinde Dupuys-Dutemps și Lodato.

Între dispariția reflexului foto-motor și alterațiunile de structură ale irisului nu există în sifilisul cerebro-spinal nici o legătură, pentrucă reflexul foto-motor poate să dispară fără ca totuși structura biomicroscopică normală a irisului să fie modificată.

Atrofia irisului este mică și puțin frecventă chiar în cazul semnelui lui Argyll-Robertson complicat (imobilitate pupilară totală).

Semnul lui Argyll-Robertson nu-și găsește o explicație suficientă în modificările structurale ale membranei iriene.

Luxațiunile scapulo-umerale de Eugen Giuruga, No. 478/929.

Flegmoanele mâinei de Prodan Ioan, No. 480/929.

Tratamentul fracturilor membrelor superioare prin aparate de extensie de Daniel Ilie. No. 482/929.

Doctorul Costache Vârnăv, „povăzătorul sănătății” și primele începuturi de popularizare sistematică a medicinei la români de Alexe Baclajanschi, No. 483/929.

Boierul moldovean **Costache Vârnăv** (1806—1877), unul din cei dintâi medici titrați români, în activitatea sa de patriot doritor de a-și ridica țara, căreia i-a încadrat activitatea de medic și reformator sanitar al Moldovei, a conceput ca un mijloc de a îmbunătăți starea sanitară a poporului său, ideea de a populariza medicina și igiena.

Această idee care l-a călăuzit toată viața sa, a știut să o impună esențial în programul ei.

„Societății de medici și naturaliști” din Iași, care a primit-o ca un punct

Sub egida acestei societăți și cu colaborarea membrilor ei, **Vârnav** pornește în 1844 „Povățuitorul Sănătății și a Economiei casnice”, care este nu numai, cea dintâi revistă medicală românească, ci tot odată cea dintâi publicație periodică de popularizare la noi.

Articolele medicale din această revistă sunt în cea mai mare parte scrise de **Vârnav**.

„Povățuitorul” său a avut de fapt un ecou mult mai puternic, decât cărțile izolate ale celorlalți popularizatori români (**Vasici, Episcopescu**) și deci abia prin apariția sa în 1844 se începe un nou capitol în Istoria literaturii științifice românești, se începe literatura de popularizare sistematică a științelor.

TEZE SUSȚINUTE LA FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

în lunile Mai-Iunie 1928

Desarticulația cotului consecutivă accidentelor de muncă aparate și proteze de Fuchs Vasile, No. 3076/1928.

Paludismul în chirurgie de Duma I. Ioan, No. 3077/1928.

Un act operator sau un traumatism de orice natură poate provoca un acces palustru la vechi paludici.

Intensitatea accesului nu depinde de gravitatea traumatismului.

Anestezia cloroformică este chiar singură capabilă să provoace apariția acceselor palustre prin elementul toxic pe care-l adaugă la un ficat deja atins prin paludism. De aici indicația de a evita anestezia cloroformică la paludici.

Paludismul acționează asupra plăgilor operatorii sau rănilor, ca o diateză, făcând să întârzie cicatrizarea acestora, precum și o întârziere în consolidarea unei fracturi. Uneori paludismul poate contribui la provocarea gangrenei locale a plăgilor. Este bine precizată azi arterio-scleroza paludică și inferioritatea organică la inpaludații cronici.

Diateza palustră micșorând coagulabilitatea sângelui, poate da loc la complicațiunii hemofilice post-operatorii.

Accesele palustre provocate de un accident chirurgical nu iau întotdeauna un caracter tipic, ceiace a făcut uneori pe chirurgi să presupună o infecție locală a plăgei și să procedeze la debridări inutile.

Paludismul produce prin leziuni de endarterită gangrene viscerale și mai frecvent gangrena simetrică a extremităților.

Paludismul cronic produce uneori abcese sau pseudo-chiste ale splinei, cari sub influența unui traumatism se pot rupe, revărsându-și conținutul în peritoneu și provocând moartea prin hemoragie internă, sau prin peritonită acută.

Paludismul în fasa sa de invazie poate simula un sindrom pseudo-ependicular, provocând o eroare de diagnostic, alteleori o apendicită în evoluție latentă, este confundată cu paludismul, care în realitate nu există. Diagnosticul precis al paludismului și tratamentul bine aplicat, va fi de cel mai mare folos chirurgului în numeroase împrejurări.

Există o corelațiune patologică între sarcină și paludism. paludismul produce foarte des abortul sau o naștere prematură, iar sarcina poate redștepta accesele palustre.

Evaluările incapacității de muncă consecutivă amputațiilor coapsei de Schor Benjamin, No. 3078/1928.

Contribuțiuni la studiul diabetului insipid de H. Tălic, No. 3079/1928.

În diabetul insipid se constată sindromul patologic, desemnat de Bickel și Kaufman-Cosla, sub numele de „carbonurie desoxidativă” și care se traduce traduce prin o creștere a raportului urinar C/N (carbon total: azot total). În cele 5 cauri studiate, acest raport a variat între 1,12 și 1,25 (normal 0,7—0,9).

Prezența unui raport C/N considerabil mărit, indică o turburare de meta-

bolism, care apropie diabetul insipid de cel zaharat, cu atât mai mult cu cât în ambele forme de diabet, se pune în evidență, în urină, o cantitate mărită de aldehydă acetică (produs intermediar sigur al metabolismului zaharurilor), și că în ambele sub acțiunea insulinei, metabolismul general capătă valori fiziologice.

Deosebirea între cele 2 forme de diabet ar fi că, pe când în cel zaharat carbonuria desoxidativă se poate prezenta și sub o formă glicozurică, în diabetul insipid se prezintă numai sub o formă aclicozurică.

Studiul glicemiei în parolidita epidemică (oreillon) de Vasile V. Ștefănescu-Dima, No. 3080/1928.

Asupra tratamentului calculilor ureterali prin cateterism de Constantin M. Chiriță, No. 3081/1928.

Sinuciderile prin spânzurare de Coteanu G. Vasile, No. 3082/1928.

Complicațiile urinare în cursul apendicitei de Mariani Julius, No. 3083/1928.

Contribuțiuni la studiul sympatectomiei periarteriale de Condurachi Vasile, No. 3084/1928.

Turburările respiratorii din encefalita epidemică de Lupulescu I. Ioan, No. 3085/1928.

Pozițiunea Croizat-Walcher, de Veronica Busoiocescu, No. 3086/1928.

Contribuțiuni la studiul operațiunii cezariănă joasă de Dumitrescu M. Dumitru, No. 3087/1928.

Considerațiuni asupra diverticuliilor vezicali de Daniel I. Duda No. 3088/1928.

Cercetări experimentale privitoare la acțiunea efedrinei asupra secrețiune gastrice la om de Gh. Gh. Hudeșcu, No. 3089/1928.

Modificările biochimice ale terenului, în emfizemul cronic cu bronșită de Costache Dăniță, No. 3090/1928.

1. Bronșita cronică cu emfizem este însoțită foarte des de crize de astm mai mult sau mai puțin tipice. Astfel pot fi:

a) Ușoare creze de dispnee trecătoare cari de cele mai multe ori rămân reobservate.

b) Crize de dispnee paroxistice survenind în deosebi noaptea la intervale variabile (astmul clasic).

c) Crize de dispnee aproape subnitrate cu aparența de dispnee continuă. Aceiași bolnavi sunt de obicei etichetați cu „Bronșita cronică cu emfizem”.

II. Bronșită cronică cu emfizem cu sau fără crize astmatice tipice prezintă frecvent semne de spasmofilie latentă:

1. Semnul lui Chvostek — pozitiv.

2. Excitabilitatea neuro-muschiulară galvanică și faradică mărită (Ebr. Mann, Thiernich).

3. Hipocalcemie.

4. Rezerva alcalină cu tendința spre hiperalealoză.

5. Ensinofilia bronșică aproape constantă a fost găsită și într'un caz clasic de tetanie infantilă.

III. Față de aceste caractere comune cu spasmofilia atât astmul cât și bronșita cronică cu emfizem (astmul larvat) le putem considera ca manifestări morbide localizate, survenite pe tren spasmofil:

a) Deschilibrul humoral, în care hipocalcemia și hiperalealoza domină aduce după sine o stare de hiperexcitabilitate neuro-muschiulară periferică și vegetativă cu contracturi tonice dureroase ale muschilor extremităților (ca în tetanie) sau ale muschilor viscerali (ca în astm, etc.).

b) Localizarea este datorită spinelor iritative care determină probabil o stare de amfotomie locală cu predominanță când simpatică (element secretoriu) când parasimpatică (element spasmodic). Acești 2 factori în localizările pulmonare dau probaibl contracturi tetanice mai mult sau mai puțin persistente ale mușchilor bronșici și inspiratori producând astmul și bronșita cronică cu emfem.

IV. Clorurul de calciu (calciven intravenos) influențează favorabil accesele de astm, în mod trecător însă.

Dozele de 10—12 gr. în 24 ore asociate cu extract de paratiroidă sau ergosterină iradiată care să permită ridicarea calcemiei sunt indicate pentru a obține un efect prelungit.

Considerațiuni asupra adenomu'ui glandelor sudoripare de Pavlovici Maria, No. 3091/1928.

Considerațiuni generale asupra radiologiei în diagnosticul boalelor interne de Ilie Nicolescu, No 3092/1928.

Serul antitetanic în tratamentul curativ al tetanosului de Popescu N. Aurelian, No. 3093/1928.

Accidente de automobil de Odobleja Ștefan, No. 3094/1928.

Contribuțiuni la studiul neoplasmelor costale. primitive de Săndulescu I. Constantin, No. 3095/1928.

Contribuțiuni la studiul litiazei salivare de Modran Gh. Eugen, No. 3096/1928.

Litiaza savilară este o afecțiune relativ rară, se întâlnește mai des la bărbat decât la femei și cu deosebire între 20—60 ani.

Formarea calculilor se datorește microorganismelor din mediul bucal, cari determină precipitarea sărurilor din salivă.

Sediul de predilecție este în canalul Wharton și glanda submaxilară.

Diagnosticul se poate face clinic, dar în cazuri îndoelnice numai radiografia îi poate confirma.

În caz de litiază a glandei submaxiliare, radiografia trebuie făcută pe cale intra bucală, cu proecție submentonieră, altfel calculul poate fi mascat de corpul maxilarului.

Litiaza salivară se poate vindeca spontan prin eliminarea calcului, dar de cele mai multe ori se însoțește de fenomene inflamatorii, dând abcese sau flagmoane, ce se deschid fie în gură, fie la exterior.

Considerațiuni asupra rachianesteziei de D. A. Lowy, No. 3097/1928.

Considerațiuni statistice asupra tumorilor de Iosefina Edelstein, No. 3098/1928.

Contribuțiuni la studiul legiferărilor anti-alcoolice în România de Guriță Constantin, No. 3099/1928.

Hemoragiile post partum de Popescu, I. Ioan, No. 3100/1928.

Contribuțiuni la studiul stenozelor cicatriceale ale orificiului intern al colului de Elena Nițescu-Gheraşenco, No. 3101/1928.

Contribuțiuni la studiul distrofiei cruro-vesico-fesiere prin agenesie sacro-coccigiană de Boazu Soare, No. 3102/1928.

Considerațiuni anatomo clinice asupra celulelor mastoidiene aberrante de Dubovan Petre, No. 3103/1928.

Antigenul metilic în tratamentul tuberculozei de Constantin Teodoreanu, No. 3104/1928.

Antigenul Metilic este un prețios adjuvant în terapeutică tuberculozei. Antigenul Metilic scade curba termică la subfebrilii și diminueă expectorația.

Antigenoterapia favorizează rezorbția ganglionilor tuberculoși neramoliți și cicatrizează fistulele.

Antigenoterapia are o acțiune net favorabilă asupra rezorbiției lichidelor exudative, în special ascite consecutive peritonitelor ulcero-caseoase

Antigenoterapia asociată razelor ultra-violete, pneumoteraxului și curei igienico-dietetice dă rezultate destul de favorabile.

Antigenul Metilic este indicat în; tuberculozele ganglionare, peritonite ulcero-caseoase cu ascită, în formele de tuberculoză pulmonară, cronică cu mers lent, în special cele localizate, fără febră sau subfebrile.

Antigenul Metilic nu are nici o acțiune asupra formelor cu evoluția rapidă.

Antigenoterapia are avantajul asupra tuberculinoterapiei, deoarece pare a nu da accidente locale sau generale și nici a activa focarele pulmonare.

Cordotomia antero-laterală în durerile mari abdominale de Constantin F. Giurgescu, No. 3105/1928.

Cordotomia antero-laterală este operațiunea care consistă în selecționarea transversală a cordonului antero-lateral al măduvei cu scopul de a întrerupe calea de conductibilitate a durerii.

Cordotomia antero-laterală se adresează numai durerilor organice, rebele și persistente din jumătatea subdiafragmatică a corpului.

Indicațiile cordotomiei sunt în: durerile cancerilor inoperabile, crize gastrice tabetice, cauzalgii rebele, sequele dureroase a plăgilor rechisului, Kraurosis vulvae, dureri post-zosteriene, bonturi dureroase.

Locul de elecție al operației este la nivelul vertebrelor a III-a, a IV-a și a V., dorsală.

Contribuțiuni la tratamentul fracturilor prin greșe osoase de Gheorghiev Simo, No. 3106/1928.

Mio-Sarcomul primitiv al vezicii urinare de Paulian Em. Virgiliu, No. 3107/1928.

Studiul raselor de pneumococi din România în iarna anului 1927-1928 de Bader Matei, No. 3108/1928.

În studiul tulpinelor de pneumococi izolate în iarna anului 1927—1928 din diferite afecțiuni datorite acestui germen, am obținut următoarele rezultate:

Din 48 pneumonii și congestii pulmonare 3 au fost datorite tipului I; 28 tipului II; 3 tipului III; 7 tipului IV și 7 nehotărâte.

Dintre tulpinile izolate din alte afecțiuni decât pneumonii și congestii pulmonare 3 făceau parte din tipul II; 5 din tipul al III; și 1 nehotărâtă.

Din 57 tulpini de pneumococi 22 au dat fenomenul lui Neufeld — s'au solubilizat în bila de epure —.

Toți pneumococii au fermentat inulina — mediul lui Hiss.

Toți pneumococii căpătați de noi au transformat hemoglobina dând colorii galbene-verzui pe mediul cu sânge.

N'am avut decât un singur caz mortal datorit unei infecții meningee cu tipul III; un caz cu confuzie mintală în urma unei pneumonii cu tipul II; s'a vindecat.

După observațiunile noastre și în lipsa de experiențe la animale nu putem spune care tulpină de pneumococ dă o mortalitate mai mare, întrucât toți bolnavii examinați de noi (afară de unul) s'au vindecat complet.

Este corpusculul carotic un paraganglion? de Lt. Milcu A. Ștefan, No. 3109/1928.

Contribuțiuni la studiul unor semne pentru Diagnosticul sifilisului congenital al sugarului de Berthold A. Rozenkrantz, No. 3110/1928.

Contribuțiuni la rezecțiunea maxilarului inferior în tumorile maligne de Dickmann Iacob, No. 3111/1928.

Tratamentul fracturilor gambei prin aparatul de mers al Prof. Pierre Delbet de Gheorghe N. Paraschiv, No. 3112/1928.

Eclampsia post partum în Institutul clinic obstetric al „Maternitatea” de Raphael Nicolicea, No. 3113/1928.

Tratamentul medical al deviațiilor uterine de Olga Vărgolici Grigorescu, No. 3114/1928.

Importanța sindromului adenoidian în patologia infantilă de Mircea Dona, No. 3115/1928.

Sugestia în psychotherapie de Gheorghe N. Popescu, No. 3116/1928.

Seroterapia specifică în pustula malignă de Zilișteanu Constantin, No. 3117/1928.

Explorarea sistemului neuro-vegetativ cu belafolină și atropină la oligofrenici de Prigoreanu I. Constantin, No. 3118/1918.

Colopatia și apendicita de Hamdi Suleiman, No. 3119/1928.

Contribuțiuni la studiul clinic și radiologic al adenopatiei tracheo-bronchice la copil de Băluică Ioan, No. 3120/1928.

Acțiunea sărurilor în tratamentul ulcerului și al sindroamelor iperstenice ale stomacului de Lt. Petrovici Adrian, No. 3121/1928.

Contribuțiuni la studiul tuberculozei pulmonare în armată. de Vlădescu Șerban, No. 3122/1928.

Numărul cazurilor de tuberculoză evolutivă, în armată este în continuă creștere.

Armata fiind un reactiv al infecțiilor din țară, statisticile sanitare militare oglindesc starea sanitară; existența și întinderea epidemiilor și în speță progresele realizate de către tuberculoza pulmonară, care constituie un flăeag extrem de dăunitor vitalității poporului nostru. Armata depistează și înlătură tuberculozii la recrutare și încorporare, o parte însă dintre soldații tubercuizați devin tuberculoși sub influența condițiilor inerente vieții militare.

Cazurile cele mai numeroase de tuberculoză pulmonară se ivesc în armată în primele șase luni de serviciu militar și sunt datorite super-infecției endogene prin debilitarea organismului și migrațiunea bacililor cari se găseau deja în organismul soldaților dinainte de încorporare, dar în stare latentă și ascunși mai ales în ganglionii sistemului limfatic; tuberculoza pulmonară prin contaigune este un accident excesiv dar rar.

Soldații deveniți tuberculoși în armată sunt reformați și trimiși la vetrele lor unde propagă boala, constituind un pericol social; declararea numelui lor și a localităților în care trăesc spre a fi supravegheați de către Serviciile Sanitare civile, constituie o inovație frcită, dar o adevărată profilaxie; nu ve fi realizată decât atunci, când tuberculozii vor putea fi izolați.

Ar fi cazul să se cerceteze propunerea creerii de sanatorii militare și civilo-militare în care tuberculozii militari să fie izolați și tratați în timpul duratei serviciului lor militar dar mai ales să se studieze crecarea de sanatorii și spitale speciale, regionale, în care să fie plasați și tuberculozii militari reformați.

Nu anunțarea dezastrului, ci stăvilirea lui trebuie să constituie obiectul de preocupare al autorităților. Armata n'are numai îndatorirea de a veghia asupra sănătății soldaților sub arme, ci și aceea de a-și asigura efectivele în viitor; ea contribuie la lupta socială împotriva tuperculozei. Dar, pentru ca această luptă să dea rezultatele dorite este imperios necesar să existe o conlucrare strânsă între serviciul sanitar militar și Serv. sanitar cum și diferitele organizațiuni anti-tuberculoase civile, iar Statul să intervină cât mai activ spre a asigura condițiunile materiale indispensabile luptei care trebuie dusă cât mai dărz și mai neîntârziat.

D. — CĂRȚI — MONOGRAFII

D-1 *Farmacist Nicolae Petrescu*, membru în comitetul de redacție al revistei „Mișcarea Medicală” pentru Farmacie, a obținut în 1926 o bursă de stat pentru a studia în Franța; dupe 2 ani de studii strălucite, în care timp a obținut și licența în științe la facultatea de științe din Paris, printr'o lucrare intitulată „*Etude botanique et pharmacologique des Jusquiames*”, care l-a servit de teză susținută la 20 Dec. 1928, în fața unui juriu compus din Profesorii Em. Perrot, P. Guérin și M. Mascré, a obținut diploma de doctor în farmacie al Universității din Paris.

Accastă extrem de interesantă lucrare pune la punct toate cunoștințele privitoare la genul *Hyoscyamus*.

În concluziuni, după ce prezintă caracterele diferențiale ale numeroaselor specii, în ce privește forma frunzelor, modul de inserție al florilor și forma corolei, autorul adaugă:

„Mais l'objet principal de nos recherches fut l'étude histologique des divers organes de ces plantes.

D'une façon générale, il ressort que chaque organe possède, dans les espèces étudiées, une structure sensiblement identique; il y a cependant des différences:

¹⁰ En ce qui concerne la forme des cellules épidermiques, vues de face, qui sont fortement épaissies seulement chez *H. muticus*, caractère qu'on ne retrouve pas dans *H. Falezlez*, cependant espèce désertique;

²⁰ En ce qui concerne les poils bifurqués, très rares chez *H. niger*, ils sont au contraire très fréquents chez *H. Falezlez*; ils n'existent pas chez les autres espèces d'*Hyoscyamus*;

³⁰ Quant aux cristaux d'oxalate de calcium, ils présentent dans leur forme des différences assez caractéristiques selon l'origine botanique, dans le limbe des feuilles, ce sont soit des prismes droits, isolés ou en croix (*H. niger*, *H. Falezlez*), soit des raphides en navette associées en groupement étoilé sous la forme d'une mâcle (*H. albus*, *H. aureus*), soit enfin des mâcles et des cellules à sable côte à côte, comme chez *H. muticus*.

Les autres organes contiennent de l'oxalate sous forme de sable, comme la racine et la tige chez *H. niger*, *H. albus* et *H. aureus*, même le calice fructifère chez les *H. niger*, *H. albus*, *H. muticus*, *H. Falezlez*; le calice de *H. aureus*, contenant des mâcles et des prismes; enfin nous n'avons pas du tout trouvé d'oxalate dans la racine et la tige de *H. Falezlez*, ni dans la tige de *H. muticus*.

La culture des *Jusquiames* est étudiée dans la troisième partie. Les conditions générales de culture industrialisée sont relatées et nous

avons insisté sur la question des parasites qui attaquent et déciment quelquefois ces cultures.

Passant à l'étude chimique des Jusquiames, nous avons exposé les principales phases de la découverte et de l'étude des alcaloïdes, rappelé les différentes analyses faites antérieurement sur trois espèces seulement (*H. niger*, *H. albus*, *H. muticus*), et effectué au Laboratoire de Matière médicale de la Faculté des dosages sur l'*H. aurcus* et l'*H. Falezlez*, dont la teneur en alcaloïdes n'avait jusqu'à présent jamais été indiquée.

Ces recherches ne manquent pas d'intérêt, parce que c'est à ces alcaloïdes que l'on doit l'utilisation d'une grande partie de la Jusquiame cultivée, non seulement pour l'extraction de l'hyoscyamine et de l'hyoscine, mais aussi pour la transformation de l'hyoscyamine en atropine, par isomérisation, dans les conditions que nous avons rappelées.

Nous n'avons pas cherché à isoler et à étudier les glucosides des Jusquiames, bien que ce point paraisse très intéressant; nous espérons pouvoir y revenir, dans une recherche ultérieure, car ces opérations nécessitent l'emploi d'une grande quantité de produit et la collaboration avec l'industrie, qu'il nous sera sans doute possible de réaliser.

Enfin, la toxicité des Jusquiames a retenu notre attention, d'abord parce que les racines de ces plantes ont été souvent confondues avec des racines potagères, occasionnant ainsi beaucoup d'accidents, et ensuite parce qu'une de ces plantes, poison criminel du Sahara, eut son heure de triste célébrité dans l'extermination de la mission *Flatters*.

Bien que ce travail n'ait pas la prétention de dire le dernier mot sur la question des Jusquiames, nous espérons avoir fait ici oeuvre utile, en établissant une monographie aussi complète que possible du genre *Hyoscyamus*. Nous serons largement payé de nos efforts, si cette modeste publication peut être, par la suite, utile aux experts et aux chimistes, ou servir de point de départ à de nouvelles recherches".

Dr. M. C.

ESANOFELE

(PILULE)

Remediu sigur contra Malariei

Formula ilustrului Prof. Dr. GUIDO BACCELLI

Proprietatea Casei Felice Bisleri & Co. — Milano.

Compozițiunea :

Chinin Bisulf.	gr. 0.0900
Acid Arsen.	" 0.0009
Ferrum Cintr.	" 0.0270
Extr. herb. amar.	" 0.1450
Liquir. pulvis q. s.	

IN FLACOANE DE 45 PILULE

**Cura completă No. 2 flac. adică No. 90 pilule de
luat în mod neîntrerupt în timp de 15 zile.**

Cura intensivă de 15 zile :

Pentru copii de la 3—6 ani :

2 pilule pe zi, luate dimineața la 3 ore interval.

Pentru copii de la 7—14 ani :

4 pilule pe zi, câte 2 deodată.

Pentru adulți de la 15 ani în sus :

6 pilule pe zi, câte 2 pilule luate preferabil
dimineața la 3 ore interval.

Echantiloane gratuite D-lor Medici, adresându-se
Reprezentantului Depozitar pentru România :

G. CENTONZE — BUCUREȘTI II

Bulevardul Basarab No. 37. — Telefon 360/95.

ETABLISSEMENT CHATELAIN PARIS

Thymocalcine (Recalcifiant)
Ultragadol (Tonic)
Bilexabol (Boli de ficat)
Depurativ Chatelain
Vin Chatelain
Digeronal (Digestii grele)
Fandorine (Hemoragii uterine)
Globeol (Anemii-slăbiciuni)
Gyraldose (Toaleta intimă)
Miloval (Tonic reconstituant)

Masglandol (Opoterapie pluri-glandură)
Feminoglandol (Opoterapia pluriglandulară)
Puberglandol (Opoterapia pluriglandulară)
Ricomalt (Laxativ)
Sinuberase (Auto-Intoxicație)
Jubol (Constipații)

LABORATOIRES AMIDO - LILLE

Geneserine (Afecțiuni Stomacale)
Genatropine (Dureri intestinale)
Genhyosciamine (Stări spasmodice)
Genoscopolamine (Paralizii agitante)

Genostriocnyne (Afecțiunile sistemului nervos)
Backerine (Cancer)
Amidal (Laxativ)
Glycobil (Tonic)
Vitamil

Echantioane și literatură gratuită.
Exclusivitatea generală.

DROGUERIA STANDARD

Strada Zorilor No. 2
BUCUREȘTI I

NOUL PRODUS ASPASMOL WASSERMANN

ANALGESIC ANTISPASMODIC DE PRIMUL RANG

Cu baza de

BENZOAT DE BENZIL 25%

Tinct. Grindelia robusta — Tinct. Belladonna — Tinct. Hiosclam
în vehicul aromatic special.

Doza: dela 20—60 picături pe zi în 3—4 reprize în lapte,
marsala, sau apă îndulcită.

Indicațiuni: Spasmul bronhic — Spasmul vascular —
Dismenoreea în toate formele ei — Spasmul piloric
Peristaltismul exagerat al intestinului — Colicile
nefritice Colicile hepatice.

Echantilloane la cererea D-ilor Medici la

Depozitul Produselor A. WASSERMANN & C. din Milano

În București Bulevardul Basarab No. 37 Telefon 360 | 95.

III.

MIȘCAREA MEDICALĂ STRĂINĂ

ACTUALITĂȚI

Fisio - Patologie.

Cercetări asupra cholinei în hipertensiunea arterială (Recherches sur la choline dans l'hypertension artérielle) de C. Vasiliu, J. de Phys et de Path. gén. No. 1/1929.

În hipertensiune cantitatea colinei este crescută la anumiți indivizi cu de aproape 10 ori mai mult decât cafra normală (care normal oscilează între 0.0182‰ și 0.0220‰ în sânge).

Creșterea este rezultanta activității aparatului colinogen pentru a echilibra limita creșterii tensiunii pe care o turburare a sistemului cromafin tinde a o crește continuu.

Cum injecția de cholină practică la epuri a determinat dispnee, convulsii, miosis, — autorul se întreabă dacă nu cumva anumite turburări observate la hipertensivi nu ar fi datorite acestei creșteri a colinei, netoxice în cantitate mică.

Reproducerea experimentală a nodulilor lui Gandy-Gamna (Essai de reproduction expérimentale des nodules de Gandy-Gamna) de G. Fasiani și Oselladore, Presse médicale No. 70 — 1929.

Bazați pe constatarea nodurilor lui Gandy-Gamna în splinele aberente cași pe rezultatul pozitiv ce au obținut prin provocarea acestor noduli în mod experimental la animale, autorii au ajuns la concluzia că aceste formațiuni sideroice rezultă din fenomene de regresivitate ale țesutului conjunctiv al splinei, fenomene de caracter special prin faptul metabolismului particular al splinei, și că deci ei confirmă însăși părerea lui Gamna și infirmă pe cea a lui Nanta și Weeil, dupe care acești noduli ar rezulta din colonizarea unei ciuperci parazite.

La lumina acestor cercetări ar trebui revăzute multe din observațiunile de spline micotice publicate până acum.

Experiențe cu capul izolat al câinelui (Expériences avec la tête isolée du chien) de S. Brukhonenko și S. Tchetchuline, J. de Phys, et de Path. gén. No. 1/1929.

Au fost făcute de autori, și reproduse în fața membrilor celei de a treia conferințe a fiziologiștilor ținută la Moscova în Iunie 1928, experiențe pe cap de câine separat de corp și hrănit artificial cu ajutorul unui autoinjector; și capul a reacționat la o întreagă serie de iritațiuni: a clipit din ochi la apropierea luminei electrice, a mișcat la atingerea părului și la suflarea peste el; capul mai făcea

CONTRATENSIN

(1 fiolă 40 drageuri) Indicațiuni:

ANGINA PECTORIS, HYPERTONIA, ARTERIOSCLEROSIS**CONTRAANGIN**(1 cutie 30 capsule gelatinate) Indicația: **ANGINA PECTORIS****RENOCARDIN**(1 fiolă cu 50 tablete) Indicațiuni: **HIPERTENSIUNE prin ARTERIOSCLEROSIS, NEPHR. CHRON. NEPHROSCLEROSIS IN FAZA DE COMPENSAȚIE.**

Cu literatură și eşantioane servește

EGGER & CO. CLUJ**(WIEN PRAHA) Fabrica de preparate farmaceutice.
Str. Săculască, 6**

mişcări, deschidea și închidea gura, descoperirea dinții, înghițea o bucată de brânză depusă între maxilare; întreruperea circulației producea efecte reacționale: căscături, oprirea circulației artificiale a permis demonstrarea (la o $\frac{1}{2}$ oră sau la o oră dela începutul experienței) a unei agonii tipice și a morții capului izolat.

Nefrosa lipidică (La néphrose lipidique) de Pagniez. Presse médicale No. 30 — 1929.

Este o varietate de nefrosă (adică de nefropatie cronică caracterizată anatomiceste prin marele rinichiu alb și clinicește prin albuminurie abundentă, oedeme cu tendința la generalizare, absența sau raritatea hematuriei chiar microscopice) care apare mai mult în copilărie, fără cauza toxică sau infecțioasă precisă, cu debut latent și evoluție cronică de cele mai multe ori favorabilă dar putând evolua în altă formă de nefrită, în care caracteristice sunt examenul urinei și al sângelui: în urină albumină multă (până la 40-60 grame, dând un depozit flaconos și în care microscopul polarizant, indispensabil, descopere corpusculi bi. efringenți descriși de Munk și constituite din cholesterină; în sânge: plasma lactescentă conține colesterină dela 2-3 grame până la 15-20 grame; globuline în cifră normală, fibrinogen crescut și albuminele serice foarte diminuate, cea ce face ca cantitatea de proteine, care normal atinge la individul normal cifra de 70-80 grame la litru, să scadă la 40 la mie; ca, prin faptul reducției seroalbuminelor, raportul albumine-globuline să scadă dela 1,6-2, valoare normală, la 1 și chiar sub unitate până la 0,5-0,3, ca presiunea osmotică a proteinelor plasmatică să scadă mult, și la rând indicele refractometric să scoboare.

Complicații pneumococice sunt frequente.

Ca substrat anatomo-patologic: incrustațiuni coleesterinice în celulele tubilor conturnați, dar și între tubi conturnați, mai puțin la nivelul glomerulului.

Proveniența colesterinei pare a fi de origină extrarenală.

INJ. NOVOCAIN - ADRENALIN

(1 cutie 10 amp. à 1 ccm. sau a 2 ccm.) (Pentru Anaesthesia localis cu efect imediat.) Anestezie de infiltrate.

Extracție de dinți.

A S T H M O S E D I N

(1 cutie 5 amp. à 1 ccm.) Indicațiuni: Asthma bronchialis (pentru încetarea rapidă a acceselor), Collapsus, Morphinismus.

Tablete și Injecțiuni POLYGLANDON EGGER

contra lipomatosim masculini seu feminini (1 fiolă 50 tabl. sau 1 cutie 10 amp.) Indicațiuni: Lipomatosis univers. Turburări poliglandulare.

Cu literaturi și eşantioane servește:

EGGER & C O. CLUJ (WIEN PRAHA)

Fabrica de preparate farmaceutice — Str. Săculască, 6.

Terapeutică este, cu totul opusă celei obișnuite în nefrite: regim hiperazotat (deci bogat în carne), sărac în grăsimi și cu adaos de medicație tiroidiană.

Ca noțiune de fisiopatologie: scăderea presiunii osmotice prin diminuarea sero-albuminelor explică, după noile concepțiuni de patogenie a oedemului, tendința la infiltrația oedematoasă, iar ridicarea cifrei albuminelor plasmatică printr-o alimentație hiperazotată favorizând absorbția oedemelor (constituie contraprobă [Cluj](#)).

Pulverizația extremităților articulare (La pulverisation des extrémités articulaires) *O patologie mecanică a artritelor deformante* de P. Moulouguet Presse médicale No. 30 — 1929.

Cauzele producătoare ale artritelor deformante sunt multiple, dar leziunile, cari le caracterizează sunt totdeauna aceleași: un proces atrofie, care reduce extremitățile osoase și un proces hiperplazic cu producere de osteofite periepilezare și leziuni de neoformație și scleroza periarticulare, cari conduc la deformarea și ankilozare.

În mecanismul, care conduce la aceste leziuni, ar fi după autor următorul: o pulverizație a capetelor osoase cu proiecție de sequestre osoase în cavitatea articulară, care segmente osoase în mijlocul sinoviei determină fen. de inflamație cu producție neoformativă osteo-cartilaginoasă în jurul lor.

Sub numele de „fenomene de izbucnire în aschii și de implantare în articulația bolnavă” acest fenomen fusese descris în 1925, cam în același timp și de Freund.

M. C.

Sindromul de retracție în tuberculoza pulmonară. (Le syndrome de rétraction dans la tuberculose pulmonaire) de F. Bezançon, P. Braun și J. Destouches. Paris médical, No. 1 — 1929.

Autorii studiază modificările morfologice și modificările de transparentă ale plămânului în retracțiile pulmonare ale tuberculozilor.

SYRUPUS HYPOPHOSPHIT COMPOSIT. DR. EGGER

(1 fl. 250 gr.) Indicațiuni: Anemia, Clorosis, Asthenia, Neurasthenia, Tuberculosis, Dyspepsia, Lipsa de apetit, Rachitis.

TABL. POLYBROM EGGER, TABL. POLYBROMAT EFFERVESCENTES - SAL POLYBR. EFFERV.

(1 fiolă 30 tabl. - 1 fiolă 12 sau 25 tabl. - 1 fl. 200 gr. sare)
Indicațiuni: Insomnie de orice natură, Neurastenă, Epilepsia, Hysteria.

Cu literatură și eșantioane servește:

EGGER & CO. CLUJ (WIEN, PRAHA)

Fabrica de preparamente farmaceutice - Str. Săcuiașcă, 6.

Hemitoracele e diminuat și retractat, diafragma ridicat și peretele costal deformat. În unele cazuri partea superioară a plămânului e unghiulară. Adevăratul simptom este retracția și deplasarea totală sau parțială a mediastimului, — sinistocardii și dextrocardii. În unele cazuri cordul este situat în întregime în hemitorace și umbra cardiacă ia aspectul unei umbre patologice. Se mai observă o micșorare generală de transparență și o accentuare a umbrelor bronchovasculare radiologice. Se mai poate observa în retracții pulmonare ridicarea hililor, modificări ale aspectului hilului de partea bolnavă, deplasări ale scizurilor. Mai citează cazuri de retracții parțiale uni și bilaterale, de retracții ce deabia se percep. Uneori în rare cazuri se observă modificări ale conformației exterioare a toracelui, în cele mai multe cazuri sindromul de retracție este pur radiologic. Alte-ori se constată fie numai o scolioză, fie retracția peretelui toracic și strâmtoarea spațiilor intercostale. Ca modificări stetoscopice, o înțărare a șgomotelor care iau naștere în plămânul turtit prin retracție. Nu există semne clinice de simfiză pleurală și se poate face pneumotoracele terapeutic. Retracția pulmonară este mai frecventă în formele de tuberculoză fibroasă cu tendința cicatricială, — rar se observă în tuberculoza ulcero-cazeoasă. Toate leziunile pulmonare tuberculoase sunt susceptibile de a da retracția cicatricială, Probabil unele leziuni pulmonare micșorează expansiunea pulmonară, țesutul pulmonar este lipsit de aer în acele regiuni, de aci o diminuare a volumului organului. Nu e necesar de a explica deplasările organelor vecine prin aderențe pleurale, simpla micșorare a volumului plămânului face ca celelalte organe toracice să-i ia locul.

Reacțiile organismului în eczeme. (Les réactions de l'organisme dans les eczémas. Syndromes de sensibilisation) de H. Jausion et P. Cot. Paris médical, No. 3 — 1929.

Sub acest titlu autorii trec în revistă teoriile și noțiunea ce

explică sindromul eczemei. Dermitele profesionale sau medicamentoase, numeroasele reacții a pielii datorite alimentației sau tulburărilor mediului interior, constituie *syndromul de sensibilizare a organismului* fie la excitații de proveniență exterioară (exo-antigeni), fie de cauză endogenă care difuzând pe cale limfatică trec în circulație și dau naștere eczemei, (dermitei veziculoase de intoleranță). Edemul corpului papilar constituie factorul patognomic în diferite stări de sensibilizare, eriteme simple, de natură anafilactică, erupții serice, medicamentoase, cuti-reacții. Probabil variațiile hidraulice circulatorii legate de crize vagosimpatice locale de origină anafilactică limitează la un teritoriu limitat ceea ce alte afecțiuni provoacă în totalitatea organismului. Eozinofilia simptom constant al crizei hemoclastice se găsește în sânge la începutul manifestărilor de eczemă. S'a găsit și o tendință la aciditatea organică în eczemă, un dezechilibru acid bază cu o micșorare a rezervei alcaline a sângelui. Pentru Widal temperamentul coloidoclastic predispune la choc, arată alterarea neuroglandulară. Probabil o alergie ar fi expresia unei permeabilități, unei vitalități vegetative mai mari a pielii.

Diateza ecsudativă descrisă de Czerny, ca o insuficiență congenitală a sistemului simpatic și al glandelor endocrine, ar da aspectul de eczemă. Boltzen clasifică perturbările vago-simpatice în endo și exogene, iar eczema ar fi o manifestare ecsudativă sub acțiunea antigenilor diferiți.

Fosseta coccygienă distrofic heredo-sifilitică. (La fossette coccygienne heredo-syphilitique) de A. Touraine și L. Marceron, în Paris médical, No. 9 — 1929.

Autorul atrage atenția asupra unei depresiuni mediane a tegumentelor la nivelul coccyșului și consideră această fosetă ca o manifestare caracteristică a heredo-sifilis distrofic. Distinge 3 grade de fosete:

1) O fosetă mai pronunțată infundibulară. 2) O fosetă alungită vertical și cu o depresiune pronunțată. 3) O fosetă discretă, o simplă depresiune lineară. A mai observat raritatea accidentelor clinice la purtătorii de fosete coccygiene, din contră coexistența de alte distrofii la copii ce aveau foseta coccydienă. Lipsește încă un studiu anatomopatologic al fosetei cu alterațiile coccyșului. Autorul crede că ar fi un vestigiu șanțului neural a căror buze nu s'au unit perfect și foseta ar constitui urma cutanată, — un grad mai atenuat de spina bifida occultă.

Lespre uti iza ia sistem tică a presiunilor nega ive în cursul pneumotoraxului terapeutic. (De l'utilisation systématique des pressions négatives au cours du pneumotorax thérapeutique) de Albert Giraud în Paris Médical No. 10 — 1929.

Bazându-se pe observațiile numeroșilor fiziologi și ale lui propri autorul este partizanul presiunilor negative în timpul perioadei de întreținere a pneumotoraxului. Pneumotoracele liberează parenchimul pulmonar de conesciunile toracice și permite forțelor de retracție naturală de a reduce bontul. Elasticitatea pulmonară și retractilitatea

leziunilor pulmonare au o tendință spontană la retracție, — foarte rar în cazuri de caverne incapsulate leziunile sunt definitiv iretractile. Provizoriu iretractile sunt procezele pneumotorace ecsudative, ce cu timpul se retractă și se constituie un pneumotorace electiv spontan. Presiunea ridicată nu are rațiuni de a fi întrebuițată: 1) leziuni provizorii iretractile, 2) de a rupe aderente pleurale, 3) blocajul unui pneumotorace rezidual, și 4) hemoptiziile. *Pericolul presiunii ridicate:* a) iritația p'ei favorizând ecsudatele; b) ruptura aderențelor favorizează infecția cavității pleurale, c) deplasarea mediastinului, d) favorizarea leziunilor bilaterale.

Pneumotoracele ideale trebuie: 1) Să se însufle o cantitate suficientă pentru a permite o retracție bună a părții bolnave, capabilă de a opri mersul năvălitor al leziunilor. 2) O presiune suficientă pentru a nu determina iritația pleurei, și 3) O cavitate largă pentru a permite de a opera bine. Grație întrebuițării *presiunii negative* se va evita complicațiile pleurale, perforația pulmonară și bilateralitatea leziunilor.

Hipertensiunea arterială și respirație. (Hypertension arterielle et respiration. Tirala (Wiener Klin. Woch. No. 4 — 1929).

Autorul a observat că hipertensivii care fac mișcări respiratorii prelungite, prezintă o cădere tensională de 2-3 c. m. de mercur.

Tirala pretinde că: exercițiile respiratorii coliziene fac ca căderea presiunii arteriale să se menție, cu simptomele subiective ale hipertensiunii să dispară. Respirația profundă este cel mai bun tratament al hipertensiunii arteriale și al arteriosclerozei. Această metodă terapeutică ar fi superioară saigneurilor.

Modificările cutanate la histamină ca probă a tulburărilor circulatorii ale extremităților. (Modification dans la réaction de la peau à la histamine comme preuve d'un trouble circulatoire au niveau des extrémités). I. Starr. (Journal of. the American medical Association No. 26, 30 Juin 1928).

Dat fiind că injecția intra-dermică de histamină determină o reacție locală datorită vazodilatației arteriolelor și a capilarelor, această reacție ar putea fi un test al stărei circulației la nivelul extremităților. Experiențele făcute cu histamină au arătat că acolo unde circulația extremităților este deficientă reacția locală este absentă sau incompletă.

Autorul pune pe piele o picătură dintr'o soluție histamină 1% și înțeapă pielea la acest nivel cu un ac subțire.

În stare normală reacția apare după 2 minute și e completă după 5 minute.

Ea este întârziată, și incompletă în cazuri de tulburări circulatorii de ordin general sau local.

Dr. R. H.

IV.

SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC

INVOLUȚIE... căci după cronicarul român
„cine nu merge înainte dă înapoi chiar dacă
stă pe loc“.

Intre alte constatări... pentru moment cele referitoare la igiena corporală a maselor, de care nu s'a interesat până în prezent niciuna din legiuirile noastre sanitare, cu toate că avem în țară apă și ape din belșug și un inspectorat balneo-climatic pe deasupra:

„Baia țăranului a rămas și până azi un atribut exclusiv al preotului.

Intre botez și moarte țăranul nu se scaldă decât vara — ca să se răcorească — dacă îl prinde arșița pe marginea unei ape, iar țărâncă sare de pe masa de consultații — cași în fața unui atentat — dacă își surprinde intenția de a-i face irigație vaginală”.

Și cu toate că există un regulament sanitar „dar încă dăinuiesc în cea mai mare parte acele puțuri primitive cu ghizduri de lemn și ne-acoperite, în care se filtrează murdăria din afară și în care fie-care își scaldă vasul, cu care extrage apa, iar dacă puțul are cumpănă și ciutură, aceasta din urmă este comună pentru oameni și animale”.

Dintr'un articol al D-lui Dr. V. Gomoiu, în
titlul *Privire generală asupra stării sanitare
în România* și publicat în Sănătatea Publică
No. 1—1929.

* * *

REVOLUȚIE... căci „natura non facit saltus“ și când astfel stăm la sate, la București o *Clinică a medicilor asociați* își pre-pune să suprimă boalele, combatându-le înainte de a se produce, grație unui sistem de abonamente mici lunare, cari în loc de bolnav le-ar face client pe omul sănătos și le-ar permite astfel întreprinderea acestei opere salutare de interes obștesc.

Un Institut de Medicină Preventivă:

Criza generală... ne-au convins că se simte o absolută nevoie de un Institut de medicină preventivă.

Un grup de medici specialiști cu reputație stabilită, la care se adaugă concursul unor distinși profesori universitari, au înființat o mare Clinică medicală și introducând pentru prima oară în România sistemul abonamentelor cu taxe mici lunare (lei 200.— pentru o persoană și lei 300.— pentru o familie), dă posibilitatea persoanelor de ambe sexe să-și poată îngriji sănătatea în condițiunile cele mai perfecte.

Clinica medicilor asociați tinzând a deveni un institut de medicină preventivă. (Life-Institute) va face fiecărui abonat, chiar și celor sănătoși o fișă de sănătate și prin radioscopie și analize des repetate va

căuta să întrețină sănătatea abonaților săi... realizând astfel scopul societății „Sănătatea Publică”.

Fericirea omenirii constă în sănătate: noi ne obligăm a vă păzi acest mare bun.

Nu veți plăti nimic, nici pentru deplasarea medicului, nici pentru medicamentele ce vi se vor prescrie și toate acestea în schimbul unei mici taxe de abonament.

In costul abonamentului intră și dentisica.

Nu va plăti nimic nici pentru vizită, nici pentru medicamente, ambele fiind plătite de societate.

Membrii-abonați ai Clinicei noastre se mai bucură și de multe avantaje și reduceri considerabile în caz de operațiuni grele în Sanatorii particulare, Faceri la domiciliu, Diatermie, etc. etc.

Marele noastre laboratorii speciale de analize medicale, biochimice, etc., stau la dispoziția abonaților în aceleași condițiuni.

Vă prescriem medicamentele în orice specialitate fără nici o restricțiune și fără nici o plată, și chiar tratamentele și injecțiunile cu Neosalvarsan se fac primele două serii complete cu totul gratuite.

La dispoziția publicului stau următoarele Secțiuni ale Clinicei:

12 la număr, fie-care cu șeful și sub-șeful ei, în plus 10 medici ajutori, 15 medici externi, un comitet științific medical colaborator și un Consiliu de Administrație care — mai ales — nu putea să lipsească.

De toate aceste avantaje, vor beneficia începând dela 1 Octombrie 1929, toți abonații cari se înscriu până la 31 August 1930.

Toți aceia care se înscriu după această dată, vor plăti afară de cotizațiile lunare o taxă fixă de înscriere de 500 lei și nu vor beneficia de tratamente și medicamente gratuite decât după o lună dela data înscrierii.

Clinica Medicilor asociați
Societate anonimă.

De pe reclama publicată în ziarele cotidiene din București.

* * *

Dar nu EVOLUȚIE.... care se face încet și de jos în sus ~

cât timp băi populare în fiecare sat — necum oraș — nu vor schimba mentalitatea românului față de igiena corpului său, cât timp — deocamdată măcar picnit de boală — nu va alerța el dupe medicul, de ale cărui sfaturi și știință să simtă nevoie cu un moment mai de vreme, iar nu acesta să-i facă curte și prevenitor să-i poarte grija de o sănătate de care el se desinteresează, iar pe care statul o încadrează în capitolul ultim al prevederilor sale bugetare, și printr'un prudent abonament anticipativ — cași soc. de ajutor mutual în caz de înmormântare — să-l asigure între alte foloase de avantajii la o eventuală operație și gratuitate la primele 2 serii de neosalvarsan.

M. C.