

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ ANALITICĂ

B. -- SOCIETĂȚI MEDICALE

CERCUL MEDICO-FARMACEUTIC

din Slatina

Sedința din 13 Mai 1930.

Președinte: Dr. G. Kitulescu; Secretar: Dr. F. Horovitz;
Membrii prezenți, D-nii D-ri: Lt.-Ccl.: nel Cojan, Nicolau Hanciu
Sorcanu, Dumitrescu, Vasilescu, Inspector Veterinar Ionescu, Maior
Georgescu, Farmacist Z. Voiculescu și A. Cizar.

D-l Dr. G. Kitulescu prezintă următoarele cazuri operate de
D-sa și ajutat de Dr. Hanciu:

1) **Kist hydatie pulmonar, operat, vindecat.** — D-ra C. M., croitoreasă, a fost internată în ziua de 11. XI. 1929, spre a fi operată de apendicită. Deși prezintă toate simptomele clinice ale apendicitei, ceace impresiona mai mult ochiul este dispneea accentuată pe care o prezintă bolnava. Examenul pulmonar indică: vibrațiunile toracice abolite la dreapta, matitate, care se întinde în sus până la spina omoplatului, confundându-se în jos cu matitatea hepatică, murmurul vezicular dispărut pe toată întinderea matității, suflu pleuretîc, ceace ne face să ne gândim la o pleurezie. Examenul radioscopic arată: Opacitate la plămânul drept, care în jos se continuă cu opacitatea ficatului, ridicându-se în sus până în apropierea spinei omoplatului; marginea superioară însă a opacității în loc să fie concavă ca la pleurezie (curba lui Damoiseau) este convexă, ceace ne face să ne gândim la un chist hidatic, în primul rând, la o tumoră mediastinală, la un anevrism sau la un neoplasm pulmonar. Interogată, bolnava ne spune că n'a avut niciodată hemoptizii (simptomul principal al chistelor hydatice) nici urticarie. Puncția pleurală, întâi cu un ac subțire, apoi cu un ac mai gros negativă. Starea ei fiind gravă, nu se mai temporizează. În ziua de 13. XI. 1929, se procede la operație. Se face rezecția coastei VII-a cu pneumotomie dupe ce se suturează marginile pleurei incizate la incizia pielei. Incizându-se plămânul, se scurge o cantitate abundentă de lichid care umple un lighean mare, lichid de culoarea și consistența drojdiei de vin în care încoată o mulțime de vezicule hydatice caracteristice. Dupe ce se evacuiază tot conținutul, se drenează și se pansează. Urmările operatorii sunt foarte bune. Dispneea și toate fenomenele supărătoare se amendează foarte repede până dispar complect. Bolnavei îi revine apetitul, doarme bine și câștigă în greutate. În ziua de 27. II. 1930,

este liberată din spital, complect vindecată, dupe care își reia ocupațiunile sale.

O vedeți astăseară, într'o stare destul de bună, care nu trădează măcar afecțiunea serioasă de care a suferit.

Chistul hydatic al plămânului este rar în clientelă — e datorit dupe cum se știe — **fecici echinococis**, care poate pătrunde în organism pe două căi: **calea digestivă**, de tenie ingerate cu alimente sau băuturi pătrund în intestin unde sub influența sucurilor digestive, membrana groasă se ramolește, embrionul hexacant fiind pus în libertate străbate peretele intestinal, ajunge în vena portă, străbate ficatul, trece în venele sushepatice, vena cavă, în cord, prin artera pulmonară ajunge în plămân.

Calea respiratorie: când embrionul fiind inspirat împreună cu praful pătrunde direct în căile respiratorii și în plămân.

Simpptomatologia: tuse seacă fără expectorație, durere cu un junghiu, care este ca o nevralgie intercostală, iradiind spre gât sau epigastru, dispneea care vine mai târziu, **hemoptizia** care este simptomul capital al chistului hydatic pulmonar, care însă lipsea în cazul de față. Această hemoptizie este precoce, când constituie precursor tipătul de alarmă al plămânului față de dușmanul năvălitor, este dupe cum spunea **Diculafoy**, un mijloc de apărare: când fagocitoza nu-i suficientă, intră în luptă și globulele roșii pentru a arunca afară mosafirul nepoftit. Ele sunt uneori salutare, reușind să elimine paraziții, eventualități însă rare. **Hemoptizii tardive**, abundente care însoțesc ruptura chistului putând să persiste chiar dupe aceea.

Urticaria foarte adesea însoțește ruperea chistului.

Diagnosticul foarte dificil înaintea rupturii chistului, putând fi confundat cu tuberculoza pulmonară, cu un anevrism sau o tumoră mediastinală, cu pleurezia interlobară, cu pleurezia bazei sau a marelui cavități pleurale. Puncția adesea negativă e foarte periculoasă. Reacția lui **Weinberg-Părvu** prezintă importanță când este pozitivă. Radioscopia este foarte utilă.

Evoluția: Când chistul a ajuns la un volum considerabil își caută o eșire sau în bronchii (vomică) — eventualitatea cea mai fericită — sau în pleură și în bronchii (pyopneumotorax) sau în pleură numai (pleurezia hydatică) sau ajunge la casecie echinococică.

Tratamentul este pur chirurgical. Expectația este detestabilă, statisticile înregistrând o mortalitate între 40—64%. **Puncția aspiratrice** este condamnată. Statistica lui **Mirallié** ne dă la 43 cazuri în care s'a făcut puncție aspiratrice: 11 vindecări, 22 morți și 10 rezultate negative. În cele 22 cazuri nenorocite moartea s'a produs: 1 caz bolnavul moare după o puncție albă, în 10 cazuri moartea este subită sau aproape subită, survenind dupe 1 minut, 5 minute, 7 minute, 30 minute, 2 ore, 9 ore, 13 ore; în mai toate aceste cazuri moartea survine în mijlocul acceselor de tușe, formidabilă cu cianoză asfixie, răcirea extremităților.

Tratamentul chirurgical, înregistrează 90% vindecări și o foarte bună ilustrație este bolnava prezentată în această ședință. Prezintă acest caz, foarte important prin raritatea lui, prin dificultatea diagnosticului, mai ales că simptomatologia nu era cea obișnuită, în special lipsind simptomul capital, hemoptizia, și prin învățămintele care se impun din punct de vedere deontologic. O bolnavă care concomitent cu această afecțiune suferea și de apendicită, pe care un coleg care a examinat-o în plină criză apendiculară, când deci simp-

tomele apendicitei mascau pe ale afecțiunii pulmonare, i-a pus cu multă dreptate diagnosticul de apendicită, trimetând-o să fie operată; un alt confrate, care a văzut-o mai înainte, când nu era în criza apendiculară, examinând-o astfel dupe cum se poate examina un bolnav la domiciliu i-a pus diagnosticul de pleurezie; nici unul din ei nu poate fi încriminat, fiecare a avut dreptate. În atare ocaziuni, mai înainte de a ne pronunța, de a formula un diagnostic, trebuie să procedăm cu mai multă prudență, să avem mai multă stimă, mai mult respect pentru confrate și mai multă dragoste. Ca slujitori ai binelui și adevărului, soldați devotați, apărători ai vieții, trebuie să știm să prețuim cât mai mult această viață, inobilind-o prin conduita și exemplul vieții noastre.

*

2) **Cancer uterin înaintat. Histerectomie abdominală totală cu evidarea pelvisului** — Prezintă femeia Maria D. G. de 40 ani, din comuna Drăgoești-Olt, care intră în spital cu cancer uterin care depășea limita operabilității. Neoplasmul interesa colul în intragime, întinzându-se și pe partea posterioară a pereților vaginului, adenopatii întinse. Foarte slăbită, are dureri mari, metroragie și secrețiuni caracteristice. Este operată în ziua de 18 Martie 1930, făcându-i-se castrajia abdominală totală cu evidarea ganglionilor pelvisului și a ganglionilor inguinali; termocauterizarea pereților vaginali interesați. Urmările operatorii sunt bune, fosta pacientă se prezintă bine, fără dureri, fără vre-un simptom supărător, mănâncă și doarme bine, a câștigat în greutate, e foarte mulțumită de starea ei, considerându-se vindecată. Acest caz prezintă importanță din două puncte de vedere: 1) Din punct de vedere al tratamentului, arată că în multe cazuri când leziunile înaintate contraindică intervenția, totuși bolnava poate beneficia mult din intervenție, ca în cazul de față; 2) Din punct de vedere al evoluției patologice a procesului morbid. Examinând piesa extirpată — pe care o prezintă celor de față — se observă că corpul uterin este ocupat de nucleii fibromatoși interstițiali, dezvoltăți în parenchismul muscular, unul la stânga cavității, de mărimea unei nuci mai mari. Aceste fibroame se continuă în jos cu procesul canceros. Adică, procesul canceros, care a distrus porțiunea vaginală a colului, care a invadat întrecăg porțiune supravaginală se continuă în sus până în nucleii fibromatoși a căror porțiune inferioară o infiltrează. Leziunile sunt atât de nete, că se pot citi ca într-o carte deschisă. S'ar putea interpreta ca o transformare cancerosă a neoplaziei fibromatoase. Aceasta ar coincide și cu simptomatologia pe care a prezentat-o bolnava căci maladia ei a avut la început toate simptomele fibromului și în urmă pe cele ale cancerului. În cece privește evoluția fibromului știm că el poate suferi degenerescență oedematoasă, mixomatoasă, fibrochistică, calcifiantă și că degenerescență malignă, degenerescență sarcomatoasă. Transformarea fibromului în cancer a fost totuși discutată: Cei vechi printre care chiar marele Virchow o admiteau; Liebmann, Ehrendorfer, au căutat s'o probeze; autorii moderni însă o contestă, pentru că fibromul și cancerul fiind tumori de esență histologică diferită, e greu de admis că s'ar putea transforma una într'alta. Ori de câte ori s'au întâlnit cazuri, ca al nostru s'au considerat ca coexistențe accidentale ale cancerului cu fibromul explicându-se că dacă fibroamele nu se pot transforma în epiteliome, pot însă să fie invadate de elemente epiteliomatoase. Un epiteliom al mucoasei corpului care s'a dezvoltat alături de un fibrom și care invadează și distruge mai mult

sau mai puțin țesutul fibromatos, cum ar fi în cazul de față un epiteliom, care după ce a invadat și distrus colul, pătrunde în fibroamele dezvoltate în corpul uterului. Și chiar când s'a găsit epiteliomul în însăși masa fibromului, s'a explicat aceasta prin faptul că țesutul în care s'a dezvoltat fibromul, ar fi conținut resturi epiteliale Wolfiene sau Mülleriene sau prelungiri izolate ale mucoasei uterine care strangulate, iritate prin dezvoltarea fibromului, ar fi suferit proliferarea neoplazică. S'a mai invocat de asemenea că fibroamele uterine pot fi invadate de nuclei metastatici dela un cancer al unui organ îndepărtat. Oricare ar fi interpretările teoretice practica ne arată următoarele constatări: La noi cancerul uterin este foarte răspândit în populațiunea noastră rurală, de unde recrutăm majoritatea pacientelor noastre și nici fibroamele nu sunt rare. Am văzut bolnave cu fibroame uterine care au refuzat operația, venind mai târziu cu leziuni canceroase inoperabile. Și bolnave operate pentru fibrom uterin, care mai târziu s'au prezentat la spital cu metastaze canceroase. Concluzia practică care se desprinde din aceste constatări este că fibroamele uterine departe de a fi afecțiuni benigne, sunt periculoase; că așa zisul tratament medical este condamnat și că singurul tratament este intervenția chirurgicală la timp util.

*

3) **Peritonită tuberculoasă. Operată. Vindecare.** — Pacienta Ioana D. V., în etate de 26 ani, din comuna Dobroteasa, intră în spital în ziua de 7 Martie 1930, cu peritonită tuberculoasă cu ascită. Pâtecele foarte balonat, toate semnele caracteristice ale ascitei, foarte debilitată, ochii înfundați în orbita escavată, pometele proeminente, indurația vârfurilor plămânilor. Este operată în ziua de 15 Martie 1930 când i se face laparotomie. După ce se vedează tot lichidul peritoneal, apare suprafața intestinelor presărată cu o mulțime de tuberculi miliari care sunt presirate și pe seroasa parietală. Pe aiocuri false membrane și aderențe cari aglutinează ansele intestinale. Cu tamponae de tifon se absoarbe tot lichidul care a mai rămas pe suprafața seroaselor și prin fundurile de sac ale cavității abdominale.

Se atinge ușor granulațiunile tuberculoase cu tamponae muiate în apă oxigenată, cu atenție se decolează cu mâna aderențele care aglutinează ansele intestinale se dreacă și se suturează. Urmările operatorii foarte bune. A șasea zi se scoate drenul, a 8-a zi firele, bolnava se întrece treptat, capătă apetit, mănâncă bine și câștigă în greutate, iar fenomenele pulmonare au evoluat în acest interval spre bine. Nu este acesta primul caz, la toți bolnavii care s'au prezentat cu peritonită tuberculoasă, am procedat astfel și am avut aceleași rezultate. Am intervenit nu numai în formele ascitice dar și în formele fibrocaseoase și fibroplastice cu ocluzie intestinală, în tuberculozele ileocecale, tuberculoza ovarelor, a trompelor, când am făcut și extirparea organelor interesate. M'am abținut doar în formele acute febrile (granulii); în pleuroperitonitele cu lichid pleural abundent, am făcut întâi toracenteză, paracenteză și numai după câțva timp, 8—10 zile, dacă bolnavul era afebril, îi făceam laparotomia. Laparotomia este tratamentul ideal al peritonitei tuberculoase. A fost descoperită dintr'o greșală de diagnostic de către **Spencer Wells**. În anul 1863, acesta voind să opereze o fată de 24 ani, căreia-i diagnosticase un chist al ovarului, după ce deschisese abdomenul, în locul presupusului chist găsește cavitatea plină cu o mare cantitate de lichid și pe seroasă granulațiuni tuberculoase. Se mulțumește s'o închidă la loc, mare

a fost mirarea lui când mai târziu văzând fata constată că este vindecată, vindecare de menținut timp de 26 ani cât a urmărit-o. Acest fapt a avut răsunet în lumea medicală, alți chirurgi, au repetat experiența lui Wells cu rezultate satisfăcătoare, astfel că în 1890, Koenig preconizează laparatomia, ca tratament sistematic al peritonitelor tuberculoase. De atunci o mulțime de studii, lucrări și statistici au arătat eficacitatea laparotomiilor și că proporția vindecărilor variază dupe formele peritonitei. Duval și Gatellier dau statisticile lui Maurange, Bruhl, Pic, Adilbert, dupe care în forma ascitică închistată proporția este de 95% vindecări; în forma ascitică generalizată de 73.33%, în forma fibroasă uscată 71,42%, în forma ulceroasă supurată 42.85%, iar în forma ulceroasă uscată, cele 2 intervenții ar fi fost ambele urmate de moarte. Astăzi însă rezultatele sunt mult mai favorabile. Afară de laparatomie s'a mai preocupat ca mijloace pentru vindecarea peritonitei tuberculoase **radioterapia și helioterapia.**

Radioterapia, necesită un tratament lung, cel puțin 5—6 luni, trebuie aplicată de specialiști pricepuți și în timpul tratamentului survin adesea reacțiuni febrile, sersibilizarea pielii care necesită o supraveghiere atentă.

Helioterapia, metodică, nu este la îndemâna oricui, necesită de asemenea un tratament de lungă durată, ar trebui asociată cu o cură marină, astfel că aceste 2 mijloace nu sunt atât de practice ca tratamentul chirurgical, care rămâne tratamentul ideal.

Cum lucrează laparatomia asupra leziunilor? S'a zis (Sanger) că laparatomia făcând evacuarea lichidului, ar redășteptă proprietatea absorbantă a seroasei, sau că laparatomia ar lucra suprimând ascita care favorizează extensiunea leziunilor la suprafața seroaselor (Wackes și Cameron); dar cu toate că nu avem aceleași rezultate favorabile în urma evacuării lichidului printr'o simplă puncție cu un trocar, împreună cu Aimé Guinard, ne întrebăm, cum explică autorii acțiunea laparotomiei în formele uscate? Moorhof crede că lumina ar juca rolul principal.

Kiskenski care a făcut studii experimentale pe animale susține că în urma intervenției apare regulat în peritoneu un exudat seros care exercită o acțiune bactericidă asupra bacilului tuberculos, dar prin faptul că s'a obținut vindecări de peritonite tuberculoase și printr'o puncție evacuatrice urmată de o injecție de aer sterilizat, de apă boricată sau ser marin, s'a zis că în laparatomie aerul este elementul care venind în contact cu seroasa peritoneală și viscerală, produce asupra ei o acțiune iritativă, o hiperemie, o congestie care este vătămătoare pentru bacilul tuberculos. Se poate ca și lumina să favorizeze acest proces. Încă din 1890, Debove susținea că dispariția leziunilor abdominale exercită adesea o influență favorabilă asupra mersului tuberculozei pulmonare, astfel se explică de ce în peritonitele tuberculoase cu leziuni ale vârfurilor plămânilor — cum este cazul de față — aceste leziuni beneficiază de laparatomie.

*

4) **Stenoza esofagului. Gastrostomie.** Pacientul Tache M. în etate de 48 ani, din comuna Șerbănești, intră în spital pentru fenomene pronunțate de disfagie. A început să aibe dificultate la înghițirea substanțelor solide, care s'a accentuat până când n'a mai putut înghiți decât lichidele. Câtva timp s'a alimentat numai cu lapte, dar acum nici apa, nici laptele nu mai putea pătrunde în stomac. Curând după ce le ingera le arunca afară prin vărsături.

Extrem de extenuat din cauza inaniției, se explorează esofagul cu sonde de diferite mărimi, toate se opresc la nivelul cardiei care este impermeabil, vârful sondei nu eșe mănjit de sânge, ci de mucus și urme de lapte pe care mai înainte a încercat să-l înghită. La examenul rudioscopic se constată că laptele baritat se oprește la nivelul cardiei care este închis ca un sfincter. Porțiunea de deasupra acestui sfincter este mai dilatată. In această situațiune, ceace ne preocupă mai mult este alimentarea bolnavului amenințat să moară de inaniție. I se face o **gastrostomie**. Prin orificiu stomacal nou creat s'a introdus extremitatea unui tub de cauciuc (tub obișnuit de irigator) la extremitatea cealaltă adaptându-se o pálnie ori de câte ori voim să-l alimentăm la extremitatea stomacală tubul este închis cu o pensă pentru ca alimentele introduse în stomac să nu refuleze înafară. După cum se vede, poartă cu el acest tub cu un capăt introdus în stomac, restul rulat sub brâu. Când vrea să se alimenteze îl scoate de sub brâu, pune pálnia, desface pensa și-și toarnă alimentele prin pálnie: lapte, lapte amestecat cu ouă proaspete, supă, ceai, cafea și vin. Mulțumită acestui procedeu, bolnavul se poate alimenta și s'a antrenat destul de bine. După ce s'a alimentat 18—20 zile în felul acesta, pacientul a încercat să se alimenteze și prin gură și a constatat că apa și laptele treceau cu ușurință; mai târziu și alimentele solide. In ziua de 3 Mai 1930, s'a închis complet orificiu stomacal nou creat, pacientul putându-se alimenta în mod normal prin gură. In ziua de 7 Iunie 1930, a fost eliberat din spital complet vindecat și restabilit.

*

5) **Cancer al laringelui și esofagului. Laringectomie totală, esofagectomie.** — Pacientul Nicolae A. de 46 ani, din comuna Sâmburești, intră în spital cu un cancer interesând laringele în totalitate, epiglota până la baza limbei precum și peretele anterior al esofagului. Complet afon cu disfagie și dispnee, cu secrețiuni nasale și bucale foarte fetide are și adenopatii cervicale pronunțate. Extrem de debilitat, din cauză că nu se poate nutri, cianozat din cauza asfexiei, respira cu o mare greutate și nu putea sta culcat. I se face întâi o **tracheotomie**, grație căreia bolnavul poate să respire și printr'o sondă introdusă prin nas până în porțiunea inferioară a esofagului, bolnavul se alimentează. După 15 zile se procedează la **laringectomie totală** cu rezecția peretelui anterior al esofagului, interesat de procesul patologic precum și cu evindarea tuturor ganglionilor cervicali. Din examinarea tumorii extirpate se observă tot laringele, dela baza limbei până la cartilagiul cricoid, inclusiv peretele esofagian alăturat. Bolnavul respiră pe canula trachială și se alimentează pe tubul introdus prin orificiu esofagian. Față de starea extrem de penibilă dinainte este mulțumit astăzi: se alimentează bine, dărmce bine, a câștigat în greutate. Nu știm însă cât va beneficia de această stare, întrucât deși s'a operat cât de radical posibil, dat fiind gradul înaintat al cancerului ne-am putea aștepta la metastaze tardive.

Cancerul laringelui din fericire este rar în clientelă. Tratamentul radical este tratamentul chirurgical, aplicat însă cât mai timpuriu, înaintea prinderii ganglionilor. Este însă greu de diagnosticat la început, putându-se confunda cu o laringită cronică, tuberculoasă, sifilitică și papilomatoasă. Biopsia nu este la îndemâna oricui și adesea este periculoasă putând constitui o lovitură de biciu pentru evoluția tumorii. Totuși chiar în cazurile înaintate, disperate,

cum este cazul de față, bolnavul — dupe cum se vede — poate beneficia de tratamentul chirurgical.

DISCUȚII:

La cazul I: Doctorul Nicolau, arată că a cunoscut acest caz, care nu prezenta caracterele clasice ale kistului hidatic.

D-rul Sobolack arată că a văzut această bolnavă în plină criză apendiculară.

D-rul Stăncescu întreabă dacă s'a făcut reacția Weinberg.

D-rul Cojan spune că reacția de deviație a complimentului Weinberg-Pârnu, ca și eosinofilia, este inconstantă; nu are valoare absolută decât atunci când este pozitivă. Nu știe întrucât intradermo-reacția lui Cassoni ar avea mai multă valoare practică.

D-rul Soreanu crede că radiografia are cea mai mare importanță pentru precizarea diagnosticului.

Inspector Vetrințr Ionescu, arată că un mod de transmisiune este și contactul dintre câine și om; este de părere ca măsură profilactică, ca medici să atragă atenția celor cari iubesc câinii, asupra acestei neplăcute eventualități.

Maiorul veterinar Georgescu se raliază la această părere.

D-rul Kitzulescu arată că profesorul Dieulafoy în lecțiunile sale a insistat asupra acestui mod de propagare.

La cazul al III-lea (peritonita tuberculoasă):

D-rul Hanciu spune că toate cazurile de peritonită tuberculoasă prezentate în serviciu s'au vindecat în urma operației.

D-rul Filip Horovitz vorbește de un caz, un tânăr de 22 ani, care a fost trimis în serviciu spre a fi operat de ocluzie intestinală. Extrem de slăbit, abdomenul balonat, supresiunea absolută a materiilor fecale și a gazelor. La laparotomie peritoneul parietal și cel visceral care apărea în plagă, verde, cu granulațiuni tuberculoase și false membrane; o parte din anse aglutinate, altele dilatate, delimitând o colecție purulentă și gazoasă. Aspectul leziunilor și gazele, care au umplut sala de operație dădea impresia unui cadăvru în putrefacție. S'a drenat și închis. A doua zi a fost liberat în urma insistențelor familiei care văzând starea lui l'a cerut spre a muri acasă.

Dar dupe 2 zile bolnavul a fost adus înapoi într'o stare ceva mai bună; prin dren se scurgea mult puroi. A făcut un anus abdominal, care s'a închis spontan. Dupe 30—35 zile a eșit din spital vindecat și în prezent continuă a se bucura de o sănătate perfectă.

La urmă D-l Medic Inspector Veterinar Ionescu mulțumește în numele tuturor D-lui Doctor Kitzulescu, pentru interesantele comunicări.

Secretar Dr. F. Horovitz.

C. I. PARHON, I. BALLIF et. A. STIRBU: *Action du serum d'animaux de sexe masculin sur la crête du chapon. Restrictions à apporter à la loi „du tout ou rien”.*

Administrează cocoșilor castrați ser de taur sub-cutanat în doze de 10 cc. pe zi timp de 34 zile și nu obțin nici o modificare a crestei, nici a caracterului lor.

C. I. PARHON et. L. MAVROMATI: *Sur la resorbtiion de la solution physiologique injectee par voie intradermique ou sous-cutanée dans un cas d'iotiote mixoedemateuse. Rapports du corps thyroïde et de l'hydrophilie tissulaire.*

Găsesc că resorbția bulei de edem la mixematoși este mai lentă. Cercetările experimentale făcute de diferiți autori arată că hyperthyroidizarea determină o mărire a apei sângelui și a diferitelor organe, afară de mușchi.

M. GAROFEANU et E. IOAN: *Sur l'action bactericide de Purotropine.*

Caută a determina acțiunea bacterică a urotropinei asupra colibacilului și găsește că are o acțiune slabă antimicrobiană, dar întrebuițată în doze mari are un efect terapeutic real.

I. GHEORGHIU: *Posibilité d'infection par le liquide céphalorachidien dans le tiphus exanthématique.*

Inoculând la cobai pe cale intra-peritoneală mari cantități de lichid cefalo-rachidian ale bolnavilor de tiphus exantematic obține un total de simptome cu toate caracterele tifusului exantematic experimental.

V. MARZA, I. CHIOSA et. N. FELDMAN: *Variations histochimiques du globule vitellin, facteurs endogènes intervenant dans la stratification du vitellus.*

Fac o serie de cercetări cari arată că substanța vitelină naște sub influența factorilor exogeni generali, alimentația, variațiile presiunii sanguine iar factorii interinseci au o acțiune secundară.

G. I. PARHON, L. BALLIF et A. STIRBU: *Recherches sur l'action du sérum acroméganique sur la croissance des jeunes animaux.*

Inoculează la cobai sânge de la o femeie acromegalică și găsește o mărire mai mare a greutatei lor, de cât a cobailor inoculați cu ser normal. Probabil în serul acromegalicilor se găsește un hormon ce stimulează creșterea.

C. I. PARHON et GHERLA WERNER: *Recherches sur la phosphathémie des animaux parathyreoprives ou thyroparathyroïdec-tomisés.*

Din experiențele făcute pe câini ajung la concluzia că extirpația aparatului thiroparathyroidian determină o mărire a fosforului total mineral sau organic.

G. TUDORANU, E. HURMUZACHI et D. HERESCU: *Recherches bactériologiques sur la boue de Budaki. Régénération de cette boue.*

Găsesc și izolează din nămolul lacului Budaki germeni ce au o acțiune regeneratoare puternică asupra nămolului din Budaki, transformând nămolul gris în nămolul negru.

G. TUDORANU, E. HURMUZACHI et D. HERESCU: *Sur le processus biochimique de la régénération de la boue de Budaki.*

Dozază hidrogenul sulfurat al nămolului în cursul regenerației și găsește că provine din sulfatați inorganici.

Séance du 28 Février 1930

C. I. PARHON; HELENE DEREVICI et M. DEREVICI: *Action de la saignée et d'une injection unique de parathormone de Collip sur la calcémie, la glycémie et la cholestérimie des animaux normaux, ethyroidés ou hyperthyroïdés.*

Găsesc o mărire a calcemiei la animalele hipertiroïdizate în urma injecției cu parathormon Collip; o mărire a glicemiei la animalele hipertiroïdizate și o micșurare a colessterinei la animalele hipertiroïdizate.

C. I. PARHON et HELENE DEREVICI: *Sur le syndrome se développant après l'ablation simultanée expérimentale de la thyroïde, des parathyroïdes des testicules. Durée de survie et modification chimiques du sang.*

Din expeireințele făcute pe câini cărora li s'a făcut o lună după castratie extirparea tiroidei și a paratiroidei reese la aceste animale o mărire a glicemiei, o micșurare a calcemiei și o mărire a colessterinemiei.

C. I. PARHON et GHERLA WERNER: *Sur la teneur en phosphore du cerveau dans l'hyperthyroïdie expérimentale.*

În urma tratamentului tiroïdien sau tiroxinic găseesc o mărire a fosforului în creerul animalelor la care au încercat acest tratament

GR. T. POPA et EUG. LUCINESCU: *La mécanostructure du pericarde.*

Pe lângă structura funcțională a unui organ ce e sub dependența funcțiunei organului, se mai observă structuri sub dependența factorilor mecanici (tracțiuni, presiuni, frecături, etc.), mecanostructuri Pericardul oferă o structură mecanică, șesutul conjunctiv, orientatia fibrilelor conjunctive ne arată tracțiunile la care e supusă această seroasă.

Mișcările de respirație și atitudinea corpului determină orientatia longitudinală și transversală a fibrilelor din pericard, factorii mecanici intriseeci determină orientatia circulară.

M. CAHANE: *Variations du glycogène hépatique chez les animaux chatrés.*

Găsesc la animalele castrate la femele o micșurare a glyco-genului hepatic, la bărbați o mărire a glyco-genului hepatic.

R. CERNATESCU et A. MAYER: *Le ph. du liquide céphalo-rachidien.*

Cu ajutorul metodei electrometrice găsec ph. din lichidul cefalo-rachidian=7,08.

LÉON BALLIF et I. GHEKSCOVICI: *Le ph. du liquide céphalo-rachidien pendant l'agonie et après la mort.*

Găsec cu ajutorul metodei colorimetrice cu phenolsulfonftaleinei ph. în lichidul cefalo-rachidian în agonie 7,20, iar după moarte 7.

M. GAROFEANU et E. IOAN: *Sur l'action bactéricide du salicilate de soude.*

Salicilatul de sodiu are o acțiune bacterică netă și poate fi întrebuințat cu succes în unele infecțiuni, dar întrebuințat în doze mari

V. MARZA: *Histochimie du spermatozoïde.*

C. I. PARHON, L. BALLIF et A. STIRBU: *Recherches sur l'action des préparations orchitiques chez les coqs châtrés.*

Considerations sur la loi du „tout ou rien”.

Din experiențele făcute cu injecțiile de liporchitină la cocoși castrați reese că turburările funcționale ale glandelor, starea sistemului nervo. intervin în apariția caracterelor sexuale secundare.

C. I. PARHON et M. CAHANE: *Sur la teneur en calcium du cerveau et des reins chez les animaux ayant reçu des injections de parathormone de Collip.*

Găsec o ușoară mărire a calciului în organele animalelor ce au fost injectate cu parathormonul lui Collip.

Séction de Cluj

Séance du 8 Mai 1930

C. I. URECHIA, CIOCANELLI et M-me RETEZEANU: *Sur quelques effets des extraits de glandes salivaires.*

Dir. cercetările făcute reese că glandele salivare joacă un rol important în metabolismul zaharului.

VICTOR PAPILIAN: *Des mouvements provoqués après la mort.*

Autorul observă mișcări coordonate 20⁰ după moartea animalului dacă i se face injecție cu bicarbonat de sodiu. Mai găsește tremurături și convulsii imediat după moartea animalului dacă i se injectează apă distilată, pilocarpină și soluție de roșu neutru.

V. BARONI: *Procédé de stabilisation du plasma utilisé pour les cultures de tissus.*

Obține un chiag dacă amestecă o parte de plasmă cu 3-4,25 apă distilată, și pe acest chiag obține culturi ale țesuturilor cu metoda lui Borrel și Carell.

I. GAVRILLA et G. MIHAILEANU: *Action du principe*

hypertensif (pitressine) et du principe ocytocique (pitocine) du lobe postérieur du corps pituitaire sur la glycémie chez l'homme.

Din experiențele făcute reese că principiul ocytocic posthipofizar în injecții sub-cutanate nu modifică glycemia la om.

Dr. R. Hirsch

* * *

SOCIETATEA DE GYNECOLOGIE

din București

Sedința din 2 Martie 1930.

C. DANIEL și S. GOLDENBERG-BAYLER: *Notă asupra vaccinațiunii tisulare a câmpului operator în chirurgia gynecologică.*

În 35 cazuri de afecțiuni gynecologice operate și vaccinate cu bulion-vaccin nu au avut nici o mortalitate prin infecțiuni și o morbiditate de 4 cazuri cu supurațiuni și febră fără gravitate.

P. PAVELESCU și B. GEORGESCU: *Insulinoterapia în hemoragiile uterine de natură ovariană: (în extenso în numărul viitor).*

N. MIHAILIDE: *Greșeli de diagnostic și radioterapie în gynecologie.*

Insistă ca tratamentul cu agenți fizici trebuie să se facă numai în urma unui examen amănunțit, astfel gynecologului îi aparține indicația tratamentului chirurgical și tratamentul cu raze X, și radium.

MIRCEA IONESCU și BENONE GEORGESCU: *Tratamentul metritei colului cu iodargol.*

Cred că iodargol are o influență specifică în metritele gonococice, și în sterilizarea glandelor lui Skene.

N. MIHAILIDE: *Vagin anormal cu absența uterului.*

Sedința din 23 Martie 1930

Răspunsul profesorului J. L. FAURE.

C. DANIEL și P. PAVELESCU: *Peritonită supurată simulând hernia strangulată.*

Interesul observației ce comunică, stă în dificultățile de diagnostic ce pot surveni în aceste cazuri rare, datorite conținutului anormal variat al sucurilor herniare, complicațiilor acestor conținute și accidentelor ce urmează, putând simula o hernie strangulată:

A. BABEȘ: *Diagnosticul cancerului colului uterin, prin examenul unui fragment din imediata apropiere a cancerului.*

AL. CRAINICEANU: *Complicațiile diatermiei în infecțiunile genitale la femei.*

Arată bunele efecte ale diatermiei în ameliorarea anexitelor, metritelor cronice, atunci când febra a cedat; dar aplicată fără un examen minuțios, poate produce complicațiuni și agravări serioase.

N. MIHAILIDE și D. BUZAGIU: *Un caz de hematurie după operația de apendicită.*

Arată că toate complicațiile renale ale apendicitei pot da hematurii; hematurii pot avea loc în apendicitele acute, cronice sau după operație.

M. M.

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE DERMATOLOGIE ȘI SIFILIGRAFIE

(Secția din București)

Sedința dela 2 Martie 1930

Prezidează: D-l Prof. Nicolau.

M. NICOLAU S.: *Sur un cas d'acariose profuse (gale norvegienne, gale croîtéuse).*

Femea, în vârstă de 52 ani, prezintă o erupție pruriginoasă generalizată eritemo-scuamoasă, papulo-scuamoasă și papulo-crustoasă. Aceste erupțiuni se întind și pe pielea capului. Examenul microscopic al scuamelor (potasiu 40%), precum și produsul de raclaj al suprafeței epidermului după ridicarea scuamelor, arată un mare număr de paraziți ai scabiei: adulți, nimfe, larve, ouă. Sub influența tratamentului anti-scabios (pomada sulfuroasă, formula Prof. Nicolau: sulf pricipitat 10 gr.; cretă preparată 10 gr.; balsam de peru 5 gr.; unguent styrax 10 gr.; vasilină Q. S. pentru 100 gr.), după ce crustele au fost ridicate, bolnava s'a vindecat complet.

Această formă de scabie a fost descrisă, pentru prima oară, în Norvegia, sub numele de scabie norvegiană și se credea că aparține special acestei țări. Publicându-se cazuri similare și în alte țări, ea a fost denumită scabie crustoasă, raportându-se la aspectul clinic al leziunilor. Autorul propune denumirea de „acarioză profuză” dat fiind că, această formă de scabie, consistă în proliferarea considerabilă a parazitului, leziunile clinice nefiind decât consecința secundară al acestui parazitism excesiv.

M. BANCIU A.: *Chancre mou serpigineux vieux de quatre ans.*

Bolnav, în vârstă de 32 ani, care prezintă un placard cicatricial măsurând 14/18 cm., ocupând partea sup. și postero-internă a coapsei stângi, întinzându-se în sus pe fesă, și ale cărui borduri posedă ulcerațiuni de dimensiuni variabile. Aceste ulcerațiuni conțin strepto-bacili în mare abundență. Leziunea datează de 4 ani și a luat naștere dela leziuni șancroase ce bolnavul prezenta pe prepuciu. A fost de mai multe ori în spital, dar niciodată nu a stat până la complectă vindecare.

Ultima oară, nu a fost revăzut timp de un an, și leziunea s'a

intins urmând o evoluție excentrică serpiginoasă. Actualmente, urmează ca tratament: cauterizații diatermice. Este vorba, de un șancru moale auto-inoculat, care a luat în ultimul timp caracterul serpiginos. Durata acestei leziuni nu poate fi atribuite decât bolnavului lipsit cu totul de grija curățeniei și a îngrijirii.

M. ȘTEFANESCO TH.: *Chancre simple extra-genital primii:if du doigt médius gauche.*

Z. V. în vârstă de 40 ani, prezintă o ulcerăție peri-unghieală a mediului stâng, datând de 6 săptămâni. Aspectul clinic și examenul microscopic arată un șancru moale. Trat.: pansamente umede boratate și inj. musculare zilnice de 2 cc. vaccin anti-șancros Nicolau-Banciu. După 3 inj. nici o ameliorare, din contră ulcerăția ia un caracter acut și se mărește. După 6 inj. se suspendă tratamentul și se aplică un pansament local iodoformat. Trei zile în urmă, adică 7 zile dela prima injecție, leziunea e complet cicatrizată. Șancrul moale extra-genital e rar, și dă naștere la erori de diagnostic (în cazul de față, trei confrăți consultați au diagnosticat un panarițiu).

Important e: acțiunea sensibilizantă exercitată asupra ulcerăției prin primele inj. de vaccin. Este primul caz observat; de obicei, ameliorarea se produce dela prima injecțiune. Nu este mai puțin adevărat că în cazul de față ulcerățiunea, care dura de 6 săpt., a fost complet cicatrizată nouă zile dela prima injecție, ceace dovedește admirabila acțiune a vaccinului anti-șancros căci nu s'ar putea admite ca 3 pansamente cu iodoform să poată determina o cicatrizare așa de completă și rapidă.

M. THEODORESCO ST.: *Un caz de lichen plan erythrodermiquz, consecutif a une eruption post salvarsanique; lésions persistantes de lichen plan buccal.*

T. I. în vârstă de 39 ani, care în timpul unui tratament cu neosalvarsan ia apărut o erupție generalizată eritemo-scuamoasă, care prezintă pe alocuri aspectul de Lichen Plan. Roșeața, pruritul și abondența descuamare imprimau acestei erupții caracterul eritrodermiei. În plus, limba, fața internă a obrazilor, vâul palatului și buzele prezentau leziuni tipice de lichen plan. Examenul histopatologic, confirmă diagnosticul clinic. Tratament: Administrarea pe cale gastrică a hiposulfitului De Na.; local: pansamente umede și raze X.

Sub influența trat. erupția cutanată a dispărut în 3 luni. Leziunile bucale au perzistat deși s'a instituit un tratament local.

În rezumat: erupție de lichen plan post arsenicală care sub influența continuării trat. s'a transformat în eritrodermie generalizată cu leziuni bucale tipice de lichen plan.

M. THEODORESCO TH.: *Un caz de maladie de Hodgkin avec prurit chez un tuberculeux pulmonaire.*

C. Sp., în vârstă de 44 ani, prezintă un prurit cu adenopatie generalizată. Maladia datează de 2 ani. În același timp, bolnava a început să slăbească și să tușească. Ar fi pierdut 15 kgr. în câteva luni. Hipertrofia ganglionară este foarte accentuată în reg.

cervicală precum și în partea sup. a reg. pect. stângi unde ajunge de dimensiunea unui ou de găină.

Examenul sângelui: globule roșii 5.400.000 pe mnc., globule albe: 14.000 pe mmc. Formula leucocitară: polinucleare neutrofile 83%, polinucleare eosinofile 1%, monoculare mari și mici 6%, limfocite 6%, forme de tranziție 4%. Reacția Wassermann și Meinike: negative. Examenul plămânului: leziuni tipice de tuberculoză pulmonară cu bacilul lui Koch în spută. Deși examenul histologic al ganglionilor nu a fost făcut, autorul, bazându-se pe hipertrofia ganglionilor și examenul formulei hematologice, afirmă limfo-granulomatoza (Paltauf-Sternberg) cu prurit, la o tuberculoasă pulmonară. Important din punct de vedere etiologic căci majoritatea autorilor, consideră această afecțiune ca fiind de natură bacilară.

Dr. V. Drăgoescu.

* * *

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE, PSIHIATRIE, PSIHLOGIE ȘI ENDOCRINOLOGIE

Secțiunea Iași

Ședința din 16 Mai 1930.

Profesor I. BALTEANU și Dr. M. DEREVICI: *Nevrită sciatică post-exantematică.*

Pacientul prezintă la membrul inferior drept dureri la presiunea maselor musculare, semnul lui Lasègue și stepaj. Aceste fenomene au apărut după tifos exantematic. Atrofia musculară e foarte puțin accentuată.

DISCUȚIE.

Prof. Parhon atrage atenția asupra cazurilor de nevrită periferică post-exantematică observate în timpul războiului, între altele un caz de nevrita sciaticului publicat de D-sa cu Dr. Raneti. Se pune chestiunea dacă există în nervi leziuni vasculare.

Dr. C. POPA-RADU și Dr. A. BLINOV: *Idioșie la două gemene.*

Două surori gemene, fiicele unci idicate, prezintă distrofiile asemănătoare: enoftalmie, prognatism superior, hipertricoză, regiuni hiperpigmentate. Diametrul biacromial e mai mare ca cel dintre crestele iliace. La una dintre ele se găsește o acnee pe fața anterioară a toracelui. Ambele sunt deficiente ovariene și prezintă o activitate exagerată a corticalei suprarenale.

DISCUȚIE.

Prof. Parhon insistă asupra tulburărilor somatice ce însoțesc idioșia în aceste 2 cazuri, remarcând enoftalmia și tendința la lipodistrofie.

Dr. POPA-RADU și Dr. A. BLINOV: *Un caz de idioșie microcefalică cu accese de epilepsie.*

O microcefală idioată prezintă o dezvoltare exagerată a mamelelor, coexistând cu o acromicrie și cianoza membrelor inferioare.

E interesat în acest caz faptul că găsim o apariție timpurie a menstruației la vârsta de 9 ani.

DISCUȚIE.

Prof. Parhon consideră acromicria și talia mică a becnavei ca fiind expresia unei insuficiente hipofizare din punct de vedere al hormonei de creștere. Menstruația precoce și dezvoltarea exagerată a mamelor sunt în legătură cu hiperactivitatea hormonei hipofizare care regulează dezvoltarea sexuală. Turburările de pigmentație și cianoza membrelor inferioare pledează tot pentru o insuficiență hipofizară.

Prof. PARHON și Dr. GHERLA WERNER: Fosforul din creier și creeraș la cobaii castrați.

Cifra medie a fosforului găsit în creierul cobailor castrați e 2,40. La martor e 2,33. În creeraș media fosforului e 2,54 la castrați și 2,53 la martori. Deosebirea e de mică importanță.

Prof. PARHON, Dr. BLINOV și Dr. M. CAHANA: Variațiile apei în sânge și organe după splenectomie.

Autorii au constatat creșterea apei în mușchi, sânge, timus, rinichi, ficat, hipofiză și glandele genitale. Scăderea apei are loc întiroidă, suprarenale și pancreas.

Dr. Zoe Caraman.

B. — PUBLICAȚIUNI MEDICALE

ARCHIVES ROUMAINES DE PATHOLOGIE EXPERIMENTALE ET DE MICROBIOLOGIE.

(No. 1 et No. 2 | 1930)

I. BALTEANU, G. CALALB, E. ALEXA et S. ECSTEIN: *Sur une épidémie d'entérite dysentérique due à une salmon illose.*

Găsesc într'o epidemie de enterită disenteriformă ce a izbucnit în Iulie 1929, în niște comune în jurul Iașului, un microb care e specific acestei enterite, face parte din grupul paratificilor, genul salmonelozelor, e foarte aglutinant de serul bolnavilor și de serul epurilor imunizate cu acest microb, e toxic pentru animalele de laborator. Hemoculturile la om au fost negative. Microbul după ce a năvălit mucoasa intestinului gros este oprit de acțiunea fagocitară în primele vase limfatice. Vaccinarea preventivă pe cale bucală a dat rezultate foarte bune.

TR. SAVULESCU et T. RAYS: *Une nouvelle maladie du maïs en Roumanie provoquée par nigrospora oryzae.* (Bet. Br.), Petch.

Descriu o ciupercă ce autorii au găsit pe zea Mays var dentiformis, boală ce e răspândită la porumbul dealungul șesului Dunărei. Izolează ciuperca găsită în cultură pură și găsesc că este un hyphomicet din genul Nigrospora.

Această ciupercă se găsește și în țări și regiuni ce au condițiuni diferite de climat și vegetație.

A. CRACIUNEANU, G. CALALB et OLGA BONCIU: *Sur la presence des corps d'Auer et sur un aspect anormal de la substance azurophile des leucocytes dans le sang d'une leucémique.*

La o bolnavă ce prezintă hemoragii gingivale și epistaxis timp de 12 zile, autorii găsesc un tablou hematologic al unei leucemii myelogene, acută, cu sindrom anemic. Găsesc un număr mare de celule ce conțin substanță azurofilă, care se prezintă ca mici bastonașe de 4—8 micr. cu extremitățile rotunde sau efilate în fus.

Sunt formațiuni colorate roșu viu, refringente juxtancleare, sunt 8—10 elemente într'o celulă, afară de aceste granulații atipice găsesc și formațiuni azurofile tipice pulverulente. Le găsesc în monocite, promielocite și mieloblaste. Cum bolnavei i s'a făcut o transfuziune de sânge, autorii cred că această hiperplazie azurofilă, să fie o reacție de apărare celulară față de sângele străin

toxic sau o perturbare a metabolismului celular sub influența unui excitant.

OLGA BONCIU et VIRGIL IONESCO: *Contribution a l'étude de la relation pathogénique entre la leucémie aigue et l'infection septique.*

Fac un istoric complet al leucemiei acute și arată cât de greu e după ce diagnosticul de leucemie odată stabilit, a arăta care este importanța etiologică a infecțiunii în procesul morbid, unde începe unul din procese și unde se oprește celălalt. Atât teoria care susține că leucemia acută ar fi o reacție biologică a organelor hematopoetice provocate de streptococ, cât și acea care susține că modificările humorale cu dispariția polinuclearelor ar pune organismul într-o stare de inferioritate fiziologică lipsindu-i fermenții leucocitelor ce au rol în imunitate au valoare și astfel streptococul sau alt agent patogen atacă organele hematopoetice, apar formele tinere în circulație și tabloul clinic și hematologic al leucemiei are loc. În cazul ce autcrii îl comunică, arată rolul streptococului hemolitic pe un teren hemogenic în evoluția leucemiei acute.

M. CIUCA, G. IRIMESCO, LEON BALLIF, M. FRANKE, N. CONSTANTINESCO, M. VIERU: *Recherches sur l'action thérapeutique de la plasmochin pure dans le paludisme.*

În cursul anului 1927—1928, autorii experimentează valoarea terapeutică și inocuitatea plasmochinului pur. Găse.c că acest medicament nu poate înlocui chinina. Dozele limite ar fi 0,04—0,06 pentru 70 kgr. greutate.

Autorii au găsit la paralizicii generali cărora li s'a făcut malario-terapie și tratați cu plasmochin, cazuri unde paraziții prezintau o mare rezistență la plasmochin. Infecțiunile mixte sunt mai ales rezistente la plasmochin.

Asociat cu chinina s'ar putea administra dar numai în spitale, de oarece dă turburări toxice chiar în doza de 0,02—0,04 ctgr. combinat cu chinină.

C. GORESCO et C. POPESCO: *Sur certaines causes possibles d'erreur dans les indications fournies par les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien.*

Au observat în serviciul boalelor contagioase a spitalului militar din București, o serie de bolnavi la cari examenul lichidului cefalo-rachidian arăta o meningită sifilitică și evoluția ulterioară a boalei nega acest diagnostic. Autorii cred că reacțiile caracteristice ale lichidului cefalo-rachidian erau datorite unei infecțiuni a cărei natură nu au găsit-o, infecțiune care a determinat modificări biologice ale lichidului cefalo-rachidian ca limfocitoza, albumine crescute, reacția Bordet-Wassermann pozitivă, reacții ce au devenit negative a 6—15 zi.

M. A. CÂNTACUZENE: *Contribution à l'étude des tumeurs bactériennes chez les algues marines.*

Face o serie de cercetări histo-patologice a tumorilor ce le găsește pe suprafața algelor marine, arată structura normală a celulelor și structura celulelor tumorei și reproducerea experimen-

tală a tumorilor. Din cercetările făcute reese că aceste tumori sunt mai frecvente la Saccorhiza bulbosa, — algele ce au tumori formează focare limitate separate de celelalte alge. Probabil agentul cauzal a acestor tumori este un agent infecțios. Tumorile sunt parazitare, o bacterie pe care autorul a izolat-o în cultură pură și care e capabilă de a produce tumori experimentale dacă o inoculăm la alte alge. Tumorile se dezvoltă în dauna elementelor medulare ale algii. Bacteriile se găsesc în zona proliferativă a tumorii. Găsește une-ori și tumori secundare în apropiere de focarul primitiv. Intimitatea mecanismului imunității a acestor tumori ne scapă. Probabil unii nematozi și unele larve de crustacee sunt purtători ai bacteriilor specifice ce dau tumorile vegetale și animale. Tumorile algelor sunt tumori bacteriene fără vre-o proliferare atipică, metastazele nu sunt datorite unei grefe celulare transportate la distanță, nu au vre-o malignitate.

Sunt tumori inflamatorii, care grație imulțirii agentului patogen se pot întinde și se pot multiplica. Tumorile algelor trebuie considerate ca rezultatul unui proces de apărare a organismului față de agentul infecțios.

D. COMBIESCO, S. STAMATESCO et E. ȘORU: *Étude sur les substances solubles spécifiques des bacilles du groupe des salmonelloses.*

Au extras din culturile bacilului Aertrycke, din bacilul paratific B și din bacilul Gärtner o substanță hydrosolubilă care are proprietățile polyzaharidelor. Aceste substanțe prezintă proprietăți biochimice ce se deosebesc prin bandele de absorbție ce e între D și E pentru bacilul Aertrycke, între E și F pentru bacilul Gärtner și nu avem nici o bandă de absorbție pentru paratificul B. Asemenea aspectul cristalelor de osazon variază la aceste substanțe. Ele nu sunt toxice pentru șoarece și epure injectate pe cale endovenosă și endoarterială. Ele precipită în prezența serului specific. Cu metoda Castalani dovedesc existența unei substanțe specifice și unei substanțe hidrocarbonate ce dă reacția grupului. Saturația serurilor specifice cu substanța hidrocarbonată specifică micșurează și puterea aglutinantă și puterea precipitantă.

M. CIUCA, L. BALLIF et M. VIERU: *Immunité dans le paludisme experimental.*

Expun cercetările făcute pe paralițici generali sau alți bolnavi atinși de afecțiuni nervoase și supuși malarioterapiei, la 518 bolnavi ce au urmărit ultimii doi ani, găsesc: Într'o țară cu o endemic malarică de sânge virulent au 53,3% de rezultate pozitive la terță benignă, 61,3% pentru febra quartă, 80% pentru Laverania.

18,6% pentru terță benignă, 15% pentru febra quartă, 18% pentru Laverania prezintă un parazitism temporar fără acces.

În urma inoculării repetate de sânge virulent de terță benignă se poate conferi imunitatea contra plasmodiului vivax într'o 100 cazuri.

Inoculații repetate de sânge virulent de febră operate după

tratament conferă o rezistență în 75% cazuri. Nu există imunitate încrucișată între cele trei tipuri de paraziți.

I. BALTEANO, I. ALEXA et E. ALEXA: *Contribution au traitement de la scarlatine par le serum de convalescent.*

Tratează 72 bolnavi de scarlatină hipertoxică cu serul de convalescent și numai 17 au murit (23⁰/₀) — în general era în cazurile hipertoxice o mortalitate de 90⁰/₀—100⁰/₀. Deci serul de convalescent în doză suficientă la începutul boalei constituie tratamentul indispensabil în formele hipertoxice ale scarlatinei. Eficacitatea sa antitoxică e mai nesigură după 60 ore dela începutul boalei, nu evită complicațiile streptococice ce provoacă moartea. Nu exercită nici o acțiune preventivă contra complicațiilor streptococice și nu modifică evoluția acestor complicații.

V. NICA: *La glycémie chez les lapins intoxiqués expérimentalement par la toxine diphtérique.*

Din cercetările ce a făcut rezultă că la 50⁰/₀ de epuri cari au fost inoculați cu doze repetate și crescânde de toxină difterică, prezintă o hipoglycemie, cei ce-au obținut 2 doze de toxină într-o singură injecție au o glycemie normală. Cercetările continuă.

E. C. CRACIUN: *Méthode de préparation du suc embryonnaire a partir d'une pulpe desséchée facilement conservable et son application aux cultures des tissus.*

Cu ajutorul unui broajor mic autorul obține un extract embrionar de găină pe care îl usucă în vid, îl păstrează aseptice și cu acest material se poate urmări proliferarea celulelor în vitro. Cercetările continuă.

R. H.

* * *

CLUJUL MEDICAL

(No. 10 Octombrie 1930)

Prof. I. IACOBOVICI, DANICICO și JIANU: *Considerațiuni și contribuțiuni la stadiul fistulilor biliare.*

Operând 3 cazuri prin cholecistotomie, deși mersul post-operator părea bun — la câteva săptămâni după operație s'a instalat fistula biliară.

Pentru depistarea cauzei au injectat lipiodol (20 cc.), cu ajutorul canulei uterine a lui Douyé.

Prin modul acesta de explorare, intercalat între cele două operații, au scurtat mult timpul de observare pentru intervenție.

I. GAVRILA: *Asupra gangrenei la diabetici.*

Cu ocazia celor trei cazuri observate, insistă asupra formelor, simptomatologiei și tratamentului gangrenei care survine la diabetici.

M. MITREA: *Volvulusul cecului.*

Publică două cazuri operate și face considerațiuni asupra patogeniei și tratamentului.

M. DIACICOV, MUNTEANU și GAVRILESCU: *Considera-*

țiuni asupra a două cazuri de tuberculoză miliară a irisului, vindecate prin radioterapie.

Au aplicat cu rezultat remarcabil în două cazuri de tbc. miliară a irisului doze mici de Röntgen.

Descriu tehnica utilizată și aduc și o literatură bogată.

GRUNWALD ER.: *Tratamentul în clientelă al dispepsiilor sugacilor alimextați artificial.*

În locul babeurre-ului și laptelui albuminos al lui Finkelstein, recomandă: laptele acru degresat sau laptele acidulat și laptele cu Larosan sau laptele albuminos al lui Moll, care sunt cu mult mai ușor de preparat decât primele.

Tratamentul dietetic trebuie considerat pe primul plan și numai în al 2-lea vine cel medicamentos.

D. GALDAU: *Ulcerile stomacale ale mării curburi.*

De obicei ulcerile stomacale își au sediul pe mica curbură și foarte rar pe marea curbură. De aceea publică două cazuri care au fost controlate și confirmate prin operație. Cu ocazia aceasta aduce multe date statistice din literatura germană.

MAX. HEDRICH: *Considerațiuni asupra tratamentului apendicitei.*

Bazat pe 1000 apendicectomii, ajunge la concluzia că în mediul rural trebuie să se facă intervenția de urgență în toate cazurile; autorul este contra tratamentului expectativ.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

(No. 11 Noembrie 1930)

VALERIU BOLOGA: *Inceputurile medicinei științifice românești.*

P. VANCEA: *Contribuțiuni la studiul corpurilor străini magnetici intraoculari.*

Studiu făcut pe 42 cazuri de corpi străini magnetici dintre cari 12 situați la polul anterior și 30 la polul posterior, diagnosticate prin radiografie 21, prin magneto-electric 10 și prin ambele 11.

S'au extras pe cale sclerotică — care a reușit în 22, în 4 n'a reușit, iar în 16 s'a făcut enucleate.

Rezultatele cele mai bune au fost obținute pe corpii străini situați în polul anterior.

ST. JIANU: *Considerațiuni asupra cholecistografii în legătură cu una sută examinări.*

În baza celor 100 cholecistografii făcute, autorul preferă calea intravenoasă celei bucale pentru introducerea tetraiodurului. Din cele 90 făcute pe cale intravenoasă, 70 au fost verificate chirurgical. A găsit cazuri în cari imagina veziculei nu apărea și care trebuie considerate cu litiază; în lez. inflamatorii a găsit o opacitate slabă și turburări de evacuare; în pericholecistite a constatat modificări în formă înainte și în timpul evacuării.

I. GAVRILA: *Sindromele de ipofuncție suprarenală.*

Relatează un caz de maladia lui Addison și descrie simptomatologia insuficienței suprarenale.

CONST. STANCA: *No.ă preliminară la autogrefe'e ova-ic-re.*

A executat în 68 cazuri autogrefe și într'un caz homovo:ransplan-tare. Numai într'un singur caz a avut eșec, ovarul necrozându-se.

Prin această tehnică femeia este scutită de fenomenele castrății.

V. CIMOCA: *Contribuțiuni la studiul cultivării dermatofizilor patogeni pântru pielea umană.*

Toate mediile care s'au utilizat până azi sunt imperfecte și din cauza aceasta nu se poate face o clasificăție bună. Numai mediul lui Sabourand favorizează o cultură mai eficace.

COLBAZI: *Contribuțiune la cazistica șancărului moale extra-genital primitiv.*

Relatează cazul unei prostituate care pe lângă șancre labiale mai prezintă un șancru moale al piciorului stg., diagnosticat prin auto-inoculare.

În timpul tratamentului face o limfangită a gambei stg. și o ul-cerație a umărului drept care la autoinoculare dă un rezultat pozitiv.

(No. 12 Decembrie 1930)

Dr. AXENTE IANCU: *Nouă concepțiuni în alimentația co-pilului.*

Publică conferința ținută la Universitatea populară din Vălenii de Munte, în care arată maladiile prin cărență și modul cum trebuiesc combătute cu ajutorul unei alimentații judicioase.

I. DRAGULESCU: *Duoderul mobil.*

Cu ajutorul radiografic a observat în câteva cazuri anomalia aceasta a duodenului. În baza cazurilor observate, descrie simptome-tologia clinică și radiologică, dă indicații terapeutice și aduce câ-teva clișee.

C. STANCA: *Cancerul apendicelui și tumorile Krückenberg.*

Publică cazul unei femei care concomitent cu un cancer al apen-dicelui prezenta și metastază în ambele ovare, simulând astfel tu-morile lui Krückenberg. și un cancer spinocelular al colului uterin. Vindecare prin histerectomie totală și apendicectomie, deși pro-nosticul este grav.

TH. SPIRALA: *Contribuțiuni la tratamentul retenții funcționale a urinei.*

În cazurile de retenții post-operatorii, injecțiile sub-cutanate cu pilocarpină aduc emisiune de urină după 5—10—20. minu.e.

P. VANCEA: *Literatura oftalmologică clujană din cursul ani'or 1919—1929.*

AL. LENGHEL: *Cercetări antropologice asupra unui schelet femeesc roman descoperit în Cluj.*

Dr. M. Săceanu.

* * *

Dr. G. Z. PETRESCO: *Charles Davila et l'influence française sur la médecine roumaine.*

D. S. IRIMESCO: *Cura de muncă pentru tuberculoși.*

Autorul insistă asupra curei de muncă ca măsură terapeutică și economică în același timp.

Asistența tuberculozei trebuie complectată prin organizarea coloniilor de muncă pentru tuberculoși. Prin aceste colonii se creează o mare operă profilactică. Tipul acestei colonii de muncă e cel dela Papworth în Anglia. La început bolnavii sunt primiți în Spital, apoi trec în barăci și apoi în case unde pot locui cu familia lor și lucra în atelierele centrale ale coloniei 4—6 ore pe zi tâmplărie, mobile, cufere de voiaj, material pentru construcție. Cura de muncă începe când bolnavul poate să facă fără obosală și fără febră plimbările prescrise cel puțin patru săptămâni. Coloniile de muncă trebuie să complecteze asistența tuberculoșilor.

Prof. I. IACOBOVICI și Dr. I. MUREȘAN: *Considerațiuni asupra pancreatitei acute.*

Autorii au observat în curs de zece ani șapte cazuri de pancreatită acută verificate prin operație. Caută a lămuri procesul fizio-patologic, ce produce tabloul clinic al boalei. S'a ajuns la concluzia că pancreatita acută este un proces de autodigestie a glandei datorit activării tripsinogenului, — aceasta ar fi cauza primară, iar hemoragi și necroza s.m.a.e secundare.

Forma hemoagică, necrotică și purulentă a pancreatitei corespund la trei stadii evolutive ale aceleași boli. Momentul prim al necrozei pancreasului este întotdeauna o alterațiune vasculară. S'a observat că și prezența calculilor biliari aduc turburări funcționale ale sistemului vascular. Probabil turburările celulei hepatice influențează viața celulei pancreatice, au loc modificări chimico-biologice a celulei pancreatice (Mureșan). Probele de laborator sunt uneori negative cu turburările pancreasului de oarece leziunile sunt segmentate. Ca tratament autorii recomandă intervenția operatorie timpurie, operația e mai complicată când trebuie să tratăm calculoza sau colecistita.

La diagnostic dozarea fermentului amilolitic din sânge și urină după Wohlgemuth ne arată starea pancreasului. Proba glycemiei provocate dă rezultate mai bune, hiperglycemia arată leziunea insulelor și e un simptom de valoare în pancreatită.

Dr. EMIL ST. GRAUR, Dr. IOAN DANICICO, Dr. GRI-GORE BENETATO: *Considerațiuni și contribuțiuni la osteoartropatia pneumică, maladia lui Pierre-Marie, în legătură cu un caz clinic observat.*

Comunică cazul unui bolnav la care în urma unei pleurezii supurate apare tumeficarea simetrică a porțiunii distale a extremităților cu manifestări clinice acute. Radiologia confirmă diag-

nosticul de orto-artropatie hipertrofiantă pneumatică. Radiologic leziunile sunt osteoarticulare, nu numai osoase și se găsește un manșon de periostită osificantă, simetrică la ambele membre. Autorii cred că durerile articulare și osteoartropatia ar fi datorite unei septimemii.

Radiologic în cazul ce prezintă leziunile sunt osteo-articulare, găesc și o perturbare a calciului locală (osteoporoza) și generală hipocalcemia din sânge. Sindromul humoral de hipocalcemie și alcaloză prezentat de bolnavul nostru se apropie de sindromul umoral din tetanie. Probabil se adaugă și o insuficiență paratiroidiană în aceste stări.

Dr. STELIAN GAVRILESCU: *Osteocondrita deformantă infantilă a epifizei superioare a femurului.*

Boala lui Calvé-Légy-Petthes.

Autorul face un istoric al acestei afecțiuni ce e frecventă la copii după 3 ani — până la 12 ani, e mai frecventă la băieți. Clinic debutul este insidios, dureri în regiunea coapsei, ce se iradiază în genunchi, în repaus durerea dispare. Local se găsește o atrofie a muschilor coapsei de partea bolnavă. Radiologic se găesc modificări epifizare, nucleul epifizar pare turtit, fragmentat, în a treia fază apare recalifierea nucleului epifizar. În etiologia osteochondritei găsește traumatismul. Calvé-Sourdat crede că rachitismul ar fi cauza împedecării de osificare a epifizei femurale.

Ca tratament repaus continuă punând membrul în extensie cu sau fără aparat gipsat.

Dr. EUGENIA VELICAN și Dr. C. VELICAN: *Paludismul în circ. Murgeni-Tutova în anii 1927—1929.*

Fac o dare de seamă a paludismului din circumscripția Murgeni și ajung la concluzia că tratamentul chininic nu e suficient, o mare parte din bolnavi rămân purtători de germeni fără fenomene clinice manifeste. Ar trebui repetate examenele hematologice și în timpul iernei și se va asocia chininei și arsenicul.

Dr. I. STROMINGER: *Diagnosticul, prognosticul și tratamentul colibacilozei urinare.*

Autorul arată frecvența, colibaciluria și diferite turburări ce le dă colibaciluria, insistă asupra unui examen bacteriologic făcut în urina proaspătă colectată steril din vezică sau din rinichi, examenele se vor repeta căci uneori colibaciluria este intermitentă. Pronosticul e benign, bolnavii trebuie să și supravegheze aparatul digestiv spre a nu fi expuși la recidive. Ca tratament autorul recomandă tratamentul dietetic și vaccinoterapia pe cale bucală.

Dr. S. IRIMESCU: *Cum se ia tuberculoza, cum se apără organismul contra tuberculozei.*

După un istoric complet al tuberculozei, al patogeniei și evoluției trece la modul de contaj și insistă asupra mijloacelor profilactice. Ar trebui împedecate supra-infecțiile repetate și mari. Profilaxia, măsurile de apărare vor începe din copilărie. Ar trebui făcute organizări care să permită la cei nevoiași atinși de boală aerția, alimentația și repauzul necesar.

Profesor Dr. C. I. PARHON: *Considerațiuni asupra psihofiziologiei afectivității.*

Confirmă cele spuse de Ziehen că totul este sensibil în sufletul nostru, — toate senzațiile și percepțiile au un punct de plecare periferic, — de unde se propagă prin intermediul terminațiilor sensitive sau sensoriale la centri intermediari, iar de aci la scoarța cerebrală unde senzația devine conștientă.

Se atribuie senzațiilor și tonalitatea afectivă care poate fi independentă sau supraadăogată senzațiilor.

Afectul este o senzație aparte și în plus. După autor pneumogastricul este cel mai principal conducător al senzațiilor afective. În emoții avem modificări cardio-vasculare respiratorii și ale aparatului endocrinian. Psihozele afective sunt deseori de origine disendocriniană. Totuși mecanismul afectelor cere cercetări noi.

Docent Dr. ION MARCU: *Studiu pharmacodynamic al ephedrinei.*

Face un studiu complet asupra acțiunii ephedrinei, cercetează întâiu acțiunea sa cardio-vasculară și confirmă cele găsite de autori, privitoare la acțiunea hipertensivă a ephedrinei.

Cercetând experimental acțiunea cardiacă a ephedrinei găsește că această are o acțiune vaso-dilatatorie asupra coronarelor; iar cu ajutorul arecografiei găsește că ephedrina are o acțiune de vaso-constricție centrală urmată de o vaso-dilatație periferică. Precizează că acțiunea ephedrinei se produce la periferia sistemului autonom la un nivel superior al joncțiunii myoneurale, receptorii pentru ephedrină sunt deosebiți de cei ai adrenalinei. În urma dozelor mari de ephedrină a observat o limfociteză manifestă, splina se contractă sub influența acestui alcaloid de aci și creșterea numărului hematiilor sub influența ephedrinei. Experiențele confirmă acțiunea ephedrinei de a dilata bronhiile.

Secreția gastrică sub influența ephedrinei are valorile constitutive mărite față de cele obișnuite.

Autorul găsește că ephedrina este o substanță amfotopă și putem privi ephedrina ca o adrenalină mai puțin activă.

Dr. I. GAVRILA și Dr. G. MIHAILEANU: *Acțiunea extractelor de lob posterior hipofizar asupra glicemiei.*

Au studiat acțiunea extractului total de hipofiză — a pituitrinei, a pitresinei (principiu presor și a pitocinei (principiu oxitocic) asupra glicemiei, — și găesc că numai injecțiunile făcute cu extract total de lob posterior și în principiu presor produc iperglicemie mai mult sau mai puțin însemnată. Extractul care conține principiu presor produce iperglicemie mai însemnată ce ajunge până la 0,50 gr. și durează 3 ore și jumătate.

Dr. AL. DIMOLESCO și P. TIPARESCU: *Cercetări asupra eredității în psihopatiile constituționale.*

Cercetările autorilor se rezumă în a stabili aparatul pe care îl prezintă hereditatea paternă, maternă și colaterală în psihozele periodice, schizofrenie și paranoia și reese că numai o parte din

psichopatiile constituționale sunt datorite tarelor hereditare directă (materne și paterne); la restul care se rapoartă la rude mai depărtate putem admite o constituție predispozantă care se transmite în psihopatie în urma cauzelor emotive sau toxiinfecțioase câștigate în timpul vieții.

Prof. G. MARINESCU și Dr. A. BRUCH: *Turburări vasculare în artropatia tibetică.*

Urmăresc modificările termice și vasculare ale turburărilor osteo-articulare din cursul tabesului și găsesc pe lângă o hipertermie locală; indicile oscilometric, presiunea arterială și venoasă mărite de partea bolnavă și urmăresc cu ajutorul capilaroscopiei modificările circulatorii ale vaselor mici. În cazuri de leziuni ale căilor senzitivo-motorii reacțiunile trofice și vasculare devin anormale. Fenomenele vazo-motorii influențează și metabolismul mineral fosfor-calcium și astfel se explică fenomenele de osteoliză și osteogeneză a extremităților epifizare și ale țesuturilor moi articulare.

Dr. P. TOMESCU și AL. VASILESCU: *Contribuțiuni la studiul sindromul i catatonie autonom.*

Comunică observația unei bolnave care face în urma unui soc moral sindromul catatonie autonom, cu fenomene de catatonie, indiferență și inafectivitate, se vindecă amintindu-și de cele petrecute în timpul boalei. Autorii cred că acest sindrom poate apărea ca acces unic în cursul vieții.

Dr. I. FAGARAȘANU: *Apendicita traumatică.*

Comunică observația unui bolnav cu o apendicită traumatică și crede că ar fi produsă prin mecanismul traumatizmului mucoș după Desmarest, astfel că violența exterioară se exercită asupra cecului și colonului ascent și indirect asupra apendicelui prin intermediul conținutului intestinal; existența echimozelor cecale în cazul ce comunică dovedește aceasta ipoteză patogenetică.

Dr. TIBERIU SPARCHEZ și D. DENES IOAN: *Un caz de hematoporfirinurie.*

Dat fiind raritatea acestui sindrom autorii publică cazul unui bolnav cu vărsături, dureri abdominale și prezența unei mari cantități de urobilină în urină, mai târziu prezintă și turburări nevritice. Simptome ce se găsesc în hematoporfirinuria acută. Hematoporfirinuria are o alterare a celulei hepatice și ca consecință o sensibilizare a sistemului nervos favorizând nevritele toxice.

Dr. C. ZAMFIR: *Câteva considerațiuni asupra unui caz de hipertensiune arterială permanentă.*

Este vorba de un caz de hipertensiune arterială solitară la un soldat în vârstă de 23 ani ce prezintă o retinită albuminurică, fără a avea albumină în urină, urea și constanta Ambard normale.

A 49 zi dela intrarea în spital, bolnavul are accese eclamptice, albumină în urină, o nefrită acută. Autorul crede că retenția de cloruri a dat papilita optică, a prezentat o retenție a eliminării apei.

Accesele eclamptice ar fi datorite unui edem cerebral în cazul ce comunică. Iar hipertensiunea arterială unui metabolism proteic vi-

cial transmis hereditar la care se adaugă o disfuncțiune hereditară a glandelor endocrine și a ficatului. Dat fiind hipertensiunea arterială forte ce o prezenta și situația socială a bolnavului, prognosticul este rezervat.

Dr. R. H.

REVISTA MEDICO - CHIRURGICALĂ

din Iași

(No. 1-2, 3 și 4 | 1930)

Prof. MARCEL LABBE: *Tratamentul diabetului.*

Prof. A. DOBROVICI: *Aupra Leucocitozei digestive.*

La 14 indivizi autorul a studiat formula leucocitară a jeun și după administrarea albuminoidelor, hidraților de cărbune și a grăsimilor.

Găsește o leucopenie inițială ce apare o oră și jumătate după masă ce e urmată de leucocitoză 3-4 ore după masă. Leucocitoza privește polinuclearele neutrofile. După albuminoide leucocitoza e mai marcată, mai mică după hidrații de cărbune și mai mică după grăsimi.

Dr. GH. NASTASE: *Imunitate, suprainfecție și reinfecție în sifilis.*

Autorul prezintă trei observațiuni de suprainfecțiuni sifilitice și două de reinfecțiune.

Dr. GEORGETA VARTIC CERNEA și LAZARESCU: *Un caz de keratita nodulară (Maladia lui Groenouw).*

Comunică un caz de keratită nodulară la o femeie de 37 ani și amintește noțiunile etiologice și anatomopatologice ale acestei boale.

Dr. M. GAROFEANU: *Serul glucozat ca tratament adjuvant în 2 cazuri de tetanos.*

Tratează două cazuri de tetanos cu glucoza cu rezultate foarte încurajatoare. Glucoza neutralizează in vitro puterea toxică a toxinei tetanice.

Dr. D. LAZARESCU: *Câteva considerațiuni asupra punctului de osificare complementar a calcaneului.*

Autorul arată erorile de diagnostic ce se pot face cu ocazia traumatizmului piciorului la copii din cauza punctului complementar de osificare a calcaneului, diagnosticul diferențial și leziunile ce le poate suferi acest punct de osificare.

AL. SLATINEANU, I. BALTEANU, I. ALEXA: *Tratamentul malariei (forma tropicală) cu plasmochin compus.*

Întrebuințează la 38 bolnavi de malarie tropicală plasmochinul compus. Li s'au dat 6 pastile pe zi după masă, fiecare pastilă conținea 0,01 gr. plasmochin simplu și 0,125 gr. sulfat de chinină.

În total 0,06 plasmochine simple și 0,75 sulfat de chinină pe

zi. Se aplică tratamentul 5—10 zile. Febra cădea definitiv în primele 48 ore după tratament.

După 3—8 zile de tratament gameții dispăreau din circulația periferică. Autorii recomandă a se repeta tratamentul 3—4 săptămâni după dispariția paraziților, — căci au observat recidive la cei tratați.

AL. SLATINEANU și I. ALEXA: *Starea sanitară a circ. sanitare de demonstrație din Tomeș I, jud. Iași, 1929.*

Expun rezultatele unei anchete minuțioase din circ. Tomești al jud. Iași. Această circumscripție atașată la Institutul de Igienă va fi câmpul de experiență a medicilor higieniști.

Dr. G. TUDORANU: *Cercetări bacteriologice și biochimice asupra nămolului lacurilor sărate.*

În analiza bacteriologică a nămolului lacurilor sărate, autorul izolează din lacul Tekirghiol 4 germeni, 1 spiril și 3 varietăți de proteu, — Profesorul Bujor a izolat bacterii sulfuroase ce produc oxidațiuni. La Budaki autorul a izolat 8 germeni ce au o acțiune asupra regenerării nămolului. Flora microbiană a lacului sărat este mai săracă. A dozat hidrogenul sulfurat și celelalte produse sulfuroase, găsește că hidrogenul sulfurat provine din reducerea sulfurilor solubili și insolubili. În nămol mai au loc și fenomene de oxidare.

Dr. EUG. LUCINESCU: *Câteva variante ale arterelor renale.*

Studiază arterele renale și găsește diferite variante privitoare la emergența, numărul, calibrul, situația și ramificațiile arterelor. Numai în 3 cazuri din 17 a găsit arterele corespunzătoare la normele clasice, — în celelalte 14 arterele suferă diferite variațiuni.

P. IONESCU și GH. BALMUȘ: *Asupra unui caz de purpură hemoragică (post gripală).*

Comunică un caz de purpură hemoragică acută gravă care s'a vindecat cu clorur de calciu, hemostyl și ser.

D. PETROVANU: *Hemotomielită transversă sifilitică (heredo-sifilitică).*

Comunică cazul unui copil de 9 ani care prezintă o mielită transversă a cărui focar inițial se găsește în regiunea dorsală superioară a măduvei. Mielita debutează brusc cu dureri și paraplegie flască, incontinență de urină și a materiilor fecale, insensibilitate cutanată și escare. Lichidul cefalo-rachidian este clar și fără reacție celulară. Mielita a păstrat tot timpul caracterul segmentar. Copilul moare în urma septicemiei provocate de escară.

Dr. G. CHIPAIL: *Asupra tratamentului artritelor supurate acute prin metoda Willems.*

Dr. N. DABIJA: *Diagnostic radiologic de chist hidatic al plămânului.*

Prof. Dr. AL. SLATINEANU: *Profesorului Dr. I. Tănăsescu.*

Prof. Dr. C. DANIEL: *Drenajul în histerectomia sub-totală.*

Autorul trece în revistă indicațiile drenajului în histerectomie

(evacuator, hemostatic și profilactic), arătând avantajele și inconveniențele respective. Arată superioritatea drenajului transcervical care i-a dat rezultate satisfăcătoare.

Prof. Dr. P. ANGHEL: *Transplatarea osoasă.*

Arată superioritatea transplatarei osoase față de proteza metalică. Arată că aceste grefe sunt rezorbite și pătrunse de un os de nouă formație ce tinde a reforma și a înlocui funcțiunea osului. Autorul arată că grefele lui Albée secționate în baghetă osoasă sunt mai ușor pătrunse de osul de nouă formație și se pot întrebuința în multe cazuri. Grefele masive ale peroneului pot fi întrebuințate în perderi mari de substanță. Autorul aduce 2 observațiuni de transplatare a corpului peroneului pentru a înlocui într'un caz 30 cent. de tibia absentă și în alt caz extremitatea superioară a radiului pentru osteo-sarcom cu myeloplasce.

Din cele expuse rezultă că peroneul a fost înlocuit cu un os nou ce redă funcțiunea membrului.

Prof. Dr. N. HORTOLOMEI și Dr. GH. GATOSCHI: *Ureter forșat. Adeno-carcinom al prostatii. Vindecare.*

Insp. Prof. Dr. BUTOIANU M., Maior Dr. STOIAN C. și Lt. Dr. RADULESCU: *Abcesele para-nefretice anterioare.*

Autorii dau cinci observațiuni a acestei afecțiuni. Boala aceasta nu este destul de cunoscută și poate fi confundată cu alte afecțiuni.

Docent Dr. A. TROSC: *Considerațiuni asupra noilor încercări de chirurgie activă în tratamentul tuberculozelor osteo-articulare.*

În ultimii ani ne sosește din Argentina operația lui Roberston Lavallo (grefele osteo-genice aplicate în jurul focarului tuberculos) care pretinde a fi tratamentul specific al tuberculozelor osteo-articulare. Autorul aplică la cinci a bolnavilor săi, grefele lui R. Lavallo, la 4 bolnavi cu tumoră albă a genunchiului, autorul are rezultate mediocre.

Într'un caz de tumoră albă a cotului a obținut vindecarea completă în 8 luni.

Dr. G. PARVULESCO: *Considerațiuni terapeutice asupra stomacului bilocular cu un caz revăzut după 9 ani dela operație.*

Privitor la observația unui bolnav operat acum 9 ani, pentru stomac bilocular de origină ulceroasă, trece în revistă tratamentul acutei afecțiuni și crede că tratamentul ideal este resecția ce tratează simultan ulcerul sau cicatricea, hiperclorhidria și stenoza. În unele cazuri e nevoie de a se recurge la gastro-enterostomie.

Dr. LAZARESCU DUMITRU și Dr. LAZARESCU EUGENIA: *Nevrom plexiform palpebro-orbitar și boala lui Recklinghausen.*

Autorii arată relația între boala lui Recklinghausen și a nevromului plexiform, comunică 2 cazuri unul de boala lui Recklinghausen și alta de nevrom plexiform la un copil de 2 ani care era congenitală și ereditară.

Dr. V. BUTUREANU: *Gastrectomie totală pentru cancer stomacal.*

Publică observația unui bolnav căruia i se face o gastrectomie

totală pentru cancer stomacal. Bolnavul ese vindecat a 25 zi după operație.

Dr. ADRIAN SCUTARU: *Considerațiuni asupra tratamentului fracturilor recente diafizare deschise.*

Autorul este un adversar al osteosintezei metalice și e partizanul metodei lui Soresi.

Dr. GH. GASTOSCHY: *Rinichiu mobil și hidronefroză intermitentă.*

Autorul comunică cazul unei bolnave care avea o hidronefroză intermitentă datorită compresiunii ureterului de polul inferior al rinichiului care era scoborât în jos și înăuntru. Insistă asupra pyelografiei care pune în evidență existența unui rinichiu mobil și a unei hidronefroze.

Dr. TEODOR BURGHELE: *Contribuțiuni la studiul simpatectomiei periarteriale.*

După un istoric al cheștiunei, trece în revistă fiziologia acestei operațiuni, tehnica și accidențele și rezultatele obținute în diferite boale. Raportează 55 sympatectomii făcute în serviciul prof. Hortolomei.

Dr. N. BARBILIAN și E. HOFFMANN: *Fracturile izolate ale apofizelor transverse lombare.*

După un studiu complet al cheștiunei insistă asupra felului producerei acestor fracturi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj Dr. R. H.

C. — MONOGRAFII

APENDICITA

— *Studiu anatomic și clinic* —
de Prof. Dr. D. GEROTA

(Atelierele grafice „Cultura Națională” București, 1929, prețul 18 lei — aur).

O lucrare de 576 pagini, cu 345 figuri și desemnuri originale, și 2 planșe cu 10 figuri colorate, bazată pe experiența personală a unei întregi vieți petrecute lângă bolnavi și pe studiul a peste 2500 cazuri operate, a căror evoluție clinică și piesă anatomică a fost cercetată de visu.

Este deci opera cea mare a vieții de savant și practician a autorului și pe care el o dedică colegilor săi, medici practiciani din România.

Din cartea, care trebuie citită pagină cu pagină și cu creionul în mână, semnalăm:

În **Introducere** autorul arată că dacă acum 30—40 ani nu se vorbea în tratate despre apendicită (nume dat de americanul Reginald Fitz în 1886), acum se vorbește prea mult, dar nu pentru-că „apendicita a devenit mai frecventă, ci pentru-că diagnosticul ei este făcut mai des și mai precis”.

Cu toate că azi se vorbește atât de ea, dar totuși diagnosticul ei încă nu se face întotdeauna, atât variază evoluția clinică dela ins la ins și cu evoluția și tratamentul de aplicat, și mulți bolnavi mor pentru-că n-au fost din timp și la timp îndreptați la chirurg: de unde rezultă că actul operator trebuie să constituie întotdeauna pentru o apendicită etapa decisivă a tratamentului.

În **cursul Dezvoltării la embrion** cecul cu apendicele în loc să scoboare progresiv și să termine prin a se fixa în fossa iliacă dreaptă poate fi împedecat în mișcarea sa de scoborâre și să rămână la adult fixat în fossa iliacă stângă (eventual dând o apendicită la stânga), sau aderent de ficat, vesiea biliară, rinichi (tot atâtea simptome anormale în cazul unei apendicite), pag. 12—13.

La **anatomia comparată și normală** a apendicelui se arată că limfaticele apendicelui sunt foarte dezvoltate, ele se prind dela începutul boalei și dau **limfagitele apendiculare subseroase**, primele leziuni peritoneale ale apendicitei

acute fără perforație; ganglionii ceco-apendiculari se prind la rândul-le și dau adenita acută apendiculară, care explică și durerea locală de debut; mai târziu se prinde și un grup ganglionar limfatic duodeno-pancreatic. la care merge limfa prin tuburi limfatice colectoare pornind dela apendice și astfel se explică după Dr. D. Perceanu, asistentul autorului, durerea epigastrică, care surprinde prin sediul ei anormal pe clinicieni (pag. 64—65).

Un apendice patologic sau normal este gol numai în 11—20% a cazurilor; conține mucus în 8—18%; fecale în 31—30⁰/₀; coprolite în 30—25% (după statistica autorului pe apendice scoase pentru apendicită sau în cazul altor operații). — deci fecalele (și coproliti eventuali ce pot rezulta) pot fi considerate ca conținut normal al unui apendice; iar coprolitul numai târziu și printr-o compresiune mecanică a pereților poate conduce la iritarea mucoasei și dezvoltarea infecției (pag. 67—69).

Rolul fiziologic al apendicelui constă în a secreta mucus; (într'o obs. un apendice de 5 cm. fistulizat și cu orificiul la peretele cutanat a secretat un mucus clar ca saliva timp de 6 luni până la o nouă operație); apendicele se umple și se goleşte intermitent de conținutul său ca și ceul (se constată sub ecran); posedă mișcări proprii cari îi golesc conținutul (contractiile se văd în cursul operației); este mobil și contractabil (ceea ce în condițiuni normale în mod reflex favorizează peristaltismul intestinal; produce dureri, celiaci apendiculare, când este inflamat; determină constipație momentană când este extirpat); când este bolnav trebuie scos repede, din cauza posibilității perforației sau a extensiunii inflamației la peritoneu, când este sănătos, fiind dat rolul său fiziologic, este nelogie a-l scoate, cum pretind americanii; (în plus că are foliculi limfatici, cari să-l apere de o eventuală infecție) pag. 76—78.

Patogeneza și Etiologia: apendicita este rezultatul unei infecțiuni determinată mai des pe cale canaliculară (endogenă) și mai rar prin microbi transportați dela distanță pe cale hematogenă (limfatică sau vasculară); nu există un microb specific al apendicitei; pentru-ca infecțiunea să se producă trebuie o alterare prealabilă a mucoasei (de aci se vede rolul mecanic al coprolitelor sau altor corpi străini), care să permită pătrunderea microbilor; foliculii se umflă, circulația limfatică este împedecată, rezultă apoi necroză cu hemoragii, ulceratii, perforație, deci boala la început este locală și poate fi oprită prin scoaterea precoce a apendicelui; teoria vasului închis a lui Talamon-Dieulafoy nu mai poate sta în picioare azi; între cauzele predispozante sunt de reținut dispozițiunile anormale anatomice, turburări digestive prealabile (enterocolită), hereditatea întrucât poate predispuce la auto-infecțiuni pe membrii aceleiași familii, vârsta mai tânără, sexul masculin, obiceiul de a mânca mai multă carne (apendicita este mai rară la țărani) pag. 105.

La cap. Anatomiei patologice îndărătul fiecărei leziuni descrise găsim ample noțiuni de fisiopatologie, cari explică condiționarea acelei forme; în special localizările atipice (între cari abcesul apendicular la stânga) sunt explicate prin motive anatomice extrem de instructive (pag. 132).

La cap. Clinicii credem că nu mai este nimic de adăugat: semne, variația lor, explicația lor fisio-patologică sunt redată în mod cât se poate de complet și didactic și deci ușor de reținut; așa se dă interpretarea fiziologică a durerii în apendicită (apendicele bolnav devine dureros numai atunci când inflamația a trecut în mesenteriolul său); — durerea în punctul lui Mac Burney (sau în toate celelalte puncte descrise de diverși autori) nu capătă valoarea

decât fiind interpretată în legătură cu celelalte simptome clinice; semnul lui Rowsing, al lui Blumberg, al lui Rothgans, al lui Bastedo, al lui Loeper și Esmonnet își găsesc explicația lor firească și toate împreună constituiesc un capitol care va fi mult apreciat de candidații la concursuri: — în apendicită febra cea mai mare nu se constată între 5—6 ci scara între 9—10; — un abces apendicular inkistat, când vine în contact cu pereții intestinului, îi irită și caută a-i perfora provocând mai întâi scaune mucoase (ca albușul de ou) și mai pe urmă sanguinolente sau purulente; — icterul conjunctival ca epifenomen al scarlatinei, descris pentru întâia oară de Jalaguier, se observă des, dar „este exagerată afirmarea D-rului Poenaru-Căplescuc, că nu există apendicită fără icter conjunctival”; — modificările sângelui în apendicită, adică hiperleucocitoza cu polinucleoză, care constituie așa zisul semn al lui Curschmann, sunt studiate cu minuțiozitate și interpretate adecvat stării bolnavului, iar autorul constată că „cifrele găsite au mai mare valoare atunci când făcând zilnic examenul sângelui vom constata augmentarea lor progresivă” sau scoborârea lor progresivă (pag. 157); — semnul frenicului dureros la dreapta al D-rului M. Iiescu are o valoare relativă pentru autorul, care nu-l găsește în multe cazuri de apendicite operate și-l găsește în multe alte afecțiuni ale ficatului, rinichiului și pilorului; — tabloul localizărilor peritonitei apendiculare și al tuturilor complicațiilor posibile este ilustrat cu sugestive figuri luate pe viu (pag. 164—177).

Diagnosticul este făcut în primele 24 ore, dupe primele 24—48 ore și dupe 3—4 zile cu nu mai puțin de 37 afecțiuni; cu care se poate confunda apendicita; mai la fiecare conjetură o obs. clinică succint redată, prezintă cazul; mai ales se insistă asupra diagnosticului diferențial al apendicitei cu sediu anormal; tablouri sinoptice cu simptome puse pe 2 coloane față în față, ajută rememorarea lor.

Un internist, care a constatat deseori greșelile de diagnostic inerente specialității sale, va aprecia în deosebi capitolul **apendicitei cronice**, în care simptomele afecțiunii sunt încărcate, iar tabloul clinic împrumută o mască atât de variată.

Autorul expune la pag. 252 și ce putem aștepta dela examenul cu razele Röntgen și pune în pază pe acești specialiști asupra controlului afirmațiilor lor de către chirurg.

Cititorul opereii acesteia profită de ocazie pentru a-și cristaliza cunoștințele asupra numeroaselor afecțiuni cari dau falsele apendicite, precum: cecul mobil simplu sau mărit de volum, cec mare ptozat și fixat, ceco-colon ascendent ptozat și mobil, ptoza unghiului drept a colonului (atât de frecventă), cotitura lui Lane, pericolita membranoasă congenitală (boala lui Jackson), sau dobândită colonul în țevi de pușcă; dar profită la acest capitol mai cu seamă clinicianul, care obișnuște a-și însoți pacientul la radiolog și mai târziu la chirurg.

Dela pag. 293—404 se face prezentarea sintetică a **formelor speciale de apendicită**, precum: apendicita retrocecală și retrocolică (f. înșelătoare și gravă, în proporție de 30% din cazuri în statistica autorului), apendicita și afecțiunile căilor biliare (asociate frecvent printr'o origină comună de infecțiune intestinală, și printr'o propagare mai frecventă dela apendice la vesica biliară), apendicita pelvienă (între altele cu dureri în membrul inferior drept și semne vesicale; și în așa strânsă dependență reciprocă cu afecțiunile organelor ge-

nitale la femei), apendicita și sarcina normală sau extrauterină, apendicita și hernia (apendicita herniară și supurația în sac de origină apendiculară fără apendice), apendicita la stânga (rară cea prin inversiune viscerală, mai frecventă cea prin propagare la stânga a supurațiilor apendicelui tot normal situat), apendicita la bătrân (cu flegmonul său lemnos, care simulează cancerul), la copii (frecventă, mai ales dela 5 ani, dar mai rar operată), apendicita și tuberculoza (simulând tuberculoza-Faisans, conducând la tuberculoză-Sergent sau juxtapuse).

Tratamentul urmează până la pag. 515; la început **Considerațiuni generale asupra istoricului trat. medical și chirurgical** cu prezentarea statisticilor și părerilor tuturor somităților medicale străine.

Ghiață sau căldură? se dau purgative și când? care trebuie să fie dieta? ce argumente și ce obiecțiuni pro și contra își aduc abstinențiștii conservatori (temporizatori din principiu), intervențiștii din principiu (à outrance, întotdeauna și oricând) și intervențiștii oportuniști? Cum privesc fiecare pericolul peritoneal? Care trebuie să fie atitudinea medicului practic (în primul rând să anunțe chirurgul; să nu dea purgative sau clisme abundente; să calzeze la nevoe durerea cu opiu dar cu doze mici și repetate; să meargă des, la 2—3 ore, la bolnav spre a urmări de aproape evoluția simptomelor; să imobilizeze pe bolnav cu gheață pe burtă suprimându-i orice aliment și chiar lichid lăsându-l numai să-și clătească gura cu apă; să facă să se repete des examenul sângelui pentru leucocitoză și examenul digital al rectului; să se convingă pe el și familia până când vine chirurgul de avantajile operației precoce). Care să fie linia de conduită a chirurgului chemat în primele 48 ore (intervenționist declarat), după 48 ore (oportunist dupe împrejurări), atunci când familia sau bolnavul se opune (să rămână blând și binevoitor lângă bolnav, sincer și colegial lângă colegul său internist, în expectație armată*).

Și mai pe urmă: cum să facă chirurgul operația? să caute sau nu apendicele în cursul unei apendicite supurate sau în cursul unei laparatomii făcută pentru altă afecțiune? ce accidente și complicații post-operatorii pot surveni? (printre cari durerile locale datorite unui proces aderențial și care trebuiesc combătute prin diatermie)? „pentru cari chirurgul trebuie să fie și medic-chirurg operator iar nu un simplu chirurg tehnician”.

Intr'un capitol final de Terapeutică post-operatorie, pentru care „ochiul chirurgului trebuie să urmărească pe bolnav până la complecta lui vindecare”, se face o prezentare de totalitate a îngrijirilor ce trebuiesc date acestor bolnavi, înainte și după operație (pag. 553—565), îngrijiri cari fac să „asigure încrederea în chirurg, care este însăși credința care vindecă pe bolnav”, și lucrarea se termină cu capitolul apendicitei traumatice, prezentată și din punct de vedere medico-legal prin latura ei juridico-penală.

*) Dar când s'ar opune internistul, D-le Profesor? — și pentru motive cari îi vor da ulterior dreptate — și familia ar fi înclinată a-l asculta pe el, iar chirurgul, în al cărui sanatoriu ar descinde un bolnav cu boala intrată în ziua 4, întâmplându-se să fie unul dintre acești intervențiștii à outrance, à tout prix și à n'importe quel prix, și-ar amenința bolnavul cu gonirea din sanatoriu dacă nu se lasă operat, ce sfaturi îi mai puteți da?

Marea autoritate științifică, recunoscută în țară și consacrată în străinătate, a D-lui Prof. Gerotă, îi scutește opera de orice elogii; ținem numai să relevăm că anatomist, anatomo-patologist, internist și mai cu seamă chirurg, pusează deopotrivă cu prisosință noțiuni instructive, iar cetirea acelor 160 obs. clinice, în cari tabloul clinic și protocolul anatomic soluționează pe loc probleme diferite fac lectura nespus de atrăgătoare și fixează detaliile.

Atât de armonios completă este această lucrare, care mai face o largă parte autorilor și lucrărilor românești, încât și ca valoare științifică și ca execuție artistică a figurilor noi credem — în divergență de părere cu autorul — că ea poate nu numai să stea alături de incomparabilele lucrări similare străine, dar chiar să le întrecă.

Dr. Cănculescu.

* * *

**SUR UNE NOUVELLE ORIENTATION DANS LA THÉRAPEUTIQUE
CHIRURGICALE. LA MÉCANOPHYSIOTHÉRAPIE SUFFIT-ELLE ?**

(Etude expérimentale)

par

le Prof. E. APOSTOLEANU

de Bucarest.

O monografie de 48 pag. cu 25 fig., librăria Félix Alcan din Paris, extrasă din la Revue de Chirurgie No. 1, 2 și 3/1930, în care autorul și-a publicat acest studiu.

D-l Prof. Apostoleanu, șeful clinicei chirurgicale a fac. de medicină veterinară din București și profesor la Academia de Agricultură dela Herestrău, își bazează acest studiu experimental la cai pe rezultatele clinice obținute la om de Leriche în timpul războiului mondial.

Leriche observase că o plagă se comportă cu atât mai bine, se vindecă mai iute și lasă urme mai puțin apreciable cu cât se debridează mai larg, se curăță și se drenează mai bine și se întrebuițează mai puțin antiseptice; cu cât adică se lasă pe seama naturii vindecătoare să repare stricăciunile și să apere organismul.

Prin plăgi experimentale de diferite întinderi și adâncimi, puse în diferite condițiuni de sepsie, tratate cu diferite substanțe antiseptice sau netratate de loc, lăsate descoperite sau acoperite de pansamente mai mult sau mai puțin oclusive; plăgi cari au fost provocate intenționat sau produse accidental au fost puse în condițiunile de observare și tratare enumerate mai sus, plăgi cari au fost studiate la cal, animalul prin excelență favorabil acestor cercetări din cauza suprafeței mari a corpului lui, a înălțimei și poziției lui verticale care permitea observarea și fotografierea plăgilor, a puținței de a situa plăgile pe regiuni de corp cari să nu fie expuse iritației prin contactul cu solul, limba sau coada lui — autorul,

Prof. Apostoleanu a reușit să tragă fapte de observație precisă, cari controlează și întăresc constatările de Leriche.

Cercetările autorului au fost suscitade de observația fortuită că în timpul vacanțiilor, când internii lipseau și pansamentele animalelor nu se mai făceau cu acelaș zel și exces de antisepsie, ba chiar erau neglijate, totuși plăgile mergeau mai bine și se vindeau mai repede; aceste cercetări au fost favorizate de deducțiile și constatările anterioare ale lui Leriche, dar ele au fost conduse cu atâta precizie de tehnică și minuțiozitate de urmărire încât capătă valoarea netăgăduită a faptelor experimentale noi, cari vin să întărească și oare-cum să stabilească definitiv faptele de pură observație.

Concluziile rezumative, la cari ajunge autorul, sunt:
mecanofisioterapia (aero, termo și helioterapia) este suficientă pentru tratamentul tutului plăgilor;
pansamentul este un rău, necesar numai în anumite cazuri bine deșinate;
cu cât o rană este mai injectată, cu atât pansamentul care o acoperă este mai vătămător.

Chirurgii să ia aminte și să poarte recunoștință unui veterinar care în propria lor publicație de chirurgie umană le atrage atenția asupra acestor fapte de observație și experimentare, de care vor beneficia deopotrivă oameni și animale.

Dr. M. Cănculescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RADIO-DIAGNOSTICUL ÎN OTO-RINO-LARINGOLOGIE

de

Dr. I. ȚEȚU, I. IOVIN și C. ANDREESCU

O monografie, extrasă din Buletinul Soc. r. de O. R. L. No. 3/1930, de 64 pag. cu 56 figuri în text, bazată pe cunoștințele a 103 citate de autori la Bibliografie și pe practica întinsă personală a autorilor, care a făcut obiectul unui raport din vreme fixat pentru al IX-lea Congres r. de O. R. L.

Acest studiu „rezultatul unei reale colaborări dintre laborator și clinică, constituie pentru literatura noastră medicală, atât de anemică în asemenea publicațiuni, un material documentar bine-venit”; el va interesa în deosebi pe specialiști, cărora le va arăta examenul radiologic ca indispensabil în cazurile cu simptomatologia clinică atipică sau neclară, în atreziile auriculare, fracturile osului temporal, tumorile endocraniene cu fenomene auditive, afecțiunile sinusurilor și regiunii naso-faciale, corpii străini aspirați sau înghițiți.

Dr. M. C.

D. — PROFESIONALE

La articolul nostru „*Reflexiuni asupra medicilor directori de spitale și a consiliilor medicale spitalicești*” publicat în No. 8—9 crt. al revistei „*Mișcarea Medicală*”, am primit o grămadă de adheșiuni, cari toate conccrdă cu cele susținute de noi.

Și nu le-am solicitat: din partea medicilor șefi de serviciu, pentru-că nu mi-am putut închipui că poate fi vreunul care să nu fie de acord cu cele scrise de noi în privința stagnării și decăderii instituțiilor mari spitalicești prin inerția și nepăsarea conducătorilor lor de până acum; din partea medicilor directori, cum am avut un moment intenția să solicit fie-căruia în parte părerea, pentru-ca nu cumva demersul meu tocmai pe lângă ei să fie șocotit ca o nedelicatete.

O fac acum, rugându-i să-și formuleze părerile și să mi le trimită pentru publicație, sau numai pentru documentarea noastră personală, anonimatul fiind păstrat la cerere; și profit de această ocazie ca să declar, precum am făcut-o și în numărul trecut, că nu pun în aceeași farfurie pe toți directorii de spital și că nu toate spitalele au în istoria lor pagini negre.

Pentru paginile frumoase scrise, mai cu seamă în comun cu colegii lor, le solicit această favoare; și mărturisesc că procedez în parte și din scrupulositate; pentru a-mi contrala propriile mele impresiuni.

Pentru moment redau *Scrisoarea*, ce mi-a adresat *D-l Dr. I. Corciovei, medic primar al spitalului din Rădăuți*:

„Articolul d-voastră din No. 8—9 m'a făcut să scriu unui coleg la București ca să-mi trimeată legea nouă, căci noi aici în fundul țării n'avem nici cel puțin ocaziunea s'o fi văzut câteva ore, cum s'a întâmplat cu D-voastră. În tot jud. Rădăuți nu știu decât un singur exemplar, care e la D-l Medic Primar al Județului.

Mi-am procurat legea, fiindcă mi-am zis că s'ar putea întâmpla să fie multe chestiuni, cari ne interesează reciproc și pe cari trebuie să ni le semnalăm ca cel puțin acum la întocmirea sau mai bine zis fabricarea regulamentelor să putem să spunem și să impunem părerile noastre.

Eu sunt cu totul de acord cu cele ce scriți...

Părerea mea e că Medicul Director de spital trebuie să fie la dispoziția fiecărui medic primar de secțiune și consiliului medical. Medicul Director

trebuie să fie un post onorific și să fie ales dintre Medicii Primari de secțiune pe timp limitat 2—3 ani.

Conducerea efectivă a spitalelor o are Consiliul Medical, iar Medicul Director nu este decât un executant al hotărârilor consiliului.

El nu poate lua nici o decizie decât în mod provizoriu, care la prima sedință a Consiliului se va pune pe ordinea de zi, consiliul luând hotărârea definitivă.

Medicul Director nu poate ordona asupra medicilor primari de secțiune, nici din punct de vedere medical, nici din punct de vedere administrativ.

În fine pentru ca chestiunea să fie bine pusă la punct și pentru-ca intervenția noastră să aibă efect, sunt de părere a se convoca un congres al tuturor medicilor primari și directori de spitale, la București, a discuta chestiunea și a propune ca o delegație dintre noi să ia parte la alcătuirea regulamentului spitalicesc".

Precum și *părerile* formulate în mod colectiv de mai mulți *medici primari ai spit. Filantropia din Craiova:*

Atribuțiunile Medicului Director de Spital să fie pur administrative și șeful erarhic numai al personalului administrativ.

Conducerea întregului spital să fie subordonată avizului consiliului medical.

Medicul Director să fie propus de consiliul medical. Acest consiliu compus din Medicul Director și Medicii Primari șefi de secție va avea să dezbată toate chestiunile atât de ordin administrativ cât și de ordin tehnice. Se va interesa de toate chestiunile de organizare și gospodărie interioară a Spitalului, de îmbunătățirile de adus acestuia, precum și asupra întocmirii anteproiectului de buget pe anul viitor. Va discuta toate chestiunile de conducere tehnică a diferitelor secțiuni, inovațiile de introdus, etc. precum și recrutarea personalului administrativ și de serviciu care urmează să fie aprobat de acest consiliu înainte de a fi trimis organelor ierarhice superioare; într'un cuvânt, întreaga mișcare a spitalului să fie subordonată avizului acestui consiliu.

Consiliul Medical, prezidat de Medicul Director, se va întruni regulat și obligator în fiecare lună și va decide în diferitele chestiuni cu majoritate de voturi.

În scurt, Medicul Director, să nu fie decât expresiunea consiliului medical, care va decide în toate chestiunile de ordin tehnic și administrativ; consiliul medical își va da avizul și asupra însăși desemnării acestui Director; și de care aviz Ministerul să fie obligat a ține seama.

Suntem pentru convocarea la București a unui congres extraordinar al tuturor medicilor primari de spitale.

Dr. M. C.

III.

CALEIDOSCOPUL MEDICAL ROMÂNESC AL ANULUI 1930

Film lung; împărțit în acte de frumusețe și valoare inegală, dar toate pline de interes pentru medicul român, pentru-că firul care le leagă învâluește toată mișcarea medicală, sub diferitele sale forme, a țării sale.

Desfășurarea va fi rapidă; în loc de tablouri ea se va face mai mult prin enunțări și trimeteri la izvoare.

În coloanele restrânse din motive așa zis binecuvântate la 700 pagini, în câte a apărut revista noastră în anul curent, încă nu ne-am putut întinde pe cât am fi dorit și a trebuit să lăsăm la o parte (pentru moment, căci le vom reda în numerile anului următor) capitole precum acela al Mișcării medicale românești în străinătate, al Tezelor ș. a.; cu atât mai puțin o putem face cu ocazia acestei scurte prezentări.

Sperăm a o face în viitor atât pentru cuprinsul anual al revistei cât și pentru caleidoscopul său final într'un cadru și mai amplu și mai la timp.

Și cu mai mult spirit de critică: pentru-că dacă ne bucurăm a ne prezenta în public cu mult material medical românesc (pe care îl căutăm cu predilecție în afara centrelor universitare, pentru-că el indică mai de grabă nivelul de dezvoltare generală a culturii medicale a unui popor), nu mai puțin trebuie să căutăm a face clară distincția între producțiile de fantezie, de multă imaginație, de compilație, de pură observație (mai mult sau mai puțin fericit exercitată), de contribuție originală (prin fapte noi sau de interpretare personală), de continuă și la înjinit revenire asupra acelor-aș fapte (chiar dacă mai mult sau mai puțin originale).

Toată atenția noastră este însă îndreptată asupra lucrărilor de originalitate, pe care căutăm a le prezenta; pe celelalte simplu a le menționa.

Pentru aceasta direcția revistei (al cărei director și-a permis a-și așeza scaunul pe frontispiciul revistei alături de acelea, pe cari stau reprezentanți atât de demni ai științei medicale românești, nu pentru simplă figurație ci pentru a putea mai bine realiza scopul apariției acestei recente publicațiuni medicale românești) recomandă cu insistență colaboratorilor săi, cari fac recenziile, să caute a scoate în relief cu ocazia citării diferitelor lucrări și co-

municării acea Notă de contribuție personală (distinctă când există) înbușită de obicei de chiar autorii lor în fașe prin noianul de scutece depuse pe deasupra printr-o suprapunere excentrică de lăbărțată compilație; precum roagă pe autorii, cari își publică lucrările în reviste sau buletine străine, să ne anunțe titlul lucrării însoțit de o succintă prezentare a cuprinsului ei.

Numai acestor Articole de export, pe cari nu-și poate permite cine-va îndrăseala de a le trece granițele, dacă ele n'ar însemna un real deși or cât de neînsemnat pas la mersul înainte al științei medicale universale; nu? cași Monografiilor (broșuri, manuale, tratate), cari prin valoarea lor științifică și utilitate practică fac un serviciu publicului cetitor, din materialul medical de recensat le vom face mențiune în acest caleidoscop; și nu vom putea nici tutulora dintre ele.

Pentru rest trimetem la cele Câteva zeci de publicațiuni medicale anterioare — nici un alt opaiș*) medical românesc neaprinzându-și jeștila în anul de grație 1930, și anume la: Acta medica latina, Arch. r. de path. exp. et de microb., Archives de Colentina, București Medical, Bul. Asoc. prof. a medicilor din Chișinău, Bul. Asoc. G-rale a med. din România, Buletinul medico-terapeutic, Clinica, Cluj Medical, Ginecologie și Obstetrică, Noua revistă medicală, Presa Sanitară, Revista științelor medicale, Revista medico-chirurgicală dela Iași, Revista Sanitară militară, Revista de chirurgie, Revista de hidrologie medicală, Revue Médicale Roumaine, România medicală, Sănătatea publică, Spitalul, Viața medicală; precum și la nu mai puținele Societăți medicale științifice din centrele universitare precum: Reuniunea anatomică din Cluj, Soc. anatomo-clinică din Iași, Soc. de anatomie și studiul cancerului din București, Soc. de biologie cu filiale la București—Cluj—Iași, Soc. de chirurgie, Soc. r. de dermatologie și sifilografie, Soc. de ginecologie, Reuniunea ginec. și obst. dela Cluj, Soc. de istoria medicinei și folklor, Asoc. internilor de spitale din Buc., Soc. med. a spit. din București, Soc. de medici și naturaliști dela Iași, Soc. de neur.-psych.-endocr. din Iași, Soc. de oftalmologie, Soc. de oto-neuro-oculistică din București, Soc. r. de O. R. L. din București, Soc. de pediatrie din Buc. și Iași, Soc. Șt. medicale din Cluj, Soc. de radiologie, Soc. stud. în medicină din București și Cluj sau din centrele neuniversitare: Cercul medico-farm. dela Craiova și Slatina, Asoc. medico-farm. din Bacău, Asoc. șt. med. din Bihor și Oradea-Mare, Soc. medicale militare din diferite centre de reședință din țară, — pe cari le recensăm de obicei în coloanele revistei noastre.

*) Numele de „opaiș“ a fost dat de D-l Dr. V. Gomolu, fostul secretar general al Ministerului S. P., unora din revistele medicale de azi „cari abia păpăe“, cu ocazia aniversării de 50 ani a revistei „Spitalul“, pe care ca să-l facă să strălucească mai viu, a dat îndărăt titlul „cât numai să lucească“ altor publicațiuni ca Revista medico-chirurgicală dela Iași din al XXI an dela temeinica fondare, ca Revista Științelor Medicale din al XIX an dela luminoasa apariție și pe ai cărui pnton dinainte de 1916 a figurat și numele D-sale, ca Revista sanitară Militară din al XXIX an de robustă sprijinire pe activitatea meritorie a tuturor centrelor medicale militare din țară, ca Universitarul Cluj Medical din al XI-lea an de laudabil exemplu p. toate.

Nu avem nimic de zis asupra meritelor Spitalului, căruia în chiar numărul de jată îl închinăm cele mai frumoase gânduri; și mai cu seamă asupra oportunității figurării retorice la asemenea ocazii; suntem de acord și asupra sferității opaișilor, cari și păpăe când n'au uleiu în deajuns: căci mai tencit și cu mai multă strălucire arde jeștila când își are celălalt capă,

Prin urmare deschidem filmul cu:

A. — PUBLICAȚIUNILE MEDICALE ROMĂNEȘTI ÎN PERIODICELE
ȘI SOC. MEDICALE STRĂINE*,

Le Sang: *Titu Vașiliu:* l'Ulcère lympho-granulomateux gastro-duodenal (No. 3, 1929, p. 257). — *C. Litarczek, H. Aubert, I. Cosmulesco, V. Comanescu et S. Litarczek:* Sur un cas de cyanose auto-toxique par methemoglobinémie intra-globulaire (No. 2, pag. 188, 1930). — *Ch. Achard et M. Enachescu:* Variations spontanées et provoquées de la repartition du chlore entre le serum et les globules du sang dans les maladies (No. 5, pag. 524, 1930). —

Annales de médecine: *C. Lian, O. Vian et C. Vidrasco:* L'atypie ventriculaire en electrocardiographie (conception générale et valeur semeiologique (No. 1, 1929, p. 48). — *Bacaloglu, N. Balan, L. Ballif et C. Vasilescu:* Le kyste hydatique du coeur (No. 3, pag. 242, 1929). — *E. Rist et V. T. Ionesco:* Nouvelles recherches experimentales sur les propriétés inhibitrices de certaines pleuresies tuberculeuses au cours du pneumothorax artificiel (No. 4, pag. 301, 1929). — *G. Marinesco, O. Sager et G. T. Dinichiotu:* Sur le traitement de la chorée par le luminal et le sulfate de magnesium avec considérations sur la physio-pathologie de la chorée (No. 3, pag. 237, 1930). — *I. Hatzieganu:* L'hypertrophie et la dilatation du coeur d'origine pulmonaire (No. 2, 1930).

Bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris: *Th. Mironesco et Angenomen:* Une forme d'angine avec exanthème particulier (No. 5, pag. 237, 1929). — *C. I. Urechia:* Mal de Pott cervical avec tachycardie et vertige dans la position horizontale (No. 16, pag. 607, 1929). — *C. I. Urechia:* Gomme du strié et du pâle sans symptômes extrapiramidaux (No. 16, pag. 608, 1929). — *A. Theohari:* État subfébrile permanent dans la tétanie latente (No. 18, pag. 682, 1929). — *A. Theohari:* Action de l'émétine dans les cas de bronchites sanglantes ou fétides à fuso spirilles (No. 18, pag. 685, 1929). — *C. I. Urechia:* Myasthénie bulbo-spinale traitée par l'extrait de tuber cinereum (No. 21, pag. 784, 1929). — *C. I. Urechia:* La difficulté de concentration psychique dans les sinusites (No. 21, pag. 787, 1929). — *C. I. Urechia et S. Mihaiesco:* La pyrethothérapie avec levure de bière dans la paralysie générale (No. 25, pag. 1052, 1929). —

(Urmare în No. de Ianuarie 1931).

bine mult în ulei; dovadă „Sănătatea publică“ care conform dorinței D-lui Prof. Moldovanu, regeneratorul ei, a putut să-și permită luxul „unui colorit special“ (chiar prea special pentru o publicație oficială de interes sanitar general) pentru ale sale dela 8 în sus coale de număr; dovada încă Revista de Obstetrică care a trebuit să-și suie în muc și să se culce, pentru că n'a mai avut ce arde.

Dar suntem mai puțin de acord asupra disprefului, cu cari sunt tratate sărmănele opaite, a căror smerită lumtoară — ca a Spitalului odințoară — a jost aprinsă cu o credință și pe care, ca să o întuețe, vechetorii își caică uneori demnitătea înghesuindu-se pe lângă bu-tolul cu grăstme.

Și cu totul de altă părere suntem asupra necesității de micșorare a rolului unor reviste ca cele citate mai sus, cari prin vechimea și finuta lor demnă ocupă locul de frunte în presa medicală românească.

*) Cu această ocazie cităm și lucrările din 1929 cari nu au fost menționate până acum în coloanele revistei.