

31216

EXPUNERE

DE

TITLURI ȘI LUCRĂRI

DE

Dr. C. PARHON



31216



LIBRĂRIE ȘI EDITURĂ
 LEA 52.454

Handwritten signature

31 MAY 2004

ALEXANDRIA

TIPOGRAFIA ȘI LIBRĂRIA «ALEXANDRI» ANGHIEL N. VAȘILESCU

1903





TITLURI

Extern al Spitalelor Civile (concurs) 1896.

Intern al Spitalelor Civile (concurs) 1897. in serviciul de boale nervoase de la 1897—1900.

Medic provizoriu al Spitalului Rallet (Decembrie 1901 Noembrie 1902).

Medic secundar ~~provizoriu~~ al Spitalului Pantelimon.

Concurs. Aprilie 1903.

II

Lucrări originale

ANATOMIA, ISTOLOGIA ȘI FIZIOLOGIA NORMALĂ ȘI PATOLOGICĂ
A SISTEMULUI NERVOS

I

Localizările în sistemul nervos

C. PARIQX ET M. GOLDSTEIN. — *L'origine de la branche descendante de l'hypoglosse.* (Roumanie médicale. No. 1. 1899.)

În această lucrare ne am propus să resolvăm chestiunea controversată a originii bulbare sau spinale a ramurei descendente a ipoglosului. Se știe că cei mai mulți autori admit cu *Holl* că această ramură nervoasă nu își trage origina din nucleul celei de a XII perechi craniene ci din măduva cervicală. Din contră *Wertheimer* în urma excitațiilor electrice ajunge la prima opinie. Profitând de noua metodă pe care *Nissl* a introdus-o în știință, adică de cunoștința faptului că celula nervoasă reacționează în urma soluțiilor de continuitate a cilindrului axil am făcut cercetări pentru a vedea care din cele două opinii este cea adevărată.

Rupând la mai multe animale ramura descendentă a nervului ipoglos, am găsit în jumătatea inferioară a nucleului ipoglosului și anume la partea cea mai externă și posterioară a acestui nucleu, un mic grup

celular, bine delimitat, care se prezintă în reacțiune în urma experiențelor făcute. Am conchis că ramura descendentă a ipoglosului și primește fibrele din bulb iar nu din măduva cervicală.

Lucrarea aceasta a fost citată în Anatomia sistemului nervos a lui *Van Gehuchten*.

C. PARION ET C. POPESCO. — *Sur l'origine réelle du nerf sciatique*. (Roumanic médicale No. 2 1899.)

În această lucrare, făcută într'un timp cînd studiul localisărilor medulare iera încă la începutul lui, ne am propus să utilizăm metoda dată de Nissl, pentru a căuta origina reală a nervului sciatic.

Rupînd sau sectionînd nervul la mai mulți cămî am găsit leziuni celulare ce încep de la partea inferioară a celui de al IV-lea segment lombar și se continuă până în al VI-lea segment lombar.

Dăm cu această ocaziune descripțiunea topografică a grupurilor celulare cari sînt la nivelul unde nucleul de origină al nervului ie în plină dezvoltare: antero-intern foarte redus, antroextern, intermediar, central și posterior. Descriem în acelaș timp modificările pe cari această dispozițiune a grupurilor o încearcă la nivelurile imediat superior sau inferior nucleului de origină al nervului. După ce am stabilit sediul celulelor ale căror prelungiri cilindricale constituiesc fibrele motrice ale sciaticului, ne am propus să determinăm, în parte, origina ramurilor terminale ale sciaticului. Servindu-ne de aceeași metodă, adică rupînd sau sectionînd aceste ramuri am ajuns la concluziunea că sciaticul popliteu intern și trage origina dintr'un

grup secundar al marelui grup posterior, grup pe care l'am numit posterointern după situațiunea ce ocupă. Sciaticul popliteu extern și trage origina dintr'un grup secundar posteroextern. Acest din urmă grup începe la un nivel mai superior și se termină mai curând de cât grupul de origină a sciaticului popliteu intern. Notăm în fine faptul că am găsit leziuni celulare în urma secțiunei simple a nervului, confirmând, contrariu celor ce a susținut *Van Gehuchten* cercetările lui *Nissl*, *Marinescu*, *Ballet*, *Dutil*, *Lugaro*.

Lucrarea aceasta a fost citată în Anatomia sistemului nervos a lui *Van Gehuchten*, în tratatul de patologie generală a lui *Boucharđ* și în cel de medicină internă al lui *Bronardel-Gilbert* și a servit, împreună cu alte lucrări, lui *Van Gehuchten* pentru a stabili teoria localizărilor motrice segmentare, teorie la care de alt-fel nu pot să subscriu.

C. PARHON ET C. POPESCO, — *Recherches sur la localisation spinale des noyaux moteurs du membre posterieur*, cu 4 figuri. (Roumanie medicale No. 3 1899.)

În lucrarea aceasta continuăm cercetările începute în precedentă. După ce am localizat ramurile terminale ale sciaticului ne am întrebat care ie semnificațiunea grupurilor central, intermediar și antero-extern. Pentru a avea soluțiunea acestor probleme am secționat la mai mulți câini firele sciaticului ce inervă mușchii posteriori ai coapsei. Pe secțiunile seriale corespunzătoare din măduva lombo-sacrată ale acestor animale am constatat că atât celulele grupului inter-

mediar cât și acelea ale grupului central sînt în reacțiune. Am conchis că grupurile acestea două trimit inervațiunea motrice mușchilor biceps crural, semitendinos și semimembranos. Cât pentru grupul antero-extern am admis ca probabil că servă la inervațiunea mușchilor fesieri. Aceasta prin exclusiunea grupurilor a căror semnificațiune o stabiliserăm deja. Aceste constatări făcute, am căutat să găsim origina reală a nervului crural. Servindu-ne de aceeași metodă de cercetare ca pentru experiențele precedente, am putut să stabilim că acest nerv și trage origina dintr'un grup extern ce ocupă jumătatea inferioară a celui de al III-lea segment lombar și cea superioară a celui de al IV-lea.

Descriem în acelaș timp topografia grupurilor celulare la nivelul nucleului nervului crural.

C. PARIHON ET M. GOLDSTEIN.— *Lesiuni secundare în nucleul ipoglosului în urma unui cancer al limbei. Considerațiuni asupra morfologiei acestui nucleu la om. Incercări de localizare.* (România medicală. 1899.)

Le a doua contribuțiune pe care o aducem la studiul localizărilor în nucleul ipoglosului. În cazul de față am examinat bulbul unui bolnav ce prezentase un cancer al limbei care respectase unele regiuni și distrusese din contra altele.

Comparând alterațiunile celulare cu topografia alterațiunilor mușchilor linguali, am putut să stabilim ore cari localizări. Am insistat în această lucrare asupra unui fapt ce nu fusese încă descris până la aparițiunea lucrărei noastre, asupra originei ramurei descen-

dente a ipoglosului, fapt ce are, cred, o însemnătate fiziologică deosebită. În vorba de dispozițiunea celulelor ce constituie nucleul ipoglosului în *grupuri* ce au o individualitate aparte și fără îndoială o funcțiune deosebită unele de aceea a celor-l'alte. Am descris și topografia acestor grupuri la diferitele niveluri ale nucleului studiat pe secțiuni seriate.

Am ajuns la concluziunile următoare :

1). La om nucleul ipoglosului ie constituit de grupuri celulare destul de bine delimitate.

2). Unele grupuri musculare a le limbei sunt reprezentate în nucleul ipoglosului prin grupuri celulare distincte.

a). Grupul anterior, dă naștere la fibrele nervoase ce merg la mușchii inferiori și mediani ai limbei (hyo-glos și genioglos).

b). Grupul extern înervă mușchii regiunii supero-externe. (lingual superior și amigdalo-glos).

c). Partea cea mai inferioară a nucleului ar reprezenta origina reală a ramurei descendente.

d). În fine cele-l'alte grupuri celulare înervă mușchii regiunii inferioare și laterale ale limbei. (lingualul inferior, stiloglosul.)

O traducere franceză a acestei lucrări a apărut în No. 1—2 din *Roumanie medicale*, 1900.

C. PARHON și M. SAVU. — *Cancer al feței. Leziuni secundare în nucleul facialului. Încercări de localizare.* (România medicală. No. 23. 1899.)

Acastă lucrare constituie o contribuțiune la studiul localisărilor în nucleul facialului. Am studiat pe sec-

țiuni seriate regiunea bulbo-protuberanțială a unei femei, ce prezentase un cancer al feței. Tumora distrusese complet și de ambele părți: transversul nasului, piramidalul, dilatatorul narinelor, ridicătorul comun al aripei nasului și al buzei superioare. Sprâncenosul iera și iel distrus complet în stînga și aproape complet în dreapta precum o arătau preparațiunile microscopice. În dreapta ridicătorul propriu al buzei superioare și ambiu zigomatică dispăruseră de asemenea din cauza procesului extensiv al tumorii.

Iera natural să ne gândim că în acest caz trebuie să existe alterațiuni în nucleul facialului. Examenul regiunii corespunzătoare a confirmat ideea aceasta. După ce dăm descrierea nucleului facialului și topografia grupurilor celulare, chestiune ce la om, nu fusese încă studiată în mod suficient, descriem în urmă sediul leziunilor. Către partea inferioară, a treimeii medii a nucleului, găsim, la partea posterioară a grupului al II-lea (numărând dinăuntru în afară) un număr de celule ce prezintă toate caracterele leziunilor secundare. La un nivel ceva mai superior numărul de celule bolnave se și mărește, așa că la nivelul părții mijlocii ai nucleului celulele bolnave formează un grup secundar destul de bine delimitat. Cu toate acestea în unele secțiuni găsim și celule normale la partea posteroinfernă a grupului al II-lea. Bilateralitatea și constanța acestor leziuni, căci iele persistă, până la partea cea mai superioară a nucleului ne au permis să conchidem că: *În partea posterioară a grupului al II-lea al nucleului facialului sînt localizate: transversul nasului, piramidalul, ridicătorul comun al aripei nasului și al buzei superioare, di-*

latatorul narinelor și sprâncenosul. Acest din urmă fapt ie de natură a confirma cercetările experimentale ale D-lui Profesor Marinescu și ale lui Van Gehuchten asupra originii facialului superior. Ni s'a părut posibil ca celulele intacte ce le am găsit la partea posterioară a grupului al II-lea, pe unele secțiuni, să fie în raport cu inervațiunea mușchilor frontali cari nu fuseseră interesați de tumora canceroasă.

În fine pe câte-va secțiuni, în partea mijlocie a nucleului și numai în partea dreaptă a lui, am găsit câte-va celule alterate în grupul extern. Ne am întrebât fără a fi prea afirmativi, dacă aceste din urmă leziuni nu sint datorite distrucțiunii mușchilor zigomatici.

O traducere franceză a acestei lucrări a apărut în *Roumanie medicale*. No. 4—2. 1900.

C. PARIKH.— *Originea reală a obturatorului.* (Comunicare făcută societății de Anatomie din București. Ianuarie 1900).

Lucrarea aceasta ie o urmare naturală a celor ce am făcut, relative la originea sciaticului și a ramurilor sale și asupra localizării spinale a cruralului. M'am servit de aceeași metodă ca și pentru cercetările precedente. Am ajuns la concluziunea că nervul obturator și primește fibrele motrice dintr'un grup ce ocupă centrul cornului anterior și se întinde de la partea mijlocie a celui de al III-lea până ce-va mai jos de jumătatea celui de al IV-lea segment lombar.

Cu această lucrare, și cu cele-lalte două precedente am stabilit originea reală a tuturor nervilor membru-

lui posterior. La om existând o dispozițiune asemănătoare concluziile ce se degaja din aceste cercetări îi sunt aplicabile.

Insist în fine asupra însemnătăței pe care acest fel de cercetări îl are pentru fiziologia și patologia sistemului nervos. O lucrare asupra acestui subiect am publicat-o în urmă cu D-l Popescu, în România medicală, No. 2 din 1900, iar o traducere a acesteia din urmă în edițiunea franceză a aceleiași reviste. No. 1 - 2 din 1900.

C. PARHON și M. SAVU. — *Leziuni secundare în măduva spinărei în urma rezecțiunei marelui pectoral.* (România medicală. Iunie 1900.) și (Comunicare la Soc. de Anatomie. Aprilie 1900.)

În prima încercare de a localiza la om centrul marelui pectoral. Am putut să studiem un fragment din măduva cervicală a unei bolnave ce prezentase un cancer al regiunii anterioare a toracelui și căreia îi se practicase într'un serviciu de chirurgie extirpațiunea tumorii împreună cu aceea a mușchiului marele pectoral. Tumora atinsese și digitațiunile marelui dințat în porțiunea lor cea mai anterioară.

În fragmentul ce am studiat am găsit în reacțiune celulele unui grup median și a celui antero-extern.

Am crezut că aceste alterațiuni pot fi puse în legătură cu rezecțiunea pectoralului. Din nenorocire, împrejurări independente de voința noastră, ne au împiedecat de a practica examenul acestei măduvi pe secțiuni seriate, pe de altă parte alterațiunile marelui dințat nefiind prea întinse, am crezut că nu se

poate stabili o relațiune între leziunile ce am găsit în măduvă și acelea ale acestui din urmă mușchiu. Cercetări noi se impuneau. Am rezeecat atunci marele pectoral la un câine Rezultatul a făcut obiectul comunicărei ce urmează.

C. PARHON. — *Origina reală a marelui pectoral.* (Comunicare făcută Societăței de Anatomie din București. Ședința din 28 Maiu 1900.)

Făcând secțiuni seriate din măduva animalului, cu rezecețiunea marelui pectoral, am găsit alterațiuni caracteristice în grupul central la nivelul celui de al VI-lea segment cervical și până spre partea superioară a celui de al VII-lea. Grupurile ce corespund celor alterate în cazul precedent, ierău normale. Semnalez atunci deosebirea între acel caz și rezultatul experimentațiunei arătând că nu ie încă posibil a o explica în mod satisfăcător.

C. PARHON și M. GOLDSTEIN. — *Cercetări asupra localizațiunei motrice a marelui pectoral, la om și la câine.* (România medicală. No. 17—18. 1900.)

Ocaziunea ni s'a prezentat să urmăim mai departe cercetările asupra localizațiunei mușchilor pectorali.

După ce am confirmat prin noi experiențe exactitatea rezultatului arătat în precedentă comunicare, am fost puși în posibilitatea de a examina măduva unei bolnave ce prezentase rezecețiunea ambilor mușchi pectorali de o parte, făcută tot pentru o tumoră cance-roasă. În acest caz practicând secțiuni seriate din în-

treaga umflătură cervicală am găsit alterațiuni în grupul anteroextern în cel anterior și în cel *central*. Leziunile încep în al V-lea segment cervical și se continuă până în al VII-lea. În urma acestor constatări am conchis că la om ca și la animale se poate spune cu siguranță că marele pectoral și primește inervațiunea motrice din grupul central. În ce privește celelalte două grupuri am crezut că reacțiunea lor în două cazuri în care marele pectoral a fost extirpat nu poate fi întâmplătoare. Am presupus — fără a fi prea afirmativ — ca unul din iele ar fi centrul micului pectoral, mușchiul ce fusese resecat în al II-lea caz și care ar fi putut avea leziuni microscopice în primul. Cât despre cel-alt grup am admis posibilitatea ca să reprezinte origina ramurii descendente a nervului marelui pectoral. Nervul micului pectoral dând ramuri ce merg și la cel mare iera un fapt mai mult pentru a ne face să înțelegem pentru ce chiar în cazul când marele pectoral ar fi singur resecat ar putea să reacționeze și celulele de origină ale nervului micului pectoral. Ne am propus în fine să facem noi experiențe pentru a lumina complet chestiunea ¹⁾.

¹⁾. Astă-ți această lumină s'a făcut. Am arătat noi înșine și apoi D-l Profesor Marinescu că grupul extern, ce corespunde celui pe care l'am numit antro-extern la om, reprezintă la animale nucleul circumflexului. Pentru grupul anterior D-l Profesor Marinescu a arătat că ie centrul marelui dințat. Mușchiul acesta iera în mod evident alterat în primul caz și prezenta foarte probabil alterațiunii microscopice în cel de al II-lea.

Raportul de contiguitate dintre deltoid și marele pectoral ne face să presupunem că în ambele cazuri aū trebuit să existe leziuni microscopice, în primul dintre acești mușchi de unde reacțiunea în nucleul circumflexului. Cât despre micul pectoral știm astă-ți grație cercetărilor D-lui Profesor Marinescu și ale lui Sanō, că și primește fibrele motrice tot din grupul central dar de la un nivel mai inferior de cât al acelora ce inervă marele pectoral.

C. PARIHON și M. GOLDSTEIN. — *Localizările motrice spinale și teoria metameriilor*. (România medicală Octombrie 1900, cu 4 figuri).

În această lucrare ne propunem să vedem întru cât metoda experimentală confirmă teoria susținută de *Van Geluchten* că localizările motrice spinale sînt *segmentare*. Pentru a fi în măsură de a judeca chestiunea am desarticulat unul câte unul diferitele segmente a le membrului anterior și ale celui posterior. Experiențele au fost făcute pe cămin. Înainte de a expune rezultatele la care am ajuns am dat descripțiunea și topografia grupurilor celulare ale umflăturii cervicale și lombare. Nu voi înșișa aici asupra acestei descripțiuni ci mă voi mărgini a da numai rezultatul experiențelor și concluziunile ce decurg din iele. În urma desarticulațiunei labei anterioară sau în termenii anatomiei a *mănei*, începem a întâlni celule în reacțiune pe la partea superioară a celui de al VIII-lea segment cervical. Aceste celule constituie grupul secundar pe care îl am numit *posterointern*. Puțin voluminos la început, acest grup se mărește cu cât descindem în spre măduva dorsală. Atragem atențiunea asupra faptului că în unele secțiuni, în special la partea inferioară a segmentului, grupul în chestiune apare subdivizat la rîndul său în 2 alte grupuri. Credem că faptul are o valoare fiziologică, fie-care din aceste grupuri înervînd mușchii cu funcțiuni deosebite. În primul segment dorsal mîna ie reprezentată prin grupul postero lateral care ie continuarea celui postero-intern din segmentul precedent. *Antebrațul* începe a

fi reprezentat pe la partea inferioară a celui de al VII-lea segment cervical deupând grupul cel mai posterior. In al VIII-lea segment antebrațul ie reprezentat prin două grămezi celulare externă și mediana ce sunt sub diviziunii ale marelui grup posterior. Regăsim deci și aci două grupuri secundare cari fără indoială au funcțiuni diferite. In urma desarticulațiunei sopulomerită găsim in reacțiune ceiulele ce inervă mușchii segmentelor precedente și in plus acelea cari inervă mușchii brațului.

Celulele ce inervă acest segment 'și fac aparițiunea in jumătatea inferioară a celui de al VI-lea segment cervical ocupând grupul cel mai posterior. Acest grup se subdivide și iel in 2 grămezi secundare postero-externă și postero-internă. In al VII-lea segment leziunile ocupă grupul posterior care in urmă la partea inferioară a acestui segment devine intermediar, prin aparițiunea de noi grupări, pozițiune ce o ocupă și in segmentul următor. In urma desarticulației piciorului propriu zis, (laba posterioară) găsim leziuni ce încep cam pe la jumătatea celui de al V-lea segment lombar. Celulele in reacțiune formează un mic grup aparte ce ocupă partea cea mai posterioară a cornului anterior menținându-se până in al VI-lea segment lombar. Pentru motive expuse in lucrare, credem că acest grup nu inervă de cât mușchii plantari ai piciorului. Celulele ce inervă gamba încep cam pe la jumătatea celui de al IV-lea segment lombar, continuându-se cam până in $\frac{1}{3}$ inferioară a celui de al V-lea segment și ocupând grupul posterior. Pe la jumătatea acestui segment acolo unde întâlnim grupul mușchilor plantari ai piciorului, celulele ce innervă

gamba sint așezate imediat înaintea acestuia. În fine coapsa ie reprezentată prin grupul extern și central, începând pe la jumătatea celui de al III-lea și mergând până la jumătatea celui de al IV-lea segment. Topografia grupurilor schimbându-se la acest nivel, celulele ce înervă coapsa constituiesc grupurile central și intermediar ce se mențin până în partea inferioară a celui de al V-lea segment.

Din experiențele acestea se degajă în mod natural faptul că teoria localizărilor segmentare, nu se pôte aplica în mod general pentru toate segmentele membrilor căci există segmente înervate de 2 sau și mai multe grupuri celulare.

Conchidem că localizarea nervoasă și *funcțională* ni se pare mai conformă cu faptele acumulate până atunci.

C. PARION UND M. GOLDSTEIN. *Die spinalen motorischen Localisationen und die theorie der Metamerieen.* (cu 8 figuri, Neurologisches Centralblatt. No. 20 – 21 din 1901).

Ie lucrarea precedentă amplificată prin adăugirea de cercetări noi. Ast-fel pentru antebraț am putut să mergem cu subdiviziunea grupurilor mai departe. Această subdiviziune ie naturală căci experiența ne-a arătat faptele următoare. În urma extirpațiunei mușchilor regiunei anterioare a antebrațului găsim în reacțiune grupurile secundare pe cari în lucrarea precedentă le-am numit median și extern. Rămân cu tôte acestea câte-va celule intacte ce ocupă o pozițiune și mai externă, la partea posterioară a cornului. Aceste

celule prezintă, din contra alterațiunile caracteristice, în urma rezecțiunii mușchilor posteriori ai antebrațului. Pe lângă acest mic grup găsim încă în reacțiune în urma acestei operațiuni un alt grup secundar situat între grupul intermediar și grupurile antebrațului de cari am vorbit. Precum vedem experimentațiunea ne face să observăm mai multe grupuri celulare cu funcțiuni independente și ne permite a merge foarte departe cu studiul localizărilor. Am resecat de asemenea mușchii regiunii posterioare și a celei antero-externe a gambei. Aceste exeperiențe ne-au arătat în concordanță cu cele ce știam deja relativ la origina ramurilor terminale ale sciaticului că mușchii posteriori ai gambei sunt innervați de grupul postero-intern iar cei antero-externi de grupul postero-extern al regiunii lombare corespunzătoare.

C. PARIHON ET M. GOLDSTEIN. *L'origine réelle du nerf circonflexe.* (cu 2 figuri, Revue Neurologique. No. 10 din 1901).

Intr'una din lucrările sale asupra localizărilor D-l Profesor Marinescu, stabilise origina reală a medianului, cubitalului, musculo-cutanatului și a radialului. Rămânea pentru a cunoaște origina tuturor nervilor membrului anterior, să o căutăm pe aceea a circonflexului. Rezecând nervul la mai multe animale am putut să stabilim că circonflexul și primește fibrele motrice din al V-lea și al VI-lea segment cervical și anume din grupul extern. Insistăm asupra faptului că nervul circonflex deși și primește origina aparentă dintr'un trunchiu comun cu radialul, are cu toate acestea un nucleu de origină situat la un nivel supe-

rior aceleuia al radialului și cu totul independent de acesta. Discuțăm în fine teoriile emise relativ la localizările medulare și conchidem că în starea actuală a cunoștințelor noastre ar fi greu să se arate legea care presidă la aceste localizări, dar dacă am trebui să emitem o opinie aceea care ni se pare mai aproape de adevăr ie că localizările sunt în general *funcționale*.¹⁾

C. PARDON ET M. GOLDSTEIN. — *Quelques nouvelles contributions à l'étude des localisations médullaires.* (Communication à la société belge de Neurologie séance du 30 Novembre 1901.) (Journal de Neurologie No. 24. 1901 și No. 1. 1902 cu 26 figuri.)

În lucrarea aceasta studiem alterațiunile ce am găsit în măduva unui bolnav ce a sucombat în urma unui cancer ce distrusese plexul brahial. De asemenea am studiat topografia grupurilor celulare în măduva cervicală în starea normală. Aceste observațiuni, și comparațiunea grupurilor celulare a măduvei omului și aceea a măduvei animalelor pe cari s'au făcut experiențe pentru studiul localizărilor ne-au permis să stabilim următoarele concluziuni.

1.) Alterațiunile celulare, începând în cazul de care vorbim la partea superioară a celui de al IV-lea segment cervical, putem conchide împreună cu Collins,

1). Să mi fie permis a reproduce aci apreciațiunile pe cari le face asupra acestei lucrări Sano, unul din autorii cari s'a ocupat mai mult și printre cei dintâi cu studiul localizărilor medulare. Discuțând într'una din lucrările sale opiniunea lui De Neef care susținuse că în starea ac-

că la acest nivel începe origina reală a fibrelor plexului brahial.

2.) Grupul antero-intern fiind intact, putem conchide că nu participă la formațiunea plexului brahial. Iel trebuie să fie în raport cu mușchiul coloanei vertebrale.

3.) Nucleul frenicului ie situat deasupra celui de al IV-lea segment cervical, căci n'am găsit la acest nivel, nici un grup intact care ar putea să fie pus în raport cu acest nerv ceea ce confirmă opiniunea lui Drumond care 'l pune între al III-lea și al IV-lea segment cervical și ie în contradicere cu opiniunea lui Kaiser, după care ar descinde până în al V-lea și chiar al VI-lea segment. Acest nerv trebuie să 'și tragă origina din grupul anterior al celui de al III-lea segment, care amintește grupul găsit ceva mai jos, la animale în experiențele lui Sano, Kohnstam, Marinescu și care corespunde destul de bine cu locul pe care: 'l atribue Sano, în schema sa.

4.) Grupul antero-extern reprezintă la nivelul primului și celui de al II-lea segment cervical origina reală a nervului spinal, precum o susține Kaiser. Nu

tuală nu avem încă un mijloc de a arăta existența localizărilor *musculaire* în măduvă, se exprimă ast-fel: Les preuves manqueraient donc. Voici heureusement un travail des plus intéressants de Parhon et Goldstein qui va nous donner l'occasion d'en rappeler quelquesunes. După ce amintește câte-va din cercetările noastre arată că localizarea ce am găsit-o noi concordă cu cea presupusă de iel și se exprimă ast-fel «La situation, indiquée expérimentalement par Parhon et Goldstein, est de nature à confirmer mon *hypothèse*, j'insiste sur le mot *hypothèse*, car je n'ai pas la prétention de défendre, ici une priorité. Tout l'honneur d'avoir déterminé cette localisation d'une manière positive revient aux infatigables travailleurs de Bucarest».

Am avut plăcerea să vedem această localizațiune confirmată de D-l Profesor Marinescu, într'una diu interesantele sale lucrări.

știm unde trebuie pusă extremitatea inferioară a nucleului acestui nerv dar putem afirma că, Kaiser o pune la un nivel prea inferior, căci în al IV-lea segment grupul antero-extern iera alterat de și mușchii inervați de spinal ierau intacti.

5.) Nucleul intermediar trebuie să reprezinte în al IV-lea segment centrul mușchilor supra și sub-spinoși, dacă se ține seamă de cercetările experimentale ale D-lui Profesor Marinescu.

6.) În al V-lea segment, grupul central reprezintă precum am stabilit-o deja și cum rezultă și din cercetările experimentale ale lui Sano, Parhon și Goldstein, Marinescu centrul marelui pectoral.

7.) Grupul intermediar (sau extern) reprezintă după cercetările noastre experimentale și ale D-lui Profesor Marinescu, nucleul circumflexului.

8.) Grupurile de la partea posterioară a cornului reprezintă după cercetările experimentale ale D-lui Profesor Marinescu și ale noastre proprii, centrul mușchilor regiunii anterioare a brațului.

9.) Grupul anterior reprezintă după cercetările experimentale ale D-lui Profesor Marinescu, centrul marelui dințat.

10.) În al VII-lea segment grupul central reprezintă probabil centrul micului pectoral. (Marinescu, Sano.)

11.) Grupul antero-extern ie nucleul marelui dorsal. (Marinescu.)

12.) Grupul posterior din al VII-lea segment și cel intermediar din al VIII-lea ie centrul tricepsului brahial (Marinescu, Parhon și Goldstein.)

13.) În al VIII-lea segment grupul postero-extern

înervă mușchii regiunii posterioare a antebrațului și scurtul abductor al policelui. (Marinescu, Parhon și Goldstein.)

14.) Celelalte grupuri (postero-interne) înervă mușchii regiunii anterioare a antebrațului. (Marinescu, Parhon și Goldstein.)

15.) Ceva mai jos grupul cel mai intern și posterior înervă mușchii mâinei. (Parhon și Goldstein, Marinescu.)

16.) În I-ul segment dorsal toate micile grupuri laterale afară poate de cel mai anterior care ar aparține antebrațului înervă mușchii mâinei. Mușchii mâinei ca și a altor segmente ale membrilor sunt reprezentați deci în măduvă prin mai multe grupuri celulare.

17.) Fibrele ce constituiesc plexul brahial încep a ieși din măduvă la partea superioară a celui de al IV-lea segment cervical și continuă până la partea inferioară a I-lui segment dorsal.

În a II-a parte a acestei lucrări facem critica teoriilor emise relative la localizări și respingem în special concluziunile lui De Neef care prin experiențe de ruperi ale nervilor în diferite regiuni a voit să stabilească în măduvă nucleii *segmentari*. Concluziunile sale nu concordă de loc cu rezultatele la cari am ajuns noi și D-I Profesor Marinescu, desarticulând segment cu segment. Or acest mod de a proceda ie singurul care ne autoriză să stabilim cum sint reprezentate segmentele în coarnele anterioare.

Textul român al acestei lucrări a apărut în «*Spitalul*» 1902.

Dr. C. PARHON și D-na CONSTANȚA PARHON. *Contribuțiuni la studiul anatomiei microscopice a măduvei spinăreii, câte-va noi localizări.* (Presa medicală română. No. 12, 13 și 14 din 1902).

În această lucrare studiem substanța griză a măduvei spinăreii ocupându-ne de dispozițiunea pe care o prezintă la diferite niveluri: 1). Grupurile celulelor motrice din coarnele anterioare. 2). Grupul intermedio-lateral. 3). Substanța griză periependimară. 4). Celulele coloanei lui Clarke. 5). Cornul posterior. La fie-care nivel arătăm localizările cunoscute până în acel moment. Arătăm în fine rezultatele cător-va cercetări ce le am făcut cu privire la localizarea umora din mușchii gabei. Acest din urmă punct făcând obiectul unei lucrări ulterioare, nu insist aici asupra lui. Cu ocaziunea acestei lucrări am făcut secțiuni longitudinale și vertico-transversale din fie-care segment al măduvei spinăreii. Am găsit că foarte adeseori grupurile celulare ce le vedem în secțiunile transversale, nu constituiesc o coloană continuă și neîntreruptă ci ne apar formate din grupuri suprapuse. Am găsit de asemenea că coloana lui Clarke prezintă și ica în unele regiuni tendința de a se separa în grupuri secundare chiar pe secțiunile transversale. Faptul acesta are însemnătatea lui căci ie foarte probabil că fie-care din aceste grupuri secundare ie în raport cu inervațiunea unui teritoriu deosebit. Viitoarele studii asupra localizărilor vor trebui să țină seamă de aceste constatări.

C. PARIHON ET M. GOLDSTEIN.— *Sur la localisation des centres moteurs du biceps crural, du demi-tendineux et du demi-membraneux dans la moelle épinière.* (avec 10 figures. Journal de Neurologie. No. 43 din 1902).

În această lucrare stabilim localizarea celor 3 mușchi ai regiunii posterioare a coapsei inervați de nervul sciatic. Centrul semimembranosului începe către partea inferioară a treimeii superioare, a celui de al IV-lea segment lombar, prin câte-va celule situate în afară și puțin înapoia nucleului obturatorului, între acesta și extremitatea inferioară a nucleului cruralului. Ceva mai jos nucleul obturatorului descrește pe când centrul semimembranosului se dezvoltă și înconjură extremitatea inferioară a nucleului obturatorului. Ceva mai jos încă nucleul acesta dispărând, centrul semimembranosului ocupă singur centrul cornului anterior. Mai jos încă acest centru se micșorează și dispăre la rândul său pe la mijlocul celui de al IV-lea segment pe când înaintea și în afara lui apar respectiv centrul semitendinosului și al bicepsului crural. Aceștia reduși la început, se dezvoltă în curând așa că la partea inferioară a celui de al IV-lea segment lombar, centrul bicepsului ne apare constituit din două grupuri secundare. Ne întrebăm dacă unul din aceste grupuri nu reprezintă centrul abductorului gambei, care se poate considera ca o dependență a bicepsului crural și pe care l-am extirpat în experiențele noastre împreună cu acesta. În fine cam pe la partea mijlocie a celui de al V-lea segment centrul bicepsului și a

semitendinosului dispar iar în porțiunea ce rămâne din măduva lombosacrată, coapsa nu mai ie reprezentată prin nici un centru muscular. În a II-a parte a lucrării observăm că aceste constatări sînt în concordanță cu ceea ce am spus înainte că localizările sînt funcționale căci semitendinosul și semimembranosul au centrul în aceeași coloană celulară, centrul cărui însă se pot isola așa că constatările noastre nu vorbesc nici contra teoriei lui Sano după care localizările sînt musculare. Teoria aceasta ca și aceea susținută de D-I Profesor *Marinescu* după care localizările sînt conduse de cele 3 legi: ale economiei spațiului, timpului și materiei pentru ca în aceste condițiuni funcțiunea să se execute cât mai ușor, sînt foarte apropiate de aceea pe care o susținem. Răspundem în fine la câte-va obiecțiuni pe cari ni le-a făcut *Dejerine* cu privilegiul unei alte lucrări și arătăm că teoria localizărilor radiculare susținută de acest autor nu ie de loc stabilită pe baze ineluctabile.

C. PARIHON et M-me CONSTANCE PARIHON. — *Recherches sur les centres spinaux des muscles de la jambe.* (Comunication à la société belge de Neurologie. Séance du 26 Juillet 1902. Journal de Neurologie. No. 17. 1902, avec 12 figures.)

În această lucrare căutăm să ducem mai departe opera de analiză începută în unele din lucrările precedente. Cunoscând cari sînt grupurile celulare în raport cu inervațiunea motrice a gămbei ne am întrebat care ie partea ce revine în aceste grupuri fie-cărui mușchiu al acestui segment.

Dăm aci rezultatele la cari am ajuns. Centrul mușchilor *gemeni* ie reprezentat printr'un grup secundar ce apare în jumătatea inferioară a celui de al IV-lea segment lombar și ocupă partea cea mai anterioară a grupului primar postero-intern. Redus la început acest centru se mărește în curând și se menține în toată întinderea măduvei unde gamba ie încă reprezentată pe când centri celor-lalți mușchi ai acestui segment se termină la un nivel mai superior. L găsim ast-fel singur pe la jumătatea celui de al V-lea segment lombar în regiunea unde centrul bicepsului crural și al semi-tendinosului sint în plină dezvoltare și unde apar grupurile celulare în raport cu mușchii piciorului. Acest centru dispare în fine în jumătatea inferioară a celui de al V-lea segment. *Centrul flexorului superficial* apare cam la acelaș nivel cu acela al gemenilor dar pe când acesta din urmă ie alungit în sensul transversal, primul ie mai mult sau mai puțin rotunjit și așezat înapoia aceluia al gemenilor, nu ocupă de cât jumătatea internă a regiunii posteroare centrului gemenilor pe când jumătatea externă ie ocupată de *centrul flexorului profund*. Ambii acești centri dispar în jumătatea superioară a celui de al V-lea segment lombar.

Centrul gambierului anterior apare cam în partea inferioară a jumătății superioare a celui de al IV-lea segment lombar imediat înapoia extremității inferioare a nucleului cruralului. Acesta din urmă se termină în curând iar centrul gambierului anterior rămâne singur în unghiul posterolateral al cornului. În curând însă înapoia lui apare un alt centru în raport cu *mușchii extensori ai degetelor* căci ie în reacți-

une în urma extirpațiunii acestora. Înăuntrul acestor centruri apar aceia ai mușchilor regiunii posterioare a gambei de cari am vorbit mai sus. Ceva mai jos centrul gâmbierului și al extensorilor dispar iar în grupul postero-extern în afara centrului gemenilor găsim *centrul peronierului lateral*. Rămân încă câți-va mușchi a căror localizare precisă n'am stabilit o până acum.

După ce expunem rezultatele precedente, comparăm dispozițiunea grupurilor celulare din măduva câinelui nu aceea ce o găsim la om și încercăm să făcăm câte-va aplicațiuni la om, a localizărilor ce am stabilit prin experiențe. Arătăm în fine că există o *omologie* a centrilor mușchilor gambei și cei corespunzătorii de la antebraț. *Omologiile musculare se traduc în măduvă prin omologii în centruri de origină*. Descriem apoi caracterul alterațiunilor celulare pe baza cărora am făcut constatările precedente. În într'un ultim paragraf încercăm să fixăm terminologia întrebuințată relativ la localizări și care ie încă puțin precisă și oscilantă. Termenii de centru, nucleu grup celular se întrebuințează des unul pentru altul. Pentru a evita confuziunii și bazați pe faptul că nu există deosebiri fundamentale între localizările nervilor rachidieni și cei cranieni, propunem numele de *nucleu* pentru totalul grupurilor celulare ce servă de origină reală a unui nerv. Acela de *centru* pentru celulele ce înervă un singur mușchiu. Termenul de *grup* îl păstrăm pentru a indica o grămadă celulară mai mult sau mai puțin limitată ce servă de origină unui nerv, ramuri nervoase sau înervă un număr de mușchi cu funcțiuni comune. Adese ori grupul se sub

divide la rândul său atunci vom numi pe cele cari rezultă din această sub-diviziune *grupuri secundare*. Toate la un loc vor forma un *grup primar*. Grupul primar va putea fi după împrejurări, origina unui nerv sau ramuri nervoase ce inervă mai mulți mușchi, sau aceea a unui nerv ce inervă un singur mușchiu. In acest din urmă caz îi vom putea zice indiferent nucleul nervului X sau centrul mușchiului X. Grupurile secundare au de obicei semnificațiunea de *centrii musculari*.

C. PARHON și M. GOLDSTEIN. — *Cercetări asupra representațiunii motrice a membrului inferior în măduva lombo-sacrată, la om.* (Comunicare făcută societății de anatomie din București. Ședința din 7 Decembrie 1902.)

Am studiat pe secțiuni seriata măduva unui bolnav ce prezentase desarticulațiunea gabei de o parte și amputațiunea coapsei la mijlocul ei de partea opusă. Alterațiunile găsite pentru gambă și picior concordă destul de bine cu localizarea ce îi atribue Sano, Van Gehuchten și colaboratorii săi De Buck și Nelis, și mai în urmă Bruce. Pentru coapsă leziunile sint mult mai puțin intense dar ocupă grupurile ce corespund acestora ce le am găsit în reacțiune la animalele din experiențele noastre anterioare. Bazați tot pe cercetările noastre experimentale și pe acelea mai recente făcute de unul din noi împreună cu D-na Parhon și cari trebuie să apară în curând în *Journal de Neurologie*, am căutat să stabilim localizarea aproximativă a celor mai mulți din centrii mușchilor coapsei și gabei la om. Această lucrare a fost trimisă in extenso și însoțită de figurî demonstrative la *Neurologisches Centralblatt*, unde a fost primită cu mulțumiri și unde va apare în curând.

III

ISTOLOGIA NORMALĂ ȘI PATOLOGICĂ A SISTEMULUI NERVOS

C. PARHON ET M. GOLDSTEIN. — *Contribuțiunî la studiul leziunilor secundare a le celulei nervoase.*
(Romania medicală. Octombrie 1900).

Cu ocaziunea cercetărilor ce am făcut asupra localizărilor motrice a diferitelor segmente în măduva spinărei am fost isbiți de faptul că în urma desarticulațiunei coxofemorale, scapuloumerale alterațiunile celulelor ce înervă piciorul sau mâna sînt mai intense de cât ale acelor care înervă gamba sau antebrațul iar acestea mai intense de cât ale acelor care înervă coapsa sau brațul. Am conchis că lungimea cilindrului axil separat de corpul celulei influențează direct intensitatea leziunilor și că din două celule cu cilindrul axil inegal, făcându-se secțiunea acestuia la distanță egală de corpul celulei, reacțiunea va fi mai intensă în celula căreia i s'a amputat o porțiune mai lungă de cilindrul axil. Cu acest prilej am căutat să dăm o explicațiune a mecanismului intim al leziunilor secundare, Tumefacțiunea celulei, convexitatea păreșilor săi care în starea normală sînt mai de grabă concavî sînt indicii sigure că avem a face cu o mărire a tensiunei intracelulare. Am admis că secțiunea cilindrului axil determină o imbibițiune a celulei cu un lichid ce o tumefiază, o distinde. Imbibițiunea s'ar face, poate, în lungul cilindrului axil. Tensiunea intracelulară mărită aduce la rîndul ieî o modificare a

condițiilor normale de osmosă iar această schimbare aduce o perturbațiune a compozițiunii saline a sucului intracelular. Această din urmă modificare ar aduce disoluțiunea elementelor cromatofile, căci se știe marea influență pe care o exercită compozițiunea salină a mediului asupra disoluțiunii sau precipitațiunii albuminoidelor. Așa s'ar explica, in parte, pentru ce disoluțiunea începe mai întâi în centrul celulei. Periferia in contact mai direct cu mediul nutritiv s'ar resimți mai puțin de turburările intracelulare. O altă explicațiune ce trebuie să intervină pentru acest din urmă fapt ie aceea dată de D-l Profesor Marinescu. D-sa găsiind că elementele cromatofile de la periferia celulei apărând cele dintâi a aplicat aci legea de patologie generală după care elementele ce se desvoltă mai de timpuriu sînt cele mai puțin vulnerabile.

C. PARHON și M. GOLDSTEIN. — *Cercetări asupra naturei ganglionului ciliar.* (Spitalul 1 Decembrie 1900).

Chestiunea naturei ganglionului ciliar a fost mult debătută. Așa Jerogoff 'l consideră ca un ganglion spinal. Retzius ca un ganglion simpatic. Pentru Krause ar fi in acelaș timp și spinal și simpatic. Holtzman 'l consideră ca spinal la unele specii, ca simpatic la altele. Pentru Marina, iel ar fi centru motor al irisului. Ne-am propus să studiem chestiunea la lumina pe care metoda lui Nissl, a aruncat'o asupra istologiei fine a ganglionilor spinali și a celor simpatici.

Comparând ast-fel secțiunile din ganglionul oftalmic

eu acelea din ganglionii spinali și simpatiei am găsit că se apropie mult mai mult de primii de cât de cei din urmă. Un alt argument ce ne a făcut să admitem că ganglionul ciliar ar fi de aceeași natură ca cei spinali consta în faptul că celulele acestui ganglion întocmai ca acelea ale ganglionilor spinali și contrariu aceloră din simpatie prezintă în mod caracteristic fenomenele reacțiunei secundare. Discutăm apoi ipoteza lui Marina, după care ganglionul ciliar ar fi centrul motor al irisului. Lesiunilor lui s'ar datori pierderii reflexului pupilar la lumină în tabes, iar reflexul la acomodare ar fi conservat căci în acest caz constricțiunea pupilară ar fi pasivă și produsă printr'o relaxare a fibrelor dilatatrice. Arătăm că există un centru al mișcărilor irisului în nucleul motorului ocular comun, centru stabilit în mod sigur deci nu ie nevoie de a'l căuta într'altă parte. Integritatea acestui centru în tabes ne explică în mod suficient, fără a fi necesară vr'o ipoteză oare-care, conservarea reflexului la acomodare. Admitem că ganglionul ciliar are o funcțiune sensitivă și servă a regula pe cale reflexă circulațiunea, tensiunea mediilor intra-oculare și poate și tonusul fibrelor netede sau striate ale aparatului vederei. Nu ni se pare imposibil ca fibrele centripete ale ganglionului ciliar să fie influențate de lumină contribuind ast-fel la producerea reflexului pupilar. Ne întrebăm în fine dacă lesiunile acestui ganglion nu aduc turburări de vedere căci Lanegrace și Bechterew au arătat că există o legătură intimă între sensibilitatea tactilă, dureroasă, etc. a ochiului și funcțiunea vederei.

C. PARIHON și M. GOLDSTEIN.— *Starea celulelor piramidale mari în urma leziunilor fascicolului piramidal.* (Spitalul 15 Ianuarie 1901, cu 4 figurî.)

În această lucrare confirmăm faptele observate mai întîi de Von Monakov apoi de Dotto și Pusateri, Marinescu, Ballet și Faure că celulele piramidale mari dispar într'un timp mai mult sau mai puțin scurt în urma leziunilor experimentale ale fascicolului piramidal. D-l Profesor Marinescu a mai arătat că această disparițiune ie precedată de o fază în care celulele lui Betz prezintă reacțiunea la distanță și că această reacțiune ie cu atât mai precoce și mai intensă și disparițiunea celulelor se face cu atât mai repede cu cît alterațiunea fascicolului piramidal se face mai aproape de origina sa. Cercetările noastre confirmă și aceste constatări.

Cu această ocaziune atragem atențiunea asupra unui fapt ce l am crezut demn de a fi luat în considerațiune. Reacțiunea celulelor piramidale ne dă o metodă nouă pentru studiul localizărilor cerebrale. Studiindu-se la om cazurile de leziuni transverse ale măduvei iar la animale făcându-se secțiuni experimentale la diferite niveluri vom putea precisa regiunile corticale în raport cu diferitele segmente spinale. S'ar putea poate perfecționându-se tehnica operatorie secționa fascicolul piramidal la nivelul unde intră în relațiune cu un anumit grup celular din măduvă. De asemenea cercetătorii vor trebui să observe ce relațiune există între topografia leziunilor celulelor piramidale și diferitele forme de emiplegii sau paraplegii cu contractura unor

grupuri musculare și paralizia flască a altora. Chestiunea contracturii s'ar prezenta ast-fel sub o nouă lumină și studiul localizărilor cerebrale ar câștiga în precisiune.

C. PARHON și M. GOLDSTEIN.— *Asupra naturii și funcțiilor ganglionului ciliar.* (Spitalul No.6 1901).

Cu ocaziunea unei lucrări a D-lui I. L. Georgescu asupra acestui subiect, în care exprimă vederi diferite de acelea expuse de noi într'o lucrare precedentă, reluăm chestiunea și arătăm în mod amănunțit motivele pentru cari nu putem admite că ganglionul ciliar ar fi centrul motor al irisului. În lucrarea precedentă arătaserăm că Holtzman susține că ganglionul ciliar ar fi spinal la iepure și simpatic la pisică. Studiind comparativ la acest din urmă animal un ganglion din simpaticul abdominal și ganglionul ciliar am găsit că acesta din urmă se aseamănă mult mai bine cu ganglionul spinal de cât cu ganglionul simpatic studiat și am conchis că la pisică, ca și la om, câine sau iepure, ganglionul oftalmic ie de aceeași natură cu ganglionul spinal. Arătăm în fine într'un ultim paragraf al acestei lucrări, bazați pe date de fiziologie generală pentru ce nu ni se pare imposibil ca fibrele celulipete ale ganglionului ciliar să fie influențate de lumină și să contribuie ast-fel la producerea reflexului pupilar fără ca să dea însă naștere în nici un caz, la percepțiuni luminoase.

C. PARHON și M. GOLDSTEIN.— *Un caz de amputațiune a penisului urmată de leziuni secundare în măduva sacrată.* (Romania medicală. No. 24 1900).

Am studiat ultimele 4 segmente dorsale și măduva

sacrată a unui bolnav căruia i se practicase amputațiunea organelor genitale externe pentru un cancer al acestei regiuni. Scopul acestui studiu iera de a aduce o contribuțiune la localizarea încă puțin precisă a centrilor genito-spinali. În porțiunea indicată din măduva dorsală, de și am studiat-o pe secțiuni seriate n'am găsit nici o alterațiune. Din contra am găsit leziuni secundare caracteristice în grupurile de la partea posterioară a măduvei sacrate. Am fi conchis în mod natural că grupul alterat ie în raport cu inervațiunea motrice a organelor genitale, dacă cercetările anatomopatologice anterioare ale lui Sano, Van Gehuchten și De Buck, în concordanță cu cercetările noastre experimentale, nu ne ar fi arătat că grupurile alterate inervă mușchii gambei și ai piciorului. Am admis atunci că leziunile ce le am întâlnit în probabil de o alterațiune nevritică, lucru ce nu ie rar în cursul tumorilor canceroase.

EM. TURBURE și C. PARHON. — *Cercetări asupra leziunilor musculare în maladia lui Parkinson*, (Comunicare făcută societății de anatomie din București. Ședința din 11 Ianuarie 1903).

Am studiat 2 mici fragmente provenind respectiv din flexorul superficial și extensorul comun al degetelor și ridicate prin biopsie de la două bolnave atinse de maladia lui Parkinson. În primul caz am găsit o proliferare nucleară considerabilă ce în multe locuri se dispune în sens longitudinal producând o disociațiune a fibrelor. Rezultă o formațiune de fibre noi al căror volum ie însă mai redus ca acela al

fibrelor normale. Procesul acesta conduce în unele locuri la o atrofié manifestă. Striațiunile sînt în genere conservate, sînt însă și fibre cu striatiunile dispărute.

În al 2-lea caz leziunile sînt de aceeași natură însă mai puțin înaintate. În acest al 2-lea caz există și o exagerare a striatiunei longitudinale. Am văzut încă în unele locuri detașându-se alături de unele fibre niște formațiuni rotunde sau alungite cu unul sau mai mulți nuclei, cu aceleași reacțiuni tinctorale ca și fibra musculară și cari ne-au făcut impresiunea de celule musculare. Alterațiunile ce am găsit sînt departe de a fi specifice. Ne propunem a căuta când ocasiunea ni se va prezenta starea terminațiilor nervoase în mușchii bolnavilor atinși de maladia lui Parkinson.



FIZIOLOGIA SISTEMULUI NERVOȘ ȘI CHESTIUNI ÎNRUDITE

G. PARHOX și M. GOLDSTEIN. — *Asupra unor funcțiuni puțin cunoscute ale ovarelor.* (România medicală Octombrie 1900.)

Chestiunea secrețiilor interne pe lângă rolul capital pe care îl joacă în fiziologie ie una din acelea cari se înrudește foarte mult cu obiectul neurologiei. Simptomle ce traduc alterațiunea acestor secrețiuni, sînt din acelea cari interesează mai mult pe neurologiști. De aceea nu ie de mirat că perturbațiunile acestor funcțiuni importante au fost studiate mai cu seamă de aceștia (Pierre Marie, Brisaud etc.) Chiar noțiunea însăși a secrețiilor interne a fost introdusă în

știință de un medic și fiziologist genial care în același timp era un neurologist de valoare. În vorba de Brown Secquard.

Am urmărit ieș însumi chestiunea și am contribuit când mi-a fost posibil la studiul ieș. În lucrarea de față am atras atenția asupra unor funcțiuni încă puțin cunoscute ale ovarelor. După ce am amintit puțin dezvoltarea a sistemului pilos și a alte caractere precum timbrul vocii (mai mult sau mai puțin ascuțit), abundența țesutului adipos care se întâlnește la bărbații castrați; am arătat că aceste caractere, deși destul de cunoscute, n'au fost încă obiectul unei interpretațiuni științifice. Am admis că aceste turburări sunt datorite supresiunii secrețiilor interne a testiculului. Fenomene cu totul opuse se întâlnesc la femeile castrate sau atinse de afecțiunile glandelor genitale. Ast-fel se observă la acestea un început de barbă și de mustăți, vocea devine mai groasă, manelele se atrofiază. Nu s'a căutat încă să se pună aceste turburări în legătură directă cu alterațiunile ovariene, de și au fost notate câte o-dată ca simple coincidențe. Noi credem că se poate stabili o relațiune de causalitate între turburările funcțiilor ovariene și aparițiunea acestor simptome. Am mai admis că prezența acestor caractere sunt suficiente, chiar în absența altor simptome pentru a diagnostica o alterațiune ovariană. Ast-fel la o femeie de aproape 35 de ani, paralizică generală (din serviciul D-lui Profesor Marinescu) care impresiona vederea prin prezența unui început de barbă și mustăți, singur acest caracter a fost de ajuns pentru a ne face să ne gândim la o leziune ovariană. Urmând mai departe cu exa-

menul acestei bolnave am găsit că avea vocea îngroșată și atrofia mamelelor. Am aflat apoi că menstruația încetase de câțiva ani. Bolnava sucombând, examenul anatomo-patologic a confirmat vederile noastre. Ovarul drept iera sediul unui kist de mărimea unui ou de găină, pe când cel stâng iera puțin mai mic de cât în starea normală. Pe secțiunile microscopice se vedea că foliculele lui de Graaf lipseau aproape complet. Am notat de asemenea și absența corpurilor galbeni. Alte fapte clinice ca și anatomo-patologice și mai cu seamă prezența frecventă a caracterelor citate mai sus la femeile bătrâne la cari funcțiunea ovariană a încetat, confirmă vederile noastre. Pentru noi secrețiunea internă a ovarelor împiedică dezvoltarea sistemului pilos. Pentru a explica faptul că aparițiunea barbei și a mustașilor lipsește la unele femei cărora li s'a atrofiat sau estirpat ovarele, admitem posibil că alterațiunea secrețiunii ovariene să lucreze câte odată într'un mod mai activ de cât ablațiunea organului. Credem însă mai cu seamă că alte glande cu secrețiune internă pot înlocui până la un punct funcțiunea abolită. Insistăm asupra relațiilor cari există între diferitele glande cu secrețiune internă, relațiuni pe cari patologia le pune în fic-care zi în evidență. Amintim că lipsa menstruației este un simptom constant în acromegalie. Amintim de asemenea absența corpului tiroid și prezența timusului în cursul acestei maladii, atrofia ovarelor și a uterului într'un caz de tumoră a glandei pituitare (*Babinski*), aparițiunea gușei exoftalmice la epoca menopauzei și efectul eficace al opoterapiei ovariene (*Delaunay*) etc.; Prezența distrofiilor, ca acromegalia, mixoedemul,

pseudohipertrofia musculară în cursul gerodermiei genitodisrofice a lui *Rummo* și *Feranini*, vorbese de asemenea pentru această idee. (Aceste fapte tind a demonstra că pseudohipertrofia trebuie să 'și aibă o etiologie asemănătoare cu a diptrofiilor relevând o turburare a secrețiunilor interne). În sfârșit, coexistența diabetului cu gigantismul (*Achard*) cu acromegalia (*Pierre Marie, Marinescu*) sau cu maladia lui *Basedow* (*Marinescu, Souques*) vorbese în sensul existenței unei relațiuni între funcțiunile corpului pituitar sau tiroid și acelea ale pancreasului. Hiperidrosă se întâlnește în acelaș timp printre turburările menopausei și în maladia lui de Graves. Pentru a explica faptul că la momentul pubertății, când glandele genitale ale femeiei ajung la complecta lor dezvoltare, apar periți pubisului, ai axilei etc. (fapte cari par a contrazice ideile noastre), admitem că acest fenomen trebuie să fie pus pe seama corpului tiroid care ia o mai mare dezvoltare în momentul pubertății. Se știe într'adevăr că atrofia precoce a corpului tiroid aduce infantilismul (*Brissaud*) care ieste însoțit de oprirea dezvoltării sistemului pilos. Afară de funcțiunea de a împiedica dezvoltarea sistemului pilos, ovarele întrețin încă alte caractere ale sexului feminin, precum dezvoltarea mamelor, a uterusului, caracterele vocii etc. Pentru unele din aceste caractere, precum dezvoltarea mamelor la epoca pubertății, secrețiunea laptelui la finele sarcinei, conexiuni nervoase care rămân a se determina vor aduce poate explicațiunea. Ieste posibil ca secrețiunea internă a glandelor sexuale să aibă o acțiune electivă asupra unora din centrii nervoși.

În ceea ce privește partea ovarelor însărcinată cu secrețiunea internă, *Duval*, *Lebreton*, *Belloy*, *Sabbotta*, *Prenant*, admit că ar aparține corpului galben, dar se poate ca și celulele foliculelor lui de *Graaf* să joace un oare-care rol. Soluțiunea completă a chestiunii reclamă încă noi cercetări.

C. PARIHON et M. GOLDSTEIN.— *Contributions à l'étude du rôle du cerveau dans l'innervation des organes de la vie végétative, à propos de deux cas d'hémiplégie.* (Revue Neurologique. 30 Octobre 1902, avec 3 figures).

În lucrarea aceasta ne propunem să aducem, prin metoda anatomo-clinică o contribuțiune la studiul rolului creierului în inervațiunea organelor vieții vegetative. După ce arătăm în scurt starea actuală a cunoștințelor noastre relative la această chestiune dăm două observațiuni din serviciul D-lui Profesor Marinescu. În primul din aceste cazuri iera vorba de o femeie de 60 de ani atinsă de Emiplegie stînga care a prezentat în plus edem și hemoragii subcutanate de partea paralizată și un fenomen rar și important, respirațiunea lui Cheyne Stockes, ce a durat cu oarecari întreruperi timp de mai mulți ani. Cazul al 2-lea se raportă la un bolnav de 67 de ani, atins de hemiplegie dreaptă cu edem unilateral și care a prezentat turburări vezicale. (hemoragii și retenție de urină).

Rezumăm apoi în scurt cazurile ce s'au publicat până acum de turburări vazomotorii în Emiplegie împreună cu leziunile ce s'au găsit în aceste cazuri. Faptul important ce reiese din examenul acestor ca-

zurii ie că nucleul codat și cel lenticular sint alterați în mod constant sau aproape constant. Conchidem că corpul striat și mai cu seamă capul nucleului codat conține centrul vazomotor. Insistăm apoi asupra similitudinii leziunilor ce există în Emiplegia cu turburări vazo-motorii și acelea ce se găsesse în paralizia pseudo-bulbară. Această comunitate de alterațiuni face necesar să se țină seamă în explicațiunea unora din fenomenele paraliziei pseudo-bulbare de faptul că centrul vazo-motorii sint atinși.

Ast-fel ie cu răsul și plânsul spasmodic. Am presupus chiar, că în turburările vazo-motorii trebuie să căutăm explicațiunea acestor fenomene. Modificările vazomotrice, influențând nutrițiunea celulei nervoase, influențează prin acest fapt, potențialul ie de energie. Variațiunile acestui potențial se traduc în afară prin variațiuni a le tonusului muscular. De unde infinitatea de nuanțe pe care o ia expresiunea figurei în diferitele stări psihice. În paralizia pseudo-bulbară centrul vazomotorii fiind alterați, existând deci turburări circulatorii, expresiunile mimice a le manifestărilor psihice vor fi mai intense, mai neregulate. Chestiunea relațiunei dintre circulațiune și expresiunea stărilor psihice ne a făcut să atingem puțin studiul stărilor afective. Am admis, modificându-le puțin ideile lui James și Lange.

Pentru noi și pentru motive expuse în lucrare, acțiunea oxigenului asupra unor anume părți din sistemul nervos determină stările afective plăcute, lipsa sau insuficiența acestei acțiuni determină stările afective neplăcute.

Arătăm apoi că respirațiunea lui Cheyne Stokes

observată în primul din cazurile ce am raportat ca și turburările vezicale ce existau în cel de al 2-lea, se pot explica destul de bine printr'o insuficiență a funcțiunilor cerebrale. Facem în fine o apropiere a concluziunilor la cari am ajuns, împreună cu alți autori că în corpul striat există centrii vazomotori, de opiniunea lui Pierre Marie, această mare autoritate, în materie de neurologie, care consideră nucleii striaiți ca centrii trofici. Or se știe că troficitatea ie intim legată de funcțiunile vazomotrice. Insistăm în fine asupra disartriei ce exista la bolnava noastră, atinsă de Emiplegie stingă, arătând că faptul confirmă opiniunea lui Pierre Marie, după care turburările de articulațiune sint frecvente în leziunile emisferului drept.

C. PARHON ET M. GOLDSTEIN.—*Sur l'existence d'un antagonisme entre le fonctionnement de l'ovaire et celui du corps thyroïde.* (Société de Biologie. Séance de 28 Février 1903).

Bazați pe faptele clinice și pe cercetările experimentale relative la aceste glande, încercăm să stabilim existența unui antagonism între funcțiunile lor. Dăm în scurt faptele pe cari ne-am bazat. Considerăm că în maladia lui Basedow există în genere o ipertiroidizațiune ori care ar fi etiologia acestei maladii și primum movens al procesului morbid. Or, în gușa exoftalmică există adese ori amenoree deci una din funcțiunile ovarului lipsește. Vindecarea gușei exoftalmice aduce cu sine și reparațiunea menstruațiunei. Senzațiunea de căldură, hiperidrosă, tahicardia

sînt turburări comune atît maladiei lui Graves cît și patologiei menopausei. Corpul tiroid se hipertrofiază adese-orî la această epocă. Opoterapia ovariană aduce în multe cazuri vindecarea sau cel puțin ameliorarea maladiei lui Basedow. Corpul tiroid favorizează dezvoltarea sistemului pilos de unde insuficiența lui la infanții și mixedematoși. Tratamentul cu corp tiroid aduce aparițiunea lui în regiunile unde existînd în starea normală, lipsea în aceste cazuri. Menopauza, castrația, leziunile ovarului aduc adese-orî aparițiunea barbei și mustășilor la femeî, sex la care lipsesc precum se știe în starea normală. *Armand Gautier* a arătat de curînd că corpul tiroid introduce în circulațiune o substanță organică arseniată iar ovarul elimină arsenicul din organism la femeie. La bărbați se fixează în peri. Aci ar fi deci rațiunea pentru care sistemul pilos ie mai dezvoltat la bărbați. Antagonismul pare a exista și în ceea ce privește țesutul adipos care ie în genere mai dezvoltat la femeî. Pe de altă parte femeile cu caracterele sexului insuficiente, cu vocea groasă, cu început de mustăși sau barbă sînt adese-orî slabe.

Corpul tiroid are o acțiune neîndoioasă în obesitate și bolnavii atinși de gușa exoftalmică prezintă în multe cazuri o slăbire manifestă. Antagonismul ie evident cînd ie vorba de țesutul osos. Corpul tiroid activează în mod sigur și repede procesul de osificație ce lipsește la mixedematoși și infanții Quenu, Reclus etc. aû întrebunțat cu succes opoterapia tiroidiană în fracturile ce n'aveau tendința a se consolida. Ovarul are o acțiune opusă. Pentru Fehling alterațiunilor lui se datorește osteomalacia. În tot cazul castrația are un

efect salutar indiscutabil asupra acestei maladii. Rațiunea ie în faptul că ablațiunea ovarelor aduce o retențiune a fosfatelor în organism. Acelaș lucru îl aduce menopauza. Din contra preparatele ovariene exagerează în starea normală eliminarea fosfatelor iar la femeile în menopauză o readuc la starea normală.

Am prezentat o comunicare asupra acestei chestiuni și la societatea științelor medicale în ședința din 3 Martie 1903.

V


 PATOLOGIA ȘI CLINICA SISTEMULUI NERVOȘ

C. PARHON și C. POPESCU. — *Asupra atrofiilor musculare în Emiplegie.* (Romania medicală. Aprilie 1898.)

Am examinat pentru această lucrare 30 de Emiplegicii din punctul de vedere al atrofiilor musculare și la toți acești bolnavi am găsit o diminuțiune a circumferinței membrelor de partea paralizată. Am conchis de acord cu Schaffer și D-l Profesor Marinescu că atrofia musculară se găsește în mod constant în Emiplegie. Am avut ocaziunea să facem și examenul microscopic în 8 din aceste cazuri. Mușchii prezentați alterațiuni manifeste: atrofia fibrelor cu sau fără pierderea striatiunii transversale. Cea longitudinală iera adeseori exagerată mergând uneori până la o adevărată disociațiune fibrilară. Țesutul conjunctiv ie uneori proliferat. Proliferațiunea nucleilor sarcolemului ie constantă. După ce facem critica diferitelor teorii emise pentru

a explica mecanismul atrofiilor, aceea a lui Darkschewich și Gilles de la Tourette după cari iele ar fi de natură reflexă, consecutivă leziunii articulare, aceea susținută de Charcot după care ar fi în raport cu atrofia celulelor din coarnele anterioare, în fine aceea susținută de Dejerine după care ar fi datorite unei alterațiuni a nervilor periferici arătăm că toate au defectul capital de a pune *atrofia symptom. constant* pe contul unei alterațiuni *inconstante*. Singura explicațiune valabilă rămâne aceea că atrofiile sint datorite leziunii cerebrale însăși care singură ie constantă. În starea normală un influx nervos descinde necontenit de la creier la măduva spinărei impresionând marile celule din coarnele anterioare și centrii vasomotori. Supresiunea acestei incitațiuni cerebrale ie cauza atrofiei. Iea poate lucra în 2 moduri deosebite: 1.) Turburând *distribuțiunea* materiilor nutritive prin modificațiunile vazomotrice și prin turburările pe cari le aduce în circulațiunea mușchilor schimbarea tonicității lor. 2.) Ie posibil ca incitațiunea cerebrală să lucreze prin intermediul centrului motor asupra acțiunilor chimice cari constituiesc procesul asimilațiunei. Atunci supresiunea acestei incitațiuni ar aduce o perturbațiune a asimilațiunei însăși.

C. PARRON ET M. GOLDSTEIN. — Contributions à l'étude de la contracture dans l'hémiplégie. (avec 3 figures. Raumanie médicale. Mars-Avril. 1899.)

În această lucrare ne propunem să studiem mecanismul contracturei în Emiplegie. Mai întâiu trecem în revistă diferitele teorii ce s'au emis pentru explicarea fenomenului. Aproape toate aceste teorii presu-

pun că iel apare în mușchii paralizați. Or precum reese din cercetările lui Mann, ale D-lui Profesor Marinescu și ale noastre proprii contractura apare în mușchii cari au păstrat un oare-care grad de motilitate. Teoria lui Van Gehuchten, după care contractura ie expresiunea unei paralizii mai puțin complete a unor grupuri musculare de cât aceea a antagoniștilor lor ie mai în conform cu aceste fapte. Dar acest autor susține că există o independență completă între tonus și starea reflexelor tendinoase, opinie la care pentru motive arătate în lucrare nu putem subscrie. După ce expunem motivele pentru cari de asemenea nu putem admite ideile lui Grasset, pentru cari contractura ar fi datorită supresiunii acțiunii cerebrale asupra unui centru automatic al tonusului ce ar exista în protuberanță, ne alipim împreună cu Marinescu și Lugaro la teoria lui Mann ca cea mai conformă cu datele fiziologice. Admitem deci împreună cu acești autori existența de fibre excitatrice și inhibitrice pentru tonusul muscular. Cele excitatrice lucrând în mod sinergie cu cele inhibitrice ale antagoniștilor (precum o arată fiziologia mișcărilor normale și experiențele lui Hering și Scherington, Mislavsky, o leziune cerebrală dată va determina pierderea acțiunii excitatrice asupra unui grup muscular și în acelaș timp aceea a acțiunii inhibitrice asupra grupului antagonist. Acesta va conserva din contra acțiunea excitatrice. Primul grup va conserva o pe aceea inhibitrice. Acestea ne explică pentru ce unii mușchi au tonicitatea exagerată sint deci în contractură pe când alții sint din contră în relaxare completă.

Am studiat în fine pe fragmente musculare luate

prin biopsie de la un bolnav atins de Emplegie cu hemianestezie starea mușchilor contracturali și aceea a mușchilor în ipotonie și am găsit că pe când primii conservă în general structura normală, cei-l'alți se atrofiază în mod constant. Aceasta ne explică pentru ce atrofia musculară ie mai rară la bolnavii atinși de paraplegie spasmodică. Din contră ori de câte ori există o diminuțiune a tonusului (secțiunea nervilor, nevrite, paraplegii flasce, atrofica) musculară nu lipsește. Aceste constatări și considerațiuni ne fac să ne întrebăm dacă nu se poate stabili o relațiune între atrofia musculară a tabeticilor și ipotonia frecventă a acestor bolnavi.

Lucrarea aceasta a fost citată de Pierre Marie în tratatul de medicină a lui Brouardel-Gilbert și de Durrante în tratatul de Histologie patologică a lui Cornil și Ranvier. De asemenea D-I Profesor Marinescu ia făcut onoarea de a o cita într-una din lucrările sale.

C. PARIHON ET M. GOLDSTEIN.— *Sur la nature des rapports entre le tabes et la tuberculose.* (Roumanie médicale. No. 4 1899.)

Dintr'un număr de 28 de tabetici ce au trecut în timp de doi ani prin serviciul D-lui Profesor Marinescu, 10 ierau atinși de tuberculoză pulmonară. Cincii dintre aceștia sucombând diagnosticul clinic a putut fi confirmat prin examenul anatomo-patologic. Am fost isbiți atât D-I Profesor Marinescu cât și noi însine de această frecvență a tuberculozei pulmonare la tabetici. După ce mai arătăm câte-va cazuri de a-

ceiaș fel său de localizări tuberculoase în alte regiuni la bolnavii atinși de tabes observate în alte servicii și de alți autori căutăm să găsim rațiunea faptului căci n'am crezut că iel ar fi datorit unei simple întâmplări. Am recurs pentru aceasta la teoria trofici-tății reflexe a D-lui Profesor Marinescu explicând pre-dispozițiunea tabeticilor la tuberculoză printr'o lipsă a reflexelor respiratorii necesarii pentru întreținerea organismului în bună stare. În starea normală în urma impresiunilor dinafară sau dinăuntru se produc după necesitățile momentului modificări în ritmul și amplitudinea mișcărilor respiratorii, în frecvența bătăilor cordului, în presiunea arterială a diferitelor regiuni etc. Toate aceste acțiuni reflexe necesitează integritatea sensibilității. Or în tabes sensibilitatea ie alterată în mod constant. Pe lângă anestezia cutanată există anestezii profunde, osoase, viscereale. (Pitres) D-l Profesor Marinescu a insistat asupra relațiunii ce există între turburările sensibilității periferice și acelea ale organelor interne din regiunea corespunzătoare. Se știe că în tabes există foarte deseori o zonă de anestezie toracică.

Ne-am întrebat dacă aceste zone nu corespunde o anestezie pulmonară, care ar predispuce în mod special la tuberculoză. Din aceste considerațiuni decurge că tabeticii trebuie feriți cu totul de contactul cu tuberculoșii. Ie necesar de asemenea a le recomanda a trăi într'un aer pur și o alimentație bogată în substanțe nutritive și ușor asimilabile.

Lucrarea aceasta a fost publicată și în limba română. (România medicală, din Iulie 1899).

C. PARIHON și M. GOLDSTEIN. — *Două cazuri de scleroză laterală amiotrofică cu fenomene bulbare.*
(România medicală, No. 14 din 1899).

Observațiunile a două cazuri de maladia lui Charcot, ce le am studiat în serviciul D-lui Profesor Marinescu. Ambii acești bolnavi au prezentat și turburări bulbare. După câte-va considerațiuni asupra etiologiei acestei maladii, insistăm asupra unor simptome interesante ce le a prezentat unul din acești bolnavi. În vorba de mișcările clonice a le degetelor și de visurile terifiante cari existau în al 2-lea caz. Bolnavul acesta visa că ie strins de gît, că ie mușcat de câini, că îi se smulge carnea dupe brațe. Visurile acestea ce puteau să fie în legătură cu alcoolismul, factor ce figura în antecedentele bolnavului au luat aci o formă specială din cauza turburărilor datorite maladiiei lui Charcot. Asfixia iminentă datorită leziunii bulbare ne explică destul de bine pentru ce bolnavul visa că ie strangulat. Sensațiunile dureroase din degete și membre, paresteziile observate la bolnav explică nota ce domina în cele mai multe din visurile lui. Cu această ocaziune dăm o explicațiune a mecanismului ce presidă la producerea visurilor terifiante, ce există în alcoolism și adeseori în isteric. Admitem împreună cu James, Lange, Ribot, Petres și Regis, că modificările circulatorii joacă un rol capital în producerea stărilor afective. Or se știe că la alcoolici turburările circulatorii sînt foarte frecvente.

Aceste turburări, ar deștepta, în timpul somnului o stare afectivă neplăcută, tristeță, frică, spaimă. A

ceastă stare ar servi de substrat unei asociațiuni de idei în legătura cu ica. Cum bolnavul nu poate controla exactitatea impresiunilor ce încearcă, din cauză că unii centrii nu funcționează în timpul somnului, visul ie constituit, cu toate caracterele sale.

C. PARHON et M. GOLDSTEIN. — *Sur quelques troubles vaso-moteurs dans l'hémiplégie.* (Roumanie médicale, No. 3 din 1899, avec 6 figures).

Această lucrare constituie o contribuțiune la studiul încă recent al turburărilor vazo-motorii în Emiplegie.

Dăm mai întâiu două observațiuni de Emiplegie cu edem unilateral ambele însoțite de examen anatomopatologic. În primul din aceste cazuri, existau în plus bule hemoragice și pemfigoide. În al 2-lea caz există pe lângă turburările notate mai sus, o vastă hemoragie interstitală în semimembranosul de partea paralizată.

În ambele cazuri există o leziune subcorticală ce distrusese nucleul lenticular și segmentul anterior al capsulei interne. Într'un al 3-lea caz pe care l'am observat în momentul de a termina lucrarea și asupra căruia am făcut o scurtă mențiune, am găsit o leziune ce distrugea segmentul anterior al capsulei interne, nucleul codat și o mare parte din cel lenticular. După ce trecem repede în revistă starea chestiunii până în acel moment, expunem rezultatul câtor-va cercetări ce le am făcut cu ocaziunea acestei lucrări. Am badigeonat 30 de Emiplegici cu tră de iod de ambele părți fără a constata vre-o deosebire menifestă.

Am căutat dermografismul de asemenea de am-

bele părți la 15 hemiplegici, de 2 ori n'am observat nici o deosebire, de 9 ori există o deosebire mică în avantajul părții paralizate. În 3 cazuri reacțiunea iera cu mult mai intensă de această parte. În fine într'un caz reacțiunea iera mai intensă de partea normală. La 18 bolnavi am luat în mod comparativ temperatura axilară de partea Emiplegiei și de partea opusă. La 13 din aceștia temperatura iera mai scăzută de partea bolnavă. În 4 cazuri nu exista nici o deosebire. În fine într'unul singur temperatura iera mai mare de partea bolnavă. La 30 de hemiplegici am injectat pilocarpina (1 cgr) pe linia mediană la nivelul apendicelui xifoid. La 22 din aceștia am observat o hiperidrosă de partea paralizată. În cele l'alte 8 cazuri n'am observat nici o deosebire. La 15 bolnavi am înregistrat grafica pulsului de cele două părți. La cei mai mulți am găsit deosebiri manifeste. La unii dintre ieși, se vede pe sfigmogramele de partea bolnavă că linia de ascensiune se continuă pe nesimțite cu cea descendentă constituind o adevărată curbă.

Amintim apoi turburările vazomotorii din histerie și dăm rezultatul unei experiențe pe un asemenea bolnav. Hipnotizând un isteric îi am sugerat că o înțepătură la degetul stîng, nu va fi urmată de nici o scurgere de sînge. Practicând această mică experiență la același deget din dreapta și din stînga, pe cînd în prima parte apărură repede câte-va picături de sînge, în ultima n'am observat acest fapt.

Admitem pentru a explica fenomenele acestea existența unor centrii vaso-motori cîrlici ce ar fi puși

în legătură cu alții situați în nucleii striati. Insistăm în fine asupra unui reflex observat la una din cele două bolnave și care consta în faptul că excitațiunea talpei de partea normală producea pe lângă reacțiunea homolaterală, flexiunea degetelor de partea bolnavă. Am regăsit acest fenomen mai mult sau mai puțin pronunțat în 22 de cazuri de Emiplegie pe un număr de 50 câte am examinat. În 5 din acestea 50 cazuri am găsit și fenomenul invers, mișcări ale degetelor de partea sănătoasă în urma excitațiunii de partea bolnavă. Am dat acestui fenomen numele de *reflex plantar contralateral* și l'am explicat prin o transmisie a excitațiunii prin colateralele încrucisate și prin lipsa inhibițiunii exercitată, în starea normală, de centrii cerebrali.

C. PARION și M. GOLDSTEIN. — *Asupra reflexelor tendinoase ale membrului superior în hemiplegie.* (România medicală. No. 17. 1899.)

În lucrarea aceasta ne propunem să studiem starea diferitelor reflexe tendinoase ale membrului superior în hemiplegia organică. Am examinat în acest scop 30 de bolnavi. Am ajuns la rezultatul următor: Reflexul tendinos al bicepsului iera exagerat în 28 din aceste cazuri. Reflexul tricipital lipsea de regulă, Într'un singur caz l'am găsit exagerat, (la un hemiplegic atins de corce cronică. Percușiunea tendoanelor regiunii anterioare a antebrațului ne a dat de 28 de ori flexiunea degetelor însoțită în 8 cazuri și de flexiunea mâinei. Percutând tendoanele regiunii posterioare a antebrațului n'am obținut contracțiuni muscu-

52.454

lare și mișcări din partea degetelor de cât în 7 cazuri. De 3 ori am observat în urma percuțiunii cubitalului posterior o mișcare de adducțiune a mânei. Percuțiunea tendoanelor regiunii antero-externe a antebrațului a fost urmată de contracțiunea lungului supinator în 20 de cazuri. Radialii externi prezentați o exagerare a reflectivității de 18 ori. În 2 cazuri am observat că percuțiunea tendonului bicipital producea pe lângă contracțiunea mușchiului respectiv și o mișcare de flexiune a degetelor. Într'un alt caz am notat fenomenul invers adică o contracțiune a bicepsului brahial în urma percuțiunii tendoanelor flexorilor degetelor. Într'un altul contracțiunea bicepsului însoțea pe aceea a mușchilor regiunii antero-externe a antebrațului, determinată de percuțiunea tendoanelor acestora. În fine la un bolnav am observat flexiunea degetelor în urma percuțiunii extremității inferioare a radiului. Insistăm asupra faptului că am găsit de regulă ipertonia musculară mergând paralel cu exagerarea reflexelor și ipotonia paralel cu diminuțiunea sau abolițiunea lor. Topografia leziunilor cerebrale va trebui să explice într'o zi variațiunile reflexelor și ale tonusului în diferitele cazuri. Trebuie încă să se țină seamă pentru a explica starea reflexelor de leziunile musculare ce se găsesc în mod constant în hemiplegie.

C. PARIHON. — *Un caz de maladia lui Landry. (forma polinevritică.)* (Buletinul societății studenților în medicină. No. 3. 1899.)

Observațiunea și discuțiunea unui caz de paralizie ascendentă acută din serviciul D-lui Profesor Mari-

nescu. În vorba de un elev al școlii de agricultură, care în urma ingestiei unor alimente alterate ie apucat de dureri gastrice și vărsături ce apăreau imediat după masă. Timp de 8 zile bolnavul ie în această stare, continuă însă a'și vedea de afaceri. Venind în București ie silit să umble pe jos 4 ore în continuu. În urma acestui surmenaj fizic bolnavul a avut în timpul nopții somnul agitat, senzație de căldură în gambe. A doua zi s'a deșteptat cu dureri în mușchii, regiunii posterioare a acestui segment. Durerile au coprins peste 2 zile și coapsele, în acelaș timp forța membrilor inferioare începe să scadă. Nu se mai putea ridica de cât sprijinindu-se cu mâinile. Durerile au devenit atât de violente în cât simplele atingeri ierau insuportabile. În timpul mersului prezenta un stepagiu caracteristic. În urmă 'ia devenit cu totul imposibil și bolnavul a început să simță amorțeală în câteși 4 membrele, avea febră. 'l au survenit în urmă turburări de deglutițiune, vocea s'a stins, respirațiunea 'i a devenit frecventă avea opresiuni și palpațiuni, tahicardie, semne de leziune a pneumogastricului. A mai avut câte-va turburări paralitice în domeniul facialului. În această stare a intrat în serviciul D-lui Profesor Marinescu. În acel moment prezenta atrofii musculare ce interesaū la membrele superioare eminențele tenase și interosoșii. Avea semnul lui Lasegue, turburări de motilitate întinse, abolițiunea reflexelor, turburări în micțiune și defecțiune puțin pronunțate, forța dinamometrică aproape nulă, respirația 30 pe minut, pulsul 114 Dermografism, turburări în reacțiunile musculare față de curenții electrice. A fost tratat cu electricitate galvanică și ma-

sagiu ușor. După 5 zile s'a observat un început de ameliorare care în câte-va luni a ajuns la restabilirea completă a bolnavului. Urmează discuțiunea factorilor etiologici infecțiune sau intoxicație alimentară, surmenaj fizic. În calitate de elev al școalei de agricultură, ipoteza profesorului Raymond, asupra originii equine a maladiei îi ar fi putut fi aplicabilă (de și primii doi factori ar fi suficienți). Evoluțiunea și simptomatologia cazului ne a făcut pe D-l Profesor Marinescu și pe mine însumi să admitem natura nevritică a maladiei și să facem sub rezervele necesarii un prognostic favorabil. Mersul ulterior al acestui caz a arătat că acest mod de a vedea iera just.

C. PARHON și M. GOLDSTEIN. — *Un caz de puls lent permanent.* (România medicală. No. 7 1900.)

Observațiunea unui caz de puls lent permanent. Bolnavul prezenta și oare-cari simptome spinale constând în turburări de motilitate și sensibilitate, exagerarea reflexelor rotuliene, abolițiunea celui abdominal și cremasterian, incontinență de urină. Pulsul bătea de 40 de ori pe minut. Respirațiunea foarte frecventă 32 pe minut. Insistăm încă asupra unei dilatațiuni însemnate a stomacului și a intestinelor ce exista la acest bolnav și explicăm acest simptom ca și rărirea pulsațiunilor și frecvența respirațiunii printr'o excitațiune a pneumogastricului. Lucrul ie admis aproape de toți autorii în ceea ce privește bradicardia. S'a insistat însă mai puțin asupra celor-l'alte două simptome. Atonia gastrointestinală constatată de noi la acest bolnav concordă cu rezultatul experiențelor

lui Langley care a arătat că pneumogastricul conține fibre inhibitoare pentru stomac și porțiunea adiacentă a esofagului. Se înțelege ușur că o excitațiune prelungită a nervului (la origina sa în cazul nostru) va fi urmată de o atonie a acestor organe. E probabil că nervul are o acțiune asemănătoare și asupra intestinelor ceea ce ar explica atonia intestinală.

C. PARIKH. — *Contribuțiuni la studiul turburărilor vazomotorii în Emiplegie.* (Teză, Iunie 1900).

După ce fac istoricul acestei chestiuni încă puțin studiată, dau 7 observațiuni personale, dintre cari 6 cu examen anatomopatologic. Studiez apoi diferitele turburări vazomotorii ce se pot întâlni în Emiplegie.

Studiul critic al cazurilor a căror observațiune am dat'o și al aceloră publicate de alți autori m'au condus la concluziunile următoare :

Turburările vazomotorii în cursul Emiplegiei sînt relativ frecvente. Aceste turburări sînt de natură paralică.

Iele se explică prin leziunea unui centru sau unor centrii situați în scoarța creierului său în nucleii corpului striat.

Leziunea fibrelor ce descind de la centrul cortical produc acelaș efect ca și alterațiunea centrului însuși.

Distrucțiunea segmentului anterior al capsulei interne compus din fibre ce leagă între ică nucleii corpului striat, ar putea de asemenea să aducă turburări vazo-motorii.

Pentru existența centrilor corticali vorbește atât fiziologia experimentală, cât și psihofiziologia normală sau patologică.

La rândul ieși metoda anatomo-clinică vorbește pentru existența unor fibre ce leagă scoarța cu nucleii vazo-motori situați mai jos din cari unii în nucleul codat și în cel lenticular.

Este probabil că fascicolul vazomotoriu trece prin capsula internă înaintea fascicolului motor propriu zis.

Cercetări noi sînt necesarii pentru a se preciza-mai bine tracetul acestui fascicul vazomotor precum și pentru a se ști care ie partea ce îi revine lui și care ie cea care revine nucleilor corpului striat în patologia diferitelor turburări vazomotorii ce se întâlnesc în cursul Emiplegiei.

C. PARION și M. GOLDRING. — *Un caz de Hematomielie.* (Spitalul No. 15 din 1900).

Observațiunea și discuțiunea unui caz de această afecțiune.

Este vorba de un om de 30 de ani care în urma unei căderi de pe cal rămâne cu anestezia completă a membrilor inferioare, cu turburări de motilitate a le membrului inferior drept, cu turburări în micțiune și defecațiune și cu impotența genezică. Mai tîrziu sensibilitatea a început să îi revină și bolnavul a prezentat disociațiunea siringomielitică în anumite regiuni.

Operat în regiunile calcaneene de unde îi s'au scos câte-va sequestre osoase, bolnavul simțea atingerea cuțitului operatorului fără a simți nici o durere. Când am putut observa bolnavul (după 3 ani de la accident) iera mult ameliorat. Turburările de sensibilitate constau într'o bandă de anestezie ce ocupa teritoriul micului sciatic sau a primei și celei de a 2-a a ră-

dăcinių sacrate, fără a se suprapune exact nici teritoriul nervos nici celui radicular (precum se vede în schema reprodusă). Mobilitatea iera revenită aproape complet.

Prezenta o exagerare a reflexului rotulian sting, semnul lui Babinski lipsca. Reflexele cutanate se produceau cu ușurință. În timpul șederii în spital bolnavul a început să simțâ trebuința emisiunii urinei și a materiilor fecale. De asemenea a început să aibă erecțiuni. Urmează discuțiunea diagnosticului, a turburârilor sensitive și trofice prezentate de acest bolnav.

C. PARHON și M. GOLDSTEIN. — *Contribuțiuni la studiul paraliziei pseudobulbare.* (Spitalul. Octombrie 1900).

În această lucrare publicăm 7 observațiuni culese în serviciile D-lui Profesor Marinescu și D-lui Doctor Turbure. În 4 din aceste cazuri am avut ocaziunea să facem și examenul anatomopatologic. Discutăm patogenia acestui sindrom și admitem cu D-I Profesor Marinescu, Dejerine și Comte că leziunea fascicolului piramidal ie necesară pentru producerea lui. Admitem că nucleul lenticular are un rol important în producerea râsului și plânsului spasmodic. Acest rol și îl exercită prin acțiunea ce o are asupra circulațiunii. Însistăm asupra faptului că factorul afectiv nu poate fi cu totul exclus din patogenia râsului și plânsului zis spasmodic. Atragem atențiunea asupra faptului că sindromul pseudobulbar ie mai frequent la femeie. Într'un număr de 48 de cazuri din literatura medicală găsim 11 bărbați și 37 femei. Arătăm care ar

fi explicațiunea acestui fapt. Relativ la turburările de vorbire admitem că sînt de natură paralică iar nu produse prin lipsa de coordinațiune. Insistăm asupra pierderii reflexului faringian. Fenomenul ie pentru noi de natură sensitivă căci bolnavii de și nu au pierdut senzațiunea de atingere a faringelui; nu mai presintă senzațiunea de greață, determinată prin atingerea mucoasei faringiene.

Ne întrebăm dacă precum a susținut o Feranini, nu există conductorii aparte pentru anumite reflexe independente de aceea ai sensibilității generale.

Pierderea reflexului faringian ar putea să intervină în turburările deglutiției. Insistăm în fine asupra paraliziei facialului superior simptom frequent în paralizia pseudo-bulbară.

C. PARIION ET M. GOLDSTEIN. — *Sur le réflexe plantaire contra-lateral.* (Communication à la société belge de Neurologie. Séance du 22 Mars 1902. Journal de Neurologie. No. 8 din 1902).

Reluăm chestiunea acestui reflex asupra căruia am atras atențiunea într'o lucrare anterioară. Pe un număr de 13 hemiplegici examinați cu această ocaziune 'l am întâlnit de 6 ori. De asemenea 'l am întâlnit la 4 paraplegici dintr'un număr de 13 căți am examinat. Am cercetat de asemenea dacă reflexul acesta se produce în starea normală sau la bolnavii al căror sistem nervos nu ie atins. L'am căutat în acest sens de 42 de ori cu rezultat negativ. Am conchis că avem a face cu un reflex patologic. Admitem pentru a explica producerea lui, propagațiunea excitației prin colateralele reflexe încrucișate. Cum însă acest

reflex nu există în starea normală și l'am întâlnit numai în cazuri cu leziuni a fascicolului piramidal, admitem că suspensiunea inhibițiunii exercitată de creier ie necesară pentru producerea lui.

Prin acest fapt fenomenul câștigă o importantă clinică căci iel ne indică ca și semnul lui Babinski, o leziune a fascicolului piramidal.

Reflexul se transmite în general cu caracterele aceleia ce se produce de partea excitațiunii. Într'un caz de hemiplegie excitând de partea sănătoasă vom obține — dacă reflexul se produce — și de partea bolnavă, flexiunea degetelor (în loc de semnul lui Babinski sau de extensiunea tuturor degetelor). Din contră în cazurile de paraplegii unde reflexul plantar constă în extensia degetelor sau cel puțin a celui mare vom obține acest fenomen de partea opusă ca și de partea excitațiunii. Trebuie deci să distingem două tipuri de reflex plantar contralateral, (în flexiune și în extensie). Am căutat în fine reflexul la noi născuți. Creдем a îl fi observat de câte-va ori dar facem rezervele necesarii de oare-ce membrele acestora fiind într'o neconținută mișcare ie dificil a spune dacă mișcările sint reflexe sau nu. Observațiunii noi și prelungite sint necesarii. Dacă faptul s'ar confirma am avea un motiv mai mult pentru a stabili o analogie între producerea acestui reflex și acela descris de Babinski. (Această lucrare a fost publicată și în limba română în revista Spitalul 1902).

G. PARION și M. GOLDSTEIN.— *Un caz de secțiune a sciaticului popliteu extern.* (Presa medicală română, August 1902).

Observațiunea unui țăran de 42 de ani, care la

vîrsta de 12 ani a fost isbit cu un fier ascuțit la nivelul capului peroneului. A rămas imediat cu o paralizie a mușchilor inervați de sciaticul popliteu extern și cu turburări de sensibilitate în teritoriul respectiv. S'au seurs 30 de ani de la accidentul ce a produs aceste fenomene și momentul în care l'am putut observa. Cazurile în cari putem observa urmările unei secțiuni a le unui nerv după un timp atît de îndelungat sînt rare. Aceasta ne-a făcut să publicăm cazul descriind cu îngrijire starea membrului paralizat. Atragem în fine atențiunea asupra însemnătății pe care ar avea-o cazurile de acest fel, pentru studiul localizărilor spinale când împrejurările ar permite să se facă și examenul anatomopatologic și amintim rezultatele la cari ne-au condus studiile noastre anterioare relative la origina sciaticului popliteu extern.

G. PARIKH. — *Un caz de hemoragie în protuberanță la un hemiplegic.* (Comunicare făcută societății de anatomie din București, ședința din 30 Noembrie 1902).

Prezint societății secțiunii din protuberanța și erectorul unui bolnav atins de o hemiplegie veche și care a succumbat în urma unei vaste hemoragii protuberanțiale. Interesul principal al cazului rezidă în faptul că bolnavul în urma ultimului ictus datorit acestei hemoragii a prezentat convulsii limitate la partea paralizată. Or fascicolul piramidal iera degenerat de această parte și marile celule piramidale din zona rolandică opusă dispăruseră. Cazul acesta, împreună cu cercetările experimentale a le altor autori arată că

trebuie să existe o cale independentă de cea piramidală care conduce incitațiunile motrice de la centrii superiori la măduva spinării.

C. PARHON. — *Cercetări asupra reflexelor încrucișate în Emiplegii și paraplegii.* (Comunicare făcută societății științelor medicale. Ședința din 9 Decembrie 1902.)

După ce fac în scurt istoricul acestei chestiuni expun rezultatul câtor-va cercetări noi. Am căutat comparativ reflexul plantar contralateral și semnul lui Babinski la un număr de 28 Emiplegici. Am întâlnit reflexul plantar contralateral în 14 cazuri. Din acestea în 13 se observă mișcări de partea bolnavă în urma excitațiunei talpei sănătoase. În al 14 caz se producea fenomenul invers. În acest caz reflexul încrucișat consta în flexiunea ultimelor 4 degete. În celelalte cazuri reflexul consta în flexiunea tuturor degetelor, a ultimelor 4 sau 3 sau chiar într'o simplă abducțiune a degetului mic. Reflexul lui Babinski exista de 18 ori în cele 28 de cazuri. Deci ie ceva mai frequent ca cel plantar contralateral. Dar semnul lui Babinski lipsea în 2 cazuri unde reflexul plantar contralateral se producea, în alte 2 cazuri acesta din urmă iera mai manifest de cât semnul lui Babinski. Conchid că reflexul plantar contralateral care ie pentru mine un indiciu de leziune a căii piramidale poate să ne indice leziunea acesteia în cazurile unde semnul lui Babinski lipsește. Acest reflex are deci o valoare pentru diagnostic. La 27 Emiplegici am căutat reflexul contralateral al adductorilor descris pentru prima oară

de Strümpel (1879) și bine studiat de Pierre Marie în 1894. Am avut un rezultat pozitiv în 13 cazuri. La 17 bolnavi am căutat reflexul cremasterian. În 2 cazuri se producea de ambele părți deci exista și o reacțiune încrucișată. La unul din ieși era mai intens de partea bolnavă când excitam partea opusă de cât în urma excitațiunii homolaterale. Am căutat reflexe încrucișate în domeniul mușchilor abdominali în 12 cazuri. La un singur bolnav excitațiunea părții bolnave producea o slabă contracțiune de partea opusă pe când de partea excitațiunii nu se producea nimic. Am examinat din acelaș punct de vedere la 27 Emiplegicii reflexele membrilor superioare. Rezultatul a fost negativ cu toate acestea la unul din ieși în urma percuțiunii trapezului de partea sănătoasă se producea o contracțiune bilaterală a mușchiului acesta și *în plus o contracțiune a porțiunii posterioare a delto-idului de partea bolnavă*. Am căutat în fine, cu rezultat negativ, la 2 bolnavi atinși de paralizie pseudobulbară reflexul încrucișat descris de Ferrero în cursul acestui sindrom și care constă în contracțiunea mușchilor inervați de facialul inferior în urma excitațiunii vălului palatin de partea opusă.

C. PARHON. — *Un caz de tumoră cerebrală coexistând cu o tumoră a craniului.* (Comunicare făcută societății de anatomie. Ședința din 24 Decembrie 1902).

La o bolnavă atinsă de Emiplegie stângă și care prezenta o diminuțiune considerabilă a memoriei, am găsit la examenul anatomopatologic o tumoră rotundă

ce proemina atât în afară cât și înăuntrul craniului, situată la partea anteroinferioară a parietalului drept și constituită de țesut osos compact, eburneu. Coexistând cu aceasta exista o tumoră cerebrală, formată pe seama durei mater și interesând zona motrice în cea mai mare parte a întinderii ei, precum și o mare parte a lobului frontal atât în ceea ce privește scoarța cât și substanța albă a acestuia. La suprafața acestei tumori exista o depresiune ce corespundea exact convexității interne a tumorii osoase. Examenul istologic ne arată că tumora ie formată dintr'o tramă conjunctivă în interiorul căreia se găsesse niște formațiuni asemănătoare cu bulbii liliacelor constituite din celule ce se suprapun în mod concentric întocmai ca foile acestora și cari pentru D-I Profesor Babeș, reprezintă un țesut vascular cu o evoluțiune anormală. Se mai găsesc în plus numeroase capilare ectasiate. Se poate pune întrebarea dacă nu există o legătură între aceste două tumori și dacă una n'a influențat aparițiunea celei-l'alte. D-I Profesor Babeș care a luat cuvântul în urma acestei comunicări ie de părere ca ne aflăm în fața unui caz extra-ordinar. Pentru prima oară-zice D-sa vede o tumoră provocând aparițiunea unei alte tumori de natură cu totul diferită. Pentru D-sa nu ie nici o îndoială că tumora osoasă trebuie să fie foarte veche precum o arată constituțiunea ei dură, eburnee, și că această tumoră printr'un proces iritativ a dat naștere celei-l'alte tumori dezvoltată pe seama durei mater, cazul deci, aduce o contribuțiune interesantă la studiul etiologiei tumorilor cerebrale.

C. PARNON. — *Câte-va cuvinte asupra nutrițiunii generale în acromegalie.* (Comunicare făcută la adunarea generală a medicilor Eforiei. Ședința din 29 Decembrie 1902.)

Având ocaziunea să studiez un caz interesant de acromegalie, am căutat să aduc o contribuțiune la studiul chestiunii. În ceea ce privește simptomatologia acestei maladii totul său aproape totul s'a zis deja. Rămân însă de cunoscut fenomenele intime ce se petrec în organism și a căror expresiune grosolană o găsim în simptomele aparente ale acromegaliei. În direcțiunea aceasta mi-am întors privirea. Am căutat să 'mă dau seamă de fenomenele schimburilor nutritive în această maladie. Grație extremei amabilități a D-lor Profesor Victor și Aurel Babeș, am putut avea un examen calitativ și cantitativ al urinei acestui bolnav. Din această analiză interesantă reiese că urea iera puțin diminuată și clorurile puțin mărite dar faptul cel mai important ie diminuțiunea considerabilă a acidului fosforic, acesta iera 0.700 la litrul de urină în loc de 2, 5 iar în 24 ore iera de 1,190 în loc de 2,75. Deci cantitatea de acid fosforic eliminat iera mai mică de cât jumătate din ceea ce ie în starea normală. Această retențiune a fosfatelor în organism ne explică creșterea oaselor și a țesuturilor în general în cursul acromegaliei. Iea are încă o însemnătate dublă. Se știe că ipofisa ie alterată aproape în mod constant în acromegalie. Mulți autori discută însă dacă această maladie se datorește exagerării sau diminuțiunii (ori abolițiunii) funcțiu-

nilor acestei glande. Constațiunea ce am făcut de acord cu cercetările recente ale lui Moraczewski vorbește pentru ultima interpretare care ie aceea a lui Pierre Marie. Intr'adevăr cercetările lui Schiff au arătat că ipofisa mărește cantitatea de acid fosforic eliminat iar în acromegalie acesta ie din contră diminuat. Acelaș autor a arătat că preparațiunile de ipofisă măresc tensiunea arterială. Examinând'o la o bolnavă din serviciul d-lui Profesor Marinescu, am găsit'o diminuată decî alt fapt ce vorbește pentru teoria lui Pierre Marie. A două însemnătate a constatărilor ce am făcut residă în faptul următor: Știind că în acromegalie există perturbațiuni nutritive ce aduc o diminuțiune a eliminării fosfatelor rezultă că în tratamentul maladiei va trebui să administrăm substanțe ce măresc eliminarea acestora ca preparatele de hipofisă, ovar, timus etc.

Analize făcute înainte și în timpul tratamentului vor putea controla eficacitatea terapeuticeî întrebuințate.

C. PARIHON. — *Cercetări experimentale asupra reacțiunii față de diferitele erupțiuni și în special față de vaccin a membrilor normale și a membrilor paralizate în Emiplegii și paraplegii.* (Comunicare făcută societăței științelor medicale. Ședința din 13 Ianuarie 1903.)

Mi propun în această lucrare să caut cari sint-factorii ce în cazurî de Emiplegii sau paraplegii fac ca o erupțiune dată să se localizeze când de partea normală, când de cea paralizată. Pierre Marie după ce enușeră cazurile clinice în cari o erupțiune apărută

la un bolnav atins de paralizie infantilă sau de Emiplegie s'a localizat când în partea normală când în cea bolnavă, conchide că, «în starea actuală ie im-
 «posibil de a se da rațiunea unor fapte atât de opuse,
 «dar că ceea ce nu se poate nega ie că Emiplegia
 «într'un oare care număr de cazuri *exercită o acți-*
 «*une trofică evidentă* asupra localizării diferitelor
 «erupțiuni». Féré ajunge la o concluziune asemănă-
 toare. Influența leziunii nervoase fiind deci un fapt
 în afară de orî-ce îndoială 'mî am propus să caut în
 ce mod se execută acțiunea sa. Am vaccinat 3 para-
 plegici la unul din membrele inferioare și la unul
 din cele superioare, reacțiunea a fost egală de am-
 bele părți. La un bolnav atins de paralizie infantilă
 veche a unuia din membrele inferioare și vaccinat
 la ambele aceste membre reacțiunea a fost egală de
 ambele părți. Am vaccinat în fine 37 de hemiplegici
 la membrul superior paralizat și la cel de partea nor-
 mală. Lăsând la o parte, 12 cazuri în care reacțiunea
 a fost nulă sau nesigură rămân 25 de cazuri în cari
 reacțiunea a fost mai mare de partea normală în 12
 cazuri, egală de ambele părți de 7 orî, și mai mare
 de partea paralizată de 6 orî. Deci tendință manifestă
 ca reacțiunea să fie mai mare de partea normală.
 M'am gândit că în modificările pe cari sistemul ner-
 vos le aduce circulațiunei ar putea să reside cel pu-
 Ńin unul din factorii ce influențează localizarea erup-
 Ńiunilor. Cercetările ce am făcut în acest sens 'mî au
 întărit această presupunere. Am căutat la toți cei 25
 de Emiplegici presiunea arterială și temperatura a-
 xilară de ambele părți. De asemenea am luat când
 lucrul iera posibil sfigmogramele de ambele Părți.

Reese din aceste cercetări că în general erupțiunea a fost mai intensă de partea unde circulațiunea a fost mai activă. Sint totuși și câte-va excepțiuni. Acestea ar putea ține în mare parte de imperfecțiunea mijloacelor de cari dispunem pentru a ne da seama exact de starea circulațiunii unei regiuni. Poate în fine să intervină și alți factori. Comparând apoi cazurile clinice publicate până acum găsesse că ieie concordă cu modul de a vedea ce se degajă din cercetările mele experimentale. Într'adevăr în toate cazurile unde o febră eruptivă sau o erupțiune de sifilis a apărut la un bolnav atins de o paralizie infantilă, Emiplegie etc. dacă această erupțiune a făcut o distincțiune, această a fost în avantajul părții normale unde erupțiunea a fost mai intensă. Un singur caz (al lui Cheolier) pare a face excepție. Dar tocmai în acest caz nu iera vorba de o Emiplegie obicinuită ci de o scleroză în plăci cu forma de Emiplegie și ne putem întreba cu drept cuvânt dacă în acest caz modificările circulatorii din partea bolnavă nu au constat în *fenomene de excitație* dar nu în fenomene de deficit precum ie regula în paraliziiile cerebrale obicinuite.

Ceea ce mă face încă să cred că ast-fel trebuie să se fi petrecut lucrurile ie că în cazurile unde au existat turburări nervoase ce constau în fenomene de excitație ca într'un caz de nevralgie sciatică (Page), într'un caz de zona (Spillman și Etienne) erupțiunea s'a localizat mai mult în teritoriul inervat de nervul bolnav.

Conchid că anumite erupțiuni ca acelea a le febrilor eruptive, a le sifilisului se localizează de regulă de partea unde circulațiunea ie mai activă. Tot ast-fel pare a se petrece lucrurile cu urticaria și eritemul de-

terminat de sinapisme. Din contra rezultă din cazurile clinice publicate până acum ca acnea, pemfigusul, furunculoză, purpura emoragică se localizează de regulă de partea unde circulațiunea e mai puțin activă.

C. PARIHOX. — *Paralizie pseudo-bulbară, plâns spasmodic, leziune dublă în nucleul lenticular.*
(Comunicare făcută societății de anatomie din București, ședința din 18 Ianuarie 1903).

Relatez observațiunea unui bolnav ce a prezentat sindromul paralizic pseudobulbare și în special plânsul spasmodic într'un mod cât se poate de caracteristic. La examenul anatomopatologic am găsit ambii nucleii lenticulari presarați de un mare număr de lacune de desintegratiune, o atare lacună există și într'unul din nucleii codafi. Capsula internă și stratal optic nu prezentau alterațiuni.

Expun explicațiunile ce s'au dat relativ la răsul și plânsul spasmodic și admit că leziunile nucleului lenticular au un rol eficient în producerea acestor fenomene. Cred că modificărilor circulatorii ce rezultă din alterațiunea nucleului lenticular se datorește în mare parte aparițiunea simptomelor în chestiune.

C. PARIHOX. — *Paralegie experimentală prin injecțiune intrarachidiană de lecură de bere.* (Comunicare făcută societății de anatomie din București, ședința din 4 Februarie 1903).

Prezint societății secțiunii din măduva spinărei a unui iepure căruia îi făcusem o injecțiune intrarachidiană de lecură de bere.

Accastă experiență fusese destinată a fi punctul de plecare a mai multor altora relative la tratamentul maladiilor medulare și a meningelor rachidiene, produse de agenții infecțioși. Față de rezultatele foarte satisfăcătoare obținute în anumite boale infecțioase de Presta și Taruella, Pietri, Pierre Marie, Toupet, Lardier, prin tratamentul cu levură de bere, m'am gândit că injecțiunile intrarachidiene de această levură ar putea să aibă o acțiune salutară în tratamentul meningitelor și mielietelor infecțioase.

Cum însă condițiunea esențială a orî-cărui medicament ieste *primum non nocere* am încercat acțiunea levurei la un iepure normal. Levura aseptică provenea din fabrica Schroeder din München. Am injectat în canalul rachidian — cu precauțiunile de antisepsie necesari — o mică cantitate de levură diluată într'o soluție de ser artificial. A doua zi după injecție animalul prezenta o paraplegie completă a membrilor posterioare cu retenție de urină. Aceste fenomene s'au ameliorat puțin, dar animalul a prezentat zilele următoare ore-cari turburări paralitice și la membrele anterioare. Sucombă emaciat după 10 zile. Măduva spinăreii extrasă imediat are o consistență ramolită.

Metoda lui Nissl arată leziuni celulare intense, mai cu seamă a le substanței cromatice care psezintă toate gradele alterațiunilor mergând până la acromatoză în unele celule. Alterațiunile descresc cu cât ne urcăm în sus dar le mai întâlnim încă de și mai puțin intense în umflătura cervicală.

Meningele prezentau o reacțiune de o intensitate medie, (precum am constatat'o pe secțiuni practicate în urma acestei comunicări). Conchid că levura de

bere de și are de cele mai multe ori o acțiune salutară, în anumite condițiuni poate să aibă o acțiune nocivă asupra celulelor organismului și că tratamentul cu injecțiuni intrarachidiene n'ar putea fi încercată pentru un moment de și cercetări ulterioare relative la doza substanței întrebuințate, sau cu principii definiți extrași din levură ar putea poate într'o zi să dea un rezultat satisfăcător.

G. PARHON. — *Cercetări asupra modului cum se comportă reacțiunea față de vaccin, la membrele din partea dreaptă și de cea stângă, în starea normală.* (Comunicare făcută societății științelor medicale, ședința din 17 Februarie 1903).

Intr'o lucrare anterioară pe un număr de 25 Emi-plegici vaccinați la ambele membre am găsit o reacțiune inegală în 18 cazuri.

În cele mai multe din aceste cazuri reacțiunea a fost mai intensă de partea unde circulațiunea iera mai activă. Cazurile ce păreau a face excepție sînt discutabile. Vaccinând astă-dată un număr de 20 bolnavi ce nu prezentau turburări nervoase unilaterale am găsit la 5 din ieî o reacțiune mai intensă de o parte de cât de cea l'altă. Numărul acesta de 5 ie foarte mic față de acela ce trebuia să fie dacă în experiențele precedente leziunea nervoasă n'ar fi influențat într'adevăr localizarea erupțiunei căci în acele cazuri fiind de 18/25 acum în 20 de cazuri ar fi trebuit să fie de 14,4.

Le interesant de remarcat că din cele 5 cazuri de acum în 4 reacțiunea iera mai intensă de partea

dreaptă. Știm însă că membrul superior drept funcționează mai mult ca cel stâng, și are prin acest fapt circulațiunea mai activă. Decî în experiențele acestea excepțiunea nu face de cit să confirme regula ce se degaja din cele ce am expus în lucrarea precedentă.

*
* *

Lucrările rezumate în acest memoriu sînt în număr de 47. Aproape toate au fost analizate în revistele de neurologie, franceze, germane și italiene. Unele dintre icile acelea mai vechi prin data cînd au fost publicate au fost citate în tratatele clasice de anatomie, istologie, patologie specială și patologie generală. Am avut satisfacțiunea de a le vedea apreciate de unii dintre marii savanți ai străinătăței, cari au crezut după împrejurări că acele lucrări merită a fi numite interesante, vrednice de citit, escelente, etc. sau 'mî au făcut deosebita onoare de a 'mî trimite lucrările lor. Printre unii sau alții din acești autori 'mî se va permite să citez numele profesorilor Raymond, Pitres, Richet, Werthemier, Obersteiner.

Afară de acestea am publicat în colaborație cu diferiți colegi mai multe din savantele lecțiuni ale D-lui Profesor Marinescu și am analizat în *Revue Neurologique*, organul societăței de Neurologie din Paris, mai multe din lucrările relative la această ramură a medicinei publicate în limba română, făcând aste-fel cunoscută în străinătate, literatura medicală a țării noastre.

4 Martie 1903.

— — —

5604 7

E R A T Ă

La pag.	5	rîndul	20	în loc de	antroxtern	se va citi	antero-extern.
» »	15	»	2	» » »	deupând	» » »	ocupând.
» »	»	»	8	» » »	sopulomerită	» » »	scapuloumerală.
» »	»	»	»	» » »	ceiulele	» » »	celulele.
» »	26	»	11	» » »	nu	» » »	cu.
» »	28	»	8	» » »	coxofenicale	» » »	coxofemorale.
» »	29	»	9	» » »	nutrtiv	» » »	nutritiv.
» »	»	»	14	» » »	apărând	» » »	apar.
» »	30	»	11	» » »	pierderei	» » »	pierderea.
» »	35	»	8	» » »	alte	» » »	altor.
» »	37	»	7	» » »	diabetului	» » »	diabetului
» »	43	»	27	» » »	Raumanie	» » »	Roumanie.
» »	44	»	21	» » »	(precum	» » »	precum.
» »	45	»	9	» » »	flasce, atrofica	» » »	flasce,) atrofia.
» »	46	»	29	» » »	asimilabile	» » »	asimilabile.
» »	52	»	26	» » »	tenase	» » »	tenare.
» »	»	»	28	» » »	defecțiune	» » »	defecațiune.
» »	55	»	30	» » »	2-a a	» » »	2-a.

