Anul IV-lea, No. 9—10. Septembrie-Octombrie 1931.

Mişcarea Medicală

LUNARĂ

PUBLICAŢIE DE MEDICINĂ GENERALĂ
REVISTĂ ANALITICĂ ROMÂNEASCĂ

SUMARUL

Pag.

I.

Cronica 521
Docent Dr. Ştefan Albu (1886 — 1931) — Necrolog . . 525
Clasificarea icterelor de *Dr. I. Pavel* Conf. Universitar . . . 527
Supuraţiile pulmonare de *Dr. M. Popper* Conf. Universitar 543
Consideraţiuni asupra prostatectomiei pentru hipertrofia de prostată de *Prof. D-ri I. Iacobovici* şi *E. Jeposu* 555
Corecţia miopiei în grad mare cu sticlele contacte ale lui Müller de *Docent Dr. Nicolae Blatt*-Târgu-Mureş 560
Purpurele (Generalităţi. — Cazuri clinice) de *Dr. Od. Apostol*-Cluj 571
Polinevrita scarlatinoasă de *Dr. Silviu D. Conn*-Călăraşi 582
Spicuiri, analize, critici, propuneri la legea şi regulamentul colegiului medicilor de *Dr. Gh. Scripcă*-Giurgiu . . 586
Impresii dintr'o excursie de studii sanitare în Jugo-Slavia de *Dr. Ioan Vonica* — Craiova 615
Specificul medical în Basarabia de *Dr. I. Bordeianu*-Hotin 640

II.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — CĂRŢI — MONOGRAFII

Prof. Dr. S. Graçoski: **Higiena primei copilării**—1930—Iaşi 591
Dr. G. Banu: **La santé publique aux Etats-Unis (Organisation)** — 1931 — Bruxelles 593
Dr. I. Iovin: **Titluri şi lucrări ştiinţifice** — 1930 — Bucureşti 594

(Urmare pag. II-a cop.

SCRISUL ROMÂNESC — CRAIOVA.
24466.

Digitized by Central University Library Cluj

Pag.

Prof. Col. Dr. C. Mihăilescu şi D-rii M. Cristea, L. Alexiu, I. Balaban. — **ARMA CHIMICĂ: Fisio-patologia şi tratamentul intoxicaţiunilor prin gaze de luptă**—1931—Bucureşti 595
Recenzate *de Dr. M. Cânciulescu*

B. — REVISTE MEDICALE

Archives roumaines de pathologie experimentale et de microbiologie No. 4 | 1930 şi 1 | 1931 598
Bucureşti medical No. 5—6 | 1931 599
Buletinul medico-terapeutic No. 4—5, 7—8, 9 | 1931 599
Clujul medical No. 7, 8, 9 | 1931 600
Gynecologie şi obstetrică No. 7—8 | 1931 600
Noua revistă medicală No. 3 4, 5 | 1931 601
Revista de chirurgie No. 1—2, 5—6, 7—9 | 1931 601

C. — SOCIETĂŢI ŞTIINŢIFICE

Société roumaine de biologie: Section de Bucarest: Urmare la şedinţa din 5 Februarie 1931 şi şedinţele din 19 Febr., 5 Martie, 19 Martie, 2 Aprilie 30 Aprilie 1931 602
Societatea de chirurgie din Bucureşti: Şed. din 10 Dec. 1930, 14 Ianuarie, 11 Februarie, 25 Februarie, 11 Martie, 1 Aprilie 1931 604
Bulletin de la Société roumaine de dermatologie et de syphiligraphie Section de Bucarest No. 1—2 | 1931 607
Societatea de Gynecologie din Bucureşti Şedinţa din 2 Maiu 1931 608
Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Bucarest: No. 10 | 1930, 1, 2, 3, 4 | 1931 Seance du 3, 17 Dec. 1930, 14, 29 Janvier, 11, 25 Février, 11, 25 Mars, 15, 29 Avril 1931 609
Soc. de medici şi naturalişti din Iaşi: Şed. 3 Febr., 16 Febr., 16 Martie, 27 Martie, 28 Aprilie 1931 610
Societatea română de oto-rino-laringologie Darea de seamă a şedinţelor lunare: Şedinţa din 13 Ianuarie 1931 de *Dr. Lazăr Mayersohn* 611
Bulletins de la Société de pédiatrie de Jassy: No. 1, 2 | 1931 . 613

D. — CĂLĂTORII ŞTIINŢIFICE

Impresii dintr'o excursie de studii sanitare în Jugo-Slavia de *Dr. Ioan Vonica* 615

E. — PROFESIONALE

Regulamentul legii privitor la organizarea şi funcţionarea colegiului medicilor 627

III.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

A treia reuniune plenară a Societăţii Anatomice din Paris. — Moartea Prof. G. Holznecht şi Von Economo din Viena. — Inchiderea serv. Prof. Bier şi Vaquez. — Al VII-lea Congres al pediatrilor de limba franceză. — Congresul Asociaţiei Stomatologice Internaţionale. — Al X-lea Congres al Asociaţiei Franceze de chirurgie. — La Congresul 634

(Urmare pag. III-a cop.)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1/A 9-10

Mişcarea Medicală

LUNARĂ

PUBLICAŢIE DE MEDICINĂ GENERALĂ
REVISTĂ ANALITICĂ ROMÂNEASCA

COMITET DE PATRONAJ:

Prof. C. Angelescu – Prof. I. Cantacuzino – Prof. C. Daniel
Prof. D. Danielopolu – Prof. D. Gerotă
Prof. C. Levaditi – Prof. I. Nanu-Muscel – Prof. A. Teohari

DIRECTOR:

Docent Dr. M. Cânciulescu.

COLABORATORI:

Anat. Patologică: Prof. T. Vasiliu.
Bacteriologie: Conf. D Combiescu — D. Hess.-Leoneanu.
Cancer: Conf. A. Babeş – Conf. I. Jianu
Chirurgie: Prof. I. Iacobovici — M. Baculescu — Conf. T. Nasta.
Chimie biologică: Conf. V. Ciocâlteu.
Dermato-Sifiligrafie: Prof. S. Nicolau — V. Drăgoescu.
Căi digestive: Doc Pavel - Conf. Simici
Endocrinologie: Prof. C. Parhon.
Farmacie: Dr. N' Petrescu.
Farm.-Terapeutică: Conf. G. Băltăceanu
Genito-Urinare: Doc. A. Daniel.
Ginec.-Obstetrică: Doc E. Mateescu-I.
Infecţioase: Prof. M. Ciuca — Conf. T. Mironescu.
Laborator clinic: R. Hirsch.
Med. Exper.: S. Nicolau (Inst. Pasteur)
Medicina legală: Conf. M. Kernbach.
Medicina Militară: Gl. A. Vasilescu — Col. G. Diamandescu.
Neurologie: Conf. St. Drăgănescu — Conf. D. Paulian.
Nutriţie: Doc. I. Daniel — Conf. G. Litarzeck — Conf. C. Radoslav.
Oftalmologie: Prof. D. Michail.
Pat. Internă: Prof. I. Haţieganu.
Parasitologie: Prof. G. Zotta.
Pediatrie: Prof. M. Manicatide — Anghel Daniel.
Phisioterapie: Prof. P. Niculescu.
Radiologie: Prof. D. Negru — Doc. A Georgescu — Doc. E. Lazeanu.
Tuberculoza: Doc. S. Iagnov — Docent M. Nasta — T. Voiculescu.

Secretar de Redacţie: Dr. I. Rosenstein.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

IN ANGINA PECTORALA

ŞI

ARTERIOSCLEROZA

THEOMINAL

(Combinaţie din teobromină şi luminal).

Ameliorare grabnică a simptomelor subiective, efect regulator de lungă durată asupra sistemului vascular prin spasmoliza vaselor, în special şi asupra arteriolelor, reducere promptă a tensiunei.

AMBALAJ ORIGINAL: Tuburi cu 20 comprimate de 0,33 ctgr.

ADALIN

(Bromdietilacetilcarbamid).

HIPNOTIC

cu acţiune sigură în turburările nervoase de etiologie variată.

AMBALAJ ORIGINAL: Tub cu 10 şi 20 tablete à 0,50 ctgr.

„Bayer-Meister Lucius"

LEVERKUSEN a. Rh.

Specimene şi literatură gratuit prin reprezentanţii generali pentru România:

„PHARMA-STUDERUS" & Co. Bucureşti II.

Strada Spiru Haret 5.—Telefon 349 30.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CRONICA

In vederea actualităţii lor medicale se continuă cu publicarea conferinţelor ţinute în cadrul Asoc. docenţilor fac. de medicină din Bucureşti de către D-l *Dr. I. Pavel* despre *Clasificaţia icterelor* şi D-l *Dr. M. Popper* asupra *Supuraţiilor pulmonare.*

Ambele grupe de afecţiuni sunt de vie actualitate: primele prin patogenia lor, asupra căreia necontenit se revine, secundele prin tratamentul, a cărui punere la punct mereu se încearcă.

Dupe domnia icterului cataral prin infecţiune ascendentă pornită dela duoden cu producerea unui dop mucos în coledoc—cu un intermezzo fericit realizat de degajarea icterelor hemolitice de către şcoala franceză — a venit afirmarea icterului infecţios descendent cu producere de hepatită, de hepatită «sub domnia căreia trăim în epoca contemporană»; cu rezerva numai că de unde la început se vedea hepatita peste tot, acum printr'o reacţiune naturală se revine şi aceasta în favoarea pancreatitei, ale cărei semne clinice, probe biologice şi lesiuni anatomopatologice o denunţă tot mai des sau în reîntoarcerea la vechiul icter cataral cu dopul său mucos coledocian.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Neşiguranţa patogeniei, care se pare a fi complexă pentru fiecare caz, nu a permis încă o clasificaţie definitivă a icterelor; etiologică, patogenică sau simplu enumerativă de formele clinice, mai fiecare autor îşi are clasificaţia lui, dar preferinţa tutulor merge pe cât posibil spre cea fisio-patologică şi în această ordine autorul prezintă pe următoarea: icterele hemolitice, cele prin obstacol mecanic cu varianta descrisă de D-l *Prof. Dr. I. Nanu-Muscel* şi *autor a icterului prin obstacol funcţional datorat spasmului sfincterului lui Oddi;* icterele infecţioase cu hepatită, între cari clasicul icter cataral căruia pe rând i s'a admis, tăgăduit şi acum iar recunoscut rolul dopului mucos coledocian — cu varianta care extinde inflamaţia şi la pancreas; icterele toxice.

Şi tot nesiguranţa asupra mecanismului patogenic dictează în faţa unui icter oare-care hesitare asupra duratei şi evoluţiei afecţiunei, căreia însă metoda drenajului medical al căilor biliare unit cu tratamentul cu insulină i-au adus un aport favorabil de ordin terapeutic, după cum afirmă autorul bazat pe resultatele obţinute personal.

În ceeace priveşte cunoaşterea şi tratarea supuraţiilor pulmonare, ale căror forme clinice variate, sediu topografic şi floră microbiană au fost perfect descrise, autorul D-l *Dr. M. Popper*, luând ca supuraţie tip *Abcesul plămânului,* ne spune că „o strânsă colaborare

medico-radiologică şi biologică este necesară pentru diagnostic, precum o înţelegere perfectă medico-chirurgicală apare indispensabilă pentru terapeutică".

In *Consideraţiuni asupra prostatectomiei pentru hipertrofia de prostată* D-nii *Prof. I. Iacobovici* şi *E. Ţeposu* expun rezultatele dobândite în clinica chirurgicală din Cluj, în curs de 11 ani, pe 205 cazuri operate.

Mortalitatea generală de 8% şi care a mers încă descrescând dela 12% la 6,15% iar pe ultimul lot de 105 până la 5,7%, (la început autorii operau într'un singur timp şi se foloseau pentru cunoaşterea funcţiunilor renale numai de proba indigo-carminului, în urmă intervenţia au făcut-o în 2 timpi şi recurgeau la dozarea urei în sânge şi stabilirea constantei ureo-secretorii a lui Ambard), mortalitate care este egală cu acea a oricăror operaţii practicate la această vârste, dovedeşte resultatele admirabile obţinute.

Autorii stabilesc ca condiţiuni prealabile de succes tratamentul preoperator, şi cunoaşterea perfectă a funcţiunei renale, iar ca hotărâtor pentru resultatul operaţiei, care trebueşte practicată în 2 timpi şi cu scurtarea la 6–8 zile a intervalului dintre intervenţii, tratamentul post-operator.

Aceste măsuri luate cu ştiinţă din vreme şi cu conştiinţă la timp îndrituesc pe drept cuvânt pe autori să considere resultatele lor ca „un real progres al chirurgiei prostatice din ultimul timp".

„Inconvenientele ce oferă ochelarii obişnuiţi, între cari: corecţia incomplectă a metropiei la privirea laterală, diminuarea sau sporirea efectului ochelarilor prin apropierea sau depărtarea lor de ochi, împedecarea purtării lor de către actori, sportmani etc. au condus.... la realizarea unor sticle optice, cari să aibă forma suprafeţei globului ocular, făcute dintr'o sticlă extrem de fină şi care să fie purtate de ametropi sub pleoape, în contact direct cu globul ochiului".

Autorul acestui articol, *D-l Dr. N. Blatt* a făcut *Cercetări cu sticlele contacte ale lui Müller, pe 38 cazuri de miopie în grad înaintat* şi a obţinut resultate optice imediate favorabile; asupra efectelor terapeutice, anume dacă cu vremea se corectează miopia, rămâne a se pronunţa dupe un timp mai îndelungat de urmărire a pacienţilor săi.

Cu prezentarea a *2 casuri clinice de purpură* D-l *Dr. Od. Apostol* de la Cluj expune noţiunile generale asupra syndromului purpurelor, a căror clasificare dupe diferitele şcoale şi autori prezintă.

D-sa caută cu această ocazie să pună în evidenţă lucrările originale româneşti de valoare netăgăduită.

In opoziţie cu difteria toxina agentului scarlatinei atacă rar nervi şi *Nevritele scarlatinoase* sunt o raritate, mai ales polinevritele; cazul prezentat de D-l *Dr. Silviu Conn* merită astfel a fi dat publicităţii.

Păreri, de cari trebue a se ţine seamă, expune D-l Dr. *Gh. Scripcă* dela Giurgiu *Asupra legei colegiilor medicale* al cărui text a fost publicat în No. 10/1930 pag. 299–303 al revistei «Mişcarea Medicală», precum şi *Asupra regulamentului acestei legi*, care se publică în numărul de faţă la pag. 627–633.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Iar din *Impresiile de ordin medical încercate în cursul călătoriilor*, precum acelea ale D-lui *Dr. I. Vonica în Jugo-Slavia* — şi ale *noastre personale în mai multe centre medicale din Europa şi a căror publicaţie o vom face în numărul viitor*,—de nu s'ar reţine decât constatările făcute, precum între altele că în Jugo-Slavia vaccinul anti-rabic pus în fiole se trimite el în diferite centre pentru a nu fi nevoiţi bolnavii să se mişte ei din toate părţile către centru şi încă independent de nota lor personală asemenea «Impresiuni» trebuesc a fi publicate cu predilecţie de către revistele medicale, ele atrăgând atenţia asupra celor ce se fac la alţii, pentru ca să se tragă învăţăminte asupra celor ce trebuesc îndreptate la noi.

Atragem atenţia asupra art. *Specificul medical în Basarabia* în care d-l Dr. *I. Bordeianu* dela Hotin expune nota caracteristică medicilor basarabeni de origine rusă, precum arată condiţiile grele, în care se exercită practica medicală în această provincie.

Fragmentul, ce publicăm la pag. 637, din Conferinţa *„La vertu de l'ignorance"*, ţinută de *Dr. Abrami*, în timpul „Zilelor medicale de la Bruxelles" în Iunie crt., prezintă unul din aspectele cele mai caracteristice ale mişcării medicale actuale, în care fie-care se înverşunează asupra detaliilor, le personalizează şi le consideră ca puncte de repere definitive în sciinţa medicală — până când „Contribuţiunile personale" ale altuia vin să le dovedească simpla relativitate.

M. Cânciulescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ol. Jec. Asell. chlor. Zinc. Oxid.
Bol. Alb. Ad. Lan. c. aqu. Vas. Flav.

Arsuri
Cicatrizarea plăgilor
Ulceraţiuni cronice
Pansament ginecologic
Prurit, Intertrigo
Eczeme uscate
Pediatrie

DESITIN
Pomadă

Calmează durerile şi mâncărimile.
Acţiune bactericidă.
Pansamentul nu se lipeşte.
Ingresnişte granulaţia.
Grăbeşte regenerarea ţesuturilor.

Tub. mici, mari & cut. a 1/4 kgr.

Reprezentant: AGECO S. A., Strada Sf. Ionică 9, Bucureşti.

Pentru therapia vârstei înaintate.

Calcium-Diuretin

Bine suportabil şi fără gust alcalin. Complectare preţioasă a acţiunei Theobrominei şi acidului Salicylic prin compusul calcaros.

Jod-Calcium-Diuretin

Combinaţie a Calcium-Diuretinei cu Jodură de Potasiu. Cu o acţiune deosebită în stări stenocardice şi asthmatice.

Rhodan-Calcium-Diuretin

In contra hypertensiunei. Ameliorare repede a simptomelor hypertonice subiective.

Cardiazol

Analepticul de actualitate. Complect solubil în apă. Acţionând surprinzător de repede.

Digipuratum

Preparatul de Digitală perfect. Totalitatea glycosizilor Digitalei motivează eficacitatea remediului.

Bromural

Calmant şi soporific încercat de decenii. Administrat în dose therapeutice, nu influenţează tensiunea sanguină.

«KNOLL»

KNOLL A.-G., Făbrici chimice, **Ludwigshafen/Rhin.**

Reprezentanţă Generală şi Depozit: M. TATARSKY, BUCUREŞTI, B-dul Elisabeta, 39.

BCU Cluj / Centrala Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Docent Dr. ŞTEFAN ALBU

1886 — 1931

In ziua, în care i se expedia numărul din revista, în care scrisese ultimul său articol ştiinţific, moare printr'un banal accident de automobil docentul universitar Ştefan Albu, directorul Institutului obstetric şi de ginecologie din Arad.

Născut la 1886 la Brad, după ce urmează liceul la Brad şi Năsăud, se înscrie la Facultatea de Medicină din Budapesta şi obţine titlul de doctor în medicină la Viena în 1911. Specialist în Gynecologie şi Obstetrică în clinica Profesorului Schauta este numit *Prim-asistent la Institutul Obstetric din Oradea-Mare*. Dornic să-şi complecteze mai mult cunoştinţele solide căpătate printr'o muncă neîntreruptă, părăseşte şi acest post rămânând mai mulţi ani în clinicele Profesorilor Bumm la Berlin şi Döderlein la München.

După războiul cel mare şi după Unire este numit *Asistent la Clinica Prof. Cristea Grigoriu*, unde formează împreună cu

alţi tineri falanga luptătorilor, cari alături de profesorii universităţii clujene au transformat Clujul în focar de activitate ştiinţifică românească.

Ardealul şi Banatul aveau nevoe de tinere elemente capabile, pregătite şi muncitoare cari să formeze pionierii medicinei româneşti în ţinuturile unite.

Doctorului Ştefan Albu îi revine sarcina de a *organiza Institutul Obstetric şi Gynecologic din Arad,* precum şi *Şcoala de moaşe de pe lângă acest Institut.*

Dela 1920 până la moartea sa, doctorul Ştefan Albu şi-a dedicat toată puterea sa de muncă şi întreaga sa activitate valoroasă pentru progresul acestui institut.

Luptând cu toate dificultăţile, ce stăteau în calea oricărei iniţiative după războiu, pornind dela grijile administrative cele mai mărunte, doctorul Ştefan Albu a reuşit să creeze în câţiva ani un spital complect înzestrat şi bine amenajat comparabil din toate punctele de vedere cu cele mai bune clinici universitare.

Numeroasele sale lucrări publicate în mai multe reviste româneşti, statisticile, ce publica — din care una publicată în ultimul număr al revistei „Mişcarea Medicală" — dovedeau în doctorul Ştefan Albu, un medic destoinic, un artist al chirurgiei, un îndrăgostit de ştiinţă, un muncitor neobosit. Pentru aceste merite *doctorul Albu obţine în 1929 titlul de docent universitar.*

Doctorul Ştefan Albu erea din acei medici cari în orice colţ al ţării ar fi puşi, reuşesc prin muncă neîncetată, prin dorul nestăpânit de ştiinţă, *să transforme sfera lor de activitate în importante centre ştiinţifice.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aşa se explică faptul că de unde la Arad până la venirea doctorului Albu nu exista decât o secţie de spital destinată ginecologiei şi obstetricei, cu înfiinţarea institutului ce a condus doctorul Albu, Aradul a devenit un centru ştiinţific serios, care s'a manifestat în numeroase congrese de specialitate şi în literatura medicală românească.

Şi în toată această activitate medicul valoros a fost dublat de omul superior. Alături de priceperea, de munca şi arta pe care o dădea bolnavilor săi, doctorul Albu erea stăpânit de o *largă înţelegere a suferinţei omeneşti.* Idealismul şi desinteresarea sa ereau cunoscute în oraş şi împrejurimi.

Moartea sa prematură lasă unanime regrete nu numai în locurile, unde şi-a petrecut viaţa, ci în sufletele tuturor colegilor, cari l'au cunoscut la Congresele de unde erea nelipsit.

Prin moartea Doctorului Albu, *medicii români pierd un coleg, care la graniţa ţării făcea cinste medicinei româneşti.*

Revista „Mişcarea Medicală" la care D-rul Albu a fost un preţios colaborator îşi exprimă pe această cale regretele sale adânci de a fi pierdut cu el un *fertil câmp de activitate ştiinţifică şi de promovare a medicinei româneşti în afara centrelor universitare.*

Mişcarea Medicală.

CLASIFICAREA ICTERELOR*)

de

I. PAVEL

Clasificarea icterelor este una din cele mai dificile probleme. Carrié în admirabila sa carte renunţă la o clasificare precisă şi adoptă enumerarea formelor pe care în clinică le apropie unele caractere.

Eppinger în capitolul rezervat icterelor din tratatul lui *Kraus* şi *Brusch* utilizează pentru prezentarea icterelor o clasificare jumătate patogenică şi jumătate enumerativă: Icterul mecanic, Icterul hemolitic şi apoi în ordine: Icterul cataral, Icterul grav, Icterul spirochetozic, Icterul toxic, sifilitic, la ciroze, la bolile infecţioase, la pneumonie, la cardiaci, la noi-născuţi, colemia familială, menstrual. Câţiva ani mai târziu acelaşi autor împarte icterele în hemolitice mecanice şi înfine, prin hepatită, intercalând însă între acestea din urmă o subcategorie pe care o numeşte icter mecanic sau intermitent, categorie în care înţelege să claseze icterul care uneori pari să aibă pasagiu către duoden liber, alte ori însă pare complect închis.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fiessinger crede clasificarea uşoară şi împarte, icterele în mecanice şi hemolitice care au baze precise de diagnostic şi, înfine, pe toate celelalte care nu sunt de această natură, le clasează în categoria icterelor prin hepatită. Această formulă are marele avantaj că reliefează repede partea şubredă a acestei clasificaţii: icterele prin hepatită. Ele ar fi dacă ni se permite jocul de cuvinte, toate cele care nu ştim ce sunt.

Hepatita ca origină a icterelor considerată ca o teorie contemporană are precursori foarte depărtaţi. Carrié care s'a amuzat să cerceteze literatura mai veche citează pasagii foarte sugestive în Monneret (1861) şi chiar în Morgagni. Ceace a variat însă în decursul anilor a fost deplasarea într'o categorie sau alta a diverselor forme de ictere. Dacă ar fi să caracterizăm într'un cuvânt epoca contemporană în ce priveşte natura icterelor am spune că trăim sub domnia hepatitei.

Cercetări recente datorite mai ales întrebuinţărei tubajului duodenal şi a probei lui Melzer—Lyon, în cercetarea icterelor au

*) Conferinţă din ciclul «Actualităţilor medicale», ţinută în cadrul Asoc. docenţilor fac. de medicină din Bucureşti, la 23 Mai crt. în Amfiteatrul Spit. Colţea.

contribuit la complectarea cunoştinţelor noastre în ce priveşte patogenia şi deci clasarea icterelor. Clasificarea patogenică adoptată de autorii sus-citaţi are avantaje asupra clasificărei clinice, care este simplu enumerativă. In expunerea de faţă o vom adopta şi noi.

* * *

A. — Un *prim gen de icter* care se conturează uşor *e cel zis hemolitic*. Din punct de vedere al patogeniei trebue considerat ca fiind datorit hiperemolizei şi hiperbilirubinogeniei survenind sub influenţa unei turburări în funcţiune a splinei şi a celulelor lui Kupfer, la aceasta se adaugă uneori (Gilbert, Eppinger), o insuficienţă excretorie a celulei hepatice. In clinică ideia unui astfel de icter ne vine atunci când întâlnim o gălbenare fără materii decolorate, fără bilirubină în urină dar însoţită de o hipertrofie splenică şi de o anemie relativ importantă.

Acest tablou foarte sugestiv nu ne va permite totuşi diagonisticul înainte de a face cercetări complimentare privind: antecedentele hereditare şi colaterale, fragilitatea globulară, anemia, pigmenţii şi sărurile biliare, splina, ficatul.

Icterul hemolitic clasic este *congenital* şi uneori *familiar*. Este diagnosticat adesea la naştere de când apare gălbinarea care însoţeşte hipertrofia splinei. Uneori apariţia acesteia n'are loc decât mai târziu, dar natura sa nu pretează la discuţii, dat fiind prezenţa hipertrofiei splinei constatată la naştere. Există în literatură o serie întreagă de arbori genealogici privind familii cu icter hemolitic. Alte ori icterul hemolitic nu apare decât după un incident de exemplu după o pneumonie. Prezenţa lui nu împiedică deloc desvoltarea copilului sau adolescentului. Chauffard a spus chiar „qu'il sont plus icteriques que malades". Diferenţa este însă mare între buna stare a individului şi examenul obiectiv al sângelui. Caracteristica acestui icter este fragilitatea globulară. Există o diminuţie a rezistenţei hematiilor pentru soluţiunile de ser clorurat. In timp ce hematiile normale rezistă la concentrări de 0,48—0,46% de Cl Na, hematiile bolnavilor acestora sunt hemolizate la concentraţiuni mult mai mari 0,52—0,66% şi chiar mai mult, se spune în aceste stări că rezistenţa globulară este scăzută. Se poate căuta încă diminuţia rezistenţei faţă de alte soluţiuni hemolizante spre exemplu saponina. O anemie intensă este constatată astfel că a putut fi făcută eroare de diagnostic cu maladia lui Biermer. Examenul pe frotiul sanguin colorat vital sau post-vital ne arată un număr crescut de hematii granuloase. La coloraţia obişnuită se constată o policromazie importantă, numeroşi eritroblaşti şi chiar megaloblaşti. In opoziţie însă cu ceace se găseşte în anemie pernicoasă în icterul hemolitic există o microcitoză accentuată care trebue utilizată pentru diagnosticul diferenţial.

Numărul hematiilor este diminuat iar valoarea globulară depăşeşte 1.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Obişnuit există o leucocitoză şi uneori o mielocitoză. Numărul leucocitelor este şi el un bun mijloc diagnostic contra anemiei pernicioase. Icterul hemolitic n'are tendinţe la hemoragii.

El nu se însoţeşte de prurit. Bilirubinemia este crescută şi poate ajunge de 4—10 ori cantitatea normală. Consecutiv avem o hiperbilirubinocolie asemănătoare cu cea din anemia pernicioasă. Se înţelege dela sine că materiile vor fi colorate. Se spune că în icter hemolitic s'ar găsi cantitatea cea mai mare de urobilină în materiile fecale. Deşi bilirubina e crescută în sânge, ea nu apare în urină; deasemenea nici sărurile. Acestei constatări negative se datoreşte numele lor de *icter acoluric*. Din contră, în urinile care sunt de culoare închisă se găseşte urobilina şi mai ales urobilinogen de unde şi numele de *icter urobilinuric*. Pentru a explica acest paradox s'a emis teoria transformărei bilirubinei în urobilină. Alţi autori au emis ipoteza ridicărei pragului de eliminare al bilirubinei în timp ce acela al urobilinei rămânea jos. Se găseşte în adevăr cantitatea de urobilină mărită în sânge. Icterul, urobilinuria, simptomele anemice variază în intensitate şi pot chiar lipsi. Splina este în general mărită de volum şi constitue un simptom capital al diagnosticului. Volumul său e variabil şi se accentuiază în cursul puseelor anemice. Volumul său e cu atât mai mare cu cât boala e mai veche. Ficatul este uşor mărit fără ca să existe transformare cirotică. Celulele lui Kupfer conţin o mare cantitate de pigment feric. Explorarea ficatului este normală. In cursul evoluţiei survin uneori agravări după o infecţie, o oboseală, o supărare, în momentul menstruaţiei şi toate simptomele se accentuează. In aceste împrejurări poate apare în regiunea hepatică o senzaţie de apăsare şi uneori o durere foarte vie, incident care a fost numit pseudocolica hepatică din cauza asemănărei cu cea veritabilă. După acest puseu totul intră în ordine şi mai repede decât s'ar crede starea generală şi chiar simptomele sanguine revin la tabloul normal.

Biblioteca Universitatea "Ovidius" Constanta

Alături de icterul hemolitic congenital există un *icter hemolitic câştigat*, care survine la o vârstă mai înaintată şi anume la acei indivizi care au suferit de afecţiuni febrile. Simptomele sunt într'un grad mai mic, aceleaşi. Astfel rezistenţa globulară deşi scăzută nu se depărtează mult de rezistenţa normală. Uneori pentru a o pune în evidenţă avem nevoie în prealabil să spălăm hematiile. Atunci scăderea rezistenţei apare mai evident.

Tratamentul care este acelaşi pentru aceste două feluri de ictere aduce o confirmare rolului jucat de splină în patogenia acestei afecţiuni. Splenectomia suprimă definitiv icterul şi anemia. Din contră, rezistenţa globulară poate să rămâie diminuată. Acest fapt poate să ne arate aşa după cum am văzut la începutul acestui capitol că alături de splină există un al doilea element patogenic în acest complex simptomatic a cărui expresiune este diminuţia rezistenţei globulare.

Alături de icterul emolitic trebue să fie considerată *Colemia familială a lui Gilbert*. Icterul este aci abia vizibil şi urobilinuria

lipseşte, modificările sanghine sunt uşoare sau absente, rezistenţa globulară este normală, splina nu este mărită de volum. In total deci ceace caracterizează acest cadru nosologic este augmentarea pigmenţilor în sânge.

* * *

B. — O clasă de ictere bine individualizată este cea cunoscută sub numele de *icter prin obstacol mecanic.* Aci clasarea se poate face pe baze absolut sigure. Asupra cauzei patogenice nu există îndoială. Pe canalele de excreţie la un nivel variabil există un obstacol care împiedică scurgerea bilei. Aceasta se resoarbe, trece în circulaţia sanghină unde vom avea mărimea cantităţei bilirubinei împreună cu consecinţa ei imediată apariţia icterului şi prezenţa bilirubinei în urină. In acelaşi timp şi datorită aceluiaşi obstacol sucul duodenal explorat cu sonda Einhorn este lipsit sau aproape complect lipsit de pigmenţi biliari iar materiile sunt decolorate.

Trei sunt cauzele mari ale acestui gen de icter: calculul coledocului, cancerul capului pancreasului şi pancreatită cronică a capului pancreasului. Din punct de vedere clinic diagnosticul de icter prin obstacol poate întâmpina două feluri de dificultăţi: prima vizează prezenţa obstacolului iar a doua natura acestui obstacol. Când datele clinice şi de laborator nu sunt suficiente intervenţia operatorie sau autopsia tranşează dificultatea patogenică. Pentru definirea naturei obstacolului întâmpinăm mari dificultăţi în clinică şi uneori chiar la operaţie. Se spune în linii mari că în cazul unui icter cu obstacol mecanic survenind la o femee în antecedentele căreia există colici hepatice, icter care a debutat brusc, care e variabil ca intensitate, a cărui coloraţie este moderată, când materiile sunt decolorate neregulat sau intermitent, când există un punct dureros provocat la presiunea zonei pancreatico-coledociană, când slăbirea este minimă, când analiza materiilor arată simplu dificit biliar, fără alteraţia digestiei triptice şi amilolitice, avem aface cu un icter de natură calculoasă.

Când icterul survine la un bărbat care a depăşit 40 de ani fără colici hepatice anterioare, cu un debut insidios, cu mers progresiv, cu o coloraţie intensă de nuanţă galbenă-verzue, când există o veziculă distinsă, când există în materii un deficit pancreatico-biliar cu digestiunea triptică şi amilolitică în stare foarte proastă când slăbirea este progresivă şi mai apare şi o glicozurie, se zice, în general, că icterul este datorit cancerului capului pancreasului.

In ce priveşte posibilitatea pancreatitei cronice nodulare, diagnosticul său se va face prin excluzie şi cele mai adesea ori la operaţie.

Icterul care survine uneori în fazele înaintate ale cirozei atrofice trebue interpretat ca fiind şi el de origină mecanică şi anume datorit strangulărei unei părţi din canaliculele biliare interlobulare prin cordoanele de ţesut conjuctiv. Acest lucru se poate

demonstra şi microscopic, când pe cupa de ficat vedem zone pigmentate icteric alături de zone cu colorație normală. Această dispoziție coroborează faptul clinic al intensității mici a icterului în cazul cirozei atrofice şi hipo-colorațiunei bilei recoltată cu ajutorul sondei duodenale. Obstacolul este deci parțial şi situat, de data aceasta, foarte sus în arborele biliar.

* * *

C. — In imediată vecinătate de icterele prin obstacol mecanic vom expune *icterele prin spasm al sfincterului lui Oddi* descris de Domnul Prof. Nanu-Muscel împreună cu mine şi pe care îl vom numi aci icter *prin obstacol funcțional*. Din punct de vedere patogenic după cum îl arată numele este datorit unui spasm al sfincterului lui Oddi întreținut de un reflex cu punct de plecare în vecinătate. Din punct de vedere clinic acest icter apropie perfect tabloul unui icter cu obstacol mecanic şi în aceste împrejurări se ajunge automat la operație. Când în această împrejurare obstacolul nu e confirmat se vorbeşte de un icter cataral prelungit sau de hepatită hipertrofică icterigenă. Dacă însă la un asemenea bolnav practicăm tubajul duodenal şi proba excrețiunei veziculare provocată, constatăm la prima sau abia după 2-3 probe albe că bila începe să vină. Fluxul biliar are însă unele capricii caracteristice pentru această interpretare care se pot sintetiza în:

a) Scurgerea sau oprirea fluxului biliar şi deci a colorărei şi decolorărei materiilor fecale după cum intervine sau nu o şedință de drenaj medical. (Obs. Nanu-Muscel—Pavel).

b) Incetarea posibilă a fluxului biliar şi recolorarea materiilor fecale după o teamă mare cu toată continuarea şedințelor de drenaj medical. (Obs. Nanu-Muscel—Pavel).

c) Dispariția simptomului icter dintr'un complex morbid (în cazul Prof. Nanu-Muscel şi Pavel există febra) prin drenaj medical repetat. Revenirea icterului după încetarea acestuia din urmă. (Obs. Nanu-Muscel—Pavel).

d) Faptul că după o colecistostomie în cursul căreia s'a constatat absența obstacolului pe coledoc, bila deşi se scurge prin fistulă nu se scurge în duoden decât în timpul şedințelor de drenaj medical cu ajutorul sondei lui Einhorn care lucrează deschizând sfincterul. (Acest simptom e dedus dintr'o observație publicată de Fiessinger şi Toupet).

Această categorie de ictere implică, după cum vedem, explorarea sfincterului lui Oddi cu ajutorul sondei lui Einhorn şi a probei excrețiunei veziculare provocate.

Acest sfincter a cărui desvoltare este mai importantă decât s'ar crede se comportă ca cel dela nivelul cardiei. Se ştie că un spasm al cardiei poate dura zile întregi (s'au descris cazuri până la 10 zile) cu închiderea complectă a orificiului şi un timp foarte îndelungat cu închidere relativă şi cu dilatare retrogradă foarte importantă. In cazul sfincterului lui Oddi poate deasemenea exista o dilatare retrogradă. Prezența acestei din urmă este interpretată

Digital Collection Babeş-Bolyai University Library Cluj

eronat ca fiind datorită unui obstacol mecanic, calcul, cancer al capului pancreasului, pancreatită. Eroarea e naturală atâta vreme cât posibilitatea obstacolului funcţional nu va fi admisă. Ea se face din cauza împrejurărilor de cele mai adeseori de chirurgi. Asupra erorilor de interpretare ce conduc fatal la nediagnosticarea justă a cazurilor cu obstacol funcţional ne permitem a atrage atenţia următoarei. In protocoalele de operaţie se citează dese cazuri în care în cursul operaţiei un calcul angajat în ampulă se degaje în timpul anesteziei şi în cursul operaţiei poate fi găsit în duoden. Acest fapt însă este extins uneori credem nejustificat de prezenţa corpului delict şi antrenează la erori. Totul se petrece în această împrejurare ca şi când chirurgul ar fi vinovat dacă icterul fiind judecat prin obstacol la intervenţie acesta este absent. Tot aşa până mai acum câţiva ani, când nu se cunoştea rolul important în patologie a colecistitelor necalculoase, exista jenă şi teamă de a fi acuzat de greşeală de diagnostic, când scoţând o veziculă în ea nu se găseau calculi.

Tabloul simptomatic descris mai sus permite un diagnostic obiectiv. Sunt însă cazuri unde evoluţia şi tratamentul ne face să bănuim spasmul reflex al sfincterului lui Oddi, dar unde împrejurările nu ne permit punerea în evidenţă a semnelor de mai sus. Un asemenea tip clinic ar fi următorul: Un icter de stază care după ce a durat un timp îndelungat, cedează complect şi definitiv dela primele drenaje medicale. Alteori el poate fi bănuit în ictere a căror evoluţie e mult mai scurtă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In acest ultim grup trebue situat icterul care survine în urma colicei hepatice. Acesta a fost multă vreme interpretat ca fiind datorit eliminărei unui calcul în coledoc. Mai târziu când prin controlul operator sau anatomic s'a constatat absenţa calcului, s'a recurs la explicaţia icterului prin hepatită. Aceasta a avut succes în lumea cercetătorilor şi actualmente se vorbeşte de hepatită icterigenă în cursul litiazei în mod curent. Critica hepatitei luată drept cauză a icterelor o vom face mai jos discutând patogenia icterului cataral. Vom spune aci numai că părerea lui Eppinger şi Walzel după care acest icter ar putea fi datorit spasmului muşchiului lui Oddi ni se pare cea mai nemerită. In ce ne priveşte noi vedem această posibilitate luând naştere în modul următor: în timpul unui puseu de colecestită este posibil ca foliculii limfatici care se găsesc la nivelul ampulei lui Vater să se inflameze în urma unei limfangite cu punct de plecare la nivelul colecistului. Inflamaţia dela nivelul ampulei lui Vater este capabilă să ducă la spasmul reflex al sfincterului lui Oddi. Astfel ar lua loc un icter cu obstacol funcţional cu decolorarea materiilor fecale. Obstacolul funcţional explică mai uşor decât cel mecanic sau hepatita icterul care durează o zi, două sau trei, cum e frecvent cazul în colica hepatică.

* * *

D. — In ceace rămâne acum de clasat domneşte cea mai mare impreciziune. Autorii cei mai calificaţi sfârşesc prin a categorisi aceste *ictere* ca fiind *produse prin hepatită.*

Această patogenie, care a făcut dela autopsiile lui Eppinger mare vâlvă datează dela Monneret şi chiar dela Morgagni.

„Au point de vue de la pathogénie de l'ictère, on peut „partager les différents cas en deux catégories: dans l'une, les „conduits d'excrétion sont oblitéres: il y a ralentissement du cours „de la bile ou obstacle complet à sa circulation; dans l'autre, les „voies sont libres, mais il existe une lésion du parenchyme hé- „patique et tout fait croire que la sécrétion est suspendue. Dans „le premier cas, la bile serait formée comme à l'état normal, „puis résorbée; dans le second, les fonctions de l'organe étant sus- „pendues, les matériaux de la bile, et spécialment sa substance „colorante resteraient dans le sang. (Monnert).

„La matière de la bile augmente dans le sang, lorsque la „sécrétion de la bile qui s'y trouve ne s'opère que peu ou point, „soit à cause de quelque vice du sang ou de quelque vice de la „substance intime de l'organe sécréteur (c'est à-didre du parenchyme „du foie), soit parce que la voie de plusieurs branches du conduit „hépatique, ou de son propre tronc, ou du conduit comun (cho- „lédoque) est embarrassée. (Morgagni)".

In practică când un icter nu se confirmă ca hemolitic sau datorit unui obstacol mecanic este explicat prin hepatită.

Icterul cel mai des pus pe seama hepatitei este indiscutabil *icterul cataral.* Acesta discutat mult ca entitate şi ca existenţă (Garnier, Umber.) se poate defini în puţine cuvinte ca cel mai uşor dintre icterele infecţioase. După o etapă de turburări digestive: greaţă, anorexie, alternate de constipaţie şi diaree, jenă epigastrică care durează 2—6 zile, apare un icter a cărui intensitate deobiceiu mare, contrastează cu evoluţia sa benignă.

Prima încercare de a justifica cu fapte teoria patogenică prin hepatită în icterul cataral este datorită lui Eppinger. Icterul cataral este excepţional văzut la autopsie. In război însă când cazurile au fost la un moment dat foarte frequente, Eppinger a avut trei bolnavi de icter cataral morţi de tetanos. Pe autopsia acestor cazuri se bazează opiniunea majorităţii autorilor.

Iată în scurt *leziunile găsite la autopsie:*

a) Modificarea lobului hepatic în sensul unei deplasări excentrice a venei centrale fără prezenţa focarelor importante de necroza celulară.

b) La un obiectiv mai mare nucleii par tumefiaţi şi reţin greu culoarea.

c) Celulele hepatice nu păstrează uneori aranjamentul normal. Nu există degenerescenţă grasă dar există uneori detritusuri celulare înlocuind celulele. Spaţiile limfatice par dilatate (edem).

e) Modificările cele mai importante consistă în starea capilalelor biliare puse în evidenţă prin metoda autorului. Ele constau în apropierea vaselor limfatice şi sanguine de capilarele biliare. La un obiectiv mai mare între aceste capilare se găsesc resturi celulare. Există comunicaţie între capilarele biliare şi capilarele limfatice.

Aceste comunicaţiuni există şi în icterul de stază. Deosebirea consistă în calibrul normal al capilarelor biliare în icterul cataral, prin opoziţie cu dilatarea acestora în icterul de stază. Capilarele biliare ar prezenta şi numeroase excrescenţe diverticulare, care amintesc varicozităţile venoase şi care nu se găsesc în icterul de stază.

f) Infine, prezenţa a numeroase mitoze în celule.

Vom spune numaidecât că aceste leziuni n'au în ele nimic caracteristic. Chiar leziunile la nivelul canaliculilor biliari şi diferenţa între forma lor la un icter cu obstacol faţă de unul prin hepatită, şi cărora la început autorul le dădea o mare importanţă nu sunt caracteristice, ele putând lua naştere de câte ori celula hepatică se necrozează.

Putem spune astăzi că hepatita şi cu icterul fac două. Intradevăr în febră tifoidă unde leziunile la nivelul ficatului se găsesc în quasi-unanimitatea cazurilor, icterul este excepţional de rar. Cu toate acestea leziunile sunt uneori vizibile cu ochiul liber. La microscop alteraţiunile sunt de ordin necrotic şi situate cu predominenţă la periferia lobului. Leziuni analoge şi constante se găsesc în paratifos şi disenterie unde deasemenea icterul este o raritate. Toate aceste leziuni la nivelul ficatului au drept caracteristică că pot fi regenerate fapt ce explică frequenţa mitozelor. Câteva luni mai târziu dacă întâmplător se poate examina un asemenea ficat nu se mai găseşte nici o urmă de alterare. Despre această putere de „restitutio ad integrum" a ficatului ne-am putut convinge şi noi împreună cu Milcu, injectând în repetate rânduri doze forte de tetraiod, care deşi dădeau leziuni importante imediat, dacă însă ficatul era examinat 5—6 luni după ultima administrare a toxicului se putea constata că îşi recăpătase aspectul normal. Asupra importanţei acestui argument Eppinger nu s'a înşelat şi îşi termina capitolul patogeniei prin hepatită, refăcând această expresă rezervă. De atunci însă, având în vedere pe deoparte succesul acestei teorii în masa cercetătorilor, pe dealtă parte rolul de arbitru acordat galactozuriei în diagnosticul hepatitei această rezervă care este de prim ordin a fost aproape uitată.

Dacă teoria hepatitei a venit la început graţiei cercetărilor anatomice ea se susţine astăzi mai ales cu ajutorul probelor funcţionale ale ficatului şi în special cu galactozuria. Rezultatul explorărei funcţiunei glicogenice pentru diagnosticul originei hepatice a icterului, a fost des utilizat în acest scop.

Ficatul fixează glicoza sub forma de glicogen şi transformă apoi glicogenul în glicoză, livrându-l circulaţiei generale după nevoile organismului. Fixarea glicozei la nivelul ficatului s-ar face după datele recente cu ajutorul insulinei hormonul pancreasului insular.

Proba glicozuriei provocate explorează însă toleranţa întregului organism pentru zahăr. In special starea pancreasului care este glanda cea mai importantă în tot ce priveşte metabolismul hidraţilor de carbon are o deosebită importanţă. Galactozuria ca

SOLMUTH

SARE DE BISMUT

în

SOLUŢIE ULEIOASA

1 ccm. = Og. O4 Bi

INDOLOR — PERFECT TOLERAT — INCOLOR

Intruneşte rapiditatea de acţiune a soluţiilor apoase şi eficacitatea profundă şi prelungită a suspensiunilor uleioase.

Permite injectarea de doze reduse, metalul fiind complect folosit în muschiu contrar suspensiunilor cari produc depouri intramusculare.

Pentru adulţi: săptămânal 2 fiole de 1 ccm.

Cutia cu 12 fiole de 1 ccm. Lei 220.— pentru public.

Pentru medici: cutii cu 50 & 100 fiole

LABORATOIRES LECOQ & FERRAND

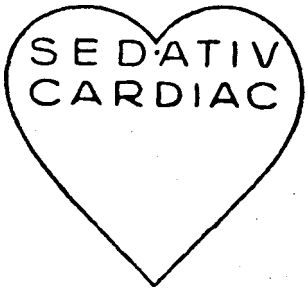
LEVALLOIS (Seine).

Reprezentant: AGECO S. A. — Bucureşti, Strada Sf. Ionică, 9.

Solmuth-ul a fost adoptat de către Casa Centrală a Asigurărilor Sociale unde se află de acum înainte permanent în depozit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SPASMOSÉDINE



Phenylethylmalonylurea 0 gr. 015
Bromhidrat de chinină 0 gr. 05
Extract Crataegus stab. 0 gr. 05
Excipient. q. s.

1—2 compr. glutinizate pe zi înaintea meselor timp de 15 zile pe lună.

Turburări nervoase cardiace (palpitaţii, extrasistole, nestabilitate cardiacă). **Hypertensiune arterială permanentă** (cefalee, vertige, ameţeli). **Hypertensiune paroxystică** (menopauză, histerectomie). **Algii precordiale. Angină pectorală** (tratament preventiv).

DIGIBAINE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Asociaţiune Digitalină-Ouabaină.

Doze mici **(tratament de întreţinere)** 15 picături pe zi.
Doze mijlocii 25-30 picături pe zi.

Cure tonicardiace continue. Insuficienţă cardiacă dreaptă şi mai ales stângă. Cardiopathii valvulare în perioada decompensaţiunei. Miocardite toxice sau infecţioase. Diverse arythmii.

LABORATOIRES DEGLAUDE, PARIS

Reprezentant: AGECO S. A. Bucureşti Strada Sft. Ionică No. 9.

mijloc de diagnostic al insuficienţei hepatice ar pierde deci valoarea sa, dacă s'ar putea demonstra că pancreasul este atins de procesul patologic al icterului cataral. In această ordine de idei cercetările care în ultimul timp se îndeşesc şi care vizează starea pancreasului în icterul cataral, au o deosebită importanţă.

Philips a făcut primul *apropierea clinică între icterul cataral şi pancreatită*, publicând un caz care prezinta o gălbinare coexistând cu o parotidită şi survenind în cursul scarlatinei. Carrié analizând simptomele premonitorii ale icterului cataral crede că anorexia, greaţa, epigastralgia cu sediul supra-ombilical nu sunt impatabile unui „embarras gastrique" banal, ci sunt în relaţie cu pancreasul exprimând o stare de pancreatită inflamatorie. Sindromul este superpozabil cu acela ce se observă în cursul unor pancreatite inflamatorii de cauză cunoscută cum ar fi pancreatita urliană.

Din punct de vedere funcţional cercetările lui Weil (Bruxelles) par să arăte că icterul de tip cataral este în esenţă o hepatopancreatită, de oarece studiul enzimelor făcut cu sonda duodenală în momentul când icterul era aproape la maximum său, a dat un deficit foarte net,, şi uneori chiar absolut în 19 din 23 cazuri. Reîntoarcerea la normal a activităţii enzimelor se făcea cu aceiaşi rapiditate în general ca şi dispariţia coloraţiunei icterului. Observaţiuni analoage au dat Chiray şi Lebon, Lebon şi Maire. In ce ne priveşte, împreună cu Rădvan şi Ionescu am putut observa evoluţia paralelă a icterului cu insuficienţa probelor funcţionale ale pancreasului într'un caz de icter infecţios benign cu reşută. La un tânăr icteric care se ameliorase şi care în urma unei epididimite gonococice şi-a văzut icterul reapărând, activitatea lipazică a avut un mers paralel: scăzută la început, ameliorată în acelaşi timp cu ameliorarea icterului, a scăzut din nou în timpul recrudescenţei icterului. Diastaza urinară a avut deasemenea o curbă ce corobora cu evoluţia fermenţilor în lichidul duodenal.

Din punct de vedere anatomic foarte des alterarea pancreasului a fost găsită în bolile ficatului. Cercetările deja vechi ale lui Klippel şi Lefas au arătat că paralel cu procesul cirotic dela nivelul ficatului avem un proces de scleroză, uneori foarte înaintată, la nivelul pancreasului. Deasemenea în atrofia galbenă acută a ficatului găsim notat în Eppinger că există o necroză celulară la nivelul pancreasului sensibil analogă ca intensitate celei dela nivelul hepatic. In icterul cataral există deasemenea semnalate alteraţiuni la nivelul pancreasului.

In ce priveşte atingerea pancreasului insular putem presupune că este interesat. Cercetările lui Zunz au arătat că există un paralelism evident între cele două secreţiuni. In adevăr introducerea unei soluţiuni de acid clorhidric în duoden provoacă o abundentă secreţiune a sucului pancreatic, şi în acelaşi timp se observă la câinii decapsulaţi, o scădere treptată a zahărului sanghin datorită exagerărei secreţiunei de insulină. Cercetările lui Destrée coroborează această experienţă. Injecţiunea intravenoasă

de 20 gr. de dextroză creşte secreţiunea pancreatică la om. Cantitatea totală de lipază secretată creşte şi ea în mod evident. De altă parte injecţiunea sub cutanată la om a unei cantităţi suficiente de insulină aduce o hipoglicemie. Această hipoglicemie postinsulinică determină o creştere foarte considerabilă a secreţiunei pancreatice.

Astfel diminuarea funcţiunei externe ne permite să supozăm şi diminuarea funcţiunei aparatului insular ceace ne-ar permite să înţelegem sensul hiperglicemiei şi glicozuria sau galactozuria provocată în cazurile de icter cataral.

Explorarea directă a influenţei pancreasului asupra hidraţilor de carbon este imposibil de efectuat în mod absolut. Atât curba hiperglicemică cât şi glicozuria sunt interpretate a priori în cazul icterului cataral ca fiind în relaţie cu insuficienţa hepatică. Totuşi este foarte instructiv să notăm aci că, autori ca Lupu, Radoslav, Pitschak, care pronează probă hidraţilor de carbon în studiul insuficienţei hepatice, ajung la concluziunea foarte rezervată pe care o cităm întocmai: „Etant donné que dans l'ictere catarral apparait dans le métabolisme des hydrates de carbone un trouble d'intensité analogue à celle du diabète avancé-analogie qui se manifeste par l'aspect des courbes glycémiques aprés l'administration des solutions sucrées, nous suposons qu'au moins dans ces cas d'hépatite diffuse il n'existe pas seulement une incapacité du foie de fixer le sucre, mais aussi insuffisance momentanée de l'appareil insulaire".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In această înlănţuire de idei e poate interesant să amintim că cele două tratamente cu insulină şi cu drenaj medical propuse recent pentru vindecarea icterului cataral pleacă dela premize patogenice complect opuse. Tratamentul cu insulină propus de Richter pleacă dela ideia că icterul cataral este datorit hepatitei toxi-infecţioase. De altă parte fiziologiştii au arătat că puterea antitoxică a ficatului este în raport cu depozitul de glicogen hepatic, administrarea insulinei asociată cu administrarea hidrocarbonatelor, ar mări această rezervă de glicogen. Tratamentul prin drenaj medical al căilor biliare propus de V. Lyon şi apoi de Chiray, Leclerc, Milochewitch, pleacă dela premiză inversă după care icterul cataral ar fi datorit catarului căilor biliare.

Drenajul medical ar lucra împiedicând staza biliară şi favorizând eliminarea depozitelor mucoase. Impreună cu Brătescu şi Negrescu utilizând o metodă de apreciere personală, am putut vedea că în adevăr evoluţia boalei se scurtează cu ambele tratamente deşi, cum am văzut mai sus premizele dela care au pornit cercetătorii erau just contrarii. In ipoteza însă a pancreatitei cu obstacol secundar mecanic sau funcţional la nivelul ampulei lui Vater, unitatea patogenică a acestui tratament se poate face. De-oparte se drenează canalele în retenţie iar de altă parte se ajută fixarea glicogenului la nivelul ficatului prin insulina a cărei secreţie la nivelul pancreasului e diminuată.

In fine tot în contra importanţei hepatitei va trebui să sem-

nalăm că probele interesând funcţiunea proteică a ficatului sunt negative sau slab pozitive, (Eppinger), iar că uneori colecistografia a fost pozitivă (Carrié), cu toate că în duoden bila nu venea sau venea numai în mică cantitate. Acestea arată că rolul secretor şi excretor al ficatului este în general păstrat.

Oricum s'ar interpreta datele de mai sus privind pancreasul un lucru începe să se degajeze în ceace priveşte icterul cataral, anume că el ar putea fi de origină mecanică.

Ipoteza icterului cataral de origină mecanică are la bază fapte de primul ordin. Iată în primul rând o observaţie a lui Eppinger poate prea uitată.

E vorba de o tânără domnişoară care în urma unei alimentaţii defectoase a devenit icterică. Totul în mersul boalei se petrecea ca la un icter cataral diagnostic care a fost dealtfel pus. In acel moment în urma unei contrarietăţi ea se sinucide şi necropsia a putut să aibe loc. Mucoasa stomacală a fost găsită uşor îngroşată şi prezentând echimose. In intestinul subţire şi duoden conţinutul era alcolic. Mucoasa duodenului era tumefiată şi flască iar papila lui Vater proeminentă. Presiunea asupra veziculei nu putea să provoace scurgerea bilei în duoden. Coledocul ca şi canalele hepatice erau sensibil dilatate şi conţineau o bilă de culoare închisă. Pancreasul avea aparenţa normală. Porţiunea papilară a canalului coledoc este examinată istologic înainte de a fi secţionată longitudinal. La capătul terminal al coledocului se găseşte un ţesut limfoid inflamat. Cavitatea ampulei era plină cu detritusuri ceace proba inflamaţia la nivelul peretelui coledocului, inflamaţie care putea constitui un obstacol la trecerea bilei. Origina acestei inflamaţii părea să fie în glandele peretelui coledocului, ţesutul adenoid jucând rolul unei amigdale coledociene. Eppinger a imaginat atunci pentru a explică acest icter o angină a foliculilor limfatici ai ampulei lui Vater. O observaţie analoagă a adus Neusser Toelg şi o alta e datorită lui Ryska.

Mult înaintea lui Eppinger, Stokes şi Graves au pus icterul cataral pe contul unui catar gastro-duodenal cu propagare la căile biliare. Contra acestei teorii se opunea faptul că la autopsii sonda putea trece prin ampula lui Vater cu uşurinţă. Virchow a luat cu toate acestea apărarea acestei patogenii de oarece, spune el, stările catarale ale mucoaselor pot să se schimbe după moarte la fel ca şi stările edematoase şi erisipelatoase. In complectare el a adăugat că aceste modificări catarale au sediul cu predominenţă la partea terminală a coledocului, la ampula lui Vater. Aceste modificaţiuni n'ar fi pentru el de natură să împiedice trecerea sondei şi se recunosc prin prezenţa unei tumefacţiuni a ţesutelor (edeme, hiperemie, hemoragii interstiţiale) sau prin prezenţa unui dop albicios (mucus şi celule epiteliale) sau înfine prin dilataţia şi coloraţiunea bilioasă a canalului coledoc deasupra ampulei lui Vater. Aci canalul este strâmt şi necolorat. Când Virhow dădea aceste explicaţii, Oddi nu descrisese sfincterul care îi poartă numele. Dacă ar fi cunoscut această formaţiune muşculară negreşit

că ar fi aplicat paradoxul trecerei sondei prin ampula lui Vater prin relaxarea post-mortem a spasmului sfincterial din timpul vieţei. Această explicare mi se pare astăzi foarte logică şi este de mirat cum Eppinger a putut trece alături de ea deşi avea cunoştinţă de această posibilitate şi deşi el însuşi îl sugerase pentru explicarea icterului survenind în colica hepatică.

La sfârşitul acestui capitol credem că e util după ce am făcut procesul hepatitei şi după ce am arătat tot ce poate veni în favoarea explicaţiei prin obstacol mecanic şi funcţional sau pentru natura pancreatică a sindromului, să spunem că rămân cel puţin pentru moment câteva fapte dificil de interpretat în sensul vederilor de mai sus. Unul din acestea e următorul: foarte adesea bila pe care o culegem în duoden e mai puţin concentrată ca normal. Deşi ştim că orice obstacol poate duce la inhibarea funcţională a glandei ce se găseşte înapoia obstacoluului, noi nu vom evoca acest argument. Este totuşi posibil că lucrurile să se petreacă aci aşa cum se întâmplă când în timpul operaţiei se suprimă obstacolul. Bila care se scurge în această împrejurare la început incoloră sau abia colorată revine la culoarea normală şi uneori hipercolorată în ora sau orele care urmează acestei intervenţiuni operatorii. Poate că, tubajul duodenal prelungit ar putea să rezolve problema. Oricum ar fi însă, această analiză critică a patogeniei icterului cataral ne arată că *hepatita, care încet a expropriat celelalte posibilităţi patogenice, va trebui redusă la proporţiuni mai apropiate de faptele sus menţionate.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Icterele infecţioase trebuesc situate în imediata vecinătate a icterului cataral, care el însuşi n'ar fi decât variantă cea mai benignă a lor. Patogenia lor nu a beneficiat de studii aşa ample ca a icterului cataral. Prin analogie se consideră şi acestea ca fiind datorite hepatitei. Această posibilitate trebue cel puţin complectată cu un factor hemolitic de primă importanţă. *Cele mai cunoscute şi mai bine studiate ictere din această categorie sunt cele datorite spirochetului lui Inada şi Ido şi pneumococului.* Autorii cari s'au ocupat de această chestiune nu au întârziat să afirme că aceşti agenţi patogeni provoacă totdeauna o importantă distrugere sanghină. Partea dorită hepatitei în producerea acestor ictere rămâne să fie interpretată.

In explicarea *icterului din atrofia galbenă acută* întâmpinăm aceeaşi dificultate ca mai sus. Dacă este vorba de un singur icter agravat evident soluţia se va inspira din considerentele expuse mai sus. In ceace priveşte *icterul grav primitiv* problema este foarte complexă, toxina sau agentul patogen care atacă ficatul şi duce la atrofia celulară sau degenerescenţă grăsoasă atinge cu aceiaşi intensitate şi restul organelor în special rinichiul şi, cum s'a citat uneori, pancreasul. Ceace e mai important este că şi aci elementul hemolitic şi pleiocromic pare să joace un rol important.

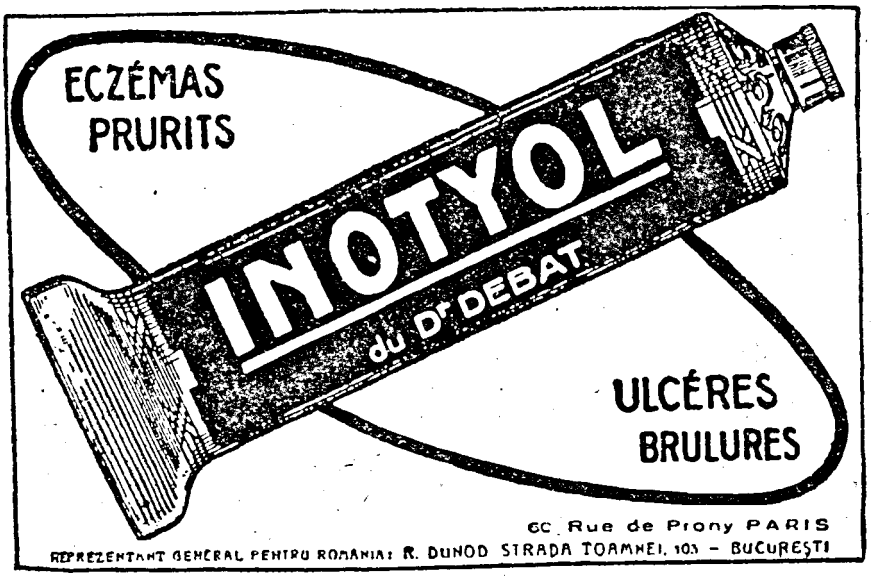
Intre *icterele toxice* vom aminti aci numai icterul prin *intoxicaţia cu fosfor*. Şi aci leziunile la nivelul ficatului sunt impresionante. Dacă intoxicaţia e brutală, degenerescenţa grasă foarte întinsă este expresiunea anatomică. Dacă intoxicaţia a fost făcută în mod lent atrofia ficatului, care se instalează este în totul analogă cu cea din icterul grav. Patogenia acestui icter ca şi cele de mai sus şi, în genere, ca toate acelea care nu sunt datorite unui obstacol mecanic, trebue interpretată ca fiind complexă. Alături de hepatita indubitabilă trebue să admitem un element hemolitic. Trebue să adăogăm în fine că şi în acest icter a fost invocat un element mecanic sub forma unei duodenite (Munk şi Leyden).

RÉSUMÉ: Le Dr. Pavel expose la *Clasification des ictères* sur base pathogénique, en introduisant dans les ictères par obstacle mécanique la variété décrite par le Prof. I. Nanu-Muscel et l'auteur et denommée *Ictère par obstacle fonctionnel dû au spasme du sphincter d'Oddi.*

RIASSUNTO: Il Dr. I. Pavel espone la *Classifica degli itterii* su base patogenica introducendo negli itterii per ostacolo meccanico anche la varietá descritta dal Prof. Nanu Muscel, e l'autore e detta *itteri per ostacole funzionale dovuto allo spasmo dello sfintere (di Oddi).*

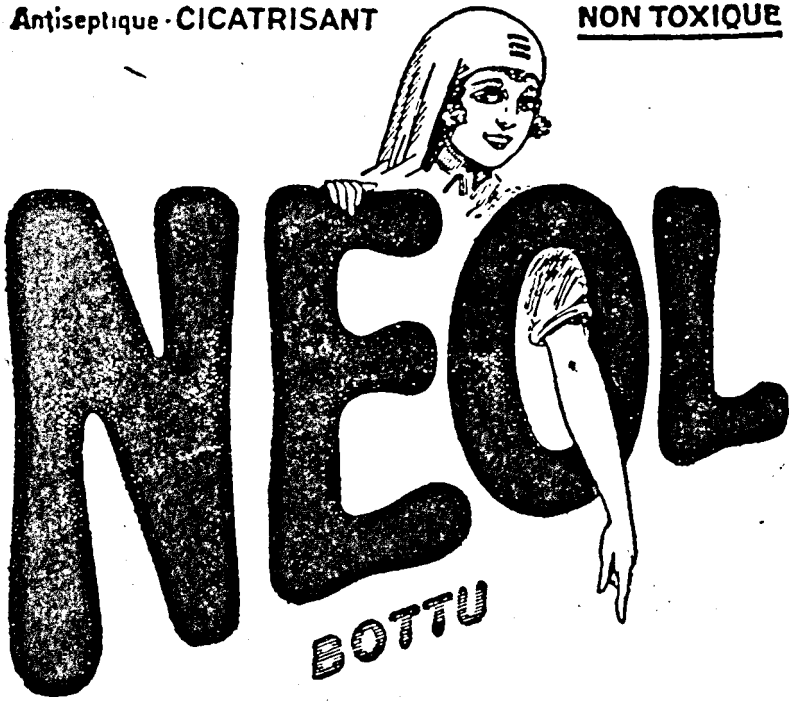
ZUSAMMENFASSUNG: Dr. I. Pavel stellt die *Einteilung des Ikterus* dar, auf pathogenischem Grund, mit Einführung in mechanisches Ikterus auch der Form von Prof. Nanu-Muscel und Verfasser beschrieben und *Ikterus durch funktionälles Hindernis wegen eines Krampfes des Oddischen Sphinkters* genannt.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Antiseptique · CICATRISANT

NON TOXIQUE



guérit (Néol à 1/10)

ANGINES

BCU Cluj / Central University Library Cluj

cicatrise (Néol à 1/5)

ULCÉRATIONS

cutanées et muqueuses

épidermise (Néol à 1/5)

BRULURES

par le FEU, le FROID et tous les Agents physiques

L'eau néolée (Néol au 1/5) est utilisée journellement dans tous les HOPITAUX de PARIS en remplacement de l'eau oxygénée

Laboratoires BOTTU. 35. rue Pergolèse. — PARIS (XVI-e).

Agent pour la Roumanie: Mr. R. DUNOD. 103, Strada Toamnei. — Bucarest

SUPURAŢIILE PULMONARE*)

de

Dr. M. POPPER
Conferenţiar Universitar.

Din toate părţile, în anii de după război, a fost subliniată manifestarea frecventă a supuraţiilor pulmonare, ceiace în primul rând m'a îndriduit să-mi aleg acest subiect în cadrul „Actualităţilor medicale" pentru aparatul respirator.

Intr'adevăr aceste afecţiuni cari constituiau o relativă raritate înaintea marelui război, au devenit extrem de frecvente de atunci şi această abundenţă de cazuri, în ţara noastră, în toată Europa şi mai cu seamă în America, a condus la un mare număr de lucrări, permiţând astăzi o precizare a datelor problemei.

In *cauzele generale* cari au condus la această abundenţă de supuraţii pulmonare au fost socotite pe rând: debilitatea pulmonară realizată prin „gazarea" din timpul războiului, abundenţa extremă şi în parte nereglementată a circulaţiei vehiculelor automobile, cu abundenţa în atmosferă a gazelor de „eşapament" constituind o „gazare" în timp de pace, în fine frecvenţa crescândă de intervenţii chirurgicale pe organele abdominale sau rinofaringiene, putând conduce, cum vom vedeà ulterior la abcese embolice sau prin propagare bronşică.

Dintre toate supuraţiile pulmonare eventuale, tumori abcedate, kyste hidatice supurate, pleurezii purulente ale marei cavităţi sau închistate deschise în bronchii, bronşectazii, abcese pulmonare, gangrene pulmonare, vom studia în deosebi *abcesul pulmonar*, cea mai frecventă, cea mai importantă deci din punct de vedere clinico-terapeutic, reprezentând oarecum supuraţia-tip, studiind bronşectazia, cealaltă mai frecventă din supuraţiile pulmonare, mai cu seamă ca diagnostic diferenţial.

Găsim abcesul pulmonar descris şi împărţit clasic şi dogmatic în abcese pulmonare: simple, fetide, putride şi gangrenoase.

Acestea nu sunt decât variante evidente ale unui proces similar şi în studiul nostru vom considera abcesul pulmonar unic ca o entitate morbidă, putând prezenta desigur forme clinice diverse.

---

*) Conferinţă din ciclul «Actualităţilor medicale» ţinută în cadrul Asoc. docenţilor fac. de Medicină la 26 Mai crt. în Amfiteatrul Spit. Colţea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Manifestări clinice: Cum se manifestă un abces pulmonar. Schematic, putem descrie în manifestările unui abces trei faze: 1) *Faza de constituire.* In această perioadă semnele afecţiunei sunt cu totul nespecifice: vagi dureri toracice, aspect gripal banal, stări subfebrile, uşoară bronşită sau laringită, mai rareori junghiu puternic şi febră ridicată putând simula o pneumonie sau o pleurezie.

Uneori această perioadă poate lipsi cu desăvârşire, afecţiunea debutând în plină sănătate cu faza următoare; în orice caz în acest moment diagnosticul poate fi cel mult prezumat, în nici un caz afirmat.

2) *Vomica.* Fie fără nici un simptom premonitor, fie după simptomele nespecifice descrise mai sus, anunţată sau nu prin fetiditatea respiraţiei apare vomica, care ne precizează dintr'odată că avem aface cu o supuraţie pulmonară sau în orice caz o supuraţie deschisă în căile aeriene.

Vomica poate fi masivă, bolnavul expectorând dintr'odată cantităţi mari de puroi, sau mai des fracţionată, totalizând cantităţi apropiate, în orice caz rareori mai puţin de 2—300 cc.

3) In urmă se instalează perioada de *evacuare purulentă*, de durată variabilă dela caz la caz, bolnavul cu semne generale mai mult sau mai puţin accentuate continuând a expectora cantităţi mari de spută purulentă, de multe ori fetidă. Rareori, în cazurile extrem de fericite, bolnavul e scutit de această perioadă, vomica golind definitiv cavitatea supurantă, care nu se mai reproduce.

De obicei însă tocmai această fază a maladiei, primele trecând sau neobservate, sau prea fulgerător, este cea care aduce bolnavul sub observaţia noastră.

Biblioteca Centrală Universitară Iaşi / Central University Library Iaşi

In această perioadă, dacă *diagnosticul* de supuraţie pulmonară nu prezintă evident nici-o dificultate, ne rămâne ca prin mijloace de examen clinice, radiologice şi de laborator să precizăm topografia supuraţiei, aspectul anatomo-clinic şi bacteriologic.

Examenul clinic: In perioada constituită, examenul fizic ne permite de cele mai multe ori decelarea unei zone de condensare cu sau fără semne evidente de abscedare.

Cel mai frecvent am putut constata prezenţa unei matităţi întovărăşind o respiraţie aspră şi suflantă, apoi în momente prielnice, semne cavitare, suflu şi raluri umede. Uneori însă, fie că abcesul e prea mic sau prea profund sau înconjurat de zone de reacţiune patologică care maschează semnele proprii, examenul fizic nu ne permite nici o precizare sau ne permite cel mult o localizare aproximativă.

Examenul radiologic, a cărui valoare pentru patologia aparatului respirator nu mai are nevoie să fie subliniată, ne aduce aproape totdeauna lămuririle complimentare de cari avem nevoie pentru precizarea topografiei şi întinderei supuraţiei, precum ne călăuzeşte ulterior în aprecierea evoluţiei şi eficacităţii terapeutice.

Aspectul sub care se prezintă este însă foarte variabil: umbre mai mult sau mai puţin neomogene, de sediu şi dimensiuni

diferite, traducând atât condensarea parenchimului abscedat, cât şi reacţiunea ţesutului înconjurător se pot observa cel mai des în abcesele acute sau în primele stadii ale celor cu tendinţă la cronicitate, cari ne permit des observarea aspectului tipic cavitar.

Intrebuinţarea lipiodolului intratracheal care a adus atât de importante contribuţiuni examenului radiologic al arborelui respirator, nu este de atât folos pentru diagnosticul abceselor pulmonare precum este pentru diferenţiarea lor de bronşectazii.

Intr'adevăr imagini caracteristice radiografice ne dă lipiodolul în dilataţiile bronşice, pe când cavităţile abceselor pulmonare nu se umplu decât foarte rar cu soluţia iodată.

Acest lucru apare uşor de înţeles considerând dimensiunile reduse şi anfractuozitatea canalului de drenaj al abcesului şi după Sergent, putem considera că numai abcesele cu dilataţia bronşei de drenaj se umplu cu lipiodol.

In rare cazuri, cari clinic se prezintă absolut identic cu alte abcese pulmonare, examenul radiologic nu ne permite decelarea vreunei imagini patologice, conducându-ne să admitem fie existenţa unei bronşite purulente, fie anume condiţiuni fizice cari împiedică decelarea leziunilor prin razele X.

Diagnosticul diferenţial variază după stadiul în care studiem bolnavul.

In prima perioadă, simptomele atenuate, starea subfebrilă, durerile toracice, uşoara laringită sau bronşită conduc de cele mai multe ori la diagnosticul de gripă sau bronşită gripală şi apare aproape imposibil de prezumat formarea unui abces: alte cazuri, cu debutul violent, febră ridicată şi junghiu, ne fac să bănuim o pleurezie sau mai cu seamă o pneumonie.

Vomica tranşează orice ezitare şi diagnosticul supuraţiei apare evident, rămânând să decelăm ulterior dacă avem aface cu un abces sau altă afecţiune cu eliminare purulentă în arborele respirator.

Vom diferenţia astfel: tumori pulmonare, al căror număr pare şi el să fie în manifestă urcare, cari pot prezenta uneori o evoluţie spre necroză, abscedare şi gangrenă, simulând evoluţia unui abces, în timp ce tumora însăşi rămâne nedecelabilă.

Kystele hidatice ale plămânului pot şi ele să se infecteze secundar, să se deschidă prin vomică în bronşii, să evolueze chiar ulterior ca un adevărat abces; prezenţa de membrane sau scolexi în vomică ne poate preciza diferenţa.

Formele cronice, în particular cele a căror evoluţie nu am putut-o urmări şi care nu ne poate fi precizată, trebuiesc diferenţiate de bronşectazii.

Sunt desigur numeroase cazuri de bronşectazii, cu expectoraţie foarte abundentă, cu puseuri acute şi stări febrile intermitente, la cari însă niciodată leziunea nu ajunge la o adevărată supuraţie parenchimatoasă.

De foarte multe ori însă, supuraţiile pulmonare şi dilataţia bronşică se imbrică, formând complexe patologice, cari au fost

precizate în particular de cercetările recente ale autorilor americani (Ashner, Lilienthal, Archibald).

Putem diferenţia astfel trei tipuri: unele mai rare, în cari nu se poate decela urme de scleroză pulmonară şi dilataţia pusă în evidenţă prin liopodol este datorită distrugerii bronşice, constituind un abces gangrenos broncho-pulmonar; altele, abcesul bronşectatic al autorilor americani, necroză putridă, cavităţi bronşice şi scleroză pulmonară desvoltându-se în acelaşi timp, în fine abcese cronice în cari scleroze pulmonare dense, retractile se desvoltă, conducând la dilataţii bronşice secundare, de origină mecanică, asemenea celor ce se observă uneori după scleroze pleurale sau pulmonare tuberculoase (după Leon Kindberg). O diferenţiere importantă de făcut şi care a dat naştere la o literatură abundentă este aceia a abcesului pulmonar de pleurezia închistată şi în special de pleurezia interlobară.

Desvoltarea frecventă a supuraţiilor pulmonare în regiunile scissurale, semne clinice şi radiologice medio-pulmonare au făcut ca în trecut, unele din aceste supuraţii să fie considerate ca pleurezii interlobare.

Experienţa abundentă din ultimii ani nu a putut confirma această părere, şi în nici unul din cazurile ce au putut fi controlate, fie la operaţie, fie la necropsie nu s'a constatat localizarea de supuraţie interlobară; toate cazurile arătau un abces parenchimatos juxta scissural.

Apare deci verosimil că cea mai mare parte din afecţiunile etichetate pleurezii interlobare au fost de fapt abcese în jurul scissurii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Examenul bacteriologic: Independent de modul de formare al abceselor pe cari îl vom studia ulterior, examenul bacteriologic al sputelor sau în unele cazuri al puroiului extras prin puncţie sau intervenţie chirurgicală, cată să ne precizeze agenţii cauzali ai infecţiunii. Pe lângă germenii obicinuiţi ai supuraţiilor şi infecţiilor aerogene: pneumococi, streptococi, pneumobacili, două fapte bacteriologice importante sunt de reţinut: constatarea în cazurile de fetiditate mai ales de germeni anaerobi, producând gangrena şi prezenta în spută, puroi şi secţiuni de adevărate masse de spirocheţi, asemănători spirochetului bronchial, al căror rol etiologic pare de deosebită importanţă.

După cercetările autorilor americani, ale lui Bezançon şi Leon Kindberg în Franţa, importanţa acestor germeni în producerea afecţiunii justifică etichetarea multor forme ca „spirochetoze putride".

Uneori, în puroiul extras prin puncţie, care prezintă deobicei un aspect şocolatiu, nu se poate pune în evidenţă nici un microb, se prezintă bacteriologiceşte steril. Trebuie să presupunem în asemenea cazuri origina amoebiană a abcesului, chiar dacă bolnavul nu prezintă nici un antecedent dizenteric; de altfel, cum vom vedea la capitolul tratamentului, o tentativă terapeutică cu emetină este justificată în toate cazurile de abces.

Cum se formează abcesul: Manifestările clinice şi evoluţia abceselor ne conduce la descrierea supuraţiilor primitive şi secundare.

Cele *primitive* apar cele mai frecvente, debutând în plină sănătate, cu sau fără mici simptome premonitorii pseudo-gripale.

In aceste cazuri, apare imposibilă de precizat vreo relaţiune între această supuraţie pulmonară şi un alt focar supurativ sau infecţios din organism.

Pentru producerea abcesului însăşi, trebuie să considerăm fie pătrunderea unei infecţiuni poate specific supurative — poate anaerobi sau spirocheţii descrişi mai sus — pe cale aeriană sau o septicemie cu localizare pulmonară.

Studiul acestor mecanisme de producere ne arată trecerea spre formele secundare, în cari relaţiunea cu infecţiuni anterioare apare mai uşor precizabilă.

Se pot diferenţia astfel trei tipuri de abcese secundare:

1) Evident *embolice*, survenind după operaţiuni abdominale sau utero-anexiale, după flebite, etc., rezultat al unei embolii septice pornite din trombo-flebite, embolusul stagnând la nivelul capilarelor pulmonare şi dând naştere unei supuraţiuni locale.

2) consecutiv infecţiunilor sau intervenţiilor chirurgicale din rhino-faringe, regiunea amigdaliană, etc.

In aceste cazuri, ambele căi de pătrundere par posibile: fie calea sanguină printr'un embolus septic ca în cazul precedent, fie transmiterea infecţiunii direct, prin aspirarea de material infectant pe cale tracheo bronşică. Prin bronchoscopie, Chevalier-Jackson ar fi constatat aproape totdeauna după operaţiile laringologice prezenţa de sânge şi puroi în trachee.

3) Posibilitatea transformării purulente pe loc a afecţiunilor pulmonare anterioare. Focare pulmonice, broncho-pneumonice, se pot complica prin abscedare şi infecţiune cu anaerobi, dând naştere abceselor şi gangrenelor pulmonare consecutive. Aspectul clinic apare însă în aceste cazuri diferit de cel descris mai sus, această descriere corespunzând mai mult primelor două modalităţi de realizare, de altfel mult mai frecvente.

Evoluţie. Fie că am putut sau nu să precizăm modul de formare al abcesului, trebuie, pentru a putea institui terapeutica, să cunoaştem posibilităţile de evoluţie ale abceselor.

Urmărirea clinică a acestor supuraţii a permis precizarea mai multor categorii evolutive:

1) Forme simple curabile: după una sau mai multe vomici, după câteva zile de expectoraţie purulentă, fenomenele clinice dispar, imaginile radiologice patologice se şterg şi bolnavul îşi recapătă sănătatea complectă, fie cu un banal tratament simptomatic fie chiar fără nici un tratament, permiţându-ne să etichetăm această vindecare ca spontană.

Aceste cazuri cu vindecări atât de rapide sunt deobicei foarte puţin fetide, de cele mai multe ori cu germeni microbieni mici, pneumococi sau streptococi, fără anaerobi sau spirocheţi.

Vomica golește rezervorul septic și vindecarea se face spontan; probabil că asemenea cazuri reprezentau cel mai frecvent substratul diagnosticului de pleurezie interlobară vindecată după vomică.

2) Forme cu reșute, totuși curabile; după o evoluție de câteva zile sau săptămâni, fenomenele clinice se amendează progresiv și bolnavul apare vindecat; radiologic asemenea cazuri însă nu arată un parenchim complect limpezit, ci păstrând câteva umbre patologice.

După câtăva vreme, săptămâni sau chiar luni, brusc sau progresiv, fenomenele reapar; una sau mai multe „reșute" și vindecarea survine totuși definitiv.

3) Marea massă a bolnavilor cu abcese pulmonare nu evoluiază însă din nefericire sub asemenea aspecte favorabile, ci se instalează o supurație persistentă cu variațiuni continue, însă cu evidentă tendință la cronicitate.

Aceste cazuri, cari pot conduce la sfârșit letal prin abcese metastatice (cerebrale!), cașexie, broncho-pneumonie purulentă, septicemie, degenerescență amiloidă, necesită utilizarea, după moment, a celor mai variate arme terapeutice, pe cari le vom trece în revistă la capitolul tratamentului.

4) Mai rareori supurația se prezintă cu o violență mai mare, dela început, cu tendința la extensie locală, la gangrenă progresivă și la septicemie rapidă, conducând repede la un sfârșit letal, cu toate încercările de terapie. Aceste forme ar putea reprezenta gangrenele pulmonare propriu zise, în cursul cărora formarea unui abces reprezintă o simplă fază evolutivă.

5) O formă particulară de abces, asupra căreia am insistat în capitolele trecute, se poate considera supurația parenchimatoasă în jurul unor vechi bronșectazii — abcesul bronșectatic al autorilor americani — abcesul reprezentând o complicație, deobicei timporară însă deseori recidivantă, a supurației bronșectaziante.

Anatomia patologică: Leziunile pulmonare în abcesele pulmonare grave, cari au condus la un sfârșit letal, prezintă un aspect complex: porțiunea centrală ramolită și deliquescentă, conținând un puroi fetid cu abundente sfacele, pereții cavității anfracțuoși cu prelungiri în parenchinul înconjurător, în care se găsesc insule de broncho pneumonie supurată, infiltrație fetidă și necrozantă, reacțiuni scleroase mutilante (după Leon Kindberg). In jurul focarului se găsesc leziuni grave ale bronșiilor, dela leziunile recente de supurație caniculară, la leziunile mai înaintate de gangrenă peribronșică, până la cavități bronșectatice.

In numeroase cazuri, prin impregnație argentică, în pereții cavităților necrozate s'au putut pune în evidență masse compacte de spirocheți, cari au permis edificarea teoriei spirochetiene a abceselor gangrenoase pulmonare.

Tratamentul: Aspectele evolutive variate ale diverselor forme de supurații pulmonare justifică numeroasele încercări terapeutice, medicale, ca și chirurgicale, ce au fost propuse.

Presupunând că vedem un asemenea bolnav în primele zile ale manifestărilor bolii, vom încercà aplicarea *tratamentului medical.*

Cazurile de abcese amoebiene cari arătau o rapidă vinedcare după *emetină*, au condus la introducerea în terapeutica generală a supurațiilor pulmonare a acestei substanțe.

Intr'adevăr observații numeroase au arătat reala eficacitate a emetinei și în supurațiile pulmonare neamoebiene, conducând la admiterea unei acțiuni nespecifice, de stimulare anti infecțioasă a forțelor de reacțiune organică (Jagnov).

Recomandăm întrebuințarea Clorhidratului de Emetină în injecții subcutane, în doze de 0.01—0,02—0,04 gr. — totalizând o cantitate de 0.70—0.80 gr., după care facem o pauză de 2 săptămâni; de altfel în cazurile influențabile de emetină, rezultatul apare evident în 10—12 zile și o singură serie de injecțiuni este deobicei suficientă.

Intrebuințarea de oleuri eterice, a căror eliminare prin căile respiratorii conduce la antisepsia organelor și diminuă în special fetiditatea, apare foarte îndreptățită. Se poate utiliza în poțiuni oleu de terebentină, ol. eucalipt, oleogomenol sau de preferință în injecțiuni, eucaliptine, oleogomenol sau Transpulmin.

Obicinuim să recomandăm injecțiile intra-musculare zilnice de 2 c-c. de *Transpulmin*, pe care-l asociem emetinei, după prescripția de mai sus.

Rolul important etiologic al spirocheților, au dus la aplicarea *tratamentului arsenical*, pe care-l vom face, fie sub formă de Neosalvarsan (dozele II, III, IV la 3—4 zile interval, după toleranță), sau Sulfarsenol (dozele II—V progresiv la aceleași intervale), fie la bolnavi intoleranți, administrând Stovarsolul „per os".

Rezultatele tratamentului arsenical s'au arătat în general favorabile și se recomandă aplicarea în toate cazurile, cu atât mai mult cu cât unele forme, cu deosebire cele de abcese broșectatice, pot aveà și o etiologie sifilitică.

Recent au fost publicate încercări, ce ar fi dat rezultate favorabile, de tratament, prin injecția intravenoasă a unei soluțiuni diluate de alcool; a fost deasemeni propusă Trypaflavina în injecțiuni intravenoasă, cu deosebire în cazurile în cari agentul microbian predominant este streptococul.

Dintre medicațiile adjuvante, două substanțe cu acțiune în special dezodorizantă, se recomandă „per os": Tra allium, care se administrează sub formă de picături, 25—30 picături, de 3—4 ori pe zi, sau de pilule (allium Coirre), 6—8 pe zi și Hiposulfitul de sodiu, în doze de 4 gr. zilnic, într'o poțiune expectorantă obicinuită.

Se formulează deobicei:

Rp.: Decoct pectoral 10/200 g. sau Inf. poligala 6/180 g.
Thiocol 2 gr.
Hiposulfit de sodiu 4 gr.
Benzoat de sodiu 3 gr.
Sirop Tolu sau Sirop. terebentină 40 gr.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ds. int: la 2 ore câte o lingură.

Terebentina poate fi cu folos utilizată şi ca esenţă de terebentină, de 4 ori pe zi câte 10 picături, în puţin lapte.

Vaccinoterapia: Fie că putem obţine puroiul direct prin puncţie sau utilizăm sputa, s'a încercat în numeroase cazuri prepararea unui auto-vaccin.

Fără a puteà înregistrá la activul său un succes imediat şi indubitabil, vaccinoterapia a părut să colaboreze la vindecarea unor abcese, astfel încât apare justificată utilizarea acestei metode.

Seroterapia a fost recomandată în special sub forma de ser anti-gangrenos în cazurile cu fetiditate şi tendinţă spre gangrenă progresivă, în cari predomină flora anaerobie.

Serul antisptreptococic a dat uneori rezultate bune în mâna unor cercetători; personal n'am avut rezultate manifestate din seroterapie şi faţă de frecvenţa fenomenelor serice, credem îndrituită numai întrebuinţarea serului antigangrenos în cazurile adecuate.

Tratamentul chirurgical: Dacă o bună parte din cazurile de abces pulmonar evoluiază sub influenţa tratamentului medical spre o vindecare completă, un număr de bolnavi nu beneficiază decât prea puţin sau de loc de acest tratament şi instalându-se perioada supuraţiunei cronice ne obligă să luăm în consideraţie posibilitatea aplicării unui tratament chirurgical.

Plecând dela metoda de mult preconizată, a drenajului de poziţie (postural drainage), — aşezarea bolnavului în poziţia potrivită uşurării de eliminare a secreţiilor patologice prin bronşia de drenaj — metodă aproape complect delăsată, s'a practicat în ultimul timp foarte mult, *bronchoscopia* cu aspiraţia secreţiunilor şi instilarea de substanţe medicamentoase „in situ".

Technica şi instrumentaţia lui Chevalier-Jackson e cea care a popularizat această metodă, de uz foarte frecvent în America şi în urmă în Franţa.

Bronchoscopia permite precizarea sediului leziunii, eventual dilatarea şi curăţirea bronşei de drenaj, aspirarea produselor patologice şi instilarea ulterioară în însăşi focarul bolnav, fie de substanţe chimice: gomenol encaliptol, terpinol, fie de substanţe biologice: bacteriofag, antivirus (bulion vaccin).

Metoda are indicaţii principale în abcesele cu tendinţă la cronicitate, însă la începutul supuraţiei totuşi, deci cam la 4—5 săptămâni dela debutul afecţiunii, când tratamentul medical energic practicat până atunci nu dă rezultate manifeste.

Bronchoscopia cu aspiraţie care nu a fost încă sistematic practicată la noi, pare a aduce rezultate satisfăcătoare într'un număr de cazuri, rămânând totuşi încă o serie de bolnavi pentru cari trebuie să căutăm mai departe terapia vindecătoare.

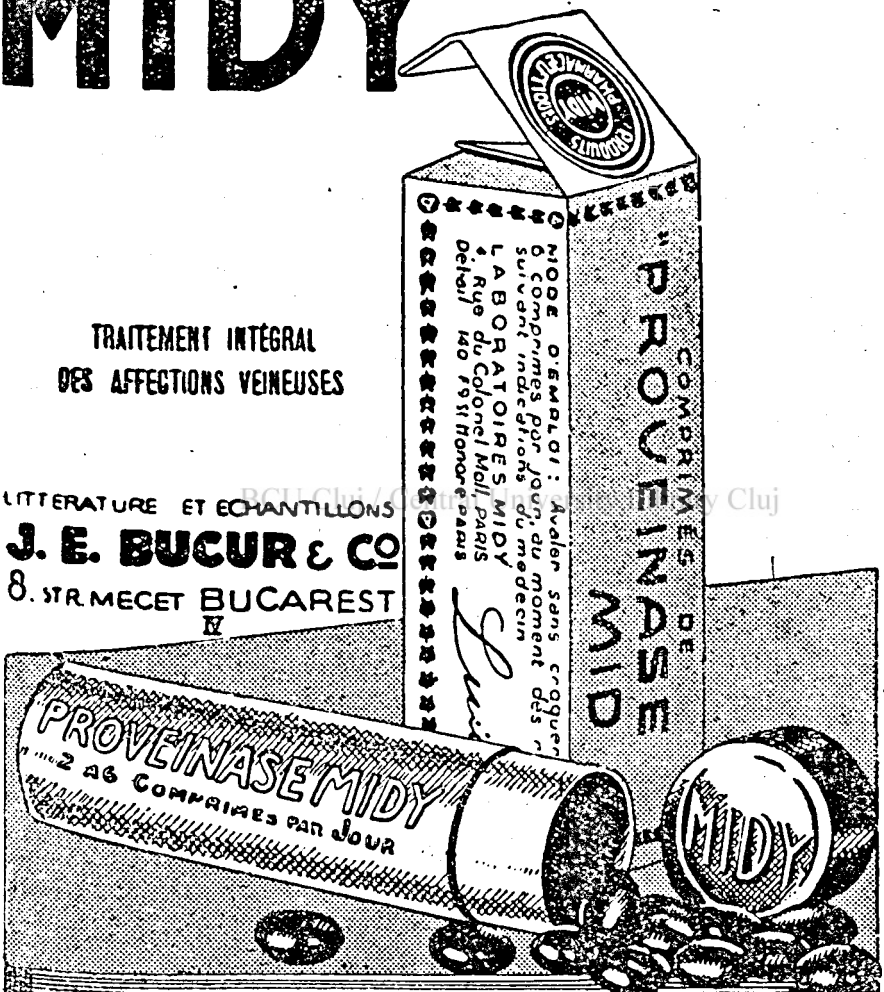
Colapsoterapia: Speranţa că prin „exprimarea" cavităţii şi eventual comprimarea şi acolarea ulterioară a pereţilor, s'ar putea obţine vindecarea procesului, a condus la aplicarea metodelor di-

PROVEINASE MIDY

TRAITEMENT INTÉGRAL
DES AFFECTIONS VEINEUSES

LITTERATURE ET ECHANTILLONS
J. E. BUCUR & Co
8. STR. MECET BUCAREST
IV

BCU Cluj / Central University Library Cluj



VARICES • PHLEBITES • ULCÈRES
VARIQUEUX • HÉMORROIDES
TROUBLES CONGESTIFS DE
LA MÉNOPAUSE ET DE LA PUBERTÉ

PIPERAZINE MIDY

GRANULES EFFERVESCENTE

LE PLUS SÛR

DISSOLVANT DE L'ACIDE URIQUE

Antiseptique Urinaire

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

2 a 4 Cuillerees a cafe par jour

LABORATOIRES MIDY
4, Rue du Colonel Moll
PARIS

PIPERAZINE MIDY	Bi-borate de soude	Citrate de Lithine	Citrate de Potasse
92 %	40 %	20 %	8 %

Solubilités comparées de l'acide urique

Agents généraux pour la Roumanie:
J. E. BUCUR & Co 8 Str. Mecet
BUCAREST IV

verse de colapsoterapie, propuse şi întrebuinţate în contra cavernelor tuberculoase.

Pneumotoraxul artificial apărea ca şi în tuberculoză cel mai simplu de realizat; condiţiile nu sunt totuşi atât de favorabile şi pe lângă faptul că se poate cu greu obţine o comprimare eficace, foarte deseori infecţiunea se întinde la pleură, dând o pleurezie purulentă care necesită imediata toracotomie. In cazurile în cari am încercat această metodă, — mai de mult — nu am putut niciodată obţine o adevărată vindecare, am văzut repeţite infecţiuni ale pleurii, aşa că nu o credem indicată.

Localizarea bazală a abcesului a condus la încercarea colabării sale prin frenicectomie. Intervenţia este, se ştie, foarte simplă şi puţin traumatizantă, efectele ei ni s'au părut însă variabile şi chiar în cazurile favorabile, temporară.

Intr'un singur caz din serviciul clinicei, care prezenta un abces bronşectatic (publicat de Dr. O. Paşcanu) rezultatul clinic a părut persistent; alte cazuri de abcese în lobul inferior au arătat după frenicectomie o perioadă de ameliorare mai mult sau mai puţin lungă, urmată însă de recidive cari ne-au obligat la intervenţiuni chirurgicale mai complexe, de cari ne vom ocupa mai jos.

Prezenţa abcesului spre vârful plămânului, localizare care nu apare favorabilă nici pneumotoraxului nici frenicectomiei, a condus la încercarea *Apicolisei cu plombaj*, sau în cazurile de cavitate superficială, cu pereţi uşor compresibili, la tentarea *toracoplastiei extrapleurale*.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Caşi pentru celelalte metode de colapsoterapie, rezultatele sunt foarte aleatorii; între cavităţile tuberculoase cari beneficiază atât de mult de aceste metode şi cavităţile de abces asemănarea este numai aparentă.

Virulenţa şi rapiditatea de evoluţie a unei leziuni piogene şi gangrenoase; drenarea bronşială insuficientă, ne explică de ce simpla colabare a leziunilor nu aduce rezultate terapeutice suficiente.

Intervenţiunile directe pe focar: *pneumotomia* şi *pneumectomia*, rămân astfel ultimile speranţe ale terapiei în lupta în contra supuraţiilor pulmonare.

Pneumotomia reprezintă după impresia noastră, intervenţia de elecţie, rămânând precizarea indicaţiilor: un abces pulmonar bine limitat, fără extensivitate local, cu tendinţa la supuraţie intarissabilă — în orice caz cel puţin 6 săptămâni după debutul bolii — cu starea generală a bolnavului încă păstrată, apare justiţiabil de operaţie.

Intr'un singur timp dacă există aderenţe cari să închidă cavitatea pleurală, în doi timpi, pentru crearea de aderenţe în caz contrariu, se incizează cavitatea abcesului şi se drenează.

In cazurile adecuate rezultatele operatorii sunt foarte bune şi un mare număr de bolnavi ajung astfel la vindecarea complectă.

Rămâne însă o categorie de bolnavi pentru cari nici pneu-

motomia nu apare suficientă: sunt supurații difuse, cu focare multiple, cu scleroze retractile și bronșectazii, în cari nu ar fi o cavitate, ci zeci de cavități de incizat și drenat, lucru technicește irealizabil.

Pentru aceste cazuri, desigur cele mai grave, o hotărâre este din cele mai grele de luat; două intervențiuni au fost propuse: lobectomia și cauterizarea bontului pulmonar.

Lobectomia, constă în excisiunea lobului bolnav, cu legătura în massă a pediculului, fixarea mediastinului prin sutura pediculului la perete și închiderea complectă a plăgii operatorii.

Dacă această intervenție apare logică, se loveşte încă de condițiuni technice foarte grele, ceiace face că chiar preconizatorii ei — Robinson, Lilienthal, Archibald în America — arată o mortalitate operatorie foarte mare.

Pentru a căuta să obvie acestor dificultăți în 1923, Graham a propus și executat *distrucția* prin *cauterizare progresivă* a plămânului bolnav.

Operând în mai mulți timpi, după toracotomie și fixarea bontului pulmonar la perete, distrugând progresiv, fie prin termocauter (Graham), fie prin electrocoagulare (Archibald) plămânul supurat, s'ar putea ajunge la rezultate definitiv și persistent favorabile, fără infirmitate ulterioară prea supărătoare.

In orice caz, față de gravitatea cazurilor pentru cari se practică această intervențiune, apare singura, care poate reprezenta, în starea de astăzi, o metodă mai puțin traumatizantă și cu șanse de succes.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Supurațiile pulmonare prezintă, am văzut, o serie întreagă de forme clinice, pentru cari toate încercările terapeutice, medicale ca și chirurgicale apar justificate. O *strânsă colaborare medico-radiologică și biologică* este necesară pentru diagnostic, precum o *înțelegere perfectă medico-chirurgicală* apare indispensabilă pentru terapeutică.

RÉSUMÉ: Le Dr. M. Popper expose la question des *Suppurations pulmonaires* en présentant comme suppuration — type l'abcès pulmonaire.

RIASSUNTO: Il Dr. Popper espone la questione delle *Suppurazioni polmonari*, presentando come suppurazione tipo l'ascesso polmonare.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. M. Popper stellt *die Frage der Lungen-eiterungen* dar, und präsentiert als typische Eiterung das pulmonäre Abszess.

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA PROSTATECTOMIEI PENTRU HIPERTROFIA DE PROSTATA

de

Prof. D-ri I. IACOBOVICI şi E. ŢEPOSU

In clinica chirurgicală din Cluj s'au făcut — în curs de 11 ani — 205 prostatectomii pentru hipertrofia de prostată.

Materialul variat observat de noi, precum şi experienţa câştigată până acum, ne îndreptăţesc să facem câteva consideraţiuni asupra tratamentului urmat şi rezultatelor obţinute.

In hipertrofia de prostată vindecarea radicală numai intervenţia chirurgicală o poate realiza. Ea singură redă liniştea bolnavului şi-l scapă de gravele complicaţiuni la cari este expus.

In mâna chirurgului de azi, operaţia a pierdut mult din primejdiile ce i se atribuiau altă dată, şi şi-a lărgit şi câmpul indicaţiilor avute.

Deaceea rezultatele mai mult decât satisfăcătoare pe cari le prezintă statisticele de prostatectomii din ultimul timp, au avut darul să înlăture şi vechea concepţie greşită asupra tratamentului, în urma căreia o parte mare din aceşti bolnavi, erau îndepărtaţi dela intervenţia salvatoare şi condamnaţi la viaţa primejdioasă de sondă permanentă.

Fără îndoială că succesul prostatectomiei este mai puţin condiţionat de technica urmată, cât mai mult de ceilalţi factori decisivi: tratamentul preoperator, cunoaşterea funcţiunii renale şi îngrijirile postoperatorii.

Şi sub acest raport cazurile noastre sunt foarte concludente.

In *Revista de Chirurgie* din Sept. 1927, am relatat rezultatele obţinute pe un număr de una sută prostatectomii, observate până la finele anului 1926.

Din aceste 100 prostatectomii am avut 92 vindecări şi 8 cazuri mortale, produse de pneumonie (în două cazuri), miocardită şi insuficienţă cardiacă (în 3 cazuri), pyelonefrită (în 2 cazuri) şi embolie (într'un caz), deci o mortalitate de 8%.

Pentru o mai justă apreciere a acestor rezultate, va trebui să luăm în seamă şi cele două perioade din evoluţia prostatectomiei în clinica noastră.

In prima perioadă interveniam într'un singur timp, iar pentru

determinarea funcţiunii renale foloseam exclusiv proba indigocarminei.

Această perioadă cuprinde 24 cazuri operate, cu 21 vindecări şi 3 cazuri mortale, ceeace prezintă o mortalitate de 12%. Hotărît că la această cifră urcată a mortalităţii a contribuit şi lipsa de experienţă ce-o aveam la început, în ce priveşte indicaţiile şi îngrijirea acestor bolnavi.

A doua perioadă o formează cazurile de prostatectomii în doi timpi, la cari am întrebuinţat azotemia şi constanta Ambard, ca mijloace curente în explorarea funcţiunii renale.

Această perioadă cuprinde 76 cazuri cu 71 vindecări şi 5 cazuri mortale, deci o mortalitate de 6,5%.

Dela începutul anului 1927 şi până în prezent, am avut ocaziunea să studiem şi operăm o nouă serie de 105 prostatectomii, la cari am avut 99 vindecări şi 6 cazuri mortale, produse de pneumonie şi miocardită (în 3 cazuri), embolie (în 2 cazuri), insuficienţă cardio-renală (într'un caz), deci o mortalitate de 5,7%

Procentul ar fi fost poate şi mai mic dacă n'am fi lărgit indicaţiile operatorii, pentru ca să beneficieze de intervenţie cât mai mulţi suferinzi.

O serie de hipertrofici prezentau concomitent şi alte complicaţiuni locale şi de ordin general, de-o gravitate excepţională pentru prognosticul operator (diverticol voluminos al vezicei, tumoră vezicală, reflux vesico-renal, hiperazotemie de 1,80 gr., etc.).

Dar înafară de aceste consideraţiuni, putem privi până la un punct acest procent de mortalitate ca fiziologic, ţinând în seamă vârsta la care se operează aceşti bolnavi. La această etate procentul mortalităţii este aproape acelaş pentru toate operaţiile, chiar mai puţin traumatisante.

Cum prostatectomia ese din cadrul operaţiilor obicinuite, fiindcă se adresează la indivizi bătrâni, cu rezistenţa şubredă şi rinichi alteraţi, toate operaţiile noastre au fost subordonate în primul loc stării funcţiunii renale şi în al doilea loc stării locale, etc.

Până în ultimul timp, prostatectomia a fost considerată de majoritatea autorilor ca fiind indicată numai în stadiul II şi III al boalei, eliminând din aceste indicaţii întreaga serie de bolnavi, cari prezentau alteraţiuni renale, cunoscute ca extrem de primejdioase pentru intervenţie.

Ori experienţa ne-a demonstrat că toţi aceşti bolnavi, supuşi unui tratament preoperator apropiat, pot fi reduşi în limitele operabilităţii, aşa că în această privinţă intervenţia şi-a lărgit mult cadrele avute.

Există deasemenea şi tendinţa justificată, pe care am adoptat-o şi noi în ultima serie de 105 prostatectomii, de-a face *intervenţia precoce*, adecă de-a opera în primul stadiu al boalei, fiindcă în aceste cazuri condiţiile locale şi generale sunt cu mult mai avantajoase pentru prognosticul operator decât temporizarea.

Deaceea în indicaţiile operatorii nu facem nici o distincţie

între diferitele stadii clinice, în cari se prezintă boala.

Considerăm ca indicaţii imperioase pentru intervenţie: stările dureroase şi iritative, care chinuesc bolnavii, apoi retenţia cronică, hematuria profuză, infecţiile urinare adăogate şi bănuiala de degenerescenţă canceroasă, etc.

Contra indicaţiile prostatectomiei ţin în primul loc la insuficienţa renală, apoi la celelalte elemente de ordin local şi general, cari exclud orice intervenţie chirurgicală, cum sunt afecţiunile grave cardiace şi pulmonare, bolile sistemului nervos central, etc.

Pentru a determina valoarea funcţiunii renale, factor atât de esenţial în prostatectomie, ne-am servit de Azotemie şi constanta Ambard, mijloace cari ne-au asigurat o deosebită preciziune în explorare.

In toate cazurile la limită am asociat şi „choc-ul provocat", al lui Legueu, sau proba de diluţie şi concentraţie a lui Strauss.

Pregătirea preoperatoare prudentă va reduce simţitor contra indicaţiile operatorii amintite, mai ales dacă ţin la o insuficienţă funcţională a rinichilor.

Aşa ni s'a prezentat şi nouă un număr de 12 bolnavi din ultima serie, cu o azotemie între 0,70—1,80 gr., cari au putut fi operaţi în bune condiţiuni după un tratament raţional preoperator.

Măsurile pe cari le vom lua sunt de ordin general şi local, şi variază după cazuri.

Ca măsuri de ordin general instituim un regim hipoazotat, tonificarea cordului, exerciţii respiratorii, regularea funcţiunii gastro-intestinale, hepatice, etc.

Pentru mărirea coaguabilităţii sanghine ne servim de clorura de calciu intern sau în injecţii intravenoase, iar pentru stimularea funcţiunii hepatice, rezultate bune ne-a dat clismele rectale cu ser glucozat (47%).

Intre măsurile locale pe cari le luăm, în primul loc va fi indicată suprimarea retenţiei şi infecţiei urinare, apoi asigurarea unei bune funcţiuni a rinichiului.

Toate acestea se obţin prin un bun drenaj al vezicei, pe care îl asigurăm prin sonda permanentă (à demeure) sau prin talia hipogastrică.

Cistostomia, pe lângă această ameliorare remarcabilă în starea locală şi generală a bolnavilor, formează şi primul timp al prostatectomiei.

In ce priveşte prostatectomia suntem partizani convinşi ai operaţiei în doi timpi, pe cale hipogastrică.

Dacă timpul întâiu ne oferă atâtea beneficii, ca mijloc de desinfecţie reno-vesicală şi desintoxicare al organismului, etc., timpul al doilea nu este nici el lipsit de-o întreagă serie de avantagii importante: choc operator mic şi hemoragie redusă, etc.

Astfel faptul că bolnavii sunt supuşi la două operaţiuni, este compensat din prisos cu reducerea complicaţiilor şi prognosticului operator.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ca anestezie preferăm anestezia rachidiană, ori de câte ori se poate face. In cazurile debile întrebuinţăm anestezia locală cu novocaină. Proporţia în cazurile noastre e de 60% rachianestezie şi 40% anestezie locală.

Rachianestezia are avantajul că dă o bună relaxare a perineului, şi ne permite introducerea alor două degete în rect, pentru a ridica şi enuclea în condiţii mai bune massa hipertrofică.

Ca desavantaj al rachianesteziei amintim hipotensiunea, care poate fi primejdioasă pentru vârsta înaintată. In câteva cazuri am fost şi noi nevoiţi să recurgem la injecţii intravenoase cu adrenalină, pentru a remonta bolnavii.

Ca particularităţi tehnice, enuclearea prostatei o facem digital şi o îndepărtăm împreună cu mucoasa de înveliş, pentru a nu avea complicaţii tardive de bară, pe cari de altcum nu le-am întâlnit la nici unul din cazurile noastre ultime.

Hemostaza lojei ne-o asigurăm prin tamponare cu meşe simple sau îmbibate în sol. de clorură de calciu. In trei cazuri de prostată foarte voluminoasă am fost nevoiţi să retamponăm loja.

Drenăm cavitatea vesicei cu tubul Marion şi facem primul lavagiu cu ser fiziologic steril pe masa de operaţie, pentru a controla buna funcţiune a tubului.

Nu suntem partizanii drenajului perineal după procedeul Fullerton, considerând chiar primejdioasă această intervenţie.

Nu am găsit deasemenea necesar să facem vasectomia prealabilă, după cum o indică unii autori, fiindcă complicaţiile testiculo-epididimare le-am întâlnit foarte rar şi nu întrec cifra de 5% din cazuri.

In timpul din urmă şi la cazurile cu evoluţie normală, avem tendinţa să scurtăm cât mai mult intervalul dintre cei doi timpi ai operaţiei la 6—8 zile.

Considerăm tratamentul postoperator ca hotărîtor pentru rezultatul operaţiei.

Spălăturile vezicei le facem odată pe zi. Meşele se îndepărtează după 3—4 zile. Tubul la aceiaşi dată, dacă urinile sunt clare, dacă nu se menţine până la clarificare, sau se înlocueşte cu două sonde Pezzer.

După 7—8 zile aplicăm sonda permanentă uretrală, întrebuinţând sonda Tiemann, care nu e traumatisantă şi se sterilizează bine.

Punem bolnavii în cele mai bune condiţii de respiraţie şi căutăm să-i sculăm cât mai repede, pentru a evita complicaţiile pulmonare şi flebitele, etc.

Timpul de vindecare, la ultima serie de prostatectomii, a variat între 18—36 zile. In 7% din cazuri a trebuit să intervenim, pentru închiderea fistulei hipogastrice.

Rezultatele funcţionale obţinute au fost întotdeauna bune şi definitive. La nici unul din bolnavii operaţi n'am constatat tulburări în micţiune.

In ce privește funcțiunea genitală, aceasta rămâne în majoritatea cazurilor în raport cu vârsta. La unii din bolnavi s'a remarcat chiar o vădită ameliorare.

* * *

Bazați pe rezultatele noastre de până acum, considerăm prostatectomia în doi timpi, cu scurtarea la 6—8 zile a intervalului dintre intervenții, ca un real progres al chirurgiei prostatice din ultimul timp.

RÉSUMÉ: Le Profrs I. Iacobovici et E. Țeposu font des *Considerations sur la prostatectomie pour l'hypertrophie de la prostate* tirées des 205 prostatectomies pratiquées en cours de 11 dans la clinique chirurgicale de Cluj.

La mortalité de 8% dans les 100 premières opérations et de 5,7% dans les dernières 105 est due à la pneumonie et myocardite (5 cas), insuffisance cardio-renale (4 cas), embolie (3 cas), pyelo-nephrite (2 cas).

Les auteurs pratiquent l'opération en 2 temps avec intervalle de 6—8 jours et donnent une attention particulière à la détermination de la fonction rénale et aux soins post-oppératoires; ce qui explique les merveilleux résultats obtenus.

RIASSUNTO: Il Prof. I. Jacobovici e E. Țeposu fanno *Considerazioni sulla prostatectomia per ipertrofia della prostata*, in seguito alle 205 prostatectomie praticate del decorso di 11 anni alla Clinica Chirurgica di Cluj; la mortalitá é dell' 8% nelle prime 100 operazioni e del 5,7% nelle ultime 105, ma tali casi di morte furono determinati da polmonite e miocardite (5 casi) insufficienza cardiorenale (4 casi), emboli (3 casi) e pyelonefrite (2 casi).

Gli autori practicano l'operazione in due tempi con intervallo di 6—8 giorni e dánno particolare attenzione alla determinazione della funzione renale e alle cure postoperatorie, ció che spiega gli ottimi risultati ottenuti.

ZUSAMMENFASSUNG: Prof. I. Iacobovici und Prof. E. Teposu: *Beträchtungen uber die Prostatektomie bei Prostatahypertrophie,* herausgezogen von 205 Prostatektomien im Verlauf von 11 Jahren in der chirurgikalischen Klinik von Cluj, führen aus.

Die Sterblichkeit war 8% bei den ersten 100 Operationen und 5,7% bei den letzten 105; die 14 Todesfälle waren veranlasst: von Pneumonie und Myokarditis (5 Fälle), Cardio-renale-insuffizienz (4 Fälle), Embolie (3 Fälle) und Pyelonephritis (2 Fälle).

Die Verfasser machen die Operation in zwei Zeiten mit einem 6—8 tägigen Zeitraum und gewähren eine besondere Aufmerksamkeit der Prüfung der Nierenfunktion und der post-operatorischen Pflege, welche die wunderbaren Resultaten erklären.

CORECŢIA MIOPIEI IN GRAD MARE CU STICLELE CONTACTE ALE LUI MÜLLER

de

Docent Dr. NICOLAE BLATT

Târgu-Mureş.

Considerând inconvenientele ce oferă ochelarii obicinuiţi menţionăm în treacăt aci numai unele dintre ele şi anume: corecţia incomplectă ametropiei la privirea laterală, care a condus la introducerea sticlelor de diferite forme (meniscul, punctal); diminuarea sau sporirea efectului ochelarilor prin apropierea sau depărtarea acestora de ochi; imposibilitatea pentru unele persoane de a purta ochelari cu sticle de dioptrii mai mari; împiedecarea purtărei de ochelari de către unii profesionişti (actori, sportsmeni, etc.), este natural să se fi născut încă de demult ideia unor sticle contacte, adică de a realiza technic nişte sticle optice, care să aibă forma suprafeţei globului ocular, făcute dintr'o sticlă extrem de fină din punct de vedere optic şi care să se poarte de ametropi sub pleoape, în contact direct cu globul ochiului.

Sticlele contacte produse ale technicei moderne, sunt de forma unei scoici şi sunt formate din 2 părţi principale, partea centrală, corneală, care este perfect transparentă şi are menirea de a corecta ametropia şi partea periferică sclerală, de culoarea albului ochiului, care ajută la fixarea sticlei pe globul ochiului. Partea corneală a sticlei contacte, când nu este aşezată pe ochi, reprezintă un sistem optic afocal, adică nu dă loc la nici o refracţie. Dacă aşezăm sticla contactă pe ochi, atunci se strânge între suprafaţa corneei naturale şi între faţa posterioară a corneei de sticlă o pătură foarte subţire de lacrimi, adică se creiază un fel de lentilă lichidă, care are acelaş index de refracţie ca şi cel al corneei naturale. Prin aceasta, corneea naturală, pe care sticla contactă este aşezată, devine din punct de vedere optic fără efect, rolul acesteia fiind astfel exclus din sistemul optic ocular; este natural, în consecinţă, ca şi iregularităţile eventuale ale acestei cornee naturale, să nu aibă un efect turburător din punct de vedere optic.

Ideia folosirei sticlelor contacte pentru corecţia ametropiei

datează încă din anul 1827, când *Herschel* a adus la cunoştiinţă inventarea acestor sticle.

La miopie, le-a încercat întâia oară *A. Müller* în anul 1889; el a corectat miopia sa însăşi de (-14) dioptrii cu sticle contacte, dar nu le-a putut suferi pe ochi decât un timp foarte scurt.

De atunci înainte s'a încercat de mai mulţi oculişti corectarea vizuală cu sticlele contacte şi acestea au fost experimentate la cele mai diferite anomalii oculare, ba chiar şi pentru alte scopuri terapeutice.

Intrebuinţarea sticlelor contacte s'a făcut în primul rând la corectarea Cheratoconului. Unii oculişti au întrebuinţat în cercetările lor sticlele contacte şlefuite de Fabrica *Zeiss* din Jena, alţii sticle suflate de către *M. Müller* din Wiesbaden.

S'a dobândit cu ambele feluri de sticle contacte o ameliorare a vederei la efectele oculare cele mai variabile, cât şi în miopie. Unii au publicat despre rezultate mai bune cu sticlele *Zeiss*, alţii cu sticlele *Müller*. Deocamdată rămâne o chestiune deschisă care din cele două sisteme de sticle corespunde mai bine din punct de vedere practic.

Cercetările mele personale se referă la sticlele suflate a lui Müller şi anume la valoarea lor practică la corecţia miopiei în grad mare. Pentru aceasta, mi s'a pus la dispoziţie de către Domnul Dr. Müller din Wiesbaden o cantitate apreciabilă de sticle contacte, aşa că în experimentările mele am avut putinţa unei uşoare alegeri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rezultatele cercetărilor mele se pot vedea din tabela alăturată ce vă prezint.[1] Eu am experimentat sistematic sticlele contacte ale lui Müller la 38 cazuri de miopie în grad mare, fără ca în alegerea cazurilor să ţin seamă de sex, vârstă, sau ocupaţie, singura indicaţie în alegere fiindu-mi gradul de miopie şi corecţia insuficientă a ametropiei cu ochelarii obicinuiţi. Gradul miopiei a fost în cele mai multe cazuri peste 10 dioptrii, unul chiar peste 30 dioptrii. Cele mai multe cazuri prezentau aniso-metropie şi în multe cazuri miopia a fost întovărăşită cu astigmatism regular. Am avut între aceştia şi cazuri unde s'a aflat deodată cu miopia, cicatrice corneale cu astigmatism iregular. Din 38 de cazuri, 24 au avut şi astigmatism. La unele cazuri se găsea şi anisometropie cu diferenţă de 6, de 7, de 8 şi chiar de 15 dioptrii. La toate cazurile vederea era — fără corecţie — foarte slabă, fapt ce se poate atribui cu uşurinţă miopiei în grad mare, astigmatismului, alteraţiunei intra-oculare şi cicatricei corneei ce se găseau în diferitele cazuri. Aproape în toate cazurile vederea era într'atât diminuată, încât nu puteau distinge degetele de cât până la 1—3 metri. Cu corecţie potrivită, s'a putut, în multe cazuri, ajunge — după îndelungate şi obositoare examinări — la o vedere convenabilă, totuşi pacienţii nu găsiau satisfăcătoare nici vederea aceasta ameliorată prin corecţie. De multe ori, sticlele de corecţie n'au putut fi purtate de

1) Prezentată şi depusă la Soc. Română de Oftalmologie în Bucureşti, în şedinţa din 19 Iunie 1931.

pacienţi nici pentru un timp mai scurt, ci acuzându-le dureri de cap, ameţeli şi chiar greţuri.

Oare în toate aceste cazuri să putem ajunge cu sticlele contacte să ameliorăm vederea convenabil şi să fie oare posibil ca sticlele contacte, care s'ar putea consider drept corpuri străine, să poată fi purtate continuu?

Cercetările care necesită multă grijă şi atenţiune din partea medicului şi multă răbdare şi încredere din partea pacientului, arată această posibilitate. La multe din cazurile studiate de mine, s'a putut ajunge prin corecţia cu sticlele contacte la o vedere convenabilă, la altele corecţia era chiar mai bună ca aceia cu ochelarii obişnuiţi iar la altele, unde ochelarii n'au dat nici o corecţie, sticlele contacte au ameliorat vederea.

Au fost câteva cazuri unde ochelarii nu s'au putut purta din cauzele susmenţionate; cu sticlele contacte, chiar dacă nu s'a obţinut vederea mai bună decât cu ochelarii, pacientul s'a obicinuit repede. Cum se vede din tabelă, mai ales ochii cu astigmatism ne-au dat bune rezultate optice cu sticlele contacte. Rezultatele — relativ cele mai bune — ni le-au dat ochii cu cicatricea corneei. Se vede din tabelă că, la cele 38 cazuri studiate de mine, s'a corectat vederea cu sticlele contacte până la 5/10—5/7 ba chiar până la 5/5. Desigur că la cazurile mele s'au găsit şi din aceia, la care sticlele contacte n'au dat măcar rezultatele optice obţinute cu ochelarii simpli, ba chiar au dat rezultate şi mai rele şi au fost unii care n'au putut suporta sticlele contacte nici timpul cel mai scurt. Acolo unde există alteraţiuni intraoculare, nici sticlele contacte n'au putut să dea o ameliorare decât până la un grad corespunzător.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La toate cazurile studiate de mine, sticlele contacte au fost întrebuinţate cu titlu de experienţă; numai la 2 cazuri, acestea au căpătat o întrebuinţare continuă, pentru o definitivă corectare. Pacienţii mei au purtat sticlele contacte dela 1 până la mai multe săptămâni, unii chiar 2—3 luni, aşa că valoarea sticlelor contacte a putut fi studiată din toate punctele de vedere (optic, haptic, etc.).

Datorită neobicinuinţei şi noutăţii acestor sticle contacte, pacienţii mei nu s'au putut hotărî încă să poarte aceste sticle mai departe şi se lasă greu convinşi pentru întrebuinţarea lor definitivă. Fără îndoială că preţul mare al acestor sticle are partea sa în această nehotărîre. Insă eu cred că, încetul cu încetul, pacienţii la care sticlele contacte însemnează un avantaj optic, se vor lăsa convinşi pentru utilizarea acestora. Deocamdată dispun de 2 cazuri, care şi-au cumpărat sticle contacte şi care le întrebuinţează de mai mult de jumătate de an. Unul le foloseşte binocular, celălalt monocular. Despre aceste 2 cazuri am să revin mai jos.

Valoarea sticlelor contacte ale lui Müller pentru cercetarea miopiei în grad mare se poate judeca din următoarele puncte de vedere: 1) Din punct de vedere optic (ameliorarea vederei, influenţa asupra câmpului vizual, corecţia vederei la depărtare şi apropiere); 2) Din punct de vedere haptic (gradul de suportabi-

litate al acestor sticle, eventualele alterări aduse globului prin purtarea mai îndelungată a sticlelor); 3) Din punct de vedere fisiologic (motilitatea oculară, simţul de profunzime, vederea binoculară, influenţa asupra acomodaţiei); apoi 4) Din punct de vedere cosmetic; 5) Psihologic, şi 6) Mai ales din punct de vedere terapeutic.

Studiul tabelului alăturat ne arată foloasele optice ale sticlelor contacte ale lui Müller. La multe cazuri s'a putut obţine o vedere ameliorată acolo unde ochelarii obicinuiţi dădeau o corecţie foarte modestă.

Pentru cercetările mele am selecţionat cazurile la care ochelarii simpli n'au dat o ameliorare mai importantă sau cazurile la care, chiar dacă s'a putut ameliora vederea cu ochelarii obicinuiţi, însă sticlele cu număr mare de dioptrii nu puteau fi suportate, din cauză că dădea dureri de cap, ameţeli, greţuri şi micşorarea obiectelor. Ori, tocmai la aceste cazuri surprinderea mea a fost mare, văzând nu numai că s'a putut ajunge la un rezultat optic bun, dar că sticlele au fost suportate din primul moment, cu cea mai mare uşurinţă.

La prescrierea sticlelor contacte ale lui Müller, trebue să alegem pe cele convenabile dintr'o colecţie mai mare, fiindcă prin suflarea sticlii este greu să se obţie perfect gradul necesar de curbură al sticlei, aşa dar trebue mai mult timp pentru probarea sticlelor, până când ajungem la o corecţie optică potrivită; avem însă în schimb mulţumirea că sticla aleasă cu atâta răbdare şi oboseală îndeplineşte, pe lângă corecţiunea optică şi pe cea de suportabilitate. Cu alte cuvinte, sticla să se aleagă în mod absolut empiric. La sticlele contacte, în alegerea sticlei potrivite, trebue să ţinem seamă mai ales de efectul optic; prin urmare, chiar din momentul alegerii, trebue să ne gândim la corecţia cea mai exactă. La cazurile studiate de mine, sticlele contacte care au dat un rezultat bun pentru depărtare, s'au potrivit bine şi la vedere apropiată. Sticlele contacte nu se fac cu efecte cilindrice, pentru că ele se învârtesc dela sine pe globul ocular de câteva grade la mişcarea ochilor; însă dacă ne gândim la ceeace am spus despre efectul optic al corneei de sticlă şi despre excluderea din sistemul optic al corneei naturale sub sticla contactă, atunci înţelegem numai decât că nici nu mai e nevoie de un efect astigmatic a sticlelor contacte.

Din punct de vedere haptic, folosinţa sticlelor contacte ale lui Müller — după cât reese din cercetările mele — este asigurată.

Acomodarea mecanică a sticlelor pe suprafaţa globului ocular se face uşor şi este asigurată prin forma acestor sticle, care se aseamănă protezelor oculare.

Mai mulţi dintre pacienţii mei au fost capabili să suporte aceste sticle fără... vre-o neplăcere întreaga zi. Tot astfel şi cei doi pacienţi despre care am amintit mai sus, poartă în mod definitiv aceste sticle. Unul dintre aceştia chiar doarme cu aceste sticle. Amândoi îşi pot lua şi repune aceste sticle la ochi, singuri, cu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

cea mai mare uşurinţă. Din contră, se poate afirma că la unul dintre cazurile studiate de mine, efectul optic al sticlelor a fost excelent, vederea s'a ameliorat foarte bine, însă nu le-a putut suporta decât o jumătate de oră.

La prima probă, folosesc o soluţie de 2% tutocaină, insă la probele următoare aplic sticla fără anestezic. Câte odată, la aplicarea sticlelor contacte, se strecoară o mică bulă de aer, în dosul corneei de sticlă, care — natural — turbură vederea; în acest caz, bula de aer poate fi uşor îndepărtată prin introducerea unei cantităţi de apă, cu o siringă, în dosul sticlei. Dar nici intervenţia aceasta nu este necesară, fiindcă după un timp scurt, când adesiunea dintre sticlă şi ochi este perfectă, bula dispare.

La întrebarea dacă sticlele contacte ale lui Müller se pot întrebuinţa fără ca ochiul să fie atacat în mod patologic se poate — după rezultatele mele — răspunde în mod afirmativ.

Deşi în literatură s'au descris oarecare cazuri când ochiul a suferit schimbări patologice, acestea erau însă simptome trecătoare, care după un timp oarecare de neîntrebuinţarea sticlelor au dispărut. In general, eu n'am văzut la pacienţii mei turburări mai grave, nici alteraţia corneei, nici strangularea conjunctivei, lucru ce se poate înţelege prin aceia că sticlele lui Müller nu apasă nici pe cornee, nici pe conjunctiva pericorneală, ci ele se reazimă pe partea conjunctivei a unghiurilor extern şi intern. Numai câte odată am văzut depresiuni pe conjunctiva bulbară sus şi jos, corespunzând mărginii superioare şi inferioare a sticlei. In primele ore de purtarea sticlelor s'au arătat lacrimi, fotobie uşoară şi iperemia conjunctivală, care dispăreau însă foarte repede. La unul din cazuri s'a ivit numai după o săptămână de purtare, gropiţe mici şi profunde pe conjunctiva bulbară, în apropierea limbului, cu simptome de injecţie ciliară puternică, dureri şi fotofobie. După o neîntrebuinţare de 24 ore, sticla a putut fi purtată din nou şi simptomele acestea n'au mai reapărut. Un alt pacient a avut mici vezicule epiteliale pe cornee, de forma unei perle, cu fotofobie, cu injecţie ciliară şi cu dureri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După o neîntrebuinţare de 2 zile, acestea au încetat. Din contră, este interesant cazul celui ce poartă sticlele contacte de mai bine de jumătate de an şi la care, când în timpul zilei scoate sticlele contacte, încep imedait dureri de cap şi ameţeli. Purtarea sticlelor contacte continuu pe ochi, nu prezintă nici un pericol din punct de vedere al unei eventuale spargeri a sticlei.

Cei mai mulţi autori au aceeaşi opiniune, că sticlele contacte sunt din punctul de vedere mai sus menţionat, mai puţin periculoase decât ochelarii obicinuiţi. Eu însumi n'am văzut nici un caz de sfărâmarea sticlei aşezată pe ochi. *Heine* menţionează că i s'a pre-

zentat un caz la care sticla contactă s'a rupt, fiind situată pe ochi, fără ca ochiul să fi fost rănit.

Din punct de vedere fiziologic, se poate spune că ochiul sub sticlele contacte, se apropie mai mult de situaţia fiziologică decât sub ochelarii obişnuiţi. Sub sticlele contacte, câmpul vizual corespunde absolut la activităţi funcţionale a acelui ochiu şi nu este întru nimic îngustat prin prezenţa sticlelor. Aceasta are o deosebită importanţă din punct de vedere al diferitelor ocupaţiuni; e destul să ne gândim la automobilişti, aviatori, sportsmeni, etc. Dacă sticla contactă, care este aşezată pe un ochi cu miopie în grad mare, a fost, din punct de vedere optic şi haptic bine ales, atunci ochiul se găseşte în starea de deplină corecţie a miopiei şi situaţia fiziologică este aproape restaurată. Obţinerea unei depline corecţiuni a miopiei ne dă, — după cum se ştie — rezultatele cele mai bune pentru oprirea progresiunei miopiei; aşa dar, cu sticlele contacte se ajută şi la staţionarea miopiei. Nu am observat sub sticlele contacte turburări în vederea binoculară. Din contră, la două cazuri cari aveau vederea monoculară, s'a putut constata, după corecţia cu sticlele contacte, o vedere binoculară. Probabil că în aceste cazuri sticlele contacte au avut o influenţă favorabilă la echilibrarea muşchilor externi ai globului ocular.

Diplopie am avut numai la unul din cazurile studiate de mine la purtarea binoculară a sticlelor contacte, insă şi la acesta, diplopia a durat numai patru zile. Aparatul acomodativ nu sufere sub sticlele contacte; după *Heine*, actul acomodativ sub sticlele contacte, ar decurge chiar mai uşor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Efectul cosmetic al sticlelor contacte în cazul unei alegeri reuşite este foarte bun, aşa cum se poate vedea şi din alăturatele fotografii ce prezint.

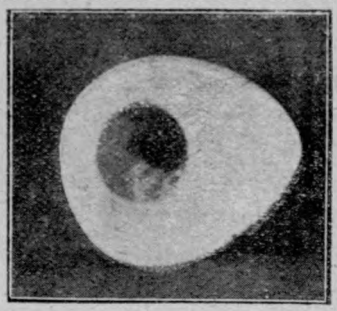


Fig. I.

a. *b.*

Sticle contacte.

a) Suprafaţa anterioară. *b)* Suprafaţa posterioară.

Fig. II. a. Visus: 2 m. ob. dgt.
Fără ochelari.
Miopia = 16 D. cu astigmatism.
Strabism divergent oc. dext.

Fig. II. b. Visus - 16 D.$^{5}/_{20}$.
Cu ochelari obicinuiţi.
Miopia = 16 D. cu astigmatism.
Strabism divergent oc. dext.

Fig. II. c. Visus: $^{5}/_{7}$.
Cu sticle contacte.
Strabism divergent a dispărut, nu se manifestă sub sticlele contacte.

© Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

Hémostyl

Du Dr. ROUSSEL

Anémies — Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules de 10 cc de Sérum pur
- A) Sérothérapie spécifique des ANÉMIES (Carnot)
- B) Tous autres emplois du Sérum de Cheval: HÉMORRAGIES (P.E. Weill) PANSEMENTS (R. Petit)

Sirop ou Comprimés de sang hémopoïétique total
- ANEMIES
- CONVALESCENCES
- TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

97 RUE DE VAUGIRARD. PARIS

Agent pour la Roumanie: RENÉ DUNOD

103, Strada Toamnei — București

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2 Préparations arsenicales:

NOVARSÉNOBENZOL BILLON

Dioxy-diamino-arsénobenzol-méthylène sulfoxylate de soude

Injections intra-veineuses

ACÉTYLARSAN

Solution d'oxy-acétylaminophénylarsinate de diéthylamine

Injections sous-cutanées ou intra-musculaires

1 Composé bismuthique oléo-soluble

CARDYL

Campho carbonate de Bismuth

Injections intramusculaires

3 Produits dont l'emploi rationnel permet de pratiquer le traitement de la

SYPHILIS

dans toutes ses modalités

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques "POULENC Frères" et "USINES DU RHONE"
86, rue Vieille du Temple. PARIS (3e)

AG. GEN: J. DE CANTELAR, DOAMNEI 12, BUCAREST (I), TEL. 377/68

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. III. = cu sticle contacte.
Miopia: Dr. 17 D. St. 13 D.
Visus: cu ochelari $^{5}/_{70}$ $^{5}/_{50}$ cu sticle contacte $^{5}/_{7}$ ^{5} s.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Efectul optic, fisiologic şi cosmetic al sticlelor contacte, contribue la sporirea efectului psihologic al acestor sticle. Prin aceasta înţeleg încrederea sporită ce o capătă în el însuşi persoana cu miopie în grad mare, care poartă sticle contacte. Clipitul pleopelor, cutarea frunţei, apăsarea ce o resimte persoana care poartă ochelari cu sticle groase vizibile, toate aceste incoveniente cad dela sine prin întrebuinţarea sticlelor contacte.

Ne mai rămâne să vorbim despre efectul terapeutic al sticlelor contacte, cu atât mai mult cu cât în literatură se ivesc opiniuni cari atribue sticlelor contacte nu numai o influenţă optică, ci şi o influenţă terapeutică asupra ochiului. Aşa crede *Clausen* că la cheratocon sticlele contacte pot avea un efect de vindecare, fiindcă dau conului corneei o oarecare întărire şi procesul corneal nu înaintează. *Heine* ne precizează asupra câtorva observări la miopie, unde după purtarea mai îndelungată a sticlelor contacte, gradul de miopie s'a diminuat, ba chiar şi astigmatismul a scăzut. Mai sunt şi alţi autori cari vorbesc despre efectul terapeutic al sticlelor contacte, însă dacă eu amintesc aici despre influenţa terapeutică a acestor sticle, aceasta n'o fac pe baza observărilor mele sus menţionate, fiindcă timpul observărei la pacienţii mei cu miopie în grad mare este prea scurt încă, pentru ca

să mă pot pronunţa şi din acest punct de vedere. Observarea mai departe a cazurilor mele, care vor fi în stare să poarte sticlele contacte un timp mai îndelungat, poate că va ajuta şi ea la clarificarea acestei chestiuni. Perspectiva este încurajatoare şi merită să fie urmărită în viitor.

RÉSUMÉ: Le Dr. N. Blatt a tenté la *Correction de la myopie en grade avancé avec les glaces contactes de Müller* en 38 cas avec des résultats optiques immédiats favorables.

RIASSUNTO: Il Dr. N. Blatt ha provate la *Correzione della miopia di forte grado con vetri contatti di Müller* in 38 casi, con risultati immediati e favorevoli.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. N. Blatt hat die *Berichtigung der Kurzsichtigkeit im hohem Grade durch kontakten Mullers Gläser* in 38 Fälle geprüft, mit sofortigen optischen günstige Resultaten.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Agent pour la Roumanie: Mr R. DUNOD
103, Strada Toamnei. — Bucarest

PURPURELE

GENERALITĂŢI. — CAZURI CLINICE

de

Dr. OD. APOSTOL-Cluj.

Prin termenul generic de *purpura*, se înţelege orice emoragie cutanată. Leziunea ei elementară este alcătuită din:

a) *Pete punctiforme* sau *lenticulare*, confluente când sunt abundente, de culoare roşie sau albăstrie, devin brune, apoi aproape de dispariţie, galbene;

b) *Echimoze*.

Ambele forme ocupă regiunea m. inferioară de preferinţă, mai rar restul corpului şi nu dispare la presiunea digitală.

Părţile profunde în regulă generală rămân îndemne, mucoasele arareori sunt atinse, muşchii sunt respectaţi.

Purpura este un simptom pe care-l întâlnim destul de frecvent în bolile infecţioase acute sau cronice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Martinet a observat concomitent cu purpura cutanată adevărate purpure vezicale.

Credem că greşit se întrebuinţează pleonasmul: purpura emoragică. Orice purpură e emoragică.

Aubertin propune următoarea clasificaţie:

I. Purpura primitivă acută	1. Purpura reumatoidă 2. Purpura infecţioasă emoragică 3. Purpura echimotică (Sin. *Boala lui Werlhof).*
II. Purpura primitivă cronică	1. Purpura apiretică (Bensaude) 2. Hemogenia lui Weill. (= Sindromul hemoragic descris de P. E. Weill = purpura emorag. cron. 3. Trombopenia esenţială (Franck) 4. Trombopenia splenogen. (Kaznelson) 5. Trombostenia (Glanzmann)
III. Purpura simptomatică	1. De natură infecţioasă datorită . . . . . meningococ. streptococ. pneumoc. etc. 2. Toxică, de obicei medicamentoasă 3. Autotoxică (lez. hepat.; renale, cardiace etc.

Deci după *Aubertin*, boala lui *Werlhof* e o purpură *primitivă acută*. E sinonimă cu purpura echimotică.

O formă acută. A fost descrisă în 1831, la o femee tânără. Forma cronică poate fi continuă sau intermitentă şi e caracterizată prin simptome clinice manifeste: diminuarea piastrinelor, timpul de sângerare mărit, retractibilitatea coagului, emoragii, alteraţii vasculare, eventual turburări endocrine.

Noi adăogăm la această clasificare şi un al IV-lea grup, care cuprinde *purpura consecutivă disfuncţii glandelor endocrine*.

Strümpell împarte purpurele în două forme:

A. **Purpure simple, uşoare** care se vindecă în 20 de zile şi care cuprinde:	1. *Purpure reumatoide* (cu dureri reumatice, turb în stare generală, anorexie, febră, incapacitate de muncă fizică şi intelectuală, artrita genunchiului cu revărsare inflamat; viscerele şi gingiile intacte.
B. **Purpure grave**	Morb. *Werlhofi* (emoragii ale mucoasei, febră absentă, gingii intacte, inflam. artic., eventuale complicaţii, endocriniene, nefrite emoragice, emoragii cerebrale, atac apoplectic, congestia splinei, turburări serioase din partea tub. digestiv (Hénoch), într'un cuvânt un tablou care te face să te gândeşti la infecţie septică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După *Strümpell*, boala lui Werlhof este o purpură *gravă*.

Leschke (citat de *Filippone)* împarte purpura în *trombopenia constit.* şi *tromp. acquisita.*

Martinet dă o clasificare generală sumară:

Purpure: 1) Hemofilie. 2) Purpură reumatismală (peliosa reum.). 3) *Boala lui Werlhof.* 4) Purpura acută febrilă. 5) Purpura caşectică. 6) Purpura toxică. 7) Forme purpurice ale boalelor eruptive (febre exant. purpurate).

Litten în lecţia sa asupra diatezelor emoragice pune boala lui Werlhof, în grupa 3, adică:

1) *Scorbut.* 2) *Hemofilia.* 3) *Boala lui Werlhoff.*

Clasificarea lui Gaucher, ne pare mai complectă. Ea a fost modificată de *Noël Fiessinger* şi *Paul Brodin*, la congresul francez de med., ses. XIX, Paris, 1927.

Gaucher dă următoarea clasificare:

I. Purpura primitivă

a) *Purpura reumatoidă* (sin: purp. reumat. Du Castel; pelioza reumat. Schönlein). Se întâlneşte la persoane tinere după marş şi oboseală excesivă. Purpura apare prin puseuri.

b) Purpure consec. *infecţiilor primitive:* 1) *tifoidă* (sin: tifo-angiohem. Landouzy. 2) *Supraacută* (sin. purp. fulm. Henoch). 3) *Pseudoreum* (un caz foarte important publicat de Martin *de Gimard* în teza sa (1888).

c) *Boala lui Werlhoff.* In legătură cu boala lui Werlhoff, *Lasègue* a publicat în Arch. de Méd. (1877), (citat de *Gaucher)* un articol foarte important. Subliniază: absența febrei, debut prin emoragie mai mult sau mai puțin intens, adesea gingivală, câteodată epistaxis.

Începând de a doua zi de boală, apare erupția petesială pe m. infer. care poate să se întindă și la trunchiu și la m. super. O zi mai târziu apar pete mai întinse, scaune și vărsături sanghinolente, ușoare ascensiuni termice.

Ameliorare rapidă, vindecare 8—15 zile. *Lancereaux* și *Bucquoy* au publicat câte un caz mortal.

Nagy (citat de *Filippone)*, a vorbit de o purpură *disovariană.* Se pare că bolnava lui *Filippone*, ar intra în această categorie.

II. Purpura secundară

a) In cursul bolilor infecțioase:

1) *Variola* (rash variolic). 2) *Scarlatina.* 3) *Rujeola.* 4) *Febra intermitentă.* 5) *Pioemia.* 6) *Infecția puerperală.* 7) *Endocardita ulceroasă.* 8) *Tuberculoza acută* (când purpura poate fi un fenomen premonitor. Observ .lui *Gaucher.*

9) *Difteria.* 10) *F. tifoidă.* 11) *Tifusul exantematic.* 12) *Ciuma.* 13) *Icterul grav infecțios* (două cazuri mortale observate de noi la Odessa în 1918, unul tot atât de grav, vindecat). 14) *Pneumonia* (Visturiez). 15) *Meningita cerebrospinale* (Hanot-Luzet). Un caz observat de noi la Spit. Mil. București. 16) *Ang. infect.* (Le *Glodre* și *Claisse).* 17) *Blenoragia* (observ. lui *Gaucher).*

Noi mai adăogăm la această clasificare:

18) *Febra recurentă* (numeroase cazuri văzute de noi și la Odessa în cursul războiului; un caz la clinica medicală din Cluj. 19) *Gripa epidemică* (un caz observat de noi). 20) *Sifilisul.* 21) Boala lui *Jaccoud-Oslo.* 22) *Alastrimul.*

b) TOXICE. Pentru apariția purpurelor e necesară după *Gaucher* predispoziția individuală:

1) *Purpura iodică* (Fournier). 2) *Cloral.* 3) *Chinina.* 4) *Arsen.* (Un caz de purpură post neosalv. am publicat cu *Săceanu,* în „Clujul medical", 1924. 5) *Fosfor.* 6) *Alcoolism* (Lancereaux) cu paralizie alcoolică. 7) Excepțional în *uremie.*

Noi adăogăm:

8) *Bismut* (Dassen et Juan e Rey). 9) *Unele gaze de luptă.*

c) CAȘECTICE: Cașexia consecutivă: 1) *Anemiei pernicioase.* 2) *Limfadeniei.* 3) *Leucocytemiei.* 4) *Epit. primitiv al splinei (Gaucher).* 5) *Boli înaintate ale inimei.* 6) *Bătrânețe* (Pelioza senilă după alții). In acest caz apare purpura pe fața posterioară a antebraț. și dosul mânei, datorită probabil arteriosclerozei capilarelor: două cazuri observate de noi la 2 bătrâne, una de aproape 90 de ani, cealaltă a atins centenarul.

7) *Cancer.* 8) *Pelagra.* 9) *Malaria* (cazuri observate și de noi în jud. Mehedinți).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

d) *Purpure cronice ale angiosclerozei..*

Gaucher a descris o varietate specială şi destul de frecventă de purpură cu sediul în partea infer. a gambei, consecutivă sclerozei vasculare. Petele sunt bune. In cazuri excepţionale poate să se generalizeze pe tot corpul prin puseuri succesive, petele formând plăci brune de o durată indefinită.

e) *Purpura scorbutică.*

f) *Purpura de emofilici,* probabil datorită fragilităţii vaselor mici.

După *Gaucher,* boala lui *Werlhoff* ar fi o *purpură primitivă.*

O lucrare foarte importantă asupra purpurei e monografia: „Le porpore emoragiche" publicată de *Guglielmo* (Pavia, 1926).

In lucrarea „Hematologia" (1923) a prof. Dr. *Titu Vasiliu,* găsim clasificarea:

I. Purpurele primitive.

A. *Infecţioase.* B. *Reumatoide.* C. *Werlhof.*

Aceste sindrome au cauze necunoscute. Prof. Vasiliu crede că atunci când se vor cunoaşte cauzele, vor trece în rândul celor secundare, de care nu se deosebesc mult.

A. *Purpurile primitive infecţioase:*

1) *Forma supraacută:* a) *Purpura fulminans a lui Henoch.* La copii mai mici de 5 ani. Moartea survine în câteva zile. Asemeni purpuri se întâlnesc în meningococii. b) Purp. din *tifus angiohematic* (Landouzi-Gomot).

Digitized by Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

2) *Forma subacută:* Purpură cronică cu pete mari, la copii *(Marfan).*

Boala lui *Werlhof* în clasificarea expusă de Profesorul Dr. *T. Vasiliu,* este o purpură *primitivă.*

II. Purpure secundare.

1) *In insuf. ficatului.* 2) *In toate infecţiile.* 3) *In cancer.* 4) *In icter.* 5) *In intoxicaţii cu Ph., As.* (In aceste cazuri rolul hemoragipar îl are ficatul). 6) *Prin efort* (emoragii). 7) De natură *endocrinană* (tiroidă, ovar).

In şedinţa din 9 Dec. 1923, a soc. ştiinţelor medicale din Cluj, Prof. Dr. *Goia* vorbeşte despre *trombocitopenia* şi *anemia plastică în legătură cu două cazuri:*

Prof. *Goia* spune că mulţumită cercetărilor mai recente, *morbus maculosus Werlhofi,* e ridicat la rangul de entitate morbidă bine definită prin smptomele: 1) *Trombocitopenie.* 2) *Prelungirea timpului sângerării.* 3) *Timpul coagulării, normal.* 4) *Iretractibilitatea coagulului sanghin.*

Patogeneza e încărcată cu păreri divergente. *Frank* presupune o afectare primară a megacariocitelor, fiind astfel a primi etapă a anemiei aplastice, unde pe lângă megacariocite este alterat şi aparatul leucoblastic.

Kaznelson susţine distrucţia trombocitelor în splină, probă rezultatele excelente după splenectomie. Prof. *Goia* susţine importanţa t.b.c. şi sifilisului în etiologia purpurelor.

Ciucă, Alexa şi *Agapi*, publică în „Revista ştiinţelor medicale, pag. 24, an XVIII, un caz de adevărată *septicemie emoragică acută consecutivă unui pneumococ grefat* în cursul unei endocardite infecţioase, la un bolnav cu o endocardită cronică la care s'a găsit.

Polin. 84,66%; monoc. 5,33%; limfocite 10%; plachete 20 mii; leucoc. 14.800; viscoz. 1 : 5, refractrometrie 54; şi prin care explică patogeneza simpt. purpura prin procesul de endotelită datorit pneumococului.

Filippone sub titlul: *„Un caso di morbo di Werlhof al II mese di gravidanza"* (în rev. „La clinica ostetrica, VIII, 1928, F. VII), publică un caz destul de rar studiat la ospedale civile din Tavarnelle Val di Pesa (Firenze): O femee gravidă în luna a II-a cu boala lui Werlhof. La examenul sângelui s'a găsit:

Eritr. 1.680.000; leuco. 32.000; piastrine 3275; hemoglob. 40% (scara lui Tailquist.); polinucl: N. 77; B. —; E. 1; mononucl. mari 4; limfocite mici 9; limfocite medii 6; mieloblaste neutrof. 2; megaloblaste 1: Timp de emoragie (Proba lui Duke = bleeding time) peste o oră. Segno del laccio [(Signe du lacet) al lui Grocco-Frugoni, Giugni] +.

Bolnavă a fost tratată cu hemostyl şi a putut duce sarcina la termen şi să nască normal.

Filippone dovedeşte prin cazul său că nu trebue întreruptă sarcina şi nici aplicată splenectomia. E suficient tratamentul cu ipodermoclisa cu ser fiziologic în doze fracţionate şi repetate şi hemostyl.

Ferroni s'a ocupat de purpură în graviditate. Moartea a survenit în 2/3 din cazuri. El crede că ar trebui întreruptă graviditatea. *Diehl* citează la o femee după prima zi de puerperium, un lucru curios: şi copilul prezenta erupţii punctiforme emoragice

Clivio, Pestalozza, Rosinelli şi *Vicarelli* sunt pentru întreruperea sarcinei. Sarcina accentuiază boala şi poate da naştere la emoragii în viscere, anemie şi adinamie.

Bumm recomandă în cazuri grave: avort medical, operaţie destul de gravă.

* * *

In şedinţa de la 13. II. 1929, a cercului sanitar militar din Cluj, am comunicat împreună cu D-nii medici Colonel Dr. Stănculescu Stan şi Lt. Prelipceanu I., cazul următor.

Sold...., contig. 1928, bolnav de la 1 Ian. 1929, se plânge de dureri în m. inf. şi hemitoracele dr. Boala a început brusc. Concomitent cu aceste dureri apar macule roşii de diferite mărimi, unele confluente, roşii, pe m. infer. In jurul genunchilor şi pe fese maculele sunt mari şi cu tendinţă la confluenţă Nu dispar la presiunea digitală. Subfebril. Anorexie, greaţă şi tendinţă la vomismente, ficat dureros la palpaţie, splina percutabilă. Pleurită

cronică. T. A. = 13×7 (Vaquez-Laubry), coagulabilitatea sângelui 22 min, La spectroscopia sângelui se constată hemoglobină redusă. Hemocultură sterilă. Widal neg. Gregersen +. Fund de ochi nimic deosebit (examen Docent Vancea), R. W. sânge + parţial la începutul boalei, negativă spre sfârşitul boalei. Urina nimic deosebit.

Examenul sângelui:

Leucoc. 10,800; Eritroc. 4.800,000; Hemoglobină 51 % (Sahli); Trombocite 150.000, valoare globul. 0,66.

Bolnavul a fos supus la 2 şedinţe de Röntgen, la interval de 7 zile una. (asupra **splinei:** o poartă anter. şi una poster., aplicându-se pe fiecare poartă 3,5 H, 1/2 mm. Zn., la 30 cm. distanţă). (Dr. **Graur,** istitut radiologic, Cluj).

Purpura dispare definitiv. Bolnavul a fost urmărit până la eliberarea lui din armată şi nu a mai prezentat vre-o erupţie de această categorie.

După tratam. cu R. X, sângele a fost găsit cu:

Lencoc. 4.600; Eritr. 4.696.000; hemoglobină 61 % (Sahli) trombocite 15,576.

Ergotina, clorura de calciu şi hemostylul nu ne-a dat rezultate în acest caz. Claudenul nu l-am avut la dispoziţie.

Din expunerea rezumativă a acestui caz rezultă că acest bolnav suferia de o purpură primitivă *var. morbus maculos. Werlhofi.* Inclinăm să credem că în cazul acesta tuberc. şi sifilisul au favorizat apariţia purpurei. In antecedentele bolnavului găsim că tatăl său a murit de t.b.c. Cazul acesta este interesant şi prin faptul că tratamentul cu R. X. a dat rezultate admirabile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ziua de 13 Iunie 1925 e primit în spitalul militar Cluj, sold. M. Alex. din Reg. 7 Jand. E originar din jud. Cluj, de ani 24. Pe biletul său de intrare din spital e scris: **„Pneumonie. Purpură emoragică".**

Bolnavul ne declară că de o săptămână e bolnav. In primele 5 zile „a făcut boala pe picioare", ultimele 2, la infirmeria unităţii. Boala a debutat cu febră mare şi expectoraţie mucosanghinolentă. La intrarea în serviciul medical al spit. mil. Cluj, bolnavul se plânge de cefalee, dureri m. inf., gingii şi baza toracelui. Neagă bolile venerice. A fost inoculat în Dec. 1924 cu vaccin antitifo-paratific şi antivariolic. La intrare în spital are seara $40,^{0}8$; dim. a doua zi, 36,5. Temperatura rămâne sub 37 până în ziua de 24 Iunie 1925, când purpura care dispăruse aproape complect, reapare mai intensă; temp. 39^{0} seara. In ziua de 30 Iunie 1925, temp. 38^{8}; 4 Iulie 38^{8} seara. Dim. totdeauna sub 37^{0}.

Anemie. Debilitate. Macule ce nu dispar la presiune, pe umeri, pe membre şi pe spate.

Raluri de bronşită diseminate în tot câmpul pulmonar. La cord nimic deosebit. R. W. în sânge negativă. Splina mărită şi dureroasă la presiune. In sânge nu s'a găsit nici Plasmodium Malariae, nici Spirili Obermeier. După 13 zile de la intrarea în spital găsim în sânge:

Polinucl. neutr. 64 %; basofile 1 %; eosinof. 30 %; mononucleare: limf. 15,5 %, mijlocii 13 %; de trecere 5,5 %, Hemoglobină 51 % (Sahli), valoarea globulară 0.66.

In ziua de 7 Iulie 1925, purpura dispare.

Incercările noastre cu ergotină, hemostyl, clorură de calciu, nu au dat rezultate. Nu am încercat tratamentul cu R. X. Am încercat cu **Clauden.** Cazul l-am publicat în „Clujul medical", 1931.

Cazul nostru, descris mai sus, se pare ca ar fi o **purpură secundară de natură infecţioasă** (gripă ?) Nu am putut preciza cauza.

* * *

Pe noi ne-a interesat mult boala lui *Werlhof*, deaceia în cursul studiului nostru, ne vom ocupa mai pe larg de ea.

In legătura cu origina, patogenia, bacteriologia şi anatomia patologică vom spune următoarele:

Ajacello, citat de *Litten*, găsind la un caz, *methemoglobină*, crede că acolo era vorba de o autointoxicaţie prin produsele albuminoide de desasimilare din tractul intestinal, absorbite de sânge.

Schwab îl aprobă. *Batemann* şi *Grisolle*, autori mai vechi, au crezut că-i vorba de o boală contagioasă.

In diferite atari cazuri au găsit bacili: *Klebs*, *Ceci*, *Reher*, *Demme*, *Vessale*, *Gendre*, *Ginnard*, *Simon-Legrain*, *Jones*, *Tizzoni*, *Giovannini*, *Kolb-Petrone*, *Babeş* şi *Letzerich*, *Hanot* şi *Luzet*; *Widal* şi *Tereza* au găsit *streptococi*, *Lebreton* şi *Litten* stafilococi albi sau aurii; *Wikner* (piogeni), etc. etc. Nu au găsit microbi: *Marfan*, *Legendre*, *Demy*, *Apostol* şi alţii.

Babeş a arătat rolul streptococului, pneumococului, piocianeului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Letzerich îmbolnăvindu-se de purpură cu hipertrofia ficatului, a găsit la el un bacil, asemănător cu *b. anthracis*, care ar pătrunde pe cale aeriană.

Teza lui *Letzerich* e susţinută de *Lochwood*. *Leloir*, bazat pe două cazuri, *Riehl* şi *Kogerer*, susţin că purpura ar fi datorită modificărilor vasculare şi ale sângelui.

Diferiţi autori susţin că ar fi vorba de o alteraţie vasculară şi a influenţei nervoasă vasomotorică, determinată de o toxinfecţie.

Cornil a descris pete echimotice, hemoragii interstiţiale ale peretelui vascular.

Alţi autori au găsit ectazii vasculare, alţii susţin rolul ficatului în apariţia purpurei. Sunt autori cari susţin că arsenicul singur nu produce peteşii.

Dohrn publică un caz de purpură la un copil nou născut, a cărui mamă, avea şi ea purpură.

Labreton, *Boentski* şi alţii cred că şocul nervos joacă un rol important în apariţia purpurei.

Petrone, citat de *Strümpell* spune că sângele total al celor cu purpură, injectat subcutan la epuri, a provocat o afecţiune analoagă.

După *Glanzmann*, ar fi o boală constituţională legată de o condiţie ereditară, de insuficienţa sistemului megacariocitic sau piastrino poetică (= trombastemia emoragică hereditară).

Majoritatea autorilor însă, nu acceptă această interpretare. In purpură timpul de coagulare este normal, cel de sângerare însă este foarte prelungit. Prin aceste constatări importante se poate face deosebire între *hemofilie, purpură* şi *boala lui E. Weil* (distrofia endotelio-plasmatică). *Franck* constată o diminuare foarte mare a numărului *plăcuţelor* în aceste *sindrome.* Impreună cu *Fonio, Glanzmann, Pagniez* şi *Le Sourd,* se confirmă relaţiunea între timpul de sângerare şi numărul plăcuţelor. Sindromul lui *Werlhof,* este numit de *Franck, trombopenia esenţială.*

Trombocitopenia o explică *Franck* şi *Glanzmann* astfel:

Trombopenia este datorită unei mieloftizii, adică diminuarea producerei plăcuţelor în măduva osoasă, prin paralizarea datată unei acţiuni toxice a megacariociţilor, celule producătoare de plăcuţe. Stadiul final al trombopeniei după *Franck* este anemia aplastică. Franck împarte purpurele în 4 tipuri: 1) *Trombopenia intermitentă.* 2) *Trombopenia continuă esenţială:* a) Malignă şi simptomatică; b) Angiopatiiforme anafilactoide; c) Endoteliozele hemoragice. 3) *Trombopenia continuă* care trece în anemia aplastică (sau aleucia aplastică). 4) *Anemia aplastică, fără stadiu premergător,* (panmieloftiza, aleucia).

Kaznelson crede că splina, nu prin hormoni ar lucra asupra măduvei, ci direct asupra plăcuţelor, distrugându-le pe loc. Pentru *Kaznelson,* în splină ar fi locul fiziologic de distrugere al plăcuţelor şi în cazul de sindrome purpurice ar fi o distrugere exagerată, o tromboliză exagerată. El numeşte sindromul lui *Franck,* purpură *trombolitică.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După *Aschoff* şi alţii, splina este un organ de distrugere al plăcuţelor. Acest proces se face prin aparatul reticuloendotelial al splinei (apar. splenic).

Naegeli găseşte că, clasificarea lui *Franck* este incomplectă. Ii lipseşte forma de purpură abdominală a lui *Henoch* (= Sindrom la copii de 5—12 ani în colica intestinală, scaune sanghinolente, dureri în membre).

Glanzmann, citat de mai multe ori de noi, are şi el o clasificare, cea următoare:

1) *Boala lui Werlhof.* 2) *Purpure anafilactoide* (fenomene emoragice, apirexie, fără atralgii).

Boala lui *Werlhof* cronică este distrofia *endotelială-plasmatică* sau hemogenia, sindrom descris de *Weil.*

La femei apare cu hemoragii genitale, fără purpură cutanată. Simptomele sunt: diminuarea sau absenţa plăcuţelor, mărirea timpului de sângerare, semnul lui *Weil* sau *Rumpel-Leede* pozitiv, timpul de coagulare nu este prelungit. Splina mărită. Din cele relatate mai sus şi din varietatea clasificărilor făcute, patogenia boalei lui *Werlhof* e foarte complexă, fără a se putea ajunge până acum la o explicaţie definitivă.

Ar fi o soluţie de continuitate a capilarelor în endoteliul lor. Cauza piastrinopeniei pentru unii ar fi insuficienţa funcţională a piastrinogenozei, insuficienţa piastrinogenezei prin megacariocitossicossi primitiv (Franck).

Pentru alţii ar fi o trombocitoliză splenică primitivă (purpura trombocitolitică Kaznelson) şi diminuarea rezistenţei vasculare (angiopsatiroza). In cadrul simptomatic al acestui *sindrom* căci astfel *considerăm noi*, boala lui *Werlhof*, observăm: debut brusc, cu epistaxis câte odată rău mirositor, erupţie purpurică de peteşii şi mascule emoragice, hemoragii bucale, hemoragii intestinale, hemoptizii rare, apirexie, lipsa de dureri, pronostic bun.

Plachetele sanghine (= hematoblaştii lui *Hayem*, globulinele lui *Douné*, *Achard* şi *Aynaud)* constitue al 3-lea element al sângelui. In mediu, numărul plachetelor sanghine pe mmc. de sânge uman, variază dela 150 mii——400 mii. Frigul, digestia (după *Hayem* şi *Aynaud)*, travaliul muşcular, (după *Pizzini)*, fac să varieze acest număr.

Din multe teorii care explică geneza lor, se pare după *Pagniez*, că perzistă aceia propusă de *I. H. Wright*, care aşează origina lor, în măduva osoasă şi le derivă din megacariocite. Teoria se bazează pe cercetările lui *Ogata*, *Naegeli*, *Gazetti*, etc.

Numeroasele cercetări ale lui *Hayem*, *Achard*, *Aynaud*, *Barrier*, *Hewson*, *Bondet*, *Delange*, *Le Sourd*, *Bayne*, îndreptăţesc pe Pagniez, pe care l-am consultat, a afirma că plachetele sanghine, produc mari cantităţi de *citozină*, un element constitutiv al trombinei, care accelerează coagularea. Retracţiunea coagulului sanghin este riguros proporţională cu cantitatea de plachete din plasma sanghină (cercetările lui *Le Sourd*, *Pagniez*, confirmate de *Arthus*, *Chapiro*, de *Vinci*, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Au rol mare în emostaza spontană. *Aynaud* a mai arătat şi în vitro, că plachetele sanghine au ca proprietate caracteristică şi aglutinarea. Dispariţia lor în sânge s'a observat după şoc anafilactic, lucru ce a făcut pe *Behring* să le atribue un rol foarte important în procesul anafilaxiei.

Carol Bull şi *Govaerts* le atribue un rol antixemic.

După *Dale* acţiunea asupra vaselor a extractului de plachete sanghine ar fi analoagă cu a histaminei. După *Le Sourd* şi *Pagniez*, *Tomasinelli* şi *Frondoni*, hipotensivii au plachete numeroase, hipertensivii din contră. Nu se cunoaşte relaţiunea. In purpură variaţiile sunt inconstante. Pot scădea până la 20 de mii. Paralel cu diminuarea retractibilităţii coagulului scade şi numărul plachetelor.

Coagularea e aproape normală sau abia prelungită, invers de ceace se întâmplă la emogenia propriu zisă, unde întâlnim o prelungire a timpului de sângerare, o anemie uşoară şi o reacţie mieloidă.

Din teoriile emise asupra patogeniei boalei lui Werlhof, rămân acceptate două: aceia a diminuărei plachetelor sanghine sau trombopeniei şi aceia a endotelitei parcelare.

* * *

Terapeutica purpurelor.

Despre o profilaxie nu poate fi vorba. Se recomandă însă apărarea contra frigului, oboselei, şocurilor nervoase.

Noi recomandări însă şi schimbarea climei şi a alimentaţiei: Alimentaţia să fie bogată în elemente cari conţin calciu, cum e de ex. brânza Schweitzer (2 gr. 0,17% calciu), smochinele uscate (0 gr. 226%), ouăle (0 gr. 190%), laptele (0 gr. 175%), etc. Pe bolnavii de purpură trebue să-i ţinem la pat, culcaţi, în linişte. In caz de reumatisme, se va da salicilat de sodiu, diplosal, aspro, aspirină, atofan, novatofan, quadronal, etc.

In caz de sifilis tratament cu Hg + Bi. Credem că cu neosalvarsan să se procedeze cu prudenţă.

Când e cazul, tratăm boala infecţioasă respectivă. Ergotina, sesquiclorur de fer (sol. 1% în apă), elixir acid *Halleri*, decoct. chinae 8—10/200, doze mari de suc de lămâie *(Gaucher)*, extr. secal. corn., adrenalină, extr. de rathanie la purpura iodică *(Gaucher)*, ser de cal Hoechst, Coagulène Ciba, hemostyl, clorura de Ca. (3—4 gr. pro die) Vaquez, Enriquez şi P. Wallf, Clauden (experimentat şi de noi), haemoplastine, autohemoterapie, autoseroterapie, homohemoterapie, anthéma, hematoetiroidină, extr. tiroidă, extr. hepatic, opoterapie splenică, măduvă osoasă, extr. plachete, etc.

Milcher şi *Mosse* au constatat că razele X modifică plachetele. *Krause* şi *Ziegler* a observat o diminuare minimă a numărului lor.

Linzner şi *Haller* nu au observat nici o schimbare.

Duke declară că o doză puternică le reduce, pe când o doză slabă le multiplică. *Lacassagne* şi *Lavedan* au observat totdeauna o trombopenie importantă după a 3-a zi dela aplicarea razelor X. Intr'un caz a fost experimentat şi de noi cu rezultate admirabile.

Rezultate foarte bune a dat *splenectomia. Chauffard* şi *Duval* o recomandă în purpura cronică. Splenectomia măreşte numărul trombocitelor. Splenectomia a fost făcută prima dată de *Michieli* în 1911, unei femei de 36 ani, care de 10 ani era bolnavă de purpură. Femeia s'a vindecat. In 1916, *Kaznelson*, admiţând după *Wright* (Boston), că splina distruge plachetele sanghine, practică splenectomia. Mortalitatea după splenectomie 4 din 44 cazuri. Chiar în cazuri de vindecare eritrocitele nu au ajuns la normal. Din punct de vedere citologic splina a fost găsită sclerozată cu hiperplazia macrofagică a pulpei.

Beers (Ann. Of. Surgery, pag. 549/926), citează 4 cazuri tipice, cronice, vindecate prin splenectomie. A avut şi un caz letal. Avantajele splenectomiei sunt imediaete. Mortalitatea e minimă, uneori poate să se ridice la 19% prin complicaţii: abces subfrenic, peritonite, etc. Afară de splenectomie se poate face şi legătura arterei splenice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

Roskam: Physiologie normale et path. du globulin. (Vol. VI din «Les problèmes biologiques.» Les presses univ. de France, 1927.
Maccari: Tuberculosi e porpora (Arch. ital. de derm. sif. e ven. 4 930.
Daissen et Juan e Rey: Purpură echimotică după o singură inj. de bi. (Semana medica 9 Oct. 1930, recenz. Bruxelles méd. p. 247 931.
Lennière et Deschamps: Les Endocardites infectienses (Doin 1930).
v. Noorden: Lehrbuch der Inner. Mediz. (Iena 1907, pag. 1057).
Prof. Haţieganu: Note după Curs.
Prof. Teohari: Tratat elem. de terapeutică (Fasc. V. pag. 24).
Mracek. F.: Atlas und Grundriss der Haut—Krankh. München 1911 (Lehmann).
Ziegler E.: Allgemeine Pathologie. (Iena 1901).
Schmaus H.: Grundiss der Path. anat. Wiesbaden 1915.
Babeş V.: Anatomie patologică.
Weil. E. Les états hémoragipares chroniques. Hèmophilié et hémogénie. (Iourn. med. franç. XI. 14—21).
Weil E.: La dyscrasie endothélio-plasmatique chronique hémoragipare. (Rev. de Med. XXX. VII. 81 - 102).
Schulta: Pathogenie und thérapie und Blutungen. (Kl. W. I—II 2002—2005).
Roskam: (1926). Pathogénie des purpuras. Mécanisme de production de l'élément purpurique et des hém. Pathogénie de l incoercibilite des saign. (III Cong. des Derm. et Syph. de langue franç. Rapp. III. Bruxelles).
Ferond: (1926). Purpuras post. arsénobaz. Nouveaux. cas; mécanisme, étiol. et path. (Brux. Méd. VI. an. 1014—19).
Apostol-Săceanu: Un caz de purpură post salvars. (Clujul Med. 1924).
Glauzmann: (1916). Beiträge zur Kenntis der Purpura, in Kindesalter. (Iahrb. f. Kinderheilk LXXXIII.—271—315 şi 379—419).
Hayem: (1900) Leçons chiniques sur les maladies du sang. (Masson. Paris).
Enriquez-Lafitte etc.: Nouveau traité de Pathologie interne Paris 1926.
Brodin: Le purpura hémoragique et son traitement par la splénectome. (Journal de Méd. et chi pr. 13 10. VII. 928)
Leblau: prof. Purpura hemorragica. (Revista de Medicină, Argentina, 22/928, pag. 159—164)
Ricci F.: ul morbo di Werhhoff. (La Reforma medica, Neapole, 29 928 pag. 912—916).
Marquézy: Traitement du purpura hémoragique chron. (Paris méd. 48 I. Dec 928.
Lémoine: Splénectomié dans un cas de purp. hémor. (Le Scalpel, Bruxelles 32 929, pag. 908—910)
Pierret. R. prof.: A propos d'un cas de purpura injectieux. (Echo méd. du Nord. Lille 8 XII. 928.
Quénu şi Stoianovici: Purpure hém. chron. et récidiv. (Bull. et M. Soc. Nat. de chir. 1929. No. 3 pag. 111).
Ciucă, Alexa, Agapi: Syndrom hemoragipar în cursul unei endocardite infecţioase cu pneumococ. Rev. Ştiinţ. Med. Ian. 1929 pag. 24—32.
Ceballos y M. Spangenberg: La esplenectomia en la purpura hemorragica. (Semana Medica. 22 Mai 1928).
Fotheringham et Palomedi: Apropos d'un cas d'hémopbylie avec purpura. (La Semana medica No. 29 VII. 929).
Gaucher E.: Maladies de la peau. Paris 1909.
Strimpell: Pathologie interne.
Medic Col. Ionescu Carp: Purpură emoragică palustră cu manifestări bucale (Spitalul 1895)
Neue Deutsche Klimk: Fasc. VII. 1928.
Revista san. militară: No. 5,929.
Cănciulescu, Hirsch, Paulon: Cercetări asupra syndromului hemogenic (trombocitopenic) din purpura — Mişcarea Medicală No. 3 | 1929 pag. 217—232.

RÉSUMÉ: Le Dr. Od. Apostol avec l'observation clinique de *2 cas de purpura* présente la clasification générale des purpuras d'après les divers auteurs.

RIASSUNTO: Il Dr. Od. Apostol con l'osservazione clinica di *2 casi di porpora,* presenta la classifica delle porpore secondo diversi autori.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. Od. Apostol mit *2 klinischen Beobachtungen von Purpura* stellt die *Einteilung der Purpura* nach verschiedenen Autoren dar.

POLINEVRITA SCARLATINOASA

de

Dr. SYLVIU D. CONN

Călăraşi.

Raritatea acestei afecţiuni-complicaţii, cere imperios cunoaşterea fiecărui caz apărut, mai ales că în literatura noastră medicală, nu cunosc citate mai multe cazuri, decât singurul al unei *nevrite optice scarlatinoase.*

Observ. I:

In luna Octombrie 1930, se prezintă în cabinetul meu bolnavul Neagu (?) din satul Mănăstirea sau Manasia, de ani 24, cu turburări oculare, lene în acomodaţie, uşor grad de cecitate la ambii ochi, mai ales ziua la lumină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Antecedente heredo-colaterale: Nimic important.

Antecedente personale: La vârsta de 5 ani, rugeola. La 17 ani, blenoragie. Uzează de alcool cu moderaţie. Nu o tabacic.

Istoricul maladiei: In luna August 1930, cam pe la sfârşitul ei, bolnavul a început să se simtă rău. Dureri de cap, inapetenţă, curbatură generală, dureri în deglutiţie. La câteva zile îi apare un exantem al corpului. Se pune diagnosticul de scarlatină, prescriindu-se măsurile pe cari va trebui să le păzească.

După o săptămână dela dispariţia exantemului, a început a se jupui, cu largi fâşii epidermice ale mâinelor şi picioarelor.

Maladia părea a urma o evoluţie normală, când pela sfârşitul lunii Septembrie, observă că numai vede bine cu ochiul stâng... Totul îi părea învăluit într'o ceaţă deasă. N'a socotit că e ceva anormal, dat fiind slăbiciunea lui.

Dar în timp ce cu ochiul stâng nu mai vedea deloc, îi se pune un văl şi pe cel drept, mergând cu turburarea până la cecitate. Nimeni din jurul lui nu s'a alarmat. Totul se punea pe seama slăbiciunii pacientului.

Cu această stare se prezintă în cabinetul meu în luna Octombrie 1930.

Fiind vorba de turburări oculare, de natură toxi-infecţioasă (?) şi având nevoe de ajutorul imediat, al unui specialist, îl trimit la Clinica Oftalmologică din spitalul Colţea.

Relaţiile aduse fiind de o mare importanţă le consemnăm:

midriază la ambii ochi. Reacţia la lumină şi acomodaţie, absente.

F. O.= Pupilele cu diametrul normal, coloraţia albă, atrofică. Pupi-

BOVRIL

est un Aliment constituant.

Bovril contient non seulement les extractifs de la viande de boeuf, mais aussi les eléments de cette viande qui servent vraiment a bâtir le corps—la fibrine et l'albumine. C'est donc non seulement un stimulant, mais aussi un aliment restauratif de valeur permanente et de grande digestibilité.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Représentant: AGECO, S. A.

BUCAREST

OPTALIDON „SANDOZ“

APAISE LA DOULEUR

SANS STUPÉFIER

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SANDOZ

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES, CI-DEVANT SANDOZ. BÂLE-SUISSE

Dépositaire à Bucarest: Drogueria D. NESTOR, Str. Şepcari 6

lele dilatate şi imobile. Vasele vizibile. Reacţia Bordet-Wasserman, negativă.

Ii se prescriu: Injecţii neurotonice-electrargol intramuscular.

La vreo două săptămâni dupe întoarcerea din Bucureşti, — cam pe la vreo 10 Ianuarie — stând la masă cu ai lui, a simţit o jenă grozavă în fundul ochiului drept. A căzut jos, nemaiputându-se ridica singur: **Hemiplegie dreaptă.**

A mai stat acasă un timp, apoi a luat din nou drumul Bucureştilor.

Fiind în căutarea unui medic specialist pentru această hemiplegie, şi simţind ameliorări zilnice, se arată unui doctor de boli de ochi.

Rezultatul: Midriază. Reflexul la lumină şi acomodaţie, neapărut. Pupilele încep a se colora. Bolnavul poate citi.

Ii se prescriu: Injecţii cu stricnină, făcute în regiunea fronto-parietală, electrargol intramuscular, colir cu sulfat de eserină 1 %.

Stare prezentă: Revăzut la 24 Maiu 1931. Constat:

— Vederea mult ameliorată — încă se mai păstrează un uşor grad de midriază. Citeşte la lumină, dar nu la o lumină intensă. Lene în acomodaţie.

Mâna şi piciorul au revenit aproape la normal.

Albumină n'are. Tmx. 13, Tmn. 7 cu Vaquez-Lanbry.

Glucoză n'are.

Desigur din descrierea acestui caz, se poate vedea că a fost vorba de un proces toxi-infecţios cu localizări pe traectele nervoase.

E vorba de o polinevrită, care s'a resolvit cu greutate, dar a cărei evoluţie a fost favorabilă pacientului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RÉSUMÉ: Le Dr. S. Conn expose l'observation d'une *Polynévrite scarlatineuse.*

RIASSUNTO: Il Dr. Silvio Conn espone un' osservazione di Polinevrite scarlatinosa.

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. Silviu Conn beschreibt eine Beobachtung von *Polinevritis bei Scharlach.*

SPICUIRI, ANALIZE, CRITICI, PROPUNERI LA LEGEA ŞI REGULAMENTUL COLEGIULUI MEDICILOR

de

Dr. GH. SCRIPCA-Giurgiu.

Legea şi regulamentul sunt făcute pentru toată ţara şi pentru mult timp, ca să nu zic pentru totdeauna, de aceaia criticile şi propunerile nu vizează nici localitatea, nici persoanele.

La art. 166 din legea sanitară, să se elimine aliniatul c) adică:

„Orice ocupaţiune care ar fi de natură să aducă o ştirbire „prestigiului şi demnităţii profesiunei".

A i se lua dreptul medicului de a practica medicina fiind sinonim cu moartea, cu *condamnarea la ocnă*, adică a i se lua existenţa lui şi a familiei sale, de aceia se cere *imperios a se preciza în mod concret*, cari sunt acele ocupaţiuni, cari pot aduce ştirbire prestigiului şi demnităţei profesiunei, ca să se ştie de ce anume să se păzească, căci înţelesul frazei este prea larg şi pornirile şi răutatea omenească prea mari.

Ca urmare să se şteargă la *art. 10 din regulament al. g)*.

Tot din acest articol să se elimine aliniatele e), f), h), să rămână numai al. a), b), d) şi e).

Ne întrebăm: pentru ce alte motive comisia de disciplină va condamna pe medic cu excluderea definitivă afară de motivele enumărate la aliniatele b), d) şi e), la cari mai adăugăm şi al. a). Atunci care este sensul al. c)? Nici un rost n'are acest aliniat, deci să se şteargă.

Aliniatul f) este cu totul neclar. Cari sunt acele interdicţii absolute pentru medici şi cari nu sunt cuprinse în alte articole? De ce să fie trecut ceva neclar sau să se repete în mod inutil numai pentru a zăpăci minţile?, deci să se şteargă.

La al. h) — perseverare diabolicum — sinonime cu: după ce i s'a dat cu măciuca în cap şi l'a omorât, ţine cu orice preţ să-l îngroape ca să fie sigur că nu învie, deci să se şteargă.

La art. 32 din regulament, ne întrebăm, ce instituţiuni de asistenţă poate înfiinţa consiliul colegiului judeţean pentru a îngreuia situaţia materială a medicilor prin noui cotizaţiuni cari să fie încasate prin agenţii fiscului? Nu sunt îndeajuns asemenea instituţiuni cu scop filantropic create de stat şi particulară de-i sufocă pe bieţii medici în existenţa lor?

Incă să mai înfiinţeze ei cu banii lor, când majoritatea me-

dicilor îşi târâe zilele de azi pe mâine? Nu este suficient că servesc la ele cu lefuri de servitori?

Deci, să se elimine din art 32 din regulament această parte şi să se modifice prin eliminare la art. 173 din legea sanitară rândurile:

„precum şi pentru creiarea de instituţiuni cu scop filantropic şi ştiinţific".

Art. 33 din regulament să se şteargă, căci atribuţiunele consiliului colegiului medicilor este prevăzut la art. 1 al regulamentului.

Art. 34 din regulament este excelent, făcut adevărat cu spiritul oamenilor civilizaţi.

Art. 38 din regulament trebue modificat conform cu legea sanitară, adică: art. 171 din legea sanitară nu amestecă parchetul, ci numai art. 172. Ori, art. 171 din lege este lămurit prin art. 39 din regulament, fiind de competinţa consiliului colegiului, iar nu a parchetului. Astfel că art. 38 din regulament s'ar putea modifica aşa: „Consiliul colegiului medicilor este autorizat şi obligat de a urmări prin parchet pentru aplicaţiunea art. 172 din legea sanitară".

La „Fapte nedemne" al. a): „Practicarea comerţului de orice natură ar fi el", trebue precizat care anume comerţ este oprit, căci sunt unii medici proprietari de imobile, de case, de pământ, cari îşi vând produsul pământului, închiriază casa, etc. Alţii poate au bani plasaţi în ipotecă. Nu trebue lăsată interpretarea articolului la discreţia răutăţei omeneşti, *ci precizat în mod concret.*

Aliniatul d) fiind neclar să se elimine.

La *„Fapte ce contravin regulelor deontologice".*

Aliniatul a) fiind de o interpretare prea largă, nelămurit chiar, să se şteargă sau să se formuleze altfel.

Alin. c) să se precizeze care este conduita în caz de consult medical.

La alin. e) Ce se înţelege prin confraţi de specialitate în avort terapeutic? căci ştiut este că indicaţiunile pentru un avort terapeutic sunt boale de cord, unele de pulmoni, de rinichi, etc. etc. Prin urmare de cari specialişti este vorba? Adică, nu se poate admite că în decursul timpului şi în diferite locuri specialiştii în obstetrică şi ginecologie vor vedea mai mult prin prizma vederilor lor şi că atunci avorturile terapeutice se vor înmulţi? De aceia să se şteargă cuvintele „de specialitate", căci nu se apucă nimeni de avorturi dacă nu ştie să le facă şi mai ales că nici nu există catedră de asemenea specialitate.

Aliniatul h), nefiind clar redactat, să se elimine sau să se modifice.

La art. 51 din regulament, trebue să se şteargă rândurile: „Motivele de suspiciune legitimă sunt lăsate aprecierei suverane consiliului colegiului medicilor", căci este cert că întotdeauna vor respinge recuzarea. Trebue să se găsească altă modalitate.

La art. 57 din regulament. In caz de achitare, cheltuelile nu trebuesc suportate de colegiul medicilor, căci ce este vinovat co-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

legiul de greşelile sau pornirile altora? Atunci forţamente va căuta consiliul să nu achite, ci să condamne numai de frica cheltuelilor.

Dacă medicul învinuit, hărţuit, făcut de râs prin cercetarea martorilor, purtat pe drumuri, fiind achitat, va cere daune materiale şi morale de sute de mii de lei, cine să le plătească? Colegiul? Praf se va alege de medicii colegiului când vor fi obligaţi să plătească mereu la cheltueli.

Vedeţi în ce dilemă este pus consiliul de disciplină în unele cazuri? Aceasta este o anomalie care nu există şi nici nu trebue să existe în justiţie, *căci atunci nu se face dreptate.*

De aceia articolul trebue modificat ca cheltuelile să le suporte învinuitul dacă rămâne condamnat, dacă nu, atunci să le plătească *cel ce acuză,* fie persoană străină de corpul medical, fie medic, indiferent dacă face parte sau nu din consiliu.

Trebue introdus un articol ca acel ce şicanează să fie pedepsit de justiţie pentru calomnie dacă nu este medic; şi dacă este medic de consiliu de disciplină, cu aceleaşi pedepse prevăzute în regulament. Dacă este abuz de putere, rea credinţă şi patimă din partea unui membru din consiliu, să fie pedepsit de justiţie pentru această infracţiune.

Art. 312 din legea sanitară, fiind prea draconic şi cu larga interpretaţiune şi discuţiune ştiinţifică, să se elimine.

Fiind în preajma modificărei legei sanitare şi implicit şi a regulamentului, făuritorii lor trebue să chibzuiască îndelung şi matur, că nu toţi oamenii sunt la fel ca ei conştiincioşi şi cu toate calităţile de oameni superiori, în toate părţile ţărei, că viaţa e trecătoare şi-i vor succeda alţii, cari *poate nu vor fi la înălţimea lor sufletească,* de aceia să facă ceva trainic, durabil.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu această ocaziune aduc iarăşi în discuţiune ceia ce am adus pe larg şi publicat în revista *„Mişcarea Medicală"* din Febr. 1930, Craiova, adică: *„pedeapsa".* Interdicţia temporală şi definitivă a practicei medicinei să se suprime cu totul, de oarece acestea aduc distrugerea complectă a medicului sau moartea lui şi a familiei sale, prima prin aureola ce i se creiază, a doua prin puterea ei de fapt. Nici o infracţiune enumerată în lege şi regulament nu este compatibilă cu astfel de *pedeapsă capitală,* draconică. *E prea mare disproporţia între infracţiune şi pedeapsă.* Să fie ca pedeapsă: avertismentul şi amenda — este suficient. Scopul pedepsei este îndreptarea individului, iar nu distrugerea lui.

A doua chestiune este judecarea, adică: după prima instanţă de judecată care este consiliul de disciplină a colegiului, *a doua instanţă să fie numai Curtea de Apel,* căci numai magistraţii sunt oameni competenţi în materie, oameni fără prejudecăţi, cari văd lucrurile cu mintea limpede, neavând aceleaşi interese precuniare ce o au categoria medicilor.

Nu este admisibil ca medicii să te acuze, ca ei să te judece, ca ei să te execute, căci atunci nu este dreptate, ori ce s'ar spune. Mi se va obiecta că şi alte categorii de profesiuni să judecă între ei. Nu ne putem compara cu ei, aceştia au numai lefuri, ceia ce nu încordează raporturile dintre ei, pe când la medici,

este sau nu este leafă, clientela este aceia care face o profundă deosebire de aceste categorii, clientela este aceia care naşte ura, invidia între medicii din aceiaşi localitate, scormoneşte răutatea omenească şi astfel nu poate consiliul de disciplină din toate părţile să judece după convingerea sa liberă după cum spune art. 48 din regulament. Fiecare preşedinte de consiliu de disciplină *să se pună în situaţiunea medicului învinuit, să disece în mintea sa în mod amănunţit* toată chestiunea, să se găsească în faţa martorilor mincinoşi, de rea credinţă, intriganţi, uituci şi d-sa ca judecător poate nu are acele calităţi inerente procurorului şi judecătorului de instrucţie, magistraţi de carieră, oameni ponderaţi, cu judecata rece, cari prin întrebări meşteşugite scoate la iveală *adevărul*, zic, făcând aceasta, îmi va da dreptate.

Repet: fiindcă legea şi regulamentul se fac pentru toată ţara şi pentru totdeauna trebue o îndelungă şi matură chibzuinţă.

RÉSUMÉ: Le Dr. Gh. Scripca propose des diverses *Modifications à la loi et au réglément des collèges medicaux.*

RIASSUNTO: Il Dr. Gh. Scripca propone *Diverse modifiche alla Legge e Regolamento dei colleghi medici.*

ZUSAMMENFASSUNG: Dr. Gh. Scripca shlägt verschiedene. *Abänderungen des Gesetzes und Reglements des Medical-Kollegiums* dar.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TRATAMENTUL FITOTERAPIC

AL STĂRILOR NEVROPATICE

Insomnii nervoase, anxietate, angoasă, vertigii, turburări nervoase ale vieţii genitale, turburări funcţionale ale cordului, vor fi în totdeauna ameliorate prin

PASSIFLORINE

medicament regulator al simpaticului şi sedativ central, compus numai din extracte vegetale *atoxice: Passiflora incarnata, Salix alba, Crataegus oxyacantha.*

Reprezentantul Laboratoarelor: **G. REAUBOURG, Paris.**

Literatură şi eşantioane:

GEORGES VERGLAS

1. Str. Precupeţii Vechi—Bucureşti, Sectorul 3

CEL MAI PUTERNIC TRATAMENT AL

SIFILISULUI

PRIN INJECŢIUNI INTRAMUSCULARE CU

BISMUTHION

COUTURIEUX

IN SOLUŢIUNE APOASĂ COLOIDALĂ

MULT MAI PREFERABILĂ SOLUŢIUNILOR ULEIOASE

LABORATOARELE CH. COUTURIEUX
18 AVENUE HOCHE, PARIS

TRATAMENTUL SPECIFIC AL

PALUDISMULUI CU

ARSIQUININE

LEMAITRE

COMBINAŢIE QUINO-ARSENICALĂ

Constituind după cele mai recente teorii patologice, terapeutica cea mai raţională şi cea mai eficace pentru profilaxia şi tratamentul paludismului, complicaţiilor şi consecinţelor sale

In pilule şi în fiole pentru injecţiuni intramusculare

Bonetti Frères, Belinzona (Suisse)

Literatura şi eşantioane medicale la reprezentantul general pentru România J. E. BUCUR, 8, Strada Mecet, Bucureşti IV.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — CĂRŢI — MONOGRAFII

Prof. Dr. S. GRAÇOSKI: Higiena primei copilării. — Iaşi, Instit. de arte grafice „Presa Bună", 1930.

Intr'un volum de 269 pag. cu 39 fig. în text, şeful clinicei medicale infantile dela Fac. de Medicină din Iaşi, D-l Prof. S. Graçoski, publică cursul profesat studenţilor săi şi care se referă la *„Higiena primei copilării"*.

Noţiunile clare, expuse cu preciziune şi puse la punctul cunoştinţelor actuale, cari privesc *Terapeutica preventivă a boalelor primei copilării"*, pot fi socotite ca o introducere bine-venită la *„Terapeutica generală infantilă"* publicată acum 2 ani de D-l Prof. M. Manicatide şi Dr. M. Cajal din Bucureşti.

Prin aceste 2 volume, dintre cari unul se opreşte la terapeutica copilului până la 2 ani, iar celălalt o continuă până la finele marei copilării, adică până la 15—16, medicina românească cu privire la boalele de copil îşi închee bilanţul, cel didactic, în mod fericit.

Pentru noua carte cetită pe îndelete pentru a sublinia alături de noţiunile fundamentale — asupra cărora eu cel puţin totdeauna revin cu folos — *partea contributivă personală* caşi *toate cunoştinţele de cuprins medical pur românesc*, nu pot avea decât cuvinte de laudă şi recomandare.

In câteva ore un iniţiat poate revedea o materie vastă; şi fac un mare serviciu cetitorilor asemenea cărţi condensate cari reuşesc a cuprinde într'un tot sintetic cunoştinţe, cari tratate analitic ar umple câte-va fascicole; iar cui-va, care vrea să se iniţieze atunci, noţiunile clare expuse astfel în puţine cuvinte îi cruţă un timp preţios; şi la ele se mai poate încă avea recurs la nevoe cu şi mai mare uşurinţă.

„Pentru-că în nici o altă perioadă a vieţii legătura între higienă şi patologie nu este aşa de strânsă ca în prima copilărie", s'a simţit obligat autorul a da o atât de mare importanţă higienei primei copilării şi a restrânge astfel, pentru a-l impune mai bine,

învăţământul D-sale numai la această perioadă a vieţei unui copil.

Pentru-că un copil prezintă o predispoziţie morbidă particulară şi pentru-că organismul său reacţionează într'un mod special sub influenţa diferitelor cauze nocive, în 2 capitole aparte autorul expune succint:

Aptitudinile morbide ale copilului, în general

şi

Reacţiile sale în stare de boală, în particular

Capitolele acestea aruncă o lumină vie asupra patologiei speciale a copilului şi noţiunile expuse aci vor fi apreciate în deosebi de cei cari, ca noi, alături de practica medicinei infantile au rămas tot aşa de atent aplecaţi asupra celeia a adultului; aceşti practicieni de copii şi adulţi vor prinde mai bine diferenţele de reacţiuni în cele 2 vârste, transiţiile de la o predispoziţie la alta, caşi aspectul clinic de evoluţie al unei afecţiuni, care începe într'un fel în copilărie şi termină altfel în vârstea adultă.

Perspectiva de a vedea departe şi dela început în viitorul unui copil sau al uneia din boalele sale este uşurată de cunoştinţele de fisiopatologie, de cari cartea abundă.

Capitolele despre:

Fisiologia digestiei la sugaci
„ *ap. respirator*
„ „ *circulator*
„ „ *urinar*
„ *sist. nervos.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

sunt cât se poate de instructive; ca şi cel cari tratează cât se poate pe larg despre:

Alimentaţia în prima copilărie, cu modalităţile ei şi mai ales cu aspectele ei în populaţia ţării noastre, în care „deşi stăpâneşte alăptarea la sân, dar mortalitatea prin afecţiuni digestive a sugacilor este tot aşa de mare ca în ţările occidentului industrial, în care se practică alimentaţia artificială".

Autorul denunţă drept cauză a acestei mortalităţi *ignoranţa mamelor:*

„Ce erori grosolane de regim, ce infracţiuni la regulele higienei alimentare trebue să comită mamele la noi, pentru-ca copii să le fie astfel seceraţi de afecţiunile digestive!".

Să ne fie permis a adăoga la ignoranţa mamelor noastre, pe cari nimeni nu-şi dă osteneala a le lumina, în oare-care măsură şi acea a medicilor, cari în faţa unei turburări digestive la un sugar, în loc de a corecta şi supraveghea alimentaţia fac o prescripţie medicamentoasă.

Adevăraţii medici de copii vor înţelege şi sublinia adevărul spuselor noastre; cu atât mai mult recomandăm deci celorlalţi cartea D-lui Profesor Graçoski.

Regretăm a nu putea adresa cuvintele noastre de laudă, neprecupeţite pentru fond, şi formei, în care a fost scrisă lucrarea

Pe lângă o literă mare, inestetă, care nu mai permite punerea

în evidenţă a capitolelor. a diviziunilor şi subdiviziunilor; pe lângă o lipsă de variaţie a literei (observaţiile clinice, spre exemplu, scrise într-o literă mai mică prezintă şi avantajul de a fi mai bine puse în evidenţă), care exclude putinţa de a da relief unor anumite passagii sau idei; dar mai constatăm, şi încă des, cuvinte şi fraze repetate (precum la pag. 77 jos), cuvinte scâlciate (boli obstelvicale, pag. 61), trunchiate, neisprăvite sau cu înţeles deformat (bacilul tipic dela pag. 89 trebue să însemne b. tific); franţuzisme nejustificate (declanşează în loc de deslănţue) şi în schimb nume proprii franţuzeşti redate greşit; nu mai vorbesc de litere sărite, răsturnate, majorate (în curs de frază), înlocuite, cari fac cetirea penibilă, şi de virgule cari abundă, dar sunt puse unde nu trebue şi lipsesc, unde trebue.

Sunt scăpări neînsemnate, dar inacceptabile, mai ales pentru o carte didactică.

Un corector atât de neglijent compromite şi buna reputaţie a institutului său grafic, chiar când acela se intitulează „Presa Bună; dar scade şi valoarea lucrării editate, ori cât acea ar fi de valoroasă, cum este în cazul de faţă.

De altfel aceasta a fost soarta multora din cele mai bune cărţi medicale editate la noi.

Tiparul medical românesc nu este la înălţimea celui străin.

Ediţia viitoare, pe care o prevedem în curând, va ţine socoteală desigur de aceste observaţiuni, de ordin cu totul secundar.

Dr. M. Cânciulescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. G. BANU: La santé publique aux États-Unis (Organisation). — Edit. Lebèque et C-nie, Bruxelles, 1831.

In 207 pag. cu numeroase figure în text, scheme şi diagrame D-l *Dr. G. Banu* a publicat în *Bulletin de l'Association internationale pour la Protection de l'Enfance, année 1931* — din care această carte este un extras — mijloacele de organizare pentru supravegherea Sănătăţi ipublice în Statele-Unite, organizare pe care a studiat-o cu ocazia unei călătorii efectuată sub auspiciile Fondaţiei Rockefeller.

Lipsa de spaţiu ne opreşte a intra în expunerea amănunţită a acestui studiu şi nici chiar în aceia a unor instituţiuni locale speciale.

Prezentarea generală o face însuşi autorul în prefaţă:

„Aux Etats-Unis, on peut étudier deux catégories d'organisations, l'une et l'autre fort instructives: **les organisations** officielles des Etats, des départements, des villes et des villages et **les organisations privées** ou semiofficielles, qui ont surtout un caractère démonstratif.

Les Etats américains possèdent, comme **organisme central et périphérique, des institutions presque similaires.** En partant de cette base fondamentale, ils s'efforcent d'agir par émulation aux fins de réaliser un programme établi. Suivant les localités et les possibilités, on rencontre des innovations dignes d'être connues et étudiées. Nous nous sommes efforcé de suivre et d'approfondir le mieux possible — grâce aux dirigeants de la Fondation de New-York —

plusieurs de ces oeuvres et nous tâcherons de traduire ce que nous avons vu.

Bien que chaque Etat soit indépendant et ait une organisation autonome et complète, il n'en existe pas moins une **collaboration étroite** avec l'Etat fédéral de Washington.

Il y a ainsi plusieurs **problèmes dont la solution incombe à l'Etat fédéral.** Nous citerons: la lutte contre les dangers extérieurs qui peuvent nuire à la collectivité, l'intervention matérielle dans certaines régions moins favorisées, la coordination des données statistiques, etc., etc.

Mais les documents les plus précis, quant à l'évolution conceptionnelle et pratique dans le domaine de l'hygiène, se recontrent dans une série de créations intéressantes:

La **formation du médecin hygiéniste (Health Officer)** dans les instituts d'hygiène organisés spécialement dans ce but, représente une conception propre aux Etat-Unis;

L'organisation modèle des circonscriptions urbaines et rurales (Health Units), dans laquelle les hygiénistes devront faire leur éducation, présente elle-même une nouvelle orientation.

La formation remarquablement pratique des infirmières, la lutte contre les fléaux sociaux et, enfin, d'autres nombreuses innovations dont nous parlerons au cours de notre travail, méritent d'être relatées".

Aceste călătorii, chiar când nu au avantagiul de a fi oficiale, sunt indispensabile pentru cei cari, chemaţi mai curând sau mai târziu a lua ei parte la organizarea sanitară a ţării lor, trebuesc în prealabil să-şi complecteze cunoştinţele în contact cu organizaţiile sanitare ale altor ţări, pentru a fi în urmă pregătiţi „a ameliora metodele de lucru în propria lor ţară", după ce în primul rând se vor fi pus perfect la curent cu defectele organizării ei sanitare.

Intâi a ameliora şi, în urmă a improviza, pentru că — dacă terenul nu este apt sau dacă transiţia este bruscă, transplantarea riscă a nu da rezultate bune.

Actuala lege sanitară în multe puncte a dovedit-o.

Pentru luare de cunoştinţă aprofundată, invităm organizatorii eventuali de azi şi de mâine a ceti cu atenţie această carte, căreia i s-a făcut onoarea publicării în buletinul oficial al unei asociaţii internaţionale atât de importante tocmai pentru preciziunea documentării şi expunerii lapidare.

Dr. M. Cânciulescu.

Dr. I. IOVIN: Titluri şi lucrări ştiinţifice. — Tip. „Munca Grafică" Bucureşti, 1930.

Intr-o lucrare de 31 pag. D-l Dr. I. Iovin din Bucureşti îşi expune titlurile, în rezumat lucrările ştiinţifice efectuate până în prezent, activitatea didactică precum şi cea culturală paramedicală exercitată prin conferinţe, în diferite centre.

Se constată astfel că D-l Dr. Iovin, fost preparator mai mulţi ani al catedrelor de anatomie patologică şi clinică medicală dela Cluj, fost asistent al celebrului Prof. Cl. Regaud dela Institutul de Radium din Paris, diplomat în radiologie şi electrologie al fac. de medicină din Paris şi în prezent asistent de Radiologie şi Radiumtherapie al clinicei III medicală dela fac. de medicină

din Bucureşti, a desfăşurat o frumoasă activitate ştiinţifică îndreptată în baza pregătirei sale ştiinţifice pe terenul de aplicaţie clinică al radium şi radioterapiei.

Parte din aceste lucrări personale şi în colaborare au fost publicate în revistele şi buletinele soc. străine de specialitate. Cităm printre ele:

Les Lésions microscopiques déterminées par les rayons dans l'embryon du poulet în col. cu Prof. Cl. Regaud şi A. Lacassagne.

Les lympho-épitheliomes du pharynx, étude histologique, clinique et radio-thérapique, cu 7 observaţiuni asupra unei varietăţi speciale de neoplazie naso-faringiană degajată de Regaud şi denumita lympho-epiteliom, studiu publicat în Annales des mal. de l'oreille, du nez et du larynx, Paris, 1926, No. 8.

Revenit în ţară, dela 1927 publică numeroase alte studii şi reviste generale prezentate cele mai multe ca comunicări sau rapoarte în diferite congrese; precum:

Radioterapia cancerului uterin — raport prezentat la Congresul naţional de chirurgie, din 1927;

Tratamentul radioterapic al cancerului endolaringian;

Radiodiagnosticul în oto-rino laringologie, raport prezentat în colaborare în al IX-lea Congres român de oto-rino laringologie din 1930, recensat pe larg în „Mişcarea Medicală" No. din ;

Cercetări în vitro şi experimental asupra virusului tuberculos supus la razele X şi ultraviolete în colab. cu Dr. Nasta şi Blechmann; etc.

Activitatea experimentală şi de terapeutică clinică desfăşurată în ultimul timp de D-l Dr. Iovin, mai ales pe terenul cancerului în lupta contra căruia activează intens alături de maestrul său, d-l Prof. Amza Jianu, îl aşează pe autorul acestei broşuri printre cei mai buni cunoscători ai noştri ai tratamentului — eficace — prin raze şi radium al acestei atât de răspândite boale şi la noi.

Dr. M. C.

Prof. Col. Dr. C. MIHĂILESCU şi D-rii M. CRISTEA, L. ALEXIU, I. BALABAN. — ARMA CHIMICĂ: Fisio-patologia şi tratamentul intoxicaţiunilor prin gaze de luptă. — Tip. „Viaţa literară" Bucureşti, 1931, 224 pag., 50 fig. în text, 110 lei.

„Faţă de importanţa zilnic crescândă a armei chimice în raport direct cu apărarea naţională, se impune o cunoaştere cât mai exactă şi amănunţită a acţiunii acestor substanţe toxice, denumite în general **„gaze de luptă"**, asupra organismului omenesc, a mijloacelor celor mai practice şi eficace de tratament precum şi a măsurilor de protecţie în contra lor.

Serviciul de gaze al Armatei a simţit nevoia unei **lucrări care să coordoneze şi să sistematizeze cunoştinţele, observaţiunile şi materialul ştiinţific răspândit în diferite tratate şi reviste streine relativ la această chestiune, într'un studiu de ansamblu,** care să poată fi pus la îndemâna medicilor şi ofiţerilor atât pentru propria lor instrucţiune cât şi pentru instruirea mai departe a trupei.

Aceasta, cu atât mai mult, cu cât în **literatura noastră nu există până acum o lucrare mai mare de acest gen,** ci numai studii parţiale şi publicaţii, în diferite reviste.

Urmând îndemnul Serviciului de gaze am alcătuit lucrarea de față, servindu-ne de literatura bogată, mai ales streină, din biblioteca laboratorului de fiziologie precum și de **propriile experiențe pe oameni și animale executate în acest laborator.**

Nu am insistat prea mult asupra chestiunilor de tactică, de fizică, chimie și meteorologie în legătură cu gazele de luptă, care se găsesc deja publicate în diferite alte lucrări; dar am căutat a da o **extindere mai mare noțiunilor de fiziologie și histologie normală a organelor și aparatelor atinse mai freevent de gazele de luptă pentru ca medicii, în lipsă de tratate speciale să le aibă la îndemână, să și le poată reaminti și expune în conferință.** Am făcut o descriere cât mai amănunțită a **turburărilor funcționale și a leziunilor anatomo-patologice produse de gaze** precum și expunerea, în cele mai mici detalii a tuturor **procedeelor și mijloacelor de tratament cunoscute,** care au fost deja aplicate în răsboi, sau în diferite experiențe. La sfârșit, am adăogat și **noțiunile strict necesare relative la protecția individuală și colectivă în contra gazelor de luptă.**

Dând publicității această lucrare, alcătuită încă dela finele anului 1930, revăzută, controlată, pusă la punct de Serviciul gazelor în cursul anului 1931, credem că **împlinim un gol simțit în literatura medicală românească,** de oare-ce **noțiunile expuse în această lucrare sunt utile și trebuesc cunoscute nu numai de medici militari și de ofițeri, dar și de medicii civili,** care într'un eventual răsboi vor avea cu siguranță de îngrijit „gazați" pe câmpul de luptă și în spitale, de diferite asociații și organizații sanitare, ministere, etc. și **chiar de populația civilă,** tot atât de expusă acțiunii gazelor toxice, într'un viitor răsboi, ca și trupele combatante".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Golul de care vorbesc autorii în prefață, profund regretabil, a fost adânc simțit de întreg corpul medical românesc, în primul rând de cel sanitar civil, admițând, deși cu oare-care rezervă, că nu atât și de cel militar.

Cât despre populația civilă, căreia i se poate adresa cu gaze atenția inamicului într'un eventual răsboiu, ea era pusă în situația absolută de a nu se putea instrui în niciun fel, cărțile de această specialitate, cari să-i fie accesibile, lipsind cu totul.

Această lucrare complectă ca fond și desăvârșită ca factură, de pură esență medicală științifică, amplu documentată ca bibliografie și bazată în bună parte pe experiențe personale de laborator, este bine venită pentru toți: biologi, medici și profani.

Pe omul de știință îl satisface prin concisiunea stilului și preciziunea datelor; pe biolog, căruia îi reamintește în treacăt toate noțiunile de fisiologie generală și specială necesară, prin elucidarea pentru fiecare grupă de gaze în parte a modului de acțiune patogenică precum și prin prezentarea încă cu figuri în text a lesiunilor anatomo-patologice provocate; pe medicul practician, căruia îi prezintă viu sub ochi cu tabloul clinic variat dupe gaz tratamentul adequat; pe toți — medici și populație militară și civilă — îi satisface prin noțiunile practice de protecțiune individuală și colectivă.

Cartea nu poate fi prezentată decât în trăsături generale:

La pag. 5—8 se face **Istoricul, evoluţia şi caracteristica armei chimice** faţă de armele de foc;

la pag. 13—20 se prezintă **Gazele de luptă** cu caracterele lor şi **gazarea cu mecanismul şi condiţiunile,** cari o favorizează;

la pag. 20—30 facem cunoştinţă cu **Fisiologia gazelor de luptă** şi **Acţiunea lor asupra organismului.**

Dupe modul lor de acţiune gazele se clasifică în mai multe grupe:

Gaze sufocante-asfixiante (pag. 30—100) cu acţiune asupra aparatului respirator;

gaze vesicante, yperita (pag. 100—133);

gaze iritante lacrimogene, strănutătoare, vomitive (pag. 134—166), cu acţiune asupra pielei şi mucoaselor;

gaze toxice generale (pag. 167—202), cu acţiune asupra sângelui şi sistemului nervos.

La prezentarea fiecărei grupe se enumără gazele cari îi aparţin, cu **caracterele lor fizice şi chimice, cu acţiunea biologică,** ce exercită; se face apoi **anatomia şi fisiologia organului,** căruia i se adresează în primul rând, precum la prima grupă a aparatului respirator; în urmă se prezintă **tabloul clinic** al gazatului în speţă cu toate turburările sale generale şi locale funcţionale şi somatice; **tabloul anatomo-patologic** cu lesiunile organice provocate şi la urmă **tratamentul general şi special,** detaliat, cu indicaţiile lui speciale dupe anume particularităţi ale gazului şi gazării.

La sfârşit, dela pag. 204—211 se dau **Noţiunile de protecţie contra gazelor, de protecţie individuală şi colectivă** (pentru trupe, pentru populaţia civilă) cu prezentarea şi indicarea folosinţei aparatelor **(măşti)** bazate pe filtrare sau pe isolare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cartea D-lui Col. Dr. Mihailescu şi a colaboratorilor săi nu este numai o lucrare ştiinţifică de mare valoare şi de eficace folosinţă practică; ea are pentru noi şi significaţia unei frumoase opere naţionale.

Autorilor li se cuvin nu numai laude, dar şi mulţumiri.

Dr. M. Cânciulescu.

B. — REVISTE MEDICALE

ARCHIVES ROUMAINES DE PATHOLOGIE EXPERIMENTALE ET DE MICROBIOLOGIE

(No. 4 | 1930 şi 1 | 1931)

A. DAMBOVICEANU et CELLA BARBER: **Contribution à l'étude de la composition chimique (cendres) des bactéries.**

G. MARINESCO: **Sur une affection particulière simulant, au point de vue clinique, la sclérose en plaques et ayant pour substratum des plaques spéciales du type sénile.**

Digitized by Romanian Academy Library Cluj

J. CANTACUZÈNE, M. NASTA et T. VEBER: **Vaccinations par le B. C. G. en Roumanie.**

M. NASTA et A. WEINBERG: **Quelques données sur l'action allergisante et immunisante du B. C. G. administré par voie buccale.**

C.-T. NICOLAU et N. GINGOLD: **Modifications hématologiques pendant les accès de malaria.**

CORNÉLIA POPESCO-COMBIESCO: **Recherches sur le rôle des plaquettes sanguines dans l'immunité. La fonction antixénique des plaquettes. (Deuxième mémoire),** No. 4/1930.

PIERRE CONDREA: **Recherches sur les propriétés antigéniques des races „Smooth" et „Rough" du bacille tétanique. (Deuxième mémoire).**

M. NASTA et M. BLECHMANN: **Contributions expérimentales au problème de la granulie.**

I. GHEORGHIU: **Possibilité d'infection par le liquide céphalo-rachidien dans le typhus exanthématique.**

E.-C. CRACIUN et A. SORESCU: **L'action d'un sérum anticellulaire sur la croissance des tissus in vitro.**

M. GALEA: **Recherches sur la vaccination antirabique avec du virus des rues formolé.**

* * *

BUCUREŞTI MEDICAL

(No. 5—6 | 1931)

Prof. Dr. V. BLUM: **Diagnosticul şi tratamentul hematuriilor**, No. 5—6/1931.

Dr. GH. BALUDIMA: **Ac de cap în vesica urinară.**

Dr. SYLVIU D. CONN: **Valoarea abcesului de fixaţie.**

* * *

BULETINUL MEDICO-TERAPEUTIC

(No. 4—5, 7—8, 9 | 1931)

A. SALMON: **La physio-pathologie du sommeil**, No. 4—5/1931.

Dr. DEM. EM. PAULIAN: **Hemoragie insulară stângă cu fenomene pseudo-bulbare în cursul unei uremii.**

Dr. ALFRED DIMOLESCU: **Constituţie — Caracter — Temperament — (Studiu psihopatologic).**

Dr. WEISS H. MENDEL: **Mecanismul excitaţiei băilor naturale, termale de acid carbonic.**

Dr. BUZAGIU: **Constipaţia şi tratamentul ei hidromineral la Olăneşti**, No. 7—8/1931.

Docent Dr. D. HAGIESCU şi Dr. S. CIORAPCIU: **Tuberculoza în 1930.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. D. TĂNĂSESCU: **Consideraţiuni în jurul unui caz de maladie reumatismală.**

Dr. ALFRED DIMOLESCU: **Constituţie — Caracter — Temperament — (Studiu psihopatologic).**

Docent Dr. I. V. BISTRICEANU: **Tratamentul hipertiroidismului.— Laringospasmul sugacilor şi tratamentul lui. Agenţii fizici în higiena infantilă.**

Docent Dr. I. V. BISTRICEANU: **Curenţii de înaltă frecvenţă şi mare tensiune**, No. 9/1931.

Docent Dr. D. HAGIESCU şi Dr. S. CIORAPCIU: **Tuberculoza în 1930.**

Dr. ALFRED DIMOLESCU: **Constituţie — Caracter — Temperament — (Studiu psihopatologic).**

Dr. I. ROSMAN: **Consideraţiuni asupra tratamentului hyperaciditătii prin alcaline.**

Dr. OD. APOSTOL: **Cunoştinţele medicale ale lui Omer.**

Docent Dr. I. V. BISTRICEANU: **Accidente şi complicaţiuni în cursul insulinoterapiei. — Regimul alimentar în sindromele veziculo-biliare. — Combaterea durerilor menstruale. — Gastroragiile. — Contra mâncărimii sau pruritului. — Contra obezităţii la tineri. — Tratamentul epilepsiei. — Tratamentul oxyurazei la copii.**

* * *

CLUJUL MEDICAL

No. 7, 8, 9 | 1931)

Dr. JEAN LOUIS FAURE: **Combaterea cancerului,** No. 7/1931.

Prof. Dr. D. MICHAIL: **Colesteatom al orbitei.**

Docent. Dr. GH. POPOVICIU şi Dr. ILIE TOMA: **Contribuţiuni la tratamentul pleureziilor purulente ale copiilor prin autopioterapie.**

Docent Dr. P. VANCEA: **Cercetări asupra oftalmiei simpatice.**

Doc. Dr. V. CIMOCA şi Dr. POPA RUBIN: **Necroză sfacelosă a penisului pe bază de endarteriită obliterantă.**

DR. GHEORGHE MULLER: **Tratamentul tuberculozei cu medicamentul şi profilacticul Friedmann.**

Doc. Dr. M. KERENBACH şi Dr. V. GIURGIU: **Verificarea cauzei morţii în arsurile pielei.**

Prof Dr. GUIDO HOLZKNECHT: **Radiologia şi medicina,** No. 8/1931.

Doc. Dr. AXENTE IANCU şi Dr. L. P. DARIU: **Contribuţiuni la vaccinaţiunea antituberculoasă cu B. C. G. Observaţiuni clinice, biologice, anatomo-patologice şi radiologice la vaccinaţii din mediul de colectivitate infantilă şi mediul familiar.**

Dr. ALMA MOHORA-POPOVICIU: **Alteraţiunile buco-dentare în legătură cu diferitele stări fizio-pathologice ale femeii.**

Dr. VASILE VARGA: **Incizia precoce a flegmonului periamigdalian.**

Dr. NICOLAE BLATT: **Rolul neuropatiei şi al constituţiei neuropatice în producerea paraliziilor muşchilor oculari după rachianestezii.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. Dr. D. MICHAIL: **Epitelion metastatic al orbitei,** No. 9/1931.

Prof. Dr. M. A. BOTEZ şi Dr. VIRGIL RĂDULEŢ: **Raport de activitatea institutului antirabic din Cluj în anul 1929.**

Doc. Dr. GH. POPOVICIU şi ANTON POPESCU: **Contribuţiuni la comabterea bolilor infecţioase în colectivităţi infantile.**

Doc. Dr. TR. POPOVICIU şi Doc. Dr. I. GAVRILĂ: **Diabet grav şi operaţia Wertheim.**

Dr. ZENO ST. BORZA: **Bisturiul electric în chirurgie.**

Dr. IULIANA CIRLEA şi Dr. GH. STĂNILOIU: **Contribuţiuni la studiul difteriei în legătură cu o mică epidemie din clinică.**

Dr. IOSIF HELLER: **Combaterea hemoragiei în obstetrică.**

* * *

GYNECOLOGIE ŞI OBSTETRICA

(No. 7–8 | 1931)

C. HRISTU şi C. CRIVEANU: **Necesitatea apendicectomiei în orice intervenţiune abdominală,** T. VII, No. 7—8/1931.

LUCIE-LEON BORCEA: **Tratamentul obstetrical al placentei praevia, operaţia Wertheim.**

HECTOR SARAFIDI (Constanţa): **Determinarea şi prognostiul sexelor.**

NOUA REVISTA MEDICALA

(No. 3—4, 5 | 1931)

Professeur G. MARINESCO, Dr. E. FAÇON et CHISER: **Syndrome de Weber chez un malade avec syphilis cérébrale,** No. 4 şi 5/1931.

Dr. COSTINIU SENIOR şi Dr. L. BERNEA: **Complicaţiuni rare în flegmoanele periamigdaliene.**

Professeur BEZANCON: **Forme hemoptoique de la tuberculose.**

Dr. BÉLA RÉVÉSZ: **Consideraţiuni despre „moral insanity".**

Dr. TEODOR ŞTEFANESCU: **Desfiinţarea prostituţiei.**

Dr. KALMANOVITCH: **Otites latentes chez l'enfant,** No. 5/1931.

Dr. SĂRĂŢEANU EM. FL.: **Tratamentul Efelidelor.**

Dr. S. GLUCKMAN: **Modificări importante observate cu ajutorul Electrocardiogramului, într'un caz de angor pectoris de lungă durată.**

Dr. DAUDÉ-BANCEL: **Vieillissement et magnésium.**

* * *

REVISTA DE CHIRURGIE

(No. 1-2, 5—6, 7—9 | 1931)

Dr. CT. LEONTE: **Osteosinteza diafizară la lumina noilor cercetări** No. 1—2/1931.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-ri TR. NASTA şi V. VLADESCU: **Consideraţiuni asupra tratamentului chirurgical al tumorilor omoplatului apropos la un caz de eucondrom al omoplatului tratat prin scapulectomie parţială.**

Dr. I. MARIAN: **Sifilis osos hereditar.**

D-ri TR. NASTA şi AL. BORCESCU: **Contribuţiuni la diagnosticul ulcerului peptic post operator.**

D-ri V. DUMITRIU şi I. GRIGORESCU: **Tratamentul esteo-sintetic al fracturilor bimaleolare.**

Dr. M. PLACINTEANU: **Plaga diafragmului prin armă albe sutură, vindecare.**

Şr. AUREL POPESCU-SEVERIN: **Coxa plana,** No. 5—6/1931.

Dr. GH. GATOSCHI: **Roentgenterapia în boala lui Basedow.**

Prof. C. ANGELESCU şi S. ŢOVARU: **Observaţiuni asupra unei serii de 103 cazuri de fracturi ale bazei craniului,** No. 7—9/1931.

Conf. E. CHRISTIDE şi C. EFTIMIE: **Rezultatele îndepărtate ale osteosintezei prin fixatorul extern şi legatorul Juvara în fracturile recente fachice sau pseudartrozele gambei.**

Dr. MARIUS GEORGESCU şi VIRGINIA DIMITRIU: **Hemiplegia lehuzelor.**

Dr. C. STOIAN şi P. COSTESCU: **Osteomielita oaselor craniului şi tratamentul ei actual.**

C. — SOCIETĂŢI ŞTINŢIFICE

SOCIÉTE ROUMAINE DE BIOLOGIE

Section de Bucarest

Urmare la Şedinţa din 5 Februarie 1931

Danielopolu D., Marcou I. et *Proca G. G.:* Sinus carotidien et contractions hétérotopes. Contractions hétérotopes provoquées par l'excitation du sinus carotidien ou par sa suppression fonctionnelle après la section du vague ou après la section des filets sympathiques du coeur.

Danielopolu D., Marcou I. et *Proca G. G.:* Sinus carotidien et contractions hétérotopes.. Mécanisme de production des contractions hétérotopes par excitation du sinus carotidien ou par sa suppression fonctionnelle.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Litarczek G., Aubert H. et *Cosmulesco I.:* Des facteurs qui peuvent influencer l'affinité de l'hémoglobine pour l'oxygène exprimée par la constante de dissociation 1/k. Les facteurs intraglobulaires.

Litarczek G. et Comanesco V.: Variations intra et extraglobulaires des bases totales du sang de Lapins normaux et anémiés par saignées répétées.

Magheru G. et *A.:* Action de l'intoxication diphtérique sur certaines réactions d'immunité.

Magheru G. et *A.:* Dissociation entre l'intensité et la rapidité du pouvoir fixateur.

Teitel-Bernard A.: Sur une technique de reconstruction microphotographique.

Séance du 19 Fevrier 1931

Busuitza T.: Considérations sur la nature et la fonction des follicules voisins de l'organe olfactif, chez Petromyzon.

Daniel C., Crăiniceanu Al. et *Mavromati L.:* Les effets de la folliculine sur la pression arterielle après paralysie du vague.

Daniel C., Crăiniceanu Al. et *Mavromati L.:* Recherches cliniques des effets de la folliculine sur la pression artérielle chez l'homme.

Daniel C., Crăiniceanu Al. et *Mavromati L.:* Recherches sur l'élimination de l'hormone ovarienne par l'urine chez la Femme en dehors de la gestation.

Danielopolu D., Marcou I. et *Proca G. G.:* Sur l'inhibition cardiaque provoquée par la suppression fonctionnelle du sinus carotidien.

Dumitresco H.: La structure fonctionnelle de l'aponnévrose sous-épineuse.

Nasta M. et *Weinberg A.:* Sur la production d'anticorps pour différents antigènes chez les Lapins vaccinés avec le B. C. G.

Trancu-Rainer M.: Elimination des hormones sexuelles par les glandes salivaires.

Séance du 5 Mars 1931

Condrea P.: Contributions à l'étude des variétés „smooth" et „rough" du Bacille tétanique.

Marinesco G., Sager O. et *Kreindler A.:* Action centrale de l'ergotamine sur la tension artérielle.

Teitel-Bernard A. et *Parhon C.:* Sur le mécanisme de la contraction de la rate du chien provoquée par l'insuline.

Séance du 19 Mars 1931

Combiesco D. et *C.:* Recherches sur les anticorps chez Scyllium catulus, à l'état normal et chez l'animal immunisé.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Crăciun E. C. et *Soresco A.:* Méthodes d'isolement rapide des leucocytes vivants pour cultures in vitro.

Ionesco V. Th. et *Veber T.:* Sur la présence du virus tuberculeuse filtrable dans un liquide d'hydrocèle.

Magheru G. et *A.:* Dissociation entre la vitese et le titre de l'adsorption. Considerations générales et méthodes.

Magheru G. et *A.:* Etude comparative de la vitesse de fixation du systéme limite adsorbant de divers antigènes cholériques.

Magheru G. et *A.:* Etude comparative de la vitesse de fixation du systéme limite sensibilisant de divers sérums anticholériques.

Solaolu Th.: Sur les matières colorantes de quelques Myxomycètes.

Séance du 2 Avril 1931

Crăciun E. C.: Cicatrisation des plaies expérimentales de l'aorte.

Crăciun E. C.: La radiothérapie est-elle capable de modifier la morphogenèse du cancer secondaire du foie?

Danielopolu D., Marcou I. et *Proca G. G.:* Sur l'innervation des coronaires. Mécanisme de production des échecs et des accidents de la stellectomie dans l'angine de poitrine.

Danielopolu D., Marcou I. et *Proca G. G.:* Sur l'innervation des coronaires. Rôle des filets sympathiques et des filets parasympatiques.

Magheru G. et *A.:* Relation entre la vitesse de fixation d'un systéme et le rapport antigène-anticorps.

Soru E., et *Brauner R.:* Le potentiel d'oxydoréduction de la moelle osseuse du Lapin normal et anémié.

Séance du 30 Avril 1931

Brauner R. et *Soru E.:* Du pouvoir d'adsorbtion du globule rouge pour les microorganismes.

Crăciun E. C.: Sur la régéneration histotippique du parenchyme rénal.

Danielopolu D., Marcou I. et *Proca G.:* Reaction du myocarde à l'hypertension mécanique après l'extirpation du ganglion étoilé.

Hagiesco D. et *Dulugea S.:* Considerations sur quelques rapports biochimiques dans la tuberculose pulmonaire.

Magheru G.. et *A.:* Action de l'anatoxine diphterique sur certains réactions d'immunité.

Nasta M., Jovin I. et *Blechmann M.:* Importance de la durée des irradiations et de la dose de virus inoculée, dans la production de la maladie toxique determinée par le virus tuberculeux filtrable chez le cobaye irradié par les rayons X.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nasta M. Jovin I. et *Blechmann M.:* Transmission par passage de la maladie toxique mortelle determinée par le virus tuberculeux filtrable chez le cobaye exposé aux rayons X.

Slobozianu H. et *Nasta M.:* Peritonite foetale à bacillus fecalis alcaligenes.

Vladesco R. et *Popesco M.:* Nouvelles recherches sur l'urée salivaire.

* * *

SOCIETATEA DE CHIRURGIE

din Bucureşti

Şedinţa din 10 Dec. 1930

Prof. BUTOIANU: **Necrologul Prof. Dr. Severeanu.**

Dr. I. JIANU: **Rezecţie de Stomac.**

Dr. S. FAGĂRAŞANU: **Ulcer gastric perforat; peritonită generalizată, operaţie, vindecare.**

D-ri C. LEONTE, D. THEODORESCU şi CRIVEANU: **Un caz de cancer bilateral al sânului.**

Prof. Dr. ŞTEFĂNESCU-GALAŢI: **Calculii, rinichi polikistic, abcese subcorticale.**

D-ri I. CRISTIAN, M. POPESCU-BUZĂU: **Câteva pielografii intravenoase cu abrodil.**

Şedinţa din 14 Ianuarie 1931

Dr. A. COSĂCESCU: **Raportul anual 1930 al Societăţii de Chirurgie.**

D-ri C. LEONTE, DAN THEODORESCU şi SCHWARTZ: **Prezentări de bolnavi oedeme, varice, ulcere cronice la membre inferioare, operaţiune, vindecare.**

Prof. Dr. AMZA JIANU şi Dr. C. ENESCU: **Neoplasm al caecului. colectomie. Vindecare.**

Dr. N. CONSTANTINESCU: **Pielografie intravenoasă cu Uroselectan. Prezentări de piese.**

D-ri TR. NASTA şi ST. BĂLAN: **Mucocel apendicular.**

D-ri ST. BĂLAN şi V. VLĂDESCU: **Tumoră solidă şi retroperitoneală.**

Şedinţa dela 11 Febr. 1931

Docent V. DIMITRIU: **Cancer primitiv uterin după cancer primitiv al colonului.**

Docent V. DIMITRIU şi I. STOIA: **Piesă demonstrativă de rectită hiperplazică.**

Dr. I. FĂGĂRAŞANU şi Ş. GADEI: **Pleurezie purulentă streptococică: Rezecţie costală sub lambou, (Proc. Juvara).**

Dr. ŞTEFANESCU-GALAŢI: **Calculi ai uretrei prostatice.**

Dr. I. BARDESCU: **Flegmonul perinefretic consecutiv infecţiunilor**

Conf. C. LEONTE: **Câteva cazuri şi consideraţiuni asupra chirurgiei medulare.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Conf. G. MARINESCU: **Pionefroză calculoasă stângă. Rinichi hipogenetic drept. Nefrectomie stângă. Anurie.**

Conf. G. MARINESCU: **Corp străin vezical (lumânare de ceară).**

Şedinţa din 25 Febr. 1931

Prof. C. ANGELESCU, Conf. GR. GEORGESCU şi G. BUZOIANU: **Fractură deschisă a ambelor oase ale antebraţului la nivelul articulaţiei cotului asociată cu factură simplă a humerusului. Tratament ortopedic, vindecare.**

Dr. L. SCUPIEWSKI şi KIRSCHEN: **Malformaţiunea vaginului; colpoplastie, sarcină, cezariotomie.**

Prof. BĂLĂCESCU şi A. POPESCU: **Un caz de chist hidatic hepatic şi pulmonar la un copil. Operaţie. Vindecare.**

Prof. BUTOIANU şi C. STOIAN: **Exoftalmos pulsatil; ligatura carotidei primitive.**

Conf. C. LEONTE şi Docent DAN TEODORESCU: **Două cazuri de chirurgie articulară. Artroplastie.**

Conf. AL. COSĂCESCU: **Calculoză renală gigantă.**

Dr. V. SĂVESCU, L. CAFFE şi V. STEOPOE: **Invaginaţie ileocolică prin diverticul lui Meckel la un adult.**

Docent M. TEODORESCU: **Pancreatită hemoragică datorită obstrucţiei canalului lui Wirsung prin ascarid.**

Dr. Şt. BALCU şi POPESCU-TĂTARU: **Volvulos intestinal; rezecţie-**

Şedinţa din 11 Martie 1931

Docent M. TEODORESCU: **Pseudochist al parotidei.**

Prof. BUTOIANU, C. STOIAN şi A. TUDOR: **Endarteriită obliterantă diabetică.**

Prof. ANGELESCU, Conf. GR. GEORGESCU şi G. BUZOIANU: **Angina lui Ludwig după extracţie dentară. Incisiuni sub maxilare şi supra milo-hioidiene asociate cu o nouă extracţie dentară. Vindecare.**

Docent VICTOR DIMITRIU: **Rezecţia mucoasei în rectita hiperplazică**

Prof. ŞTEFANESCU-GALAŢI: **Corpi străini vezicali.**

Conf. C. MARINESCU: **Hidronefroză şi papiloame ale bazinetului şi calicelor.**

Conf. E. CHRISTIAN, V. VINTICI şi M. POPESCU-BUZĂU: **Asupra unui caz de tuberculoză renală.**

Docent VICTOR DIMITRIU: **Pansamente cu soluţii de sulfat de magneziu.**

D-ri V. BRĂTESCU, N. GIUREA, V. RACOVEANU şi V. IONESCU: **Consideraţiuni asupra structurei mastoidei în afecţiunile urechii mijlocii.**

Dr. V. BRĂTESCU şi V. RACOVEANU: **Otomastoidită stângă. Abces cerebral al hemisferului stâng. Afazie motrice. Hemilegie dreaptă. Paralizia motorului ocular extern stâng.**

Şedinţa de la 1 Aprilie 1931

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. I. GHIULAMILA: **Un caz de deslipire mixtă a epifizei inferioare a fremurului; tratament; rezultat.**

Prof. BUTOIANU, STOIAN şi GILORTEANU: **Osteo-chondrom al osului iliac.**

Conf. C. LEONTE şi Docent DAN THEODORESCU: **Un caz de cordotomie antero-laterală.**

Conf. C. LEONTE şi Docent DAN THEODORESCU: **Un caz de tuberculoză difuză fistulizată a piciorului, vindecată prin tarsectomie cu metoda dearticulaţiei temporare; Pansamente rare.**

Dr. C. STOIAN şi P. COSTESCU: **Ulcer cronic al gambei operat; simpatectomie, extirparea ulcerului; grefe Davies.**

Prof. AMZA JIANU şi C. ENESCU: **Asupra a două cazuri de tuberculoză ileocecală.**

Docent V. TRIFU: **Asupra a două cazuri de abces urinos Fibro-chondro-osteosarcom al maxilarului superior: tratament radio-chirurgical.**

Docent VICTOR DIMITRIU şi O. SOMNEA: **Tratamentul curator al septicemiei prin metoda noastră.**

Dr. C. HRISTU şi I. PREDESCU: **Apendicită la stânga şi retro-versiune aderentă.**

* * *

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ROUMAINE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Section de Bucarest

(No. 1—2 | 1931)

M. BANCIU A.: Milieu liquide privé de sang permettant la transplantation en série du bacille de Ducrey, No. 1—2 Vol. II.

M. BANCIU A.: Infection syphilitique par hétéro-hémotherapie intramusculaire.

M. NICOLAU S.: Eruption érythémato-exsudative a progresion excentrique du dos de la main gauche.

MM. ILIESCOU C. et LONGHIN S.: L'action curative du B. C. G. dans le traitement du lupus tuberculeux.

M. STEPHANESCOU TH.: Epithélioma et sarcome mélanique chez un vieillard de 78 ans. Guérison par la roentgenthérapie.

M. THEODORESCOU S.: Un cas de mélanodermie progresive.

MM. ILIESCOU C., LONGHIN S. et JONESCOU E.: Traitement par le néosalvarsan de l'érythème polymorphe papuleux a tendance vésiculeuse.

M. ILIESCOU C.: Lichen plan traité par la radiothérapie médullaire (Méthode de Pautrier).

MM. ILIESCOU C., POPESCOU TR. et IONESCOU C.: Şur un cas d'actinomycose cervico-faciale droite.

M. COLBAZI E.: Un cas de chancre mou primitif, localisé sur le dos du pied gauche avec lymphangite.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. CONSTANTINESCU ERMIL: Dermite livédoïdes de la fesse, consécutive a des injections de sels de bismuth liposolubles.

M. THEODORESCOU S.: Trois cas d'érythème centrifuge Darrier.

M. STEPHANESCOU TH.: Epithélioma plan cicatriciel de la région frontale consécutif a un traumatisme.

MM. NICOLAU S. et BLUMENTHAL M.: Lupus érythémateux, ayant déterminé expérimentalement chez le cobaye une adénopathie péribronchique bacillifère.

M. SARAŢEANU FL.: Epithélioma de la joue, developpé sur un placard de lupus en activité.

M. THEODORESCOU S.: Un cas de rhinosclérome.

M. CERNA I.: Chancre mou anal rebele, guéri par le vaccin Nicolau-Banciu.

MM. COLBAZI et POPOVICI: Un cas d'épithéliome du troisième orteil du pied droit.

M. COLBAZI: Un cas de chancre mou au cinquième doigt de la main droite.

M. NICOLAS LENGYEL: Un cas d'impétigo herpétiforme.

M. TIBERIU SCHULZ: Gomme syphilitique accompagnée d'adénopathie.

M. PETRU CIRLEA: Traitement des bubons inguinaux chancreux par la solution Callot.

M. THÉODORESCOU: Un cas de nodosités juxta-articulaires.

M. SERGIESCOU V.: Induration posthume d'un syphilome primaire.

M. MARINESCO G.: Considérations sur la transmission du virus zostérien; odogénèse et neuroprabasie.

M. TATARU A.: Un cas de dermite livédoïde de Nicolau.

M. COLBAZI E.: Syphilide secondaire psoriasiforme.

MM. ILIESCOU C., LONGHIN S. et POPESCOU D.: Sur l'étiologie et le traitement du psoriasis.

M. CIMOCA V.: Nécrose sfacelleuse du pénis à la suite d'une endartérite oblitérante.

MM. COLBAZI et LENGHIEL N.: Un cas d'érythème exsudatif multiforme à localisations atypiques.

M. CIRLEA P.: Un cas de favus squarreux et urcélaire du cuir chevelu et de la peu glabre.

M. NICOLAU S.: Ictèré grave chez une syphilitique secondaire traitée au néosalvarsan.

M. STÉFANESCOU TH.: Épithélioma baso-cellulaire du pénis. Métastases ganglionnaires survenues postérieurement au traitement par les rayons x.

M. BLUMENTAL: Xeroderma pigmentosum avec epithéliomes de types histologique divers.

M. THEODORESCOU S.: Un cas de gommes syphilitiques ulcérées de la face interne de la joue droite.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. THEODORESCOU S.: Un cas de syphilome primaire de la gencive.

M. STEFANESCOU TH.: Un cas de mélanose de Riehl chez un ouvrier mécanicien.

M. FULGA COSTIN: Impétigo circiné prolongé à évolution extensive, simulant la maladie de Duhring.

M. CÂRSTEA V.: Sur un chancre syphilitique, non professionel, de l'index droit.

M. MARCOV: Botryomycome du pouce gauche.

M. STEPHANESCOU et FULGA: Épithélioma baso-cellulaire de la paupière inférieure avec metastase ganglionaire sous maxillaire.

* * *

SOCIETATEA DE GYNECOLOGIE
din București

Ședința din 2 Maiu 1931

C. DANIEL et T. FRUMUȘANU: Les principes directeurs de la technique chirurgicale à la Clinique Gynécologique de Bucarest.

C. DANIEL et. S. GOLDENBERG-BAYLER: Note sur les résultats opératoires en chirurgie abdominale et d'une série de 90 cas de cancers du col de l'utérus.

C. DANIEL et A. ŞOIMARU: Note sur les résultats opératoires en chirurgie abdominale et d'une série de 90 cas de tuberculose génitale.

C. DANIEL et A. BABES: Quelques travaux du Laboratoire de la Clinique Gynécologique de Bucarest.

C. DANIEL, AL. CRAINICEANU et L. MAVROMAT: Recherches expérimentales sur les effets de la folliculine sur la circulation.

* * *

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE BUCAREST

(No. 10 | 1930 şi 1, 2, 3, 4 | 1931)

Séance du 3 et 17 Décembre 1930

I. DANIEL: Sur le traitement de l'urticaire. (Note préliminaire), No. 10/1930.

A. HAGI PARASCHIV et N. VISINEANU: Contributions à l'étude des meningites aigue à lymphocytes rapidement curables.

I. NICOLESCO et T. HORNEŢ: Paraplégie en flexion consécutive à un ramollissement bilatéral de la région paracentralo-frontale.

I. NICOLESCO, T. HORNEŢ et V. RUNCAN: A propos de la maladie de Dupuytren.

I. NICOLESCO, V. CREŢU et L. DEMETRESCO: Syndrome de l'artère cérébrale antérieure. Monoplégie crurale droite avec symptomatologie cérébelleuse prépondérante.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I. NICOLESCO, T. HORNEŢ et V. RUNCAN: Aspect clinique tardif d'un traumatisme de la moelle par fracture de la colonne vertébrale cervicale.

Séance du 14 et 29 Janvier 1931

T. SARAGEA, V. WALTER şi V. CARSTEA: Sur l'hypertrophie ganglionnaire dans la leucémie myélogène chronique, No. 1/1931.

C. T. NICOLAU et P. STOENESCU: L'action de l'auto sérum irradié in vitro vis-à-vis des leucocytes.

M. CAHANE: Influence de l'hyperazotémie provoquée sur le Cl sanguin (plasmatique et globulaire) et sur l'urée et le Cl rachidien.

Séance du 11 et 25 Février 1931

C. T. NICOLAU et N. GINGOLD: Modifications hématologiques pendant les accès de malaria, No. 2/1931.

Dr. L. CAFFÉ et Dr. C. T. NICOLAU: Cyanose congénitale avec poliglobulie.

I. NICOLESCO et T. HORNEŢ: Paraplégie spasmodique consécutive à une tumeur de la moelle lombaire durant depuis plusieurs années. (Démonstration histo-pathologique).

Dr. V. CREŢU et Dr. I. TEODORESCU: Lésion ancienne du nerf sciatique. Ulcère trophique tardif du talon guéri par le traitement insulinique.

I. NICOLESCO et T. HORNEŢ: **Ramollissement dans le teritoire profond de l'artère sylvienne gauche. Lésion accessoire de la substance blanche du centre ovale dans le territoire superficiel de l'artère cérébrale moyenne du même hémisphère. Lésion du Gyrus supra-marginal et de la pariétale ascendante du cerveau droit. (Démonstration macroscopique).**

I. NICOLESCO et T. HORNEŢ: **Ramollissement double symétrique dans le territoire profond des artère sylviennes. Lacunarisme des noyaux gris centraux et de la protubérance. (Démonstration macroscopique).**

I. NICOLESCO et T. HORNEŢ: **Aphasie de Broca — Hémianopsie droite. (Démonstration macroscopique).**

Séance du 11 et 25 Mars 1931

Dr. ALFRED RUSESCO et Dr. I. CIUPAGEA: **La paralysie unilatérale du diafragme dans les processus médiastinaux.** No. 3/1931.

L. CAFFÉ: **Septicémie à staphylocoques guérie par la bactériophague.**

Dr. MANGU: **A popos de deux cas rélévant de la pathologie infundibulo-tubéro-hypophisaire.**

Séance du 15 et 29 Avril 1931

A. PROCA et C. NICOLAU: **Quelques observations sur les granulations toxiques des leucocytes neutrophiles dans la scarlatine.**, No. 4/1931.

Dr. C. T. NICOLAU: **Modiifcations hématologique dans le lymphogranulome inguinal bénin (Maladie de Nicolaes et Favre).**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ST. DRAGANESCU, Int. TOMESCU et PRICOPIE: **Hémiplégie avec syndrome de Cl. Bernard horner consecutive à une fièvre thypoïde.**

* * *

SOC. DE MEDICI ŞI NATURALIŞTI

din Iaşi

Şedinţa dela 3 Febr. 1931

Şedinţa se deschide la ora 9, sub preşedinţia D-lui Prof. Dr. BĂLTEANU.

Dr. I. ALEXA, secretarul general al societăţii, expune activitatea societăţii pe anul 1930.

Sunt prezenţi 52 membri. E ales următorul comitet:

Preşedinte D-l Prof. Dr. I. Bălteanu; Vice-Preşedinte Gr. Popa; Secretar general Conf. Dr. I. Alexa; Casier Dr. E. Hurmuzachi; Bibliotecar Dr. Gh. Botez; Direct. muzeului Prof. Dr. I. Borcea; Secretar de şedinţă Dr. E. Lucinescu.

Şedinţa dela 16 Febr. 1931

Dr. D. BRANIŞTEANU şi Dr. ELENA NUBERT: **Un caz de „maladie a lui Vaquez".**

Dr. D. BRANIŞTEANU şi Dr. M. BECKE: **Un caz de purpură post pneumonică.**

Şedinţe dela 16 Martie 1931

Prezidează dl. Prof. **Popa**, vice-preşedinte.

Dr. BALIF şi Dr. LAVRENENCO: **Prezintă o serie de leziuni renale la o parekinzoniană.**

D-ri E. LUCINESCU, POPESCU şi CORNELEAC: **Prezenta o serie de variante arteriale ce vor apare în extenzo în Buletin.**

Prof. P. ANGHEL şi Dr. E. LUCINESCU: **Prezintă 2 cazuri de paralizie a radialului post rachianestezice.**

Dr. FALCOIANU şi Dr. HOLBAN ACONTZ: **Variante de aşezare ale intestinului gros.** (Publicat în Buletinul Soc.).

Şedinţa dela 27 Martie 1931

Casa CAROL BUNGER din Bucureşti prezintă cuţitul electric, bazat pe principiul electro coagulării ai Firmei Sanitas. Prezintă deasemenea un aparat de Radiscopie şi grafie, uşor de mânuit şi transportat.

Şedinţa dela 28 Aprilie 1931

Prezidează D-l Prof. I. Bălteanu, preşedinte.

D-na Prof. Dr. ELENA PUŞCARIU şi Dr. D. LAZĂRESCU: **Enorm cancer al nasului la un bătrân de 92 ani operat prin diatermo coagulare. Rhinoplastie prin o metodă mixtă indiano-franceză cu 3 lambouri.**

Dr. TZAICU: **Prezintă 2 bolnavi cărora li s'a făcut o simpatectomie lombară pentru gangrena degetelor de la picioare prin trombo angeită obliterantă.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dr. RADU şi Dr. DABIJA. — Contribuţiuni la studiul radiological pleuritelor (Publicat in extenzo in Buletin).

Dr. VĂCĂREANU şi Dr. BRĂNIŞTEANU. — Disociaţie auriculove triculară Stocks Adams.

Dr. TOMA şi Dr. COSTIN. — Pachi pleurita şi scizurita din punct de vedere radiologic. (Va apare în Buletin).

Prof. TUDORAN şi Dr. BALMUŞ. — Un caz de leucemie acută cu Plasmazellen.

* * *

SOCIETATEA ROMÂNA DE OTO-RINO-LARINGOLOGIE

Dare de seamă a şedinţelor lunare

Preşedinte: **Costiniu.** Secretar: **Moga.**

1) Dr. ŞTEFANIU: *Mastoidită apicală latentă.*

Autorul relatează un caz, care în clasificarea lui Mouret şi Jalaguier a mastoiditelor vârfului, poate lua locul indicat de el. Mastoidita apicală internă nu e de cât mastoidita lui Bezold. Mastoidita apicală externă, cu miositele muşchilor locali, se prezintă sub 4 forme: a) forma conjonctivo-flegmonoasă-edematoasă, b) forma conjotivo-flegmonoasă-lardacee, c) osteo-flegmonoaso-lardacee şi d) osteo-flegmonoaso-purulentă. Autorii citaţi au publicat 4 cazuri, n'a mai găsit altele în literatură, afară poate de cazul pu-

blicat de Bourgeos şi Ombrédanne în Archives internat. de laryngologie din 1928, pagina 1018, diagnosticat tip Bezold, dar care este în realitate o mastoidită apicală internă. St. aduce un caz personal, care poate fi clasat de o mastoidită apicală externă, tip conjoctivo-flegmonoso-edematos, vindecat prin comprese umede şi calde.

2) Dr. ANDREESCU: *Kist den ifer al maxilarului inferior.*

Şedinţa din 13 Ianuarie 1931

Preşedinte: **Costiniu.** Secretar: **Ştefaniu.**

1) D-rii BRATESCU şi RACOVEANU: *Oto-mastoidită acută supurată, cu abces central voluminos consecutiv al lobului temporal. Hemiplegie dreaptă şi afasie.*

Prezentarea pieselor. E de reţinut evoluţia extrem de rapidă a abcesului (trei săptămâni după operaţie au survenit hemiplegia şi afasia; abcesul era dar destul de voluminos în acest moment), turburări nervoase cu localizare aşa de rară (în lobul frontal şi zona perirolandică) pe când abcesul evolua în lobul temporo sfenoidal de partea opusă, în fine marea toleranţă a bolnavului, un copil de trei ani şi jumătate, destul de vioi, cu temperatura de 37,4 şi 140 de pulsaţiuni.

2) TZETZU şi ŞTEFANIU: *Două cazuri de mastoidită primitivă.*

Ambele au început cu febră, dureri la mastoidă, vâjâituri şi surditate, dar cu aspect normal al timpanului. Durerile şi simptomele de mastoidită au apărut două săptămâni după începutul boalei. Operaţiune. Vindecare.

Discuţie: Racoveanu crede că denumirea de mastoidită primitivă nu e exactă decât în sens strict etimologic, căci patogenic ea e astfel numai într'un anume moment al evoluţiunei sale, care întâmplător este tocmai momentul examinărei bolnavului, când urechea e găsită normală. E foarte probabil că înainte a existat cel puţin o fasă de otită catarală, dar care a evoluat către aditus şi a infectat mastoida. Trebue deci spus: mastoidită primitivă, dar trebue adăugat: cu integritatea urechei mijlocii. Bine înţeles că această propagare se poate face şi pe cale sanguină, precum şi pe calea limfaticelor.

Tzetzu nu neagă posibilitatea teoriei lui Racoveanu. Totuşi e surprinzător că unul din cazurile prezentate face de trei ani, în fie care an o mastoidită în aceleaşi condiţiuni, cu aceleaşi manifestaţiuni, aceleaşi leziuni, acelaş mers. Acest bolnav are o rino-faringită atrofică. E plausabil de a supoza că aici punctul de plecare a mastoiditei primitive fără otită medie, să fie rinofarinxul.

3) MAYERSOHN şi RACOVEANU: *Autogreffă cartilaginoasă într'o operaţie plastică a nasului.*

Autorii prezintă probele fotografice ale unei fete de 16 ani, care în urma unui traumatism din copilărie, prezintă o fractură neregulată a septului cu deviaţie neregulată, anguloasă în ambele fose nasale, obstrucţie respiratorie şi nasul în şea. Intervenţiunea a consistat în resecţiunea submucoasă a septumului, ridicarea a numeroase sinechii între sept şi cornet sutura intra

nasală a lambourilor mucoasei. Din septumul cartilaginos ridicat se confecţionă trei grefoane cartilaginoase de 15 mm. fiecare. Ele fură introduse pe cale intranasală sub periostul vârfului nasului. Profilul fu refăcut într'un mod foarte satisfăcător, precum se vede pe fotografiile prezentate. Urmările atât estetică cât şi respiratorii sunt foarte bune.

4) BRATESCU şi BRATAŞANU: *Otită acută şi paralisie facială.*

Autorii aduc două cazuri de otită medie supurată acută, în care a survenit o paralisie facială. Indată ce s'a făcut mastoidectomia, paralizia facială a dispărut. Ei conchid că paralizia facială care apare în cursul unei otite supurate, este o indicaţie de mastoidectomie.

Discuţie: Mayersohn nu crede că paralisia facială în cursul unei otite supurate acute medii, este în tot d'auna o indicaţiune urgentă de intervenţiune asupra mastoidei. In sprijinul ziselor sale el aduce două cazuri, printre cari unul al unui confrate, a cărui operaţie se decisese pentru o jumătate oră mai târziu pe care el a desconsiliat-o în ultimul moment, bazat numai pe singurul fapt că paralizia cedase puţin pe unul din teritoriile atinse. Zilele următoare paralizia a cedat cu totul şi otita s'a vindecat şi ea apoi.

Aşa dar trebue procedat după caz şi după circumstanţe.

Dr. **Tzetzu** citează un caz comparabil cu cele raportate de d-rul Mayersohn.

Racoveanu spune că în otita medie supurată acută, paralisia facială se produce prin leziunea facialului la nivelul cotului său. Astfel ea se vindecă prin parcenteză. In caz de mastoidită cu paralisie, aceasta se produce, în însuşi trunchiul nervului. Strangularea sa poate produce o paralisie definitivă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tempea crede că paralisia facială este o indicaţiune netă de mastoidectomie. Profesorul **Meţianu** şi d-rul **Costiniu** sunt pentru intervenţiune de urgenţă în cazurile de paralisie facială în cursul unei otite supurate cronice.

5) TEMPEA prezintă un bolnav operat de sinuzită *fronto-etmoidală.*

Discuţie: Profesorul **Meţianu,** emite părerea că, înainte de ori ce intervenţie, cazul trebue să fie bine studiat din toate punctele de vedere, printre care radiografia. Să nu se intervie chirurgical pe sinusul frontal, înainte de a fi vindecat sinusul maxilar.

D. Dr. Costiniu e de părere ca radiologii să se specializeze în lectura şi interpretarea radiografiilor sinusurilor feţei.

Dare de seamă de *Dr. Lazăr Mayersohn.*

* * *

BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE de Jassy

(No. 1, 2 | 1931)

Prof. S. GRAÇOSKI et S. PINELES: **Un cas de fièvre typhoïde à début appendiculaire,** No. 1/1931.

A. TROSC: **Greffe ostéogénique dans le Mal de Pott, avec guérison clinique.**

E. HURMUZACHE et A. HOHMAN: **Un cas de hydronéphrose congénitale chez un nourrisson de 24 jours.**

E. HURMUZACHE, sécrétaire général: **Compte-rendu de l'activité de la Société pour l'anée 1930.**

M. CAMNER, trésorier: **Situation de la Caisse de la société.**

Allocution de M. M. FRUHLING et S. GRAÇOSKI.

Prof. S. GRAÇOSKI, M-me C. HURMUZACHE et I. PRONCENCO: **Un cas de fièvre thypoïde chez un nourrisson de 6 mois.**

L. BALLIF: **Sur les ties chez les enfants, (présentation de deux malades).**

A. TROSC: **Malformations cicatricielles de la main, chez l'enfant. Résultats comparatifs des interventions chirurgicales.**

A. TROSC: **Malformation cicatricielle de la face et de l'orifice buccal, à la suite d'une énorme perte de substance. (Cas personnel, opéré gueri),**

A. TROSC: **Appareil plâtré pour les fractures de la diaphyse humérale (méthode personnelle).**

Prof. GRAÇOSKI, G. NASTASE et M-me H. CONSTANTINESCU: **Un cas de strophulus hemorragique.**

CAZAC-AVERBUCH: **Un cas de démence précoce chez un enfant de 9 ans.**

A. TROSC: **Un cas d'hérmarthrose et périarthrite suppurée à stréptocoques.**

Le Prof. GRAÇOSKI et M. CAMNER: **Pneumonie prolongée, forme migratrice.**

G. ROSENTHAL: **Considérations radiologiques établies sur 60 cas de pneumonies chez les enfants.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

M. Prof. GRAÇOSKI: **Un cas de pneumonie prolongée, migratrice, à point de départ central,** No. 2/1931

M. Prof. G. TUDORANU et M. HURMUZACHE: **Leucémie aiguë chez un enfant de 5 ans.**

M. CAZAC-AVERBUCH: **Un cas de pleurésie multicellulaire et polymicrobienne.**

M. A. POLAC: **Contribution à l'étude des Kistes osseux.**

M. A. TROSC: **Hérmarthrose traumatique du genou et périartherite suppurée à stréptocoques concomitants.**

M. TROSC: **Synostose vertébrale par autogreffe osseuse dans le Mal de Pott chez l'enfant.**

M. Prof. GRAÇOSKI, M. NASTASE et M-me CONSTANTIENESCU: **Un cas de Strophulus infantum hémoragique.**

M. CAMNER et M-me CAMNER: **Sur un cas de lymphogranulomamatose (maladie de Hodkin).**

M. Prof. GRAÇOSKI, Dr. M. CAMNER et M-me CAMNER: **Un cas d'encéphalite post vaccinale en Roumanie.**

M. Prof. GRAÇOSKI et Dr. M. CAMNER: **La vaccinothérapie dans la coqueluche.**

M. HURMUZACHE: **Oesophagospasme congénital-tétanique (et tétanie) chez un enfant de 3 ans.**

M. HURMUZACHE: **Vomissements habituels et tétanie latente chez un nourrisson.**

D. — CĂLĂTORII ŞTIINŢIFICE

IMPRESII DINTR'O EXCURSIE DE STUDII SANITARE IN JUGO-SLAVIA

de

Dr. IOAN VONICA

din Inspectoratul V Sanitar Craiova

Am avut cinstea să fiu delegat de Minister pentru a lua parte la excursia organizată de către Secţia de Igienă a Ligii Naţiunilor la noi în ţară între 1—15 Iunie 1930 şi în Jugoslavia între 17 Iunie—8 Iulie, şi cred că nu este lipsite de interes publicarea impresiunilor culese din această excursie. Aceasta cu atât mai mult, cu cât Jugoslavia, cu toată zdruncinarea pricinuită de războiul mondial, a reuşit în câţiva după războiu să înjgheba una din cele mai bune organizaţiuni sanitare.

Excursia a avut ca motiv vizitarea a cât mai multe şi cât mai variate instituţiuni sanitare de medicină preventivă în special, atât la oraşe cât şi la sate, pentru a da vizitatorilor o idee cât mai exactă asupra organizărei sanitare a Serbiei în general, cât şi în special asupra modului de funcţionare a diferitelor elemente constitutive ale acestei organizaţii.

Colecţia Centrului Universitar Iaşi

E adevărat că acest fel de excursii sunt folositoare, că din ele se pot culege învăţături şi observaţiuni noui, dar nu e mai puţin adevărat că în cazul de faţă programul a fost aşa de comprimat, încât nu ne-a dat putinţă de a putea aprecia modul de funcţionare şi efectele sistemului aplicat în această ţară în detalii.

Impresiile au fost culese mai mult din goana trenului sau din fuga automobilului — de acea şi aprecierile se referă la organizarea sanitară în general. Păreri identice au emis în ceace priveşte programul majoritatea excursioniştilor.

Dela **Novi-Sad,** unde au început vizitele pe teritoriul Jugo-Slav, şi până la **Skopje,** unde excursia s'a terminat, toţi am fost adânc impresionaţi de marele număr şi de varietatea instituţiilor sanitare ce am întâlnit, toate înfiinţate, clădite şi instalate după răsboi, în edificii măreţe. Toţi am plecat adânc impresionaţi de sforţul considerabil, pe care această ţară l-a făcut pe terenul sanitar în ultimul deceniu, încât pe terenul organizărei sanitare rurale s'a aşezat în fruntea ţărilor Europene.

Faptul că au dat o mare importanţă satelor nu înseamnă că oraşele au fost neglijate. Oraşele încă au fost prevăzute cu tot ce este necesar în materie de medicină preventivă.

Ca model de realizarea sanitară voi cita **Institutul de igienă dela Zagreb** de sub conducerea eminentului Dr. **Borcici,** institut unic în Europa.

Aici aflăm concentrat tot ce există în materie de Igienă: preventivă, socială, epidemiologie, geniu şi propagandă sanitară.

In celelalte 8 banovine întâlnim institute identice, utilate cu tot ce nevoia le cere pentru directive technice sau pentru directa intervenire acolo unde e cazul.

Drept corolar în fruntea acestor institute provinciale stă **Institutul central de igienă din Belgrad** de sub conducerea bunului organizator Dr. **Ivanici**, împărţit în numeroase secţii şi nenumărate subsecţii, cari toate se ocupă de apărarea sănătăţii umane colective şi individuale, precum şi de tot ce priveşte îmbunătăţirea actualelor condiţiuni de existenţă.

In această ţară problema sanitară a căpătat o interpretare mult mai complexă, de cât de exemplu la noi. Drept urmare cei însărcinaţi cu conducerea serviciului sanitar şi cu apărarea sănătăţii individuale şi colective, începând cu marele organizator D-rul **Stampar**, au purces la reorganizarea acestui serviciu — ţinând socoteală de cât mai mulţi dintre factorii direcţi sau indirecţi care pot ajuta sau strica sănătăţii publice. De acea la cei însărcinaţi cu sănătatea publică vom vedea o varietate de preocupări începând — cu igiena individuală — protecţia copilăriei — sporturi — salubritate publică — îmbunătăţirea agriculturei până la fito patologie.

Imbunătăţirea agriculturei.

Pe terenul agricol au căutat să amelioreze calitatea îngrăşămintelor făcând gropi speciale betonate în cari fermentaţia se face în condiţiuni mult mai bune ca în cazul că ar rămânea îngrămădite pe pământ. Bălegarul fiind astfel îngrămădit în gropi, gropile ţin în acelaş timp şi curăţenie în jur — evitându-se eventuale infecţii de natură animală. Prin acest mod de procedare pământul fiind îngrăşat cu îngrăşăminte de calitate mai superioară şi recolta va fi mai abundentă cantitativ şi mai bună în calitate. Aceste gropi s'au făcut la început câte 4—5 de sat din iniţiativa institutelor de igienă ca exemplu. Mai târziu întrebuinţarea acestor gropi s'a generalizat în mai toate comunele ţării.

O bună selecţie a seminţelor care se face în acelaş timp contribue şi la ameliorarea calităţii produselor agricole.

Şcolile de menaj.

Pentru ca de ameliorarea — şi varietatea mai mare a produselor agricole să poată beneficia pătura ţărănească pe o scară cât mai întinsă s'au înfiinţat şcoli de menaj — în medie cu 6 luni sau un an de studii. Absolventele acestor şcoli reîntoarse acasă împrăştie mai departe învăţăturile ce aduc şi contribue astfel prin o alimentaţie mai bună, mai raţională şi mai variată la ridicarea rezistenţei individuale faţă de infecţiuni.

Alimentarea cu lapte.

In ceace priveşte alimentarea oraşelor cu lapte — institutele de igienă au luat iniţiativa de a construi în satele din jur lăptării sistematice. Aceste lăptării proprietate individuală a unor ţărani — sunt prevăzute cu grajduri model — betonate — cu şanţuri de scurgere şi cu apă curentă. Vitele s'a căutat să fie cât mai bine selecţionate atât în ceace priveşte sănătatea cât şi în ceace priveşte rasa. Fiecare din aceste lăptării sunt prevăzute cu instalaţii de pasteurizare. Aceste lăptării oferă oraşelor spre consumare un lapte superior atât din punct de vedere calitativ cât şi în ceace priveşte condiţiile de igienă în cari a fost recoltat şi manipulat.

Combaterea endemiilor.

Regiunile bântuite în mod endemic de tifos, tifos de origină aquatică, datorită faptului că fântânile cu apă de beut erau defectuoase şi straturile superficiale permiteau filtrarea în ele a materiilor organice din împrejurimi — aru fost prevăzute cu fântâni sistematice sistem rotativ, betonate, acoperite şi cu şanţurile de scurgere din jur cimentate pe distanţe de 50—60 metri, evitându-se în acest mod orice infiltraţii superficiale. Ca exemplu de aceste realizări voi da **Lucavăţul din Slovenia.** Urmarea a fost dispariţia tifosului.

In regiunile cu malarie, — coasta **Dalmatina** în special, — unde principala sursă de infecţie o constituiau colecţiunile de apă numite „loquas" şi alte colecţiuni de apă peridomestice — am întâlnit peste tot drenări de teren — iar loquasurile betonate şi în unele locuri chiar acoperite. S'a dat acestei probleme soluţia pe care au dat-o şi spaniolii pentru **„Albercas"** şi **„Posos"** ale lor, ne neglijându-se nici în Jugo-Slavia importanţa preventivă a întrebuinţărei verdelui de Paris şi a Gambuziilor — adequate în special condiţiilor malarigene din aceste ţări.

Problema aprovizionărei cu apă potabilă.

Nici regiunile sărace în apă potabilă nu au fost neglijate. Inginerii sanitari ataşaţi institutelor de igienă provincială — în aceste regiuni au căutat noi surse de apă potabilă şi cu ajutorul administraţiei centrale a banovinelor şi a comunelor au făcut în multe părţi fântâni sistematice, iar în regiunile şi mai sărace în apă au făcut aprovizionarea populaţiei cu apă adusă prin canalizare dela zeci de kilometri. Aceste realizări de aprovizionare cu apă sunt realizări nu numai urbane ci şi rurale.

Ajutorarea muncitorilor şi şomerilor.

Pentru ajutorarea şomerilor care sunt destul de numeroşi şi în această ţară cât şi pentru a se veni în ajutorul muncitorilor şi a celor săraci în special — la oraşe s'au instalat sub egida unor comitete de binefaceri compuse din doamne sau a unor organizaţii catolice (Split de exemplu), — bucătării sistematice unde pe un preţ cât se poate de mic — 9, 12 sau 15 lei se servesc trei feluri de mâncare preparată în condiţii ireproşabile — la vapori şi în cele mai moderne autoclave.

Sportul-Socolii.

In **Jugo-Slavia** problema care a fost totdeauna la ordinea zilei ca una dintre cele mai importante, dacă nu chiar cea mai importantă problemă de stat, a fost problema sanitară.

Sportul care în această ţară în ultimii ani a luat o desvoltare foarte frumoasă — îşi datoreşte ascensiunea sa importanţei pe care o are în desvoltarea rezistenţei individuale şi a îmbunătăţirei capitalului uman considerat ca tezaur naţional. Dintre îndeletnicirile sportive lăsăm la o parte pe cele care au ca rezultat evidenţierea individuală — şi ne vom ocupa numai de cele cari au drept scop şi ca rezultat desvoltarea colectivă. In această direcţie acţionează marea organizaţie sportivă naţională Socolii. Membrii acestei organizaţii ca etate variază dela copil la bătrân. Şi în cele mai umile şi mai sărace sate vom afla acele **„Sokolski Dom"** — casele de întrunire ale Sokolilor. Această organizaţie, ce cuprinde în sânul ei în jur

de un milion membri, a dat pela sfârşitul lunei Iunie a. c. acea grandioasă manifestare de sport colectiv cu peste o sută de mii participanţi, serbări cari au dat prilej de admiraţie Europei întregi.

Sokolii sunt o organizaţie naţională. Toţi membrii sunt educaţi în această direcţie dar nu e mai puţin adevărat că în această organizaţie educaţia fizică ţine loc de frunte avându-se în vedere vechea maximă **„Mens sana in corpore sano"**. Nu este sat unde sătenii să nu facă pe an câteva reprezentaţii sportive cari presupun o antrenare sistematică. Paralel cu sportul prin bibliotecile ce posedă organizaţia şi prin reprezentaţiile teatrale şi muzicale ce dau, se face educaţia sufletească şi intelectuală a membrilor.

Strandurile.

Ţin să notez şi mulţimea de stranduri ce am văzut atât la oraşe cât şi în unele sate, unde în aer liber şi pe preţuri foarte reduse poate ori cine să se bucure de binefacerile aerului, soarelui şi apei. Toate aceste stranduri nu sunt create pentru a da avantagii de viaţă unei anumite clase privilegiate, ci binefacerile acestor stranduri se îndreaptă asupra întregei populaţii indiferent de clasă sau situaţie materială. La **Zagreb** de exemplu, tramvaele ce mergeau spre stranduri, deşi se succedau la intervale foarte mici 2—3 minute, erau supra încărcate de cei care se duceau acolo spre a beneficia din bunătăţile soarelui, aerului şi apei.

Propaganda sanitară.

Propaganda sanitară începe din clasele primare, unde copilul pe lângă abecedarul obişnuit primeşte şi un abecedar al sănătăţii, în care prin figuri demonstrative şi prin sfaturi puse în versuri este îndrumat cum să folosească ziua, cum să-şi raţionalizeze munca şi jocul. In şcoală se mai face propagandă apoi prin felul cum sunt întreţinute sălile de cursuri, cum sunt construite, băncile, scaunele, catedra învăţătorului sau tabla, etc.

In toate şcolile am întâlnit spre deosebire de noi, o mare grije şi importanţă ce se dă latrinelor şcolare. Am întâlnit câteva şcoli din care notez una la **Siski** în **Slovenia** cu 400 elevi care avea peste patru zeci latrine toate în faianţă cu capac de lemn şi cu apă curgătoare — şi alta la **Pristina** în **Macedonia** şi în satele din jurul acestui târguşor — iarăşi foarte bine instalate şi foarte curat întreţinute. După cum vedem propaganda igienică se face nu în teorie, ci prin exemple, identic cu ceace am întâlnit la Paris în Rue des Eppinette, unde la şcoala primară elevii erau obligaţi cu rândul să curăţească sala de cursuri sub supravegherea unui pricepător şi, după cum îmi mărturisea directorul şcolii, nu rareori s'a întâmplat ca elevii să-şi aducă părinţii la şcoală să vadă, cum se face cutare sau cutare lucru.

In acelaş timp la noi problema latrinelor la şcolile primare rurale nici nu a prea fost pusă în discuţie, pentru că nu există latrine pe lângă şcoli, decât în cazuri rari. In ordine generală la noi sunt transformate în latrine sau mai bine zis câmp de epandaj curţile şi grădinile şcolilor.

Casele de sănătate.

In drumul nostru prin această ţară, am văzut din cele în jur de 600 case şi staţiuni de sănătate din această ţară peste 30 — toate prevăzute cu un dispensar pentru consultarea sugacilor, bucătărie de lapte, sfaturi pentru mame, — precum şi duşuri calde şi reci la parterul clădirei unde

BCU Cluj / Central University Library Cluj

elevii şcoalelor primare din raza de activitate a acestor case de sănătate sunt duşi să ia câte un duş în regulă generală odată pe săptămână sau cel puţin odată pe lună. In unele locuri exemplu: **Split** (Dalmaţia) şi la **Siski** (Slovenia), chiar şcolile primare aveau ataşate la parter sau subsol câteva duşuri pentru necesitatea elevilor lor.

Aceste case de sănătate fac examinarea copiilor de şcoală cel puţin de două ori pe an la începutul şi sfârşitul anului şcolar. Celor examinaţi li se fac fişe de sănătate unde dacă posibilităţile permit se înscriu şi anumite date asupra stărei psihologice a copilului.

Policliniile şcolare.

In oraşele unde populaţia şcolară e mai numeroasă pentru examinarea copiilor şcolilor primare, secundare şi superioare am întâlnit ca de exemplu la **Novi-Sad** — **Zagreb** — **Belgrad** — sistemul de policlinici şcolare cu scop exclusiv de a se ocupa de populaţia şcolară.

Aceste policlinici fiecare au câte 4—5 secţii de specialitate: medicală, otorino-laringologie, venerică, dentistică, oftalmologie. Elevii examinaţi de o secţie centrală şi după afecţiunile de care sufăr sunt repartizaţi secţiunilor de al căror tratament au nevoie.

Copii de şcoală fiind examinaţi în aceste policlinici în mod periodic, trataţi şi urmăriţi în deaproape — rezultatele obţinute sunt foarte bune din toate punctele de vedere — şi pare că sunt mult superioare celor pe care le-am obţinut noi prin sistemul medicilor şcolari. Tot acestor policlinici şcolare sunt ataşate popote. In aceste popote primesc o alimentaţie bună toţi elevii săraci diagnosticaţi în serviciile medicale ca debili şi cari au fost trimişi spre întremare spre a fi alimentaţi de aceste popote.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In policlinicile şcolare se dă mare importanţă în special serviciilor de otorino-laringologie şi dentistică.

Muzeele sanitare.

In masele rurale propaganda sanitară se face şi cu ajutorul muzeelor sanitare ambulante. Cele 9 banovine în afară de muzeele de igienă stabile în localităţile de reşedinţă dispun şi de muzee ambulante, cari trec în diferite localităţi, unde timp de 10—20 zile rămân la dispoziţia publicului spre a fi vizitate. Aceste muzee conţin un material de propagandă foarte variat şi care interesează toate capitolele de igienă. Vom afla în ele material care se referă la: igiena individuală, epidemiologie — combaterea tuberculozei — combaterea sifilisului — secţiuni de igienă industrială — sport — îngrijirea copiilor — locuinţă — igienă şcolară, etc. In aceste muzee tablouri, mulage, piese anatomice, evidenţiază partea rea cât şi cea bună la fiecare chestiune, contribuind astfel în marea măsură şi în mod cât mai practic la educarea publicului în direcţie bună.

Geniul sanitar.

Institutele de igienă care conduc efectiv întreaga organizaţie de igienă din ţinutul respectiv, au fiecare câte o secţiune de geniu sanitar, secţiune condusă de câte un inginer specializat în această materie. Aceste secţiuni stau la dispoziţia publicului, elaborând la cerere planuri de: case, fântâni, latrine, precum şi planuri de instituţii publice: şcoli, spitale,

etc., în limita sumelor ce le-au fost indicate. Aceste secţiuni contribue prin construcţiile noui la reformarea satelor din fundament.

Şcoli de igienă pentru popor.

Propaganda sanitară mai e servită şi în mare măsură, în afară de diferitele broşuri, planşe, tracte enumărate mai sus, şi în afară de conferinţe, articole de ziare sau reviste prin şcoala de igienă pentru popor, ce o întâlnim ataşată la institutele de igienă provinciale de exemplu la cel din Zagreb. In acest oraş funcţionează de aproape doi ani o asemenea şcoală pentru 50 elevi. Aceste şcoli au un program de cursuri cu o durată de 5 luni şi primesc elevi bursieri recrutaţi dintre tinerii ţărani din împrejurimi, cari după terminarea cursurilor se reîntorc la ocupaţiile dinainte, contribuind ca factori adjuvanţi la pentratia în mase a principiilor de medicină preventivă.

Surorile de ocrotire.

Aşi comite o mare greşeală dacă nu aşi releva în acest loc importantul rol, pe care îl joacă ca propagandiste surorile de ocrotire. Mare parte din rezultatele obţinute în această ţară pe terenul sanitar se datoresc acestui corp sanitar auxiliar, căruia i s'a dat o pregătire foarte serioasă atât din punct de vedere profesional cât şi moral. Aici sora de ocrotire pe lângă că a secondat pe medic în toate acţiunile sale profesionale: la supravegherea tratamentului în special, a contribuit în mare măsură la depistarea de bolnavi noui, iar prin sfaturile convingătoare şi supravegherea în deaproape a copiilor a contribuit la reducerea mortalităţii infantile cât şi la îndepărtarea din familiile vizitate în mod periodic a multor obiceiuri şi datini cari se opuneau acceptărei principiilor de igienă.

Terminând cu aceste consideraţiuni şi impresiuni generale cari demonstrează ca mecanism complex de propagandă şi educare s'a întrebuinţat de către vecinii noştrii, consideraţiuni cari explică rezultatele aşa de frumoase ce au fost obţinute, vom căuta să analizăm în mod special câteva elemente din organizaţia sanitară a acestei ţări.

Organizarea Serviciului de Igienă şi Acţiunea Medico-Socială

Din războiul mondial Jugo-Slavia eşise cu un număr enorm de bolnavi contagioşi, cari periclitau pretutindeni în ţară sănătatea populaţiei. In anul 1919 întâlnim 5278 bolnavi cu variolă, dintre cari 1100 cazuri mortale, 12.198 cazuri de tifos exantematic cu o 1499 cazuri mortale, 17.532 de dezinterie, dintre cari 3100 mortale.

Această situaţie reclamă intervenţie imediată din partea autorităţilor competente. Pentru ca acţiunea de apărare a sănătăţii publice să fie cât mai concentrată şi mai puternică a luat fiinţă Ministerul Sănătăţii. In puţin timp apoi în toate centrele mai de seamă s'au înfiinţat laboratorii şi staţiuni epidemiologice, s'au creat institute noui de igienă. In regiunile în cari bântuiau boalele venerice au luat naştere dispensarii anti-venerice. In **Dalmaţia** şi **Macedonia** au luat fiinţă organisme antimalarice în timp ce în regiunile muntoase pentru adăpostirea tuberculoşilor s'au creat sanatorii antituberculoase.

www.libtool.com.cn

După cum vedem în crearea de noui instituţii sanitare nu s'a ţinut socoteala de un sistem general pentru întreaga ţară, ci fiecare regiunea a fost dotată cu instituţii adequate maladiilor cari bântuiau acolo mai puternic. O altă caracteristică a organizaţiei sanitare din această ţară este mobilitatea, uşurinţa cu care aceste instituţii se pot adapta necesităţilor momentane.

Sistematizarea acestor diferite institute în institute de igienă provinciale sau în case de sănătate cu mai multe secţiuni s'a făcut deabia în 1929.

Azi în **Jugo-Slavia** în afară de serviciile spitaliceşti întâlnim două feluri de servicii sanitare de stat şi anume:

1) **Serviciile sanitare ale Banatelor** cu şefii de servicii regionale şi cu medicii de arondismente (districte), rămăşiţă ale organizaţiei sanitare antebelice, cari fac administraţia sanitară şi pe cari tendinţa igieniştilor este să le desfiinţeze.

2) **Serviciile de igienă publică** nou create după răsboi, cari prin institutul de igienă central din Belgrad depind de Ministerul Sănătăţii, cu Banatele institutele de igienă regionale neavând relaţii de sub-ordonare. In această categorie de institute şi în ordine erarhică avem:

a) Institutul de igienă central din **Belgrad** de care prin intermediul institutelor de igienă regionale depind toate serviciile de igienă şi medicină preventivă din ţară.

b) Şcoala sanitară publică din **Zagreb** pentru întreg regatul.

c) Institutele de igienă regionale din: **Sarajevo, Zagreb, Liubliana, Novi-Sad, Nisch, Skoplie, Bagnea-Luca, Cetigne** şi **Split.** După cum vedem pentru fiecare banovină s'a creat câte un institut de igienă regional care conduce şi controlează toate instituţiile de igienă şi medicină preventivă din regiunea respectivă.

d) Casele de sănătate publică, cu o rază de activitate mai mare (15—30.000 locuitori) cu mai multe servicii de specialitate, şi

e) Staţiunile de sănătate în comunele până la 10.000 locuitori.

Prin legi speciale au fost fixate în detalii fiecare din atribuţiile acestor organisme de sănătate publică. Pentru a putea aprecia desvoltarea ce au luat dăm mai jos următoarele cifre:

Staţiuni anti-trahomatoase	existau	7 (1921)	29	în 1929
Dispensarii anti-tuberculoase.	„	10 (1922)	47	„ 1929
Policlinici şcolare.	„	8 (1921)	77	„ 1929
Staţiuni de igienă publică.	„	8 (1921)	121	„ 1929
Servicii anti-rabice.	„	2 (1921)	28	„ 1929
Dispensarii pentru sugaci.	„	8 (1924)	28	„ 1929
Staţiuni bacteriologice.	„	4 (1925)	45	„ 1929
Dispensarii anti-venerice.	„	4 (1921)	64	„ 1929

In rezumat din 27 instituţii cu acţiune medico-socială câte existau în 1921, s'a ajuns la 431 în 1929.

Institutele de mai sus fiecare prin munca, ce efectuează, caută să contribue în cât mai largă măsură la efortul general de ridicare a situaţiunei sanitare a ţărei întregi. Aceste institute se ocupă de cercetări şi studii asupra tuturor maladiilor infecto-contagioase, precum şi de combaterea lor. După cum vedem deşi activitatea acestor institute e specializată şi ştiinţifică ele urmăresc însă un scop practic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bolile infecţioase.

Combaterea bolilor infecţioase a fost principala problemă înscrisă în programul post-belic de asanare sanitară. Această combatere s'a făcut în special prin staţiunile bacteriologice cari pe lângă materialul necesar unei asemenea operaţii posedă şi un personal specializat.

Campania întreprinsă în acest mod a adus o bruscă scădere a variolei, tifosului exantematic, febrei recurente şi a dizenteriei. Activitatea acestor staţiuni de bacteriologie e redată şi de cifrele următoare:

Examene bacterio-serologice s'au făcut în anul 1925 = 52.872, în anul 1929 = 128.324.

Reacţiuni Wasserman şi altele s'au făcut în anul 1925 = 105.093, „ „ 1929 = 278.000.

In afară de aceste examinări prin medicii epidemiologi, staţiunile bacteriologice au vizitat satele din raza lor de activitate luând pe loc măsurile profilactice, au vaccinat sute de mii de copii şi adulţi, făcând şi dezinfecţiile de rigoare, aşa de exemplu: în anul 1929 s'au făcut 21.427 desinfecţii.

Problema paludismului.

A doua problemă care a preocupat dela început Ministerul Sănătăţii a fost malaria. Această maladie atacă în mod special şi prin forme cu caracter grav în deosebi regiunile meridionale din Serbia, Muntenegru, Dalmaţia şi Herţegovina. Pentru studierea posibilităţilor de combatere a malariei cât şi pentru combaterea ei efectivă s'au înfiinţat la: Trogir, Struga şi Stip, institute de cercetări antimalarice. Acelaş program de muncă a fost impus şi instituţiunilor din: Bitolia, Scoplie, Prizren, Cetinie, Oralieviţa, Sabat, Mostar, care existau mai dinainte.

Adevărata campanie antipaludică a început în 1923 şi s'a efectuat prin toate mijloacele: propagandă, distrugerea ţânţarilor, distrugerea larvelor, precum şi prin lucrări de asanare (secare de bălţi, reparări de canale, canalizări noui) precum şi prin măsuri de igienă (alimentare, etc.).

In anul 1926, institutul antimalaric din Trogir a distribuit singur 1.495.570 grame chinină. Mai târziu după ce numărul cazurilor de malarie s'a redus simţitor şi după ce o mare parte dintre sursele anofeligene au fost distruse aceste staţiuni antimalarice au fost transformate în servicii de epidemiologie, serviciî însărcinate şi cu combaterea celorlalte maladii infecto-contagioase. Numai la Split şi Scoplie au mai rămas servicii speciale pentru malarie. Serviciile epidemiologice fac studii asupra existenţei şi întinderei diferitelor epidemii, cercetează nevoile populaţiei, fac vaccinări, desinfecţii şi izolări, etc. Când combaterea maladiilor infecţioase dintr'o regiune a luat sfârşit, ele se ocupă de ridicarea condiţiunilor generale de igienă prin măsuri sociale acolo unde e pericol de o nouă epidemie. Aceste măsuri cuprind instalaţii de canalizări, cabinete de toaletă, gropi de gunoaie, drenarea şi uscarea de bălţi, instalaţii de fântâni şi ameliorarea locuinţelor. Institutele de igienă în cari lucrează în comun hidro-technicieni, ingineri, veterinari, agronomi cu medici din toate ramurile medicinei sociale au luat naştere din aceste staţiuni de epidemiologie. Ca lucrări de asanare am vizitat pe cele dela Trogir, Lucavăţ în Slovenia şi Priştina în Macedonia.

Aceste instituţii pe lângă lucrări fac şi propagandă. Pentru propa-

gandă serviciul sanitar dispune de 100.000 metri film, 15 aparate cinematografice permanente, 200 aparate cinematografice mobile, 50 aparate de proecţiuni şi circa 10.000 dispozitive.

Tuberculoza.

Măsurile antituberculoase au fost luate mai târziu din cauză că maladiile infecţioase prin pericolul, ce reprezentau au atras asupra lor aproape toate atenţiunile. De acea în cea ce priveşte tuberculoza organizarea e la început şi are multe lipsuri. Ca bază a acestei organizări stă dispensarul antituberculos. Numărul acestui fel de dispensare e de 47. Ele fac cercetări, depistarea bolnavilor, izolarea bolnavilor, desinfecţiuni, vizite la domiciliu, dau unde nevoia cere ajutoare materiale, fac examinări de spute precum şi tratamente ambulante (pneumo-torace în special). Acţiunea acestor dispensare e ajutată de aproximativ 2000 paturi de sanatoriu. Datele cu privire la numărul tuberculoşilor nu sunt complecte. Intinderea acestei maladii se apreciază în jur de 60.000 bolnavi. In această situaţie neexistând posibilitatea de a izola dintre bolnavi decât un număr infim de redus toată lupta anti-tuberculoasă se reduce la teorie, la sfaturi şi învăţături. Dintre sanatoriile de tuberculoşi am vizitat pe cel dela Golnic, Slovenia cu 140 paturi foarte bine organizat şi situat într'o regiune foarte pitorească, precum şi colonia de recreare dela Fruska-Gora pentru anemici (intră în categoria preventoriilor). Institutul dela Fruska-Gora are 200 paturi.

Venericele.

In anul 1919, venericele încă au suferit o recrudescenţă foarte pronunţată. Această situaţie ca şi faptul că în unele regiuni sifilisul era endemic, a necesitat măsuri urgente. Prima ambulanţă anti-veneriană a fost înfiinţată în 1919. Staţiunile anti-venerice sau înmulţit aşa de repede, în cât în 1929, numărul lor ajunge la 64. Combaterea sifilisului existând un tratament specific s'a putut face cu mult mai multă uşurinţă. In ceace priveşte blenoragia, rezultatele sunt mai îndoelnice ca pretutindeni de altfel. Dispensare anti-venerice nu se mărginesc numai la facerea de tratamente, ci iau în acelaş timp şi măsuri profilactice, fac consultaţii, cercetări şi duc şi prin anchete lupta antiluetică în special. Din această categorie de institute am vizitat dispensarul anti-veneric din Split şi cel dela Nisch, ambele prezentând o activitate foarte bogată precum şi rezultate bune în ceace priveşte sifilisul a cărui morbiditate dela începerea campaniei a scăzut brusc şi considerabil.

Relativ la combaterea alcoolismului şi cancerului nu putem spune prea multe, lupta fiind de abia în faşe. Pentru combaterea alcoolismului există societăţi de temperanţă cari prin propagandă evidenţiază relele cari se abat asupra celor cari întrebuinţează această substanţă nocivă. In activitatea lor societăţile de temperanţă sunt secundate şi de organizaţia Socolilor.

Turbarea.

Pentru combaterea turbărei care în această ţară cu un **număr de 8297 muşcaţi numai în anul 1929,** reprezintă o problemă importantă, institutul antirabic din Novi-Sad a dat contribuţie, care poate fi numită epocală. Anume directorul acestui institut Dr. Hempt a pus în practică metoda sa personală, care permite ca emulsia antirabică să poată fi introdusă în fiole şi să se trimită la distanţe, putând fi injectată de orice medic de circumscripţie.

Tot această metodă permite ca zilele de tratament preventiv să se restrângă la 4—5. Se injectează o fiolă de 5 cm.^{3} în 5 zile consecutive, iar la o lună după acea se mai injectează o fiolă.

Această metodă, **care permite tratamentul fără deplasări la distanţe** a celor muşcaţi, datorită faptului că vaccinul astfel fiolat îşi păstrează eficacitatea un timp îndelungat, credem că e un mare avans în soluţionarea problemei turbărei. Eficacitatea acestei metode a fost demonstrată de cele 11.000 persoane tratate până azi cu vaccinul antirabic Dr. Hemt, la cari mortalitatea a fost redusă la 0.14%.

Conjunctivita granuloasă.

Regiunile bântuite de trachom au fost prevăzute cu dispensarii antitrachomatoase. Ele sunt conduse de un medic care pentru depistare se deplasează în toate satele razei lui de activitate. La Novi-Sad dispensarul antitrachomatos lucra ca o secţie a institutului de igienă din localitate. Din anchetele acestor dispensarii rezultă că sunt sate în cari ca de ex.: Stapar, peste 26 procente din populaţia infantilă este trachomatoasă. In Voivodina au fost examinaţi pentru trachom 27.699 persoane dintre, cari 1825 au fost trachomatoşi. Acest dispensar poseda o grafică ce repartizează morbiditatea trachomului pe naţionalităţi. Fiind interesantă o reproduc. Sârbii prezentau trachom în proporţia de:

	10.40%
Ruşii	7.7%
Slovacii	4.2%
Ungurii	3.7%
Românii	2.2%

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In satele pe cari anchetele le-au arătat ca infectate, copii sunt examinaţi periodic odată în fiecare lună. Bolnavii proveniţi din oraşul reşedinţă sunt trataţi la dispensar în mod ambulant în timp ce bolnavii de provenienţă rurală sunt internaţi în spitale.

Protecţia copiilor.

a) **Sugacii.** Pentru proteguirea sugacilor şi a primei copilării Ministerul Sănătăţii în colaborare cu iniţiativa particulară a înfiinţat mai multe dispensarii de copii, azi numărul lor pe întreaga ţară se ridică la 25. Numărul lor nu e mare dar în constantă progresiune. Ele activează prin sfaturi date mamelor, prin bucătării de lapte şi prin consultarea copiilor bolnavi. Pentru supravegherea mai de aproape a copiilor dispensariile prin intermediul surorilor am aflat o curăţenie demnă de invidiat. In dormitoare paturile erau bine îmbrăcate şi nu prea înghesuite. Condamnaţii erau bine îmbrăcaţi, curaţi şi în bună sănătate aparentă.

Terminând cu înşirarea institutelor vizitate şi cu descrierea sumară acelor văzute nu pot să nu amintesc călduroasa primire, ce ni s'a făcut în toate localităţile urbane sau rurale în cari am poposit şi nici de delicata atenţie ce ni s'a arătat de către autorităţile ţării. Aproape în toate localităţile autorităţile au oferit în onoarea vizitatorilor recepţii sau mese. La banchetele din Novi-Sad, Split, Nisch, Soplie, au luat parte însuşi directorii banatelor încadraţi de celelalte autorităţi. La Belgrad masa a fost prezidată de către de ocrotire fac şi vizite periodice la domiciliu. Acolo unde nevoia cere dis-

pensariile indică şi chiar fac plasamente familiare. La Belgrad am vizitat dintre institutele pentru protecţia copilăriei cele de sub conducerea prof. Dr. **Ambrosici,** constatatoare din un dispensar complect, serviciul de internare al suferinţelor cu 60 paturi, o creşă precum şi o puponieră.

La Novi-Sad am vizitat o puponieră pentru 200 copii aparţinând tot institutului de igienă. Dispensariile pentru protecţia copilăriei au dat în 1929, 170.017 consultaţii, precum şi 12.643 vizite la domiciliu.

b) Epoca şcolarităţei. Pentru protecţia copiilor de şcoală s'au înfiinţat policlinice şcolare şi din cauză că statul nu a fost deloc mulţumit de medicii şcolari, cari se limitau a da îngrijiri copiilor bolnavi dar şi aceasta numai în cazul când erau chemaţi. Acest mod de a acţiona realizează ceva incomplect şi insuficient.

Policlinicile şcolare depind tot de institutele de igienă. Prima policlinică de acest fel s'a înfiinţat în 1923. Ele fac descoperirea oricăror defecte mentale sau corporare. Azi în toată ţara sunt 77 policlinici şcolare în cari în 1929, s'au efectuat 112.282 examene sistematice, 156.605 examene clinice şi s'au dat 393.645 consultaţiuni precum şi 105.603 băi. Aceste policlinice au luat o desvoltare aşa de frumoasă, în cât Ministerul Instrucţiunei Publice le-a însărcinat cu direcţiunea tuturor măsurilor cari privesc protecţia copiilor de şcoală.

Cooperativele sanitare.

Cooperativele sanitare sunt organizaţii aproape unice în lume. Ele nu se adresează ca de ex.: asigurările sociale numai unei categorii de muncitori industriali sau comerciali ci tuturor celor ce vor a fi membrii. In primul rând ele se adresează populaţiei rarule, căreia în schimbul unei taxe anuale îi dă dreptul la asistenţă medicală rapidă şi pe un preţ redus. In aceleaşi condiţii cooperativele sanitare dau şi medicamente. Nu dau însă membrilor săi în caz de invaliditate nici un fel de ajutor bănesc. In 1929 existau 36 cooperative sanitare cu un număr de 92.232 societari. Infiinţate de Kr. Gr. Koitsch deabia în 1922 au progresat destul de repede.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Igiena în industrii.

La Nisch pentru a ni se da o ideie de modul cum e asigurată sănătatea publică în industrii am vizitat fabrica de tutun din localitate. Situată în plină regiune producătoare de tutun şi edificată deabia în ultimul doi ani e prevăzută cu tot confortul necesar efectuării muncii în condiţiuni bune. Notez în special aspiratoarele mecanice cari feresc lucrătorii de intoxicare cu praful ce se produce la tăierea şi mânuirea tutunului. In popota ataşată fabricei lucrătorii capătă eftin, bun şi curat o alimentaţie raţională şi variată. Fabrica mai are ataşate şi băi şi duşuri unde fac în mod obligatoriu bae, de o parte lucrătorii şi de altă parte funcţionarii. Un dispensar polivalent vizitează pe cei bolnavi şi o puponieră dă posibilitate lucrătoarelor să-şi lase copii în îngrijire peste zi.

Igiena în închisori.

Tot la Nisch am vizitat şi o închisoare cu aproximativ 1200 pensionari, dintre cari peste 300 erau români din valea Timocului şi regiunile de peste Dunăre. Aici peste tot atât în dormitoare, ateliere cât şi în bucătărie

directorul general sanitar şi tot la Belgrad, Ministru Sănătăţii a ţinut să ne primească personal şi să se întreţie cu fiecare dintre cei prezenţi. Toate aceste atenţii nu ne erau adresate nouă personal ci vizau simpatii şi atenţii pentru ţările ai căror trimişi eram.

Dacă cei 17 excursionişti delegaţi ai: **Jugo-Slaviei, Bulgariei, Greciei, Ceho-Slovaciei, României,** delegatul **Chinei,** precum şi Dr. **Tomanek,** reprezentând secţia de igienă a Ligei Naţiunilor în ultimele trei săptămâni ale excursiei n''am mai prezentat omogenitate ca în prima parte a excursiei, faptul se datoreşte nu numai oboselei ci mai ales faptului că dela băile Herculane spre regretul tuturor ne-a părăsit regretatul Inspector General Sanitar Dr. Laugier, care timpul cât ne-a însoţit se impusese ca un conducător destoinic al întregului grup iubit şi respectat de către toţi membrii grupului.

Ţin tot cu această ocazie să exprim mulţumirile mele D-rului **Tomanek** *), care tot timpul excursiei a fost neobosit în aranjarea tuturor detaliilor de natură administrativă, cari sunt totdeauna cele mai delicate.

Mulţumesc în sfârşit şi în special Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale care delegându-mă să particip la această excursie a binevoit a-mi da putinţa de a-mi complecta un capitol important din cunoştinţele mele de igienă.

Domnii Medici sunt rugaţi să prescrie flacoane originale de

DOZE:
COPII până la 3 ani o linguriţă la oră:
COPII dela 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor:
ADULŢI 3—4 linguri înaintea meselor.

LABORATOR:
Str. Regală 11 bis
BUCUREŞTI
Telefon 19/59

Prin îngrijirea laboratorului, la farmacii şi droguerii Lactofermentul Dr. Robin se găseşte întotdeauna de fabricaţiune recentă.

N. B.— La cerere se trimite D-lor Medici 1 fl. original spre experimentare.

Lactofermentul Dr. ROBIN este o emulsiune pură de ferment latic VIU

spre deosebire de preparatele care se prezintă sub formă de comprimate.

Ca ferment figurat viu, are calitatea de a transforma în acid laccil născând, diferitele substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinta, concurând în acest fel la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.
Se poate da cu succes în: Enteritele acute şi cronice ale copiilor şi adulţilor, în Diabet; Ciroze; Exeme; Acnee; Foliculite; Furonculoza Urticaria; Guta, etc.

PRESCRIS DE SOMITAŢILE MEDICALE.

*) Dela efectuarea acestei excursii Dr. Tomanek a decedat. «Mişcarea Medicală» a înserat la timp trista veste a morţei acestui devotat membru al Secţiei de higienă a Soc. Naţiunilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

E. PROFESIONALE

REGULAMENTUL LEGII PRIVITOARE LA ORGANIZAREA ŞI FUNCŢIONAREA COLEGIULUI MEDICILOR

DEFINIŢIE

Art. 1. — Colegiul Medicilor din România este organizaţia profesională a corpului medical care are sarcina să controleze practica medicală şi să vegheze la păstrarea prestigiului corpului medical, luând măsurile necesare pentru preîntâmpinarea sau menţionarea abaterilor săvârşite prin actele profesionale şi de deontologie medicală.

Organizarea colegiilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Art. 2. — Colegiul Medicilor din România este alcătuit din medicii cari au dreptul de libera practică a profesiunei lor, în ţară, în condiţiunile fixate de legile şi regulamentele de organizare.

Art. 3. — Colegiul medicilor este împărţit şi organizat pe secţiuni judeţene.

In fiecare judeţ trebue să existe un colegiu al medicilor, cu sediul în Capitala judeţului.

Secţiunea judeţeană a colegiului medicilor cuprinde pe toţi medicii care au domiciliul sau sediul lor în circumscripţia judeţeană respectivă.

Art. 4. — Fiecare secţiune judeţeană a colegiului medicilor este condusă de un consiliu compus din 5 membrii. Membrii consiliului sunt aleşi de către medicii colegiului cu dreptul de vot, pe termen de 3 ani, dintre membrii secţiunei judeţene având o vechime de cel puţin 5 ani dela obţinerea liberei practice şi vârsta de 35 ani împliniţi.

Comitetul judeţean alege din sânul său, prin vot secret, preşedintele secţiunei, un vice-preşedinte, un casier şi un secretar.

Consiliul medicilor poate angaja un ajutor de secretar, care va îndeplini şi atribuţiunile de grefier al comisiei disciplinare.

Art. 5. — Consiliul general al Colegiilor medicale din România este alcătuit din preşedinţii secţiunilor judeţene (art. 169 din lege).

Consiliul general alege dintre membrii cari îl compun şi cu majoritate de voturi, un preşedinte şi 4 membri, cari constitue comitetul executiv al colegiilor medicilor, cu sediul în Bucureşti.

Alegerea se face pe termen de 3 ani.

Art. 6. — Comitetul executiv al colegiilor medicilor din România, prepară lucrările şi chestiunile importante, pe cari le prezintă consiliului general.

Comitetul poate lucra şi lua hotăriri cu cel puţin 3 membri, ţine 4 şedinţe pe an şi poate fi convocat de preşedinte ori de câte ori va fi nevoe.

Convocările se fac de către preşedintele comitetului.

Art. 7. — Comitetul executiv are şi însărcinarea de a reprezenta totalitatea colegiilor medicilor în faţa autorităţilor, în privinţa tuturor chestiunilor cari privesc sănătatea publică sau situaţia profesională a medicilor. totalitatea colegiilor medicilor în faţa autorităţilor, în privinţa tuturor chestiunilor cari privesc sănătatea publică sau situaţia profesională a medicilor.

Art. 8. — In cazuri urgente şi grave, comitetul executiv decide, urmând să se obţină ratificarea din partea Consiliului general.

Comitetul executiv are dreptul de a convoca adunări genenrale ale colegiilor medicilor în cazuri urgente şi cari necesită consultarea corpului medical.

Art. 9. — Inscrierea în colegiul medicilor atribue exerciţiul dreptului de liberă practică a medicinei. Pentru a fi înscris, se cer următoarele condiţiuni: **a)** să fie cetăţean român; **b)** să fi obţinut dreptul de liberă practică în România.

Art. 10. — Medicul poate fi şters de pe tabloul colegiului şi pierde dreptul de liberă practică în următoarele cazuri: **a)** prin cererea sa, arătând că nu mai practică medicina; **b)** prin faptul unei condamnaţiuni pentru fapte infamante, fie ca autor, fie ca complice; **c)** prin condamnarea de către comisia de disciplină şi judecata cu excuderea definitivă; **d)** prin exercitarea unui comerţ; **e)** prin exercitarea comerţului farmaceutic; **f)** în cazurile în cari, prin legile de organizare, sunt prevăzute interdicţii absolute pentru medici; **g)** prin orice ocupaţiuni cari ar fi de natură să aducă vreo ştirbire prestigiului corpului şi demnităţii profesiunei medicale; **h)** în urma deciziei comisiunei disciplinare, rămasă definitivă, prin neaplicarea sau prin exercitarea căilor de control prin care se pronunţă radierea de pe tabloul medicilor.

Art. 11. — Radierea de pe tablou pentru cazurile prevăzute la literile **c, f** şi **h** se pronunţă de comisiunea disciplinară, care va judeca pe medic în condiţiunile şi cu formele prevăzute în **lege** şi **regulament**, pentru judecarea abaterilor disciplinare.

Alegerile.

Art. 12. — Au dreptul de vot şi sunt eligibili în colegiile medicilor toţi medicii secţiunei judeţene, cu domiciliul real în raza judeţului, înscrişi până în ziua alegerii şi întrucât nu le-au fost ridicate până la această dată, drepturile de vot, printr'o sentinţă disciplinară.

Consiliul colegiilor medicilor din judeţ trebue să publice anual o listă a medicilor cari fac parte din colegiul respectiv, în luna Ianuarie.

Art. 13. — Alegerea de judeţ se anunţă de preşedintele consiliului medicilor, pe cale de publicitate, prin ziare locale şi prin afişare la localul secţiunii judeţene şi la Prefectura judeţului.

Art. 19. — Se aleg ca membri ai colegiului medicilor acele persoane, cari au obţinute cele mai multe voturi; alegerea se face prin tragere la sorţi, în caz de paritate de voturi.

Art. 14. — Inscrierile în colegiu se fac prin cerere înscrisă.

Ziua alegerii este stabilită de către consiliul colegiului medicilor.

Medicul care nu mai îndeplineşte condiţiunile pentru înscrierea în listă, trebue şters (art. 10). Orice modificare a listei trebue înserată în listele oficiale ale colegiului şi publicată în condiţiunile legei şi regulamentului de faţă.

Art. 15. — In termen de 14 zile dela publicare, partea interesantă sau orice membru al colegiului medicilor poate face contestaţie la tabloul membrilor, cerând fie radierea, fie înscrierea.

Contestaţia se face de către consiliul colegiilor medicilor, care o judecă.

Art. 16. — **Cel ales nu poate refuza mandatul de consilier al colegiului,** decât numai în cazul când are vârsta de 60 ani, sau dacă în ultimul exerciţiu al colegiului judeţean a fost membru în consiliu.

Art. 17. — Alegerea este secretă şi se face prin buletin de vot. — Biroul electoral este alcătuit din preşedintele colegiului, asistat de doi membri ai colegiului medicilor desemnaţi de consiliul colegiului judeţean în ajunul alegerii.

Nu există balotagiu, alegerea făcându-se pe baza de majoritate relativă.

Art. 18. — Medicii cari candidează pentru oficiul de consilier, trebue să declare în scris candidatura cu 5 zile înainte de data alegerii, la sediul consiliului judeţean, depunând şi taxele necesare pentru publicarea buletinelor de votare.

Rezultatul alegerii este afişat de către preşedinte la sediul colegiului medicilor şi anunţat prin ziarele locale.

Art. 20. — Abaterile votării şi procedeele ilegal întrebuinţate, întru cât au avut o influenţă simţitoare asupra rezultatului alegerilor, trebuesc prezintate biroului electoral, cu drept de apel la comitetul executiv, fără a se închide calea recursului în Justiţie.

Procesele-verbale conţinând rezultatele alegerilor vor fi comunicate comitetului executiv şi Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale de către biroul electoral, originalele rămânând în păstrarea colegiului judeţean.

Art. 21. — Prima întrunire în şedinţă a membrilor comitetului colegiului se face la cererea preşedintelui, care trebue să aibă loc în termen de 15 zile dela rezultatul alegerilor. In caz că preşedintele nu convoacă consiliul colegiului, acesta se convoacă singur la sediul colegiului.

Art. 22. — Preşedintele este însărcinat cu constituirea noului consiliu, adică alegerea preşedintelui şi vice-preşedintelui, casier şi secretar.

Art. 22 bis. — Numai după constituire, preşedintele fostului consiliu depune mandatul în mâinile noului preşedinte.

Art. 23. — Datoria consiliului colegiului medicilor este de a ţine şedinţe, a lua hotărîri şi a se pune în legătură cu alte consilii ale colegiilor medicilor, în privinţa tuturor chestiunilor cari privesc interesele profesiunei medicale, drepturile şi datoriile, precum şi demnitatea şi reputaţia acestei profesiuni, ori problemele de sănătate publică cât şi anumite măsuri sanitare.

Art. 24. — Consiliile colegiilor medicilor trebuesc să aducă la cunoştinţă medicului primar de judeţ şi prefectului hotărîrile cari privesc sănătatea publică, pentru a lua măsurile de cuviinţă

Art. 25. — Preşedintele, sau în caz de împiedicare a acestuia, vice-preşedintele, reprezintă colegiul în afară, stabileşte câmpul de activitate al

membrilor colegiului şi supraveghează activitatea lor reglementară. El convoacă şedinţele consiliului, precum şi ale colegiului medicilor, prezidează la aceste şedinţe şi întruniri şi pune în execuţie deciziunile.

Art. 26. — Membrii Consiliului colegiilor sunt obligaţi a asista la şedinţele colegiului medicilor. In caz de împiedicare, trebuesc să se scuze la preşedintele colegiului, indicând motivele.

Art. 27. — Un membru al consiliului îşi pierde mandatul, imediat ce intervine o circumstanţă de demnitate sau incompatibilitate şi i se va un nou membru, acela care urmează pe lista votată.

Art. 28. — Consiliul colegiilor medicilor trebue să dea la cerere informaţiuni autorităţilor de stat, provincie şi autonome din sectorul lor, să facă expertize şi să sprijine activitatea acestor autorităţi.

Autorităţile de stat şi comunele vor supune avizului consiliului general al colegiilor medicilor, proecte de legi şi decizii judeţene, în ceeace priveşte regulamentele locale şi ordonanţele sanitare cari ating interesele sănătăţii publice sau interesele medicilor, înainte de a le prezenta parlamentului; tot aşa şi regulamente importante cari ating interesele sus menţionate, înainte de emiterea acestora.

Art. 29. — Avizul consiliului general va fi cerut în mod special:

a) Pentru regulamentele ce trebuesc emise;

b) Pentru aprobările ce trebuesc acordate medicilor balneologi, medicilor cari cer echivalenţa pe baza unei diplome din streinătate şi pentru practica ambulantă cerută de unii medici.

Autorităţile de stat, judeţ şi locale, precum şi purtătorii asigurărilor sociale, la cererea colegiilor medicilor, vor da informaţiunile necesare pentru îndeplinirea îndatoririlor acestora, precum şi pentru a sprijini activitatea colegiilor medicilor.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Art. 30. — Produsul acestor cotizaţii va servi pentru acoperirea cheltuielilor de administraţie, pentru **a veni în ajutorul medicilor invalizi, văduvelor şi orfanilor medicilor înscrişi,** precum şi pentru **creiarea de instituţiuni cu scop filantropic sau ştiinţific.**

Art. 32. — Consiliul general . . . . este îndreptăţit a decide perceperea de cotizaţiuni . . . . pentru acoperirea necesităţilor . . . . instituţiilor de asistenţă înfiinţate de consiliul judeţean. Cotizaţiunile se vor încasa prin agenţii fiscului.

Art. 39. — Delictele medicale sunt de 4 grade:

A. **Şarlatanismul** medical va fi ori de câte ori în activitatea medicului va prima, faţă de bolnav, preocuparea pecuniară şi pentru a o satisface va uza de: titluri false, publicitate deşanţată, câştigarea clientelei prin samsari sau persoane interpuse, aplicarea şi anunţarea de leacuri secrete, sustracţiunea clientelei prin defăimarea şi uzurparea colegilor.

B. **Fapte nedemne,** fapte cari ating demnitatea şi prestigiul corpului medical; practicarea comerţului, de orice natură ar fi el; prepararea de medicamente purtând numele medicilor (specialitate terapeutică) şi neaprobate de ministerr; recomandarea farmaciei; practicarea medicinei clandestine (case de sănătate) şi orice alte mijloace asemănătoare.

C. **Fapte ce contravin regulilor deontologice:** concurenţa neloială, defăimarea şi uzurparea colegilor, călcarea conduitei în caz de consult medical, substituirea de nume, evitarea consultului obligator — în caz de avort tera-

VIN BRAVAIS

(KOLA, COCA, CACAO, Tannates de Caféine, Cocaine & Théobromine).

Cel mai puternic tonic, nutritiv şi stimulent în afecţiunile cardiace, nervoase, anemie, rachitism, chlorosă, debilitate, convalescenţă, etc.

Literatură şi eşantioane medicale:

J. E. BUCUR — BUCUREŞTI 4

Strada Mecet No. 8.

OPOTHERAPIA ASOCIATĂ

PANGLANDINE

COUTURIEUX

EXTRACT GLANDULAR TOTAL

în capsule keratinisate.

Indicaţiuni: *Mixoedemul, infantilismul, acromegalia, gigantismul,* la copii.— *Obesitate, turburări gastro-intestinale, circulatoare, nervoase, exoftalmie gută, maladia lui Adison, turburări hypofisare, ovariene, senilitate precoce,* la adulţi.

LABORATOIRES CH. COUTURIEUX, PARIS

18, Avenue Hoche.

Literatură şi eşantioane medicale:

J. E. BUCUR — BUCUREŞTI 4

Strada Mecet No. 8.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

peutic — cu 2 confraţi de specialitate, evitarea de a obţine consimţimântul bolnavului sau familiei în cazuri de intervenţii chirurgicale, angajarea la societăţi în condiţiuni nepermise de colegiu, participarea ca expert în cazuri unde figurează clientul ca parte.

D. **Delicte uşoare:** consultul medical prin reviste; biurou dublu de consultare; recomandarea unor invenţiuni ce n'au fost suficient experimentate.

Art. 43. — Comisiunea de disciplină va putea pronunţa, după gravitatea învinuirii, următoarele pedepse: avertismentul, avertismentul cu ridicarea dreptului de a fi ales în consiliu pe timp de un an până la 3 ani; interdicţia temporară a practicii medicale, dela 15 zile până la un an; radierea de pe tabloul colegiului.

Art. 44. — Medicul învinuit îşi va putea face **apărarea înaintea comisiunei,** singur sau asistat de un coleg sau de un avocat.

Şedinţele comisiunei sunt publice, afară de cazuri speciale şi în urma cererii făcută de către părţi, cerere adresată preşedintelui comisiunei de disciplină şi judecată.

Deciziunile comisiunei de disciplină se vor motiva, ele trebuind în mod obligator să fie redactate cel mai târziu în termen de 10 zile dela data pronunţării.

Art. 45. — El (medicul) poate la orice moment să ia cunoştinţă de stadiul în care se află cercetările în curs, luând cunoştinţă de acte şi să ceară comunicarea actelor, fără însă ca prin aceasta să fie ţinută în loc procedura disciplinară.

Art. 46. — După primirea înştiinţărei, preşedintele consiliului convoacă comisiunea disciplinară, care, după ce a ascultat pe învinuit şi pe referentul desemnat, la nevoe după cercetări prealabile, trebue să decidă dacă există motiv pentru a da învinuitului o pedeapsă disciplinară.

Art. 47. — In materie disciplinară sunt admise toate probele, conform aprecierii suverane a consiliului de disciplină.

Art. 48. — Consiliul de disciplină judecă după convingerea sa liberă, obţinută din examinarea conştiincioasă a tuturor dovezilor din dosar.

Art. 49. — Chiar dacă a fost ales un apărător, comisia de disciplină trebue să ceară prezentarea inculpatului.

Art. 50. — Citaţia medicului învinuit ca să apară înaintea comisiunei de disciplină la desbaterea orală, trebuie trimisă inculpatului cu cel puţin 8 zile înainte.

Art. 51. — Recuzarea membrilor comisiunei disciplinare este admisibilă din motive de suspiciune legitimă. Aceste motive sunt lăsate aprecierii suverane a consiliului colegiului medicilor.

Art. 52. — Desbaterea orală a suspiciunei are loc în şedinţă secretă.

Art 53.. — Dacă în decursul judecăţii se iveşte bănuiala că e vorba de un fapt penal, comisiunea de disciplină sezizeazză Ministerul Public. Până la terminarea procedurii judecătoreşti, procedura disciplinară este întreruptă.

Art. 54. — Deciziunea comisiunei disciplinare trebueşte publicată în buletinul colegiilor medicilor.

Art. 55. — Un exemplar al deciziei se va trimite preşedintelui comitetului executiv.

Art. 56. — Discuţiunea înaintea comisiei de disciplină trebue consem-

nată în deciziunea pe care o iscălesc preşedintele şi membrii comisiei de disnată în deciziunea pe care o iscălesc preşedintele şi membrii comisiei de disciplină, cum şi secretarul comisiunei. Procesul verbal trebue să conţină numele membrilor comisiunei de disciplină prezenţi, al împricinaţilor şi al apărătorilor, să stabilească toate formalităţile mai importante ale procedurii, mai ales să indice, cari martori şi experţi au fost citaţi, în sfârşit să indice toate propunerile făcute de impricinaţi, precum şi hotărîrea luată asupra acestora.

Art. 57. — Cheltuelile procedurii disciplinare cad în sarcina învinuitului, în caz de condamnare, iar în caz de achitare trebuesc suportate de colegiul medicilor sau partea care a reclamat. Comisiunea de disciplină trebue să stabilească suma cheltuelilor procedurale prin deciziunea sa.
în termen de 15 zile dela comunicare. Acest drept de apel aparţine învinuitului

Art. 58. — Deciziunile comisiunei de disciplină **dau drept de apel** în termen de 15 zile dela comunicare. Acest drept de apel aparţine învinuitului în caz de condamnare, sau particularului reclamant.

Art. 59. — Apelurile vor fi judecaţe de comisiunea de judecată şi de disciplină centrală, compusă dintr'un membru al Curţii de Apel din Bucureşti şi 4 medici desemnaţi de Consiliul general, precum şi dintr'un supleant.

Art. 60. — Impotriva deciziunilor comisiunei apelative există **drept de recurs** înaintea Inaltei Curţi de Casaţie, secţia III-a. Declararea lui, formele şi cazurile de recurs sunt cele prevăzute în legea organică a Inaltei Curţi.

SIROPUL

NEURO TONIC

GHEORGHIU

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TONICUL NERVILOR ŞI AL MUŞCHILOR

APROBAT DE

MINISTERUL SĂNĂTĂŢEI

cu No. 15 091 1929 conform Jurnalului Consiliului Sanitar Superior din 23 Martie 1929

INDICAŢIUNI TERAPEUTICE:

Surmenaj intelectual, fizic şi moral, Anemie, Melancolie, Timiditate, Neurastenie, Impotenţă, etc.

TONIC şi APERITIV

CONŢINUTUL 200 C. M. C.

DEPOZIT

FARMACIA ŞTEFAN GHEORGHIU

CRAIOVA — JUSTIŢIEI, 32 TELEFON 8|4

III.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

A treia reuniune plenară a Societăţii Anatomice din Paris a avut loc în Amfiteatrul Facultăţii de Medicină şi Laboratorul de Anatomie-Patologică. Principalul subiect a fost problema anatomo-clinică a limfogranulomatosei.

D-l *Prof. Titu Vasiliu (Cluj)* a prezentat primul un raport asupra *Limfogranulomatosei din punct de vedere experimental.* Prof. Favre şi Croizat (din Lyon) au studiat într'un raport problemele anatomo-patologice şi clinice ale acestei maladii.

La aceste rapoarte s'au făcut discuţiuni ample la cari au participat cu contribuţii personale Joslin de Jong, Chevallier Clerc, de Vecchi, Aubertin, Henschen, Roussy.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Profesorul Guido Holzknech, celebrul radiolog vienez, a decedat în urma unui cancer profesional pentru care suferise până acum amputaţia mânei apoi a braţului.

* * *

Marele neurolog, Profesorul Von Economo din Viena, a decedat luna trecută. De numele marelui cercetător se leagă maladia descrisă de ele la 1917: *encefalita letargică.* Deşi cu câteva luni înainte Cruchet revendică pentru sine prioritatea descoperirii acestei maladii, von Economo rămâne acela care strângând cazurile izolate şi insuficient caracterizate publicate înainte şi bazat pe un vas material de observaţii şi cercetări, a izolat această maladie ca o entitate morbidă cu numeroase forme clinice de manifestare. El a fost primul care a descris paralizia oculară şi hypersomnia paroxistică sau continuă şi el a precizat localizarea virusului reuşind împreună cu Wiesner să-l transmită la maimuţă. Tot el a precizat sediul în creer în care se produc fenomenele de somn şi veghe fiind confirmat în urmă de Claude, Lhermite, Marinescu, Hess, etc.

S'a ocupat în special cu studiul cytoarchitectonic al creerului construind împreună cu Koskinas un atlas cuprinzând fotografii de citoarchitectonica tuturor regiunilor cerebrale.

* * *

Din motive de economie bugetară, *Serviciul chirurgical al profesorului Bier* va fi închis la 1 Aprilie viitor, dată la care marele chirurg ese la pensie. Acelaş lucru s'a hotărît şi cu *serviciul profesorului Vaquez* de la Paris, din chiar toamna aceasta.

* * *

Al VII-lea congres al pediatrilor de limba franceză a avut loc la Strasbourg sub preşidenţia profesorului Rohmer.

Chestiunile la discuţie au fost: *Febra alimentară la sugaci. Tumorile cerebrale la copii şi Formele fruste şi latente ale avitaminozei la sugaci.*

Medicul român Corcan, şeful secţiei medicale la Spitalul de copii din Temişoara, a prezentat un raport: *Studii experimentale asupra febrei alimentare şi aplicarea lor în clinică.* Concluziile autorilor sunt că există două varietăţi de febră alimentară: febră salină şi febra albuminoasă; ambele dispar prin administrarea de apă. Autorii mai studiază difertiele forme clinice ale febrei saline sau albuminoase experimentale.

Asupra acestei chestiuni au făcut comunicări prof. Schaeffer din Strasbourg: Asupra interpretării fiziologice a febrei alimentare iar D-nii Mathieu şi Jean Chabrun au adus cazuri clinice. Asupra chestiunilor celorlalte au prezentat rapoarte: Heuyer şi Voigt din din Paris, Clovis Vincent, David şi Puech şi Paul Bertoye din Lyon.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Congresul Asociaţiei Stomatologice Internaţionale a avut loc la Budapesta în zile de 2—7 Sept 1931.

La ordinea zilei au fost următoarele chestiuni:

1) Profilaxia cariei dentare; 2) Chirurgia maxilarelor şi a feţei; 3) Tratamentul canalelor dentare; 4) Proteza dentară; 5) Ortopedie dento-facială.

* * *

Al X-lea Congres al Asociaţiei Franceze de Chirurgie a avut loc la Paris în zilele de 5—7 Oct.

Au prezentat rapoarte Prof. Gosset şi Leriche despre *Patogenia şi tratamentul ulcerilor peptice post-operatori.* Prof. Seneque şi Roux despre *Tratamentul chirurgical al fracturilor de gambă, deschise* şi D-rii Brechot şi Nove Josserand despre *Peritonitele cu pneumococi.*

* * *

La Congresul Internaţional de Neurologie din Berna, Medicina românească a fost strălucit reprezentată prin D-nii *Prof. Gh. Marinescu* şi *Prof. C. Parhon.* Au prezentat comunicări interesante D-nii D-ri Paulian, Radovici şi Goldstein.

* * *

Conferinţa Internaţională a Asigurărilor Sociale a avut loc la Praga în primele zile ale lunii Septembrie. Din partea României a participat D-l *Doc. Dr. Banu,* secretar general al Ministerului Muncii şi D-l *M. Enescu.*

* * *

Profesorul Alfred Grotjahn, celebrul higienist german a decedat în vârstă de 61 ani. A fost primul titular al Catedrei de Higienă Socială la Facultatea din Berlin.

* * *

Al IX-lea Congres Internaţional de Chirurgie va avea loc la Madrid în zilele de 15—18 Martie 1932, sub preşidenţia Profesorului de Duervain (din Berna).

* * *

D-l Prof. Dr. S. Nicolau a reprezentat medicina românească la *Congresul Slav de Dermatologie* ţinut la sfârşitul lunei Iunie la Belgrad. Impresiunile D-sale dela acest Congres sunt publicate în „România Medicală" No. 15—16/1931.

* * *

D-l Prof. Dr. Danielopolu a fost ales *Vice-preşedinte al Asociaţiei presei medicale latine,* pe anul 1931/1932.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

D-l Prof. C. Daniel a reprezentat România la *Congresul de ginecologie şi chirurgie* care a avut loc la *Paris* în luna Octombrie crt.

* * *

Premiul Eftimiu a fost acordat anul acesta d-lui Dr. *Al. Bădescu* pentru lucrarea sa: Contribuţiuni la Radiumterapia Cancerului penian.

* * *

D-l Dr. Petre Niculescu a fost numit *Profesor de clinică medicală la Facultatea de Medicină din Iaşi.*

* * *

Congresul Internaţional de istoria medicinei se va ţine în cursul anului 1932, la Bucureşti. Alegerea aceasta pentru anul viitor se datoreşte profesorului *Davide Giordano,* din Veneţia.

* * *

Un curs de perfecţionare în Medicină egală a început la 15 Octombrie la Institutul Medico-legal „Prof. M. Minovici". Aceste cursuri sunt necesare medicilor cari vor dovedi să ocupe posturile de medici legişti.

* * *

Homéopathie — W. Kopaczewski în *Paris Médical* No. 44/ 1931, pag. I—V, prezintă în lumina datelor actuale metoda de tratament instituită de Samuel Hahnemann la finele sec. XVIII şi cunoscută sub numele de omeopatie.

Fie-care din principiile pe care se bazează această metodă de tratament şi anume: principiul similitudinei (similia similibus curantur), principiul periodicităţii (resturnarea acţiunei în funcţie de doză), principiul dozelor infinitesimale (materiale sau energetice), — dupe care medicamentele lucrează în diluţiuni foarte slabe, în soluţiuni de miimi şi principiul activaţiei sau dinamizaţiei (fel în care lucrează chocul coloidoclasic) — fiecare din aceste principii de bază îşi au exemple multiple în natură; şi ştiinţa în special a chimiei şi fizicei se loveşte de ele la fiece pas.

Autorul erudit care este Kopaczewski, autor al datelor ultime de coloidoclasie, citează toate aceste exemple, graţie cărora terapeutica homeopatică va renaşte şi din artă cum a fost înainte, va deveni o adevărată ştiinţă în viitor.

*
* *

Les XI-es Journées médicales de Bruxelles,
20—24 Juin, 1931.

In Paris Médical No. /1931, se dă acest fragment din instructiva *Conferinţă „La vertu de l'ignorance"*, pe care a ţinut-o *Dr. Abrami* la şedinţa inaugurală a celei de a 11 reuniune medicală, care a avut loc la Bruxelles între 20—24 Iunie crt.

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

«... Il m'est arrivé une aventure singulière que je dois vous conter en détail... Puisque j'allais, à mon tour, tenir le rôle magique du conférencier, il me fallait un sujet dont la grandeur et la noblesse trouvassent écho dans l'esprit de chacun de mes auditeurs.. Quel plus émouvant qu'un exposé de la science medicale?

Il y a quelques jours, ma conférance était terminée. J'en polissais avec complaisance les derniers angles. C'est alors que la catastrophe se produisit.

Un ami que j'avais prié de me servir d'auditeur (ce n'est pas un médecin, mais rien ne lui est étranger, des choses qui nous occupent), m'écouta silencieux. Et comme je terminais, attendant un éloge:

«Bienheureuse et féconde ignorance! s'écria-t-il... Vous vous méprenez complètement et votre conférance est fruit d'une illusion pernicieuse. *Rien n'est plus dangereux, parfois, que le savoir,* et l'ignorance, à tout prendre, ne mérite pas votre dédain.

Le spectacle qu'offre la médecine, ces dernières années, vous apparait admirable, parce qu'il est tout embaumé du parfum des laboratoires... Avez-vous bien songé, mon ami, à toutes les conséquences d'un pareil état de choses, où vous vous plaisez à voir la marque du progrès et où je n'aperçois, pour ma part, qu'un affreux dévergondage du savoir?

Êtes-vous d'abord certain de posséder encore une pensée qui vous soit personnelle? Tant que le médecin ne tirait son opinion que de son expérience clinique appuyée de quelques bonnes et saines mesures, nous pouvions en appeler de son jugement. Devant quel tribunal porter les arrêts du laboratoire?

Croyez-moi, l'événement est grave. Car, soutenu par l'autorité de la science, tout armé d'instruments, tout bardé de mesures, tout rembourré de chiffres, et, par surcroît, le chef empli de théories non moins scientifiques, le médecin n'a plus le droit de se tromper.

Tous ces dosages savants dont vous ne sauriez, n'est-il pas vrai, vous passer pour établir votre diagnostic, ces déterminat ons dans les humeurs, du chlore, du sodium, du potassium, du calcium, du phosphore, de la créatinine, de l'acide urique, de l'acide oxalique, du cholestérol, des lipides et des protides et des glucides; et toutes ces admirables méthodes d'hématologie, de sérologie, de radio graphie, d'électro-cardiographie, tout cela échappe, la plupart du temps, à votre contrôle effectif. A chaque examen nouveau peut se glisser une nouvelle erreur.

Un jour je fis prendre ma pression artérielle et le poison du doute a pénétré dans ma vie. Hanté par l'œil cyclopéen de votre sphygmomanomètre, j'oscille entre la terreur de la syncope et celle de l'hémorragie cérébrale... d'autant plus désemparé qu'hypo ou hypertendu, je n'ai pas grand recours à attendre de votre science!

Encore si nous étions les seuls à pâtir. Mais vous aussi, *vous êtes victimes de votre savoir... Vous savez beaucoup trop de choses pour pouvoir encore imaginer la vérité.* Votre science vous a mis des œillères.

C'est la rançon des grandes découvertes: éblouis par leur magnificence lnous ne voyons plus que par elles. De même temps qu'il met en pleine lumière la route qu'il domine, épaissit pour nos yeux les ténèbres d'alentour, de même il y dans toute science un dangereux pouvoir d'aveuglement.

Telle l'épopée pastorienne! Et pourtant, la connaissance du microbe ne donne pas toute la solution du mystère. La bactériologie semble avoir isolé l'organisme humain du reste de l'univers; elle a fait méconnaître dans l'harmonieuse et innombrable complexité de l'enchainement des causes, tout ce qui revient an *Cosmos* dans la genèse des maladies, et que pressentent ceux qui ne savent pas.

Un jour, demain peut-être, ce problème sera abordé et résolu, comme le seront les problèmes de l'immunité et de la guérison spontanée des maladies. Et soyez-en bien persuadé, ce n'est pas comme vous le faites depuis un demi-siècle, en tournant dans la ronde des anticorps, que vous trouverez la réponse à ces grandec questions. Ici encore, *trop de théories, trop de systèmes, trop de dogmes* obscurcissent votre esprit et l'empêchent d'apercevoir la vérité. Ils exercent sur votre imagination une emprise d'eutant plus dangereuse qu'ils émanent des laboratoires et empruntent à l'appareil scientifique leur souveraine autorité.

Digitized by Google Original from Universitätsbibliothek Heidelberg

Mystique de la science, cent fois plus pernicieuse que l'innocente ignorance! Savoir, arme merveilleuse et redoutable, qui illumine d'extase celui que tu frappes et lui inocule en même temps le poison de l'erreur?

Lequel d'entre vous, devant les ouvrages du génie humain, n'a fait le rêve de trouver pour une fois la pureté, l'ingénuité, la plénitude des impressions que lui apporta leur révélation première? Qui n'a souhaité revivre, en face de l'univers, es temps bienheureux de l'enfance, quand chaque regard, en se posant sur le monde, offrait à notre ignorance curieuse une découverte nouvelle?

Ignorance, il faut te rendre la justice qui t'est due, car c'est toi, en vérité, qui fais la science! Tu es l'aiguillon divin de notre curiosité, nous ne travaillons que pour te vaincre, et sans toi, nous ne ferions rien. *Plus on sait,* a dit Socrate, *et plus on veut savoir, car, plus on sait, plus on s'aperçoit qu'on ne sait rien!*»

In această reuniune s-a dat ocazie amicilor, elevilor şi colaboratorilor, anume invitaţi, să prezinte aproape întreaga operă ştiinţifică a marelui F. Vidal; astfel: Prof. Bezançon a prezentat tot ce se referă la *bacilul lui Eberth şi a sero-diagnosticului tific;* Ravaut a expus rezultatele dobândite din colaborarea împreună cu privire la *Citodiagnosticul pleureziilor,* iar din acea cu Sicard asupra *Citodiagnosticului lich. cefalo-rachidian;* Abrami relatează lucrările referitoare la *rolul* atribuit de Vidal *clorurului de sodiu în patogenia* edemelor; iar Lemierre pe acelea în care se arată *efectul salutar al*

regimului de declorurație la unii nefretici; Merklen a arătat semnificația *hipocloruremiilor brightice* și a rezultatelor obținute prin reg. de clorurație; Pasteur Vallery-Radot a expus datele *dozării urei în sânge*, cari în felul restrictiv indicat de Vidal constituesc cel mai sigur prognostic al uremiilor azotemice; Brulé a expus în cadrul mai întins al întregei biligenii extrahepatice *datele icterelor hemolitice*, pe care le-a isolat cu maestrul său; iar Joltrain și de Gennes în „de la anafilaxie la idiosincrasie" și „anafilaxia în astm" au prezentat chestia *diatezei și chocului choloidoclasic*, asupra cărora tot lui Vidal i se datorește puțina lumină, ce s-a proectat asupra lor.

Iar în conferința acesta, cu care s-a inaugurat ședința festivă Abrami când expune rolul salutar al ignoranței, care conduce la lumină, prezintă tot unele din ideile scumpe lui Vidal, dupe cari neînsemnatele cunoștințe dobândite la un moment dat trebuesc să servească numai cu un slab reper în căutarea mai departe a adevărului.

M. C.

PREPARATO WASSERMANN

CU BAZA DE

Clorhidrofosfolactat de calciu
Sulfogaiacolat de calciu
Principii balsamice și calmante

Este indicat în toate afecțiunile căilor respiratorii.

INTREBUINȚARE: 2—5 linguri pe zi, diluate în apă sau simplu.

PENTRU COPII dela 3—7 ani, 1/2 linguriță de cafea de 2 ori pe zi, ca mai sus.

PENTRU COPII dela 7—12 ani, o linguriță de cafea de 2 ori pe zi, ca mai sus.

COMPOZIȚIUNEA.—O lingură conține:

Clorhidrofosfolactat de Calciu . .	gr. 0,50
Sulfogaiacolat de Calciu	» 0,30
Extract fluid de Aconit	» 0,01
Extracte Balsamice și Aqua Laurocerasi Q. S.	

Gadil Wassermann

CU BAZA DE OLEU DE FICAT DE MORUN, Lecitină, Iod, Gaiacol, Eucalipt, Mentol.

NUMAI PRIN INJECȚIUNI:

Cutii de câte 10 fiole de 1 c. c., 2 c. c. — 5 c. c.

INTREBUINȚARE:

1 injecțiune pe zi, întrebuințând, după cazuri, fiole de 1, sau 2 sau 5 c. c., și întrebuințând acul obișnuit al seringei Pravaz.

INDICAȚIUNI:

Forme tuberculoase, Limfatism, Rachitism, Scrofula, etc. Cel mai bun în tuberculosa osoasă. Cel mai puternic auxiliar al nutriționii generale.

Eșantiloane la cerere D-lor Medici, adresând:

Reprezentanța Depozitului pentru România: G. CENTONZE. — București, 6.

Strada Dr. Clunet, No. 3. — Telefon 360/95.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SPECIFICUL MEDICAL IN BASARABIA

de

Dr. L. BORDEIANU.

Dacă satul basarabean nu se deosebeşte aproape de loc de satele din Moldova, în schimb, oraşele basarabene, — centre nervoase în organismul unei provincii, — prezintă o fizionome cu totul deosebită de oraşele din regat, deosebire care nu se mărgineşte numai la înfăţişarea oraşului, ci priveşte mai cu seamă spiritul, care domină viaţa interioară şi creiază atmosfera.

Neputând desnaţionaliza satele basarabene, statul rus şi-a îndreptat toată atenţia la oraşe, unde rusificarea nu a întâlnit nici o rezistenţă şi a dat în scurt timp rezultate dorite. Incurajând tot ce venea din Rusia, aducând funcţionari ruşi, deschizând şcoli ruseşti, guvernele ruse au câştigat repede şi pe puţinii boeri şi oameni cu carte moldoveni, stabiliţi la oraşe, prin slujbe, decoraţii şi titluri. Copii moldovenilor dela sate crescuţi prin şcolile ruseşti, învăţaţi să dispreţuiască tot ce nu era rusesc, neauzind nimic despre neamul lor, considerat inferior, se înstrăinau uşor şi sfârşiau prin a se pierde în massa „inteligheţiei" ruse.

Şi numai în rarele cazuri, pe ici-colo, apărea câte un moldovean care, — deşi crescut în spiritul rusesc, — nu se lepăda de neam, se interesa de literatura şi istoria română şi îndrăsnea uneori să lupte pentru o viaţă mai omenească şi mai luminată a norodului din mijlocul căruia eşise.

Aceşti luptători răzleţi, — glasuri timide şi fără prea mare răsunet la sate, — dacă nu erau aruncaţi în fundul Rusiei sau chiar trimişi în Siberia, nu puteau în nici un caz schimba atmosfera adânc pravoslavnică-rusă dela oraşe.

Şi azi încă, după 12—13 ani dela unire, atmosfera din oraşele basarabene poartă pecetea stăpânilor de eri. Limba, obiceiurile, tradiţiile, spiritul care domneşte, au rămas în picioare.

Este deci firesc ca medicul venit dela şcoala românească să găsească în spitalul său şi în mediul colegilor o atmosferă cu totul deosebită de aceia din regat.

Voi încerca, în rândurile de mai jos, să vorbesc de câteva trăsături caracteristice mediului medical basarabean.

Multe, variate şi nesfârşite sunt motivele certurilor şi ne-

înţelegerilor între medici. toate având la temelie nemuritoarea „invidia medicorum", umbra medicinei dealungul veacurilor. In Moldova dintre Prut şi Nistru, vremurile şi împrejurările au adus o cauză în plus: *medicul cu şcoala neterminată şi — fatal — cu pregătirea profesională slabă.* Se întâmplă deseori ca un medic să refuze de a chema în consult alt coleg pe motiv că acesta nici nu este medic ci un „feldşer". La început refuzi să crezi. Logica nu admite aşa ceva, care nu poate intra nici în cadrele legii. Şi totuşi *medicul cu şcoala neterminată există de mai bine de zece ani, practică medicina nesupărat de nimeni şi fără nici o jenă se intitulează „dr. în med."* Il cunoaşte foarte bine şi bolnavul, numai Ministerul Sănătăţii încă nu l-a descoperit.

Medicul cu şcoală neterminată poate fi basarabean de origină, *de cele mai multe ori însă este basarabean de ocazie:* a venit de peste Nistru odată cu puhoiul de refugiaţi, goniţi de grozăviile războiului civil sau a rămas pe pământul primitor şi mănos al ţării noastre din armata rusă de pe frontul român.

Din aceşti medici refugiaţi numai puţini aveau şcoala terminată dinainte de război, cei mai mulţi purtau pecetea improvizaţiei alături de ofiţeri şi alte categorii de profesionişti şi conducători din timpul războiului. Neavând suficient material omenesc cu şcoală, se făceau ofiţeri gradele inferioare decorate cu ordinul Sf. Gheorghe şi absolvenţii tuturor şcolilor inferioare, echivalente cu o clasă-două secundare, ofiţerii primind gradul de „praporşcic", inexistent în armata de pace şi reprezentând ceva intermediar între sub-ofiţer şi sublocotenent.

© Biblioteca Universitară University Library Cluj

Nevoia de medici fiind deasemenea foarte mare pentru o armată de peste zece milioane de soldaţi *s'au mobilizat studenţii în medicină,* la început cei din ultimii ani şi pe urmă şi cei din anii mai tineri, *cu gradul de praporşcic şi cu titlul de „zauriad-vraci", adică medic militar provizoriu.* Imprejurările i-au împiedecat să urmeze cursurile şi astfel, simpli studenţi, improvizaţi medici militari, fără dreptul legal de libera practică în Rusia, mulţi dintre ei s'au refugiat în Basarabia. Puţini din ei s'au înscris la facultăţile noastre de medicină*) sau au plecat în străinătate. *Cei mai mulţi, desorientaţi au preferat să aştepte timpuri mai bune ca să se întoarcă înapoi în Rusia, iar până atunci au început să practice medicina, s'au declarat specialişti,* au deschis cabinete Röntgen, etc. Era pe vremea când d-l Prof. Minovici susţinea că ţara are nevoe urgentă de 15.000 de medici noui, iar studentul în medicină român putea chiar din anul al doilea, fără nici o greutate, ocupa un post de medic de plasă.

Unii din aceşti medici improvizaţi au căpătat atunci slujbă la stat, au făcut armata ca medici, prezentând în loc de acte medicale, simple adeverinţe dela regimentele ruseşti respective cum că au fost „zauriad-vraci", sub rezerva prezentării actelor de studii.

---

*) Cu toată nevoia mare de medici în anii imediaţi de după război, bolşevicii au obligat pe toţi «zauriad-vraci» să urmeze cursuri universitare speciale, după absolvirea cărora au căpătat dreptul de libera practică a medicinei.

Anii au trecut, fără ca lucrurile să se schimbe; unii au reuşit chiar să capete acte medicale din Rusia, alţii au obţinut dreptul de liberă practică, fără să prezinte actele cerute de lege.

Cât priveşte pregătirea profesională a acestor studenţi în medicină, azi colegi pe picior de egalitate cu medicii cu diplomă, ea nu poate fi decât aceia creiată de împrejurări, adică o improvizaţie. *Dacă ţinem seama şi de faptul că ei nu cunosc limbile moderne, că nu citesc nici revistele medicale româneşti, nici cele ruseşti, — care nu se pot primi din Rusia, — vom înţelege uşor că medicul improvizat nu a putut rămâne decât la un bagaj de cunoştinţe foarte redus, căpătat în anii plini de sbucium şi groază ai războiului şi revoluţiei.*

Dela administrarea purgativelor repetate în apendicite acute şi hernii strangulate, alifii în peritonite şi osteomielite acute, cu sfârşit letal, dela tratarea tuturor bolilor prin injecţii de cacodilat şi morfină, până la hemoterapia sui-generis (cu sânge cald băut la abator...) şi practica röntgenologiei numai după dou-trei zile de iniţiere în tainele razelor X, cu zece foi de desene liniare şi nici un cuvânt care să lămurească boala şi să ajute pe medicul curant, este o nesfârşită gamă din activitatea medicală a acestor colegi, pe cari statul român i-ar fi putut obliga ,pe vremuri, să-şi continue studiile la şcolile noastre de medicină.

O bună parte din medicii din Basarabia au făcut şcoala în Rusia dinainte de război. Nevoia de medici fiind şi pe atunci mare, medicina se făcea numai în cinci ani.*) (Externatul şi internatul nu au fost cunoscute, şcoala rusă fiind o copie după şcoala germană).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La terminarea facultăţii absolventul trecea examenul de stat, echivalent cu ultimul nostru doctorat, căpăta titlul de „vraci", adică medic, nu era obligat să-şi treacă teza şi putea practica legal medicina. Teza se putea susţine cel mai devreme după doi ani de practică într'o clinică medicală sau spital mare.

Ocupat cu crearea situaţiei sau slujbă, tânărul medic nu mai avea vreme să se gândească la teză, trecerea căreia nu-i aducea nici o schimbare, afară de dreptul de a se numi doctor în medicină. Astfel marea majoritate a medicilor ruşi nu-şi trecea niciodată teza, rămânând toată viaţa cu titlul de „vracci", adică medic. De acest titlu ei uzau în reclame, pe firma dela poartă şi în reţete. *Nimeni nu îndrăsnea să se folosească de titlul de dr. în med.* Ii oprea legea şi mai ales etica medicală.

Numai un număr foarte mic de medici cu şcoala rusească, stabiliţi în Basarabia şi restul ţării, şi-au trecut, la vremea lor, tezele de doctorat în medicină şi au, prin urmare, dreptul după lege de a se numi d-ri. Marea majoritate a rămas cu titlul de vraci, adică medic, şi *cu toţi, fără excepţii, se intitulează la noi*

---

*) In Rusia sovietică medicina se face numai în trei ani pentru medici-higienişti şi patru-cinci ani pentru ceilalţi. Vezi „*Viaţa medicală în Rusia sovietică*", de Dr. I. Bordeianu, care a apărut în „*Spitalul*" 1931.

în țară, — țara cea mai tolerantă din Europa, — fără nici o jenă „d-r în medicină".

Este o însușire de titluri pedepsită de lege (art. 207 Cod. Penal), care a trecut și rămâne neobservată. Nu poate fi vorba că în limba română ar lipsi termenul corespunzător cuvântului vraci, care se traduce perfect de bine prin medic. Dealtfel, medicul veterinar român, dacă nu are teza trecută, iscălește simplu — medic. Avocatul din Regat, ajuns în Ardeal, unde avocații sunt doctori în drept, nu-și va însuși un titlu pe care nu-l are. In alte profesiuni libere ceva asemănător nu poate exista.

Colegiul Medical Central, creiat ca să vegheze la ridicarea prestigiului medical, ar trebui să se intereseze mai de aproape de acești colegi, fie că au dreptul de liberă practică sau nu, și să le interzică de a se folosi de titlul de d-r, de care nu ar fi îndrăsnit să uzeze în țara lor de origină. Măsuri ar trebui luate și împotriva colegilor cu școala neterminată, situația lor lovind și în prestigiul medicilor cu toate drepturile legale.*)

In toate țările personalul sanitar subaltern adresându-se medicului îi spune „domnule doctor". Numai *în Rusia și în atmosfera încă rusească din multe spitale basarabene personalul sanitar, dela subchirurg și până la infirmieră, spune medicului „doctor", sau după obiceiul rusesc, îi spune după numele de botez și numele tatălui*, adică: „Vasilii Ivanovici", „Vladimir Vasilievici", etc. La rândul său și medicul la fel spune personalului: „Olga Vladimirovna", „Piotr Demianîci". *Crescut în altă atmosferă medicul venit din regat sau străinătate rămâne surprins, se simte jignit și nu întârzie să ia măsuri cel puțin în spitalul său.* Totuși, atmosfera nu se poate schimba.

Chiar dacă admitem că avem de a face cu o particularitate a limbii ruse, un lucru a fost observat de toți medicii ne-ruși: *atmosfera de familiaritate care există încă și azi între medicii ruși sau cu școala rusă și personalul sanitar, atmosferă care explică mai bine raporturile dintre ei.* Felul de a spune cuiva pe numele de botez și numele tatălui, — particularitate specifică rusă și necunoscută la alte popoare, — se întrebuințează numai între oamenii de condiții sociale egale sau asemănătoare. Iar când se întâlnește între oameni de pe trepte sociale diferite asta vădește în raporturile lor o nuanță de prietenie și intimitate.

Dacă publicul cult sau cu pretenția de a fi cult spune medicului „doctor", asta nu poate *justifica în nici un caz* ca o infirmieră sau moașă să-i spună la fel. *In împământenirea acestui obicei vechi trebue să mai vedem ceva: cei mai mulți medici cu școala rusă neavând titlul academic de doctor, sunt credem, vădit impresionați când li-se atribue un titlu dorit și de obicei niciodată atins.*

Atât „feldșerul" (subchirurgul) cât și „acușerca" (moașa),

Vezi *„Medici fără titlu de dr. în medicină și medici cu școala neterminată"* de dr. Bordeianu, care a apărut în «Rom. Medicala» 1931.

*se bucură în Basarabia de o consideraţie şi reputaţie frumoasă cari nu sunt legate nici de şcoala făcută, nici de cunoştinţele profesionale, ci îşi trag origina dintr'un trecut dinainte de război. Neavând destui medici ruşi, ruşii au creiat un număr mare de feldşeri cari, timp de câteva decenii, au făcut serviciul actualului medic de plasă: dădeau consultaţii şi îndrumări sanitare, făceau inspecţii sanitare, combăteau singuri epidemii. Consideraţia de care se bucură moaşele mai are şi altă explicaţie. In Rusia femeile au avut mult de luptat până ce li s'a admis să urmeze medicina împreună cu bărbaţii şi în cele din urmă li s'au creiat facultăţi speciale numai pentru femei. Ne putând urma nici alte facultăţi, multe fete de condiţii bune şi cu şcoală se făceau moaşe. Ele au ridicat mult profesia de moaşă.**)

Dealtfel, e locul să spunem că *nu numai lumea dela sate dar şi publicul cult nu face diferenţă între o moaşă şi un medic-mamoş.* La această confuzie contribue şi faptul că în ruseşte moaşa se numeşte „acuşercă", adică la fel cu mamoşul-„acuşer".

O dovadă de consideraţia de care se bucură moaşele în societate o avem şi în faptul că *în Basarabia sunt cazuri destule când un medic se căsătoreşte cu o moaşă, care practică moşitul alături de bărbatul său.* (Moaşe cu şcoală secundară de altădată azi nu mai există).

Moaşa şi feldşerul au clientelă, dau reţete şi în comparaţie cu alte categorii de intelectuali au câştig frumos.

Digitized by Central University Library Cluj

* * *

In nici o parte a ţării munca medicului nu este atât de prost plătită ca în Basarabia. Bine înţeles, nu este vorba de preţurile de azi, ci de acelea de acum 3—4 ani, când criza nici nu se bănuia. In orice parte a ţării bolnavul ştie că medicul trebue plătit şi — are — nu are, — plăteşte. Numai în Basarabia este plătit ca un feldşer sau în cazul cel mai bun cât doi feldşeri la un loc. Este de prisos să spunem că de vină sunt numai medicii. Bolnavii cari au fost pela medicii de prin oraşele mari, unde vizita se plăteşte câteva sute, oferă medicului basarabean cel mult trei-patru poli. (La o adunare a medicilor dintr'un judeţ basarabean un coleg regăţean a propus să se fixeze pentru oraşe şi târguri un minimum: 60 lei acasă la medic şi 80 lei la bolnav. S'au ridicat câţiva basarabeni şi propunerea a căzut).

Iată câteva exemple, luate la întâmplare, de acum 2—3 ani, dintr'un orăşel basarabean.

Un medic este chemat noaptea la un bolnav în sincopă; rămâne aproape două ceasuri, reuşeşte să-l readucă la viaţă şi la plecare i-se dă 40 lei. Medicul refuză şi pleacă. Cu aceşti doi poli a mai fost chemat alt medic în aceiaşi noapte.

---

*) Este de prevăzut că într'un timp apropiat profesiunea de moaşă se va ridica: anul acesta la şcolile de moaşe s'au înscris şi fete de liceu.

Alt caz: tot noaptea, un medic chemat la o naştere, asistat de alt coleg, face dezlipire manuală de placentă: 200 lei.

Cazul de mai jos, ceva mai recent, este şi mai caracteristic, fiind vorba de un intelectual, om cu situaţie. Chemat la o naştere asistată de o moaşă, medicul face extracţie (prezentaţie pelviană) şi opreşte hemoragia post-partum. La plecare, tatăl fericit bagă medicului în mână 500 lei. Chiar a doua zi medicul printr'o scrisoare îl roagă să-i trimită restul de 1500 lei. O tăcere de două săptămâni. Intre timp moaşa încasase 1000 lei. La a doua scrisoare a medicului tatăl supărat trimite banii împreună cu o scrisoare în care face cele mai idioate apropouri la adresa medicului, discută despre extracţie fiindcă a asistat la facere şi s'a mai interesat la alţi medici carl l-au asigurat că şi ei ar fi putut face aşa ceva, bine înţeles, pentru suma iniţială. Scrisoarea mai conţine şi această frază, o perlă adevărată de logică, atât de caracteristică pentru mentalitatea publicului basarabean: „Profesiunea D-v. se aseamănă cu a mea (avocat), şi dacă pe mine mă invită să asist la un proces unde e deja alt avocat, eu nu pot pretinde acelaş onorar ca primul, care a început procesul, ci numai pentru termenul la care iau parte..."

Inţelegeţi logica omului: moaşei 1000 lei şi medicului pentru extracţie, noaptea, jumătate. Observaţi că este vorba de un intelectual om cu situaţie şi vază, care nu face diferenţa între medic şi moaşă. Şi nu este un caz nici izolat, nici excepţional. Ce să mai spunem de oamenii dela ţară!...

* * *

Este ştiut că reputaţia unui profesionist depinde într'o largă măsură de capacităţile sale personale şi poate deci fi câştigată, pierdută, scăzută, şi crescută. In schimb, consideraţia, de care trebue să se bucure în societate, este mai mult legată de valoarea morală a grupului de profesionişti. Epoca tuturor crizelor prin care trecem nu putea să nu scadă şi nivelul moral al medicilor. *Felul cum este răsplătită munca medicului în Basarabia este deja un indiciu de gradul de respectul pe care-l are publicul faţă de medic, iar faptul că acesta nu a reacţionat ca să impună un preţ echitabil sau să renunţe la 10—20 lei consultaţia, este desigur, alt indiciu de nivelul scăzut al demnităţii şi al prestigiului său, cari se pierd uşor şi se recapătă mult mai greu.*

Imi voi permite să dau, mai jos, *câteva eşantioane de felul cum înţeleg unii colegi să-şi păstreze demnitatea şi prestigiul:*

Vorbele şi faptele: Printr'un joc neaşteptat al împrejurărilor, atât de frecvent într'un anumit domeniu al vieţii noastre sociale, colegul X, ajunge omul zilei şi se crede dator să aducă la cunoştinţă prin afişe fericitul eveniment, îndemnând publicul să-i dea tot concursul pentru ridicarea ţării „prin muncă şi cinste". Aceste sunt vorbele. Iată şi faptele: de ani de zile soţia colegului este trecută în state, primeşte leafa ca moaşă comunală şi nu a făcut nici un ceas de serviciu.

Stambă şi... mătasă: Din limbajul colegului Z., la patul bolnavului: ai făcut cea mai mare prostie că ai chemat pe d-rul X, care nici nu este d-r, ci „feldşer". Nu ai auzit că nici nu a isprăvit şcoala? Nici nu ţi-a ghicit boala, iar doctoria dată putea să-ţi facă mai rău. Nu mai chema nici pe d-rul

Y, fiindcă nu se pricepe nici dânsul mai bine. Ce poate face un medic tânăr, un mucos, care încă nu a mirosit praful de puşcă. Eu sunt medic de 40 ani, am lucrat la... (urmează un pomelnic lung). Să-ţi spun ceva: închipueşte-ţi că ai intra într'o prăvălie de manufactură. Ţi-se oferă mătasă, calitate extra şi dumneata preferi stambă simplă. Colegii mei sunt toţi — stambă, numai eu — mătasă...

Sub papuc: Este ştiut de un târg întreg că D-rul X se află sub papucul neveste-sei, moaşa comunală, care face ce vrea, până şi inspecţii sanitare. Având multe rufe de spălat şi neisprăvind acasă, au ieşit într'o zi în plină stradă unde s'au bătut în toată regula, în văzul tuturor.

Şarpele-reclamă: Un coleg a reuşit să vindece o bolnavă închipuită că are un şarpe în burtă, făcându-i spălătură stomacală şi scoţând un şarpe dintr'un borcan. Nimic de zis. Insă colegul şi-a aşezat borcanul pe masă, arătând fiecărui bolnav „şarpele scos întreg din burtă".

Colaboratorul lui Ehrlich: Colegul Z., refugiat din Rusia, şi-a făcut situaţie prin avorturi. Câţiva colegi, mai tineri, veniţi mai târziu, i-au redus renumele şi i-au furat clientela. Atunci dânsul lipeşte afişe, scrise în trei limbi, prin care spune că pe vremuri a lucrat la cei mai renumiţi profesori, a fost colaboratorul lui Ehrlich şi este specialist în chirurgie, ginecologie, obstetrică, venerice, oculistică, copii şi interne. Un confrate local l-a onorat cu o epigramă, în care marelui descoperitor i s'a opus colaboratorul său avortor.

De necrezut: Colegul Y trece drept om ciudat, croit dintr'o bucată. Inalt, solid, însă necioplit, cu picioarele crăcănate, în cizme, neras, cu căciula trasă pe cap, cu limbaj vulgar, nici nu dă de bănuit că ar face parte din elevii lui Esculap. Ţine cu poporul, este democrat şi deaceea este împotriva fixării unei taxe pentru vizita medicală. Tratează orice boală cu injecţii, luând 10—20 lei de fiecare, sau se mulţumeşte cu 2—3 bucăţi de varză, jumătate sac de cartofi, câteva legături de lemne. Legal, nu este nici medic, nici d-r în medicină, însă prin învârteală are libera practică, trecută prin M. O. şi se intitulează fără nici o jenă, d-r în medicină.

Intr'o dimineaţă de toamnă târzie din curtea lui eşea o căruţă încărcată cu gunoi, trasă de un cal şi o vacă, mânaţi de un om solid, cu cuşma trasă pe ochi: era „d-rul Y", în persoană, cărându-şi gunoiul la moşie.....

* * *

Droghistul care execută ori-ce reţetă este un fenomen de asemenea caracteristic pentru medicina basarabeană. Se execută fireşte, pe ascuns, sub ochii cari nimic nu văd ai autorităţilor respective. Luând cu câţiva lei mai puţin droguistul reuşeşte să câştige uneori mai bine decât vecinul său farmacistul. Nu-i nici o mirare dacă infuzia sau prafurile prescrise nu conţin medicamentele necesare nici dozele indicate şi drept rezultat nu au efectul aşteptat. Suferă bolnavul şi păţeşte medicul.

Acest fenomen a apărut numai după război.

Şi astfel *medicul basarabean rus* de mai sus se complectează foarte bine prin acest *droguist-farmacist* de mai jos, şi aceasta în dispreţul legilor şi nu desigur spre mai marele bine al suferinzilor.

Cluj University Library