ANUL X-lea, No. 11—12. NOEMBRIE - DECEMBRIE 1937.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

REVISTĂ LUNARĂ DE MEDICINĂ GENERALĂ

SUMARUL

Pag.

Cronica medicală română 809

LUCRĂRI ORIGINALE.

Prof. C. I. PARHON: FICATUL SI GLANDELE ENDOCRINE (Partea I) . . 815

Prof. P. NICULESCU şi C. STRAT: LUPTA BIRUITOARE A MEDICILOR ROMÂNI IN CONTRA BOALELOR CONTAGIOASE IN TIMPUL RASBOIULUI DE INTREGIRE A NEAMULUI 825

T. BONA: CONSIDERATIUNI IN LEGATURA CU UN CAZ DE SARCINA EXTRA-UTERINA EVOLUATA PANA LA TERMEN 829

I. BUZAGIU: CUM SE FACE CURA DE DIUREZA INTR'O STATIUNE HIDRO-MINERALA 834

Doc. D-r M. CÂNCIULESCU: TAXELE IN SPITALELE STATULUI . . . 837

IOAN DICHTER: STENOZELE INFLAMATORII AL RECTULUI 844

Doc. D-r V. FOTIADE: ZONA AURICULARA (Partea I) 850

N. MARINESCU, C. ADAMEŞTEANU şi V. MUNTEANU: INDICATIUNILE SI CONTRA-INDICATIUNILE BAILOR DE SOARE 862

LEON RODESCU: DIETETICA IN LITHIAZA BILIARA 871

GH. TĂNĂSESCU şi M. PARASCHIVESCU: TURBURARILE CLORULUI SANGUIN IN INSUFICIENTA CARDIACA--CERCETARI SI CONSIDERATIUNI FIZIO-PATOLOGICE 875

VAINA IOSIF: DIABETUL SI TUBERCULOZA PULMONARA 879

EMIL VICIU: PROBLEMA VIITORULUI IN MEDICINA 887

FOLKLOR MEDICAL.

I. BRECHER: DESPRE „LEACURI BABESTI" DIN BUCOVINA SI ADÂNCUL LOR INTELES TERAPEUTIC — CONTRIBUTIUNI LA FOLKLORUL MEDICAL ROMÂNESC . 894

TR. FOREANU: CÂTEVA DESCANTECE SI TRATAMENTE POPULARE DIN NORDUL JUDETULUI TECUCI 898

(Urmare pag. 2 cop.)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

48.599. SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

CAZURI CLINICE.

V. DRĂGOESCU şi ANTON DOBRESCU: UN CAZ DE SIFILIS BINAR . . 903

G. CRISTEA şi A. PĂUN: ASUPRA DEPUNERILOR DE CALCAR IN TUBERCULOZA PULMONARA 905

HENRIC LACK: I. UN CAZ DE COMUNICATIE BRONCHO BILIARA . . . 908

— II. ASUPRA SPLENOMEGALIILOR CU GASTRORAGII . . 910

CONGRESE.

PRIMA SĂPTĂMÂNĂ MEDICALĂ INTERNAŢIONALĂ.—Salsomaggiore, 29 Aug. — 5 Sept. 1937 . . . . . de *D-r Marin Dăncilă* 913

CONGRESUL PENTRU BOALELE CONTAGIOASE.—Chişinău, 29—31 Oct. 1937 . . . . . de Conf. D-r *I. Alexa* XVI—XXVI

MARELE CONSILIU AL ASOCIAŢIEI GENERALE A MEDICILOR.—Bucureşti, 27— 8 Noembrie 1937 . . . . . de *„M. M. R."* 923

DUPA PRIMUL CONGRES GENERAL AL ASOCIAŢIEI INTERNILOR ŞI FOŞTILOR INTERNI DE SPITALE.—Bucureşti, 24—26 Noembrie 1937 . . . 933
de *Docent I. Bazgan*

CONGRESUL ASOCIAŢIEI MEDICILOR DE SPITALE ŞI DISPENSARI ALE MINISTERULUI SĂNĂTĂŢII ŞI OCROTIRILOR SOCIALE.—Bucureşti, 23—24 Octombrie 1937 . . . . . de D-ri *M. Cânciulescu şi N. Hodoş* 942

SOCIETĂŢI ŞTIINŢIFICE.

ACADEMIA DE MEDICINĂ DIN ROMÂNIA – *Şed. din 17 Februarie, 3 Martie, 17 Martie 1937* 950

CĂRŢI - MONOGRAFII.

RAPORT ASUPRA ACTIVITATII INST. DE SERO-VACCINURI „D R I. CANTACUZINO" DELA APR. 1936—APR. 1937 — Bucureşti, Tip. „Cultura" 1937 953

VOLUM OMAGIAL INCHINAT ACTIVITATII PROF. D-R NICOLAE GHEORGHIU — Bucureşti, „Eminescu" 1937 954

A RADOVICI, R. PAPAZIAN şi M. SCHACHTER HIPOFIZA SI SINDROMELE HIPOFIZARE. —Bucureşti, Tip. „Cultura" 1937 955

Docent D-r ALFRED DIMOLESCU: PSICHOZELE EMOTIONALE. — Bucureşti, Tip. „Cultura« 1936 956

REVISTA DE PEDIATRIE SI PUERICULTURA. Buletinul Soc. de Pediatrie şi Puericultură din Cluj — Anul I, Nr. 1—4 1937, „Lumina" Cluj 956

M. BREZIS: CALAUZA MAMELOR. — Bucureşti. 1936 957

B. THEODORESCO: AFFECTIONS DU PÉRICARDE. — Paris, 1936 în L'Encyclopédie Médico-Chirurgicale 957
Rec. de *D-r M. Cânciulescu*

DIVERSE—INFORMAŢIUNI.

† Profesorul Al. Obregia (1860—1937) 959

† Doctorul Dimitrie Noica 961

Prof. C. Daniel, „Doctor honoris causa" al Universităţii din Toulouse . . 962

Zilele medicale dela Temişoara (7-8 Noembrie 1937) 964

Adunarea generală a Breslelor Balneo-Climatice (Bucureşti, 16-17 Dec. 1937) 965

Adunarea g-rală a Asoc. Doc. Fac. de Med. din Bucureşti (15 Dec. 1937) . . 965

Un caz de practică ilicită a medicinei cu călcarea dispoziţiunilor fiscale . 966

*

Din „SUMARUL" *No. anului 1938* II

Tabla de materie pentru „PRODUSE FARMACEUTICE" . . III

Tabla de materie pentru „RECENSII" IV

BIBLIOGRAFIE STRĂINĂ . . . . . XLIV—XLVIII

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CRONICA MEDICALĂ ROMÂNĂ.

SANATATEA PUBLICĂ

ORGANIZAŢIA SANITARĂ.

De câtva timp obişnuim a semnala în această „Cronică" realizările, lacunele şi diferitele propuneri cu privire la Organizaţia noastră sanitară şi la Sănătatea publică şi particulară.

Continuăm, prezentând exemplele bune şi punând în evidenţă, când este cazul, părţile rele.

REALIZĂRILE M-TERULUI SĂN. PUBLICE IN ULTIMI 4 ANI. — Prezentăm bilanţul acestor realizări dupe versiunea oficială comunicată ziarelor la sfârşitul a 4 ani de găspodărie sanitară a ţării.

„Corpul medical. — Prima grije a conducătorilor ministerului Sănătăţii a fost reorganizarea corpului sanitar, selecţionarea şi înmulţirea medicilor la sate şi a organelor ajutătoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Astfel a fost sporit numărul medicilor dela 2200 câţi erau în anul 1934, la 3200 câţi sunt astăzi. Dacă în anul 1934 aveam un medic pentru 30.000 locuitori, astăzi am ajuns datorită iniţiativei D-lui D-r. Costinescu ministerul Sănătăţii şi a colaboratorului d-sale Prof. Titu Gane secretar general, să avem un medic la 10.500 locuitori.

Cum greutăţile unui medic de a trăi la ţară sunt foarte mari, s'a început clădirea de locuinţe pentru medici mărindu-li-se salariul de bază dela 5.700 lei lunar la 8.000. Paralel cu mărirea numărului medicilor s'a sporit şi numărul agenţilor sanitari, pentru care s'au creiat încă două şcoli de specializare.

S'a înmulţit numărul surorilor de ocrotire dela 240 la 450, totuşi încă insuficient.

Construirea de dispensare. — In fiecare centru de circumscripţie rurală s'a creat câte un dispensar, clădindu-se în trei ani 549 dispensare model.

In aceste dispensare la zile şi ore fixe medicul dă consultaţii de specialitate, dându-se o deosebită atenţie boalelor sociale şi puericulturei.

Avem localităţi unde mortalitatea copiilor a scăzut dela 30 la sută la 10 la sută. Aceasta datorită poveţelor şi controlului făcut cel puţin odată pe săptămână de către sora de ocrotire.

Tot în aceste dispensare se face tratamentul antisifilitic absolut gratuit. Preparatele arsenicale, bismutice şi mercuriale, se găsesc din abondenţă la aceste dispensare.

Combaterea tuberculozei. — Una din bolile deasemenea îngrijorătoare este tuberculoza sub toate formele ei.

In 1934 au existat patru sanatorii din cari două în Moldova, administrate de o societate particulară şi două în Ardeal, cari după unire au revenit statului român. Totalul paturilor se ridica la 1500.

Chiar în anul 1934 printr'o lege s'a înfiinţat liga contra tuberculozei sub înalta preşedinţie a M. S. Regelui.

Prin sporirea localurilor s'a putut mări numărul paturilor dela 1500 la 3000.

In toate spitalele judeţene s'au clădit pavilioane pentru bolnavii de tuberculoză. Au luat fiinţă 7 mari sanatorii moderne, 2 la mare pentru tuberculoza ganglionară şi osoasă la Mangalia şi Bugaz şi 5 mari sanatorii la Moreni Dâmboviţa, Dobriţa, Suseni, Câmpeni şi Vorniceni.

Toate aceste sanatorii vor fi terminate până în primăvară, sporind astfel numărul paturilor cu încă 2 mii.

In Capitală s'a clădit pe lângă cele 7 dispensare încă unul central model.

Grija pentru funcţionarii publici. — In anul 1937 s'a votat o lege prin care orice funcţionar public are drept la îngrijire medicală în caz de tuberculoză, timp de trei ani cu salariul întreg, şi alţi doi ani cu jumătate salariu.

Combaterea mortalităţii infantile. — Pentru combaterea mortalităţii infantile s'au creat 10 secţii noui de spital, 5 centre noui de puericultură cu 720 consultaţii de copii.

Pentru combaterea bolilor infecţioase s'au organizat 40 de echipe mobile, cari au lucrat încontinuu la găstrea bolnavilor şi deparazitarea satelor, înfiinţând băi şi cuptoare de deparazitare în toate satele bănuite de contaminare.

Graţie acestei acţiuni energice nu mai avem cunoscute decât 56 cazuri de exantematic rămase.

Pentru celelalte boli contagioase şi la cari vaccinările pot fi eficace, se practică aceste vaccinări pe o scară întinsă.

Combaterea paludismului. — In vederea combaterii paludismului s'a atacat însăşi cauza răului. De doi ani s'a început mai intens lupta de drenare, de desecare a văilor noastre producătoare de malarie.

Lucrările sunt aproape terminate pe tot litoralul mării la Sud de Constanţa. Actualmente se lucrează la lacurile Tăbăcăriei şi Mamaia.

In Valea Botavei la Sud de Balcic, lucrările sunt în curs.

S'au început lucrări pe valea Bârladului, pe Buhuşi şi Jijia pe valea Jiului, la sud de Craiova, până la Dunăre. In Ardeal, pe valea Secaşului, între jud. Sibiu şi Târnava. In judeţul Ilfov, pe valea Dâmboviţei, s'au pregătit planurile şi se fac exproprierile necesare. In Vlaşca se pregăteşte lucrarea, pe văile Neajlovului plecând din jos de Comana de Argeş, până în nordul judeţului.

Această acţiune va trebui dusă încă 10—15 ani — cel puţin — şi acei cari vor înceta această luptă vor fi nedemni de locul pe care l-ar ocupa.

Spitale. — Populaţia dela ţară, ca şi cea dela oraşe, mai are nevoi şi de localuri spitaliceşti, în care bolnavii să fie izolaţi şi trataţi în cazuri de boli contagioase.

In acest scop s'au reorganizat şi în foarte multe centre s'au reclădit pavilioanele de contagioşi (s'au construit din nou 38 spitale de contagioşi).

S'au clădit servicii noui de chirurgie prevăzându-le cu tot ce tehnica modernă cere.

Material de pansament şi material spitalicesc s'a împărţit în mod larg la toate spitalele.

In Ianuarie 1934 spitalele erau lipsite de strictul necesar.

Multe din ele erau chiar închise, pe cale de a se ruina.

Au fost deschise peste 40 spitale judeţene, făcându--li-se reparaţiile şi înzestrându-le cu materialul necesar.

Astăzi toţi recunosc o schimbare ridicată în gospodăria noastră sanitară: ospicii, spitale, dispensare, s'au desvoltat ca nici odată în ţara românească, putând rivaliza astăzi cu ţările cele mai civilizate.

Din anul acesta 1937, la toate aceste spitale se găseşte o ambulanţă automobil modernă care, într'un timp foarte scurt, transportă bolnavul din orice sat al judeţului la spitalul central".

Este un bilanţ frumos şi meritul realizării lui se datoreşte concepţiunilor şi energiei actualului Ministru al Sănătăţii Publice, D-l D-r S. Costinescu, secondat necontenit de Secretarul său general, D-l Prof. D-r T. Gane.

În cea mai mare parte însă, aceste realizări nu sunt puse la punct; unele sunt de-abia la început, altele numai scomptate; meritul iniţiatorilor nu este totuşi mai mic.

*

INSPECTORII SANITARI. Sub acest titlu D-l Prof. D-r P. Tomescu, membru în Comisia Ad-tivă a M-terului Săn. Publice, expune într'un articol, publicat în „România Medicală" No. 18/1937, rolul Inspectorilor Generali Sanitari în Organizaţia Sanitară a ţării.

„Recrutarea inspectorilor s'a făcut în unele cazuri dupe criterii politice, iar nu dupe merite tecnice-medicale şi o pregătire specială.

Dupe vechea concepţie, care încă mai dăinueşte, inspectorul îndeplineşte rolul unui simplu birou de înregistrare a hârtiilor cari trec de sus în jos sau cari vin de jos în sus şi face serviciu de poliţie pentru medicii subalterni.

Atât şi nimic mai mult. Uneori însă, chiar mai puţin decât atât şi mai rău decât atât.

Totul se reduce la o transmisiune impersonală, cu rugămintea „de a dispune".

Iar în rest, preocupări minore: scriptele să fie în regulă inspecţiile formale să fie făcute, autorităţile superioare să fie mulţumite, iar medicii subalterni să să nu protesteze.

In faţa acestei concepţiuni, se ridică noua concepţiune, care se pune în în aplicare în unele inspectorate, şi care trebue generalizată cât mai repede: Inspectorul pe drum, să cunoască în cele mai mici amănunte toate instituţiunile din circumscripţia rurală cea mai îndepărtată, să fie un animator, să stimuleze pe medici, să intereseze Organele Ad-tive locale la problemele Sanitare".

Adepţi ai vechei sau ai noi concepţiuni, D-l Prof. P. Tomescu cere ca toţi inspectorii actuali să se încadreze în ritmul vremii actuale şi cei inadaptabili sau refractari să suporte rigorile legei; — iar cei viitori să fie sever selecţionaţi dintre Medicii primari de Judeţe, al căror rol este acelaş cu al Inspectorilor Sanitari, exercitat pe o rază mai mică.

Părerile D-lui Prof. P. Tomescu sunt salutare; exemplul bun trebue să înceapă de sus şi sancţiunile să nu lovească numai jos; în starea prezentă de centralism excesiv, măcar dacă aceşti „ochi" şi aceste „urechi" ale D-lui Ministru de resort, ar reuşi să vadă şi să audă bine; ne putem închipui care va fi reacţiunea când informaţia este greşită şi impresiunea deformată.

Multe din resultatele puţin favorabile ce se obţin în Organizaţia noastră Sanitară, ţin întrucâtva şi la rolul şters al acestor Inspectori generali sanitari, pe cari însă-şi legea actuală îi mărgineşte la cadrul unor organe de transmisie,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

în loc să represinte organe active de descentralizare cu exercitarea unor atribuţiuni întinse şi sub responsabilitate proprie .

Revenirea la concepţia vechilor Directori Regionali Sanitari ar trebui luată în consideraţie.

•

MIGRAŢIUNEA MEDICILOR. In „Buletinul Eugenic şi Biopolitic" No. 1—3/937, D-l Prof. S. Moldovan, fost subsecretar de stat la M-terul Sănătăţii Publice şi ale cărui multe din concepţiunile introduse în Legea Sanitară din 1930 sunt puse în practică cu regretabilă întârziere, denunţă fenomenul acesta al migraţiei medicilor de circumscripţie ca foarte dăunător sănătăţii publice.

„Niciodată instabilitatea medicilor de circumscripţie şi proporţia ce'or ce-şi schimbă în scurte intervale postul, nu a fost atât de mare ca în ultimii ani; — noile posibilităţi de aşezare prin crearea unui număr considerabil de noi posturi; — considerarea postului exclusiv din punctul de vedere al intereselor personale şi nu a cerinţelor reale ale serviciului; — faptul că M-terul nu pune nicio stavilă migraţiunei, au favorzat racila „posturilor de transiţie" şi a transferărilor „cu consimţimânt reciproc", care dela medicii de circumscripţie a trecut la alte categorii de medici şi chiar la surorile de ocrotire".

D-sa aminteşte că art. 202, al. 2 al Legei Sanitare şi de ocrotire prevede că medicul comunal (de circumscripţie) nu poate cere numirea în alt post similar decât dupe 2 ani de funcţionare în postul pe care îl părăseşte.

Fenomenul migraţiunei aceşteia bântue cu furie printre medicii dela ţară dar şi de la oraşe; — asupra lui Ad-ţia revistei noastre ne-a atras atenţia de mult timp; noi îl combatem ţinând la curent adresele dupe minuta numirilor din Monitorul Oficial, iar de 2 ori pe an confruntând registrele dela M-ter.

Fenomenul se prezintă sub aspecte uimitor de proteiforme: medici numiţi şi cari pe loc au şi fost puşi în concediu sau detaşaţi în alt post; — medici numiţi într'un post îndepărtat în timp ce ocupă o funcţie retribuită în altă localitate; — medici militari activi cari trecând un concurs pe listă de medici primari de specialitate au fost numiţi într'un post civil, renunţând la leafă şi cari au fost menţinuţi prin concedii repetate, ca să nu-şi peardă dreptul la alegere, fără să se fi prezentat o zi colea şi fără să fi demisionat de dincolo;— medici de aceştia primari cari dupe 3 luni s-au pus în concediu nelimitat şi care astfel şi-au asigurat dreptul la revenire dupe timp îndelungat, în timp ce le figurează titlul pe „En-tête-ul" reţetelor; — medici numiţi într'un post şi până să apară decretul de numire în M-torul Oficial au fost trecuţi în alt post, ambele decrete apărând în acelaş timp; — ş. a. m. asemenea aspecte clinice, între cari transferarea în anul 1933 într'un post pentru care perduse calitatea, căci nu-l mai ocupa de ani de zile şi ca să fii numit trebuia să întruneşti condiţiuni noi; dupe cum transferarea şi apoi definitivarea într'un post, care nu era similar.

In schimb, întârzierea declarării locurilor vacante temporizează furia migraţiunilor, dacă din disputa pe loc candidaţii nu cad la învoială.

Pentru-că migraţiunea s-a relevat mai ales printre noii medici primari de specialitate, reuşiţi pe listă nu pe loc, Congresul recent al Asoc. Medicilor de Spitale şi dispensare a cerut desfinţarea concursului pe listă şi interzicerea transferării înainte de 5 ani împliniţi.

Cu D-l Prof. I. Moldovan socotim că instabilitatea aceasta este profund dăunătoare apărării sănătăţii publice şi pentru stăvilirea ei nu se cere decât înţelegere şi aplicarea legei; — iar personal ne ridicăm şi contra prelungirilor

peste 2 ani dela termenul de eşire la pensie, la unii şi cu acordarea titlului de „Inspector onorific" pentru necunoscute merite ale trecutului, pentru-că aceste prelungiri cari la favoriţii regimului se fac cu 2—3 ani înainte de termen dar în momentul venirii la putere sau înainte de a cădea dela putere, creiază inegalităţi de tratament jicnitoare şi se opun reîntineririi cadrelor.

*

TAXELE IN SPITALELE STATULUI. In „Raportul asupra taxelor în spitalele statului", ce am prezentat în faţa Congresului Asoc. Medicilor de Spitale şi Dispensare ai Statului, care a avut loc în zilele de 23—24 Oct. crt., congres asupra desbaterilor căruia împreună cu D-l D-r N. Hodoş am făcut o dare de seamă complectă la pag. 942—949 ale acestui număr,— raport al cărui text integral publicăm la pag. 837—843, am prezentat felul, quantumul şi repartiţia acestor taxe.

Am socotit că trebuesc considerate aceste taxe cu toată obiectivitatea cuvenită, desbrăcat de orice consideraţiuni personale inerente calităţii de medic primar ce ocup la unul din spitalele statului; am găsit că dacă în principiu legiferarea acestor taxe este justificată — căci cine poate trebue să plătească; fixarea aplicarea şi repartiţia lor trebuesc revizuite — căci taxele de azi sunt prea numeroase, sunt prea grele pentru unii şi prea uşoare pentru alţii, sunt inegal şi nedrept repartizate.

Scopul primordial al spitalelor este de a asigura asistenţa medicală colectivităţii şi populaţiei paupere; — iar raţiunea supremă a taxelor este de a veni în ajutorul instituţiunei (deci implicit a statului obligat să o întreţină).

Or, se întâmplă că spitalele au aranjat clase sanatoriale (clasa I) pentru cei avuţi, cari astfel sunt sustraşi practicei medicale libere de care Statul nu trebue să se desintereseze; şi îndepărtează de la spital pe foarte mulţi nevoiaşi, de condiţie mijlocie şi chiar săraci cu acte de paupertate în regulă, pe cari unii chirurgi şi chiar medici îi bagă cu deasila la o clasă superioară, ba încă pentru 2—3 zile până îi operează şi le încasează taxa, şi apoi îi trec la clasa III.

Afirmaţia nu este gratuită; exemplele abundă; fie-care dintre noi le cunoaşte şi am face o greşală dacă le-am ascunde.

Procedeul nu este izolat, iar tendinţa de generalizare s'a constatat la recentul congres, în care unii medici cereau să nu se mai ţină seamă de dorinţa bolnavului şi să-l bage la o clasă superioară, dacă vor găsi cu cale, chiar dacă cere el să fie pus la una inferioară; — să nu se mai ţină seamă de actele de paupertate cu plafonul de azi, care dă dreptul la gratuitate, şi „să indice primarii satelor pe cei cari nu trebue să plătească"; — să se perceapă taxa de onorarii medicale şi de la bolnavii de clasa III; — ş. a.

In unele privinţe aceste păreri sunt justificate.

Actualele taxe trebuesc revizuite.

Revizuirea taxelor va trebui să mai poarte asupra cotelor de repartizare la diferitele categorii şi grade de medici; precum şi asupra cotelor cuvenite personalului auxiliar; ca şi spitalului.

De acea am cerut ca chestiunea taxelor în spitale să fie menţinută la ordinea zilei şi reluată în faţa viitorului Congres.

*

CONSILIILE MEDICALE SPITALICEŞTI. Legea sanitară prevede la art. 114 funcţionarea pe lângă fiecare spital cu mai multe secţii a unui Consiliu Medical compus din toţi medicii primari ai secţiilor; din acest Consiliu se alege un Director,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

confirmat de M-ter, „care va conduce instituţia dupe normele stabilite de Consiliu conform legilor şi regulamentelor în vigoare"; modul de funcţionare al Consiliului este prevăzut în art. 25 al Regulamentului.

Legea din 1930 da mai multe drepturi persoanei Directorului; o modificare a legei din Iulie 1934, făcută de actualul Ministru al Sănătăţii publice, D-l D-r I. Costinescu trece toate drepturile şi datoriile asupra Consiliului Medical, pe care numai îl reprezintă Directorul ales de către membrii săi pe timp de 2 ani.

Dispoziţia este clară şi totuşi nu se pune în aplicare, cu toate că autorul legei este însu-şi actualul Ministru al Sănătăţii; ba se pune la unele instituţiuni spitaliceşti, precum la Spitalul Central de boli nervoase din Bucureşti, la spitalul din Brăila ş. a.; dar nu se pune la toate şi mai ales la unele spitale, cari îl reclamă repetat şi cu tărie, încât chiar dau în judecată în contencios M-terul ca să-l oblige a respecta drepturile membrilor lor, precum Spitalul Filantropia dela Craiova.

Este de prisos a insista asupra avantagiilor funcţionării acestor Consilii Medicale spitaliceşti, cari împiedecă abuzurile sau corectează incapacitatea unuia singur Directorul, pe care colegii îl vor realege dacă nu le-a înşelat aşteptările; — cari interesează pe toţi medicii la bunul mers al instituţiunei lor; — cari vor de viaţă Eforiilor sanitare, cari astfel cum funcţionează sunt şi vor rămâne inexistente, căci cum să se intereseze lumea din afară de soarta unui spital când medicii lui sunt ţinuţi la distanţă; — cari reprezintă principiul descentralizării administrative spre care se merge peste tot, mai ales în ceeace priveşte asistenţa sanitară, care va trebui să se sprijine în viitor pe mijloace şi bugete proprii locale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O facem totuşi şi de mult; dela 1929 atragem atenţia autorităţilor superioare asupra rolului acestor Consilii Medicale cari trebuesc sprijinite iar nu ostracizate; — în favoarea lor am scris şi am vorbit, în repetate rânduri; ultima oară, în faţa Congresului Asoc. Medicilor de Spitale, când am arătat că aceste Consilii trebue să represinte Comitetele locale pe cari să se sprijine Asociaţia şi am cerut în spiritul legei punerea lor în funcţiune urgent şi peste tot.

Directorii de spitale sunt funcţionari administrativi, deci revocabili ori când; de altfel art. final al legii din 1934 abrogă „orice dispoziţiuni contrarii legei de faţă" şi deci şi decretele directorilor în fiinţă, cari în interpratarea cea mai largă a spiritului legei trebuiau peste tot înlocuiţi prin aleşii Consiliilor, până în 2 ani, adică până în 24 Iulie 1936.

M-terul n-a făcut-o sau a făcut-o pe sprânceană — cea ce dă un şi mai rău exemplu, care subminează autoritatea şi alimentează anarhia.

Instituţia Consiliului trebue să primeze asupra Persoanei Directorului, care rămâne prepusul Consiliului.

Azi lucrările se petrec pe dos; legea este bună, dar aplicarea este defectuasă.

Dacă M-terul este contra funcţionării Consiliilor Medicale Spitaliceşti, n-are decât să le desfinţeze; are posibilitatea — va comite astfel o simplă greşală, de concepţie, pe care alţii o vor îndrepta; — dar nu este bine să-şi calce singur legile.

Pentru desvoltarea armonioasă a instituţiunilor spitaliceşti formula care se impune pentru viitor este: Consiliu Medical înăuntru, Eforie Sanitară înafară.

M. Cânciulescu.

FICATUL ŞI GLANDELE ENDOCRINE *)

de

Prof. C. I. PARHON

Comitetul de organizare al Congresului Insuficienţii hepatice, prezidat de Profesorul Loeper mi-a făcut marea onoare de a mă însărcina cu un raport cu privire la relaţiunile ficatului cu glandele endocrine.

Ca profesor de endocrinologie şi ca vechiu lucrător pe acest teren, nu puteam să nu fiu sensibil la această cinste de şi îmi dădeam seama de greutatea sarcinei.

Intr'adevăr, puţine organe prezintă o complexitate funcţională comparabilă cu aceea a ficatului.

Această glandă, de volum considerabil, aşezată pe ţcurentul care vine de la tubul digestiv şi din cavitatea abdominală pentru a pătrunde în circulaţia generală trebue să reţină sau să transforme toate substanţele a căror trecere în sânge ar fi împovărătoare sau periculoasă, pentru a nu lăsa să treacă de cât ceea ce e realmente necesar pentru organism.

Funcţiunile hepatice pot fi clasate în trei grupuri.

a) Funcţiuni receptive, de retenţie sau de fixare; hidropexică, glicopexică, lipopexică, protidopexică, feropexică, etc.

b) Funcţiuni de transformare, de elaborare, ceea ce Fissinger numeşte „funcţiunile interne ale ficatului".

c) Funcţiuni de emisiune: 1) pe cale intestinală sau funcţiunea biligenetică. 2) pe cale venoasă suprahepatică.

In ultimele trebue să clasăm funcţiunile gliogenetică, ureopoetică, etc. precum şi funcţiunile hormonale hepatice în sensul strict al cuvântului cu toată nesiguranţa cunoştiinţelor noastre din ultimul punct de vedere.

Studiul primelor 2 ordine de funcţiuni ca şi acela al funcţiunii biliare, glicogenetică, nu intră în cadrul acestui raport decât în măsura în care ele sunt influenţate de variaţiunile funcţionale ale celorlalte glande endocrine.

---

*) Raport la Congresul internaţional al Insuficienţei hepatice. Vichy 16-18 Septembrie 1937.

Din contra e locul să insistăm în mod cu totul special asupra celor ce cunoaştem sau începem să întrezărim cu privire la rolul hormonal în sensul strict al cuvântului, al glandei hepatice.

Trebue să adăugăm immediat că cercetătorii cari vor voi să aprofundeze studiul funcţiunilor hepatice vor trebui să caute să pătrundă de asemeni corelaţiunile celor 3 mari categorii funcţionale pe care le-am menţionat.

Vom privi deci ficatul ca organ endocrin şi vom încerca să vedem ce se degaje din acest punct de vedere din studiul insuficienţei hepatice, precum şi dacă se poate izola unul sau mai multe sindrome endocriniene de iperfuncţiune ale acestui organ.

Vom căuta de asemeni în ce măsură glandele endocrine reacţionează în cursul sindromelor a—, hipo—sau hiperfuncţionale ale organului de care ne ocupăm.

Intră de asemeni în cadrul raportului nostru, precum e uşor de înţeles, să vedem în ce mod diferitele funcţiuni hepatice sunt influenţate prin absenţa, scăderea sau excesul de activitate al diferitelor organe endocrine sau pentru a fi mai precis, de diferitele hormone.

INSUFICIENŢA ENDOCRINOHEPATICA.

Până în prezent e greu de decelat printre simptomele insuficienţii hepatice sau a le anhepatiei ceea ce revine absenţei sau scăderei hormonelor hepatice. Dar din acest punct de vedere e locul să ne gândim în primul rând la *turburările de metabolism*.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din cercetările lui Bollmann, Mann şi Magath (1926), Bouisset Bugnard, Rouzand şi Soula; Canto, Sakurai (1931) etc. rezultă că ureea din sânge şi urină scade în absenţa funcţiunilor hepatice pe câtă vreme acizii aminaţi cresc, acidul uric al sângelui creşte de asemeni, proteinele sângelui, fibrinogenul, albuminele şi globulinele sanguine scad şi tot astfel raportul albumine: globuline. In ceea ce priveşte metabolismul lipidelor şi sterolic, Thanhauser şi Schaber au observat creşterea colesterolului esterificat în boalele hepatice grave.

Impreună cu Enderlen şi Yenke (1927) unul din aceşti autori au studiat colesterolemia după extirparea totală a ficatului precedată de fistula lui Eck şi legătura portală. Ei au constatat o puternică creştere a esterilor colesterolici la câinii cari au supravieţuit un timp mai îndelungat.

Din contră Pecorella (1931) a găsit, în cursul afecţiunilor hepatice scăderea colesterolului liber ca şi a esterilor de colestorol din sânge.

La rândul lor Franke şi Malezynski (1935) au studiat corpii cetonici după hepatectomie la câine. Ei au găsit creşterea trecătoare a acetonei şi acidului acetilacetic din sânge. In urmă aceşti corpi scad până la moarte. Acidul oxibutiric creşte. Tot astfel acidul lactic.

Vom mai aminti fără a insista cercetările lui Leites, Lifschitz şi Odino (1935) asupra fiziopatologiei schimburilor lipidice în boalele hepatice.

Mai e nevoie să amintim hipoglicemia aşa de caracteristică?

Metabolismul bazal nu se modifică în mod important în boalele hepatice după Aub şi Mans (1921). Tot astfel reacţia specific dinamică.

Bouisset, Bugnard, Rouzaud şi Soula au observat în plus că Ph şi Ra scad după hepatectomie.

B. B. Stimson şi C. Hrubetz (1928) găsesc căderea capacităţii hemoglobinei de a fixa oxigenul după hepatectomie.

Metabolismul hidric e de asemeni turburat în insuficienţa hepatică. Opsiuria e regula. Pick şi Wagner (1920) au observat absenţa diurezei cafeinice la broasca hepatectomizată.

In ceea ce priveşte metabolismul mineral găsim de menţionat cercetările lui Achard, Jeanne Lévy şi Madeleine Pacu (1931) cari au studiat conţinutul sângelui în potasiu la ciroticii de origină etilică (ca şi la cardiorenali) şi au găsit că acest corp e mărit în plasmă.

In aceeaşi ordine de idei am studiat cu Mihail şi Elena Derevici, calcemia, potasemia, raportul K: Ca şi fosforemia după extirparea parţială (aproape două treimi) a ficatului la cobaii tineri. Am găsit o tendinţă nu prea însemnată la scăderea calciului şi la creşterea fosforului. Potasiul scade în mod foarte accentuat. Raportul K: Ca scade de asemeni:

Modificările sistemului nervos în insuficienţa hepatică.

Insuficienţa hepatică gravă şi mai cu seamă anhepatia se însoţesc de turburări importante ale sistemului nervos cari merg până la pierderea excitabilităţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Turburările phisice îmbracă forma confuziei mentale şi Léopold Lévi a studiat de multă vreme alteraţiunile celulelor cerebrale cari se observă în aceste cazuri.

Excluzând ficatul din circulaţie H. Renauld—Capart (1921) a observat modificări ale celulelor cerebrale cum e cromatoliza periferică cu tumefacţia corpului celular şi pierderea excitabilităţii nervoase.

Sângele defibrinat nu e prea activ pentru a restabili structura celulelor, tot aşa serul sanguin care permite de altfel revenirea excitabilităţii nervoase.

Dar dacă serul e încălzit la 57—60° el nu mai restabileşte excitabilitatea nici alteraţiunile celulelor cari rămân umflate cu cromatoliză sau acromatoză intensă.

Autorul crede că cercetările sale ar putea lumina patogenia unor boale mentale. El presupune că idioţia amaurotică ar fi în raport cu o perturbaţiune chimică în secreţiunea internă a ficatului.

Tumefacţia celulară e datorită după Capart creşterii presiunii osmotice intracelulară.

El constată că numai ficatul din toate organele abdominale e capabil să restabilească funcţiunile cerebrale când se suprimă din circulaţie sângele ce vine dela aceste organe.

Alteraţiunile sângelui în insuficienţa hepatică.

Mai notăm că după Massius serul sanguin dela animalele parţial hepatectomizate exercită o acţiune destructivă asupra hematiilor şi că acelaş fapt a fost constatat de Maragliano în cursul boalelor hepatice ca hepatita interstiţială.

Partea ce revine turburărilor hormonale în manifestaţiunile pe care le am indicat rămâne încă de precizat. Cea mai sigură pare în raport cu alteraţiunile sistemului nervos precum reese din cercetările lui Renault—Capart. Tot astfel par a sta lucrurile cu alteraţiunile hematiilor.

Alteraţiunile glandelor endocrine în insuficienţa hepatică şi în ciroze.

Am întreprins noi înşine câteva cercetări cu privire la alteraţiile glandelor endocrine în insuficienţa hepatică experimentală (hepatectomie parţială).

Din aceste cercetări în colaborare cu Stănescu şi Enăchescu pare a rezulta că tiroida se prezintă cele mai adeseori în stare de hiperactivitate, că în ipofisă există o tendinţă la cianofilie, că paratiroidele sunt active sau chiar supraactive, că suprarenalele sunt de asemeni active şi poate chiar cu o tendinţă la ipertrofie a medularei.

Testiculele îşi păstrează de cele mai multe ori activitatea.

In splină se observă de cele mai multe ori o acumulare de sânge ceeace pare în legătură cu oarecare reacţiune portală. Pancreasul nu a părut alterat. Rinichii prezintă de asemeni aspectul de organe active cu circulaţie abundentă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Trebue să spunem aici câteva cuvinte cu privire la alteraţiunile anatomice şi funcţionale ale glandelor endocrine în cursul cirozelor inclusiv ciroza cu diabet bronzat.

Lucrările lui Achard şi Le Blanc, Fiessinger, Wegener (1928), Laignail Lavastine, Althausen şi Kern (1924), Troisier şi Boquin (1931) Villaret, Bill şi Guillin (1934), Labbé, Boulin şi Uhry (1934), Bezançon, De Gennes, Delasu şi Osmmanskey (1932), Barrelet (1932), Claude şi Sourdel (1932), Labbé, Boulin şi Petrescu (1935), Labbé (1936-1937), Deseglise (1937) au atras atenţia asupra simptomelor şi alteraţiunilor endocriniene în cursul diferitelor ciroze.

Trimitem la teza lui Deseglise (1937) pentru mai multe amănunte. Vom spune numai că relaţiunile dintre alteraţiunile hepatice şi celelalte glande pot fi de trei feluri şi anume: a) alteraţiuni hepatice şi a celorlalte glande în funcţiune de un factor etiologic comun; b) alteraţiuni primitive a uneia sau altei glande endocrine determinând sau favorizând alteraţiunile hepatice, în fine c) alteraţiuni hepatice primitive şi secundar acelea ale altor glande endocrine.

SINDROME ENDOCRINE IPERHEPATICE

Din punctul de vedere teoric dacă există sindrome endocrine ipohepatice trebue să întâlnim sindrome opuse iperhepatice. Cele dintâi trebue să se amelioreze sau să se vindece prin tratamentul substitutiv.

Ultimele trebue să se agraveze sau să fie realizate experimental prin extractele hepatice.

Dar trebue să mărturisim că ceia ce cunoaştem din acest punct de vedere e extrem de redus.

S'a vorbit de multă vreme de un diabet prin iperhepatie, datorit mai cu seamă creşterei glicogenolizei şi a cărui existenţă este foarte discutabilă.

Câţi-va autori au practicat cercetări asupra acţiunii ficatului administrat în mod prelungit, asupra creşterii, asupra numărului hematiilor.

Mai mulţi autori s'au ocupat cu acţiunea unora din extractele hepatice. Vom trece repede în revistă principalele cercetări din punctul de vedere care ne interesează.

Acţiunea antianemică a extractelor hepatice. Se cunoaşte încă dela cercetările lui Whipple acţiunea remarcabilă a tratamentului hepatic în anemia pernicioasă.

De atunci s'au realizat extracte cu aceeiaşi acţiune pentru o cantitate din ce în ce mai redusă şi s'a putut chiar obţine substanţa activă sub forma cristalizată iar Wert şi Horroe au studiat constituţia sa chimică.

Aceste fapte pot fi privite ca contraproba constatărilor lui Maasius şi Maragliano pe cari le-am citat vorbind despre insuficienţa hepatică endocriniană şi vorbesc în favoarea unei funcţiuni hormonale a ficatului în hematogeneză.

E drept că mai mulţi autori au susţinut că această substanţă nu se formează în ficat ci în stomac.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S'a observat astfel că anemia pernicioasă se poate desvolta câtva timp în urma unei gastrectomii practicate la bolnavi cu ulcer sau cancer gastric spre exemplu şi după Kikuta (1935) puterea antianemică a ficatului scade după gastrectomie la porc.

Rolul ficatului în hematogeneză începe de altfel după unii autori deja în cursul vieţii embrionare şi Aron crede din acest punct de vedere că hematiile derivă direct din celulele hepatice embrionare.

C. V. Piazza (1930) după 2—3 inj. din soluţia de hormonă hepatică cristalizată observă creşterea reticulocitelor cari revin la starea iniţială după 12—24 ore. In felul acesta se poate stabili doza minimală.

Extractele hepatice par de altfel să aibe acţiuni multiple asupra sângelui şi unele din acţiuni pot interveni în rezultatul global.

Astfel Gebhard şi Klein (1933) în urma injecţiilor de extract hepatic la bolnavii atinşi de anemie pernicioasă sau secundară au observat creşterea colesterolului seric ca şi a esterilor de colesterol.

Acelaş efect a fost notat în urma tratamentului pe cale bucală. Autorul presupune existenţa unei hormone hepatice.

Maranón şi Collazzo (1934) au văzut de asemenea creşterea colesterolemiei după tratamentul prin extracte hepatice şi au găsit că această proprietate dispare dacă se încălzeşte extractul la 1200.

Ingrassia (1934) a observat la rândul lui creşterea colesterolului din sânge şi a rezistenţei hematiilor la acţiunea saponinei.

Cu D-ra Werner am putut confirma în unele cazuri hipercolesterolemia în urma tratamentului cu hepatrat.

Această creştere a colesterolului sanguin pare să aibe partea ei în efectul antianemic al extractelor hepatice.

După d. Müller şi Emilia Goode (1928) ficatul conţine o substanţă care se opune creşterii celulelor şi care pare activă în megaloblostoza sanguină.

Berghund, Watkins şi Richard Johnson (1928) au găsit ca tabletele de ficat fœtal exercită o acţiune stimulantă asupra sintezei hemoglobinei în anemiile secundare. Această substanţă nu determină creşterea reticulocitelor şi ar lucra în altfel de cât aceea care lucrează în anemiile pernicioase.

La animalele cari au primit injecţiuni repetate de extract hepatic (heparat) antianemic am găsit (împreună cu B. Coban) că timusul e proporţional mai puţin desvoltat de cât la martori. (2.54 : 2.89). Tot astfel s'au petrecut lucrurile cu splina 0.156% : 0.174 %. Pancreasul a crescut, din contră, mai mult de cât la martori.

Extracte şi hormone care influenţează circulaţia.

După Canon, Uridil şi Griffith (1921) stimularea nervilor hepatici determină creşterea presiunei şi a ritmului cardiac. Extractele apoase sunt inactive. Acele preparate la cald nu au acţiunea specifică. Acţiunea pare în raport cu unele amine sau acizi cu acţiune simpatică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

După Cannon (1922) ficatul e un organ care pune în libertate un „agent" cardioaccelerator şi presor.

In aceiaşi ordine de idei cercetările lui Takahashi (1924) făcute sub inspiraţia şi direcţia lui Asher arată că lichidul care trece prin ficat exercită o acţiune stimulantă asupra simpaticului la broască şi broasca ţestoasă. Bătăile cordului devin mai puternice şi mai frequente.

In acelaş timp se observă o scădere importantă a excitabilităţii vagului. Aceste modificări au fost reversibile. Acţiunea se menţine cu lichidul desalbuminat.

Lichide bogate în zahăr, aşa cum pot proveni din ficat sunt de asemeni capabile în unele cazuri să mărească intensitatea şi frequenţa bătăilor cardiace dar nu modifică excitabilitatea părechei a X-a.

Aceste fapte conduc la concluzia că ficatul regulează activitatea cardiacă în sensul unei influenţe hormonale. Ar fi vorba de o nouă secreţie internă.

Mai de curând Whitelaw şi Snyder (1934) găsesc că secţiunea nervilor hepatici face să scadă frequenţa „basală" a bătăilor cardiace. Ei sunt de părere că ficatul elaborează simpatină.

Roncato (1930) a confirmat acţiunea favorizantă a ficatului asupra circulaţiunii cardiace.

Prezenţa de turburări cardiace în unele ciroze pigmentare, asupra cărora Véricourt a insistat de curând ar putea poate, să se explice, în parte cel puţin, prin insuficienţa hormonei hepatice cardioregulatoare.

Mc Donald (1925) cu un extract hepatic care nu pare de natură proteică a obţinut, în numeroase cazuri de ipertensiune, o scădere a acesteia, care se menţine 1—3 zile în urma unei singure injecţiuni.

Major (1926) stabileşte că e vorba de o acţiune vasodilatatrice periperică. Unitatea de substanţă activă e aceea care neutralizează efectele a 0.1 milligram de guanidină la un epure de 2500 grame.

După Stoland (1926) această substanţă lucrează de asemeni asupra intestinului şi uterului inhibând efectele guanidinei.

Acţiunea ficatului şi extractelor hepatice asupra diurezei.

Ficatul intervine cu siguranţă în distribuţiunea apei în organism, şi în producerea diurezei. Opsiuria afecţiunilor hepatice e bine cunoscută. Dar mecanismul acestei acţiuni e complex şi încă puţin studiat în amănunte.

Printre autorii cari s'au ocupat cu această chestiune cităm numele lui Pollitzer, Stoltz şi Brill (1924), Lampé (1926), Glaubach şi Molitor (1928), Zuelzer (1929), Fugita şi Horada (1929), Adlersberg şi Gottsegen (1929),

Se pare a rezulta din aceste cercetări că există un mecanism neuromuscular graţie căruia, sângele şi apa sunt reţinute în ficat în urma închiderei venelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar alături de acesta pare a exista de asemeni o funcţiune hepatică care ar influenţa hidratarea ţesuturilor şi unii autori ca Zuelzer (1929), Waelsch şi Selye (1931), Mosony şi Voith (1933), Brill (1934), au vorbit chiar de o hormonă diuretică. E vorba (Fugita şi Harada) de o substanţă termolabilă.

In colaborare cu Mârza şi Cahane (1927) am găsit că administrarea prelungită de pulbere hepatică la Cobai, face să scadă apa din cele mai multe organe şi studiind cu D-ra Mărculescu, influenţa unui extract hepatic (hepatrat) asupra conţinutului în apă al ficatului, l'am găsit de asemeni diminuat.

Acţiunea extractelor hepatice asupra metabolismului.

Klein şi Bloch (1936) au căutat dacă se găsesc mijloace pentru a face să scadă în mod important, eliminarea acidului homogentisinic (sau alcaptonul) la bolnavii alcaptonurici.

Ei au găsit că injecţiile de extract hepatic cum e campolonul, hepatopsonul, pernaemonul se bucură de această proprietate.

Au găsit în plus că se poate utiliza calea bucală tot aşa de bine ca cea parenterală.

Ei sunt de părere că extractul hepatic trebue să conţină agentul care stimulează şi face posibilă desdoirea nucleului aromatic a unor anume acide (tirozina, phenilalanina) şi a produselor de oxidaţie ale acestora.

E vorba pe cât se pare de o hormonă ce intervine în metabolismul protidic.

In colaborare cu D-ra Werner, am observat că la animalele cari au primit câteva luni injecţiuni de hepatrat se găseşte o tendinţă la creşterea *protidelor* din sânge la masculi (cocoşi) şi la scăderea lor la femele (găini).

Se pare că acelaş lucru există pentru *lipide*. Dar cercetările noastre nu sânt destul de numeroase pentru a da o concluzie definitivă. Colesterolul a părut să aibe o tendinţă la scădere cel puţin la masculi.

Acţiunea asupra glicemiei. Fără a mai vorbi despre rolul bine cunoscut al ficatului în glicopexie şi glicogeneză unii autori au admis un rol al ficatului în metabolismul zahărului prin intermediul unor substanţe hipoglicemiante.

Astfel după Blotner şi Murphy (1928, 1929, 1930), ficatul conţine o astfel de substanţă şi din acest punct de vedere 180 grame ficat echivalează cu 10-15 unităţi de insulină.

Substanţa activă nu e aceea care lucrează în contra anemiei. Ea exercită o acţiune favorabilă în contra glicemiei la diabetici şi lucrează şi pe cale bucală.

Leszler şi Pauliczki (1932) ajung la concluzii destul de asemănătoare cu acelea ale lui Blotner şi Murphy.

Care e substanţa activă din punctul de vedere ipoglicemiant?

E interesant să constatăm că acizii biliari posedă după Tanaca (1932) o acţiune asemănătoare.

Prezenţa grupului alcool secundar sau a grupului cetonic e necesară după acest autor, pentru ca acţiunea ipoglicemiantă să poată avea loc

Bahromeyew (1932) a observat că excitaţiunea capătului vagului în abdomen determină creşterea potasiului sanguin, tot astfel excitaţia nervilor hepatici. Calciul nu a fost influenţat.

Din contră în cercetări recente cu D-ra Werner am găsit o tendinţă la scăderea calciului după injecţiunile de un extract hepatic (Hepatrat) şi cu D-ra Mărculescu am observat că acelaş extract face să scadă potasiul din ficat.

Acţiunea ficatului asupra creşterii.

După Claire E. Graham şi A. G. Wendel (1933) ca şi după Alice Behrs (1933) tratamentul hepatic stimulează creşterea. Vaugham şi Müller au ajuns la rezultate negative, iar propriile mele cercetări cu Coban n'au condus la o concluzie precisă. Chestiunea este încă de studiat.

Acţiunea antitoxică a extractelor hepatice. Yakritonul sau Hormona antitoxică a ficatului.

Acţiunea antitoxică a ficatului e bine cunoscută şi se pare că ea e datorită cel puţin în parte, retenţiei şi transformărei în ficat, a substanţelor toxice. Sulfoconjugarea pare unul din aceste mecanisme de transformare.

Dar încă din 1926, Sato susţine a fi izolat din ficat o adevărată

hormonă antitoxică. Impreună cu colaboratorii săi Schun Ichi, Joshimatsu Asada, Yutaka, Tatsuo Sato, Schiglo Ianagawa, Hideo Morishata, Asakara Kyumatsu, Takamatsu, Uga, Horiuti, a găsit că această substanţă, căreia ia dat numele de Yakriton (de la Jakrit = ficat în limba japoneză) exercită o acţiune antitoxică faţă de amoniac, uree, cloroform, veninul de şarpe, toxina disenterică, faţă de efectele inaniţiei, ale hiperglicemiei dar şi ale hipoglicemiei insulinice, ale apei distilate, de unele turburări ale lactaţiei. Yakritonul exercită de asemeni dacă e injectat la timp, o acţiune protectivă faţă de nefrita scarlatinoasă, etc.

In ceea ce priveşte acţiunea Yakritonului faţă de anafilaxie sau de şocul peptonic ea diferă după cum e injectată una sau mai multe zile înainte de injecţia intoxicantă de proteină sau în acelaş timp cu aceasta.

In primul caz un animal refractar devine sensibil la şocul anafilactic. Sato şi Suzuki au dat acestui fenomen numele de proefect.

Contrariul se întâmpla când Yakritonul e injectat în acelaş timp cu substanţa intoxicantă. In acest caz animalul cu reacţiuni anafilactice spontane importante devine refractar. Acest fenomen a fost denumit de autorii japonezi conefect.

Spaţiul, din nenorocire prea restrâns, rezervat acestui raport ne împiedică a insista mai mult asupra importantelor lucrări ale Profesorului Sato şi ale colaboratorilor săi.

O foarte bună revistă generală datorită lui Varay se găseşte publicată în Presse médicale (Decembrie 1936). Trimitem la aceasta pe cetitorii doritori de mai multe amănunte. Adăugăm că cercetările lui Barbieri, făcute în Italia concordă în genere cu acelea ale autorilor japonezi.

Acţiunea bilei şi a altor substanţe secretate sau extrase din ficat.

Bila reprezintă desigur secreţiunea externă a ficatului. Dar nu intervine oare şi din punctul de vedere endocrinian? După Dastre bila este cel mai bun colagog.

O parte din bila evacuată în intestin se resoarbe şi excită secreţiunea biliară. Acţiunea ei pare a se apropia din acest punct de vedere de aceea a secretinei.

După Masata acizii biliari măresc calcemia pe câtă vreme extractele splenice o scad.

O acţiune asupra biochimiei hepatice revine de asemeni colinei. Bert, Mac Lean şi Ridvot găsesc că această substanţă intensifică dispariţia grăsimei din ficat la şobolan, în timpul perioadei de restabilire în urma intoxicaţiei fosforate. Ea nu împiedecă din contră, depozitul de grăsime în ficat în urma injecţiunilor de doze mari de fosfor.

MODIFICĂRILE FICATULUI SUB INFLUENŢA CELORLALTE ORGANE MAI CU SEAMĂ A GLANDELOR CU SECREŢIUNE INTERNĂ

Vom studia acum modificările hepatice morfologice, biochimice şi funcţionale sub influenţa diferitelor hormone; a lipsei sau excesului lor.

Vom avea în vedere de asemeni acţiunea acestor stări asupra veziculei biliare.

Vom începe cu hormonele cari ajung direct la ficat prin intermediul venei porte.

Influenţa hormonelor tubului digestiv asupra afecţiunilor hepatice.

Tubul digestiv posedă în mod sigur secreţiuni interne. El fabrică mai multe hormone. Care e acţiunea lor asupra ficatului?

Mai întâi din punctul de vedere morfologic. Incă de multă vreme cred că desvoltarea organelor e condiţionată sau cel puţin stimulată de hormone. Nu ştim până în prezent dacă există şi cari sunt hormonele specifice pentru desvoltarea ficatului. Dar din acest punct de vedere cercetările ce privesc regenerarea ficatului la animalele cărora li s'a practicat fistula lui Eck (Higgins) sau ligatura venei porte sau a ramurilor sale (Ehrhardt) demonstră că sângele venit prin această venă exercită o acţiune stimulantă remarcabilă asupra regenerărei.

Această acţiune trebue să revină mai cu seamă sângelui ce vine de la intestine (şi de la pancreas?) căci după Higgins şi Pristley splenectomia stimulează şi ea regenerarea hepatică.

Cum fenomenele de regenerare şi de organogeneză par cel puţin foarte apropiate *aceste fapte tind să demonstre rolul intestinului în hepatogeneză.*

E vorba de acţiunea produselor de digestie sau mai de grabă de acţiunea unei secreţiuni interne?

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Ultima opiniune e aceea care ni se pare cea mai verosimilă. Dar chestiunea reclamă noi cercetări.

Din punctul de vedere fiziologic vom aminti că de la cercetările lui Baylis şi Starling ştim că secretina duodenală excită biligeneza. Pe de altă parte Matsuka (1923) a găsit că ficatul e un organ care reţine secretina.

Pe de altă parte cercetările mai recente ale lui Ivy şi Oldberg au arătat că intestinul secretă o hormonă colecistokinetică care determină contracţiunile veziculei biliare.

In acest fel, intestinul reglează pe cale hormonală producerea şi evacuarea bilei de care are nevoie pentru digestie.

Dar ceva mai mult după La Barre, o fracţiune ce rezultă din acţiunea digestiei asupra secretinei exercită o acţiune franc hipoglicemiantă şi face să crească glicogenul hepatic chiar la animalele epancreatate.

(Urmare).

LUPTA BIRUITOARE A MEDICILOR ROMANI CONTRA BOALELOR CONTAGIOASE IN TIMPUL RAZBOIULUI DE INTREGIRE A NEAMULUI*)

de

Prof. D-r P. NICULESCU şi D-r C. STRAT.

O îndelungată experienţă a arătat, că grozăvia războaielor nu se datoreşte numai armelor întrebuinţate ci şi epidemiilor ucigătoare ce le însoţesc. Câte odată aceste epidemii nu dispar; ele îşi pot continua opera lor distrugătoare încă un timp destul de îndelungat, după ce războiul a încetat.

Molimele se datoresc aglomerărilor de masse importante de oameni ce reprezintă elementul cel mai prielnic pentru extinderea cazurilor răslețe de boală. Lăsate în mediul lor obicinuit, cazurile infectante produc epidemii restrânse ce pot fi stinse cu destulă repeziciune.

Războiul mondial, care a aglomerat pe câmpurile de luptă un număr imens de soldaţi — ne mai pomenit în istoria omenirii, — în mod firesc a fost însoţit de epidemii destul de numeroase.

Dacă ele n'ar fi fost combătute cu multă sârguinţă şi, mai ales cu multă pricepere, s'ar fi provocat un dezastru fără seamăn. Din fericire progresele uriaşe făcute de igienă şi de bacteriologie au îngăduit o luptă în deosebi de eficace ce a stăvălit propagarea molimelor.

Astfel febra tifoidă şi dizenteria, cari, în alte războaie, au putut produce ravagii mai mari decât gloanţele şi ghiulelele, nu au provocat decât pierderi destul de moderate.

Această izbândă medicală s'a înfăptuit mai ales pe frontul occidental. Deasemenea şi pe frontul oriental, bolile de mai sus au putut fi combătute cu o deosebită eficacitate. In schimb alte două boli groasnice, tifosul exantematic şi febra recurentă, au bântuit cu o furie ne mai pomenită, care în Serbia şi mai ales în România, au ajuns la un maximum de intensitate.

Ambele epidemii sunt propagate de paraziţii corpului omenesc, paraziţi cari, sugând sângele dela bolnavi, îl introduce prin în-

*) Capitol din «*Cartea de Igienă*» pentru uzul şcoalelor secundare.

ţepături, la cei sănătoşi. Cu cât numărul paraziţilor este mai mare, cu atât sporesc posibilităţile de răspândire. Armata română, după retragerea din Transilvania, la sfârşitul anului 1916, a fost pusă în cele mai prielnice condiţii de înmulţire a paraziţilor în proporţii neînchipuite. Primejdioasele vietăţi prosperau pe corpul soldaţilor ce nu puteau să se spele ducând lipsa cămăşilor de schimb.

Cât timp retragerea s'a făcut în Muntenia, unde germenul boalei era aproape inexistent, nu s'a înregistrat nici un caz. Ajunsă în Moldova armata noastră a intrat în contact cu cea rusească. Aceasta, deşi mai bine înzestrată cu îmbrăcăminte şi rufărie, aducea cu ea destul de numeroase cazuri de boală, rămăşiţe ale epidemiei ce bântuise mai înainte, pe frontul din Polonia. Cu alte cuvinte elementul inflamabil, ce se găsia atât de abundent în armata noastră, a intrat în contact cu izvorul infecţios adus de armata rusă, a avut efectul unei scântei.

Epidemia a izbucnit ca o adevărată explozie. Ea s'a propagat cu o iuţeală uimitoare, nu numai în armată dar şi în populaţia civilă.

Această epidemie este, cele mai adese ori, extrem de gravă. Ea poate ucide şi pe cei ce sunt odihniţi şi suficient alimentaţi, necum pe chinuiţii noştri soldaţi. Istoviţi de marşuri îndelungate, neîndestulător hrăniţi, din cauza greutăţilor de aprovizionare, ei piereau cu zecile de mii.

Corpul medical român a trebuit să înceapă lupta în condiţiile cele mai neprielnice. Pentru ca epidemia să fie stinsă se cerea un lucru aproape supra-omenesc. In primul rând să se distrugă repede, până la complecta nimicire, nu numai totalitatea paraziţilor care de multe ori acopereau literalmente corpul unora dintre chinuiţii noştri soldaţi. Se mai impunea şi înlăturarea ouălor, numite popular lindeni. Strâns lipite de rădăcina părului, aceste ouă pregătiau noua generaţie de vietăţi infectante la sute de mii de oameni.

O iarnă ne mai pomenit de grea, lipsa de spaţiu ce provoca aglomerări excesive şi raritatea aparatelor de desinfectare, arată cât de grea era problema ce medicii trebuiau să o deslege. Acestor dificultăţi se mai adăuga faptul că mortalitatea medicilor, ce se infectau foarte des în momentul deparazitării bolnavilor şi îngrijirei lor era extrem de ridicată. Mai ales medicii mai în vârstă mureau aproape cu toţii. Chiar medicii tineri, deşi erau mult mai rezistenţi, au murit în jumătate din totalitatea cazurilor celor ce s'au infectat

Lupta a fost condusă de trei mari dispăruţi, ce trebuiesc să fie pomeniţi cu adâncă pietate şi neuitată recunoştinţă: Profesor D-r. *Ioan Cantacuzino*, Prof. D-r. *Anibal Teohari* şi medicul General *N. Vicol*, ce diriguia Serviciul Sanitar al Armatei. Mijlocul de luptă cel mai eficace a fost găsit în grabnica construire de numeroase cuptoare în care se departizau hainele şi rufăria: căldura ridicată distrugea atât paraziţii cât şi ouăle lor.

Spre deosebire de curajul celor de pe front, unde nu ararеori uitarea de sine, îngăduie producerea actelor de eroism, medicilor noştri li se impunea o sarcină mai grea. Calmi şi circumspecţi, cu

conştiinţa extrem de lucidă a primejdiei ce-i păştea, la fiecare pas, ei şi-au îndeplinit datoria, fără stimularea înfierbântărei ce produce războiul obicinuit. Astfel au pierit un număr de aproape trei sute de medici români, în această luptă ucigătoare. Este cea mai mare mortalitate ce a fost înregistrată pe frontul nostru, egală cu aceia a ofiţerilor de infanterie cari sunt cei mai expuşi. Aproape fiecare dintre ei au fost eroi, în cea mai desăvârşită înţelegere a acestui cuvânt, eroi ce nu trebuiesc uitaţi. Unul merită să fie special citat pentrucă nu a fost numai erou, în luptă cu epidemia, dar şi un viteaz pe front: *medicul Locot. Filipin.* Acest oltean din nordul Jud. Vâlcea, falnic, înalt şi vânjos, a reînviat vitejia strămoşească în timpul luptelor de pe valea Jiului. Când a văzut şovăiala sanitarilor ce ezitau să meargă în focul ucigător al frontului pentru a ridica răniţii, a dat o pildă şi o emulaţie, aproape unică în analele războiului mondial. Şi-a părăsit postul unde pansa răniţii. A pornit pe front prin ploaia de gloanţe şi a început să transporte răniţii, unul câte unul, purtându-i pe spatele lui vânjos. A dat astfel cel mai înălţător exemplu de îngrijire medicală împinsă până la extremai limită. Insufleţiţi de acest gest, sanitarii au reînceput să-şi facă datoria.

La Iaşi, în timpul epidemiei, medicul Locot. Filipin, s'a molipsit dela bolnavii săi. Fiind singur a ştiut să-şi învingă propria suferinţă, deşi avea temperatura de 39 de grade: în preajma morţii ce l-a răpus, a continuat să-şi îngrijească bolnavii. Le-a făcut injecţii şi i-a îmbărbătat până în momentul când a căzut în nesimţirea ce i-a precedat moartea de neasemuit erou medical.

Astfel s'a terminat viaţa unui român vrednic şi inimos, viaţa ce este povestită pentru întâia oară. Am ţinut să expunem această exemplificare a dragostei de neam şi de profesie într'un capitol ce mai are menirea să uşureze studiul arid al epidemiilor.

Mulţi alţii, deabia întremaţi, după o lungă şi grea boală, s'au întors la posturile lor. Medicii misiunilor streine-francezi, italieni şi americani — au luptat cu aceiaş vigoare şi cu acelaş devotament. Printre ei nu trebuie uitat medicul francez *Clunet,* al cărui nume a fost trecut posterităţii prin vila ce-i poartă numele lângă Iaşi. Acolo şi-a dat sufletul îngrijind părinteşte pe soldaţii noştri ca şi cum ar fi fost proprii săi compatrioţi.

In lupta lor medicii au fost ajutaţi de Doamnele din buna societate şi de cercetaşi, copii fragezi sau adolescenţi.

Ultimii au însoţit armata în Moldova pentru a-şi face datoria ca soldaţi, iar cei mai mici, pentru a înfăptui idealul cercetaşului ce trebuie să facă bine ori cui şi ori unde. Tifusul exantematic şi febra recurentă fiind mult mai puţin primejdioasă la copii, foarte puţini dintre aceştia au pierit.

S'a întâmplat ca unii dintre ei, după ce s'au îmbolnăvit de o boală şi s'a vindecat, să-şi reia primejdiosul lor serviciu, contractând cealaltă boală. Acest lucru nu i-a împiedicat să revină apoi la formaţia de care se alipiseră, muncind şi luptând mai departe, o luptă puţin potrivită cu frăgezimea sufletului lor de copil, ce cunoştea mult prea de vreme boala şi moartea. In chipul acesta

micul toboşar sardinian, descris atât de atingător de autorul italian, De Amicis, în mult răspândita sa carte „Cuore", acel toboşar ce a pornit prin ploaia de gloanţe să ducă un ordin, şi-a găsit numeroşi tovarăşi de eroism printre cercetaşii români.

Toate aceste forţe reunite au repurtat cea mai strălucitoare biruinţă. După două luni epidemia a început să fie stăvilită, iar după cinci luni aproape complect stinsă. O jumătate de an dela începerea molimei armata română compusă din glorioasele rămăşiţe de două ori încercate, de prima înfrângere şi de epidemii, a obţinut *victoria dela Mărăşeşti.* Ea trebuie să ne fie scumpă, nu numai prin jertfa celor ce au pierit.

Neîncetat trebuie să ne amintim de răbdarea cu care au fost suferite chinurile expuse mai sus, a celor ce au făruit o *biruinţă* care, cu drept cuvânt, ar merita să fie numită *a convalescenţilor şi a subalimentaţilor.* In cartea de aur a eroismului armatei române, carte ce conţine pagini atât de numeroase şi de minunate, corpul medical românesc a adăugat una nouă, complect necunoscută până la el. Pagina în care s'a înscris, cu litere neşterse, sfidarea morţii sub forma cea mai groaznică: a boalei ce ucide fără gloria şi fără de admiraţia conferită de moartea vitează pe front.

In acelaş timp a mai ridicat un monument nepieritor, sentimentului celui mai sfânt: *îndeplinirea datoriei profesionale până la supremul sacrificiu.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Inhepton per os Merck

(= Optonicum)

pentru hematopoeză şi favorizarea vindecării

foarte activ mai ales graţie conţinutului său foarte concentrat în extract de ficat, fier şi cupru.

Flacon original cu aprox. 180 gr.

E. MERCK-DARMSTADT

Reprezentant: Dr. J. BINDER, Bucureşti
Str. Luigi Cazzavillan Nr. 34.

Spitalul Suceava
Medic Primar Director D-r T. Bona

CONSIDERAŢIUNI IN LEGATURA CU UN CAZ DE SARCINA EXTRAUTERINA EVOLUATA PANA LA TERMIN

de

D-r T. BONA
Medic primar
Director al spitalului Suceava.

In literatură sunt descrise numai în număr limitat cazurile de sarcini extrauterine evoluate până la termin. Felul evoluţiei precum şi rezultatul obţinut prin tratamentul aplicat, ne îndreptăţeşte să descriem mai pe larg cazul întâlnit de noi şi în legătură cu el, să ne oprim asupra unor consideraţiuni.

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

Obs. No. 439/937. Femeia E. H., în etate de 36 ani, se internează în spital, fiind gravidă în luna X şi având dureri abdominale foarte pronunţate. (No. intr.: 439/937.

Antecedente heredo-colaterale: Nu ştie, să fie vr'o membră în familia sa, carre să fi fost operată de vr'o afecţiune ori malformaţie ginecologică.

In antecedentele personale nu constatăm nimic deosebit. Neagă orice afecţiune venerică; a avut naşteri normale.

Istoricul boalei: Relatează, că ultima menstruaţie a avut'o înainte cu 10 luni. Până atunci a avut menstruaţia regulată succedându-se la intervale de 28—29 zile, cu dureri şi sângerări abondente.

Deja dela începutul sarcinei observă, că evoluţia ei nu este similară cu cele anterioare în senzul, că simte dureri în fosa iliacă dreaptă—dureri, cari surveniau la anumite perioade şi erau asociate cu uşoare perderi de sânge negricios. Aceste mici sângerări s'au repetat în primele trei luni — apoi nu s'au mai prezentat de loc. Observă, că abdomenul ia dimensiunile obicinuite unei graviditâţi. Tot timpul însă are dureri abdominale cu iradieri în membrul inferior drept. Simte mişcările copilului dela luna V-a. Ajungând la termen are dureri foarte vii, sub forma de dureri de facere, fără să se producă naşterea.

Aceste dureri vii au durat vr'o două zile, apoi au diminuat în intesitate. La câteva zile după aceea se internează într'un serviciu de ops-

tetrică unde fiind examinată i se spune că va naşte, însă trebuie să aştepte cu răbdare nefiind încă la termen. Observă că abdomenul care era foarte voluminos scade şi nu mai simte mişcările copilului. Are permanent dureri în abdomen cu maximul de intensitate în ipogastru şi fosa iliacă dreaptă — şi cu perioade de exacerbări succedându-se din ceas în ceas.

Observând, că se petrece ceva anormal, văzând că termenul de IX luni a trecut, şi că naşterea nu se produce, ne consultă, internându-se în spitalul nostru.

Starea subiectivă: Are dureri în abdomen, greaţă, inapetenţă, constipaţie.

La examenul obiectiv: constatăm următoarele: Bolnavă bine desvoltată, facies sănătos. Pulsul: 80, temperatura 37,2—37,5. Limba umedă.

Asupra aparatelor circulator, pulmonar, nervos nu constatăm nimic deosebit.

Abdomenul este bombat; bombarea interesează întregul abdomen cu excepţia epigastrului. La palpaţie simţim că această bombare este provocată de o tumoară similară unui uter gravid, în luna VII-a, dură la palpaţie, puţin mobilă, dureroasă, ovoidă, dispărând în cavitatea pelviană. Asupra ei constatăm matitate.

La examenul abdomino-vaginal, avem senzaţia că avem de aface cu un chist dermoid intraligamentar, chist care împinge uterul la stânga şi adera de el.

Operaţia: Incercăm să facem explorarea cavităţii uterine pe jos, prin dilatarea colului cu laminarii şi Hegare. Constatăm, că nu putem să introducem Hegarele prin colul dilatat decât cu mare greutate, şi numai până la 7—8 cm. profunzime, oprindu-se în fundul uterin.

Procedăm la laparatomie. In rachianestezie cu novocaină 8% amestecată cu cofeina n. benz. deschidem abdomenul, constatând prezenţa unei tumori roz, puţin transparente de mărimea unui uter gravid în a VIII-a lună. Tumora este situată în interiorul ligamentului larg drept. Ligamentul rotund e situat pe faţa ei anterioară; în partea exterioară observăm o formaţiune ce pare să fie resturi de ovare. Uterul de mărime aproape normală este alipit de tumoră şi e împins înspre stânga.

Extremitatea liberă a trompei nu se poate pune în evidenţă. Tumoara se prelungeşte în spre cavitatea pelviană. La palpare simţim diferite formaţiuni de consistenţă variată; avem impresia că simţim capul, corpul şi membrele copilului.

Incizăm peritoneul parietal asupra tumorii şi procedăm la decolarea ei. In acest timp se sbarge această formaţiune tumorală şi se extrage un copil mort, macerat de mărime normală. Greutatea 3200 gr. Se scurge şi un lichid sanghinolent transparent în cantitate foarte mică. Placenta are inserţie în fundul cavităţii create în mezoovar şi baza ligamentului larg drept.

Eliminăm placenta şi capsula aproape în întregime. In partea ei inferioară capsula făcând corp cu vasele iliace şi ureterul nu forţăm desfacerea ei, care întâmpină oarecare greutate.

Procedăm la hemostaza cât mai exactă şi la rezecţia trompei drepte în totalitate.

Drenăm cu un fitil mic, scos la nivelul colţului inferior al plăgii.

Mersul post-operator evoluiază în cele mai bune condiţiuni: bolnava

afebrilă tot timpul, traiectul de drenaj nu supurează. Eliminăm mesa la 5 zile. Bolnava părăseşte serviciul complect vindecată la 15 zile după intervenţie.

Oridecâte ori ovulul fecundat se inplantează şi se desvoltă în afară de uter vorbim de sarcina ectopică ori extrauterină.

Cea mai deasă formă este sarcina tubară. După sediul de inplantare deosebim:

1. Graviditate tubo-uterină (rară) unde sarcina se desvoltă atât în spre cavitatea uterină cât şi în spre trompă;

2. graviditate interstiţială, când ovulul se grefează în trompă imediata apropiere de uter;

3. graviditate tubară istmică în canalul trompei;

4. graviditate tubară ampulară, cu localizare spre extremitatea ampulară a trompei.

5. Sarcină tubo-ovariană, cu inplantarea în spaţiul dintre trompă şi ovar;

6. sarcina extraordinară ovariană, dacă graviditatea se desvoltă în ovar ori pe suprafaţa lui;

7. sarcină extrauterină abdominală, când ovulul se grefează pe peritoneu. La rândul ei această varietate poate fi de două feluri: primară şi secundară. (Când ovulul grefat iniţial în alt loc dintr'o cauză oarecare se desface şi căzut în cavitatea peritoneală, se grefează acolo în mod secundar).

Sunt cazuri rare când ovulul se desvoltă într'o trompă accesorie. Cauzele precise cari determină această nidare anormală a ovulului fecundat nu se cunosc încă. Pentru a explica desvoltarea acestor sarcini se şi incriminează orice alteraţie a trompei care poate împedica migrarea ovulului: anexitele producând stenoze, perisalpingitele, aderenţele cu organele învecinate, tumori cari comprimă trompa etc.

De multe ori ovulul fecundat creşte prea rapid şi din cauza dimensiunilor se înclavează în interiorul trompei normale.

Sarcina extrauterină este o stare patologică, care poate evolua cu complicaţiuni din cele mai grave, din cauză că mucoasa şi peretele tubar nu rezistă faţă de desvoltarea sarcinei şi se rupe împreună cu vasele din apropiere producându-se hemoragii cu inundări peritoneale grave, adesea mortale.

Alt-când în urma presiunei din interiorul trompei se rupe numai capsula internă. Hemoragia produsă nu este aşa de gravă, ca în cazul precedent. Fătul rămâne pe loc ori se expulsează şi se formează hematocelul închistat anteuterin, retrouterin ori în jurul trompei.

Hematocelul se poate rezorbi; altcând se produce supurarea lui. In cazuri extrem de rare sarcina ectopică poate evolua până la termen fără, să se producă nici un simptom alarmant.

In cazul pe care-l relatăm e vorba de o sarcina extrauterină cu inplantarea ovulului în partea distală a trompei şi la baza ei (baziotropă).

Este ştiut, că în aceste varietăţi de sarcini tubare cu inplantarea în peretele inferior al tubei şi cu desvoltare în jos, în interiorul ligamentului larg — este dată posibilitatea ca sarcina ectopică, să evoluieze până la termen.

In celelalte varietăţi, cu alte sedii de inplantări evoluţia aceasta este exclusă şi se produce întotdeauna ruptura tubară ori avort tubar cu consecinţele lor de multe ori dramatice.

In cazul nostru, aceasta concepţie s'a putut verifica pe deplin, şi îl aduc în sprijinul acestei teze, căci tumoara conţinând copilul şi placenta s'a desvoltat în felul descris şi avea aspectul unui chist intraligamentar cu evoluţie înspre cavitatea pelviană.

Pentru a-o putea extirpa am fost nevoiţi să incizăm peritoneul parietal şi să procedăm la decolarea şi izolarea ei.

In felul acesta rar de evoluţie a sarcinei ectopice, când copilul ajunge la desvolltare deplină, decidua rămâne în uter tot timpul sarcinei. La termenul de naştere se produc durerile şi contracţiunile similare unei sarcini normale, însă nu se elimina decât decidua, iar copilul moare.

Soarta pe mai departe a acestor sarcini poate să fie de două feluri: Ori copilul se pietrifică, depunându-se săruri de calciu (lithopedion), putând fi purtat ani dearândul, ca o tumoară, fără să se se producă vr'o turburare deosebită, ori se produce infecţia sarcinei fie pe cale ascendentă (prin uter) fie prin organele (intestin etc.), aderente. In acest caz se instalează un proces de putrefacţie şi supuraţie putându-se complica cu peritonită generalizată mortală, ori se produce elimenarea treptată a sarcinei prin supuraţie (prin vezică, intestin).

Nicoara descrie un caz similar cu al nostru, cu deosebirea că intervenţia s'a făcut abia după 4 ani şi după ce s'a produs deja infecţia sarcinei ectopice.

Diagnosticul sarcinei extrauterine de multe ori e foart uşor, altcând însă se pune cu cea mai mare dificultate. Mai ales în faza iniţială necomplicată, de multe ori este posibil să o confundăm cu sarcină normală. Palparea tumorii ne poate însă pune pe calea diagnosticului adevărat.

Se poate însă întâmpla să avem de-a face cu o graviditate normală la o femeie purtătoare da un chist ovarian mic. In cazul acesta mai ales la începutul, graviditătii şi când sunt prezente şi hemoragii din cauza unui avort incomplect — vom întâmpina mari dificultăţi în punerea diagnosticului.

In faza rupturei tubare avem simptome caracteristice ca: durere bruscă, paliditate, puls filiform. La tuseu nu constatăm întotdeauna hematocelul.

Este de remarcat, că pulsul de foarte multe ori ne indică un pronostic grav. Avem impresia — luând pulsul care adesea nici nu se simte, — căci femeia e pierdută şi nici o intervenţie nu mai e posibilă. Totuşi evacuând sângele adunat în abdomen şi ridicând cauza iritaţiei peritoniale — pulsul revine în mod simţitor, şi vindecarea se obţine în cele mai bune condiţiuni.

In avortul tubar, hemoragiile sunt mai mici, repetate. Asemenea şi crizele dureroase. Hematocelul se produce mai încet şi se măreşte din ce în ce.

Dacă sarcina ectopică evoluează până la termen, simţim o tumoară cu părţile fetale, iar uterul e împins într'o parte.

Observaţia noastră este concludentă în acest senz.

Pronosticul sarcinilor extrauterine este întotdeauna serios.

Tratamentul. Imediat ce diagnosticul e pus intervenţia se impune, căci riscurile unui tratament conservativ ori expectativ sunt foarte mari; o hemoragie gravă chiar mortală, se poate produce chiar atunci când credem că procesul s'a liniştit.

In cazuri de hematocel vechiu o serie de autori preconizează tratamentul conservativ bazaţi pe o serie de observaţii unde s'a obţinut vindecări spontane prin rezorbţia hematomului şi a sarcinei.

Noi recomandăm şi în aceste cazuri intervenţia, căci chiar în cazurile cele mai fericite şi cu evoluţia norocoasă această rezorbţie reclamă foarte mult timp şi aderenţele cari rămân necesită totuşi de cele mai multe ori o intervenţie.

Pe dealtă parte expunem bolnava la o incapacitate de muncă de lungă durată şi la posibilitatea ivirii unui proces supurativ cu toate urmările lui.

In consecinţă e cel mai recomandabil extirparea cât mai grabnică a sarcinei împreună cu placenta, hematomul, şi capsula.

De multe ori suntem silliţi să lăsăm pe loc o porţiune din capsulă ori chiar placentă, fie din cauza că aderă de un organ imtant (vas) fie că se produce hemoragie prea mare prin decolare.

Digitized by Cluj Central University Library Cluj

In caz de supuraţie e bine să ne rezumăm la evacuarea colecţiei fără să încercăm decolarea şi să drenăm cu preferinţa prin vagin.

Operaţia pe cale vaginală în sarcina extrauterină este contraindicată din cauză, că nu se poate obţine o hemostază exactă şi întâmpinăm dificultăţi tehnice însemnate din cauza aderenţelor întinse ce există de cele mai multe ori.

Prin descrierea cazului nostru împreună cu particularităţile lui şi care ese din comun — am dorit să aduc o modestă contribuţie la cazuistică şi studiul sarcinilor ectopice evoluate până la maturitate.

Credem util, să atragem atenţia asupra posibilităţii unei astfel de sarcini ori de câte ori avem în faţă o femeie gravidă la care termenul a trecut, fără ca naşterea să fi avut loc.

Avem mulţumirea, că în cazul de faţă prin intervenţia executată la timp, am reuşit să evităm producerea unor complicaţiuni grave, redutabile şi am putut să obţinem vindecarea complectă.

BIBLIOGRAFIE

Werth: Die Extrauterinischwangerschaft (Winkels H.-buch der Geburtshilfe). — *D-r Iaschde şi D-r Pankow:* Gynecologie. — *Fleischhamer*: Zblatt f. Gyn: 1917. — *Schafer:* Montatschr. f. Gyn h. 49. — *Nicoara:* Clujul Medical Număr festiv închinat Prof. Iacobovici 1929.

CUM SE FACE CURA DE DIUREZĂ INTR'O STAŢIUNE HYDRO-MINERALĂ

de

D-r BUZAGIU

Asistent Universitar

Medic balneolog al Băilor Olăneşti.

Prin cercetările clinice şi de laborator s'a constatat că rolul cel mare într'o cură minerală, nu-l joacă cantitatea mare de apă băută, ci calitatea şi modul de administrare al apei. Dupe o practică de 15 ani la Băile Olăneşti am putut să mă conving cum trebue dată mai bine o apă diuretică ca să putem avea maximul de profit.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Azi se ştie că o apă diuretică trebue dată pe nemâncate, dupe cel puţin 5—6 ore de la mese, când digeştia e terminată; pe dealtă parte trebue să eliminăm toţi factorii extra renali cari împiedică diureza; afară de aceasta experienţele lui Vaquez au arătat că diureza se face mult mai bine în poziţia orizontală, culcat în pat, decât în poziţie verticală, plimbându-se.

In majoritatea staţiunilor hydro-minerale, bolnavul se duce dimineaţa şi seara la sursă de bea apa şi cum în genere isvoarele diuretice sunt la distanţe mai mult sau mai puţin mari, 1—2 kilometri, drumul până la sursă obosesc organismul şi mulţi din bolnavi iau înainte şi micul dejun, laptele sau ceaiul, în cari cazuri au intervenit diferiţi factori extra-renali cari fac ca diureza să nu-şi mai aibă efectul maxim.

De câţi-va ani, pentru a elimina acest neajuns, am căutat inspirat de cele văzute la Evian, să fac cura de diureză dimineaţa trimiţând bolnavilor la domiciliu la 6—7 dimineaţa, apa diuretică luată proaspăt de la sursă în vase închise şi aduse în 5—10 minute, astfel ca bolnavii să facă cura culcat în pat, dimineaţa la sculare, când organismul este odihnit. Aceasta constitue cura de fond a diurezei, rămânând ca o cură adjuvantă să o facă bolnavul la 6—7 seara ducându-se la sursă.

Doza şi modul de administrare al apei se prescrie la fiecare bolnav aparte, dupe indicaţiile ce ni le dă *proba Violle* pe care

trebue să o facem înainte de a începe cura, fiind o probă simplă şi practică, bolnavul făcându-şi singur proba.

De ce cura de diureză cea mai bună este aceia făcută culcat în pat, dimineaţa la 6—7, cu apa adusă repede şi proaspăt de la sursă?

Dacă interpretăm rezultatele date în cele 3 cazuri expuse de *D-r Violle*, ajungem la următoarele concluzii:

CAZURI	POZIŢIA	ELIMINAREA	INTERPRETAREA REZULTATELOR
Cazul No. 1	O C	egale şi normale	Nici o tulburare renală sau extra-renală
Cazul No. 2	O C	— +	Turburări cardio-vasculare
Cazul No. 3	O C	egale şi anormale	Turburări în absorbţie de apă stomac, intestine, ficat Turburări în difuziunea apei Turburări în permeabilitatea membranelor Turburări hormonale; în mod particular; retenţie clorurată. Turburări renale.

S'a însemnat prin O, proba făcută în ortostatism şi prin C, proba făcută în clinostatism.

In cazul I când eliminările sunt normale în clinostatism şi Ortostatism, când nu există nici o tulburare în absorbţie, în difuziune şi eliminarea apei, factorii renali şi extra-renali fiind normali, eu prefer să dau apa culcat în pat la 6—7 dimineaţa deoarece diureza e mai bună şi mai mare.

In cazul II când eliminările în clinostatism sunt normale iar în ortotatism sunt întârziate din cauză că există turburări cardio-vasculare cari jenează circulaţia apei în organism, cura de diureză cea mai eficace este cura făcută tot culcat în pat dimineaţa la sculare când toţi factorii extra-renali sunt eliminaţi.

In cazul III când eliminările în clinostatism şi ortostatism sunt normale, dar întârziate, când avem turburări în absorbţia de apă, de exemplu din cauza unei *dilataţii de stomac* etc., cura cea mai bună e tot dimineaţa culcat în pat, doze mici fracţionate, la intervale mai mari căci astfel obţinem cea mai bună diureză.

In caz de *afecţiuni hepatice* când deasemenea există turburări în absorbţia de apă din cauza jenei circulatorii intra-hepatice, absorbţia fiind foarte micşorată şi întârziată, cura cea mai bună este tot culcat în pat la 6—7 dimineaţa, apa însă va fi dată în doze mici fracţionate la distanţe mai mari, apa uşor încălzită ca să ferim ficatul de o criză şi să obţinem în schimb o descongestionare şi o bună spălare.

La bolnavii cu turburări pur renale vom prescrie cura dupe supleţea şi capacitatea funcţională a rinichilor pe care ne-o dă proba Violle, şi se va da tot culcat, dimineaţa.

Digitized by Centrul Pentru Studiul Limbii Romane

Ca *concluziune*, atât în cazurile normale când nu există nici o piedică în eliminările apoase, cât şi în cazurile patologice când există întârzieri în eliminări, cel mai bun mod de administrare al apei diuretice este în clinostatism, dată culcat în pat, la 6—7 dimineaţa, pe stomacul gol, când organismull e odihnit, aceasta constituind cura de fond a diurezei, iar ca o cură adjuvantă bolnavul se va duce la sursă între orele 6—7 dupe masă.

Cât priveşte cantitatea de apă ce trebue să se bea, atâta timp cât bolnavul are o permeabilitate renală bună, constatată prin proba Violle, atâta timp cât nu găsim nimic extra-renal care să întârzie permeabilitatea renală, vom da să bea 300 g. dimineaţa şi 300 gr. seara, mărind zilnic doza până ce ajungem la 3 pahare de 250 gr. dimineaţa şi 2 pahare seara; iar cât priveşte modul cum să se bea apa, eu personal dau să bea apa tot paharul deodată, nu încet pe gustate, la distanţe de 10—15 minute un pahar de altul şi numai la cei cu permeabilitatea întârziată şi mai ales la hepatici le dau să bea încet la distanţe mai mari.

Procedând astfel am obţinut maximul de efect diuretic.

ELIXIR GRANULE

HISTOGENOL

NALINE

Benzosulfon Paraamino Phenylarsinat de Na.
Dioxiphenil Arsinat de Na.
Arhenal.
Nucleophosphat de Na.
Glicerophosphat de Ca.

ADULŢI: 2 linguri de supă pe zi, înaintea meselor principale.
COPII: 2 linguriţe pe zi.

ANEMIE
NEURASTHENIE
TUBERCULOZĂ
PALUDISM
DIABET

REPR. GENERALĂ
BUCUREŞTI

S. A. R.

14, STR. ARCULUI
TELEFON: 2.81.81

Cluj / Central University Library Cluj

TAXELE IN SPITALELE STATULUI *)

de

Doc. D-r M. CÂNCIULESCU

Plata de taxe în spitalele statului şi fixarea cotelor lor respective trebueşte considerată în raport cu instituţia, bolnavul şi personalul medical.

Este drept ca statul, căruia aparţin instituţiile spitaliceşti, să perceapă taxe dela aceia cari sunt în stare să le suporte: bolnavii, familiile lor sau instituţiile în sarcina cărora cad şi să aibă în sarcina sa pe cei cu totul lipsiţi de mijloace, persoane faţă de care a contractat obligaţii, sau în interesul colectivităţii, precum: bolnavii atinşi de boli contagioase sau venerice, invalizii şi văduvile de răsboi, până eri orfanii de răsboi ş. a.

BCU Iaşi / Centrul Universitar Iaşi

Aceste dispoziţiuni sunt valabile în toate ţările, iar la noi sunt prevăzute în Art. 118 al Legei sanitare în vigoare şi reglementate în Art. 5 şi 6 ale Reg. pentru funcţionarea instituţiilor spitaliceşti.

Quantumul acestor taxe este fixat în mai multe categorii, dupe clase.

Din aceste taxe, din cele de întreţinere statul îşi face venit, prevăzut la fondul sanitar; din cele de operaţii, diverse examene şi tratamente de laborator sau fisioterapie o cotă se reservă instituţiunii, (pentru pansamente, medicamente şi îmbunătăţiri); — iar alta personalului medical al secţiei respective.

Aceste taxe constituesc deci un mijloc de auto-ajutare materială a spitalelor, degrevând budgetul statului de anumite cheltueli; — şi pe de altă parte sunt destinate a veni în ajutorul personalului medical spitalicesc, în scopul de a le stimula şi răsplăti zelul sau a le majora un salar insuficient.

Legiferare. Legea noastră sanitară din 1910 (cu modificările până la 1913) prevede plata de taxe în spitale la Art. 40.

Regulamentul pentru funcţionarea instituţiunilor de asistenţă medicală din 5 Dec. 1923, cu modif. din 3 Sept. 1924, le reglementează în Cap. 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 şi 19.

---

*) Raport prezentat la Congresul Asoc. Medicilor de Spitale şi Dispensare ale Ministerului Sănătăţii Publice în ziua de 23 şi 24 Oct. 1937.

Legea de organizare a M-terului, cu modificările introduse până în ziua de 15 Mai 1926, cuprinsă în Codul Ministerului Sănătăţii şi Ocrotorilor Sociale" cuprinzând adnotaţii, jurisprudenţe şi explicaţii date de D-l Al. Pretorian şi o Prefaţă scrisă de D-l Prof. Gane, fostul şi actualul Secretar General al Ministerului, prevede taxele la Art. 32 (vechiul Art. 40), iar Regulamentul cuprins în Cod le reglementează în aceleaşi articole ca şi cel din 1923 modificat în 1924, cu deosebirea că Directorii de regiuni sanitare, — cari conform Al. 2 al art. 17 din Regulament fixau maximumul şi minimumul taxelor dupe localităţi — fiind desfiinţaţi, sunt înlocuiţi cu Inspectorii Generali Sanitari, asupra cărora trec aceste atribuţiuni.

Legea sanitară din 4 Iulie 1930, cu modificările introduse prin decretul-lege din 12 Aprilie 1933 şi din 26 Iulie 1934, le prevede la Art. 118 şi 119; — iar reglementarea felului şi quantumului taxelor au fost profund modificate prin Dec. ministeriale No. 12497 din 8 Mai 1935, 35221 din 5 Iulie 1935 şi 58796 din 30 August 1935.

CONSIDERAŢIUNI RECAPITULATIVE. **Referitor la felul taxelor,** textele respective ale articolelor din Regulament şi mai ales ultimele dispoziţiuni ministeriale prevăd:

a) taxe de întreţinere în spital, pe clase (a III, II, şi I); —

b) taxe pentru diferite operaţiuni chirurgicale şi obstetricale, examene şi tratamente de laborator şi fisioterapie;

c) taxe de onorariu pentru vizitele medicale zilnice (plătite numai 20 zile pe lună, dupe care se reduc la jumătate), încasate prin A-ţia spitalului, şi onorarii de consulturi, care se plătesc direct medicului;

BCU Cluj / Central University Library Cluj

d) taxe pentru consultaţii externe şi certificate medicale.

Afară de aceste taxe *legalizate,* se mai percep în anumite servicii de chirurgie, taxe pentru obiecte de pansamente; iar în toate serviciile bolnavii mai plătesc medicamentele prescrise, serviciul de aprovizionare al farmaciilor nepunându-le la dispoziţie de cele mai multe ori nici medicamentele uzuale*).

Acestea formează taxele neprevăzute, zise de necesitate dar *ilegale,* pentrucă satisfacerea lor este deja prevăzută în cotele comune rezervate spitalelor.

Intre acestea intră şi taxele zise *benevole,* destinate în primul rând a plăti personalul suplimentar şi a satisface nevoile generale ale serviciilor în suferinţă.

Şi, în sfârşit, *taxele prevăzute de tradiţie, adevărate biruri ale suferinţei omeneşti,* cari variază dupe loc şi caz — şi deşi ameninţate cu sancţiuni grele, acestea n'au fost aplicate mai niciodată.

Le amintim şi pe acestea, pentru-că reprezintă o realitate

*) La data de 1 Mai crt. nu se aflau în farmacia Spit. Filantropia din Craiova, următoarele medicamente: Flori de tei — Rădăcina poligala — Specii pectorale — Benzoat de sodiu — Salicilat de sodiu — Tra de iod — Acid fenic — Chinină sulfurică — Stricnină, Cacodilat, Arenal-fiole — Kali bromat — Graminis — Uva ursi — Benzonaftol — Acid acetic — Hipermanganat — Glicerină, pe cari a trebuit să le obţinem pe cale de cerere la Inspectoratul Sanitar local.

dureroasă, căreia ar trebui cu un moment mai de vreme să i se pună capăt.

Referitor la Quantumul taxelor. Până la 5 Iulie 1935 acest quantum al taxelor era fixat de către organele periferice ale Ministerului, directorii regionali sau inspectorii generali sanitari; dela această dată, de către organele centrale prin decisiuni ministeriale, cari le-au dat un salt brusc; ast-fel, considerând numai intervenţiile chirurgicale, — de unde se plătea în 1933 pentru o operaţie mare 400 lei, pentru una mijlocie 200 şi pentru una mică 100 — vedem că se prevede în 5 Iulie 1935, pentru o operaţie mare plata de 1500—2500 la clasa I şi 1000—2000 la clasa II; iar pentru cele mici (categoria celor mijlocii dispare) 500—1000 la Cl. I şi 300—500 la clasa II; şi nu mai târziu decât peste 2 luni, la 30 August acelaş an, se impune la clasa I cu 2250—3750 o operaţie mare şi cu 750—1500 o operaţie mică.

De asemenea asistăm la majorarea taxelor de laborator în proporţie de 100% pentru clasa I şi 50% pentru examenele şi tratamentele de ordin fisioterapic.

Nu trebue să uităm că din aceste taxe revine chirurgului primar numai 50%, iar radiologului şi şefului de laborator 35%; — dar şi să adăogăm că mai revine medicului primar al serviciului în care este îngrijit bolnavul, din taxele-onorar pentru vizitele zilnice o cotă de 40%, taxe-onorar cari sunt de 60 lei pentru clasa I şi 30 lei pentru clasa II (aceste onorarii reducându-se la jumătate, la cererea bolnavului, dupe prima lună, luna socotindu-se de 20 zile).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Contra deciziilor cari au fixat quantumul acestor taxe şi contra fixării lor în mod uniform pe întreaga ţară, s'au ridicat medicii primari ai spitalelor dela graniţa de vest, cari au adresat un apel colegilor din restul ţării, apel la care au răspuns 112 medici primari, şi următor căruia au adresat un memoriu Ministerului, cerând în esenţă: să se revină la vechea dispoziţie prin care aceste taxe erau fixate de Directorii regionali sau inspectorii generali sanitari, cari sunt mai în măsură a fixa quantumul taxelor, ţinând seama de împrejurările locale şi de onorariile medicilor practicieni locali; — să se micşoreze plafonul taxelor, care ar fi prea ridicat, din care cauză au început să scadă şi veniturile spitalelor"; — „să se pretindă instituţiunilor cari au membrii asiguraţi să plătească onorarii medicale şi pentru bolnavii internaţi la clasa III, cum plătesc de altfel sanatoriilor particulare în care îşi internează bolnavii"; — să se permită medicilor să opereze gratuit nu numai pe internaţii dela clasa II, dar şi pe funcţionarii de stat, „cari deşi au o reducere de 50% asupra taxelor fixate, nu pot fi trataţi în clasa I şi II, pentrucă n'au atâţia bani să achite administraţiilor spitalelor" *).

*) Aceste considerente, valabile în mare parte în Ardeal, au fost citate dupe acel memoriu comentat în articolul „Din nevoile medicilor de spitale" publicat de D-l D-r I. Glăvan, medic primar oftalmolog la Spitalul central din Oradea, în „Vestul Medical" No. 3/1936.

CONSIDERAŢIUNI INTERPRETATIVE. „Salarizarea actuală a medicilor este insuficientă, inechitabilă, arbitrară şi cu adevărat anarhică ea variaază, dupe instituţii şi dupe conducători; ea nu asigură o existenţă onorabilă şi compatibilă cu funcţia lor socială şi cu pregătirea profesională; — tablourile comparative sunt eloquente" se scrie în Raportul D-lui D-r S. Ţovaru prezentat în Congresul anual al Asoc. G-rale a Medicilor din România din Iulie 1937, raport cu privire la „Definitivarea, inamovibilitatea şi salarizarea medicilor din serviciile publice şi particulare", şi la care subscriem în întregime.

Reglementarea asistenţei medicale în instituţiunile statului trebue să ţină seama în primul rând de interesele colectivităţii; dar nici să nu lovească în interesele vreunei categorii de profesionişti, precum medicii practicieni cărora libertatea profesiunei să le fie asigurată; — spitalele să nu concureze pe liberii profesionişti printr'o gratuitate excesivă şi desordonată; — „cât mai întinsă gratuitate pentru cei săraci, dar cei cu dare de mână să-şi plătească medicul care îl îngrijeşte", cum zice D-l D-r Glăvan; — libera alegere a medicului să fie impusă în Asigurările Sociale, cari să fie extinse şi la sate (D-nii D-r Moisescu şi Abramovici în raportul „Dificultăţile practicei medicale" prezentat la acelaş congres), precum şi în însăşi instituţiile de asistenţă medicală ale statului; — clasele sanatoriale (clasa I) în spitalele statului concurează sanatoriile şi iniţiativa particulară, accentuând tendinţa actuală de etatizare a medicinei; — cointeresările statului cu particulari, deşi nu se soldează, obişnuit, cu profitul cuvenit sacrificiilor consimţite de stat, dar este explicabilă din mai multe puncte de vedere; cointeresarea de către stat la veniturile sale a funcţionarilor săi, pe cari îi plăteşte tocmai ca să-i aibă la dispoziţia sa absolută, nu este justificată cu nimic; statul să-şi plătească cum se cuvine slujbaşii, în speţă pe medici, şi dacă are nevoe sau găseşte cu cale că trebue să perceapă anumite taxe dela bolnavii internaţi în instituţiile sale, să şi le reţină integral, făcându-şi-le venit pentru satisfacerea nevoilor sale multiple; să dea chiar anumite prime în scop de stimulare; cointeresarea unora şi nu a tutulor categoriilor de medici, mai ales în chiar sânul aceleaşi instituţiuni, mai creiază inegalităţi de tratament nedrepte, şi pe deasupra dă naştere la abuzuri.

La lumina acestor considerente de ordin general trebuesc interpretate dispoziţiile cari reglementează în prezent plata taxelor în spitalele noastre.

Vom insista în special asupra unora din aspectele lor particulare.

Clasele în spitale. — In spitalele statului există de mult împărţirea bolnavilor pe clase, clasa III a regimului comun, a II şi clasa I; îngrijirile medicale rămân aceleaşi, ca şi cota de alimentaţie, pentru toate clasele; numai că în practică se ia din alocaţia de hrană a bolnavilor de clasa III, precum se afectă bolnavilor de clase superioare camerele de reservă — ca să se facă oare-care distincţie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Asupra neomeniei unui procedeu şi asupra inoportunităţii celuilalt — nu mai insistăm.

Dacă statul încasează o sumă de plată mai mare pentru întreţinerea bolnavilor de clasă, este o datorie să le afecteze şi o cotă de alimentaţie corespunzătoare; precum să le afecteze clădiri sau aripi de clădiri aparte, pentru că măcar în faţa suferinţei bolnavii să nu simtă prea de aproape nedreptatea socială a diferenţei de clasă; — şi în orice caz să nu se schimbe destinaţia camerelor de rezervă, a căror raţiune este justificată pentru toate clasele.

In sanatoriile particulare chiar, diferenţa de plată o dictează avantagiile camerei.

Pe de altă parte crearea de clasa I în spitalele statului nu este justificată; statul face astfel o concurenţă (neloială chiar, fiind dată diferenţa de posibilităţi materiale) întreprinderile particulare.

Existenţa unei clase a II, cu plată mai mare decât pentru regimul comun care ar representa clasa III, este justificată din multe puncte de vedere; — că cine dispune, trebue să plătească mai mult; dar condiţiile de îngrijire (ca local, tratament şi hrană) să fie de aşa natură pentru toată lumea, încât să nu să simtă nevoia a face distincţii dupe clasă; să se ridice nivelul de îngrijire al bolnavilor de la regimul comun către al celor de clasă superioară, majorându-se, în primul rând, alocaţia de alimentaţie.

Acesta este idealul spre care trebue să tindem.

Fixarea taxelor. — Au dreptate medicii din Vestul ţării când pretind ca în fixarea taxelor să se ţină seamă de condiţiile locale, cari sunt variabile; — de aceea să se revină la vechea dispoziţie ca Inspectorii generali sanitari să fie însărcinaţi cu fixarea taxelor, în comun acord cu conducătorii instituţiunilor, iar aceştia în acord cu părerea majorităţei medicilor din instituţii cari formează *Consiliul medical* azi desfiinţat, în fapt, ceea ce nu s'a avut în vedere până în prezent, cu toate că Art. 114 din lege şi Art. 25 din Regulament prevede funcţionarea acestui Consiliu Medical în fiecare spital al statului.

Actualele taxe trebuesc revizuite; prea este mare diferenţa de la taxele anului 1933 până la acelea ale anului 1935 şi prea isbitoare diferenţa dintre taxele din Iulie 1935 şi acelea din August acelaş an, pentru ca să nu se pună în evidenţă graba cu care s'a reglementat; — precum de asemenea prea mare diferenţierea în sânul aceluiaşi tip de „operaţie mare" sau „operaţie mică".

Cointeresarea personalului medical din instituţiile spitaliceşti la veniturile statului. — Este cointeresare din moment ce statul admite ca personalul medical să tragă venituri din taxele de operaţii, tratamente, vizite medicale ş. a. în instituţiile sale, şi 'şi reservă şi sieşi o parte.

Nu este cazul să interpretăm avantagiile şi desavantagiile ce decurg din această cointeresare pentru stat.

Pentru medici aceste venituri suplimentare constituesc un avantaj, şi, fiind dată salarizarea derizorie a corpului medical, aceste

venituri sunt bine venite şi nu noi o să ne ridicăm contra lor.

Dar astfel cum sunt fixate şi distribuite cotele, ele constituesc inegalităţi de tratament, nedrepte şi jicnitoare pentru diferitele categorii de midici, — statul neavând posibilitatea să-i cointereseze legal pe toţi —; dar mai ales le creiază în sânul aceleaşi instituţiuni, pentru că: sunt unele specialităţi mai lucrative ca altele; — se face o distincţie nedreaptă între retribuţia unei operaţii de apendicită care se face în 5 minute şi se retribueşte cu 3750 lei la clasa I (din care chirurgul ia 50%, plus 40% din taxa zilnică de 60 lei pentru vizita medicală) şi între un diagnostic medical care îţi provoacă mult mai mare bătae de cap şi nu mai mică participare a procesului de conştiinţă; sau un tratament îndelungat al bolnavului, mai aels de boală contagioasă sau venerică pentru care legea opreşte exprès pe medic a percepe vre-o taxă chiar la clasele superioare, medic care pe deasupra se mai expune la pericolul unei contagiuni; precum de asemenea medicul radiolog, care se expune îndelung timp la influenţa nocivă a razelor X şi şeful de laborator la pericolul unei infecţiuni prin manipularea microbilor, ş. a. m. exemple, fără ca să tragă din cointeresare aceleaşi beneficii ca chirurgii.

Această avantajare a unora în detrimentul altora o perpetrează fixarea cotelor respective şi din alte puncte de vedere.

Fixarea şi distribuţia cotelor. — 50% din plata unei operaţii numai unuia singur, care este chirurgul primar şi numai 10% secundarilor, cari pot fi mai mulţi într'un serviciu şi cari ajută şeful, de foarte multe ori fac ei operaţia şi mai totdeauna îngrijesc ulterior bolnavul, — este injust; — de asemenea din taxele pe vizitele medicale zilnice, 40% medicului primar şi numai 10% secundarului sau secundarilor, căci pot fi mai mulţi, cari îl văd regulat la contravizită; — şi mai ales numai 5% întregului personal sanitar auxiliar şi de serviciu al secţiei — este şi mai nedrept.

Am arătat mai sus că dispoziţiunile actuale favorizează specialitatea chirurgiei cu anexe şi nedreptăţeşte serviciile de medicină internă.

De aceea se consideră pe bună dreptate o nivelare a asperităţilor în sânul aceleaşi instituţiuni; — ar fi 2 soluţii:

a) să se facă fond comun din taxe şi distribuţia cotelor să se facă egal între medicii de acelaş grad;

b) dupe cum din taxe se reservă o cotă de 30—40% pentru instituţie (în scop comun de pansamente, medicamente şi îmbunătăţiri), tot astfel din taxe să se reserve o cotă oare-care, care să facă fond comun şi să se distribue corpului medical al instituţiunei dupe anumite norme — astfel precum se practică în sindicatele avocaţilor, în cari o cotă de 40% a taxelor pe actele de notariat se reservă sindicatului şi se împarte egal tutulor membrilor sindicatului *).

*) A treia soluţie a fost propusă în timpul desbaterilor de către D-l Docent D-r Ştefan Popescu, care a fost de părere să se prevadă o «*taxă de îngrijire*» şi pentru bolnavii de la medicale, care să facă faţă celei de la chirurgicale.

La capătul acestui raport — *expunere de ordin critic* în care am prezentat pe toate feţele diferitele caractere ale problemei taxelor în spitalele statului — expunere în care am ţinut seamă *de toţi factorii interesaţi în causă;* — de interesele statului; — de interesele instituţiunei spitaliceşti cu multiplele sale specialităţi, nu toate la fel de lucrative; — de condiţiile materiale ale bolnavului, cel sărac bucurându-se de gratuitate cât mai întinsă şi nivelul îngrijirilor date să se ridice la acela al claselor superioare, iar cel cu mijloace să plătească, sau în locul lui toţi aceia în sarcina cărora el cade, — asiguratul social mai având dreptul de a-şi alege liber medicul chiar în instituţiunile spitaliceşti; — dar mai ales ţinând seamă de interesele tutulor medicilor dintr'o instituţiune spitalicească, dupe specialităţi (venind în ajutorul celor mai puţin lucrative) şi dupe grad (venind în ajutorul medicilor secundari cari sunt în număr cel puţin tot atâta de mare ca cei primari şi cari din 3750, costul unei operaţii de la clasa I primesc 375 lei — cea ce revine la fie-care câte 190 lei când sunt 2, şi câte 125 când sunt 3 secundari pe serviciu — în timp ce chirurgului primar i-a revenit 1875 lei) — căci Asociaţia noastră, să nu se uite, este a tutulor medicilor din spitalele statului — la capătul acestui raport, zic, nu voi trage concluzii, pe cari să le supun, Congresului spre aprobare.

Aceste concluziuni definitive trebuesc trase din formularea păreri lor marei mase a medicilor din spitalele din ţară, cărora trebueşte, să ne adresăm printr'un *chestionar* *), formulând anume întrebări la cari ei să fie solicitaţi a răspunde.

Chestiunea taxelor în spitale să rămână deocamdată în studiu şi pusă iarăşi la ordinea de zi a congresului viitor.

Până atunci M-terul Sănătăţii să fie rugat a ne pune la dispoziţie *date statistice* asupra sumelor încasate în acest scop în spitalele sale.

Precum să ne procurăm *datele necesare din legislaţia şi reglementarea perceperii taxelor* în spitalele din celelalte ţări.

---

*) Acest **„Chestionar"** va fi adresat de către noi personal sau prin mijlocul unui **„Buletin"** al Asoc. med. de Spitale şi Dispensare, buletin a cărui utilitate am învederat-o prin următoarea Moţiune de **„Propunere"** ce am făcut membrilor Congresului, şi care a fost admisă:

„*Pentru a da o viaţă mai activă şi cât mai întinsă* Asociaţiei noastre — în scopul de a studia amplu problemele puse în discuţie şi a formula desiderate cari să fie cu adevărat expresia părerilor marei majorităţi a corpului medical spitalicesc din ţară, desiderate pe cari Asociaţia să le susţină cu toată autoritatea în faţa forurilor erarhice competente — este de dorit să se scoată un „BULETIN".

In acest „Buletin" se vor publica în primul rând rapoartele şi desbaterile din Congres, precum se vor ţine deschise problemele puse în studiu, precum aceasta a taxelor în spitale, şi cărora rapoartele prezentate le vor servi ca mijloace de documentare generală".

STENOZELE INFLAMATORII AL RECTULUI

de

D-r IOAN DICHTER

De când rectoscopia a ajuns o metodă practică de investigaţie şi de când o aplicăm metodic la bolnavii cu afecţiuni intestinale joase, trecerea peste diagnostic în ce priveşte maladiile rectului a devenit o imposibilitate;... e suficient să priveşti cu rectoscopul şi, înarmat cu câteva cunoştinţe ale afecţiunilor intestinale joase: diagnosticul se impune. Astfel este cazul stenozelor rectale unde, praccând numai această metodă, diagnosticul se pune cu cea mai mare uşurinţă. Unde începe partea mai interesantă este atunci când vrem să determinăm natura acestor stenoze — şi aci este locul să insistăm puţin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se ştie astăzi precis că, în etiologia stenozelor inflamatorii, găsim: sifilisul, tuberculoza, blenoragia, limfogranulomatoza, şancrul moale, actinomicoza şi lăsăm la o parte stenozele mecanice, neoplasice sau chirurgicale, în urma diverselor operaţiuni asupra hemoroizilor, ca şi cele cicatriciale, consecutive tratamentului curieterapic pentru cancerul colului, ce nu intră în cadrul subiectului nostru, ca şi stenozele congenitale.

Stenozele inflamatorii le putem considerra ca reprezentând sfârşitul diverselor procese cu etiologie variabilă, pe un fond infecţios banal nespecific. Le întâlnim mai frecvent între 20—30 ani (86% după Prof. Nicolau) şi ele ating de preferinţă femeile. Nu se întâlnesc la copil. Mult timp, după Fournier, sifilisul şi anume sifilisul terţiar a fost socotit ca unică cauză a stenozelor rectale şi astăzi încă el e considerat ca un mare factor de producere a acestui syndrom. Astfel, Bensaude publică o statistică unde găseşte, din 226 stenoze, 139 de natură sifilitică.

Gonococia produce stenoze, dar mai uşoare şi diagnosticul se bazează pe prezenţa gonococului în puroiul de stenoză.

Tuberculoza, ca urmare a prezenţei fistulelor şi abceselor la nivelul stenozelor şi mai ales de când Gougerot a pus în evidenţă bacilul tuberculos în 7 din 14 cazuri de stenoză a rectului, inoculând la cobai fragmente de ţesut rectal.

V. Dimitriu şi Stoia găsesc la 22 din 46 bolnavi cu stricturi, leziuni tuberculoase pulmonare.

De când Ravaut, Levaditi, Lambling şi Cachera au determinat la maimuţă, prin inocuări de produşi luaţi la nivelul rectitelor vegetante, alteraţii caracteristice ale maladiei lui Nicolas Favre, se atribue şi o origine limfogranulomatoasă stenozelor rectale.

Intr'adevăr, aceste rezultate experimentale au fost apoi verificate prin realizarea de către Frei, în 1925, a intra-dermoreacţiei care-i poartă numele, cu ajutorul unui antigen constituit din puroi încălzit de bubon limfogranulomatos.

Două sunt mecanismele după care se produc stenozele rectale de natură limfogranulomatoasă: Ori sunt *secundare*, după Jersild, unei leziuni vulvare sau unui şancru limfogranulomatos, şi atunci virusul se propagă pe cale limfatică la ganglionii inguinali, apoi pelvieni şi de aci la elementele limfatice hemoroidare, invadează apoi ţesutul conjonctiv din jurul rectului, provocând inflamaţia lui şi cu timpul scleroza şi stenoza rectului şi a anusului. Ori stenoza rectală e *primitivă*, cum se întâmplă în genere: infecţia se face direct, pe cale intrarectală, în urma raporturilor sodomice (Nicolau, Frei, Ravaut, Bensaude şi Lambling) şi leziunea iniţială începe la anus sau în porţiunea terminală a rectului, sub formă de ulceraţiuni torpide, fără tendinţă la vindecare şi care, după scurt timp, se însoţesc de vegetaţiuni fibroase perianale, adesea ulcerate, care invadează apoi ţesutul conjonctiv din jurul rectului, îl inflamează şi, tardiv, scleroza şi stenoza rectală.

Stenoza rectală e, în marea majoritate a cazurilor, unică; rar găsim două sau chiar mai multe suprapuse şi la distanţă. După Hartmann, ele îşi au sediul între 2— cm., deasupra sfincterului extern. Ca formă, ele sunt cilindrice şi se întind pe o înălţime de 3—8 cm., iar diametrul lor variază dela grosimea indexului, până la aceea a unei sonde uretrale de cel mai mic calibru.

Leziunile variază după cum îşi au sediull în josul stenozei sau deasupra ei. In josul stenozei, găsim numeroase fistule cu traect scurt, mucoasa e granuloasă, semănată cu vegetaţiuni tari, ridicături, separate prin ulceraţiuni.

Segmentul situat deasupra stenozei e dilatat şi prezintă leziuni banale, ce se traduc prin aspectul roşu al mucoasei, cu mici ulceraţii superficiale, datorite stazei stercorale.

Rectul e fix, din cauza peri-rectitei sclero-lipomatoase marcată dealungul pediculelor vasculare hemoroidare medii şi superioare, ele însăle fiind alterate şi friabile. Câteodată gangul sclero-lipomatos copleşeşte micul basin, invadând între ţesutul celular sub peritoneal şi nu e rar să găsim mici abcese, puncte de plecare posibile ale fistulelor pelvi-rectale superioare.

Microscopic, leziunile histologice ale stenozelor inflamatorii ale rectului se traduc prin ramplasarea epiteliului cilindric al mucoasei rectale printr'un epiteliu pavimentos stratificat, scleroza submucoasei cu infiltraţie limfo-plasmocitară, afectând, după caz, o dispoziţie variabilă, cu leziuni vasculare (sifilis) sau fără leziuni vasculare, câteodată cu aspect tuberculoid (tbc., limfogranulom). Şi este imposibil aproape să stabilim natura stenozei rectale după examenul histologic (Deroche).

www.libtool.com.cn | Digitized by Google

In linii mari deci, procesele morbide care sfârşesc la formarea de stenoză sunt, pe de o parte, inflamaţia ţesutului conjonctiv, care se hipertrofiază la început, apoi se retractă şi se substitue ţesuturilor normale ale rectului, şi de altă parte inflamaţia cronică a mucoasei, care se acompaniază sau nu de atrofia şi degenerescenţa fibrelor musculare.

Ca simptome, distingem o primă fază de rectită şi o a doua fază de stenoză.

Prima fază se traduce prin semne de rectită: dureri surde, jenă rectală, tenesme, falşe nevoi, defecaţii dureroase. Prin anus se scurge puroi şi glaire, muco-puroi, care la un moment dat se pot permanentiza.

In *faza de stenoză*, constipaţia devine din ce în ce mai rebelă, scaunele devin rare şi necesită eforturi mari pentru vidarea rectului. Scaunele sunt modificate, uneori lichide amestecate cu fragmente solide, alteori au forma stenozei: ca o macaroană, panglică, sau se prezintă sub formă de bule mici, dure.

In plus, fenomenele inflamatorii ca urmare a stazei stercorale produc o accentuare şi mai mare a scurgerii de mucus, muco-puroi sau puroi. Se întâmplă uneori ca scurgerea de mucus să se permanentizeze, ca urmare a invadării anusului de inflamaţie şi scleroză, şi să-l transforme într'un orificiu rigid şi beant.

Starea generală e profund alterată din cauza constipaţiei, durerei şi supuraţiei rectale. Unii bolnavi devin neurastenici, căci ei trăesc într'o permanentă nelinişte, veşnic obsedaţi de constipaţie, de dureri şi de scurgerea anală.

Ei sunt slabi, palizi, cu limba saburală, fără poftă de mâncare.

La examenul regiunii anale, bolnavul fiind aşezat în poziţie genu-pectorală, observăm că pielea regiunii anale e îngroşată, aspră, şi-a pierdut supleţa; deplisând regiunea anală, putem găsi fisuri, fistule, condylome. Apoi trecem la:

Tuşeul rectal: degetul introdus vine în contact cu o mucoasă fixă, granuloasă, uscată, cu orificii fistuloase, şi, când stenoza nu e prea accentuată, degetul o poate traversa; deobicei stenoza e strânsă şi nu lasă să treacă uneori nici chiar degetul cel mic.

Rectoscopia prezintă stenoza sub forma unui canal rigid cu pereţii acoperiţi de muco-puroi, ulceraţi, cu unele părţi roşii-vii sângerate şi altele cu aspect albicios cicatrical. Stenoza are aspectul unui diafragm perforat în centru de un orificiu circular sau triunghiular; uneori se întâmplă, din cauza stenozei care e prea strânsă, ca rectoscopul să se oprească la nivelul ei.

Prin ajutorul *radioscopiei* cu lavement opac, punem în evidenţă imaginea în morcov a lui Bensade, caracteristică. Ea ne indică lungimea, forma şi înălţimea stenozei.

In evoluţia stenozei rectale, distingem 3 faze succesive: prima, latentă, a doua caracterizată prin turburări funcţionale locale şi a treia, când la stenoza confirmată se adaogă turburări marcate ale stării generale, datorite stercoremiei. Bolnavii sunt palizi, pământii şi, după o evoluţie mai mult sau mai puţin lungă, moartea survine în caşexie sau ca urmare a unei maladii intercurente.

Pronosticul e deci sombru. Bolnavii pot trăi 10—15 ani; după Stoia şi Dimitriu, numai 7 ani şi gravitatea pronosticului stă în faptul că bolnavii viu să ne consulte în perioada de stenoză, când mijloacele terapeutice medicale nu mai pot avea o acţiune radicală.

Diagnosticul în perioada de stenoză e uşor de pus, căci bolnavii în general se prezintă în această perioadă. E suficient să facem tuşeul rectal sau rectoscopia, pentruca să nu o luăm drept o fistulă ano-rectală, hemoroizi, dispepsie intestinală sau constipaţie.

Făcând rectoscopia chiar, poate uneori să confundăm stenoza cu neoplasmul anorectal, mai ales când tumora e ulcerată, sângerândă şi asociată cu rectita stenozantă. Caşexia, aspectul bolnavului şi evoluţia rapidă ne pun pe calea diagnosticului. In forma sa infiltrativă, squiroasă, neoplasm în virolă, peretele rectal e dur, rigid, fix, dar stenoza nu e circulară şi neoplasmul infiltrează cu prelungiri neregulate peretele rectal.

Când există dubiu, biopsia tranşază diagnosticul, punând în evidenţă celula neoplasică. Compresiunile pe rect, de către tumorile de vecinătate, tumoră uterină, anexială, hipertrofia de prostată sau o tumoră a prostatei, sunt factori cari ne pot duce în eroare. In toate aceste cazuri însă, mucoasa rectală e intactă şi numai lumenul rectului e redus.

Diagnosticul etiologic se pune căutând sistematic sifilisul, tbc., blenoragia, şancrul, reacţia Frei şi, dacă e necesar, şi o biopsie.

Stenozele inflamatorii ale rectului sunt comparate pe drept cuvânt cu stricturile uretrei: în ambele cazuri, în perioada de infiltraţie, terapeutica poate fi eficace; ea are mai puţine şanse însă, când scleroza cicatricială s'a organizat.

In orice caz, tratamentul poate fi simptomatic; tratăm constipaţia, durerile şi supuraţia. Constipaţia, cu oleu de parafină, 2 linguri seara la culcare; durerille, cu clisme calmante şi iată o formulă obişnuită a lui Bensaude:

Bromur de potasiu — 2 gr.
Laudanum Sydenham — V gtte.
Apă călduţă — 60 gr.

In plus, picături de beladonă, după clasica formulă a regretatului Profesor Teohari:

Tra de beladonă.
Alcool de menthă... aa. 5 gr.
Tra. aet. de val. 15 gr.
Int. câte 15 pic., de 3 ori pe zi.

Iar supuraţia, cu supozitoare de collargol, de ex.:

Collargol 0,10 ctg.
Clorhidrat de cocaină 0,01 ctgr.
Butyr cacao g. s. per. un supozitor no. X, un supozitor după scaun, sau pansamente cu Collargol 4% 20 cc., sau clisme cu Albastru de Metylen, o linguriţă la 150 cc. apă, din sol. 1%.

Etiologic, facem tratament antisifilitic, gonococic, iar când stenoza e de natură dysenterică, facem emetină, arsenic, yatren, care

dau rezultate favorabile (Bensaude); când în cauză e un lymfogranulom cu Frei pozitiv, Bensaude şi Lambling recomandă injecţii intravenoase cu o sol. de lugol 1%, combinată cu hyposulfit de Na 20%, după metoda lui Ravaut. De curând, Profesorul Ionescu-Mihăeşti, împreună cu Wisner şi Longhin, au obţinut rezultate foarte bune cu un vaccin uman.

Thiosinamina, ca şi fibrolisina, în injecţii intramusculare, par a influenţa favorabil stenoza, mai ales când sunt asociate tratamentului local: dilataţia diatermică progresivă, cu bugiile Hegar, metodă recomandată de Bensaude şi Marchand, şi care pare a fi astăzi cea mai indicată.

Intr'un cuvânt, la o stenoză rectală, trebue să cercetăm sifilisul, şancrul, tuberculoza, maladia lui Nicolas-Favre — şi nu e rar să le găsim asociate, — pentru a face un tratament cauzal şi nu simptomatic.

Iată trei observaţiuni de stenoză după intervenţie chirurgicală asociată cu Maladia lui Nicolas-Favre, a doua: sifilis asociat cu maladia lui Nicolas-Favre şi a treia: o stenoză de natură limfogranulomatoasă.

Observaţia I-a. Bolnava A. V., de 29 ani, infirmieră, se prezintă la serviciul de consultaţiuni medicale al spitalului Colţea, pentru: durere şi jenă în defecaţie, materiile fecale pătate de sânge, constipaţie rebelă, scurgéri albe vaginale, dureri în ambele regiuni salpino-ovariene.

Antecedente personale: pojar în copilărie, tifos exantematic în anul 1928 (la Cernăuţi). Suferă de vreo 10 ani de metrită şi salpingită, pentru care a consultat mai mulţi medici şi pentru care a făcut tratament în diferite rânduri cu spălături şi vaccin Delbet. A fost operată de hemoroizi interni şi externi în anul 1924, la Soroca. Neagă sodomia.

Istoricul maladiei actuale: maladia actuală a debutat în anul 1924, în urma unei operaţiuni de hemoroizi interni şi externi, suferită la un spital din Soroca. Bolnava povesteşte că la 6 luni după operaţie, defecaţia a început să fie oarecum dificilă, dureroasă, iar materiile fecale să fie pătate cu sânge.

Materiile fecale au continuat să fie pătate cu sânge şi, în urma acestor hemoragii repetate, starea sa generală s'a resimţit, deoarece slăbise mult, tegumentele feţii luaseră o coloraţie palidă, iar forţele îi diminuaseră mult. Acum 2 ani, jena în defecaţie ajunsese mare, bolnava începuse să sufere de constipaţie accentuată şi nu avea scaune decât la 4—5 zile; alteori şi mai rar. Avea greaţă, vărsături, apetitul aproape dispărut, dureri mari de cap, în plus o stare de anemie pronunţată. Spune că, atunci când, cu eforturi mari, reuşea să aibă scaun, materiile fecale astfel expulzate aveau aspect alungit, filiform.

In Iulie 1931, bolnava se prezintă pentru prima dată la serviciul de consultaţii medicale al Spitalului Colţea, unde este examinată rectoscopic şi se constată, la 5—6 cm. de orificiul anal, o stenosă strânsă, circulară, de mărimea degetului arătător, cu o mucoasă alterată, alcerată, granulată, sângerândă, cu mucus şi puroi. Deşi cauza stenozei părea evidentă: operaţia de hemoroizi, — totuşi îi facem R. Wassermann şi Dmelcos, care sunt negative, iar R. Frei este intens pozitivă.

I se recomandă bolnavei un tratament cu emetină şi dilataţii diater-

mice cu dilatatoare Hegar. Bolnava a făcut aceste dilataţii până la No. 18 şi a beneficiat mult, în sensul că constipaţia s'a ameliorat, ca şi starea generală.

A fost nevoită însă să întrerupă tratamentul şi, de prin Noembrie 1931, a început să sufere iar, jena în defecaţie a reapărut şi cu ea constipaţia, care dura zile în şir; a slăbit din nou; apetitul i-a dispărut; a început iar să aibă greaţă şi vărsături.

Dela 1 Martie 1932, şi-a reluat tratamentul cu dilataţii rectale şi injecţii cu emetină, de care iar a beneficiat mult, deoarece constipaţia a cedat mult şi starea generală s'a ameliorat.

Observaţia II-a. Bolnava R. C., 32 ani, prostituată, se prezintă la serviciul de consultaţii al spitalului Caritas—noua maternitate, pentru senzaţie de greutate în şezut, nevoi frecvente de a merge la scaun, cu emisiunea de scaune sanguinolente şi constipaţie rebelă.

Antecedente personale: rugeolă la 6—7 ani, febră tifoidă la 16 ani, sifilis la 25 ani. A urmat tratament cu Neo şi Bismuth, însă neregulat. Practică sodomia.

Istoricul maladiei actuale: Turburările rectale au început acum 6 ani, fără ca să poată precisa bine debutul, cu constipaţie, jenă şi senzaţie de arsură în timpul raportului anal. Consultând un medic, i-a prescris clisme şi spălături rectale, în urma cărora se simţea mai bine câtva timp, apoi din nou se simţea rău şi, în ultimul timp, constipaţia s'a accentuat foarte mult, tenesmele au reapărut, iar prin anus avea scurgeri abundente de puroi, sânge şi mucozităţi. Examenul rectoscopic ne pune în evidenţă un sfincter relaxat, care nu opune deci rezistenţă la introducerea rectoscopului. Mucoasa, în primii 6—7 cm. dela orificiul anal, este granulată, ulcerată, hyperemiată, sângerează uşor. La 8 cm. se observă o stenosă circulară strânsă, în diametru de 15—18 mm., rectoscopul nu mai poate înainta. I se face R. Wassermann şi Frei, care ies amândouă positive. In faţa acestui rezultat, se institue bolnavei un tratament antispecific cu Neo şi Bismuth, şi local dilataţie diatermică cu dilatatoarele Hegar, spălături cu antiseptice.

Bolnava s'a ameliorat simţitor, dar n'a terminat tratamentul, pentru a putea trage o concluzie certă asupra eficacităţii acestui tratament.

Observaţia III-a. Bolnava P. A., casnică, 25 ani, vine să ne consulte pentru pierderi anale muco-purulente.

Istoricul maladiei actuale: Bolnava spune că a observat, acum 4 ani, scurgeri de puroi şi sânge însoţite de o constipaţie rebelă şi dureri în momentu defecaţiei. In ulltimul timp, aceste fenomene s'au accentuat, iar starea generală s'a modificat profund, în sensul că a slăbit, e palidă, are cefalee şi n'are poftă de mâncare.

Examenul rectoscopic pune în lumină o mucoasă ulcerată, anfractuoasă, granulată şi o stenosă lungă de 4—5 cm. şi cu un diametru de 20 mm. Rectoscopul nu poate trece stenoza.

R. Wassermann şi Dmelcos sunt negative, analisa scurgerii anale pentru Neisser e negativă, însă R. Frei e intens pozitivă.

I se face bolnavei o serie de injecţii cu un preparat de antimoniu, alternat cu injecţii de emetină, iar local dilataţie diatermică cu dilatatoare Hegar şi clisme antiseptice.

Bolnava s'a ameliorat foarte mult, în sensul că scurgerea muco-purulentă a încetat aproape complet, iar în greutate a crescut.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ZONA AURICULARĂ

de

Docent D-r V. FOTIADE

Maladie interesantă atât prin diversitatea turburărilor generale la care poate da naştere, cât şi prin frequentele erori de diagnostic la care este expus medicul practician.

Este o boală care ţine de specialitatea oto-laringologiei, — dar pe care o poate întâlni în practică orice medic general.

Un sindrom meningitic, o paralizie facială sau o otalgie acută, — pot avea uneori drept cauză zona auriculară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Zona, zona zoster, herpes zoster sau febra zosteriană, este o boală datorită unei infecţiuni specifice cu un virus filtrant necunoscut. Infecţiunea se localizează pe ganglionii spinali ai rădăcinilor posterioare a nervilor rachidieni şi pe homologii lor cranieni (ganglionii sensitivi: gl. lui Gasser-trigemen; gl. geniculat — intermediarul lui Wrisberg —; gl. lui Corti — nervul cochlear —; gl. lui Scarpa — nervul vestibular —, etc.). Deci zona este o maladie a ganglionilor nervilor sensitivi cerebro-spinali.

Poate prinde numai un ganglion sau mai mulţi deodată, dar — lucru curios — aproape fără excepţie, numai pe cei dintr'o singură jumătate a corpului. Această infecţie conferă imunitatea; cazurile recidivante de zona sunt absolut excepţionale.

Manifestarea clinică a acestei infecţiuni constă în dureri şi o erupţie veziculoasă a pielei localizată într'unul sau mai multe teritorii radiculare.

La început, când medicina nu dispunea decât de cel mai primitiv mijloc de investigaţie — inspecţia — s'a crezut că e vorba numai de o boală a pielei şi a fost trecută printre acestea, de unde vin şi denumirile topografice, care în parte se mai păstrează şi astăzi, de zona: intercostală, lombară, cervicală, facială, etc.

Astăzi însă, când se cunoaşte patogenia şi anatomia patologică a zonei, s'au înlocuit aceste denumiri prin numele nervilor sau a ganglionilor afectaţi: zona trigemenului, oftalmică, geniculată, etc. Acest lucru este important de cunoscut, ca să nu se mai întrebuinţeze termeni cari dau naştere la confuziuni, ca de pildă:

cel de zona facială prin care s'ar putea crede că este vorba de o zonă a nervului facial, sau de zona otică (a gl. otic) prin care să se înţeleagă zona auriculară.

Dacă diferitele localizări nervoase ale infecţiunei zosteriene sunt cunoscute de mult, cea auriculară sau mai precis zona ganglionului geniculat a fost ultima achiziţie nosografică importantă în capitolul zonei zoster.

Zona auriculară sau *zona gl. geniculat* sau *zona otitică* (şi nu otică, termen care dă naştere la confuzie cu zona ganglionului otic) este interesantă de cunoscut atât prin raritatea sa, cât şi prin turburările nervoase multiple, sensitive şi motorii la care poate da naştere. Apoi merită să fie menţionat faptul că dacă astăzi avem o concepţie nouă asupra rolului sensitiv al nervului facial şi a inervaţiei urechei externe, aceasta se datoreşte în mare parte observaţiunilor clinice de zonă auriculară.

Zona auriculară este datorită unei infecţiuni zosteriene a ganglionului geniculat al facialului şi se manifestă clinicește printr'o erupţie herpectică însoţită de dureri, localizată în conductul auditiv extern, concha urechei şi care se poate complica de paralizie facială, de turburări auditive şi de echilibru.

Paralizia facială este unul din simptomele importante ale zonei auriculare. Şi dacă cercetăm diferitele studii vechi făcute asupra zonei zoster găsim încă de pela 1880—85—87—99 (*Letulle, Eulemburg, Testaz, Klippel* şi *Aynaud*) citându-se numeroase cazuri de zonă facială (trigemelară) sau cervicală însoţite de paralizii faciale, ba chiar elementul caracteristic al paraliziei faciale zosteriene, *durerea*, a fost evidenţiată din vreme („Les *paralysies douloureuses de la 7-e paire*" *Testaz* 1887). S'a stabilit chiar şi legătura patogenică ce ar exista între paralizia facială şi zona în general. Dar a trebuit să treacă mulţi ani (1904—1909) până ce să se introducă în patologie o nouă formă clinică de zonă, zona auriculară, şi să se stabilească legătura patogenică dintre paralizia facială şi zona, de astădată auriculară şi nu facială.

Körner în 1904 a fost cel care pentru prima oară a dat numele de zona auriculară („zoster oticus" în analogie cu „zoster oftalmicus" al oculiştilor) erupţiei herpetice de pe pavilionul urechei şi care a arătat că nu rareori se însoţeşte de paralizii ale facialului şi ale acusticului.

De chestiunea zonei auriculare sunt legate numele lui *Sherington, Krause, Frazier* (1904) *Cushing* (1905) şi a lui *Ramsay* Hunt (1907—1910), cari fie în mod experimental pe animale, fie chirurgical, ori prin studii anatomo-patologice şi clinice au căutat s'o lămurească şi mai ales să stabilească patogenia paraliziei zosteriene a facialului şi implicit fiziologia acestui nerv.

In Franţa pentru prima oară *Souques* în 1914—1920 dovedeşte legătura patogenică dintre paralizia facială şi zona auriculară.

Baudouin în 1921 face o teză cu subiectul şi syndromul gang. geniculat şi rolul sensitiv al n. facial.

Digitized by Biblioteca Universitatea "Ovidius" Constanta

In ultimii ani s'au publicat atât în Franța cât și în Germania numeroase studii asupra zonei auriculare și a funcțiunei sensitive a nervului facial (*Poirault* 1914, *Lhermitte, Ramadier* et *Perier, Roger et Reboul-Lachaux, Worms et de Lavergne, R. Bertoin, Politzer, Ruttin, Guttich, E. Urbantschitsch, Haymann, Pollak, Sargnon et Bertein, Louis Leroux* (1930) etc.

In privința patogeniei și fiziologiei patologice a zonei zoster în general d. Prof. *Marinescu* și d-l Conferențiar *Drăgănescu* au adus contribuțiuni prețioase (1923—1927).

* * *

Pentru ca să se poată înțelege simptomatologia și patogenia zonei auriculare, este absolută nevoe să expun noile concepțiuni asupra fiziologiei nervului facial și a inervației sensitive a urechei externe.

In tratatele clasice (ca de ex. *Testut*) nervul facial este arătat ca un nerv exclusiv motor dela eșirea lui din șanțul bulbo-protuberanțial și până în ultimile sale terminațiuni. In cursul traectului său intra-pietros s'ar contopi incidental, pentru o mică distanță cu un nerv sensitiv: Intermediarul lui Wrisberg (dimpreună cu ganglionul său geniculat care îl părăsește apoi în întregime în a III-a sa porțiune (mastoidiană), sub numele de coarda timpanului.

In privința fiziologiei acestui nerv al lui Wrisberg, părerile variau: *Mathias Duval* susținea că n'ar fi decât o ramură aberantă a glosso-faringianului, prin care traect deturnat, acest nerv ar asigura sensibilitatea gustativă în cele două treimi anterioare ale limbei, iar alții, ca *Sapolini*, făceau din intermediarul lui Wrisberg g. geniculat și coarda timpanului, un sistem sensitiv autonom pe care l'au denumit a 13-a pereche craniană.

Disecțiunea anatomică n'a putut elucida o chestiune care se pusese: dacă toate firele intermediarului trec în coarda timpanului sau nu. Căci diferența de grosime dintre aceea a trunchiului nervului intermediar și aceea a coardei timpanului, deja făcuse pe unii anatomiști să se îndoiască asupra acestui lucru.

Atunci s'a recurs la metodele experimentale. Astfel la 1898 *Amabilino* secționează coarda timpanului la nivelul emergenței acesteia în urechea mijlocie, după care găsește o cromatoliză numai în patru cincimi din totalitatea neuronilor gl. geniculat.

După această experiență *Van Gehuchten* secționând nervul facial imediat la eșirea lui din gaura stilo-mastoidiană constată o degenerescență într'un număr apreciabil de celule a ganglionului geniculat.

Aceste două experiențe dovedeau că nu toate firele sensitive ale intermediarului trec în coarda timpanului și că n. facial la emergența lui din conductul intra-pietros, când era socotit pur motor, conține și fire sensitive provenite din gl. geniculat.

In urmă experiențele s'au înmulțit, iar datele anatomo-patologice și clinice (*Krause, Frazier, Cushing, Ramsay Hunt*) au contribuit și mai mult să hotărască noua concepțiune asupra fiziologiei nervului facial.

Astăzi, de toată lumea se consideră *n. facial* ca *un nerv mixt*, ca glasso-faringianul, trigemenul sau orice nerv rachidian. Facialul, deci, ia naştere prin două rădăcini: una anterioară, *motrice* şi alta posterioară, *sensitivă* (intermediarul lui Wrisberg) cu *ganglionul geniculat* analog ganglionilor spinali.

După ce s'a stabilit această nouă concepţiune s'a studiat teritoriul sensitiv al ganglionului geniculat.

In concluzie s'a ajuns la convingerea că firele sensitive ale nervului facial (adică firele centripete ale gl. geniculat) iau parte la constituirea următoarelor ramuri:

1. *Anastomozele dintre facial şi nervul auditiv* în cursul traversărei conductului auditiv intern;

2. *Nervii pietroşi* superficiali, mare şi mic, care s'a dovedit că nu conţin fibre motrice, cum susţineau *Van Gehuchten şi Poirier*, ci sensitive pentru ganglionii sfeno-palatin şi otic. Inainte de a ajunge în aceşti ganglioni simpatico-cerebrali, nervii pietroşi superficiali dau câteva fire sensitive pentru mucoasa cutiei timpanului;

3. *Coarda timpanului* care după traversarea urechei medii, intră în cavitatea bucală, unde se confundă cu nervul lingual al maxilarului inferior. Această ramură conţine fibre gustative, secretorii, vaso-dilatatoare şi de sensibilitate generală pentru: cele două treimi anterioare ale limbei (porţiunea anterioară V-lui papilar) şi glandele sub-maxilară şi sub-linguală.

4. *O ramură sensitivă pentru conductul auditiv şi concha pavilionului urechei.* Iese din facial imediat sub gaura stylo-mastoidiană, înconjoară marginea anterioară a apofizei mastoide, se ridică în şanţul retro-auricular, perforează pavilionul dindărăt înainte şi se răspândeşte în conchă şi în conductul auditiv extern în aşa numitul teritoriu cutanat al ganglionului geniculat sau *zona lui Ramsay-Hunt.*

BCU Iași / Central University Library Cluj

5. *O ramură auriculară posterioară*, care ia naştere din facial, imediat sub precedenta, urmează aproape acelaş drum şi dă ramuri sensitive pentru regiunea mastoidiană şi partea inferioară a regiunei parietale. Această ramură se credea că conţine numai fire motrice pentru muşchii auriculari posterior şi superior *(Testut)*.

Afară de toate aceste fibre sensitive descrise, se crede că nervul facial mai conţine fire sensitive şi în cele două ramuri principale: cervico-facială şi temporo-facială. Acestea concurează dimpreună cu trigemenul la inervarea sensitivă a feţei. Această părere a fost emisă de către *Déjerine* şi *Souques*, cu ocazia turburărilor sensitive ce le-au găsit în cazurile de zona auriculară pură, adică fără atingerea ganglionului lui Gasser, sau a ganglionilor celei de a 2-a şi a 3-a perechi cervicale.

In rezumat teritoriul sensitiv al facialului cuprinde următoarele regiuni.

1. *Urechea internă, mijlocie* şi *externă*, prin anastomoza facialului cu a 8-a pereche, nervii pietroşi superficiali, ramura sensitivă a conductului auditiv şi ramura auriculară poterioară.

3. *Regiunea mastoidiană și facială* (parțial) prin ramura auriculară posterioară și ramurile terminale ale nervului facial.

Inervația sensitivă a urechei externe, după autorii clasici era asigurată de către: a) *trigemen,* prin nervul auriculo-temporal, care ar inerva jumătatea anterioară a feței externe a pavilionului și peretele anterior al conductului auditiv; b) *plexul cervical* superficial, prin ramura auriculară, provenită din anastomoza celei de a 2-a și a 3-a pereche cervicală și care inervează jumătatea posterioară a pavilionului urechei; c) *nervul pneumogastric,* prin ramura lui auriculară, ar inerva restul, adică o mică porțiune depe fața posterioară a pavilionului, o parte din conchă și peretele postero-inferior al conductului auditiv.

Deci ganglionii sensitivi, cari ar prezida la inervarea urechei externe, ar fi: ganglionul lui Gasser, ganglionul jugular al pneumogastricului și ganglionii celor de a 2-a și a 3-a perechi cervicale.

Astăzi, însă, s'a schimbat întrucâtva această concepțiune, admițându-se și participarea nervului facial cu ganglionul său geniculat. Vechea concepțiune era a anatomiștilor, care la un moment dat s'a văzut că nu corespunde experiențelor chirurgilor și datelor clinice. Și anume *Krause,* extirpând ganglionul lui Gasser, iar *Frazier* și *Spiller,* secționând rădăcinile trigemenului au observat că sensibilitatea urechei externe rămânea aproape intactă. In urmă *Cushing,* prin gasserectomii și extirparea celor de al 2-lea și al 3-lea ganglioni cervicali a stabilit teritoriile sensitive ale acestora. Trigemenul inervează numai tragusul și porțiunea ascedentă din helix; iar ganglionii 2 și 3 cervicali, restul din helix și o mică porțiune din antihelix. Prin eliminare s'a stabilit și teritoriul ganglionului geniculat, care ar cuprinde concha și conductul auditiv. La inervarea acestuia participă, în partea posterioară și vagul.

Sherrington, extirpând în mod experimental ganglionul geniculat la maimuță, a ajuns la aceiași concluzie. Americanul *Ramsay-Hunt* (1907—1910) prin numeroase observațiuni clinice de zona auriculară, conducându-se de principiul că erupția zosteriană se limitează strict numai la teritoriul inervat de ganglionul bolnav, ajunge să delimiteze perfect o arie cutanată în urechea externă, a cărei sensibilitate ține de ganglionul geniculat. Această zonă recunoscută în urmă de toți sub numele de *zona cutanată a lui Ramsai-Hunt,* cuprinde: concha, vârful antitragusului, parte din antihelix, fossa anti-helica și conductul auditiv extern (o arie conică cu vârful trunchiat reprezentat de membrana timpanului, iar baza de conchă).

Până astăzi însă nu s'a putut stabili perfect anatomicește, cu scalpelul pe cadavru, care sunt firele care inervează această regiune, dar se admite că sunt conținute în ramura sensitivă a conductului auditiv și în ramura auriculară posterioară.

Intreagă această incursiune în domeniul anatomiei și fiziologiei nervului facial a fost absolut necesară, deoarece simptomele zonei auriculare sunt condiționate de acestea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SIMPTOME ŞI FORME CLINICE

DEBUTUL zonei auriculare este la fel cu acela al infecţiunei zosteriene localizată indiferent pe orice alt ganglion sensitiv: aproape brusc apare febra, care oscilează între 38—40°, dureri de cap, stare generală proastă, greaţă uneori însoţită de vărsături. Figura bolnavului este a unui profund infectat. Această perioadă poate însă varia în gravitate dela bolnav la bolnav şi să dureze câteva ceasuri sau câteva zile. Insă foarte curând apare primul simptom caracteristic, durerea.

Durerea în zona auriculară îşi are sediul în ureche, mai ales în conchă şi conductul auditiv, dar de multe ori este accentuată şi în regiunea mastoidiană, după cum am observat în cazurile noastre. Din acest teritoriu auricular poate iradia în sus, în regiunea temporo-parietală, în jos spre gât ori spre faţă, sau înăuntru spre faringe.

In majoritatea cazurilor această durere auriculară este foarte vie, bolnavii o compară cu o arsură, este aproape continuă şi nu cedează aproape la nici un tratament.

Ca orice simptom şi această otalgie poate varia în intensitate dela un bolnav la altul, unii nesimţind decât o gâdilitură în ureche.

Este simptomul cel mai precoce şi cel mai frecvent, deşi *Haymann* în statistica sa susţine că nu a găsit-o decât în 70% din cazuri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Durerea de obicei dispare după ce a apărut erupţia, imediat sau la câteva zile, — dar în unele cazuri, din fericire rare, poate persista săptămâni şi chiar luni de zile după dispariţia oricărei urme de erupţie, sub forma unor nevralgii atroce, care survin în crize *(Roger* şi *Reboul-Lachaux)*. Aceste nevralgii sunt atât de rebele încât unii chirurgi au recurs la intervenţiuni foarte serioase.

In această perioadă de debut *Souques* descrie şi dureri în jumătatea corespunzătoare a limbei, adevărate glossodinii.

Erupţia. La câteva ore sau zile după apariţia otalgiei are loc erupţia veziculoasă în zona lui Ramsay-Hunt. La început, imediat înainte de erupţie, pielea regiunei unde va apare se înroşeşte, iar dermul se edemaţiază uşor. Această hyperemie cuprinde de multe ori şi timpanul. Erupţia este constituită din vezicule izolate mici cât un cap de ac, absolut asemănătoare celor herpetice şi aşezate pe o bază eritematoasă. Conţinutul lor este clar şi transparent ca apa. De obicei veziculele nu se sparg spontan, iar după trei până la 5 zile se turtesc, se usucă şi dispar lăsând pe locul lor o mică crustă, iar după căderea acesteia o mică pată depigmentată.

Rareori conţinutul veziculelor poate fi sanguinolent sau purulent; iar la caşectici şi bătrânii debilitaţi, în mod excepţional, se pot produce adevărate escare, constituind *zona gangrenoasă*. După

o asemenea formă gangrenoasă pot rămâne diformaţiuni difinitive ale pavilionului, o adevărată sequelă, ca într'un caz observat de *Politzer* *).

In afară de această erupţie cutanată din teritoriul lui Ramsay Hunt, în zona geniculată se mai poate observa adeseori o erupţie veziculoasă pe mucoasa lingulală şi anume pe cele două treimi anteritoare a jumătăţei corespunzătoare. Aceste vezicule sunt mai discrete, se sparg repede, iar ulceraţiunile ce rămân se acoperă de un exudat albicios ce le maschează, putând astfel scăpa unui examen superficial.

Limba este tumefiată în jumătatea afectată şi uneori mişcările sunt dureroase.

Intinderea, ca suprafaţă a erupţiei, ca şi abondenţa ca număr a veziculelor, cât şi durata lor, variază foarte mult dela un bolnav la altul. Uneori găsim vezicule în conchă, în conductul auditiv, pe timpan şi pe limbă în mare număr, alteori din contra, erupţia poate fi foarte discretă limitându-se numai la două-trei vezicule în conchă, sau numai în conductul auditiv, ori numai pe limbă *(zona lingulală a lui Baudouin)* şi care pot dispărea foarte repede în câteva zile sau ore. In asemenea cazuri în care numai celelalte simptome ne fac să bănuim o zonă auriculară, veziculele sau urmele lor trebuesc căutate cu multă atenţiune în toate aceste regiuni.

In perioada erupţiunei dacă se palpează golul sub-auricular, aproape la toţi bolnavii cu zona auriculară vom găsi doi-trei ganglioni limfatici măriţi de volum.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Turburări sensitive. In afară de otalgia caracteristică debutului, s'au observat în multe cazuri nevralgii, care au persistat multă vreme după dispariţia oricărei urme de erupţie, într'o porţiune sau alta a teritoriului sensitiv al facialului. De ex.: *hyperestesia* zonei lui Ramsay-Hunt, sau a teritoriului motor a facialului *(Souques)*, ori în regiunea inervată de ramura lui auriculară posterioară, etc. Alteori, din contra, s'a observat o *hypoestesie* a aceloraşi regiuni sau chiar syndromul paradoxal de *anestesie dureroasă*, care, când persistă multă vreme, poate ajuta la stabilirea unui diagnostic retrospectiv de zonă.

In teritoriul coardei timpanului se observă deseori turburări tactile şi gustative *(aguezie* completă sau parţială a jumătăţei limbei afectate).

SIMPTOMELE GENERALE lipsesc rareori. De cele mai multe ori fac parte din perioada prodromică şi persistă până după erupţie: febră între 38—40°, cefalee, turburări gastro-intestinale şi o stare toxi-infecţioasă de oboseală generală.

Lichidul cefalo-rachidian. Cei dintâi au fost *Brissaud* şi *Sicard* (1901) cari au demonstrat că zona zoster se însoţeşte în majoritatea cazurilor de limfocitoză şi mărirea cantităţii de albu-

*) Această formă am găsit-o citată în articolul lui B. Oertel din monumentala lucrare a lui *Dencker şi Kahler* (1928), dar personal credem că Politzer greşit a pus această afecţiune gangrenoasă pe etiologie zosteriană, deoarece spune că la acel bolnav „erupţia a recidivat de trei ori într'un an" (?)

mină a lichidului cefalo-rachidian. Uneori numărul limfocitelor se ridică peste o sută pe mm³ *(H. Claude)*. In cele două cazuri ale noastre am găsit: la unul cincizeci şi la altul patruzeci de limfocite pe mm³.

Chauffard, Achard, Jeanselme au dovedit că această albuminoză şi limfocitoză poate persista multe luni, ba chiar ani după vindecarea zonei. Această constatare este importantă pentru stabilirea unui diagnostic retrospectiv, în caz de sequele, de exemplu.

EVOLUŢIA ŞI TERMINAREA ZONEI AURICULARE. Această boală evoluează repede. Perioada de invazie durează o zi sau două, iar cea de stadiu şase până la zece zile, în care timp se produce erupţia. Veziculele se usucă complet în şase până la douăsprezece zile. Intreaga durată a maladiei este de două— trei săptămâni. Febra şi durerile, de regulă, dispar după apariţia erupţiei. Vindecarea completă este sfârşitul obişnuit. Uneori însă pot persista durerile sub forma de nevralgii rebele, sau complicaţii motorii, ori turburări ale altor nervi cranieni.

* * *

Tabloul clinic descris mai sus este al zonei auriculare simple, una din cele patru forme clinice descrise de *Ramsay-Hunt*. Acest autor o descrie sub numele de:

1⁰. *zona simplă a ganglionului geniculat, Sicard* sub cel de *zona otitică parţială*, iar *Souques* o numeşte *syndromul parţial al ganglionului geniculat*.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe lângă această formă simplă de zonă auriculară, *Ramsay Hunt* a mai descris însă alte trei forme clinice:

2. *zona ganglionului geniculat cu paralizie facială*, care este cea mai frecventă;

3. *zona ganglionului geniculat cu paralizie facială şi atingerea celei de a opta pereche* (zona otitică totală a lui Sicard).

4. *zona ganglionului geniculat asociată cu zona altor ganglioni cranieni sau cervicali* (trigemen, glosso-faringian, pneumogastric, II-a sau III-a pereche cervicală).

ZONA AURICULARA CU PARALIZIE FACIALĂ. Această formă se deosebeşte de cea simplă numai prin apariţia în plus a paraliziei faciale, unilaterală şi bineînţeles de aceiaşi parte cu urechea afectată. *L. Haymann* făcând o statistică găseşte că paralizia facială apare în 60% din cazurile de zonă auriculară. Data apariţiei acestei paralizii faţă de erupţia din ureche, poate varia: în 12% din cazuri paralizia apare înaintea erupţiei, în 23% apare în acelaş timp cu erupţia şi în fine în 65% după aceasta.

Intervalul dintre erupţie şi paralizie, când aceasta precede, este de una până la trei zile, iar când erupţia precede paralizia intervalul poate fi dela câteva ore până la 14—15 zile.

Este foarte important de reţinut faptul că sunt cazuri certe, ca de ex.: ale lui *Remak* şi *Eichhorst* şi cel al lui *Déjerine* — în care prosopoplegia a precedat eruptia zosteriană. Căci vom vedea

la capitolul patogeniei că acest lucru este cam dificil de explicat şi oricum a fost o piatră de încercare a multor hypoteze patogenice.

Nu există nici o legătură între intensitatea erupţiei şi paralizia facială: erupţia poate fi foarte discretă şi să se însoţească de paralizie, — şi invers o zonă gravă să nu se întovărăşască de paralizie.

Debutul paraliziei faciale se face brusc fără exacerbarea nici unui alt simptom. Paralisia este flască şi de tip periferic, atingând deodată şi în acelaş grad facialul superior şi inferior. Evoluţia acestei paralizii este variabilă dar în general cu prognostic bun, de regulă dispărând în curs de două săptămâni fără a lăsa nici-o urmă. Insă se citează şi cazuri în care paralizia facială a durat patru până la şase luni de zile *(Souques)*.

Fiindcă în unele cazuri erupţia din ureche poate fi foarte discretă, iar paralizia să apară târziu, după dispariţia oricărei urme a herpesului zoster, — de aceea de multe ori adevărata etiologie zosteriană a unei paralizii faciale poate rămâne necunoscută.

Desigur că diagnosticul etiologic prea abuzat de paralizie facială *„a frigore"*, ascunde pe lângă alte etiologii ignorate şi multe paralizii zosteriene. Şi din cauză că aceste paralizii sunt aproape totdeauna precedate sau însoţite multă vreme de dureri, de aceea *Souques* chiar afirmă că *„orice paralizie facială dureroasă trebue să fie bănuită ca de origină zosteriană"*.

3) ZONA AURICULARĂ CU PARALIZIE FACIALĂ ŞI CU TURBURĂRI AUDITIVE ŞI DE ECHILIBRU. Această formă clinică mai este denumită şi *zona otitică totală* sau syndromul complet al ganglionului geniculat. Nu se deosebeşte de forma precedentă decât prin supra-adăugarea turburărilor din partea nervilor: coclear şi vestibular colaterali. *Ramsa-Hunt* găseşte această formă de 19 ori în 60 de cazuri. Dar nu în toate cazurile în care se găsesc turburări acustice apar şi turburări de ochilibru, şi nici invers. Deasemeni sunt cazuri cu turburări manifeste din partea celei de a VIII-a pereche craniană, fără paralizie facială (a 4-a formă în clasificaţia lui *Haymann*).

După *L. Haymann*, în 42% din cazuri de zonă otitică totală se găseşte prins numai nervul coclear singur, iar în 58% împreună cu nervul vestibular. Data apariţiei turburărilor auditive variază, dar în majoritatea cazurilor (60%) apar după erupţie. In raport cu data apariţiei paraliziei faciale: în 15% apar înaintea acesteia, în 32% în acelaş timp şi în 53% după ivirea prosopoplegiei.

Turburările vestibulare (de echilibru) apar mai precoce decât cele cocleare: în 31% din cazuri apar înaintea erupţiei herpetice şi în 37% odată cu aceasta. Iar în raport cu data apariţiei paraliziei faciale, turburările de echilibru apar în 32% înaintea paraliziei faciale şi în 50% în acelaş timp cu aceasta *(Haymann)*. De aceea unii autori pun turburările vestibulare printre simptomele prodromale ale zonei auriculare.

Turburările cochleare constau în: hyperacuzie sau hipoacuzie şi zgomote (burdonomente).

Hyperacuzia se întâlneşte mai ales în cazurile în care zona este întovărăşită de paralizia facială şi se pune pe socoteala paraliziei muşchiului scăriţei (bine cunoscuta hyperacuzie a paraliziilor faciale). Insă s'au întâlnit cazuri de hyperacuzie în zone auriculare fără paralizia nervului facial, şi în aceste cazuri se pune pe socoteala iritaţiei nervului coclear. *(Pollak)*.

Insă în cele mai multe cazuri se constată o *hypoacuzie*, o scăderea a auzului de tip labirintic: proba lui *Rinne* pozitivă dar mult scurtată, transmisiunea undelor sonore pe calea osoasă mult scăzută, proba lui *Weber* lateralizată de partea urechei sănătoase. Diminuarea auzului de obicei nu este prea mare şi prognosticul este bun, auzul revenind la normal în scurtă vreme. In unele cazuri excepţionale în care surditatea este completă se poate întâmpla să fie şi definitivă *(Lhermitte)*. *Haymann* găseşte în 30% din cazuri surditate completă.

Burdonomentele sub formă de fluerături, de sunete ascuţite deobicei însoţesc turburările de auz, însă uneori pot exista şi singure, şi din fericire dispar repede.

Turburările vestibulare constau în apariţia de *nystagmus* de regulă rotator şi de sens opus urechei bolnave, *ameţeli* şi *turburări de echilibru*.

Când aceste simptome sunt accentuate, ceiace se întâmplă mai rar, atunci se pot însoţi de greţuri şi chiar de vărsături, ca în cele două cazuri ale noastre descrise mai jos. Vertijul şi turburările de echilibru pot fi atât de puternice încât bolnavul să nu se mai poate ţine drept în picioare şi nici să poată merge singur. Proba hydro-calorică a lui *Barany* uneori arată o hyperexcitabilitate labirintică, alteori din contra o inexcitabilitate completă. Aceste turburări vestibulare dispar relativ repede, cam în 7 până la 10 zile. In cazuri excepţionale pot recidiva luni de zile sub forma de vertije menièreforme, ca într'un caz întâlnit de *Lannois*.

4) ZONA GANGLIONULUI GENICULAT ASOCIATĂ CU ZONA ALTOR GANGLIONI CRANIENI SAU CERVICALI.

Formele descrise mai sus se mai pot întâlni combinate cu zona diverşilor alţi nervi cranieni sau cervicali.

In mod excepţional se citează, — dar fără să avem până în prezent certitudinea ştiinţifică — cazuri de zonă auriculară asociată cu zona intercostală.

Din primele asociaţiuni cele mai frecvente s'au observat a fi zona *trigemenului, glosso-faringianului, pneumogastricului* şi a *primelor perechi cervicale*. Aceste asociaţiuni, se pot întâlni izolate adică zona auriculară împreună cu a unui singur din aceşti nervi, sau concomitent pot fi prinşi toţi aceşti nervi. Asemenea exemple ni le dau observaţiunile clinice ale lui *R. Hunt:* (erupţie zosteriană în ureche, pe faţă şi în faringe, paralizie facială, surditate şi paralizia dreptului extern), a lui *Claude* şi *Schaeffer* (în care erau

prinşi II-a, III-a, IV-a, V-a, VI-a, VII-a, VIII-a, IX-a şi X-a pereche craniană, plus a II-a, III-a, IV-a pereche cervicală), a lui *Frederic Federici* (în care zona era localizată pe a V-a, VII-a, IX-a şi X-a pereche), a lui *Reverchon şi Worms* (a III-a, V-a, VI-a, VII-a VIII-a, X-a pereche) şi în fine cazul lui *Bar* (în care zona prinsese plexul cervical plus a VII-a VIII-a, IX-a, X-a şi XII-a pereche).

Zona trigemenului se poate manifesta în totalitatea nervului, sau mai des numai într'o singură ramură. Zona ramurei *oftalmice* se evidenţiază printr'o erupţie veziculoasă pe frunte şi pleoapa superioară, însoţită de dureri în aceleaşi regiuni şi se poate complica cu keratită, irită ori paralizia muşchilor globului ocular. In zona nervului *maxilar superior* erupţia se produce în regiunea cutanată sub-orbitară, aripa nasului, buza superioară şi pe mucoasa faringiană de pe jumătatea corespunzătoare a boltei palatine şi a unei mici porţiuni din vălul palatin. In zona *nervului maxilar inferior* erupţia apare pe piele dealungul nervului auriculo-temporal şi în regiunea maxilarului inferior, iar pe mucoasa bucală erupţia ocupă faţa internă a obrazului dealungul gingiilor şi jumătatea corespunzătoare a limbei. (cazul lui *Ramond şi Poirault*).

In zona nervului glosso-faringian erupţia se produce pe jumătatea corespunzătoare a mucoasei vălului palatin (partea inferioară), luetă, stâlpul anterior al amigdalei, faţa postero-laterală a bazei limbei îndărătul V-lui lingural şi se complică de paralizia mătatea corespunzătoare a vălului palatin şi a laringelui *(Claude,*

In zona nervului pneumogastric erupţia se produce pe faţa postero-laterală a limbei, epiglotă, cartilajele aritenoide şi se complică de bradicardie, greţuri, vărsături, sughiţuri şi paralizia jumătăţei corespunzătoare a vălului palatin şi a laringelui *(Claude, Reverchon şi Worms, Federici).*

In zona primelor perechi cervicale erupţia îşi are sediul la nivelul occiputului şi a gâtului, de unde se poate întinde şi pe faţă în regiunea maseterină.

* * *

In toate aceste cazuri de zonă asociate să nu se creadă că infecţiunea ganglionului geniculat se manifestă în totalitatea complexului său. Uneori lipseşte erupţia caracteristică din regiunea urechei sau depe mucoasa linguală, alteori paralizia facială sau turburările auriculare. In cele mai multe cazuri de zonă cefalice asociate s'a presupus prins şi ganglionul geniculat numai graţie prezenţei paraliziei faciale dureroase, plecându-se dela principiul stabilit că zona altor ganglioni nu poate produce paralizia facială.

După cum vedem din cele expuse până acum, aproape numai zona auriculară simplă o putem considera ca zona otitică propriu zisă. Această infecţiune zosteriană prin capriciile ei, dictate desigur de anumiţi factori rămaşi până în prezent necunoscuţi, poate prinde tot aşa de bine ganglionul geniculat ca şi pe cel coclear sau vestibular, precum şi pe aceştia împreună cu diferiţi ganglioni

cranieni sau cervicali. Toate aceste aşa numite forme clinice nu sunt în realitate decât manifestaţiuni parţiale a unei infecţiuni specifice a ganglionilor sensitivi a nervilor cranieni, care poartă numele generic de *zona cefalică.*

FORMELE CLINICE BAZATE PE VARIANTELE EVOLUŢIEI SIMPTOMATICE A ZONEI AURICULARE. Aproape toţi autorii în studiile clinice făcute asupra zonei auriculare au adoptat clasificaţia stabilită de *Ramsay-Hunt* în cele patru tipuri descrise mai sus. Această clasificaţie se conduce numai după simptomele nervoase. Insă în afară de aceste simptome zona auriculară mai poate varia dela un individ la altul după *predominarea unui simptom* sau a unui grup de simptome, după *gravitatea* sau benignitatea maladiei şi după prezenţa sau absenţa erupţiei veziculoase, în care ultim caz reprezintă *forma frustă.*

După gravitate putem avea *forme hemoragice,* în care veziculele erupţiei în loc să fie pline cu o serozitate transparentă şi incoloră sunt pline cu sânge; iar la bătrâni şi caşectici, zona poate prezinta *forma gangrenoasă* cu necrozarea pavilionului urechei.

Intre formele fruste se socotesc zonele fără nici un fel de erupţie în ureche sau pe limbă, sau a cărei erupţie a fost limitată numai la mucoasa linguală *(zona linguală),* ori a fost atât de discretă încât numai durerile vii şi persistente din ureche, sau paralizia facială ce le însoţeşte ne face să ne gândim la zona. Existenţa acestor *zone fără erupţie* a fost admisă de către *Sicard, Vidal* şi alţii. In felul acesta, după cum am mai spus, multe paralizii faciale de etiologii necunoscute, mai înainte puse numai pe seama răcelei, iar mai târziu şi pe seama otitelor catarale, se crede că sunt de origină zosteriană.

Forma clinică care se impune după predominarea simptomatică ar fi *forma meningitică,* pe care o propunem noi şi care credem că este destul de bine ilustrată prin următoarele două observaţiuni personale.

(Urmare).

INDICAŢIILE ŞI CONTRA INDICAŢIILE BAILOR DE SOARE

de

D-r N. MARINESCU
Director al Sanatoriului militar maritim din Carmen Sylva.

D-r C. ADAMESTEANU
Fost intern al Spitalului Brâncovenesc
Medic balneolog.

D-r V. MUNTEANU
Fost intern al Spitalului Brâncovenesc
Medic balneolog.

Efectele binefăcătoare ale soarelui asupra corpului omenesc au fost cunoscute din timpurile cele mai depărtate. Băile de soare au fost practicate de Greci, Romani şi Egipteni. Empirică la început, practica helioterapiei a devenit din ce în ce mai ştiinţifică, deşi chiar în stadiul actual prezintă numeroase lacune.

Intr'adevăr, rezultatele helioterapiei variază pe departe după cum este practicată la munte sau la mare şi pe de altă parte sunt influenţate de numeroşi alţi factori : temperatura, aerul, vânturile, starea câmpului electric, starea hygrometrică a atmosferei, presiunea atmosferei etc.

De aceia problema indicaţiilor şi contra-indicaţiilor băilor de soare nu poate fi desbătută decât în legătură cu staţiunea în care ele sunt practicate.

Ne vom mărgini deci să desvoltăm subiectul nostru în raport cu staţiunea Carmen-Sylva — renunţând din lipsă de material documentar la studiul băilor de soare practicate la munte sau plăji în vecinătatea oraşelor.

Vom folosi practica de sanatoriu, pe care unul din noi îl conduce la Carmen-Sylva de 10 ani şi unde sunt îngrijiţi anual 500—600 bolnavi; vom folosi deasemeni lucrările făcute la Carmen-Sylva de către Climescu, Dona, Prof. Gheorghiu, Hurmuzache, Ianăs, Ignătescu, Prof. Manicatide, Prof. P. Niculescu, Rădulescu, Slobozianu, Petrescu, Prof. Tudoranu, Tătăranu şi Prof. Teohari, pe un material de 5919 bolnavi din cari 3626 cu boli chirurgicale şi 2293 cu boli medicale.

CARMEN-SYLVA DIN PUNCT DE VEDERE CLIMATIC

Carmen-Sylva este un mic orăşel în evoluţie şi neîntrerupt progres, la marginea Mării Negre, clădit pe limba de pământ ce desparte lacul de mare. Climatul staţiunei este unul continental de

stepă, îndulcit de mare şi de lac. Temperatura medie anuală este de 11°3 intermediară între Berck (10°9) şi staţiunile după coasta Atlanticului (12°7). Temperatura aerului variază, în general, puţin în anotimpul balnear; atinge 12° în Mai, 16° la începutul lunii Iunie, 22° în Iulie şi 22° la jumătatea lui August. Temperatura variază în timpul zilei sau dela o zi la alta cu 1°—2°.

Vânturile vin din larg din direcţia E.—N.-E. S. — S.E. S. O. Viteza lor este între 0 m,8 şi 2 m,3 pe secundă.

Umiditatea relativă se menţine statornică în Iunie, Iulie şi August între 70—75%.

Numărul zilelor cu soare este de 270 pe an, durata mijlocie a luminozităţii solare se ridică la 2189 ore pe an.

Zilele cu soare variază la Carmen-Sylva între 24 şi 28 pe lună în Iulie şi August.

Toate aceste calităţi situează Carmen-Sylva printre climatele uşor excitante.

Plaja, ca toate plăjile noastre este orientată spre răsărit, permiţând aplicarea helioterapiei la răsăritul soarelui, când razele infra-roşii nu acţionează pentru a anihila efectul razelor ultra-violete, astfel cura cea mai eficace practicându-se între 6 şi 9½ dimineaţa.

Plaja este adăpostită de vânturi printr'o „falaise" înaltă de 14—15 m.

ACŢIUNEA FIZIOLOGICA A BAILOR DE SOARE

I. — ACŢIUNE GENERALĂ.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acţiunea generală a helioterapiei asupra organismului este considerată ca cea mai importantă fiindcă acţionează asupra tuturor marilor funcţiuni ale corpului:

1. *Acţiune termo-regulatoare.* Temperatura periferică creşte cu 2—3 zecimi. Ascensiunea este mai regulată la afebrili.

2. *Acţiune asupra sângelui şi aparatului circulator.*

In urma vaso-dilataţiei periferice circulaţia devine mai activă, contracţiile cardiace se degaje, pulsul se accelerează în tot timpul insolaţiei şi nu revine la normal decât după două ore. Tensiunea arterială variază puţin.

In ceace priveşte sângele, s'au făcut următoarele constatări: mărirea numărului hematiilor (Teohari, Tătăranu şi Petrescu), hemoglobina creşte (Nicolau); mărirea numărului eosinofilelor şi a formelor de transiţie (Theohari, Petrescu, Tătăranu).

După aceaşi autori viteza de sedimentare este accelerată iar indicele opsonic este mărit.

Din punct de vedere al compoziţiei chimice a sângelui s'au făcut următoarele constatări:

Creşterea acţiunei proteolitice şi glicolitice a serului sanguin (P. Niculescu);

Augmentarea calciului sanguin în ¾ din cazuri (Theohari);

Cholesterina crescută în 65% din cazuri (Theohari);

Vâscozitatea sângelui micşorată (P. Niculescu).

3. *Acţiune asupra respiraţiei.* Ca un efect imediat al activării

circulaţiei se produce o accelerare a ritmului respirator. După o lungă perioadă de obişnuire, respiraţia ajunge la ritmul normal.

4. *Acţiune asupra nutriţiei şi metabolismului bazal.*

Funcţiile nutritive sunt mult activate iar metabolismul bazal creşte (Theohari, Tătăranu, Petrescu), Greutatea corpului creşte (Slobozianu, Dona).

5. *Acţiune asupra emonctoriilor.* Helioterapia acţionează în special asupra tegumentelor şi rinichilor. Diureza creşte.

6. *Acţiune asupra aparatului locomotor.* Tonicitatea musculară, verificată la diametru, se măreşte.

7. *Acţiune asupra glandelor endocrine.* Ovarele şi tiroida par cele mai influenţate. Ianăs, Budişteanu şi Ghimpeţeanu au arătat aciunea helioterapiei asupra sistemului vago-simpatic, acea de a-i stabili jocul funcţiunilor normale.

8. *Acţiune asupra sistemului nervos.* Este de natură complexă şi variabilă după subiect.

9. *Acţiune asupra tegumentelor.* Dela eritemul solar, fenomen local imediat, până la pigmentarea târzie, există o lungă gamă de reacţii cutanate, variind după intensitatea iradiaţiei, durata expunerii, modul de reacţie individuală. Inşirarea lor ar cere prea mult loc şi numai problema pigmentării ar impune citarea unui număr considerabil de lucrări.

II. - ACŢIUNEA LOCALĂ.

Acţiunea locală, utilizată în terapeutica tuberculozelor chirurgicale, este multiplă:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

acţiune microbicidă, atenuantă asupra toxinelor microbiene, resolutivă şi sclerogenă, analgesică.

TECHNICA HELIOTERAPIEI

După autorii clasici, helioterapia poate fi sau generală sau locală-regională.

Helioterapia locală este rezervată unui număr restrâns de cazuri şi numai acolo unde tratamentul general este contraindicat.

Pentru a da maximum de rezultate, helioterapia generală trebue să fie:

a) *totală,* adică pe toată suprafaţa corpului;

b) *directă,* fără interpunerea vreunui obiect care să oprească razele ultra violete;

c) *progresivă,* pentru a evita accidente, pentru a se obişnui şi pentru a depista cazurile cari nu pot suporta (nervoşi, bacilari pulmonari, cardiaci, congestivi).

d) *continuă,* fără întreruperi cari obligă la reluarea tratamentului. Temperatura zilei, cea mai bună este în medie de 17—18 grade. Timpul cel mai prielnic este la Carmen-Sylva dela 6—10 dimineaţa.

In ceace priveşte technica propriu zisă, după experienţe de 10 ani a unuia din noi, procedăm în felul următor:

Tratamentul începe 1—2 zile dela sosire, perioadă în care

bolnavul vine pe plaje îmbrăcat. Prima zi, expunerea membrelor superioare timp de 5 minute, în trei reprize separate de pauze de 10 minute. A doua zi se expun coapsele tot 5 minute în 3 reprize; a treia zi se adaugă 5 minute pentru abdomen, a 5-a zi pentru regiunea dorsală, astfel că în a 6-a zi se ajunge la expunerea corpului întreg timp de 30—40', mărind apoi timpul de expunere cu 15' pe zi pentru a ajunge la 3—6 ore de cură pe zi. După fiecare oră, bolnavul va schimba partea expusă la soare.

ACCIDENTELE HELIOTERAPIEI

Cele mai multe accidente survin din cauza lipsei de control medical.

I. *Accidente locale:* eriteme grave, pete pigmentare, efelide.

II. *Accidente generale:* insolaţie, intoleranţă solară, intoleranţă nervoasă sau sensibilizare la distanţă.

INDICAŢIILE ŞI CONTRA-INDICAŢIILE BAILOR DE SOARE

Boli chirurgicale. — Bolile chirurgicale cari folosesc cel mai mult din helioterapie sunt cele caracterizate prin: tendinţă la decalcifiere, stare generală deficientă, încetinirea procesului de reparaţie şi a procedeului de nutriţie. Acestea sunt în primul rând: tuberculoza osteo-ganglio-articulară, tuberculoza peritoneală, a tegumentelor, plăgile atone, rachitismul. Din toate inflamaţiunile cronice numai cele tuberculoase sunt net influenţate de helioterapie. Actinomicoza, sifilisul, boala lui Nicolas Favre, osteomyelitele cronice sunt prea puţin influenţate de helioterapie. Explicaţia complectă a acestei acţiuni quasi-specifice nu a fost încă dată. Un fapt este precis: helioterapia oferă organismului armele de apărare cari i-au slăbit sau îi lipsesc. Cuti-reacţia devine intens pozitivă, dovedind puterea de reacţie a organismului; calciul se fixează, lesiunile se limitează, pofta de mâncare revine, febra dispare, greutatea corpului creşte.

Un triaj riguros este necesar pentru a exclude pulmonarii, pe cei cu lesiuni sifilitice, sarcoame, pe cei cu oscilaţii termice mari, supra infecţii şi albuminuricii cărora helioterapia le agravează starea generală. Nu suntem de părere că leziunile osteo-articulare bacilare se vindecă numai prin helioterapie. După perioada de creştere sunt necesare intervenţii chirurgicale, iar înainte, asocierea altor medicaţii.

In 1928, 1929 şi 1930 Mihailescu a întrebuinţat în sanatoriul nostru injecţiuni de Cynosil. (18—25 injecţii la 2 zile). S'au constatat modificări rapide dar variabile. Intr'un număr restrâns de cazuri am întrebuinţat metoda Finicoff cu rezultate favorabile în ceace priveşte modificarea secreţiei şi cicatrizarea fistulelor.

Boala lui Pott. In tratamentul acestei boale, există actualmente o tendinţă pentru o intervenţie operatorie sistematică. Climescu intervine la copii dela $3^1/_2$—4 ani. La copii, imobilizarea strictă şi helioterapia pot să aducă vindecarea; indicaţia operatorie nu va fi pusă decât atunci când vindecarea întârzie prea mult.

La adulţi intervenţia chirurgicală trebue aplicată sistematic.

In boala lui Pott cu abcese nefistulizate, cura de soare nu are nimic particular. Dacă abcesele se reproduc repede după punctie şi mai ales dacă starea generală, în loc să se amelioreze se agravează, dacă pofta de mâncare şi somnul dispar, helioterapia trebue suspendată.

In boala lui Pott fistulizată, la bolnavi intoxicaţi, obosiţi, febricitanţi, helioterapia trebue aplicată ca maximum de prudenţă.

Timp de 9 ani am îngrjiit la Carmen-Sylva, la Sanatoriul maritim militar, 104 cazuri de boala lui Pott la adult. Tratamentul consista în imobilizarea bolnavului pe un pat tare şi aplicarea helioterapiei pe partea ventrală şi cervicală, cu excepţia regiunei cervicale cari au fost imobilizate în aparate gipsate.

Nici un bolnav nu a făcut mai mult de 4 luni de cură helioterapică. Toţi au fost îndrumaţi apoi spre tratamentul chirurgical.

Desigur că în acest scurt interval de tratament nu am putut obţine decât ameliorări cari să pregătească bolnavul pentru intervenţia chirurgicală. Aceste ameliorări au fost nete în 50% din cazuri. Pe 22 abcese reci în fosa iliacă nu a mobservat resorbţia complectă decât în 8 cazuri (36%). Nu am observat însă nici o fistulizare în timpul tratamentului helioterapic, deşi abcesele ereau foarte des punctionate.

Din bolnavii cu fistule, 2 au plecat cu fistulele închise iar 7 s'au agravat.

Paraplegicii nu au avut alt avantaj din cura heliomarină decât vindecarea escarelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Coxalgie. Am îngrijit în timp de 9 ani 91 coxalgii la adult.

Din aceştia 28 prezentau abcese reci destul de importante în regiunea fesieră şi pe faţa internă a coapsei şi 12 aveau abcese reci fistulizate.

Tratament: repaus pe un pat tare şi helioterapie. O parte din bolnavi au fost supuşi la extensie continuă singură, o altă parte a fost imobilizată în aparate gipsate bivalve pentru coxalgie. Dintre cei fistulizaţi 4 au fost evacuaţi după 15 zile de tratament, ceilalţi au urmat cura 3—4 luni. In urma curei am constatat în toate cazurile o ameliorare evidentă a stării generale. Din 28 cazuri de abcese reci importante s'a constatat resorbţia complectă în 5 çazuri (17,8%). Pe 12 cazuri fistulizate 4 au fost evacuate şi din 8 rămase, fistulele s'au închis în 2 cazuri (25%).

Tumori albe. La copii, tumorile albe, tratate prin imobilizare şi helioterapie marină, se pot vindeca ad-integrum, cu conservarea mişcărilor.

La adult intervenţia operatoare este indicată, bineînţeles numai după ce leziunile au fost localizate şi tind spre declin. Helioterapia nu trebue totuşi neglijată nici înainte nici după intervenţie.

In sanatoriul nostru am îngrijit în 9 ani 122 tumori albe (12 la umăr, 19 la cot, 16 la pumn, 5 la pumn fistulizate, 41 la genunchi, 28 la genunchi fistulizate, 12 la cheville, 3 la... fistulizate, 22 la tars şi 10 la tars fistulizate.

Am obţinut serioase ameliorări locale; dar vindecarea fistulei nu a fost

obţinută decât într'un caz de tumoră albă a pumnului, în 2 cazuri de tumoră albă a genunchiului.

Mastoidite.

In 48 de cazuri în cari vindecarea plăgii întârzia de mai multe luni, am obţinut o cicatrizare rapidă în 30—40 zile de cură solară.

Osteomielitele cronice. Fistulele postoperatorii ale osteomielitelor cronice sunt rezistente la cura solară.

Din 48 de bolnavi îngrijiţi, cu fistule de osteomyelită cronică, 12 s'au vindecat complect (25%) şi ceilalţi s'au ameliorat.

Spina-ventosa. In această boală deasemeni nu am obţinut rezultate mulţumitoare. Nu am observat vindecări numai prin helioterapie. Aplicăm totuşi băile de soare înainte şi după operaţie ca rezultate bune.

Adenopatiile tuberculoase constitue indicaţia cea mai frequentă a curei solare. Din experienţa noastră la adult putem afirma că adenopatiile cervicale şi axilare sunt mai bine influenţate ca cele înguinale.

Intr'o perioadă de 9 ani am îngrijit 2453 ganglionari din cari 2213 presentau adenite cervicale, 240 adenite inquinale, 85 adenite axilare; 861 din aceşti bolnavi prezentau fistule la primirea în sanatoriu. Iată rezultatele obţinute:

		Vindec.		Amelior.		Statu-quo	
Adenite cervicale	1391	381	24,4%	914	65,7%	96	9,9%
Adenite cerv. fistulisate .	737	264	35,9%	401	54,5%	42	9,7%
Adenite inguinale	240	46	19,1%	105	44%	60	36,1%
Adenite inguin. fistul. . .	92	18	19,5%	46	50%	28	30,5%
Adenite axilare	85	38	44,6%	37	43,4%	10	12%
Adenite axil. fistulisate . .	32	10	44,2%	8	25%	14	40,8%

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Limfogranulomatoasă inguinală benignă. Fistulele postoperatorii urmând limfogranulomatosii inguinale beningne, din cari am îngrijit 30 cazuri sunt favorizate în mod evident de băile de soare.

Tuberculoza genitală. In tuberculoza genitală cura de soare nu ne-a dat rezultatele la cari ne aşteptam; este foarte rar ca vindecarea totală să fie obţinută.

Tratamentul helioterapic este totuşi necesar pentru a localiza lesiunile şi pentru a ameliora starea generală.

Tuberculoza peritoneală este boala care dă cele mai frumoase succese helioterapiei. Cura de soare este totuşi contra-indicată când coexistă lesiuni pulmonare evolutive sau când sunt şi turburări gastro-intestinale.

Indicaţia quasi-specifică o constituesc formele exudative.

Am îngrijit 73 tuberculose peritoneale. 6 bolnavi au fost evacuaţi. Din 67 cazuri rămase am obţinut 22 vindecări (31,3%) 38 ameliorări 50,8%) 12 statu-quo (17,9%).

Tuberculoza cutanată. Deşi este vorba de o lesiune superfi-

cială şi întinsă, tuberculoza cutanată beneficiază putin din helioterapie; forma verucoasă este cea mai rebelă; lupusul erimatos este cel mai favorabil influenţat.

In nouă ani am îngrijit 71 tuberculose cutanate: 28 verucoase, 25 lupus tuberculos şi 20 lupus eritematos. Am obţinut 5 vindecări (20%) de lupus tbc. şi 4 vindecări (20%) de lupus eritematos. In celelalte cazuri am obţinut ameliorări importante, dar nu vindecări complecte. Chiar vindecările nu se menţin şi recidivele in situ nu sunt rare.

Hypofosfatemia şi hypocalcemie, constatată la rahitici este favorabil influenţată de cura de soare. Rachitismul este una din indicaţiile precise ale helioterapiei.

Boli ginecologice. Influenţa curei solare marine asupra boalelor ginecologice rezultă din acţiunea sa întăritoare generală, din eficacitatea sa asupra tonusului simpatic şi din stimularea glandelor endocrine, în special a complexului tiro-hipofiso-ovarian.

Afecţiunile ginecologice cari beneficiază din cura solară se pot împărţi în 3 categorii: 1. hypoplasii congenitale, 2. turburări funcţionale şi 3. inflamaţiunile anexiale cronice.

Tuberculoza genitală la femee, ca şi tuberculoza peritoneală, este una din indicaţiile importante ale helioterapiei. Durerea dispare, lichidul intra-abdominal se rezoarbe, leziunile se limitează. Chiar dacă vindecarea nu este complectă, operaţia poate fi practicată în condiţiuni mai bune după o cură de helioterapie.

BOLI MEDICALE JUSTICIABILE DE HELIOTERAPIE MARINĂ

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In aplicarea unei cure helio-marine la bolile medicale se cere o alegere clinică precisă a cazurilor, o alegere potrivită a staţiunei, care trebue să fie bine cunoscută de medic şi o aplicare raţională a curei.

Vom expune bolile justiciabile de un tratament heliomarin la Carmen-Sylva:

a) *bolile constituţionale şi hereditare,* în special la copii au fost tratate cu cele mai bune rezultate.

Am îngrijit la sanatoriul Carmen Sylva în timp de 9 ani 357 anemici şi convalescenţi, 114 debili fizici. Rezultatele sunt destul de eloquente: Din prima categorie am observat o ameliorare evidentă în 71,4% din cazuri, o ameliorare relativă în 20% din cazuri şi în 31 cazuri nici o ameliorare.

Pe 114 debili fizici în 73,7 am obţinut o ameliorare apreciabilă, 16,6% din cazuri o ameliorare relativă şi în 9,7% din cazuri nici o ameliorare.

Fiindcă spaţiul nu ne permite ne vom mărgini a enumăra bolile medicale justiciabile de helioterapie marină:

a) *bolile constituţionale şi hereditare.*
b) *bolile de nutriţie;*
c) *bolile de sânge* (chloroza, anemia, chloranemia).
d) *bolile cardiovasculare.*
e) *bolile aparatului respirator* (bronşite cronice, laringite, traheite, bronchoree purulente, bronşectarii, astm, pleurite, simfize pleu-

rale, pleurezii pe cale de resorbţie, corticopleurite superficiale, scisurite atenuate etc.).

f) *bolile digestive* (constipaţia atonă).

In bolil eaparatului urinar şi ale sistemului nervos, helioterapia nu-şi găseşte decât indicaţiuni extrem de limitate, şi foarte adesea contraindicaţii precise.

CONCLUSII

I. Indicaţiile şi contra-indicaţiile băilor de soare sunt strict legate de:

a) staţiunea unde se practică helioterapia.

b) modificările biologice cari se obţin în staţiunea de cură.

c) forma clinică a boalei.

II. Fiecare staţiune are metoda sa de aplicare, bazată pe ceoficientul de intervenţie al factorului climatic.

III. Cura de soare poate modifica deîndată starea generală şi poate provoca accidente grave; rămâne deci o metodă terapeutică aplicabilă exclusiv sub control medical.

IV. Totalitatea modificărilor biologice ale organismului sub influenţa băilor de soare, duc la conclusia că acest agent terapeutic exercită:

1. In primul rând o acţiune asupra stării generale majorând coeficientul de rezistenţă individuală prin:

a) acţiunea sa stimulentă asupra nutriţiei şi eliminărilor;

b) acţiunea sa mineralisatoare;

c) modificări de echilibru endocrinosimpatic;

d) creşterea gradului de imunitate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. O acţiune locală bactericidă, cicatrisantă, analgesică şi derivativă care, complectată prin acţiunea generală, oferă în bolile chirurgicale un ajutător terapeutic incomparabil.

V. Asocierea tratamentelor medicamentoase sau vaccinoterapice nu măreşte acţiunea terapeutică a băilor de soare.

VI. Nu există paralelism între modificările humorale şi neurovegetative deoparte şi evoluţia locală în bolile tratate prin băi de soare, de altă parte.

VII. Printre bolile chirurgicale, acelea cari se însoţesc de o decalcifiere şi cari evoluează pe un teren anemic, debil sau deficient, folosesc cel mai mult din băile de soare. Printre bolile chirurgicale cronice, cura solară nu influenţează decât pe cele bacilare. Indicaţia tipică a băilor de soare este tuberculoza osteo-ganglio-articulară, tuberculoza peritoneală, acea a pielei, rachitismul, cicatrizări întârziate şi anumite boli ginecologiice.

Cura de soare vindecă majoritatea cazurilor de adenită bacilară, cu excepţia limfomului tuberculos. Printre tuberculozele peritoneale, forma ascitică este singura care foloseşte din băile de soare. In lupus am obţinut 20% vindecări prin băi de soare, în afară de tuberculoza verucoasă care se îmbunătăţeşte în mod evident, fără a se vindeca complect. In celelaltă forme de tuberculoză chirurgicală nu am obţinut decât ameliorări importante.

Rachitismul, plăgile atone, ulcerele tegumentelor, pierderile de substanţă osoasă descoperite, sunt influenţate favorabil.

Printre bolile ginecologice, hypoplasiile congenitale, turburările funcţionale ale ovarelor, inflamaţiile genitale cronice, folosesc larg din băile de soare. Inflamaţiile acute sunt contra-indicate şi cele sub acute cer o supraveghere strictă.

VIII. Cadrul indicaţiilor băilor de soare în bolile medicale netuberculoase este restrâns: bolile constituţionale caracterizate prin debilitate generală şi stare pretuberculoasă. In ceace priveşte bolile tuberculoase, vârsta, forma clinică, terenul, starea funcţională a celorlalte organe, sunt elemente cari stabilesc indicaţiile şi contra-indicaţiile.

Nervoşii, hipertensivii, cardiacii, congestivii cu tendinţă la hemoragii, bolile acute sau cele cronice cu poussé-uri acute, cachecticii sau cei cu degenerescenţe organice, sunt contra-indicaţi pentru cura solară la mare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Agence en Roumanie: Laboratorul farmaceutic „Luteţia" S. A. R.
103, Str. Toamnei — Bucarest III

DIETETICA IN LITHIAZA BILIARA

de

D-r LEON RODESCU
Medic balneolog la Slănicul-Moldovei,
Membru al Soc. de Therapeutică
şi al Soc. de Gastro-Enterologie din Paris.

In litiaza biliară, ca şi 'n multe alte maladii, regimul este baza tratamentului.

Pentru a putea prescrie un regim eficace, trebue să avem în vedere pathogenia lithiasei, precum şi coexistenţa altor afecţiuni.

Dintre deosebitele teorii (a încetinirii nutriţiei a lui *Bouchard*, a infecţiunii a lui *Naunyn-Gilbert*, a stasei a lui *Aschoff şi Bacmeister*, a lui *Chiray* cu hypocholesterinocolia, a lui *Schade* cu cristaloidele şi coloidele, a lui *Abrahejew* cu grăsimile, a lui *Jijunowski* cu vitamina A) cea mai admisă în prezent e aceia a lui *Chauffard* a cholesterinemiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceasta s'a putut vedea cu ocazia anchetei întreprinsă de Revista „La Vie Médicale" din Paris (Nr. 25 Mai 1931) şi la care am luat parte şi subsemnatul.

Vesicula biliară e foarte sensibilă la anumite alimente, cu efect nociv imediat sau îndepărtat. Alimentele bogate în colesterină, fie că după unii autori produc hypercholesterinemie, fie că după alţi autori măresc colecystokinetica, trebuesc evitate. Regimul trebue să ţie seamă de starea ficatului. Ficatul în litiază biliară se măreşte. Am descris aceasta în L'Hépatomégalie dans la lithiase biliare. Rev. Mal. Foie, Paris 1934, Nr. 1; se mai poate observa: urticarie, migrenă.

In fine să ţinem seamă de starea intestinului. Am descris (Typhlocolecystita şi tratamentul său cu apele minerale din Slănicul-Moldovei. Miş. Med. Rom. 1935, 3—4) asociaţia dintre leziunile intestinului gros şi ale vesiculei biliare. Mai putem avea colită, constipaţie, diaree prandială sau nu, fermentaţii, putrefacţii, flatulenţe, spasme etc.

In fine unii litiazici sunt adesea dyspeptici.

Trebue să avem în vedere şi deosebitele alimente recomandate sau oprite în litiaza biliară.

Trebuesc evitate mesele abondente, cari produc crize, însă se va mânca suficient.

Pentru a provoca o golire frecventă a vesiculei biliare şi a evita stasa, *Gilbert* recomanda 4—5 mese de valoare egală în 24 ore. Noi recomandăm bolnavului să bea adese-ori.

La Diabetici şi mai la toţi lithiazicii reducem zaharurile şi făinoasele, căci unii autori ca *Singer*, au considerat diabetul ca o complicaţie a lithiazei biliare.

In lithiaza biliară ne putem găsi în prezenţa sau a unei colici hepatice expulsive, vesiculare suu anafilactice. sau în prezenţa intervalului dintre accese.

A) In colica hepatică expulsivă prescriem dieta hydrică până la trecerea punctului culminant al accesului (apă, limonadă, siropuri, apă de Slănic Nr. 1, Sf. Spiridon); apoi 2—3 zile lapte ecremat până la trecerea complectă a accesului, sau Kefyr Nr. 2 slab, lactoserum, care destupă repede vesicula, cum se poate vedea după un sondaj duodenal cu sonda *Einhorn*.

Dacă accesul se prelungeşte, facem goutte-à-goutte cu glucoză (47°/₀₀) La trecerea accesului: Yaurt, supe falşe cu făinoase, purée de cartofi. Apoi trecem la regimul litiazei biliare.

B) In colica vesiculară a *Prof. Gilbert* dăm: lapte ecremat cu zahăr. După 8 zile bolnavul, eşit din criză, va urma regimul litiazei biliare.

C) In colica hepatică anafilactică se observă caracterele şoculu: coloidoclasic al *Prof. Widal*. Oprim albuminoidele. Dăm regimul hidric. Apoi lactoserum, lapte ecremat 1—2 litrii pe zi, tăiat cu apă de Slănic Nr. 1 (apele de Slănic au proprietăţi antianaphylactice). A 3-a zi se alternează lactoserum cu lapte ecremat şi babeurre, mai întâi crud, apoi cu făinoase.

D) Intre crize regimul general al lithiazei biliare trebue să îndeplinească următoarele condiţiuni:

1°) Să fie bine tolerat.

2°) Să nu agraveze condiţiile chimice ale producţiei calculilor.

3°) Să lupte contra stazei şi a concentraţiei bilei.

4°) Să lupte contra infecţiei biliare.

5°) Să fie în raport cu chimismul gastric şi să nu producă constipaţie.

6°) Să aibe în vedere coexistenţa altor factori (dyspepsii, colite, litiază renală sau intestinală, diabet, etc.).

Avem deci alimente permise, nepermise şi permise în cantitate mică.

a) *Alimente permise:*

Lapte ecremat, yaurt ecremat, kefir Nr. 2, kefir Nr. 2 slab, zer babeurre, brânză de vacă, unt proaspăt, Legume erbacee în purée, trecute prin sită (cartofi, spanac, linte, fasole verde, morcovi, conopidă, etc.), sau sautée, servite cu unt proaspăt şi puţină sare, făinoase: cereale

paste făinoase (tapioică, griş) orez, pâinea prăjită sau veche, pesmeţi Zwiebach, biscuiţi (Petit-Beurre, Petit-Fours, Albert), Cakes, anghinare, compoturi, marmelade din fructe, prăjituri (fără ouă), dulceaţă, bonboane, îngheţată, prăjituri cu griş, făină, orez, fructe.

b) *Alimente permise în mică cantitate:*

Carne de pasăre, de viţel (afară dacă mai e şi lit. renală), friptă sau fiartă, de porc (rar) numai la prânz; peşte alb (prăjit sau fiert) şuncă slabă, unt proaspăt (nu topit). Alimentele preparate cu unt-de-lemn, salate verzi (lăptucă, marule, cicoare, sparanghel (afară dacă e asociată şi oxalurie) cu unt-de-lemn şi multă zeamă de lămâie (nu cu oţet).

Măcriş, mazăre sunt rar permise (contraindicate în oxalurie); pătlăgele roşii sau vinete de 2 ori pe săptămână (fără ceapă şi fără oţet).

c) *Alimente oprite:* Gălbenuşuri de ouă (albuşul e permis), creer, grăsimi, bulion gras, cărnuri grase, carne de vacă sau oaie, ragout, cărnuri fesandate sau marinate, măruntae, ficat de viţel, carne de gâscă sau raţă, ciorbă de burtă, legume fripte, unt gătit, mezeluri, supe asezonate, ficat gras, pateuri, vânat, caltaboş, sărături, raci, icre, usturoi, ceapă, piper, ardei, muştar, hrean, ciuperci, trufe, sosuri, oţet, varză dulce sau acră, castraveţi acrii, brânzeturi fermentate, prăjituri din foi, cafea, cacao, ciocolată, ciai tare.

d) *Băuturi permise:*

Se va bea în cantitate mare şi adesea ori; apă simplă, Slănic Nr. 1 sau Sf. Spiridon, Bodoc, Borzec, Vichy, (G-de Grille), Vals, Vittel Sce Hèpar). După masă infuzii de: mentă (izmă), muşeţel (romaniţă), tei, pojarniţă (floare de sunătoare), boldo. In afară de cură: un deget vin alb tăiat cu apă minerală, bere tăiată cu sifon, se mai permite: ciai rusesc slab, cafea de orz, Frank-cafea.

e) *Băuturi oprite:* Alcooluri, rachiu, ţuică, licheruri, aperitive, băuturi gazoase, cafea, cacao.

S'au mai recomandat regimuri speciale descrise de noi (Revue des Hal. du Foie Nr. 3, 1934). Cele mai întrebuinţate sunt: cura de unt-de-lemn, de ridichii a lui *Grumme* şi cea de căpşuni sau fragi, iar cele mai puţin întrebuinţate; cele de lămâi, de portocale, de anghinare, de lactoserum, de infusie de coji uscate de mere, de păpădie, de rosmarin, etc.

E) In *ciroza post-lithiazică* prescriem: regim lactat 3—4 zile, apoi regimul lacto-vegetarian.

F) In *infecţiile biliare:* angiocholita, colecystita (calculoasă, litiazică sau hydropică), dăm regimul hidric apoi: lapte, yaurt ecremat

* * *

Se cere însă o condiţie, ca bolnavul să aibe *voinţă* şi să urmeze dieta prescrisă de către medic. In acest caz bolnavul nu va fi atras de un aliment nepermis, înscris la rubrica alimentelor dietetice de pe lista de mâncare a restaurantului, căci la restaurant el va alătura foaia de

regim, liberată de medic, listei de bucate a restaurantului şi nu va rămânea de cât ceia ce'i este permis. *Medicul iar nu Restauratorul* va indica dieta bolnavului.

Am expus la al 4-lea Congres Român de Hydrologie (Rev. Hydrol. Med. Nr. 5, 1925), deosebitele systeme, discutate în societăţi ştiinţifice şi puse în practică în staţiunile strânse, pentru a se pune pe bolnav la adăpost de tentaţie.

Cred, că cel mai bun sistem pentru Slănic ar fi cel de la Châtel-Guyon sau Vittel: Medicul să elibereze bolnavului la consultaţie un bon de culoare diferită pentru fie-care boală, iar Restauratorul prezintă bolnavului o listă de bucate de culoare la fel cu bonul şi pe care sunt înscrise alimentele, ce pot fi luate de bolnav.

Pe lângă tratamentul dietetic al litiazei biliare e sigur, că trebue să întrebuinţăm şi pe cel medicamentos, hydromineral şi physiotherapic. In această privinţă Slănicul-Moldovei îndeplineşte toate condiţiile moderne de cură.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR şi AL MUŞCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătăţii

Apreciat de D-nii Medici Neurologi şi Internişti

în cazurile:

Surmenaj intelectual, fizic şi moral. — Anemie. — Convalescenţă. — Extenuare. — Melancolie. — Nevrostenie. — Nervi sensoriali. — Insuficienţă sexuală. — Timiditate. — Tic Nervos, etc., etc.

Marca preparatului

Reconfortant. Reconstituant. Tonic. Aperitiv.

POSOLOGIE: Adulţi: 2—4 linguriţe zilnic înaintea meselor.

TURBURARILE CLORULUI SANGUIN IN INSUFICIENȚA CARDIACĂ
CERCETARI ȘI CONSIDERAȚIUNI FIZIO-PATOLOGICE

de

D-r GH. TANASEȘCU și D-r MARIUS PARASCHIVESCU

Leziunile cardio-vasculare conduc în mod constant prin schimbarea hidraulicei cirulatorii, la fenomene de stază. Aceste fenomene în insuficiența cardiacă își exercită influența lor, atât asupra schimburilor nutritive din țesuturi, cât și asupra integrității funcționale a emonctoriilor. In aceste circumstanțe, barajul renal are ca rezultat funcțional, o diminuare a excrețiunei apoase, o acumulare a lichidelor în organism, ambele fenomene stând la baza formării viitorului edem.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cercetările întreprinse au arătat că în afară de retențiunea pur mecanică a apei, mai intervin la formarea edemului și modificări în constituția fizico-chimică a sângelui. Aceste modificări se adresează mai cu seamă moleculei cloruro-sodice. Din datele experimentale obținute de ACHARD și LOEPER reese că, în cazurile de edem cardiac incipient clorurul de sodiu se găsește reținut și repartizat în mod inegal între lichidul de edem și sânge. Cu timpul însă, concentrațiunea în clorur de sodiu atât a sângelui cât și a lichidului de edem tind către o echilibrare, între plasmă și țesuturi existând schimburi continui.

Bazați pe aceste date experimentale și pe multiple altele, autorii sunt actualmente de acord, că în insuficența cardiacă există constant o retențiune hidro-clorurată la nivelul sângelui și țesuturilor, cum și o diminuare manifestă a eliminării clorurului de sodiu urinar, ambii factori reducându-se complect de îndată ce miocardul își recapătă tonicitatea normală.

In cercetările întreprinse de noi, pe un număr de 19 asistolici în diferite faze evolutive, din Institutul Medical B. — Spitalul Colțea aspectul cloremii pare să fie cu totul altul, după cum se vede în alăturatul tablou.

TABLOU

No.	BOLNAVUL	Cl. plas	Cl. s. tot	Cl. glob	Rezervă alc.	
1	Elena M.	3.31 gr.	2.45 gr.	1.78 gr.	56.7 % Co_2	GRUPA I
2	Gh. Traian	3.16 gr.	2.40 gr.	1 98 gr.	51% Co_2	
3	Ignat C.	3.06 gr.	2.64 gr.	2.00 gr.	40.4 % Co_2	
4	Cahu Gh.	3.31 gr.	2.82 gr.	1.73 gr.	44.3 % Co_2	
5	Elena D.	3.38 gr.	2.60 gr.	2.07 gr.	41.4 % Co_2	
6	Ion N.	3.13 gr.	2.68 gr.	2.04 gr.	40.4 % Co_2	
7	Gogu M.	3.26 gr.	3.02 gr.	2 10 gr.	— —	
8	Mihail S.	3.10 gr.	2 45 gr.	2 35 gr.	40.1 % Co_2	GRUPA II
9	Niculae C.	3.21 gr.	2.55 gr.	2.23 gr.	39.5 % Co_2	
10	Niculae P.	3.20 gr.	2.48 gr.	2.26 gr.	69.1 % Co_2	
11	Vasile C.	3.40 gr.	2.90 gr.	2.40 gr.	47.1 % Co_2	
12	Evdochia A.	3.16 gr.	2.68 gr.	2.34 gr	32.8 % Co_2	
13	Stelica D.	3.30 gr.	2.80 gr.	2.26 gr.	54.8 % Co_2	
14	Ana K.	3.34 gr.	2.61 gr.	1.78 gr.	71.4 % Co_2	GRUPA III
15	Evdochia C.	3.14 gr.	2.56 gr.	2.00 gr.	65.3 % Co_2	
16	Elena C.	3.29 gr.	2.61 gr.	1.93 gr.	86.2 % Co_2	
17	Gheorghe C.	3.48 gr.	2.71 gr.	1.90 gr.	61.8 % Co_2	
18	Constan. T.	3.10 gr.	2.18 gr.	1.80 gr.	79.6 % Co_2	
19	Marin S.	3.17 gr.	2.43 gr.	2.20 gr.	61.4 % Co_2	

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Raportând clorului sanghin scăderea în greutate a bolnavilor după dezinfiltrare, am ajuns la concluzia, că putem împărţi sindromul de insuficienţă cardiacă în trei grupe distincte.

A) O grupă în care întâlnim constant o hipocloremie plasmatică, cu variaţiuni ale clorului cuprinse între 3.06 gr. — 3.38 gr. clor la mie şi în care clorul globular se găseşte încadrat în limite perfect normale de 1.80 gr. — 2.16 gr. clor la mie.

Din această grupă fac parte în general asistolii incipiente, cu uşoare edeme maleolare şi simple hidremii, care în momentul compensării cardiace duc la scăderi în greutate a bolnavilor, ce nu ating decât maximum două kilograme.

B) O altă grupă o formează asistoliile, care prezintă într'adevăr turburări marcate ale metabolismului clorat. Clorul plasmatic este diminuat, încadrându-se în limitele hipocloremii manifeste de 3.10 gr.—3.40 gr. clor la mie. Clorul globular în schimb, depăşeşte cu mult limitele superioare normale, prezentând variaţiuni cuprinse între 2.23 gr.—2.40 gr. clor la mie.

In această categorie putem încadra asistoliile, care prezintă edeme accentuate ale membrelor inferioare şi care sunt capabile după tonificarea muşchiului cardiac şi eliminarea lor, să determine scăderi în greutatea corporală, ce oscilează între două şi zece kilograme.

C) In fine, o ultimă grupă în care găsim o aceiaşi hipocloremie plasmatică, ca şi la cele anterioare, cu variaţiuni ale clorului ce oscilează între 3.10 gr.—3.48 gr. clor la mie. Clorul globular spre deosibire de a doua grupă revine la normal, prezentând variaţiuni între 1.78 gr.—2.20 gr. clor la mie.

Este de remarcat faptul, că în aceste cazuri de insuficienţă cardiacă, bolnavii prezintă edeme ce depăşesc cu mult cadrul edemului obişnuit, putând ajunge la înfiltrări tisulare colosale, care determină adevărate aspecte de anasarc, balanţa marcând după dezinfiltrare scăderi ce pot atinge trei zeci de kilograme.

Rezerva alcalină în prima şi a doua grupă se prezintă normală, sau cu tendinţe către acidoză (32.8—69.1 vol. Co_2). In ultima grupă însă, rezerva alcalină în unele cazuri normală, în altele depăşind limita superioară fiziologică, determină ceace observăm destul de des astăzi în emfizemul pulmonar, sindromul de acidoză gazoasă (61.4—86.2 vol. Co_2).

Din aceste cercetări reese net, că este necesară o revizuire a concepţii ce stă la baza repartizării clorului sanghin în insuficenţa cardiacă, cum şi a mecanismului fizio-patologic al edemului cardiac.

La formarea acestui edem intervin în afara factorilor de ordin general, doi factori de ordin special, apa şi molecula cloruro-sodică. Din cauza stazei şi consecutiv a barajului renal mecanic, apa şi clorurul de sodiu se găsesc constant reţinute în circulaţia sanghină şi apoi trimise pe măsura acumulării lor, la nivelul ţesutului conjonctiv din sistemul lacunar.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dacă lucrurile s'ar petrece astfel, ar trebui să găsim constant la nivelul sângelui o creştere în volum a apei, cum şi o retenţie mare de clorur de sodiu, ce s'ar traduce printr'o hipercloremie sanghină generalizată. Ambii aceşti factori însă, sunt subordonaţi la rândul lor aportului de apă şi sare pe care îl determină cerinţele alimentare ale organismului individului în stare de asistolie şi care la un moment dat poate fi în dezechilibru.

Este probabil, că acestor turburări de echilibru se datoresc modificările de repartizare ale clorului sanghin observate de noi, în diferitele faze evolutive ale insuficienţei cardiace.

A) In cazurile de asistolii incipiente, dacă clorul sanghin nu suferă modificări atât de marcate este datorită faptului, că sistemul vascular este insuficient, pentru a putea adăposti întreaga masă hidro-salină pe care o procură individul, prin alimente şi lichide. Există deci la începutul insuficienţii cardiace un echilibru între aportul de apă şi cantitatea de clor alimentar asimilat.

B) De îndată ce capacitatea sistemului vascular nu mai este capabilă să suporte masa hidro-clorurată, pentru menţinerea izotonii plasmatice şi pentru o bună funcţionare a schimburilor nutritive, clorul şi apa sunt înpinse către globule şi ţesuturi, determinând o mărire a volumului hematic, o hipercloremie globulară şi edemul consecutiv.

C) Acest aspect al tabloului cloremii sanghine, tinde să-şi modifice forma în cazurile de anasarcă, când foarte probabil, din cauza

stării înaintate de decompensare cardiacă, se instalează un dezechilibru între aportul alimentar de apă şi clorurul de sodiu ingerat, ultimul fiind aproape, nul, ceace ar conduce sigur la o rupere a echilibrului izotonic sanghin.

Pentru a satisface aceste cerinţe, organice, hipercloremia globulară a fazei anterioare reprezintă rezervorul, din care lichidul de edem va lua, în cursul formării sale, cantitatea de clorur de sodiu necesar menţinerii lui, la un titru de izotonie fiziologică.

Astfel se explică paradoxul, de ce în faza multiplă a insuficienţei cardiace, când ne-am aşteptat să găsim o retenţiune clorată sanghină generalizată, întâlnim din contra o hipocloremie plasmatică şi un clor globular normal.

GH. TANASESCO et M. PARASCHIVESCO: *Les troubles du chlore sanguin dans l'insuffisance cardiaque.*

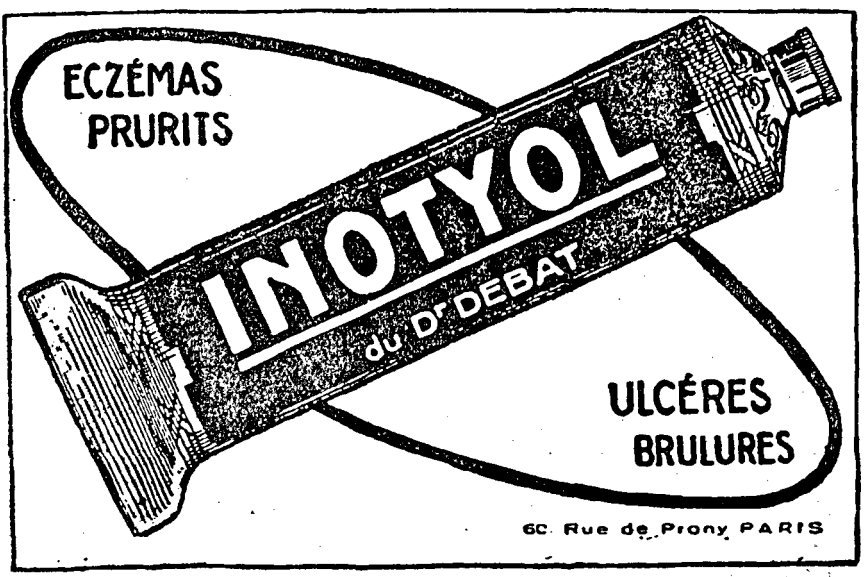
Le métabolisme du Cl dans l'asystolie, étudié par les auteurs chez 19 cardiaques a été trouvé sous trois aspects différents:

a) Dans la phase incipiente de l'asystolie — le Cl. globulaire et le Cl. plasmatique ont été trouvés dans des limites normales.

b) Dans les cas qui présentaient des oedèmes généralisés on a trouvé: hypoclorémie plasmatique avec hyperclorémie globulaire.

c) Enfin—dans le cas d'anasarque on a trouvé toujours le Cl. globulaire dans des limites normales et hypoclorémie plasmatique. Les troubles, dont le dernier semble sans doute paradoxal, peuvent être expliqués très bien, par un deséquilibre dans l'apport (alimentaire) du Cl Na et d'eau.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Agence en Roumanie: Laboratorul farmaceutic „Luteţia" S. A. R.
103, Str. Teamnei — Bucarest III

DIABETUL ŞI TUBERCULOZA PULMUNARA

de

D-r VAINA IOSIF

Medic secundar al Sanatoriului t. b. c. Arad.

Tuberculoza pulmonară se întâlneşte în 15—50% a cazurilor de diabet zaharat, mai ales a celui cu turburări de denutriţie.

Tub. pulm. la diabetici afectă o formă torpidă, rece, fără reacţia (Pidoux).

Prognosticul s-a ameliorat considerabil graţie tratamentului cu insulină şi dietă convenabilă, cari permit practicarea frenicectomiei şi a colapsoterapiei.

Observaţiile autorului confirmă aceste date.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Una din complicaţiile de temut ale diabetului zaharat este tuberculoza pulmonară. Asociaţia acestor două boale este relativ frecventă, variind între 15—50% şi o întâlnim de regulă la diabeticii gravi. In ultimii doui ani am avut ocazie să observăm 5 cazuri de tuberculoză pulmonară, internate în Sanatoriul tbc. Arad, cari concomitent cu această afecţiune au prezentat şi diabet zaharat, acesta din urmă fiind de dată mai veche decât tbc.

In cele ce urmează vom descrie foile de observaţie a acestor cinci bolnavi, urmând ca apoi să facem câteva consideraţiuni asupra acestei asociaţiuni, în legătură cu cele observate.

Cazul No. 1. — C. A. de ani 46, de profesiune profesor, căsătorit, internat în sanatoriul tbc. Arad în VI. 1936. In antecedentele heredocolaterale nu găsim nimic important. Antecedente personale: pneumonie acum 14 ani, dela care dată şi până acum 4 ani sănătos, când i-se iveşte zahăr în urină. A întreprins o cură de Insulină şi dietă antidiabetică, pe cari le-a urmat periodic până la dispariţia zahărului din urină. Când zahărul a reapărut din nou, a reluat tratamentul. Acum un an şi jumătate a contractat o gripă cu bronchită generalizată, urmată de pneumonie. Febra a cedat lisic şi de atunci bolnavul tuşeşte mult, expectorează spută mucopurulentă în cantitate considerabilă, prezintă perioade febrile, pierde în greutate (de unde la început avea 96 kg. acum nu mai are decât 72 kg.) şi zahărul nu dispare din urină, variind între 0,50 şi 3.5%. La un examen clinico-radiologic al plămânilor, întreprins de un specialist, se constată

un proces ulcerocavitar stâng, pentru care i-se institue pneumotorace artificial, pe care l-a urmat regulat timp de 16 luni. Starea generală s'a ameliorat considerabil, aşa încât periodic îşi vedea de catedră. Cu două zile înainte de a fi internat în Sanatoriu, a avut câteva accese rebele de tuse, iar la un moment dat a simţit o durere foarte pronunţată, sub formă de junghiu în hemitoracele stâng, devine dispneic, tachicardic, obosit şi are vărsături frecvente. La examenul clinico-radiologic se constată un pneumotorace spontan, datorită unei perforaţii pleuropulmonare stângi. In urină: albumina —, zahărul: 2%, acetona şi acid diacetic pozitive. In spută: bac. Koch pozitiv, Gafki VI.

Se extrage aerul, se institue un tratament energic cu calmante şi cardiotonice. Cu toate îngrijirile date, bolnavul sucombă la 8 zile după internare în sanator.

Cazul al II-lea: M. I. în etate de 54 ani, căsătorit, de ocupaţie funcţionar, internat în sanatoriul tbc. în Decembrie 1936. Antecedentele eredo colaterale fără importanţă, neagă tbc. în familie. Antecedente personale: reumatism poliarticular în timpul războiului. Neagă alte boale. Din Aprilie 1935 observă că ingerează cantităţi mai mari de apă şi pierde în greutate, deşi se alimentează foarte bine. La un examen medical i-se constată diabet zaharat cu 6% zahăr în urină. Urmează dietă şi cură cu insulină. Tot în acest timp i-s'a făcut şi o radioscopie pulmonară, rezultatul fiind negativ. Cu câteva luni în urmă bolnavul acuză dureri în hemitoracele drept, febră de 37—38 grade, tuse şi expectoraţie mucopurulentă. Se întreprinde un nou consult radiologic cu care ocazie se constată o lobită excavată la vârful drept pulmonar. Se încearcă instituire de pneumotorace, care rămâne infructuoasă şi astfel se execută o frenicectomie. De atunci se simte relativ debil, tuşeşte şi expectorează spută mucopurulentă în cantitate moderată. Urmează regulat injecţii cu Insulină şi cură dietetohigienică. Se internează în sanator la 9 luni după executarea frenicectomiei pentru repetarea examenelor clinice şi de laborator, cari au dat următoarele rezultate: procesul pulmonar staţionar, caverna se poate distinge şi acum, în spută se găsesc rari bacili tbc. (Gafki I.), In urină albumina pozitivă în urme, zahărul 0.69%, acetona negativă. Sedimentarea hematiilor după 2 ore 66.

In această stare bolnavul părăseşte sanatoriul, urmând şi pe mai departe cura dieteto-higienică şi inj. cu Insulină. Starea generală s'a ameliorat; de atunci şi până în prezent se simte bine, putându-şi relua activitatea pentru intervale mai scurte.

Cazul al III-lea: A. B. de ani 53, oficiant, căsătorit, internat în sanatoriu la data de 5 IV. 1937. Antecedentele heredocolaterale fără importanţă. Neagă tbc. în familie. Antecedente personale: în anul 1930 tromboflebită la ambele extremităţi inferioare, vindecată după trei luni. Istoricul boalei actuale: în anul 1932 îi apar câţiva furunculi în regiunea cefei, cari fiind foarte renitenţi, bolnavul este examinat în direcţia unui eventual diabet, cu care ocazie se constată 1% zahăr în urină, dar el nu-i acordă nici o importanţă. In anul 1934 apare o altă serie de furunculi pe extremitatea inf. stângă. Tratament chirurgical şi Insulină. Bolnavul îşi vede de ocupaţie până în Oct. 1935, când se prezintă o tuse foarte rebelă, cu expectoraţie mucopurulentă abundentă şi atunci se internează în

Digitized by Babeş-Bolyai University Library

spital. Urina conţine în acea vreme 7.81% zahăr, acetona şi acidul diacetic intens pozitive. Se supune unei cure de Insulină (80 U. în 3 doze la 24 ore) şi dietă antidiabetică. După 15 zile zahărul se reduce la 0.60%, acetona dispare; în aceste condiţiuni părăseşte serviciul de boli interne. Tusea se menţine, dar pierde din intensitate, bolnavul se simte bine şi îşi reia ocupaţia, urmând cu inj. de Insulină şi dietă potrivită. In Septemvrie 1936 tusea se intensifică şi expectoraţia mucopurulentă reapare, consumă 2—3 kg. apă în 24 ore. Aceste simptome se menţin până în Aprilie 1937, când se pomeneşte cu o hemoptizie puternică. Medicul chemat îi administrează Calciu chlorat şi Insulină, iar după sistarea hemoptiziei consultă un specialist de boli pulmonare, care îl internează în sanatoriu. Aici se constată un proces pulmonar ulcerocavitar drept, urina conţine 11.3% zahăr, acetona şi acidul diacetic pozitive, în spută bac. Koch pozitiv, sedimentarea hematiilor după 2 ore: 93, febra 37,5—38 grade. Se institue dietă antidiabetică, se administrează de 2 ori câte 30 U. Insulină, cardiotonice, etc. şi după 2 săptămâni, când bolnavul s'a remontat şi zahărul a scăzut la 1% şi acetona a dispărut cu desăvârşire, se instituie pneumotorace artificial drept.

In prezent urmează cu dietă (160 grm. hidraţi de carbon), primeşte câte 20 U. Insulină, insuflaţii la intervale de 10—14 zile în condiţiuni normale şi oleosanocrysină în doze mici. Starea bolnavului e satisfăcătoare, câştigă în greutate, e afebril şi glucoza se menţine la 0.20—0.50%, fără acetonă şi acid diacetic.

Cazul No. IV: U. V. de ani 37, plugar, căsătorit. Antecedentele heredocolaterale fără importanţă. Antecedete personale: neagă maladii infecto-contagioase. Acum 2 ani i s'a diagnosticat diabet zaharat şi a urmat o cură cu Insulină timp de 2 luni. De atunci şi până în prezent n'a mai primit nimic. Boala pentru care vine în sanatoriu datează de 1 lună, a debutat lent cu dureri în spate, oboseală, transpiraţiuni nocturne, tuse moderată fără expectoraţie. Elimină aproximativ 2 kg. urină în 24 ore. La examenul întreprins se constată un proces pulmonar ulcero-cavitar stâng cu 2 caverne bazale. Glucoza în urină 11%, acetona pozitivă în urme. Bolnavul refuză colapsoterapia şi pleacă acasă, astfel l'am pierdut din observaţie.

Cazul No. V. Bolnava S. M. de ani 57, văduvă, internată în sanatoriu la 23 Iunie 1937. Antecedentele heredocolaterale fără importanţă, neagă tbc. în familie. Antecedentele personale: 2 naşteri normale, neagă maladii infecto-contagioase. Menopauză de 10 ani. Istoricul boalei actuale: bolnavă de trei ani, a debutat lent cu slăbiciune progresivă şi pierdere în greutate (dela 107 kg. în decurs de 3 ani a scăzut la 70 kg.), consumă şi elimină aproximativ 2000—2500 cmc. apă, respectivă urină în 24 ore. N'a consultat medic decât acum 2 luni, din cauza unei tuse rebele asociată cu expectoraţie mucopurulentă abundentă, care nu mai dispar de atunci. In prezent acuză dureri generalizate, poftă de mâncare conservată, scaunul regulat, palpitaţiuni şi oboseală rapidă. La examenul întreprins se constată un proces infiltrativ al lobului pulmonar superior drept, având o cavitate de mărimea unei nuci normale. Cordul mărit de volum, zgomote patologice nu se disting. In spută bac. Koch pozitiv. Sedimentarea hematiilor după 2 ore 75, glucoza în urină 7.56%, eliminarea zilnică de zahăr fiind de 162 gr. acetona şi acidul diacetic negative. Se institue o cură de Insulină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

(de 2 ori 1.5 cmc. la zi la cele două mese principale) împreunată cu regim antidiabetic şi cardiotonice, iar după ce glucoza din urină a scăzut la 0.50% şi cordul s'a regulat, se instituie pneumotorace drept, suportat fără inconveniente, care se continuă şi în prezent. Cantitatea de Insulina administrată în 24 ore e de 20 U. regimul antidiabetic se menţine cu 160 gr. hidraţi de carbon. Până în prezent starea bolnavei este satisfăcătoare.

După cum am amintit şi la început, tbc. pulmonară se întâlneşte la aproximativ jumătate a cazurilor de diabet zaharat. Haţieganu — Goia scriu în tratatul lor că „după statistici, 30% a diabeticilor devin tuberculoşi". Proporţia stabilită de Griesinger este de 43% şi alţi autori ca Frerichs, Seeger, Williamson, etc. au obţinut cifre analoage. G. Denecke, W. Falta, M. Cloetta, etc., au găsit un procent aproximativ între 15 şi 50%: după părerea acestora în majoritatea cazurilor sunt atinşi diabeticii gravi de tbc. pulmonară.

Predispoziţia diabeticilor faţă de afecţiuni pulmonare este o chestiune care se discută încă. Von Noorden nu recunoaşte o predispoziţie specială, iar după Naunyn motivul frecventei apariţii a tuberculozei la aceşti bolnavi zace probabil în defecte de alimentaţie. Părerea prof. M. Labbé este că intensitatea turburărilor glicoregulatoare e aceea care determină gradul de predispoziţie şi apare mai frecvent la diabeticii cu denutriţie pronunţată. Statistica întocmită de acesta arată la 61 diabetici fără denutriţie 16 tuberculoşi, deci 26,5%, pe când la 10 diabetici cu denutriţie înaintată a găsit 5 cari au prezentat semne incontestabile de tuberculoză şi 3 suspecţi, deci 50, respectiv 80%. Din cele 5 cazuri observate de noi, 4 s'au găsit într'un grad relativ înaintat de denutriţie, deci un procent analog cu acela stabilit de M. Labbé.

Cauza principală a tuberculozei la diabetici este contagiunea, care poate fi spitalicească — după o şedere îndelungată în mediul spitalicesc — sau familiară. Cazuri de contagiune familiară la diabetici se află descrise de Renon în articolul său publicat la Archives gén. de méd. din 1903 p. 528.

Intervalul dintre apariţia diabetului şi aceia a tuberculozei este diferit şi nu se găseşte o regulă nici în privinţa faptului care anume dintre cele două afecţiuni apare mai de vreme. Pa baza observaţiilor de până acum se pare confirmat că tuberculoza este aceia care se încuibă pe un teren debilitat anterior de un diabet deja preexistent, dar ea nu exercită nici o influenţă asupra acestuia din urmă, şi dacă câţiva autori au semnalat o dispoziţie la glicozurie în perioada terminală a tuberculozei (Lecorché), aceasta se datoreşte faptului că prin diminuarea poftei de mâncare, ingerarea de hidraţi de carbon scade sub nivelul de toleranţă a bolnavului (M. Labbé). Cazurile observate de noi încă confirmă cele de mai sus, căci la acestea între apariţia tuberculozei şi data de când bolnavii se cunoşteau ca diabetici, există intervale de 2 până la 6 ani.

Aspectul tuberculozei la diabetici, din punct de vedere clinic, este în parte particular: începutul e insidios, fără simptome alar-

mante şi în majoritatea cazurilor bolnavul nici nu le acordă atenţie deosebită, mai ales fiindcă se ştie diabetic şi aceste simptome le clasează ca atari. Dureri toracice se prezintă rar, ascensiunile termice, dacă sunt prezente, nu prea trec de 37,5—38 grade: nu găsim fiori sau alte simptome alarmante care ar pune bolnavul în pază.

Pidoux o şi numeşte tuberculoză rece şi fără reacţiune. Hemoptiziile încă sunt relativ rare. La cele cinci cazuri observate de noi numai unul singur a prezentat hemoptizii rebele, celelalte patru au decurs fără aceasta.

Ceiace atrage atenţia este: tusea mai ales matinală şi destul de rebelă, expectoraţia abundentă mucopurulentă, transpiraţiunile nocturne şi pierderea în greutate progresivă, dar şi chiar aceasta se pune adeseori în socoteala diabetului preexistent. Acestei lipse de simptome se datoreşte în mare parte şi faptul că afecţiunile pulmonare la diabetici nu se descoperă în stadiul lor incipient decât excepţional sau la întîmplare, ci numai atunci când simptomele pledează evident pentru o astfel de afecţiune şi nu se pot încadra în simptomatologia diabetului zaharat.

Examenul sputei prezintă o importanţă deosebită în punerea diagnosticului, care însă din nenorocire chiar la diabeticii tuberculoşi foarte des poate fi negativ, evidenţiarea bac. Koch reuşind mai anevoios decât la alţi tuberculoşi, fără diabet. Se presupune că motivul s'ar explica prin faptul că bacilii sunt distruşi relativ rapid de unele microorganisme, care la diabetici se desvoltă din abundenţă. Desvoltarea şi colaborarea acestor microorganisme se observă şi la gangrena pulmonară, pentru care diabetici prezintă o predispoziţie mai mare decât aceia cu metabolismul echilibrat. Cazurile observate de noi au prezentat fără excepţie bac. Koch pozitiv, dintre care 2 cu număr mare de bacili (Gafky V-VI), iar trei cu număr foarte redus de bac. (Gafki I) abia 1—2 pe întreg preparatul. Aceasta se datoreşte probabil faptului că toate sunt cazuri înaintate cu afecţiuni cavernizate.

Sedimentarea hematiilor este ridicată în toate cazurile: la cazurile noastre între 66 şi 125 cu metoda Westergreen, după două ore de sedimentare.

Formele sub care tuberculoza se prezintă la diabetici sunt relativ variate şi cu toate că începutul în majoritatea cazurilor este insidios, la examenul clinic găsim o tbc. acută sau subacută, descoperind, adeseori chiar la primul examen pulmonar, leziuni înaintate, care pot progresa considerabil chiar în câteva săptămâni. Cele mai frecvente par a fi formele cazeoase cu sau fără de focare de excavaţie (cazurile observate de noi), dar s'au descris de către Dieulafoy şi cazuri de bronchopneumoni tbc. la diabetici.

Evoluţia tuberculozei la diabetici este o chestiune asupra căreia trebuie să insistăm mai mult, fiindcă între experienţa trecutului şi posibilităţile de tratament actuale există atâta deosebire, încât în multe cazuri, datorită progresului realizat pe această cale, atât evoluţia cât şi prognosticul acestei afecţiuni pot lua întorsături mai mult sau mai puţin favorabile. Şi de fapt, părerea generală

în trecut era că evoluţia tuberculozei la diabetici este rapidă şi de regulă mortală: mai ales că în majoritatea cazurilor este vorba de o tbc., acută sau subacută cu tendinţă de agravare, care progresează considerabil chiar în câteva săptămâni, asociată cu denutriţie pronunţată şi moartea survine în decurs de câteva luni sau şi mai curând. Dar azi, decând avem mijloace energice la dispoziţie, pentru tratamentul ambelor afecţiuni, atât evoluţia cât şi prognosticul tuberculozei s'au schimbat.

La început s'a evitat administrarea insulinei la aceşti bolnavi, de frica reacţiunilor de focar ce aceasta ar putea să provoace, datorită faptului că are caracter proteinic pe de o parte şi înlesneşte retenţia de apă în organism de altă parte. Aceste motive nu se păreau neântemeiate şi astfel s'a renunţat la administrarea insulinei. Astăzi însă chestiunea s'a schimbat radical şi putem afirma că datorită chiar insulinei şi dietei, combinate în mod raţional cu o colapsoterapie activă. Rathéry şi Mlle Dreyfus-Sée au văzut vindecându-se o comă diabetică la un tuberculos cu ajutorul insulinei. Ei spun mai departe că este nevoie de o prudenţă deosebită în administrarea acesteia, fiindcă pe măsură ce diabetul părea ameliorat, evoluţia tuberculozei părea că primeşte un avânt. Banting, Sausun, etc. recomandă insistent întrebuinţarea insulinei şi afirmă că e favorabilă atât diabetului cât şi tuberculozei. M. Labbé, Bith şi Baulin s'au declarat partizani acestei terapii.

Această necesitate a administrării de insulină a fost confirmată întru toate şi de observaţia noastră: trei din cele cinci cazuri internate în sanatoriul nostru au fost într'un desechilibru pronunţat, unde nici nu s'a putut aplica o terapie specific pulmonară până la echilibrarea aparatului glicoregulator, la care insulina şi dieta joacă rolul de frunte. După reducerea cantităţii de zahăr, ceiace ne-a reuşit cu doze mai mari şi repetate de insulină, (la început 80 Unit. apoi progresiv 60 şi 40 U. administrate în două doze, la cele două mese principale), am aplicat o colapsoterapie şi anume: la trei cazuri pneumotorace şi la un caz, unde acesta din cauza aderenţelor nu a fost posibil, frenicectomie.

In trecut se neglija complet tratamentul plămânilor la diabetici, ca fiind ineficace din cauza diabetului prezent, dar încercările şi observaţiile trecutului au condus la concluzia că atât evoluţia cât şi prognosticul boalei se pot ameliora în multe cazuri cu un tratament aplicat raţional. Geer încă este de părere că prognosticul se poate ameliora cu ajutorul pneumotoracelui artificial, care contrar opiniei clasice poate fi practicat cu succes, chiar şi în acele cazuri, cari în aparenţă sunt defavorabile. L. Lichtwitz aminteşte de un diabet, la care a instituit pneumotorace artificial, din cauza unei afecţiuni cavernoase însoţită de hemoptizii, şi l'a întreţinut timp de un an şi mai bine, în care timp bolnavul se simţea bine. Primul caz observat de noi a urmat timp de $1\frac{1}{2}$ ani pneumotorace, combinat cu insulină şi dietă: sfârşitul tragic se datoreşte unui pneumotorace spontan, intervenit accidental, dar în timpul tratamentului şi-a putut vedea de catedra sa aproape tot

timpul. Al doilea caz, pe care îl avem şi acum în observaţie, a fost frenicectomizat acum 15 luni şi de atunci se simte bine, urmând periodic câte o cură de insulină. Cazul al treilea şi al cincelea le avem şi în prezent în sanatoriu, tratate cu pneumotorace artificial şi insulină.

Trebue să accentuăm şi importanţa dietei, care încă e un factor determinant în regularea glicogenezei şi cantitatea de hidraţi de carbon ingerată în 24 ore va trebui să fie raportată la cantitatea de zahăr eliminată în 24 ore, pentru care e nevoe să se colecteze regulat urina totală din acest interval de timp. Tratamentul activ al plămânilor va începe atunci, când metabolismul a fost echilibrat cu ajutorul acestor factori.

Courcoux insistă asupra necesităţii de a practica cu perseverenţă tratamentul insulinic şi dieta la tuberculoşii diabetici. Eficacitatea insulinei în astfel de afecţiuni combinate este incontestabilă şi rezerva faţă de administrarea ei se poate părăsi în vederea rezultatelor favorabile obţinute la multe din ele.

In concluzie putem spune că evoluţia şi prognosticul tuberculozei la diabetici s'a schimbat, decând avem la dispoziţie mijloace energice pentru tratamentul diabetului şi dacă nu obţinem vindecări durabile sau definitive, în tot cazul rezultatele obţinute în prezent înseamnă un progres real faţă de scepticismul trecutului, când în faţa acestei asociaţii de afecţiuni se renunţa la orice tratament, ca fiind iluzoriu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

G. H. Roger, F. Widal, P. J. Teissier: Nouveau Traité de Médecine, Fasc XII. La tuberculose pulmonaire. — *M. Letulle et P. Halbron:* 1926 — *W. Alwens M. Cloetta, G. Denecke, W. Falta etc.* Handbuch der inneren Medizin, ediţia doua. vol. IV. 1926. — *Haţieganu-Goia:* Tratat elementar de Semiologie şi Patologie medicală. Vol. I. 1936 — *M. Labbé:* Diabète et tuberculose. Gazette des Hôpitaux, No. 86. 1908. — *Sausum:* The Amer. Rev. of Tub. 1923. VII. — *Rathery et Mlle Dreyfus-Sée:* Bull. Soc. méd. Hôp. Paris. No 23. 1924. — *Geer:* The Americ. Review. of Tub. Vol. VI. 1922. — *Renon:* Tuberculose pulmonaire et Diabète. — Archives gén. de méd. 1903. — *Blumenfeld:* Uber die Phtisis der Diabetiker. Therapeutische Monatschrift — *Riegel:* Uber das Verhalten des Sputums bei diabetischer Lungenphtise. Zentralblatt für inneren Medizin. — *Bardsley:* Med. raports and experiments. London. — *Poncent et Leriche:* Tuberculose inflammatoire et glandes vasculaires sanguines. Gazette des Hôp. 1911.

VAINA JOSEF: *Diabète et tuberculose pulmonaire.*

L'auteur décrit 5 cas de diabète compliqués de tuberculose pulmonaire, observés au sanatorium tbc. d'Arad. Il s'ocuppe de plus près avec la question de prédisposition des diabètiques pour la tbc. pulmonaire, en citant l'avis des plusieurs auteurs en cette matière. Il décrit la symptomatologie, l'ensemble clinique l'évolution de la tuberculose chez les diabètiques, en insistant sur le début insidieux de la maladie. L'auteur est d'avis, que c'est surtout à ce début insidieux qu'est responsable que les affections pulmonaires chez les diabètiques au moins dans leurs phase de début restent inconnues. Après la déscription détaillée des formes cliniques, du prognostique et du traitement, l'auteur insiste sur l'efficacité de l'insuline, associée à la collapso-thérapie.

GIUSEPPE VAINA: *Diabete e la tubercolosa polmonare.*

L'autore descrive 5 casi di diabete complicati con la tbc. polmonare, osservati nella Sanatorio per i Tuberculosi di Arad. Lui s'occupa piu precisamente, con la problema di predisposizione dei diabetici per la tbc. polmonare, resumando gli opinioni di qualcuni AA. di questa specialita. Lui descrive la sintomatologia,

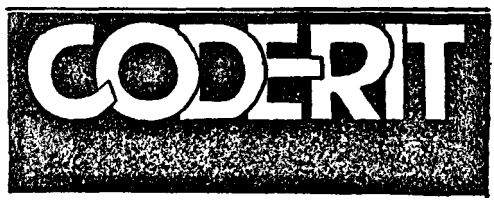
il quadro clínico e l'evoluzione della tbc. presso i diabetici, insistando la forma insidiosa della maladia. L'autore crede che questa insidiosita degli affezioni polmonari specifici dei diabetici siano contribuiti alla sconoscenza di questa maladia nelle loro forme incipienti. Dopo una descrizione minuziosa della forma clinica, la prognosi ed il trattamento, l'autore insista di l'efficacita dell'insulina, associato colla collapso terapia.

VAINA JOSEF: *Diabets und Lungentuberkulose.*

Der Verfasser beschreibt 5 Fälle von Diabetes mellitus die mit einer Lungentuberkulose kompliziert waren und in Tbc. Sanatorium in Arad zur Beobachtung kamen. Er befasst sich näher mit der Frage der Praedisposition der Diabetiker gegenüber Lungenaffektionen und zitiert die Meinungen mehrerer Verfasser in dieser Frage. Er beschreibt die Symptomatologie, das klinische Verhalten, und die Entwicklung der Tuberkulose bei Zuckerkranken, hebt besonders den schleichenden Beginn derselben hervor. Er ist der Ansicht, dass letzteres eines der wichtigsten Ursachen ist, dass man bazziläre Affektionen nie im Anfangsstadium entdecken kann. Nach Beschreibung der klinischen Formen unter denen die Tuberkulose sich bei Diabetikern zeigen kann, befasst er sich näher mit der Behandlung und der Prognose und hebt die wichtige Rolle des Insulins neben einer wirksamen Kollapstherapie hervor.

Combaterea tusei uscate prin

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Inlăturarea promptă a iritației inflamatorii a mucoasei bronchiilor. Ușurarea expectorației. Calmarea centrului respirator.

Compoziție: Clorhidrat de codeină, clorhidrat de efedrină racemică, alcaloizi totali din rădăcină de **Ipecacuana.**

In comerț: Tuburi cu 10 tablete.

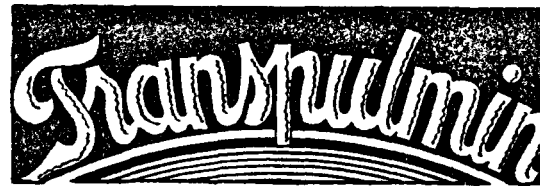
CHINOIN S. A. Exclusivitatea: **FREDERIC SPODHEIM & Co., S. A.**
BUCUREȘTI I, Str. Sf. Constantin No. 4.

Contra afecțiunilor inflamatorii ale plămânilor și bronchiilor

Chinină basică și camfor, solvate în oleuri eterice.

Injecțiuni absolut indolore: aplicare in tramusculară.

Transpulmin este o inovație așa de importantă în terapie, încât nu va dispare niciodată din practica medicală. (Prof. G. von Bergman).



In comerț: cutii cu 5 și 10 fiole a 1 și 2 cmc; flacoane de 15 cmc.

PROBLEMA VIITORULUI IN MEDICINA

de

D-r EMIL VICIU—Cluj

Dela un timp se observă în ţarcul problemelor medicale, apariţia frecventă a unor lucrări cari, fie direct, fie prin preocupări apropiate, ating şi întrebarea viitorului medicinii. In cuprinsul lor am surprins unele atitudini comune care ne îndreptăţesc să întrevedem un început de aranjament pentru o nouă orientare în spiritul medicinii. Amintesc numai lucrările câtorva autori importanţi: Ch. Nicolle (Biologie de l'invention), E. Rist (Ou-est que la médecine?), Ch. Richet (L'inteligence et l'homme), A. Carrel (L'homme c'est inconnu). Nu se poate trece nici peste un articol al profesorului I. Papilian, scris într'un ton de fină ironie, publicat într'unul din numerile anului trecut ale revistei „Gândirea" şi care chiar singur ne-ar putea servi ca piatră de bază a lucrării de faţă. Pentrucă nu trebue să uităm că e scris de un om de ştiinţă înzestrat însă şi cu o sensibilitate fină de literat, care surprinde cele mai subtile schimbări în meteorologia spirituală a ştiinţii medicale.

Colecţia Muzeului Literaturii Române

După ce străbatem acest mănunchi de lucrări rămânem pătrunşi de amărăciunea atâtor neajunsuri şi erori ale spiritului medical. Atmosfera spirituală care se degajă din problemele prezentate în aceste lucrări, nu permite înşirarea lor pe acelaş portativ a unei rezonanţe de nemulţumire cu actuala morfologie a spiritului ştiinţific medical. Nu atât problemele desbătute în aceste cărţi, dar atitudinea spirituală în care sunt discutate, ne destăinueşte în mod foarte clar frământarea ascunsă pentru cucerirea puterii de a despica orizontul spiritualităţii viitoare a medicinii.

Pentru a putea localiza mai precis problema care ne preocupă în mod special în acest articol, găsesc absolut necesar străbaterea în goană a unui hotar mai larg de probleme cari au însă o anume coeziune între ele. Prin aceasta câştigăm posibilitatea de a pătrunde mai adânc în miezul problemei noastre.

Se cunoaşte îndeajuns cum, cu o ardoare nedepăşită de nici o altă disciplină, s'a aclimatizat medicinii tot ce mintea omului a cucerit în toate ramurile ştiinţii. Cu toate acestea după ce străbatem rândurile cărţii lui Carrel se naşte impresia că în toate cele-

lalte ramuri ale ştiinţii evoluţia ultimilor decenii a dat mai multă satisfacţie decât în domeniul medicinii. La o analiză a performanţei finale se pare că în goana cu care evoluează ştiinţele, medicina face paşi mai greoi. Prima impresie, a unei evoluţii aproape miraculoase, a medicinii, nu e veridică decât într'o măsură foarte mică. Ea fiind amăgită de datele noi pe cari le primea prin adoptarea unei technici tot mai perfecţionate a reuşit într'adevăr să iscodească până în adâncimi microcosmosul. Necunoaşterea orizonturilor microscopice şi ultramicroscopice ne îndemna să credem că aici ar fi tainiţa vieţii. Ori, misterul vieţii se expune în aceiaşi măsură ori unde e viaţă, indiferent de dimensiunea scenei pe care se desfăşoară. Viaţa e ca şi atmosfera, pentru că ne înconjoară întotdeauna noi nu-i simţim prezenţa. Pretutindeni domină la fel legile vieţii, însă noi le-am căutat cu mai mult sârg acolo unde ne stăteau mai puţin la 'ndemână. Avem astfel mult mai puţine date despre echilibrul stării de sănătate decât despre desechilibrul stărilor patologice.

Cuprinzând viziunea evoluţiei medicinii observăm că se păstrează o anumită logică interioară de strânsă adeziune cu atmosfera spirituală a epocii respective.

Această articulaţie de o logică intimă desigur trebue că există şi azi. Medicina a fost întotdeauna incluzionată în spiritualitatea vremii. Era fatal ca spiritul mechanist care domină veacul să se infiltreze şi în medicină. Optica acestuia a făcut ca să se vadă în om o uzină a vieţii. Ceia ce e complect fals, pentrucă fenomenul vieţii e într'o infinită schimbare deci nu se desfăşoară într'un regim de mişcare aidoma. Ar fi suficient să citez lucrarea lui Sir Humpry Rolleston (L'age, la vie, la maladie) care cu un material abundent dovedeşte că bolile de azi nu au avut în totdeauna aspectul lor actual. Maladiile au suferit modificări a „tipurilor" dealungul istoriei — „mutaţii". Noi n'am descoperit încă factorii ascunşi cari condiţionează aceste „mutaţii".

Esenţa cărţii lui Carrel este că civilizaţia techno-mecanică în evoluţia ei rapidă n'a fost urmată la pas de ştiinţa fiinţei umane. Fiinţa umană nu suportă rapiditatea cu care civilizaţia modernă modifică mediul în care omul e silit să trăiască.

A încerca să modelăm viitorul medicinii în baza principiilor techno-mecanice, în spiritul cărora a evoluat medicina ultimului timp înseamnă a menţine acelaş răsad din care au fructificat atâtea neajunsuri şi rătăciri. In primul rând, civilizaţia e impersonală pe când sănătatea şi boala sunt strict individuale. Din această încrucişare de sensuri se naşte un conflict, azi încă surd, dar care ascunde pericole nebănuite. In ori ce caz, chiar azi se poate observa cum civilizaţia nu numai a dotat omul dar l'a şi uzat.

Spuneam că în lucrările lui Carrel şi Nicolle abundă accente de critică faţă de stadiul actual al medicinii. Evidenţiază răul care s'a născut din imposibilitatea că tot ceia ce a fost cucerire în medicină n'a putut fi dirijat paralel cu existenţa complexă a vieţii moderne. In ultima analiză, rostul medicinei este de a pune omul

la adăpost faţă de boli şi înzestrarea omenirii din punct de vedere fizic şi intelectual. Pentru Carrel însă legile cari circulă azi în medicină fiind creaţia timpurilor când omul avea de luptat în primul rând cu calamităţile naturii, nu prevăd şi lupta cu perturbările create de noile calamităţi ale civilizaţiei techno-mecanice. Această civilizaţie a pus pe om „să respire o atmosferă electrizată şi radioactivă" (Carrel). Pericolelor de până acum li s'au pus în faţă o savantă profilaxie infecto-contagioasă. Care-i însă profilaxia în contra pericolelor create prin regimul de existenţă la care ne constrânge tiranic mecanizările civilizaţiei moderne.

Azi „oamenii nu ajung la vârste mai înaintate decât altă dată, însă mult mai mulţi ajung azi oameni bătrâni". Aceasta înseamnă că medicina a reuşit să ridice indivizii slab dotaţi la nivelul vârstei medii, dar pentru depăşirea nivelului mediu nu a fost de nici un ajutor. Atunci, poate ea perfecţiona umanitatea, ori numai înmulţeşte valorile medii? Face o operă de perfecţionare, dotare, ori numai una de standardizare? Carrel conchide, „Nu mai e selecţia naturală". Efectul tot el îl arată; în centrele de intensă civilizaţie, generaţiile tinere deşi crescute în toate rigorile principiilor noi de educaţie fizică prezintă „stări de slăbiciune mintală", e slabă la eforturi şi infecţii. Aceasta, împreună cu alte îngrijorări pe cari nu le putem expune aici se isvoresc din acelaş mare şi singur neajuns că civilizaţia a schimbat condiţiile de viaţă într'o măsură mare, dar la'ntâmplare. Omul a fost silit să i-se acomodeze şi nu ea i-s'a acomodat. Civilizaţia i-s'a impus fiinţei umane. Deaceia, chiar fără a exagera nota de rezervă asupra evoluţiei medicinii, pe care o întâlnim în cartea lui Carrel, totuşi ajungi la un final trist; omenirea pare ameninţată de o serie de noi pericole cari nasc din lipsa spiritului de previziune în medicină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Va putea cândva medicina să surprindă, dinainte nuanţele de infinită schimbare prin cari va trece spectacolul vieţii? Până acum toate cuceririle au fost nişte revelaţii nebănuite. Numai pe urmă erau cuprinse în prelucrarea luciditătii raţionamentului, printr'o operă finală de sinteze şi concluzii. Spiritul utilitar, alături de zăbralnicul specializării au îndepărtat mult medicina de sub primatul gândirii. Ne am adâncit în specializări mărginite dispărând astfel gustul pentru o cultură generală de orientare. Atât Ch. Richet, Nicolle ori Carrel se întâlnesc în aceiaşi părere atunci când arată modul în care s'au făcut cuceririle în domeniul medicinii, ele „nu sunt nici raţionale nici raţionate". (Nicolle).

Dacă şi pe mai departe evoluţia medicinii ar refuza orice încercare de ghidare raţionată atunci la ce folosesc accentele aspre de critică îndreptate contra actualelor orânduiri? Viitorul rămâne şi pe mai departe complect impermeabil pentru toate aceste frământări. Ele devin inutile din moment ce şi viitoarele cuceriri nu vor purta marca autenticităţii unui spirit ştiinţific diriguitor, cj aceia a capriciului întâmplării. Totuşi, aceste manifestări de protest a unor gânditori de mare suprafaţă în medicină nu ni se par a fi fără temei. Ele exprimă o rescruce de criză în spiritul ştiinţei medicale, — răscruce pe care o întâlnim la hotarul de azi şi a altor

ştiinţe. Amintim, după Gaston Bacheralt, „crizele ştiinţifice nu se nasc din planul realizmului, ci din sfera abstracţiilor şi ele nu au forţa de a schimba realizmul, ci numai îl modelează după un alt sistem de gândire". Se găseşte în această frază demonstrată forţa modelatoare pe care o are spiritul. Frământările spirituale cari cuprind medicina este imposibil ca să nu aibă un ecou şi în sfera îndeplinirilor materiale. Medicina, pentru a nu mai cădea în rătăciri şi pentru a nu mai face cale de ocol, are nevoie în evoluţia ei de marcajul luminozităţii raţiunii. Orice problemă care ţinteşte la scopul final al medicinii nu poate fi desbătută decât în duhul gândirii.

In secolele trecute, din lipsa noţiunilor şi metodelor ştiinţifice asupra maladiilor, diagnosticurile se făceau prin speculaţii filozofice fantasmagorice, cu totul artificiale. După ce medicina s'a înbogăţit cu o sumă enormă de date ştiinţifice asupra bolii şi sănătăţii, ca un gest de reacţiune s'a abandonat tot mai mult obişnuinţa de a se medita. Instrăinarea aceasta faţă de gustul problemelor spirituale nu porneşte numai din simplul orgoliu că medicina a devenit o ştiinţă pozitivă. Insă ea nu putea să rămână neafectată de un rău general, care, după Kayserling naşte „din cauza explicaţiilor complecte a fenomenelor, a informaţiei rapide date de technica modernă; fiindcă nu cer nici un efort spiritual, se naşte incapacitatea crescândă a occidentalilor de-a înţelege aceia unde sensul nu le sare imediat în ochi, de aici repulsiunea lor crescândă contra efortului spiritului".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ştim prea bine cum medicina s'a vizualizat într'o largă măsură datorită marelui număr de reacţii de laborator ori a examenelor radiologice. Diagnosticul boalelor îl avem în şirul eprubetelor în cari soluţiile virează spre diferite colori ori în petele de umbră şi lumină a plăcilor radiografice.

Azi însă se verifică pe încetul credinţa că acesta era un comportament profund falş. Iar în ghidarea medicului prin multiplele metode de investigaţie techno-mechanică e nevoie tot de darul intuiţiei, care începând cu primul medic-vrăjitor şi până la mecanizatul diagnostician de azi constitue elementul care predestinează. In medicină totul se deplasează pe un plan de speculaţie intelectuală. Spre deosebire de celelalte ştiinţe, datele technice, experimentale şi cele de observaţie directă, aici au numai valoarea unor semificaţii. De aceia, cu toate covârşitoarele împrumuturi pe cari medicina le-a făcut dela celelalte ştiinţe ea tinde tot mai mult spre autonomizare. Acesta mi se pare semnul zodiei sub care se va desfăşura medicina în viitor.

Carrel arată că omul a căutat să regăsească în cosmos formele geometrice cari există în conştiinţa sa. De aceia avem şi în biologie atâtea rătăciri şi exagerări. In cuprinsul medicinii problemele sunt supuse unei variaţii permanente, pentrucă la baza lor e clocotul vieţii şi a speculaţiei intelectuale şi nu neclintirea unor legi rigide. E o ştiinţă cu mii de variante şi excepţii. Legile fiinţei fiind foarte complexe ele nu pot fi reduse la aparatura laboratoarelor şi nici pe grafica unui cilindru. Complexul vieţii omeneşti

depăşeşte în fineţe orice metodă de laborator. Abia dacă poate fi sesizat de fineţa speculaţiilor unui creer de gânditor.

In rezumat, se pare că desechilibrul din arhitectura spiritului medicinii de azi e un desechilibru rodnic. Mijeşte un început de revenire la convingerea că speculaţia filozofică trebue să-şi redobândească demnitatea supremă în medicină. Regăsind acest filon, al speculaţiei intelectuale, în jurul căruia se stratifică întreaga evoluţie a medicinii, nu am putea oare ca urmărindu-i firul să ajungem a schiţa faţa viitorului medicinii?

E semnificativ cum, în câteva lucrări mai noi, părerile diferiţilor autori se revarsă în cadrul unei concepţii aproape identice, asupra spiritului ştiinţific modern. Pentru punctul de vedere urmărit în această lucrare — acela de a răsbate în viitorul medicinii — găsim în configuraţia noului spirit ştiinţific elemente pe tăria cărora putem dura construcţia acestui viitor al medicinii. E o încercare pentru a cărei reuşită trebue eliminat elementul de capriciozitate, de fatalitate, din progresul medicinii.

Cade în ordinea naturală a spiritului omenesc ca revolta în contra zorului necontrolat cu care a evoluat medicina, să ducă la plămădirea unei rânduieli a determinaţiilor conştiente; ca un gest de eliberare de sub pecetea fatalismului şi o trecere în conul de lumină a luciditătţii raţionamentului. Lămurirea coordonatelor cari cuprind curba noului spirit ştiinţific e subtil dar amplu făcută în special de Gaston Bachelard. Cu toate că el verifică acest nou spirit ştiinţific cu date luate din fizică, geometrie şi astronomie, totuşi găsim unele reguli pe cari se poate broda perfect şi viitorul contur a spiritului medicinii. „Determinismul" e formula care defineşte morfologia noii gândiri ştiinţifice. Spiritul determinismului nu numai însoţeşte fenomenele dar le şi dirijează. Acest gânditor ajunge la concluzia că în ştiinţă „a trecut timpul ipotezelor mobile, fără nici un sprijin, după cum a trecut şi timpul experienţelor izolate şi curioase". Viitoarele descoperiri şi invenţii se vor concepe în climatul forţelor raţionamentului. Noul stil de gândire va înscăuna prudenţa, pentrucă „el reformează prima vedere, fiindcă nici când prima vedere nu este justă". Observaţia ştiinţifică este în totdeauna polemică, ea confirmă şi infirmă o teză anterioară, o schemă prealabilă, un plan de observaţie, ea prezintă demonstrând, ea reconstrueşte realul după ce şi-a reconstituit schemele sale. Deci, în tendinţa nouă a filozofiei ştiinţifice „atributele realiste se limitează". „Realitatea imediată este un simplu pretext de gândire ştiinţifică şi nu un obiect de cunoaştere". Dacă trecem dela observaţie la experimentare caracterul polemic a cunoaşterii devine mult mai exprimat. Instrumentele de experienţă nu sunt decât teorii materializate". Intrebuinţând o expresie a lui Kayserling, „experienţa de ordin material trezeşte spiritul". Avem de a face cu o „gândire în doi timpi" care observă determinările fenomenelor dar stăpâneşte şi puterea de a le determina.

Chiar şi din aceste citate trunchiate se poate observa cum busola noului duh ştiinţific ne indică hotărît o orientare în viitor. Pâcla viitorului se va risipi din drumul luminişului proectat de puterea

BCU Cluj / Central University Library Cluj

acestei noui gândiri ştiinţifice. Determinismul, sub vasalitatea căruia se plămădesc fenomenele noi ale ştiinţelor nu se opreşte numai la a desvălui o logică interioară a fenomenelor acolo unde până acum domnea apareţa capricioasă, ci în baza lui, se poate modela relieful viitorului. Fiindcă-i un stil de gândire care nu rămâne numai baza unei ştiinţe dar şi imprimă evoluţiei sale o anume dinamică. El cuprinde forţa unei iniţiative proprii. Sau, după G. Bachelard, „După ce prin primele eforturi ale spiritului ştiinţific am format o raţiune a imaginii lumii, activitatea spirituală a ştiinţii moderne începe construirea unei lumi după imaginea raţiunii. Activitatea ştiinţifică realizează, în virtutea temei, asemănări raţionale. „Noul spirit ştiinţific nu se opreşte la a face o operă de inventariere. Forţele cari subsistă fenomenelor primesc de acuma o energie de proecţie spre viitor. Perspectiva se prelungeşte dela trecut spre viitor. Accesul spre viitor îl câştigăm tocmai prin stăpânirea acestei puteri de a transpune concretul în abstract şi invers.

Atunci când acest gânditor descifrează şi interpretează astfel înţelesul noilor elaborări ştiinţifice nu face o operă de fantezie. Intreaga lui concepţie se bazează pe o anume atmosferă spirituală a veacului, care analizată de Kayserling sub un unghiu mai larg, îi permite să afirme că omul de azi „se recrează el însuşi". E un stil spiritual care a cuprins toate frământările veacului, aşa că făgaşele lui nu puteau să nu străbată şi cu o tăietură adâncă în ogorul medicinii. Noua gândire ştiinţifică se eliberează din încarcerarea de până acuma a intuiţionismului bergsonian şi a pragmatismului. Spiritul contimporan a „inscăunat elaborarea de litigiu". Aceasta nu trebue confundată cu o oscilaţie nehotărîtă a spiritului. E vorba doar să înzestrăm şi spiritul ştiinţific cu mai multă supleţe pentru ca noile docrine spirituale pline de „echilibrul ambiguităţii" să dea şi în ţarina ştiinţelor pozitive roade cari în artă au savoarea realizărilor de autentică valoare spirituală. In filozofia ştiinţifică contimporană s'a introdus deja ideea că „elementele complimentare pot fi alături în esenţa fiinţii", în opoziţie cu credinţa de până acuma, în virtutea căreia fiinţa este întotdeauna „semnul unităţii". Autorul exemplifică această nouă morfologie a spiritului cu exemple luate din alte ştiinţe, ca: „materie şi iradiaţie" — „undele şi corpusculii" — „determinismul şi indeterminismul" — în aceiaş fiinţă ori obiect.

Acest nou spirit ştiinţific nu poate să nu învioreze şi spiritul medicinii. O realizare specifică a acestui spirit, cu posibilităţi multiple de mobilitate, sunt statisticile cari abundă tot mai mult în medicină. Căci ele ne dau servicii în sensuri diferite ale problemelor medicale, după cum sunt utilizate, după unghiul din perspectiva căruia sunt privite.

Viitorul în medicină ni se ascundea într'o obscuritate de nepătruns pentrucă spiritul ştiinţific de până acuma se baza pe credinţa legilor statice şi a fatalismului despuiat de perspectivă. Abea acuma ele încep a fi animate de principiul mobilităţii şi primesc o formulă de dinamică, care corespunde încercării de previziune. Mai mult în ori ce caz, decât lestul unor legi rigide, inmutabile, cari reţineau gândul de a atinge orizonturi mai îndepărtate.

Am amintit cum constrângerile civilizaţiei moderne nu sunt făcute pe măsura fiinţei umane, producându-se prin aceasta neajunsuri pe cari medicina nu le-a putut prevedea. Dar chiar achiziţiile de mare utilitate ale medicinii sunt la început încă pline de taine. Cităm numai observaţia făcută de Nicolle, că aplicaţia serovaccinării ar duce la o slăbire a organizmului în apărarea sa contra tuberculozei. In orice cucerire nouă e o infirmitate pe care abia mai târziu o descoperim, când ea apare amplificată prin tot mai multe cazuri. Pretutindeni se află ascuns un păcat iniţial. E în medicină o lege curioasă, aceia că nu se câştigă nici o victorie în mod integral. Suntem vămuiţi în permanenţă.

In noul stil de gândire ştiinţifică găsim un spirit plin de precauţiune, pentru ca fenomenele din planul spiritual, când încearcă să se concretizeze în planul realizărilor concrete, aceasta să nu se facă cu deformări mari. E o operă de modelare a feţii viitorului după măsura în care se nasc noii lipsuri în domeniul medicinii. Viitoarele cuceriri sunt asimilate unui sens dinainte stabilit. Proecţia de lumină a determinismului ne va deschide perspective asupra viitorului, a căror amploare va fi după măsura nevoilor curente. Aceste perspective vor fi însă înfrânte de pâcla necunoscutului la o distanţă unde nu mai răsbate ecoul nevoilor cari au impresionat pelicula acestui nou spirit ştiinţific, pe care l'au dinamizat lipsurile curente.

Prin transpunerea datelor reale ale medicinei pe planul noilor sisteme de gândire ştiinţifică, se face o distanţare dela realitate, deplasare absolut necesară pentru a avea perspectiva dela care întotdeauna cuprindem viziunea veridică. Numai aşa medicina va fi cruţată de drumul rătăcirilor, a exagerărilor şi a ocolurilor. Lărgind perspectiva obtuză a spiritului medicinii de până acuma, se dă posibilitatea spiritului ştiinţific de a face avansări precaute din etapă în etapă, în întunecimea viitorului în care până acuma a răvăşit doar fantazia necontrolată. Determinismul e un sistem de gândire cu centrul de gravitate spre viitor. Fantezia făcea asupra viitorului numai enunţări în vid pe când determinismul le face în baza intimelor aderenţe pe cari le are cu neajunsurile şi împlinirile actuale cari se nasc din neîncetata schimbare a condiţiilor de viaţă. Determinismul nu e expresia unui spirit nomad, fiind organic legat de frământările, realizările şi lipsurile prezente. El sensibilizează spiritul omenesc nu numai pentru ceiace s'a realizat până acuma dar şi pentru lipsurile cari se nasc din poziţia omului faţă de condiţiile de viaţă actuală.

Nevoile de azi crează astfel un obiect de atins, ele sunt împinse spre împlinire. Pentru elaborările determinismului tot ce s'a creat şi tot ce'i lipsă constitue un ferment spiritual în opera de închegare a viitorului. Noul spirit ştiinţific chiar şi în baza neajunsurilor, nevoilor, ia o atitudine activă aşa că ele se valorifică în material de construcţie a viitorului.

In rezumat, determinismul stabileşte o contiguitate, o adeziune generatoare între prezent şi viitor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II.

Folklor Medical.

DESPRE UNELE „LEACURI BABEŞTI" DIN BUCOVINA ŞI ADANCUL LOR INŢELES TERAPEUTIC CONTRIBUŢIUNI LA FOLCLORUL MEDICAL ROMANESC.

de

D-r I. BRECHER

Medic oculist din Rădăuţi, Bucovina.

Lăudabila iniţiativă, pornită de către valoroasa revistă „Mişcarea Medicală Română" de a aduna „multiplele aspecte populare ale *specificului medical românesc*" este o întregire fericită a programului, ce şi-a impus această revistă sub conducerea valorosului ei director şi animator, D-l D-r Cânciulescu, de a oglindi toate înfăţişările medicinei româneşti în cadrul aportului important ce l-a putut aduce şi care îi este încă menit de a aduce întregei omeniri.

Digitized by Google

Urmând acestui îndemn, înţelegem însă, că această acţiune, care ar trebui luată în seamă de toţi colegii, nu urmăreşte *numai* şi numai alcătuirea unui bogat material statistic, care să fie de folos istoriei medicinei româneşti, cuprinzând nenumăratele „credinţe, metode, descântece populare, administrare de plante, şi felurite practice de tămăduire a boalelor", ci un scop *mult* mai *înalt* şi *util*, anume de a căuta să pătrundem cât mai adânc acel admirabil instinct popular de intuiţie medicală, care stă la baza acestor leacuri băbeşti şi care l-a făcut pe ţăranul român să născocească anumite metode de lecuire, cari, despuiate de coaja de misticism, cu care sunt învăluite uneori, dovedesc a conţine un real miez, un profund înţeles terapeutic, care nu este desminţit nici prin noile orientări ale terapiei.

Intr'adevăr că este impresionant acel amestec ideal de intuiţie şi empirism, ce caracterizează acele practici populare şi care a reuşit să se întrevază cu ani înainte anumite drumuri terapeutice, a căror esenţială şi reală acţiune farmacodinamică a putut fi clarificată abia prin cercetările din ultimul timp.

Călăuziţi de aceste considerente, credem util de a expune în cadrul răstrâns al acestei lucrări câteva aspecte ale medicinei populare, întâlnite de noi în regiunile Bucovinei în decursul atâtor ani de practică medicală şi mai mult încă în timpul anilor, ce i-am trăit într'un sat din regiunea Solca.

Insă trebue să mărturisim dinainte, că după ce am fost tentaţi ani de zile să râdem despre virtualitatea şi netemeinicia acestor „leacuri", am reuşit abia în ultimul timp să înţelegem sensul adevărat al acestor metode, văzând că conţin un nucleu de adevăr, confirmat prin noile cercetări din ultimul timp.

Astfel se obişnueşte aproape în fiecare sat, mai ales de către babele vechi, să se spele cu roua, proaspăt culeasă disdedimineaţă din receptaculul frunzilor ale diferitelor buruieni. Multe femei fac aceste spălături de ochi cu roua în mod regulat cu scop „preventiv", afirmând că astfel ochii rămân feriţi de diferite boli şi „răceli" în special ale pleoapelor şi genelor. In deosebi ar fi un remediu „sigur" contra „urciorilor" recidivante şi alte inflamaţiuni de acest gen. Desigur, că la început eram înclinaţi să primim cu un zâmbet de neîncredere această credulitate aparentă a boalelor, atribuind resultatele neîndoelnic de bune unor fenomene de autosugestie, etc.

Iată însă că recentele cercetări ale lui *Seel*, care a publicat o monografie foarte documentată şi cât mai complectă despre importanţa farmacodinamică a iodului, vin să confirme, că roua are o acţiune farmacodinamică adevărată din cauza conţinutului bogat în *iod activ*, ce întrece aici toate celelalte precipitaţiuni atmosferice. Intr'adevăr că *Ellenberg* a demonstrat că straturile atmosferei devin din ce în ce mai sărace în iod, cu cât sunt situate mai departe de suprafaţa pământului, adică cu cât precipitaţiunile provin din straturi mai înalte, cu atât conţin mai puţin iod. Prin urmare roua, care prezintă condensaţiunile apoase din straturile cele mai joase, va conţine cantităţi importante de iod.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe de altă parte noi ştim, că iodoterapia, mai ales sub forma dozelor mici, aproape infinitesimale a luat mai ales în ultimul timp un mare avânt, decând s'a impus mai ales prin metoda picăturei de iod, preconizată de *Bier*, şi care se bazează de fapt pe anumite concepţiuni împrumutate dela şcoala homeiopatică. Multe afecţiuni cronice beneficiază foarte mult de tratamentul prin iod, aplicat mai ales sub forma balneoterapică, unde iodul se află în stare mult mai activă, ionizată. Ori băile cu roua nu vor fi prin urmare altceva decât un fel de balneoterapie iodată, şi deaceea profitul acestor băi, în orice caz nenocive, va fi în orice caz mare. Iodul s'a dovedit a fi de o eficacitate extremă mai ales graţie afinităţii sale deosebite faţă de sistemul reticulo-endotelial care domineazâ mecanismul complicat de autoapărare a organismului şi în ultimul timp s'a preconizat mai ales administrarea *intrabucală* regulată a unor doze mici de iod, sub forma întrebuinţării unei paste de dinţi iodate denumită *Jodkalikiora*, şi care într'adevăr dă resultate foarte satisfăcătoare în anumite cazuri, cum este de exemplu în stomatologie, dar tot aşa şi în oftalmologie, cum am expus într'un articol recent, publicat în Cernăuţi Medical.

In consecinţă tocmai acele afecţiuni ale genelor, ce ţin de anumiţi factori diatezici, sau de anumite deficienţe a sistemului adenoidean, vor profita foarte mult prin acele doze infinetismale de iod activat, ionizat, conţinut în *roua*, care mai are şi avantajul mare că este cel puţin curată, aproape aseptică. Iată dar că geniul in-

tuitiv al ţăranului român a conceput o metodă de lecuire, care abia prin noile date ale ştiinţei a putut fi interpretat şi confirmat.

De multe ori am observat, că unii ţărani caută să vindece diateza *exudativă* a copiilor printr'o metodă foarte originală care aminteşte aproape de noile metode de *desensibilizare,* introduse în ultimul timp. Anume copilul respectiv se desbracă în piele goală şi se înfundă într'un sac cu făină de secară sau de grâu până aproape la gât, ţinându-l acolo câteva ceasuri. Acest procedeu se repetă de câteva ori, timpul de „baie" cu făină prelungindu-se din în ce mai mult. Mulţi ţărani mi-au asigurat, că astfel ei singuri şi copiii lor s'au vindecat în mod definitiv, nemai prezentând de atunci nici-un simptom de boală, de acest gen, sau cel puţin, fenomenele devenind mult mai atenuate.

Dacă ne gândim la noile concepţii de alergie şi de *autoanafilaxie,* cari explică patogenia diatezei exsudative, şi dacă ţinem seamă de metodele de desensibilizare preconizate la această boală, atunci putem întrezări într'adevăr în această lecuire prin baie cu făină o metodă de desensibilizare, antianafilactică foarte originală, cu deosebire numai, că aici se întrebuinţează pentru prima oară calea *percutană* pentru administrarea *alergenelor,* care în terapie clasică încă n'a fost încercată pentru acest scop. Cine ştie într'adevăr dacă această lecuire a ţăranului n'ar fi prilejul pentru iniţiativa, de a se încerca într'adevăr numai calea percutantă pentru terapia de desensibilizare şi imunizare, nu numai prin scarificaţii alle pielei, cum se obicinuieşte recent la astm şi la rinită vasomotorie, ci chiar numai în baza penetrabilităţii pielei prin anumite medicamente, tot aşa cum s'a încercat în ultimul timp cu terapia prin venin de albine, sau prin anumite substanţe antireumatice sau pentru afecţiuni pulmonare.

Tot aşa cum anumite fenomene anafilactice îşi iau punctul de plecare dela resorpţia percutantă şi nu *stomachală* a anafilactogenului, tot aşa ar trebui urmată poate şi *imunizarea* pe aceeaşă cale.

Asemenea cazul unui bolnav ne-a făcut să apreciem din nou acţiunea binefăcătoare a *arnicei,* uitată din regret de noua terapie. Se ştie doar, că în cazurile de *panoftalmie,* unde enucleaţia bulbului este contraindicată, trebue se recurgem la evisceraţia conţinutului bulbului, păstrându-se învelişul sclero-conjunctival. Ori aceste cazuri se caracterizează tocmai printr'o secreţiune foarte abundentă şi foarte prelungită, destul de tenace şi refractară măsurilor terapeutice. Cauza acestei secreţiuni este tocmai acest înveliş scleral, care formează un fel de *cloacă* septică şi care se combate abia prin irigaţii abundente şi prelungite şi după ce se produce o cicatrizare complectă. Or care era mirarea noastră, când un bolnav eviscerat ast fel, şi care a fost nevoit prin împrejurări de forţă, să plece acasă imediat după evisceraţie, fără să mai aştepte încetarea secreţiunei purulente, s'a prezentat după 6 zile cu bulbul frumos cicatrizat, cavitatea orbitară curată şi lipsită de orice secreţiune sau hiperemie Intrebat asupra felului, cum acest ţăran s'a vindecat acasă, mi-a mărturisit, că n'a pus altceva decât frunză de arnică, observând cu fiecare ceas, că ochiul îi se vindecă. Mărturisim că de atunci am început să credem din nou în utilitatea unei întrebuinţări mai largi a

tincturei de arnica în oftalmologie şi experienţele făcute în decurs de câţiva ani n'au înşelat într'adevăr aşteptările noastre. Azi abia am parvenit să apreciăm procedeul locuitorilor dela sat, cari la orice plagă sau absces îşi pun foi de arnică ca pansament, ce-l schimbă odată în 3—4 zile, şi care într'adevăr îi păzeşte de multe neplăceri.

Un procedeu oftalmologic, destul de înrădăcinat şi întâlnit aproape zilnic, este deasemenea de a-şi împroşca în ochi zahăr pisat, în cazuri de lacrămare sau în cazuri de roşeaţă, prin urmare acolo unde se manifestă o leziune corneană. Ori noi ştim, că de fapt un astfel de *„drenaj osmotic"* realizat prin introducerea unor substanţe hipertonice în ochi, este într'adevăr folositor şi ajută foarte avantajos la o activare a nutriţiunei corneene şi în consecinţă la o resorpţie mai rapidă a infiltraţiunilor corneene. Bineînţeles că aici nenocivitatea procedeului este câteodată compromisă prin faptul, că bolnavul respectiv nu ştie să-şi introducă zahărul în stare destul de bine pulverizată sau în stare destul de curată, ceeace bineînţeles va aduce cu sine anumite inconveniente.

Aş putea să mai înşirăm încă o sumedenie de procedee populare, care cu puţină atenţiune şi bunăvoinţă s'ar dovedi temeinice, dacă li se ia învelişul de misticism, care acoperă adeveratul lor scop terapeutic.

Insă cu acelaş prilej trebue să accentuăm că pe lângă aceste leacuri populare inofensive şi chiar mult folositoare există şi unele obiceiuri foarte periculoase, cari trebue combătute printr'o acţiune de luminare a maselor largi. Astfel se obicinuieşte a se face spălături la ochi cu urină în scop terapeutic, tot aşa cum se întrebuinţează urina şi la cele mai diverse boli. Astfel ne-a fost dat să vedem în ultimele trei săptămâni nu mai puţin decât trei cazuri de oftalmie purulentă la adulţi, produse prin spălăturile ochiului cu urină. O femeie, de 30 ani, cu o veche blenoragie, având o mică eroziune a corneei a fost îndrumată de vecina ei, să se lecuiască cu urina proprie, care îi va ajuta sigur. Aplicând dar la ochiu o compresă muiată în urină, ochiul s'a tumefiat în câteva ore, dând o oftalmie purulentă tipică.

Spre norocul ei s'a prezentat nouă imediat a doua zi şi prin mijloace energice am putut să o scăpăm fără compromiterea corneei. Un alt bolnav din regiunea Câmpulung, care şi-a ars ochiul destul de grav cu var, şi-a aplicat deasemenea comprese cu urina proprie, cu toate că ştia că suferă de câteva săptămâni de o blenoragie acută. Numai prin mijloace extrem de drastice şi după o muncă de peste două săptămâni, am reuşit să salvăm bolnavul, fără ca bulbul să ajungă la perforaţiune, cu toate leziunile corneene extrem de mari şi adânci.

In consecinţă trebue începută totodată o purificare adevărată a acestui folclor medical, debarasându-ne de „pleava" obiceiurilor periculoase şi lipsite de orice temeiu, şi păstrând numai acele datine şi metode de lecuire, care prezintă o valoare terapeutică cu un înţeles mult mai profund şi cari sunt adevărate *emanaţiuni* ale *spiritului de intuiţiune medicală, ce-l caracterizează pe ţăranul nostru.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CATEVA DESCANTECE ŞI TRATAMENTE POPULARE DIN NORDUL JUDETULUI TECUCI.

de

D-r TR. FOREANU

Rădăuţi

Lipsa de medic şi nevoile de tot felul, au silit pe locuitorii satelor noastre să recurgă la diferite mijloace în ceiace priveşte medicina; mijloace pe care practica în decursul timpului şi mai ales credinţa le-au confirmat uneori, aşa că şi astăzi încă se mai găsesc săteni cari până la ajutorul medicului să recurgă la vechile obiceiuri bătrâneşti, obiceiuri intrate în sângele lor şi care ca atare au o mai mare acreditare de cât medicul.

Reprezentanţii medicinei în aceste cazuri sunt mai totdeauna dintre femeile bătrâne sau moşnegi, dar mai ales dintre bătrâne. Tinerii nu se ocupă mai niciodată cu lecuirea, sau dacă o fac uneori, o fac numai în familiile lor sau la foarte buni prieteni.

Practicile medicale sunt întovărăşite aproape totdeauna de descântece însoţite de gesturi mari, care impresionează. De ordinar acel ce se ocupă cu medecina se mai ocupă şi cu alte lucruri, ca: făcutul de dragoste, de urât (după care bărbatul recte femeia să nu se mai poată însura sau mărita), făcutul ca omul să-şi părăsească casa, legarea bărbatului (impotenţa) turnându-i scăldătură de om mort în cale, scăldătură preparată cu mătrăgună „batjocorită" (mătrăgună pe care cineva şi-a făcut necesităţile) şi ca atare înfuriată, aducerea iubitului la iubită, în câteva ore, călare pe trestie repede ca vântul, vrăjitul fiind aşteptat cu un ceaun cu lapte cald, porţile fiindu-i larg deschise, iar din calea lui se înlătură tot ce ar putea să-l împiedice şi mai ales se dă mare atenţie ca nu cumva să-i iasă înainte o găină sau o mâţă neagră, căci atunci Doamne fereşte se poate întâmpla să crape românul.

Aşteptarea cu lapte dulce în atare caz poate avea două interpretări: sau el reprezintă un simbol al vieţii îmbelşugate şi dulci care îl aşteaptă la noua lui casă, sau un calmant pentru drumeţul obosit în urma unui drum atât de plin de peripeţii.

In sfârşit iau mana vitelor şi a câmpului etc., etc. In afară

de rolul de lecuitor şi vrăjitor, aceşti doctori ai satelor dau şi sfaturi folositoare pentru îngrijirea vitelor bolnave, înlăturarea grindinii şi orice alte nenorociri cari ar putea cade asupra omului.

Toate aceste fac ca sătenii să-l respecte şi mai ales să le fie teamă de el, frica şi respectul nu-i împiedică însă ca între ei să facă glume pe socoteala lui şi să-l compătimească crezându-l vândut necuratului. Această din urmă credinţă o are până la un punct şi lecuitorul, din care cauză nu este uşor să ajungi să le înveţi meşteşugul.

Sunt în această privinţă tăcuţi până la încăpăţânare şi numai datorită faptului că descântecele sunt şoptite cu voce relativ tare şi cu gesturi mari îţi face posibilă învăţarea lor. Motivul pentru care păstrează secretul este greu de precizat. Poate că teama ca împărtăşindu-şi şi altora secretul să-şi creieze concurenţi, micşorându-şi astfel câştigul. Pe de altă parte se poate ca frica lor să pornească şi dela credinţa că boala vine dela D-zeu şi ca atare eşti dator să o suporţi fără a o combate. Ori tocmai această fiind partea tristă a meseriei lor, nu vor să-şi mai încarce sufletul transmiţând şi altora putinţa de a face păcate.

Totuşi înainte de a muri, lecuitorul are grijă să-şi încredinţeze secretul ultimului născut din familie, căci astfel se crede că păcatul este mai mic.

In modul acesta obiceiul se perpetuă. Asemănarea între aceşti locuitori şi vrăjitorii popoarelor primitive este izbitoare, cu singura deosebire ca aceşti din urmă fac şi oficiul de preoţi.

In ce priveşte partea medicală, boalele sunt înglobate în câteva numiri generice şi pentru fiecare grup se potriveşte un anumit descântec şi un anumit leac. Astfel avem: 1) Deochiul, care cuprinde durerile de cap, toate bolile infecţioase care produc congestia feţii şi a mucoaselor, multe din bolile febrile şi durerile din partea superioară a corpului.

2) Orbalţul, care cuprinde migrene, durerile de ochi, etc.

3) Şuga, cuprinzând boalele aparatului respirator şi în special tuberculoza.

4) Chelbea, care cuprinde tricofeţia, favusul, pelada, etc.

5) Năjitul, care cuprinde diferite tulburări nervoase.

6) Strânsura, care cuprinde junghiurile şi toate durerile toracice.

Dau aici câteva descântece şi leacuri, aşa precum le-am învăţat din gura unei bătrâne Ilinca din satul meu natal, moartă acum şi care în timpul copilăriei mi-a adus adesea clipe de uşurare în bolile de care suferiam, tocmai fiindcă atunci încrederea mea în ea era nemărginită.

Deochiul. Această boală bântuie de ordinar printre copii şi oameni tineri până la aproximativ 20 ani.

Deocheatul are de obiceiu însuşiri excepţionale, iar boala îl cuprinde tocmai atunci când în vreo împrejurare oarecare îşi scoate în evidenţă aceste însuşiri. Deocheatului îi vine răul brusc la horă,

clacă, joacă, sau uneori chiar aşa din sănin. Cel ce deoache este în general un om socotit „Cu ochi răi".

El nu moşteneşte acest defect, ci îl dobândeşte în timpul înţărcatului, când mama sa din diferite motive a fost nevoită să-l întoarcă la ţâţă.

Cel întors la ţâţă se va face în general un copil zdravăn dar toată vieaţa va purta ponosul de a fi aducător de rău.

Norocul este că aceşti soiu de oameni se cunosc uşor dela distanţă şi poţi astfel să te fereşti de ei. Ei sunt de ordinar frumoşi bine crescuţi, cu faţa ovală, îmbujorată, ochii strălucitori, foarte activi şi foarte vorbăreţi.

Când treci pe lângă ei e bine să întorci capul într'o parte şi să scuipi de 3 ori şoptind „Răul ţe-se după tine" sau şi mai bine este să porţi totdeauna o funtă roşie la gât. Dacă totuşi se întâmplă să te îmbolnăveşti, atunci lecuitorul trebue chemat în grabă şi dacă se poate după masă, căci atunci el este curat de păcatele omeneşti din timpul nopţii şi în plus, fiind sătul este mulţumit. Odată sosit el are nevoe de apă neîncepută dela trei fântâni. Apa adusă să pune într'un vas, se amestecă bine, iar cu cleştele se iau 9 cărbuni, dintre cei mai bine aprinşi şi strălucitori din vatră. Cărbunii sunt puşi în timp ce se descântă în apa din vas, în aşa fel, ca la fiecare dată când se rosteşte descântecul, să se pună 3 cărbuni.

Descântecul repetându-se de 3 ori, este nevoe de 9 cărbuni.

Dacă aceşti cărbuni sfârâie mult deasupra apei, este semn că bolnavul este foarte deochiat. Dacă rămân la suprafaţa apei, boala nu e aşa de grea, în caz când cad la fund, boala este foarte gravă şi bolnavul trebue descântat de cel puţin 3 ori pe zi.

Iată descântecul care se pronunţă în aceste cazuri::

Pasăre albă cudalbă
Bine ştii bine ghiceşti
Ghiceşte-mi şi mie şi spune-mi
Cine a deochiat pe.....
Dacă l'a deochiat fata mare
Să-i crape ţâţele.
Dacă l-a deochiat flăcău
Să-i crape boaşele
Iar dacă l-a deochiat femeie măritată
Să-i curgă laptele
Să-i moară pruncul.

Iar tu pasăre ia boala şi o du pe pustiu hăulind şi croncănind şi năpoi să nu mai vie, iar (numele bolnavului) să rămâie curat, luminat ca Dumnezeu ce l-a lăsat şi ca măsa ce l-a făcut.

Terminând descântecul, locuitorul face de 3 ori cu ambele mâni, având degetele resfirate, nişte semne largi în forma de cerc, deasupra capului bolnavului, suflând asupra lui şi scuipându-l. Se dă apoi bolnavului să bea de 3 ori din apa în care a fost stinşi cărbunii. După cum se vede vindecarea când se întâmplă, nu se poate datori decât sugestiei.

Carbonul şi *bubele* de tot felul se descântă în modul următor:

Se ia o cârpă cât mai curată posibil, făcându-se din ia un tampon. Aceasta se aprinde şi se potriveşte aşa fel ca fumul pe

care-l răspândeşte să cadă direct pe bubă. In acest tmp se spune de 3 ori descântecul următor:

Purces-a Maica Domnului
Pe cale pe cărare
A făcut o masă mare.
Când, la un mijloc de cale

Şi a chemat toată râia, toată scârba şi toate bubele, numai pe buba cea rea n'a chemat'o, nici în seamă n'a băgato iar ea aşa s'a burzuluit şi s'a uscat ca rufa în gard şi petica să rămâie de leac. După aceasta se ia scrumul din vârful tamponului, se moaie cu scuipat, făcându-se o cocă cu care se unge buba.

Se crede că descântecul are succes dacă se face cât mai mult posibil la începutul afecţiunii. In acest descântec se invoacă ajutorul Maicii Domnului şi acest lucru l-am observat în multe din descântecele populare, mai ales în nordul Moldovei. Vindecările cu acest procedeu sunt datorite probabil evoluţiei normale ale afecţiei şi poate a puţinei căldură emanată de cârpa aprinsă. S'ar putea însă bolnavul să se aleagă cu infecţii secundare datorită microbilor din scuipatul cu care se face coca. *Râia* destul de frecventă la ţăranii noştrii se tratează în felul următor: Se ia o ceapă albă, grăsime de porc şi zgură de pe horn, în proporţii egale. Se amestecă bine într'un vas de lemn. Se adaugă apoi 2 linguriţe de sulfat de cupru mărunt pisat, amestecându-se bine lăsându-se apoi timp de o zi la căldură. După aceia se descântă bolnavul în 3 zile consecutive, ungându-se cu această pastă. După a 3-a zi, face o baie cu leşie de ştiuleţi de porumb, pentru curăţenie. Am văzut oarecari succese la aplicarea acestui tratament, dar am văzut şi o dermatită ulcerată, probabil din cauza sulfatului de cupru în cantitate prea mare. Bolnavul a fost internat în spital.

http://biblioteca-digitala.ro/ Biblioteca Universitara "Carol I"

Descântecul pronunţat este următorul:

Untură dela Ignat
Şi cu zgură de pe horn
De când râia a râiat
Ceapă albă din Bârlad
Desfaceţi puterile
Şi umpleţi ungherele
Paturile şi macaturile.

Succesele se datoresc probabil acţiunii desinfectante a leşiei de ciocălăi şi a sulfatului de cupru.

Dau acum o alifie întrebuinţată pentru combaterea afecţiunilor *dermatice ale capului* (tricofiţia, favus, impetigo, etc.).

Se iau părţi egale din: sămânţă de pepene verde, de bostan (dovleac) de cânepă, de meiu, de pepene galben (cantalup), de in, de castraveţi, fasole negre, fasole albe şi galbene şi alifie de iodoform. Se amestecă şi se pun înrt'o oală de spijă. Se adaugă 2 părţi usturoi, 2 părţi ceapă, 8 părţi coji de cireş verde şi cam a 3-a parte ceară de albine.

Se amestecă bine şi se pune oala cu gura în jos într'un vas de lut care are o gaură în fund. Acest vas la rândul lui se pune deasupra altui vas de spijă. Se lipesc bine mărginile vasului şi a oalei de spijă cu pământ galben şi tot complexul acesta se îngroapă în pământ. După un timp oarecare se scoate alifia şi se

întrebuinţează. Bine înţeles înainte de a le amesteca, toate seminţele se pisează bine şi se întrebuinţează la tratament substanţa care a căzut în oala din fund.

Succesul acestei alifii este uneori surprinzător.

Am avut câteva cazuri de tricofiţie cărora le recomandasem tratamentul radioterapic, fiind foarte rebele la celelalte tratamente. Intâmplător bolnavii fiind în imposibilitate de a-şi urma tratamentul prescris, s'au adresat unui bătrân care prepara această alifie şi în câteva zile au fost tămăduiţi.

Citind în ultimul timp un articol al D-lui Kahane despre lecuirea *plăgilor atone* cu miere de albine, mă gândesc la o ţărancă bătrână din satul meu care aplica acest tratament la toate plăgile posibile, cu succes destul de mulţumitor. Părerea D-lui Kahane este că acţiunea mierei se datoreşte vitaminilor conţinute în ea. Acest lucru s'ar putea spune şi pentru alifia dată mai sus şi în plus proprietăţilor sale emoliente, care unite cu proprietăţile antiseptice ale iodoformului ar explica succesul.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

GERMICID

Dr. Wander

combate Gripa, Pneumonia, Reumatismul muscular şi articular acut şi cronic.

Este un corp nou: un ortooxichinolin-sulfodimetilaminochinizin cu o acţiune puternică Bactericidă, Antireumatică şi Antipiretică.

GERMICID tablete: 6 tablete pe zi
GERMICID supositoare: 1—2 sup. pe zi
GERMICID pulvis: pentru receptură.

Mostre şi literatură serveşte la cerere
Dr. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice
Bucureşti VI, Str. Cazărmii 89.

III

Spitalul Filantropia Craiova
Serviciul Dermato Veneric

UN CAZ DE SIFILIS BINAR

de

D-r V. DRAGOESCU şi **D-r ANTON DOBRESCU**
Medic Primar — Medic la Asigurările Sociale

Sub numele de *sifilis binar, Tarnowki* desemnează o reinfecţie luetică la un heredo-sifilitic.

Redăm în cele ce urmează observaţia bolnavului nostru:

Bolnavul Ştefan M. C. de ani 21, din mediul rural, vine în serviciul Dermato-Veneric pe ziua de 27 Octombrie 1937 pentru jenă în deglutiţie ulceraţii comisurale, leziuni erozive pe scrotum şi penis şi cefalee.

Digitized by Google / Central University Library Cluj

Ant. her. şi **colaterale.** Tatăl mort în răsboi, Mama prin tifos exantematic. Mai are 2 fraţi sănătoşi aparent. Este cel mai mic dintre copii.

Ant. personale. Bolnavul pretinde că a fost sănătos până la vârstea de 13 ani când a simţit o jenă în mers iar în $1/3$ infero-externă a coapsei stângi, i-a apărut un proces supurativ şi pentru care a fost internat tot în acest serviciu. Cercetând la datele furnizate de bolnav, găsim că într'adevăr a mai fost internat dela 12 August — 19 Octombrie 1926 cu: sifilis hereditar tardiv, gomă a coapsei stângi în $1/3$ inferioară.

Spicuim din foaia de observaţie din acea vreme: ambii genunchi uşor tumefiaţi cu şoc rotulian (hidrartroză). In $1/3$ infero-externă a coapsei stângi un proces supurativ de alură cronică de mărimea unui ou mai mic, cu tegumentul arămiu violaceu, cu conţinut sfacelic. Tibia stângă în lamă de sabie, dureroasă la presiune. Reflexele rotulian şi achilian abolite de ambele părţi. Organele genitale nedesvoltate, testiculii atrofiaţi. R. Wass. în sânge +
Tratament: Neosalvarsan 2.70 gr., Cianur de mercur 20 injecţii, iodur de potasiu per os. La plecare procesul gomos cicatrizat.

Revine pentru continuarea tratamentului încă de 2 ori: dela 2 Mai — 31 Mai 1927 şi dela 3 Noembrie — 6 Decembrie 1927. De atunci dela vârstea de 14 ani până în prezent a mai făcut cu ocazia serviciului militar, la 21 ani numai, 2 serii cu cianur de mercur, datorită unui amic sanitar, iar nu nevoit căci dela cicatrizarea primului accident nu a mai remarcat absolut nimic.

Istoricul boalei actuale. Bolnavul susţine că acum vreo $3\frac{1}{2}$ luni a

observat pe prepuţiu şi gland o leziune uşor ulcerativă, gălbue, care a ajuns la dimensiunile unui bob de porumb şi care printr'un tratament local s'a vindecat. Nu poate preciza nici timpul incubaţiei acestei ulceraţiuni, raporturile sale fiind multiple, nici cât timp a pus această leziune ca să se vindece. Afirmă că numai după un răstimp de linişte, adică de sănătate aparentă, de o lună jumătate, i-a apărut pe scrotum şi pielea penisului câte o leziune erodată zemuindă, apoi o jenă în deglutiţie fapt care îl determină să intre în spital.

Starea prezentă. Bolnavul de constituţie robustă. Cutia craniană uşor boltită de partea dreaptă. Asimetrie facială; urechea dreaptă mai mare. Părul capului şi sprâncenele intacte. Dinţii normali bine implantaţi fără carie. Bolta palatină uşor înfundată în ogivă. Pe comisurile labiale şi ambele amigdale sifilide de tip mucos. Pe toată pielea gâtului coborând pe umeri dar mai ales spre spate se observă o frumoasă reţea pigmentară de leuco-melanodermie. Toracele bine desvoltat. Ganglionii cervicali, angulo-maxilari epitrocleeni măriţi. Ganglioni inguinali de amândouă părţile măriţi de volum, duri, separaţi nedureroşi, alunecă sub deget. Ambii testiculi coborâţi în scrotum şi bine desvoltaţi. Pe pielea penisului pe partea lui posterioară şi pe faţa anterioară a scrotului, cam la aceeaşi înălţime dupe penis, prezintă câte o leziune erodată, secretândă, acoperită în parte cu un strat alburiu, neinfiltrată de mărimea aproape a unor monede de un leu; cea de pe penis cu o pierdere de substanţă mai mare. Pe faţa externă a coapsei stângi în $1/3$ inferioară prezintă 2 cicatrice sidefii alăturate, una cam cât o veche monedă de 5 lei (rublă), alta cam cât 5 lei actuali (mai mică decât un leu) neaderente la os şi reprezentând urmele proceselor gomoase pentru care bolnavul a fost internat în serviciu acum 11 ani.

La examenul general visceral nimic anormal. Apetitul conservat, scaunele şi urinele normale. Reflexele oculare normale. Reflexele cutanate şi tendinoase păstrate afară de rotulian şi achilian care sunt abolite, B. Wass. +++.

Se administrează tratamentul obicinuit arseno-mercurial.

Din cele de mai sus rezultă că este vorba de un heredosifilitic care în afara distrofiilor constituţionale a prezentat la vârstea de 13 ani o recrudescenţă virulentă: gomă, şi care apoi a recăpătat un alt sifilis, actualmente fiind în plină septicemie treponemică (sifilide comisurale şi amigdaliene, leucomelanodermie, sifilide erozive pe penis şi scrotum şi R. Wass. intens pozitivă).

Cazurile de sifilis binar sunt rare.

Heredosifiliticul, sub influenţa timpului şi a tratamentului se poate vindeca. In acest mod imunitatea sa se atenuiază sau chiar dispare astfel în cât el mai poate contracta un nou sifilis. In materie de prognostic, părerile sunt împărţite.

Sifilisul binar ar avea după profesorul Tarnowki o evoluţie foarte gravă pe când pentru Gaucher, Rostaine, Gougerot, Queyrat şi Pinard hereditatea specifică ar atenua gravitatea sifilisului căpătat.

In ceace priveşte predispoziţia şi frequenţa accidentelor nervoase la aceşti bolnavi, Queyrat şi Pinard cred că ar fi condiţionate de un sifilis nervos al părinţilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 1.
Cicatricea gomei (Heredo-sifilis)

UN CAZ DE SIFILIS BINAR

de

V. DRĂGOESCU și A. DOBRESCU

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 2

Sifilide erozive (Sifilis dobândit)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul „Ion St. Grecescu"
T-Severin

ASUPRA DEPUNERILOR DE CALCAR IN TUBERCULOZA PULMONARĂ

de

D-r G. CRISTEA şi D-r A. PAUN

Depunerea de calcar în plămânul tuberculos nu este specifică, ci ţine de un proces general; ea se face la nivelul ţesuturilor atinse de degenerare celulară sau de transformare fibroasă; nu are semnificaţie de prognostic strict favorabil; trebue socotită ca un epifenomen survenit în variatele aspecte de evoluţie ale tuberculozei pulmonare.

Romanian Academy Library

Imaginea nodulilor multipli cu opacitate masivă presărând un câmp pulmonar aproape clar sau brăzdat de tracturi fibroase la indivizi examinaţi întâmplător sau pentru manifestaţiuni clinice aparte, constitue uneori o adevărată surpriză radiologică. De formă şi dimensiuni variabile, dela aceia a unui bob de orez până la aceia a unei alice de plumb, fără a determina semne clinice caracteristice şi având o lipsă de paralelism între semnele stetacustice şi film, ele evoluează deobicei insidios.

Se ştie că în tuberculoza pulmonară există o tendinţă naturală de stabilizare în intervalul acceselor progresive şi de multe ori leziunile fără a fi cicatrizate integral sau rezorbite încetinesc tendinţa lor extensivă vreme îndelungată; fără a se vindeca vre-odată lasă uneori purtătorului timp să moară la o vârstă înaintată de o altă afecţiune *).

Acest proces de regresiune a leziunilor foliculare îl constitue scleroza care mai exact ar putea fi denumită modalitate evolutivă. Noţiunea dublei tendinţe, cazeoasă şi fibroasă a tuberculului, este cla-

M. Cânciulescu: *Afecţiunile cordului în urma tuberculozei scleroase a plămânului.* — Memoriu premiat de Academia Română în sesiunea din Mai 1937. — «Mişcarea Medicală Română» No. 7—8 şi 9—10 | 1937.

sică. Ea se manifestă prin producţia urmată de eliminare a substanţei cazeoase, apoi formare de ţesut fibros ce invadează progresiv leziunile tuberculoase cari sufăr o degenerescenţă hyalină, iar fibrele collagene se topesc într'o substanţă anhistă, fără celule şi vase şi în acest ţesut rău hrănit începe infiltraţia calcară.

Totuşi, după cum afirmă şi Jaquerod, calcificarea nu e un fenomen constant şi nu reprezintă prin ea însăşi un proces de vindecare ci un factor contingent şi parţial, ce se adaugă sclerozei care în tot cazul nu e o adevărată condiţie de vindecare a leziunilor preexistente.

Aceste densificări calcare pot fi asociate cu localizări pleurale ce se caracterizează prin placarde opace ascunzând uneori leziuni parenchimatoase diverse. Câte odată se observă o coincidenţă a nodulilor calcari din lobii superiori pulmonari cu calcificări multiple extratoracice, în special fossa supra-claviculară şi regiunea cervicală (caz 3 din obs. noastră). Asupra acestor calcificări sincrhone a coloanei limfatice cervicale şi a vârfului pulmonar atrag atenţiunea Camponi şi Bolli, cari cred că aceşti ganglioni calcificaţi nu sunt decât etape de trecere ale bacilului introdus prin porţi de intrare banale — amigdale, carii dentare, leziuni cutanate, etc. — şi ajunge apoi în apexul pulmonar.

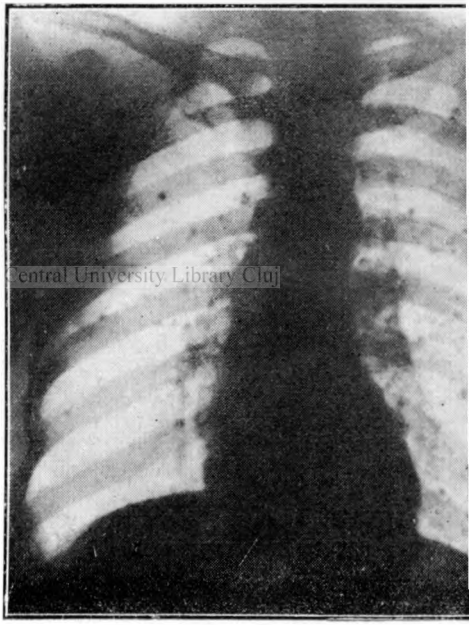
Dăm aci observaţiile noastre:

OBSERV. 1. — Fl. G., de ani 37, vine pentru dureri toracice în partea dreaptă, tuse fără expectoraţie, febră intermitentă, transpiraţii nocturne. Boala actuală datează de vr'o cinci ani cu perioade mari de remisiuni. Din antecedente nimic deosebit. BW. negativ. Baciloscopie negativă. La examenul clinic la dreapta şi îndărăt pe linia axilară respiraţie cu cu caracter obscur, uşor suflant şi raluri subcrepitante discrete, câteva frecături pleurale la bază. Examen radiografic. Prezenţa de numeroşi noduli foarte opaci pe întinderea ambilor câmpi pulmonari, mai mult la stânga, disseminaţi în cuprinsul reţelei de tracturi fibroase intercleidohilare.

OBSERV. 2. — M. Ion, de ani 27, acuză dureri toracice în stânga, tuse, cefalee, astenie generală, afebril, fenomenele evoluând insidios de vre-o 6 ani. Din antecedente reţinem febră tifoidă la 12 ani. BW. negativ. La examenul clinic făcut pentru că venise să se angajeze servitor la spital, se găsesc ganglioni supra claviculari în ambele părţi, raluri subcrepitante pe o întindere de trei laturi de deget la baza stângă. Examen rariografic-noduli calcificaţi de mărimea unui bob de orez diseminaţi în $^2/_3$ superioare a câmpului pulmonar stâng.

OBSERV. 3. — Pan. V., de 26 ani, se prezintă pentru junghiuri toracice şi astenie. Din antecedente heredo-colaterale semnalăm o soră moartă de tuberculoză pulmonară. La 10 ani a fost văzută pentru adenită cervicală bilaterală, s'a tratat cu raze U. V. şi nămol de Tekirghiol. Măritată, are un copil sănătos. B. W. negativ. In primăvara acestui an are un episod febril cu tuse ce o ţine la pat vre'o două luni. Astăzi are habitus bun, greutate constantă. In ambele regiuni cervicale şi supra claviculare se palpează ganglioni de mărimea unui bob de mazăre. Stetacustic-tuse isbucnitoare la vârful drept, raluri sub crepitante în regiunea supra spinoasă dreaptă. Examen radiografic. Aspectul de tip fibro-calcar hilo apexian cu noduli mici foarte opaci, aproape confluenţi, în regiunea apicală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



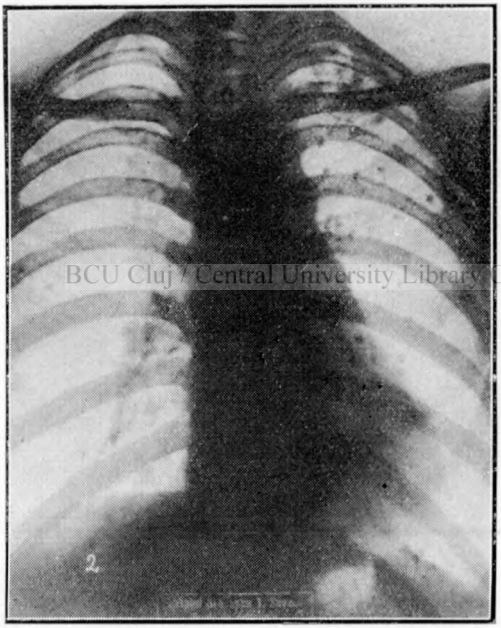
Obs. Nr 1.

PLANȘA I.

ASUPRA DEPUNERILOR DE CALCAR
IN TUBERCULOZA PULMONARĂ

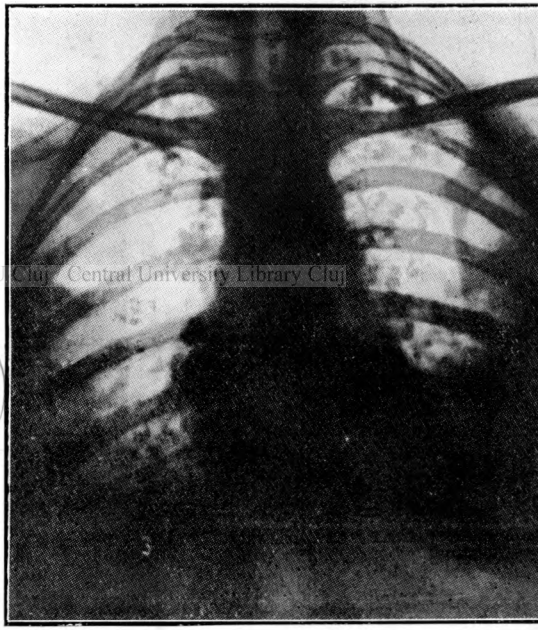
de

G. CRISTEA și A. PĂUN



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Obs. Nr. 2

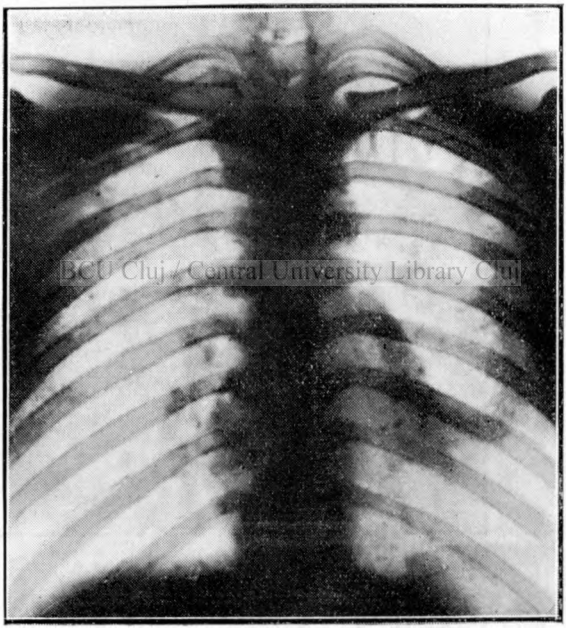


BCU Cluj / Central University Library Cluj

Biblioteca Universitatii Regele Ferdinand I. din Cluj
ROMANIA

Obs. Nr. 3.

PLANȘA II.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Obs. Nr. 4.

OBSERV. 4. — Pod. V., de ani 28, prezintă o stare clinică indicând impregnaţia bacilară în evoluţie — febră, tuse, transpiraţie, slăbire pronunţată, turburări gastro-intestinale, constipaţie. A fost văzut trei ani înurmă cu ocazia unui examen radiologic făcut în serie la mai mulţi, când s'a constatat prezenţa a numeroşi noduli calcari intrapulmonari, aceasta în discordanţă cu o stare de sănătate bună în aparenţă. De vre un an de zile bea foarte mult, pierde nopţile, începe febra cu simptomele de mai sus.

Examen radiografic: noduli calcificaţi foarte numeroşi de mărimea unui bob de orez în 2/3 superioare a ambilor câmpi pulmonari.

Simptomatologia în genere e frustă, atenuată şi în mod obişnuit semnele fizice sunt mai puţin nete ca în tuberculoza fibrocaseoasă comună, deoarece starea anatomică rezumându-se în condensare cu minimum de fenomene secretorii, sgomotele patologice sunt discrete, ca de ex. — raluri fine mobile şi sibilante, raluri subcrepitante, tusă variabilă cu sau fără spută, adesea emfizem compensator. Dispnea e în funcţie de întinderea leziunilor şi oboseala cordului ce poate provoca chiar o asistolie a cavităţilor drepte, dacă rigiditatea toracică e consecinţa calcifierei extinse şi pe învălişul pleural. Asemenea, dureri toracice uneori intense cu localizare precisă corespunzând proecţiunii nodulilor mai mari.

Evoluţia acestui proces e în general mai mult benignă decât curabilă, căci simptomatologia se poate schimba brusc prin accese evolutive grave-caseoase, granulice, localizări intestinale, etc. Formele localizate, cu noduli mai mari, de aspect omogen, au pronostic mai favorabil decât al acelor cu elemente mici diseminate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bolnavul din observaţia noastră 4 a beneficiat de o stare generală şi radiologică constantă — circa 4 ani, ca ulterior factori intercurenţi, determinând supra infecţiii endogene, să creeze noui focare evolutive.

Concluziunile asupra stadiului evolutiv în cazuri analoage nu pot fi decât extrem de prudente şi rezervate. Imaginile radiografice cu densificări calcare multiple nu pot fi interpretate numai decât ca o vindecare anatomică, ci mai mult ca un indiciu de stabilizare. Persistenţa germenului patogen, cu toate că „zidit viu" în nodulul caseo-fibro-calcar, nu permite afirmarea vindecării absolute, iar *calcificarea pulmonară în tuberculoză din punct de vedere patogenic nefiind specifică,* ci cazul unui proces mai general similar poate aceluiaşi din ateroame, chist de ovar, fibroame calcificate, etc., *o socotim mai mult o complicaţie în stare finală de degenerare cronică celulară,* trecută prin diverse faze. Mecanismul de producţie nefiind bine cunoscut, *considerăm calcificarea ca un epifenomen în variatele aspecte de evoluţie ale tuberculozei pulmonare.*

I. UN CAZ DE COMUNICAŢIE BRONCHO-BILIARĂ
II. ASUPRA SPLENOMEGALIILOR CU GASTRORAGII*)

de

D-r HENRIC LACK — Galaţi
Medic Secundar Spitalul Israelit
Medic al Casei de Asigurări Sociale.

Fistulele broncho-biliare, comunicaţiuni permanente sau temporare între canalele biliare şi bronchii sunt rare. Conexiunile anatomice, diafragm şi bazele pleuro-pulmonare pot explica mecanismul acestor afecţiuni.

Aproape totdeauna fistula broncho-biliară e o complicaţie mai mult sau mai puţin îndepărtată a litiazei biliare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In alte cazuri e vorba de chisturi hydatice sau de abcese ale ficatului deschise în bronchii.

Litiaza poate să lucreze în diferite moduri:

1. Prin distensiunea căilor biliare care se deschid în plămâni.
2. Provocând apariţia unui abces anghiocholitic al suprafeţei convexe a ficatului, apoi a unui abces interhepato diafragmatic, care se deschide în sfârşit în căile aeriene.
3. Sau provocând o cholecystită şi în acest caz comunicaţia se face indirect între veziculă şi plămân prin intermediul unui abces interhepato-diafragmatic.

Cazul nostru priveşte o femee de 53 ani, care ne este adusă în serviciu în Martie 1936 pentru dureri abdominale, nu prea violente, spontane şi provocate cu localizare în hypocondrul drept, stare subfebrilă şi pentru expectoraţiune abundentă mucopurulentă de culoare verzue.

Bolnava este de constituţiune picnică, cu ţăsutul grăsos mult desvoltat.

Antecedentele ei heredo-colaterale sunt antecedente artritice. Aré copii, Suferă de mai multă vreme de dureri în spate. Inainte de intrare în serviciu s'a făcut o radioscopie pulmonară, constatându-se o tumoră aproape rotundă deasupra diafragmului, de mărimea unui ou şi aproape de linia mediană.

---

*) Comunicare făcută la Cercul Medico-Farmaceutic al Asigurărilor Sociale la 20. III. 937

La intrarea în serviciu constatăm că bolnava este agitată din cauza unei tuse continue.

Ea expectorează fără întrerupere un lichid spumos de aspect muco-purulent şi de culoare verzue. La examenul microscopic al acestui lichid găsim: leucocite polinucleare intacte şi în stare de pichoză şi celule bronşice.

Urina nu prezintă nici glucoză nici alte elemente patologice. Ureea sanguină normală.

Ne gândim la posibilitatea unei comunicări care s'a efectuat între vezicula biliară şi bronchii, în urma unei vechi litiaze biliare.

Un examen cu lipiodol efectuat ne confirmă prezenţa unui traect fistulos care plecând din regiunea parahilară merge dealungul marginei interne a toracelui până la suprafaţa superioară a diafragmului unde se continuă cu ficatul.

Starea bolnavei fiind sub-mediocră: tuse rebelă, insomnie, imposibilitatea de a se alimenta, întreprindem terapia clasică: Uroformină intravenoasă, punga cu ghiaţă, etc.

In faţa rezultatelor nule ale tratamentului, înainte de a propune un tratament chirurgical am plecat dela ideia drenărei veziculei biliare pe calea ei naturală.

Am instituit deci un tubaj duodenal „a demeure" lăsând sonda lui Einhorn prima oară 8 ore, a 2-a oară 12 ore şi a 3-a oară 24 ore. In timpul cât se afla instalată sonda duodenală senzaţiile penibile şi tusea bolnavei au fost mult ameliorate, făcându-se eliminarea pe tub a circa jumătate din lichidul muco-purulent care se elimină prin gură. După scoaterea tubului fenomenele penibile descrise mai sus sau accentuat din nou, nu însă cu aceeaşi intensitate ca mai înainte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bolnava părăseşte spitalul incomplect vindecată. După trecere de câteva săptămâni aflăm că s'a făcut o vindecare complectă cu „restitutio ad integrum".

Importanţa cazului stă credem în faptul expectorărei de bilă, constituid un factor patognomonic al afecţiunei apoi *în încercarea făcută de a substitui drenajului chirurgical, drenajul* medical *prin sonda lui Einhorn.* Fără a putea afirma că în cazul nostru nu a putut fi vorba de o vindecare spontană, ni s'a părut totuşi că influenţa tubajului a fost evidentă cel puţin pentru timpul cât sonda s'a aflat „à demeure".

Acest fapt ar îndreptăţi că înainte de tratamentul chirurgical, care este destul de greu să se întreprindă un tratament cu tubul duodenal „à demeure".

BIBLIOGRAFIE

Freuch: Fistule broncho-biliare. Arch. of Surgery-Avril 1935. — *W. R. Haird, W. V. Wilkerson:* Bilio-bronchial fistula. Arch. of. Surgery 1925. — *A. O. & R. H. Loe:* Bilio-bronchial fistula. S. Clui. North-America 1930. — *E. W. Meredith:* Bilio-bronchial fistula. Tensylvania M. T. 33 — *P. Razeman, G. Bizard, H. Lambret:* Fistule-bronchi-biliare (Echo médical du Nord 36) — *Rezemon, Bizard, Lambret:* Les fistules broncho-biliaires consécutives à la lithiase. (Revue de chirurgie No. 7 I. VII. 935.—*M. G. Seelig, T. T. Suiger:* Bilio-bronchial fistula (Arch. Surgery July 1929).

II.

Cunoştiinţele clasice stabileau până nu de mult la originea hemoragiilor gastro-intestinale 3 cauze:

1. Ulcerul stomacului.
2. Cancerul stomacului.
3. Cirrozele hepatice.

Statisticele medicale şi chirurgicale nu făceau decât să confirme acest mod de a vedea.

Astfel o statistică a lui Bulmer (The Lancet 1927) pe 536 cazuri de hemoragii gastrice: pune 474, adică 89% pe seama ulcerului, 25 pe seama cirrozei, 7 pe seama cancerului şi numai 27 de cauze necunoscute.

Gutman dă următoarea proporţie la 100, asupra bolnavilor consultaţi la Salpetriere: 19% ulcere gastrice sau duodenale: 4% cancere: 1% sifilis gastric: mai mult de 40% gastrite neulceroase sau consecutive afecţiunilor sau leziunilor de vecinătate (apendicită cronică, cholecystita, perivisceritá etc.) 21% gastroragii de cauze absolut necunoscute.

In ultimii ani problema hemoragiilor gastro-intestinale se judecă sub o lumină nouă, în urma achiziţiunilor noui datorite gastroscopiei, gastrografiei, etc. In acest mod s'a ajuns în a se depista şi a se pune pe un prim plan splenomegaliile producătoare de gastroragii.

In special şcoala lui Abrami a acordat o deosebită importanţă problemei atât din punctul de vedere patogenic, cât şi din punctul de vedere terapeutic. Conexiunile splinei cu stomacul explică îndeajuns răsunetul afecţiunilor splenice asupra stomacului.

Cazul următor prezintând, cred, un aport însemnat în cazuistica acestui sindrom, am crezut util a-l publica:

Bolnava Nina Mălea, de ani 13, din comuna Reni, este adusă la spital pentru pierderi abundente de sânge roşu pe gură.

Intră în serviciu la 27 Decemvrie 1936.

Antecedentele heredo-colaterale: fără importanţă.

Antecedentele personale: în mica copilărie nimic mai deosebit de semnalat: a avut o desvoltare normală şi nici un fel de maladie infecto-contagioasă: nu este încă menstruată.

Debutul boalei e cu circa un an înainte, când ne spune că ar fi avut o boală febrilă cu frisoane, etichetată de medicul local drept malaria, întrucât i-ar fi găsit o splină mărită; în cursul anului care a trecut pacienta a fost însă relativ sănătoasă, putându-şi urma cursurile şcolare. De 3 săptămâni prezintă din nou frisoane cu febră, iar de 5 zile hemoragiile pentru cari intră în serviciu.

Stare prezentă: La prima luare de contact cu bolnava constatăm: o constituţie relativ bună, cu o intensă decolorare a mucoaselor şi conjonctivelor, dispnee şi oarecare diminuare a vederii.

După câteva ore de internare în spital bolnava are o hematemeză abundentă.

Dată fiind abundenţa hemoragiei se face imediat o transfuzie de 250 cm. dela o soră.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se întreprind apoi celelalte examene: Examenul somatic; Plămâni: nimic anormal; Cord: în limite normale; suflu anemic; Abdomenul dureros, durere spontană şi provocată; Ficatul: trece cu 2 centimetri de recordul costal, e dureros.

Splina: percutabilă pe linia axiliară dealungul ultimelor patru coaste: palpabilă la 4 degete sub rebordul costal: se percepe bine polul inferior care e mobil, ferm şi foarte dureros: bolnava nu este încă menstruată.

Micţiunea bună: diureza normală, examenul urinei, nu are albumină, nici glucoză, nici alte elemente anormale.

Scaunele diareeice, de culoarea drojdiei de cafea (melena). Reflexele toate normale. Cefalee uşoară. Kernig negativ.

Intelectul foarte bine păstrat.

Examenul sângelui: Hemoglobină, 40%; Hematii, 1.240.000 mmc. Formula leucocitară: Monocyte, 8%; Limfocite, 22%; Ecsinofile, 2%; Bazofile, —; Polinucleare neutrofile, 68%; Timpul de coagulare, 5 minute; Timpul de sângerare, 4 minute.

In picătură groasă (Schilling) şi cercetat în repetate rânduri în timpul creşterilor de temperatură, nu s'a găsit parazitul malariei.

Sero-diagnosticul Widal a dat un rezultat negativ.

Nu s'au găsit paraziţi intestinali în materiile fecale. Ureea în sânge 0.42‰.

Se administrează hemostaticele curente: Gelatină, Coagulen, Clauden, ser fiziologic, Calciu colorat intravenos, pungă cu ghiaţă pe abdomen.

31 Decembrie 1936: Splina trece cu 4 degete de recordul costal: a avut hematemeză. Se face a 2-a transfuzie de 160 cmc. sânge dela o soră.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. I. 1937: Uşoară hematemeză cu sânge rutilant şi coagulat, nu are scaune.

1. I. 937: Numai prezintă sângerări.

2. 1. 937: „ „ „

3. 1. 937: „ „ „

4. 1. 937: „ „ „ Starea generală mai bună; numărul globulelor roşii a crescut la 2.140.000 pe mmc.: hemoglobină 50%.

5. 1. 937: Melaena: se fac injecţiuni cu Chino-Calcium.

8. 1. 937: Se face o a 3-a transfuzie de 160 cmc.

Se administrează Acidol-pepsin: continuându-se tratamentul chininic.

14. 1. 937: Hematemeză abundentă care durează de 48 ore: se face o a IV-a transfuzie de 220 cmc.

Constatăm un fapt foarte important: că după fiecare hemoragie gastro-intestinală mai abundentă volumul splinei e în simţitoare scădere la mai mult de jumătate, pentru a-şi reveni după consumarea hemoragiei.

Persistă tot timpul o stare subfebrilă.

Dela această dată până la 26. 1. nu mai survine nici o hemoragie starea generală ameliorându-se progresiv, iar: Hemoglobina 55% şi hematii 2.220.000 pe mmc.

Se administrează injecţii subcutanate cu Inhepton-Merk.

La 26 Ianuarie 1937, se deslănţuie o abundentă hemoragie (hematemeză şi melenă) care nu poate fi oprită cu toate mijloacele uzuale: numărul globulelor roşii scade la 1.100.000. Facem o transfuzie largă de 350 grame sânge.

Constatăm că splina s'a retractat aproape complect sub rebordul costal.

Propunem splenectomia, ceeace familia refuză: Hemoragiile perzistă: numărul globulelor roşii ajunge la 900.000 pe mmc.

In zilele de 2 şi 3 Februarie se mai face câte o transfuzie de 400 cmc.

Splina continuă să fie retractată.

După insistenta cerere a familiei bolnava părăseşte spitalul fără să fi reuşit a-i impune splenectomia. După 2 săptămâni dela plecarea din spital a decedat.

Credem că ne am aflat aci în faţa unui caz de splenomegalie cu leziuni trombo-flebitice ale sistemului port, bazaţi pe următoarele fapte:

Nici un simptom de ciroză.

Nici un fel de antecedente gastrice.

Uşoară circulaţie colaterală de tip porto-cav.

Timpul de coagulare şi sângerare normal.

Dar simptomul cel mai important e constatarea reducerei subite şi însemnate a splenomegaliei.

In adevăr splina are aci rolul unui „burete" a unei supape de siguranţă. Trombo-flebita, fie a trunchiului venei splenice, fie chiar în interiorul splinei, formează un baraj, de care se lovesc vasele splenice: splina hipertrofiată, îşi păstrează încă toată supleţea, ea se turteşte a doua zi după hemoragie, pentru a-şi relua după câteva zile un volum neobişnuit. Trombo-flebita se poate localiza şi în altă parte decât pe splină sau vasele eferente: venele mezaraice pot participa şi ele la tromboză de unde posibilitatea infractului intestinal, care ar explica puseurile de enterită.

Şcoala lui Abrami merge mai departe susţinând: că anumite hemoragii gastro-duodenale a căror origine şi diagnostic etiologic rămân necunoscute după multiple cercetări atât clinice cât şi de laborator, pot fi de origină splenică.

Cazul nostru eşind din comun, aduce credem o contribuţie la problema splenogaliilor, cu gastroragii de natură trombo-flebitică probabilă.

BIBLIOGRAFIE

E. Chabrol: Hémathuries d'orgine splénique. — *E. Chabrol* et *M. Cachin:* Problèmes d'actualités méd. 3e. série 1934. Les lendemains de la splénectomie. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris 1934. — *E. Chambrol, Maximim* et *Porni:* Un cas d'hématémèse d'origine splénique. Heureux rèsultats de la splénectomie. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris 15. 1. 936.—*Gregoire* et *Weil:* Des gastrorragies au cours des splénomegalies croniques primitives. Presse Médicale, 23, 3, 929, — *Noel Fiessinger*: Les syndromes gastriques au cours des splénopathies. Journal des practiciens 11. 2. 929. — *Frugoni*: Les gastrorragies au cours de la splénomégalie trombo-phlébitique. Presse Médicale 9. 1. 929. — *Carnot*: Syndromes de stase et de congestion portales. Sur la stase portale. Lecons du Dimanche 3e série 1933. — *Chabrol:* Les hémorragies dites essentielles, dans leur relation avec la pathologie spléno-hépatique. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 16, 6, 932. — *Chevallier*: Les hémorragies des capillaires. Problèmes actuels de pathologie Med. 1934.—*Laignel Lavastine, Schwob, Gonilly* et *Bidon*: A propos de deux cas de splénomégalie primitive s'étant accompagnée d'hémorragies gastro-intestinales graves avec anémies. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris 23. 2. 934.—*Gregoire* et *Weil*: Les hémorragies itératives des splénomégaliques opérés. (Le sang. 1932 p. 81).

IV.

Congrese.

— Prima săptămână medicală internaţională —

(Salsomaggiore 29 August — 5 Septemvrie 1937)

Guvernul Fascist a organizat, între 29 August şi 5 Septemvrie a. c., — PRIMA SĂPTĂMÂNA MEDICALĂ INTERNAŢIONALĂ LA SALSOMAGGIORE, — în care s'a discutat problema denatalităţii şi a sterilităţii, una dintre cele mai principale preocupări ale vieţii contimporane. — Medici renumiţi din întreaga lume au răspuns la apelul Senatorului Prof. N. Pende — a cărui preocupare ştinţifică în legătură cu ameliorarea rasei umane este atât de apreciată şi cunoscută — şi s'au adunat în Congres pentru a analiza aceste probleme de ordin vital pentru toate naţiunile.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Au participat reprezentanţii medicinei din Anglia, Austria, Argentina, Egipt, Elveţia, Franţa, Germania, Jugoslavia, Polonia şi Ungaria, precum şi peste 500 medici italieni.

ROMÂNIA a fost reprezentată de către *D-l. Prof. C. Daniel,* Directorul Clinicei Ginecologice dela Spitalul Colţea (Bucureşti) însoţit de către D-l D-r Mircea Ionescu şi D-r Marius Dăncilă.

Congresul s'a inaugurat în splendidele saloane ale Termelor Berzieri, pavoazate cu drapelele ţărilor reprezentate, în prezenţa *Excelenţei Sale Paolo Thaon de Revel,* Ministerul de Finanţe, reprezentant al Guvernului Naţional şi sub preşidenţia *Profesorului N. Pende.*

După ce se deschide şedinţa prin *„Imnul Regal"* şi *„Giovinezza"*. *Excelenţa Sa Paolo Thaon de Revel,* în numele Guvernului, aduce salutul cordial şi cele mai sincere mulţumiri congresiştilor străini şi italieni, ce au răspuns în aşa de frumos număr la invitaţia Profesorului N. Pende.

Aminteşte printre altele cum acum aproape 100 de ani, în 1839, Doctorul Lorenzo Berzieri, în memoria căruia s'au numit Termele, cu mijloace primitive a început să aplice cu succes tratamente cu apele din Salsomaggiore. Arată apoi cum în ultimii 15 ani Regimul Fascist a disciplinat şi perfecţionat totul atât din punct de vedere curativ cât şi industrial.

Vorbeşte apoi D-l *Laurens,* Primarul din Salsomaggiore care salută pe congresişti în numele oraşului.

Au luat apoi cuvântul, precedați de către imnul națiunii respective, profesorii: *Aschner* (Austria), *Brugsch* (Germania), *Cawadias* (Anglia, *Martiny* (Franța), *Temesvàry* (Ungaria); aducând salutul țării lor și expresia admirației pentru Italia Fascistă și Ducele Ei.

In numele României a vorbit *D-l. Prof. C. Daniel*, care, reamintind legăturile științifice dintre Italia și România și aducând salutul țării noastre operii creiatoare a Italiei Mussoliniene a zis:

„Répondant avec empressement à l'aimable invitation de notre illustre Président M. le Prof. Sénateur. Pendé, — connu dans notre pays où il y a quelques années, il a fait retentir les murs de notre Faculté, j'ai consideré comme un devoir de prendre part à ce Congrès et de vous apporter un cordial salut de mon pays — à l'Italie par des affinités de race et une amitié traditionnelle.

Le peuple roumain et ses intellectuels n'on jamais oublié tout ce qu'ils doivent à l'Italie pour notre formation spirituelle et le soutien constant qu'elle nous à prété dans tous les moments difficiles de notre histoire.

Les médecins roumains particulierement se souvient avec reconnaissance des premiers débuts de la pénétration de l'influence médicale italienne dans nos Principautés d'il y a un siècle, par l'intermediaire des **roumains de la Macédoine**, qui prennent leur doctorat dans les universités italienes et rentrant dans le pays y apportaient l'infiltration de la civilisation italienne.

Plus tard, au milieu de siècle dernier, après la création de notre **Ecole Nationale de Medecine**, VICTOR EMANUEL, Roi de Sardegne, — à l'exemple de Napoléon III — autorisa nos élèves pourvus de 4 années de prendre le doctorat dans les facultés italiennes.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ainsi s'établissent dans la 2-ème moitié du siècle dernier des solides rélations intellectuelles italo-roumaines, qu'il serait heureux de resserer davantage.

En vous remerciant de l'honneur que vous avez fait à mon pays et à moi en m'invitant à vos travaux, permettez-moi de vous exprimer notre hommage de profonde admiration pour la médecine et les confrères italiens, pour la grandeur de votre magnifique pays dans son essor de civilisation et de paix et je forme des voeux pour votre grand Roi — Impereur et le grand Chef du Gouvernement et pour le brillant succès de la i-ère — Settimana Medica Internazionale.

*

Ia apoi cuvântul *Profesorul N. Pende*, care arată scopul organizării acestei „Săptămâni Medicale", zicând printre altele:

„Oameni de stat și sociologi, preoți ai religiei lui Christos și preoți ai științei, cari alină durerea omenească și luptă contra morții, se străduiesc astăzi în toate națiunile civilizate, pentru a studia mijloacele cele mai eficace de invingere a celei mai grave decadențe a popoarelor: denatalitatea.

Intre acești factori, pe cari noul Stat Italian creiat de către Benito Mussolini îl crede mai periculos este acel așa zis **femenin**, care — după cum spuneam de mult timp — ocupă un loc principal.

Factorul femenin, de micșorare a nașterilor, așa dar de decadență a **sentimentului matern**, în avantajul instinctului edonistic egoist: deci femininitatea maternă trecută în organismul fizic și psichic al femeii mamă, la un loc accesoriu în raport cu uriașa femininitate erotică, estetică și ambițioasă de plăceri. Copii deformează corpul, costă prea multe sacrificii,

atât de ordin psichologic cât şi economic, împiedecă aspiraţiunile feminine către plăcerile ce le oferă moda; apoi delirul modern al dansului, al sportului, voiajurile şi într'un cuvânt toate seducţiile vieţii moderne cari cer ca femeia să stea departe multe ore, sau chiar multe zile dela grijile casnice....

...Şi astfel se creiază acel procentaj de aproape 50% de cazuri de sterilitate conjugală, de a cărei cauză de cele mai multe ori e responsabilă, voluntar sau involuntar, femeia.

Trebue să adaugăm însă, că bărbatul constitue celalaltă 50% de responsabilitate, conştientă, voită sau de natură patologică.

Şi iată-ne în faţa problemei centrale, practice: prevenirea şi curarea.

Este problema pe care ne-am propus a o pune la ordinea zilei, cu asentimentul Guvernului, în această **Primă Săptămână Medicală**, ca o problemă de interes vital pentru toate naţiunile civile.

Şi am ales Salsomaggiore ca sediu al acestui Areopag internaţional pentru bătălia contra sterilităţii femenine şi masculine, deoarece e de netăgăduit că ştiinţa modernă vede în alteraţiunile glandelor endocrine legate cu glandele sexuale, sediul maladiilor cari predispun sau cari determină infecunditatea.

Şi e pe de altă parte de netăgăduit că apele din Salsomaggiore au asupra afecţiunilor inflamatorii şi cronice ale aparatului genital femenin şi chiar masculin, cât şi asupra glandelor endocrine, cum sunt ovarele şi tiroida, o acţiune binefăcătoare. Din această cauză în urma iniţiativei mele şi cu mijloacele furnizate de către Excelenţa Sa Paolo Thaon de Revel, Ministerul de Finanţe, a luat fiinţă aci la Salsomaggiore, un Centru de cercetări endocrinologie, gynecologice şi medicale, pentru studiul ştiinţific al acţiunii curelor din Salsomaggiore asupra aparatului endocrinian şi a organismului în general.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am speranţa că din această Reuniune ştiinţifică care reuneşte pentru prima oră în Italia cei mai iluştrii reprezentanţi mondiali ai ginecologiei, endocrinologiei şi a Clinicei Medicale contituţionaliste şi preventivă, va isvorî o nouă lumină care va servi de ghid medicilor şi Oamenilor de Stat pentru prevenirea şi cura sterilităţii femenine şi masculine.

Căci Ducele Fascismului, Benito Mussolini, căruia îi trimit un salut pe care îl cred nimerit a-l zice **colegial**, deoarece El e înadevăr un mare medic al Naţiunii italiene, vrea ca Italia să colaboreze cu celelalte naţiuni nu numai pe teren politic ci şi prin substituirea tot mai mult a mijloacelor de îmbunătăţire umană şi de ridicare socială, celor de distrugere şi de moarte ale popoarelor.

Doresc să ajungă salutul nostru devotat M. Sale Regelui Impărat, M. S. Reginei Impărătese, modelul ideal al tuturor mamelor italiene, şi Ducelui Italiei Mari şi reînoite".

*

După ceremonia inaugurală E. S. Paolo Thaon de Revel, însoţit de către Autorităţi şi congresişti vizitează Expoziţia de medicamente, Institutul Chimic şi Poggio Diana.

La ora 13, E. S. Ministerul de Finanţe oferă un dejun în saloanele Hotelului Porro, fiind invitaţi Profesorii străini reprezentanţi ai naţiunilor participante şi Autorităţilor oraşului.

* * *

Luni dimineața sub președenția *Prof. Seitz,* s'au început în spațioasa sală a Institutului Chimic, lucrările Congresului.

Ciclul conferințelor a fost deschis de către *Prof. Delore* dela Lyon care a tratat despre: — MEDICINA ȘI ȘTIINȚA OMULUI.

Incepe prin a defini ce este știința omului: „**Elle a en vue** — a zis oratorul — **l'homme complet, corps et esprit, elle a en vue l'homme sain et normal d'abord, le malade ensuite; elle a pour but la connaisance de cet être humain, la definition de ses besoins, de ses aptitudes, la détérmination de ses conditions rationelles et optima de sa vie; tout ceci pour permettre l'epanouissement integral et harmonieux de la personne humaine**". — Principalele aporturi ale medicinei la această știință sunt: 1) Studiul omului normal și al sănătății; 2) Biotipologia (care ne dă cunoașterea sintetică a organizmului); 3) Higiena (cunoscând necesitățile omului); 4) Medicina preventivă (prin examene sanitare periodice); 5) Medicina socială (cuprinzând eugenia, puieri-cultura, medicina școlară, orientarea profesională, medicina muncii); 6) Medicina curativă.

Prof. Delore expune apoi diversele metode ce ne-ar putea aduce un avantaj în acest scop: 1) analiza umană (specie biotipologică); 2) experiențe pe animale superioare („**l'esprit clinique doit garder la priorité sur l'esprit de laboratoire**"); 3) sinteze datorite lucrărilor unui centru de mari oameni de științe; 4) „**education**" („**il faut apprendre a l'individu comment vivre**", în raport cu higiena, medicina preventivă și socială, cari formează o problemă educativă și morală).

Oratorul conchide afirmând că prima dată să poate răspunde afirmativ la întrebarea dacă specia umană e susceptibilă la o înbunătățire. „**La science de l'homme est un signe majeur de l'époque qui vient** (și aci amintește contribuția biotipologiei italiene) **probablement annonciateur d'une nouvelle Renaissance.**

*

In cuvântul după conferință, *Gr. Uff. Rebucci,* președintele industriei hidro-termale din Italia, care printre altele spune:

„Ne imaginăm Prima Săptămână Medicală Internațională din Salsomaggiore, ca o catedră de interes social specific, deschisă la studioșii tuturor țărilor, la care catedră, sunt sigur că și Italia hidrologică își va aduce contribuția sa.

Medicii străini cari vor lua parte la acest congres și cari își vor asuma cunoștințe directe asupra organizației de aci, vor deveni cei mai buni propagandiști ai stațiunii noastre balneare, căci vor adeveri eficacacitatea apelor din Salsomaggiore în lupta contra sterilității masculine și femenine, asigurându-ne astfel un mai larg orizont al interesului internațional. Cuvintele lui Pende vor fi pentru ei și pentru medicii italieni, o originală afirmație a unei școli, a cărei teorii au trecut granițele țării noastre, cu rezultate tot mai largi și aplicații concrete tot mai binefăcătoare".

*

Urmează apoi proecția unui film sonor al secției cinematografice a Grupului Universitar Fascist din Roma, editat de către *Luce,* care reproduce o parte din activitatea Institutului de

Biotipologie, condus de către Prof. *Pende*: „SELECȚIONAREA SPORTIVILOR ȘI A VIITORILOR ALTEȚI".

Filmul clar și bine sonorizat, reproduce toate examinările ce se fac unor indivizi: dela cele mai simple (anamnează, măsuri, clasificații după tipuri morfologice) și ajunge la valorificări mai complecte, cum sunt examenul organelor și în special al sistemului vascular și pulmonar, cu adaptarea lor la sforțări, la schimbări de temperatură și presiune; cât și evaluarea reactivității psichice, vizuală și acustică.

*

După masă, sub Prețidenția D-lui Prof. *C. Daniei*, a vorbit Prof. *Temesvary Miklos* din Budapesta asupra: — „ENDOCRINOLOGIA GINECOLOGICĂ CU PRIVIRE ASUPRA AMENOREEI". Cu film demonstrativ).

Arată cum în literatura ginecologică din ultimele decenii nu există poate, o chestiune atât de amplu tratată, și atât de departe de a fi clarificată. Amintește despre corelațiunea hormonilor sexuali cu glandele organismului și în special cu ipofiza, de influența ce o poate avea o secrețiune insuficientă nu numai asupra sferei genitale, ci și asupra întregului organism. Insistă apoi — proectând și un film demonstrativ — asupra amenoreei și al tratamentului ei, pe care le clasifica în trei grupe: opoterapice, cu raze ultra-violete și termale. Se ocupă îndeosebi de tratamentul cu hormoni.

Inainte de a se sfârși ședința, Prof. *Morelli*, Prețedintele Asociației Medicilor din Italia, aduce congresiștilor salutul colegilor italieni.

*

In ședința de Marți dimineața, sub Prețidenția Prof. *Brugsch*, a vorbit D-r. *Cawadias* dela Londra, asupra: „PREVENȚIUNEA INSUFICIENȚELOR GONADALE LA ADOLESCENȚI".

„Trebue să ne îndepărtăm — a zis oratorul — dela concepțiunea ce localizează maladiile endocriniene, pentru a îmbrățișa concepția ruperei întregului complex al echilibrului psicho-neuro-endocrinian. Pentru a înțelege origina insuficiențelor gonadale, e necesar să plecăm dela studiul dezvoltărei ființei umane și a lua în considerare îndeosebi echilibrul neuro-psicho-endocrinian începând dela fazele pre-puberale, puberale cât și a complectei maturități sexuale".

Oratorul tratează apoi despre simptomatologia insuficienților gonadale, oprindu-se îndeosebi asupra unor stări capabile de a induce în eroare; simptome colecistice, apendiculare, ulcerative gastro-duodenale, etc.

Insfârșit, tratează despre prevenirea (bazată îndeosebi pe vizite periodice de control) insuficienților gonadale.

*

După Prof. *Cawadias* urmează Prof. *Pende*, care a proectat un film și a discutat asupra: — „ANOMALIILE DE DEZVOLTARE SEXUALĂ LA ADOLESCENȚI ȘI CURA PREVENTIVĂ A STERILITĂȚII MASCULINE ȘI FEMENINE".

Clasifică aceste insuficienţe în 5 grupuri patogenetice: 1) Grupul îndeosebi hipotiroidian; 2) Grupul îndeosebi hipopituitar; 3) Grupul cu mongolism; 4) Grupul hipogenital primitiv; 5 Grupul îndeosebi hipertimic.

Arată diferitele caractere ale fiecărui grup, proectând totodată o mulţime de diapozitive. E interesantă afirmaţia ce o face asupra mongolismului, pe care îl consideră în legătură cu diferitele alteraţiuni ale mucoasei uterine. Domnia-Sa a văzut diverşi mongolieni, concepţionaţi când mucoasa uterina a suferit alteraţiuni recente, ca inflamaţiuni, avorturi, raclajuri; de aci, posibilitatea, de sigur nu prea frecventă, a unui mongolism la copii concepţionaţi în asemenea condiţiuni ale mucoasei uterine.

Vorbind despre relaţiunea ce o are timusul cu sfera sexuală, afirmă că „timusul este portarul glandelor sexuale". Timusul regresând dă drumul liber pubertăţii. Indică apoi semnele caracteristice la aceşti hipertimici: limfocitoză pronunţată (până la 60%), diateză hemoragică pseudo-hemofilică, incertitudine în caracterele sexuale secundare, aspect pueril al feţei, etc.

Indică apoi terapia, — care după orator — nu trebue să se rezume numai la opoterapie, ci şi la dietă, educaţie fizică raţională şi îndeosebi Röntgenoterapie.

Conchide amintind interesul ce-l poartă Ducele şi autorizaţia de a fonda la Roma un mare Institut Ortogenetic.

*

După masă, Prof. *Gaifami* din Roma a vorbit despre: — LEZIUNI GINECOLOGICE PRE-PUBERALE ŞI PROFILAXIA STERILITĂŢII".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Expune toate cauzele, cari pot modifica evoluţia morfologică şi funcţională a organelor genitale ale femeii, cauze care duc la turburări ale funcţiunii sexuale până la sterilitate. Insistă îndeosebi asupra tuberculozei şi asupra diatezei limfatice exudative a copilăriei. Expune apoi toate remediile şi prevederile pentru a învinge aceste nefuncţionări grave, remedii şi mijloace ce pornesc dela alimentaţie, dela educaţia fizică sănătoasă, dela dezvoltarea tot mai mare a coloniilor de vară, dela propagarea tot mai mare a curelor hidro-termale şi dela aplicarea tot mai largă a unei higiene ginecologice sănătoase.

Insistă însfârşit asupra profilaxiei şi asupra terapeuticei turburărilor şi a leziunilor organelor genitale feminine, datorite infecţiunilor generalizate.

*

In şedinţa de Miercuri, prezidată de către englezul *Cawadias*, a vorbit Prof. *Vignes*, fiind prezentat de către Prof. *N. Pende*, care a evidenţiat meritele oratorului, arătând contribuţia ce a dat-o chestiunei hidro-minerale nu numai franceză, ci mondială.

Prof. *Vignes* a vorbit asupra: — TERAPEUTICA TERMO-MINERALĂ IN GINECOLOGIE".

Incepe prin a preciza principalele criterii ale terapiei termo-minerale în ginecologice.

Trece în revistă acţiunea diferitelor ape, fie de influenţă generală, cum sunt cele alcaline, calcaroase, feruginoase, carbonice; fie de acţiune locală cum sunt cele clorurate, sulfuroase, radioactive, cât şi nămolurile.

Conchide, expunând pe larg şi complect mecanismele de acţiune şi indicaţiunile, technica şi procedeele de cură; se opreşte îndeosebi asupra apelor cu acţiune locală, amintind unele dintre cele mai principale izvoare sulfuroase (insistând asupra absorbţiei sulfului, pe cale respiratorie) şi acţiunea acestui element clinic, nu numai în formele inflamatorii, ci şi asupra fibrelor musculare netede, (de aci indicaţia în prolapsuri uterine şi în forme de hipotonicitate musculară) arată apoi principalele surse radioactive şi clorurate, insistând îndeosebi asupra apelor din Salsomaggiore.

*

După conferinţă, Prof. *Vignes*, citeşte un mesagiu al Prof. *Forgue*, Decanul chirurgilor francezi, prin care îşi exprimă urările pentru reuşita lucrărilor congresului.

Urmează apoi conferinţa Prof. *Brugsch* dela Berlin asupra: — „INSUFICIENŢA OVARICĂ ŞI CONSTITUŢIUNEA".

Tratează despre factorii cari fac să devieze constituţia corporală a femeii către formele neutre sau masculine şi dintre aceşti factori pe cei exogeni (modul de viaţă, munca) şi endogeni (glande endocrine). Insă importanţa principală a acestui fapt, constă — după afirmaţiile oratorului — într'o micşorată producţie de hormoni sexuali, de unde rezultă amintitele deviaţiuni ale constituţiei corporale, cât şi turburările sexuale de natură fiziologică şi psichologică.

*

Joi dimineaţa, vorbeşte întâi Prof. *Seitz* din Frankfurt a) M.: — „ASUPRA TURBURĂRILOR ENDOCRINE LA FEMEIE ŞI TRATAMENTUL LOR PRIN CURE BALNEARE".

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

Subliniază raportul ce-l are aparatul sexual femenin cu întregul sistem endocrinian (amintind şi importanţa placentei, ca glandă cu secreţie internă). Rezultă deci necesitatea unei normale funcţionări a sistemului sexual.

Evidenţiază contribuţia ce o poate avea curele termale şi îndeosebi cele din Salsomaggiore, în menţinerea stărei normale fiziologice cât şi în corijarea stărilor patologice.

*

Urmează Prof. *Alfieri* din Milano, ce vorbeşte despre: — „MALADIILE GINECOLOGICE CURABILE LA SALSOMAGGIORE".

Insistă îndeosebi asupra acţiunei triplei asociaţii de elemente din apa Salso-bromo-iodică asupra aparatului sexual feminin: 1) Pentrucă reguleazâ circulaţia în bazin; 2) Pentrucă reactivează puterea de apărare şi mijloacele de respiraţie în procesele inflamatorii cronice sau cronicizate; 3) Deoarece normalizează funcţiunea ovariană.

In ce priveşte primul punct, se poate indica în cazurile de insuficienţă funcţională (hipo-ovarism, hipo-oligo şi amenoree), afară de formele asociate cu încetinirea circulaţiei pelviene, cu congestie pasivă (fibromiom): în aceste cazuri se uzează concentraţii şi temperaturi mici, tratament prelungit.

In ce priveşte reactivarea puterei de apărare, se înţelege importanţa de a se prescrie aceste ape în procesele inflamatorii, însă numai în cazurile deja stinse, deoarece aceste cure pot uneori să reaprindă procesul cu hi-

pertermie, pierderi leucoreice şi hematice, — prin împingerea până la extrem a acestei reacţiuni defensive.

In ce priveşte apoi acţiunea normalizatoare asupra funcţiunei ovariene, după cum susţinea autorul încă din 1923, pare a fi un mecanism mai complex, având ca intermediar glanda tiroidă.

Oratorul examinează apoi indicaţiunile acestor cure.

Indeosebi, apele sunt indicate în afecţiuni inflamatorii cronice şi cronice şi cronicizate, cât şi urmările lor, infiltrative şi exudative, aderenţiale şi cicatriţiale. In aceste forme, statisticile ne dau cifre destul de exacte: 25% de vindecări definitive; 60% ameliorări şi 15% cazuri staţionare; aceste rezultate variază îndeosebi în raport cu sediul de localizare şi cu caracterul anatomo-patologic al leziunilor. E de remarcat influenţa favorabilă a apelor în eczeme cronice, oedeme dure, elefantiază, eritem pruriginos pe bază néuro-artritică, vulvo-vaginite, (chiar şi gonococice), fluor albus. Sunt neînsemnate rezultatele în cervicite. Acţiune însemnată însă are în metrite parenchimatoase cronice (îndeosebi prin irigaţii calde cu „apă mamă"), ovaro-salpingite cronice, pelvi-peritonite, para-metrite exudative fibrinoase, cât şi aderenţe şi cicatrice rezultate din aceste procese.

E însemnat apoi aportul apelor din Salsomaggiore în turburările menstruaţiei; se calculează 15% de vindecări şi 65% de ameliorări, în hiper — şi polimenoree, în hipo — şi oligo-menoree cât şi în dismenoreele intercurente.

Oratorul aminteşte apoi cum nu puţine cazuri de sterilitate feminină sunt vindecate la Salsomaggiore: îndeosebi cele provenite din deficienţe şi alteraţiuni pre-hipofizo-tiro-ovariene, defecte de dezvoltare uterină, stări catarale ale mucoasei, stenoze şi flexiuni cervico-uterine, inflamaţiuni uşoare fără stenoze utero-anexiale.

Arată şi contra-indicaţiile: tumori maligne, stări cachectice. Deosebită grijă în sarcină, perioada menstruală, asociaţii de hipo şi hipertensiune, enterocolite, anemii accentuate.

Terminată expunerea detailată a subiectului său, cu o competinţă şi o experienţă de fost medic al termelor din Salsomaggiore, conchide amintind directivele administraţiei termelor din ultimii ani: 1) Finalitate etico-socială (Musolinianul „andare verso il popolo"); 2) Finalitate ştiinţifică (centru de studii experimentale şi proxima realizare a unui spital-laborator la Salsomaggiore); 3) Finalitate demografică (profilaxie, nu numai terapie; orice copilă trebue considerată ca o viitoare mamă — zice ALFIERI).

* * *

Vineri 3 Sept. au vorbit profesorii *Aschner* din Viena, *Martiny* din Paris şi *Cova* din Torino.

Primul a tratat: — „PROBLEME ACTUALE DE GINECOLOGIE ŞI TERAPIE CONSTITUŢIONALĂ".

Oratorul recunoaşte că actualul period de studii medicale din Italia, se caracterizează prin reîntoarcerea la sinteză, care e caracteristica logicului şi a umanitarismului. Vorbeşte despre menstruaţie, despre turburările şi terapeutica lor. Despre tratamentul miomilor uterini: de turburările climacteriului, cari sunt numeroase şi cari pornesc dela sindrome metabolice şi inflamatorii până la sindrome artritice, neurologice şi uneori chiar până la psichoză.

Al doilea a tratat despre: „SPECIFICITATEA BIOLOGICĂ".

Incepe prin a clarifica ceiace dânsul numeşte „specificitate biologică" şi descrie acea proprietate a substanţei vie care leagă acţiunea de stimulent. Numai o intensitate medie a unui stimulent poate să producă reacţiunea unităţii biologice; o intensitate mai mare poate să inhibeze reactivitatea sau chiar s'o distrugă. Arată prin exemple diferitele aplicaţii ale acestui principiu.

Oratorul vorbeşte apoi de factorul ereditar şi de mecanismul catalitic în excitaţia specifică, întâi fiziologic şi apoi patologic; stază, fermenţi, vitamine, anafilaxie, antigeni, anticorpi — asupra cărora insistă pe larg.

Demonstrează în sfârşit cum principiile medicinei neohipocratice se bazează pe aceste noi concepţii.

*

Profesorul *Cova* a expus apoi un subiect foarte la ordinea zilei: — „FEMEIA SPORTIVĂ ŞI FUNCŢIUNEA MATERNĂ".

Subliniază importanţa medicală şi socială pe care a luat'o chestiunea sportului femenin. Acesta e considerat ca o necesitate a vieţii moderne, îndeosebi pentru femeile silite la o viaţă sedentară.

Nu crede că oboseala fizică poate altera viaţa sexuală a femeii încât să-i suprime cele mai importante funcţiuni: cel mult în momentul cel mai delicat, pubertatea. Conchide afirmând că sportul moderat şi bine dirijat nu limitează ci favorizează fecunditatea, în timp ce excesele o alterează.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

Sâmbătă dimineaţa sub preşidenţia Profesorului *Brugsch* vorbeşte D-l. Prof. *C. Daniel* tratând despre: — „TERAPEUTICA STERILITĂŢII FEMENINE ŞI ACŢIUNEA FAVORABILĂ A APELOR ŞI A TRATAMENTELOR TERMALE".

Domnia-Sa a arătat că: Terapeutica sterilităţii femenine — care preocupă deosebit guvernul fascist în lupta admirabilă pentru perfecţionarea calitativă a naţiunii, — formează un capitol din gynecologia socială de actualitate mondială.

Greutatea în tratamentul sterilităţii constă mai ales în a găsi cauza şi sediul precis al obstacolului care împiedică fecunditatea, care obstacol poate fi întreţinut fie de o stare organică sau funcţională, fie de o afecţiune extra-genitală la distanţă, sau generală (turburări nutritive, stări consituţionale).

Graţie noilor procedee de exploraţiune, a progreselor fisiologiei simpatice şi endocrinologiei, — sub impulsiunea şcoalei italiene în frunte cu Pende, — tratamentul sterilităţii a intrat într'o fază ştiinţifică plină de viitor.

Hormonoterapia şi agenţii fizici convin în special cauzelor funcţionale; bioterapia (autohemoterapie, hemocrinoterapie, vitamine) în sterilitatea de origine generală.

In caz de insucces, chirurgia restauratrice şi mai ales grefele de ovar autoplastice sau heteroplastice, uni-sau poli-valente (Pende) deschid orizonturi noi.

Curele termale au o acţiune favorabilă prin mecanisme dificil de precizat şi staţiuni cu reputaţie mondială ca Salsomaggiore, cu apele sale termale iodico-sodice, au făcut să dispară adeseori sterilităţi rebele, zise „esenţiale", cari persistau de mai mulţi ani.

Expunerea D-lui Prof. *C. Daniel* a fost însoţit de numeroase planşe, aduse de la Clinica Ginecologică din Bucureşti, astfel încât s'a dat o deosebită amploare remarcabilei conferinţe, care a fost viu aplaudată de numeroasa asistenţă.

După conferinţă, D-l. Prof. *Brugsch*, Preşedintele şedinţei, aduce elogii Profesorului român, scoţând în evidenţă personalitatea sa ştiinţifică.

*

Ultima conferinţă e a Prof. *Acconci* dela Genova, ţinută la Cremona şi tratează: — „ASUPRA LEGILOR ŞI MĂSURILOR GUVERNULUI ITALIAN IN CAMPUL PREVENTIV AL STERILITĂŢII FEMENINE".

Incepe prin a afirma că stâlpul fundamentul al politicei demografice a Guvernului Fascist e instituţia familiară, căreia i se dau cele mai mari îngrijiri. Enumără toate prevederile de ordin politic, economic şi moral, realizate de regim fie pentru a mări impulsul demografic, fie pentru a diminua pierderile de vieţi în primii ani, demonstrând cum se apără fecunditatea femenină prin realizarea de mijloace de asistenţă preventivă şi curativă pentru combaterea maladiilor ce o pot submina.

Conchide relevând cum începând din copilărie se poate încerca salvarea aparatului genital femenin dela toate anomaliile de creştere, capabile de a duce la micşorarea sau abolirea fecundităţii, totul deci pentru a favoriza cât mai mult politica demografică a naţiunei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

Congresul dela Salsomaggiore a prezentat prin organizarea lui perfectă şi programul lui variat nu numai un interes ştiinţific ci a fost un prilej fericit de a cunoaşte ingeniozitatea spiritului italian, care răsare din toate realizările fasciste, precum şi o ocazie rară de a vizita cele mai pitoreşti regiuni ale Italiei Mussoliniene.

Din vizitele şi excursiunile, cari au avut loc, vom aminti numai că la PARMA, la banchetul dat în sălile castelului Torre-Chiara, D-l Prof. *C. Daniel aminteşte în toastul d-sale cum la Parma s'a născut Carol Davila, organizatorul Medicinei Româneşti,* arată legăturile ştiinţifice ce ne leagă de Italia şi subliniază că nu trebuie să se confunde politica ţării noastre cu sentimentele ce le au românii faţă de Italia Fascistă.

Iar, cu o deosebită satisfacţie şi mândrie au ascultat elogioasele cuvinte aduse reprezentantului ţării noastre, de către prof. Pende, ceiace demonstrează pe deplin atenţiunea ce s'a dat ştiinţei româneşti prin ilustrul nostru reprezentant. Nu voiu aminti decât partea unde remarcând înalta personalitate ştiinţifică a d-lui prof. Daniel şi conferinţa ce a ţinut, — prof. Pende zice:

„Nu ştiu ce să admir la d-l. Prof. *C. Daniel:* Inteligenţa lui sclipitoare şi cultura generală extraordinară, sau măestria lui chirurgicală în domeniul ginecologiei unde e maestru între maeştri căci ştie tot şi în toate e maestru. Intr'o singură oră d-l. prof. Daniel a străbătut întreaga patologie şi terapeutică a sterlităţii. A desbătut întreaga problemă extrem de interesantă şi de instructivă. Cu aceeaşi competinţă d-sa a vorbit de partea patologică cât şi de partea curativă atât din punct de vedere chirurgical cât şi din punct de vedere a terapiei hidro-minerale. E extrem de greu — a spus prof. Pende — să poţi indica o apă minerală ca mijloc de cură, în raport cu compoziţia ei chimică, dar d-l prof. Daniel prin competinţa sa ştiinţifică, a reuşit să claseze aceste ape potrivit indicaţiilor şi efectelor lor terapeutice".

D-r Marius Dăncilă.

* * *

Marele Consiliu al Asociaţiei generale a Medicilor

Bucureşti, 27-28 Noembrie 1937

In zilele de 27 şi 28 Noembrie s'a întrunit marele Consiliu al Asociaţiei Generale format din: foştii preşedinţi ai Asociaţiei, medicii parlamentari, membrii comitetului central, preşedinţii celor 71 filiale ale Asociaţiei şi câte un delegat ales din fiecare judeţ.

La şedinţa de deschidere au luat parte d-nii: Dr. *I. Costinescu,* ministrul sănătăţei, Dr. *P. Topa,* subsecretar de Stat la ministerul muncii, Prof. Dr. *Titu Gane,* secretar general al ministerului sănătăţei.

www.cimec.ro, Copyright Patrimoniul Cultural Național

Dintre foştii preşedinţi ai Asociaţiei generale a medicilor, au luat parte la şedinţele marelui consiliu profesorii d-ri *Iacobovici, Danielopol şi Mezincescu.*

Cuvântarea D-lui Profesor Dr. P. TOMESCU:

Asociaţia Generală a Medicilor în faţa marilor probleme actuale ale Sănătăţei publice şi ale profesiunei medicale.

D. Profesor Dr. P. Tomescu, deschizând desbaterile, arată importanţa acestei adunări reprezentative a medicilor din toată ţara, care cuprinde în sânul ei, delegaţi din fiecare judeţ, alături de foştii preşedinţi ai Asociaţiei, de medicii-parlamentari şi de actualii conducători ai Corpului medical.

Lucrările acestei adunări sunt cu atât mai utile, cu cât se desfăşoară în prezenţa d-lui ministru al Sănătăţii şi a principalilor săi colaboratori, cărora le adresează mulţumiri călduroase pentru tot ce au înfăptuit în domeniul sanitar şi urări de a continua opera începută, amplificând-o.

Intr'adevăr, în ultimii patru ani s'a lucrat pentru sănătatea publică într'un ritm rapid, aducându-se îmbunătăţiri însemnate instituţiilor de asistenţă publică şi croindu-se o mulţime de servicii noui.

Pentru a se ajunge la satisfacerea întreagă a nevoilor sanitare ale ţărei, este însă foarte mult de făcut.

Aceasta nu se poate, însă, realiza decât schimbând radical concepţiunea care stă la baza organizaţiei noastre de Stat, în care prevalează economicul asupra nevoilor imperioase ale unui popor şi ale unei ţări. Ceiace este recomandabil pentru viaţa particulară a unui individ, poate fi dezastruos pentru o ţară. Dacă este foarte prudent ca o persoană particulară să-şi întocmească proectul cheltuelilor după veniturile ce are, — o ţară nu poate aplica exact acelaş criteriu bugetar simplist şi practic.

Desvoltarea unei ţări trebuie privită în perspectiva de secole a viitorului, organizarea ei naţională trebuie făcută în această lumină nu în raport cu mijloacele materiale ale momentului. Deci trebuie să facem întâi, planul de reconstrucţie şi de desvoltare a ţărei şi apoi să găsim, cu orice preţ, mijloacele materiale.

Cu alte cuvinte, propunem să se facă, pentru sănătatea publică, exact ceiace s'a făcut pentru armament. Adică: Intâiu planul şi apoi să se găsească fondurile, câte vor trebui, fără să ne speriem de cifre.

Atunci când vom socoti apărarea sănătăţii publice ca una din obligaţiile fundamentale ale Statului şi când vom privi organizarea sanitară ca pe una din problemele fundamentale ale apărării naţionale, — totul se va schimba.

De aceia Asociaţia generală a medicilor, crede că îşi îndeplineşte o datorie imperioasă, luptând pentru lămurirea opiniei publice, în acest sens.

Problema pusă în discuţiunea adunărei de faţă, este medicina curativă în ţara noastră şi în urma desbaterilor, vom fixa punctul de vedere al Asociaţiei.

Am considerat util ca după ce se vor expune rapoartele D-lor Profesor Iacobovici şi Dr. Botez şi după ce delegaţii filialelor vor arăta punctul lor de vedere, să fixăm atitudinea Asociaţiei noastre asupra acestei probleme.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din studiul raportorilor şi din vasta experienţă colectivă pe care medicii o fac, lucrând pe teren, sperăm că vor reeşi formulele cele mai bune şi cele mai practice.

In orice caz, dela început trebuie să ne gândim că aproape un sfert din populaţia ţărei, este încadrată în Asigurările Sociale, şi în această direcţie, va trebui să îndreptăm eforturile noastre de organizare.

Mai ales astăzi când în fruntea Asigurărilor Sociale se află ca membru al Guvernului, d. dr. **Topa**, vice-preşedinte al Asociaţiei noastre, sperăm că se va putea realiza acolo, o mai bună organizare medicală.

Problema este însă, atât de mare şi interesantă, încât propun a fi desbătută într'un congres special.

In orice caz, putem arăta de pe acum, că este necesar ca Asigurările să-şi organizeze cadre fixe pentru medicii săi, bine selecţionaţi şi convennabil retribuţi. In afară de aceasta, chestiunea liberei elegeri a medicilor va trebui studiată cu toată obiectivitatea, pentru a vedea sub ce formă şi în ce măsură va putea fi introdusă în ţara noastră.

Pe lângă revendicări morale, corpul medical are şi revendicări materiale atât de legale şi de drepte, încât sperăm că ele vor fi satisfăcute în primul buget al Statului.

Este vorba de gradaţiile de vechime ale medicilor cari sunt reduse la jumătate: 12% în loc de 25%. De aceia, rugăm stăruitor pe d. ministru al Sănătăţii publice să binevoiască a utiliza toată autoritatea pe care o are în guvern, pentru a obţine sumele necesare gradaţiilor. In modul acesta se va

face un act de dreptate corpului medical care a înțeles întotdeauna, să pună munca sa devotată și competentă în serviciul țărei.

In legătură cu noua mișcare de educație morală și națională a străjeriei, care cultivă în acelaș timp sănătatea fizică, Asociația generală a medicilor ține să exprime întreaga sa adeziune și să declare că medicii vor pune în serviciul acestei instituțiuni tot devotamentul lor.

O altă problemă care preocupă corpul medical, este invaziunea unui număr excesiv de mare de străini, cu diplome străine, în profesiunea noastră.

In modul acesta, s'au produs prejudicii grave din punct de vedere sanitar, profesional și național.

Au venit medici nepregătiți cari pun în pericol sănătatea publică, au venit medici cari prin comportarea lor au compromis profesiunea medicală și prin origina lor, au lezat puternic sentimentele noastre naționale.

Este imperios necesar ca echivalarea diplomelor să fie supusă tuturor rigorilor legale, iar dacă legile vor fi insuficiente, cerem modificarea lor.

Dar pe lângă măsurile de viitor, este neapărat necesară o revizuire a echivalărilor acordate până în prezent, pentru a repara toate erorile trecutului și a elimina din profesiunea noastră pe toți aceia cari s'au introdus în mod fraudulos.

Elita intelectuală a țărei, în toate domeniile, trebuie să fie națională.

Poporul nostru, viguros și tânăr, de 15 milioane de oameni, are toate însușirile pentru a da această elită.

Cuvântarea D-lui Prof. Dr. IACOBOVICI:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Generalități asupra medicinei curative.

Intreaga noastră organizare medicală se resimte de concepția politică a statului nostru. România guvernată arbitrar secole dearândul n'a avut și nici nu s'a putut cristaliza o noțiune de stat, o noțiune de unitate. Cele două provincii românești în timp de peste trei secole au fost exploatate într'un mod sălbatec. România n'a putut avea prilejul de a cunoaște binefacerile unei munci colective pentru binele comun.

Fiecare individ, fiecare instituție a luptat cum a putut pentru a putea trăi.

Intemeetorii României de azi crescuți în spiritul revoluției franceze dela 1848, au dat Țărei o organizare caracterizată prin preponderența individului asupra colectivului, o jumătate de veac de practică electorală cu colegii restrânse a ridicat și mai mult rolul individului.

Rezultatele acestor concepțiuni și a acestei practici se evidențiază acum.

Cât timp interdependența indivizilor era mică efectul unitarului asupra totalului nu era atât de evidentă.

Azi când legăturile au devenit atât de intime, vechile concepțiuni nu se pot încadra în ritmul noii vieți. In țările cu vechi tradiții și cu o practică de stat unitar vechi s'a putut face o acomodare. In schimb în țările unde unitatea era de dată relativ recentă cum au fost Italia și Germania, ritmul nou al vieții a impus în mod violent o concepție unitară, care a fost o reacțiune de apărare în contra unei alte concepțiuni tot unitară, dar care instala la stăpânire în mod aparent clase muncitoare. Burghezia și capitalismul Germano-Italian mai bine organizat și învățat din experiența dezastrului capitalismului rus a reacționat violent și a dat un tip de organizare faraonică unde totul este subordonat unei divinități terestre.

Situaţiunea din ţara noastră este în aparenţă destul de bună. In fond însă excesiv de gravă. La noi nici una din clase nu este organizată. Opt zeci la sută din populaţie este complect amorfă. Organizaţiile noastre politice vechi duc încă regimul colegiilor restrânse. Noile înjghebări au luat dela cele vechi privilegiile conducerii şi dela ideile totalitare formele exterioare.

Statul nostru postbelic a renunţat complet şi la dreptul autorităţii şi la cel al controlului, singurele raţiuni ale existenţii sale.

Dacă ne menţinem într'un echilibru acceptabil, aceasta o datorim cuminţeniei excesive a acestui bun popor.

Nu mă interesează ce se petrece în celelalte domenii, mă limitez numai la medicină.

Se constată crearea de nenumărate instituţii de diferite forme după necesităţile personale ale fiecărui individ în parte.

Statul, abdicând la toate drepturile sale, fiecare instituţie sau individ a făcut ce a vrut.

S'a dezorganizat în primul loc învăţământul prin ignorarea completă a intereselor superioare ale ţării şi satisfacerea până la exces a ambiţiilor tuturor.

Partea practică a învăţământului este pe punctul de a dispărea prin crearea unui număr infinit de instituţii de asistenţă în timp ce clinicile facultăţii stau goale şi tolerate în vechile bolniţe.

Fiecare instituţie şi-a creiat serviciul său medical. De unde înaintea războiului nu erau decât două servicii medicale şi anume: cel civil şi cel militar, azi avem câteva sute; Banca Naţională, Poşta, Telefonul, Ministerele, Casa Magistraţilor, cea a Corpului Didactic, Căile Ferate, formidabila Dezorganizare a Asiguraţilor, Fabrica de Tutun, cea de Chibrituri, Prefectura de poliţie, Camera de Comerţ, etc.

La toate aceste instituţii medicii sunt recrutaţi după bunul plac al conducătorilor vremelnici. Dotarea instituţiilor se face după forţa pe care o prezintă cel numit. Şi atunci s'a produs fenomenul pe cât de surprinzător pe atât de interesant. In timp ce instituţiile de bază ale statului au ajuns la ultima expresie a mizeriei, instituţiile creiate în afara statului înnoată într'un lux nemaipomenit.

Rezultatul acestei anarhii este desfiinţarea practicei medicale, singura valabilă pentru îngrijirea bolnavilor şi imposibilitatea de a mai face un învăţământ medical.

S'ar putea obiecta că prin crearea acestor nenumărate instituţii de asistenţă statul a fost uşurat de obligaţiunile care ar fi trebuit să cadă în sarcina sa. Realitatea este însă alta. Toate aceste instituţii sunt întreţinute de stat, de colectivitate. Ele trăesc din drepturile regaliene pe care le conferă statul.

Şi în timp ce anarhia a ajuns la paroxism în capitală şi marele centre, în restul Ţării asistenţa medicală a fost redusă la cea mai simplă expresie.

Rezultatul final ale acestei concepţiuni sanitare este o creştere constantă a mortalităţii, creştere care n'ar avea importanţă, dacă n'ar fi concomitentă cu o scădere catastrofală a natalităţii.

Această ameninţare a existenţii statului nostru impune o nouă concepţie sanitară şi pentru realizarea acesteia se impune în mod imperios repunerea statului în drepturile sale în toate domeniile şi cu deosebire în cele care privesc sănătatea naţiunei.

D-l Prof. T. GANE insistă asupra postulatelor medicale pe care populaţia rurală, indiferentă, nu le reclamă; — asupra coordonării activităţii sanitare pe toate terenurile; — asupra necesităţii de a se înăspri condiţiile de echivalare a diplomelor străine, pe cari raţiuni multiple între cari de stat ne împiedecă a nu le recunoaşte, şi a examenului de liberă practică.

D-l Prof. D. DANIELOPOLU relevă antogonismul dintre medicina colectivă şi cea individuală; — denunţă pe netrebnicii din mijlocul corpului medical, dintre cari mai ales pe cei cu diplome false; aceştia ponegresc ţara în străinătate şi ei nu ştiu nici româneşte; — fiind dat nivelul înalt la cari a ajuns învăţământul medical în ţara românească, se declară pentru suprimarea diplomelor străine.

Mai iau cuvântul D-nii D-r P. TOPA, subsecretar de stat, care promite a reglementa partea medicală a aplicării asigurărilor sociale, Prof. C. Tătaru, D-rii V. Nicolaescu, C. Vidican, I. Gancevici şi la sfârşit D-l Ministru D-r I. COSTINESCU, care între altul spune că va înfiinţa maternităţi rurale, şcoale de moaşe, pe cari le va obliga a se înapoia în satul lor şi a le da prime dupe numărul copiilor asistenţi cari vor trăi.

RAPOARTE:

Raportul D-lui Dr. M. BOTEZ:

Organizarea Spitalelor.

D. dr. Mircea Botez spune în rezumat următoarele:

Problema organizării spitalelor şi în general a medicinei curative, — a spus d-sa — ridică o mulţime de chestiuni, unele de interes local, unele specific româneşti şi altele universale.

D-sa consideră că axa pe care trebue grefată toată problema este spitalul.

Este de părere că medicul primar director al spitalului judeţean, să fie de fapt conducătorul întregei medicini curative din judeţ şi că eforturile judeţene şi comunale să fie neapărat organe cu însărcinări administrative, în special în scop bugetar.

Pentru coordonarea tuturor activităţilor din provincie, este de părere să se creeze la centru un organism fix, o casă a sănătăţii din care să facă parte toate instituţiile care au în preocupări organizarea medicinei curative. Această instituţie pusă sub controlul direct al Ministerului, va fi organul însărcinat să organizeze şi să controleze toată medicina curativă din ţară.

Raportul D-lui Prof. Dr. IACOBOVICI:

Organizarea technică a serviciilor de specialitate.

Spitalele de specialitate sunt instituţiuni unde se pot da toate îngrijirile pe care ştiinţa medicală le posedă azi într'un anumit domeniu.

Oricare ar fi acest domeniu, rezultatele sunt totdeauna bune dacă conducătorul şi instituţia au tot ce le trebue ca pregătire şi dotare. Sunt specialităţi care prin natura lor sunt limitate, dar din punct de vedere ştiinţific şi din punct de vedere practic, sunt absolut necesare. Neuro-chirurgia este o specialitate din acest grup şi care pe fiecare zi îşi dovedeşte utilitatea şi pe fiecare zi realizează noui cuceriri ştiinţifice.

In stadiul unde se găseşte azi, ea nu se poate desvolta decât în centrele mari, unde se practică şi exploraţiunea clinică cea mai intensă şi unde se cunosc şi resursele acestei specialităţi. Acelaşi lucru este şi cu chirurgia maxilo-facială, ca şi alte specialităţi medicale cum ar fi chirurgia aparatului respirator, a celui urinar, etc.

In afară de aceste specialităţi cu un domeniu restrâns şi inexorabil pentru marile centre, avem celelalte specialităţi cu domenii foarte întinse şi unde insti-

tuţia de specializare nu este numai o necesitate ştiinţifică ci o inexorabilă necesitate socială.

Desvoltarea unor anumite specialităţi este deseori efectul unor anumitor situaţii sanitare. In Italia s'a desvoltat foarte mult ortopedia din cauza nenumăratelor deformaţiuni observate la copii. Se desvoltă alte specialităţi prin efectul unor anumite legiuiri. In Germania asigurarea lucrătorilor a impus crearea de servicii de ortopedie, de spitale şi sanatorii pentru tuberculoşi.

La noi sunt trei feluri de spitale de specialitate, cari trebuesc desvoltate şi anume:

1. Maternităţile;
2. Spitalele de contagioşi;
3. Spitale pentru bolile primei copilării.

Vin după aceasta marile specialităţi ca: spitalele de chirurgie generală, boli interne, spitale de venerice, de tuberculoşi, etc.

Spitalele de specialitate din primul grup trebuesc difuzate pe tot cuprinsul ţărei şi într'o proporţie cât mai mare.

Aceste spitale trebuesc complectate cu servicii sociale pentru recensarea cazurilor de sarcină, boală contagioasă şi a nouilor născuţi. In sarcina acestor instituţii va cădea cercetarea prenatală, naşterea în bune condiţii, îngrijiri post natale. Spitalul reprezintă pentru aceste specialităţi un centru spre care afluiază şi de unde pleacă toate măsurile pentru protecţia mamei, copilului şi combaterea boalelor contagioase. Aci se găsesc medici pregătiţi, ajutoare instruite şi mijloacele necesare de transport a personalului şi bonavilor.

Marile specialităţi pot fi centralizate în anumite puncte, unde densitatea populaţiei şi căile de comunicaţie le impun. Este o greşeală a subordona aşezarea spitalului celei administrative, care deseori este efectul unui eveniment istoric sau de altă natură. In Transilvania se poate vedea azi o situaţie curioasă. In adevăr, în această parte a ţărei, vechea administraţie ungurească a lăsat fără nici o grije medicală centrele curat româneşti, fapt care a fost semnalat pe vremuri de d. Iuliu Maniu în parlamentul unguresc. D. Maniu spunea că în părţile româneşti sunt în fiecare sat Jandarmi, dar ţinuturi întregi n'au nici un medic. Este curios şi dureros, că aceiaşi situaţie este şi azi. Toplita română centru de opt mii de locuitori nu a avut spital decât în ultimul timp. Mercurea Ciucului cu trei mii de locuitori are două servicii, unul de chirurgie şi unul de medicină.

Este pentru noi o datorie de a îndrepta o situaţie care nu mai poate dura şi anume crearea de centre de specialitate în regiunile curat româneşti şi nouile provincii.

Pentru a avea spitale de specialitate bune ne trebuesc oameni bine pregătiţi.

Pregătirea aceasta trebue să se facă la noi. Facultăţile noastre de medicină şi în special din Bucureşti este lipsită de clinici cari să poată prepara un personal suficient.

Trebue deci să avem clinici mari şi bine utilate pentru a prepara pe viitorii specialişti. Iată o primă condiţiune pentru a forma buni specialişti. Poate eu sunt impresionat de rezultatele obţinute la Cluj şi de imposibilităţile găsite în Capitală.

A doua condiţie este recrutarea bună a specialiştilor.

Pentru a forma un bun specialist acesta trebue să lucreze efectiv în specialitate. Secundariatul nostru şi asistenţa bine utilate sunt cele două mari surse din cari se recrutează specialiştii noştri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cred, că cel mai bun sistem de recrutare este tot sistemul actual. Nu fiindcă l'am susţinut şi introdus în legea din 1930 ci pentru splendidele rezultate ce a dat.

Aseară s'a susţinut la Asociaţia internilor un proect de corp technic medical unde se cere unui medic la fiecare pas un concurs. Cred, că acei cari au trecut concursuri şi cari cu o oareşicare experienţă, nu se mai pot întoarce la o practică, care a dus la desfiinţarea concursului şi la numirea medicilor prin influenţă politică.

Eu nu pot uita, când şeful meu de clinică s'a prezentat la Ministerul Sănătăţii şi a cerut un loc de chirurg. Ministerul l-a trimis la Popa Ciupercă, şeful organizaţiei din localitate, unde era vacanţa, ca să-şi dea asentimentul.

Rămân deci la sistemul de examen de capacitate ţinut sub garanţia Facultăţilor de Medicină — nu pentru că ar fi sistemul ideal, dar pentru că la noi a dat rezultate foarte bune.

Recomandarea prin facultăţile de medicină se practică în toată lumea şi este obligatoriu în Austria şi Germania.

Funcţionarea spitalelor de specialitate.

Am susţinut întotdeauna şi susţin şi acum autonomia spitalelor sub controlul tehnic şi administrativ a M. S.

Fiecare spital va avea bugetul său compus din:

1. Veniturile ce produce.
2. Sumele ce primeşte ca subvenţii.

Veniturile trebue să rămână spitalului care le produce. Este o stimulare şi o posibilitate pentru un om vrednic să-şi utilizeze instituţia, să-şi valorifice munca. Egalarea tuturor în mediocritate, descurajează pe cel bun şi nu ridică pe cel slab.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Controlul tehnic trebue făcut prin oameni competenţi de a judeca partea tehnică. Un control administrativ, cât mai des şi cât mai scrupulos se impune. Prin aceasta medicii buni, dar lipsiţi de o rutină administrativă sunt ajutaţi. Intreg personalul unui spital trebuie să fie sub directa autoritate a şefului serviciului. Prin unificarea internatului şi secundariatului se asigură posibilităţi pentru şefii buni de a avea un personal selecţionat.

Personalul de laborator este nevoie să fie definitivat.

Medicul trebue cointeresat instituţiei dându-i posibilitatea ca într'o anumită poate să-şi execute practica sa. Sistemul spitalului-sanatoriu profită mai puţin şefului de cât instituţiei. In schimb dă posibilitate medicului să-şi dea tot timpul instituţiei. Spitalele de specialităţi dintr'un centru sunt la dispoziţia tuturor. Este ruinător şi zadarnic a crea instituţii mici şi numeroase, cari satisfac ambiţiile unor vanitoşi, dar unde nu se poate stabili o metodă de tratament, unde nu sunt toate mijloacele de explorare ori terapeutică şi unde cercetarea ştiinţifică este imposibilă.

Pretutindeni uzina mare a luat locul atelierelor mici.

Nu am intrat în amănunte fiindcă acestea nu interesează.

Susţin de câţiva ani aceste principii şi faptul că acolo unde s'au înfăptuit au dat rezultate bune, mă îndreptăţesc să le susţin şi acum.

La **DISCUŢIA RAPOARTELOR** au luat parte D-nii D-ri **Procopiu**-Giurgiu, **Eliescu**-Bacău, **Popescu**-Tighina, **S. Irimescu**-Bucureşti, **Iliescu**-T.-Severin, **Popovici**-Timişoara, **H. Makelarie**-C.-Lung, **T. Copăceanu**-Slatina, **I. Simionescu**-T.-Măgurele,

Inspector Stochiță-Sibiu, Alexandrescu Dersca-București, Cucu-Arad, Kitulescu-Slatina, Prof. C. Tătaru-Cluj, E. Andronescu-București, E. Crișan-Făgăraș, Gancevici-Iași, Ranetti-Târgoviște, Gh. Alexandrescu-Galați, A. Ionescu-București, N. Romanescu-București, Col. D-r Marinide-Târgoviște, Popescu-Tulcea, Hortopan-Oradea, Titu Cureleanu-București, Nicolaescu, Docent I. Vasiliu, C. Dănulescu.

Redăm **Expunerea d-lui D-r P. COPĂCEANU**, Medic primar al Spit. Slatina-Olt, care atacă chestiuni multiple:

Am impresia că toate legislațiile noi în materie sanitară, au adus mai mult rău decât bine și au turburat bunul mers din'nainte. Legile sanitare nu trebuesc făcute dela catedră sau inspirate după cele străine. Legile noastre sanitare trebue să se inspire dela realitățile dela noi și să fie în acord cu mijloacele noastre financiare.

Știm cu toții că starea sănătății poporului nostru este foarte rea. Dar pentru îmbunătățirea ei nu sunt deajuns factori medicali, ci este nevoe și de alți factori. Trebue ridicată starea economică a poporului. Nu s'a interesat nimeni în mod serios de hrana și locuința țăranului. Anul acesta am văzut în județul Olt, precum și în părțile apropiate ale județelor vecine, valuri de pelagroși. Oricât de multe pelagrozerii vom face, tot nu vom ajunge să stârpim pelagra. Aș vrea să văd și eu apărând odată guvernul sau ministrul acela care eftinând viața, va face ca zahărul, acest prețios aliment, să intre în consumația zilnică a săracului și ca în fiecare casă de țăran, după cum există o ulcică cu sare, să existe și pachețelul de zahăr.

Ameliorarea condițiunilor economice fiind însă un lucru foarte greu, se poate veni în ajutorul sănătății poporului, în două moduri:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

a) Prin propaganda sanitară;

b) Prin punerea în stare de bună funcționare a tuturor instituțiilor sanitare ale statului, cu deosebire a spitalelor.

O bună propagandă sanitară va face să se cunoască cum se capătă boalele și cum să ne ferim de ele, căci țăranul tuberculos intră în cabinetul medicului și scuipă pe jos, apoi șterge cu piciorul. Așa face și acasă.

Punerea în stare de funcționare a spitalelor înseamnă să punem la îndemâna săracului un tratament gratuit sau eftin, dar gratuitatea sau eftinătatea tratamentului trebue să fie reală, adevărată și eficace, nu o parodie ca azi. Căci nu raritatea medicilor e cauza prostului tratament, ci scumpetea medicamentelor și lipsa unei asistențe sociale sincere.

Trebue ameliorată hrana bolnavilor în spitale, cu alocația de hrană de azi nu putem administra nici măcar un regim științific diverselor categorii de bolnavi. Trebue să avem grijă de încălzitul sălilor, să nu ne fugă bolnavii de frig. Să se completeze instrumentarul cu toate cele necesare, ca să putem lucra în bune condițiuni. Și în sfârșit, să fim aprovizionați cu toate medicamentele trebuincioase.

După cum în timpul războiului mondial, ministrul francez Thomas nu înceta să strige la orice ocazie: tunuri, munițiuni, — tot așa și eu azi strig: medicamente, medicamente. Nu mai putem azi lucra ca odinioară. Therapia s'a îmbogățit cu medicamente de reală valoare, cu vitamine și cu opotherapie. Dați-ni-le și nouă!

S'a zis aci că spitalele mixte trebuesc desființate. Este o greșală! Aceste spitale au funcționat în mod excelent în trecut. Ele sunt încă necesare în țara noastră, cu deosebire în unele părți. Că le vom zice infirmerii sau posturi de prim ajutor cum vrea D-l D-r Botez, ele tot spitale mixte vor rămâne de fapt. Să le

transformăm în spitale cu secţii, numai în oraşe, sau numai acolo unde numărul mare de bolnavi o cere, dar acolo unde numărul acestora e mic, înseamnă să încărcăm în mod inutil budgetul statului cu posturi de medici şi funcţionari.

In privinţa spitalelor din capitalele de judeţ, s'a susţinut să le completăm cu toate secţiile şi cu toate specialităţile. Foarte bine, dar să facem o diferenţă. Nu toate capitalele de judeţ sunt oraşe mari şi capitala nu atrage în mod absolut toată clientela medicală. In oraşele mari putem face spitale cu secţii multe, dar oraşele mici nu au clientelă pentru multe secţii. Să dau un exemplu. In un oraş capitală de judeţ, cu populaţie de 10.000 locuitori, se plănueşte înfiinţarea de secţii: medicală, de puericultură, de tuberculoză, de boli contagioase. Ei bine, în acest oraş, de abia poate să trăiască, pe lângă secţia chirurgicală şi cea radiologică, o secţie medicală care internează: un număr redus de bolnavi de boli interne, câteva prostituate şi bolile contagioase. Dacă am diviza această secţie în două sau în trei, înseamnă să creem una sau două secţii inutile. Ce vor face medicii fără bolnavi?

A zis cineva, să facă statul şi cafenele pentru medicii neocupaţi! Să nu uităm că în afară de epidemii, pavilioanele de contagioşi rămân aproape întotdeauna goale. In oraşele mari este însă altceva, aceste secţii au clientelă abondentă şi pot coexista.

Dacă nu simţim nevoe în oraşele mici de secţiile de mai sus, nu pot trece cu vederea că avem nevoe de adevăratele specialităţi. Dela Timişoara şi până la Bucureşti, nu ştiu dacă există un radiolog oficial care să facă şi radioterapie. Nu există un specialist în oto-rhino-laringologie şi mi se pare nici în oftalmologie (afară de Craiova).

A spus eri tot D-l D-r Botez, să desfiinţăm secţiile de sanatoriu dela spitale, căci diferenţierea bolnavilor în categorii ar crea neajunsuri de ordin social. Eu din contră, cred că asemenea secţiuni trebuesc încurajate, căci un om mai cu stare căutându-se la spital, constitue un exemplu pentru cei de jos, care unii au groază de spital. Iar pe dealtă parte, ar însemna ca pe bolnavii mai bogaţi, să-i îndreptăm noi înşi-ne spre sanatoriile particulare.

In privinţa bolnavilor contagioşi dela sate, după experienţa mea cred că e bine să fie internaţi pe cât se poate în dispensariile şi infirmeriile locale. Depărtarea prea mare de locuinţă apasă greu sufletul bolnavului, iar familia care are grijă de el, sufere adevărata tortură, neavând ştiri. Am văzut sărmani ţărani care dela 50—60 kilometri înfruntau gerul şi viscolul, cu durerea în suflet, voind să afle ceva de copilaşii lor bolnavi de scarlatină şi internaţi în spitalul din oraşul îndepărtat.

S'a vorbit mereu de recrutarea medicilor, dacă e bun concursul pe locuri sau dacă e bun examenul de capacitate actual. Ba s'a emis şi ideia ca medicii să fie recomandaţi de către facultăţile de medicină. In privinţa aceasta, să ne ferească Dumnezeu de recomandări. Ştim noi cum s'au făcut numirile de asistenţi universitari. Unii au fost destinaţi să fie asistenţi de când s'au născut. Aş fi pentru examenul pe locuri, căci prea s'a înmulţit numărul de medici primari, prea a ajuns oricine medic primar. Iar dacă se menţine examenul actual de capacitate, acesta să se facă numai la câţiva ani odată, căci, de unde atâtea locuri disponibile în fiecare an?

Un coleg a vorbit înaintea mea despre medicii secundari şi a arătat neajunsurile acestei categorii de medici. Un concurs care într'adevăr e greu, leafă mică şi stagiu scurt de 4 ani. Eu cred că s'a exagerat copiindu-se la Ministerul

Sănătății secundariatul dela Spitalele Eforiei. Acolo este altceva. Medici secundari prin concurs. Statul poate să și-i recruteze în centrele universitare și în spitalele mari, dar în micile spitale, ce rost are un medic secundar prin concurs? Aci cred că ar putea rămâne sistemul vechiu, prin recomandări.

O chestiune foarte importantă pentru bunul mers al spitalului este chestiunea Directorului. Care medic are dreptul să fie director? Până în prezent a fost în floare politicianismul. Am văzut în multe spitale numiți Medici-Directori, medici tineri abia eșiți depe băncile facultății, iar medici bătrâni, care au câte 4—5 gradații, care au petrecut multă vreme în acea instituție și care și-au legat sufletul de ea, lăsați la o parte. Ori care ar fi modalitatea legală de a se ajunge Director, ea trebue să rămână **cu adevărat legală!** La acest loc, să se dea întâetate medicilor mai bătrâni, indiferent de media lor dela concurs sau altceva. Să ne învățăm și noi să respectăm pe colegii noștri mai în vârstă ca să domniască mai multă dragoste și armonie în rândurile noastre!

Închiderea desbaterilor.

D. prof. dr. **P. Tomescu**, președintele Asociației, încheind desbaterile congresului, aduce mulțumiri călduroase raportorilor și tuturor delegaților, cari prin expunerile făcute au adus contribuția lor competentă în discuții.

Chestiunea medicinei curative — spune d-sa — asupra căreia s'au prezentat multe păreri interesante, neputând fi complect și definitiv rezolvată prin discuțiunile urmate, propune ca desbaterile congresului să se trimeată tuturor filialelor, cari întrunindu-se să-și fixeze opinia asupra punctelor esențiale.

Comitetul central va coordona răspunsurile filialelor și va fixa atitudinea Asociației.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O altă serie de chestiuni discutate în consiliu, au ajuns la concluziuni unitare, care s'au sintetizat în următoarele moțiuni pe care congresul le adoptă în unanimitate:

Moțiunea asupra gradațiilor medicilor.

Marele consiliu al Asociației, roagă stăruitor pe D-l ministru al sănătății publice să binevoiască a acorda tuturor medicilor gradațiile legale de 25%, în locul procentului nedrept de 12%, cum se achită în prezent.

Moțiune asupra organizărei spitalelor.

Asociația generală a medicilor discutând în consiliul format din reprezentanții tuturor județelor, chestiunea organizării spitalelor, a decis următoarele:

1. Deoarece în organizarea și dotarea spitalelor s'au făcut progrese importante, în ultimii ani, Asociația aduce omagiile sale, Ministerului sănătății publice.

Cum însă spitalele au încă lipsuri importante, rugăm autoritățile să ia măsurile necesare pentru complectarea și desăvârșirea operei începute.

2. Pentru a asigura o mai bună desvoltare instituțiilor de asistență medicală, marele consiliu roagă ministerul să acorde tuturor spitalelor mari, autonomia bugetară complectă.

Pentru a stimula inițiativele și energiile locale, cerem ca veniturile realizate de spitale să servească la ameliorarea lor, cheltuelile făcându-se cu toate formele legale și sub cel mai riguros control din partea autorităților superioare.

3. Față de dispozițiunile recente cari obligă personalul medical și auxiliar, care locuește în spital, să plătească din modestul lor salariu, chirie, Asociația cere să acorde absolută gratuitate pentru locuința funcționarilor sanitari din spitale.

Moţiune cu privire la echivalarea diplomelor.

Asociaţia generală a medicilor constatând că în ultimii ani au fost admişi în profesiunea medicală un mare număr de străini, cu diplome străine, cere stăruitor tuturor autorităţilor competente să supună echivalarea diplomelor la toate rigorile legilor.

Dacă legile existente sunt insuficiente pentru a opri invaziunea periculoasă a străinilor în medicina românească, Asociaţia generală a medicilor cere modificarea legilor, mergându-se până la suprimarea echivalărilor.

Deoarece mare parte din medicii străini cari au obţinut dreptul de liberă practică după războiu, pun în pericol sănătatea publică prin nepregătirea lor şi compromit profesiunea medicală prin comportarea lor, Asociaţia generală a medicilor cere să se procedeze, cât mai grabnic, la o revizuire generală a tuturor diplomelor echivalate dela 1920 până în prezent.

M. M. R.

* * *

După primul Congres general al Asociaţiei Internilor şi foştilor Interni de Spitale

Bucureşti, 24—26 Noembrie 1937

de

Docent D-r I. BAZGAN

Iată că, după 77 ani de existenţă a Instituţiei Internatului în ţara Românească, are loc primul congres în ZILELE DE 24,25 ŞI 26 NOEMBRIE 1937.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Carol Davila, spirit superior şi clar văzător, este acel care transplantează Internatul din Franţa în Spitalele Eforiei şi tot el este acel care, în calitate de Inspector General sanitar, semnează în ziua de I MAI 1860, — ZIUA DE NAŞTERE, am putea spune, A INTERNATULUI LA NOI, - tabela cu numele primilor Interni prin concurs şi repartiţia lor la Spitale, după cum urmează:

Petrescu Zaharia, Severeanu C. (Demetrescu), Radu Aristide, Măldărăscu Niculae la Spitalul Colţea; *Alexandru Teodoru, Bruteanu Ion* la Spitalul de Copii; *Grecescu D.* şi *Vlădescu Vasile* la Spitalul Filantropia; *Economu G.* şi *Nicolescu Ion,* supleanţi la Spitalul Colţea.

Din această primă serie de Interni prin concurs, parte s'au dedicat ştiinţei, au fost trimişi în străinătate pentru studii de completare, şi generaţiei mai în vârstă şi chiar generaţiei noastre, i-a fost dat să audă, sau să cunoască numele şi persoana lui *Petrescu Zaharia, Severeanu Constantin, Măldărăscu Niculae, Grecescu D.,* cari au ilustrat primele catedre ale Facultăţei de Medicină.

De aceste nume se leagă începutul învăţământului medical superior la noi, şi faţă de ele trebue să avem tot respectul postum.

In anul 1862, ia naştere externatul ca o necesitate de a selecţiona şi pregăti pe viitorii candidaţi la concursul de Internat.

In decursul anilor dela 1860 până astăzi, au trecut prin Internat serii de tineri studenţi, aproximativ 927 de Interni în Spitalele Eforiei.

La 1881, văzându-se rezultatul excelent ce dă internatul în pregătirea studenţilor pentru a deveni buni medici practicieni, „Aşezămintele Brâncoveneşti" introduce regulamentul de concurs, şi dă în decursul anilor până în prezent 250 de Interni. Intre timp, s'a introdus concursul de internat şi la Spiridonia din Iaşi; asupra rezultatelor căruia, îmi lipsesc date mai precise.

Urmărind pe scurt EVOLUŢIA INTERNATULUI în ţara românească, se constată:

A. Prima Epocă dela 1860 până la 1918, în care concursul de internat s'a ţinut în mod regulat, scoţând anual un număr restrâns de interni, cari în viitor şi-au valorificat calităţile şi cunoştinţele căpătate în viaţa de internat şi în raport cu cerinţele timpului.

O închegare a Internilor în asociaţie se încearcă în 1906 cu D-rul *N. Demetriade,* dar are o durată efemeră.

B. Dela 1918 până astăzi este EPOCA DE ORGANIZARE A INSTITUŢIEI INTERNATULUI.

PLACA COMEMORATIVĂ A INTERNILOR MORŢI PENTRU PATRIE, aşezată la Intrarea Spitalului Colţea, arată că războiul mondial a răspuns un număr de 19 interni. Internii prin concurs reîntorşi, au căutat să-şi reia drepturile câştigate prin muncă şi au fost mult stingheriţi de profitorii cari le ocupaseră locurile. Numai o reacţie faţă de Eforie, din partea Internilor prin concurs, i-a pus în drepturile lor. Totodată s'a simţit nevoia să se pună bazele „ASOCIAŢIEI INTERNILOR DE SPITALE". D-rul *Th. Saragea,* iniţiatorul, obţine aprobarea dela „Der Militärpolizeimeister bei der Keiserlichen Kommandatur", la Bucureşti 14 Octombrie 1918. Eram încă sub ocupaţia germană, — şi iată hârtia adresată „Asociaţiei" de către Comandatura Germană:

An den.

VEREIN „INTERNILOR DE SPITALE".

Bulev. Elisabeta No. 5.

Die beabrichtige Grundung eines Vereines der „INTERNEN", der hiesigen Krankenhäuser wird hiermit polizeilich genehmigt.

Einzelne Versammlungen und Zusammenkünfte müssen Fall zu Fall angemeldet werden.

Der Militär. Polizeimeister
Volkmann
Major und III Kommandant.

La iniţiativa D-lui Intern *Saragea Th.,* care este şi *Primul Preşedinte al Asociaţiei,* se asociază Domnii Interni: *Cociaş Eugen, Ciocâlteu V., Stoichiţă N., Tomescu P., Turcu C., Carniol Ar., Dumitrescu Sylviu, Ciulei Alex., Ghimuş D.* şi *Schiller Alex.,* constituind *Comitetul membrilor fondatori,* şi semnează actul constitutiv, iar restul de 96 Interni în funcţiune, devin membri activi.

Se întocmesc STATUTELE „ASOCIAŢIEI" şi se fixează sediul în Spitalul Colţea. Şedinţa inaugurală are loc la 19 Februarie 1919,

BCU Iaşi / Central University Library Iaşi

la care ia parte tot ce are lumea medicală mai select, în frunte cu Domnii Efori şi conducătorii Instituţiilor şi autorităţilor cât şi Interni în număr mare.

Cu cât trecu timpul, se simţi nevoia ca această mână restrânsă de studenţi selecţionaţi, prin concurs, să strângă cât mai mult rândurile, pentru a deveni o putere mai mare. Astfel, D-rul *Hristu* Preşedintele „Asociaţiei" din anul 1921-1922, depune o muncă încordată şi scoate primul BULETIN AL „ASOCIAŢIEI", „INTERNUL ŞI SPITALELE DIN BUCUREŞTI". Acest anuar oglindeşte istoricul Internatului la noi în ţară.

In 1923, Preşedinte fiind D-rul *Emil Constantinescu*, se desveleşte Placa comemorativă a Internilor morţi în război.

In 1925, apare cel de al 2-lea BULETIN, *Preşedinte fiind D-rul I. Bazgan*. In cuvântul introductiv al acestui Buletin, îmi spuneam părerea de ce a fost Internatul, ce era Asociaţia în acel timp, şi ce doream să devină Asociaţia în viitor.

Având sprijinul material al Ministerului Instrucţiei, D-r *C. Angelescu*, al Secretarului General dela Ministerul Sănătăţei, Prof. D-r. *Gane*, al Băncei Naţionale, D-l. *Oscar Kiriacescu*, cât şi al Eforiei, am putut aduna suma de 185.000 lei cu care am înfiinţat BIBLIOTECA INTERNILOR şi CERCUL DE REFERATE, având numeroase tratate medicale şi făcând 40 de abonamente la Reviste străine.

Pentru consolidarea Asociaţiei, am modificat Statutele şi am obţinut la Tribunalul Ilfov, titlul de „PERSOANA JURIDICA", PE DATA DE 15 IANUARIE 1925.

Digitized by Google / Central University Library Cluj

Succesorul meu la preşedenţie D-l. D-r. *D. Hagiescu* îşi înţelege cu prisosinţă rolul şi cu multă fidelitate continuă munca, făcând să apară în mod conştiincios buletinul pe anul 1926, care într'un volum de 130 pagini, redă conferinţele ţinute la Asociaţie şi activitatea din decursul anului.

Iată *„Asociaţia Internilor"* aşezată pe baze solide, continuându-şi activitatea sub conducerea Preşedinţilor ei activi, cari, până în anul din urmă au activat prin conferinţe, şedinţe ştiinţifice, etc.

Valoarea internatului în educarea şi cultivarea studenţilor medicinişti, cât şi pregătirea lor pentru a şti să asculte suferinţele bolnavilor, este de netăgăduit. Valori marcante ale Facultăţei noastre şi-au spus cuvântul altădată (vezi: „Internatul şi Spitalele din Bucureşti 1860—1922") despre această Instituţie şi aş putea spune că trebue să rămână ca literă de evanghelie cele spuse de Prof. D-r. Thoma Ionescu: „Sunt susţinător al Instituţiei atât de democratice şi atât de bună a Internatului. Concursul de Intern trebue să rămână singurul mod de recrutare, căci el singur prezintă garanţia dreptăţei şi stimulează tineretul medical a-şi căpăta cât mai multe cunoştinţe".

In acelaş sens sunt părerile Prof. D-r. C. Angelescu, Prof. D-r. Măldărescu, Prof. D-r. Stoicescu (†) General D-r. N. Vicol (†) Prof. D-r. G. Marinescu, D-r. Racoviceanu (†) Prof. D-r Danielopolu, Prof. D-r. I. Iacobovici, D-r. Poenaru Căplescu şi

mai presus de toate sunt părerile emeritului clinician Prof. D-r. I. Nanu Muscel *).

Pentru D-sa este sfânt concursul de externat şi internat, el trebue să fie la bază, pentru obţinerea primelor grade ale ierarchiei medicale.

Internii trebue să treacă prin serviciile de medicină internă şi de chirurgie; internii trebue şi au posibilitatea să-şi achiziţioneze technica clinicei şi a laboratorului clinic, pentru a ajunge la diagnosticul boalei.

Tot D-sa susţine organizarea sălei de gardă, căci internul în exercitarea funcţiunei în sala de gardă, este şeful întregului Spital.

In acest moment internul îşi formează calităţile, iniţiativa şi spontaneitatea, simţul responsabilităţei fiind cel ce domină.

Internatul contribue la cultura generală medicală şi ca dovadă nu avem decât să luăm numele tuturor profesorilor noştri dela începutul Facultăţei şi până astăzi, şi vom vedea că majoritatea dintre ei au fost şi sunt foşti interni şi externi prin concurs.

Este atât de binefăcătoare această Instituţie pentru cei ce vor să facă clinică şi vor să devină excelenţi practicieni, în comparaţie cu restul tinerilor medici, *încât astăzi nimeni nu ar trebui să se mai gândească decât la o organizare cât mai severă a Internatului.*

C. Cea de a treia epocă şi de o importanţă capitală în viaţa Internatului, este PRIMUL CONGRES AL „ASOCIAŢIEI INTERNILOR".

Şedinţele Congresului prezidate succesiv de cei mai eminenţi Profesori ai Facultăţei noastre ca: Prof. N. Lupu, P. Tomescu şi D. Danielopolu, sunt o garanţie în plus de seriozitatea chestiunilor prezentate, discutându-se probleme acute şi actuale în legătură cu sănătatea publică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu acest Congres se marchează timpul când Instituţia Internilor organizată, poate să meargă mai departe pe tărâmul desvoltărei.

Având la bază pe foştii Interni, actuali profesori şi conducători de Instituţii, poate fi considerată ca un factor ajutător şi de importanţă capitală în aşezarea sănătăţei publice.

PROGRAMUL CONGRESULUI.

Şedinţa din 24.XI.937 orele 9 seara Spit. Colţea Prezidată de D-l Prof. D-r. N. LUPU.

1. Specializarea medicală.

Raportori: Conf. D-r. **Haralamb Angelescu,** Conf. D-r. **Ion Claudian** şi Intern D-r. **Ovidiu Carangiu.**

2. Asistenţa Universitară şi Medic-secundariatul ca şcoală a specializărei.

Raportori: Asist. Universitari: D-r. **Ion Claudian** şi Intern D-r **Grigore Davidescu.**

3. Unificarea internatului, instituţiilor şi fondurilor spitaliceşti.

*) Cu ocazia Serbătoririi D-lui Prof. Nanu-Muscel în ziua de 23 Febr. 1936 la trecerea în Onorariat, D-l Docent D-r M. Cânciulescu a adus în numele internilor un calp omagiu apărătorului instituţiunei internatului.

Raportori: Medic Primar D-r. **Mircea Popovici Lupu**, Intern D-r. **Dan Crivat** şi Intern **Darius Dobrovicescu.**

Şedinţa dela 25.XI.937 Prezidată de D-l. Prof. D-r. P. TOMESCU:

4. Apărarea titlului de intern şi medic de spital.

Raportori: Medic Primar D-r. **Seimeanu** şi Intern **Gheorghe Lupascu.**

5. Salarizarea internilor şi în general a muncei medicale.

Raportori: Medic Primar D-r. **Grigore Lăzărescu** şi Intern D-r. **Paul Craja.**

6. Cumulul şi şomajul în profesiunea medicală.

Raportori: Asistent Univers. D-r. **Const. Treckmaer** şi Intern **Mihai Ionescu.**

7. Selecţionarea, concursul şi controlul concursului în profesiunea medicală.

Raportori: Medic secundar D-r. **Gh. Dumitrescu** şi Intern D-r **Ion Georgescu.**

Şedinţa dela 26.XI.937 Prezidată de D-l. Prof. DANIELOPOLU:

8. Internii de spital şi Legea recrutărei.

Raportori: Medic secundar D-r. **Alex. Popovici** şi Intern D-r. **Emil Athanasiu-Vergu.**

9. Internii de spital şi Legea sanitară.

Raportori: Medic secundar D-r. **Alex. Popovici** şi Intern D-r. **Petre Constantinescu.**

10. Internii de spital şi medicul rural.

Raportori: Medic Primar D-r. **Ioan Bargau** şi Intern **Tiberiu Chitescu.**

11. Crearea corpului technic medical şi organizarea ordinului medicilor.

Raportori: D-r. **Sergiu Stoicescu**, D-r. **Dan Chiricescu** şi Intern **Şerban Papadopol.**

12. Echivalarea diplomelor străine.

Raportori: D-r. **Tacke Tănăsoca** şi Intern **Aurel Conu.**

13. Românizarea profesiunei medicale şi a spitalelor creştine.

Raportori: Intern D-r. **Şerban Milcoveanu.**

MOŢIUNEA GENERALĂ A CONGRESULUI.

Congresul general al „Asociaţiei Internilor şi foştilor Interni de Spitale" militează pentru românizarea profesiunei medicale şi cere cu imediată aplicare:

1. **Abolirea totală a nostrificării oricăror diplome medicale străine, revizuirea reală a celor dela 1918 încoace şi sancţionarea tuturor vinovaţilor. Congresul roagă pe D-nii profesori dela toate Facultăţile de Medicină din ţară să nu mai dea girul lor şi de-acum înainte să refuze a mai face parte din comisiile de nostrificare.**

2. **Recunoaşterea reală a Statului Român ca Stat Naţional. Încredinţarea tuturor datoriilor şi drepturilor în funcţiile de Stat numai Românilor. Proporţionalitate etnică în Universităţi. Românizarea spitalelor creştine. Desfiinţarea presei străine sau înstrăinate scrisă în româneşte.**

3. **Determinarea şi încurajarea spre medicină, spre toate profesiunile**

de elită, în general spre pătura conducătoare, a unei mari ascensiuni de suflet și sânge românesc din păturile adânci și curate ale Neamului.

Congresul general al „Asociației Internilor și foștilor Interni de Spitale" stabilește atitudine de mare corectitudine din partea profesiunei medicale față de noua credință naționalistă cu care astăzi se ridică Neamul Românesc și îndeamnă la luptă pe cei care pot și se simt tari.

Congresul cere medicilor și profesiunei medicale românești o viață de corectitudine și muncă încordată, bazate pe dragoste și unire.

Congresul mărturisește marea credință a medicilor români în biruința și înaltul destin al Neamului și se leagă pentru însumarea și închinarea tuturor străduințelor curate către Neam și Știință.

Deasemenea Congresul subliniază cu mândrie și bucurie înțelegerea și alăturarea în lupta începută a d-lor profesori universitari și medici primari prezenți la Congres.

Pentru selecționarea și organizarea unei cât mai vrednice elite în profesiunea medicală, Congresul general al „Asociației Internilor și foștilor Interni de Spitale" subliniază cu mai multă tărie adevărul mărturisit de experiența atâtor zeci de generații medicale, că școala internatului este răscrucea profesiunei medicale și fundamentul selecționării în practica medicală.

Congresul recunoaște în corpul internilor și foștilor interni de spitale adevărata elită morală și profesională a medicinei românești.

Congresul recunoaște deasemenea ca singură firească specializarea practică, zi la zi, la patul bolnavului și pe proprie răspundere.

Congresul hotărăște că adevărata școală de specializare organică este internatul continua teu medic-secundariatul sau asistența universitară, selecționate pe bază de concurs.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Congresul cere:

1. Valorificarea internatului. **Internii să aibă într'adevăr dreptul și obligația de a lucra efectiv, cu răspundere în clinici. Să dispară auxiliarii. Să se desființeze posturile de interni la dispensarii și consultații. Să fie 3 externi la 1 intern și să se reînființeze al treilea au onorific de externat. Să se lărgească cadrul externatului. In fața legii sanitare, la proba de titluri-lucrări titlul de intern titular și de altfel orice titlu obținut prin concurs să fie apreciate la justa valoare. Nimeni să nu mai poată ocupa funcții de răspundere în spitale fără să fi fost intern de spital.**

2. Asistența universitară **să fie temporară numai pe 5 ani, fără drept de prelungire în afară de asistenții de laboratorii. Eventual să se înființeze asistența onorifică după terminarea stagiului de 5 ani. Numai internii titulari să poate ajunge asistenți universitari de clinică, fiindcă la baza oricărei aprofundări trebue să stea o cultură generală și practică (astăzi toți studenții buni sunt interni). Selecționarea asistenților să se facă tot prin concurs, în care să se aprecieze spiritul creator științific și calitățile didactice și în care să fie probe practice și proba titluri-lucrări.**

3. Medico-secundariatul **să fie lărgit și să i se încredințeze toată răspunderea în organizația și asistența spitalicească.**

4. Titlul de specialist **în profesiune și în fața legei să se recunoască numai acelor medici care deja sunt, sau au trecut prin medic-secundariat sau asistența universitară. Să se retragă cu text de lege și efectiv firma de specialist acelora care și-au uzurpat-o nemeritoriu sau și-au cumpărat-o din stră-**

mătate. Să se deblocheze actualilor specialişti, medici secundari şi asistenţi universitari, drumul mai departe spre medic-primariat şi agregaţia-universitară prin concurs.

Congresul militează pentru coordonarea şi unificarea tuturor fondurilor şi veniturilor sanitare, urmată de unificarea într'o singură şi mare instituţie sau eforie sanitară pe fiecare centru urban mare a tuturor aşezămintelor spitaliceşti publice sau de Stat.

Congresul s'a hotărît în principiu pentru o imediată unificare a externatului, internatului, secundariatului şi primariatului, însă urmând o scară progresivă şi condiţionând norme morale şi technice de înălţimea Eforiei Spitalelor Civile.

Congresul este pentru clinicile universitare mari, cu 300—500 paturi, având fiecare mai mulţi agregaţi şi medici-secundari, cu serviciul de consultaţii ataşat, şi constituind astfel în jurul fiecărui profesor o mică lume medicală, care să fie în acelaş timp o familie şi un centru de asistenţă, ştiinţă, învăţământ şi specializare.

Congresul subliniază răbdarea şi jertfa corpului medical român, care pentru a nu prejudicia situaţia financiară, atât de oropsită de către Stat, a Eforiei Spitalelor Civile şi Aşezămintelor Brâncoveneşti, funcţionează de 20 ani cu următoarele salarii: 0—750 lei pentru externi, 562—700 lei pentru interni şi 2550—3150 pentru medici-secundari. Congresul hotărăşte drepte următoarele salarii: 3000 lei pentru externi, 4000 lei pentru interni şi 10.000 lei pentru medici-secundari. Congresul cere ca diferenţa să fie acoperite de Ministerul Sănătăţii Publice. Deasemenea Congresul cere ca Statul să-şi achite toate obligaţiile către Eforia Spitalelor Civile şi să contribue larg la terminarea Serviciilor ei spitaliceşti nou construite.

Congresul recunoaşte prejudiciată asistenţa sanitară în aşezămintele spitaliceşti, cu interni titulari prin concurs, de către dispoziţiile actualei legi a recrutării, care trimete pe tânărul medic sub drapel 8 luni la ţară. Congresul cere ca şi de acum înainte să se respecte dispoziţia din anul trecut ca internii titulari, funcţionând pe bază de concurs, să fie lăsaţi în timpul celor 8 luni mai departe în funcţiile lor din spitale, unde îndeplinesc nu 8 luni ci 4 ani încheiaţi asistenţă publică dezinteresată şi unde sunt în curs de specializare şi cercetări ştiinţifice.

Congresul cere ca **concursul** pentru toate funcţiile să fie sever, corect şi legal. Congresul posedă în arhiva sa un raport-proect pentru desăvârşirea technică a concursului.

Congresul preconizează organizarea medicilor într'un **corp technic** şi **înfiinţarea ordinului medicilor.** Congresul posedă în arhiva sa un raport-proect de statute şi funcţionare.

Congresul protestează împotriva imixţiunii politicianismului în profesiunea medicală şi posedă în arhiva sa numeroase cazuri de acest fel.

Congresul posedă deasemenea în arhiva sa rapoarte cu sugestii pentru **înfiinţarea ordinului medicilor.** Congresul posedă în arhiva sa un raport-proect **cală în mediile rurale şi muncitoreşti.**

Congresul mai posedă în arhiva rapoartelor sale multiple cazuri de încălcare a drepturilor obţinute prin muncă şi concursuri.

Congresul atrage atenţia asupra gravei **probleme a cumulului şi şomajului în profesiunea medicală.** Congresul adoptă pentru medicii practicieni

formula: un medic = o funcţie = un salariu, cu un maximum de existenţă 10—15.000 lei lunar.

Congresul cere ca toate instituţiile particulare (comerciale, industriale), serviciile de Stat, case autonome, etc., să fie obligate a avea câte un medic dela 100 funcţioanri sau muncitori în sus şi toate aceste posturi de medici să fie centralizate la Ministerul Sănătăţii Publice pe un tablou şi ocupate pe baza unui examen de capacitate, de care internii cu concurs să fie scutiţi.

Congresul cere libera alegere în consultaţiile Asigurărilor Sociale, cu îngrădirea prin examen de capacitate şi proporţionalitate etnică pe ţară, a medicului cu drept de a fi consultat şi cu stabilirea unui plafon de 1000 consultaţii anuale.

Congresul cere ca fabricarea şi marele comerţ de medicamente să fie monopolizat de Stat, pentru mari raţiuni de sănătate şi economie.

Congresul cere imediata oprire şi severa sancţionare a reclamei falacioase pentru medici, tratamente şi medicamente.

Congresul cere înfiinţarea pe lângă institutele de cercetări ştiinţifice a unei case de întreţinere a celor dedicaţi numai ştiinţei. Congresul cere înfiinţarea Casei de împrumut pentru medicii tineri.

Congresul cere imediata desfiinţare a tuturor burselor şi valutelor date studenţilor pentru învăţământul de bază în străinătate, mărirea şi trecerea lor în patrimoniul Facultăţilor de medicină care să înfiinţeze pentru medici burse de specializare sau perfecţionare în străinătate.

Congresul cere severa îngrădire prin lege şi protecţia titlului de intern, fost intern şi medic de spital, uzurpate prin abuz, mai ales de confraţii cu diplome nostrificate şi chiar de agenţii sanitari dela „Salvarea".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Congresul hotărăşte scoaterea imediată a „Gazetei Internilor" — publicaţie oficială de luptă şi informaţii a „Asociaţiei Internilor şi foştilor Interni de Spitale", — care va funcţiona cu un comitet de redacţie constituit din toţi foştii preşedinţi şi comitetul în funcţie al Asociaţiei.

Congresul hotărăşte ca al II-lea Congres al „Asociaţiei Internilor şi foştilor Interni de Spitale" să aibă loc în Noembrie 1938.

Iată un program de congres, care ese din cadrul obişnuit al programelor de Congres.

Intr'o atmosferă de prietenie şi strânsă colaborare între internii generaţiilor anterioare şi internii generaţii actuale, s'au discutat aceste probleme actuale ale sănătăţei publice.

Revine meritul Preşedintelui activ al *Asociaţei,* D-l. D-r. *Şerban Milcoveanu* ştiind să închee o colaborare strânsă între foştii interni şi actualii interni, cari au prezentat rapoarte documentate şi interesante în general.

Un volum care nu va întârzia să apară, va publica aceste rapoarte, cari oglindesc starea acută a multor chestiuni de sănătate publică din ţara noastră.

Şedinţele cu amphiteatru archiplin, au fost o dovadă în plus de seriozitatea şi imperioasa nevoe a se discuta pe larg şi la lumina zilei.

Pentru moment, ţara românească are nevoe de acei buni practicieni, bine pregătiţi, având la bază cunoştinţi de medicină practică generală.

Cei 4 ani de internat şi zilele de gardă din cei 4 ani de stagiu, învaţă pe internul conştient, de obligaţiile şi îndatoririle sale, mai mult decât o serie întreagă de cursuri ascultate dela catedră.

Un acces de astm pulmonar, sau un acces de angină pectorală tratată de intern în camera de gardă, o operaţie de urgenţă, sau o erupţie de boală contagioasă, îl învaţă capitole întregi de patologie internă sau chirurgicală.

Selecţiunea naturală şi aplicaţia fiecărui intern în parte, pe drumul concursului, îl învaţă mai mult decât orice Lege tipărită şi neaplicată.

Să fie toată ţara plină, dela medicul de circumscripţie, până la medicul primar de spital, medicul Primar de Judeţ, de laborator, numai de foşti Interni prin concurs şi deci toate posturile de răspundere să fie ocupate de aceşti medici foşti interni sau externi.

Numai după ce vom avea locurile de comandă ocupate de medici competinţi, ne vom putea gândi la o lege a specializărei. Lacuna specializărei pentru moment poate fi îndepărtată, dacă se vor ţine în mod regulat concursurile, aşa cum se ţin astăzi la Ministerul Sănătăţei, cu corectivul însă ca technica concursului să fie păstrată şi executată conform Regulamentului, adică membrii Comisiunilor, Spitalele şi Serviciile, etc., etc., unde candidaţii trec concursurile, să fie traşi la sorţi adevăraţi, candidaţii să nu-şi formeze Comisiile cum le convine şi nici Comisiile să nu denatureze technica concursului. De multe ori toată lumea spune, că avem legi bune, dar care este folosul lor, dacă nu se aplică în condiţiunile fixate şi atunci ce nevoe este să avem o lege a specializărei, când nu se va aplica exact şi dacă s'ar aplica, găsesc că s'ar suprapune peste condiţiile de admisibilitate la concurs.

Regulamentul prevede condiţiuni severe de admisibilitate, şi deci nu e nevoe decât ca aceste condiţiuni să fie respectate cu stricteţă, şi nu se va găsi nici când, un medic care a făcut urologie, dovedind cu acte să fie admis la concursul de chirugrie, sau cel ce a făcut numai boli interne, să fie admis pentru concursul de contagioase, etc, etc.

Poate ni se va pune întrebarea, unde se vor forma aceşti candidaţi specialişti? Răspunsul mi-ar fi simplu: Acolo unde s'au format specialiştii mari şi actuali ce are astăzi ţara românească, adică în ori care serviciu de spital bine organizat.

Aceştia vor avea mai mare valoare decât cei ce vin din străinătate cu diplome de specializare, după ce au ascultat — fără a lucra în mod efectiv — un curs de 8 zile sau maximum 30 zile.

In stadiul actual, organizând Internatul pe baze solide, lacuna mare din ţara noastră în ce priveşte starea sănătăţei ţăranului, va fi acoperită.

A organiza Internatul, nu înseamnă ca toţi studenţii să aibă posibilitatea să fie Interni, căci cu acest procedeu nu se ajunge decât la devalorizarea şi dezorganizarea Internatului. Exemple pentru a demonstra acest fapt, nu am decât să citez ce s'a întâmplat cu ti-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

tlul de Docenţă şi ce se întâmplă sub ochii noştri, cu titlul de Medic Primar!...

Tot ce e mult şi se obţine cu putinţă muncă, duce la devalorizare.

Pentru ca Internatul să-şi păstreze valoarea de altă dată, trebue ţinut sub regimul unui concurs sever. Comisii de concurs severe, candidaţi serioşi, trebue unificat pentru toate Instituţiile Spitaliceşti şi să fie locuri de Interni, numai la Serviciile cu paturi. Pentru Serviciile de consultaţii, să fie externi, sau interni provizorii dintre foştii externi care îşi prepară concursul de Internat.

Pentru pregătirea internilor la concurs, să se formeze dintre foştii interni Comisii, care să dea indicaţiile şi metodele preparărei concursului.

Congresul a făcut să redeştepte în mintea tuturor, că sănătatea publică trebue să fie dată de către conducătorii noştri în mâna medicilor de valoare, a medicilor cari simt româneşte şi au drag de ţară.

„Asociaţia Internilor şi foştilor Interni de Spitale" a realizat un progres evident şi va fi folositor ca asemenea congres, cu caracter general de organizare şi valorificare, să se ţină cel puţin la 2 ani.

Sănătatea publică trebue să treacă în primul rând, după înarmarea ţărei, în programul de acţiune a guvernelor.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Congresul Asociaţiei Medicilor de Spitale şi Dispensari ale Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale

Bucureşti, 23—24 Octombrie 1937

Şedinţa din 23 Oct. 1937 ora 10 a. m, se deschide sub preşedenţia D-lui Agregat D-r D. Paulian, Preşedintele Asociaţiei.

D-l Agr. D-r Dem. Paulian în „CUVÂNT DE DESCHIDERE", arată rostul acestui congres care este exprimarea dorinţei medicilor de spitale ca şi ei să ia parte, fiind consultaţi, la conducerea şi organizarea spitalelor. Să nu mai fie neapărat siliţi să facă politică, pentru a avea un rol în sus numita conducere; cere, unificarea tuturor instituţilor sanitare şi concurs pentru ocuparea locurilor vacante.

In concluzie cere o singură lege, un singur stăpân, o singură pungă şi toţi egali în faţa aceleaş legi.

D-l Prof. D-r T. Gane aduce salutul colegial al Ministrului Săn. Publice şi plecând dela un articol care arată lipsa de paralelism între desvoltarea culturală în general şi organizaţia sanitară a ţărei noastre, insistând asupra defectului acestei org., arată care este adevărata cauză a acestei rele org. Defectul constă în lipsa coordonării factorilor cari pot îndrepta actuala stare sanitară. Arată apoi ce a înfăptuit ministerul pentru asistenţa spitalicească;

aceste înfăptuiri s'au îndreptat în sensul construcţiilor, pentru cari s-a cheltuit 700 milioane în 4 ani şi în sensul materialelor pentru care s-a cheltuit o jumătate de miliard în acelaş timp.

Ameliorările s'au îndreptat în 3 sensuri: Amel. de construcţii, de înzestrare şi amel. în recrutarea personalului.

Arată cu cifre ce ameliorări s'au făcut în primele 2 sensuri, iar pentru al 3-lea spune că s'a sistematizat şi generalizat concursul.

La *întrebarea pe care şi-o pune dacă ne trebuesc spitale mari sau mici, deci* dacă este nevoe de o centralizare pe capitale de judeţ, răspunde că trebue ţinut seama de diferenţele geografice, sociale şi politice din fiecare provincie.

In concluzie la această chestiune: Adaptare geografică. Mari centre judeţene. Mici centre rurale pentru contagioşi.

Centralizarea în ceace priveşte furnizarea de material, fonduri şi personal este poate defectoasă, însă nu se poate merge la o descentralizare decât în etape.

In privinţa taxelor de spitale şi a onorarilor arată că statul trebue să acorde o largă gratuitate populaţii nevoiaşe, lucru care lezează direct interesele medicului. Medicul este rău şi nedrept remunerat. O soluţie ar fi secţii de sanatoriu în spitale, dar să nu se confunde sanatoriul cu spitalul. Face promisiuni de îndreptare în calitate de medic de spital.

D-l Prof. P. Tomescu face geneza acestui congres, apoi arată nemulţumirile cari există în actualele instituţii sanitare.

Cere: 8 ore de lucru pentru personal; subsistenţa pentru bolnavi, ca în alte ţări; arată că medici nu sunt seniori ai capitalului, ei trebuesc retribuiţ convenabil.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cât timp vom considera asistenţa medicală cu un sentiment de milă, nu vom putea schimba nimic în org., sanitară. Să se asigure şi bolnavului o bună îngrijire şi medicului o justă remunerare.

CITIREA RAPOARTELOR. D-l Agr. D-r. Dem. Paulian în raportul: RECRUTAREA PERS. MEDICAL ŞI MODIFICAREA LEGEI SANITARE, cere în conclusie: Desfinţarea concursului de medic primar, aşa cum există şi înfinţarea *lui pe locuri vacante. Cel demisionat va trebui să dea din nou concurs, nu să* fie reprimit. Concediu după un an de lucru în postul ocupat. Clasificarea, singurul criteriu de alegere al unui loc vacant. Cine nu se prezintă la alegere sau post, se consideră demisionat. Admisibilitate la concurs numai pentru medici secundari cari au funcţionat 4 ani de serviciu, în orice instituţie spitaliceasca. — Asistenţi universitari cu 10 ani vechime să rămână în învăţământ. — Candidaţii cari n-au fost secundari, trebuesc să aibă 10 ani de liberă practică. — Transferarea să se facă numai după 5 ani. — Pensionările să se facă la 65 ani, nu la 60 şi cu prelungiri arbitrare. — In privinţa concursului: juriul din 5 membri, 4 chirurgi şi un medic internist şi invers, după cum e vorba de concurs de medicină sau chir.; la probe să se adaoge citirea unei radiografi şi facerea unei radioscopii când proba e de medicină internă. — Operaţie pe viu în loc de operatorie, ajutat fiind de un membru din juriu; pentru secundari operaţie pe cadavru. — Comisiile de liberă practică numai din medici şi chirurgi.

DISCUŢII:

D-na D-r Medea Niculescu susţine concursul din punct de vedere al elementului *medical femenin*, iar concursul să fie dat pe loc precis.

D-l D-r Mihăilescu Şt., Directorul Spit. din Caracal, cere să nu se mai facă distincţie între medici primari proveniţi prin concursuri şi cei făcuţi pe baza legei din 1930, să fie toţi egali şi chemaţi în rând la transferare, nu numai cei dintâi; — să se creeze dintre medici secundari cu 4 ani împliniţi categoria de medici asistenţi, pe termen limitat, din cari să se recruteze medici primari de specialitate iar pentru specialităţile chirurgiei să provină din medici primari sau asistenţii de chirurgie generală, dupe ce vor face un stagiu şi vor trece un examen în specialitatea respectivă; — la ocuparea unui loc vacant să se admită toţi cei egali în grad, iar ca criterii de selecţionare să fie vechimea, activitatea în serviciu, notele din cazier; la drepturi egale să fie preferaţi cei cari au făcut campaniile din 1913, 1916 şi 1920, iar dintre aceştia să aibă precădere cei din regiunea respectivă; — medicii militari dimisionaţi să nu fie primiţi în serviciul Ministerului decât dupe ce vor trece prin filiera de medic secundar, asistent şi primar; — în locul comisiunei de profesori să se creeze o comisie tecnică pe specialităţi compusă dintr'un profesor universitar, un inspector general sanitar regional şi 2 medici primari cu vechimea de cel puţin 10 ani în grad, care să facă inspecţii inopinate şi să dea note în cazier, note cari să constitue criterii de selecţionare.

D-l D-r Anastasiu cere ca medicul balneolog să fie considerat ca specialist şi să fie recrutat prin concurs.

D-l D-r Machelarie crede că termenul de 8 ani ce se cere pentru prezentare la concurs e prea lung, 6 ani e de ajuns; în al doilea rând crede că o probă de maternitate e tot atât de necesară ca şi una de radiologie.

D-l D-r Şt. Popescu spune că nu trebuesc date drepturi egale la 2 colegi care au apucat căi diferite, unul calea concursurilor de internat şi secundariat, deci 8 ani şi altul după absolvire şi 4—6 ani de aşteptare (citind) se prezintă la primariat. Primul riscă să aibă în comisie pe colegul de facultate care a citit, nu a practicat 8 ani şi ştiut este că cititul se mai uită pe când experienţa rămâne. Deci drepturi egale ca timp, specialist fiind cel ce stă la capul bolnavului; facultatea nu face specialişti. Proba de anatomie macroscopică este absolut necesară, ea ajutând la facerea diagnosticului în timpul operaţiei. Acelaş lucru şi pentru proba de radiologie căci atunci când cineva vrea să devină medic primar deci să ajungă la cea mai înaltă treaptă medicală, i se poate cere maximum de cunoştinţe. Nu o crede necesar să se îngreueze un concurs cu o probă de maternitate, care îşi are locul într'un concurs de specialitate. Proba de operaţie pe viu. Aceasta trebue să rămână în concurs, căci teama de juriu implică atunci pentru viitorul medic primar şi teama de a opera un caz dificil.

Pentru a ajunge medic de spital trebue să treci printr'o înlănţuire întreagă de concursuri şi situaţii sub alterne. Nu se poate cere un concurs greu unor oameni, dacă ei nu trec concursuri premergătoare şi pregătitoare apogeului carierei lor.

D-l Prof. D-r Tomescu: Valorificarea drepturilor celor 3 clasificaţi pe actualele tablouri. Unificarea concursului. Legea se face pentru majoritate, nu pentru excepţionali. Cere o singură notă a comisiei, nu separate, căci acestea compromit concursul. Limita de vârstă la 60 ani nu la 65 ani. Arată că nu există diferenţă între bărbaţi şi femei în materie de medicină.

D-l D-r Cănciulescu, este în asentimentul raportului D-l D-r Paulian, în afară de pensionarea la 65 ani, 60 ani să fie vârsta maximă, peste care să nu se admită nicio prelungire.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l D-r Topa. Concurs pe loc. Comisia de propuneri n'are ce căuta după ce candidatul a trecut concursul. Radiologia nu poate lipsi dintr'un serviciu de chirurgie. Proba de obstetrică la specialitate. Cine n-a operat până la 60 ani, nu mai poate opera după.

D-l D-r Machelarie. E contra operaţiei pe viu, care nu se face în nici o ţară.

D-l D-r Gr. Zloła. Cere o probă de maternitate, dar nu teoretică, ci dovedită prin un certificat de 6 luni minimum, practică efectivă într'un serviciu de specialitate! Lucru admis în unanimitate.

D-l D-r Radu e contra examenului de secundar, din cauza posibilităţilor de vederi diferite între cei 2 medici prim. şi secund. şi deci posibilităţi de conflict. Deasemenea e contra transferării secundarilor.

D-l D-r Rădulescu arată că în Ardeal nu există externat şi internat şi roagă să se insiste pentru înfiinţarea acestora. Arată că ne trebuesc fotografi radiologi, nu radiologi, căci citirea unei radiologii trebue s-o facă chirurgul împreună cu radiologul de care se poate totuşi dipensa şi trebue să se poată dispensa.

D-l D-r Paulian mulţumeşte de primirea ce s-a făcut raportului său şi roagă ca — şi Asociaţia medicilor să dea curs acestui raport. Secundariatul trebue menţinut (răspuns D-lui D-r Radu). Stagiul de 6 luni de maternitate pentru viitori med., prim., va fi cerut ministerului.

*

Şedinţa din 23 Oct. ora 4 p. m. Prezidează D-l D-r Paulian apoi D-l D-r Cânciulescu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Raportul D-lui Docent D-r Cânciulescu: ASUPRA TAXELOR IN SPITALE *).

Arată cari sunt taxele cari se percep în spital şi cum se împart aceste taxe între factori componenţi ai spitalului pe deoparte şi instituţia pe de altăparte. După ce face aceste consideraţiuni recapitulative trece la capitolul consideraţiunilor interpretative. Dat fiind salarizarea insuficientă şi variabilă cere ca taxele să fie fixate de inspectoratul regional şi ca personalul medical să fie cointeresat la taxele cari se percep pe bolnavi de clasa I şi a II, iar bolnavii de cl. III să aibă taxa plătită de instituţia care-l trimite în spital. Cotele sunt prea puţin proporţionate cu riscurile privite din punct de vedere al specialităţii. Iar împărţirea actuală este injustă, primarul 50% iar secundari 10%. Ca soluţie cere un fond comun de taxe care să fie distribuite egal la medici egali în grad, internişti, chirurgi, etc. Iar în al III-lea rând o cotă profesională ca acea de barou, a sindicatelor advocăţeşti. Asociaţia este şi a medicilor secundari nu numai a celor primari iar secundari nu pot fi nedreptăţiţi. Taxele trebuesc revăzute. Propune să se facă un chestionar cari să se trimeată tuturor medicilor de spitale în privinţa taxelor. A II-a propunere este ca să se scoată un buletin cu rapoartele şi desbaterile congresului care va servi ca mijloace de discuţie generală.

Raportul D-lui D-r Vuia. ONORARIILE MEDICALE ŞI TAXELE DE INGRIJIRE IN SPITALE.

Citează o serie de legi cari reglementează taxele de spital pentru di-

---

*) A se vedea textul integral al Raportului D-lui Docent D-r M. Cânciulescu asupra «*Taxelor în spitalele statului*» la pag. 837—843 ale numărului de faţă.

versele clase. Salariul şi taxe cotele sunt prea mici pentru un medic. Acest lucru trebue luat în seamă mai ales în provincile alipite unde spitalele trebuesc să fie şi centre de naţionalism căci ele au de luptat cu concurenţa institutelor particulare minoritare. Medicul să încaseze onor ariile şi să nu fie silit să-şi împartă timpanul între spital şi sanatoriu. Onororiul să fie fixat de coelgiu din oraşul respectiv.

DISCUŢIE la rapoartele d-lui D-r Cănciulescu şi d-lui D-r Vuia.

D-l D-r. Ghica cere să se aplice legea sanitară aşa cum este, iar în fiecare comună să se facă lista persoanelor care nu pot plăti.

D-l D-r Negrilă, cere să se permită d-rului primar să aibă o secţie particulară în spital care să-i plătească lui, iar bolnavii cari nu pot plăti să fie spitalizaţi la secţia comună. Medicul primar să locuiască în spital şi să aibă tot interesul să-şi interneze bolnavii în serviciul lui, nu să concureze el însăşi spitalul pe care îl conduce; prin crearea unei clente particulare întru'n sanatoriu particular, şi el.

D-l D-r Rădulescu remarcă neobiectivitatea discuţiilor care o găseşte natural de câte ori se discută despre bani. Arată apoi că nu trebue să existe gelozie între diversele categori de medici, căci munca unui medic este oricând prost plătită. Reputaţia unui medic o fac bolnavi de cl. I şi II, nu cei săraci cari adesa nici nu ştiu cum îl cheamă pe medic. Nu se pot împărţi operaţiile în mari şi mici, căci o viaţă omenească trebue socotită ca un capital, care adesa este recâştigat printr'o operaţie indiferent dacă e mare sau mică. Chirurgul nu trebue să se deprecieze aşa cum se întâmplă astăzi şi apoi nu trebue uitat că internistul are mai multă clientelă de oraş, care îi compensează puţinul câştig dela spital. Cere Privat-abteilung la toate spitalele.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l D-r Şt. Popescu spune că discordanţa între chirurg şi internist se datoreşte unui singur cuvânt „taxe de operaţie", care va fi înlocuit foarte bine cu acela de „onorariu de îngrijire". Bolnavii se clasează singuri pe clase prin vizita dela domiciliu, dar este o diferenţă între clientela de provincie şi cea dela Buc. In provincie unde nu sunt sanatorii, bolnavii de clasa I vor fi ai medicului, cari însă îi va îngriji personal. La Buc. bolnavul cari plăteşte şi vrea să vină în spital vine însă şi cu pretenţiile de sanatoriu, lucru dezagreabil pentru medicul care l'a primit. In privinţa împărţiri taxelor e de acord că medicul sec. trebue ajutat, însă medicul primar trebue să-şi facă o situaţie, să facă voiaju de studiu.

D-l D-r Machelarie arată situaţia din spitale în privinţa taxelor. Taxele percepute de spital să fie întrebuinţate pentru îmbunătăţiri.

D-l Prof. Tomescu: toţi săracii să fie bine îngrijiţi în toate instituţiile statului. Cei cu venituri mijlocii la cl. II. Cei bogaţi să plătească şi medicul şi spitalul bine.

D-l D-r Teodorescu cere ca statul să oblige toate institutele spitaliceşti să se conforme aplicări taxelor şi să acorde drepturile cuvenite medicilor.

D-l D-r Vuia cere ca în Ardeal cei dela clasa II să fie consideraţi ca cei dela cl. I căci acolo nu există această clasă.

D-l D-r Jubaş: la provincie să se facă bolnavi gratuiţi şi bolnavi de clasă, iar funcţionarii să constitue o clasă aparte, căci şi aşa au 50% reducere.

D-l D-r Cănciulescu, se capitulează cere în faze scrise să spue ce a discutat fiecare.

D-l Agr. D-r Paulian citeşte telegramele către M. S. Regele şi către D-l Ministru al Sănătăţii.

Raportul D-lui D-r C. Radu: PROPUNERI PENTRU INTENSIFICAREA ACTIVITĂŢII ŞTIINŢIFICE DIN SPITALE. Alătură raportul tipărit.

DISCUŢIUNI: **D-l D-r Adameşteanu** arată imposibilitatea de a se experimenta în provincie pe animale, lucru fiind împiedicat de codul penal.

D-l D-r Cănciulescu. Raportul arată lipsa de activitate ştiinţifică în spitale şi nu se miră; M-terul n-a fost în stare să-şi scoată o publicaţie proprie, necum să organizeze şi să reglementeze activitatea ştiinţifică în spitalele sale; unde se vor găsi medici animaţi de focul sacru al ştiinţei desinteresate, ei vor învinge toate greutăţile şi vor activa şi vor determina curente, în jurul acelui „om" grupându-se spontan alţii.

*

Şedinţa din 24 Oct. ora 10 a. m.

D-l Agr. D-r Dem. Paulian deschide şedinţa, citind o telegramă a D-lui D-r Radu Moise către congres. Apoi dă cuvântul D-lui Maior Mustăcescu.

D-l Maior Mustăcescu vorbeşte în numele D-lui Maior Sidorovici dela Straja Ţări, şi salută congresul în numele acestei instituţiuni, instituţiune care se ocupă cu sănătatea morală şi fizică a ţări, cu tendinţă către o medicină preventivă.

D-l D-r Câmpeanu-Braşov. RAPORT ASUPRA NOILOR ORIENTĂRI IN ORGANIZAREA SPITALELOR ŞI STRAJA ŢĂRI. In raportul său arată felul în care trebue să evolueze actualele spitale cari din pepinière de boli să devină centre de sănătate, centre cari vor cerceta şi terenul nu numai pe bolnavi, centre ce se vor ocupa şi de rezerva biologică a ţări, deci cari vor face şi medicină preventivă. Arată apoi organizarea interioară a acestor centre în ceace priveşte conducerea, modul de a activa şi felul cercetărilor întreprinse de ele.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Propune înglobarea tuturor medicilor şi institutelor spitaliceşti în Straja Ţări.

DISCUŢIUNI.

D-l D-r Paulian, arată că suflul nou ce imprimă instituţia „Straja Ţări" ne îndreaptă către o medicină preventivă.

D-l D-r Odăgescu, referindu-se la raportul D-lui D-r Câmpeanu, spune că sănătatea trebue îngrijită dela ou, adică să se facă Eugenia, Profilaxia sarcinei, îngrijirea mamei care o va da copilului; — deci puericultură raţională dela început.

D-l D-r Anastasiu: Straja Ţări poate suplini până la un punct lipsa de personal spitalicesc; cea ce se cere mai ales însă Străji Ţări, este legătura între masele ţărăneşti şi spital. Corpul medical să-şi pue nădejdea în „Straja ţări".

D-l D-r Radu are cuvinte de laudă pentru Straja Ţări, în ridicarea rezervorului biologic. Insă până se vor crea centre de ocrotire, aşa cum propune D-l D-r Câmpeanu, fiecare spital să fie organizat ca un centru.

D-l D-r Vaia, propune crearea unui cămin al gravidelor pe lângă Maternităţi, iar pe lângă fiecare spital de specialitate cursurii de perfecţionare pentru medici de circumscripţie şi moaşe.

D-l D-r Voina, spune că la noi în ţară medicina preventivă trebueşte organizată, căci ea e făcută actualmente tot de medici curativi; la sate medicul poate face ambele feluri de medicină; la oraşe lucru este însă mai greu, dat fiind aglomerarea de bolnavi şi tendinţa medicilor la specializare. Toate lucrările propuse de D-l D-r Câmpeanu sunt dezirabile şi cere aprobarea raportului.

D-l D-r Câmpeanu, răspunde D-lui D-r Odăgescu arătnâd că organizaţia „Strajei Ţării" prevede şi îngrijirea femeilor însărcinate; face ortogenie preconcepţională, post concepţională, şi post-natală. Deci înglobează şi dezideratul D-lui D-r Odăgescu.

D-l D-r Voina, citeşte o MOŢIUNE, în care se cere organizarea spitalelor în vederile raportului D-lui D-r Câmpeanu.

Raportul D-lui D-r Ştefan N. Popescu: ORGANIZAREA SPITALELOR ŞI APROVIZIONAREA LOR.

In concluzie raportul propune: Centralizarea tuturor spitalelor şi servicilor medicale dela toate instituţiile de stat şi societăţi de binefacere sub o singură instituţie care să fie M-rul Sănătăţii. Amenajarea actualelor spitale în aşa fel ca să poată funcţiona. Aprovizionarea lunară, de preferat prin inspectorate, a spitalelor cu material suficient, ţinând seama numai de activitatea serviciilor. Să dispară intervenţiile politice pentru obţinerea celor necesare, să se lase tot prestigiul şi toată răspunderea medicilor primari. Dublarea tuturor spitalelor mixte cu servicii de chirurgie şi medicină internă, conduse de medici specialişti şi ajutaţi de medici secundari, recrutaţi prin concurs, pe locuri, nu dupe listă. Inmulţirea serviciilor din spitalele din capitalele de judeţ cu servicii de Chirurgie, Medicină internă, Contagioşi, Tuberculoză, Laborator, Radiologie. etc. Crearea de centre spitaliceşti cu servicii de toate specialităţile în localităţile noduri de şosele sau căi ferate, ca spitalele să fie uşor accesibile. Aprovizionarea de către Minister cu materiale şi medicamente, stabilită de o comisie de medici primari. Creerea de posturi de medici secundari pe lângă toate serviciile spitaliceşti, precum şi posturi de interni recrutaţi prin concurs. Creerea de posturi de externi pe lângă serviciile din centrele universitare, recrutaţi numai prin concurs. Creerea de posturi de oficianţi sanitari. (1—2 de fiecare spital), supraveghetoare şi infirmiere cu şcoală, plătite omeneşte, cu hrană, locuinţe „gradaţii şi drepturi la pensie. Un om de serviciu pentru 10 paturi. Propune ca salarii: 3000 lei pentru supraveghetoare, sanitari, oficianţi, 2000 lei pentru infirmiere cu şcoală; 800—1000 pentru oameni de serviciu. Concurs pentru locuri, nu alegerea dupe liste. Internii să poată merge şi în spitalele din provincie, însă numai absolvenţii Facultăţii.

Moţiunea internilor citită de către **D-l D-r Cucu**. Cere reventrea locurilor pe care le are Eforia dela Minister, pe când acesta nu avea concurs. Cere locuri pentru interni şi în provincie.

D-na D-r Nedea Niculescu: Maternitatea nu trebue să fie o anexă a unui spital, ci secţie de sine stătătoare. Maternităţi la sate, unde în distocii este nevoe de medic, nu de moaşă. Cere să se aducă în discuţie lipsa mijloacelor de transport şi o ligă pentru combaterea mortalităţii materne.

D-l D-r Cănciulescu cere funcţionarea consiliului medical de spital, care deşi e reglementat nu funcţionează. Consiliul medical trebue să înlocuească şi înlocueşte prin lege directorul de spital, care este emanaţia consiliului, fiind ales de către acesta şi numai confirmat de M-ter.

D-l D-r Hortopan expune doleanţele medicilor din Oradia şi Bihor, unde nu s'a făcut nimic pentru spitale. Arată reaua stare a spitalelor şi sistemul defectos de a fi aprovizionate. Cere eforii sanitare reale ce vor întreţine spitalele, cari vor avea autonomia complectă. Depune un raport în acest sens.

D-l D-r Paulian, răspunde că asociaţia îşi face un punct de onoare de a susţine punctul de vedere al D-lui D-r Hortopan.

D-l D-r Radu arată lipsa de autoritate a şefului asupra personalului din

subordine şi lipsa de pregătire a personalului auxiliar. Cere ca fiecare spital să aibă un buget propriu.

D-l D-r Zlotă expune punctul său de vedere în raport cu aprovizionarea cu materiale a spitalelor. Nevoile spitalelor diferă după regiuni şi centre şi capacitatea de activitate a medicului, cere ca un inspector sanitar să cerceteze şi să aprecieze aceste nevoi la faţa locului, iar o comisie de medici primari ori să cântărească nevoile.

D-l D-r Andreescu arată cum din cota parte şi-a amenajat serviciul.

D-l D-r Ştefaniu cere ca atunci când un medic e numit, să se aducă la cunoştinţă şi localitatea unde funcţionează.

D-l D-r Iubaş arată că Ministerul nu consultă pe medici în elaborarea planurilor şi organizarea instituţiilor spitaliceşti.

D-l D-r Cânciulescu. Ascultând doleanţele diferiţilor membrii ai Asociaţiunei în ceace priveşte satisfacerea nevoilor lor citeşte următoarea PROPUNERE: să se trimită şi Asociaţiei o copie a cererii către M-ter cu care D-l Preşedinte al Asoc. să poată interveni direct, urgent şi cu mai mult efect pentru satisfacere.

Propunerea se admite.

Raportul D-lui Docent A. Voina: PROGRAMUL ACTIVITĂŢII VIITOARE A ASOCIAŢIEI. Raportul propune înfiinţarea de: 1. Caziere spitaliceşti. 2. Infiinţarea cercurilor de studii. 3. Buletin de activitate, pur profesional şi informativ.

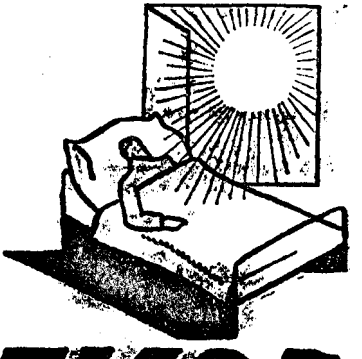
D-l Preşedinte Agregat D-r Paulian închide Congresul.

M. Cânciulescu şi N. Hodoş.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

THIOTARTRAT DE BISMUT
DR. OERIU

INJECŢII INTRAMUSCULARE
Aprobat de onor. Minis. Săn cu No. 142.207



TIXOR
BĂLĂNESCU-OERIU
(DITHIOOXYBENZOAT DE SODIU ŞI AUR)
Indicat în: Tuberculoza Pulmonară
Laringite Tuberculoase, Lupus.
Intravenos sau Intramuscular
Aprobat de onor. Minis. Săn. cu Nr. 6540

Reprezentanţa „A. STUDERUS & Co.", Bucureşti I. Str. Sfi. Gheorghe 29 Telefon 3-19-94

V.

Societăţi ştiinţifice.

Academia de Medicină
din România

Şedinţa din 17 Februarie 1937

D. DANIELOPOLU et STOICHIZA: **Cercetări asupra tiroidiilor endemice şi sporadice (nota 12-a). Anchete şcolare în districtul Sibiu.**

D. DANIELOPOLU.: **(Nota 13-a). Deducţiuni generale. Etiologie şi patogenie a tiroidiilor.**

D. DANIELOPOLU, I. RECE, D. NICOLAIE, IOSZEF EMANOEL şi BARBU NESTORESCU: **(Nota 14-a). Toleranţa tiroidienilor la iod. Program de profilaxie a endemiei tiroidiene.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Autorii dau rezultatele unei anchete şcolare făcute în districtul Sibiu pe 26.028 elevi şi stabilesc harta geografică a acestui district. Frecvenţa mijlocie este de 13%. Ea variează dela un sat la altul şi ajunge în unele sate până la 59%.

Din punct de vedere al patogeniei, autorii admit un factor tirogen determinant şi factori predispozanţi. In tiroidiile endemice factorul tirogen determinant este necunoscut. El se găseşte în special în apa de băut şi este şi este în legătură cu caracterul solului. Pentru tiroidiile sporadice factorul determinant poate fi de natură toxică, infecţioasă sau nervoasă.

Factorii predispozanţi sunt: **o rea stare economică, carenţa iodată, o stare specială a tonusului vegetativ, sexul, vârsta, hereditatea.** Toate tiroidiile normo-tiroidiene, hipo-tiroidiene sau hipertiroidiene încep printr'un **proces de hiperplazie iniţială** care evoluează în urmă într'un fel sau într'altul, după **mecanismul tiro-vegetativ special** care se declanşează în fiecare caz. Mecanismul tiro-vegetativ normal consistă într'o acţiune reciprocă între tiroidă — a cărei secreţiune este amfotropă — şi sistemul nervos vegetativ. Un mecanism tiro-vegetativ normo-tiroidian poate să se schimbe la un moment dat în hipo-tiroidian, ceeace explică cazurile de guşă cu mixedem, sau într'un mecanism hiper-tiroidian, care explică cazurile de guşă basedowifiată.

Prin experienţele făcute asupra unui mare număr de guşaţi din regiunile endemice, autorii arată că tiroidienii suportă cantităţi mult mai mari de iod decât cele admise anterior. Doza de iod admisă curent pentru sarea iodată (5 mlgr. pentru un kgr. de sare) este prea mică.

Autorii cred că s'a exagerat mult asupra accidentelor de hipertiroidism provocate de tratamentul iodat şi că este foarte necesar a se mări cantităţiile de iod care are o acţiune „empêchante" certă asupra producerei tioridiilor.

Din punctul de vedere al profilaxiei iodate, autorii rămân la metoda cari au propus-o înaintea Oficiului Internaţional de Igienă publică din Paris şi care este compusă din trei operaţii:

a) Sare iodată conţinând 50 până la 100 miligrame de iod pentru fiecare kgr. de sare la toată populaţia din regiunile endemice.

b) Administrare la toate persoanele dela 5 până la 18 ani, de două ori pe an (15 zile primăvara şi 15 zile toamna) o jumătate de picătură până la o picătură din soluţia de Lugol (Iod 1 gr., iodură de sodiu 2 grame şi apă 30 grame) pe fiecare an de vârstă şi pe zi.

c) Administrare 10 până la 15 zile pe lună de o mică cantitate de iod în tot timpul sarcinei.

I. IACOBOVICI.: **Serul anti-peritonitic Cantacuzino-curativ şi profilactic.**

Serul anti-peritonitic este un amestec de părţi egale din ser anticolibacilor, ser antigangrenos şi antistreptococic. Autorul care l'a studiat pe 253 cazuri, ajunge la concluzia că este un factor curativ de primul ordin în peritonite şi în special în cele apendiculare. Aplicaţia intraperitoneală a serului în cursul operaţiei este cea mai eficace. Se poate întrebuinţa şi cu titlu profilactic cu rezultate foarte bune.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Şedinţa din 3 Martie 1937

MINEA I. şi T. DRAGOMIR: **Tratamentul sclerozei în placi prin injecţii intraarachnoidiene de Lecithină. Rezultate obţinute în 120 cazuri.**

Autorii cred că scleroza în plăci este datorită unui virus constituit principal de o lipază care atacă myelina fibrilară nervoasă. Pentru acest motiv au întrebuinţat ca tratament Licithina. Au obţinut remisiuni şi ameliorăţiuni în 78% din cazuri şi în 22% tratamentul a fost fără rezultat.

MOLDOVAN I. CRIŞAN C. şi T. TURCU: **Soarta bacililor acido-rezistenţi injectaţi la câini şi pisici pe cale endo-venoasă.**

Bacilii acido-rezistenţi (tip uman, bovin şi bacilii fleolei) injectaţi la câine pe cale intra-venoasă, arată aceiaşi afinitate pentru ţesutul pulmonar ca şi bacilii inejctaţi la cobai, la iepuri şi la pisică, cu diferenţa că sunt repede lyzaţi printr'o acţiune care se desfăşoară la nivelul plămânilor.

URECHIA C. I. şi G. RETEZEANU: **Contribuţiuni la studiul delirului spirit.**

Autorii ne dau patru observaţiuni de psychoze spirite unde au aplicat, în parte, metoda psichanalitică; ei analizează simptomele ce caută să explice prin metoda psichanalitică. Autorii conchid printr'o punere la punct a patogeniei nebuniilor spirite, insistând asupra rolului sub-conştientului, ideilor mistice, erotice, complexurilor de auto-pedeapsă şi a altor complexuri sexuale.

DURIG A. (Viena): **Alimentaţia lucrătorului.**

Autorul studiază raţia alimentară necesară unui individ — după felul de lucru pe care-l face, şi arată rezultatele conferinţelor dela Londra şi Roma. Autorul crede că lucrătorul are nevoe de un câştig minim, care i-ar permite lui şi familiei să-şi procure cele 3000 calorii de alimente. La acest câştig de bază s'ar adăoga suplimentele, după greutatea lucrului şi numărul orelor.

Şedinţa din 17 Martie 1937

EINHORN MAX (New-York: **Care este rolul gastritei cronice în etiologia ulcerului peptic.**

Autorul crede că în geneza ulcerului peptic, sindromul de hiperclorhidrie joacă un rol mai important decât gastrita cronică.

MARINESCU G., DRAGANESCU St., I. NICEA şi M, DORNESCU: **Cercetări asupra vitezei de sedimentare a hematiilor (eritro-sedimentare) în afecţiunile neurologice.**

Autorii au făcut cercetări asupra vitezei de sedimentare în coreea lui Sydenham, scleroza în plăci, scleroza laterală amiotrofică, myastenie, paralizie generală, mielită sifilitică, hemiplegie sifilitică, etc., şi au găsit aproape totdeauna modificări, cari permit să se urmărească evoluţiunea maladiei.

SLOBOZEANU HORIA şi IONESCU V. T.: **Asupra unui caz de icter grav familial.**

Autorii au constatat că icterul grav familial survine aproximativ într'o proporţie de 1/10.000. Copilul studiat prezenta forma nervoasă de icter grav (icter nuclear). Prezenta o puternică eritroblastemie (65 globule roşii nucleate pentru 1000 hematii, sau 2020 eritroblaşti pentru 100 leucocite), o degenerescenţă grăsoasă şi leziuni de necroză a celulelor hepatice şi renale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BANU G.: **Sănătatea şcolarilor în România.**

Cercetările, făcute pe 9000 de şcolari, au stabilit: 60,6% carie dentară, 36,0% hipertrofie amigdalină, 34,8% tuberculoze latente, 31,2% sub-nutriţie, 12,8% deficienţa vederi, 11,1% vegetaţii adenoide. Patologie socială: 60,5% din şcolarii examinaţi nu consumă lapte; locuinţă defectuasă în 62% de cazuri; 46,6% împărţesc patul lor cu încă o persoană.

VI.

Cărţi — Monografii

RAPORT ASUPRA ACTIVITĂŢII INST. DE SERO-VACCINURI «D-r I. CANTACUZINO» dela 1 Apr. 1936 – 1 Aprilie 1937, — Bucureşti, Tip. «Cultura» 1937.

In acest raport de 27 pagini, se vede că Institutul de Sero-Vaccinuri „D-r I. Cantacuzino" din Bucureşti, înfiinţat în 1921, a funcţionat în cursul anului 1936—937 cu cele 12 despărţăminte: Serv. serurilor antitoxice. al serurilor antimicrobiene, de analize medicale, de patologie veterinară şi comparată, de parazitologie şi vaccinaţiunile cu B. C. G., de control-ambalaj şi depozit, de culturi şi prepararea serurilor-reactivi, de sterilizare, de învăţământ al tecnicei microbiologice, serv. bibliotecilor şi publicaţiunilor Instit., administrativ; — 161 personal budgetar; — 302 animale în curs de imunizare la 31 Martie 1937; — tabloul No. 1 expune cantităţile de preparate eliberate gratuit Asistenţei publice şi cari se ridică la 84 milioane lei, şi că s-au efectuat 128.000 analise, dintre cari 91.5% în mod gratuit; — tabloul No. 2 arată cantităţile eliberate Ministerului Armatei, farmaciilor şi particularilor din ţară, din care se vede între altele că s-au vărsat drept taxe la stat 1.124.538 lei; s-au procurat cărţi şi reviste în valoare de lei 1.138.225; 5590 cetitori au consultat biblioteca; s-au cheltuit 7.285.574 lei pentru procurarea suplimentară de material; s-au alocat 324.166 lei pentru periodicul „Archives Roumaines de Pathologie Exp. et de Microbiologie", şi 400.000 pentru „Revista Ştiinţelor Medicale"; s-a editat 1 volum din lucrările publicate de membrii Institutului şi 1 volum asupra colecţiei de culturi microbiene păstrate în Institut; s'au acordat 13 burse pe 15 luni în sumă de 564.720 lei la 13 tineri lipsiţi de mijloace şi merituoşi; s-a acordat Lab. Maritim din Roscoff 80.000 lei pentru cele 2 camere rezervate cercetătorilor români; — s-a continuat colaborarea Instit. cu Serviciul Sanitar al Capitalei asupra eficacităţii met. de vaccinare antiscarlatinoasă şi asupra valorei diagnostice a reacţiunei Dick; — mai aflăm că s-au preparat 1.081.783 doze de vaccin B. C. G. dintre cari 147.397 la Iaşi; — se publică o statistică de activitatea Serv. Social B. C. G. dela 1 Apr. 1936—1 Apr. 1937, din care aflăm între altele că au fost vaccinaţi 8207 copii, revaccinaţi 9601, controlaţi 10.159, s-au efectuat vizite la domiciliu 39.519, ş. a.; — se expun măsurile de luat pentru protecţia personalului şi animalelor prin amenajarea de clădiri şi grajduri noi.

La sfârşit în 2 anexe se expun 6 grafice comparative de cantităţile principale de anumite seruri distribuite de Institut dela 1921 până la 1 Aprilie 1937, precum şi publicaţiile ştiinţifice ale personalului Institutului în cursul anului 1936—1937.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In fruntea acestei instituţiuni de activitate prodigioasă şi de importanţă capitală pentru sănătatea populaţiei ţării noastre, se află D-l Prof. *Ionescu-Mihăeşti,* care continuă în mod fericit tradiţia marelui său înaintaş, răp. Prof. I. Cantacuzino, căruia i-a fost elev preferit şi colaborator asiduu.

M. Cânciulescu.

* * *

VOLUM OMAGIAL ÎNCHINAT ACTIVITĂŢII Prof. Doctor NICOLAE GHEORGHIU. — Bucureşti, «Eminescu» 1937.

Cu ocazia trecerii în cadrul profesorilor onorari a D-lui Prof. D-r *N. Gheorghiu,* după 25 ani închinaţi învăţământului obstetrical la Fac. de Medicină din Bucureşti, un Comitet de Organizare în frunte cu D-l Prof. D-r *Nic. Zaharescu-Karaman,* elevul, colaboratorul şi suplinitorul său la catedră, a luat iniţiativa omagierii maestrului lor, care s'a manifestat prin volumul de faţă, iniţiativă care atinge cu prisosinţă scopul urmărit.

Conţinutul acestui volum omagial, de 248 pagini, cuprinde:

Titlurile şi demnităţile, între cari: Intern al Spitalelor din Paris, Docent, Profesor de clinică şi teorie obstetricală la Fac. de Medicină din Bucureşti, Director al Inst. „Maternitatea", Preşedinte al Asoc. G-rale a Medicilor, al Colegiilor medicale din ţară, al Confederaţiei Asoc. de profesionişti intelectuali din România, al Uniunei medicale balcanice (secţia românească), Preşedinte şi Membru a diferite Congrese, Reviste şi Soc. ştiinţifice din ţară şi din străinătate, Rector al Universităţii din Bucureşti, Membru al Academiei de Medicină din România.

Cuvântul maeştrilor din străinătate: A. Brindeau, A. Mauté, I. Voron, A. Laffont, R. Vaudescal, P. Lantouejoul.

Cuvântul maeştrilor din România: Profesorii I. Nanu-Muscel, S. Lalu, I. Iacobovici, N. Zaharescu-Karaman.

Cuvântul elevilor a fost adus de D-r Zaharescu-Karaman, profesor de clinică obstetricală la Fac. de Medicină din Bucureşti, „contimporan a două epoci şi elev a două şcoli ale obstetricei româneşti", care a arătat între altele că D-l Prof. Gheorghiu a reorganizat Clinica şi Maternitatea după principii ştiinţifice, modelate după şcoala franceză; — a creiat o Şcoală obstetricală nouă, **Şcoala obstetricală chirurgicală română,** în care e ţinut seamă de datele ginecologiei, biologiei, anatomiei patologice şi problemelor medico-sociale — reorganizând Clinica şi Maternitatea prin crearea Secţiunilor de chirurgie obstetricală şi ginecologică, a serviciilor de puericultură, laborator clinic şi radiologic, consultaţii prenatale, iar în învăţământ divizând studiul obstetricei în obstetrică fiziologică, obstetrică patologică şi obstetrică socială; — a dat alarma pentru protecţia mamei şi copilului.

Activitatea ştiinţifică, pentru ilustraţia căreia se reproduce câteva lucrări originale, precum: Revizuirea cavităţii uterine, Evidarea comisurală, Colpoperineorafia şi miorafia ridicătorilor anali; — se meţionează fondarea în 1900 a Soc. de Obstetrică, Ginecologie şi Puericultură; — crearea în 1920 a Revistei de Obstetrică, Ginecologie şi Puericultură; — se citează titlurile rapoartelor prezentate în cele 4 Congrese de chirurgie, obstetrică, ginecologie şi urologie; — ale lucrărilor originale şi ale comunicărilor ştiinţifice, în număr de 108.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Activitatea didactică care se ilustrează prin reproducerea Lecţiunei de deschidere din 6 Febr. 1913; a articolului Progresele obstetricei în ultimii 30 ani (1922); — şi a lecţiunei de deschidere din 6 Noembrie 1926, „Proteguirea femei gravide şi a noului născut"; — prin cele 140 Teze de doctorat şi medicină lucrate în Institutul Maternitatea şi prezidate de D-sa şi alte 40 teze numai prezidate.

Activitatea medico-socială, manifestată între altele prin fondarea în 2 Martie 1921 a Societăţii „Prietenii Institutului Maternitatea" şi care a adunat până în prezent peste 5 milioane lei, cheltuiţi în favoarea lehuzelor, a nounăscuţilor, pentru material, instrumente, reparaţii ale imobilelor, bibliotecă, a personalului inferior insuficient retribuit, ş. a. (D-r D. Săvulescu: Prof. Gheorghiu poate fi socotit ca cel mai bun, cel mai sincer şi cel mai devotat prieten al Inst. Maternitatea).

Activitatea chirurgicală, reprezentată prin cele 15.873 operaţii diverse făcute în Institutul Maternitatea dela 1912 până la 1937, al căror tablou este prezentat de D-l Agregat D. Săvulescu.

Secţiunile clinicei obstetricale create de Prof. D-r Nic. Gheorghiu: Serv. de puericultură (1915); medicină internă (în 1927 numirea oficială a a unui asistent de medicină internă); laboratorul (din Aprilie 1925, laborator propriu, care până în Martie 1936 a făcut 75.519 analise); consultaţii prenatale (se dau anual circa 4000); secţiunea de radiologie şi electroterapie (din 1934).

M. C.

* * *

A. RADOVICI, R. PAPAZIAN şi M. SCHACHTER: **HIPOFIZA ŞI SINDROMELE HIPOFIZARE.** — Bucureşti, Tip. «Cultura», 1937.

In această lucrare, de 95 pagini, extrasă şi complectată din Revista Ştiinţelor Medicale, No. 3 şi 4/1937, autorii bazaţi pe numeroase observaţii clinice personale, fac studiul complect al glandei şi syndromelor hipofizare, expunând

In **partea I-a:** datele anatomo-histo-patologice; diverşi hormoni elaboraţi de lobii anterior, mijlociu şi posterior ai hipofizei; metabolismele determinate de sinergia tubero-hipofizară; hipofiza şi funcţiunea somnului; diagnosticul biologic al sarcinei; titrarea hormonilor; hipofiza şi vitaminele.

In **partea II-a** fac clasificaţia sindromelor hipofizare, menţionând acromegalia şi gigantismul; sindromul lui Cushing; maladia lui Simmonds; nanismul hipofizar; acromicria; sindromul hiper-hidropexic al Prof. C. I. Parhon; diabetul insipid; hipofiza şi diabetul zaharat; distrofia adiposo-genitală; sindromul lui Lawrence-Biedl; maladia lui Dercum; lipodiotrofia progresivă; ginecomastia; criptoorchidia; pseudo-mastita pubertară a adolescenţilor; tumorile hipofizare; hipofiza şi hipertensiunea arterială; hipofiza şi migrena.

La sfârşit o bogată bibliografie a lucrărilor cari aduc o contribuţie reală.

Acest studiu este bine venit; prin forma clară şi conţinutul expus în mod succint dă cetitorului o privire de totalitate a rolului hipofizei în organism, glandă care prin funcţia sa depăşeşte cadrul strict al specialistului şi se integrează în biologia generală umană.

Mai adăogăm că *contribuţia românească este menţionată în mod amplu:* ast-fel Prof. Gr. Popa la anatomia vasculară; Marta

Trancu-Rainer la eliminarea hormonilor gonadotropi prin salivă la diagnosticul biologic al sarcinei; Prof. I. Nițescu la influența foliculinei ovariene asupra melanoforelor la mormolocii de broască; Șerbescu și Buttu, Prof. Urechia și Retezeanu la hipersomnia în adenomul cromofob și la bromemia maniaco-depresivilor; prof. I. Niculescu la inervația lobului posterior prin nucleul supra-optic; Prof. Zaharescu Caraman, Porumbaru și Fotin la diagnosticul biologic al sarcinei prin întrebuințarea căii lombare în practicarea reacției lui Friedmann; Prof. Marinescu și Minea la acromegalia malignă cu obesitate și diabet insipid; Prof. Marinescu și Parhon la sindromul de acromogalie-gigantism; Prof. Parhon și C-ța Parhon la sindromul de nanism hiperhipofizar; Prof. Parhon, N. Vasilescu și Tomorug, la nanismul hipofizar; Prof. Parhon la sindromul hiperhidropexic; Prof. Lupu cu colab. la patogenia diabetului insipid printr'o disfuncțiune reno-tisulară; Prof. Parhon, Milcu, Schächter la ginecomastie; O. Millian la criptorchidie; Prof. Parhon cu colab. la pseudo-mastita pubertară a adolescenților.

M. C.

* * *

Docent D-r ALFRED DIMOLESCU: **PSICHOZELE EMOȚIONALE.** – Bucureşti Tip. «Cultura», 1936.

Un studiu psichopatologic, de 80 pag. în care autorul, Docent de psichologie patologică la Fac. de Medicină din Bucureşti şi medic primar la Spitalul „Central" de boli mintale şi nervoase, a condensat noțiunile referitoare la psichozele cari survin unui şoc emotiv consecutiv unui traumatism afectiv.

Digitized by Google Digitized by Google

Termenul de *psichoze emotive* aparține autorului; el înlocueşte pe acela de *psichoze reacționale,* sub care aceste stări au format obiectul unui studiu din partea Prof. Urechia.

Aceste psichoze cari sunt în raport cu constituția psichică individuală sunt de tipul melancolic, al confuziei mintale, al unei stări maniacale sau schizoide; ele au o evoluție scurtă şi un prognostic benign.

Ca tratament se recomandă depurativele, calmantele, fortificarea fizicului şi moralului pe cale psichică, psichanaliza recomandată de Prof. Urechia; în plus schimbarea mediului şi prevenirea recidivelor.

7 observații clinice documentează acest studiu.

M. C.

* * *

REVISTA DE PEDIATRIE ŞI PUERICULTURĂ. – Buletinul Soc. de Pediatrie şi Puericultură din Cluj, Anul I, No. 1-4 1937, «Lumina» Cluj.

Sub imboldul şi direcția D-lui Prof. Gh. Popoviciu, Directorul Clinicei Infantile dela Fac. de Medicină din Cluj, a apărut *Revista de Pediatrie şi Puericultură,* care reprezintă şi *Buletinul Soc. de Pediatrie şi Puericultură din Cluj.*

Este a doua realizare a distinsului pediatru dela Cluj în promovarea medicinei infantile din Ardeal, prima fiind reprezentată prin crearea Soc. de Pediatrie şi Puericultură din Cluj, la data de 1 Ian. 1936.

In „APELUL" ce adresează oficialităţilor şi marelui public, în numele Comitetului de conducere al revistei, D-l Prof. Popoviciu denunţă pericolul scăderii vertiginoase a natalităţii, mai ales la frontiera de vest a ţării, în timp ce mortalitatea rămâne aceiaşi dinainte de răsboiu, adică cea mai ridicată din toate statele civilizate.

In lupta ce trebue dusă, cere construirea unei **noi clinici infantile** la Cluj cu amenajarea ei conform datelor moderne, precum şi **împănarea ţării cu instituţiunile necesare de ocrotire a mamei şi copilului.**

In capul revistei D-sa publică conferinţa **„Probleme şi necesităţi de actualitate în medicina infantilă"** lecţie de inaugurare ţinută la data de 2 Martie 1936, care reprezintă o profesie de credinţă şi un program de activare în viitor prin orizontul larg al problemelor ce înfăţişează.

Urmează numeroase articole de cercetări originale sau prezentări de date statistice, cazuri clinice, ş. a., a căror concluziuni scrise în limbile franceză şi germană îi vor asigura „Schimbul" cu organele similare străine şi vor difuza în străinătate cercetările româneşti.

La sfârşit e bogată revistă a cărţilor şi revistelor româneşti şi străine.

M. C.

* * *

B. THÉODORESCO: **AFFECTIONS DU PERICARDE. In «L'Encyclopédie Médico-Chirurgicale,** Paris, 1936, 32 pag., 11015—11017.

Autorul, fost Intern al Spitalelor şi Şef de Clinică al Fac. de Medicină din Paris, Agregat la Fac. de Medicină din Bucureşti, descrie în 22 pag. *Afecţiunile pericardului:*

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Corpii străini, Parasiţii, Tumorile pericardului, Pericarditele, Hidro-Hemo-Pericardul; Simfiza pericardului, Diverticulii pericardului.

Un index bibliografic de 4 pagini termină lucrarea.

O complectă punere la punct a subiectului, în care descripţia clinică prevalează şi în care se dă o atenţie deosebită contribuţiei româneşti

M. C.

* * *

D-r M. BREZIS: **CALĂUZA MAMELOR** *). — Cum să hrănim sugarul sănătos şi bolnav. Bucureşti, Cartea Românească, 1936, preţ 90 lei.

Am în faţă o serie de lucrări cu conţinut practic cari se adresează mamelor şi vizează îngrijirea copilului mic; cităm printre acestea: „Ingrijirea copilului mic, sănătos şi bolnav" de D-l D-r I. Ettinger, 1920; „Sfaturi către asigurate şi soţiile asiguratelor pentru creşterea copiilor mici" de D-ri S. Graçoski şi I. Ettinger, 1921; „Sfaturi către mame" de D-r Gh. Banu, 1922"; „Ingrijirea şi alimentaţia copilului mic" de Docent A. Iancu, 1928; ş. a.

„Călăuza mamelor", care învaţă pe mame cum să hrănească sugarul sănătos şi bolnav, le întrece pe toate prin desvoltarea dată, prin prezentarea tuturor noţiunilor referitoare, prin forma clară de expunere.

---

*) Obligaţia, ce mi-am impus, de a prezenta personal publicului medical românesc cărţile care mi se trimet pentru analisă, ca şi apariţia bilunară a acestei Publicaţii, fac această prezentare cu regretabilă întârziere, precum se întâmplă şi cu această folositoare carte care mi s-a adresat la 7 | 1 | 937 cu dorinţa de a-mi da asupra ei «o sinceră şi obiectivă părere» şi totuşi o fac la sfârşitul anului.

PARTEA I-a expune câte-va cunoştinţe de anatomie şi fiziologie cu privire la noul născut, sugar, copil.

Generalităţi — **Noul născut normal** (la termen). — **Prematurul** — **Creşterea şi desvoltarea lor** (Greutate şi înălţime, dentiţie, desv. funcţiilor corporale şi sufleteşti). — **Funcţia digestivă la sugari.**

PARTEA II-a priveşte alimentarea sugarului sănătos:

Alegerea felului de alimentare. — **Alăptarea la sânul mamei, până la 6 luni** (regulele alăptării, reguli de igienă, incidente în cursul alăptării la sân din partea copilului, a mamei, cazuri în care alăptarea mamei nu poate avea loc); — **Alăptarea după 6 luni** (laptele de vacă şi primele fierturi cu un făiniş, regimul până la înţărcare, înţărcarea); — **Alăptarea de doică** (alegerea doicei); — **Alăptarea artificială** (laptele de vacă, sterilizarea laptelui, păstrarea, tecnica alăptării artificiale, alimentarea cu lapte condensat, uscat şi făinuri lactate); — **Alăptarea mixtă.** — **Alăptarea după un an.** — **Factorii ajutători ai alimentării şi creşterii** (Vitaminele, avitaminozele, aerul, lumina, somnul, — alimentarea în câteva cazuri excepţionale (a gemenilor, în cazuri de călătorii, viligiatură, a debililor congenitali).

PARTEA III-ia priveşte Alimentarea sugarului bolnav: **Regimuri de tranziţie** (dieta hidrică, regimul merelor crude, dieta cu lapte modificat, alte alimente de transiţie, reluarea alimentaţiei normale) — **Alimentarea în turb. digestive ale sugarului** (causele turb. digestive, simptomele şi trat. lor: vărsăturile acc. şi regulate, ruminaţia, constipaţia, diarea copiilor la sân sau hrăniţi artificial, distrofiile, dispepsiile, enteritele disenteriforme, denutriţia, prevenirea tub. digestive) — **Alimentarea în alte boli decât ale tub. digestiv** (sifilis, boli febrile, diateza exudativă) — **Intoleranţa şi idiosincrazia.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PARTEA IV-a prezintă o serie de **reţete alimentare pentru bucătăria sugarului.**

In APENDICE se dau foi pentru însemnarea curbei de greutate, a reg. alim.

Am amintit din „Cuprinsul" acestui *„Manual al perfectului sugar"*, cum ne permitem a-l numi, numai capitolele şi directivele mari; n-am intrat în detaliile, cari nu scapă nimic din ce interesează pe mamă pentru alimentarea şi buna îngrijire a copilului ei.

Totul se înlănţue normal şi se reţine cu uşurinţă; pentru-că expunerea este nesilită; pare că vorbeşte însuşi medicul care dă sfaturi mamei.

„Acest manual nu înlocueşte pe medic, ci îl secondează" — spune cu rezervă autorul în „Cuvânt înainte"; dacă nu-l înlocueşte, în orice caz să-l însoţească, recomandăm noi.

In *„Prefaţă"* D-l Prof. D. Mozincescu, faţă de constatarea că suntem prima ţară din Europa în ce priveşte mortalitatea infantilă, care este cea mai urcată şi se găseşte la fel cu cea de acum 100 ani, găseşte bine venită o asemenea contribuţie şi nu se îndoeşte că va avea succesul meritat.

Noi care conducem de 17 ani un serviciu de boale interne de copii şi azile de sugari, ne mai dăm seama de pregătirea insuficientă a medicilor noştri în pediatrie şi mai ales în puericultură; — de acea le prezentăm nu numai cu plăcere, dar cu deosebită căldură cartea aceasta scrisă de un desăvârşit cunoscător al materiei, într'un stil curgător şi într'o frumoasă limbă medicală românească.

D-r M. Cânciulescu.

VII

Diverse — Informaţiuni.

Profesorul Al. Obregia

20 Iulie 1860—24 Iulie 1937.

In ziua de 24 Iulie a. c., s-a săvârşit din vieaţă Doctorul Al. Obregia, profesor onorar al fac. de medicină din Bucureşti.

„Covârşitoarea personalitate a Prof. Obregia, clasică prin însuşirile sale excepţionale, dinamică prin marile sale realizări, cum atât de fericit o caracterizează eminentul său elev şi succesor la Catedra de psichiatrie a Facultăţii şi la Spitalul central de boli nervoase şi mintale din Bucureşti, D-l D-r P. Tomescu, a fost comemorată într'un număr special, No. 17/1937 al rev. „România medicală".

Din Articolele scrise de D-nii D-ri Prof. P. Tomescu, G. Preda, I. Constantinescu, A. Popea, A. Dimolescu, G. Badenski, N. Ruşdea; — şi din cuvântările D-lor Prof. C. Anghelescu; D-r I. Costinescu, Ministrul Sănătăţii Publice; Prof. C. Bacaloglu, în numele Ateneului Român; Prof. P. Tomescu, în numele Asoc. g-rale a medicilor; D-rul Valer Neagoe, în numele Soc. Şt. în medicină — Cuvântări ţinute cu ocazia funerariilor din ziua de 27 Iulie, desprindem afirmări din fraze, comparaţii, imagini, mărturisiri, elogii — din cari vor reeşi în lumină clară trăsăturile marelui dispărut:

„S-a născut la 20 Iulie 1860; — a fost printre primii studenţi cari au trecut concursurile de externat şi de internat, reuşind întâiul; — a fost preşedinte al Soc. Şt. în Medicină; — în 1888 a trecut teza de doctorat „Centrii centro-corticali, motorii şi vizuali"; — plecat în străinătate, a vizitat toate centrele de cultură medicală din Europa, în primul rând pe cele de specialitate, şi mai ales clinicile şi laboratoarele Prof. Wundt din Berlin şi Magnan din Paris; — a fost numit în învăţământul universitar ca suplinitor al catedrei de Histologie în 1892, titular al aceleaşi catedre, prin concurs, în 1893, dela care a trecut în 1910 la catedra de Psichiatrie, prin pensionarea Prof. Şuţu; — în 1895 trece concursul de medic primar — psichiatru la Spitalul Mărcuţa; — a fost **Creatorul Psichiatriei ştiinţifice în România**; — a făcut o **Reformă fundamentală în asistenţa bolnavilor mintali**, scoţând bolnavii alienaţi din monastiri şi instalându-i în Spitalul Central de boale mintale din Bucureşti şi Spitalul Socola din Iaşi; — dotat de natură cu însuşiri excepţio-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

nale şi cu talent remarcabil a făcut cursuri cari treceau dincolo de incinta amfiteatrului şi dincolo de preocupările studenţilor în medicină; — a fost **Intemeetor de Şcoală** şi un **Reformator** (Prof. Tomescu: Viaţa şi opera Prof. Al. Obregia).

Ca director general al Serv. Sanitar între 1899—1900 şi 1906—1907 a **creiat 32 spitale rurale jubiliare „Regele Carol I"**, pe lângă **Spitalul de boli mintale dela Bucureşti şi Socola din Iaşi; — a etatizat spitalele rurale creiate în 1884—85**, băgându-le în budgetul statului, expunând opera de înzestrare a acestor spitale în Secţia sanitară română organizată de el la marea Expoziţie dela Paris din 1900, care i-a acordat marea diplomă de onoare; — pe lângă fondul de epidemii, a creiat un **fond de asistenţă sanitară pe lângă loteria de stat**, cu care a ridicat spitalele (D-r G. Preda: Personalitatea şi realizările Prof. Obregia).

„Intâi bolnavul şi apoi noi" îi era deviza; — era **duşman de moarte al alcoolismului**, „această murdară patimă"; — încuraja la lucru pe acei bolnavi „ce se îndemnau" răsplătindu-i cu porţia dublă de ţigări, pentru-ca a doua zi şi alţii „să se îndemne", micşorându-se numărul inactivilor, căci spunea el **„acel serviciu şi acei îngrijitori sunt buni, cari au numărul cel mai mic de inactivi"; — „era o enciclopedie vie"**; — într'o zi de Paşte a fost singurul medic la vizită în tot spitalul (D-r I. Constantinescu: Prof. Al. Obregia la patul bolnavilor).

A creiat în 1910 **Metoda incluziunei fragmentelor de creer şi organe în fotoxilină; — a studiat leziunile simpaticului în toate boalele mintale** (cu pitulesc); — **a studiat citologia fină neuronală în paranoia; — a descris** în 1919 **faza paranoidă a par. generale (paranoismul metaparalitic); — Syndromul obsesiunei dentare; — alcoolismul generator de psichoze maniaco-depresive; — sinteza nosologică a ciclofreniei**; — şi a. (Seb. Constantinescu: Din opera ştiinţifică a Prof. Obregia).

Psichiatria legală a avut în Prof. Obregia un slujitor priceput; — a fost un **premergător al higienei mintale**, căutând să prevină psichozele prin cunoaşterea causelor lor; — s-a ocupat de **psichiatria infantilă**, pentru care dorea să creeze un serviciu de spital aparte; — tindea către un psichiatru omenesc ideal (A. Popea: Prof. Al. Obregia, psichiatru).

A fost întodteauna interesat de **soarta ţăranului român**, luând măsuri contra pelagrei, combătând flagelul sifilisului şi denunţând alcoolismul cu consecinţele sale nefaste, asupra cărora a atras atenţia în ultima sa conferinţă, ţinută la Ateneul Român cu câte-va zile înainte de boală; — a creiat expresia **„bialcolat de sifilis"**; — cunoscând 5—6 limbi, la curent cu medicina până la zi, a fost un **„Penel al medicinei mintale române"** (Alf. Dimolescu: Activitatea medico-socială a Prof. Al. Obregia).

Ca histolog şi anatomo-patolog a prezentat **numeroase cercetări în tezele inaugurale ale elevilor săi**, între cari acelea ale D-lor D-ri Wohlberg (alterările corpului tiroid în par. generală, 1896), G. Cugler (cercetări electrice şi histologice asupra cubitalului în p. g. şi alcoolism), P. Gălăşescu (Terminaţiile nervoase în cord, 1900), Vranialici (Structura protoplasmei celulei nervoase, 1901), P. Pitulescu (Citologia clinică şi experimentală a lich. cefalo-rachidian), Frânculescu (Rachicenteza suboccipitală, Prof. Obregia fiind primul care a practicat-o), A. Popea (Seroreacţia Abderhalden în psichiatrie), St. Florian (Opoterapia tiroidiană) ş. a. m. (G. Badenski: Prof. Obregia ca om de laborator)".

Iar în cuvântarea ţinută în numele Ateneului Român, D-l Prof. C. Bacaloglu spune între altele:

„Cariera sa a fost a unui cuceritor prin inteligenţă, muncă şi tenacitate — a avut bucuria să fie sărbătorit şi să vadă realizat în bronz, de de către iubiţii săi elevi, bustul său; — a creiat Spitalul central „mai mult cu picioarele decât cu capul" cum singur spunea, atât a alergat, a bătut la toate porţile pentru a strânge capitalul necesar; — nu numai medic eminent şi profesor desăvârşit, D-rul Obreja a fost un enciclopedist în cea mai largă şi frumoasă concepţie a cuvântului; — „adevărata cultură desăvârşeşte pe om; humanitarismul formează oameni complecţi şi evită specializarea rapidă, care priveşte lumea numai cu un ochi şi acela cu monoclu colorat, rămânând închis celalt ochi care trebuia să vadă şi să cunoască atâtea frumuseţi ale lumei vechi şi noi cari înăbunăţesc pe om şi-l înalţă în sfere mai senine; — această cultură generală şi armonioasă e cea clasică care a condus şi ilustrat atâtea generaţii; — ele au înălţat patria şi omenirea întreagă", — spunea în 1934, Prof. Obregia într'un discurs la Ateneul Român, căruia i-a fost membru ales dela 1897 şi vice-preşedinte în 1924".

Spicuitorul devotat al acestor unanime elogii, aduse de către elevii şi colaboratorii săi, n-a activat în apropierea imediată a Prof. Obregia, dar l-a stimat şi iubit de departe şi rămânea întotdeauna mirat că continua să-i ţină minte numele — *fiind dată prodigioasa sa memorie;* — şi i-a rămas recunoscător pentru-că pe *minunatele sale cursuri stenografiate* a învăţat şi reţinut Histologia şi Psichiatria — *fiind date marile sale calităţi de profesor,* în slujba cărora mai punea un minunat dar de expunere colorată şi de persuasiune.

De aceea hotărîrea Asoc. G-rale a Medicilor, exprimată prin organul autorizat al Preşedintelui său, D-l Prof. P. Tomescu, care a vorbit în numele întregului Corp Medical Românesc — *de a aşeza bustul Profesorului Al. Obregia în Panteonul nostru medical,* alături de marii dispăruţi: Victor Babeş, Toma Ionescu, Ioan Cantacuzino şi Mina Minovici — este cea mai bună recunoaştere a meritelor sale excepţionale şi îndeplineşte o pioasă datorie de recunoştinţă.

M. Cânciulescu.

* * *

† Doctorul Dimitrie Noica

Inregistrăm decesul Doctorului *D. Noica,* fost Medic primar la Spit-Mărcuţa şi Agregat la Fac. de Medicină din Bucureşti, un adevărat om de ştiinţă, cercetător pasionat şi desinteresat care a publicat numeroase lucrări de valoare în special asupra Semiologiei sistemului nervos şi asupra isteriei.

Asupra „Omului", cu caracter prob. şi suflet senin, „Prietenului" cald, „Românului" legat de brazda strămoşească — a scris rânduri înălţătoare D-l Prof. *I. Niculescu* în „România Medicală" No. 18/19337, pe cari să-şi facă o datorie a le ceti toţi câţi l-au cunoscut, apreciat şi iubit.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l Profesor D-r C. Daniel

„Doctor honoris causa" al Universităţii din Toulouse

In ziua de 4 Noembrie crt. *D-l Profesor C. Daniel* a fost proclamat *„Doctor honoris causa"* al Universităţii din Toulouse.

Solemnitatea a avut loc într'o atmosferă impresionantă şi în prezenţa profesorilor tutulor facultăţilor din Toulouse, a rectorului Academiei din Toulouse, a decanilor facultăţilor, a celor mai însemnate personalităţi oficiale culturale din Toulouse şi din alte părţi.

Dupe cetirea de către D-l Prof. *E. Mériel,* membru al Academiei de Medicină din Paris, a raportului asupra titlurilor şi lucrărilor cari au valorificat sărbătoritului această mare onoare, D-l Prof. *C. Daniel* a ţinut următoarea cuvântare:

Monsieur le Recteur,
Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine,
Messieurs les Doyens,
Ilustres Maîtres, Chers Collègues,
Chers étudiants,
Mesdames, Messieurs,

„L'insigne honneur que me fait aujourd-hui l'Université de Toulouse, en me décernant le titre de „Docteur Honoris causa" de la Faculté de Médecine, est un hommage qui dépasse ma personne, et s'adresse à la Faculté de Médecine de Bucarest, dont j'ai l'honneur d'être le représentant, ainsi qu'à mon pays qu'unissent à la France les liens indissolubles d'une origine commune et d'une traditionnelle amitié.

Mon seul titre à retenir votre attention est d'avoir appartenu à cette grande famille de l'Internat de Paris, à une époque où le génie scientifique de la France dominait déjà la pensée universelle. En travaillant plusieurs années auprès de Collègues, devenus les Maîtres actuels de la médecine française, j'ai puisé de solides principes médicaux, mais, surtout, j'ai subi plus que d'autres, une mystérieuse attraction pour l'esprit français, plein de méthode, de logique, et de clarté.

Disciple de cette glorieuse Ecole de Paris, je n'ai cessé d'entretenir avec les Maîtres dont je me réclame, des relations actives, qui m'ont permis de contribuer à l'expansion de la pensée française, et de ses méthodes, présentement en honneur dans la plupart de nos Ecoles, et de créer une atmosphère de confiance entre nos deux pays.

Le contact prolongé et l'éducation de plusieurs générations roumaines aux sources de la civilisation française, expliquent comment, dans tous les domaines, notre culture a subi la forte emprise de votre discipline. Pour tout esprit roumain qui observe et qui réfléchit, la France apparaît comme une synthèse vivante et lucide, enregistrant les seuls enseignements de l'expérience et dédaignant l'utopie ainsi que les rêves stériles.

C'est dans ce trait de son génie qu'il faut chercher les raisons permanentes de notre amitié indéfectible pour la France.

C'est, sans doute, à ce passé, à cette sympatie constante, plutôt qu'aux titres dont j'ai entendu l'énoncé tout à l'heure avec confusion, que je dois

la haute distinction dont vous m'honorez et la faveur insigne de servir de trait d'union entre cette vielle et illustre Faculté Toulousaine et notre jeune Faculté roumaine.

En ce jour de traditionnelle manifestation académique, qui est une date mémorable dans l'histoire des relations intellectuelles entre Toulousains et Roumains, en ce jour destiné à cimenter notre fraternité spirituelle, je voudrais rendre à la France tout ce qu'elle m'a donné.

Mais comment exprimer l'emotion qui me gagne? Comment dire les sentiments d'amour et de reconnaissance que j'ai pour cette nation généreuse, à laquelle je dois ma formation scientifique, et qui ayant contribué, sans réserve, à tous les événements historiques de notre unité nationale a aidé la Roumanie, *terre latine, à prendre place dans le mouvement du monde civilisé?*

Pionnier inlassable de la culture française, je forme des voeux pour la poursuite de cette oeuvre magnifique, à savoir: l'union féconde et constante de nos deux nations, sur le terrain de la paix et de l'idéal commun. Je continuerai avec plus d'énergie encore à propager cette bienfaisante influence de la civilisation française; je m'emploierai plus spécialement à rapprocher étroitement nos deux Facultés, m'efforçant de promouvoir une active collaboration entre la Faculte roumaine et celle de Toulouse, qui a fourni à la Médecine tant d'hommes réputés et dont les Maitres actuels illustrent avec éclat l'art et l'enseignement médical français. En dehors de ses incomparables ressources intellectuelles, Toulouse offre à la jeunesse studieuse les bienfaits d'une antique et traditionnelle hospitalité.

Permettez-moi, profondément touché du geste de haute courtoisie de votre illustre Université — symbole du passé et de l'avenir de nos pays — permettez-moi, Monsieur le Recteur, monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine et Illustres Maitres de l'Université de Toulouse, de vous remercier chaleureusement, de l'honneur que vous me faites en ce jour".

Intreaga ceremonie a fost radiodifuzată (radio-Toulouse).

Onoarea făcută D-lui Prof. *C. Daniel* dela D-sa trece asupra ţării şi ştiinţei medicale româneşti.

M. C.

* * *

Zilele Medicale

dela Timişoara (7-8 Noembrie 1937)

Cu acelaş desăvârşit succes din anii precedenţi, Colegiul Medicilor şi Asoc. G-rală a Medicilor, filialele Temişoara, ambele sub preşedinţia distinsului medic primar, D-l D-r E. Suciu, au organizat *„2 zile medicale"* la cari au participat un mare număr de medici din oraş şi din vecinătate.

Dăm programul acestor *„Zile medicale":*

Cuvântul Preşedintelui: **D-r Eugen Suciu.**

Docent D-r **I. Ţeţu** (Bucureşti): Broncho-esofagos-copia ca mijloc de diagnostic şi tratament în patologia mediastinală. — D-r **M. Hăngănuţ** (Cluj): Malformaţiunile congenitale ale vesiculei biliare. Consideraţiuni clinice radiologice şi isto-patologice. (Cu proiecţiuni de filme). — Docent D-r **L. Danielo** (Cluj): Riscurile pneumotoracelui incomplect şi evitarea lor. (Cu proiecţiuni

de filme). — Prof. C. I. Parhon (Bucureşti): Importanţa actuală a endocrinologiei. Fapte câştigate. Perspective. — Prof. Agr. D-r G. Severeanu (Bucureşti): Problema cancerului. — Prof. D-r C. Hitzenberger (Viena): (Despre importanţa presiunei diastolice în aprecierea ipertireozei). Uber die Bedeutung des diastolischen Blutdruckes für die Beurteilung der Hyperthyreozen. — Docent D-r L. Câmpeanu (Braşov): Mişcarea în serviciul vindecării bolnavilor operaţi. (Cu proiecţiuni cinematografice). — Agregat D. Paulian (Bucureşti): O boală socială. (Cu proiecţiuni cinematografice). — Prof. D-r G. Popovici (Cluj): Turburările de nutriţie ale copilului de sân şi tratamentul lor. — Docent D-r M. Cânciulescu (Craiova): Consideraţiuni asupra curei hidro-climatice. — Docent D-r A. Banciu (Bucureşti): Formele anormale ale limfogranulomatozei (Boala lui Nicolas Favre). — Prof. D-r C. Hitzenberger: Tratamentul anemiilor. — Docent D-r S. Iankovic (Beograd): Varicele esofagului. — D-r I. Glăvan (Oradea): Actualităţi în terapeutica oftalmologică.

La sfârşit a avut loc Adunarea generală a colegiului medicilor cu ordinea de zi: Desbaterea şi votarea statutului şi a regulamentului casei de ajutor a medicilor, şi Adunarea comitetelor revistei „Vestul Medical".

Au fost ţinute 14 conferinţe, dintre cari 3 de către 2 conferenţiari străini, iar 5 de către docenţi ai Fac. de Medicină din Bucureşti şi Cluj.

Aceşti 5 docenţi conferenţiari fac parte din Asoc. G-rală a Docenţilor Fac. de Medicină din România, Asociaţie care şi-a propus revalorizarea şi reînfiinţarea instituţiei docenţei, azi desfiinţată la toate Facultăţile noastre.

In calitate de Preşedinte al acestei Asociaţii a Docenţilor, am luat iniţiativa ţinerii unui Ciclu de Conferinţe cu caracter Medico-Social în principalele oraşe din ţară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Au fost ţinute asemenea conferinţe în cursul anului curent la Chişinău de către docenţii M. Cânciulescu şi E. Hurmuzachi, la Bârlad de docentul V. Plăcinţeanu, la Craiova de docenţii Şerban Brătianu şi generalul N. Constantinescu, la Ploeşti de docentul Gh. Petrescu şi L. Pop, la Constanţa de docenţii H. Slobozeanu şi I. Ghiţescu, iar la Temişoara de docenţii A. Banciu, L. Câmpeanu, M. Cânciulescu, L. Daniello şi I. Ţeţu.

Aceste conferinţe vor fi publicate în volum aparte, formând *Ciclul Conferinţelor Medico-Sociale*, pe lângă *Ciclul Actualităţilor Medicale*, în care sunt cuprinse Conferinţele şi Colocviile ţinute anual de către filiala din Bucureşti, „Actualităţi Medicale" cari au apărut până în prezent în 4 volume (al 5-lea este pe cale de apariţie) prin îngrijirea revistei „Mişcarea Medicală Română".

M. Cânciulescu.

* * *

Adunarea g-rală a Asoc. Doc. Fac. de Med. din Bucureşti

Alegerea noului Comitet

Adunarea generală a Asociaţiei docenţilor facultăţii de medicină din Bucureşti, s'a ţinut la 15 Decembrie crt. în amfiteatrul spitalului Colţea.

Cu această ocazie, vechiul comitet sub preşedinţia d-lui Doc. D-r

M. Cânciulescu şi-a depus mandatul. D-sa, într'o scurtă cuvântare a arătat activitatea Asociaţiei în anul expirat. S'a ţinut astfel o serie de conferinţe şi colocvii nu numai în Bucureşti, dar şi în oraşele principale din ţară. Conferinţele au tratat subiecte de actualitate ştiinţifică, ce au fost primite cu mult interes de medicii locali. Colocviile urmează a fi publicate în volum (al 5-lea volum de Actualităţi medicale), iar Conferinţele medico-sociale în volum aparte.

Totodată, fostul preşedinte relevă faptul că patru dintre docenţii facultăţii, D-nii D-ri Emil Crăciun, Ion T. Niculescu, Ion Nicolau şi D. Combiescu au fost ridicaţi la rangul de profesori, socotind că aceasta este dovada cea mai sigură care reabilitează instituţia docenţei şi satisface nedreptatea adusă actualilor docenţi.

D-l Prof. D-r *I. T. Niculescu,* mulţumeşte pentru primirea făcută de asociaţie şi arată rolul care îi incumbă asociaţiei în anul viitor: a duce o luptă pentru lărgirea cadrului din care vor fi aleşi viitori profesori universitari, care după actuala lege e mult prea restrâns.

In urmă s'a ales noul comitet constituit astfel: Preşedinte, D-r *State Drăgănescu;* Vice-Preşedinţi, D-nii D-ri *C. Dimitriu* şi *I. Bazgan;* Secretar general, D-r *Şerban Brătianu;* Censori, D-nii D-ri *Jovin* şi *Gh. Niculescu;* Casier, D-r *E. Bistriceanu.*

M. M. R.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Adunarea g-rală a Breslelor balneo-climatice

In zilele de 16 şi 17 Dec. crt. a avut loc în Bucureşti Adunarea Generală a Breslelor Balneo-Climatice, în care şi-au spus cuvântul întru apărarea staţiunilor noastre balneo-climatice şi a intereselor lor toţi cei în causă: statul, prin organele sale oficiale; — staţiunile, prin autorităţile locale; — medicii, prin reprezentanţii lor; — negustorii, prin persoana celor cari exploatează staţiunile; — învăţământul superior, prin cei cari trebue să-l asigure în facultăţile noastre de medicină.

In numele Fac. de Medicină din Bucureşti a vorbit D-l Prof. *S. Lalu,* Directorul Catedrei şi Institutului de Farmocologie al facultăţii, care a enunţat principii de bază şi a expus concepţii salutare pentru propăşirea staţiunilor noastre balneo-climatice.

Vom reveni asupra celor desbătute în No. viitor al revistei când vom publica acest *Discurs-Program,* „In chestiunea Balneo-Climatică", cu care D-l Profesor *Lalu* îşi începe colaborarea la revista „Mişcarea Medicală Română", bine-voind a lua parte în Comitetul său de redacţie.

Aducem mulţumiri recunoscătoare D-lui Prof. D-r *S. Lalu* pentru marea onoare ce face revistei.

M. Cânciulescu.

Alt caz de practică ilicită a medicinei şi farmaciei cu călcarea dispoziţiunilor fiscale şi vamale

O farmacie (pe nume *„Pannonia")* din Buda-Pesta, printr'un om al său de încredere (pe nume *„Obengruber")* din Cernăuţi anunţă la jurnale că tuberculoşii şi-au aflat în sfârşit vindecarea în *„Cura cu Calzium a D-rului Schmieds"* pentru care primeşte în schimbul sumei de 750 lei, care trebueşte trimisă anticipat omului ei de încredere, medicamentul în cantitate necesară pentru 3 luni.

Medicamentul nefiind supus la niciun control, nu se poate şti exact ce conţine; — Cura de Calzium este suficientă „a vindeca boala plămâniei", medicul şi orice alte măsuri fiind de prisos; — dacă bolnavul nu se vindecă în 3 luni (şi nu se va vindeca, N. R.), se recomandă prelungirea curei; — negustorul anunţă fără nicio jenă că „poate furniza dela depozitul său franco şi fără cheltueli vamale".

Dovezi; prezentate în forma şi limba în care au fost scrise:

Minta érték nélkül. — Muster ohne Wert.			
1015	D-lui Trànica Stefànescu	Craiova. Strada Bucovicl, No. 83. Romania.	P. 588

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

Către Farmacia Pannonia, Budapest.

DR. SCHMIEDS KALZIUM

Rog a-mi trimite complect gratuit şi franco cărticica.

„Boala plămâniei e curabilă" de Dr. H. Schmiedt.

DR. SCHMIEDS KALZIUM

Numele: .....

Ocupaţia: .....

Localitatea: .....

Strada şi Numărul: .....

Poşta de destinaţie: .....

Rugăm a scrie Numele şi Adresa cu cea mai mare exactitate.

R. Kzm. A.

*

*

Atenţiune!

Rog a trimite suma respectivă pe adresa omului meu de încredere:

Mr. Ph. W. Obengruber, Cernăuţi, Piaţa Dacia 11.

Toate comenzile şi scrisorile se vor adresa biroului central din Budapesta, căci dealtfel nu se vor efectua.

FARMACIA PANNONIA
Mr. Ph. Szilvàssy Gy. Làszlò
BUDAPEST, 72.
Postfach No. 83.

P. T.

Dacă îmi permit a vă trimite azi broşura mea, puteţi fi convins, că la această acţiune mă îmboldeşte numai simpatia cu grijele şi suferinţele Dvs.

Cărticica mea are menirea să deştepte suferinzii din indiferenţa lor şi a îi explica că este de neapărată necesitate a face ceva pentru a recăştiga sănătatea.

Vă rog aveţi încredere în metoda mea. Ea se bazează pe un studiu îndelungat şi cunoştincios, ca şi pe observaţiunile multor savanţi generoşi. Ea a ajutat deja pe mulţi a suporta sarcinele vieţei, a întări corpul slăbit şi a întineri. Cărticica mea vă arăta şi pericolul boalei. Deacea este datoria Dvs. de a examina invitaţiunea mea, de a urma cura cu Kalzium şi dacă a fost eficacie a face uz de ea.

Această datorie o aveţi faţă de Dvs. însuşi, căci neurmând acest sfat, luaţi asupra Dvs. o vină mare. Poate aţi încercat diferite leacuri cu puţin sau fără nici un rezultat. Metoda mea însă reconstruirea trupului nu o cunoaşteţi! Nu judeca ce nu cunoşti! Comandaţi încă azi imediat prima cantitate! Nu economisiţi nici o cheltueală, dacă e vorba de sănătatea Dv. Sănătatea este mai mult ca bogăţia! Sănătatea este puterea voinţei, împintene energia, şi forţa de rezistenţă spre întinerirea spiritului şi dă putere trupului.

Rog bine-voiţi a complecta aci anexata carte de comandă, şi a o trimite la adresa mea, căci fără carte de comandă nu se efectuează ordinul Dvs. Contra valoare a tabletelor vă rog a mi-o trimite anticipat şi imediat dupe primirea onor. Dvs. comenzi şi a banilor voi efectua ordinul Dvs. cu cea mai mare atenţiune. Nu aveţi nici-o dificultate cu poşta ori cu oficiul vamal, căci expediţiunea se face franco şi fără cheltueli vamale. Ascultaţi cuvintele mele, îmi veţi fi recunoscător!

Cura mea cu Kalzium vă va dărui şi Dvs. putere.

Vă salut.

Cu toată stima
FARMACIA PANNONIA
Mr. Ph. Szilvàssy Gy. Làszlò

*

Cărticica, chemată să precipite expedierea **Cărţii de Comandă**, este intitulată **„Boala plămânilor este curabilă"**; autorul ei ar fi un D-r. Med. H. Schmieds, care în 32 pag., îndrugă într'o traducere românească strictă verzi şi uscate.

Dupe o „Introducere", citează tot felul de suferinţe pasibile de **Cura cu Calzium** — căci aceasta reprezintă „cea mai nouă metodă pentru combaterea bolilor de plămâni şi armele întrebuinţate" — între aceste suferinţe intrând şi desul „Miros urât de gură, care vine fără îndoială din interiorul plămânului" şi

BCU Cluj / Central University Library Cluj

pe care îl denunţă ca foarte grav şi acel Ionel din cunoscuta piesă populară (ungurească? N. R.), când spunea iubitei lui:

„Margareto, gura ta zău miroase,
Mi se pare că tu nu eşti sănătoasă!"*).

Apoi declară că „Inima voioasă face viaţa voioasă" potrivit învăţăturei înteleptului Solomon şi că „Spiro-spero, răsuflu deci sper"; ş. a. multe asemenea adevăruri (!); face elogiul „Calciului", recomandând „Atenţiune" la „Procurarea de Calzium" care trebue să poarte „Marca depusă" şi să se facă numai dela Depozitul său en gros dela pomenita Farmacia „Pannonia" din Buda-pesta, prin trimiterea anticipată a sumei de 750 lei la omul său de încredere „Mr. Pt. W. Obengruber, Cernăuţi, Piaţa Dacia 11"; cărţulia se termină cu o „Inchetere" în care autorul „din adânca convingere îşi recomandă broşura şi doreşte ca zorile frumoase ale însănătoşirei să lumineze acelor multe milioane de oameni suferinzi".

Odată cu broşura se expediază şi „Ştiri despre vindecări" şi un eşantillon cu 4 comprimate din miraculosul Kalzium.

Carte de comandă.

Rog expediaţi imediat

540 tablete suficiente pentru o cură de	3 luni	cu preţul de Lei	750.—
180	1 lună		300.—

inclusiv porto şi ambalaj.

Suma sus numită am trimis-o prin mandat poştal la adresa omului Dv. de încredere D-lui Waldemar Obengruber, Cernăuţi P. Dacia 11.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Numele şi pronumele: .....
(Scris lămurit)
Ocupaţia: .....
Localitatea: .....
Strada şi Numărul: .....
Ultima poştă: .....

Bibliotecă Universitară Regele Ferdinand I. din Cluj • ROMÂNIA

Ce nu doriţi, se ştergeţi. Cu ramburs nu se expediază.

Comanda Dv. nu se poate efectua, dacă nu ne trimiteţi această carte de comandă.

R. Best

Drept comentariu nu se poate face decât acela că infractoarea la legile şi regulamentele practicei medicale româneşti şi ale taxelor vamale este însăşi Farmacia Pannonia din Buda-pesta, care lucrează prin reprezentantul său Obengruber din Cernăuţi, asupra căruia atragem atenţia forurilor medicale şi fiscale din Cernăuţi, precum întregul procedeu de practică medicală nepermisă, dăunătoarea intereselor medicilor şi sănătăţii publice, îl supunem vigilenţei D-lui Profesor N. Minovici, Preşedintele Comitetului Central al Colegiilor Medicale din România.

M. Cânciulescu

*) Reproducem aceste *inepţii* ca să se vadă şi *valoarea literară pe lângă cea ştiinţifică a acestei broşuri*, destinată să trimeată bani buni româneşti peste graniţă, spre dubla pagubă a suferinzilor.