ANUL AL XIII-lea

Inscrisă în registrul publicaţiilor periodice al Trib. Dolj No. 4/1938
Propr.: D-r M. Cânciulescu

No. 7-8/1940.

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

— ACTA MEDICA ROMANA —

DIRECTOR:
DOCENT D-R M. CÂNCIULESCU.
MEMBRU AL ACADEMIEI DE MEDICINĂ

CONDIŢIILE DE PUBLICARE ŞI ABONAMENT

Revistele generale, articolele de fond şi lucrările originale vor fi publicate întregi fără urmare într'un alt număr; ele nu vor depăşi 8 pagini de tipar, faptele clinice 2—3 pagini.

Paginile în plus vor fi plătite de autori socotindu-se 300 lei pagina, iar pentru extrasele cerute, tariful este următorul:

	cu coperte		fără coperte	
	50 ex.	100 ex.	50 ex.	100 ex.
1— 4 pag.	Lei 300.—	Lei 375.—	Lei 180.—	Lei 210.—
5— 8 „	„ 350.—	„ 440.—	„ 230.—	„ 275.—
9—16 „	„ 440.—	„ 560.—	„ 320.—	„ 395.—

Costul clişeelor ca şi al planşelor în afară de text, din revistă şi din extrase, priveşte pe autor.

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeţ.

Referatele asupra lucrărilor medicale vor fi cât se poate de scurte, cele străine vor începe cu autorul, titlul lucrării în româneşte, titlul original pus în paranteză, titlul revistei (în care este publicată lucrarea), numărul, pagina şi anul.

Articolele de polemică nu vor depăşi 3 pagini de tipar (paginile în plus se vor taxa dupe tariful stabilit mai sus).

Redacţia şi Administraţia:
„Mişcarea Medicală Română"
Str. Sf-ţi Arhangheli, 9
Craiova — România

Abonamentul
pt. Medici . . . . 300 lei
pt. Instituţii . . . 600 „
1 Număr . . . . . 60 „

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din „SUMARUL" No. viitoare

Conf. ALFRED RUSESCU şi TR. FELDIOREANU: Sindromul nervos în paludism, în legătură cu 3 cazuri clinice.

G. CARTUŢA: Despre gruparea bolilor infecţioase.

Z. IAGNOV şi S. ROCSIN: Tumorile tecilor tendinoase.

MAREŞ GH. CAHANA: Rolul glandelor endocrine în unele afecţiuni musculare.

GH. GRAMA: Abcesul în Douglas dupe apendicectomie.

Prof. TR. NASTA şi Conf. DORIN DUMITRESCU: Sindromul lui Volkmann.

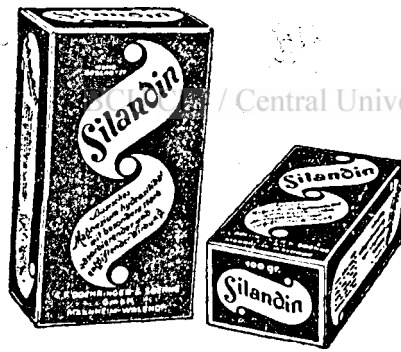
AL. LAMBESCU: Câte-va din indicaţiile operaţiunilor pe simpatic.

C. V. ANTONESCU: Asupra rolului sinusului carotidian în acţiunea respiratorie a pilocarpinei.

V. PLĂTĂREANU: Consideraţiuni istorice asupra tratamentului cu petrol.

I. STANCIU şi M. STANCIU: Istoricul suturei intestinale.

P. COSAC: Studii de etnografie medicală.



SILANDIN

(NUME DEPUS)

SILICAT BAZIC DE MAGNEZIU

Produce desintoxicarea şi micşorarea acidităţii organismului, ameliorând peristatismul şi adsorbând gazele; deci indicat în:

INTOXICAŢIUNI prin acizi, sau produsele de putrefacţie ale albuminelor etc.
CONSTIPAŢII cronice, meteorism.
ULCER VENTRICULAR şi duodenal

AMELIOREAZĂ STAREA GENERALĂ

Ambalaj cu 100 g
" " 250 g

MOSTRE LA CERERE

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III, Str. G-ral Gr. Grigorescu, 6

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂŢII CASELOR FARMACEUTICE

	Pagina
ASEPTICA: Hypercalcium, Hepatonal „Torjescu"	397
— — : Antireumal, Gonoflavin, Hemato-Serum, Vin Cola, Sirop pectoral, Gudron ephedrinat, Liniment antireumatic.	426
CHIMIROMAN: Inhepton per os, Betabion „Merck"	425, 434
CODEX: Digibaine, Esiderm	407, 429
R. FOREK: Rectidon comp. „Riedel", Silandin „Boehringer-Soehne".	Cop. II, 358
FLAVIAN: Lactoferment „D-r Robin", Vaccinul antistreptobacilar „Nicolau-Banciu", Vaccin microbaccilar antiacneic „Sărăţeanu"	408
GEDEON RICHTER: Vasoiod, Bellafit	398
GHEORGHIU ŞT.: Sirop neuro-tonic	398
KNOLL: Calcium-Diuretin, Iod şi Rhodan-Calcium-Diuretin	389
LUTEŢIA: Lisarthrol	381
— — : Crino-Tensil	382
— — : Carditone, Lactobyl, Serenol, Taxol, Uralysol, Veinotrope, „Lobica-Paris"	418
— — : Terapia Dermatozelor: Sedotyol, Inosepta, Inotyol, Siliplastine, Cutigenol	417
— — : Calcigenol, Halocalcion „Pinard"	Cop. III
— — : Biolactyl „Fournier"	Cop. IV
S. I. F.: Gynofolin	468
— — : Calcifix, Silental „Gamma"	462, 444
SANACHIMICA: Akrofolin, Akrolutin „Chinoin"	444
SANDOZ: Calcibronat	484
STANDARD: Seruri, Vaccinuri, Anatoxine, Filtrate microbiene, Principiu lytic, Tuberculină, Antigen metilic, Toxine, Antigene Medii de cultură. Diferite analize, Autovaccin, Autofiltrate „Inst. de Seruri şi Vaccinuri D-r I. Cantacuzino"	363
— — : Cyto-serum, Calcium, Hemocyto-serum „Corbière"	364
— — : Opocalcium „Ranson", Agocholine „Zizine"	390
G. VERGLAS: Passicarbone „Reaubourg"	430
— — : Uraseptine „Rogier"	430

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ"

sub variatele ei manifestaţiuni, constitue adevărate

ARCHIVE GENERALE DE MEDICINĂ ROMÂNEASCĂ

de cercetat cu folos de toată lumea medicală.

* * *

SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC

căruia am destinat dela înfiinţarea revistei noastre o rubrică specială, socotim că nu poate fi deprins mai bine decât prezentând

FOLCLORUL MEDICAL ROMANESC

sub aspectele sale multiple de: credinţe, metode, descântece populare, administrare de plante şi felurite practice de tămăduire a boalelor, etc.

Pe temelia acestui folclor medical empiric de medicină populară s'a aşezat edificiul medicinei noastre ştiinţifice de azi; socotim a face operă tot atât de utilă urmărind pe pământul ţării noastre şi în datinele poporului românesc acest zăcământ folcloristic, prin care venim în contact cu acela al ţărilor şi popoarelor învecinate; pe cât prezentând aspectele variate ale mişcării medicale româneşti din prezent, prin care luăm parte la mişcarea medicală universală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Folklorului medical i s'a acordat de altfel, în ultimul timp şi în toate ţările, o atenţie deosebită; la noi el a preocupat în deosebi pe D-l D-r Victor Gomoiu, Intemeetorul **„Soc. regale române de istoria medicinei"** şi pe marele nostru Prof. D-r I. Cantacuzino.

La Congresul Internaţional de Istoria Medicinei, ţinut la Madrid în Septembrie 1935, „Folklorul medical în ţările balcanice" în care se integrează şi folklorul medical al ţării noastre, a format obiectul unui raport general, cu care a fost însărcinat D-l D-r V. Gomoiu, ales în urmă Preşedinte al **„Soc. Inter. de Istoria Medicinei"**.

Pentru revista, care apare la Craiova, în Oltenia, leagănul Românismului, şi publică toate

ACTA MEDICA ROMANA

strângerea folklorului medical se impune şi ca o datorie.

Rugăm stăruitor pe cetitorii revistei „Mişcarea Medicală Română" să ne trimită pentru publicare orice material de asemenea natură.

DIRECŢIA

LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEȘTI.

PRIMITE LA REDACȚIE *)

(în continuare)

M. ZAVERGIU-TEODORU: **Depistarea tuberculozei.** — Elemente de medicină preventivă. Monografie, Tip. „Cernica", București, 1940.

ALEX. LAMBESCU: **Expunere de titluri, activitate și lucrări.** — Constanța, Tip. „Lucrătorii asociați", 1940.

D. SIMICI: **Boalele medicale observate în campanie și Spirocheioza icterohemoragică.** — Extras din „Probleme de medicină de războiu". Academia de medicină din România. Imprimeria Națională, București, 1940.

D. SIMICI și Int. PRIBOIANU: **Considerațiuni clincie, patogenice și terapeutice asupra Hiperazotemiilor acute transitorii din cursul Hemoragiilor digestive.** — Extras din „România Medicală" Mai, 1940.

D. SIMICI et PAPADOPOL: **Recherches concernant le rôle de la carence vitaminique C, dans la pathogenie du l'hiper-fragilité capillaire.** — Extrait „Annales de Médecine, Tom 46, No. 3, 1939—1940.

D. SIMICI, N. GINGOLD et C. C. PARHON junior: **L'extrait de foie utilisé en thérapeutique a-t-il une action blastogène?** — Extr. Le Sang, T. XIII, No. 3, 1939, p. 310—312.

D. SIMICI: **Recherches gastrographiques concernant l'action de l'eau potable introduite dans l'estomac à jeun, à différents degrés de temperature, sur la motilité et la tonicité gastrique.** — Extrait, „Soc. méd. des hôp. de Bucarest, No. 1, Janvier 1940.

Câteva date de medicină Preventivă cu privire la bolile infecțioase în România. — Extras din numărul Festiv al „Revistei de Igienă Socială", Anul I, No. 1, Ianuarie 1940.

Prof. D-r C. I. PARHON: **Insemnătatea teoretică și practică a Endocrinologiei. Necesitatea de a se organiza mișcarea științifică endocrinologică la noi în țară.** — Discurs de recepție rostit la 20 Mai 1940 în ședința publică solemnă, și răspunsul D-lui Prof. N. Vasilescu Karpen. Academia Română. Discursuri de recepție, LXXV. Imprimeria Națională, București, 1940.

Docent D-r IOAN STOIA și D-r HEDA I. STOIA: **Lumbago, Sciatica, și alte câteva boli reumatismale.** — Editura Libr. Jean Leon, București, 1940.

W. STEPP, I. KUEHNAU, H. SCHROEDER: **Vitaminele și aplicația lor clinică.** — Traducere românească dupe ediția patra germană, revăzută și adăogită de D-r Ilie D. Georgescu, Șef de lucrări la Fac. de medicină din București. Apărută în Editura H. Welther, Sibiu, 1940. 273 pagini cu 22 formule și 12 tabele. Prețul broșat lei 360, legat în pânză 440 lei.

MARGARETA I. POPESCU: **Contribuțiuni la studiul variației creatinei și crealininei în intoxicațiile cu săruri de uran, mercur și bismut.** — Teză de doctorat în Științele naturale susținută la fac. de științe din București, 1940, Tip. „Scrisul Românesc", Craiova.

---

*) Se vor recenza, treptat, în numerile viitoare ale revistei.

Digitized by Babeș-Bolyai University Library, Cluj

HIPPOCRATE: **Despre medicina veche, despre aer, ape şi lacuri.** — Traducere din limba greacă cu note şi introducere de D-r C. Săndulescu, Bucureşti, Impr. „Curentul", 1940.

Preot G. NEGULESCU şi D-r N. VĂTĂMANU: **Casa din Bucureşti a doctorului Bartolomeo Ferrati,** Protomedic al lui Brâncoveanu. Bucureşti, Tip. „Universul", 1940.

D-r ALEX. MANOLESCU: **Evoluţia demografică a comunei Dumbrăveni.** Bucureşti, Tip. „Cultura", 1939.

R. OLINESCU et P. CL. NITU: **E'endemie palustr. constitu-t-elle un facteur de dégénérescence et de debilité des enfants d'une région impaludée?** Extr. du Bull. de l'Academie de Médecine de Roumanie. Tome X, No. 4.

GH. NASTASE: **Considérations sur l'étiopathogénie de l'ulcère dit variceux monographie.** Impr. „Brawo", Iaşi, 1939.

I. STOIA et I. H. STOIA: **L'influence du radium sur les cellules et son importance dans la pratique rhumatologique.** Extrait, Revue du Rhumatisme No. 2/1940, Paris.

I. STOIA et I. H. STOIA: **Etude anatomoclinique et thérapeutique de la sciatique.** Extrait, Revue du Rhumatisme, No. 2/1940, Paris.

OD. APOSTOL: **Problema rănilor gazaţi.** Extras din „Cernăuţi Medical" No. 3—4/1940.

OD. APOSTOL: **Beiträge zum Studium des statischen und dynamischen Zustandes der Papille bei Vorgifungs-, Lypothymie-, Agonie- u. s. w. Fällen.** Extras din „Cernăuţi Medical" No. 11/1939.

OD. APOSTOL: **Fitoterapie, Berberis vulgaris L. = Dracila.** Extras din „Cernăuţi Medical" No. 9/1939.

T. FARCAŞ: **Cordul şi aparatul circulator în boala lui Basedow.** Extras din „Mişcarea Medicală Română" No. 3—4/1940.

Raport asupra activităţii Institutului de Scrieri şi vaccinuri „D-r I. Cantacuzino" pe anii 1939—1940. Bucureşti, Tip. „Cultura", 1940.

G. PROCA et S. BABEŞ: **L'Immunisation contre la rage: vaccins vivants et vaccins tués.** Bulletin de l'organisation d'hygiène de la Société des Nations, vol. IX, Extrait No. 3.

M. et T. CAHANE: **Hyposomie et Vitilige familial et héréditaire.** Acta Medica Scandinavica, vol. CI, fasc. I, 1939, Stockholm.

M. CAHANE: **Quelques considérations sur la classification des syndromes endocriniens.** Extract de la „Revue française d'Endocrinologie, No. 2/1939.

M. et T. CAHANE: **Considerazioni sulle forme cliniche del gozzo esoftalmico.** Estratto da „La Riforma Medica" No. 25/1939.

M. et T. CAHANE: **Considerations sur la présence des sclérotiques bleues chez une paralytique générale.** Estratto da „Il Cervello" No. 6/1939.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei 103 — Bucureşti VI

Seruri

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³
» antidisenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. septis, B. perfrigens, oedematiens, B. hystolitic, B. sporogenes).
» antimeningococic polyvalent şi monovalent (tip. A tip. B. tip C şi tip. D.)
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (tip. I, tip. II şi tip III).
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic)
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

Vaccinuri

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric

Vaccin contra tusei convulsive (Bordet-Gengou)
» anticoli
» antigripal (Pneumococ Streptococ, Pfeiffer Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic)

Anatoxine: ditterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)

Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.

Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
» precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citochol şi Kohn
Antigen pentru reacţia Freii
Medii de cultură solide şi lichide
Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

* * *

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Bucureşti I. Str. Sf. Ionică No. 8.

Central University Library Cluj

CYTO • SERUM - CALCIUM • CORBIÈRE - HEMO • CYTO • SERUM

MODUL DE ÎNTREBUINȚARE: O injecție intramusculară în regiunea fesieră, zilnic sau la două zile.

Laboratoires CORBIÈRE, 27 r. Desrenaudes, Paris

Eșantioane și literatură la cerere

Depozit permanent:

"DROGUERIA STANDARD" S. A. R. București I. Str. Sf. Ionică No. 8.

Către Corpul Medical Românesc din teritoriile deslipite

Vitregia împrejurărilor ne dictează în numărul de faţă în loc de „Cronică medicală", o pagină dureroasă pentru corpul medical românesc. Cea mai tristă pagină din istoria greu încercatului său popor.

Medicii români îşi amintesc, de la Pasteur, că dacă ştiinţa medicală este universală, medicul are o patrie. In ultimele 2 luni însă o bună parte a corpului medical românesc nu o mai are, căci a trecut cu 4 corpuri de teritoriu deslipite din trupul ţării la popoare străine de neam şi lege.

Celor cari au rămas acolo le adresăm rândurile de faţă.

Inţelesul noţiunei de patrie, ca şi al celei de familie, a reeşit pentru societatea omenească din existenţa unui fenomen natural, acela al tendinţei firişti ce manifestă elementele cu afinităţi reciproce de a se grupa între ele. Pentru a trăi, a evolua şi a perpetua împreună specia. La fel în regnul vegetal. Şi prin nevoia unei simetrii moleculare, dictată de armonia universală, se pare că şi în lumea minerală.

Acest fenomen natural nu poate fi suprimat, nici abătut din cale, necum înăbuşit. Natura, triumfătoare, l'a impus peste tot şi întotdeauna, în contra tutulor adversităţilor cari i-au stat în cale. Mai impetuos cu cât a fost mai contrariat, mai puternic cu cât s'a organizat. Este un fenomen care nu se epuizează, căci reversibil se reproduce veşnic cu generaţiile tinere. Neamul românesc i-a făcut dovada experimentală în decursul bimilenarei sale existenţe.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cei despărţiţi azi, ne vom reuni mâine. Cu atât mai repede pe cât vom fi ştiut aplica mai temeinic legile selecţiunei naturale, care consacră pe indivizi şi a ales popoarele. Şi neamul românesc este un popor ales prin însuşirile rasei latine şi prin asprimea obiceiurilor daco-romane.

Numai să ne facem fiecare datoria integrală, fiecare la locul lui. Revista aceasta va continua să şi-o facă pe a ei, de ordin ştiinţific şi profesional, astfel precum şi-a dat dintru început menirea. Ţinând contactul şi adresându-se tutulor, cu precădere celor veniţi cu teritoriile alipite şi plecaţi cu ele, aplicând tratament preferenţial colaborării lor, precum face dovada, involuntar, acest ultim liber număr al lor în care din 15 lucrări 6 vin din Ardeal.

Cea mai mare răsplată ce putem aştepta va fi ca această încercată generaţie de medici de azi să-şi vadă strânşi la o laltă, uniţi în cuget şi în simţiri, pe toţi membrii ei, pe toţi membrii Corpului medical românesc cărora Regulamentul Organizaţiei lor profesionale, publicat în numărul de faţă, nu li se va mai putea aplica în mod integral şi general. Pentru moment. Să fim siguri că nu pentru multă vreme.

M. CÂNCIULESCU.

Membru al Academiei de Med. din România

SUMARUL

LUCRĂRI ORIGINALE

Pag.

E. BANU (Buzău): Caracterul epidemiilor de scarlatină în perioadele pre şi post vaccinale în oraşul şi judeţul Buzău. 365

Conf. D-r D. DUMITRESCU (Bucureşti): Medicina pe vremea lui Molière. 367

E. HERSKOVITS (Bucureşti): Despre degenerescenţa polichistică a rinichilor în legătură cu un caz interesant. 383

A. MOGA et I. MACAVEI (Cluj): La réaction de Mester dans les affections rhumatismales. 391

Prof. D-r D. NEGRU (Cluj): Nou procedeu radioscopic pentru determinarea adâncimei corpilor streini. — Aparat pentru determinarea automată a acestei adâncimi (Roentgenbatimetrul cu citire directă). 399

V. M. PLĂTĂREANU (Bucureşti): Medicii Şerban şi Ilie Eminovici (fraţii poetului Eminescu). 409

V. PREDA (Cluj): Corelaţia dintre tipul constituţional şi grupe'e sanghine. 419

V. PREDA (Cluj): Raportul dintre bolile şi semnele ereditare cu tipul constituţional. 427

C. STRAT şi C. SIMIONOV (Iaşi): Modificările secreţiei gastrice prin administrarea acidu'ui nicotinic. 431

I. VAINA (Arad): Consideraţiuni asupra prognosticului pleureziilor exudative. Raportul lor cu tuberculoza pulmonară postpleuretică. 435

GH. VÂJA (Dâmboviţa): Tuberculoza la şcolari. 445

Medic G-ral D-r AUG. VASILESCU (Craiova): Consultaţiunile de medicină internă la „dispensarul Sf-ta Treime" din Craiova, pe timpul 1937—1940. 455

CĂRŢI — MONOGRAFII — TEZE

ADALBERT CZERNY: Die Paediatre miener Zeit. Berlin, Spinger, 1939, pag. 124. (Rec. de: Axente Iancu, Cluj). 463

EMIL SERGENT: Suppurations bronchiques, pulmonaires, pleurales et mediastinales. Paris, 1940, Masson et C-ie. (Rec. de: Emil Gheorghiu, Bucureşti). 469

IOAN STOIA şi HEDA I. STOIA: Lumbago, sciatica şi alte câteva boli reumatismale. Edit. Librăriei Jean Leon, Bucureşti. (Rec. de: V. M. Plătăreanu, Bucureşti). 473

ORGANIZAŢIE SANITARĂ

Regulamentul legii pentru organizarea şi funcţionarea Colegiului medicilor. 474

Biblioteca Universitară Iuliu Haţieganu, Cluj / Iuliu Haţieganu University Library, Cluj

CARACTERUL EPIDEMIILOR DE SCARLATINA IN PERIOADELE PRE ŞI POST VACCINALE IN ORAŞUL ŞI JUDETUL BUZAU

de

D-r EUGEN BANU

Medic Primar.

Autorul studiază caracterul epidemiilor de scarlatină în oraşul şi judeţul Buzău, pe o perioadă de 10 ani. în care nu s'a practicat vaccinaţia antiscarlatinoasă şi caracterul scarlatinei din ultimii 2 ani în care s'a practicat această vaccinaţie.

Constatările şi concluziunile la cari ajunge, sunt foarte favorabile pentru practicarea vaccinărei.

Valoarea vaccinaţiunii antiscarlatinoase cu toxină şi anatoxină scarlatinoasă în mediul epidemic, a fost contestată de o parte din cercetătorii care au luat în consideraţiunea preocupărilor lor, această problemă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Caracterul epidemiilor de scarlatină în România, a fost studiat mai mult în centrele mari, unde lua de cele mai multe ori un aspect foarte grav. In celelalte regiuni (mediul rural şi oraşe mai mici), acest studiu nu a putut fi făcut decât rar şi de cele mai multe ori incomplect, astfel încât epidemiile de scarlatină nu sunt cunoscute decât în parte şi numai după relaţiuni statistice, cari nu pot arăta şi caracterul clinic, In ultimul timp însă, studiul epidemiilor şi din aceste centre a fost obiectul de preocupare al medicilor şi s'a putut ajunge la concluziunea că epidemiile de scarlatină sunt tot atât de grave şi păstrează în general aceleaşi caractere.

Intr'o lucrare anterioară, am căutat să descriu epidemia de scarlatină din anul 1938—1939, ivită în oraşul şi judeţul Buzău şi am ajuns la concluziunea că, în această regiune epidemiile survenite aproape ciclic, sunt maligne.

Extinzând aceste cercetări pe o perioadă mai lungă, am căutat ca în judeţul Buzău, să studiez epidemiile în trei puncte diferite, luând în considerare faptele presupuse ca determinante în apariţiunea acestor epidemii. Prin cercetarea caracterelor epidemiilor în aceste trei puncte diferite, am căutat ca să coordonez apariţiunea acestora în raport cu influenţele geografice locale, starea socială, rase, etc.

Pentru relevarea caracterelor cu care s'au desvoltat epidemiile din

cursul ultimilor ani, am luat ca bază evoluţiunea epidemiilor, după formele clinice pe care le-au prezentat bolnavii ospitalizaţi în Spitalul de Boli Contagioase din oraşul Buzău, Spitalul mix Pogoanele şi Spitalul mixt Mizil.

In acest raport preliminar voiu căuta să pun faţă în faţă aspectul epidemiilor din perioadele pre şi post vaccinale, epidemii care s'au desvoltat în absolut aceleaşi condiţiuni.

Pentru Spitalul de Boli Contagioase din oraşul Buzău, cercetarea s'a putut face cu începere din anul 1931. La Spitalul mixt Pogoanele, acest studiu s'a putut reface pe o perioadă de 10 ani, iar la Spitalul mixt Mizil, numai cu începere din anul 1935. Această deosebire revine faptului că, în marea majoritate a cazurilor, foile de observaţiune nu au existat, iar atunci când le-am putut avea, acestea erau incomplecte şi de cele mai multe ori reduse numai la înscrierea curbei termice. Acest studiu s'a putut face astfel în condiţiuni destul de grele şi nu a putut duce la o trasare continuă şi complectă a ciclulilor epidemice. Totuşi, putem admite că apariţiunea epidemiilor este aproape ciclică, recrudescenţele epidemice apărând în general din patru în patru ani.

Prima epidemie gravă pe care am putut-o studia în oraşul Buzău, s'a ivit în anul 1931, dată ce coincide cu apariţiunea epidemiei atât de gravă ivită şi în Bucureşti la aceiaşi dată.

In acest an, în Spitalul de Boli Contagioase din oraşul Buzău, au fost internate 655 cazuri de scarlatină, cifră ce este impresionantă atunci când totalitatea lor este raportată la populaţiunea unui centru mic. Luând în consideraţiune şi faptul foarte probabil, că o mare parte din bolnavi nu au putut fi ospitalizaţi, căci nu au fost declaraţi, această cifră creşte şi mai mult, mărind gravitatea epidemiei din punct de vedere al morbidităţei.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

Tot atât de gravă epidemia acestui an apare şi din punct de vedere al malignităţei formelor clinice.

Dintr'un număr total de 655 bolnavi, forma gravă a fost găsită la 65, iar forma hipertoxică la un număr de 40 bolnavi. Procentajul la care s'au ridicat aceste două forme, a fost de 9,9% pentru forma de scarlatină gravă şi 6,1% pentru forma hipertoxică. Aceste două, au dat marea mortalitate din cursul epidemie 1931 căci, din 65 bolnavi cu scarlatină gravă, 30 au sucombat, iar din 40 bolnavi cu formă hipertoxică, au sucombat 38. Ca în orice epidemie, caracterul malign, este în raport cu aceste două aspecte clinice ale scarlatinei, care pot da o mortalitate ce variază între 50—80%, şi uneori chiar 90%.

Din cercetarea rotrospectivă a foilor de observaţiune, reese că forma hipertoxică a fost foarte gravă şi cu o evoluţiune clinică foarte scurtă, majoritatea bolnavilor sucombând în primele două, trei, zile dela data internărei, — (în hiperpirexie ce atingea uneori 40—41°). — Asupra caracterului exantemului şi celorlalte manifestări, nu pot aduce nici o contribuţiune, deoarece foile de observaţiune sunt lipsite de ori şi ce descriere clinică. In forma gravă, evoluţia clinică se pare a fi fost mai lungă pentru cazurile mortale şi întretăiată de numeroase complicaţiuni la bolnavii care au avut un prognostic favorabil.

Nu putem semnala existenţa cazurilor de scarlatină asociată cu angină necrotică Henoch, deoarece nici pe una din foile de observaţiune nu este menţionată această formă clinică a scarlatinei, pe care azi trebue să o considerăm ca o entitate bine definită şi nu ca o complicaţie a scarlatinei.

Epidemia anului 1938/1939, ne-a pus de foarte multe ori în faţa acestei forme de scarlatină, astfel că nu credem că în cursul unei

epidemii atât de grave ca aceia din anul 1931, ea să fi lipsit cu totul, atunci când şi în Bucureşti, unde epidemia lua acelaşi caracter, majoritatea formelor grave de scarlatină, erau date de angina nerotică care apare ea însăşi ca o epidemie grevată pe cazurile de scarlatină.

Formele benignă şi obişnuită, au fost observate, prima în 54 cazuri, iar a doua în 217 cazuri. Pentru amândouă formele, mortalitatea este de 0%, însă trebue menţionat faptul că în scarlatina obişnuită din cursul acestei epidemii, complicaţiunile au fost frecvente, ridicându-se la un procentaj de 38—75%. Un alt aspect al epidemiei din acest an este dat şi de bolnavii care au fost internaţi în serviciu în perioada de descuamaţiune a scarlatinei. Majoritatea bolnavilor din această categorie, au prezentat complicaţiuni foarte fregvente de partea aparatului urinar şi de partea sistemului ganglio-limfatic. Din această categorie au fost ospitalizaţi 279 bolnavi.

Din descrierea acestor câteva date succinte, reese că epidemia a avut un caracter foarte grav, mortalitatea generală, ridicându-se la un procent de 12,05%.

In anul următor, epidemia a continuat însă mult mai atenuată din punct de vedere al morbidităţii, totalitatea cazurilor internate în spital, ridicându-se la 243. De data aceasta, malignitatea este şi ea mai redusă, totalitatea cazurilor cu formă gravă ridicându-se la 6,75% şi 15,3% pentru forma hipertoxică. Din grupul formelor benignă s'au internat 47 cazuri, iar din cea obişnuită 75. Amândouă formele fără nici un caz mortal. In cursul acestui an, bolnavii internaţi în descuamaţiune, au atins un număr destul de ridicat (84) cu un singur caz mortal. Totalitatea cazurilor letale s'a ridicat la 21, în cursul anului 1932, dând un procent de 12,3%.

Consecutiv epidemiei mari din anul 1931, care a continuat şi în cel următor, numărul cazurilor de scarlatină scade din ce în ce, astfel că între anii 1933 şi 1934, curba epidemiologică scade, pentru pirmul an la 64 bolnavi, iar în 1934 ajunge numai la 9 cazuri. Mortalitatea în cursul acestor doi ani este foarte scăzută, forma gravă fiind reprezentată numai în zece cazuri în cursul anului 1933 şi două în anul următor.

Biblioteca Universitară "Carol I" / Central University Library Cluj

După această perioadă de acalmie, numărul cazurilor de scarlatină începe să crească din nou, ajungând la un număr total de 113, în anul 1935 şi de 85 în anul 1936. Această recrudescenţă epidemică, rămâne însă benignă din punct de vedere al formelor clinice şi din punct de vedere al mortalităţii. (In cursul celor doi ani, procentajul acesteia ridicându-se la 1—3%).

In anul 1937, curba morbidităţii rămâne în platou, numărul cazurilor nedepăşind cifra de 97 şi cu o mortalitate foarte apropiată de anii precedenţi.

Din aceste câteva date, reese că scarlatina în judeţul şi oraşul Buzău este endemică, ea prezentând isbucniri epidemice, ce variază dela an la an, păstrând întotdeauna un caracter de malignitate ce urcă mortalitatea în unii ani până la 15%.

In cursul anului 1938, epidemia de scarlatină creşte din nou, atingând un număr total de 380 cazuri ospitalizate în Spitalul de Boli Contagioase. Asupra caracterelor acestei epidemii voiu reveni pentruca să pun faţă în faţă, cazurile nevaccinate din cursul ei cu cele vaccinate şi astfel, având aceste elemente comparative, să pot trage unele concluziuni, relativ la importanţa vaccinaţiunei antiscarlatinoase.

După cum am enunţat caracterul epidemiilor din perioada prevaccinală a fost luat în considerare nu numai în legătură cu cel din oraşul Buzău, ci şi cu cazurile internate în spitalele mixte. Pogoanele şi Mizil, de oarece în mediul rural, epidemiile ar putea avea un caracter uşor diferit de cel dintâiu.

La Spitalul Pogoanele, cercetarea s'a putut face pe o perioadă de 10 ani, şi după cum se va vedea din datele statistice, curba epidemiolo-

gică urmează şi aci aceleaşi oscilaţiuni pe care le-am văzut în descrierea epidemiilor din oraş şi jurul său. La acest spital, în anii 1929 şi 1930, au fost internate numai 34 cazuri de scarlatină, din care, două au prezentat forme grave şi un singur caz cu o formă hipertoxică. In anul 1931 însă, se iveşte şi aci o epidemie care aduce în spital 62 cazuri, cifră care iarăşi trebue menţionată ca mare în raport cu populaţinea locală. Pentru această epidemie s'au găsit 9 forme grave şi 3 hipertoxice; mortalitatea fiind şi aci, foarte ridicată (16%). Din datele restrânse ale foilor de observaţiune, reese că atât procentajul formelor clinice, complicaţiunilor, cât şi al mortalităţii, corespund cu cel al epidemiei din acelaş an, ivită în oraşul Buzău. Tot în acel spital, numărul cazurilor se menţine ridicat şi în cursul anului următor, însă cu o diminuţie în numărul, formelor de scarlatină gravă şi hipertoxică.

In anii următori epidemia se stinge cu totul în această regiune, cazurile ospitalizate reducându-se la 0 în anul 1933, două în anul 1934, două în 1935, două în 1936 şi şapte în anul 1937. In toată această lungă perioadă de patru ani, în care morbiditatea a fost atât de redusă, mortalitatea scade şi ea la 0%, odată cu dispariţiunea formelor grave. In anul 1938 însă, ascensiunea este bruscă, trecându-se dela 7 cazuri la 131 ospitalizate în cursul ernei. Deşi ridicată din punct de vedere al morbidităţii, mortalitatea rămâne însă scăzută în comparaţiune cu cea din alte regiuni ale aceluiaşi judeţ. In cursul acestei epidemii, au fost găstie 14 cazuri de scarlatină gravă, dn care 8 au sucombat, 67 cazuri de scarlatină obişnuită, 18 benigne şi 32 internate în perioada de descuamaţiune. Din acestea au sucombat 5 în urma complicaţiunilor renale.

In concluziune deci, pentru comuna Pogoanele şi jurul său, epidemiile au fost asemănătoare cu cele din oraşul Buzău, prezentând acelaş caracter de endemie a scarlatinei cu isbucniri epidemice ce s'au succedat în cursul anilor.

Ultimul punct unde am putut găsi unele date mai precise, a fost oraşul Mizil. La spitalul mixt din această localitate, am putut găsi foi de observaţiune medicală numai cu începere din anul 1935. Epidemiile s'au succedat sub acelaşi aspect şi în această regiune.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Din totalitatea acestor elemente, reese că epidemiile în perioadele prevaccinale ce s'au succedat în cursul ultimilor 10 ani, au un caracter foarte asemănător în toate regiunile, cu forme grave relativ frequente şi cu o mortalitate ce variază între 8—15%.

Din cele ce vor urma, se va putea desprinde faptul că în sectoarele unde vaccinaţiunea antiscarlatinoasă nu a fost făcută, epidemiile s'au continuat sub aceiaşi formă, în contrast cu sectoarele unde această vaccinaţiune a putut fi realizată în massa populaţiunei copiilor.

Epidemia din cursul anului 1938, pe care am putut-o studia în toate detaliile, va servi ca element comparativ între cazurile de scarlatină nevaccinate, cazurile de scarlatină ivite în cursul vaccinării şi cele vaccinate complect, care au făcut boala după o perioadă mai lungă dela ultima inoculare cu toxină sau anatoxină scarlatinoasă.

In luna Octomvrie 1938, apar brusc 28 cazuri în oraşul Buzău, pentru ca în luna Noembrie să crească la 80 cazuri ospitalizate, din oraş şi împrejurimi, iar în luna Decembrie numărul cazurilor să se ridice la 101 şi să rămână staţionar în luna Ianuarie 1939. In Februarie 1939 însă, cifra noilor cazuri ospitalizate, scade de această dată brusc, la numai 22 cazuri. Acest fapt probabil în legătură cu vaccinaţiunea antiscarlatinoasă.

Intreruperea unei epidemii care începuse sub o formă foarte gravă şi era pusă în condiţiunile cele mai bune de a evolua, atât din punct de vedere al sezonului în care se desvolta, cât şi din punct de

vedere al condiţiunilor sociale, nu poate fi o simplă coincidenţă, mai ales atunci când din studiul epidemiilor anterioare s'a putut ajunge la concluziunea că pentru această regiune, fiecare isbucnire epidemică se continua în tot cursul anului în care apăruse, cât şi în cursul anului următoar. Mai adăogând şi faptul că o parte din cazurile de scarlatină nu au putut fi depistate de organele sanitare, ele fiind reţinute la domiciliu, constituind mici focare, care ar fi putut întinde epidemia şi mai mult, vaccinaţiunea antiscarlatinoasă apare şi mai importantă, mai ales în mediul rural, acolo unde declaraţiunea boalelor contagioase de către părinţi se face cu multă greutate, izolarea cazurilor depinzând numai de vigilenţa organelor sanitare.

In cursul acestei epidemii, noi am găsit pentru forma uşoară 33,4% cazuri; pentru forma frustă 2,10%; pentru forma hiperpiretică 25,1%; pentru forma hipertoxică 6,5%; pentru forma septicemică 0,26 şi pentru forma toxică 1,5%.

Acest procentaj a fost făcut după clasificaţiunea dată de A. Stroe, pe care o considerăm cea mai complectă.

Raportând însă la clasificaţiunea care a fost luată în considerare de totalitatea medicilor şi de tablourile epidemiologice ale serviciilor sanitare, această epidemie s'a prezentat sub următorul aspect; forma benignă 35,16%; forma obişnuită 25,7%; forma gravă în care înglobăm cazurile de scarlatină toxică, cele asociate cu angină necrotică Henoch şi cele septicemice, într'un procent de 7,84%, forma hipertoxică 6,3%, iar pentru scarlatina în descuamaţiune 25%.

Rezultă că numărul cazurilor de scarlatină gravă a fost ridicat în această epidemie, conducând la un procentaj al mortalităţii de 12,5%. Trebue adăugat că pentru formele de scarlatină benignă şi obişnuită, evoluţiunea clinică a fost foarte frequent întreruptă de complicaţiuni, de partea celorlalte organe. Pentru ca gravitatea epidemiei să poată fi văzută şi mai clar, dăm tabloul tuturor complicaţiunilor apărute în cursul ei:

Cluj Univ. Central University Library Cluj

Complicaţiuni renale	118.
Otite	32.
Reacţiuni mastodine	2.
Adenopatii cervicale supurate	17.
Adenopatii cervicale nesupurateo	39.
Amigdalite	2.
Flegmon retro-faringian	1.
Broncho pneumonii	17.
Pleurezii purulente	3.
Pleurite	4.
Miocardite	1
Colaps periferic	5.
Reumatism scarlatinos tardiv	13.
Entero colită	3.
Hepatită icter	1.
Reacţiune peritoneală	1.
Complicaţiuni oculare	3.
Septicemie	1.
Piodermite	48.
Reumatism scarlatinos precoce	3.

Aceste complicaţiuni arată odată în plus, gravitatea epidemiei, procentajul lor raportat la numărul total de cazuri, ridicându-se la 82,63%.

O remarcă trebue făcută asupra acestei cifre atât de înalte; complicaţiunile renale s'au ridicat la un număr de 118 şi majoritatea lor s'au ivit la cazurile internate în descuamaţiune, astfel că aparatul urinar este cel mai frequent reprezentat între numeroasele manifestări din partea doua a evoluţiunei clinice scarlatinoase.

Numărul complicaţiunilor a fost tot atât de mare ca şi la celelalte spitale, în cursul anilor 1931, 1936, 1937 şi 1938. Procentajul lor variază între 45—60%.

Epidemia anului 1938—939, a mai fost îngreuiată în Spitalul de Boli Contagioase şi prin frequentele asociaţiuni ale scarlatinei cu alte maladii intercurente. Dintre acestea trebuesc citate: difteria, tuberculoza pulmonară, meningita tuberculoasă, oedemul malign, tusea convulsivă, varicela şi o mică epidemie interioară de pojar. Afară de asociaţiunea scarlatină--varicelă şi scarlatină-pojar, celelalte au îngreuiat evoluţiunea clinică conducând foarte frequent cazurile, la moarte.

In luna Noembrie 1938, în plină epidemie de scarlatină, se începe în oraşul Buzău, vaccinaţiunea antiscarlatinoasă cu toxină.

La prima inoculare s'au prezentat 7279 copii dela doi până la cincisprezece ani; numărul lor descreşte până la ultima inoculare când atinge 4399 vaccinaţi complect.

In judeţul Buzău s'au vaccinat cu toxină Dick 14.902 copii cu 5 inoculări şi 11.524 cu 6 inoculări; cu anatoxină au fost vaccinaţi complect 33.146 copii. Deci, vaccinaţiunea s'a făcut pe un număr total de 59.572 copii.

Operaţiunea de vaccinare s'a executat în condiţiuni bune în oraşul Buzău, nedând loc la incidente sau la o rezistenţă prea mare din partea populaţiunei.

Biblioteca Central University Library Cluj

Din totalitatea celor 4399 vaccinaţi cu toxină, în afară de reacţiunile post-vaccinale locale, nu s'au înregistrat accidente decât în trei cazuri, la care fenomenele generale şi fenomenele cutanate au fost mai accentuate. Toate aceste cazuri au fost internate în Spitalul de Boli Contagioase şi credem că descripţiunea lor nu ar fi lipsită de interes.

Fenomenele post-avccinale au fost observate la un copil de 11 ani, al doilea de 14 ani şi al treilea de 15 ani.

Manifestările clinice au fost caracterizate prin temperatură înaltă ce varia între 38—39%, cefalee, uşoară hipertrofie amigdoliană şi apariţiunea unei eruptiuni ce lua caracterul unui rash scarlatiniform. Acest rash, a fost mai accentuat într'un singur caz, la care se apropia foarte mult de eruptia scarlatinoasă propriu zisă, pe când la celelalte două cazuri, el era foarte discret. Fenomenul de stingere a fost negativ pentru toate trei cazurile. La două zile după apariţiunea fenomenelor cutanate, tegumentele încep să se descuame furfuraceu, iar la celelalte două, după pălirea exantemului, acestea rămân normale. Trebue menţionat faptul că în primul caz, eruptiunea a pălit după două zile pentru ca apoi să reapară însă cu o intensitate mai redusă. Această fenomenologie clinică, a durat trei zile pentru două cazuri şi şase pentru al treilea caz la care reacţiunea post-vaccinală a fost mai intensă. Hemograma la toate trei cazurile nu a suferit nici o modificare.

In afara acestor trei reacţiuni post-vaccinale mai importante, nu s'au putut găsi la totalitatea vaccinaţilor decât reacţiuni locale caracterizate prin oedem, inflamaţiune şi uşoare oscilaţiuni febrile, care nu au avut o durată mai lungă de 12 ore. Aceste reacţiuni locale au apărut mai frequent în cursul celei de a 4-a—5-a inoculare, la copii de vârste mai înaintate.

In contrast cu epidemiile anterioare a căror caractere au fost pe larg descrise, totalitatea cazurilor de scarlatină la vaccinaţi au prezentat forme cu mult mai benigne.

In cursul vaccinaţiunilor au apărut în oraş 5 cazuri de scarlatină printre vaccinaţi. Dintre aceştia 4 au prezentat forme uşoare, iar al 5-lea căruia i se făcuse în prealabil două inoculări, a făcut scarlatina în forma ei hipertoxică, având un sfârşit letal.

Dintre copii vaccinaţi complect până în luna Noembrie 1938, au făcut scarlatină numai 9. Data îmbolnăvirii în raport cu ultima inoculare a variat între 60 şi 306 zile. Toţi aceşti 9 copii au făcut forme de scarlatină foarte uşoare. Aceşti copii au fost internaţi în serviciu în general între a 2-a—3-a zi de boală. Temperatura în perioada şupra-acută, nu atinge mai mult de 38° şi scade brusc în general în a 4-a zi de boală, pentru ca să se menţină sub linia de 37° în tot cursul evoluţiunei clinice.

Ceia ce este întrucâtva caracteristic pentru scarlatina la vaccinaţi, este exantemul scarlatinos care de cele mai multe ori prezintă un caracter atipic. Această atipie priveşte pe deoparte intensitatea exantemului scarlatinos şi pe de alta, dispoziţiunea topografică a lui. In majoritatea cazurilor acest exantem este alcătuit tot din micropapule diseminate pe un fond foarte palid. Alteori exantemul ia un caracter maculos, apropiindu-se foarte mult de exantemul rugeoliform. Pentru aceste cazuri, tegumentele sunt moi la pipăit în contras cu senzaţiunea particulară pe care o dă pipăitul pe tegumentele scarlatinoşilor cu eruptiune clasică. Alteori, exantemul ia un aspect cu totul diferit, dând un amestec polimorf şi luând numai în unele regiuni caracterul exantemului scarlatinos. In alte cazuri, el devine morbiliform, apropiindu-se foarte mult de eruptiunile anafilactice. In ceea ce priveşte topografia, ori care ar fi aspectul exantemului, scara de variaţiuni este foarte mare. Uneori se observă o eruptiune localizată exclusiv la nivelul regiunei cervicale, trecând foarte puţin regiunea toracică, iar restul tegumentelor rămân absolut lipsite de eruptiune. In alte cazuri, s'a putut observa existenţa unor eruptiuni foarte particular dispuse la nivelul regiunei interscapulare, regiunea pumnului unde alcătuia adevărate brăţări şi la nivelul regiunei articulaţiei talo-crurale.

Aceste variaţiuni în morfologia şi dispoziţiunea topografică a exantemului scarlatinos, precum şi debutul boalei atât de liniştit, fac, ca diagnosticul de scarlatină să întâmpine dificultăţi serioase şi uneori el să nu poată fi precizat decât cu ajutorul fenomenului de stingere. In ceea ce priveşte aspectul fundului de gât la aceşti bolnavi, el se caracterizează printr'un exantem scarlatinos discret şi prin uşoară hipertrofie amigdaliană. In nici unul din cazurile observate de noi nu am găsit modificări patologice manifeste la nivelul amigdalelor şi palatului moale. Bolnavul se menţine în tot cursul perioadei supra acute a scarlatinei cu o stare generală excelentă, orice manifestări neurologice atât de frequente în cursul scarlatinei grave şi chiar obişnuite, fiind excluse. De partea celorlalte organe, în nici unul din cazuri nu am găsit modificări în cursul primei perioade de evoluţie clinică. Cordul rămâne în limitele normale, pulsul este bine bătut şi urmează întotdeauna curba termică. Aparatul respirator nu prezintă nici o modificare care să fie o consecinţă a infecţiunei scarlatinoase. Diureza este normală şi nu suferă modificări decât în rarele cazuri de complicaţiuni renale.

Cu toate că tabloul clinic al scarlatinei la vaccinaţi este atât de uşor, modificările hemogramei sunt foarte apropiate de acele ale scarlatinei obişnuite. Leucocitoza atinge în majoritatea cazurilor 8000—10.000 elemente pe mmc. In formula leucocitară am găsit întotdeauna o neutrofilie ce varia între 75—80% polynucleare neutrofile, iar euzinofilia variază în general între 5—10%. Numărătoarea elemeuntelor albe şi formula leucocitară sunt elemente care au o importanţă considerabilă în diagnosticul diferenţial al scarlatinelor cu exanteme atipice.

Acest tablou clinic se repetă la majoritatea cazurilor de scarlatină la vaccinaţi şi nu este întrerupt decât foarte rar de complicaţiuni. Benignitatea simptomologiei clinice, precum şi extrem de scurtă durată a sa, face ca bolnavii să fie consideraţi ca intraţi în convalescenţă încă din primele 4—6 zile de boală. Exantemul atât de discret face ca descuamaţiunea la aceste cazuri să fie de cele mai multe ori furfuracee.

Din două curbe termice considerate reese de asemenea benignitatea evoluţiunei clinice.

Pentru vaccinaţii complect, din cele 8 cazuri ospitalizate, 7 au prezentat forme uşoare şi numai unul o formă de scarlatină obişnuită.

In ceeace priveşte cazurile de scarlatină din judeţ la vaccinaţi, studiul formelor clinice, a început să se facă din luna lulie 1939, atunci când vaccinaţiunea era complect executată în sectoarele unde s'a efectuat.

Din totalitatea celor vaccinaţi (59.572) au făcut scarlatină un număr de 23 vaccinaţi. Din aceştia 12 au fost inoculaţi cu toxină, iar restul de 11, au fost vaccinaţi cu anatoxină.

© Biblioteca Central University Library, Cluj

Din grupa 1-a au făcut scarlatină doi bolnavi, cărora li se făcuse în prealabil trei inoculări: doi cu patru inoculări, cinci cu cinci inoculări şi trei cu şase inoculări. Formele clinice pe care le-au prezentat aceştia, au fost următoarele: la cei vaccinaţi complect cu toxină, s'au observat şapte cazuri de scarlatină benignnă şi unul singur de scarlatină obişnuită. Acest ultim bolnav a fost internat în serviciu în perioada de descuamaţiune a boalei, cu nefrită scarlatinoasă asociată, complicaţiune în urma căreia a sucombat.

Pentru cei vaccinaţi incomplect, am găsit următoarele forme: cu patru inoculări, două cauzri, din care unul cu formă benignă şi al doilea cu formă obişnuită însoţită de complicaţiuni. La vaccinaţii cu trei inoculări s'au găsit două cazuri benigne.

Dintre vaccinaţii cu anatoxină, s'au îmbolnăvit un număr de doi bolnavi, care au prezentat forme uşoare, unul din ei însă, pe lângă infecţiunea scarlatinoasă, prezenta şi o tuberculoză pulmonară cu însămânţare intestinală, afecţiune în urma căreia bolnavul a sucombat.

Deci, după aceste date, în spitalul nostru au fost observate 21 cazuri de scarlatină provenite din oraşul şi judeţul Buzău, la care trebuesc adăogate cele cinci cazuri de scarlatină la vaccinaţii incomplect. In afară de aceştia s'au mai găsit în taberele Serviciului Sanitar al judeţului Buzău, alte 9 cazuri, din care 5 au fost vaccinaţi complect cu anatoxină, 2 cazuri au avut trei inoculări, 2 o singură inoculare.

Din cei **vaccinaţi complect** cu anatoxină, după datele medicilor de circumscripţie, care au internat aceste cazuri în diverse spitale, formele clinice pe care le-au prezentat, sunt următoarele: unul cu formă

benignă, două cu forme obişnuite şi două cazuri cu formă hipertoxică, din care unul cu sfârşit letal.

La vaccinaţii incomplect, cu trei inoculări au fost două cazuri, ce au prezentat forme obişnuite, iar cu o singură inoculare, au fost două cazuri ce au prezentat, unul o formă obişnuită şi al doilea o formă benignă.

Asupra formelor clinice dela această a doua categorie de bolnavi, personal, nu pot aduce nici o preciziune, bolnavii nefiind sub observaţiunea mea.

Din expunerea acestor fapte putem trage unele concluziuni, deşi numărul observaţiunilor actuale rămâne restrâns, astfel că, ele nu vor putea fi definitive pentru această regiune, decât după un timp mai îndelungat. Trebue specificat totuşi că, deşi numărul total al bolnavilor de scarlatină vaccinaţi, pe care i-am putut observa, este atât de mic, concluziunile asupra formelor de scarlatină şi asupra benignităţii acesteia la vaccinaţi se suprapun celor aduse de A. Stroe, pe un număr impresionat de cazuri. In lucrarea sa „La scarlatine chez les enfants vaccines par l'anatoxine scarlatineuse" ajunge la concluziunea că formele de scarlatină benignă la vaccinaţi, ating un procentaj foarte înalt de 96,4%, iar mortalitatea scade dela 7,72% din cursul aceleiaşi epidemii, la abia 0,44% pentru vaccinaţi.

Aceleaşi lucruri le-am putut observa şi noi, deşi pe o scară mai puţin întinsă. Comparând formele de scarlatină pe care le-au făcut bolnavii dela data de 1 Februarie 1939, până la 1 Noembrie ale aceluiaş an, am putut vedea că malignitatea formelor de scarlatină pentru nevaccinaţi, rămâne într'un procentaj înalt ce oscilează după luni, între 12—14%, în timp ce, pentru bolnavii vaccinaţi, acesta scade la 8,69% după datele generale. Cum însă din totalitatea bolnavilor observaţi, diagnosticul de formă, a fost făcut de medicii care au văzut cazurile la domiciliu şi cum acest diagnostic depinde de interpretări personale, cred că acest procent care este totuşi ridicat, are la bază interpretări ceva mai îndepărtate de cele reale. Pentru cazurile observate numai în serviciul nostru, el scade şi mai mult, ajungând la 2,5%.

In raport direct cu formele clinice este şi mortalitatea al cărei procentaj este scăzut la 5%, în timp ce la nevaccinaţi, acesta se ridică la 0,5%.

Pentru judeţul Buzău, un alt argument care vine în favoarea vaccinaţiunei, este dat şi de faptul că în sectoarele unde această vaccinaţiune nu s'a făcut, epidemia a continuat cu aceiaşi gravitate ca şi în perioadele prevaccinale. Un exemplu edificator îl găsim într'o comună din jurul oraşului, care este situată într'un sector nevaccinat (comuna Merei). In acest punct epidemia din cursul ernei 1938—939, a continuat cu aceiaşi gravitate şi după data când vaccinaţiunea antiscarlatinoasă se efectuase complect în alte sectoare, iar epidemia era stinsă complect. In această comună, au fost observate 41 cazuri care au dat un procent de malignitate ce se ridică până la 16%, iar mortalitatea în concordanţă cu forma clinică s'a ridicat până la un procent de 14%. Aceiaşi gravitate observată în epidemia locală a comunei

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Merei, a fost dată şi de numeroasele complicaţiuni ivite la bolnavii din această regiune.

Pentru noi, continuarea epidemiilor în sectoarele nevaccinate şi cu predominenţă în comuna amintită, au o valoare quazi experimentală, căci aceste epidemii locale apar ca insule pe harta epidemiologică a judeţului Buzău.

Analog faptelor de mai sus, în mic, s'a putut observa acelaş fenomen în cursul epidemiilor familiare.

In serviciul nostru au fost ospitalizate mai multe familii, care aveau bolnavi, fie numai fraţi din aceiaşi familie, fie chiar şi pe unul din părinţi.

La aceste ultime cazuri cu epidemii familiare au putut fi observabile două fapte care ne-au atras în special atenţiunea: a) Părinţii copiilor nu au făcut scarlatina în nici unul din cazurile pe care le-am avut noi; b) Din aceiaşi familie, copii care fuseseră vaccinaţi în prealabil, făceau forme de scarlatină foarte uşoare, în timp ce fraţii lor, chiar dacă făceau forme de gravitate medie, evoluţiunea clinică a ofst întotdeauna întretăiată de complicaţiuni.

In plină epidemie şi în perioada ei terminală, am avut internate în serviciu, trei epidemii familiare, care cuprindeau într'un caz, ambii părinţi, iar în ultmiele două, numai mama copiilor. In toate aceste cazuri, în timp ce copii făceau scarlatina clasică, părinţii prezentau numai angine streptococice de intensitate extremă. La prima familie era vorba de un copil venit în oraşul Buzău din altă localitate, în plină perioadă de epidemie care a făcut o formă de scarlatină hipertoxică. Concomitent cu îmbolnăvirea copilului, tatăl prezenta o anginą streptococică de o gravitate excepţională şi care a condus la un flegmon amigdalian. Fenomenologia clinică şi în deosebi manifestările nervoase la tatăl copilului au fost excepţional de grave. La câteva zile după contractarea acestei angine, se îmbolnăveşte şi mama copilului care, prezintă acelaş tablou clinic şi cu aceiaş gravitate, mai adăugându-se pe lângă celelalte fenomene şi o hipo-tensiune arterială, ce punea de multe ori în pericol viaţa bolnavei, datorită frequentelor stări lipotimice. La celelalte două familii, numai mamele au prezentat angine streptococice de aceiaş intensitate. In nici unul din aceste cazuri, părinţii nu au făcut scarlatina propriu zisă.

Din aceste câteva observaţiuni, la care trebuesc adăugate şi observaţiunile făcute cu ocazia altor epidemii, naşte întrebarea dacă în epidemiile familiare, la părinţi cu o putere de apărare mult mai intensă decât a copiilor, nu există un proces de vaccinare naturală, părinţii stând în mediu epidemic şi astfel infecţiunea mai brutală produsă de mediul din imediata lor vecinătate, nu are posibilitate de a reproduce tabloul clinic al scarlatinei, ci fenomenele rămân cantonate numai la primul obstacol al infecţiunei, amigdala.

Al doilea punct care ne-a atras atenţiunea în cursul acestei epidemii, au fost formele de scarlatină diferite, pe care le-au făcut fraţii între ei.

La o primă familie, care a avut internaţi în serviciu, mama cu angină streptococică şi patru fraţi cu scarlatină; unul din ei nevaccinat,

a prezentat o formă de scarlatină asociată cu angină ulcero-necrotică, iar în cursul evoluţiunei şi concomitent cu aceasta, adenopatie cervicală masivă, apropiindu-se de „gâtul proconsular" reumatism scarlatinos, nefrită scarlatinoasă, manifestări, peritoneale. In acelaşi timp, ceilalţi trei fraţi, fac o formă benignă de tipul formelor de scarlatină la vaccinaţi. Deşi nici unul din copii nu a avut un sfârşit letal, cazul dintâi a prezentat o formă clinică foarte grea.

La a doua familie, care a avut internaţi în serviciu patru copii, doi din aceştia au prezentat forme de scarlatină de gravitate medie, cu diverse complicaţiuni în cursul evoluţiunei, în timp ce alţi doi, au făcut forme de scarlatină benignă. Formele benigne au apărut şi de această dată la copii vaccinaţi.

Existenţa condiţiunilor similare de desvoltare a epidemiilor familiare (sursă de infecţiune, teren, condiţiuni sociale, rase, etc.) şi totuşi, apariţiunea de cazuri diverse ca formă clinică, este un fapt ce nu poate fi interpretat decât prin existenţa unei imunităţi câştigate la cei vaccinaţi. Epidemiile familiare nu sunt atât de rare încât să le considerăm ca excepţionale şi argumentele de mai sus, ca simple coincidenţe. Cu ocaziunea altor epidemii şi în special cu ocaziunea epidemiei din anul 1936—1937 din Bucureşti. A. Stroe a putut face aceiaş observaţiune asupra lor.

O ultimă întrebare care se impune în cadrul studiului scarlatinei la vaccinaţi, este terapia specifică a boalei pentru aceste cazuri.

Tratamentul specific al scarlatinei cu ser antiscarlatinos Dick, sau ser de convalescent, are sau nu o influenţă mai accentuată pentru vaccinaţi?

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noi nu putem răspunde la această întrebare pentru un moment, deoarece numărul cazurilor noastre este foarte redus şi formele de scarlatină pe care le-au prezentat atât de benigne, încât nu a necesitat intervenţiunea sero-terapiei. Totuşi, scăderea mortalităţii, chiar şi pentru scarlatinele de formă obişnuită şi gravă la vaccinaţi, pare a fi în legătură cu o creştere a puterei antitoxice a serului pe aceste cazuri în prealabil imunizate în parte.

Din grupa mare a vaccinaţilor, numărul copiilor care a făcut scarlatina este foarte redus, astfel că morbiditatea la această grupă este foarte scăzută.

In oraşul Buzău, la cei 4399 copii vaccinaţi complect cu toxină Dick, morbiditatea se ridică la 0,20%, iar din grupa mare a celor 33.146 copii vaccinaţi cu anatoxină şi a celor 14.902 copii vaccinaţi complect cu toxină Dick, au făcut scarlatină un număr total de 23 copii, astfel încât atât pentru populaţiunea infantilă din judeţ, cât şi pentru cea din oraş, procentul morbidităţii este minim, în timp ce la grupa nevaccinaţilor el se menţine relativ ridicat, în special în sectoarele unde vaccinaţiunea nu s'a făcut deloc.

CONCLUZIUNI:

1) Caracterul epidemiilor din perioada prevaccinală, în această regiune, este foarte grav, atât din punct de vedere al morbidităţii, cât şi din punct de vedere al formelor clinice şi mortalităţii.

2) In timpul şi imediat după vaccinaţiune, epidemia de scarlatină şi-a schimbat caracterul, prin apariţiunea predominenţei formelor uşoare de scarlatină şi consecutiv prin scăderea mortalităţii.

3) In regiunile nevaccinate, epidemiile locale au continuat cu aceiaşi malignitate, ca şi în perioada prevaccinală.

4) Epidemiile familiare au putut pune în evidenţă mai net, diversitatea formelor de scarlatină, dintre membrii lor, vaccinaţi şi cei nevaccinaţi.

5) Morbiditatea este extrem de scăzută la populaţiunea infantilă vaccinată, procentajul variind între 0,20% pentru oraşul Buzău şi 0,005% pentru cei 40.048 copii vaccinaţi în judeţul Buzău; cu toxină (14.902) şi cu anatoxină (33.146).

6) Formele de scarlatină la vaccinaţi sunt benigne, însă tabloul lor clinic, îndepărtat de cel clasic.

7) Hemograma şi pentru aceste forme atipice rămâne foarte apropiată de hemograma formelor de scarlatină obişnuită.

8) Evoluţiunea clinică la această categorie de bolnavi, este foarte rar întretăiată de complicaţiuni de partea celorlalte organe şi sisteme.

9) Mortalitatea este foarte scăzută la vaccinaţi şi în concordanţă cu formele clinice.

10) Nu s'au găsit deosebiri în evoluţiunea şi forma clinică, între bolnavii de scarlatină, vaccinaţi cu toxină şi cei cu anatoxină.

11) Tratamentul specific cu ser Dick, nu poate fi obiectul unor concluziuni actuale, numărul cazurilor fiind foarte redus şi formele clinice, de o benignitate extremă, astfel încât, nu au necesitat intervenţiunea seroterapiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

12) Pentru oraşul şi judeţul Buzău, vaccinaţiunea antiscarlatinoasă, s'a arătat a fi un mijloc sigur de scădere al morbidităţii în mediul epidemic.

13) Vaccinaţiunea antiscarlatinoasă, făcută în massă, a putut stinge o epidemie în plină evoluţiune.

14) Vaccinaţiunea antiscarlatinoasă va trebui să fie continuată mai ales în regiunile unde scarlatina este endemică şi unde isbucnirile epidemice, au un ciclu evolutiv foarte restrâns.

Acestea sunt concluziunile la care am putut ajunge în urma cercetărilor făcute cu totalitatea cazurilor de scarlatină din oraşul şi judeţul Buzău, pe o perioadă de 10 ani şi prin studiul amănunţit al epidemiei din cursul anului 1938/939.

Les traits caractéristique des épidémies de scarlatine pendant les périodes prévaccinales et post-vaccinales, dans la ville et le département de Buzau.

Dans les lignes qui suivent, on a cherché à opposer les aspects des épidémies de scarlatine de la ville et du département de Buzau à travers une période de dix ans, à ceux des épidémies des deux dernières années qui ont succédé à la vaccination antiscarlatineuse faite sur les masses de la population infantile.

De la recherche des données épidémiologiques, on peut établir que dans cette région la scarlatine est endémique et qu'elle présente des irruptions cycliques de quatre en quatre années.

Dans la période prévaccinale ces épidémies prennent un caractère de malignité relatif à la morbidité en tant qu'à la mortalité.

Dans la période postvaccinale les épidémies changent beaucoup: elles deviennent bénignes dans les régions où la vaccination a eu lieu en masse, tandis que là où elle n'a pas été exécutée, la scarlatine présente les mêmes caractères de malignité que dans la période prévaccinale.

Les vaccinations antiscarlatineuses ont été effectuées sans aucune difficulté et en très grande proportion. Dans la ville de Buzau on a inoculé la toxine scarlatineuse à 4399 enfants — depuis 2 à 15 ans; dans le département de Buzau, on a complètement vacciné 14.902 enfants avec de la toxine scarlatineuse et 33.146 enfants avec de l'anatoxine scarlatineuse.

La vaccination a eu lieu a l'époque où l'épidémie de 1938—1939, était en plein progrès et avait la tendance de devenir très grave.

Après la vaccination le caractère de cette épidémie change brusquement, les formes cliniques qui prédominent étant bénignes.

Dans les régions où la vaccination n'a pas eu lieu, l'épidémie a absolument gardé le même caractère de malignité que dans la période prévaccinale.

Ce qui plaide pour la vaccination antiscarlatineuse c'est encore la constatation que dans les mêmes familles, les enfants vaccinés ont toujours présenté des formes bénignes, en oppositoin avec leurs frères qui n'ont pas été vaccinés.

L'aspect clinique de la scarlatine chez les vaccinés est éloigné de l'aspect classique, surtout en ce qui concerne l'exanthème qui devient quelquefois atipique comme morphologie et localisation. L'hémogramme reste très semblable à celle de la scarlatine habituelle. Un fait, qui doit être remarqué aussi, regarde l'évolution clinique qui, pour ces cas, est entrecoupée bien rarement par des complications produites par les autres organes et systèmes. En concordance avec l'évolution clinique, la mortalité, elle aussi est très diminuée chez cette catégorie de malades.

Quoique le nombre des cas étudiés ait été relativement restreint, j'ai pu cependant montrer qu'il n'existe pas des différences, en ce qui concerne les évolutions et la forme clinique, entre les malades de scarlatine préalablement vaccinés avec de la toxine et ceux qui ont été vaccinés avec de l'anatoxine.

En ce qui concerne le traitement spécifique de la scarlatine avec le serum Dick, nous n'avons pu arriver à aucune conclusion parce que le nombre des cas étudiés a été trés réduit et que la bénignité des formes cliniques a rendu l'intervention séro-thérapique bien inutile.

Biblioteca Universitară "Lucian Blaga" / Cluj University Library, Cluj

Une conclusion certaine à laquelle j'ai pu arriver dans cette étude, porte sur la possibilité qu'a donné la vaccination antiscarlatineuse d'éteindre une épidémie en pleine évolution, à la condition seulement que celle-ci s'applique à la masse entière de la population infantile et non pas d'une manière disparate.

A notre avis, la méthode est utile et quoiqu'elle comporte de nombreuses diffciultés d'application, elle devra être continuée au moins dans les régions où la scarlatine est endémique et où ses éclats épidémiques ont un caractère de malignité.

Der Charakter der Scharlachepidemien in der Zeit vor und nach der Impfung in der Stadt und Bezirk Buzău.

In dieser Schrift wird versucht den Charakter der Scharlachepidemien in Stadt und Bezirk Buzău innerhalb einer Zeitsparme von zehn Jahren den Epidemien der letzten zwei Jahre gegenüber zu stellen, die der in der breiten Masse der Kinder vorgenommenen Scharlachimpfung gefolgt sind.

Aus der Prüfung der epidemiologischen Daten geht hervor, dass in dieser Region endemischer Scharlach vorherrscht, der von 4 zu 4 Jahren periodisch zum Ausbruch kommt.

In der Vorimpfungperiode nehmen diese Epidemien den Charakter der Bösartigkeit an sowohl hinsichtlich des Krankheitsverlaufes als auch der Sterblichkeit. In Nachimpfungsperiode verändern sich die Epidemien sehr dadurch, dass sie in Gegenden, wo diese Impfung massenhaft durchgeführt wurde, gutartig werden, während dort, wo diese nicht vorgenommen wurde, erscheint der Scharlach unter derselben Bösartigkeit wie in der Vorimpfungsperiode.

Die Durchführung der Scharlachimpfung ist in diesem Bezirk ohne Schwierigkeit und in weitem Umfang vorgenommen worden. In der Stadt Buzău sind 4399 Kinder von 2—15 Jahren mit Scharlachtoxin vollständig geimpft worden, im

Bezirk Buzău aber wurden 14902 Kinder mit Scharlachtoxin und 33146 mit Scharlachanatoxin geimpft.

Die Impfung ist während der grössten Verbreitung der Epidemie aus den Jahren 1938—1939, welche sehr ernst zu werden schien, vorgenommen worden. Nach der Impfung ändert sich aber sofort der Charakter der Epidemie, wobei ihre vorwiegend klinschen Formen jetzit gutartig werden.

Im Gegensatz zu geimpften Gegenden behält die Epidemie in nicht geimpften Kreisen unbedingt denselben Charakter der Bösartigkeit bei, wie in der Vorimpfungsperiode.

Zu Gunsten der Scharlachimpfung spricht auch die Tatsache, dass bei Familienepidemien die geimpften Kinder immer leichtere Krankheitsformen aufzuweisen hatten im Gegensatz zu ihren ungeimpften Geschwistern.

Bei Geimpften ist der klinische Charakter des Scharlachs von dem klassischen sehr verschieden, insbesondere hinsichtlich des Ausschlages, welcher bisweilen in seiner Morfologie und Lokalisierung atypisch wird. Das Hämogramm bleibt dem des gewöhnlichen Scharlachs sehr ähnlich.

Eine Tatsache, welche ebenfalls hervorgehoben werden muss, betrifft die klinische Entwickelung, welche in diesen Fällen sehr selten von Komplikationen der anderen Organe und Systeme begleitet wird.

Im Einklang der klinischen Entwickelung ist bei dieser Kategorie der Kranken die Sterblichkeit ebenfalls sehr gering.

Obwohl die Zahl der beobachtteten Fälle relativ gering war, konnten wir dennoch beweisen, dass zwischen den mit Toxin vorgeimpften Scharlachkranken und den mit Anatoxin keinerlei Unterschiede der Entwickelung und klinischen Formen bestanden.

Was die spezifische Behandlung des Scharlachs mit dem Serum Dick anbetrifft, konnten wir zu keinerlei Schlussfolgerung gelangen, da die Zahl der Fälle sehr gering war. Die Gutartigkeit der klinischen Formen aber brachte es mit sich, dass ein sero-therapeutischer Eingriff unnötig wurde.

Eine sichere Schlussfolgerung, zu der wir im Laufe dieses Studiums gelangenkonnten, bezieht sich auf die durch die Scharlachimpfung bedingte Möglichkeit, eine Epidemie in voller Entwickelung zu löschen, unter der Bedingung, dass diese Impfung in der Gesamtmasse der kindlichen Bevölkerung und nicht in Einzelfällen durchgeführt wird.

Für uns ist diese Metode nützlich und obwohl sie viele Anwendungsschwierigkeiten mit sich bringt, wird sie fortgesetzt werden müssen, wenigstens in den Gegenden, wo der Scharlach endemisch ist und wo die epidemischen Ausbrüche einen bösartigen Charakter annehmen.

Digitized by Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca

LYSARTHROL

GRANULAT EFERVESCENT
CHIMIO-OPOTERAPIC

COMPOZIŢIA SA:

1. ELEMENTUL OPOTERAPIC:

Diastazele ţesuturilor renale obţinute pentru întâia oară de către M. MAIGNON, experimentate în serviciul profesorului TEISSIER şi cari în doze infinitesimale, au ca efect de a readuce la normal volumul urinilor fără a primejdui hyperfuncţionarea rinichiului.

2. ELEMENTE CHIMIOTERAPICE:

a) **Uroformina** (Hexametilen tetramina pură) care acţionează în două moduri diferite: fie prin propria sa activitate antiseptică, când mediul este alcalin, fie prin degajarea de formol, când mediul este acid.
b) **Benzoatul de litină** care are aci un rol ajutător prin propria sa acţiune asupra acidului uric.

INDICAŢIUNILE SALE:

LYSARTHROL-ul este indicat în toate afecţiunile cari denotă o micşorare a nutriţiei şi o diminuare a activităţii sfincterilor: **Guta**, dela **migrenă şi turburări hepatice** până la **accesul tipic**; **Gravela**, dela **colica nefretică** până la calculul vezical, cu sau fără **infecţiune urinară**; **Reumatismele cronice** până la reumatismul deformant, şi, în general, toată patologia sedentarilor.

POSOLOGIA:

Conţinutul capsulei-dop (sau una linguriţă de cafea) luat dimineaţa, seara şi înaintea fiecărei mese principale, adică de 4 ori pe zi, constitue doza normală pentru adulţi.
Este preferabil a-l dilua într'o cantitate suficientă de apă, un sfert sau o jumătate de pahar, de fiecare dată.

Eşantioane şi literatură:
Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA", S. A. R.
Str. Toamnei 103, Bucureşti III — Tel. 2.21.38

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CRINO-TENSYL

Regulator al tensiunei arteriale, al circulaţiei şi al nutriţiei generale.

FORMULA: Extract proaspăt de Pancreas desinsulinat.
" " de Parenchim renal.
" " de glande genitale.
Iod organic.
Clorhidrat de papaverină.
Feniletilmaloniluree.
Teofillină — etildiamină (Aminofilină).
Excipient Q. S. pentru 1 comprimat.

O terapeutică: MODERNĂ — PRACTICĂ — EFICACE

INDICAŢIUNI: Hipertensiune arterială — Arterioscleroză — Turburări circulatorii şi spasme vasculare — Pletora — Obesitate — Artritism — Turburările menopauzei.

POSOLOGIE: **Cura normală:** câte 2 comprimate la începutul celor 3 mese, timp de 3 săptămâni.

Cura de întreţinere: câte 1 comprimat la începutul celor 3 mese, 15 zile pe lună.

Laboratoires Fournier Frères — Paris.

Eşantioane şi Literatură

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, Bucureşti III Tel. 221/38.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MEDICINA PE VREMEA LUI MOLIÈRE*)

de

D-r DORIN DUMITRESCU
Conferenţiar la Facultatea de Medicină din Bucureşti
Chirurg Primar la Institutul Regele Carol II

In anul 1494, soldaţii, tovarăşii şi nobilii lui Carol VIII au părăsit satele lor triste şi mohorîte, oraşele lor întunecoase în cari se răsfăţa evul mediu şi au trecut pentru prima oară Alpii. Acolo, în luminoasa şi delicioasa Italie au întâlnit acel amestec seducător de curiozitate ştiinţifică, de frumuseţe artistică, de gingăşie şi delicateţă mondenă; acolo au trăit una din cele mai frumoase epoci din istorie — epoca renaşterii. Reîntorşi în patrie, au adus în mintea şi imaginaţia lor acele palate şi grădini minunate, catedrale şi biserici măreţe, tablouri şi sculpturi unice, bijuterii, parfumuri şi haine, cărţi, ştiinţă şi spirit.

Medicii au asistat şi ei la această epocă de glorie şi au trăit renaşterea medicinei care părăseşte definitiv făgaşul arhaic. De acum înainte curiozitatea ştiinţifică caută să găsească acel „dece" al celor necunoscute şi concepţiile originale pe bază anatomică îndrumează medicina pe calea glorioasă a realităţei.

Astfel, în anul 1475, Papa Sixt IV, permite pentru prima oară disecţiunea cadavrelor şi suprimă una din prejudecăţile antice care a ţinut medicina timp de 40 de secole în empirism. Dela această dată începe renaşterea medicinei prin anatomie şi minunata figură a lui Leonardo da Vinci inaugurează această transformare. Nu ştiu dacă se cunoaşte că autorul celebrei „Joconde" şi a „Cinei cea de taină" s'a consacrat ştiinţei anatomice cu o pasiune de care a dat dovadă în toate operele sale şi cu o dorinţă arzătoare să descopere însăşi cauza vieţei şi a morţei. Operele lui Leonarde da Vinci se găsesc în biblioteca palatului regal din Windser şi cele 1500 de planşe anatomice comentate cu scrisul lui inversat, ne prezintă pentru prima oară în istoria medicinei, o copie fidelă a celor văzute, un rezultat al disecţiunilor migăloase pe cadavru.

Din păcate, toate aceste manuscrise n'au fost cunoscute decât

*) Conferinţă ţinută la Universitatea Populară Prof. Nic. Iorga din Văleni, în ziua de 31 Iulie 1936.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

mult mai târziu şi astfel anatomia cea adevărată începe cu Andrea Vesale, care în calitate de profesor la Universitatea din Padova face „Tabula rassa" de toate afirmaţiunile sacro-sfinte din antichitate şi dovedeşte inepţiile susţinute de Hipocrat, Galian, Celsius şi alţii în această materie. Dela înălţimea acelei catedre, unde timp de secole profesorii au propovăduit textele milenare. Andrea Vesale a spus adevărul adevărat asupra anatomiei corpului uman şi a publicat în anul 1543 primul tratat de anatomie „De humani corporis fabrica", care a fost imediat vulgarizat în lumea toată.

Dar această operă monumentală, în totul conformă cu realitatea, a suscitat o revoluţie întreagă, — Andrea Vesale a fost atacat cu o violenţă teribilă, acuzat de herezie şi cu toate că nu spunea decât adevărul, a trebuit să plece din Italia şi a murit în exil. Totuşi, străduinţa lui Vesale n'a fost zadarnică şi în deceniile ce urmează opera lui este continuată de o serie de elevi ca Fallope, Aquapedente, Eustache, Botal şi alţii, ce au studiat rând pe rând toate organele şi au ridicat ştiinţa anatomică la perfecţiunea de azi.

Paralel cu evoluţia anatomiei ca ştiinţă, toţi sculptorii şi pictorii renaşterei ca Michel Angelo, Tizian, Calcar, Rafael, Cigoli şi alţii au practicat disecţiunea cadavrelor cu o pasiune de nedescris. Dealtfel sculptorii şi-au dat curând seama că trebue să cunoască admirabil de bine osteologia şi miologia, ca să aprecieze proporţiunile scheletului şi să reprezinte cât mai exact dimensiunile fiinţei pe care vroiau să o figureze. Şi atunci, Michel Angelo face disecţiunea cadavrelor la spitalul San Spirita din Florenţa, Calcar, elev al lui Tizian desenează planşele anatomice din tratatul lui Vesale, şi în fine Lodovico Cigoli sculptează o minunată „notomie sau écorché" (muzeul Bargello), încă o dovadă a studiilor anatomice pe cadavru, etc. etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dar, dacă anatomia este suficientă ca să prezentăm omul mort, trebue să cunoaştem şi fiziologia dacă dorim să figurăm o fiinţă în stare de activitate, sau să compunem o atitudine. Şi atunci, să ne gândim ce fortă senină, ce graţie languroasă, ce pasiune şi eleganţă nervoasă reprezintă „Discobolul, Gladiatorul murind, Luptătorul Borghese, Laoconul", sau atâtea alte minuni din epoca renaşterei. Este fără îndoială că suferinţa fizică şi morală, neliniştea, stările dezordonate ale sufletului şi ale trupului cari se regăsesc în toate aceste statui, ne dovedesc pe lângă o perfecţiune anatomică neîntrecută şi o cunoaştere admirabilă a fiziologiei organelor externe.

In schimb fiziologia organelor interne era uitată de Dumnezeu, până şi circulaţia sângelui se făcea prin intermediul ficatului, care era considerat din cea mai veche antichitate ca organul cel mai important. Trebue să ajungem la Harvey care stabileşte în anul 1628 fenomenele intime ale circulaţiei şi dărâmă definitiv unele ipoteze absurde, cari timp de secole au zăpăcit omenirea. Dar, cu toate că descoperirea lui Harvey era bazată pe experienţe precise de o valoare matematică, totuşi teoria circulaţiei a produs o campanie de opoziţie extraordinară şi sute de scriitori au încercat să dovedească inexactitatea celor afirmate. Astfel Giovanni dela Torre neagă evidenţa faptelor şi preslăveşte „dogmele suculente şi teoriile minunate din trecut"; Riolan, medic la curtea lui

Ludovic al XII-lea, susţine că „omenirea este de vină fiindcă s'a schimbat, dar Galian nu s'a înşelat"; în fine Guy Patin, personalitate ilustră şi profesor la Facultatea de Medicină din Paris, declară teoriile lui Harvey „paradoxale, false, imposibile, absurde şi vătămătoare"...

Cu toate acestea, acel „perpetuum mobile" cu durată din păcate limitată, îşi continuă şi astăzi adevărul ritmic, în ciuda tuturor detractorilor ce au încercat cândva să-i nege însăşi existenţa.

Deasemenea trebue amintită şi figura lui Malpighi, fondatorul anatomiei microscopice, pentru îndârjirea cu care a încercat să combată ideile învechite şi să răstoarne formidabila putere a dogmatismului antic. Intr'adevăr, monumentul de absurdităţi arhaice nu s'a năruit dintr'odată; dinpotrivă respectul pentru aserţiunile trecute era încă aşa de înrădăcinat, încât habotnicia celor mulţi combătea demonstraţiunile anatomice şi faptele experimentale cu citaţiuni din textele biblice. Din fericire, Malpighi a dus cea din urmă bătălie în secolul lui Molière şi legendele ca şi superstiţiile, dogmele ca şi teoriile învechite s'au spulberat în faţa microscopului cu care acest autor a studiat anatomia ţesuturilor. In acest fel, campionii ideilor ruginite au trebuit să se încline în faţa mormântului în care s'au îngropat 40 de secole de empirism.

In materie de patologie medicală secolul renaşterei continuă să fie dominat de teoria humorismului. Astfel câtă vreme „cele 4 humori fundamentale: sângele, limfa, bila neagră şi bila galbenă trăesc în stare de armonie, individul se găseşte în stare de sănătate deplină; dar îndată ce humorile încep să se bată între ele, atunci apare în organism un desechilibru oarecare, echivalent cu starea de boală"... Celelalte teorii se pot imagina foarte bine, dacă Rabelais care cunoştea la perfecţie pe Hipocrat şi Galian, n'a găsit alt subiect de glumă decât să descrie pe medicii ignoranţi şi şarlatani, îmbuibaţi de formule şi precepte anacronice.

Digitized by Google Original from Harvard University Library

Deasemenea Paracelsius încearcă şi el să răstoarne tradiţiunile clasice şi duce o campanie de o violenţă ne mai pomenită, pentru care a fost considerat ca un Luther al medicinei. Ca rezultat al acestor străduinţe multiple, medicina începe să se îndrepte către clinică şi către faptele precise de observaţie. Intr'adevăr în această epocă se descriu maladii noi ca variola, varicela, influenţa şi tifosul exantematic şi se tratează bolnavii după un principiu care merită şi astăzi să fie săpat pe frontispiciul spitalelor noastre „Qui bene diagnosticat, bene sanat".

Tot în această epocă, curând după descoperirea Americei, apare în toată Europa celebra epidemie de sifilis. Dar, graţie progresului neîncetat al ştiinţelor medicale, nu trec nici 30 de ani şi medicii cunoşteau la perfecţie, graţie tiparului, pericolul contagiunei directe, diferitele manifestări morbide, tratamentul cu mercur şi lemn de gaiac. Au trecut de atunci 400 de ani şi problema acestei infecţiuni este încă deschisă.

In ce priveşte chirurgia, trebue să recunoaştem că această artă n'a suferit modificările profunde întâlnite la celelalte ramuri ale medicinei. Intr'adevăr, dacă anatomia cea adevărată a deschis multe posibilităţi, nu trebue uitat că anestezia nu era încă cunoscută... Este drept că pe vremea Asirienilor se comprimau venele gâtului la copii ce tre-

buiau circoncişi; că Odisea ne vorbeşte că acel „nepetens" o băutură preparată de mâinile Helenei şi care înlătura durerea; că Evreii aveau obiceiul să dea condamnaţilor înainte de crucificare un narcotic, „şi lui Isus Cristos i-au dat vin amestecat cu smirnă, iar el nu le-a luat", ca să nu micşoreze prin aceasta suferinţele pasiunei. Mai târziu se administrează poţiuni alcoolizate sau preparate opiacee, astfel este faimosul remediu al „supărărei şi tristeţei" pe care ştiau să-l prepare femeile din Teba şi care a rămas în farmacopea modernă sub numele de extract tebaic. In fine, în cursul secolelor se întrebuinţează diferite mixturi de plante capabile să producă stări de somn sau de insensibilitate relativă... dar anestezie propriu zisă nu a existat şi din această cauză chirurgia a stat până la un punct pe loc.

In aceeaşi ordine de idei minunea lui Pasteur nu datează decât din secolul trecut şi până la Ambroise Paré, care reprezintă o figură foarte interesantă din epoca renaşterei, hemoragia se oprea cu fierul roşu.

Astfel în ce priveşte tratamentul plăgilor, Ambroise Paré ne povesteşte că în timpul luptelor dela trecătoarea Suza, rănile produse de armele de foc, se tratau cu ulei de soc în clocote, pe care toţi chirurgii îl turnau peste plăgile soldaţilor. Este dela sine înţeles că rănile mergeau prost şi mortalitatea era înspăimântătoare. Dar, într'o zi, fie că serviciile de aprovizionare au uitat uleiul de soc, fie că Ambroise Paré a avut scânteia divină... a înlocuit uleiul în clocote, cu un amestec de gălbenuş de ou, untdelemn şi terebentină, cu care a obţinut rezultate admirabile. Mai târziu Paré a tratat plăgile cu untdelemn de crin rece, în care ca dovadă de perzistenţa empirismului arhaic, a fiert şi câţi-va căţei noi născuţi, ca şi puţine râme...

CC-0. Cell / Central University Library Cluj

Această stare specială în care se găsea chirurgia, îşi mai găseşte poate explicaţia şi în învăţământul cihrurgical care prevedea o ierarhie foarte ciudată. Astfel existau mai întâiu „bărbierii-chirurgi" cari în afară de ras, tuns şi frezat aveau dreptul să facă câte-va operaţiuni obişnuite ca aplicaţiuni de ventuze, clisme şi venesecţii; al doilea erau „chirurgi-bărbieri" din corporaţia sfinţilor Cosma şi Damian, cari practicau restul de operaţiuni; în fine, existau „medicii", cari se credeau savanţi, cereau onorarii foarte mari şi în virtutea unor concepţii rămase din evul mediu, nu practicau nici un fel de operaţiuni, fiindcă socoteau arta chirurgicală ca un lucru manual, nedemn şi înjositor.

In fine, terapeutica medicamentoasă moştenită dela Chinezi şi Arabi, era cu mult prea complicată şi fără nici o acţiune bine determinată. Astfel, fiecare reţetă cuprindea 30—40 de elemente diferite, între cari, în afară de câte-va medicamente reale se găseau cele mai ciudate substanţe din regnul vegetal şi animal. Astfel celebrul „Teriac" conţinea 57 de substanţe variate, pentru puţin opiu, singurul medicament activ. Deasemenea, „medicamentele universale" pe cari şarlatanismul unora sau altora le născocesc în toate timpurile, se bucurau de o reputaţie deosebită. Nu există oare şi astăzi o mulţime de specialităţi celebre cari vindecă toate boalele? Astfel a fost şi pe atunci o poveste cu „piatra de Behazar". Intr'adevăr în anul 1560, regele Carol IX, primeşte în dar din partea unui nobil o piatră miraculoasă,

care bine înţeles se vindea pe toate uliţele ca pâinea caldă. Ambroise Paré, care a iubit întotdeauna soluţiunile radicale, administrează pur şi simplu unui condamnat de drept comun o poţiune cu sublimat coroziv, la care adaugă o bucăţică din piatra de Behazar. Bine înţeles, moartea condamnatului a distrus pentru totdeauna legenda acestui antidot universal... Totuşi, mai târziu au apărut fragmentele de mumie cu acţiune medicamentoasă supra naturală şi pe cari bolnavii le ingerau cu frenezie. Dar, foarte curând s'a dovedit că fragmentele de mumie nu veneau niciodată din Egiptul îndepărtat, ci erau simple bucăţi de carne umană culeasă de pe cadavrele spânzuraţilor, uscată la cuptor, copios unse cu smoală şi tăiate în bucăţele fanteziste.

In schimb, alături de aceste substanţe ciudate încep să apară în terapeutică o mulţime de medicamente foarte bune şi cu o acţiune bine precizată. Astfel, mercurul, arsenicul şi opiul încep să se întrebuinţeze cu succes şi Sydenham, a cărui tinctură figurează şi astăzi în farmacopee, a contribuit enorm la vulgarizarea opiului. In fine, unul din evenimentele cele mai importante din istoria medicamentelor a fost apariţia către anul 1640 a rădăcinei de chinină.

Şi acum, dacă aruncăm o privire retrospectivă asupra tuturor acestor fapte, trebuie să recunoaştem că modificările profunde în domeniul ştiinţelor au zdruncinat din temelie edificiul contemplativ şi empiric al antichităţei. Astfel ştiinţele experimentale au fost răvăşite de personalitatea gigantică a lui Galileu; Newton stabileşte legile gravitaţei; Kepler precizează legile matematice ale mişcărilor planetare; Pascal redă primele observaţiuni barometrice; van Helmont, Toricelli şi atâţia alţi autori dovedesc realitatea faptelor de observaţie şi de judecată, în ciuda misterelor de altă dată.

Biblioteca Universitară Cluj / Cluj Central University Library Cluj

Dar, toate aceste descoperiri n'au căpătat dreptul de cetăţenie imediat, toate aceste fapte cu totul noi au întâlnit o opoziţie crâncenă şi complexul acestor noţiuni revoluţionare ce caracterizează atât de bine secolul lui Molière, au fost greu de asimilat pentru foarte multe capete anchilozate.

Şi atunci este aşa de normal ca această luptă care depăşeşte cu mult sferele ştiinţifice şi pune în prezenţă două lumi cari se ciocnesc cu cea din urmă violenţă, să găsească de cealaltă parte a barricadei un Rabelais care batjocoreşte în Gargantua concepţiunile învechite ale medicinei şi contribue la dărâmarea teoriilor hipocratice; un Boileau care scrie o satiră usturătoare la adresa Facultăţei de Medicină cu scopul să împiedice fulgerele interdicţiei pe cari Universitatea intenţiona să le ceară Parlamentului împotriva tuturor ce vor îndrăzni să combată pe Aristot... In fine, Molière contribue şi el să arate ridicolul acelei mentalităţi habotnice şi comediile lui reprezintă cea mai biciuitoare ironie la adresa Facultăţilor şi a medicilor îmbuibaţi de doctrinele arhaice.

Iată de exemplu o probă „de bârfeală" la adresa celor 4 medici prezentaţi ca foarte savanţi, cari în comedia „Amour médecin" trebuie să sosească din minut în minut să examineze o bolnavă:

„noroc că n'a murit pisica noastră după căzătura grozavă de pe casă; a stat săraca culcată pe o rână, cu labele înţepenite şi nemâncată trei zile..... dar s'a vindecat. Dacă erau doctori şi printre pisici, o dădeau gata cu purgativele, clismele şi lăsarea de sânge.....".

Afirmaţia lui Argan care îşi face socoteala în „Le malade imaginaire" că a primit între 12—20 clisme pe lună nu este fantezistă. Intr'adevăr se făcea un aşa de mare exces cu purgativele, clismele şi venesecţiile, încât până şi Ludovic al XIII-lea, a primit într'un singur an 215 clisme, 212 purgative şi 47 de venesecţii...

In altă parte Molière ne dă o dovadă de mentalitatea habotnică a medicilor. Astfel Diàfoirus în „Le malade imaginaire" îşi laudă băiatul:

„ce-mi place mie la el este că n'a vrut nici odată să asculte şi să înţeleagă pretinsele descoperiri ale secolului nostru relativ la circulaţia sângelui, sau la alte fleacuri „ejusdem farinae".

Mai departe Molière ne arată cultura generală a medicilor şi modul lor de a se exprima. Sganarelle explică un caz de muţenie:

„muţenia este, care va să zică, atunci când limba nu se mişcă şi Aristot afirmă că humorile pecante au căzut greu. Dacă mă înţelegi! Ficatul este în stânga şi inima în dreapta, se face că plămânul care comunică cu creerul, întâlneşte un abur produs de acreala humorilor din concavitatea diafragmului. Acest abur, pe care îl denumim „atmos", ciuguleşte învelişurile creerului şi produce humorile stricate, învechite şi conglomerate cari se găsesc în abdomen...".

In altă parte Sganarelle îşi pune întrebarea dacă femeile sunt mai uşor de vindecat decât bărbaţii:

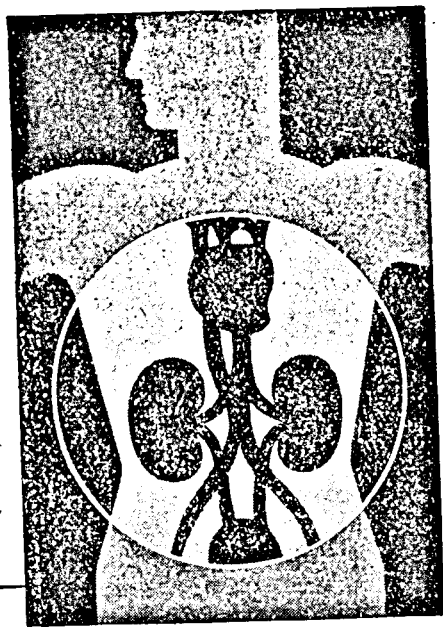
„unii spun da, alţii spun ba, iar eu nu spun nici da, nici ba.... cu atât mai mult cu cât paralaxul humorilor opace cari se întâlnesc la temperamentul natural al femeilor.... fiindcă partea bărbătească vrea mereu să domine cea sensitivă... se vede treaba că inegalitatea părerilor depinde de mişcarea oblică a cercului lunar.... din moment ce soarele care trimete razele sale pe concavitatea pământului...".

In fine Argan ne aminteşte şi răzbunarea care îl aşteaptă pe Molière din partea medicilor:

„în ziua când va fi bolnav am să-l las să moară fără ajutor medical. O să mă roage, o să mă implore şi n'am să-i fac nici cea mai mică venesecţie, nici cea mai mică clismă. Am să-l las să moară ca un câine, ca să se înveţe minte să mai batjocorească Facultatea....".

Şi astfel se încheie un secol în care găsim medici învechiţi în rele, alături de savanţi pasionaţi după adevăr... găsim empirici şi şarlatani cari speculează prostia omenească, alături de filozofi şi înţelepţi... şi în mijlocul acestui haos care domină lumea, fulgerele descoperirilor geniale brăzdează orizontul, pe care se ridică de acum înainte aurora timpurilor moderne.

Colegiul Carol I Cluj University Library



Pentru terapeutica individuală a inimei şi circulaţiei

Calcium-Diuretina

Medicament eficace cardiac şi vascular şi diuretic puternic.

Iod-Calcium-Diuretina

In deosebi pentru tratamentul turburărilor bătrâneţii.

Rhodan-Calcium-Diuretina

Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.

KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.

«KNOLL» S.A.R., Str. Atena 29, Bucureşti 3.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

REMINERALISARE
POLYOPOTERAPIE
RECONSTITUANT PHYSIOLOGIC

OPOCALCIUM

du
Dr. GUERSANT

1 OPOCALCIUM IRRADIÉ
Cachete. Comprimate.
Granule

2 OPOCALCIUM
Cachete. Comprimate.
Granule

3 OPOCALCIUM
Arseniat-Cachete

4 OPOCALCIUM
Gaiacolat-Cachete

Laboratoarele
OPOCALCIUM
A. RANSON
Dr. in farmacie
96 RUE ORFILA
PARIS XX-e

Colicistita cronică.-Congestia ficatului şi a căilor biliare-Icter şi Cholemie-Litiasă biliară.

AGOCHOLINE

Dr. ZIZINE
şef de laborator la spitalul SF. ANTOINE, PARIS

PEPTONE DE CARNE SULFAT DE MAGNEZIE
Agent de drenare a căilor biliare prin ingestiune, de o remarcabilă activitate
Posologie: 1—3 linguriţe de cafea dimineaţa pe nemâncate

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:
DROGUERIA „STANDARD" S. A. R. — Str. Sft. Ionică No. 8 — Bucureşti

DESPRE DEGENERESCENȚA POLICHISTICA A RINICHILOR IN LEGATURA CU UN CAZ INTERESANT

de

D-r EUGEN HERSKOVITS

Medic radiolog București

Degenerescența polichistică a rinichilor făcând parte din acele boli în diagnosticul cărora radiologia are un cuvânt hotărâtor, îmi permit ca medic radiolog să descriu această boală în tot ansamblul ei.

Degenerescența polichistică renală este o afecțiune congenitală cu predispoziții ereditare. Ea este adesea însoțită de anomaliile altor organe, ca de ex.: chiste hepatice sau splenice, dilatațiuni chistice ale ureterilor și de afecțiuni congenitale a coloanei lombo-ascrate. Această afecțiune a rinichilor atinge de obiceiu ambii rinichi, după Schinz și Simon la mai mult de 90% din cazuri boala e bilaterală, unilateralitatea ei fiind foarte rară. Ea atinge în aceeași proporție ambele sexe.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bolnavii născuți cu această afecțiune nu prezintă turburări obiective ori subiective deobiceiu până la vârsta de 40 de ani. Semnele clinice apar între 40 și 70 ani, fiind aproape aceleași ca ale unei nefrite cronice, adică: poliurie, alubminurie, apoi hipertensiune arterială, retinită albuminurică, etc.

Mai pe urmă rinichii se măresc, atingând chiar dublul volumului normal, devenind palpabili spre deosebire de rinichi sclerotici.

La începutul apariției semnelor clinice, diagnosticul etiologic nu se poate face decât pe baza examenelor radiologice. Suferindul este trimis de obicei de către clinician la examenele radiologice după o hematurie abundentă acută, cauzată de această afecțiune. Bolnavul sufere uneori de dureri renale, asemănătoare colicelor renale tipice, provocate de eliminarea prin ureteri a chiagurilor de sânge.

După observațiile lui Simon, unii bolnavi nici nu ajung la examenul radiologic, fiindcă sucombă într'un timp relativ scurt (de 2—3 luni) din cauza uremiei cauzată de această afecțiune. Aceste cazuri sunt excepționale, fiindcă de obiceiu degenerescența polichistică a rinichilor are un prognostic destul de bun, în general bolnavii pot trăi chiar mai multe decenii dela data apariției primelor semne clinice a turburărilor funcțiunilor renale.

Semnele radiologice ale acestei boli sunt:

1) Pe radiograma simplă a rinichilor: Atunci când boala a progresat mult, chistele renale fiind mult mărite, uneori se poate observa mărirea umbrelor renale cu conturul extern al rinichilor lobat, în formă de ciorchine de strugure.

2) Pe urograma intravenoasă: La începutul bolii, adică atunci când nu au apărut încă semnele clinice ale afecţiunei, nu vom avea nici un semn de urogramă, chistele fiind de mărimea unor boabe de linte sau de mazăre şi fiind situate spre periferia organului, ele nu pot produce nici o deformare a cavităţilor renale. Mai târziu, însă, chistele ajungând la mărimea unor boabe de cireşe şi chiar 'întrecând' această mărime, ele se vor întinde spre hilul renal comprimând calicele primare şi secundare a rinichilor. Din această cauză, calicele, unele se vor alungi, altele se vor dilata, prin această pielogramă căpătând un aspect foarte bizar (vezi figura No. 2). Se întâmplă că legătura dintre unele calice să dispară, acestea căpătând forma frunzelor de trifoi (vezi figura No. 1).

La unele cazuri umplerea bazinetului renal poate lipsi complet, la altele bazinetul se umple însă nu se dilată, deplasându-se mult în jos, din cauza rinichiului mărit, dând impresia unei ptoze renale. Ureterii pot fi recurbaţi şi deplasaţi spre linia mediană din cauza presiunii unor chiste mari din polii inferiori ai rinichilor (vezi fig. No. 2). Volumul rinichilor fiind totdeauna mărit, polul lor inferior ajunge până în marele bazin, deşi polul lor superior este la nivelul ultimelor vertebre dorsale.

Vedem deci, din cele de mai sus, că putem stabili diagnosticul bolii prin urografia descendentă şi nu vom recurge la catetrismul ureteral şi la pielografia ascendentă decât atunci când unul din rinichi nu se va umple cu substanţa de contrast aplicată pe cale intravenoasă.

BCU Iaşi / Central University Library

3) Pe pielograma retrogradă (ascendentă) uni ori bilaterală.

Cavităţile renale fiind mai bine umplute decât pe urograma intravenoasă, umbra lor va apare şi mai clară şi mai bine delimitată deci, ele vor fi şi mai caracteristice afecţiuni de degenerescenţă polichistică.

Drept complicaţie acestei afecţiuni poate să apară o pionefroză. Pentrucă şi în alte afecţiuni renale se pot ivi imagini cavitare dilatate multiple, şi anume: In tuberculoza renală, la tumori renale şi la hidropionefroză, voi spune câteva cuvinte asupra diagnosticului diferenţial a degenerescenţei polichistice renale.

Atunci când afecţiunea e bilaterală, singur acest fapt, pledează pentru natura polichistică a afecţiunii. Când însă afecţiunea este unilaterală, hidronefroza se va exclude prin lipsa dilatării bazinetului renal şi prin lipsa cauzei hidronerfrotice. Pentru excluderea tuberculozei sau a tumorii renale ne vom servi de semnele clinice ale bolii şi de examenele de laborator (culturi şi inoculare la cobai).

Cazul pe care-l voiu descrie mai jos este interesant din mai multe puncte de vedere:

a) Pentrucă prezenta deja semne clinice exprimate la o vârstă tânără (la 26 ani).

b) Afecţiunea neputându-se diagnostica prin urografia descendentă a fost nevoe să recurgem la pielografia retrogradă.

c) Una din cavităţile rinichiului drept, prezenta o lacună mare cu o manta marginală, cauzată de un mare coagul de sânge.

In ziua de 23 Mai 1940 s'a prezentat la mine un bărbat în vârstă de 36 de ani, trimis de către d-l D-r H. Herscovici, pentru examenul radiologic al aparatului urinar. Anamneza bolnavului comunicată de către domnul doctor e următoarea: în copilărie a suferit de scarlatină, în adolescenţă gonoree şi de câţiva ani are o dilataţie uşoară a aortei. Bolnavul e căsătorit dar copii nu are.

Acum 10 ani i s'a constatat prima oară albumină în urină şi o hipertensiune arterială între 18 şi 19, care semne de atunci au rămas constante (până azi). In 21 Ian. 1940, s'a dozat urea în sânge constatându-se 0.47 gm. la litru. Cu 6 zile înainte de a veni la noi, i-a apărut o hematurie abundentă care l-a alarmat, chemându-l pe medicul curant. Cu o zi înainte de a veni la examenul radiologic, a suferit de nişte colici renale nu tocmai tipice în partea dreaptă. După colicile care au durat câteva ore, a început să elimine pe lângă sânge şi mici chiaguri de sânge. Hematuria e aproape permanentă în ultimile şase zile.

Starea prezentă: Bolnavul afebril e destul de bine nutrit, dar palid şi obosit prezentând dureri la presiune în regiunea lombară dreaptă şi în hipochondrul drept. Hematurie abundentă vizibilă.

Analiza urinei: 1100 cmc. în 24 ore cu densitatea scăzută, albumina 3,2 gm. la litru. Eliminările de săruri în timp de 24 ore sunt diminuate însă clururi se elimină în limitele normale. Hemoglobina prezentă. In sediment: rare celule epiteliale, frecvente leucocite, foarte numeroase hematii şi abundenţi uraţi amorfi.

Radioscopia toracelui prezintă o dilataţie uşoară a aortei ascendente, pulsaţiile ei observându-se şi din direcţie sagitală (mesaortită luetică?!). Pleuropulmonar nimic deosebit.

Pe radiografiile simple nu se poate observa nici o modificare al aparatului urinar. Se vede însă o anomalie vertebrală — 6 vertebre lombare sau prima e pseudolombară prin lipsa anomalică a ultimei coaste în ambele părţi. (Vezi fig. No. 1). Sunt gaze multe în colon şi umbra unui flebolit e în micul basin în apropierea arcului pubian stâng.

Urografia cu „Uroselectan B" făcută cu o zi mai târziu prezenta următoarele:

Cavităţile renale din dreapta nu s'au umplut deloc cu substanţa de contrast nici la 50 minute după injecţia intravenoasă (vezi fig. No. 1), pe când în partea stângă s'a văzut la 10,25 şi 50 minute după injecţie, aceeaşi imagine a două cavităţi separate una de alta umplute cu substanţa de contrast. Una din ele, mai dilatată şi cu formă bizară e proectată pe ultima coastă a doua mai mică şi mai slab umplută decât prima e la o distanţă destul de mare, dedesubtul primeia şi mai extern situată decât aceasta. Nu se observă deloc legături între umbrele susnumite şi bazinetul renal nu este umplut deloc. (vezi fig. 1). Vezica urinară s'a umplut normal fără a se observa umbra vreunuia din ureteri.

Bolnavul a fost retrimis la medicul curant cu indicaţia mea, de a i-se face o cistoscopie şi eventual o pielografie ascendentă bilaterrală pentru stabilirea diagnosticului.

Prin cistosopia făcută de către D-l D-r Alterescu, s'a constatat, că hematuria vine din ureterul drept.

In 26 Mai 1940, i s'a făcut de către colegul urolog susnumit, cateterismul ureterilor luându-se urina separat din fiecare rinichiu. In acelaşi timp rinichiul stâng a eliminat dublul cantităţii de urină eliminată de rinichiul drept, urina din stânga fiind limpede pe când cea din dreapta cu sânge.

Recurgând la pielografia retrogradă cu cateteri opaci, dupăce s'a injectat deodată în fiecarre rinichi câte 20 cmc. de „Urroselectan B" la care bolnavul a semnalat dureri mici şi numai în stânga (deobiceiu la 10 cmc., bolnavul simte dureri mari) s'a făcut radiografia.

Radiografia prezintă următoarele: Cavităţile renale în ambele părţi sunt înmulţite şi foarte mult dilatate, păstrând legătura între ele, calicele secundare

în unele locuri având aspecte de trifoi (vezi fig. No. 2 jos în dreapta).

Contururile cavităţilor sunt însă lineare şi clare. Basinetele sunt deplasate în jos fără să fie dilatate, ambi ureteri şi mai ales cel drept, sunt recurbaţi şi deplasaţi spre linia mediană. Rinichii foarte mult măriţi ajung cu polul lor inferior până în fosele iliece (vezi în fig. 2), substanţa de contrast din cavităţile renale, se întinde din apropierea ultimelor coaste până în apropierea crestelor iliece. În cavitatea cea mai de sus din dreapta se vede o umplere lacunară. Lacuna mare este înconjurrată clar de o substanţă de contrast lineară în formă de manta marginală (semnul lui Weiss). Lacuna n'are o transparenţă uniformă, fiind presărată de umbre date de mici cantităţi de „UROSELECTAN" cu care s'a îmbibat în unele părţi corpul strein care producea lacuna. (vezi fig. 2). In penultima cavitate infero-internă dreaptă se văd 2 mici lacune rrotunde cu manta groasă numită „de albină" date de aerul care a intrat din seringă în timpul injecţiei în cavităţile din dreapta. (vezi fig. 2).

Imaginea pielografiei retrograde este tipică unei degenerescenţe polichistice bilaterală. Numai cateterismul bilateral şi pielograma retrogradă ne-au putut duce la adevăratul diagnostic, fiindcă neumplerea de loc a cavităţilor renale din dreapta, precum şi umplerea bizară a unor cavităţi din stânga la urografia intravenoasă putea duce la presupunerea unei tumori renale în stânga şi la o aplasie sau anurie renală dreaptă.

Dat fiind însă, că la cele mai multe cazuri urografia descendentă ne poate servi la constatarea bolii, nu vom supune bolnavul torturei cateterismului ureteral şi eventualelor infecţiuni cauzate de acesta, decât în astfel de cazuri, ca al nostru, unde oragrafia descendentă nu ne poate lămuri.

In ceea ce priveşte interpretarea lacunei mari cu mantaua marginală a lui Weiss, din cavitatea superioară a rinichiului drept, ea ar putea fi dată şi de o tumoară renală. In contra vorbesc însă, contururile clare şi lineare a mantalei marginale, precum şi aspectul celorlalte cavităţi. Dar aspectul susnumit al lacunei, poate fi provocat de un calcul transparent razelor X (de uraţi sau de xantină) sau de un coagul mare de sânge. Pentru coagulul de sânge pledează faptul că după colicile din dreapta, bolnavul a eliminat mici chiaguri de sânge. Diferenţiarea sigură între un coagul de sânge şi un calcul transparent poate fi făcută în urma unei noi pielografii retrograde, făcută la un interval de timp destul de mare. Căci dacă imaginea lacunară este cauzată de un coagul de sânge, ea se va modifica în ceea ce priveşte forma şi mărimea sau va dispare, pe când dacă este cauzată de un calcul mare transparent, imagina va rămâne constantă.

Proprietatea Universităţii "Babeş-Bolyai"

După pielografie făcându-se analiza urinei din dreapta şi din stânga, s'a constatat că urina eliminată de către rinichiul drept conţinea toate elementele patologice ale urinei totale, examinată înaintea cateterismului ureteral, pe când urina din stânga nu conţinea decât puţină albumină.

Urologul voind să excludă cu certitudine o tuberculoză renală, în contra căreia de fapt vorbea bilateralitatea imaginilor cavitare, a cerut examenele de laborator în acest sens, care însă au dat rezultate negative (atât cultura cât şi inocularea la cobai).

După un tratament conservativ, hematuria s'a oprit a doua zi după cateterism şi nu s'a repetat până azi. Bolnavul urmează o cură de dietă.

Inainte de a termina acest articol, îmi permit să dau câteva lămuriri asupra tratamentului acestei afecţiuni. Bolnavii se vor trata în mod conservativ, prescriindu-se un regim identic cu cel al nefroscleroticilor, fără a fi însă prea sever — boala putând să dureze decenii — pentru a evita slăbiri brusce ale organismului. Numai în cazuri de hematurii cari nu se pot opri pe nici o altă cale, se va încerca hemostaza prin termocauterizare, iar în caz de nereuşită vom recurge la nefrectomia rinichiului afectat, dar numai atunci când rinichiul de partea opusă prezintă o funcţie destul de bună. Natural că acolo unde boala este unilaterală, nefrectomia se poate face mai uşor şi în aceste cazuri vom recurge la operaţii şi fără hematurii, mai ales când afecţiunea polichistică se asociază cu o pionefroză.

Concluzii: Degenerescenţa polichistică a rinichilor e o anomalie de obiceiu bilaterală. Ea începe să se manifeste între vârsta de 40 şi 70 de ani, prin semnele clinice aproape tipice unei nefroscleroze. Hematuria este complicaţia mai gravă a bolii, care aduce pe bolnav la examenul radiologic.

Prin imaginea urografică intravenoasă se poate stabili de obiceiu diagnosticul acestei afecţiuni şi numai rare ori suntem nevoiţi să recurgem la pielografia retrogradă.

Când afecţiunea e bilaterală, bilateralitatea exclude posibilitatea altor afecţiuni cu imagini urografice asemănătoare, când însă e unilaterală, ea trebue diferenţiată de o tumoare, de tuberculoză şi de o pio sau hidronefroză. Tratamentul bolii este conservativ şi numai în cazuri de hematurii mari cari nu se pot opri prin alte metode se recurge la intervenţia chirurgicală. Cazul descris de noi este interesant, pentrucă la vârsta de 26 ani, prezenta deja o hipertensiune arterială, şi fiindcă n'a fost diagnosticabil decât prin pielografia retrogradă, precum şi prin lacuna mare din una din cavităţile renale, cauzată de un coagul de sânge.

Digitized by Babeş-Bolyai University Library Cluj

E. HERSKOVITS: **Ueber die Zystennieren im Zusammenhang mit einem interessanten Fall:** Die polyzystische Degeneration der Nieren ist eine Anomalie, die gewöhnlich beide Nieren trifft. Die Klinischen Symptomen treten im allgemeinen im Alter zwischen 40 und 70 Jahre auf, und diese sind fast identisch starke Nierenblutungen führen den Kranken zur Röntgenuntersuchung. Die Diagnose der Zystenniere kann man gewöhnlich mit Ausscheidungspyelographie feststellen und nur sehr selten sind wir gezwungen auch die Retrograde Pyelographie vorzunehmen.

Wenn die Krankheit beide Nieren trifft dieselbe schliesst andere Erkrankungen aus die dasselbe pyelographisches Bild haben, die aber nur einseitig auftreten. Die einseitige Zystenniere muss man von einer Nierentuberkulose, Nierengeschwulst, Hidronefrose und Pionefrose differenzieren. Die Behandlung der Krankheit ist eine Konservatiwe und nur bei grossen Nierenblutungen die man mit konserwativen Methoden nicht zum Stillstand bringen kann muss zur Operation gegriffen werden.

Unser Fall ist deshalb interessant, da der Kranke schan im Alter von 26 Jahren hochen Blutdruck und anderen klinischen Symptomen zeigte, und die Diagnose konte nur durch die retrograde Pyelographie festgestellt werden. Diese zeigte auserdem beiderseitigen Zystenniere einen grossen Füllungsdefekt mit Randmantel Symptom (Weiss) in einer der rechten Nierrenhöhlen, der von einem Blutkoagulum hervorgerufen war.

E. HERSKOVITS: **Sur la degenerescence polikystique du rein en rapport avec un cas interessant:**

La degenerescence polikystique du rein est une anomalie habituellement bilaterale. Elle commence à se manifester à l-age de 40—70 ans avec les symptomes à peu pres tipiques d'une nephrosclerose. Le malade est obligé a consulter le médecin par l'hematurie, la complication la plus grave de la maladie.

L'urographie intraveineuse suffit d'habitude a etablir le diagnostic et nous sommes rarement obligé de faire la pyelographie instrumentale.

La bilatéralité de l'affection ne permet pas la confusion avec d'autres affections avec images urographiques ressemblantes: mais quand elle est unilaterale ou doit faire la diagnostic differentiel avec les tumeurs renales, la tuberculose renale et la pio et hydronephrose.

Le traitement de la degenerescence polikystique du rein est conservatif et seulement en cas d'hematurie massive et incoercibile on doit recourir à l'intervention chirurgicale.

Le cas que nous avons decrit est interessant parce-que ce malade a presenté dés l'âge de 26 ans une hipertension arterielle et par-ce-qu'il fut diagnostiqué seulement après et par la pyelographie instrumentale: nous attirons encore l'attention sur la particularité presentée par la presence d'une lacune dans le calice superieur produite par un cailot de sang.

Fig. 1. Urogramă intravenoasă la 50 minute după injecţie: în dreapta nu se observă nici o cavitate renală umplută cu substanţă de contrast, în stânga, în proecţia ultimei coaste şi la o distanţă destul de mare de coloana vertebrală se vede o cavitate destul de mare şi destul de intens umplută cu „Uroselectan". Mult mai jos şi mai afară de aceasta se vede o altă cavitate mai mică şi mai slab umplută. Nu se vede nici o legătură între cavităţile susnumite. Se văd 6 vertebre lombare.

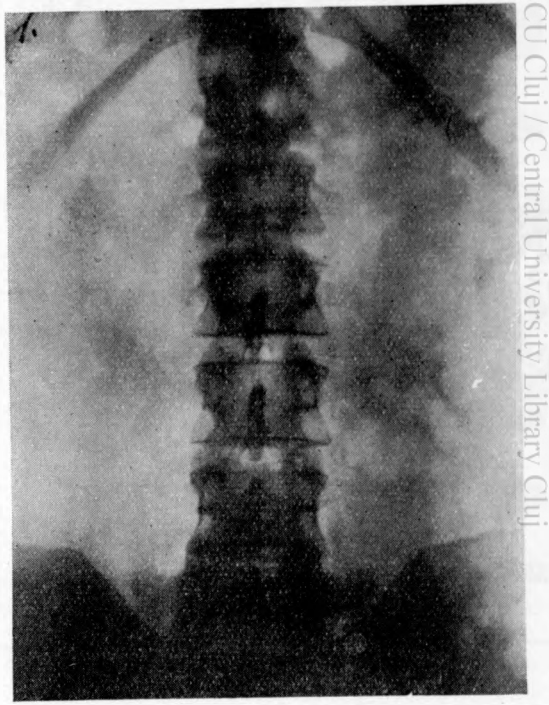
Fig. 2. Pielografia retrogradă a aceluiaşi caz ca în fig. 1. După injectarea în fiecare bazinet renal a câte 20 cmc. de „Uroselectan B" se observă bilateral cavităţile renale mult dilatate şi alungite prezentând însă conturul lineare. Bazinetele sunt deplasate în jos iar ureteri recurbaţi şi deplasaţi spre coloana vertebrală. Lacună mare cu manta marginală lineară clară în cavitatea ceà mai de sus a rinichiului drept. Ambi rinichi sunt foarte mult măriţi. Imaginea pielografică este tipică degenerescenţei polichistice congenitală a ambilor rinichi. Lacuna din dreapta e cauzată de un coagul mare de sânge.

Digitized by Central University Library, Cluj

BIBLIOGRAFIE

Burgener, Pyelogramm bei Nierentumoren, Röntgenpraxis (Röpra.), 1937, pag. 98. — **Canigiani,** Beiderseitige Zystenniere, Röpra, 1935, pag. (p.) 357. — **Herskovits Eugen,** Verkalkte Nierenzyste, Röpra. 1936, p. 560. — **Herskovits Eugen,** Ueber zwei Fällen von zystischer Erweiterung im unteren Drittel des linken Ureters. Röpra, 1938, p. 671. — **Herskovits Eugen,** Egy érdekes pyelogramm értelmezése, Rev. Med., Cluj, No. 2 1937. — **Herskovits Izidor, Eugen şi Francisc,** Tratat practic de röntgenologie medicală, Ed. Rev. Med. Cluj, 1932. — **Herskovits Izidor, Eugen şi Francisc,** A hasüri szervek röntgenvizsgálata, Ed. Rev. Med. Cluj 1937. — **Schinz, Bensch, Friedl,** Lehrbuch der Röntgendiagnostik, Ed. G. G. Thieme, Leipzig, 1939. — **Simon,** Ueber den Wert der Pyelographie bei Zystennieren, Röpra, 1940, p. 1. — **Teschendorf,** Lehrbuch der röntgenologischen Diferentialdiagnostik der Erkrankungen der Bauchorgane, Ed. G. Thieme Leipzig, 1937. — **Weiss K.,** Zur differentialdiagnose von Füllungsdefekten im retrograden Pyelogramm, Röpra. 1940, p. 127.

PLANŞĂ



BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOTECA UNIVERSITĂȚII REGELE FERDINAND I
CLUJ
BCU Cluj / Central University Library Cluj

LABORATORUL OLTENIEI
„A S E P T I C A"

CALCITERAPIA
marchează un progres însemnat prin:

HYPERCALCIUM

Intramuscular şi intravenos

Căci este singurul preparat de gluconat de calciu care măreşte noabil cantitatea de calciu a organismului (Hypercalcemie), prin EXTRACTUL DE PARATHIROIDĂ ce conţine şi care facilitează fixarea calciului pe celulă.

Indicat cu mult succes în: **Tuberculoza incipientă, Rachitism şi Decalificaţii.**

Ambalaj original { Cutii de 5 fiole a 10 cc şi a 5 cc
Cutii de 25 fiole a 10 cc şi a 5 cc

HEPATONAL

Subcutanat şi intramuscular

Extract de ficat injectabil 10% extrem de activ şi perfect tolerat. Conţinând în plus şi DIMETYL ARSENIAT DE FER, ce determină o creştere promptă a numărului globulelor roşii şi a indicelui de hemoglobină, hepatonalul devine astfel net superior celorlalte preparate similare.

INDICAŢIUNI: **Anemie pernicioasă, Anemie secundară** (în special cea datorită paludismului), **Convalescenţă** şi ameliorarea coagulabilităţii sângelui.

AMBALAJ: Cutii de 12 fiole a 2 cc.

Depozitul pentru Oltenia:
Farmacia E. DIMITRIU, Barierа Brestei, 19 — CRAIOVA
Telefon 15.78
sau direct la
„LABORATORUL S. TORJESCU, Vânju-Mare (Mehedinţi)"

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:

Marca preparatului

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

Reconfortant. Reconstituant. Tonic. Aperitiv.

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

PREPARATE NOI

Iodoterapia pe cale parenterală prin

VASOIOD

subcutan, intravenos, intramuscular

Fiole de 2 şi 5 cc conţinând 4 respectiv 10 mgr. iod.

BELLAFIT

fiole injectabile
soluţie
tablete
supozitoare

Antispasmodic energic

conţinând totalitatea alcaloizilor izolaţi din rădăcina de belladona.

fabrica de produse chimice gedeon richter bucureşti

Bucureşti, str. Logofătul Tăut, 99

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LA RÉACTION DE MESTER DANS LES AFFECTIONS RHUMATISMALES

par

D-r A. MOGA et D-r L. MACAVEI

Am studiat reacţiunea descrisă de Mester pe 87 bolnavi. Din 61 cazuri de afecţiuni reumatismale s'au obţinut 51 reacţiuni pozitive, 10 negative. In cazurile cu afecţiuni nereumatismale, 23 au prezentat reacţia negativă şi unul singur o reacţie pozitivă. In 2 cazuri pozitive diagnosticul era incert.

In faţa acestor rezultate credem că putem aprecia în felul următor valoarea probei Mester.

Reacţiunea Mester pozitivă indică cu multă probabilitate o afecţiune reumatismală; un rezultat negativ nu permite însă de a o elimina.

Reacţiunea Mester este în general pozitivă în cardiopatiile reumatismae în evoluţie sau decompensate. Observaţiunile clinice precum şi examenul histo-patologic au demonstrat că evoluţia cardiopatiilor e determinată în mare parte de recidivele reumatismale cari provoacă ori de câte ori se repetă, noi leziuni. Reacţia Merster pozitivă se explică prin prezenţa acestor leziuni recente.

Dacă cercetările ulterioare confirmă această ipoteză, reacţia imuno-biologică ar putea fi indicată:

a) Pentru a face diagnosticul etiologic al cardiopatiilor reumatismale, îndeosebi când acestea nu sunt însoţite de manifestaţiuni articulare.

b) Pentru a şti dacă leziunea cardiacă este în evoluţie sau este stabilizată, fapt extrem de important pentru prognostic şi tratament.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Malgré le grand progrès réalisé ce dernier temps dans le domaine des affections rhumatismales, leur cadre n'est pas encore définitivement tracé. On entend sous le nom de rhumatisme des états morbides, très variés du point de vue étiologie, pathogénie et anatomie pathologique, ayant comme facteur commun le syndrome clinique suivant: la douleur, l'impotence fonctionnelle et la déformation des articulations,[1]) Mais cette définition ne satisfait pas entièrement l'esprit, car d'une part on rencontre ces symptômes dans des affections n'ayant rien de commun avec la rhumatisme, d'autre part on connaît grâce aux travaux de

1) On observa en outre, un certain rapport entre l'apparition ou l'exarerbation de ces symptômes et les conditions météorologiques.

Bouillaud, de Besançon, ainsi que d'Aschoff, Gräff, etc. des localisations viscérales du rhumatisme ne s'accompagnant pas de manifestations articulaires.

Nous avons fait ces remarques générales, afin de relever un fait, d'ailleurs bien connu: le diagnostic des affections rhumatismales est loin d'être toujours aisé. Mais alors, en l'absence des symptômes cliniques, quelles sont les contributions que peuvent nous apporter les méthodes de laboratoire?

L'examen radiologique peut nous donner des renseignements importants sur l'étendue et l'évolution des lésions osseuses, plus rarement sur leur cause. L'on sait que la vitesse de sédimentation des hématies, la formule leucocytaire, ainsi que la réaction de floculation avec la résorcine ne sont pas spécifiques. De même l'hémoculture et les réactions de fixation ne jouent aucun rôle dans le diagnostic du rhumatisme. On peut donc conclure qu'il n'y a aucune méthode de laboratoire qui puisse nous fournir le diagnostic des affections rhumatismales.

En 1937, un auteur polonais, A. Mester, publie sès recherches entreprises dans le but de trouver „une réaction immuno-biologique spécifique" pour le rhumatisme. Les premières recherches de contrôle sont dues à Fr. Lenoch. Nous aussi avons appliqué à une série de malades cette réaction immuno-biologique décrite par Mester, afin de nous renseigner sur sa valeur et nous avons communiqué les premiers résultats à la Societé des Sciences Médicales de Cluj, le 25. février 1939. En Roumanie, deux auteurs, Tănăsescu et Otopeanu se sont occupés du même problème (Mişcarea Medicală, Avril 1938).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nous exposons ci dessous les résultats de nos recherches, complétés par une série d'examens faits ultérieurement.

„L'épreuve immuno-biologique spécifique" de Mester a pour point de départ la réaction provoquée par l'acide salicilique dans l'organisme des rhumatisants. L'on sait que cet acide a une action spécifique sur le rhumatisme. L'organisme des sujets malades de rhumatisme réagit envers cette substance autrement que l'organisme des sujets sains, à savoir par un abaissement du nombre des leucocytes après administration d'acide salicilique.

Voici la façon dont on administre cet acide: à jeun et au repos on pratique, sur le face antérieure de l'avant-bras droit, cinq injections intra-dermiques de 0,2 cc. d'une solution de 0,10% d'acide salicilique; à distance de 5 centimètres. On détermine le nombre des leucocytes avant la première injection ainsi que ½ h. et 1 h. après la dernière, le sang étant prélevé du troisième doigt de la même main. On constate chez les malades de rhumatisme une diminuation de 15—50% du nombre des leucocytes et cette diminution se produit habituellement après 30 minutes, plus rarement après une heure. On dit alors que l'épreuve est positive. S'il ne s'agit pas d'un rhumatisme, la leucocytose ne se modifie que bien peu.

Mester a trouvé une réaction positive dans les affections suivantes: les polyarthrites rhumatismales aigues (5 cas), subaigues (2 cas) et

chroniques (14 cas), dans un cas de cardiopathie rhumatismale, dans les spondilarthrites, sciatiques et irridocyelites rhumatismales. Dans les arthropathies gouteuses, tuberculeuses, gonocociques, syphilitiques et psoriasiques, la réaction a été négative. Les résultats contraires à ces reglès étaient tout à fait exceptionnels.

Lenoch a essayé cette épreuve sur 140 cas. Des 88 sujets présentant de diverses formes de rhumatismes, 77 ont réagi positivement et 14 ont réagi négativement à la réaction de Mester. Les affections non rhumatismales ont présenté généralement une réaction négative, à l'exception des spondilarthroses et des ostéoarthroses, (de 22 cas, 13 ont été positifs).

Les conclusions auxquelles est arrivé cet auteur sont les suivantes.

Comme toute autre méthode de laboratoire, l'épreuve de Mester n'est pas infaillible; mais sa valeur n'est pas moins grande, car elle tend à trancher le diagnostic différentiel entre une arthrite rhumatismale et une arthrite non-rhumatismale; dans les processus articulaires dégénératifs, dans les arthroses, cette épreuve ne peut être utilisée en vue de diagnostic.

Et voici maintenant les conclusions de Tănăsescu et Otopeanu: La réaction immuno-biologique de Mester semble permettre le diagnostic retrospectif du rhumatisme aigu au subaigu. Devant une réaction positive chez un sujet présentant certains troubles-pathologiques localisés au niveau des articulations, des muscles, des tendons ou bien tout le long des nerfs, il nous est permis d'affirmer, avec beaucoup de probabilité, leur nature rhumatismale; nous pouvons éliminer cette origine en cas de réaction négative.

Cluj University Library Cluj

Nous avons appliqué la réaction de Mester dans les affections rhumatismales, dans les cardiopathies ayant une origine rhumatismale certaine, ainsi, que dans quelques maladies avec lesquelles on peut être amené à faire le diagnostic différentiel.

Nous exposons plus bas les résultats obtenus pas nous. Selon le criterium établi par Mesier et adopté par Lenoch, nous distinguons deux catégories d'observations:

A) Les affections présentant généralement une réaction Mester positive (R. M.)

	R.M.	R.M.
1. Le rhumatisme poliarticulaire aigu (maladie de Bouillaud)	27 cas	3 cas
2. L' endocardite lente	6 „	1 „
3. Les rhumatismes aigus et subaigus nonspecifiques .	12 „	4 „
4. Le rhumatisme chronique d'origine infectieuse (r. primitif et secondaire cr.	6 „	2 „
	51 cas	10 cas

B) Les affections qui le plus souvent presentent une R. M. négative (R. M. —):

BIBLIOTECA UNIVERSITATII REGELE FERDINAND I CLUJ

	R. M.	R. M.
1, Les polyarthrites à étiologie connue (gonococcique, syphilitique, tuberculeuse etc.) et les arthroses	1 cas	7 cas
2, L'érythéme noueux	—	3 „
3, L'artérite obliterante	—	2 „
4, Périartérite noueuse	—	1 „
5, Les pleurésies, les péricardites et les pleures-péricardites	2 „	6 „
6, Affections diverses		4 „
	3 cas	23 cas

D'après ces résultats on peut dire que les affections du deuxième groupe sont celles qui présentent les plus rares exceptions à la règle établie par Mester. En effet, parmi les affections non-rhumatismales nous avons trouvé trois cas où la R. M. était positive:

1) Chez un sujet atteint de la maladie de Pott, présentant en même temps une erthrite à caractère difformant au niveau de l'articulation radio-carpienne, nous mettant ainsi devant la possibilité d'une coexistence entre une affection rhumatismale et une tuberculeuse osseuse. D'ailleurs Mester a observé, lui aussi, une diminuation de la leucocytose chez un sujet atteint d'une tbc. pulmonaire et d'une arthrite radio-carpienne.

2) Dans deux cas de pleuro-péricardites exudatives nous avons observé une diminution de la leucocytose. De ces deux cas, l'un avait une étiologie tuberculeuse certaine, tandis que l'autre présentait une série de symptômes (la cytologie du liquide pleural, la pleurésie double, la prompte réaction à la suite de l'administration du salicil, etc.:) qui plaidaient plutôt pour une étiologie rhumatismale.

Nous voyons donc que parmi les cas observés par nous il n'y a eu qu'un seul sujet ayant présenté une réaction Mester positive sans qu'il fût atteint par une affection rhumatismale. Si nous considérons les exceptions relativement nombreuses que présentent les cas classés par nous dans la première catégorie, nous pouvons formuler de la façon suivante une première conclusion: **La Réaction de Mester positive indique avec une grande probabilité une affection rhumatismale, tandis que la négativité de cette réaction ne l'exclue pas.** Ce n'est là qu'une règle générale, qui s'applique aussi à d'autres réactions biologiques (par ex. la réaction de Wassermann). Si donc, dans un cas donné, nous constatons une R. M. positive, nous sommes en droit d'affirmer avec une certaine certitude l'existence d'une affection à étiologie rhumatismale et d'éliminer les arthropaties d'autre nature (gonococcique, tuberculeuse, syphilitique, etc.).

De toutes les affections à R. M. négative, nous tenons à insister sur les cas de périartérite et d'erythème noueux.

Le malade souffrant de périartérite noueuse a présenté au début de sa maladie le syndrome du rhumatisme polyarticulaire aigu et a été traité comme tel, tant par ses médecins que dans notre service. Mais la R. M. était négative et l'évolution ultérieure de la maladie nous a mis sur la voie du diagnostic, confirmé d'ailleurs par l'examen histopathologique.

No.	Nom.	Diagnostic.	Viz. sed. 2 h.	Leucocytose a jeun — après ½ h — après 1 h	Diminution en % après ½ h — après 1 h	Observations
1	L. I.	Maladie mitrale Insuffisance aortique	+ 70	7400—6700—5700	9,45 % — 22,97 %	+
2	Sz. I.	Maladie mitrale. Insuffisance aortique	+138 +100	6850—5000—4050 (19. IV. 1938) 7100—4720—5900 (9. XII. 1938)	27,1 % — 40,87 % 33,5 % — 16,9 %	+ +
3	H. I.	Insuffisance aortique	+ 98	8200—5960—7050	27,3 % — 14,02 %	+
4	S. Gh.	Pancardite rhumatis.	+ 96	8400—6200—7800	26.1 % — 7,1 %	+
5	Sz. R.	Maladie mitrale Insuffisance aortique	+ 21	7200—5200—5600	27,5 % — 22,6 %	+
6	C. M.	Maladie mitrale	+ 38	6250—6400—5150	— 17,6 %	+
7	T. M	Maladie mitrale	+ 66	7640—6400—6450	16,2 % — 15,5 %	+
8	C. I.	Maladie mitrale. Insuffisance circulatoire	+ 36	7600—6200—4000	18,4 % — 47,37 %	+
9	M. I.	Maladie mitrale	+ 7	7200—7000—5000	2,7 % — 30,5 %	+
10	Z. E.	Maladie mitrale. Insuffisance aortique.		5400—4800—4400	11,1 % — 18,5 %	+
11	B. V.	Maladie mitrale.		8200—5500—5550	32,99 % — 32,3 %	+
12	B. H.	Maladie mitrale	+ 10	7800—6000—6200	23,0 % — 20,5 %	+
13	M. M.	Maladie mitrale	+ 62	6600—9000—2700	— 59,0 %	+
14	G. M.	Maladie mitrale. Insuffisance aortique	+ 40	6800—5200—5750	23,52 % — 16,91 %	+
15	G. E.	Maladie mitrale Insuffisance aortique	+ 27	15200—12150—12800	20,0 % — 15,7 %	+
16	B. O.	Rétrécissement mitral. Insuffisance aortique. (Erithèmèrhumatismale)	+ 90	7400—8600—4600	— 37,8 %	+
17	B. S.	Péricardite rhumatis.	+ 96	7800—7000—6000	10,2 % — 23,0 %	+
18	C. M.	Pancardite rhumatismale.		16900—14770—14800 (14. VI. 1939 8600—6774—7450 (21. VI. 1939)	16,6 % — 12,4 % 21,2 % — 12,4 %	+ +
19	C. M.	Maladie mitrale Symphyse péricardique.	+ 12	7600—9600—5800	23,68 %	+
20	C. U.	Insuffisance mitrale et aortique. Endocardite	+135	18000—23800—20400 10. I. 11650—11200—11200 17. I.	— — 3,8 %	— —
21	C. M.	Endocardite subaiguë rhumatismale	+ 46	8200—6650—6200	18,9 % — 24,4 %	+
22	S. C.	Endocardite lente	+ 61	8040—6100—6200	22,4 % — 21,8 %	+
23	D. N.	Endocardite subaiguë rhumatismale.		6200—6000—4200	3,2 % — 32,0 %	+
24	H. I.	Endocardite lente.	+ 72	5100—3650—4850	28,7 % — 4,9 %	+
25	P. M.	Endocardite lente	+ 25	8160—7600—6900	6,8 % — 15,4 %	+
26	P. M.	Endocardite lente	+112	7700—5850—6250	24.0 % — 18,8 %	+
27	P. M.	Endocardite lente	+151	5500—5300—5050	3,0 % — 8,1 %	—
28	P. M.	Endocardite maligne lente	+ 72	6900—5900—5700	14,49 % — 17,3 %	+

Digitized by Google / Original from Harvard University

La négativité de l'épreuve dans l'erythème noeux ne manque pas non plus d' intérêt car elle va à l'encontre d'une des principales théories sur l'étiologie de ce syndrome clinique. Mais il est bien évident que trois cas ne suffisent pas pour en tirer une conclusion.

De toutes les affections rhumatismales, nous avons particulièrement insisté sur le rhumatisme polyarticulaire aigu (Maladie de Bouillaud) et nous avons examiné un nombre relativement grand de cardipathies ayant une origine rhumatismale certaine. Mester n'a étudié qu'un seul cas d'affections cardiaques rhumatismales et Lenoch deux. En échange nous n'avons examiné qu'un nombre réduit de rhumatismes chraniques et c'est pourquoi nous ne nous attarderons pas sur ce chapitre.

Le tableau ci joint nous montre le façon de se comporter de la réaction de Mester dans un nombre de cardiopathies rhumatismales:

Les malades dont il s'agit ont été internés dans notre service, présentant soit des phénomenes d'endocardite évolutives soit le syndrome de l'insuffisance circulatoire. Aucun n'a présenté une lésion chronique stationnaire qui fût en même temps bien compensée. Le résultat final est que des 28 cas 2 seulement ont réagi négativement à la réaction immuno-biologique. On s'explique fort bien le fait que presque tous les cas ont été positifs si on se rappelle l'évolution du rhumatisme cardiaque dont la caractéristique est **la répétition des crises rhumatismales.**

Ces récidives ne doivent pas présenter nécessairement le tableau clinique de la polyarthrite aiguë. Elles se manifestent souvent par un simple état fébrile que l'on étiquette comme „grippe" ou „embarros" gastrique fébilre", etc. D'autres fois les récidives ne se présentent que sous l'aspect de l'altération de l'état général associée à une anémie et à une fievre légère. Enfin l'insuffisance circulatoire qui ne cede pas à la digitalisation, est une des conséquences fréquentes d'une récidive rhumatismale.

Comme il a été dit plus haut, notre statistique s'occupe soit d'endocardites en évolution, soit de cardiaques décompensés. D'après ce que nous avons déjà dit sur la réaction de Mester, il nous semble logique qu'elle fût positive dans les endocardites rhumatismales.

Plus difficile à interpreter, tout au moins au premier abord, est la R. M. dans les endocardites infectieuses. En effet, des 5 endocardites lentes observées par nous, une seule à présenté une R. M. —. Ce phénomène trouverait son explication à l'aide des travaux de Pribram, qui a démontré que les poussées rhumatismales ne seraient que trop souvent déclenchées par une maladie fébrile quelconque. Or, dans l'endocradite lente, l'infection surajoutée se greffe habituellement sur une ancienne lésion rhumatismale. Ce serait justement cette infection surajoutée, qui à son tour, par le jeux d'un cercle vicieux, déterminerait une nouvelle crise de rhumatisme. Ainsi les conditions de l'apparition d'une réaction Mester positive se trouvent réalisées. D'ailleurs cette hypothèse trouve un appui dans les recherches anatomo-pathologiques des différents auteurs, qui ont pu mettre en évidence les nodules d'Aschoff dans la coeur des sujets atteints d'endocardie lente. D'après Sachs (cité par Danielopolu) dans ces endocardites la fréquence des nodules

d'Aschoff, qui constituent le cachet des infections rhumatismales spécifiques, varie selon les auteurs entre 32,1% et 87,5%. Ces constatations, ainsi que la R. M., demontrent trés bien le rapport étroit qui existe entre les crises rhumatismales et les endocardites septiques et justifient le traitement de ces dernières par le pyramidon, appliqué aussi dans notre clinique.

On peut faire les mêmes remarques sur les cas arrivés chez nous en insuffisance circulative.

L'importance des récidives rhumatismales comme facteurs déterminants de l'insuffisance circulatoire a été relevée par les recherches de Coombs (cité par Dietrich) qui à l'examen histo-pathologique a a trouvé dans 50% des cas lésions rhumatismales récentes. Plus le sujet était jeune, plus ce pourcentage était grand. (87,5 jusqu'à l'âge de 10 ans, 75,8% entre 10—20 ans et 43,4% entre 30 et 40 ans).

Quelles sont les conclusions que nous pouvons tirer de ces recherches?

La réaction décrite par Mester peut être un test important pour le diagnostic étiologique des affections cardiaques. S'il s'agit d'un sujet qui déclare avoir souffert de rhumatisme ou bien s'il présente une maladie mitrale, le diagnostic étiologique est facile à faire. Il en est tout autrement des affections cardiaques rhumatismales, qui évoluent longtemps sans manifestations articulaires. C'est pourquoi il est utile selon nous, surtout si l'on veut instituer un traitement étiologique, de faire, en dehors d'autres investigations, aussi la réaction de Mester. Quand cette dernière est positive chez un sujet atteint d'une insuffisance aortique par ex., il y a une grande probabilité que cette lésion valvulaire soit du type Corrigan.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dans la Clinique Médicale de Cluj, à côté du diagnostic anatomique et étiologique des cardiopathies valvulaires, on cherche aussi a établir si ces lésions sont évolutives ou bien stationnaires.

Les signes cliniques d'une endocardite en évolution (la fièvre, les arthralgies, mauvais état géneral etc.), peuvent être très peu évidents ou même faire défaut. C'est justement ces cas qui justifient les méthodes de laboratoire. A côté de la vitesse de sédimentation des hématies, influencée aussi par des facteurs extra-cardiaques, nous attribuons une grande importance à la détermination du degré d'anémie (hématies-hémoglobine). On a pu constater, en effet, qu'il y a des endocardites qui évoluent, tout au moins pendant un certain temps, sans fièvre, mais avec une anémie prononcée (Hatiegano).

Basés sur les remarques que nous avons faites lorsque nous avons essayé d'expliquer la réaction de Mester positive, en présence, probablement, de lésions cardiaques récentes de nature rhumatismale, nous croyons que cette épreuve pourrait servir pour reconnaître l'activité des cardiopathies. Pour cela, naturellement, il serait nécessaire d'essayer cette réaction dans un nombre suffisant de cas où toutes les symptômes plaideraint pour une affection stabilisée.

Conclusions générales.

Nous avons étudié la réaction de Mester sur 87 malades. Des 61 cas d'affections rhumatismales, nous avons obtenu 51 reactions positives et 10 réactions négatives. Parmi les affections non-rhumatismales, 23 ani présentée une réaction négative et une seule a présenté une réaction positive: (Deux autres cas positifs ont été incertains).

Étant donné ces résultats, nous croyons pouvoir apprécier cette réaction de la façon suivante:

La réaction de Mester positive indique avec beaucoup de probabilité une affection rhumatismale; un résultat négatif ne permet pas d'éliminer cette affection.

La réaction de Mester est généralement positive dans les cardiopathies rhumismales en évolution ou décompensées. Les observations cliniques, ainsi que les examens histo-pathologiques ont amplement démontré que l'évolution de ces cardiopathies est déterminée en grande partie par les récidives rhumatismales, qui produisent chaque fois qu'elles se repètent, de nouvelles lésions. La réaction de Mester s'explique par la présence de ces lesions récentes.

Si des recherches ultérieures confirmaient cette hypothèse, la réaction immuno-biologique pourrait être employée: a) Pour faire le diagnostic étiologique des cardiopathies rhumatismales, surtout des cardites rhumatismales ne s'accompagnant pas de manifestations articulaires;

b) Pour savoir si la lésion cardiaque est en évolution ou bien stabilisée, fait extrêmement important pour le prognostic et le traitement.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE.

A. Mester: Sur une réaction spécifique immunobiologique dans le rhumatisme. — Polska gazeta Lekovska, 1935, No. 43. — **Fr. Lenoch**: Wiener Klinisch Wochenschrif No. 12, 1938. — **Danielopolu, Dimitriu et Tanasesca**: Bulletin de l'Academie de Médecine de Roumania, No. 2, T. V. — **Hațieganu-Goia**: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală, Vol. I—III. — **Dietrich**: Reumatische Kreislaufschädigungen (Doc. Reumatismus, Band 7). — **D. Tănăsescu și Gh. Otopeanu**; Mișcarea Medicală Română No. 3—4/1939.

Die Mester'sche Reaktion wurde in 87 Fällen versucht. Bei 61 Rheumatismusfällen fielen 51 Reaktionen positiv und 10 negativ aus. Bei nichtrheumatischen Krankheiten erhielten wir 23 mal negative Reaktionen und eine einzige positive Reaktion. Zwei weitere Fälle waren unsicher.

Auf Grund dieser Resultate können wir unsere Meinung in Folgende zusammenfassen.

Die positive Merster-Reaktion zeigt mit grosser Wahrscheinlichkeit dass es sich um Rheumatismus handelt; ein negatives Resultat gestattet nicht diese Krankheit auszuschliessen.

Die Mester'sche Reaktion ist, im Allgemeinen, in Fällen von evolutiven oder dekompensierten rheumatischen Herzaffektionen, positiv.

Die klinischen Beobachtungen, sowie die histo-pathologischen Herzkrankheiten haben weitgehend gezeigt dass das Fortschreiten der rheumatischen Untersuchungen zum grössten Teile durch rheumatische Rückfälle bestimmt wird, welche bei jedem Schube neue Läsionen setzen. Die Mester'sche Reaktion wird durch das Vorhandensein dieser frischen Läsionen erklärt.

Wenn spätere Untersuchungen diese Hypothese bestätigen sollten, könnte diese imuno-biologische Reaktion gebraucht werden um:

a) Die Etiologie der rheumatischen Herzkrankheiten zu sichern, besonders in Fällen wo keine Symptome von Seiten der Gelenke vorhanden sind.

b) Zu bestimmen ob eine Läsion sich in evolutivem oder stabilem Stadium befindet, was zur Prognose und Behandlung von allergrösster Wichtigkeit ist.

Abbiamo studiato la reazione del Mester su 87 malati. Dai 61 casi di affezioni reumatiche, abbiamo ottenuto 51 reazioni positive e 10 reazioni negative. Tra le affezioni non-reumatiche, 23 hanno presentato una reazione positiva. (Due altri casi positivi sono sati incerti).

Dati questi risultati, crediamo poter apprezzare questa reazione nel sequente modo:

La reazione del Mester positiva indica con molta probabilità una affezione reumatica; un risultato negativo non permette di eliminare questa affezione.

La reazione del Mester è generalmente positiva nelle cardiopatie reumatiche in evoluzione o non compensate. Le osservazioni cliniche come anche gli esami istopatologici hanno ampiamente dimostrato che l'evoluzione di queste cardiopatie è determinata in gran parte dalle recidive reumatiche, che producono ogni volta che si ripetono nuove lesioni. La reazione del Mester si spiega con la presenza di queste lesioni recenti.

Se ulteriori ricerche confirmassero questa ipotesi, la reazione immuno-biologica potrebbe essere adoperata:

a) Per fare la diagnosi etiologica delle cardiopatie reumatiche sopratutto delle carditi reumatiche, che non sono accompagnate da manifestazioni articolari.

b) Per sapere se la lesione cardiaca è in evoluzione ossia ben fissata, cosa estremamente importante per la prognosi e per il trattamento.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DIGIBAÏNE

TONIC CARDIAC

O mică doză de ouabaină sensibilizează miocardul la digitalină permiţând acestea din urmă să exercite o acţiune mai rapidă, mai intensă şi mai durabilă.

Nici o obişnuinţă chiar în timpul curelor prelungite şi continue.

15 picături = 1/10 mg. digitalină crist. + 2/10 mg. ouabaină crist. Doza mijlocie: 20 — 30 picături pe zi.

Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

33 ani de existenţă
1907 — 1940

Emulsie pură de ferment lactic viu, care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:
COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră
COPIII de la 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: enterite acute *şi* cronice *la copii şi adulţi*, diabet, ciroze, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, urticaria, guta, colibaciloză *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:
LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"
Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78-66.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se recomandă
Domnilor medici venereologi:
Vaccinul anustreptobacilar
preparat prin procedeul
Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU
Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, limfite, adenite.
Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră permitând tratamentul ambulatoriu

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Estetica Feţei
Vaccin microbacilar antiacneic
Conf. Dr. SARAŢEANU
INDICAŢIUNI:
Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.
Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa: Repr. gen. Bucureşti, Str. Regală 10 Tel. 3.78-66.

NOU PROCEDEU RADIOSCOPIC PENTRU DETERMINAREA ADÂNCIMEI CORPILOR STREINI. APARAT PENTRU DETERMINAREA AUTOMATĂ A ACESTEI ADÂNCIMI

(Roentgenbatimetrul cu citire directă)

de

Prof. D-r D. NEGRU

Direct. Inst. de Radiologie din Cluj

Se proiectează pe ecran cu o rază de oblicitate dată (nu însă cea indicată prin marginea diafragmului), succesiv corpul strein şi un reper cutanat. Distanţa dintre cele două imagini, multiplicată cu cotangenta unghiului de oblicitate al razei ne dă distanţa corp strein reper căutată.

Roentgenbatimetrul, este un aparat simplu, bazat pe principiul de mai sus. El se compune din: 1) O cutioară de lemn, ce se aşează înapoia ecranului şi poartă semne metalice, care delimitează şi indică unghiul de oblicitate ales. 2) Dintr'un dispozitiv de mişcare laterală a ecranului, quasi micrometrică, şi o scară multiplicată, care permite citirea directă a adâncimei corpului strein. Aparatul e adaptabil la orice fel de instalaţie Roentgen şi lucrează automat şi deci precis fără nici o măsură prealabilă, fără nici o condiţie restrictivă şi fără nici un calcul.

Aparatul mai permite şi ortodiagrafii de precizie la aparatele care au ecranul solidar cu tubul.

Plecând dela procedeul nostru de localizare radioscopică a corpilor streini [1]), care se bazează pe deplasarea ecranului, am căutat să simplificăm metoda, suprimând mişcarea de depărtare a ecranului fluorescent.

Iată acest nou procedeu:

Fie C corpul strein (fig. 1). La punctul unde chirurgul indică că va face incizia de extragere, lipim un reper de plumb R, aşa ca imaginile lor, proiectate cu raza normală, să coincidă pe ecran.

Ecranul E E este aşezat la o distanţă oarecare de reper. Presupunem că instalaţia are ecranul solidar cu tubul Roentgen, aşa cum se

1) **D. Negru**: Două procedee simple pentru localizarea corpilor streini. Cultura,, Bucureşti, 1919. — **D. Negru**: Comunicare la Societatea Ştiinţelor Medicale din Cluj, Decembrie 4, 1920. — **D. Negru**: Tratat de Radiologie Medicală, Cluj, 1931, pag. 399. — **D. Negru**, Buletinul Soc. de Radiologie, Bucureşti, Nr. 1 din Ianuarie 1940.

întâmplă cu toate aparatele moderne. Vom vedea la urmă cum se procedează şi în cazul când ecranul este independent de tub.

Ne alegem un anumit unghiu α (alfa) de înclinaţie faţă de normală (vom vedea îndată cum) şi cu raza ce are această oblicitate prciectăm succesiv corpul strein în B şi reperul în A, mutând tubul în poziţiile II şi III. Pe braţul de deplasare al tubului citim distanţa AB, care reprezintă deplasarea din poziţia II la poziţia III a tubului. Intre distanţa A B astfel măsurată, distanţa R C căutată, şi unghiul α ales, există următoarea relaţie:

R C = A B cotg α[1]).

Dacă am ales un unghiuu aşa fel ca contagenta sa să fie un număr întreg, de exemplu 5 în cazul unghiului $\alpha = 11^0\ 15'$, atunci adâncimea căutată va fi deplasarea tubului din poziţia II în poziţia III, înmulţită cu 5.

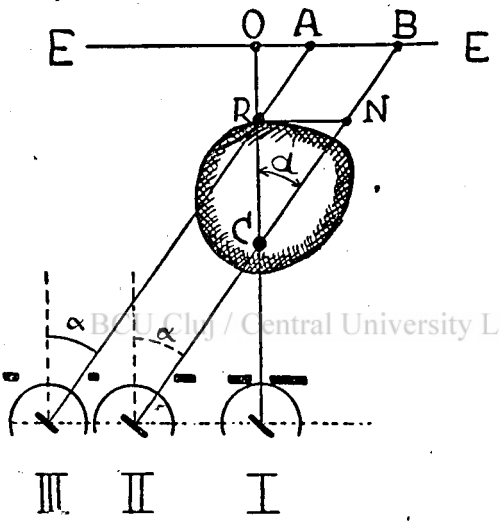


Fig. 1.

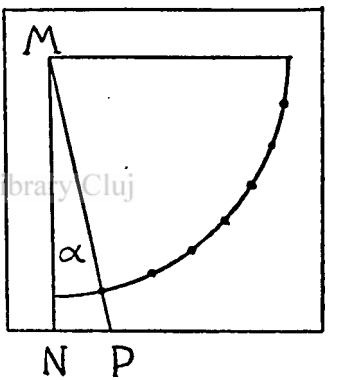


Fig. 2.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La instalaţiile la care ecranul este independent de tub, distanţa A B se măsoară direct pe ecran. S'ar putea alege un alt unghiu alfa mai mare, dacă instalaţia respectivă ar permite-o. In acest caz înmulţirea s'ar face cu un număr mai mic[2]).

Procedeul are avantajul că măsoară direct distanţa corp strein piele, iar nu corp strein ecran; permite apoi ecranului să fie aşezat la oarecare

---

1) Demonstraţia este următoarea: In R ducem paralela R N la A B. RN şi AB sunt egale ca paralele între paralele. Am construit astfel triunghiul CRN. Din trigonometrie se ştie că într'un triunghiu dreptunghiu raportul dintre cateta adiacentă şi cateta opusă unui unghiu este egal cu cotangenta acelui unghiu, adică $\frac{RC}{RN}$ = cotg α, de unde RC = RN cotg α, sau RC = AB cotg α.

2) Dăm câteva valori ale unghiului alfa, pentru care cotangentele sunt numere întregi, mai mici ca 5. Pentru $\alpha = 45^0$... cotg = 1; pentru $\alpha = 26^0\ 30'$... cotg = 2; pentru $\alpha = 18^0\ 20'$... cotg = 3; pentru $\alpha = 14^0$... cotg. = 4.

depărtare de regiune, ceea ce uşurează punerea reperului şi evită deformarea regiunei de către ecran. Deplasarea tubului este susceptibilă de a fi măsurată **foarte precis** — cum vom vedea — aşa că multiplicarea cu 5 nu implică o sporire de eroare. Singura operaţie care trebue făcută, odată pentru totdeauna, este alegerea şi determinarea unghiului α pe care fiecare poate s-o facă cum va crede mai bine. Dăm în cele ce urmează o technică practică întrebuinţată de noi.

* * *

Determinarea unghiului alfa (11⁰ 15').

Pe o foaie de carton delimităm un patrat cu laturea de aproximativ 20 cm. Cu un compas descriem un arc de 90⁰, cu centrul într'un colţ al patratului şi cu raza egală cu latura lui (fig. 2). Construim unghiul de 11⁰ 15' luând o optime din arc şi trăgând linia MP. Practic împărţim arcul de 90⁰ în două cu compasul, o jumătate iarăşi în două şi în fine unul din sferturi iarăşi în două; căci 11⁰ 15' este exact a opta parte din 90⁰. Avem astfel delimitat pe carton triunghiul dreptunghiu MNP. Lipim cu emplastru câte două semne de plumb, la o depărtare cam de 10 cm., pe cateta MN şi pe ipotenuza MP. Aşezăm cartonul cu trunghiul de mai sus, purtând cele patru semne metalice, pe un suport fix, în plan orizontal (presupunem că stativul e vertical), cu laturea mică a triunghiului spre ecran şi vârful M spre tub (fig. 3).

Proiectăm în O cu rază normală, deci în centrul ecranului cele două semne metalice de pe cateta MN, aşa ca ele să se suprapună perfect (poziţia I). Deplasăm spre dreapta noastră tubul, cu diafragmul deschis la maximum, până ce cele două semne metalice de pe ipotenuza MP coincid în punctul S (poziţia II a tubului, fig. 3).

Ecranul ocupă acum poziţia E', şi punctul O se află în O'. Raza oblică cu care proiectăm semnele de pe ipotenuză, face cu normala exact unghiul α, deci în cazul nostru 11⁰ 15'

Punctele O (devenit O') şi S, notate sub formă de mici linii subţiri verticale cu un creion gras pe sticla ecranului, determină unghiul alfa voit. Locul acestor puncte şi depărtarea lor rămân fixe atâta timp cât între tub şi ecran nu are loc nici o decalare şi dacă distanţa focus ecran nu variază dela o experienţă la alta [1]).

Odată determinat unghiul alfa prin cele două semne O şi S de pe ecran, pe care le vom putea reproduce oricând, dacă pe o foaie de carton cât un sfert de ecran vom păstra notate punctele şi ne vom nota şi distanţa focus ecran, — putem proceda la determinarea adâncimei corpilor streini. Determinarea unghiului alfa se face o singură dată pentru instalaţia Roentgen respectivă.

* * *

Determinarea adâncimei corpilor streini.

Având acum cele două semne pe ecran, să procedăm la determinarea adâncimei unui corp străin (fig. 1).

1) Vom vedea că aparatul Roentgenbatimetru nu are nevoe de nici una din aceste precauţiuni.

Aşezăm stativul în poziţie orizontală, căci aceasta e poziţia în care se face intervenţia chirurgicală şi, deci e bine ca şi localizarea să se facă în aceiaşi poziţie.

Presupunem că tubul este solidar cu ecranul.

Fie C acest corp strein (fig. 1). Proiectăm corpul strein şi reperul R în O cu raza normală (poziţia I a tubului). Semnul O fiind în centrul ecranului, imaginile C şi R se vor suprapune pe acest semn; iar aceasta va fi şi o garanţie că nu s'a făcut vre-o greşală ori vre-o schimbare nevoită.

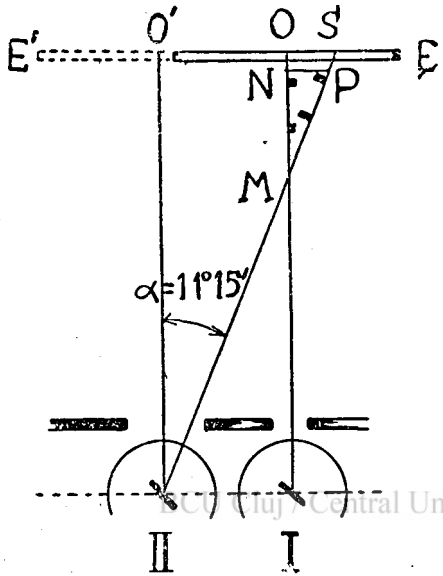


Fig. 3.

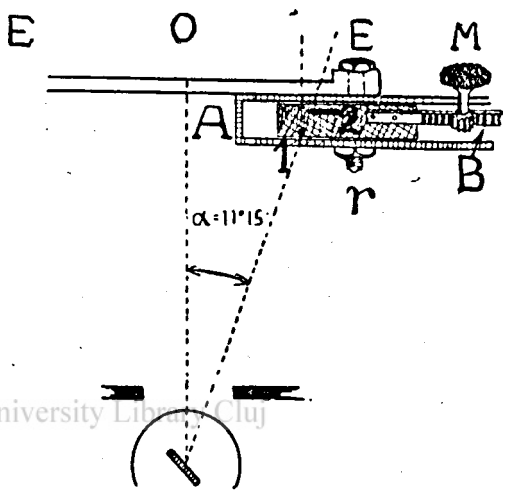


Fig. 4.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mutăm tubul din poziţia I în poziţia II, la o depărtare aşa fel încât imaginea corpului strein C să coincidă în B cu semnul notat prealabil pe ecran (semnul S din fig. 3). Mutăm apoi tubul mai departe, până ce linioara de pe ecran ajunge să coincidă acum în A cu imaginea reperului (poziţia III). Distanţa A B o citim pe braţul suport al tubului, unde este o linie gradată şi un vârf metalic indicator, şi apoi o înmulţim cu 5. Numărul aflat reprezintă distanţa R C, adică adâncimea corpului strein C.

In cazul când ecranul este independent de tub, va trebui fie să utilizăm înclinarea tubului şi delimitarea prin diafragm a fasciculului axial; fie — când aceasta nu-i posibil — să utilizăm marginea diafragmului, cu toate inconvenientele pe care le vom vedea mai jos.

Observăm că în cazul instalaţiei cu tubul solidar cu ecranul, **nu ne folosim de marginea diafragmului**, care rămâne deschis mai larg decât unghiul 2 alfa. Marginea diafragmului este un reper foarte neclar, căci se proiectează adesea ca o dungă de 1 cm. lăţime, având pe margini o penumbră care-i măreşte neclaritatea. Noi ne folosim de tră-

sătura de creion gras de pe ecran, subţire ca un fir de păr, perfect vizibilă ca o linie neagră pe câmpul luminat al ecranului. Acest fapt dă procedeului o preciziune permiţând să se măsoare adâncimi mai mici chiar decât un centimetru.

* * *

Roentgenbatimetrul cu citire directă.

Pe baza procedeului de mai sus am imaginat un aparat simplu, care lucrează automat, fără nici o măsură prealabilă, fără nici o condiţie restrictivă; e aplicabil la orice fel de aparat cu ecran solidar cu tubul ori independent. In acest din urmă caz aparatul necesită o modificare, care este în acelaş timp o simplificare. Aparatul nu cere nici un calcul. Adâncimea corpului strein se citeşte direct pe un mic cadran situat lângă ecran, sub ochii noştri. Funcţionarea acestui aparat fiind automată, preciziunea măsurării este cea mai mare posibilă.

A. **Aparatul destinat instalaţiilor la care ecranul este solidar cu tubul,** se compune din următoarele părţi. [1]).

1. **Un dispozitiv de indicare a unghiului alfa, care se fixează la ecran.** Acest dispozitiv se compune dintr'o cutioară de lemn A (fig, 4), având aproximativ 5 cm. lungime, 3 cm. lăţime şi 2 cm. înălţime. In care sunt fixate două semne metalice (1 şi 2), formate din fragmente de ac, din care unul e vertical [2]), iar celălalt orizontal (dacă stativul e vertical). Aceste două semne determină poziţia ipotenuzei, care cu raza normală a tubului delimitează şi indică permanent unghiul ales de 11^0 şi 15'. Cutia A se fixează la faţa posterioară a ecranului, aproape de marginea stângă a sa, pe orizontala care trece prin centrul ecranului. Piesa mobilă B, care poartă semnele metalice, se poate deplasa longitudinal cam de 3—4 cm. cu ajutorul şurubului M. Cutia poate bascula în jurul axei R, pentru a se ascunde sub marginea ecranului, atunci când nu mai avem nevoe de ea.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. **Un dispozitiv de deplasare micrometrică a ecranuluui şi un cadran de înregistrare şi indicare a cifrei căutate, — care se montează la o piesă fixă a stativului.**

Dispozitivul se compune (fig. 5), dintr'o bară dinţată B fixată de rama ecranului E, cu un capăt, iar celălalt e liber. Bara B culisează în direcţia orizontală, fie în mod liber, fie cu ajutorul şurubului S, după cum voim. Primul caz este atunci când facem radioscopie obişnuită şi mutăm ecranul cu mâna; al doilea caz este atunci când voim să măsurăm deplasările. Şurubul S prezintă un sistem de cuplare C, care cuplare are loc când şurubul S este uşor apăsat. In acest caz axa lui se cuplează cu axa unei rotiţe dinţate R, care mişcă bara B, atunci când învârtim şurubul S. Şurubul S indică cu ajutorul unui vârf metalic I, cifra adâncimei corpului strein pe o scară multiplicată, N [3]). Această scară se învârte prin simplă frecare, aşa ca la începutul măsurărei, punctul său zero să fie adus să coincidă cu vârful arătător al

1) Aparatul „Roentgenbatimetru" se află în construcţie în Atelierul Centrului de Radiologie, Cluj.

2) In figura 4, cel vertical (1) este reprezentat printr'un punct.

3) In cazul unghiului alfa = 11^0 15' scara este multiplicată cu 5.

şurubului S. După aceea scara rămâne fixă. După efectuarea măsurărei decuplăm şurubul S trăgându-l spre noi şi atunci rămâne rotiţa dinţată R liberă. Ea se va învârti, bine înţeles, la orice deplasare orizontală a ecranului şi deci şi a barei B; mişcarea este însă fără nici o rezistenţă, axa sa având lagăre cu bile.

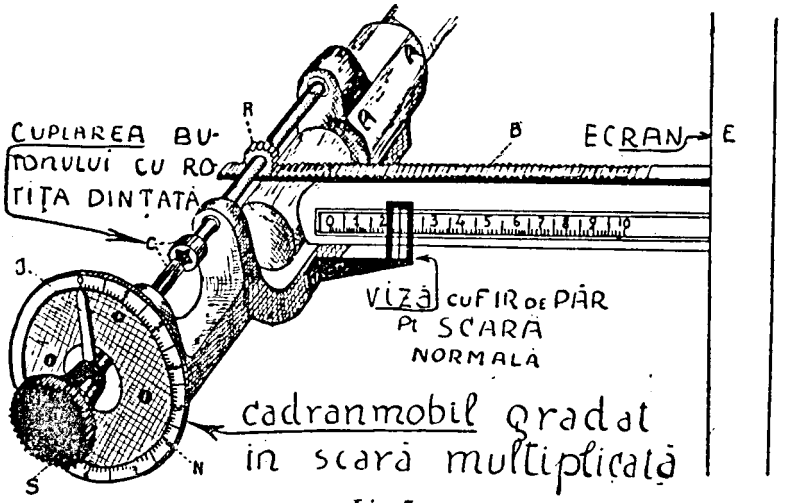


Fig 5.

B. **Aparatul destinat instalaţiilor la care mişcarea ecranului este independentă de aceea a tubului.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La aceste instalaţiuni, care acum sunt foarte rare, există un singur şurub care deplasează scândurica mobilă B (funcţiunea şurubului M din fig. 4) şi în acelaş timp măsoară adâncimea corpului strein. Aici mişcarea ecranului este înlocuită cu mişcarea scândurici B.

Manipularea Roentgenbatimetrului.

A. Cazul ecranului solidar cu tubul.

1. Aşezăm cutia de lemn A în poziţia de întrebuinţare [1])

2. Proiectăm corpul strein cu raza normală şi aşezăm reperul pe piele, ca la orice procedeu.

3. Deschidem la maximum diafragmul şi mişcând într'un sens sau altul scândurica B, facem să se proiecteze semnele metalice 1 şi 2 cu raza de oblicitate aleasă, ceea ce se recunoaşte prin faptul că imaginile semnelor metalice formează un unghiu drept.

4. Cuplăm şurubul S cu axa rotiţei dinţate R şi deplasăm prin rotarea acestui şurub complexul ecran tub (şi deci şi cutia A) până ce corpul strein se proiectează în vârful unghiului drept, format de imaginile celor două fragmente de ac (fig. 6).

5. Aducem scara mobilă N (fig. 5), cu punctul său zero la nivelul vârfului indicator al şurubului S.

1) Stativul am văzut că este preferabil să fie în poziţie orizontală.

6. Răsucim şurubuul S până ce vârful unghiului drept, format de imaginile celor 2 fragmente de ac, coincide cu reperul.

7. Citim cifra arătată pe cadran, de indicatorul şurubului S şi această cifră este distanţa în centimetri şi milimetri dintre corpul strein şi piele, pe care o căutăm.

B. **Cazul ecranului independent de tub.**

Timpii 1 şi 2 sunt aceiaşi ca în cazul A.

Timpul 3: Prin rotarea şurubului (unic la aparatul utilizat pentru acest caz), se deplasează scândurica B, care indică unghiul, în direcţia centrului ecranului, şi în acelaş timp se mişcă tubul în acelaş sens (diafragmul este deschis la maximum), până când vârful unghiului drept, format de imaginile celor 2 fragmente de ac, coincide cu corpul strein.

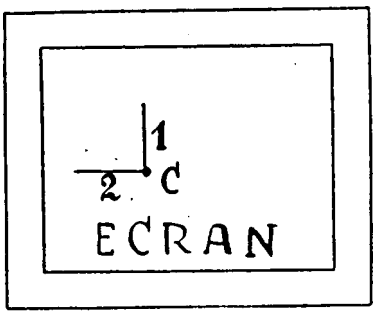


Fig. 6.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Timpul 4. Acelaş ca în cazul A.

Timpul 5. Repetăm exact manevra descrisă la timpul 3, până ce vârful unghiului drept coincide acum cu imaginea reperului.

Timpul 6. Cităm cifra căutată, procedând ca la cazul A.

* * *

Aparatul permite foarte uşor şi o localizare anatomică a corpilor streini, căci toate detaliile osoase vecine pot fi uşor şi repede localizate, în raport cu corpul strein.

Dar dispozitivul de deplasare transversală quasi micrometrică a ecranului, mai permite în plus de a măsura precis diametrul aortei, şi dimensiunea transversală a oricărui alt organ, ori focar patologic. O mică linie verticală, scrisă cu creionul gras pe ecran, este deplasată — cu ecranul — succesiv la cele 2 limite ale diametrului aortei. Diafragmul este deschis atâta cât să vedem bine organul de măsurat. Nici un alt procedeu, cum ar fi de ex. ortodiagrafia obişnuită (imposibilă la stativele la care ecranul nu se poate desolidariza de tub), teleradioscopia ori teleradiografia, nu permite o măsurare atât de precisă.

Se poate uşor determina nivelul unei leziuni de scisurită şi întinderea ei; sediul unui infiltrat pulmonar şi mărimea lui; a unui ganglion opacifiat, etc. Se pot separa prin măsurarea adâncimei respective detalii care se suprapun, etc.

Aşa dar batimetria precum şi radioscopia ortodiagrafică de precizie, se pot realiza cu acest aparat, suplinind în bună parte tomografia.

Prof. D-r D. NEGRU: **Nouveau procédé radioscopique pour la détermination de la profondeur des corps étrangers. — Appareil pour la détermination automate de cette profondeur (le Roentgenbathymètre à lecture directe).**

On projète sur l'écran avec un rayon d'une ablicité donnée (mais non pas celle indiquée par le bord du diaphragme), succesivement le corps étranger et un repère cutané. La distance entre les deux images, multipliée par la cotangente de l'angle d'oblicité du rayon, nous donne la distance corps étranger repère, cherchée.

Le Roentgenbathymètre est un appareil simple, basé sur le principe qu'on vient d'exposer. Il se compose: 1) d'une petite boite en bois qu'on applique derrière l'ecran et qui porte des signes métalliques destinés à délimiter et a indiquer l'angle d'oblicité choisi; 2) d'un dispositif pour déplacer latéralement l'écran, portant une échelle multipliée, qui permet **la lecture directe de la profondeur du corps étranger.** L'appareil est adaptable à n'importe quelle installation de rayons X; il travaille automatiquement et partant d'une façon précise, sans aucune mesure préalable, sans aucune condition restrictive, sans aucun calcul.

L'appareil permet également l'ortodiagraphie de précision pour le cas où l'écran est solidaire avec l'ampoule.

Prof. D-r D. NEGRU: **Nuovo procedimento radioscopico per determinare la profondità dei corpi estranei. — Apparecchio per la determinazione automatica di questa profondità (Il Roentgenbatometro a lettura diretta).**

Si proietta sullo schermo, con un raggio **di obliquità data** (ma non quella indicata dal diaframma), — successivamente il corpo estraneo e una marca cutanea metallica. La distanza tra le due immagini, moltiplicata colla cotangente dell' angolo di obliquità del raggio, ci dà la distanza che noi cerchiamo, tra il corpo estraneo e la marca metallica cutanea.

Il Roentgenbatometro e un apparecchio semplice, fondato sul principio sopraesposto. Si compone di: 1) una piccola scatola di legno, che si mette dietro allo schermo e porta due segni metallici, che delimitana e indicano l'angola d'obliquità, scelto; 2) d'un dispositivo di movimento laterale, quasi micrometrico, dello schermo, portante una scala moltiplicata, che permette **la lettura diretta della profondità del corpo estraneo.** L'apparecchio é acettabile a qualsiasi installazione di raggi Roentgen, e lavora automaticamente, dunque precisamente, senza nessuna misura precedente senza nessuna condizione restrittiva e senza nessun calcolo.

L'apparecchio permette inoltre anche delle ortodiagrafie di precisione agli apparecchi che hanno lo schermo solidario col tubo.

Prof. D-r D. NEGRU: **Neues Durchleuchtungsverfahren zur Bestimmung der Tiefe der Fremdkörper. — Apparat zur automatischen Bestimmung dieser Tiefe (das Roentgenbathymeter mit direktem Ablesen).**

Mit einem Strahle **von bestimmter Neigung** (aber nicht diejenige die vom Blendenrand angezeigt ist), projiziert man nacheinander auf den Schirm den Fremdkörper und eine Metallhautmarke. Der zwischen den zwei Bildern gefundene Abstand, multipliziert durch die Kotangente des Neigungswinkels des Strahles, gibt uns den gesuchten Abstand, zwischen Fremdkörper und Hautmarke.

Das Roentgenbathymeter. Es ist ein einfacher Apparat, der auf dem obigen Prinzip begründet ist. Er besteht aus folgenden Teilen: 1) eine Kleine Holzschachtel, die man hinter dem Schirme auflegt, und welche die Metallzeichen trägt, die zur Abgrenzung und zum Anzeigen des ausgewählten Neigungsstrahles dient: 2) aus einer Einrichtung zur Bewegung des Schirmes im lateralen Sinne, die quasi mikrometrisch erfolgen soll; 3) ferner aus einer multiplizierten Skala, die das direckte Ablesen der Tiefe des Fremdkörpers ermöglicht.

Der Apparat lässt sich an jeder Art Roentgeneinrichtung adaptieren; arbeitet automatisch und genau ,ohne jedes vorläufiges Abmessen, ohne jede einschränkende Vorbedingung und ohne jede Rechnung.

Der Apparat ermöglicht ausserdem auch Präzisionsortodiagraphien, bei diejenigen Apparaten, bei denen der Schirm und die Röhre solidarisch sind.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TERAPIA DERMATOZELOR

DIVERSELE ETIOLOGII ALE DERMATOZELOR NE-AU DETERMINAT SĂ CREĂM O SERIE DE POMEZI, FIECARE AVÂND INDICAŢIUNI BINE DETERMINATE

SEDOTYOL Pomadă calmantă	Se aplică într'un strat gros, fricţionându-se uşor.	**DERMATOZE** **PRURIGINOASE** LEZIUNI CUTANATE DUREROASE PRURITURI
INOSEPTA Pomadă antipiogenă	Când leziunea este deschisă, se aplică pomada de 2-3 ori pe zi fără a mai fricţiona.	**DERMATOZE** **SUPURATE** FURUNCULOZE-FAVUS IMPETIGO-ABCESE
INOTYOL Pomadă antiflogistică şi cicatrizantă	Se aplică pomada într'un strat gros, acoperindu-se cu un pansament.	**DERMATOZE** **NE INFECTATE** ULCERAŢIUNI - ARSURI IRITAŢIUNI CUTANATE
SILIPLASTINE Pomadă absorbantă	Se aplică într'un strat subţire. Nu pătează rufăria. Nu este unsuroasă. Se şterge uşor numai cu apă.	**DERMATITE** **UMEDE SAU IRITABILE** ECZEME UMEDE-INTERTRIGO-DERMATITE ACUTE
CUTIGENOL Pomadă cicatrizantă	Se aplică pomada acoperindu-se cu un pansament.	**LEZIUNI** **CUTANATE** ARSURI-ULCERAŢIUNI ATONE-DERMATOZE CRONICE PLĂGI - TURBURĂRI TROFICE CUTANATE

Laboratoires du Dr. DEBAT - PARIS

EŞANTIOANE ŞI LITERATURĂ:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, Bucureşti III — Tel. 221/38

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Medicament tonicardiac

CARDITONE-LOBICA

Formulă: Extract de Strophantus 0,001
Sulfat de Sparteină . . 0,02
Extract de Muguet . . 0,05
Excipient Q. S.
p. 1 drageu 0,35

Drageuri: 1—5 pe zi, după caz.

Constipaţiuni — Enterite cronice — Enterocolite — Dermatoze.

TAXOL

Pudră de mucoasă intestinală, Agar-Agar, Extract biliar depigmentat, Fermenţi lactici selecţionaţi.

Drageuri: 2—6 pe zi, după nevoe.

Toate formele de constipaţie — Regulator al biligeniei — Stimulent al secreţiunei hepatice.

LACTOBYL

Extract biliar depigmentat — Extract total de glande intestinale—Cărbune poros hiperactivat—Fermenţi lactici selecţionaţi—Extract citoplasmic de Laminaria flexicaulis.

Drageuri: 2—6 pe zi, după nevoe.

Terapia maladiilor de nutriţie. Artritism — Gută — Gravelă.

URALYSOL

Hexametilentetramină — Acid Timinic — Dietilen-Diamina — Citrat de Hexametilentetramină — Carbonat de Litină — Benzoat de Sodiu.

Granule: De 2 ori pe zi câte o lingurliţă într'un pahar plin cu apă.

Sedativ Neurovegetativ — Insomnii — Anxietate — Emotivitate — Palpitaţii — Anafilaxie.

SERENOL

Peptone lichide polivalente — Fenil-etil-malonilureе — Hexametilentetramină — Passiflora — Anemone — Boldo — Tinctura Cratoegus şi Beladonna.

1—3 lingurile de cafea pe zi, luate preferabil cu o infuzie.

Maladii venoase — Hemoroizi — Varice Ulceraţii.

VEINOTROPE

(Masculin şi Femenin)

Paratiroidă — Suprarenală — Hipofiză Pancreas — Glande genitale — Extract de Hammamelis — Nucă vomică — Maron de India.

Drageuri: 3—5 pe zi, cu o oră înaintea meselor.

La femei se întrerupe tratamentul în timpul menstruaţiei.

Laboratoires LOBICA-PARIS

Eşantioane şi Literatură

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, Bucureşti III Tel. 221/38

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MEDICII ŞERBAN ŞI ILIE EMINOVICI
(fraţii poetului Eminescu) [1])

de

D-r V. M. PLĂTAREANU

Cercetările biografice au oferit tuturor celor ce le-au întreprins, o fermecătoare stare sufletească legată de putinţa de a reconstitui din cenuşe şi rămăşiţele trecutului, imagini de vieţi omeneşti. Prin aceasta, satisfacţia spirituală a studiului biografic, egalează şi uneori depăşeşte pe cea dată de arheologie, paleontologie, numismatică, etc.

Se deosebeşte însă de acestea prin faptul că, în fundul pocalului plin de nectarul mulţumirii se găseşte totdeauna ascunsă picătură de amărăciune, că niciodată nu eşti sigur că opera ta este terminată şi nici că este în afară de orice critică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

Din numeroasele date biografice, răzleţe, întâlnite, privitoare la trecutul nostru medical, mă voi opri astăzi asupra a două din ele, care sunt pline de interes nu numai prin ele însăşi, dar şi prin faptul că ele se leagă de cea mai strălucitoare figură din trecutul poeziei româneşti.

Este vorba de doi dintre fraţii marelui poet Mihail Eminescu, al cărui sfârşit tragic se integrează el însuşi în istoria medicinii noastre şi chiar în al Spitalului Brâncovenesc [2]).

Mai înainte de a schiţa vieaţa celor doi fraţi ai lui Eminescu — Şerban şi Ilie, — care au urmat medicina, am găsit necesar să fac câteva observaţiuni prealabile. Astfel, numele de „Eminescu" care evocă una dintre culmile cele mai înalte ale versului românesc, este forma românizată a numelui „Eminovici", care era adevăratul nume de familie al poetului. Numele de „Eminescu" l-a purtat la început, numai poetul şi el i-a fost dat acestuia de către Iosif Vulcan, directorul revistei „Familia" din Oradea-Mare, la etatea de 16 ani (1866), adică atunci când i-a publicat şi primele încercări poetice.

---

1) Comunicare la S. R. R. de Ist. Medicinei. Şedinţa din 11 Aprilie 1940.

2) La Spitalul Brâncovenesc, a fost trimes dela Institutul „Şuţu", creerul poetului Eminescu, ca să fie cântărit, măsurat şi cercetat.

Ca atare, în cele ce urmează, deşi este vorba de doi fraţi ai lui Eminescu, ei totuşi şi-au păstrat numele originale de Şerban şi Ilie Eminovici.

Părintele lor se numea Căminarul Gheorghieş (Gheorghe) Eminovici şi era fiul lui Vasile Eminovici, dascăl de biserică, din Călineşti-Botoşani. Mama lor se numea „Raluca" (Ralu) sau pe adevăratul nume „Rareşa". Era fiica stolnicului Vasile Jurăşcu din Joldeşti şi a Paraschivei Donţu. Rodul căsniciei lor a fost 10 copii (7 băeţi şi 3 fete).

Primul copil a fost **„Şerban"**, care s'a născut la 1841, şi a fost urmat, la interval de un an, de primii cinci copii. Cel de al cincilea a fost „Ilie", născut la 1846. Acest prim „lot" de copii, a văzut lumina zilei la Dumbrăveni, unde părintele lor se ocupa de treburile moşiei boerului Balş. Ceilalţi 5 copii, printre care şi poetul de mai târziu, s'a născut la moşia Ipoteşti, situată la 8 klm. de Botoşani, moşie pe care a cumpărat-o tatăl lor între anii 1849—50.

Gheorghe Eminovici, tatăl, era un om foarte muncitor şi foarte autoritar cu ai familiei şi cu proprii săi copii. A fost un autodidact şi a avut, drept principiu de educaţie a copiilor, îndrumarea către profesiuni libere şi bănoase. Fără să fi fost om bogat, el şi-a trimis, cum vom vedea, copiii să urmeze şcoli înalte în străinătate. Cu toate acestea, cu firea lui aspră şi neîncrezătoare, nu prea avea totdeauna grija copiilor, mai ales când aceştia îl nemulţumeau.

In afară de cele ce vom afla despre fraţii **Şerban** şi **Ilie**, care au urmat medicina, credem demn de amintit, dintre ceilalţi fraţi, pe **Nicolae** — care a urmat dreptul la Sibiu, — pe **Matei** — care a învăţat „Politechnicul" la Praga, — şi în deosebi pe **Iorgu** (Gheorghe) — care a urmat studiile militare la Berlin.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acesta din urmă, despre care „Caragiale" spunea că: „a speriat Academia militară cu talentul lui"..., după un examen strălucitor, s'a distins într'atât, încât mareşalul Moltke a vrut să-l aibă printre colaboratorii săi apropiaţi.

Insă, acesta, ca şi mai toţi fraţii, a purtat în sânge o suferinţă ce rămâne să fie tălmăcită mai târziu, căci, spre a-şi încununa succesul examenului dat în faţa lui Moltke, s'a dus acasă şi s'a împuşcat.

Caracteristica aproape a tuturor copiilor lui Gheorghe Eminovici, a fost inteligenţa sclipitoare, dublată însă, când de lipsă de voinţă (cum era cazul lui Eminescu), când neînvinsă îndărătnicie de a se supune programelor şi normelor şcolare.

Cu aceste câteva noţiuni generale, să ne întoarcem la vieaţa primului născut, a „D-rului Şerban Eminovici".

Am spus că Şerban Eminovici s'a născut la Dumbrăveni (Botoşani) în anul 1841, era oacheş, slăbuţ, cu umerii înguşti [3]), tăcut, morocănos, dar cu o înfăţişare frumoasă, semănând în partea mamei sale [4]). Nu

3) Cezar Petrescu, Romanul lui Eminescu, fol. I.

4) Date luate din G. Călinescu (Vieaţa lui Mihai Eminescu, edit. III-a pag. 31).

ştim nimic din mica copilărie a acestuia, ştim numai că, la vârsta de 11 ani, a fost dus la liceul din Cernăuţi. Aci a rămas uneori repetent şi a recurs la examene particulare, spre a-şi câştiga timpul pierdut. Ca şi ceilalţi fraţi, cari au învăţat după el la acelaş liceu, era recunoscut ca foarte recalcitrant la ordine, turbulent şi chiar bătăuş. Cursurile sale liceale s'au desfăşurat în felul următor: 1852—53 cl. 1 liceu, 1853—54 cl. II-a, 1854—55 a repetat cl. II-a, 1855—56 cl. III-a (medie rea), 1856—57 lipsă. In acest timp se pare că a dat cl. IV-a în particular, căci îl vedem în 1857—58 în cl. V-a, iar în 1858—59 în clasa VI-a, când a obţinut media rea şi s'a retras.

Ce a făcut după această dată, mare lucru nu se ştie; desigur că a căutat să-şi termine studiile liceale tot la Cernăuţi. Se spune că ar fi dus o vieaţă foarte grea, înfometat şi amărât, pe la diferite gazde, căci tatăl său l-a lăsat fără mijloace băneşti. Atitudinea ostilă a tatălui său s'a menţinut şi mai târziu, când şi-a urmat studiile medicale. Astfel, se spunea că, pe când învăţa la Universitatea din Viena, din lipsă de bani pentru lumânări, era nevoit să citească la lumina felinarelor de pe stradă.

Acestei privaţiuni elementare desigur că i-au lipsit şi altele, fapt care a determinat o zdruncinare a sănătăţii. Mihail Eminescu caută să înduplece asprimea tatălui lor — căruia i se datorau toate aceste lipsuri, în felul următor: „E un fiu nenorocit, care desigur a greşit mai „mult printr'o înăscută slăbiciune de caracter, căruia natura nu-i dă-„duse nici o energie şi nici o putere. Şerban a fost un om slab, iar nu „un om rău. Asta a fost părerea mea despre el întotdeauna şi desigur a „fost mai nenorocit decât merita să fie. El nu a avut pentru nimenea „ură în lume, n'a avut nici o patimă urîtă, şi dacă a greşit, nu din „răutate ci dintr'o nemărginită slăbiciune..."

Biblioteca Centrală Universitară "Lucian Blaga" Cluj

Indiferent de raporturile în care se găseau tatăl şi fiul, şi fără a căuta de partea cui este vina, noi putem afirma că şi-a urmat studiile medicale destul de conştiincios.

Astfel, la cererea noastră, Universitatea din Erlangen, prin arhivatul său, a avut amabilitatea să ne informeze [5]) că „Şerban Eminovici (Eminowicz Scehrban) născut în Bottuschany-Moldau a fost înmatriculat ca student în medicină şi în timpul semestrului de iarnă 1865/66, semestrului de vară 1866 şi semestrului de iarnă 1866/67 şi semestrului de vară 1867. Dincolo de această dată, numita universitate nu a mai găsit nimic în legătură cu Şerban Eminovici.

Rectoratul Universităţii din Viena, tot la cererea noastră ne confirmă printr'o adresă oficială [6]) că a găsit în scripte pe un Şerban Enacovici (Enacovic) născut în Botuşani cam pe la (etwa) 1844. Oberrarchivrat-ul ne scrie că acest Şerban Enacovici „dürfte wohl mit Eminovici identisch sein" [7]).

---

5) Cu scrisoarea oficială din 29 Februarie 1940.

6) Viena, 11 Martie 1940.

7) Pr. D. Furtună (Botoşani) printr'o scrisoare din 15. VI. 940, ne afirmă că Şerban Enacovici ar fi trăit, tot în Botoşani între 1874—1882 şi nu are nici-o legătură cu familia Eminovici. Până în prezent, din cauza răsboiului, nu am primit documentele din Wiena.

Acest Şerban „Enacovici" a studiat cursurile Universităţii din semestrul de iarnă 1865—66 până în semestrul de vară 1870, iar la 28 Iulie 1871 a fost promovat „doctor".

Dacă într'adevăr este vorba de una şi aceeaşi persoană, interpretarea faptului că se înscrisese în acelaş timp la două universităţi, din care la Erlangen nu a urmat decât 2 ani, rămâne delicată. Lipsa de bani, greutăţile vieii, uşurinţa cu care erau primiţi tinerii să audieze cursurile la universităţile germane de atunci, ar motiva într'o largă măsură. Faptul că la Viena a urmat toate cursurile regulate şi a trecut şi examene de doctorat, ba chiar că a fost un „student strălucit" [8]) s'ar datori faptului că s'ar fi simţit mai bine, căci el a fost o vreme ocrotit în casa vestitului medic Opolze. Pentru a fi intrat în casa acestuia, desigur că trebue să o fi meritat. Se spunea despre el că era un „savant şi chirurg remarcabil" [9]).

Privaţiunile şi munca, la care se adăoga şi un teren moştenit dela mamă [10]), i-au pricinuit o tuberculoză pulmonară, fapt care l-a făcut să plece la Berlin.

Fratele său mai mic, poetul Mihail Eminescu, care se găsea şi el în acest timp tot pentru studii la Berlin, scrie despre el ca „boala l-a făcut rece, sumbru şi disimulat"; Doctorul Şerban Eminovici se ţinea chiar departe de fratele său Mihai.

Ori de câte ori acesta a vrut să ştie ceva dela fratele său Şerban, nu ia spus niciodată ce face, nici ce avea de gând să facă. Ei nu locuiau împreună şi se vedeau rar.

Tot Eminescu scrie despre el că „avea amici, cunoştinţe cu doc-„torii germani şi societatea lui era foarte căutată. El e şi membru la o „societate ştiinţifică medicală". Admirativ, fratele poet făcea unele aprecieri elogioase, în felul următor: „Ce sunt Românii care învaţă „medicina aicea, pe lângă el? Pot să zic că dispar... Şi cu toate acestea „eu o spun curat: nu-l înţeleg şi pace! Eu gândesc că n'ar avea „decât să se prezinte aci la universitate, pentru ca să-l fac de trei ori „doctor, dacă nu este încă. Aci la Berlin poartă acest titlu, fără ca „cineva să i-l contesteze, scrie reţete, face chiar vizite, căci după legile „prusiene îi este permis aceasta, se înţelege că sub responsabilitatea „personală. Dar presupunem c'ar rămâne chiar aci, ce viitor îl poate „aştepta în mijlocul unui oraş unde sunt atâţia alţii?".

Din aceste aprecieri ale poetului Eminescu, noi desprindem mai multe fapte: întâi că nici el nu ştia dacă fratele său e, sau nu „doktor".

Dacă Şerban Enacovici din scriptele universităţii din Viena, este tot una cu Şerban Eminovici, atunci fratele său Şerban nu era un practician ilicit al medicinii, căci avea titlul de doctor obţinut la Viena în 1871, deci luat cu 3—4 ani mai înainte de data la care îl aprecia fratele Mihail. Că era un practician emerit, aceasta ne-o confirmă şi alte surse de informaţie.

---

8) G. Călinescu, op. cit., pag. 33.

9) Idem.

10) Sora lui Henriette a murit tot de tuberculoză pulmonară şi afirmă că are o boală hereditară în familie.

Astfel, D-r Artur Hynek (Botoşani) amic al familiei Eminovici, Căpitanul Eminescu, fratele mai mic şi decât poetul, cât şi D-r Sofia Tăutu, îl apreciau ca pe un chirurg foarte bun.

D-r Sofia Tăutu povesteşte, de altfel, că pe un frate al său, căruia un câine îi „spintecase buza cu desăvârşire", a fost cusut cu atâta măestrie de D-r Şerban Eminovici, încât nu a rămas nici o urmă.

Ca o complectare a aprecierilor asupra meritelor profesionale şi intelectuale ale D-rului Şerban Eminovici, amintim pe Alexandru Vă-sescu, fost Ministru, căruia îi îngrijise pe mama sa bolnavă, care spune că „în vieaţa lui n'a întâlnit un om cu o cultură mai vastă decât a lui Şerban"...

Sănătatea D-rului Şerban Eminovici, profund zdruncinată, l-a făcut să se interneze într'un spital din Berlin, unde a şi murit în cursul lunii Nombrie 1874 (data la care poetul Eminescu implora pe bătrânul şi uriciosul lor tată să trimită ceva bani pentru ca să-i plătească în-treţinerea).

Ceeace este ciudat şi surprinzător în sfârşitul biografic a lui Şerban Eminovici, este faptul menţionat de G. Călinescu (care a făcut cea mai documentată biografie a vieţii poetului Mihai Eminescu şi fami-liei sale), că doctorul Şerban nu ar fi murit de tbc. pulmonară, de care se ştie că suferea „ci dedea semne de alienaţie".

Oprim deocamdată aci biografia D-rului Şerban Eminovici, cu obligaţia de a o complecta ulterior, pe măsură ce vom mai avea docu-mente noi şi vom trece la vieaţa celui de al 4-lea[11]) frate — Ilie — care a urmat de asemenea medicina.

Digitized by Central University Library Cluj

* * *

Ilie Eminovici face parte dintre copii Căminarului Gheorghieş Emi-novici care s'a născut la Dumbrăveni (Suceava). Copilăria şi-a fă-cut-o atât la Dumbrăvenii lui Balş, cât şi la moşia Ipoteşti, pe care o cumpărase tată-său între timp.

Semăna la înfăţişare cu tatăl său, avea ochii albaştri şi prin vârstă a fost mai aproape de fratele mai mic Mihai, poetul de mai târziu.

Aceşti ochi mari albaştri, i-a cântat după moarte, într'o încercare de poezie, adoleşcentul Eminescu:[12])

Mort el al meu frate,
Nimeni ochii nu i-a închis
In străinătate...
Dar adesea în al meu vis
Ochii mari albaştri —
Luminează un surâs
Din doi vineţi aştrii.

Ilie era o fire mai veselă şi mai zburdalnică decât fraţii săi şi de aceea, orele lor de joacă au lăsat o impresie neştearsă în sufletul fratelui său Mihai, mai mic doar cu 2—3 ani, care mai târziu a de-scris în versuri nevinovatele lor jocuri:

11) Inaintea lui Ilie a mai existat o soră.
12) G. Călinescu, op. cit.

I.

Copii eram noi amândoi
Fratele-meu şi cu mine —
Din coji de nucă, car cu boi
Făceam şi înhămam la el
Culbeci bătrâni cu coarne.

II.

Şi el citea pe Robinson
Mi-l povestea şi mie
Eu zideam Turnul Vavilon
Din cărţi de joc şi mai spuneam
Şi eu câte-o prostie.

III.

Adesea la scăldat mergeam
In ochiul de pădure
La balta mare ajungeam
Şi'ntr'al ei mijloc
La insula cea verde.

IV.

Din lut acolo am zidit
Din stuful des şi verde
Cetate mândră la privit
Cu turnuri mari de tinichea
Cu zid înconjurată.

V.

Şi frate-meu ca împărat
Mi-a dat mie solie
Să merg la broasce suflecat
Să-i chem la bătălie
Să vedem cine-i mai tare.

VI.

Şi împăratul broaştelor —
Cu'un orcààà de fală
Primi, porunci oştilor
Ca balta s'o răscoale
Şi am primit război.

In jocurile lor pline de voioşie, Ilie făcea pe „împăratul", iar pe Mihail îl numea „rege 'n miazănoapte, peste popoare indiane"...

In perioada adolescenţei, în imaginaţia poetică a lui Mihai, aceste jocuri ale copilăriei s'au tradus în următoarele versuri:

Şi împăratul milostiv (Ilie) [13]).
Mi-a dat şi de soţie,
Pe fica lui cu râs lăşciv
Şi ţapănă, nurlie,
Pe Flantagu-Cazutli.

Am mulţumit c'un umil semn
Drept manta o prostire
M'am dus l'amanta mea de lemn
In sfânta mânăstire
Intr'un cotlon de sobă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Părăsind domeniul amintirilor poetizate de Eminescu, vom complecta cu câteva date şcolaritatea lui Ilie Eminovici.

Ca şi fraţii săi — Şerban, Nicolae şi Iorgu (Gheorghe), a urmat cursurile şcoalei din Cernăuţi „Natţional Hauptschule", cum se numea pe atunci, şcoala „greco-orientală" şi apoi cursurile dela K. U. K. Ober-Gymnazium.

Aci a urmat numai trei clase, rămânând — după tradiţia familiei — corigent şi repetent: la 1857—58 cl. I; 1858—59 cl. II-a; iar în 1859—60 clasa cu medie rea, din care cauză s'a retras [14]).

După ce părăseşte „Ober-Gymnazi-ul", se înscrie la Şcoala de medicină a lui Davila din Bucureşti. In lucrarea D-lui D-r Gomoiu, scrisă în colaborare cu farmaciştii Maria şi Gh. Gomoiu, găsim menţionat pe acest Eminovici Ilie, ca fiind elev în 1863 în cl. V-a.

Aci se pare că a fost mai sârguitor la carte decât la gimnaziu, căci şi-a trecut concursul de externat şi din cauză că nu împlinise vârsta regulamentară a fost considerat ca „supleant" [15]).

13) Nota D-lui G. Călinescu (op. cit).
14) G. Călinescu, op. cit., pag. 37.
15) Monit. Medical Nr. 19, 5 Iulie 1863.

In 1864, este trecut în anuarul Serviciului Sanitar, ca intern al Spitalului Colentina şi extern al Institutului Maternitatea.

Gh. Călinescu, în op. citat, la pag. 37, menţionează că Ilie Eminovici s'a îmbolnăvit de tifos luat dela soldaţii bolnavi în Spitalul militar şi a murit în iarna anului 1862 sau 1863.

La nesiguranţa datei morţii din lucrarea aceasta, i se poate opune acea din anuarul Serviciului Sanitar, care se presupune că nu trecea morţii drept vii. Cu spiritul de conştiinciozitate administrativ, bine cunoscut, nu sunt excluse, totuşi, astfel de surprize...

Ca şi pentru fratele său mai mare Şerban, ne vom strădui să căutăm date biografice inedite, întrucât frăţia acestor doi postulanţi ai artei luui Aesculap, cu nemuritorul poet Mihail Eminescu, îi ridică dincolo de muritorii de rând, căci, eu cred că, măreţia şi strălucirea unui vlăstar nu întunecă întotdeauna pe ceilalţi din jurul său, ba dimpotrivă le dă şi lor dreptul la o mai mare atenţiune, cel puţin postumă, dacă nu în vieaţă.

Digitized by Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

Inhepton peros
merck

Debilitate
Convalescenţă
Anemie

Flacon original cu aprox. 180 gr.
E. MERCK-DARMSTADT
Reprezentanţa generală: „CHIMIROMAN"
Farmacist Liviu Bancu
Bucureşti I. str. T. G. Masaryk 32

LABORATORUL OLTENIEI
„ASEPTICA"

Antireumal
intravenos

Indicaţiuni: Reumatism acut şi cronic, gută, lumbago, sciatică, nevrite şi artrite de orice natură.

Ambalaj original: Cutii de 6 fiole a 10 cc.

Gonoflavin
intravenos
Derivat de acridină
+ Urotropin

Indicaţiuni: In toate maladiile infecţioase, dar mai ales în infecţiile gonococice.

Ambalaj: Cutii originale de 5 fiole a 5 cc.

Hemato-Serum
intramuscular
Dymetyl arseniat de sodiu +
Cacodilat de Fer +
Stricnină în soluţie izotonică

Indicaţiuni: Anemie, chloroză, leucemie şi neurastenie

Ambalaj: Cutii de 12 fiole a 5 cc.

Vin Cola Vitaminat
Cola + glycerophosfaţi de
Ca şi Mg + ergosterol iradiat

Indicaţiuni: Tonic, reconstituant in toate anemiile

Ambalaj: flacoane originale de 500 gr.

Sirop Pectoral
Bromoform + aconit + Senega +
Kal. sulfo guajacol +
Codein phosfolactic

Indicaţiuni: Bronşite, cataruri, tuberculoze etc.

Ambalaj: Flacoane originale de 200 cc şi 100 cc

Licoare de Gudron ephedrinată
Pix Norvegica + Eucalypt +
Ephedrină

Indicaţiuni: Bronşite cronice, astm, cataruri etc.

Ambalaj: Flacoane originale de 300 gr.

Liniment Antireumatic
Cel mai puternic rubefiant

Indicaţiuni: Tratamentul extern al reumatismelor, nevritelor, pleuritelor şi sciaticelor.

Ambalaj: Flacoane originale de 100 cc.

Depozitul pentru Oltenia:
Farmacia E. DIMITRIU, Bariera Brestei, 19 — CRAIOVA
Telefon 15.78
sau direct la
„LABORATORUL S. TORJESCU, Vânju-Mare (Mehedinţi)"

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CORELAŢIA DINTRE TIPUL CONSTITUTIONAL ŞI GRUPELE SANGHINE

de

D-r VICTOR PREDA

Asistent universitar

Prin cercetările efectuate pe un număr de 1916 copii, la care s'a determinat tipul constituţional prin metoda Wertheimer-Hesketh şi s'au depistat bolile şi semnele ereditare; autorul arată că există o strânsă corelaţie între biotip şi bolile ereditare, precum şi între biotip şi semnele ereditare. Proporţia bolilor şi semnelor ereditare este astfel mai mică la picnici şi mai mare la astenici, atleticii având un procentaj mediu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In vara anului 1939, Institutul de cercetări sociale, regionala Cluj, a întreprins o serie de cercetări monografice în judeţul Turda, (plasa Iara şi Baia de Arieş). Cu această ocazie echipa de biotipologie şi eredo-patologie, de sub conducerea mea, a făcuţ o serie de determinări biotipologice. Intre chestiunile cari ne-au preocupat a fost şi problema corelaţiei dintre grupele sanghine şi tipul constituţional. Grupele sanghine au fost determinate prin metoda aglutinării pe lamă. In acest fel au fost cercetaţi 973 copii de sex masculin între 6—20 ani şi 941 copii de sex femenin între 6—20 ani. La 957 băieţi şi 921 de fete a fost determinat şi tipul constituţional prin indicele Wertheimer-Hesketh.

Iată rezultatele obţinute:

TABLOUL I

	Băieţi				Fete				Total
Biotipul	AB	A	B	O	AB	A	B	O	
picnici	14	70	24	39	10	56	20	51	284
atletici	42	312	113	181	42	284	117	191	1282
astenici	11	77	25	46	8	73	29	40	309
nedet.	1	9	4	5	1	13	4	2	39
Total	68	468	166	271	61	426	170	284	1914

Făcând procentele ce le reprezintă aceste date la totalitatea indivizilor examinaţi, obţinem următoarele rezultate:

TABLOUL II

	Băieţi				Fete			
	AB	A	B	O	AB	A	B	O
picn	0,75	3,65	1,25	2,03	0,52	2,92	1,04	2,66
atlet.	2,19	16,37	5,90	9,45	2,19	14,90	6,11	9,98
asten.	0,57	4,02	1,30	2,40	0,41	3,81	1,51	2,08
nedet.	0,05	0,47	0,20	0,26	0,05	0,67	0,20	0,11
Total	3,54	24,51	8,65	14.14	3 17	22 30	8.86	14,83

Dacă facem procentajul total al fiecărei grupe sanghine la ambele sexe, obţinem:

AB 6,71%; A 46.81%; B 17,51%; O 28,97%.

Pentru a compara însă între ele raporturile dintre diferitele tipuri constituţionale şi grupele sanghine, este necesar să facem proporţia grupelor sanghine la numărul indivizilor cari aparţin fiecărui grup constituţional. Făcând aceste calcule am obţinut următoarele rezultate:

TABLOUL III

picnici	AB 8,44%;	A 44,34%;	B 15,54%;	O 31,68%.
atletici	AB 6,54%;	A 46,52%;	B 17,53%;	O 29,01%.
astenici	AB 6,14%;	A 48,56%;	B 17,47%;	O 27,83%.

Din acest tablou reese clar că grupa 0 scade în procentaj dela picnici la astenici, iar grupa AB are aceeaşi evoluţie. Grupa A creşte dela picnici la astenici, iar grupa B urmează aceeaşi tendinţă, însă puţin neregulată.

Pentru calcularea indicelui lui Wellisch e necesar să facem calculul valorilor p, q şi r. Acestea sunt pentru picnici p=3,11; q=1,27; r=5,62; pentru atletici p=3,18; q=1,44; r=5,38; iar pentru astenici p=3,46; q=1,27; r=5,27. Cu ajutorul acestor date am calculat indicele lui Wellisch care este de 1,26 pentru picnici; de 1,25 pentru atletici şi de 1,33 pentru astenici.

Concluzia ce se poate trage din datele de mai sus, este că între tipul constituţional şi grupele sanghine este un raport foarte strâns. Pe când tipul megalo-splahnic prezintă o predominare a grupei AB şi O, tipul micro-splahnic prezintă o predominare a grupei A şi B. Indicele biochimic Wellisch îşi are valoarea cuprinsă în limitele găsite în Transilvania (1,35—1,15), fiind mai mic decât cel găsit la Moţi de Papilian-Velluda (1,38) şi cel dela Drăguş (1,35). Explicaţia ar consta în prezenţa unui fond mai asiatic prin încrucişări probabile între locuitorii acestei regiuni cu maghiari din satele învecinate.

D-r VICTOR PREDA: **Le rapport entre le type constitutionel et les maladies et les signes héréditaires.**

En determinant le type constitutionel par la methode de Wertheimer-Hesketh, et en determinant sur les memes sujets, les maladies et les signes héréditaires; l'auteur met en evidence une forte correlation entre le biotype et ces dernières. La proportion des maladies et des signes héréditaires apparait comme moindre chez le type pycnique et beaucoup plus grande chez l'asthénique. Les athlétiques présenient un pourcentage intermédiairre.

D-r VICTOR PREDA: **Die Korrelation zwischen dem Konstitutionellem-Typus und die Erbkrankheiten und Erbzeichen.**

Durch an 1916 Kindern, fesgestellten Konstitutioneller, Typus (Methode Wertheimer-Hesketh) und Erbkrankheiten und Erbzeichen; fand der Verfasser eine evidente Korrelation zwischen Konstitutionellen Typus und die lezteren. Das Prozentsatz der Erbkrnakheiten und Erbzeichen findet sich kleiner bei dem Pyknischem Typus und viel grösser bei dem Asthenischem Typus. Das Athletische Typus zeigt einen mittleren Prozentsatz.

Dott. VICTOR PREDA: **Le malattie ed i segni ereditari nel rapporto col tipo constituzionale.**

Mediante le ricerche effetuatte sopra un numero di 1916 bambini, ai quali si é determinato il tipo costituzionale col metodo Wertheimer-Hesketh, come le malatie ed i segni ereditari, l'autore dimostra che si trova una stretta correlazione tra il biotipo e le malattie ereditare, come tra il biotipo ed i segni ereditari. La proporzione delle malattie ed i segni ereditari é tale piuo piccola ai picnici e piu grande agli astenici, gli atletici avendo una percentuale intermedia.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

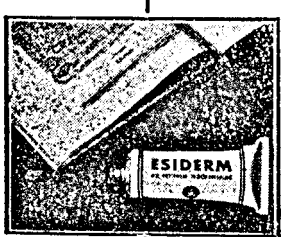
ESIDERM

ZnO., Talc, Terr, Silic. Glicerină. Aqua dest.

Pastă uscată cu apă

Toate eczemele pe piele grasă mai ales la seboreici.—Piele intolerantă la grăsimi.—Acnee, vulg., rosacee. Dermatite (numai uşor zemuinde)

Pe când în tratamentul acestor afecţiuni cu pomezi grase se ajunge repede la o blocare a secreţiei, şi la retenţii şi astfel la o întârziere a vindecărei, tratamentul uscat cu Esiderm produce o scădere a fenomenelor congestive şi o vindecare rapidă. Se întinde în strat uniform şi se lasă să se usuce. Un pansament nu este necesar.—Esiderm-ul se şterge cu apă.—Tub. 40 g.



Desitin — Werk Carl Klinke, Hamburg 19

PASSICARBONE
GRANULE

PANSAMENT GASTRIC
Prin cărbunii săi activi, animal şi vegetal.

ANTISPASMODIC
Prin triada: Passiflora—Salcie—Crataegus.

Realizează tratamentul de seamă al:

DISPEPSIILOR NERVOASE

Colite
Gastrite
Aerofagie
Ptose
Infecţiuni
Intestinale

1—2 linguriţe înainte sau după mese.

BUCUREŞTI
Georges Verglas
Precupeţii Vechi No. 1

G. Rèaubourg & C-ie
115, rue de Paris
Boulogne-sur-Seine

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Marea Marcă dintre ANTISEPTICILE URINARE ŞI BILIARE

DIZOLVĂ ŞI ALUNGĂ ACIDUL URIC

URASEPTINE ROGIER

Laboratoires HENRY ROGIER — 56, Boulevard Péreire, PARIS

Literatură şi eşantioane:
GEORGES VERGLAS
Str. Precupeţii Vechi, 1 — Bucureşti, III

RAPORTUL DINTRE BOLILE ŞI SEMNELE EREDITARE CU TIPUL CONSTITUTIONAL

de

D-r VICTOR PREDA

Asistent universitar

Prin cercetări efectuate asupra 1914 copii, la care s'a determinat tipul constituţional prin metoda Wertheimer-Hesketh şi s'au depistat grupele sanghine, autorul pune în evidenţă o puternică corelaţie între biotip şi grupele sanghine. Grupa O şi AB, cari prezintă un procent mai mare la picnici, devin mai puţin frecvente la atletici, şi mai puţin frecvente la astenici. In schimb grupele A şi B, urmăresc o evoluţie inversă în ceeace priveşte proceniajul, ele cresc în frecvenţă, de la picnici la astenici.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In vara anului 1939, Institutul de cercetări sociale, regionala Cluj, a făcut o anchetă monografică în judeţul Turda. In cadru acestei anchete, echipa de biotipologie şi eredo-patologia copilului de sub conducerea mea, s'a ocupat şi de problema raportului dintre bolile ereditare şi tipul constituţional.

La copiii cercetaţi au fost studiate bolile ereditare, exceptând bolile sistemului nervos şi a fost calculat biotipul cu ajutorul indicelui Wertheimer-Hesketh. Datele obţinute le dăm în tabloul de mai jos.

TABLOUL I

		Băieţi	Fete	Total
Rachitism	astenici	3	3	6
	atletici	20	10	30
	picnici	3	2	5
Guşe	astenici	2	1	3
	atletici	0	12	12
	picnici	1	2	3
Strabism	astenici	2	2	4
	atletici	7	6	13
	picnici	1	2	3
Debilitatea fizică	astenici	8	2	10
	atletici	3	6	9
	picnici	0	0	0

		Băieţi	Fete	Total
Hernia	astenici	1	0	1
	atletici	2	1	3
	picnici	1	0	1
Status timico-limfatic	astenici	1	0	1
	atletici	0	1	1
	picnici	0	0	0
Polidactilia	astenici	0	1	1
	atletici	1	0	0
	picnici	0	0	0
Luxaţia congenit.	astenici	1	1	2
	atletici	2	1	3
	picnici	0	1	1
Angiom	astenici	0	0	0
	atletici	1	1	2
	picnici	0	0	0
Ichtioza	astenici	1	0	1
	atletici	0	0	0
	picnici	0	0	0
Buza de iepure	atletici	1	0	1
Picior plat	atletici	1	0	1
Cheratita	atletici	0	1	1
Cataracta cong.	atletici	2	0	2
	astenici	0	1	1
Torticolis	atletici	1	0	1
Epilepsie	atletici	1	0	1
Scolioză	atletici	1	0	1
	picnici	0	1	1
Lipom	atletici	1	0	1
Alopecie	atletici	1	0	1
Cifoza	atletici	1	1	2
Guşe-Rachitism	atletici	0	1	1
Vitiligo	atletici	0	1	1
Nistagm	atletici	0	1	1
Basedow	atletici	0	1	1
Nanism-Torticolis	astenici	0	1	1

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Totalizând rezultatele obţinute şi făcând procentajul la totalitatea tipurilor constituţionale studiate, obţinem următoarele rezultate:

TABLOUL II

	Băieţi	Fete
picnici	7 (4,63 %).	8 (5,63 %).
atletici	44 (6,54 %).	44 (6,88 %).
astenici	20 (12,42 %).	12 (7,94 %).

Pe lângă bolile ereditare au fost studiate şi semnele ereditare anormale şi a fost făcut raportul cu tipul constituţional. Iată rezultatele obţinute:

TABLOUL III

		Băieţi	Fete	Total
Pistrui	picnici	16	13	29
	atletici	81	60	141
	astenici	18	12	30
Hipertrichoză	picnici	2	3	5
	atletici	17	19	36
	astenici	7	5	12
Pistrui-Hipertrich.	picnici	0	1	1
	atletici	0	1	1
	astenici	0	3	3
Diferenţa de pigmentare a ochilor	atletici	0	1	1
Albinism	atletici	1	1	2
Nevi pigmen.	pignici	1	0	1
	atletici	4	0	4
	astenici	1	0	1

Totalizând rezultatele obţinute şi făcând procentajul la totalitatea tipurilor constituţionale studiate, obţinem următoarele rezultate:

TABLOUL IV

	Băieţi	Fete
picnici	19 (12,50%).	17 (11,90%).
atletici	130 (19,30%).	82 (12,80%).
astenici	26 (16,10%).	20 (13,20%).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Raportate la ambele sexe, totalul bolilor şi semnelor ereditare ne dau următoarele procente:

Boli ereditare la ambele sexe	picnici	15 (5,11%).
	atletici	88 (6,71%).
	astenici	32 (10,25%).
Semnele ereditare la ambele sexe	picnici	36 (12,22%).
	atletici	212 (16,11%).
	astenici	46 (14,70%).

Din toate aceste date se poate trage următoarele concluziuni: Bolile ereditare afectează în primul rând tipul constituţional astenic, într'o proporţie mai redusă cel atletic, şi într'o proporţie şi mai redusă tipul picnic. Acest fapt este vizibil la ambele sexe, procentele fiind ceva mai ridicate la băieţi pentru tipul astenic. In ceeace priveşte semnele ereditare ele recunosc, la fete, aceiaşi regulă ca şi bolile eréditare. La băieţi semnele ereditare predomină la tipul constituţional atletic. Totuşi, şi în cazul semnelor ereditare, procentul astenicilor purtători de semne este mult mai mare decât al picnicilor.

D-r VICTOR PREDA: **La corrélation entre le type constitutionel et les groupes sanguines.**

En determinant le type constitutionel par la méthode de Wertheimer-Hesketh et les groupes sanguines, sur un nombre de 1914 enfants, l'auteur met en evidence une forte correlation entre le biotype et les groupes sanguines. Les groupes O et AB, qui présentent un grand pourcentage, chez les pycniques, deviennent

moins frequentes chez les athlétiques et encore moins frequentes chez les astheniques. Au contraire, les groupes A et B, poursuivent une évolution inverse, en ce qui concerne leur pourcentage, s'élevant en pourcentage, en allant des pycniques vers les astheniques.

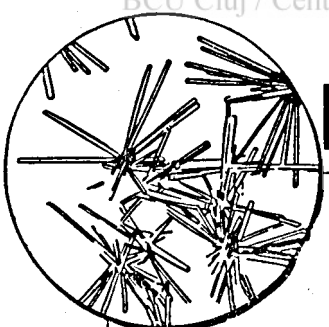
D-r VICTOR PREDA: **Die Korrelation zwischen dem Konstitutionellen-Typus und die Blutgruppen.**

Durch, an 1914 Kindern, festgestellte Konstitutionellen Typus (Methode Wertheimer-Hesketh) und Blutgruppen, fand der Verfasser eine evidente Korrelation zwischen Konstitutionellen Typus und Blutgruppen. Wehrend die Gruppen O und AB, bei Pykniker einen grosse Prozent und bei Astheniker einen kleinen Prozent, herstellen; zeigen die Gruppen A un B, bei Pikniker, einen kleinen Prozent, und bei Astheniker, einen grossen.

Dott. VICTOR PREDA: **La correlazione tra il biotipo ed i gruppi sanguini**

Mediante le ricerche effetuatte sui 1914 bambini, ai quali si é determinato il tipo costituzionale col metodo di Wertheimer-Hesketh come i gruppi sanguini, l'autore mette in evidenza una forte correlazione tra il biotipo ed i gruppi sanguigni. I gruppi O et AB, quali presentano una grande percentuale ai picnici, diventano meno frequente agli atletici e meno frequente ancora agli astenici. Invece i gruppi A e B in quanto riguarda la loro percentuale seguono un' evoluzione inversa quindi essi crescono in frequenza dai picnici agli astenici.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



BETABION Merck

= Vitamină **B1** pură, cristalizată (Aneurin)

In nevralgii (sciatică etc.)
Herpes zoster, polinevrite,
Myeloză funiculară, diabet.

Tablete de 0,001 gr. fiole de 0,002 gr.
„forte"-fiole de 0,01 gr.

E. MERCK • DARMSTADT

Reprezentanţa generală: Chimiroman Farmacist Liviu Bancu,
Bucureşti I, Str. T. G. Masaryk 32

Lucrare făcută în Clinica Medicală Iaşi.
Prof. Dr. P. Niculescu.

MODIFICĂRILE SECRETIEI GASTRICE PRIN ADMINISTRAREA ACIDULUI NICOTINIC

de

D-r CONSTANTIN STRAT, şi **CONSTANŢA SIMIONOV**
Asistent şi secundar — internă

Prin metoda tubajului fracţionat s'au urmărit modificările secreţiei gastrice după administrarea amidei acidului nicotinic în comparaţie cu acelea produse de prânzul cafeinat şi de sonda duodenală rămasă un timp mai îndelungat în stomac.

La un prim grup de bolnavi, secreţia produsă de acţiunea excito-secretorie a cafeinei prezintă valori mai ridicate decât cele găsite prin amida nicotinică.

La un al doilea grup de bolnavi amida acidului nicotinic produce modificări în plus ale secreţiei în comparaţie cu acelea găsite după excitaţia sondei duodenale.

Digitized by Universitatea "Ion Ionescu de la Brăila"

Mulţi autori admit existenţa unei avitaminoze primare printr'o lipsă a factorului activ din alimentaţie şi a unei avitaminoze secundare datorită tulburărilor de resorbţie. Aceste fapte recunoscute au fost combătute de Flinker, care respinge deosebirea dintr'o avitaminoză primară şi una secundară. Acesta plecase dela faptul că tulburările secreţiei gastrice ce provocau o lipsă de vitamine, consecinţa tulburărilor de resorbţie.

Pentru a se dovedi această teorie gastro-intestinală, s'au efectuat o întreagă serie de experienţe concludente. Datorită acestora, s'a isbutit să se provoace pelagra la câine prin rezecţia stomacului şi respectiv să se influenţeze în mod favorabil pelagra, entitate clinică, prin preparate gastrice. Astfel de rezultate experimentale dovedesc că o avitaminoză poate lua naştere şi din cauza unei resorbţii defectuoase şi în nicîun caz că o resorbţie insuficientă ar fi singura cauză.

Mollow încearcă să unească cele două teorii, admiţând că mucoasa stomacală secretă pe lângă un principiu antianemic şi un factor numit principiu antipelagros (Szent-Gyorgyi).

In comparaţie cu anemia pernicioasă, acest autor admite că,

pentru prevenirea pelagrei este nevoie de un factor exogen (complex al vit. B_2) şi de un factor endogen provenit din mucoasa stomacală.

Prezenţa acestuia ar face cu putinţă resorbţia factorului P. P.

Din toate aceste ipoteze se constată că nesiguranţa în ceeace priveşte etiologia pelagrei a atras după sine o serie întreagă de tratamente.

Cercetări recente au dovedit că după toate aparenţele, acidul nicotinic ar avea asupra pelagrei un efect de vindecare aproape specific (**Cooper, Lepkowsky, Jukes, Smith** în America; la noi în ţară **Tomescu**, dă rezultate mai puţin convingătoare).

Din această cauză, amida acestui acid a fost numită factorul P. P. (Pellagra Preventig).

Insă după cunoştinţele actuale, pelagra nu e numai o simplă carenţă nicotinică, ci un sindrom cu mult mai complicat.

Astfel nu s'ar putea explica de ce autori ca **Lwof, Ballif** şi **Orenstein** n'au putut constata (prin metoda culturilor de Proteus Fildes), nici o diferenţă în plus sau în minus de acid nicotinic la indivizii normali sau pelagroşi.

Chiar unii autori americani fac rezerve asupra acţiunii curative şi preventive a acidului nicotinic în pelagră, în deosebi în ce priveşte persistenţa efectului acestui tratament.

I. Niţulescu îşi pune întrebarea dacă acidul nicotinic reprezintă cu adevărat vitamina specifică a pelagrei, sau dacă rolul i s'ar reduce numai la o favorabilă acţiune farmaco-dinamică în unele cazuri de pelagră, precum şi în alte împrejurări, fără nici-o legătură cauzală cu o carenţă alimentară sau cu sindromul pelagros. Pentru autorii americani, amida nicotinică se prezintă în forma ei eficace ca o codehidroză şi o combinaţie cu amida nicotinică, fosforică şi nucleotidă, a cărei producere în corp are loc în mod evident sub influenţa hormonului cortexului suprarenal.

Amida nicotinică ingerată odată cu alimentele, e resorbită în intestin şi transformată într'un coferment al fermenţilor transmiţători de H.

Procesul de transformare, de fosforilare, se află în mod direct ca şi fosforilarea lactoflavinei sub influenţa hormonului cortexului suprarenal.

Forma nouă a amidei nicotinice produsă în modul acesta şi atât de eficace pentru organism a fost numită codehidroza I şi II.

Acestea se asociază cu un apoferment, care nu este altceva decât o albumină coloidală şi formează un holoferment.

Reiese de aici că tulburările producţiei de fermenţi pot începe la diverse timpuri ale transformării.

In primul rând, acidul nicotinic poate lipsi din alimentaţie sau nu poate fi resorbit din cauza tulburărilor digestive; în al doilea rând, acidul nicotinic resorbit nu poate fi fosforilat din cauza unei tulburări a cortexului suprarenalei, adică nu există cofermentul necesar producerii holofermentului; în fine, în al treilea rând, în urma unei deranjări în metabolismul albuminelor şi lipidelor, apofermentul nu poate fi format astfel pentru producerea holofermentului.

S'ar părea că acidul nicotinic sau amida lui pot deveni eficace clinic, numai atunci când există în organism acele condiţii care sunt necesare pentru fixarea acestor substanţe pe molecula co-dehidroză şi apoi în holoferment.

Vilter şi Spies au stabilit că în unele afecţiuni dozele de amidă nicotinică nu sporesc activitatea codehidrozică a sângelui; în timp ce în alte stări patologice nepelagroase, administrarea acestui preparat produce o creştere a codehidrozei.

Aceasta a condus pe autorii de mai sus în a mări dozele de acid nicotinic uneori chiar până la un gram şi, avându-se în vedere rapiditatea cu care sunt influenţate simptomele digestive ale pelagrei, de a-l întrebuinţa şi în alte afecţiuni ale aparatului digestiv.

După I. Nijulescu s'ar pune întrebarea dacă influenţa favorabilă pe care o are acidul nicotinic asupra mucoasei digestive, nu s'ar datori acţiunii vaso-motorie trecătoare, pe care acesta o posedă (Sebrell şi Butler).

Vasodilataţia a fost comparată cu aceea produsă de histamină. Amida ac. nicotinic nu o produce însă.

Spies şi Sydenstricker au arătat că la normali ac. nicotinic măreşte în acelaşi timp motricitatea şi secreţia gastrică. Piram S., în serviciul clinicei noastre, a înregistrat cu ajutorul metodei viscerografice a lui Danielopolu, motricitatea gastrică prin administrarea de ac. nicotinic, ajungând la concluzii asemănătoare.

In ce priveşte mersul secreţiei gastrice, experienţele lui Sydenstricker au dovedit că ac. nicotinic, independent de existenţa unui sindrom pelagros, are o acţiune excito-secretorie asupra stomacului.

Aceste cercetări asupra secreţiei gastrice au fost reluate de către I. Nijulescu şi Străchinescu, cari au studiat secreţia produsă de ac. nicotinic în comparaţie cu aceea produsă de histamină.

Pentru aceştia, ac. nicotinic nu produce o stimulare a secreţiei; totuşi ar avea o acţiune trofică locală asupra mucoasei gastrice.

Concomitent cu aceste cercetări, ne-am propus şi noi să urmărim secreţia gastrică prin metoda tubajului fracţionat, după administrarea amidei ac. nicotinic, rezultatele comparându-le cu acelea pe care le-am avut după administrarea prânzului cafeinat şi acelea datorite numai prezenţei sondei duodenale în stomac.

N'am utilizat tubajul făcut la un moment dat, deoarece nu s'ar fi putut surprinde momentul maxim al secreţiei gastrice, care, după cum se ştie, variază dela individ la individ.

Variaţii destul de mari se întâlnesc de asemenea între rezultatele mai multor tubaje făcute strict în aceleaşi condiţiuni.

Metoda extracţiilor fracţionate întrebuinţate şi de noi, ar fi singura care s'ar utiliza pentru a da o idee asupra mersului secreţiei gastrice. Totuşi şi ea poate fi supusă numeroaselor critici. Cifrele obţinute nu sunt decât rezultanta a trei factori care nu pot fi în general cunoscuţi separat: cantitatea secreţiei, gradul acidităţii clorhidrice şi viteza de evacuare.

De altfel, prezenţa numai a sondei duodenale Einhorn în faringe, esofag, exciţă secreţia şi aduce în modul acesta o modificare în com-

poziţia lichidului gastric. Ar fi vorba probabil de un reflex cu punct de plecare faringeu, deoarece această secreţie lipseşte în caz de anestezie velo-palatină (Garin, Amic, Fiquet şi Delore). Prezenţa în stomac a sondei determină la fel o secreţie gastrică de origină mecanică. (Pawlow admite o excitaţie psihică).

Uneori se produce un reflux de lichid duodenal care neutralizează în parte sucul gastric (Boldyreff). Prin ajutorul extracţiei fracţionate putem trasa curbele evolutive ale cantităţii secreţiunii, ale acidităţii totale (A) şi ale acidului clorhidric liber (H). Ar trebui de ţinut în seamă clorul combinat cu proteinele (HC). Totuşi, studiul clorhidriei este mai puţin util ca pentru o extragere unică, deoarece divergenţa curbelor acidităţii totale (A) şi a acidului clorhidric liber (H) permite de a recunoaşte sau de a evalua existenţa unei cantităţi importante de clor combinat.

Curbele de acid clorhidric liber şi acidităţii totale sunt în general paralele. Normal, distanţa între ele, echivalează cu o diferenţă de 0,036—0,70 g. de acid clorhidric. Această diferenţă ne dă o idee asupra clorului combinat (C).

In locul histaminei pentru obţinerea unui suc gastric pur, s'a utilizat la un grup de bolnavi prânzul cafeinat al lui Katsch şi Kalk (o soluţie de 0,30 gr. cafeină în 300 cmc. apă). La un alt grup s'au efectuat extracţiile de suc produs numai în prezenţa sondei. A doua zi se injectează pe cale intravenoasă amida ac. nicotinic (Merck).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In toate experienţele, sonda introdusă à jeun rămâne în stomac timp de 3/4—1 oră, după care timp facem o extracţie totală a sucului gastric şi analizăm A şi H.

A doua zi după intervalul de timp de mai sus, s'a administrat prânzul cafeinat, culegându-se sucul gastric din 15 în 15 minute, timp de o oră şi jumătate. Din totalul de 15 bolnavi supuşi experienţelor nu mai trei nu prezentau leziuni gastro-intestinale, pe care i-am considerat drept normali.

Rezultatele obţinute le dăm în tablourile următoare:

I. C. P., pelagră:

	à jeun		am. nicotinică	
		1/2	1 oră	1. 1/2
H.	0	0	0	0
A.	0.401	0.584	0.547	0.474
	à jeun		după cafeină	
H.	0	0	0	0
A.	0.190	0.400	0.450	0.365

Nu se observă după administrarea amidei nicotinice decât o neînsemnată creştere a A; cu mult mai redusă în comparaţie cu prânzul cafeinat.

II. D. C., pelagră.

	à jeun	1/2	am. nicotinică 1 oră	1. 1/2
H.	0	0	0.511	0.474
A.	0	0.219	0.879	0.657
			după caf.	
H.	0	0	urme	0 365
A.	0.292	0	0.365	0.511

Se remarcă o uşoară creştere a H şi A după amida nicotinică mai pronunţată totuşi decât după prânzul cafeinat.

III. P. A., duodenită.

	à jeun	1/2	am. nicotinică 1 oră	1. 1/2
H.	2.445	0'657	1.387	1.314
A.	2.957	1,095	2.117	2.044
			cafeină	
H.	1.642	0.766	2.117	1.095
A.	2.190	0.948	2.555	1.460

Se remarcă excitaţia produsă de sondă care cedează după o oră. Cafeina şi amida nicotinică dau un maximum de creştere la o oră dela administrarea lor. După o oră şi jumătate H. şi A. revin la normal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

IV. M. P., lumbago reumatic.

	à jeun	1/4	1/2	3/4	am. nicotinică 1 oră	1. 1/2
H.	1.898	1.606	1.095	1.095	1.825	2.190
A.	2.263	2.044	1.241	1.387	2.044	2.432
				después cafeină		
H.	0	0.511	0.022	2.117	1.898	1.606
H.	0.255	0.657	1.241	2.366	2.409	1.825/1.788

Excitaţia sondei este nulă, se remarcă după cafeină o creştere a secreţiei cu un maximum la 3/4 oră. După amida nicotinică se remarcă o scădere a H. şi a A. produsă de excitaţia sondei, care se menţine o oră şi jumătate dela inj.

V. M. P., hepatită icterigenă.

	à jeun	1/4	1/2	3/4	am nicotinică 1	1. 1/4	1. 1/2
H.	0.730	0	0	0	0.803		0. 949
A.	1.314	0.219			1.337		1.460
					después cafeină		
H.	1.752	0.584	1,314	2.482	2.213	1.752	
A.	2.336	0.876	1.606	2.993	2.704	2.190	

Se remarcă excitaţia produsă de sondă, scăderea H. şi A. după amida nicotinică, în comparaţie cu prânzul cafeinat. Această micşorare rare a secreţiei durează un timp relativ scurt pentru a urca după o oră şi jum.

VI. A. I., anemie.

	à jeun				după am nicotinică		
		1/4	1/2	3/4	1	1. 1/4	1. 1/2
H.	1.533	1.022	1.752	1.387	0.876		0.730
A.	1.825	1.387	2.044	1.752	1.168		1.095
					după prînz cafeinat		
H.	1.553	0.219	1.387	1.022	1.168		1.460
A.	1.861	0.365	1.679	1.314	1.460		1.825

Se remarcă o uşoară creştere în scară a acidităţii şi hiperclorhidricilor, după administrarea cafeinei şi a amidei nicotinice.

VII. L. A., neoplasm al colonului.

	à jeun			după am. nicotinică		
		1/4	1/2	3,4	1 oră	1. 1/2
H.	0	0	0	0	0	0
A.	0.365	0.328	0	0.036	0.292	0.292
				după cafeină		
H.	0	1.314	1.533	1.642	1.679	1.562
A.	0.365	1.679	1.898	1 898	1.971	1.934

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Acţiunea excito-excretorie a sondei nu se observă. De asemenea nici-o modificare după introducerea amidei nicotinice. Creşterea H. şi A. după cafeină.

VIII. D. E., peritonită t. b. c.

	à jeun						
		1/4	1/2	3/4	1 oră	1. 1/4	1. 1/2
H.	1.387	1.533	1.533	1.168	0	0	0
A.	1.971	2.071	2.117	1.679	0.438		
				după cafeină			
H.	0.803	2.044	1.825	1.460	1.460	1.095	0.730
A.	1.606	2.701	2.263	2.190	2.190	1.825	1.095

In comparaţie cu acidul nicotinic, cafeina produce o secreţie gastrică mai abundentă şi de mai lungă durată.

Din studiul acestor opt cazuri se remarcă în primul rând că acţiunea excito-secretorie a sondei n'a fost întâlnită întotdeauna, astfel, în două cazuri de pelagră şi la un normal, ea a fost nulă.

De asemenea nu s'a putut observa o creştere evidentă a H. sau a A. produsă de amida nicotinică. In comparaţie cu secreţia produsă de acţiunea excito-secretorie a cafeinei, valorile găsite prin amida nicotinică sunt inferioare.

In alte şapte cazuri nu s'a mai administrat prânzul cafeinat, lăsându-se sonda în stomac, un timp cu mult mai îndelungat. După ce în decurs de o oră s'a scos conţinutul stomacal, s'au făcut apoi dozările din 15 în 15 minute timp de 1—1½ oră, având-se astfel secreţia obţinută prin iritaţia sondei într'un timp mai îndelungat. A doua zi s'a procedat din nou la fel, lăsându-se sonda în stomac o oră, şi injectându-se intravenos amida nicotinică,. S'a extras sucul gastric în aceleaşi condiţiuni de mai sus.

Dăm în tablourile următoare, rezultatele obţinute:

I. R. P., gastrită.

	à jeun			după am. nicotinică		
		1/4	1/2	3/4	1 oră	1. 1/2
H.	1.095	1.277	1.730	2.628	2.990	3.150
A.	1.533	1.825	2.095	2.993	3.650	3.650
				după sondă		
H.	1.825	2.117	2.920	3.102	2.629	2.482
A.	2.190	2.553	3.285	3.467	2.701	2.847

Amida nicotinică n'are o acţiune excito-secretorie mai puternică decât aceea produsă de sondă.

II. P. C., gastrită.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

	à jeun			am. nicotinică		
		1/4	1/2	3/4	1 oră	1. 1/2
H.	0.803	0.365	0.219	1.387	0,803	1.642
A.	1.165	0.803	0 584	1.825	1.241	1.898
				după sondă		
H.		0.730	2.336	2.482	1.898	0.398
A.		1 095	2.628	2.920	2.263	0.876

Sonda dă o secreţie mai mare în valori ale ac. clorhidric şi aciditătii, cu mult mai pronunţată decât după amida nicotinică.

III. T. E., peritonită tbc.

	à jeun				după am. nicotinică	
		1/4	1/2	3/4	I	1. 1/2
H.	0	0.365	0	0	0	0
A.	0 365	0.584	0.218	0.292	0.292	0.218
					după sondă	
H.	0	0	0	0	0	0
A.	0	0	0	0	0	0

După amida nicotinică se observă o creştere trecătoare a H. şi A. Excitaţia produsă de sondă este nulă.

IV. B. M., reumatism deformant.

	à jeun	1/4	1/2	3/4	după am. nicotinică I	1. 1/2
H.	2.555	2.409	2.336	2.482	2.190	1.095
A.	2.920	2.701	2.482	2.774	2.555	1.533
					după sondă	
H.	1.165	1.606	1.022	0.511	1.899	1.314
A.	1.533	2.044	1.421	1.022	2.190	1.533

După amida nicotinică, H. şi A. se menţin la aceleaşi valori cu acele produse de excitaţia sondei.

V. P. P., varice.

	à jeun	1 4	1/2	3/4	am. nicotinică I	1.1/2
H.	0.438	1.168	1.715	1.825	0.292	0
A.	0.949	1.679	2.190	2.177	0.584	urme
					după sondă	
H.	0.438	2.292	0	0	0.511	1.241
A.	0.949	0.365	0.511	0.365	1.095	1.460

După amida nicotinică se remarcă o creştere cu un maximum la 3/4 oră; excitaţia produsă de sondă este nulă.

VI. C. E., gastrită.

	à jeun	1/4	1/2	3/4	după am. nicotinică I	1.1/2
H.	0	urme	0.292	0.219	0.219	0.365
A.	0.290	0.438	0.730	0.584	0.657	0.876
					după sondă	
H.	—	0	urme	1.022	1.022	1.025
A.	—	0.365	0.365	1.533	1.460	1.460

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Excitaţia produsă de sondă şi amida nicotinică se remarcă şi la acest caz.

VII. O. M., pelagră.

	à jeun	1/4	1/2	3/4	după am. nicotinică 1	1. 1/2
H.	0	0	0	0	0	0
A.	0.365	0.292	0.292	0.365	0.365	0.365
				după sondă		
H.	0	0	0	0	0	0
A.	0.292	0.328	0.292	0.292	0.365	0.365

Atât după amida nicotinică cât şi în timpul aflării sondei în stomac, nu se observă nici-o excitaţie secretorie.

Se continuă timp de o săptămână cu injecţiuni de amidă nicotinică, după care se face un nou examen al chimismului gastric.

Nici după acest interval de timp nu se remarcă o creştere a H. şi A.

Din studiul comparativ al acestor ultime cazuri, reiese că amida nicotinică produce slabe modificări secretorii. Astfel, numai în patru cazuri a modificat în plus secreţia gastrică, într'un caz această secreţie s'a micşorat, iar în alte două a rămas invariabilă.

Sonda duodenală a produs o secreţie ridicată în două cazuri, în două mai puţin crescută, iar în alte trei nici-o modificare.

Amida nicotinică nu are o acţiune imediată excito-secretorie, aşa cum i se atribuiseră de către autorii americani.

Rezultatele obţinute de noi, nu le confirmă pe ale acestora. De asemenea, într'un caz de pelagră, după administrarea mai prelungită, nu s'a produs nicio modificare a secreţiei gastrice.

C. STRAT et C. SIMIONOV: **Les Modifications de la sécrétion gastrique par l'administration de l'acide nicotinique.**

Par la méthode du tubage fractionné, on a poursuivi les modifications de la sécrétion gastrique, à la suite de l'administration de l'amide de l'acide nicotinique en comparaison à celles produites par le repas caféiné et par la sonde duodénale laissée dans l'estomac un laps de temps plus prolongé.

Chez un premier groupe de malades, la sécrétion produite par l'action excito-sécrétoire de la caféine, présente des valeurs plus élevées que celles obtenues par l'amide nicotinique.

Chez un deuxième groupe de malades, l'amide de l'acide nicotinique produit des modifications supplémentaires de la sécrétion en comparaison à celles qu'on a obtenues à la suite de l'excitation de la sonde duodénale.

C. STRAT und C. SIMIONOV: **Die Veränderungen der Magensaftsekretion durch Verabreichung von Nikotinsäure.**

Durch die Methode des fraktionierten Aushebens wurden die Magensaftsekretionen nach Verabreichung von Nikotinsäurenamyd im Vergleich mit denjenigen beobachtet, welche von einem Koffeinfrühstück und der längere Zeit im Magen verbliebenen Duodenalsonde hervorgerufen wurden. Bei einer ersten Gruppe von Kranken stellt die von der sekretorisch anregenden Aktion des Koffeins hervorgerufene Sekretion grössere Werte dar, als die durch das Nikotinamyd gefundenen.

Bei einer zweiten Gruppe von Kranken zeigt das Nikotinsäurenamyd grössere Sekretionsveränderungen im Vergleich mit denjenigen die nach der Anregung der Duodenalsonde gefunden wurden.

C. STRAT et C. SIMIONOV: **Modifiche delle secrezioni gastriche con l'introduzione dell' acido di nicotina.**

Col metodo del tubaggio frazionato sono seguite le modifiche delle secrezioni gastriche dopo l'introduzione dell' amido dell' acido di nicotina in confronto con quello prodotto pranzocoffeinato e dalla sonda duodenale rimasta per parecchio tempo nello stomaco. A un primo gruppodi ammalati la secrezione prodotta dall'azione eccitante secretiva della caffeina, presenta risultati piu sensibili di quella trovata con l'amido di nicotina.

A un secondo gruppo di ammalati l'amido dell'acido di nicotina presenta modifiche maggiori delle secrezioni in confronto con quelle trovate dopo l'eccitazione con la sonda duodenale.

Digitized by Centrum Badań Żydowskich at Cha

NEUROSEDATIVUL
CU
ACŢIUNE
CONSTANTĂ

TONIC
ŞI
RECONSTITUANT
ENERGIC

Repr. p. România: S. I. F. s. a. r. Bucureşti, Avram Iancu 32

BCU Cluj / Central University Library Cluj

AKROFOLLIN

Preparat sintetic al Hormonului Folicular cu acţiune energică şi durabilă

FIOLE: 1000, 10.000, şi 50.000 U. S.
DRAGEURI: 1000 şi 5000 U. S.

(1. U. S. = 1/10.000 mg. de 17 propionat de oestradiol)

AKROLUTIN

Preparat sintetic al Hormonului Corpului Galben

FIOLE: 0,5, 2 şi 5. U. I.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sfi. Constantin, 4.

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA PROGNOSTICULUI PLEUREZIILOR EXUDATIVE RAPORTUL LOR CU TUBERCULOZA PULMONARA POSTPLEURETICA

de

D-r IOSIF VAINA

Medic secundar al Sanatoriului T. B. C. Arad

Viitorul pleureticilor este o chestiune despre care s'a scris foarte mult şi se mai scrie şi azi, concluziile la cari ajung cercetătorii, fiind din cele mai variate. Majoritatea acestora susţin că o bună parte a indivizilor, cari au suferit de pleurezie sero-fibrinoasă, mai de vreme sau mai târziu devin tuberculoşi. S'au întocmit o serie de statistici în legătură cu aceasta, toate cu scopul de a dovedi dreptatea acestei afirmaţiuni. Natural numai acele pleurezii vin în consideraţie despre care avem dovezi sigure că au etiologie tuberculoasă: cele de natură netuberculoasă, postpneumonice, rheumatismale, septice, nefretice, etc., nu cad în aceiaş categorie cu cele bacilare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Modul de producere a pleureziilor este foarte variat şi poţ apare fie ca afecţiune independentă, fie că sunt alături de o afecţiune pulmonară. Infecţia tuberculoasă, producătoare de pleurezie, există în prealabil în organism,, calea de pătrundere a acesteia la pleură este cea hematogenă sau limfatică. Această infecţie se poate localiza în orice parte o organismului şi există cu certitudine, chiar şi atunci dacă până în momentul apariţiei pleureziei nu am avut cunoştinţă de existenţa ei. Aceste focare poţ fi: un şancru de primoinfecţiune, localizat în apropierea cortexului pulmonar, adenopatii hilare active, leziuni bacilare pulmonare, active sau latente, carii osoase, etc. Evoluţia şi prognosticul pleureziei serofibrinoase bacilară nu sunt grave şi în majoritatea cazurilor se termină cu un proces de vindecare, care în caz dacă bolnavul nu prezintă şi leziuni pulmonare concomitente, poate dura timp mai îndelungat. Gravitatea constă în faptul, după cum afirmă J. Stephani şi H. Weigert, că un număr oarecare dintre aceşti bolnavi, după ce se vindecă de pleurezie serofibrinoasă, se aleg după trecerea unei perioade de linişte, care este variabilă ca durată, cu o tuberculoză pulmonară. Aceasta ar însemna, spun ei, că sabia lui Demokles al tuberculozei rămâne suspendată asupra capului unui fost pleuretic, o bună

parte din vieaţa lui. Acelaş lucru afirmă şi Mumme într'un articol publicat în Münchener Med. Wochenschrift, spunând între altele: prognosticul pleureziilor este mai curând sombru, fiindcă un procent considerabil de pleuretici fac mai târziu tuberculoză pulmonară. El a urmărit soarta a 184 cazuri de pleurezii, dintre cari 57 au prezentat în anii ce au urmat procese tuberculoase. Această părere a fost confirmată şi de J. Renard, în teza sa apărută la Toulouse în 1934. Deci o bună parte a autorilor cari s'au ocupat până în prezent cu viitorul pleureticilor sunt unanimi în a recunoaşte că aceştia sunt susceptibili de a deveni mai de vreme sau mai târziu tuberculoşi. Ca o altă variantă amintim părerea autorilor I. E. Wolf şi I. Duchaine, cari afirmă că deşi de natură tuberculoasă, pleurezia serofibrinoasă nu este urmată întotdeauna de apariţia unei tuberculoze pulmonare.

O concluzie firească a părerilor expuse până aici ar fi că pleurezia serofibrinoasă exercită un rol ftiziogen asupra bolnavului şi tuberculoza tardivă a acestora ar fi urmarea directă a pleureziei de care aceştia au suferit în antecedente. Nu avem dovezi suficiente spre a putea documenta cu certitudine acest lucru. Rezultatul unor cercetări minuţioase (Daniello), au dovedit la o serie de cazuri de pleurezie exudativă, cari la aparenţă erau primitive, şi la cari cu ajutorul examenului clinic nu s'au putut pune în evidenţă focare bacilare pulmonare concomitente cu aceasta, la radiografie prezintă mici leziuni discrete, cari dovedesc că bolnavul a avut o tuberculoză anterioară. Aceste leziuni pot fi complexe primare, leziuni nodulare apicale, leziuni ganglionare sau alte urme discrete de generalizare, cari deşi există nu se pot pune în evidenţă decât cu ajutorul unei radiografi. Existenţa acestor leziuni bacilare ar explica foarte bine apariţia unei tuberculoze pulmonare tardivă la vechii pleuretici (Daniello, Cluj, curs de perfecţionare).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Foarte des ni se întâmplă să primim cazuri de pleurezie serofibrinoasă, la cari pe lângă cele mai minuţioase cercetări nu putem da de urmele unei afecţiuni pulmonare de natură bacilară. După dispariţia lichidului însă — fie prin resorbţie fie prin puncţie — distingem semne cari de multe ori pledează pentru existenţa unei leziuni bacilare, anterioară apariţiei pleureziei. Acest lucru pare a confirma şi seria de cazuri observate de noi, din a căror foi de observaţie cităm câteva:

1) Bolnava C. E., de ani 24, casnică, căsătorită, internată în Sanatoriul de tuberculoşi Arad, la data de 23 August 1938. Antecedente heredocolaterale, starea sanitară a soţului şi a copiilor: fără importanţă, neagă infecţie tuberculoasă în familie. Antecedente personale: la etate de 18 ani congestie pulmonară, la 20 ani rugeolă, la 23 ani tusă convulsivă. Istoricul boalei actuale: boala actuală datează de 2 săptămâni, a debutat brusc cu frison, junghiuri, cefalee şi febră, tusă şi jenă la respiraţie. Această stare se menţine timp de o săptămână, când se prezintă la un medic şi este internată în sanatoriu.

Starea prezentă: bolnavă de statură mijlocie, tegumente palide anemice, ţesutul celulo-adipos păstrat, pulsul 96, temp. 37,6, senzoriul intact, reflexe normale. Toracele preiznţă configuraţie normală. Examen clinic: spaţiul lui Krönig dispărut la pulmonul drept, la vârful drept submatitate, iar la 1/3 inferioară dreaptă matitate şi imobilitate diafragmatică. Respirazie aspră la vârful drept şi abolită la baza dreaptă. Sgomote supraadăugate nu se disting. Cord, abdomen, etc. nimic patologic. Rezultate de laborator: urinar — bac. Koch în spută. — Viteza de sedimentare a hematiilor: 121 după 2 ore. Examen radiologic: 1/3 inferioară a

plămânului drept prezintă opacitate intens uniformă cu margini net delimitate cu concavitatea în sus şi o scizurită veche între lobul sup. şi mijlociu drept. Puncţia de probă dă lichid clar, serocitrin. Rivalta: pozitiv. Bac. Koch în lichidul sedimentat: negat.

Se aplică un tratament adecvat situaţiei. La cinci săptămâni dela internare lichidul scade complect. Se execută o radiografie pe care se disting, afară de scizurită şi aderenţe costodiafragmatice, o serie de focare fibronodulare de mărimi diferite, în lobul superior drept. Cazul se află şi de prezent sub observaţia noastră. Se menţine bine, focarele se păstrează neevolutive.

2) Bolnavul B. E. de 27 ani, căsătorit, funcţionar particular, internat în sanatoriu la data de 17 Iulie 1937. Antecedente heredocolaterale: tata mort de tbc. pulm., soţie şi un copil sănătoşi. Antecedente personale: accident de tren la etate de 9 ani, cu care ocazie şi-a pierdut un braţ. Neagă maladii infecto-contagioase. Istoricul boalei actuale: bolnav de 3 luni, a debutat brusc cu frisoane, febră ridicată, junghiuri în hemitoracele drept, tuse fără expectoraţie şi transpiraţiuni nocturne. A consultat medicul, care i-a diagnosticat pleurezie exudativă dreaptă şi i-a făcut o evacuare, extrăgând 1000 cmc. lichid serocitrin. De atunci cu toate că simptomele acute au dispărut, bolnavul se simte slăbit, temperatura variază între 36,5 şi 37,8. De prezent acuză dureri în hemitoracele drept, febră 37,6—37,8, apetitu păstrat, tuse şi expectoraţie moderate. Starea prezentă: bolnavul de statură normală, tegumente palid-brune, ţesutul celulo-adipos redus, pulsul şi respiraţia normale, senzoriul păstrat, reflexe normale, torace îngust.

Examen clinic: spaţiul lui Krönig dispărut la vârful drept, diminuat la stângul, submatitate cu respiraţie uşor înăsprită la vârful drept şi matitate cu acinezie diafragmatică şi respiraţie abolită la 1/2 inf. dreaptă. Anterior frecături pleurale. Cord: nihil. Abdomen: liber. Radiologic: scizurită dreaptă, umbră compactă, net delimitată cu concavitatea în sus la 1/3 inf. dreaptă.

Laborator: urina, bac. Koch în spută: neg., viteza de sedimentare a hematiilor: 72. Puncţie de probă: lichid serocitrin în cantitate redusă. Rivalta: poz.

In cele 20 zile ce urmează febra scade la normal, bolnavul câştigă în greutate, lichidul se resoarbe în întregime şi părăseşte sanatoriul complect refăcut. Revine la 17 Ian. 1939, deci peste 6 luni: de data aceasta prezintă un infiltrant subclavicular drept, care pleacă dela scizura lobului superior până la claviculă, cu o cavernă de mărimea unei nuci mari în mijlocul infiltrantului. Bac. Koch în spuăt pozitiv, sedimenatrea hemat.: 55. Se încearcă instituire de pneumotorace fără să reuşim. I se recomandă frenicectomie, dar bolnavul o refuză şi părăseşte sanatoriu, aşa încât l'am pierdut din observaţie.

3) Bolnava G. B. de 22 ani, necăsătorită, învăţătoare, internată la data de 23 Iunie 1938. Antecedente heredocolaterale: nimic de semnalat. Antecedente personale: gripe repetate. Istoricul boalei actuale: în luna Februarie 1938, contractează o gripă în urma căreia s'a ales cu o stare de debilitate şi subfebrilitate prelungită, tusă cu expectoraţie matinală, inapetenţă, transpiraţiuni nocturne, pierdere în greutate, etc., simptome cari au durat până în luna Mai, când se pomeneşte în mod brusc cu junghiuri în hemitoracele drept, febră ridicată şi tusă accentuată, fără expectoraţie. După o săptămână de aşteptare consultă un specialist, care i-a diagnosticat o pleurezie serofibrinoasă dreaptă şi o internează în sanatoriu. Starea la prezentare: bolnavă, de statură mijlocie, tegumente palide anemice, ţesutul celulo-adipos redus. Temp. 37,7. Puls 94. Reflexele normale. Acuză dureri şi junghiuri la baza hemitoracelui drept, inapetenţă şi transpiraţiuni nocturne. Toracele prezintă configuraţie normală.

Examen clinic: Krönig dispărut la vârful drept şi diminuat la stângul. Submatitate la vârful drept, matitate cu dispariţia excurziilor diafragmatice la baza dreaptă. Respiraţie înăsprită la vârf şi abolită la baza dreaptă. Raluri subcrepitante în focar, în regiunea axilară stângă.

Radiologic: umbră masivă opacă cu concavitatea în sus, ocupând treimea inf. a hemitoracelui drept cu acinezie diafragmatică. Laboratoriul ne dă următoarele rezultate: urină, sputa: bac. Koch, neg. sediment. hemat.: 75. Puncţie de probă: lichid serocitrin, rivaltă pozitiv.

Mersul boalei: lichidul scade şi la data de 8 Iulie se execută o radiografie pe care se disting o serie de focare mici nodulare dispersate în câmpul pulmonar drept cu puternice simfize pleurale. Se aplică un tratament cu roborante şi face

o cură de oleo-sanocrisină. Câştigă 5 kgr. în greutate. Focarele se reduc, de abia sunt perceptibile şi în această stare părăseşte sanatoriul la data de 29 Septembrie 1938.

Revine la 10 Febr. 1939, cu febră ridicată, slăbită, dispneică şi cu puternică tachicardie. La examenul clinico-radiologic se constată exudat pleural care ocupă aproape întreaga cavitate toracică stângă, iar la plămânul drept simfiza din trecut cu câteva focare nodulare foarte discrete. Bac. Koch e negativ şi de data aceasta, lichidul serocitin şi Rivalta pozitiv.

Lichidul scade şi la data de 4 Aprilie 1939, se execută o nouă radiografie pe care din nou se distinge o serie de focare nodulare subcorticale. Părăseşte sanatoriul mult ameliorată. A fost controlată după 6 luni. E afebrilă, a câştigat 7 kgr. în greutate, simfizele diafragmatice persistă, focarele nodulare foarte discrete şi staţionare.

După cum reiese din foaia de observaţie a cazurilor prezentate, la fiecare din ele putem distinge leziuni bacilare, fie nodulare, fie ale scizurei sau alte resturi puse în evidenţă numai cu ajutorul radiografiilor.

Când avem un proces pleural în faţa noastră, cu greu putem identifica ce anume afecţiune stă ascunsă sub această pleurezie, cu toate că din punct de vedere a diagnosticului, aceasta prezintă o deosebită importanţă (Neumann). Astfel dacă nu putem preciza felul şi existenţa procesului pulmonar subjacent — spune Neumann — împărţim pleureziile în două categorii: a) deschise, adică cu prezenţa bac. Koch în spută, şi b) închise, la cari bac. Koch este absent în sputa bolnavului.

Am vorbit în treacăt de formele de infecţie tuberculoasă producătoare de pleurezie. Să vedem acum precizările Prof. Neumann, referitoare la focarele din care pleacă infecţia pleurei, publicate în cartea sa despre tuberculoza adultului.

Kolozsvár Central University Library Cluj

1) Un focar primar în înţelesul lui Küss sau Ghon poate declanşa o reacţie pleurală, dacă focarul este aproape de cortexul pulmonar. La un astfel de bolnav restul plămânului nu prezintă schimbări anatomo-patologice.

2) Existenţa unei tbc. a ganglionilor tracheo-bronchici. In urma cercetărilor întreprinse în institutul Waldeyer, grupul acestor ganglioni se împarte în 3 spaţii: spaţiul tracho-bronchic drept, stâng şi inferior. Conform observaţiilor făcute de Sukiennikow, mai ales pleureziile peurei drepte par a fi cauzate de acest grup ganglionar.

3) La o pleurezie unilaterală poate da naştere orice tuberculoză pulmonară situată superficial. Mai ales în ce priveşte procesele pulmonare mai puţin grave, fiindcă o tuberculoză mult prea avansată, cu profundă cointeresare a stării generale nu prea este în stare să reacţioneze cu exudat la focarele apropiate de pleură.

4) „Miliaris discreta" poate fi cauza unei pleurezii exudative, dar în astfel de cazuri mai de grabă avem deaface cu o poliserozită, fiind interesate mai multe foiţe seroase deodată. La formele generalizate de tuberculoză miliară, nodulii apar pe toate seroasele, dar din cauza malignităţii procesului nu prea ajung la formare de exudat, deci nici la poliserozită.

5) Localizările periscizurale încă sunt urmărite cu multă atenţie de către cercetători, fiind una dintre frecventele localizări ale tuberculozei

incipiente. Fleischner susţine chiar că ar fi găsit, cu ocazia deselor abducţii făcute la tuberculoşi, un ganglion situat în scizura mare dreaptă, venind în contact cu ambele foiţe pleurale ale acesteia, care infectându-se cu tuberculoză, va declanşa apariţia unui proces inflamator pleural.

Deci în privinţa patogeniei domneşte părerea — deja dela Landouzy încoace — că pleureziile inflamatorii, dacă nu putem pune în evdienţă o altă cauză producătoare, sunt întotdeauna de natură tuberculoasă, chiar şi atunci când nu găsim focarul de tuberculoză endogenă, şi nu putem identifica nici existenţa bac. Koch. Aceasta în ce priveşte patogenia. La fel afirmă şi Hans Alexander în lucrarea sa apărută în „Therapie der Gegewart" sub titlu „Die Pleuritis und ihre Behandlung", anume că în materie de etiologie a pleuritelor practicianul trebue să admită, dacă nu s'a stabilit altă cauză, o bază tuberculoasă. S'au descoperit cazuri de pleurezii la care cu toate cercetările minuţioase întreprinse pe masă de atopsie — cazuri decedată din alte motive — nu s'a putut da de urma unei infecţii bacilare, producătoare de pleurezie. Aceste sunt cazurile numite de tuberculoză autonomă pleurală. Calea de pătrundere a bacilului patogen, se crede că ar fi tot cea hematogenă?

Evoluţia pleureziei, dacă nu este însoţită de leziuni pulmonare active, este relativ benignă. După o perioadă de febră şi dureri, însoţită de întreagă gamă a simptomelor comune inflamaţiilor pleurei şi apariţiei exudatului, febra scade şi dacă nu intervin complicaţii extrapleurale, bolnavul intră într'o perioadă mai lungă de convalescenţă, după care se simte complect restabilit. Cea mai importantă chestiune este aceea a pronosticului. Din statisticele întocmite până în prezent, reese clar că o bună parte a pleureticilor devin după trecerea unei perioade de linişte, tuberculoşi. Procentul acestora variază după autor. Brelet indică 15,7%, Bratt 32%, la 388 cazuri urmărite, Renard 34%, Borelius Ragnar 39,8%, Dumontiez 40%, la 1200 cazuri observate. G. Chincini a studiat 500 cazuri din spitalul Umberto, aproape toţi cu tuberculoză pulmonară evolutivă; autorul nu găseşte decât 7% dintre aceştia cari au prezentat în antecedentele lor apropiate sau depărtate, exudat pleural. Acelaş lucru se constată şi în antecedentele bolnavilor de tbc. pulmonară internaţi în sanatoriul de tuberculoşi Arad.

Cercetând foile de observaţie a 2568 bolnavi din acest sanatoriu, am ajuns la concluzia că 291 din aceştia, deci un procent de 11.33 au prezentat în antecedentele lor pleurezie exudativă. Accentuăm faptul că în prezenta statistică sunt încadrate numai acele cazuri despre cari avem dovezi sigure că au suferit de pleurezie exudativă, dovedită ori din cele spuse de pacientul în anamneză, ori prin internări anterioare în sanatoriu, cari au revenit când a apărut afecţiunea pulmonară după pleurezie. Aderenţele costodiafragmatice şi alte urme de afecţiuni pleurale nu au fost luate în considerare, dacă nu au fost rezultatul unui exudat pleural confirmat. Statistica lui J. Stephani şi H. Weigert indică cifra de 28%.

Majoritatea cazurilor de pleurezie, controlate de noi, au prezentat

Digitized by Central University Library Cluj

simptomatologia obicinuită acestei afecţiuni, care conform indicaţiilor date de pacienţi, s'a vindecat. Această vindecare se înţelege prin dispariţia simptomelor subiective şi clinice cu redobândirea capacităţii de muncă. Dela această dată şi până la apariţia procesului pulmonar, afară de cazurile unde bolnavii au prezentat afecţiuni concomitente, a trecut un interval de relativă linişte care variază după cum urmează:

a) Pleurezie, concomitenţă cu leziuni pulmonare: 75 cazuri = 25,44%.

b) Tuberculoza pulmonară apare la mai puţin de un an dela dispariţia procesului pleural la 23 cazuri = 7,68%.

c) Tuberculoza pulmonară apare între unul şi trei ani dela dispariţia procesului pleural la 44 cazuri = 14,77%.

d) Tuberculoza pulmonară apare dela trei ani în sus după data dispariţiei procesului pleural la 78 cazuri = 27,80%.

Restul bolnavilor de pleurezie au fost aceia la cari nu am putut pune în evidenţă leziuni pulmonare de natură bacilară; au părăsit sănatoriul vindecaţi şi numai o mică parte din ei a putut fi controlată de atunci. Numărul acestora este 71, ceeace reprezintă 24,85% din totalul plureticilor. Cazurie controlate se păstrează şi de prezent fără simptome pulmonare. Afirmaţiunea de „lipsa procesului pulmonar în timpul pleureziei" este natural relativă, fiindcă la o bună parte a acestor cazuri nu am putut executa decât radioscopie şi radiografie numai la foarte puţine dintre ele.

După cum arată prezenta statistică în privinţa perioadei de linişte nu există regule fixe. Cele mai multe afecţiuni pulmonare manifeste au apărut dela trei ani în sus. Cea mai lungă perioadă de linişte am găsit-o la un bolnav internat în Sanatoriu cu leziuni evolutive, a căror simptome subiective datează de 2 luni şi care în antecedentele personale a recunoscut o pleurezie exudativă homolaterală avută cu 18 ani în urmă. La fel a constatat şi Ameuille, care a indicat mai de mult, ca termen minimal unul sau doi ani, iar ca termen maximal 20 până la 25 ani. De altfel majoritatea autorilor sunt de acord cu constatările acestuia. Observaţiile autorului Mumme asupra celor 184 pleuretici se pot rezuma astfel: 57 dintre aceste cazuri (31%) au prezentat în anii ce au urmat tuberculoză extrapleurală, 69 la sută în acelaş an, iar restul între unul şi patru ani.

Să vedem acum care sunt cele mai frecvente forme anatomoclinice de tuberculoză pulmonară post-pleuretică. Pentru demonstrarea acesteia vom da statistica cazurilor urmărite de noi: acestea fiind internate în Sanatoriu cu diferite forme de tbc. pulm. cari în antecedentele lor au prezentat afecţiuni pleurale de natură bacilară.

Din cele 291 cazuri, 25,44% au prezentat leziunii pulmonare concomitente cu pleurezia: majoritatea acestora fiind procese fibrocazeoase evolutive cu sau fără focare de ramoliţie şi o mică parte focare nodulare diseminate la ambii plămâni sau leziuni apicale staţionare.

Procese pulmonare evolutive — fibrocazeoase sau ulcerocazeoase cu sau fără excavaţie — au prezentat 44,38%, adică 134 din cazurile observate, repartizate precum urmează: 20,44% leziuni homolaterale, 1,18% leziuni contralaterale şi 22,5% leziuni evolutive bilaterale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Procese pulmonare staţionare — complexe primare inactive, scleroze apcaile discrete sau dense, uni sau bilaterale, scleroze perihilare tuberculoase, scleroze difuze, sistematizate, scleroze pleurogene, etc., — am dagnostiicat la 17,16% de aceeaş parte cu exudatul, 9,46% leziuni bilaterale şi 2,38% leziuni contralaterale.

Prognosticul pleureziilor nu se poate judeca din evoluţia lor. Autorul Mumme afirmă că evoluţia unei pleurezii idiopatice exudative nu permite de a prejudeca viitorul acesteia: pleuretici cu exudat mult, febră ridicată şi durabilă, stare generală gravă, presumţie de focare pulmonare concomitente şi al căror lichid pleural a dat cultură pozitivă, pot să redevină şi să rămână timp îndelungat sănătoşi. Din contra pleurezii benigne la aparenţă, au exudat minimal, subfebrilitate transitorie sau febră nulă cu revenirea rapidă la normal a stării generale, absenţă sigură a leziunilor pulmonare clinice, pot fi urmate în acelaş an de tuberculoză miliară.

Tuberculoza fibroasă postpleuretică încă poate fi o consecinţă depărtată a unei pleurezii de care bolnavul a suferit în antecedente. Aceasta se poate constata — după cum afirmă W. Neumann — la pacienţi mai vârstnici, cari acuză simptome astmatice, turburări respiratorii, cianoză, etc., datorite aderenţelor pleurale, cauzate de pleurezii exudative avute cu mulţi ani înainte. Existenţa unui proces inflamator pleural poate întuneca prognosticul afecţiunilor pulmnoare tardive şi prin faptul că aceste pleurezii lasă simfize pleurocostale extinse, care formează o piedecă de netrecut în calea colapsoterapiei (pneumotoracelui) indicată pentru tratamentul leziunei pulmonare desvoltată ulterior. Aceste simfize cauzează cu timpul perturbaţii şi în respiraţie mai ales dacă leziunile pulmonare, apărute tardiv sunt bilaterale. Şi dacă se întâmplă ca şi simfizele să fie bilaterale, atunci cazul apare deosebit de grav, fiindcă bazele nu vor putea respira din cauza sinechiilor, iar vârfurile nu vor satisface necesitatea de oxigen a organismului din cauză că parenchimul este defect şi bolnavul va ajunge în stare de anoxemie.

Nici în privinţa influenţei pe care pleurezia o exercită asupra proceselor pulmonare existente nu există unitate de vedere, unii fiind de părere că apariţia unui exudat pleural la un proces pulmonar bacilar are influenţă favorabilă asupra acestuia, alţii susţin tocmai contrariul. In fine există un grup de autori, cari sunt de părere că pleurezia nu are nici o influenţă asupra unui proces bacilar existent. In Franţa se şi vorbeşte de o pleurezie providenţială cu acţiune binefăcătoare asupra proceselor pulmonare. I. Donath (Ueber die tuberkuloze Pleuritis, Wiener Med. Wochenschrift, No. XX, 1931), afirmă că „în total pleurezia are mai curând acţiune favorabilă asupra mersului tuberculozei". Dar nu trebue uitat spune el, că formarea de aderenţe mai extinse influenţează defavorabil asupra inimei şi a circulaţiei, deci nu trebue lăsat ca un exudat să se menţină timp mai îndelungat. J. Renard constată că sechele pleurale există la jumătate dintre bolnavii cu pleurezie, sechele pleuropulmonare sau tuberculoză extrapleurală la cealaltă jumătate, de cele mai dese ori fiind vorbă de scleroză cu emphizem. Numai tinerii se pot vindeca fără sechele. W. Löffler observă că pleurezia lipseşte la debutul şi la sfârşitul evoluţiei tuberculozei şi apare de regulă între 15 şi 20 ani, fiind acompaniată de o cutireacţie forte.

Sunt interesante de amintit şi observaţiile autorului I. Paraf în

BIBLIOTECA UNIVERSITĂŢII REGELE FERDINAND CLUJ

cartea sa „L'immunité au cours de la tuberculose" publicată în anul 1936. El afirmă că apariţia pleureziei secundare în cursul evoluţiunei tuberculozei pulmonare cronice, pare a avea prognostic favorabil. Şi de fapt, nu numai această pleurezie se va vindeca în mod spontan, dar chiar şi tuberculoza pulmonară va fi influenţată în mod favorabil în evoluţia sa. Acesta este un fenomen observat aproape în mod constant de către clinicieni. El mai afirmă că numai tuberculoşii, cari prezintă o imunitate şi o alergie suficientă, vor reacţiona prin pleurezie exudativă, de unde şi constanta benignitate a acestor cazuri. Aceste reacţiuni alergice, la rândul lor, vor favoriza distrucţia bacilară şi instalarea unei imunităţi mai forte şi mai durabilă, de unde şi acţiunea favorabilă exercitată chiar la distanţă, asupra leziunilor pulmoarne. El presupune — împreună cu Vaudour — că adeseori ar avea interes ca la mulţi tuberculoşi evolutivi să se provoace astfel de reacţiuni şi să declanşeze reacţiuni pleurale, urmate în multe cazuri de considerabile ameliorări. Şi M. Goldstein vorbeşte de influenţa favorabilă a pleureziei asupra evoluţiei tuberculozei pulmonare (Ueber den günstigen Einfluss der Pleuritis auf den Verlauf der Lungentuberkuloze: Wiener Klinische Wochenschrift No. 42/1934). El descrie 2 cazuri de tuberculoză pulmonară, cari după vindecarea unei pleurezii au putut părăsi clinica vindecaţi. Moro şi Battigelli încă au publicat astfel de cazuri şi accentuiază că ele sunt relativ rare. Tot M. Goldstein publică 4 cazuri de pleurezie, cari par de a fi întârziat apariţia tuberculozei pulmonare .

El admite — împreună cu L. Bernard — că fiecare pleurezie aduce cu sine un proces de scleroză, care se poate extinde asupra ţesutului pulmonar, favorizând vindecarea. Procentul bacilarilor, cari fac pleurezie în decursul boalei este foarte mic: statistica întocmită de Ameuille arată 1% de astfel de cazuri. Noi încă am observat în decursul anilor mai multe cazuri de acestea, din a căror foi de observaţie vom rezuma două.

CJCPL / Cluj County Public Library Club

1) Bolnavul T. L., 33 ani, antecedentele heredocolaterale şi personale fără importanţă. Istoricul boalei actuale: debutul brusc cu stare gripală, febră ridicată, tusă şi expectoraţie mucopurulentă. Bolnavul nu acordă importanţă acestei situaţii şi-şi vede de ocupaţie. Văzând că starea se agravează, pierde în greutate şi oboseşte tot mai repede, se prezintă la un medic, care îl internează în sanatoriu. La prezentare acuză dureri la baza hemitoracelui drept, tusă şi expectoraţie, junghiuri foarte supărătoare şi inapetenţă.

Mucoasele sunt cianotice, ţesutul celuloadipos redus, tegumente palide anemice, pulsul şi respiraţia accelerate. Febra: 37,6. Examenul clinic: spaţiul Krönig dispărut la dreptul şi diminuat la stângul, submatitate la ambele vârfuri şi matitate la baza dreaptă până la jumătatea scapulei. Respiraţie înăsprită cu raluri subcrepitante la ambele vârfuri, ronflante şi sibilante în restul plămânilor cu respiraţie abolită la treimea inf. pulm. drept.

Radiologic: umbre disperse, opace cu spaţii clare, cari ocupă 1/3 sup. stângă, umbră masivă, uniform opacă cu margini net delimitate, care ocupă 1/3 inf. dreaptă cu câteva umbre nodulare discrete la vârful drept. Laborator: bac. Koch negativ, sedimentatea hematiilor 72. Se face o punctie evacuatoare de 1000 cmc. lichid serocitrin. Febra: 39—40 grade. După evacuare febra scade litic, şi în decurs de o lună lichidul se resoarbe aproape în întregime, câştigă 6 kgr. în greutate şi părăseşte serviciul mult ameliorat. Procesul pulmonar rămâne staţionar. Revine peste 10 luni cu febră 38—39 grade, stare generală proastă, emaciat şi la examenul clinico-radiologic se distinge lichid în ambele cavităţi pleurale, la dreptul de o palmă şi la plămânul stâng până la unghiul scapulei.

Se face puncţie de probă şi se obţine lichid clar serocitrin din ambele cavităţi. Se menţine internat până la 7 Febr. 1939, deci timp de cinci luni, în care timp lichidul dispare în întregime. Starea generală se reface din nou, părăsind sanatoriul în următoarea stare: la plămânul stâng prezintă o pachipleurită cu un proces fibros staţionar subclavicular. La dreptul lichidul mai persistă în urme, focarele nodulare din vârf neschimbate, fără tendinţă de evoluţie. Cazul a mai fost controlat de atunci şi s'a găsit în aceiaş stare bună.

Iată deci un caz de pleurezie bilaterală cu focare fibrocazeoase concomitente, unde apariţia lichidului pleural a întârziat, mai bine zis a oprit evoluţia procesului pulmonar.

2) Bolnava S. R., 27 ani, internată la 20 Februarie 1936. Antecedente heredocolaterale şi personale nimic de semnalat. Istoricul boalei actuale: a debutat brusc cu febră ridicată şi junghiuri în hemitoracele stâng, dispnee şi tusă seacă, transpiraţiuni abundente, inapetenţă. Starea prezentă: temp. 38,6, pulsul 104, ţesutul celuloadipos păstrat. Hemitoracele stâng prezintă o bombare evidentă în spre bază.

Examenul clinic: matitate lemnoasă cu murmurul vezicular abolit şi suflu pleuretic asupra hemitoracelui stâng, aria matităţii precardiace deplasată spre dreapta, bătăile frecvente şi accentuate. Plămânul drept intact atât clinic cât şi radiologic. Laborator: urina: sedementarea hematiilor 115. Bacilul Koch în spută: negativ. Se face o puncţie evacuatoare şi se elimină 1100 cmc. lichid serocitrin. Rivalta: pozitiv.

Evoluţie: febra scade litic, simptomele clinice şi cele subiective dispar treptat şi la un nou examen radiologic, executat după 6 săptămâni, se distinge lichid minimal în unghiul costodiafragmatic stâng şi un proces fibrocazeos la acelaş plămân, care ocupă regiunea subclaviculară stângă cu bogate ramificaţii spre hli. Se instituie cură de repaos în continuare şi sanocrisină. Părăseşte Sanatoriul după 2 luni, subfebrilă, procesul pulmonar staţionar. Continuă cu cura de sanocrisină şi după câteva luni de repaos îşi reia activitatea pe care o exercită fără nici un inconvenient până la începutul lunei Ianuarie 1939, deci aproape 3 ani fără să mai aibă acuze din partea plămânilor.

La această dată revine cu o pleurezie exudativă dreaptă, având simptomatologia din trecut. Lichidul e serocitrin şi de data aceasta. După dispariţia licihdului şi a simptomelor acute, părăseşte din nou sanatoriul. La examenul radiologic executat la plecare, distingem la ambele vârfuri, dar mai ales la stângul o serie de focare fibronodulare dense, la aparenţă staţionare. Se instituie din nou o cură de oleosanocrisină împreunată cu repaos, respectat în tot timpul crisotherapiei. De atunci şi până în prezent îşi vede de ocupaţie în mod normal, fiind controlată la intervale regulate. Starea plămânilor este foarte bună, focarele nodulare sunt staţionare şi afară de sinechii pleurale nu prezintă nimic de remarcat. Deci în cazul de faţă, dacă luăm în considerare că evoluţia proceselor fibrocazeoase netratate durează în medie 3 ani, am putea admite că apariţia lichidului pleural a avut o acţiune favorabilă asupra evoluţiei acestui proces apical, care după cum am putut constata în decursul celor 4 ani de observaţie, a pierdut foarte mult din întindere şi intensitate, devenind foarte fibronodulare inactive.

Acestea sunt cazuri fericite, de care — din nenorocire — nu am putut observa prea multe. Sunt mai frecvente cazurile unde apariţia unui exudat la un proces pulmonar evolutiv a grăbit desnodământul fatal, fiindcă deşi procentul acelora cari fac pleurezie în decursul unei tuberculoze evolutive este relativ redus (Ameulle a găsit 1 %) aproape toate sfârşesc letal.

O chestiune care se pune acum este faptul dacă pleurezia tuberculoasă se datoreşte leziunilor pulmonare preexistente, sau procesul pulmonar, apărut în urma pleureziei este provocat de aceasta: cu alte cuvinte dacă aceste două afecţiuni sunt în legătură directă una cu alta, ori au numai comunitate de etiologie, ambele fiind de natură bacilară. Din cele relatate până aici am putea afirma că de fapt o legătură relativ strânsă există între aceste două procese, fără să putem con-

firma însă rolul ftiziogen a pleureziei exudative. Nu putem afirma cu certitudine că pleurezia exudativă ar putea servi ca punct de plecare unei tuberculoze pulmonare active, cu toate că o bună parte a pleureticilor — aproximativ a treia parte după cum arată statisticele existente până în prezent — devin cu timpul tuberculoşi. Nu putem nega nici faptul că multe din pleureziile observate de noi, la aparenţă cel puţin, păreau primitive, în sensul că nu am putut pune în evidenţă, nici clinic nici radiologic, leziuni pulmonare de natură bacilară, cari mai târziu totuş au devenit tuberculoase. Dar noi ştim foarte bine că de multe ori există leziuni, cari numai cu ajutorul radiografiei se pot identifica, ceeace din considerente de ordin material nu am putut executa la fiecare caz în parte, din cele observate.

La acele unde am suspectat astfel de leziuni, pe radiografie aproape întotdeauna am descoperit leziuni bacilare, fie ganglionare, complexe primare, scizurite, diseminări nodulare discrete, etc., cari explică foarte bine apariţia pleureziei. Numai în acele cazuri am vorbit de tuberculoză pleurală autonomă, unde cu nici un mijloc de investigaţie uzual nu am putut pune în evidenţă astfel de leziuni. Aceasta pare a confirma şi observaţiile noastre asupra unei serii de cazuri, dintre cari am descris foile de observaţie a trei cazuri, despre cari am executat mai multe radiografii. Toate prezentau leziuni discrete, cari la radioscopie au trecut neobservate. Privind lucrurile prin această prizmă, suntem siliţi de a admite ceeace de altfel au dovedit mai mulţi cercetători că în majoritatea cazurilor nu pleurezia joacă un rol ftiziogen asupra plămânului, ci mai de grabă s'ar putea ca atât pleurezia, cât şi tuberculoza pulmonară tardivă să fie drept urmare acelor leziuni pulmonare discrete, datorite unei diseminări bacilare anterioare, cari în decursul timpului au ajuns într'o stare de linişte relativă şi la un moment dat dintr'o cauză oarecare au declanşat o pleurezie, după cum am citat la începutul acestei lucrări din cartea lui W. Neumann „Die Klinik der beginnenden Tuberkuloze Erwachsener".

Biblioteca Universitatea Babeş-Bolyai Cluj

BIBLIOGRAFIE

Docent D-r L. Danielo (Cluj): Cursuri de perfecţionare în tuberculoză, 1937. — W. Neumann: Die Klinik der Tuberkuloze Erwachsener, 1937. — I. E. Wolf et I. Ducheine: La pleuresie tubersuleuse primitive. (Revue belge de la tbc. No. 3, 1934). — J. Stephani et H. Weigert: Les tuberculoses pulmonaires post-pleuretiques, etude de leur pronostic. (Revue de la tbc., Dec., 1936. — M. Goldstein: Ueber den günstigen Einfluss der Pleuritis auf den Verlauf der Lungentuberkuloze. (Wiener Klinische Wochenschrift No. 42/1934). — Mumme K.: Zur Prognose der Pleuritis exudativa „idiopathica". (Münchener medizinisch Wochenschrift No. 39, 29 Noemb. 1933). — Löffler W.: Die Stellung der Pleuritis exudativa im Ablauf der Tuberkuloze. (Helvetica Medica Acta No..., T. I. eFbr., 1935, pag 620). — J. Renard: L'avenir des pleuretiques. (Tese de Toulouse, 1933—1934). — Donath I.: Ueber die tuberkuloze Pleuritis. (Wiener med. Wochenschrift. Tom. LXXXI, No. XX, 16 Mai 1931). — Chincini G.: Influenza della pleurite essudativa sulla tuberculosi pulmonare e della pleurite pneumotoracica sul collasso del pulmon. (Tuberculosi No..., pag. 85—112, 1935). — Berberich-Spiro: Therapie der Tuberkulose, Vol. II, 1937. — Hans Alexander: Die Pleuritis und ihre Behandlung: Therapie der Gegenwart. — I. Paraf: L'immunite au cours de la tuberculose, 1936. — A. Courcoux et H. Bonnefoy: La climatologie de la pleuresie sero-fibrineuse tuberculeuse. (La Presse thermale et climatique, Jan. 1935).

TUBERCULOZA LA ŞCOLARI

de

D-r GH. VÂJA
Medic Primar

Studiul tuberculozei la şcolari este important prin faptul că toată populaţia viitoare a ţării poate fi cercetată în această perioadă.

Factorii cari influenţează apariţia tuberculozei sunt următorii:

1) Contagiunea, cel mai des dela personalul didactic sau de serviciu, foarte rar între copii;

2) Factor patologic: maladiile anergisante;

3) Factor de ordin social: locuinţă şi alimentaţie, cari lasă de dorit cam în 50—60% din cazuri, în ţara noastră;

4) Factorul surmenaj fizic şi intelectual.

Pentru a feri şcolarii de tuberculoză trebuesc luate măsuri atât higienice cât şi de natură economic socială, cari toate să ducă la înlăturarea factorilor favorizanţi. Cea mai importantă este depistarea sistematică a cazurilor de tuberculoză prin radioscopii şi reacţie la tuberculină, atât elevilor cât şi personalului didactic şi de serviciu.

Din examenele de depistare făcute la liceele militare, s'a găsit că proporţia de alergici creşte dela 38.75% în clasa I-a; la 70.90% în clasa VIII-a; iar la şcoalele secundare din Târgovişte dela 27.70% la 71%. Imagini radiologice suspecte de baciloză pulmonară s'au întâlnit la elevii liceelor militare în 0.85% din cei examinaţi în primul an de depistare şi 0.45% în anul al doilea; pe când la elevii din Târgovişte, proporţia a scăzut dela 3.15% în primul an, la 0.65% în anul al doilea.

Proporţia mică găsită dela început în liceele militare e datorită selecţiunii medicale făcută la primirea elevilor cât şi supravegherii ulterioare şi absenţei tuturor factorilor favorizaţi. Diferenţa mare dela primul la al doilea an de examinare dovedeşte valoarea examinării radioscopice sistematice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Problema tuberculozei la şcolari este pe cât de importantă, pe atât de complexă în rezolvare. Este importantă prin faptul că foarte multe cazuri de contaminare se produc în această perioadă de timp, care pentru unii, cei mai mulţi, durează până la pubertate, iar pentru alţii până la adolescenţă sau chiar vârstă adultă. Complexă este însă prin aceia că măsurile profilactice sunt atât de natură medicală cât şi social economică şi legală.

De rezolvarea acestei probleme depinde în bună parte şi sănătatea ulterioară a populaţiei, de oarece şcoala este un loc pe unde toată populaţia unei ţări este obligată să treacă şi să-şi petreacă un interval mai mult sau mai puţin lung de timp. In acest timp, copii sunt la dispoziţia celor care ar voi să-i studieze sau chiar să-i transforme din punct de vedere sanitar. Dacă în privinţa celorlalte boale infecţioase, vaccinările au adus o micşorare a morbidităţii şi mortalităţii în vârsta şcolară, nu acelaş fapt s'a petrecut cu tuberculoza. Aceasta nu se întâmplă numai la noi, ci şi în majoritatea celorlalte ţări, unde problema nu este decât parţial rezolvată din cauza complexităţii sale. Să vedem în ce constă complexitatea acestei probleme. Factorii cari influenţează apariţia tuberculozei pulmonare sunt următorii:

a) Factorul contagiunei;
b) Factor de ordin patologic: maladii anergisante;
c) Factor de ordin social: locuinţa şi alimentaţia;
d) Factorul surmenaj: atât fizic cât şi intelectual.

Importanţa contagiunei, iese mai mult în evidenţă când ne amintim că abia o cincime şi chiar mai puţin dintre copii cari vin la şcoală sunt alergici. Epidemiile citate de autori ca: Arnaud, Colombe, Klein, Esbach, etc., sunt dovada de primo-infecţii bacilare provenite fie dela un învăţător bolnav, fie dela cineva din personalul de serviciu, fie chiar dela elevi, în cazuri mai rare. Astfel Et. Bernard arată că în clasa unui institutor bolnav 90% dintre copii erau alergici, pe când media celorlalte clase era 30%.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Gobel în Zeitschrift für Kinderheilkunde citează cazul unui institutor bolnav la care, în aceiaşi clasă, elevii din băncile mai apropiate de catedră erau alergici în 70% din cazuri, ceilalţi 54%, pe când media celorlalte clase nu trecea de 35%. Credem că nu este nevoie să mai cităm asemenea exemple cari se pot repeta ori câte. Şi mai credem un lucru: că sunt mulţi dintre noi cari cunoaştem cazul de institutori sau profesori bacilari recunoscuţi, cari trăesc în mijlocul copiilor şi-i infectează şi contra cărora nu putem face nimic, deoarece nu există obligativitate legală de a-i examina şi elimina. Vom mai reveni însă asupra acestei probleme.

In această privinţă este de notat fapul că unii autori ca: Krämser, Kleinschmidt cred că nu se poate face contaminarea masivă a copiilor între ei, deoarece în general nu tuşesc şi nu expectorează, ci din contră o astfel de contagiune minimă şi intermitentă ar fi bine făcătoare prin creerea unei stări de alergie. Această părere nu este însă împărtăşită de majoritatea auorilor. Toţi însă scot în evidenţă rolul nefast al cazurilor de tuberculoză existând la personalul şcolar. După cercetările lui Frontali, făcută în Italia, pare că tuberculoza este mai frecventă în corpul învăţătorilor, decât în restul populaţiei (9%). Gardère de asemenea, dintr'o anchetă făcută la Lyon, găseşte că personalul din învăţământ este „în special atins de tuberculoză 5%".

Nu vom insista prea mult asupra factorului patologic de oarece este în deobşte cunoscut rolul anergizant al unor maladii,

cum ar fi rugeola, febra-tifoidă, afecţiuni în care este atinsă celula hepatică, etc. Sunt de altfel considerate ca anergizante unele maladii cari în realitate nu au altă acţiune decât a debilita organismul fără a-l face prin aceasta însă mai receptiv numai faţă de tuberculoză.

Foarte mare importanţă au de asemenea factorii: locuinţă şi alimentaţie. Locuinţa rea, în cari oamenii trăesc în promiscuitate înghesuiţi în camere fără aer şi lumină, joacă în tuberculoză rolul unui amplificator. Burnet a găsit că procentul de contaminare în mediu tuberculos este de 1,3 în cazul unei locuinţe higienice şi de 4,9 când locuinţa este rea.

Dintr'o comunicare făcută în 1937, de D-l D-r Banu la Academia de Medicină, asupra sănătăţii şcolarilor în România, reese ca 62% au locuinţă nehigienică, iar 46,60% dorm câte 2 într'un pat.

Iar în ceea ce priveşte alimentaţia în aceeaşi comunicare, se spune că 60,50% nu beau niciodată lapte. E oare nevoie să mai insistăm asupra importanţei pe care o are denutriţia în producerea unui teren propice tuberculizării?

Aceşti factori se unesc uneori surmenajului fizic la elevii cari trebuie să facă zilnic câţiva kilometri dimineaţa şi încă atâţia seara ca să vină dela şcoală acasă. La acest surmenaj se adaugă destul de adesea sportul care, dacă nu e practicat în mod raţional şi supraveghiat, nu poate duce la altceva decât la surmenaj.

Surmenajul poate fi de asemenea intelectual şi nu totdeauna din cauza numărului mare de materii ci dintr'un mod defectuos de a fi predate.

Trecând acum la partea practică, profilaxia tuberculozei la şcolari se va face căutând să se înlăture toate cauzele citate mai sus, cari pot provoca apariţia acestei boale.

Mai greu de influenţat vor fi factorii sociali, locuinţă şi alimentaţie cât şi şi surmenajul fizic prin drumuri lungi obositoare şi făcute pe orice vreme.

Subalimentaţia s'ar putea remedia prin înfiinţarea cantinelor şcolare şi a prânzurilor suplimentare date la şcoală.

S'a încercat aceasta şi la noi.

Cantinele sau mesele suplimentare ar trebui însă organizate şi întreţinute printr'un fond special fie alocat dela comună sau judeţ, fie dela comitetele şcolare sau persoane binefăcătoare care să se ocupe în continuu de această importantă cauză de debilitare care este subnutriţia. La Paris, în şcolile în aer liber, se dă o masă compusă din legume proaspete şi 80 gr. carne, a căror cheltuială e suportată de Oficiul de higienă socială al Depart. Senei şi de Comitetele şcolare.

Pentru a elimina surmenajul intelectual, materiile trebuesc aranjate în program în mod raţional şi predate la fel. Aceasta însă nu se întâmplă în toate şcolile: profesorii dau uneori teme multe de scris acasă, de desenat, încât un elev ambiţios nu poate

avea timp de odihnă noaptea mai mult de 6—7 ore, iar în vacanţă au sute de pagini de citit.

Dovadă, că faptele se petrec astfel, sunt repetatele ordine care s'au dat în acest sens de Ministerul Educaţiei Naţionale şi prin cari se pune în vedere profesorilor să respecte repausul necesar elevilor. In Belgia, printr'un decret, s'a interzis să se mai dea elevilor teme de făcut seara acasă.

In ceeace priveşte factorul patogen, el poate fi mai uşor înlăturat prin menţinerea unei bune stări higienice, izolarea imediată a boalelor cari pot produce slăbirea organismului, însă şi de aci ajungem la factorul social economic locuinţa. Cum se va putea de exemplu păzi un copil să nu ia pojar dela fraţii săi, atunci când dorm 2 într'un pat?

Am ajuns astfel la factorul relativ cel mai uşor de influenţat, contagiunea. Pentru a se evita contagiunea va trebui să se facă depistarea cazurilor de tuebrculoză pulmonară atât printre elevi cât şi mai ales în rândul profesorilor, învăţătorilor, şi personalului de serviciu.

Pentru cei dintâi şi cei din urmă problema este mai uşoară. Depistarea se va face prin examene radioscopice, care să se repete în fiecare an şi de preferinţă la începutul anului şcolar. Pentru profesori însă este mai greu, deoarece nefiind obligaţi să facă acest examen, cei mai mulţi se eschivează şi în primul rând cei bolnavi. Dat fiind faptul, că prin modificarea legii sanitare, s'au acordat concedii lungi, plătite pentru funcţionarii bolnavi de tuberculoză, ar trebui ca printr'o nouă modificare sau o complectare a regulamentului, cel puţin institutorii, învăţătorii şi profesorii să fie obligaţi a se supune acestei examinări sistematice atât de necesară păstrării sănătăţii copiilor. „Este singurul mijloc de a depista tuberculozele contagioase dela început şi de a păzi copii contra contaminării" (Rist).

Această obligativitate pentru întreg personalul din învăţământ de a se supune examenelor periodice anuale, nu este până în prezent legiferată decât în Norvegia.

La noi, abia în cursul acestui an şcolar, s'au dat ordine în această privinţă şi atât profesorii, institutorii cât şi elevii au putut fi examinaţi la dispensarele Ligii Naţionale contra tuberculozei. Au lipsit totuşi dela examinare o bună parte dinre profesori şi institutori: Astfel din totalul de 168 profesori şi insitutori ai şcoalelor din Târgovişte, nu s'au prezentat la examenul radioscopic decât 100 profesori; iar dintre aceştia am găsit 2 cari prezentau aspecte de leziuni bacilare evolutive.

Elevilor trebuie de asemenea să li se facă şi reacţia la tuberculină, aceasta având interes atât din punct de vedere terapeutic cât şi epidemiologic. Terapeutic, de oarece de multe ori primo-infecţia nu se traduce decât printr'o pozitivare a reacţiei la tuberculină şi poate un mic focar radiologic, cari în orice caz necesită repaosul. Epidemiologic, de oarece virajul brusc la pozitiv a unui mare număr de şcolari trebuie să ducă la examinarea

BCU Cluj / Central University Library Cluj

severă a întregului personal, contaminarea fiind în acest caz datorită unui bolnav contagios din personalul şcoalei. Aceasta este însă un drum făcut invers în depistarea tuberculozei, se decelează tuberculoza la profesori după tuberculizarea elevilor, adică tocmai contrariul ţelului urmări. Această reacţie trebuie repetată la 3—4 luni, ca şi ori de câte ori elevul prezintă o afecţiune care ar putea traduce clinic o primă infecţie tuberculoasă.

Noi am practicat 2 ani consecutiv, împreună cu D-r Gh. Petrescu, aceste examene complecte atât elevilor cât şi personalului la toate Liceele Militare din ţară. Vom da câteva date:

Numărul alergicilor a mers crescând dela 38,75% în clasa I-a la 70,90% în clasa 8-a.

La examenul radioscopic al personalului, profesori, ofiţeri, personal de serviciu, nu am găsit nici unul prezentând vre-o infecţie pulmonară. Printre elevi am găsit în primul an, 23 elevi prezentând leziuni parenchimatoase, dintre cari numai 17 elevi alergici cari puteau prezenta leziuni tuberculoase, ceeace reprezintă 0,85% faţă de numărul total de 2000 elevi examinaţi. In al 2-lea an nu am mai găsit decât 9 cazuri, deci 0,45%.

In cursul lunei Decembrie 1938, am examinat cu ajutorul camionetei radiologice dată de Liga Naţională contra tuberculozei, Serviciul Sanitar al Judeţului Dâmobviţa, o parte din elevii şcoalelor din Târgovişte. La un total de 1618 elevi şi eleve examinaţi, am găsit umbre putând traduce leziuni bacilare în evoluţie la 51 indivizi, deci 3,15%.

Cei mai mulţi dintre ei nu prezentau simptome funcţionale care să-i fi îndemnat să se examineze. Au fost anunţate familiile, iar copii au fost retraşi dela şcoli.

Cam la aceiaşi proporţie au ajuns D-nii D-r Haţiegan şi Daniello cari, la Cluj la o şcoală de fete au găsit în 3,43% din cazuri tuebrculoză pulmonară evolutivă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Explicaţia diferenţei dintre numărul de cazuri găsite printre elevii liceelor militare şi ai celorlalte şcoli rezidă în aceea că, la primirea în liceele militare, se face o severă triare a eleivlor, ceeacé nu există la celelalte şcoli. De asemenea liceele militare au medici cari supraveghează de aproape elevii din punct de vedere sanitar. La aceştia de asemenea este înlăturat factorul predispozant locuinţa nehigienică, subalimentaţia ca şi surmenaj fizic, fiind strict supraveghiaţi şi în timpul liber.

In Noembrie şi Decembrie 1939, am examinat radioscopic la dispensarul din Târgovişte al Ligii Naţionale contra Tuberculozei, 2878 elevi ai şcoalelor primare şi secundare din acest oraş, din totalul de 3045. De această dată nu am mai găsit aspecte putând traduce leziuni paranchimatoase decât la 18 elevi, ceeace reprezintă o proporţie de 0,65%.

Vedem deci diferenţa enormă dela un an la altul, proporţia din cel de al 2-lea an de examinare fiind absolut comparabilă cu cea aflată la elevii liceelor militare. Această micşorare a proporţiei de leziuni bacilare nu poate fi datorită decât numai controlului făcut şi eliminării celor găsiţi bolnavi, deoarece toate celelalte condiţii higienice şi economico-sociale au rămas neschimbate.

Proporţia de alergici a mers crescând regulat în fiecare clasă dela 27,70% în clasa I-a secundară până la 71% în clasa VIII-a.

Din compararea acestor date, iese foarte bine în evidenţă tot

ceeace am susţinut mai sus în privinţa profilaxiei tuberculozei la şcolari.

Mai rămâne un punct de clarificat: Care va fi soarta elevilor găsiţi bolnavi? Cei contagioşi vor trebui internaţi într'un sanatoriu, unde să urmeze fiecare tratamentul necesar. Pentru moment însă aceasta este imposibil din cauza numărului mic de paturi cari există în sanatoriile statului faţă de cele necesare

Elevii necontagioşi însă, cari prezintă şi semne radiologice de primo-infecţie, nu numai biologice (pozitivarea reacţiei la tuberculină), vor trebui supuşi unei cure de repaos. Pentru cei mai mulţi însă, aceasta ar fi foarte greu de făcut, atunci când locuinţa lor ar fi nehigienică şi hrana ce ar avea-o acasă insuficientă. Pentru aceştia ar trebui ca în fiecare judeţ să existe un preventoriu cu 40—50 paturi. Acest preventoriu, căruia nu i s'ar cere altceva decât să dea o locuinţă higienică şi o hrană suficientă, credem că ar putea fi uşor întreţinut printr'o contribuţie a tuturor comunelor şi a judeţului.

In ceeace priveşte vaccinarea cu B. C. G. a nealergicilor părerile autorilor sunt împărţite. Astfel Wallgren crede că această vaccinare nu apără decât contra primo-infecţiei şi nu contra ftiziei cazeo-cavernoase, limitând „vaccinările B. C. G. la indivizii pentru care se prevede posibilitatea unei infecţii în viitorul cel mai apropiat". Alţi autori, cred însă că, dat fiind faptul că graţie vaccinării, primo-infecţia cu bacili virulenţi se face fără nici-o simptomatologie chiar în mediul infectat, cât şi faptul că tuberculoza ulterioară apare în general la cei cari au făcut forme mai mult sau mai puţin pronunţate de primo-infecţie, este mai bine ca această vaccinare să se practice tuturora. In cadrul acestora din urmă, se situiază şi cercetătorii români dela Institutul Canatacuzinocari preconizează vaccinarea cu B. C. G. a tuturor: „la noul născut, la un an şi la 3 ani şi apoi la toţi cei cari nu reacţionează la tuberculina către sfârşitul studiilor primare (9—10 ani), a adolescenţei (15—16 ani), în sfârşit la vârsta tânărului adult, la începutul serviciului militar şi de preferinţă pe cale subcutanată" (Ionescu Mihăeşti, Ciucă, M. Nasta, T. Veber).

Iată deci în concluzie ceeace ar trebui neapărat făcut pentru a păzi şcolarii de tuberculoză:

1) Strictă supraveghere sanitară prin medicii şcolari, pentru înlăturarea boalelor cari duc la slăbirea organismului.

2) Examene radiologice anuale atât elevilor cât şi întregului personal cu cari vin în contact la şcoală.

3) Practicarea reacţiei la tuberculină de 3—4 ori pe an şi vaccinarea cu B. C. G. a nealergicilor.

Acestea sunt măsurile cari privesc şi cari pot fi luate de către medici.

Cluj Univ. Central University Library Cluj

L'étude de la tuberculose des écoliers est importante par le fait que toute la population future du pays peut être étudiée pendant cette période.

Les facteurs, qui influencent l'apparition de la tuberculose sont les suivants:

1) La contagion, survenue le plus souvent à cause du personnel enseignant ou de service, plus rarement entre les enfants;

2) Le facteur pathologique: les maladies anergisantes;

3) Le facteur social: habitation et alimentation, qui sont chez nous defficientes en 50—60% des cas;

4) Le facteur surmenage physique et intellectuel.

Pour mettre les écoliers à l'abri de l'infection bacillaire il faut prendre des mésures hygiéniques et de nature économico-sociale, pour éviter l'action des facteurs favorisant l'apparition de la tuberculose. La plus importante des mesures est le dépistage systématique des cas de tuberculose par radioscopie pulmonaire et réaction à la tuberculine, pratiquées aux élèves et au personnel enseignant et de service.

Au cours des examens systématiques pratiqués dans les lycées militaires, nous avons trouvé que la proportion des allergiques passe de 38.75% chez les élèves de première classe à 70.90% chez ceux de la huitième, et dans les lycées de Târgoveşte de 27.50% à 71%. Dans les lycées militaires nous avons trouvé des images radiologiques suspectes de tuberculose pulmonaire chez 0.85% des élèves examines au cours de la première année de dépistage et chez 0.45% de ceux examinés au cours de la deuixème année. Dans les lycées de Târgovişte la proportion des suspects a passé de 3.15% au cours de la première année à 0,65% au cours de la deuxième.

La petite proportion des cas de tuberculose trouvée des le début dans les lycées militaires est due au fait que les élèves subissent à l'entrée un examen médical sévère et ultérieurement ils sont strictement surveillés, ainsi qu'à l'absence de tous les facteurs favorisants. La grande difference entre le nombre des cas trouvés au cours du premier et du second examen, montre la valeur de l'examen radiologique systématique.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Il studio della tuberculosi ai scuolari é importante per il fatto che tutta la populazione futtura della patria puo essere cercato in questo periodo.

I fattori que influiscono l'apparizzione della tuberculosi sono i sequenti:

1) Il contaggio, il piu spesso dal personale didatico o di servizzio, piu di rado nei fanciulli;

2) Fattore patologico, le malattie anergice;

3) Fattore di ordine sociale: l'abitazione, l'alimentazione, qui lascino a desiderare nei 50—60% dei casi, nella patria nostra;

4) Il fattore di fatica fisica e intellectuale.

Per mettere in guardia contro la tuberculosi, debbono prese missure quanto riguarda l'igiene e cuanto riguarda le missure economico sociale, qui tutti debbono favorire all' alontamento dei fattori qui la favoriscono.

La piu inportante é la depistazione sistematica dei casi di tuberculosi con la radioscopia e la reazione alla tuberculina, tanto ai elevi quanto al personale didatico e di servizzio.

Dai examini di depistazione fatte alle scuole militari, si e trovato que la proporzione di allergici cresce nella proporzione di 38,75% nella prima classe ai 70.20% nella ottava classe, alle scuole di secondo grado di Târgovişte dal 27.70% al 71%.

Imagini radiologici suspetti di bacilosi pulmonare sono trovati ai elevi delle scuole militari nel 0.85%, di quei esaminati nel primo anno di depistazione e di 0.45% nel secondo anno, mentre ai elevi di Târgovişte la proporzione ha acesa dal 3.15% nel primo anno al 0.65% nel secondo anno.

La piccola proporzione trovata dal principio nelle scuole militari e dovuta alla selezione medicale fatta alla ricezzione dei elevi e al sorveghio ulteriore e all' assenza di tutti fattori que la favoriscono.

La grande diferenza dal primo al secondo anno di esamino prova il valore del esamine radioscopico sistematico.

Das Studium der Tuberkulose bei der Schuljugend ist von grosser Bedeutung, weil in dieser Periode die ganze zukünftige Generation eines Landes, überprüft werden kann.

Folgende Faktoren beeinflussen das Entstehen der Tuberkulose:

1) Der Kontakt, meistens durch das Lehr-oder Dienstpersonal, sehr selten von Kind zu Kind.

2) Der pathologische Faktor, Anergie verursachende Krankheiten.

3) Der soziale Faktor, Wohnung und Ernährung, die in 50—60% der Fälle, in unserem Lande viel zu wünschen übrig lassen.

4) Der Faktor der physischen und geistigen Uebermüdung.

Um die Schulkinder von der Tuberkulose zu schützen, müssen sowohl hygienische als auch ekonomisch-soziale Massnahmen getroffen werden, welche zur Beseitigung der begünstigenden Faktoren führen. Von allerhöchster Bedeutung ist das systematische Aufsuchen der Tuberkulosefälle mit Hilfe der Röntgenuntersuchung und der Tuberkulinreaktion, sowohl bei den Schülern wie auch bei der Lehr-und Dienstpersonal.

Bei den, in den Militärlyzeen durchgeführten Untersuchungen, wurde folgendes festgestellt: das Verhältniss der Allergischen steigt von 38.75% in der ersten Klasse, auf 70,90% in der achten Klasse. In Lyceum von Târgoviște sogar von 27.70% auf 71%. Auf Lungentuberkulose verdachtige röngenologische Befunde wurden in den Militarlyzen, bei denen im ersten Jahr überprüften, in 0.85% getunden hingegen bei denen die im zweiten Jahr überprüft wurden, nur 0.45%. Bei den Schülern in Târgoviște viel das Verhältniss der Verdächtigen von 3.15% im ersten Jahre auf 0.65% im zweiten Jahre.

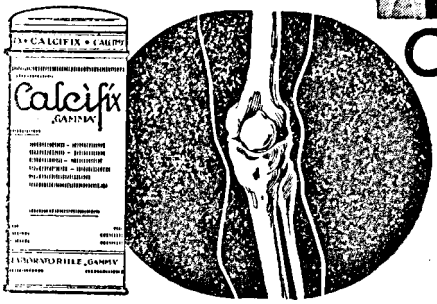
Die kleine Zahl, die von Anfang an in den Militarlyceen gefunden wurde ist sowohl der strengen arztlichen Kontrolle bei der Aufnahme der Schüler, wie auch der nachherigen Ueberwachung und Fehlen aller der Tuberkulose begünstigenden Faktoren, zuzuschreiben.

Die grosse Differenz, bei den Untersuchungen im ersten und zweiten Jahre, beweist klar die grosse Bedeutung der systematischen Röntgenuntersuchungen.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TOATE VÂRSTELE
TOATE TEMPERAMENTELE

SUBCUTAN
INTRAMUSCULAR
INTRAVENOS



Calcifix { GRANULE / FIOLE
„GAMMA"
RECALCIFIANT
REMINERALIZANT
RECONSTITUANT

REPR. p. ROMÂNIA: S. I. F. s. a. r. BUCURESTI, AVRAM IANCU 32

CONSULTATIUNILE DE MEDICINA INTERNA LA „DISPENSARUL SF-TA TREIME" DIN CRAIOVA PE TIMPUL 1937—1940

de

Medic G-ral D-r AUG. VASILESCU

„Dispensarul Sf-ta Treime" din Craiova, este un aşezământ de binefacere, particular. La origină acest dispensar a funcţionat dela 1878 până la 1897 inclusiv, ca spital cu 20 de paturi, în str. Calomfirescu 56, într'un local propriu, întreţinut din fondurile proprii ale Instituţiei; iar dela 1898, desfinţându-se spitalul Ştirbey, s'a creiat actualul Dispensar pentru bolnavii săraci, care funcţionează şi azi în Craiova, str. Bibescu No. 3, în localul propriu al Epitropiei.

Ca local, Dispensarul se compune: 1) Dintr'un vestibul în suprafaţă de 6 metri pe 6 metri, prevăzut cu bănci pentru bolnavii ce aşteaptă rândul la consultaţie. 2) Dintr'un salon de 7,50 pe 6,30 metri, unde se face examinarea clinică amănunţită a fiecărui bolnav, aci se înscrie în registru, odată cu starea civilă a bolnavului şi rezultatul examenului, cu medicaţiunea prescrisă şi cu observaţiuni sumare asupra cazului când prezintă vre-o particularitate demnă de semnalat. Tot aci se află dulapurile cu instrumente şi cu medicamente de primă necesitate şi un cântar de precizie. 3) Un salon de 6,80 metri pe 4,80 metri, unde se află instalate aparatele ultra-violete şi diatermie, precum şi biblioteca cu arhiva Dispensarului. 4) In fine o anexă, unde moaşa Dispensarului de 3 ori pe săptămână, dă consultaţiuni şi tratamente elementare pentru boale de femei.

La acest Dispensar se dau zilnic consultaţiuni de medicină internă, absolut gratuite şi numai pentru bolnavii săraci din populaţia dela ţară şi din oarşe, deasemenea, spre deosebire de alte Dispensare se eliberează gratuit medicamente, agenţi fizici, injecţiuni subcutanate şi intramusculare, etc.

Dispensarul nu posedă instalaţie proprie pentru Radiodiagnostic, iar bolnavii pulmonari şi cardiaci ce necesită acest fel de examinare sunt trimişi Dispensarului Soc. de Profilaxie a Tuberculozei, unde sunt examinaţi gratuit, iar cei cu oarecare dare de mână plătesc o taxă de 60 de lei, din care acel Dispensar preîntâmpină cheltuielile de material instrumentar, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Deasemenea Dispensarul nu posedă un laborator propriu pentru cercetări zilnice, chimice sau biologice şi nici o boxă pentru examenul oto-rino-laringologic şi oftalmologic, deşi posedă instrumentarul adhoc.

Nu se dau consultaţiuni şi tratamente pentru venerici, pentru accidentaţi sau pansamente de urgenţă.

Bolnavii găsiţi la consultaţie că necesită o imediată spitalizare, fie din cauza felului boalei, fie că este un caz de boală contagioasă sau venerică, etc., se îndrumează spre spitalul, sanatoriul respectiv.

Acest Dispensar funcţionează zece luni pe an, lunile de vacanţă fiind rezervate pentru reparaţiuni de întreţinere şi de concediu pentru personal. Consultaţiunile se dau zilnic.

Ca personal, Dispensarul dispune de un medic, un subchirurg, o moaşe, o infirmieră şi o spălătoreasă.

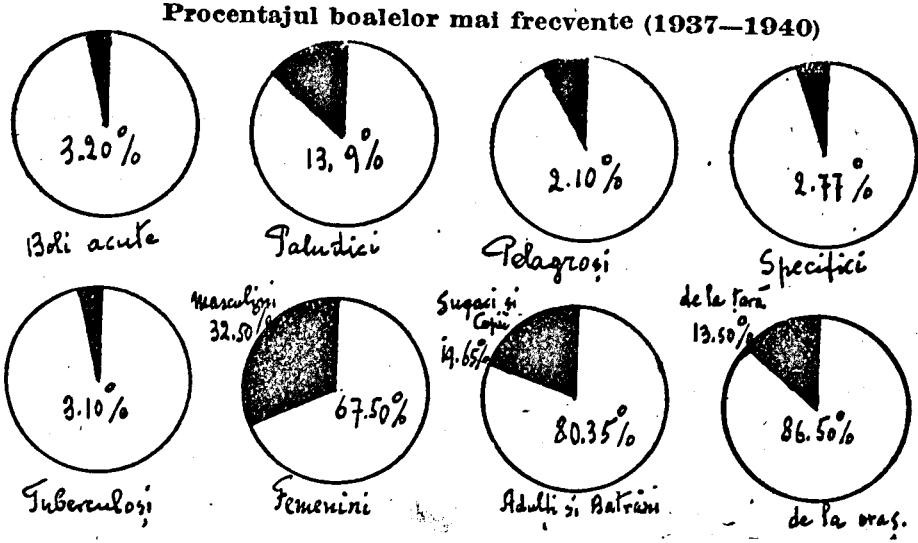
Fiecare bolnav de examinat este desbrăcat în sala de consultaţiuni şi supus unui examen clinic amănunţit, tot aci se examinează tensiunea arterială, greutatea corpului, etc., se înregistrează rezultatul şi se prescrie tratamentul. Examinarea se face dându-se prioritate copiilor şi femeilor. Tot aci se face şi distribuţia şi prepararea sumară a medicamentelor prescrise şi a injecţiunilor date.

In acelaş timp cu executarea consultaţiunilor, în sala cu agenţi fizici, se face aplicarea tratamentului prescris şi în anexă, moaşa examinează şi tratează bolnavele, iar în cazuri speciale, se cere avizul medicului Dispensarului.

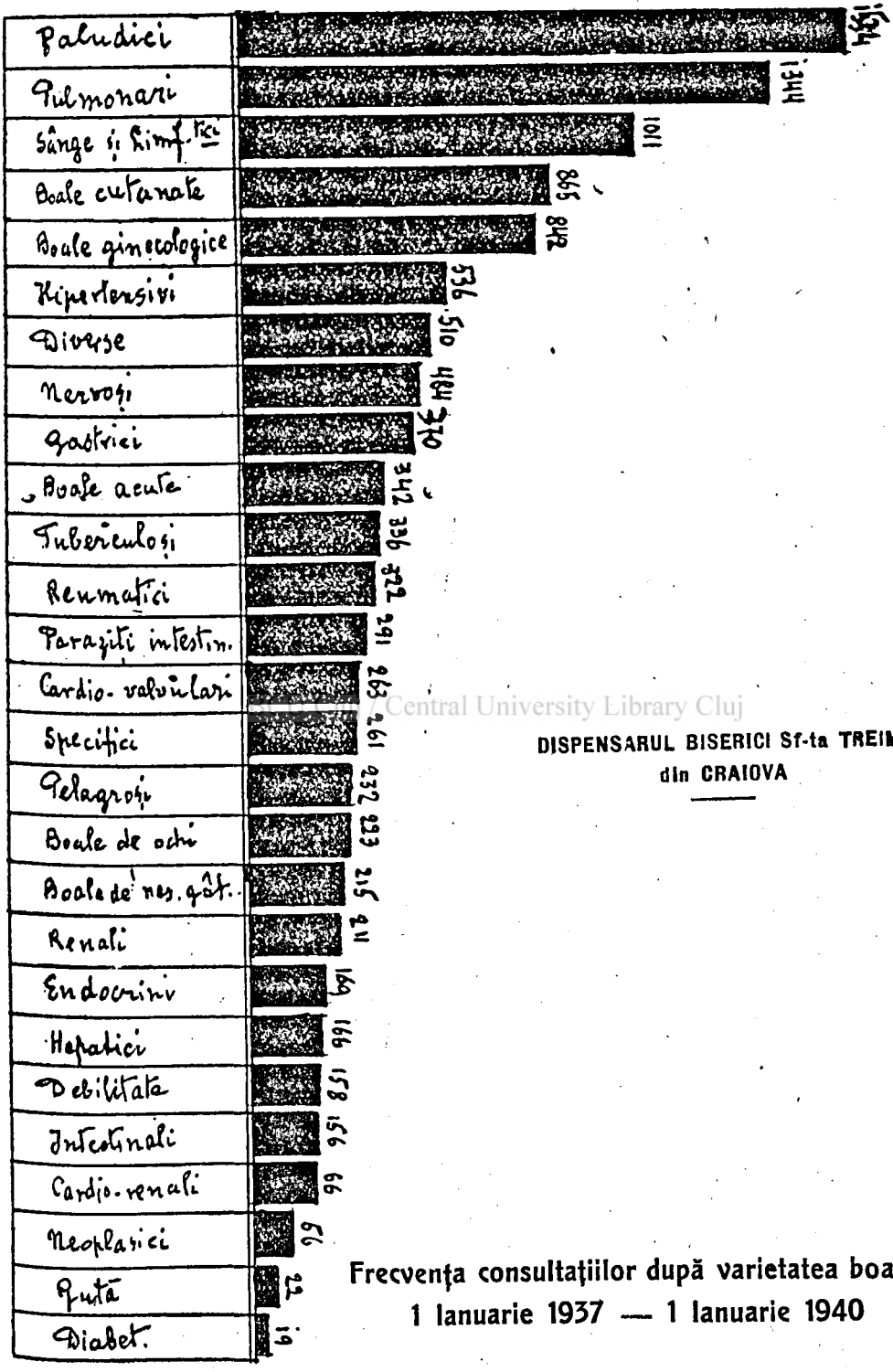
La consultaţiunile noastre se perindă anual un număr foarte mare de copii şi adolescenţi, băieţi şi fete cu leziuni ganglionare, hipotrofici, avitaminozici şi cu leziuni incipiente de tuberculoză ganglionară şi osoasă, etc., apoi mulţi elevi de curs primar şi secundar, etc.

Cei între 7—14 ani sunt supuşi unui triaj medical amănunţit, li se întocmesc fişe personale şi sunt trimişi în contul Epitropiei, câte 20 de fete şi 20 de băieţi, în fiecare an, în colonia de vară la mare.

Procentajul boalelor mai frecvente (1937—1940)



Digitized by Centrul de Cercetări Istorice, Iași



Central University Library Cluj

DISPENSARUL BISERICI Sf-ta TREIME
din CRAIOVA

Frecvența consultațiilor după varietatea boalei
1 Ianuarie 1937 — 1 Ianuarie 1940

DISPENSARUL Sf-ta TREIME
din CRAIOVA

Statistica anuală a consultaţiilor după boale
1937 — 1938 — 1939

Felul boalei	1937	1938	1939	Total
Boale acute şi contagioase	103	134	105	342
Cardio-renali	19	27	20	66
Cardio-valvulari	89	63	111	263
Hipertensivi	171	207	158	536
Renali	66	74	71	211
Pulmonari	486	387	471	1344
Gastrici	200	99	71	370
Intestinali	49	50	57	156
Hepatici	74	49	43	166
Sânge şi Limfatici	354	357	300	1011
Gută	3	4	15	22
Diabet	7	8	4	19
Endocrini	64	57	48	169
Nervoşi	237	139	108	434
Neoplasici	13	21	22	56
Debilitate	103	32	23	158
Tuberculoşi	116	112	108	336
Paludici	457	515	562	1534
Pelagroşi	97	71	64	232
Specifici	94	83	84	261
Boale ginecologice	223	271	348	843
Boale de ochi	72	61	90	223
Boale de nas, gât şi urechi	61	57	97	215
Boale cutanate	329	268	268	865
Paraziţi intestinali	102	104	85	291
Reumatici	104	96	86	292
Diverse	179	141	190	510
Total	3886	2517	3596	10999
Consultaţi ginecologice	722	668	918	2308
Bolnavi de la oraş	2896	2932	3089	8915
» » » ţară	990	585	507	2082

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In afară de aceştia, Epitropia Bisericei ctitoriceşti Sf-ta Treime din Craiova, „Paraclisul Familiei Ştirbey", contribuind în 1927, cu 100.000 lei aur la înfiinţarea Spitalului C. T. C., dela Carmen-Sylva, are dreptul la 2 paturi anual, din acel Spital, pentru tinerii săraci şi cu leziuni de tuberculoză osoasă înaintată. Pentru întreţinerea acestor două paturi, Epitropia contribuie anual cu 50.000 lei.

Intovărăşind prezenta expunere, se găsesc trei tabele statistice numerice pe boale şi pentru fiecare din cei trei ani, se mai găsesc şi trei grafice cu procentajul total al boalelor pe trei ani, cu procentajul cazurilor după sex, etate, localitate şi cu numărul global al aplicaţiilor fizioterapice şi de radiodiagnostic executate în acelaş interval de timp.

In aceşti trei ani de intensă activitate medicală a acestui Dispensar, cifra consultaţiilor a fost de 13.350 sau de circa 4750 — anual, număr în care nu se cuprinde bolnavii ce zilnic vin la aplicaţiuni de raze, de injecţii, de pansamente ginecologice, etc.

Din aceste cifre se vede în mod eloquent munca covârşitoare ce revine singurului medic al Dispensarului.

Acest Dispensar, nu trebue privit ca un simplu centru de triaj de bolnavi, el îşi revendică, graţie felului amănunţit cum sunt examinaţi bolnavii, şi unde multe diagnoşe sunt redresate, şi pe acel de a constitui un mic centru medical, care poate contribui cu folos la îmbogăţirea pregătirei profesionale a multor colegi tineri, care frequentând aceste consultaţiuni ar avea ocaziunea de a se familiariza cu primul contact al bolnavului, văzut şi examinat cu mijloace de investigaţii reduse şi în afara confortului ce au întâlnit ca studenţi în Spitalele bine şi bogat organizate din timpul stagiului şcolaricesc.

Tot aci se întâlnesc ca într'un caleidoscop patologic, cele mai variate cazuri medicale, o varietate şi mai mare după etate, stare materială şi socială, sex, etc., de stadii evolutive a diferitelor boale, şi care pot deştepta numeroase şi întinse investigaţiuni în domeniul statisticei medicale şi în special al boalelor sociale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Astfel dacă privim cu atenţie tabelel statistice lunare şi graficele acestor consultaţiuni, vedem ce mare număr de paludici întâlnim, 13,9%, în al 2-lea rând vin pulmonarii, în care nu sunt cuprinşi tuberculoşii, aceştia din urmă cu un % de 3,10. — Bolnavii din grupă sânge şi limfaticii, apoi cei cu afecţiuni ale pielei, boale de femei, pelagră, etc., iar cei mai slab reprezentaţi: gutoşii şi diabeticii, aceste două grupe formate de bună seamă din bolnavii cu mijloace materiale mai bune, fac parte de bună seamă din clientela medicilor consultanţi practicianl.

Această statistică mai pune în lumină şi faptul că numărul cazurilor ce vin la consultaţii este cu mult mai mare pentru femei 67,50%, faţă de 32,50%, masculinii şi alt fapt ce mai izbeşte, este predominarea ca număr a celor dela oraş 6917 faţă de 2082 de la ţară, deşi la prima vedere s'ar părea contrariul, acest fapt este încurajator pentru noi, căci el arată puterea de rezistenţă a locuitorilor de la ţară şi statorniceşte încrederea noastră în puterea de vitalitate şi de nădejde în destinul Neamului nostru!

Actualul local al Dispensarului urmând a fi dărâmat, aceasta în conformitate cu planul de sistematizare al Municipiului Craiova, Epitropia Bisericei Ctitoriceşt Sf-ta Treiime din Craiova „Paraclisul Fam. Ştirbey", a început clădirea unui local în str. Calomfirescu No. 56, pe teren propriu; clădire care va fi terminată în vara aceasta şi unde va funcţiona dela 1 Octomvrie a. c. şi Dispensarul nostru.

Sperăm şi acesta este unul din dezideratele noastre cele mai modeste, ca pe lângă instalaţiile sanitare moderne, cu care va fi înzestart, să se pună la folosinţa bolnavilor şi o instalaţie de Radiodiagnostic.

Tot în noua clădire s'a prevăzut şi o secţiune de maternitate (casă de naşteri normale), prevăzută cu 4 paturi pentru naşteri normale cu asistenţă gratuită, familiilor sărace.

Ca un prinos de colegială admiraţie şi respect enumăr medici cari au fnucţionat la acest Dispensar dela înfiinţarea lui până azi:

1) Dr. Gh. Stănciulescu şi Dr. Francisc Pohl dela 1898—1906 incl.
2) Dr. I. Măldărescu, actual Prim Epitrop, dela 1907—1920 incl.
3) Dr. I. Augustin dela 1921—1927 incl.
4) Dr. D. Vernescu, dela 1928 la Mai 1932.
5) Dr. T. Nicolin, dela Mai 1932 la 1936 incl.
6) Dr. General A. Vasilescu dela 1937—1940.

Am dat la lumina tiparului aceste lucrări statistice pe timpul de când conduc aceste consultaţii, **sunt primele care s'au publicat în aceşti 42 de ani de existenţă a Dispensarului**, nădăjduesc că ele vor deştepta curiozitatea celor ce se interesează de mişcarea şi asistenţa medicală a bolnavilor din acest Municipiu şi tot deodată ele fac să se cunoască activitatea Dispensarului nostru, unde se lucrează pe tăcute şi cu suflet, aceasta spre binele şi promovarea Neamului nostru.

COMPRIMATE: un tub = 15/1000 U. S.

GYNOFOLIN intern: pentru copii debili născuţi înainte de termen.

GYNOFOLIN extern: pentru aplicaţiuni cutanate (acnee vulgaris, acnee juvenilis, pruritus vulvae, pruritus senilis).

Reprezentant ştiinţific p. România: „S. I. F." s. a. r.
Bucureşti IV, Str. Avram Iancu 32, Tel.: 5 51 51

DIE PĂDIATRE MEINER ZEIT

von

ADALBERT CZERNY

Berlin, Spinger 1939, pag. 124.

Amintirile unei vieţi de om, bogate în fapte şi realizări sunt întotdeauna interesante; cu atât mai preţioase sunt ele însă atunci când sunt publicate de către o autoritate şi un savant de talia Prof. **Czerny.** Începutul carierii sale profesionale coincide cronologic cu timidele debuturi ale pediatriei ca ştiinţă aparte, iar activitatea sa prodigioasă ştiinţifică şi clinică şi a şcoalei sale, reprezintă unele dintre cele mai glorioase pagini ale pediatriei în permanentă devenire şi ascenziune. Pornind din Praga, trecând prin Breslau şi Strassbourg şi până la Berlin a risipit cu multă generozitate roadele folositoare ale unei munci entusiaste. Fost asistent al Prof. **Epstein,** apoi al clinicei lui **Kaulich** a venit în contact cu noi născuţii şi sugarii, şi cu materialul infantil dela policlinică consultat în cele două mici camere. Ca fost asistent la Institutul de istologie pe lângă fiziologul **S. Meyer,** a făcut o bună şcoală pregătitoare pentru pediatrie. Găseşte ca fiind utile pentru un pediatru specialitatea de clinică medicală de oto-rino-laringologie şi de ortopedie, (aceasta din urmă pentru a putea pune indicaţia intervenţiilor la timp). Pentru formarea pediatrilor cu ambiţie şi mai mare, mai recomandă anatomia patologică şi istologică, chimia fiziologică şi bacteriologia.

Sunt pline de interes constatările făcute cu privire la Instituţiile care purtau numele clinici infantile, spitale de copii şi ambulatorii, şi observaţiunile făcute referitor la literatură, manuale, monografii şi reviste cu privire la specialitatea pediatriei. Clinicele austriace au provenit din spitalele de copii şi aceste produse ale unor fundaţiuni private şi subvenţionate de către Stat pentru a putea servi şi scopul instrucţiunii. Sugarii nu au fost admişi, iar la intrarea în spitalul Kaiser Franz-Ioseph Kinder-spital" din Praga, ce servea drept clinică, figura o inscripţie în sensul că „sugarii pot fi primiţi numai în cazuri excepţionale, şi numai cu aprobarea specială a directorului". Sugarii au fost

tratați numai la ambulatorii, ori, după cum au fost numite mai târziu la policlinici. Este scoasă în evidență primitivitatea atât a clinicilor cât și a policlinicelor. Durata consultațiunilor la policlinică a fost limitată indiferent de numărul mic ori mare al copiilor aduși, aproximativ 50—100, cari trebuiau tratați în timp de 1—2 ore. Ele mai aveau inconvenientul că nu erau ținute de către medicul cel mai experimentat, ci de către un începător. Frecvența mare prindea bine în raportul de activitate. In condițiuni mai potrivite. Prof. **Czerny** a văzut în policlinici locul unde putea fi tratată populația infantilă săracă și unde puteau să fie formați și medicii de specialitate, precum și viitorii medici fără a augmenta la infinit efectivul clinicelor.

Fiind chemat la Breslau, a înființat o policlinică cu o sală de așteptare pentru aproximativ 100 persoane, cu 6 camere de consultații, unde activau 6 doctori; timpul de consultare era nelimitat, evitându-se supraaglomerațiile și acordându-se răgazul necesar unei examinări și unui tratament mai temeinice. Schematizarea a fost înlăturată. Nu a văzut pericolul contaminărilor în policlinici. Bolnavii cu nefrită hemoragică dacă nu aveau edeme erau lăsați să umble fără să fie reținuți în pat. Sugarii și copii mai mari, bolnavi de pneumonie și aduși la policlinică erau salvați într'o proporție foarte mare, în timp ce cei internați în clinică sucombau aproape cu toții; un motiv care a pus problema aeroterapiei în afecțiunile pulmonare. Copii internați în clinică cu angioame, ori buză de epure, în timp ce afară se desvoltaseră bine, în clinică au evoluat mai puțin bine, rezultând de aci constatarea că starea de nutriție este în funcție și de alți factori inafară de valoarea calitativă și cantitativă alimentației. Dela tratamentul rachitismului cu untură de pește cu fosfor, nu a văzut vindecări decât în cazurile mai ușoare.

Prof. **Czerny** a consultat cu mult interes literatura franceză, care dispunea de „opere excelente în domeniul afecțiunilor sugarilor", așa manualele lui **Bouchut, Rilliet** și **Barthez** și **Parrot**, cari i-au servit la introducerea în studiul pediatriei, citând și cele două reviste franceze „Revue mensuelle" căreia i-au succedat „Archives"-ele pentru maladiile copilăriei.

In Germania se cunoștea numai manualul lui **Henoch**, despre boalele copiilor. Tot aci exista o singură revistă și aceasta fondată în Austria. Patru decenii mai târziu existau deja 6 reviste. A doua revistă era „Archiv für Kinderheilkunde" fondată de **Baginski** care nu se înțelegea prea bine cu colegii săi. Cu timpul ea a devenit revista preferată a pediatrilor vienezi. Această revistă nu apărea la termeni fiși, ci când avea material suficient de publicat. A 3-a revistă a fost „Monatsschrift f. Kinderheilkunde" fondată de **Keller** și actualmente sub conducerea Prof. **Bessau**. A 4-a revistă a fost „Zeitschreft f. Kinderheilkunde" după **Heubner**, un bastion împotriva revistei „Jahrbuch"; și publică numai lucrări originale. A 5-a revistă a fost „Zentralblatt f. Kinderheilkunde" rezervată numai referatelor. Cea de a 6-a revistă este „Kinderärztliche Praxis".

Inafară de **Henoch**, a mai publicat un manual și **Baginski**. A urmat manualul în două volume a lui **Heubner** scris din experiența

personală a autorului. Manualul lui Birk a corespuns mai bine cerinţelor studenţeşti şi ale candidaţilor la examen. Bendix a scris un manual ce servea acelaş scop, şi care s'a bucurat de multă apreciere în Scandinavia. Au urmat apoi manualele scrise de mai mulţi autori („Sechs-Männer-Bücher") aşa cel publicat de Feer; apoi a lui Degkwitz, Eckstein, Freudenberg, György şi Rominger; şi a lui Pfaundler-Schlossmann.

Directorul ministerial Althoff a invitat pe Czerny la Breslau pentru combaterea mortalităţii sugarilor, deoarece formânduse într'un azil de copii şi-a câştigat cunoştinţe deosebite în acest domeniu („Das ich nach meiner Ausbildung in einer Findelanstalt besondere Kennthisse auf diesem Gebiete auf zu weisen habe, so sagte Althoff, müsste ich der richtige Lehrer für Deutschland sein...").

Cifra mortalităţii infantile din clinica infantilă din Praga (Azilul de copii) a fost în mod considerabil augmentată prin noui născuţi şi sugarii sosiţi dela clinicele obstetricale şi clinicele de moaşe. Imbolnăvindu-se grav încă din 1-a ori a 2-a zi după sosire de turburări gastro-intestinale grave sucombau pela sfârşitul primei săptămâni, cu toate că erau hrăniţi numai cu lapte de mamă. Traumatismele obstetricale erau destul de frecvente, în funcţie de o fracţiune numai a personalului medical asistent. Conducătorul unei clinici de moaşe suprimând instilaţiile profilactice ale lui Credè, a produs o adevărată explozie epidemică de oftalmie purulentă gonococică a noilor născuţi, din care motiv a trebuit să se procedeze împotriva lui pe cale disciplinară pentru reîntronarea sistemului. Epstein a recomandat şi instilaţiile profilactice vaginale fetiţelor născute în prezentaţie podalică ori pelviană. Toţi sugarii erau alimentaţi natural cu lapte de mamă pentru a combate marea mortalitate. Pe vremuri nu erau stenoze pilorice din cauza schimbului de doice, Prof. I. Czerny văzând în unele sorte de lapte de mamă, cauze provocătoare de vărsături. Sugarii erau alăptaţi din 2 în 2 ore, de aici regurgitaţiile şi dictonul de „Speikinder Gedeihkinder". Prelungirea alăptării la sân pentru întreg primul an al vieţii îşi găseşte explicaţia în teama de alimentaţia artificială făcută la intervaluri din 2 în 2 ore. Prof. I. Czerny a preconizat prânzurile din 4 în 4 ore, de 5 ori în 24 h, sistem care azi a pătruns în practica zilnică. Nu se găseşte de important ca noul născut să ingereze la început colostru.

Prof. Czerny trecând la Breslau şi-a instalat clinica şi policlinica într'o casă închiriată având o policlinică, o secţie cu 16 paturi şi laboratoare. In aceste condiţiuni a lucrat timp de 6 ani până la clădirea nouii clinici, demonstrând în acelaş timp că se poate munci cu rezultat, chiar şi în cele mai modeste condiţiuni. Nu consideră că rezultatele sunt în funcţie de dimensiunile şi frumuseţea institutului, ci de prezenţa omului care lucrează acolo. („Ich lege Gewicht darauf, gezeigt zu haben, dass sich auch unter so bescheidenen Verhältrissen erfolgreich arbeiten lässt. Nicht auf die Grösse und Schönheit der Anstalt, sondern auf die Menschen, die dort arbeiten, kommt es an", pag. 41).

Pediatria cuprinde pe copil dela naştere şi până la pubertate. Pe timpul sosirii Prof. Czerny la Breslau, o clinică infantilă trebuia

să aibă o secţie pentru sugari, o secţie pentru copii mai mari, o secţie pentru bolile infecţioase şi o policlinică. Autorul a mai cerut şi o secţie pentru tuberculoşi. Mai târziu s'a făcut simţită încă o secţie pentru copii anormali mintali ori medico-pedagogică, fondată la Viena de către **Escherich** şi după el de către **Pirquet**. **Czerny** a fost împotriva unei secţii cihrurgicale în opoziţie cu concepţia lui **Bókay**. Autorul s'a ocupat în primul rând de dispoziţia unor copii pentru boale şi de anomaliile constituţionale studiate de către autorii francezi sub denumirea de diateză artritică ori uratică, individualizând sindromul de diateză exudativă. Autorul a fost acela care cu vre-o 10 ani înaintea autorilor americani, cari au încercat ficatul în tratamentul anemiei pernicioase, a întrebuinţat ficatul în terapeutica alimentară a diatezei uratice. Pentru a produce o orientare competentă în hausul diferitelor preparate alimentare recomandate de către unii şi combătute de către alţii în alimentaţia artificială a sugarilor s'a preconizat de către **Biedert** înfiinţarea unui institut model, unde să lucreze medici competenţi şi a căror opinie să fie sentinţă de casaţie. Propunerea a fost acceptată de către „Societatea de pediatrie", care însă a exclus pe **Biedert**. A luat fiinţă „Keiserin-Auguste-Victoria-Haus" din Berlin, pusă sub protectoratul împărătesei şi a domnilor săi de onoare dela curte. După Prof. Czerny, edificiul la exterior a fost un palat, la interior în schimb un leagăn de sugari rău construit, unde s'a demonstrat cum pot fi salvaţi un număr mic de sugari cu multe parale („in dem gezeigt wurde wie man mit sehr viel Geld wenige Säuglinge erhalten kann").

Prof. **Czerny** crede că mortalitateaa infantilă din Germania ar fi scăzut tot atât de bine şi fără ca acest institut să fi existat.

Urmează altte adevăruri crude. Prof. **I. Czerny** este pentru separarea complectă a pediatriei de ocrotirea infantilă, de acord fiind cu **Hutinel**, din cauză că pediatrii nu pot lua răspunderea pentru incompetenţa conducătorilor operelor de ocrotire. Medicii şcolari trebuesc bine formaţi din punct de vedere al pediatriei. Cele două preocupări principale ale medicilor de igienă şcolară în trecut, au fost: băncile şcolare, şi anemia şcolarilor. Aceasta din urmă fiind în realitate o anemie aparentă numai (paliditatea). Autorul nu crede că există o supraîncărcare de programă şcolară, ci numai copii cari nu se pot adapta la cerinţele şcoalei normale. Este de părere ca căminele de sugari să fie conduse numai de pediatri şi ca fiecare medic să poată vaccina. Congresele „Societăţii de pediatrie" nu au fost la înălţime. Consideră ca fiind de prisos congresul de pediatrie preventivă şi contestă nevoie congreselor internaţionale de pediatrie. Singurul scop bun al lor este că medicii au putinţa să se cunoască („Man lernt sich kennen"). Recenzia de faţă este prea vastă şi totuşi nu a fost în situaţia să redea toate ideile preţioase şi experienţa utilă din lucrarea marelui învăţat, care spune lucrurile pe nume, chiar şi atunci când aceasta ar fi neplăcut unora şi chiar şi când spusele sale ating anumite susceptibilităţi. Eclipsele de colegialitate nu odată sunt puse la locul lor; eliminarea unor elemente capabile din organizaţiuni importante şi creearea unor instituţiuni impunătoare ca aspect, dar de un randament foarte contestat, sunt subliniate cu sinceritatea savantului plin de curaj. Atragem atenţiunea publicului nostru medical

asupra acestei publicaţiuni extrem de interesantă, îndeosebi azi, când se elaborează planuri de organizare pentru combaterea marei mortalităţi infantile din ţara noastră şi când realizatorii au rezultatul experienţei unui trecut plin de creaţiuni fericite care trebue să ne dispenseze de preconizarea unor încercări asupra cărora s'a pronunţat deja sentinţa de casaţie.

Doc. Universitar D-r Axente Iancu
Inspector General Sanitar Cluj

* * *

SUPPURATIONS BRONCHIQUES, PULMONAIRES, PLEURALES ET MEDIASTINALES

par

EMILE SERGENT

Paris 1940, Masson et Cie.

Profesorul Sergent reformatorul medicinei supra-diafragmatice şi a tuberculozei pulmonare a căutat să concentreze într'un volum partea rezervată supuraţiunilor aparatului respirator.

Cartea sa apare înainte de luna lunie 1940 şi are ca scop nu numai de a transmite generaţiilor care vor veni, cunoştinţe de patologie respiratoare, ci şi fructul unei experienţe personale. In adevăr nimene mai mult ca profesorul Sergent nu posedă în materie de patologie respiratoare o experienţă mai vastă. Acest mare savant a asistat la începuturile radioscopiei pulmonare datorite lui Béclère. El a căutat să o aplice în numeroasele cazuri în timpul războiului mondial şi să facă din serviciul său de la Charité un centru important de exploraţiune pleuro-pulmonară.

Dar, mai mult, profesorul Sergent a căutat să asocieze chirurgia la terapeutica pleuro-pulmonară, realizând astfel previziunile lui Gluck care este considerat ca părintele chirurgiei endotoracice.

Profesorul Sergent arată cum chirurgia pulmonară a profitat de experienţa războiului trecut şi de colaborarea din ce în ce mai strânsă între medici şi chirurgi, după cum s'a întâmplat şi cu apendicita, maladie medicală la început, devenită apoi chirurgicală.

Cu ocazia ultimei lecţiuni ţinute de profesorul Sergent la Spitalul Broussais-Charité, din Paris îmi vorbea de intenţiile de a concentra într'o lucrare tot ce a adunat ca material clinic pentru problema supuraţiilor pleuro-pulmonare.

Această carte apare la sfârşitul primăverei anului 1940. Ea poate fi cetită cu folos nu numai de medici dar şi de chirurgi. Azi, nu se mai discută colaborarea între medici şi chirurgi, nici nevoea de a avea un serviciu chirurgical într'un serviciu de maladii pulmonare.

Cartea profesorului Sergent, rezervată supuraţiilor pleuro-pulmonare, reprezintă o etapă a mersului progresiv al medicinei şi o recunoaştere a infailibilităţii ca tratament, cel puţin în unele cazuri, a chirurgiei supra-diafragmatice, propusă de Tuffier, Pierre Duval şi alţi chirurgi din multe ţări.

După considerații generale, atât de prețioase, autorul tratează cu o competență deosebită diagnosticul localizărilor, supurațiilor în bronșii, plămân, pleoră și mediastin.

Capitolul rezervat supurațiilor pulmonare și clasificarea abcesselor este cea mai perfectă punere la punct pe care o putem semnala.

Reputația mondială a marelui clinician francez precum și calitatea lucrărilor sale de mult afirmată n'ar justifica recomandarea pe care o fac.

Din cauza vremurilor excepționale pe care le străbatem s'ar puputea ca lucrarea profesorului Sergent să treacă neobservată.

De aceea am căutat să semnalez o carte, care neconsultată, ar putea pentru unele cazuri să constitue o lacună regretabilă.

Agregat Emil Gheorghiu

* * *

LUMBAGO, SCIATICA și ALTE CÂTEVA BOLI REUMATISMALE

de

Docent D-r IOAN STOIA și D-r HEDA I. STOIA

Editura Librăriei Jean Leon, București.

In această epocă de prefaceri a unei lumi, care își baza tot sistemul său de funcționare pe o erarhizare a valorilor, după un principiu care era în floare în epoca bizantină, popoarele spectatoare își duc o viață tot așa de agitată și chinuitoare ca și cei care își dăruesc sângele să apere un principiu de vieață pe care și l-au impus sau care le-a fost impus.

Observatorul obiectiv al activităților colective și individuale își dă imediat seama, că o muncă spirituală, ordonată, nu își mai poate avea mediul favorabil în aceste timpuri. Pentru a putea creea, pentru a te putea concentra cu mintea asupra unei idei, după urma căreia colectivitatea să câștige, pretinde un efort așa de mare încât, prin el însăși cere o elogiere și admirație.

Docent D-r I. Stoia și D-r Heda I. Stoia se așează în această restrânsă categorie de oameni și s'au continuat opera de creație dând la iveală o foarte explicită lucrare asupra **„Lumbagoului, sciaticei și altor câteva boli reumatismale"**.

Meritul acestei lucrări stă în primul rând în faptul că pe baza unei foarte bogate documentări, se caută a se lămuri, ceeace s'a denumit **„lumbago"** și **„sciatică"**.

Contra așteptărilor, popularizarea acestor două nume nu se bucură de o corespunzătoare claritate în lumea științifică. Autorii și-au impus această operă migăloasă. Sistematizând lucrările anterioare, au căutat să lumineze problemele acestea prin noțiuni de anatomie și fiziologie, insistând deasemeni îndeosebi asupra delicatelor probleme etio-patologenice. Rămânând, pe cale de eliminare documentară și logică, la părerea lui De Seze, autorii adoptă concepția că **„sciatica este o complicație a boalei denumită lumbago"**.

Lucrarea ar fi avut o valoare mai redusă, dacă s'ar fi ţinut seama numai de o operă de sintetizare a cercetărilor anterioare. Autorii însă i-au adus drept suport de seriozitate didactică, o bogată contribuţie personală şi rezultatele personale în domeniul clinicei şi terapeuticei. Radio-terapie, balneo-terapie, chimi-terapie, ca şi toate celelalte mijloace terapeutice care îşi au valoarea lor, legată direct de cauza provocatoare, au fost expuse la fiecare capitol, cu obiectivitate, clar şi documentat statistic. După studiul amănunţit al „Lumbago"-ului şi „Sciaticei", autorii expun problemele altor chestiuni anatomo-clinice, legate de noţiunea — reumatism. — Prin acestea amintesc: **reumatismul extraarticular, reumatismul muşchiular, periartrita scapulo-humerală, cavitatea articulară şi conduita sa terapeutică, reumatismul primar cronic progresiv, maladia lui Bechterew**, etc.

Două din capitole reprezintă un interes particular. Este vorba de **„factorul endocrinian şi bolile reumatismale"** şi **„rolul sistemului vascular în maladiile reumatismale"**. Deşi restrânse, aceste două capitole sunt de o importanţă covârşitoare tocmai prin faptul că îndrumează marile probleme ale boalelor de uzură, spre substratul intim al însăşi vieţii. Sistemul vascular este generatorul unic anatomic şi funcţional al tuturor celorlalte ţesuturi şi organe şi este firesc că o problemă de patologie nu se poate înţelege decât prin analiza şi înţelegerea cât mai deplină a marilor procese de schimbări vitale care se petrec la nivelul celulei. Schimburile de nutriţie, de armonie chimică şi humorală între sânge şi ţesuturi, rămâne criteriul cel mai drept, după care trebue studiat în patologie. Cum însuşi aparatul vascular este guvernat el însăşi de sistemul glandular endocrin, studiul raportului dintre diferite afecţiuni şi aceste glande este o necesitate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spre a-şi încheia deosebit de interesanta lucrare, autorii pun şi problema de actualitate a reumatismului de războiu şi îngrijirea în timp de războiu a reumatismului. Numai citind, te poţi lămuri cum problemele cele mai neînsemnate în aparenţă pot avea urmări dintre cele mai mari şi supărătoare în realitate.

O bogată bibliografie şi un rezumat în limba germană şi franceză complectează această emerită lucrare.

A mai recomanda medicilor sau publicului autorii şi lucrarea, ar fi o inutilitate. Creatorii şi creaţiile anterioare sunt deopotrivă de apreciate şi cunoscute, spre a da valoarea deplină noului opus.

D-r V. M. Plătăreanu

Regulamentul legii pentru organizarea şi funcţionarea Colegiului medicilor

Art. 1. — Colegiul medicilor este organul oficial care reprezintă interesele profesiunii medicale, asigură propăşirea acestei profesiuni şi păstrează prestigiul ei în cadrul vieţii naţionale de Stat şi în armonie cu interesele superioare ale naţiunii.

Colegiul medicilor este persoană juridică de drept public şi cuprinde pe toţi doctorii în medicină şi chirurgie, domiciliaţi în ţară şi autorizaţi să practice profesiunea medicală.

Colegiul medicilor are sediul în Bucureşti. Birourile Colegiului vor funcţiona după orariul oficial de serviciu al Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

CAPITOLUL I

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Atribuţiuni

Art. 2. — Colegiul medicilor are ca atribuţiuni principale:

a) De a veghia la aplicarea legilor şi regulamentelor care organizează şi reglementează exerciţiul profesiunii, precum şi la respectarea principiilor de deontologie medicală;

b) De a sprijini orice acţiune de ridicare şi de progres a culturii medicale;

c) De a stabili norme pentru reglementarea onorariilor şi a fixa minimum de retribuţiuni pentru medicii care sunt angajaţi de instituţiuni particulare;

d) De a arbitra la cererea părţilor diferendele dintre medici şi instituţiunile particulare sau particulari;

e) De a creea şi sprijini instituţiuni de prevedere şi asistenţă pentru medici şi familiile lor;

f) A colabora cu autorităţile de resort la rezolvarea problemelor sanitare, în care are competinţa tehnică.

CAPITOLUL II

Inscrierea în colegiu

Art. 3. — Numai doctorii în medicină şi chirurgie civili sau militari, având dreptul de liberă practică, potrivit legilor în vigoare, înscrişi în colegiul medicilor şi la curent cu plata cotizaţiilor, vor putea exercita profesiunea medicală.

Sunt obligaţi de a se înscrie în colegiul şi medicii funcţionari publici, chiar dacă prin legile lor organice sunt opriţi de a face clientelă particulară.

Contravenienţii la dispoziţiunile de mai sus, în afară de sancţiunile prevăzute de legile speciale, vor fi pedepsiţi conform art. 589 din codul penal.

Art. 4. — Inscrierea se face la sediul secţiunii judeţene a Colegiului, unde solicitantul doreşte a exercita profesiunea, imediat după obţinerea liberei practice sau după numirea în funcţiune.

Comitetul judeţean, primind cererea de înscriere, este obligat a o rezolva în cel mult 30 zile.

Deciziunile vor fi afişate la sediul Colegiului şi se vor comunica indivi-

dual, cu dovadă de primire sau prin scrisoare recomandată, celor interesaţi.

Contestaţiunile la înscrierea şi apelurile contra deciziunilor comitetului judeţean vor fi făcute în termen de 10 zile libere dela publicare în caz de contestaţie sau dela comunicare în caz de apel.

Apelurile şi contestaţiile împreună cu dosarele respective se vor înainta în termen de 5 zile comitetului executiv.

Comitetul executiv este obligat a rezolva contestaţiile şi apelurile în cel mult 30 zile dela primirea dosarului.

Hotărîrile comitetului executiv sunt definitive şi executorii.

Ele vor fi motivate şi se vor putea ataca cu recurs la Inalta Curte de Casaţie, care va judeca şi în fond.

In caz de nerezolvarea cererilor, contestaţiilor sau apelurilor, de către comitetul judeţean sau comitetul executiv, în termenele prevăzute mai sus, cei interesaţi vor avea dreptul să se adreseze imediat instanţei superioare, care va judeca în apel sau recurs, după caz, pronunţându-se asupra însuşi fondului.

Art. 5. — Pentru a fi înscris în Colegiul medicilor se cer următoarele condiţiuni:

a) Cetăţenia română;

b) Exerciţiul drepturilor civile;

c) Diploma de doctor în medicină şi chirurgie şi autorizaţiunea de liberă practică eliberată de autoritatea în drept;

d) Să nu se găsească în vreunul din cazurile de nedemnitate sau incompatibilitate, prevăzute în legea şi regulamentul de organizare al colegiului.

Dovada îndeplinirii condiţiunilor dela punctele de mai sus, se vor face pe baza de acte prezentate personal la sediul secţiunii judeţene odată cu cererea de înscriere.

CAPITOLUL III

Incompatibilitatea şi nedemnitatea

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Art. 6. — Exerciţiul profesiunii de medic este incompatibil cu:

a) Profesiunea de comerciant;

b) Profesiunea de farmacist;

c) Orice profesiune de natură a aduce o ştirbire demnităţii profesionale de medic.

Art. 7. — Sunt nedemni de a practica profesiunea cei condamnaţi la pedepse ca autori sau complici, pentru delicte şi crime faţă de care legiuitorul a prevăzut, în mod expres pe lângă pedeapsa principală şi degradarea civică sau interdicţia corecţională.

CAPITOLUL IV

Drepturile şi obligaţiunile membrilor

Art. 8. — Membrii Colegiului se bucură de toate drepturile şi prerogativele conferite medicilor prin legile sanitare şi regulamentele de organizare a profesiunii medicale.

Ei vor avea o carte profesională şi vor putea purta insignă.

Art. 9. — Membrii colegiului sunt obligaţi:

a) Să se conformeze dispoziţiunilor legilor şi regulamentelor în vigoare;

b) Să se supună deciziunilor organelor stabilite prin legea pentru organizarea Colegiului medicilor şi regulamentului ei de aplicare;

c) Să observe în orice împrejurare regulele de disciplină şi colegialitate profesională;

d) Să achite regulat cotizaţiunile stabilite de organele Colegiului;

e) Să exercite în mod obişnuit profesiunea lor, numai în localitatea unde îşi au domiciliul lor real.

Se exceptează medicii balneologi în staţiunile balneare şi cazurile de consult medical.

CAPITOLUL V

Organizare

Secţiunea I

Dispoziţiuni generale

Art. 10. — Colegiul medicilor este împărţit şi organizat pe judeţe.

Toţi medicii cu dreptul de liberă practică din cuprinsul unui judeţ înscrişi în colegiu alcătuesc secţiunea judeţeană respectivă, cu sediul în capitala judeţului.

Art. 11. — Pentru coordonarea activităţii secţiunilor judeţene, unitatea de conducere şi exercitarea atribuţiunilor de for apelativ, Colegiul medicilor are organizare centrală, cu sediul în Capitala ţării.

Secţiunea II

Organe regionale (judeţene)

Art. 12. — Organele de conducerea administraţiei, control şi disciplină ale secţiunei judeţene sunt:

a) Adunarea generală;
b) Comitetul judeţean;
c) Comisiunea de disciplină;
d) Comisiunea de control financiar.

Art. 13. — Adunarea generală se compune din totalitatea membrilor secţiunei judeţene respective.

Ea se întruneşte odată pe an, în sesiune ordinară în cursul lunei Septemvrie şi în sesiunea extraordinară, ori de câte ori nevoia va cere, la convocarea preşedintelui secţiunei sau locţiitorului său.

Membrii vor fi înştiinţaţi cu 15 zile înainte de data adunării prin ziare şi anunţ la sediul respectiv.

Pentru sesiunile extraordinare termenul de mai sus se poate reduce la 3 zile.

Ea este legal constituită, dacă la prima convocare vor fi prezenţi jumătate plus unul din membrii care compun secţiunea.

In caz când nu s'ar întruni acest număr, a doua adunare generală, se va ţine fără vreo altă convocare în a 8-a zi dela data celei precedente şi va fi valabil constituită cu orice număr de membri prezenţi.

Biblioteca Centrală Universală "Carol I" Iaşi

Art. 14. — Adunarea generală are următoarele atribuţiuni:

a) Alege din sânul său, prin vot secret şi cu majoritatea absolută comitetul judeţean şi pe membrii comisiunii disciplinare şi ai comisiunii de control; medicii aleşi vor face parte numai din comitet sau numai din una din cele două comisiuni;

b) Examinează darea de seamă prezentată de comitet şi aproba gestiunea financiară a acestuia, dând descărcarea cuvenită.

Art. 15. — Comitetul judeţean se compune dintr'un preşedinte şi un număr de membri, toţi aleşi de adunarea generală pe termen de 3 ani şi în proporţia următoare:

Secţiunile cu 1—200 membri vor avea 4 membri şi un supleant.
Cele cu 201—500 membri vor avea 6 membri şi 2 supleanţi.
Cele cu 501—1000 membri, vor avea 8 membri şi 3 supleanţi.
Cele cu mai mult de 1000 membri, vor avea 10 membri şi 4 supleanţi.

Dintre aceştia, cel puţin preşedintele şi 2 membri vor fi aleşi dintre medicii domiciliaţi în Capitala judeţului.

Când se vor înscri mai puţin candidaţi decât numărul legal pentru constituirea comitetului, cei înscrişi se vor declara aleşi fără a se mai proceda la vot, de către biroul electoral, iar completarea locurilor vacante se va face prin cooptarea dintre membrii secţiunii judeţene care împlinesc condiţiunile legale.

Art. 16. — Comitetul are următoarele atribuţiuni:

a) Primeşte şi rezolvă cererile de înscriere şi de transferare dintr'o secţiune în alta;

b) Întocmeşte tabloul membrilor secţiunii şi îl ţine la curent; şterge din controale numărul celor decedaţi sau ai celor care au pierdut dreptul de a profesa, aducând la cunoştinţă Comitetului executiv al Colegiului schimbările sur-

c) Exercită controlul practicei medicale în cuprinsul judeţului şi veghează la păstrarea prestigiului profesional, luând măsurile ce va crede de cuviinţă ca primă instanţă;

d) Administrează bunurile colegiului date în folosinţa secţiunii judeţene; întocmeşte bugetul şi l execută conform aprobării consiliului superior;

e) Aduce la îndeplinire deciziunile Consiliului superior al Colegiului;

f) Formulează propuneri în chestiunile care interesează bunul mers al profesiunii şi le înaintează spre examinare şi deciziune consiliului superior;

g) Dă dispoziţiuni şi încasează cotizaţiile dela membrii săi, fie la sediul colegiului, fie la domiciliul membrilor;

h) Dispune trimiterea a 50% din încasările totale dela membrii săi, comitetului executiv;

i) Poate angaja un secretar administrativ şi acorda ajutoare, dacă fondurile comitetelor judeţene permite asemenea cheltuieli.

Art. 17. — Comitetul se întruneşte în mod obligatoriu odată pe lună şi ori de câte ori preşedintele o cere.

Numărul minimum al membrilor cu care se poate lucra este de 3 pentru secţiunile cu 4 membri, de 4 pentru secţiunile cu 6 membri, de 5 pentru secţiunile cu 8 membri şi de 6 pentru secţiunile cu 10 membri.

Membrii supleanţi vor fi convocaţi la toate şedinţele comitetului şi vor înlocui titularii care lipsesc.

Deciziunile se iau cu majoritatea membrilor prezenţi. Votul preşedintelui este hotărîtor în caz de paritate.

Art. 18. — Comitetul va discuta şi va hotărî asupra tuturor chestiunilor care sunt la ordinea zilei. Comitetul poate discuta şi poate da avizul asupra tuturor chestiunilor care privesc interesele profesiunii medicale, drepturile şi datoriile, precum şi demnitatea şi reputaţia acestei profesiuni. De asemeni va putea să-şi dea avizul asupra problemelor de sănătate publică pe care poate să-l aducă la cunoştinţa Ministerului Sănătăţii. Copia procesului-verbal al fiecărei şedinţe se înaintează comitetului executiv.

Art. 19. — Preşedintele sau în caz de împiedicarea acestuia, înlocuitorul său, reprezintă secţiunea judeţeană a colegiului, stabileşte câmpul de activitate a membrilor colegiului şi supraveghează activitatea lor profesională.

El fixează şedinţele comitetului, precum şi adunarea generală a secţiunii Colegiului medicilor, prezidează aceste şedinţe şi pune în execuţie deciziunile luate.

Art. 20. — Membrii comitetului judeţean al colegiului sunt obligaţi a asista la şedinţele comitetului. In caz de împiedicare trebuesc să arate motivele lipsei lor.

Art. 21. — Mandatul de membru al comitetului încetează de drept, dacă titularul se găseşte în vreunul din cazurile de nedemnitate sau incompatibilitate, prevăzut de art. 6 din lege.

In asemenea cazuri vacanţa se completează prin cooptarea unui nou membru.

Art. 22. — Comitetele judeţene sunt obligate să dea la cerere informaţiuni autorităţilor de Stat din sectorul lor şi să sprijine activitatea acestor autorităţi.

Art. 23. — Membrii comitetului care vor lipsi nejustificat dela 5 şedinţe consecutive, vor fi consideraţi ca demisionaţi.

Vacanţele produse în orice mod în comitet între membrii comitetului se vor completa pentru restul timpului cât durează mandatul.

Art. 24. — Gestiunile secţiunilor colegiului se fac după normele stabilite de consiliul superior şi de comitetul executiv.

Controlul financiar se va executa de comisia de control financiar, compusă din 3 membri şi 3 membri supleanţi aleşi pe termen de 3 ani de adunarea generală.

Art. 25. — Judecarea tuturor abaterilor profesionale ale medicilor este dată în competinţa unei comisiuni de disciplină, care va funcţiona pe lângă fiecare secţiune judeţeană.

Comisiunea de disciplină se compune din 2 membri asesori şi 2 supleanţi aleşi pe termen de 3 ani de adunarea generală.

Comisiunea de disciplină va fi prezidată de primul-preşedinte al tribunalului local sau de preşedintele tribunalului acolo unde este prim-preşedinte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Secţiunea III

Organe centrale

Art. 26. — Organele centrale de conducere, administraţie, control şi disciplină ale Colegiului Medicilor sunt:

a) Consiliul superior;
b) Comitetul executiv;
c) Preşedintele Colegiului;
d) Comisiunea de control financiar;
e) Comisiunea centrală de disciplină.

Art. 27. — Consiliul superior se compune din totalitatea preşedinţilor secţiunilor judeţene şi încă 3 membri numiţi de Ministerul Sănătăţii.

El se întruneşte cel puţin odată pe an în sesiune ordinară, în cursul lunii Noembrie oridecâteori nevoia va cere, în sesiune extraordinară, la convocare preşedintelui Colegiului sau locţiitorului său.

Membrii Consiliului superior vor fi înştiinţaţi cu 15 zile înainte de data adunării prin invitaţiuni personale.

In caz de sesiune extraordinară termenul de mai sus se poate reduce până la 3 zile.

Consiliul superior este legal constituit dacă vor fi prezenţi jumătate plus unul din membrii care îi compun.

In cazul când nu s'ar întruni acest număr, consiliul se va ţine fără vreo altă convocare în a 8-a zi dela data celei precedente şi va fi legal constituit cu orice număr de membri prezenţi.

Art. 28. — Consiliul superior are următoarele atribuţiuni:

a) Exercită supravegherea şi controlul practicei medicale ca for superior;
b) Examinează propunerile făcute de Comitetul executiv şi îşi dă avizul asupra propunerilor primite din partea secţiunilor judeţene;
c) Administrează averea Colegiului, aprobă bugetul întocmit de Comitetul executiv, precum şi bugetele secţiunilor judeţene;
d) Alege pe preşedintele şi membrii Comitetului executiv;
e) Alege pe membrii Comisiunii de control financiar şi pe cei ai Comisiunii centrale de disciplină;
f) Fixează cotizaţiile anuale obligatorii pentru membrii Colegiului;
g) Se pronunţă asupra chestiunilor de ordin material sau moral care interesează profesiunea medicală şi ia măsuri de ordin general cu privire la îndrumarea şi conducerea Colegiului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Art. 29. — Comitetul executiv se compune dintr'un preşedinte şi 4 membri.

Preşedintele Comitetului judeţean şi judeţului Ilfov este drept preşedinte al Consiliului superior şi al Comitetului executiv.

Membrii Comitetului executiv sunt aleşi prin vot secret şi cu majoritate absolută de Consiliul superior, dintre membrii săi, în sesiunea ordinară.

Durata mandatului este de 3 ani.

Comitetul nu poate lucra şi lua hotărîri valabil cu mai puţin de 3 membri, inclusiv preşedintele.

Deciziunile se iau cu majoritatea membrilor prezenţi. Votul preşedintelui este decisiv în caz de paritate.

Comitetul ţine cel puţin 4 şedinţe pe an şi poate fi convocat de preşedinte oridecâteori nevoia va cere.

Comitetul va avea un secretar, numit la propunerea preşedintelui care va fi medic şi va purta titlul de secretar general.

Art. 30. — Membrii Comitetului executiv al consiliului sunt obligaţi a asista la toate şedinţele Comitetului executiv.

Membrii Comitetului executiv care vor lipsi dela 5 şedinţe consecutive, vor fi consideraţi ca demisionaţi.

Pentru orice absenţă trebue să arate în scris preşedintelui motivele lipsei.

Vacanţele produse în orice mod se vor completa de Comitetul executiv pentru restul timpului cât durează mandatul prin cooptare şi sub rezerva ratificării de către Consiliul superior la prima întrunire.

Art. 31. — Atribuţiunile Comitetului executiv sunt:

a) Indeplineşte însărcinările date prin delegaţie de către Consiliul superior, iar

în cazuri de urgenţă poate lua dispoziţiuni din proprie iniţiativă, rămânând ca măsurile luate să fie supuse ratificării Consiliului superior;

b) Alcătueşte bugetul său şi îl execută în limitele aprobării Consiliului superior;

c) Primeşte 50% din totalul încasărilor de cotizaţii dela secţiunile judeţene;

d) Acceptă legatele şi donaţiunile făcute Colegiului;

e) Încheie acte şi convenţiuni necesare bunei funcţionări a Colegiului şi administrării averii acestuia;

f) Editează un buletin al Colegiului, în care se vor publica şi deciziunile Comisiunii centrale de disciplină;

g) Poate angaja un secretar administrativ, un advocat, un contabil şi alte ajutoare necesare serviciului;

h) Fixează normele după care vor fi ţinute gestiunile secţiunilor judeţene;

i) Judecă apelurile şi contestaţiunile împotriva hotărîrilor de înscriere în Colegiu.

Art. 32. — Preşedintele reprezintă Colegiul medicilor în faţa instanţelor judecătoreşti şi autorităţile administrative.

El rezolvă cererile adresate Colegiului şi semnează corespondenţa care îi va fi totdeauna contrasemnată de secretarul general.

Aprobă cheltuielile în limita delegaţiunii date de comitet şi ordonanţează sumele de plată.

Îndeplineşte orice alte însărcinări date de Comitetul executiv în limitele atribuţiunilor acestuia

Preşedintele Colegiului pe tot timpul duratei mandatului său va avea domiciliul în capitala ţării.

În lipsa preşedintelui, cel mai în vârstă dintre membrii comitetului îi va ţine locul.

Art. 33. — Comisiunea de control financiar se compune din 3 membri titulari şi 3 supleanţi aleşi de Consiliul superior în sesiune ordinară.

Durata mandatului membrilor este de 3 ani.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Art. 34. — Comisiunea centrală de disciplină se compune din 4 membri titulari şi 5 membri supleanţi dintre membrii Colegiului cu domiciliul în Capitala ţării.

Comisiunea centrală de disciplină se alege în fiecare an când are loc adunarea generală.

Comisiunea este prezidată de un preşedinte al Curţii de Apel din Bucureşti, desemnat de Ministerul de Justiţie, la cererea Comitetului executiv şi pe termen de 4 ani.

CAPITOLUL VI

Alegeri

Art. 35. — Sunt eligibili:

a) În Comitetul executiv şi Comisiunea centrală disciplinară numai medicii înscrişi în Colegiu şi având o practică profesională de cel puţin 15 ani;

b) În Comitetul de secţiune judeţeană, în Comisiunile de control financiar şi în Comisiunile de disciplină judeţene, numai cei cu o practică de cel puţin 10 ani.

Art. 36. — Vor putea vota numai medicii care vor fi în regulă cu palata cotizaţiunilor anuale, dovedind aceasta cu carnetul de identitate eliberat de colegiul medicilor.

Art. 37. — Cel ales nu poate refuza mandatul de membru al comitetului decât numai în cazul în care are vârsta de peste 60 ani, sau dacă în ultimul exerciţiu al Colegiului judeţean a avut această demnitate.

Art. 38. — Alegerea este secretă.

Toţi candidaţii se înscriu în ordinea alfabetică pe un buletin ştampilat cu sigiliul Colegiului.

Fiecare membru cu drept de vot primeşte un asemenea buletin depe care va şterge numele celor pe care nu ar voi să-i voteze.

Numele rămase neşterse se socotesc ca votate.

Buletinele care nu vor cuprinde un număr de candidaţi votaţi (adică neşterşi depe buletin) mai mare decât cel fixat de lege, sunt nule.

Cele care vor cuprinde un număr de votaţi mai puţin se vor considera valabile.

Biroul electoral este alcătuit din preşedintele comitetului sau locţiitorul, sau asistat de 2 membri desemnaţi de Comitetul Colegiului judeţean în ajunul alegerii.

Art. 39. — Medicii care doresc să candideze trebue să declare în scris candidatura cu 5 zile înainte de data alegerii, la sediul Cemitetului Colegiului judeţean, depunând şi taxele necesare pentru publicare buletinelor de votare.

Art. 40. — Vor fi declaraţi aleşi ca membri ai Comitetului Colegiului medicilor, candidaţii care vor fi obţinut cele mai multe voturi. In caz de paritate, alegerea se face prin tragere la sorţi.

Rezultatul alegerii va fi afişat de către preşedinte la sediul Colegiului medicilor şi prin ziare.

Art. 41. — Abaterile cu prilejul votării şi procedeele ilegale întrebuinţate, întrucât ar fi putut avea o influenţă simţitoare asupra rezultatului alegerilor, vor trebui semnalate în scris biroului electoral cu drept de apel la Comitetul Executiv în termen de 3 zile.

Art. 42. — Prima întrunire în şedinţa membrilor Comitetului se face la cererea fostului preşedinte şi trebue să aibă loc în termen de 15 zile dela rezultatul alegerilor.

In cazul că fostul preşedinte nu convoacă comitetul, ele se convoacă singur la sediul Colegiului.

Art. 43. — Fostul preşedinte prezidează constituirea noului comitet, care se compune dintr'un preşedinte, un vice-preşedinte şi un casier.

Art. 44. — Numai după constituire, preşedintele fostului comitet depune mandatul în mâinile noului preşedinte.

CAPITOLUL VII

Urmăriri, acţiune disciplinară, sancţiuni

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Art. 45. — Comitetele judeţene prin preşedintele lor, sunt în drept să sesizeze parchetele respective şi autorităţile competinte, pentru urmărirea şi trimiterea în judecată a celor ce îşi vor atribui sau vor întrebuinţa fără drept titlul sau calitatea de medic, care vor practica în mod ilicit medicina, putându-se constitui parte civilă pentru daune morale sau materiale.

Prin practica ilicită a medicinei se înţelege faptul de a administra sau aplica în mod obişnuit medicamente şi tratamente, sau de a practica operaţiuni chirurgicale fără a fi medic.

Art. 46. — Membrii Colegiului care vor contraveni dispoziţiunilor privitoare la practica profesională prevăzută în art. 37 al legei, sau art. 60 al prezentului regulament, vor fi trimişi în judecata comisiunii disciplinare judeţene respective.

Art. 47. — Comisiunea de disciplină judeţeană este sesizată de preşedintele secţiunii, fie din oficiu, fie în urma unei reclamaţiuni.

Preşedintele secţiunii, primind reclamaţia, însărcinează cu cercetarea cazului pe un membru din comitet, care va asculta pe medicul învinuit, invitându-l pentru aceasta, prin scrisoare recomandată.

După facerea cercetărilor se va încheia un raport, care va fi înaintat preşedintelui comitetului judeţean. Acesta îl va prezenta plenului comitetului care va decide cu majoritate dacă medicul învinuit va fi trimis Comisiunii de disciplină.

Art. 48. — In materie disciplinară sunt admise toate probele conform aprecierii suverane a comisiunii de disciplină judeţeană.

Art. 49. — Comisiunea de disciplină judeţeană judecă după convingerea sa liberă, obţinută prin examinarea conştiincioasă a tuturor dovezilor din dosar.

Art. 50. — Medicul învinuit trebue să se prezinte personal, chiar dacă el şi-a ales un apărător. La nevoie preşedintele comisiunii va putea dispune pentru confruntare, prezentarea însuşi a reclamantului.

Art. 51. — Recuzarea membrilor comisiunii disciplinare judeţene este ad-

misibilă, în cazuri de suspiciune legitimă. Motivele de suspiciune legitimă sunt lăsate aprecierei suverane a Comisiunii disciplinare.

Asupra recuzărilor pentru legitimă suspiciune, deliberările Comisiunii vor fi secrete.

Art. 52. — Dacă în decursul judecăţii se iveşte bănuiala că e vorba de un fapt penal, Comisiunea de disciplină judeţeană sesizează ministerul public, până la terminarea procedurii judecătoreşti, procedura disciplinară este întrerupta.

Art. 53. — Un exemplar al deciziei Comisiunii disciplinare judeţene şi centrală se va trimite preşedintelui Comitetului Executiv.

Art. 54. — Deciziunile vor fi motivate şi vor cuprinde mijloacele de apărare invocate. Ele vor fi semnate de preşedinte şi de membrii comisiunii şi se vor publica în buletinul Colegiului medicilor.

Art. 55. — Cehltuelile procedurii disciplinare cad în sarcina învinuitului în caz de condamnare, iar în caz de achitare trebuesc suportate de reclamant. Comisiunile de disciplină centrală şi judeţene vor stabili suma cheltuielilor procedurale prin deciziunile lor.

Art. 56. — Redactarea deciziunilor se va face în cel mult 10 zile dela pronunţare. Comunicarea lor va trebui făcută în cel mult 15 zile dela redactare, atât părţilor cât şi secţiunii judeţene respective.

Art. 57. — In contra deciziunilor Comisiunilor de disciplină judeţene se poate face apel la Comisiunea centrală de disciplină în termen de 15 zile dela pronunţare.

In caz că pronunţarea s'a făcut în lipsa celui condamnat, termenul de apel va curge dela comunicarea deciziunii care se face prin scrisoare recomandată.

Data poştei fixează acest termen.

Apelul va fi îndreptat către Comisiunea care a pronunţat decizia şi care, după primire îl va înainta comisiunii centrale împreună cu dosarul cauzei în termen de 10 zile.

Art. 58. — Şedinţele Comisiunii centrale de disciplină nu sunt publice.

Medicul trimis în judecată va fi citat prin scrisoare recomandată cu cel puţin 8 zile libere înainte de termenul fixat pentru judecare. El îşi va putea face apărarea înaintea comisiunii de judecată, fie singur, fie asistat de un coleg sau un avocat.

Toate probele legale sunt admisibile în faţa comisiunii centrale de disciplină.

Art. 59. — Deciziunile comisiunii centrale de disciplină vor putea fi atacate cu recurs la Inalta Curte de Casaţie, care va judeca şi în fond.

Recursul este suspensiv de executare.

Art. 60. — Sunt considerate ca abateri profesionale în special:

a) Faptul de a profesa în mod obişnuit în altă parte decât în localitatea şi judeţul unde medicul este domiciliat şi înscris;

b) Faptul de a avea două sau mai multe cabinete. Se excepteazâ sanatoriile şi clinicele particulare;

c) Atragerea clientelei prin mijloace incompatibile cu demnitatea profesională, precum ar fi: întrebuinţarea de intermediari, reclame prin ziare şi anunţuri cu conţinut altul decât cel prevăzut de regulamentul deontologic, circulări şi conferinţe cu scopuri lucrative;

d) Faptul de a anunţa şi întrebuinţa aşa zise leacuri sau medicamente secrete ori de a recomanda locul de procurare a medicamentelor;

e) Faptul de a uza de firme cu conţinut şi dimensiuni diferite de cele ce se vor fixa de comitetul executiv prin regulamentul privitor la deontologia medicală;

f) Atribuirea de titluri de specialişti, altele decât cele obişnuite şi prevăzute în lege şi regulamentele în vigoare;

g) Faptul de a uza de titluri pe care nu le posedă în mod legal;

h) Divulgarea secretelor profesionale fără autorizaţie legală;

i) Neplata cotizaţiilor fixate de organele colegiului.

Art. 61. — Comisiunile de disciplină vor putea pronunţa, după gravitatea faptelor, următoarele sancţiuni:

a) Avertisment oral;

b) Avertismentul scris şi publicat;

c) Ridicarea dreptului de a alege şi a fi ales în vreuna din demnităţile profesionale, dela 1 până la 3 ani;

d) Interdicţia temporară a practicei medicinii, deka o lună la 1 an;

e) Excluderea din colegiu cu pierderea drepturilor profesionale şi a funcţiunii publice, pentru medicii care sunt funcţionari publici.

Pedeapsa excluderii din colegiu se va da numai în cazuri de recidivă.

CAPITOLUL VIII

Dispoziţiuni finale şi transitorii

Art. 62. — Colegiul medicilor din România, astfel cum este organizat prin legea publicată în Monitorul Oficial Nr. 92 din 17 Aprilie 1940 şi Asociaţia generală a medicilor din România, recunoscută ca persoană juridică prin legea promulgată cu înaltul decret regal cu Nr. 1479 din 23 Martie 1900, se contopesc şi integrează într'o singură organizaţie profesională, sub denumirea Colegiul medicilor.

Art. 63. — Intreg patrimonjul fostei Asociaţii generale a medicilor din România trece asupra Colegiului medicilor.

Art. 64. — Până la nouile alegeri, potrivit legii, şi care vor avea loc în cursul lunei Iulie 1940, organele actuale vor continua a funcţiona şi îndeplini atribuţiunile lor respective.

Dat la 2 Iulie 1940.

CAROL

Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, Prof. D-r N. Hortolomei.
Nr. 2241.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Stări de epuizare şi excitaţie nervoasă
Insomnie nervoasă
Depresiuni
Turburări vaso-motoare

CALCIBRONAT
(Ca — Br — Lactobionat)

Ambalaje aluminate cu 10 tablete
1—3 tablete pe zi
Cutii cu 100 gr. granulat
1—3 linguri pe zi
Ampule de 5 şi 10 ccm

Bucureşti: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102
Cluj: Drogueria „ROYAL"
Piaţa Unirii 26

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse