CENZURAT

ANUL XIV-lea, No. 3—4 MARTIE şi APRILIE 1941

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COMITET DE DIRECŢIE ŞTIINŢIFICĂ:

P-r C. ANGELESCU
Preşedinte al Academiei de Medicină din România

P-r M. CIUCĂ
Membru al Academiei Române şi al Academiei de Medicină

P-r C. DANIEL
Membru al Academiei de Medicină din România, Paris şi Roma

P-r D. DANIELOPOLU
S-tar g-ral al Academiei de Med. din România. Membru al Acad. de Med. din Paris

V. GOMOIU
Preşedinte al Soc. Intern. de Istoria Medicinei. Membru al Acad. Nacional de Medecina din Madrid şi al Royal Society of Medicine din Londra.

P-r IONESCU-MIHĂEŞTI
Director al Inst. „D-r I. Cantacuzino", Membru al Acad. de Med. din România

C. LEVADITI
de la Institutul Pasteur
Membru al Academiei de Medicină din Paris

P-r ST. NICOLAU
Membru al Academiei de Medicină din România

P-r C. I. PARHON
Membru al Academiei Române şi al Academiei de Medicină

DIRECTOR:
Docent M. CĂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUMARUL

Pag.

CRONICI MEDICALE

M. CANCIULESCU: **Problemele sanitare locale** 169

L. MAVROMATI: **Consideraţiuni asupra lucrărilor şi publicaţiunilor medicale — Unde mergem?** 175

LUCRĂRI ORIGINALE

V. ALEXENCO şi E. ALEXENCO: **Tratamentul hipertensiunei arteriale după procedeul lui P. Martini** 189

C. V. ANTONESCU: **Sulfatul de magneziu şi iodurile în tratamentul epilepsiei** 199

EUG. I. BANU şi D. C. MIHĂILESCU: **Tratamentul meningitei cerebro-spinale epidemice prin seroterapie şi sulfamidoterapie** . 205

Doc. V. CERCHEZ: **Tulburări de acomodaţiune provocate de viermi intestinali** 223

EUG. NEDELCU-DUMITRIU: **Disidrosis sifilitic** 231

Conf. DORIN DUMITRESCU: **Contribuţiunile pictorilor şi sculptorilor Renaşterii la progresele anatomiei** 241

(Urmare pag. 2 cop.)

SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

1284.
222

Pag.

GR. GR. IAMANDI: **Câte-va date asupra miazelor migrans observate la noi** 249

GR. GR. IAMANDI şi D. LĂZĂRESCU: **Aspecte rare ale membranei pupilare perzistente** 253

AL. LAMBESCU: **Locul lui Malgaigne în patologia chirurgicală — Omul şi opera** 257

ST. ODOBLEJA: **Clismele evacuatoare.** Partea I 263

V. POPOVICIU şi O. LUNGU: **Contribuţiuni la studiul complicaţiilor oculare ale sinusitelor frontale şi maxilare în legătură cu 3 cazuri** 277

C. TODEA: **O recidivă tardivă la un cancer gastric operat** 289

ORGANIZAŢIE SANITARĂ

Prof. P. TOMESCU, M-trul Sănătăţii: **Asupra rezultatelor generale ale recensământului medicilor** 293

Prof. C. IONESCU-MIHAEŞTI: **Vaccinarea antituberculoasă** . 296

Prof. I. MOLDOVANU: **Medicina preventivă în mediul rural** . 297

I. STOICHIŢA, Insp. g-ral san.: **Descentralizarea ad-ţiei sanitare** 297

Referate prez. la Cons. Sup. al Sănătăţii, Şed. din 3 Aprilie 1941 297

GR. şi TEO IAMANDI (Iaşi): **Propuneri cu privire la Organizarea sanitară a ţării** (1941) 299

M. PARASCHIV (Vaslui): **Problema sanitară în mediul rural** 307

I. TATOIU (Braila): **Poliţia sanitară** 312

CĂRŢI—MONOGRAFII-TEZE

D-r V. GOMOIU: **Biserica şi medicina.** — Tip. „Presa", Braila, 1940 316

Doz. D-r LIVIU CÂMPEANU: **Die postoperative Erkrankung, Eine Reform der chirurgischen Behandlung.** — Verlag H. Welther Sibiu-Hermmanstadt, 1941. 320

Doc. D-r LIVIU CÂMPEANU: **Memoriu de Titluri şi Lucrări.** — Braşov, 1940 321

D-r VASILE M. PLĂTĂREANU: **Aparatul cardio-vascular.** — „Bucovina", I. E. Torouţiu, Bucureşti 1941. 323

GR. şi TEO GR. IAMANDI: **Păduchele omului** (Pediculus humanus Linné 1758). — Edit. „Iaşul Medical", 1940 324

ACTUALITĂŢI MEDICALE

Activitatea chirurgicală.. pag. 325. — **Asociaţii morbide...** pag. 325. — **Allergie und Tuberculose...** pag. 326. — **Behandlung innerer Krankheiten...** pag. 327. — **Calciul intravenos-Accidente...** pag. 327. — **Diureza dupe adrenalină şi pituitrină...** pag. 328. — **Dracila...** pag. 328.—

II

Din „SUMARUL" No. viitoare 162

LUCRĂRI PRIMITE LA REDACŢIE 164

TABLA SPECIALITAŢILOR FARMACEUTICE 166

CONDIŢIUNI DE PUBLICARE PUBLICITATE ŞI ABONAMENT . . . 168

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ANUL AL XIV-lea

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

No. 3-4/1941

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE
MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORI PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂŢI

D-nii Prof. C. BACALOGLU (Bucureşti), Agregat A. BABEŞ (Bucureşti), G. BANU (Bucureşti), Prof. V. BOLOGA (Sibiu), Prof. V. CIOCÂLTEU (Bucureşti), Prof. D. COMBIESCU (Bucureşti), Prof. E. CRĂCIUN (Bucureşti), Conf. I. DANIELLO (Sibiu), Prof. A. DOBROVICI (Bucureşti), Conf. ST. DRĂGĂNESCU (Bucureşti), V. DRĂGOESCU (Craiova), Prof. DUMITRESCU-MANTE (Bucureşti), Prof. I. ENESCU (Iaşi), Conf. A. GEORGESCU (Bucureşti), Prof. I. GOIA (Sibiu), Prof. I. HAŢIEGANU (Sibiu), Doc. A. IANCU (Cluj), Prof. N. IONESCU-SISEŞTI (Bucureşti), Doc. D. IONESCU (Bucureşti), Prof. M. KERNBACH (Sibiu), Prof. S. LALU (Bucureşti), Conf. E. LAZEANU (Bucureşti), Prof. N. LUPU (Bucureşti), Prof. C. MIHAILESCU (Bucureşti), Conf. M. NASTA (Bucureşti), Prof. D. NEGRU (Sibiu), Prof. S. NICOLAU (Iaşi), Prof. GH. NICULESCU (Bucureşti), Prof. I. NICULESCU (Bucureşti), Prof. P. NICULESCU (Iaşi), Agregat D. PAULIAN (Bucureşti), Conf. I. PAVEL (Bucureşti), Prof. GH. POVICIU (Sibiu), Prof. A. RUSESCU (Bucureşti), Conf. T. SARAGEA (Bucureşti), Agregat D. SIMICI (Bucureşti), Prof. M. STURZA (Sibiu), Agregat B. THEODORESCU (Bucureşti), Prof. P. TOMESCU (Bucureşti), Prof. I. TUDORANU (Iaşi), Prof. C. I. URECHIA (Sibiu), Prof. T. VASILIU (Sibiu), Prof. GH. ZOTTA (Buc.).

PENTRU PARTEA CHIRURGICALĂ CU SPECIALITĂŢI

D-nii Doc. V. CERCHEZ (Iaşi), Conf. AL. CRĂINICEANU (Bucureşti), Doc. V. DIMITRIU (Brăila), V. GOMOIU (Bucureşti), I. GLĂVAN (Bucureşti), Prof. N. HORTOLOMEI (Bucureşti), Prof. I. IACOBOVICI (Bucureşti), Agregat I. JIANU (Bucureşti, Agregat G. MARINESCU (Bucureşti), Prof. D. MANOLESCU (Bucureşti), Prof. D. MIHAIL (Sibiu), Prof. TR. NASTA (Bucureşti), Doc. POPESCU-BUZEU (Bucureşti), Conf. C. STANCA (Cluj), Conf. V. TEMPEA (Bucureşti), Conf. I. ŢEŢU (Bucureşti), Prof. DAN TEODORESCU (Bucureşti), Conf. P. VANCEA (Sibiu), Doc. D. VASILIU (Bucureşti).

Din „SUMARUL" No.

următoare

GH. GRAMA: **Consideraţiuni asupra apendicitei herniare în legătură cu un caz clinic.**

Prof. C. I. PARHON şi M. PITIŞ: **Asupra unui caz de coree la o basedoviană.**

A. STERE: **Tratamentul Bier în epididimitele gonococice şi de altă origine.**

L. MAVROMATI: **Pe marginea lucrării D. Prof. Dobrovici „Les origines de la Biologie — Hippocrate".**

I. TATOIU: **Problema alimentaţiei.**

C. V. ANTONESCU şi FL. MAZILU ANTONESCU: **Factorii necesari producerii siacopei adrenalino-cloroformice.**

GH. MUNTEANU şi GH. ARARATEAN: **Consideraţiuni asupra unui caz de meningită streptococică.**

Doc. I. BISTRICEANU: **Sterilizarea şi castraţia ca factori biologici de protecţie a rasei.**

GH. CORONDAN: **Injecţiile intravenoase de cărbune. Soarta cărbunelui în organism.**

Conf. I. GAVRILĂ: **Consideraţiuni asupra recidivelor în febra tifoidă.**

I. ZAMFIR, GH. ALEXIU, V. IONESCU: **Epituberculoza.**

C. TODEA: **Un caz de meningită tuberculoasă vindecată.**

GR. IAMANDI: **O nouă modalitate de a distruge păduchii de pe om, prin chimioterapie**—Notă preliminară.

ST. ODOBLEJA: **Clismele evacuatoare.** Partea II-a.

V. DRĂGOESCU şi A. DOBRESCU: **Un caz de acrodermatită, maladia lui Hallopeau.**

P. COSAC: **Studii de folklor şi de istoria medicinei româneşti.**

V. M. PLĂTĂREANU: **Origina românească a familiei Metchnicov.**

V. GOMOIU şi VIORICA GOMOIU: **Excizia, ca tratament al ulceraţiei radionecrotice.**

V. GOMOIU: **Vechimea spitalului ostăşesc din Craiova.**

D-r V. GOMOIU şi Farm. MARIA GOMOIU: **Germanismul în trecutul nostru medico-farmaceutic.**

M. CÂNCIULESCU: **În marginea art. D-lui D-r L. Mavromati „Consideraţiuni asupra lucrărilor şi publicaţiunilor medicale. — Unde mergem?".**

---

*) Apariţia urmează ordinea cronologică a primirii lucrărilor la redacţie şi a admiterei la publicare.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei 103 — Bucureşti VI

Depozit permanent de:

Seruri

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.
» antidisenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistrepococic »
» 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: diftерică, 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 o
Antigene: Bordet-Ruelens, Cit chol 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 eficacitate perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cele mai târziu după 3 luni dela data expirării eficacităţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEŞTI

PRIMITE LA REDACŢIE *)

(în continuare)

Dozent I. STOIA: **Die Rolle des Radiums in der Rheumabehandlung.** — „Cultura" Bucureşti, 1941.

D-r ANDREI CÂRSTEA: **Apendiculo-duodenita.** — Vol. III din „Biblioteca de medicină şi chirurgie", 1941.

GRIG. şi TEO GR. IAMANDI: **Păduchele** (Pediculus humanus var capitis şi corporis, Linné 1758). — Atlas, Iaşi, Inst. „Brawo", 1941.

Prof. D-r C. I. PARHON: **Manual de endocrinologie,** Vol. III. — Libr. „Jean Leon" Bucureşti, 1940.

M. ZAVERGIU-THEODORU: **Organizarea medicală în Casa Centrală a Asig. Sociale.** Studiu. — Tipografia Sft. Mânăstiri Cernica-Ilfov, 1941.

GR. şi TEO GR. IAMANDI: **Parazitologie.** Practică medicală. Vol. I, Fasc. 2. **Spirochaete.** — Edit. „Iaşul Medical" Iaşi, 1941.

GRIG. DUMITRIU şi EUG. NEDELCU-DUMIRIU: **Eczema.** Studiu de ansamblu. — Edit. revistei „Iaşul medical", 1940.

Agregat C. C. ILIESCU: **Aspectul clinic, mecanismul şi tratamentul fibrilaţiei auriculare.** — Tip. „Cultura", Bucureşti, 1941.

STATE DRAGANESCO et EUG. BANU: **Histopathologie des neuroinfections primitives humaines.** I-ère partie. — Impr. „Marvan", Bucureşti, 1941.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

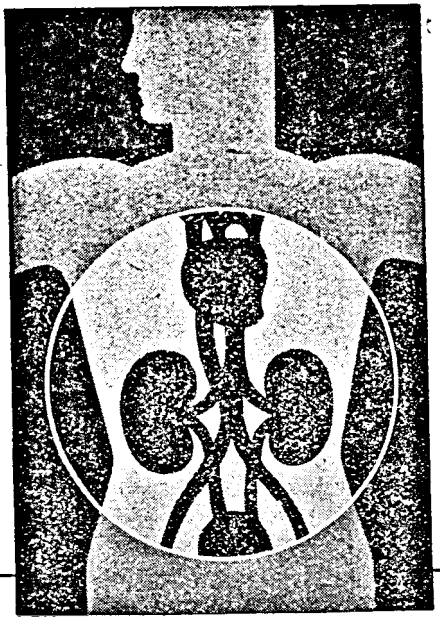
STATE DRĂGĂNESCU: **Expunere** (II — continuare) **de Titluri şi Lucrări ştiinţifice.** — Inst. Grafic „Tirajul" Bucureşti, 1940.

R. OLINESCU: **Malaria ca factor de degenerare şi de debilitate fizică a populaţiei rurale româneşti.** — Imprimeria Naţională, Bucureşti, 1941.

R. OLINESCU şi D. HUHULEA: **Pot colabora dispensarele antituberculoase în lupta pentru combaterea tuberculozei din armată?** — Tip. „Cultura", 1940.

OD. APOSTOL: **Viaţa şi opera învăţatului şi filosofului Claude Bernard.** — Bucureşti, 1940.

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



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

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂȚII CASELOR FARMACEUTICE

	Pagina
CHIMIROMAN: Inhepton per os, Betabion „Merck"	291, 251
CODEX: Myoston, Akne-Milkuderm	274, 298
COOPERATIVA O. A. F.: Akrofollin „Chinoin"	223
R. FOREK: Ceadon „Riedel"	196
— — : Kombetin, „Boehringer-Soehne"	198
— — : Artose „Boehringer-Soehne"	204
— — : Perlatan „Boehringer-Soehne"	248
GEDEON RICHTER: Vasoiod, Felagol	221
ST. GHEORGHIU: Sirop neuro-tonic	260
ICFAL: Ipecodrin, Hypercalcium, Agoton, Gastrobial, Calciretin, Antireumal, Phedroiod, Ovule-Icfal, Urosol, Sedonervina	239
— — : Bronchosan, Fosfovitadol, Hepatonal, Pneumotropin	240
P. ILUTZA: Antiseptol, Gargarisme	311
— — : Collo-iode „Dubois", Cardialgine	321
INSTITUT „D-R I. CANTACUZINO": Seruri, Vaccinuri, Anatoxine, Filtrate microbiene, Principiu lytic, Tuberculină, Antigen metilic, Toxine, Antigene, Merdii de cultură, Diferite analize, Autovaccin, Autofiltrate	163
KNOLL: Calcium-Iod-Rhodan-Diuretina	165
LUTEȚIA: Calcigenol „Pinard"	167
— — : Rubiazol „Roussel"	Cop. III
— — : Hista „Beytout"	261
— — : Collubiazol „Roussel"	173
— — : Sedotyol, Inosepta, Inotyol, Siliplastine, Cutigenol „Debat"	262
— — : Uralysol „Lobica"	188
AL. RADU: Pervitin „Temmler"	174
ROMIGEFA: Dolantin	197
SANDOZ: Calcibronat	287
SPECIA: Vitascorbol	Cop. IV
SPEPHAR: Bioferment, Cytotonine, Dakynol, Dermophyl, Passicalmine, Solvarthrol, Sulfamidol	252
S. I. F.: Calcifix, Anemoton-Disuric, Iodamin „Gamma"	256
— — : Silental „Gamma", Histogenol „Naline"	315
STANDARD: Opocalcium „Ranson", Agocholine „Zizine"	288
— — : Iodamelis-Opo-Iodamelis	276
G. VERGLAS: Vitamina „Byla", Salicilat „Clin"	275
WANDER: Carbowander, Codelum „Wander"	229
— — : Cordisan, Lactocresin „Sapic"	230

Debilitate — Caşexie — Creşteri întârziate — Convalescenţe cu semne de insuficienţă sau turburări evidente ale glandelor paratiroide sau hipofiză

CALCIGENOL

GRANULE

Fosfat de Calciu micelar, Hipofiză Paratiroidă

Granule: 2—3 linguriţe de cafea pe zi

Rachitism—Toate formele de tuberculoză—Limfatism—Carii dentare Creştere dificilă—Sarcină—Alăptare—Fracturi, etc.

CALCIGENOL

IRADIAT

(Fosfaţi de calciu coloidali + Vitamină D.)

Lichid. Adulţi: 2—3 linguri de supă pe zi.

Copii: 2—3 linguriţe pe zi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Neurastenii—Nevroze—Maladii consomptive—Tuberculoză etc.

CALCIGENOL

Fosfaţi de calciu în suspensiune coloidală

Lichid. Adulţi: 3 linguri de supă pe zi.

Copii: 3 linguriţe pe zi.

LABORATOIRES DOCTEUR PINARD — PARIS

Literatură şi eşantioane:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, Bucureşti III. Tel. 22138.

CONDIȚIILE DE PUBLICARE, PUBLICITATE ȘI ABONAMENT

Corespondența cu privire la chestiuni de *Redacție și Ad-ție* se va adresa la *Sediul revistei:* Craiova, Str. Sf-ții Arhangheli, 5.

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeț.

Odată cu articolul, autorii vor trimite un scurt *Rezumat* în limbile română, franceză, germană și italiană.

Se refuză articolele de polemică personală, cași cele apărute într'o altă revistă din țară.

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

Paginile în plus vor fi plătite de autori, câte 300 lei pagina.

Pentru *Extrase*, al căror număr se va indica, tariful este:

	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.—

Babeș-Bolyai University Library Cluj

Costul clișeelor ca și al planșelor în afară de text, din revistă și din extrase, privește pe autor.

Analizele lucrărilor originale vor fi scurte (cel mult 15 rânduri de tipar, aproximativ 30 rânduri scrise). Vor începe cu autorul, titlul lucrării în românește, titlul original pus în paranteză, revista, numărul, anul, pagina.

Anunțurile publicitare se angajează direct și numai prin Ad-ție, după un tarif expediat la cerere.

Abonamentul anual este de lei 300 pentru medici, 600 pentru Instituțiuni, 1000 lei pentru Străinătate. Se trimete *anticipativ*, prin mandat poștal, revista neavând încasator.

Schimbarea adresei se va anunța la timp.

PROBLEMELE SANITARE LOCALE

Alături de **Problemele sanitare generale** cari interesează corpul medical şi comunitatea românească, se situiază **Problemele sanitare locale** cari au o aplicare mai restrânsă. Fără ca prin aceasta să prezinte o mai mică importanţă. Satisfacerea lor uşurează rezolvarea celor generale, buna funcţionare a celulelor favorizând funcţionarea totius substantiae. De altfel. fie-care din aceste probleme locale se pune peste tot, numai că unele prezintă un caracter mai restrâns local, iar altele mai întins regional.

Dintre problemele în strânsă legătură cu situaţiile locale menţionăm **Serviciile de consultaţii** de pe lângă instituţiile spitaliceşti — **Practiciile ilicite ale medicinei** — **Centrele de asistenţă medico-socială** la oraşe şi sate — **Raziile sanitare şi Centrele de triaj** — **Prostituţia** locală — **Cerşetoria şi Vagabondajul** — **Chestia laptelui** — **Mijloacele de desinfecţie şi deparazitare** locală — **Centrele antirabice**, periferice — **Spitalele de alienaţi şi Centrele de ocrotire**, regionale. Precum şi altele, cari sunt încadrate în planul de organizare sanitară generală a ţării, şi a căror soluţionare depinde de factori strict locali.

Cu fericita intenţie de descentralizare care se anunţă, aceste probleme trebuesc rezolvate pe loc, cu mijloace proprii. Sunt stabilite organele prevăzute a se ocupa de aceste probleme. Intre aceste organe D-l Prof. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, a încadrat şi Secţiile locale ale Colegiului medicilor, cari introduc astfel în cauză întreg corpul medical local, ce reprezintă. Ele vor studia, vor face propuneri, se vor interesa de executare, lucrând în colaborare cu organele strict oficiale cari sunt Medicul-şef al oraşului, Medicul primar al judeţului şi Inspectorul general sanitar regional, aceştia 2 din urmă servind şi ca organ de legătură cu Ministerul.

D-l Ministru Tomescu prin această juxta punere de îndatoriri a creiat un organism nou de activitate în promovarea sănătăţii publice, şi a dat impuls de viaţă nouă Secţiilor Colegiului.

SERVICIILE DE CONSULTAȚII DE PE LÂNGA SPITALE

Aceste servicii sunt destinate să facă legătura între asistența sanitară din mediul urban și rural cu asistența medicală din spitale. Să deschidă spitalele pentru populația suferindă, făcându-le ușor și la timp accesibile bolnavilor săraci, bolnavilor gravi, bolnavilor cari au nevoe de operație mai ales urgentă.

In serviciile de consultații de pe lângă spitale se practică oficial gratuitatea pentru nenorociții bolnavi și săraci. Prin ridicarea medicinei la înălțimea unui sacerdoțiu umanitar (Hippocrate), în spitale nu se face deosebire între clasele sociale și între rase, iar Domnul nostru Isus Cristos a pătruns în spitale dând consultații gratuite și împărțind medicamente bolnavilor și săracilor. Cu acești bolnavi săraci ia primul contact medicul de mâine în sălile de consultații ale spitalelor.

Serviciile de consultații constituesc centrele de raliere în cari se strâng bolnavii fără mijloace din cuprinsul unui oraș sau de pe întinsul unei regiuni, ca să fie examinați (cu toate mijloacele științei medicale moderne), să li se facă fișe medicală (care să fie ținută la curent), să fie tratați (în mod ambulator) sau internați (când este cazul) în serviciile din specialitatea respectivă. Cei lipsiți cu totul de mijloace în mod gratuit, ceilalți să plătească o taxă rațională, cei cu stare numai internați contra taxe proporționale. Numai prin aceste servicii de consultații (la curent cu mișcarea bolnavilor) vor pătrunde bolnavii în serviciile spitalului.

UBB/Central University Library Cluj

Regulamente speciale (ca în trecut, dar nerespectate) vor organiza funcționarea acestor servicii de consultații, prevăzute cu personal propriu și cu toate mijloacele de investigație clinică și de tratament ambulator, ridicate la rangul de servicii autonome din starea de deformare cu care le întreține azi cei interesați. Vor deveni ele centrul de activitatea cea mai intensă cu randamentul cel mai mare al unui spital, ale cărui secții vor interna la un moment dat pe bolnavii cari necesită internarea. Este concepția modernă care prezidează azi la organizarea spitalelor mari, ale căror secții sunt puse la dispoziția serviciului de consultații atunci când bolnavul trebue internat, și pe care secția respectivă nu-l poate refuza dacă bolnavul n-a trecut în prealabil pe la șeful ei sau ajutoarele sale.

Prin rularea imensului material patologic, aceste servicii de consultații oferă cele mai active mijloace pentru educarea studentului și a medicului.

Din sumele încasate prin taxe, aceste servicii strâng venituri mari pentru spitalul care își va putea astfel amplifica sau desăvârși activitatea.

Dupe cum se vede, serviciile de consultații de pe lângă spitale, ast-fel concepute și organizate, au rol însemnat; și în asanarea țării sunt de importanță capitală. Expresia cea mai înaltă de perfecțiune

aceste servicii au atins-o la noi în țară la Spitalul Brâncovenesc și Spitalul Elias din capitală. Poate că și în alte centre. Iar decăderea cea mai joasă au atins-o la Spitalul Filantropia din Craiova. Cu siguranță, fără pereche în țară. Și din alte privințe, Mai grave.

Când serviciile de consultații de pe lângă spitale sunt transformate în anticameră personală; când triajul se face de la poarta spitalului prin bandă constituită; când bolnavii sunt conduși ca vitele la abator spre săli unice, — în cari să nu-i mai urmărim, dar nu putem să nu-i ascultăm pe ei, sau numai pe familiile lor, când se plâng de ce-au pățit — atunci aceste servicii de consultații sau de triaj nu-și ating scopul, demoralizează, îndepărtează pe bolnavi de spitale (dovadă numărul scăzut al consultațiilor de pe lângă secții și încasările generale înregistrate), nu mai pot servi de articulație între populația bolnavă și spitale.

Și mai decurge încă o viciere a organismului sanitar: la orașe se formează dispensare cu scop curativ cari sustrag pe medicul de circumscripție urbană dela activitatea sa de ordin profilactic și de control. Iar peste tot se favorizează practica ilicită a medicinei. Prin practica viciată din spitale, pată de ulei care se întinde, suferind toată practica medicală a țării.

Reformele adânci, de ordin practic efectiv, cari se întreprind în prezent în organizația sanitară a țării, vor fi compromise, dacă elementele rele nu vor fi îndepărtate dela posturile de comandă. Aci, și oriunde mai dăinuesc asemenea practice nefaste din trecut. Acum, când am ajuns în ceasul al doisprezecelea.

Academia Română Central University Library Cluj

PRACTICELE ILICITE ALE MEDICINEI
CLANDESTINISMUL MEDICAL.

Practica ilicită a medicinei de către persoane cari n-au căderea legală, este de regulă și clandestină, căci se face pe ascuns. Printr'un anacronism care încă dăinuește, uneori pe față, în văzul tutulor.

Acest clandestinism medical ilicit a atins în țara noastră proporții fantastice; el constitue o adevărată calamitate națională, căci se interpune între bolnav și medic, în paguba sănătății publice.

Il practică în primul rând: 1) Persoanele cari n-au nicio legătură cu corpul medical precum: moașele empirice; șarlatanii cari procură medicamente și tratează; doftoroaele satelor cari fac avorturi, pun pe fumuri, descântă; improvizații cari fac injecții ș. a. 2) Sanitarii din personalul auxiliar (agenți sanitari, moașe, subchirurgi) dela orașe și sate cari tratează, fac injecții fără prescripție medicală; unii iau și tensiunea arterială. 3) Farmaciștii și droghiștii cari eliberează medicamente fără prescripție medicală, la simpla cerere a oricui. Ca o anexă a acestora, unii comercianții la țară cari, anticipând asupra rregimului farmaceutic din țara noastră, debitează pe cont propriu sau în consignație medicamente eliberate de unele farmacii (după cum relatează

Secţiei de Dolj a Colegiului medical un D. Medic de circumscripţie rurală). 4) In sens restrictiv de ordin etnic, dupe legea de organizare a Colegiului medical, medicii evrei cari continuă a practica în mediu creştin în afară de urgenţă calificată; aceeaşi interdicţie prescriindu-se pentru medicii creştini cari mai sunt chemaţi de bolnavi evrei.

Măsuri radicale sunt de luat. Interdicţia formală nu este de ajuns, dacă nu este însoţită de sancţiuni severe, sancţiuni cari să se aplice în mod urgent, pe loc, şi fără multe forme. Şi pentru aceasta legislaţia nu trebue să creeze echivocuri prin interpretări felurite, atenuând sau absolvând într'un articol de cod ceea ce pedepseşte mai aspru în articolul altui cod — dupe cum abundă exemplele în articolul „Poliţia sanitară" publicat în numărul de faţă de către D-l D-r I. Tatoiu. Comisiei de legişti care va avea de descifrat cele 201 legi şi regulamente sanitare, azi în vigoare, îi revine acest rol.

In ceea ce priveşte pe adepţii practicei medicale ilicite, sancţiunile nu vor excepta pe niciunul din cei cuprinşi la No. 1, înafară de moaşele empirice puse sub control şi semioficializate în satele în cari nu există moaşe titrate. La No. 2, se va permite agenţilor sanitari şi moaşelor să practice injecţiile sau operaţiile mici învăţate în şcoală, cu autorizaţia unui medic (a celui rural, la ţară), care va fi obligat să dea această autorizaţie atunci când nu poate sau nu vrea să procedeze el — precum la sate, în special — autorizaţie care nu implică de loc responsabilitate pentru actele acestor auxiliari indispensabili ai corpului medical. La No. 3, legea va stabili odată pentru totdeauna cea ce au dreptul să elibereze farmaciştii şi droghiştii, precum şi să interzică vânzarea medicamentului fără prescripţie medicală. La sate se va îngădui eliberarea de medicamente uzuale prin „farmacii parohiale" sau de către învăţători. La No. 4, legea de organizare a Colegiului prevede restricţiunile, precum şi sancţionarea abaterilor. Dar instituirea de către Colegiu de gărzi de noapte, pentru cazurile urgente; a unui registru de evidenţă a cazurilor urgente în cari au intervenit medicii evrei şi creştini; a unei poliţii medicale vigilente — sunt mijloacele efective pentru prevenirea şi curmarea abaterilor repetate.

Vom continua cu prezentarea celorlalte „Probleme sanitare locale" într'un număr viitor.

D-r M. CANCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

COLLUBIAZOL

SOLUȚIE HIDRO GLICERINATĂ DE RUBIAZOL 5%

COLUTORIU PE BAZA DE RUBIAZOL PENTRU TRATAMENTUL LOCAL

AL

INFECȚIUNILOR STREPTOCOCICE ale MUCOASELOR

IN INFECȚIUNILE UȘOARE APIRETICE

se poate administra numai tratamentul local.

IN INFECȚIUNILE GRAVE

accelerează și întărește acțiunea tratamentului general.

cu comprimate și fiole de RUBIAZOL

IMPREGNARE CHIMIOTERAPICĂ RAPIDĂ ȘI ABUNDENTĂ A ȚESUTURILOR INFECTATE

●

ACȚIUNE CURATIVĂ RAPIDĂ

CÂTEVA INDICAȚIUNI:

ANGINE congestive purulente, pseudo membranoase
STREPTO-DIFTERII
INFECȚIUNI RINO-FARINGIENE
STOMATITE
GINGIVITE
ULCERAȚIUNILE COLULUI UTERIN
CERVICITE-VAGINITE

STIMULARE CHIMIOTERAPICĂ A APĂRĂRII NATURALE FĂRĂ DISTRUGEREA ȚESUTURILOR INFECTATE

●

NICI O IRITAȚIE

Modul de întrebuințare

Instilațiuni nasale: 2—3 picături în fiecare nară.
Gargarisme: 1 linguriță la $^1/_2$ pahar cu apă.
Pensulațiuni ale faringelui, amigdalelor și gingiilor.
Spălături vaginale: 1 lingură la 1 litru de apă.
Badijonări ginecologice.

LABORATOIRES du Dr. ROUSSEL — PARIS

Eșantioane și Literatura:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei — București III — Tel. 221,38

PERVITIN

„TEMMLER WERKE“

Sindromele post-puncţionale, în special cefaleea, greţurile şi vomismentele cedează în 1-2 ore cu injecţii SUBCUTANATE de PERVITIN (chiar în cazurile în care tratamentele obişnuite, ca apa distilată, etc. nu dau rezultate).

Alte indicaţii interesante:

1) Dublu analeptic: central şi periferic, amplifică respiraţia, ridică presiunea arterială şi exaltă lucid psihismul superior, accelerând şi intensificând ideaţia, tendinţa la activitate şi diminuarea nevoii de somn.

2) Ca medicaţie adjuvantă în tratamentul psihozelor prin cele 3 mari metode de şoc:
a) malaria-terapie
b) insulino-terapie
c) cardiazol-terapie, fiind superioară tonicardiacelor obişnuite.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu produce obişnuinţă!

Temmler Werke — Berlin

Pentru România: Dr. Alex. Radu

Bucureşti 3 — Str. Sofia 30

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA LUCRARILOR ȘI PUBLICAȚIUNILOR MEDICALE

UNDE MERGEM?

de

D-r L. MAVROMATI

Medic Primar, București

1. Publicațiunile medicale. Unde mergem?
2. Câteva norme de publicațiuni în medicină.
3. Câteva norme de cercetare în medicină.
4. Ceva despre invențiuni și descoperiri.
5. Rezumat și concluziuni.

Trăim în epoca rapidității și a variabilității continue și în consecință a superficialității. In țara noastră acest fenomen este mai accentuat decât în alte țări mai civilizate sau mai puțin civilizate. In politică, zeci de partide cu de 2—3 ori atâtea concepții și programe. In arte, noi curente în fiecare an. In literatură, abundă cărțile cele mai variate și mai senzaționale. In știință, noi concepții, noi teorii, noi ipoteze, în fiecare domeniu și în fiecare anotimp. Umblăm tot timpul după senzații și nu ne mai interesează decât „efectul". La cinematografe, care sunt atât de frecventate și orice om trebue să meargă cel puțin de 2—3 ori pe lună, filmele senzaționale sunt cele mai frecventate, în teatru același lucru. Căutăm tot timpul noi distracții senzaționale pe cari sufletul nostru le înregistrează cu o uimitoare ușurință trecătoare, cari nu lasă urme, dar care ne destramă sufletul.

In totul se constată o permanentă instabilitate și o totală lipsă de continuitate. Nu discutăm cauzele, ar fi prea lung, constatăm faptele. Lumea așa zisă intelectuală își face educația din ziare — cari sunt din ce în ce mai serioase, — dar în același timp cu articole variate și cari natural nu pot fi decât lipsite de profunditate. Unii mai citesc și reviste, dar tot în mod rapid. Puțini sunt acei cari citesc monografii, lucrări de principii și de fond. Majoritatea însă citesc și aceste monografii în chip de roman și cât mai repede.

Medicina este supusă și ea la aceste influențe cari o asaltează din toate părțile, pentrucă nu se poate sustrage din angrenajul psihosocial din care forțamente face parte.

Una din caracteristicele literaturei medicale actuale este abundența lucrărilor, micimea lor și deosebirile uneori diametral opuse ale concepțiilor despre același fenomen. Suntem pur și simplu amețiți de avalanșa de lucrări și de teorii multiple. Dar, medicina de mii de ani e aceiași și omul e tot același, nimic nu s'a schimbat, în fond, pentrucă schimbările se fac cu miile de ani, nu cu veacurile.

In fața acestei situații a publicațiilor medicale, voci autorizate se ridică din toate părțile și se întreabă, **unde mergem?**

In articolul prezent vom analiza în treacăt starea actuală a publicațiilor medicale și dacă este posibil să se înceapă o îndreptare.

1. PUBLICAȚIUNILE MEDICALE.

Din cauza imensului număr de cercetări în medicină, dar mai ales din cauza formidabilei cantități de lucrări mici, mici de tot, uneori microscopice, medicul este pur și simplu copleșit și uită complectamente cunoștințele generale și principiile fundamentale ale patologiei generale.

Este literalmente imposibil ca un medic să poată să urmărească totalitatea lucrărilor cari apar nu numai în specialitatea sa, dar în o parte din specialitatea sa. Unui ginecolog de exemplu, îi este peste putință să urmărească nu numai lucrările cari apar în domeniul ginecologiei fiziologice, dar în domeniul endocrinologiei ginecologice sau numai al funcțiunei ovarului. Mai mult însă nu poate urmări nici chiar lucrările relative la o singură ormonă, cum sunt de exemplu acelea asupra foliculinei. Simonnet a publicat în 1937 o lucrare despre ormona foliculară în care citează 2500 de lucrări din care cel puțin trei pătrimi sunt din ultimii 10 ani. Lucrări apărute în 324 de reviste și numai în vre-o 7—8 limbi din lumea întreagă, exceptând revistele scrise în limbile: română, rusă, japoneză, sârbă, greacă, chineză, indiană, etc., cari ar dubla numărul lucrărilor. Notez că de atunci, în 4 ani au mai apărut încă un mare număr de lucrări, din cari multe foarte importante.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Desfid pe cineva să aibă posibilitatea să poată citi atâtea lucrări. Desigur nu e vorba ca un medic să citească **tot ce apare** în domeniul său, dar nu e mai puțin adevărat că lucrări de o mare importanță medicală sunt umbrite de imensul număr de lucrări mici.

Nu numai că medicul nu poate urmări avalanșa de lucrări ce apar într'un domeniu, dar ceia ce e mai grav, **el nici nu-și poate face măcar o părere aproximativă despre o chestiune, din cauza opiniilor uneori diametral opuse ale autorilor.** Și aci e partea tragicomică. **Ne pierdem în imensa cantitate de lucrări mici.** Și când zic aceasta, nu mă gândesc atât la acei ce lucrează, ci mai ales la cei ce citesc. Ințeleg prea bine că toate acestea pot fi necesare, dar tot atât de bine înțelege ca ele să fie sistematizate.

Există azi în toată lumea o goană între autori pentru un număr — cât mai mare de lucrări, ca și pentru prioritatea unei idei sau a unei cercetări. Din acest mare număr de lucrări multe s'ar putea reduce, prin lucrări de ansamblu, cari să înglobeze totalitatea cercetătorilor în o anumită chestiune. Cu atât mai util ar fi dacă autorii s'ar hotărî ca în loc de a face lucrări disparate, în diverse domenii, fiecare să-și con-

centreze lucrările sale asupra unei chestiuni pe care s'o aprofundeze.

Unii autori par că au înțeles acest lucru și îl pun în aplicație în sensul că iau în studiu o anumită problemă și majoritatea lucrărilor lor sunt orientate în jurul unei singure chestiuni. Așa Lacassagne și-a concentrat studiile sale în jurul problemei acțiunei cancerigene a foliculinei, Collin în jurul structurei ipofizei, Prof. Danielopol la noi s'a concentrat în jurul sistemului neuro-vegetativ, Pende studiază constituția omului în raport cu endocrinologia, etc. Aceste orientări sunt avantajoase atât pentru autor cât și pentru știință. Autorului pentrucă își leagă definitiv numele de o chestiune, iar științei pentru că face reale progrese cari nu mai pot fi puse la îndoială. Importanța studierei unei chestiuni în adâncime și privită pe toate laturile sale, este imens de mare și stabilește date definitive în știință, care face progrese indubitabile. In acelaș timp așează problema în cadrul ei biologic.

Defectele lucrărilor multiple și disparate sunt multe. Ele ne fac să ne pierdem în detalii de multe ori inutile și nu rare ori, după cum am spus aceste lucrări se contrazic între ele.

Dar există și o cantitate de autori chemați și nechemați, ale căror articole poartă adesea titlul „Un caz de..." și din cari, fără nici-o pierdere pentru disciplina medicală, s'ar putea suprima cel puțin trei sferturi, iar celelalte s'ar putea reduce la a cincea parte din volumul lor. Aceste lucrări, prin marele lor număr și prin mica lor comportanță încurcă și dezorientează pe medic.

Acest noian de lucrări mici și de multe ori de specialitate în specialitate este o manifestare a spiritului analitic care domină astăzi atât medicina cât și întreaga știință. Iar lipsa lucrărilor de fond este datorită lipsei spiritului sintetic și lipsei spiritului critic biologic.

Paralel cu această avalanșă de lucrări mici **există în special la noi o criză de articole de ansamblu și de fond,** de punere la punct, articole cari sunt în realitate cele mai utile pentru medici și cari le servesc real la lărgirea domeniului lor de cunoștințe. Aceste articole au marele avantaj că pot orienta pe medic, că nu se pretează ușor la contrazicere, cum se pretează lucrările mici și că în majoritatea cazurilor sunt scrise în cadrul spiritului critic biologic, adică sunt în strânsă legătură cu principiile fiziologice fundamentale.

Auguste Comte aproape nu voia să citească articole de revistă, ci numai monografii și aceasta pentru a nu se pierde în detalii în dauna generalului și **pentru a nu-și deștrăma spiritul** și a-i împinge gândul spre analiză în dauna spiritului sintetic. Acest raționament al lui Comte are un mare fond de adevăr.

Este perfect adevărat că articolele mici au marele avantaj că se pot citi repede și deci ele se citesc, aș putea zice că articolele mari se citesc mult mai puțin, ar fi prea lung să spun de ce, dar faptele așa sunt.

Dar nu este o rațiune să se scrie așa cum convine majorității medicilor și în felul acesta să se adâncească o greșală. Cred că dacă nu vor fi decât articole de fond și de ansamblu, medicii le vor citi pe acelea, poate mai puțin și chiar mult mai puțin decât pe celelalte, dar din citirea unui astfel de articol medicul profită înzecit mai mult decât din citirea a zece articole mici.

Am ajuns la un moment dincolo de care dacă mai înaintăm ne vom împotmoli în propriile noastre lucrări. De aceia dela un timp apar din când în când voci autorizate ale medicinei care se întreabă: Unde mergem? Suntem fără discuţie în o fază critică a medicinei, fapt observat de mulţi autori. „Medicina este la o încrucişare de drumuri" (Harvey Cosking).

Până la o nouă orientare a medicinei sau mai bine zis, până la o definitivare a noiei orientări a medicinei, care a început deja, este necesar să punem o sistemă în cercetările şi publicaţiile noastre actuale. Această sistematizare deocamdată se poate face prin stabilirea normelor de publicaţie şi de cercetare. Articolele noastre sunt scrise fără nici-o noimă. Profesorul Daniel, pentru a arăta cât de anapoda sunt scrise aceste articole medicale, spune că: „Medicii la noi scriu cu picioarele". Este drept că trebue multă răbdare şi sforţare ca să poţi citi multe din articolele noastre.

2. CÂTEVA NORME DE PUBLICAŢIUNI MEDICALE.

Când zic că trebue să stabilim norme de publicaţie, mă refer la trei fapte: la **o sistematizare a formei**, la **o perfectă încadrare** a articolului şi la **o mai bună studiere a chestiunei**, aş zice chiar, mai multă conştiinciozitate sau mai profundă gândire a chestiunei. De acestea este nevoie pentru uşurarea citirei şi reţinerei chestiunei expuse, precum şi pentru selecţionare şi pentru o rapidă orientare a medicului.

Nu ne dăm seama câtă vreme pierde un medic conştiincios cu citirea articolelor medicale, pentru a se pune la punct cu noile cercetări atât de multe la număr şi că aproape nici un medic nu dovedeşte a se pune la curent cu mersul cercetărilor.

1. **Sistematizarea formei.** Iată câteva norme foarte simple şi în acelaş timp foarte utile:

a) Fiecare lucrare, cât de mică, cu atât mai mult cele mari, să aibă la început, adică imediat după titlu, sumarul, **planul lucrărei**, pentru ca medicul cititor să fie pus în curent cu **întreg cuprinsul lucrărei**, şi să-şi dea seama dela început dacă-l interesează sau nu.

b) al doilea rând, **articolul trebue să înceapă cu o premisă**, adică cu ceiace voieşte autorul să expună în articol, astfel că medicul să cunoască dela început esenţa subiectului, dela citirea primelor rânduri.

c) In al treilea rând, la finele fiecărui paragraf şi fiecărui capitol să fie **un mic rezumat**, iar la finele articolului sau lucrărei concluziuni şi un rezumat complect, care în genere să nu treacă de o zecime din extinderea articolului.

In felul acesta medicul poate selecţiona articolele ce-l interesează şi să ia cunoştinţă imediat de esenţa articolului şi de concluziile autorului, iar dacă-l interesează de aproape, el poate după aceia să citească şi detaliile cercetătorilor. In faţa imensităţei numărului lucrărilor, această sistematizare a formei lucrărilor a devenit o necesitate imperioasă. Dei altfel trebue să recunoaştem că majoritatea autorilor străini scriu articole sistematizate în acest sens.

Nu ne dăm seama ce mare importanţă ar avea sistematizarea articolelor în acest fel şi ce posibilitate ar da medicului de a se pune la curent cu mersul general al cercetărilor, fără să trebuiască să citească o serie de articole inutile lui.

2. A doua condiție pe care trebue s'o îndeplinească o lucrare este să fie bine încadrată în problema sau problemele de medicină cu care se leagă. Astfel autorul trebue să arate medicului din ce anume chestiune de patologie face parte și ce chestiune clarifică articolul. Așezarea unui articol în cadrul adecvat patologic mai are și rolul de a arăta importanța chestiuni studiate față de cele prezente și cum interpretează autorul rezultatele obținute, de exemplu, dacă e vorba de o metodă terapeutică să arate ce importanță are ea față de alte metode cunoscute, pentru a nu se exagera valoarea ei. Dacă e o chestiune de fiziopatologie ce consecințe practice ar avea rezultatele obținute.

3. In fine, a treia condiție este ca chestiunea expusă să fie bine studiată și mai ales trebuesc studiate lucrările anterioare făcute în acea direcție. Nu rare ori mi s'a întâmplat să citesc o lucrare cu câteva note bibliografice, dar care omitea tocmai unele lucrări importante în acel sens. In afară că acesta este un defect de comportare etică, o lucrare câștigă mult dacă se studiază de aproape autorii cari au lucrat anterior în acea chestune.

Mă gândeam odată când citeam un astfel de articol, cât de mult ar fi câștigat autorul în expunerea sa, dacă consulta și autorul anterior și cu atât mai mult ar fi câștigat dacă-l studia înainte de a începe cercetarea sa pe care desigur ar fi orientat-o în altfel, ceiace ar fi constituit un adevărat aport în clarificarea chestiunei, pe când acum nu era decât confirmarea parțială a unei chestiuni studiate cu câțiva ani anterior articolului său și cu mult mai bine.

Revin la ceiace am spus într'un articol anterior relativ la medicina trecută și la cea de azi și repet că nu avem dreptul să dăm uitării trecutul. Adeseori mi s'a întâmplat să citesc articole vechi de zeci de ani, cari abordau în felul cel mai complect probleme din cele mai recente și considerate ca actuale. De aceia zic că dacă s'ar scrie noi tratate de medicină, în care să se consulte datele medicale la origină, adică să se consulte direct cercetările originale, multe din chestiunile medicale și-ar schimba aspectul lor. E suficient să spun că dacă s'ar consulta lucrările scrise relativ la constituție și la predispoziție patologică am vedea că o serie de chestiuni cari azi încep să fie studiate au fost abordate în plin de unii autori cu mulți ani înaintea noastră.

In rezumat, articolele trebuesc sistematizate și standardizate, pentruca medicul să aleagă și înainte de a le citi integral să-și dea seama de conținutul lor și de concluzii; ele trebuesc bine încadrate pentru a orienta pe medic și bine studiate la lumnia datelor cunoscute până atunci, pentruca fiecare articol să fie un aport real al datelor medicale cunoscute.

3. CÂTEVA NORME DE CERCETĂRI IN MEDICINĂ.

Nimic mai ușor decât a face o lucrare în medicină, de aceea sunt și atât de multe [1]), valoarea lor este însă foarte variabilă și uneori foarte relativă.

1) Nu există domeniu — afară de cel literar în care să se publice atât de multe lucrări ca în medicină. Se cifrează la mai multe zeci de mii de lucrări anual.

Cercetările în medicină se fac cu scopuri diferite, dela caz la caz. Unii autori urmăresc anumite scopuri practice, ei au nevoe de „lucrări": pentru concursuri, pentru ocuparea unui post, pentru o catedră, etc.

O altă categorie de medici, fac lucrări în mod întâmplător ca un divertisment, în chip de diletant, sau pentru a fi în tonul societăţii pe care o frecventează. Unii fără nici un gând „hai să fac şi eu o lucrare" din spirit de imitaţie.

Aceşti autori, fac în genere lucrări de calitate inferioară şi de mai multe ori încurcă în loc să grăbească progresul medicinei. Şi la noi sunt foarte mulţi din aceştia.

In fine, există şi a treia categorie de medici. Ei fac lucrări pentru că simt nevoia de a cerceta, de a descoperi ceva. Ei n'au nici-un scop, nu urmăresc nimic şi n'au nici-un folos practic. Ei nici nu ştiu să răspundă dece fac lucrări; e firea lor să cerceteze, e o cerinţă internă, e o chemare, o vocaţie. Ei simt nevoia de a lucra, după cum orice om are nevoe de a mânca. Se obişnueşte a se spune că ei lucrează pentru binele omenirii, pentru a uşura suferinţele omului, eu nu cred aceasta decât în parte.

Ch. Richet, numeşte pe aceştia „savanţi". Nu sunt de această părere. Eu cred că aceştia nu sunt savanţi, pentru că urmăresc adevărul după cum susţine Ch. Richet, ci cred că este necesar să fie savanţi, pentru a putea face o descoperire. Ei sunt oameni de elită, creatori, deschizători de drumuri, fiecare în felul lui desigur şi într'o măsură oarecare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Trebue să mărturisesc, că se întâmplă uneori ca unii medici cari fac lucrări în mod întâmplător sau în scop practic sau ca un divertisment, să ajungă să prindă gust pentru studii şi să continue a face cercetări în mod intens, sfârşind uneori prin a face descoperiri de o importanţă deosebită. Cazuri de acestea se cunosc multe în medicină şi în ştiinţă. Este vorba desigur de o înclinare latentă, care n'a avut ocazia să se desvolte. Această inclinaţie fiind pusă în acţiune, răscoleşte adânc sufletul lor, se deşteaptă şi ajunge la înălţimea unei adevărate vocaţii. La alţii însă această vocaţie este puternică dela început sau mai bine zis este activă dela început şi nu aşteaptă ocazia pentru a se desvolta, ci ocazia şi-o creează singuri. Ori cine caută ocazia, trebue să o găsească.

Se întâmplă adeseori ca între doi cercetători, egali de asidui, să zicem egali de inteligenţi, de culţi, unul să ajungă a face mari descoperiri şi să marcheze aporturi serioase în medicină, pe când celălalt care lucrează la fel să nu isbutească decât a face lucrări mici şi de mică importanţă, chiar dacă lucrează mai mult decât celălalt. Se obişnueşte să se zică, că unul a avut noroc, altul nu. Dar se zice că norocul trece de mai multe ori în viaţă pe lângă om. Cauza acestor deosebiri de rezultate în cercetări este metoda de lucru, alegerea subiectului şi felul cum ştie să pună în valoare ce a găsit la primele cercetări, toate mânate de un puternic simţ intern.

Deci, **una din condiţiile necesare ca un cercetător să aibe rezultate bune în lucrările sale, este de a-şi stabili normele de cercetare.**

Descartes, părintele raționalismului modern, în lucrarea sa de bază „Discours de la Méthode" (1637) spune, că după cum atunci când te găsești în mijlocul unei păduri, pentru a putea ești din ea, trebue să urmezi un drum într'o singură direcție, chiar dacă acela ar fi cel mai lung, căci numai așa vei ești la o margine, pe când dacă schimbi direcția drumului după impresii de moment, riști să nu mai ieși la nici un capăt; tot așa se întâmplă și cu cercetarea adevărului, trebue să se ia un anumit drum, adică să se urmărească o singură chestiune, cu metodă.

Dacă această normă de cercetare, este bună pentru științe în genere, în medicină, este absolut necesară. **Luând o chestiune în studiu, trebue în mod categoric să o ducem până la capăt.** Când e vorba de o chestiune mai mare, trebue mai întâiu să o desfacem în alte chestiuni mai mici până ajungem la una bine limitată, care se poate rezolva prin studiu clinic sau experimental. Este absolut necesar ca această ultimă chestiune să fie rezolvată complect într'un fel sau altul. Odată studiată și rezolvată această primă chestiune, vom vedea că o serie de chestiuni cu mult mai mari, apar în câmpul nostru de activitate. Luând în studiu una din aceste chestiuni, ce apar în sfera noastră de activitate și rezolvând-o și pe ea, vom vedea că ni se deschid noui drumuri, cu alte noui chestiuni, cu mult mai importante și continuând în felul acesta, vom ajunge la probleme mari a căror soluție să aibă efecte nebănuite.

Dar pentru a lărgi astfel câmpul unei chestiuni, trebue — cum zice Descartes — să o ducem până la sfârșit, fără să ne lăsăm tentați de o altă chestiune, poate mai importantă, care ne-ar apărea în cursul cercetărei noastre, înainte de a termina complect această primă chestiune. Exemple din acestea sunt foarte multe, când un cercetător plecând dela o chestiune uneori mică, a ajuns la mari descoperiri.

Dacă vom urmări istoria marilor descoperiri, vom vedea că autorii în genere, au pornit dela o chestiune, uneori foarte mică, și care poate întâmplător le-a apărut în drumul cercetărilor lor, dar persistând în urmărirea chestiunilor cu cari se leagă, au ajuns la descoperirile cele mari.

Inainte însă, ca un cercetător, să se ocupe de studiul unei probleme, este absolut necesar să cunoască bine acel domeniu. Cei ce nu cunosc acel domeniu, trebue să fie conduși de cineva, cunoscător al domeniului respectiv, altfel riscă să nu ajungă la nici un rezultat și să treacă pe lângă o serie de probleme importante fără să-și dea seama de ele.

Cunoașterea profundă a domeniului de cercetare, este o condiție sine qua non pentru a ajunge la un rezultat bun.

Fără această cunoaștere, orice chestiune chiar dacă este bine aleasă, este sortită dela început să nu fie rezolvată sau să fie incomplect rezolvată.

Numai cunoașterea domeniului de cercetare poate să ne deschidă noui căi de studiu și numai această cunoaștere poate să ne ducă dela o problemă la alta până la surprize din cele mai frumoase. Aș mai adăoga că dacă se cunoaște bine domeniul de cercetare, și dacă urmărim cu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

sistemă şi până la capăt o chestiune, în mod categoric, ni se vor deschide noui probleme importante şi la urma urmei, nu se poate să nu ajungem la o descoperire mai mare sau mai mică. La aceasta mai adaug că valoarea descoperirii noastre este de cele mai multe ori — nu însă totdeauna — în funcţie de cunoaşterea acelui domeniu.

Alegerea subiectului este o altă chestiune importantă. De multe ori subiectul se impune prin cercetarea chestiunei anterioare. Terminând studierea unei chestiuni, se impune o nouă chestiune. Dar uneori, avem libertatea noi să o alegem, şi această libertate o avem cam totdeauna pentrucă, chiar în cazul precedent, terminând studierea unei probleme nu se deschide numai o singură nouă problemă ci mai multe şi rămâne ca noi să o alegem pe care vrem. Revin iarăşi a spune că numai cunoaşterea adâncă a domeniului de studiu, ne va putea da posibilitatea să alegem problema adecvată, care ne poate duce la un rezultat important. Dacă alegem arbitrar, se poate să intrăm în o problemă mică în care, cum spunea Ch. Richet, să ne înfundăm ca într'un fund de sac, sau se poate să intrăm într'un domeniu vast, în care să ne pierdem.

Alegerea subiectului este o primă chestiune care trebue să preocupe pe cercetător. Acolo unde clinica prezintă o lacună, trebue să intervină studiul experimental. **Totul este să vedem care este lacuna şi să ne precizăm subiectul de studiu.** O lacună clinică al cărei stadiu deschide probleme vaste trebue să ne determine să studiem, dacă nu toată viaţa dar un lung şir de ani, numai aşa putem ajunge la un rezultat pozitiv şi aduce un aport în medicină. In caz când, nu ne putem consacra pentru studiul unei astfel de probleme, este mai util pentru medicină să nu o abandonăm, căci abordând o problemă, oricare ar fi ea, şi neducând-o până la capăt, facem un rău serviciu progresului medicinei.

Una din cauzele existenţei unei avalanşe de lucrări în toate problemele mari ale medicinei, este faptul că cei mai mulţi autori se ocupă în mod sporadic şi tangenţial de acea problemă. Fiecare autor studiază o problemă în anumit fel, cu anumite metode, bazat pe un anumit bagaj de cunoştinţe şi într'un anumit laborator şi în anumite condiţii experimentale. Este natural ca fiecare să aibe rezultate deosebite şi chiar contradictorii. E suficient să arătăm de ex. că în problema acţiunei cancerigene a foliculinei, s'au obţinut rezultate diametral opuse, cu toate că fiecare autor a căutat să lucreze în aceleaşi condiţii. Autorii americani n'au obţinut nici-un efect, pe când Lacassagne a obţinut o acţiune cancerigenă. Lacassagne, amplificând chestiunea, sau mai bine zis examinând o serie de chestiuni cari îi s'au pus în timpul primelor sale studii, ajunge în fiecare dată să confirme şi să lărgească primele sale concluziuni.

Este necesar dar, ca un acelaşi autor să studieze o chestiune până la capăt, căci numai el cunoaşte latura pe care a abordat-o şi singur poate urmări firul conducător al ideii sale.

O altă chestiune importantă este **alegerea metodei** de studiu. Nu este locul, nici spaţiul să intrăm în discuţia acestei chestiuni, atât de utilă studiului medicinei. Mă mulţumesc a spune că fiecare chestiune

are metoda sa proprie de studiu. Cu alte cuvinte, fiecare chestiune prezintă un mod propriu de a fi abordată. Le Dantec (1912) spune că odată ce am putut găsi metoda de studiu a unei chestiuni, o putem considera pe jumătate rezolvată. Ea „trebue atacată în funcțiile sale", adică ea trebue desfăcută în componentele sale naturale, adică despărțită în alte probleme mai mici a căror rezolvare nu mai depinde decât de munca noastră. Profesorul Parhon, spune că o chestiune trebue separată în compartimentele sale naturale, adică divizată în problemele sale componente. Odată ce am ajuns să facem această separație adecvată, nu mai avem decât a lucra în direcțiile stabilite pentru a umple compartimentele.

Găsirea metodei proprie a unei probleme, este ca și în geometria analitică, punerea unei probleme în ecuație. Odată ce am pus-o în ecuație, nu avem decât a face calculele pentru a o rezolva. Această găsire a metodei proprie de studiu, a unei probleme, este foarte grea și necesită o cunoaștere adâncă a domeniului de studiu. După cum în matematică pentru a putea pune în ecuație o problemă, trebue să cunoaștem bine analitica.

Desigur că o problemă biologică sau medicală nu are totdeauna o singură metodă proprie de studiu, dar în tot cazul nu sunt multe metode și, puține sau numai una ne poate duce mai deadreptul la rezolvarea chestiunei.

Dacă acest mod ataxic de a lucra și fără sistemă este răspândit în toată lumea, la noi în țară este foarte mult practicat și, cum suntem o țară cu o activitate științifică care nu ne permite luxul a ne risipi forțele, este dar cu atât mai necesar să ne sistematizăm activitatea noastră medicală.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Trebue să adaug, că mulți din savanții noștri, își au activitatea lor sistematizată, dar nu e suficient. Este necesar ca acești savanți, șefi de școală, care stau în fruntea activității noastre medicale să-și ia sarcina de a canaliza întreaga noastră activitate, să dea directive de studiu elevilor lor și tuturor celor ce intră în sfera lor de influență și în domeniul lor de activitate. Nu trebue să lase ca fiecare să lucreze ce vrea, cum vrea și cât vrea; trebue să se înfrâneze acest sistem de activitate și să se oprească noianul de lucrări incomplecte, dar mai ales să se oprească a se publica — desigur în măsura în care se poate — lucrări fără să se controleze în mod amănunțit literatura trecută cel puțin parțial. Nu numai pentru a stabili prioritatea ideii, dar mai ales pentru a așeza în cadrul ei adecvat acea lucrare. De multe ori am văzut publicându-se un studiu care fusese făcut de un alt autor mai înainte și mult mai complect, mult mai sistematizat și mai amplu.

Aceste articole nu numai că nu aduc nimic sau aproape nimic nou în medicină, dar în mod hotărît împiedică progresul medicinei. Ele măresc numărul lucrărilor atât de mult încât azi, suntem la o adevărată inflație și ca orice inflație, numărul mare al lucrărilor face să scadă valoarea și a lucrărilor bune.

Nu este grea această canalizare, cel puțin pentru noi, dar nici tocmai ușor. Trebue tact, trebue bun simț, trebue finețe multă, din

partea conducătorilor medicinei noastre, ca să nu facă să scadă entuziasmul pentru studiu, dar mai ales — și aceasta e partea cea mai grea — pentru că „errare humanum est" — nu trebue sub nici un motiv să facă aprecieri subiective eronate asupra unui articol al vre-unui nou cercetător.

In rezumat: cercetările trebuesc să fie conduse de următoarele norme:

O cunoaștere profundă a chestiunei, precum și a întregului domeniu din care face parte chestiunea.

O studiere deaproape a lucrărilor anterioare apărute în această chestiune.

Este bine că activitatea unui autor să se concentreze în jurul unei anumite chestiuni sau în tot cazul a unui mic număr de chestiuni.

După ce s'a studiat o chestiune complect, aș putea zice după ce s'a epuizat se poate trece la studierea altei chestiuni, în legătură cu aceasta sau care apare în timpul cercetărilor.

4. CEVA DESPRE INVENȚIUNI ȘI DESCOPERIRI.

Am spus mai înainte că cercetările în medicină se fac fără nici o normă, lucrările sunt disparate, ele variază nu numai dela autor la autor, dar chiar la acelaș autor. Delore zice că se publică în mod anarhic. N'aș avea nimic contra acestor publicații, dacă unii autori studiază și publică întâmplător chestiuni cari nu fac parte strictă din preocuparea problemei lor de predilecție. Dar dacă aceste deviații devin sistem, ele desigur strică.

Cluj University Library Cluj

Se zice că în felul acesta se întreține focul sacru al spiritului de cercetare, se mai zice că astfel desvoltă inițiativa individului, dar argumentul lor de bază este că în felul acesta se ajunge la invenții și descoperiri mai mici sau mai mari cari formează fundamentul progresului în medicină. Cred că acestei idei sunt fundamental greșite, și voi căuta să demonstrez contrariul cu exemple din cele mai cunoscute, luate din știință, tocmai pentru că aceste exemple formează calul de bătae al acelor ce susțin teza de mai sus.

Așa s'a susținut că Galileo Gallilei a descoperit legile pendulului și ale căderii corpurilor grație faptului că într'o zi a observat în catedrala din Pisa un policandru legănându-se în pendulă. De asemeni se mai zice că Newton a descoperit legile gravitații universale, grație faptului că într'o zi stând la umbra unui păr a observat o pară căzând din pom și, în urma unor raționamente și deducții a ajuns la descoperirea legii atracției universale. De asemeni se zice că Goethe a imaginat teoria vertebrală a craniului, grație faptului că în plimbările sale a întâlnit odată pe câmp un craniu de viței și i-a venit în minte această teorie.

In scurt **se crede că invențiunile și descoperirile sunt datorite unor întâmplări norocoase ivite în calea cercetătorilor.** De aici concluzia că fiecare om să caute pe unde vrea și poate va descoperi sau va inventa ceva.

Toate aceste fapte, e drept sunt întâmplări fericite în viața ma-

rilor descoperitori, dar să ne întrebăm: cine n'a văzut un policandru sau altceva clătinându-se în chip de pendulă, cine n'a văzut o pară căzând din pom, un craniu de viţel?, etc. A trebuit o minte ca a lui Galileu ca să întrevadă legile sincronismului în mişcarea pendulară a policandrului. A trebuit o minte ca a lui Newton ca să întrevadă în căderea unei pere legile atracţiei universale şi o minte ca a lui Goethe ca să întrevadă în un craniu de viţel legile adaptării şi transformismului.

Trebue să subliniem un fapt important şi anume: scânteia geniului nu constă în aceea că el observă legile ascunse în fapte extraordinare, ci din contră **genialitatea constă în aceea că în faptele cele mai banale, ce le observăm cu toţii, el întrevede legile naturii necunoscute până atunci.** „Hazardul nu serveşte decât acelora cari ştiu să-l capteze..." A prinde importanţa unui fapt şi a-l desluşi nu este decât în putinţa unui creer dotat" (Ch. Nicolle, 1932).

Mai mult încă, **o inteligenţă oricât de sclipitoare ar fi ea, nu poate întrevedea raporturi necunoscute într'un fapt oarecare decât după o lungă pregătire intelectuală şi nu poate desăvârşi această observaţie decât în urma unei lungi încordări cerebrale.** Pentru a fi un bun observator, mai întâi trebue să fii un bun teoritician, adică trebue să fii un profund cunoscător al domeniului în care faci observaţiunea. Dacă vom urmări viaţa acestor oameni iluştri, vom vedea ce muncă titanică au depus ei, câtă gândire şi câte experienţe n'au făcut până să ajungă dela faptul mai sus observat, la formularea complectă a legilor pe cari le-au întrevăzut în aceste fapte banale.

Galileu s'a ocupat de fizică în mod pasional încă de copil şi a făcut sute de experienţe şi observaţiuni, după ce a observat acel policandru mişcându-se. Au trecut zeci de ani de studiu (cam vre-o 40—50 ani) până să ajungă la formularea legii izocronismului pendulului. De asemeni Newton era în permanenţă preocupat de o serie de fenomene fizice şi astronomice când a observat para căzând din pom, iar după această observaţiune au trecut zeci de ani făcând continuu cercetări şi observaţiuni astronomice până să ajungă la formularea legii atracţiei universale, bazându-se pe studii de secole făcute de predecesorii săi. Intrebat cum a ajuns să formuleze legea gravitaţiei universale în urma observaţiei căderii perei, el a răspuns scurt: gândind în permanenţă la aceasta. De asemeni Goethe făcuse deja studii aprofundate şi observaţii minunate atât la plante cât şi la animale, până când a putut să facă acea ingenioasă remarcă la craniul de viţel. Iar după ce a făcut această observaţie, a studiat sute de cranii la diverse animale pentru ca să confirme şi să complecteze prima sa observaţiune.

Aceste exemple şi multe altele ne arată clar că **întâmplările norocoase survin totdeauna în calea marilor cercetători şi în domeniul lor de activitate.** Aş mai adăuga că aceste întâmplări trebue să survină în calea acestor cercetători sau mai exact ele survin în calea fiecărui om, dar numai acei cari posedă o inteligenţă excepţională şi a căror întreg gând este preocupat de anumite chestiuni, numai aceia ştiu să pătrundă în intimitatea acestor fenomene şi să observe raporturi pe

care imensa majoritate a oamenilor n'au ştiut să le prindă şi mai ales n'au ştiut să demonstreze existenţa acestor raporturi. Căci, nu trebue să ne scape un fapt; dacă mulţi pot face observaţiuni din cele mai ingenioase, puţini sunt acei care preocupându-se cu interes de ele pot să ajungă să demonstreze aceste raporturi.

Să nu uităm că cei mai vechi gânditori indieni, chinezi, greci, etc., au făcut o serie de observaţiuni ingenioase din care rezultă că au prins existenţa mai multor legi, dar acestea au rămas simple observaţiuni. După sute de ani a venit un Galileu, un Newton, un Darwin şi alţii ca să demonstreze legile naturei cu exemple simple, luate dela mii de înaintaşi în timp de veacuri precedente.

Dacă vom examina de exemplu lucrările lui Darwin, vom observa că în lucrarea sa **Originele Speciilor**, sunt culese sute şi mii de observaţiunii făcute de mulţi alţi observatori înaintea lui, pe care s'a bazat pentru a ajunge la legea transformismului şi a selecţiunii naturale. Iar dela publicarea acestei lucrări fundamentale a sa (1859), a publicat ani dearândul vreo 15—20 de alte lucrări ca să demonstreze definitiv teza transformistă prin selecţia naturală, enunţată în primul său volum.

Aceste idei, într'adevăr plăcute şi foarte sugestive, sunt cauza datorită căreia — mai ales la noi — se fac lucrările în mod disparat, fiecare crezând că va găsi „ceva nou".

Este drept că Pasteur care n'a fost medic a făcut cea mai mare descoperire în medicină, de asemenea Metschnicoff care a fost naturalist, are un mare aport în medicină prin studiul fagocitozei, al imunităţei şi al bătrâneţei. După cum Lombrozo care a fost psihiatru a adus cel mai mare aport în dreptul criminal prin demonstrarea criminalităţei înăscute. Dar aceştia nu s'au ocupat ca diletanţi în acele ramuri cari nu erau propriu zis ale lor, ci şi-au consacrat întreaga viaţă într'o anumită direcţie. Prof. Rădulescu-Motru a arătat importanţa fundamentală a „vocaţiunei" în aceste descoperiri.

Oricine are dreptul să se ocupe de orice chestiune cu condiţia să se ocupe în mod serios. O chestiune oricare ar fi dacă este rău studiată şi rău expusă, spune Prof. Danielopol, mai mult încurcă ştiinţa decât a o face să progreseze. Trebue să renunţăm la ideia că vre-o dată un diletant va putea face o invenţie sau descoperire. Aceste idei de licean sunt cauza, sau cel puţin una din cauze, care deviază mersul simplu şi natural al cercetătorilor.

5. REZUMAT ŞI CONCLUZIUNI.

Actualmente există o avalanşă de publicaţii medicale care pune pe medici în imposibilitate de a urmări, chiar numai în mod superficial aceste publicaţii. Numărul anual al publicaţiilor merge crescând şi suntem pe punctul de a fi blocaţi de ele. Faptul este observat de mulţi autori şi de medicii din lumea întreagă, ei toţi se întreabă: unde mergem? Se cere a se pune capăt aceste inflaţiuni. Trebue însă să se ţină seama să nu se împiedice de loc mersul cercetărilor prin restricţiuni cari se pot aduce publicaţiunilor.

La această stare se adaugă faptul că, cercetările, extrem de interesante, sunt de aşa natură încât determină reforme radicale în con-

ceptiile medicale trecute de care trebue să se țină seamă în mod absolut astăzi.

Reforma publicațiilor se impune deci. Această reformă este cu mult mai greu să fie extinsă la valoarea intrinsecă a lucrărilor decât la forma acestor articole. Este însă urgent să începem imediat cu modificarea formei articolelor, modificarea consistând în următoarele puncte:

1. A se căuta să se multiplice articolele de ansamblu sau de punere la punct, care să reprezinte totalitatea lucrărilor și concepțiilor actuale în o anumită chestiune.

2. In acelaș timp este necesară și o sistematizare a formei articolelor pentru a fi mai ușor selecționate, citite și reținute. In acest scop este bine ca articolele: a) Să aibă la început planul analitic al articolului, un fel de tablă de materii sau sumare; b) Articolul să înceapă cu o premisă, adică cu punerea problemei; c) Fiecare articol, capitol sau paragraf al articolului să fie urmat de un rezumat complect care, în general, să nu treacă de o zecime din volumul articolului.

Aceste reforme relative mici, cari în multe reviste din străinătate s'au introdus deja, cel puțin în parte, sunt de un mare avantaj, pentrucă ne dispensează de a citi articolul pentru a-i cunoaște subiectul. Dela început, uitându-ne la planul articolului ne putem da seama întrucât ne interesează. Citind apoi premisa, rezumatul și concluziile dela urmă, ne informăm asupra conținutului esențial al articolului. In cunoștință de cauză acel pentru care prezintă un interes deosebit, îl va citi în întregime.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In fine, este necesar ca orice articol să fie încadrat în problemele mari din care face parte; aceasta ne arată imediat importanța articolului și mai ales când e vorba numai de o notă.

3. Al treilea punct asupra căruia aș insista, este ca autorii să-și sistematizeze alegerile subiectelor și în genere să-și concentreze lucrările în jurul unor anumite chestiuni.

In felul acesta se pot face cercetări cari să însemneze un aport real în medicină. Numai cine aprofundează o anumită problemă și are o bună metodă de cercetare, poate face invențiuni și descoperiri, atât în medicină cât și în orice domeniu de cercetare.

BIBLIOGRAFIE

Cushing Harvey: La médecine à la croisée des chemins. The Journal of the american Association 1933.

Descartes: Discours sur la Mèthode.

Nicolle Charles: Biologie de l'invention F. Alcan Paris 1932.

Rădulescu Motru C.: Vocația, factor hotărâtor în Cultura Popoarelor, București 1935.

Richet Charles: Le savant. Hachette Paris 1923.

URALYSOL

TRATAMENTUL DIATEZEI REUMATICE DIZOLVANT ŞI ELIMINATOR PUTERNIC AL ACIDULUI URIC

Elementul fundamental al acestui preparat îl constitue **Acidul Timinic**, dizolvantul natural al Acidului Uric.

Citratul de Hexametilen-Tetramină şi **Hexametilen-Tetramina** asigură antisepsia căilor urinare şi biliare.

Dietilen Diamina funcţionează ca eliminator al Acidului Uric.

Carbonatul de Litină activează diureza.

Benzoatul de Sodiu este antiseptic al aparatului urogenital şi colagog în litiaza biliară.

INDICAŢIUNI:

URALYSOL este indicat în toate maladiile urice:

Artritism, Gută, Reumatisme, Gravelă, Hipertensiune, Arterio-Scleroză, Colici hepatice şi nefretice, anumite Dermatoze (Eczeme-Herpes), Cistite, Pielite, Nevralgii, Migrene, Urticarii.

Biblioteca Centrală Universitară Iuliu Haţieganu Cluj

FORMA ŞI MODUL DE INTREBUINŢARE:

URALYSOL se prezintă sub formă de granule cu gust foarte plăcut şi se ia în dozele următoare:

ADULŢI: Dimineaţa şi seara câte una linguriţă cu granule dizolvate într'un pahar cu apă.

COPII: Dimineaţa şi seara câte ½ linguriţă cu granule dizolvate într'un pahar cu apă.

In afecţiunile cronice, se va face în medie o cură de 12 zile pe lună: primăvara şi toamna 20 zile pe lună.

Laboratoires LOBICA — PARIS

Eşantioane şi Literatură:

Laboratorul farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, Bucureşti III, Tel. 22138

Lucrare executată în Spitalul „Cantacuzino-Pașcanu" Iași
Medic Primar-Director: D-r C. Bart

TRATAMENTUL HIPERTENSIUNEI ARTERIALE DUPĂ PROCEDEUL LUI P. MARTINI

de

D-r V. ALEXENCO și **D-r E. ALEXENCO**

Dintre diferitele procedee terapeutice cunoscute până în prezent, bazate fiecare pe diferite date de ordin etiologic și patogenic, nici unul nu reușește să dea rezultate satisfăcătoare și durabile în tratamentul hipertensiunii arteriale.

In ultimul timp Paul Martini propune în tratamentul hipertensiunii arteriale un nou procedeu terapeutic cu care obține rezultate din cele mai încurajatoare, prin regim dechlorurat continuu.

Prin acest procedeu terapeutic, se caută eliminarea din organism a clorurei de sodiu în exces, care la hipertensivi are o valoare foarte ridicată și care în timpul fazei de migrare spre rinichi produce fenomene complexe de hipertensiune arterială.

Reluând aceste cercetări, noi am reușit să obținem rezultate din cele mai bune. La bolnavii noștrii în urma acestui tratament tensiunea arterială pe deoparte scade considerabil iar pe de altă parte odată scăzută, nu mai are tendința să se refacă.

Aceste fapte clinice au fost observate și verificate pe bolnavii noștri, pe cari îi urmărim de doi ani și care continuă să fie supraveghiați și în prezent.

Hipertensiunea arterială a fost semnalată și descrisă ca o entitate morbidă de către Senhouse-Kirkes și Traube înaintea introducerii mijloacelor măsurării tensiunei arteriale.

In urma lucrărilor lui Marey, Potain și Huchard în Franța, a lui Traube și von Basch în Germania și a lui Riva-Rocci în Italia, apar un număr nesfârșit de studii privitoare asupra tensiunii arteriale.

Bazată pe aceste lucrări, școala franceză cu Vaquez, Josué, Laubry Galavardin și școala din Viena cu Pal aduc contribuțiuni importante în studiul sindromului hipertensiunii arteriale.

Tensiunea arterială normală este o energie care ia naștere prin forța de contracție a ventricolului stâng și a pereților vaselor arteriali la care se opune rezistența vaselor periferice.

Elasticitatea pereților vaselor arteriale, pe deoparte și tonusul pe-

reţilor acestor vase joacă un rol important în mecanismul presiunii arteriale. Pe de altă parte intervine factorul periferic prin contractilitatea vaselor capilare în scopul regulării debitului sanguin la nivelul tuturor organelor.

Echilibrul funcţional al sistemului circulator mai este menţinut de sistemul neuro-vegetativ (reprezentat de nervul lui Cyon-Ludwig, nervul presor al lui Hering şi nervii sensibilităţii vasculare) şi pe de altă parte de multiple influenţe hormonale, Frey şi Kraut reuşind să izoleze şi un hormon circulator (Kalikrein-hormon pancreatic).

Tensiunea arterială nu este rigidă, în timpul fiecărei revoluţiuni cardiace tensiunea atinge mai întâi în timpul sistolei ventriculare o valoare maximă, după care tensiunea arterială scade progresiv pentru a atinge o valoare minimă.

Aceste două valori se comportă după legea concordanţei lui Lian $Mn. = \frac{Mx.}{2}$ 1 sau 2. Ori de câte ori acest raport este deranjat, spunem că se petrece un dezechilibru circulator; convergenţa traducând o insuficienţă circulatorie, iar divergenţa o insuficienţă cortică (Haţieganu-Goia).

Hipertensiunea arterială poate interesa numai una din valorile ei (maxima sau minima) ori ambele valori. In prima eventualitate este vorba de o hipertensiune arterială parţială sau incomplectă, iar în cazul al doilea de o hipertensiune arterială totală sau complectă.

Nu vom insista asupra etiologiei şi patogeniei acestei entităţi morbide; destul este să amintim o serie întreagă de teorii pe cari ne vom mărgini numai a le trece în revistă.

Biblioteca Centrală Universitară Cluj

Astfel Senhouse-Kirkes şi Traube consideră hipertensiunea arterială ca o maladie primitivă independentă de orice leziune organică.

Vaquez (1904), încrimină hipertrofia glandelor suprarenale, iar leziunile renale pe cari le găseşte la hipertensivi le interpretează ca simple epifenomene supraadăogate. Aceiaşi supraactivitate cronică a glandelor suprarenale a fost susţinută şi de Josué, Aubertin şi Ambard, de Menetrier şi Bloch, de Widal şi Boidin.

Romberg şi Ambard, pe de altă parte, emit o teorie renală a hipertensiunii arteriale. Această teorie a fost întrevăzută cu mult înainte de către Ballantyne (1885), de Nobécourt (1897), Janeway, Queirel, Pinard, Zweifel şi alţi.

In Italia Riva-Rocci studiază în clinica lui Forlănini acţiunea tuturor substanţelor reţinute în cazul de impermeabilitate renală şi nu reuşeşte cu niciuna din aceste substanţe să provoace o hipertensiune durabilă. Aceste lucrări sunt apoi reluate de către Ascoli care ajunge la aceleaşi rezultate.

Kylin şi von Krehl emit teoria dezechilibrului în mecanismul regulator central şi periferic.

Sutton susţine teoria arterială descriind o aşa zisă „arterio-cappilary fibrosis".

Niciuna din teoriile enunţate mai sus nu ne poate da explicaţii suficiente în toate cazurile de hipertensiune arterială.

Marele clinician Volhard, descrie şase tipuri de hipertensiune arterială, înglobând aici şi hipertensiunea esenţială de tip alb şi roşu.

Dacă analizăm clasificaţia lui Volhard constatăm că în esenţă aceste şase tipuri de hipertensiune arterială se pot grupa în două tipuri mai mari: tipul de hipertensiune de origină renală şi tipul de hipertensiune esenţială.

Şcoala engleză cu C. Wilson şi F. B. Byron caută să combată teoria renală a lui Volhard, aducând ca argument că în hipertensiunea arterială creată la un guzgan prin obstrucţia parţială a unei artere renale, găsim la nivelul rinichiului opus leziuni histologice cari par identice cu leziunile renale pe cari le găsim în hipertensiunea malignă la om. Aceste leziuni, susţin autorii engleji, sunt datorite efortului vascular produs prin hipertensiunea declanşată prin obstruarea parţială a arterei renale. Deci aceste leziuni renale pe cari le găsim la nivelul rinichilor la bolnavii hipertensivi ar fi secundare şi nu cauzatoare a hipertensiunii arteriale.

Nu vom insista deloc asupra simptomatologiei, diagnosticului şi prognosticului acestei entităţi morbide.

In ceiace priveşte tratamentul, trebuie să recunoaştem că până în prezent s'a propus un număr nesfârşit de procedee terapeutice bazate fiecare pe câte o teorie de ordin etiologic şi patogenic; iar în prezent noi încă nu dispunem de un tratament eroic.

Tratamentul higienic şi medicamentos numără cele mai multe procedee terapeutice fără rezultate stabile, fapt care l-a făcut încă de mult pe Osler să spuie că nu poate crede în valoarea terapeutică a medicamentelor în ceiace priveşte hipertensiunea arterială.

Biblioteca Centrală Universitară Cluj

Tratamentul hidro-balnear nu reuşeşte nici el să ne ofere rezultate satisfăcătoare şi durabile.

Fizioterapia sub forma de iradieri a glandelor suprarenale, inaugurată de către Zimmern şi Cottenot, iradierea hipofizei precum şi tratamentul cu curenţi de înaltă frecvenţă preconizat de Mautier şi Challamel nu reuşesc să dea rezultate satisfăcătoare.

Aceste fapte clinice au fost confirmate la Congresul din Lyon (1906), unde Babinski şi Widal au arătat că n'au obţinut nici un rezultat utilizând curenţii de înaltă frecvenţă şi apoi reafirmate de către Bergonié, A. Broca şi Ferrie (1907).

Opoterapia şi hormonoterapia cu hormoni circulatori nu dau decât rezultate pasagere.

In ultimul timp Paul Martini (1938), propune în tratamentul hipertensiunei arteriale un nou procedeu terapeutic foarte simplu, eficace şi cu rezultate durabile (persistente).

Tratamentul dietetic preconizat de către Paul Martini constă în administrarea, la bolnavii cu hipertensiune arterială, a unui regim declorurat continuu.

Statisticele pe cari le dă acest autor arată rezultate excelente şi durabile.

Bolnavii noştri urmăriţi în ultimii doi ani şi supuşi acestui procedeu terapeutic au prezentat scăderi importante a tensiunii arteriale în special când excreţia clorurei de sodiu prin urină scade la 1 gr. sau chiar mai puţin de 1 gram pe zi.

Eşecurile sunt mai frecevnte atunci când excreţia clorurei de sodiu rămâne superioară cantităţii de 1 gram pe zi.

In toate cazurile observate de noi, scăderea tensiunii arteriale este însoțită de o evidentă ameliorare a celorlalte simptome subiective ca: durerile de cap, vertije, transpirații nocturne, capacitatea de lucru etc. etc.

Observațiile noastre ne arată că în urma acestui tratament beneficiază cea mai mare parte a hipertensivilor prezentați în serviciul nostru (circa 90%).

Constatările noastre ne învață că în afară de hipertensivii obișnuiți profită de acest tratament dietetic chiar și bolnavii cari prezintă afară de hipertensiune arterială și fenomene evidente de insuficiență cardiacă.

La această din urmă categorie de bolnavi rezultatele sunt considerabile fără însă a fi egale cu rezultatele obținute la prima categorie de bolnavi.

Bolnavii noștri cari prezentau fenomene de hipertensiune arterială de origină nefrogenă nu au beneficiat constant în urma tratamentului cu regim declorurat continuu; la această categorie de bolnavi rezultatele fiind mai puțin evidente, mai dubioase.

Scăderea tensiunii arteriale la bolnavii noștri, după administrarea regimului declorurat continu (tip Paul Martini) ar fi datorită scăderii tonusului vascular arterial și în special dilatării arteriolelor precapilare.

Hipertensivii supuși la acest regim, elimină clorură de sodiu în exces mult mai mult timp decât indivizii sănătoși supuși la acelaș regim declorurat, ceiace ne indică că clorura de sodiu ridică tensiunea arterială în timpul migrării spre rinichi (P. E. Morhardt). In nici-un caz, diminuarea volumului sângelui nu poate juca vre-un rol în scăderea tensiunii arteriale ce o obținem cu acest procedeu terapeutic.

Redăm pe scurt câteva din foile de observație dintr'un număr considerabil de bolnavi cu hipertensiune arterială pe cari i-am tratat exclusiv prin administrarea de regim declorurat continu.

Observ. 1-a. — Bolnavul G. V. în etate de 64 de ani vine în serviciul nostru pentru: palpitații, cefalee cu localizare occipitală și cu caracter matinal, insomnie, vâjâituri în urechi, furnicături la nivelul picioarelor etc.

Examinând bolnavul constatăm că este vorba de o hipertensiune arterială (în perioada a doua).

Tensiunea arterială este: Mx. 280 mm. Mn. 200 mm. Puls 102 pe minut.

In urină găsim rare leucocite libere, epitelii a căilor urinare inferioare și rari cilindrii hialini.

Ureea din sânge: 0,36‰.

Teleortodiagrama arată o mărire considerabilă a ventricolului stâng și a arcului aortic (opaciefiere de gradul II).

Bolnavul este supus unui regim declorurat tip Paul Martini.

După 20 de zile de tratament, tensiunea arterială scade la 205 mm. iar după 40 de zile, de asemenea tratament, scade la 180 mm. (vezi diagrama alăturată).

Bolnavul a fost urmărit timp de 16 luni în care timp tensiunea arterială a scăzut până la 160 mm., fără ca în cursul acestui tratament bolnavul să fi primit medicamente.

Observ. 2-a. — Bolnavul N. D. în etate de 54 de ani vine pentru: cefalee cu caracter migrenoid, insomnie, transpirație prematinală, țiuituri în urechi, oboseală, etc.

Bolnavul fiind examinat constatăm că simptomele sus menționate sunt datorite unei hipertensiuni arteriale. Tensiunea arterială la Vaquez este: Mx. 235 mm., Mn. 190 mm. Puls 108 pe minut.

La examenul aparatului respirator găsim raluri de congestie la ambele baze. Ficatul uşor mărit şi sensibil la presiune manuală.

Ortodiagrama arată o puternică mărire a ventricolului stâng, uşoară dilataţie a cavităţilor drepte şi o pronunţată opacifiere şi dilataţie aortică.

In urină găsim: albumină urme pronunţate; în sediment: epitelii plate, rari cilindrii hialini şi hialino-granuloşi, frecvenţi cristali de oxalat de calciu. Ureea în sânge 0,51‰.

Bolnavul este supus regimului declorurat tip P. Martini.

După 20 de zile tratament, starea generală a bolnavului se ameliorează simţitor, iar tensiunea arterială scade la 195 mm. (vezi diagrama). Bolnavul este urmărit şi în prezent; starea generală a bolnavului este foarte bună iar tensiunea arterială se menţine în jurul lui 160—165 mm.

Observ. 3-a. — Bolnava P. S. în etate de 61 de ani vine în serviciul nostru pentru palpitaţii, insomnie, cefalee puternică, sensaţie de deget mort şi oboseală generală.

La examenul clinic se decelează hipertensiunea arterială.

Pulmonar găsim: rare raluri bronhice diseminate şi rare raluri subcrepitante la ambele baze.

Sist. cardio-vascular: uşor suflu sistolic în focarul aortei. Tensiunea arterială la Vaquez Mx. 235, Mn. 180 mm.

Ficatul este uşor mărit şi dureros la presiune manuală.

Diureza este relativ mică. In urină constatăm urme de albumină., frecvenţi cilindrii hialini şi rare erytrocite.

Bolnava este supusă la regim declorurat continuu fără nici un medicament.

După 20 de zile de tratament tensiunea arterială scade la 200 mm. maxima şi 150 mm. minima, iar după 40 de zile de acelaş tratament, scade la 180 mm. (Mn. 120 mm.).

In acelaş timp starea generală a bolnavei se ameliorează progresiv şi în legătură cu scăderea tensiunii arteriale; bolnava după 30 de zile de tratament putând să-şi reia ocupaţiile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Observ. 4-a. — Bolnavul P. I. în etate de 55 de ani vine pentru dispnee de efort, crize de pseudo-astm cardiac, oedeme maleolare, puternice dureri de cap cu sediul în regiunea occipitală.

La examenul clinic găsim la nivelul aparatului respirator un emfizem incipient, rare raluri de congestie la ambele baze.

In ceiace priveşte sistemul cardio-vascular, şocul apexian se percepe în al VII-lea spaţiu intercostal, puţin înafara liniei medio-claviculare, zgomotul al 2-lea este puternic clacant în focarul aortei. Pulsul este regulat însă puternic (98 pe minut), tensiunea arterială Mx. 250 mm. Mn. 160 mm. Urinele sunt destul de abundente; albumină 0,50 gr. la litru, în sediment găsim frecvenţi cilindrii hialini şi erytrocite.

La examenul radiologic se constată că cordul este mărit, globulos şi aorta dilatată.

Bolnavul este supus tratamentului cu regim declorurat continuu.

După primele 10—15 zile de acest tratament starea generală începe să se remonteze. După 30 de zile de tratament tensiunea arterială scade Mx. la 200 mm. şi Mn. la 130 mm. iar după 60 de zile Mx. 175 mm. şi Mn. 100 mm.

Observ. 5-a. — Bolnava B. M. în etate de 59 de ani vine pentru dispnee de efort, oedeme maleolare, jenă precordială, cefalee şi insomnie.

La examenul clinic al bolnavei constatăm prezenţa unei bronşite cronice cu emfizem incipient şi raluri-frecături la ambele baze. La examenul sistemului cardio-vascular găsim: şocul apexian în al VI-lea spaţiu intercostal înafara liniei medio-claviculare, matitatea relativă şi absolută a cordului mărite; uşor suflu sistolic în focarul mitralei cu tendinţa de propagare în axilă, zgomotul al doilea clacant în focarul aortei. Puls 114 pe minut; tensiunea arterială (la Vaquez) Mx. 245 mm. Mn. 180 mm. La ecran în tele se constată o pronunţată dilataţie aortică şi o considerabilă mărire a cordului, în ansamblu (cu predominenţa la nivelul cavităţilor stângi). Urina arată urme de albumină şi frecvenţi cilindrii hialini. Uree în sânge 0,42‰.

Bolnava este supusă unui riguros regim declorurat. După primele 20 de zile de acest tratament bolnava se simte considerabil ameliorată iar tensiunea ar-

terială începe să scadă simţitor după cum se poate constata din graficul alăturat.

Observ. 6-a. — Bolnavul M. I. în etate de 48 de ani vine pentru: vertije, cefalee, palpitaţii şi jenă în regiunea precordială, dispnee de efort, poliurie.

Examinând bolnavul găsim: fenomene de eretism cardiac, puls 98 pe minut, tensiunea arterială Mx. 230 mm. Mn. 170 mm. Ortodiagrama arată o mărire considerabilă a ventricolului stâng şi o uşoară dilataţie şi opacifiere aortică. In urină nu găsim nimic patologic. Uree în sânge: 0,48‰.

Bolnavul este supus la regim declorurat continuu. După primele 20 de zile de tratament cefaleea, palpitaţiile şi jena în regiunea precordială dispar, iar tensiunea arterială începe să scadă şi ea (vezi graficul).

Ne mărginim să redăm pe scurt numai şase foi de observaţie clinică, deoarece restul observaţiunilor clinice sunt aproape identice atât ca aspect clinic cât şi ca reacţie în urma tratamentului dietetic tip Paul Martini.

Cazurile de hipertensiune arterială de origină renală cum este cazul 8 şi 9 din diagramă şi cazurile de hipertensiune arterială însoţite şi de insuficienţă cardiacă (cazurile 9 şi 10 din diagramă), reacţionează incomparabil mai slab la acest tratament.

No. curent	NUMELE şi PRONUMELE bolnavului	Etatea	Valorile tensiunei	Tensiunea arterială exprimată în mm. (Vaquez)												
				Inainte de tratament	După 10 zile	După 20 zile	După 30 zile	După 40 zile	După 50 zile	După 60 zile	După 3 luni	După 4 luni	După 5 luni	După 6 luni	După un an
1	G. V.	64	Mx	280	220	205	200	180	180	175	160	160	160	160	160
			Mn.	200	175	165	155	140	130	120	120	115	100	95	90
2	N. D.	54	Mx.	235	205	195	190	185	175	160	165	155	160	160	160
			Mn.	190	135	120	110	110	110	105	105	100	95	95	95
3	P. S.	61	Mx.	235	225	200	195	180	180	185	170	170	170	170	170
			Mn.	180	170	150	140	120	125	120	115	100	95	95	95
4	P. I.	55	Mx.	250	225	205	200	190	180	175	170	165	170	165	165
			Mn.	160	140	130	130	120	110	100	95	85	90	90	85
5	B. M.	59	Mx.	245	240	200	180	180	180	170	160	160	160	155	150
			Mn.	180	160	130	100	100	100	90	90	90	90	90	90
6	M. I.	48	Mx	230	225	210	200	180	165	160	160	165	160	160	160
			Mn.	170	170	160	155	120	100	100	100	90	90	90	90
7	P. M.	62	Mx.	290	290	280	285	280	290	285	275	275	—	—	—
			Mn.	200	190	190	190	185	185	180	180	190	—	—	—
8	B. I.	53	Mx.	285	275	270	270	275	270	260	260	250	250	260	260
			Mn.	200	190	185	185	180	170	170	175	170	160	170	170
9	C. M.	57	Mx.	225	200	200	190	190	200	190	190	195	190	180	180
			Mn.	170	150	140	110	110	115	110	110	110	105	110	110
10	I. E.	54	Mx.	260	260	240	230	200	200	200	190	195	190	190	195
			Mn.	180	170	160	140	140	140	130	120	125	120	120	120

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

Aubertin et Pârvu: La constante uréique chez les hypertendus. Arch. mal. coeur. Paris 1913. — **Ascoli G.:** Vorlesungen über Uremie. Iena 1903. — **Ambard L.:** Physiologie des reins. Paris. — **Haţieganu şi Goia:** Tratat elementar de semiologie şi patologie medicală. Vol. 1. — **Josué D. et Parturier M.:** Les cardio-renaux. Paris 1935. — **Langley J. N.:** Systeme nerveux autonome. Paris 1939. — **Lutembacher R.** Examen du coeur en clinique. — **Lutembacher R.:** Troubles fonctioneles du coeur. — **Martini Paul:** Efectele regimului declorurat asupra hipertensivilor. Deutsches Archiv für Klinische Medizin T. 183 Nr. 1—2. Münchener medizinische Wochenschrift T. 85 Nr. 57 din 1938. — **Martinet Alfred:** Pressions arterielles et viscosité sanguine. Circulation. Nutrition. Diurese. — **Perret Ed. Paul:** Tratamentul hipertensiunii arteriale prin autohemotherapie. Schweizerische mediz. Wochenschr. T. 68 Nr. 11 din 12—III—1938. — **Paliard F. et P. Etienne-Martin:** Le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle maligne. Ses résultats. Ses indications. La presse medicale. Nr. 45 din 17 Iunie 1939. — **Raugemont:** Turburările tensiunii arteriale după traumatisme. Soc. de chirurgie de Lyon 8 Iunie 1939. — **Riser J., Planques et P. Barbier:** L'hypertension cranienne chez les hypertendus artériels. La presse medicale din 29 Aprilie 1939. — **Ramond L.:** Conferences de clinique medicale pratique „ Serie I. — **Roger G. H.:** Traité de physiologie normale et pathologiques. Tome III et Tome VII. — **Romberg E.:** Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Blutgäfesse. — **Roger G. H., Widal et P. Teissier:** Nouveau traité de medecine Fascicule X. — **Schumpf-Pierron:** Diagnostique cardiologique. Paris 1932. — **Vaquez H.:** Medicaments et medications cardiaques. Paris 1923. — **Vaquez H.:** Maladies du coeur. Nouveau traité de medicine et de therapeutique. — **Vaquez H. et Bordet:** Le coeur et l'aorte. Paris 1928. — **Wilson C. et Byron F. B.:** Les troubles rénaux dans l'hypertension maligne, The Lancet Nr. 6021 din 21 Ianuar 1939. — **Wilson M. et Wolfner H.:** Une réaction pupillaire d'arteriosclerose avec hypertension. Journal of American med. Assoc. 1915.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Von den verschiedenen, bis jetzt bekannten, therapeutischen Verfahren, die alle auf etiologischen und pathogenen Grundlagen beruhen, giebt keine dauerhafte und genügende Erfolge in der Behandlung der arteriellen Hypertension.

In letzerer Zeit hat Paul Martini zur Behandlung der arteriellen Hypertension ein neues therapeutisches Verfahren vorgeschlagen, in welchem durch längere clorfreie Diät, ausserordentlich ermunternde Erfolge erzielt werden.

Durch dieses therapeutische Verfahren, versucht man ein Ausscheiden des überzähligen Na Cl. das bei Hypertensiven in grosser Menge verhanden ist und das auf dem Weg fur Niere die komplexen Erscheinungen der arteriellen Hypertension hervorruft.

Durch Aufnehmen dieser Versuche, haben die besten Erfolge gehabt.

Bei unseren Kranken wurde durch diese Behhandlung einerseits der hohe arterelle Blutdruck stark herabgesetzt und andereseit sein Wiederausteigen verhindert.

Diese Klinischen Tatsachen wurden bei unseren Kranken festgestellt und bewiesen, die wir seit zwei Iahren beobachten und die auch gegenwertig beobachtet werden.

Parmi les differents procédés theraupeutiques connus jusqu'a present chacun basé sur les differents donnés d'ordre ethyologique et pathogéniques aucun ne reussit nous donner des resultats satisfaisants et durables, dans le traitement de l'hypertension arterielle.

Dans les derniers temps Paul Martini propose dans le traitement de l'hypertension arterielle un nouveau procédé therapeutique par lequel il obtient des résultats de plus encourageants par un regime dechloruré continu.

Dans ce procédé therapeutique on cherche l'elimination par l'organisme du chlorure de sodium en excès, qui chez les hypertensifs a une valeur tres augmenté et qui pendant la periode de migration vers les reins produit des phenomènes complexes de l'hypertension arterielle.

Nous avons repris ces recherches et nous avons reussi d'obtenir des meilleurs

résultats. Chez les malades étudiés par nous apres ce traitement, la tension arterielle d'une part diminue considerablement, et d'autre part, une foist diminuée ne montre pas la tendance de reprendre sa valeur.

Ces faits cliniques ont été observés et veriefiés sur nos malades qui nous les suivons depuis deux ans et qui continuent a être surveillés en present.

Tra le diverse procedure terapeutice conosciute fino adessa bazate ogniune su diverse dati di ordino etiologico e patologico, nessuno non a reuscito a dare risultati piacevoli in tratamento di hipertensione arteriale.

In ultimo tempo Paulo Martini propone un tratamento di hipertensione arteriale un nuovo procedeo terapeutico con qualle obtiene risultati piu buoni con il regime dechlorurate continuo.

Con questo procedeo terapeutico si cerca l'eliminazione dell'organismo la clorura di sodiu in excesso, qui la hipertensivi a una valore molto alzata e la quelle in tempo di fasse di migrare di rinichi produce fenomeni complexi di hipertenzione arteriale.

Ripredendo queste cercetazione noi abiamo riuscito a otenere risultati le piu migliori.

Ai nostri amalati al fine di questo tratamento la tensione arteriale in una parte diminua considerabile in quelalatra parte, una volta diminuendo non a piu l'intenzione di rifarsi.

Questi fati clinici sono stati observati e verificati sui nostri amalati in tempo di due ani e ci encora continuo sotto la nostra sorveianza anche in prezenteu.

In tratamentul constipației

BCU Cluj / Central University Library Cluj

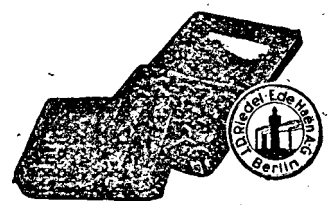
Se poate evita obișnuința și iritația mucoasei nu prin simpla administrare a unui laxativ, ci readucând intestinul pe cale fiziologică la o funcționare normală prin propriile sale puteri.

Pentru acest scop servește

CEADON

Regulator al digestiei

Cutii cu 30 dragele
Cutii cu 60 dragele



Reprezentant pentru România: Rudolf Forek
București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PLANȘĂ

Erupție vesiculo-buloasă confluentă, localizată la ambele mâini, determinată de un sifilis hereditar.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DISIDROSIS SIFILITIC

de

D-r EUG. NEDELCU DUMITRIU

Substanţa sintetică unitară, fără alcaloizi, cu acţiune spasmolitică vastă şi efect analgezic puternic, fără acţiune hipnotică accesorie

DOLANTIN

pentru combaterea chiar a celor mai grave colici şi spasme ale tuturor organelor cu musculatură netedă, precum şi a stărilor dureroase de cea mai variată origine, inclusiv a durerilor mari postoperatorii sau datorite neoplasmelor; în obstetrică în rigiditatea şi spasticitatea colului uterin în timpul durerilor şi a expulzării.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Administrabil oral şi parenteral.

Fiole, tablete, supozitoare.

»Bayer« Leverkusen

BAYER

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9286

Apreciat de 30 de ani.

In cardiopatiile acute şi cronice

intravenos:

KOMBETIN

(Strophanthin Boehringer)

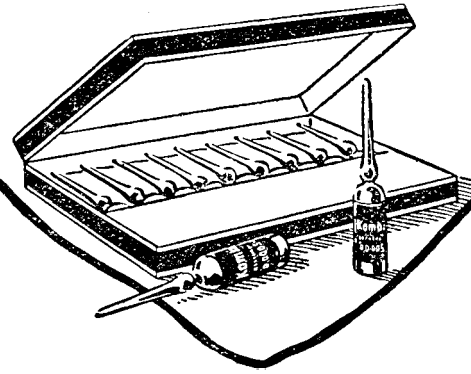
fiole de 0,5 mg

BCU Cluj / Central University Library Cluj

intramuscular:

Myokombin

1 fiola 0,5 mg Kombetin + 0,7 Novocain (Bayer)



C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. M. B. H.

MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

SULFUL DE MAGNEZIU ŞI IODURILE IN TRATAMENTUL EPILEPSIEI

de

D-r C. V. ANTONESCU

Asistent al Inst. Farmacologie Cluj-(Sibiu)

„Cauza convulsiunilor, cari consistă într'o schimbare invizibilă petrecută în creer şi în nervi, nu cade sub simţurile noastre după moarte. Nu se observă decât efectele cari variază după violenţa şi durata acestor convulsiuni".

Morgagni (scr. VIII-a).

Excepţie făcând cu epilepsiile simptomatice, cauzate de tumori sau leziuni ale craniului osos, termenul de **esenţială** nu prezintă valoare, decât numai în măsura în care nu se pot evidenţia alteraţiuni primitive vizibile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Ori cum ar fi, la baza epilepsiei obişnuite, există un teren spasmofil, fundamental, indispensabil, care permite sub influenţa cauzelor ocazionale, cu atât mai uşoare cu cât această stare constituţională este mai accentuată — şi invers — provocarea crizei sub variatele sale manifestaţiuni. Această uşurinţă de a reacţiona a centrilor nervoşi deveniţi ipersensibili, încât un simplu eveniment fiziologic — menstruaţiune, indigestie, emoţiune — poate determina manifestaţiuni cerebrale paroxistice, este mult probabil realizat prin leziuni encefalice minime, câştigate deobicei în timpul copilăriei sau a vieţii intrauterine, sau prin o impregnaţiune toxică sau infecţioasă a centrilor nervoşi, sau prin o turburare umorală particulară — alcaloză, ipoglicemie, ipocalcemie" **(Paul Savy).**

Mecanismul accesului epileptic nu a lăsat fără interes pe diferiţi cercetători şi vedem pe **Mosso,** care — primul — încearcă să explice acest mecanism prin turburări vasculare la nivelul encefalului, ceeace a căutat să observe — prin inetrmediul unei trepanaţiuni, — în momentul accesului, dar fără a ajunge la concluziuni precise. Insă cea mai recentă opinuine, este a lui **Leriche, Walter,** cari folosindu-se de metoda lui **Mosso,** constată totdeauna o anemie cerebrală, care se suprapune accesului convulsivant paroxistic. Această opiniune este întărită prin observarea vasoconstricţiei retiniene **(Kneis),** deşi **Magnan** şi **Pichon** constată totdeauna o vasodilataţie a fundului ochiului. In fine, în sprijinul opiniunei lui **Leriche,** etc. vine şi faptul că, accesele din

boala lui Stockes-Adams, sunt cauzate de oprirea circulațiunei sanguine la nivelul centrilor nervoși.

Ori care ar fi stadiul opiniunilor asupra cauzei acceselor, un fapt este cert", stadiul vascular este singurul aparent, dar el provoacă, fără îndoială, perturbațiuni profunde în cortex" **(Paul Savy).**

Dacă, aceste schimbări în starea vaselor cerebrale, determină o iperexcitabilitate a centrilor nervoși sau din contră o inhibițiune, care să elibereze automatismul centrilor subcorticali, sunt ipoteze cari ambele pot fi valabile și totodată explică, tot atât de bine, manifestațiunile epileptice.

Dacă în etiologa epilepsiei esențiale găsim tare heredo-colotarele (tbc., sifilis, alcoolismul), atunci suntem în măsură să prezentăm prin cazul nostru personal, o epilepsie esențială care este grefată pe antecedentul unei **encefalite letargice,** boală de care a suferit cu 10 ani înainte de declararea acceselor epileptie.

Bolnavul F. C., în etate de 18 ani, evreu. **In antecedentele heredo-colaterale,** are mama cu un oareșicare grad de debilitate mintală; părinții neagă bolile infecto-contagioase și alcoolismul; frații (4) toți sănătoși. In **antecedentele personale; encefalită letargică** la etatea de 5 ani (diagn. Clinica Infantilă din Cluj); până la etatea de 15 ani, nu prezintă decât un grad de debilitate mintală (nu urmează școală) și o stare de apatie nu prea pronunțată, uneori caracterul prea docil alternează cu un caracter impulsiv; la 15 ani apar primele convulsiuni epileptice, cari se înmulțesc — cu tot tratamentul urmat — până ajung să se repete de 2—3 ori săptămânal și în mod regulat, de o intensitate crescândă progresiv; tratamentul urmat a fost cel clasic: bromuri și fenil-etil-malonilurea.

Bolnavul mi-a fost adus de un frate al său, în ziua de 11.V.1940. La examinarea generală constat: somatic normal desvoltat, stratul celulo-adipos foarte bine reprezentat, pulmonar, cord, aparat digestiv = 0; reflexele patelare ușor exagerate, cele tricipitale și radiale ușor diminuate, reflexele pupilare normale la lumină, distanță și convergență; starea psihică intens apatică- — nu prezenta nici un interes față de cele petrecute în jurul său, se supune examenului medical numai după insistențe destul de îndelungate ale fratelui său, la întrebări nu răspunde sau răspunde cu mare greutate și cu mici abateri dela subiect, memoria scăzută, dar are conștiința bolii sale pe care o definește „mi-a fost foarte rău", prezintă un desinteres total față de persoana proprie, are o privire asemănătoare unui idiot.

In fața acestui tablou de depresiune psihică, ordon suprimarea imediată a bromurilor și derivaților barbiturici.

Instituesc un tratament de șoc cu **Xifal-Milch,** începând cu 2 cc, 3 cc, 4 cc, 5 cc. administrat tot a 2-a zi intramuscular, continuând cu doza de 5 cc. până la un total de 12 injecțiuni (27 V—5 VI), apoi trec din nou la doza de 2 cc. (tot la 2 zile) până la un total de 23 injecțiuni (9 VI—28 VIII), având întrerupere de tratament dela 2 VI—7 VI, 17 VI—21VI, 29 VI—5 VII, 19 VII—24 VII, datorite greutății de aprovizionare cu medicament.

Dela început am asociat tratamentului de șoc **iodul,** utilizând indiferent de forma lui: **Najodin, Jodaseptin,** administrat pe cale intramusculară și alternativ cu Xifal-Milch (Najodin 10 cc, iar Iodaseptin 2 cc, pro injecție); mai târziu din cauza intervertiri ordinei zilelor de tratament (pauzele), iodul sub formele mai sus amintite, a fost administrat concomitent cu Xifal-Milch; dela 9 VII asociez și 10 cc. **Calciu Hygea,** administrat tot a 2-a zi, până la un total de 10 injecțiuni; apoi dela 26 VII, suprimând calciul și iodul, introduc tratamentul cu magneziu sub forma sulfatului de magneziu în sol. 25%, injectând câte 5 cc. intramuscular, tot a 2-a zi și concomitent cu Xifal-Milch.

Rezultatele terapeutice: încă dela începutul injecțiunilor, se remarcă o oareșicare ameliorare în intensitatea acceselor, dar abia în săptămâna a 3-a de tratament numărul acceselor s'a redus la unul (singurul acces, care a avut loc la începutul săptămânei a 3-a), apoi toată săptămâna a 4-a n'a avut nici un acces,

dar pela pijlocul săptămânei a 5-a (în drum, venind la tratament) are un acces mic, de foarte scurtă durată (bolnavul îşi anunţă singur accesul — „mi-a fost puţin rău, dar foarte puţin"). Bolnavul a devenit mai vioi şi mai activ, privirea curată, întreaga fizionomie refăcută, răspunde cu multă uşurinţă la întrebări, se interesează de starea boalei sale, îşi exprimă marea speranţă în vindecare şi încrederea în tratament. Fratele său mă informează că, bolnavul arată (şi acasă) interes de cele ce se petrec în jurul său, cere să fie dus în prăvălie unde să dea şi el ajutor, preocuparea sa principală fiind urmarea regulată a tratamentului pentru a scăpa cât mai repede de „răul" său, într'atât încât este foarte supărat când trebuia să întrerupă tratamentul (pauzele din motivul lipsei de medicament).

In săptămâna a 6-a, 2 accese, cu convulsiuni reduse la primul, convulsiuni mai accentuate la al doilea (această săptămână corespunde celei mai lungi pauze, dela 29 VI—5 VII); în decursul săptămânilor 7, 8 şi 9, nu suferă în total decât de 2 accese — unul la începutul săptămânei a 7-a şi unul în decursul săptămânei a 9-a (dela 9 VII—27 VII, tot a 2-a zi calciu). Dela 26 VII introduc în tratament magneziul, la început (3 inj. sub forma de **Thio-Najodin**, apoi sol. **25%/ sulfat de magneziu**, pe care o administrez zilnic 5 cc. intramuscular, până la data de 28 VIII, (dată la care am întrerupt tratamentul din cauza pregătirilor de evacuare). După introducerea magneziului, în tot restul timpului bonavul n'a mai avut nici un acces (săptămâna a 10-a, 11-a, 12-a, şi 13-a). Am lăsat indicaţia să nu întrerupă tratamentul, continuând cu **magneziul** zilnic, până la data de 9 IX, apoi înlocuirea cu **Thio-Najodin** 5 cc. tot la 2 zile, dela 11 IX—27 IX, apoi înlocuirea cu **calciu** dela 29 IX—25 X, tot acest timp conttinuând şi cu **Xifal-Milch** 2 cc. tot a 2-a zi, până la 21 X, apoi câte 5 cc. de 2 ori săptămânal până la 15 XI, apoi odată săptămânal până la 27 XII, ultima zi de tratament); pentru perioada dela 25 X până încă 3 săptămâni după ultima zi de tratament, va lua **Prominal** tbl. după cum urmează: primele 2 săptămâni 2 tablete la zi, apoi următoarele 2 săptămâni 1 tabletă la zi, apoi 2 săptămâni tot a 2-a zi câte 1 tabletă şi în fine ultima săptămână tot a 2-a zi $\frac{1}{2}$ tabletă.

Dacă cercetăm din timpurile cele mai vechi metodele terapeuticei în epilepsie, ele au trecut dela empirism când se utiliza narcisul, foile şi florile de citrus, ajungându-se la terapeutica minerală cu zinc, cupru, **nitrat de argint**, apoi **picrotoxina** şi **belladona** ocupă locul principal, până la **Charles Locock**, care în 1851 prin descoperirea acţiunei antispasmodice a **bromurei de potasiu** provoacă o transformare totală a terapeuticei. Epoca bromurului durează până după 1900, când **Kino** şi **Hauptmann**, recunosc acţiunea anti-epileptică a **fenil-etil-malonilureei**, căreia i se asociază — cu totul accesoriu — diferite terapeutici etiologice, tinzând să producă schimbări în **starea endocrină**, **neuro-vegetativă** sau **umorală**.

Medicina bromurată, se bazează pe **acţiunea moderatoare a excitabilităţii reflexe a centrilor nervoşi**, caracteristică bromului. Dar acţiunea secundară, deprimantă asupra inimei şi circulaţiunei, manifestaţiunile dermice, turburările gastro-intestinale, determinarea catarului bronşic şi mai ales provocând starea de deprimare psihică cu diminuarea memoriei, starea de apatie accentuată, sunt tot atâtea inconveniente destul de serioase, cari au făcut să se renunţe foarte uşor la brom imediat ce s'a cunoscut acţiunea anti-epileptică a compuşilor barbiturici.

Medicaţia barbiturică, utilizând **fenil-etil-malonilurea** sub diferitele sale denumiri: **Luminal, Luminal sodic, Gardenal, Sevenal, Sevenal sodic**, sau asociaţiuni medicamentoase cu bază de fenil-etil-malonilurea cum este Alepsalul, se bazează pe **acţiunea deprimantă asupra centrilor nervoşi, provocare de somn, sedaţiunea turburărilor neuro-vegetative şi împiedecarea crizelor epileptice**, caracteristice acestui grup de

substanţe. Dar şi acest medicament prezintă unele inconveniente, dintre cari cele mai serioase sunt **eritemele** (cu prurit intens şi foarte rezistent la tratament) şi **starea de somnolenţă,** care nu numai că împiedecă pe unii bolnavi dela ocupaţiunile lor zilnice, dar după o administrare mai îndelungată şi mai ales la persoanele mai sensibile, poate determina stări de apatie şi diminuare a memoriei ca şi bromura de potasiu.

Din aceste motive s'a recurs la un alt compus (din acelaşi grup) **Rutonalul,** care are avantajul toxicităţii sale mai reduse şi eliminarea mai rapidă. In fine din grupa barbituricelor **Prominalul** se arată cel mai avantajos, nu numai din cauza toxicităţii sale reduse, ci şi prin faptul că nu provoacă somnolenţă, ceeace permite bolnavilor să-şi vadă de ocupaţiunea lor.

In afară de bromura de potasiu şi barbiturice, se mai utilizează: **tartratul borico-potasic,** a cărui efecte anti-epileptice sunt datorite modificării echilibrului acido-bazic umoral, pe panta acidozei; **belladona,** pentru efectele sale antispasmodice şi în fine **cloralul** şi **cloroformul,** pentru efecele sale anispasmodice şi în fine **citloralul** şi **cloroformul,** cari se utilizează numai pentru a întrerupe o criză epileptică.

In ultmiii ani, s'a introdus **terapia prin şoc** utilizându-se **serul de cal (Bouché şi Hustin), Pagniez** crezând că această metodă poate da unele servicii, mai ales în formele rebele, dar **Marinescu** publică un caz de moarte după injecţie intramusculară cu lapte.

Piretoterapia, prin inoculaţia **malariei** sau injecţiuni de **oleu sulfurat,** se baza pe rezultatele obţinute în tratamentul paraliziei generale; dar rezultatele în epilepsie sunt neprecise.

In fine, **endocrinoterapia** este justificată în cazurile de epilepsie asociată diverselor insuficienţe endocrine.

O altă tentativă este introducerea **calciului** în terapia anti-epileptică, în baza acţiunei sale **anticonvulsivante** şi **antispasmodice** obţinută în spasmofilie şi tetanos, stări vecine epilepsiei; dar până în prezent, rezultatele sunt discutabile.

In cazul personal am încercat **iodurile şi magneziul.**

Introducerea **iodului** am bazat-o pe acţiunea sa:

1. **Antiseptică,** având în vedere că bolnavul meu a suferit în copilărie de encefalită letargică, care în majoritatea cazurilor, lasă mici cuiburi de microbi, cari ar putea întreţine impregnaţiunea toxică-infecţioasă cauză a iperexcitabilităţii scoarţei;

2. **Vaso-dilatatoare generală şi ameliorajiune a hematozei,** care doream s'o utilizez în lupta contra vasoconstricţiei cerebrale, observată şi considerată — după cum am văzut — drept cauza crizei.

Introdcurea **magneziului** am bazat-o pe **acţiunea sa sedativă asupra centrilor nervoşi, suprimarea conductibilităţii medulare şi acţiunei sale curarizante periferice,** când este administrat parenteral

Rezultatele obţinute personal, se pare că au darul să confirme aşteptările şi totodată să îndemne la noi încercări de viitor: cu **iodul,** mai ales în epilepsiile cari se grefează pe un fond infecţios, iar cu **magneziul** în toate formele de epilepsie convulsivantă, cari au la origine cele mai variate cauze.

Utilizarea **calciului** şi a **magneziului** se poate asocia, dar numai

prin administrare cu totul separată şi la intervale mai mari, mai ales când succesiunea este în ordinea **magneziu-calciu,** intervalul fiind mai mic când succesiunea este în ordinea **calciu-magneziu;** aceasta din urmă posibilitate este datorită faptului că eliminarea calciului medicamentos este foarte rapidă — mai ales când este administrat pe cale intravenoasă (maximul la 6 ore şi se termină după 12—18 ore dela administrare), ceva mai lentă în cazul administrărei pe cale intramusculară (se termină după 24—48 ore dela administrare).

In rezumat: cu ajutorul **iodului** luptăm contra celor două cauze principale ale epilepsiei — cauza provocatoare a stării de iperexcitabilitate şi cauza declanşatoare a crizei; iar cu ajutorul **magneziului,** deprimăm starea de iperexcitabilitate, suprimăm calea de conducţiune a incitaţiunilor cerebrale şi transmiterea lor la nivelul joncţiunei neuromusculare.

D-r C. V. ANTONESCU: **Le sulfat de magnésie et les iodures dans le traitement de l'épilepsie.**

Dans un cas d'épilepsie éssentielle, declarée â 10 ans après une encephalite létargique, l'auteur utilise les iodures et le sulfat de magnésie. Les résultats thérapeuthiques obtenus, justifient du point de vue pharmacodynamique l'utilisation clinique de ces substances.

L'iode supprime les causes infectieuses, qui determinent l'imprégnation toxi-infectieuse de l'éncephale provoquant l'état de hyperéxcitabilité, par son action antiseptique; et supprime la cause qui déclanche la crise épileptique (l'anémie cérébrale), par ses effets vasodilatateurs generales et l'ammelioration de l'hematose.

Le magnésie (administré par voie parenterale, sous la forme du sulfat de magnésie) a une action sédative sur les centres nerveux et suprime non seulement la conductibilité medullaire, mais empêche la transmission des incitations moteurs au niveau de la jonction neuro-musculaire, par son action curarisante péripherique.

D-r C. V. ANTONESCU: **Magnesiumsulfat und Jodkombinationen in der Therapie der Epilepsie.**

In einem nach 10 Jahren ausgebrochenen Falle von esentieller Epilepsie, benützt der Verfasser in der Therapie Magnesiumsulfat und Jodkombinationen. Die therapeutischen Ergebmisse bezeugen klinisch, den farmakodinamischen Wert dieser Substantze.

Iod wird durch seine antiseptische Wirkung die infectiösen Umstände, welche die toxisch infectiöse Durchtränkung des Gehirnes hervor rufen und so eine Uebereizbarkeit, unterdrücken und durch seine Gefässerweiternde und Hematose verbesserende, hält es den auslösenden Grund der epileptischen Krise, fern (Cerebrale Anemie).

Magnesium (Parenteral und in Form von Sulfat verabreicht) wirkt auf die Nervenzentren beruhigend und unterdrückt nicht nur die meduläre Reitzleitbarkeit, sondern verhindert auch, die durch sein übertragung detr motorischen Incitationen in der Höhe der neuro-muskulären Jonktion Durch seine perifärisch Kurarisante Wirkung.

Creştere considerabilă a globulelor roşii, hemoglobinei şi greutăţii corporale prin Artose.

ARTOSE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

pentru tratamentul nou cu

FER şi CUPRU

al

ANEMIILOR

Flacon cu 100 g

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

TRATAMENTUL MENINGITEI CEREBRO-SPINALE EPIDEMICE PRIN SEROTERAPIE ŞI SULFAMIDOTERAPIE

de

D-r EUGEN I. BANU
Medic primar

şi

D-r DUMITRU C. MIHAILESCU
Medic intern

In această lucrare am studiat rezultatele terapeutice obţinute prin tratamentul mixt (seroterapie şi chimioterapie) în meningita cerebro-spinală epidemică.

S'au luat întâi în consideraţiune elementele cari pledează pentru menţinerea seroterapiei antimeningococice, evidenţiindu-se faptul că în anumite condiţiuni de preparare şi de administrare a serului, în contrast cu autorii cari nu susţin seroterapia (Madsen, Forster, Gaskel, Rolleston, Boidin şi Weissenbach, Florent şi Fiessinger etc.), pentru cercetătorii români cari au studiat această chestiune (Cantacuzino, Nicolau, Gavrilă, E. Banu, etc.), tratamentul biologic al meningitei cerebro-spinale epidemice, este de cea mai mare utilitate în clinică.

Am căutat să dăm mecanismul biologic al acţiunei terapeutice a serului antimeningococic asupra procesului leziunal, localizat atât pe meninge cât şi pe parenchimul nervos.

Asociaţiunea tratamentului seroterapic cu chimioterapia sulfamidată, pentru noi este de mare utilitate în tratamentul afecţiunei. Din datele experimentate ale autorilor (Domagk, F. Nitti, A. Simon, Meyer etc.), cari au demonstrat acţiunea bactericidă in vitro, precum şi din concluziunile obţinute prin studiul evoluţiunei clinice a bolnavilor trataţi prin această metodă, rezultă că ea trebueşte încercată întotdeauna, mai ales atunci când forma clinică este gravă.

Toate cele 8 cazuri studiate de noi, deşi cu forme extrem de grave, au avut o evoluţiune clinică benignă, atât în ceeace priveşte mortalitatea (toţi au fost vindecaţi) cât şi în ceace priveşte complicaţiunile.

Rezerva făcută de unii cercetători asupra tratamentului prin sulfamide în boalele infecţioase, este dată de o presupusă acţiune toxică a acestor corpi. Pentru noi, atât din concluziunile cazurilor studiate în această lucrare, cât şi din observaţiunea făcută pe un număr mare de bolnavi, la cari am avut ocaziunea de a utiliza corpii sulfamidaţi în alte infecţiuni, toxicitatea lor asupra parenchimului renal în special, nu am putut-o observa, atunci când condiţiile de administrare sunt raţionale şi optime, în sensul unei integrităţi organice funcţionale, pentru fiecare caz în parte.

Până la aparitiunea şi utilizarea corpilor azoici în clinică, tratamentul meningitei cerebro-spinale se rezuma la seroterapia specifică şi la tratamentul simptomatic. Odată cu introducerea acestor corpi în

terapia boalelor infecţioase, ei au trecut şi în domeniul terapeutic al meningitei cerebro-spinale epidemice.

In perioada premergătoare sulfamidoterapiei, au fost totuşi autori cari au utilizat, în adevăr, mai mult în domeniul experimental, serul antimeningogocic asociat cu unele substanţe chimice cu acţiune presupusă bactericidă, în sensul actualei chimioterapii antiinfecţioase.

Prima substanţă mai frequent utilizată în acest sens, a fost hexametilentetramina, cu rezultate considerate de autori ca relativ bune, atunci când administrarea ei a fost asociată cu seroterapia. Crowe a obţinut rezultate mulţumitoare cu această asociaţiune, pe animalele de experienţă, recomandând-o şi în domeniul clinic. Cushing, Eiselsberg, utilizează urotropina ca preventivă în operaţiunile pe massa cerebrală. Aceiaşi asociaţiune este folosită de Brem, Stockmeyer, Rolly, Medin, Voisin, Stévenin ş. a.

Cercetările experimentale ce s'au făcut ulterior, în special de către Enke pe cobai şi câini, au arătat că în diversele meningite experimentale, această asociaţiune a fost urmată de o evoluţiune clinică întru câtva diferită de cea la care s'a utilizat numai serul specific. Aceste rezultate au condus la încercarea şi altor substanţe; astfel s'a utilizat în meningita cerebro-spinală experimentală, soluţiile de formalină. Rezultatele citate de Flotau şi Handelsman nu sunt favorabile acestei asociaţiuni; mai mult, autorii ajung la concluziunea că introducerea formalinei în canalul rahidian este urmată de dureri vii, care fac procedeul inutilizabil chiar şi în domeniul medicinei experimentale.

O altă asociaţiune care a precedat asociaţiunei ser plus corpi azoici, este reprezentată prin terapia cu preparate de argint, utilizată de Enke, Menetrier şi Mallet, sub formă de nitrat de argint, colargol, etc. Această terapie făcută experimental, nu a fost urmată de rezultate pozitive.

Din lungul studiu făcut de Flatau şi Handelsman asupra meningitei cerebro-spinale experimentale, se poate trage concluziunea că asociaţiunea serului antimeningococic cu aceşti corpi chimici nu a fost urmată de rezultate terapeutice favorabile în cazurile experimentale atât de numeroase pe cari au lucrat autorii. Ei ajung la concluziunea că în special în meningita pneumococică, trepanaţiunea urmată de irigaţiuni masive ale massei cerebrale cu ser fisiologic, asociindu-se la acest procedeu şi seroterapia, pare că dă rezultate relativ favorabile în comparaţiune cu rezultatele obţinute în urma administrărei pe cale parenterală a serului şi diverselor substanţe chimice.

In evoluţiunea concepţiunilor asupra terapiei meningitei cerebro-spinale epidemice putem remarca două momente importante: primul, la introducerea serului specific şi al doilea în momentul când, dacă nu în clinică, cel puţin experimental, s'au asociat substanţe cu proprietăţi particulare bactericide, în tratamentul acestei infecţiuni. In ultimul timp introducerea corpilor sulfamidaţi în această terapie, reprezintă un nou moment în evoluţiunea tratamentului meningitei cerebro-spinale epidemice.

Deşi utliizarea acestor substanţe în clinică pare la un prim aspect că a avut la bază mai mult entuziasmul noutăţei, făcând ca ele să fie întrebuinţate în aproape totalitatea infecţiunilor, noi credem

totuşi că, privită obiectiv, chestiunea chimioterapiei prin sulfamide în infecţiuni, nu trebueşte desconsiderată aşa cum se pare că au tendinţa de a face astăzi majoritatea autorilor. Meningita cerebro-spinală fiind o afecţiune atât de gravă prin evoluţiunea clinică, prin mortalitatea ei, cât şi prin sechelele pe care le produce, credem că orice încercare în această terapeutică nu trebue desconsiderată.

Existenţa mai multor cazuri de meningită cerebro-spinală tratate în Spitalul Epidemic din Cluj, precum şi apariţiunea unei epidemii destul de marcate care a adus în Spitalul de Boli Contagioase din Buzău, un număr de 14 bolnavi, ne-a pus în posibilitatea de a încerca asociaţiunea seroterapiei cu sulfamida 693 (Dagenan). Numărul cazurilor pe cari le-am studiat nu este mare; având în vedere însă gravitatea lor şi evoluţiunea clinică favorabilă, consecutivă acestui tratament, studiul lor va însemna o contribuţiune la terapia meningitei cerebro-spinale epidemice prin tratamentul biologic şi cel chimioterapic.

Ca şi serul antimeningococic însuşi şi corpii sulfamidaţi au cunoscut în evoluţiunea părerilor asupra utilităţii lor în clinică, perioade de entuziasm urmate de perioada actuală a neîncrederei care planează asupra lor.

In această lucrare vom căuta să precizăm, pe deoparte importanţa seroterapiei antimeningococice, precum şi importanţa pe care o credem destul de marcată, a asociaţiunei ei cu corpii sulfamidaţi.

Rezultatele incerte ale seroterapiei antimeningococice au condus la căutarea unor substanţe care alăturate tratamentului biologic al afecţiunei, să aibă ca rezultat o vindecare a procesului meningitic.

Deşi astăzi seroterapia antimeningococică a câştigat mult teren, credem totuşi util să aruncăm o privire asupra evoluţiunei conceptiunilor şi rezultatelor date de ser cu ocazia diverselor epidemii ivite în ţările apusene şi la noi.

Scurtul istoric asupra seroterapiei, care va preceda concluziunilor noastre, nu are alt rol, decât de a fixa ideile şi de a conduce la concluziunea că serul antimeningococic, în contradicţie cu părerea unora dintre autori, trebue considerat ca o armă eficace în tratamentul acestei infecţiuni.

* * *

Serul antimeningococic a fost introdus în terapeutică în anul 1906, primul ser fiind fabricat în 1905 de fabrica Merck din Darmstadt. Tot la acea dată, sunt comunicate de către Schöne, congresului de Medicină Internă din Berlin, 28 cazuri de meningită cerebro-spinală cari au fost tratate cu ser şi au avut o evoluţiune favorabilă. In acelaşi timp cu Schöne, Kolle şi Wassermann, la Institutul de Boli Infecţioase din Berlin au tratat bolnavii lor, cu ser antimeningococic preparat după metoda Iochmann. In America primele încercări au fost făcute în 1907 de către Flexner, în Austria de Platau, în Franţa de Dopter.

Mortalitatea generală se ridica în perioada premergătoare seroterapiei antimeningococice, la 60—80%, pentru sugari, atingând chiar 90 până la 100%.

După introducerea serului a urmat o epocă de entuziasm, mai ales în urma publicărei statisticelor lui Flexner, Dopter şi Schöne, cari dau o mortalitate cu mult scăzută pentru cazurile tratate cu ser: (38%, Flexner; 27%, Schöne; 14,5%, Dopter).

Această epocă durează până în anii 1916—1918, dată după care rezultatele publicate de diverşi autori, încep să fie din ce în ce mai puţin favorabile. Astfel, cu ocaziunea unei epidemii care s'a desvoltat în Anglia, chiar în timpul războiului mondial, Rolleston, Gaskel şi Forster, dau publicităţii o statistică a cazurilor tratate cu ser antimeningococic, în care mortalitatea atinge 55—61%, cifră ce ne apropie foarte mult de procentajul mortalităţii din perioada premergătoare seroterapiei.

Boidin şi Weissenbach în 1917, Florent şi Fiessinger în 1918 şi Teissier, Chavany, etc., accentuiază insuccesele seroterapiei antimeningococice. Madsen în 1930, în urma studiului făcut asupra unor epidemii din Danemarca, afirmă că nu există nici o deosebire în ceia ce priveşte evoluţiunea clinică, între cazurile tratate cu ser şi cele netratate.

Cantacuzino, în Octombrie 1930 şi în Mai 1933, în faţa Oficiului Internaţional de Higienă al Societăţei Naţiunilor, susţine eficacitatea serului antimeningococic. In cele două rapoarte făcute asupra cazurilor observate în Clinica Medicală Infantilă din Bucureşti, în Serviciul de Boli Contagioase al Spitalului Militar din Bucureşti şi în Spitalul Izolarea din Iaşi, el ajunge la concluziunea că la sugari mortalitatea globală este de 16,6%, iar scoţând cazurile intrate în comă, cum şi pe cele ce au trăit mai puţin de 48 ore după internarea în spital, mortalitatea este numai de 12,3%; la copii între 1—17 ani, mortalitatea rectificată se menţine 12,3%, iar pentru adulţi ea atinge 4—8%.

CCO. Iuliu Haţieganu" University Library Cluj

Lucrările lui Cantacuzino, aduc din nou într'o lumină favorabilă chestiunea seroterapiei antimeningococice, punând în acelaş timp problema ce se cerea rezolvată, a explicărei acestei variabilităţi a rezultatelor obţinute prin tratamentul cu ser.

Ca şi în cazul seroterapiei antiscarlatinoase, credem că insuccesele nu sunt datorite unei impotenţialităţi terapeutice a sèrului, ci ele trebuesc căutate în modul de preparare al lui, cum şi în terenul data şi calea pe care este administrat. Apariţiunea unor epidemii în regiuni foarte îndepărtate unele de altele, cu caractere diferite după mediul în care s'au desvoltat aceste epidemii, după tipul de meningococ care predomina în una sau alta din regiuni, cum şi după aplicarea unui ser standard, care nu ţinea seama de aceste elemente, au condus la statisticele atât de variate şi la rezultatele atât de puţin optimiste citate de autorii străini.

Prof. Nicolau, în raportul său prezentat Congresului de Boli Contagioase din Craiova din 1934, ajunge la concluziunea că modul de preparare al serului şi tehnica administrărei lui, sunt cele două elemente importante de care depinde eficacitatea tratamentului seroterapic al meningitei cerebro-spinale epidemice. Tulpinile cari servesc la prepararea serului antimeningococic trebue să fie autohtone, izolate

din țara sau regiunea în care va fi utilizat serul; aceasta, din cauză că variabilitatea caracterelor patogenice ale meningococului este foarte mare, ceiace are drept consecință declanșarea de epidemii specifice pentru fiecare varietate în parte. Wright, de Sanctis, Sheplar, utilizează într'o singură epidemie 7 seruri de proveniență diferită.

Dintre acestea 6 s'au arătat complect ineficace, pe când al 7-lea, a fost de o utilitate importantă, deoarece din 34 bolnavi tratați, au sucombat numai 4. In serviciul de Boli Contagioase al Spitalului Militar din București, procentajul mortalității a fost extrem de diferit după serul care a fost utilizat: 78,5% mortalitate pentru cazurile tratate cu ser provenit dela Institutul Pasteur din Paris și numai 3,84% pentru cele tratate cu ser preparat în țară.

In documentatul său articol asupra terapiei meningitei cerebro-spinale experimentale, Flatau ajunge la concluziunea că tratamentul meningitei cerebro-spinale, trebue să răspundă întâi condițiunei celei mai principale, data intervențiunei serului cum și modul administrării lui.

In ceia ce ne privește, noi am utilizat întotdeauna și cu rezultate dintre cele mai frumoase, calea intrarachidiană și intramusculară. In Serviciul de Boli Contagioase Buzău, calea intrarachidiană am utilizat-o prin puncții etajate. Acolo unde starea clinică a bolnavului și mai ales starea de contractură a mușchilor vertebrali ne-au permis, puncția s'a executat sub-occipital și concomitent și la nivelul regiunei lombare cu eliminări mari de lichid cefalo-rachidian. In regiunea occipitală se introducea serul până la apariția lui pe acul situat în regiunea lombară; se realiza astfel o adevărată spălătură serică a canalului sub-arahnoidian și credem că, cu acest sistem am putut preîntâmpina în multe cazuri apariția aderențelor arahnoidiene care fac imposibilă pătrunderea serului în tot spațiul subarahnoidian. Cu acest procedeu și cu un ser preparat în condițiunile semnalate, credem că se va ajunge ca mortalitatea în meningita cerebro-spinală să se reducă, iar sechelele meningitice să devină din ce în ce mai rare.

Din istoricul seroterapiei antimeningococice rezultă deci, că aceasta a fost reintrodusă cu mai multă încredere în terapia meningitei cerebro-spinale epidemice. Acest fapt în urma lucrărilor lui Cantacuzino și în urma apariției noțiunei importante, pentru toate infecțiunile, că epidemiile sunt supuse unor factori particulari pentru fiecare din ele în parte. Dintre aceștia principiul de mutațiune și în special variabilitatea atât de mare a aceluiaș agent patogen, sunt cele mai importante. Lupta contra unei infecțiuni declanșată epidemic într'o regiune, trebuește concepută astăzi ca un factor absolut specific fiecărei epidemii în parte, această specificitate întrecând limitele agentului patogen provocator considerat în mare și ajungând până la administrarea unui ser specific în adevăratul sens bacteriologic și imunologic, pentru fiecare tip bacterian în parte.

* * *

Fără să atribuim o specificitate sau o importanță covârșitoare corpilor sulfamidați, noi credem că astăzi se poate afirma cu certitudine

că ei reprezintă un adjuvant important în tratamentul meningitei cerebro-spinale epidemice.

Proprietăţile bactericide şi lipsa de toxicitate a preparatelor sulfamidate au fost dovedite prin numeroase cercetări de diferiţi autori. Astfel F. Nitti şi A. Simon au arătat că gruparea sulfamidică este foarte puţin toxică in vivo, pe animalele de laborator şi că eficacitatea sa în stările infecţioase la om este destul de marcată. Meyer demonstrează că nucleul activ al sulfamidelor ar fi un produs de transformare al amino-benzen-sulfamidului. El admite că, corpul care rezultă în urma procesului de oxidare, hidroxil-aminul, ar fi agentul bactericid propriu zis. După alte cercetări s'a dovedit că în preparatele în care nu este reprezentată şi cea de a doua grupare azoică, crizoidina, nu mai este necesară ruptura celor doi nuclei componenţi, ci acţiunea sulfamidei se produce rapid în organism, ajungându-şi concentraţia maximă în 4 ore dela administrare şi fiind eliminată în 24 ore.

Acţiunea bactericidă a sulfamidei s'a putut demonstra ulterior că se exercită nu numai asupra streptococului, aşa după cum arătau primele cercetări, ci şi asupra gonococului, pneumococului şi a meningococului.

După rezultatele favorabile obţinute în vitro şi în mod experimental pe animalele de laborator, au putut fi introduşi în arsenalul terapeutic şi aceşti corpi, ajungându-se astfel la intervenţiunea sulfamidelor în cursul streptococilor, al pneumocociilor, meningococemiilor, etc.

In ceia ce priveşte meningita, primele încercări au fost făcute cu sulfamida 1162 F., în meningitele cu punct de plecare otic. In 1936 s'a trecut şi la tratamentul meningitei meningococice propriu zise, prin sulfamide. Buttle, Gray şi Stephenson, atrag primii atenţiunea asupra eficacităţii terapeutice pe care o au sulfamidele în meningococemiile experimentale pe şoareci. Proom adânceşte cercetările căutând să demonstreze că sulfamidele au o putere bactericidă asupra fiecărui grup de meningococi în parte, reuşind să arate acţiunea importantă pe care o au aceste substanţe faţă de meningococul A şi B. Acţiunea bactericidă a corpului 693 (Dagenan) a fost demonstrată in vitro de către Fleming asupra streptococului hemolitic şi a pneumococului, pe medii cu sânge uman.

Cercetările trecute în domeniul clniic, au arătat ulterior concentraţia sulfamidelor în sânge, L. C. R., urină. Proom, Buttle, Marschal, Kendall, Emerson şi C. Cutling au arătat că după introducerea pe cale bucală, rezorbţia sulfamidei şi pasajul ei în sânge se fac destul de repede; deasemeni trecerea ei în L. C. R. se efectuiază rapid. Administrarea lor este deci suficient a se face pe cale bucală, calea intrarachidiană preconizată de unii autori, nefiind necesară.

Schwentker, Sidney, Gelman şi Perin Long publică în 1937, 11 cazuri de meningită cerebro-spinală, pe cari le tratează numai cu sulfamide, intrarachidian şi subcutanat, administrând 100 cc. din soluţia de 0,8% pe 18 kgr. greutate, obţinând vindecarea în 10 cazuri. Pongratz în Germania publică tot în 1937, trei cazuri de meningită cerebro-spinală dintre cari unul tratat numai cu Prontozil, celelalte două şi cu ser. Weill-Halle, Meyer şi Tiffeneau, relatează deasemeni

CO Cluj / Central University Library Cluj

un caz de meningită la un sugar, vindecat numai cu sulfamidă. A. Delille, Lestoquoy, R. Tiffeneau, Wolinetz şi Meyer, publică în acelaş an un caz de meningită cerebro-spinală la un copil de 4 ani, vindecat în urma tratamentului prin sulfamidă şi ser antimeningococic. In aceiaşi ordine de idei, Zagdoun şi Oemischen, relatează cazul unui copil de 16 luni, ce prezenta o meningită gravă cu meningococ B. şi care a fost vindecat prin sulfamidoterapie, administrată pe cale intrarachidiană şi orală. Cantitatea globală injectată a fost de 0,42 gr. intrarachidian şi 28,5 gr. per os, doza zilnică fiind de 0,20 gr. pe kg. greutate. Importanţa acestui caz este cu atât mai mare, fiind vorba de o meningtiă cu meningococ B. care, se ştie, este cea mai greu influenţată prin seroterapie.

Marquezy, Launoy şi G. Maye dau deasemeni publicităţii două cazuri de meningită cerebro-spinală vindecate numai cu sulfamida 1162 F., administrând într'un caz 90 gr. per os şi 0, 936 gr. intrarachidian, iar în celălalt 58 gr. per os, în timp de 15 zile. A. Germain şi Goutron fac o comunicare în 1939 asupra unui caz de meningită cerebro-spinală vindecat numai prin chimioterapie cu Dagenan. Urmează apoi Décourt, Martin, Herault, Pauthier şi alţii, cari dau deasemeni cazuri de meningită vindecate prin para-amino-fenil-sulfamido-piridină.

In România, Hortopanu şi Magda publică în 1939 mai multe cazuri tratate mixt. D-l Conf. D-r Gavrilă I. în Spitalul Epidemic din Cluj, a utilizat încă din 1938 sulfamidele colorate (Prontozil şi Rubiazol), asociate seroterapiei antimeningococice, rezultatele părând a nu fi mai favorabile decât cele obţinute până atunci. Mai pe urmă însă, în urma introducerii Dagenanului, tratamentul mixt se pare că a avut un rol indiscutabil în vindecarea rapidă a bolnavilor.

Datele experimentale de până aci, observaţiunile clinice din ce în ce mai numeroase şi ceia ce este mai important, demonstrarea completei inocivităţi a preparatelor, chiar atunci când ele au fost administrate în doze mari până la 90 gr., sunt elemente cari fac recomandabilă introducerea chimioterapiei sulfamidate în tratamentul meningitei cerebro-spinale epidemice.

Aceste consideraţiuni ne-au determinat şi pe noi să aplicăm în cazurile de meningită cerebro-spinală epidemică, pe cari am avut ocaziunea să le îngrijim, tratamentul mixt prin ser antimeningococic polivalent şi chimioterapia prin Dagenan.

Vom da pe scurt descrierea foilor de observaţie la câteva din cazurile noastre, la cari intervenţiunea sulfamidei alături de seroterapia specifică, pare să fi avut un rol important în vindecarea procesului meningitic.

* * *

OBSERVAŢIUNI CLINICE

OBSERV. I-a: — M. I. de 26 ani, plugar, intră în Spitalul Epidemic din Cluj la 21 Martie 1940, pentru temperatură, cefalee intensă, fenomene catarale, vărsături, în a patra zi de boală.

In antecedentele heredo-colaterale şi personale, nimic de semnalat. Boala actuală a debutat brusc cu o stare gripală, dureri de cap, temperatură, feno-

mene ce s'au accentuat progresiv; în ultimele zile starea generală s'a agravat mult, bolnavul a început a avea vărsături, pronunțată contractură a cefei și mușchilor vertebrali, ceia ce îl determină să se interneze în serviciul nostru.

Starea prezentă: la intrarea în serviciu, bolnavul prezintă tabloul complect al unei meningite: temperatura constant ridicată 38,5 până la 39,5, cefalee intensă, fotofobie foarte supărătoare, rigiditatea cefei foarte accantuată, semnul lui Kernig și Brudzinski intens pozitive, linia meningitică pronunțată, fața vultuasă, poziție de cocoș de pușcă. Pulsul 100 pe minut, fenomene de agitație cerebrală destul de marcate. Puncția lombară executată imediat, arată un lichid cefalo-rachidian hipertensiv, net purulent, la examenul căruia în frotiu direct se constată o masă de polinucleare și foarte mulți diplococi intra și extra celulari. Se stabilește deci diagnosticul de meningită cu meningococi.

Tratament și evoluție: tratamentul aplicat a fost cel asociat între seroterapie specifică cu ser antimeningococic polivalent și cu paramino-fenil-sulfamidopiridină. N'am aplicat numai sulfamidoterapia, fiindcă rezultatele noastre obținute cu ser antimeningococic au fost dintre cele mai bune; am dat însă, doze mai mici de ser decât în cazurile tratate numai prin acest mijloc. Astfel am administrat bolnavului nostru 100 cc. ser antimeningococic intramuscular și concomitent 6 tablete de Dagenan zilnic. A doua zi se face același tratament, apoi continuăm a-i da mai departe numai Dagenan pe cale bucală și anume 3 zile câte 6 tablete pe zi, apoi încă 4 zile câte 4 tablete pe zi.

Evoluția boalei a fost următoarea: starea bolnavului s'a menținut foarte gravă încă timp de 7 zile, persistând toate simptomele descrise mai sus. In a 8-a zi dela internare s'a produs o ameliorare bruscă în starea bolnavului; temperatura a scăzut dela 39 la normal, fenomenele meningeale au dispărut și ele, persistând numai o ușoară cefalee. După 2 zile de afebrilitate, se face o nouă puncție lombară, obținându-se un L. C. R. complect clar, cu tensiunea normală, cu elemente citologice normale și fără meningococi. Bolnavul părăsește serviciul după 10 zile, complect vindecat.

In concluzie, este deci vorba de o meningită cerebro-spinală cu meningococi la un adult, tratată cu ser și Dagenan și vindecată rapid. Bolnavul a primit în total 200 cc. ser antimeningococic intramuscular și 23 gr. Dagenan pe cale bucală, fără ca să fi prezentat vreun semn de intoleranță față de medicamentul sulfamidat.

OBSERV. II-a: — O fată de 14 ani, elevă a unui liceu din localitate, este internată în Spitalul Epidemic din Cluj în ziua de 19.IV.1940, pentru aceleași acuze.

In antecedentele heredo-colaterale nimic important.

In antecedentele personale: scarlatină la 9 ani, gripă la 10 ani; în urma scarlatinei, bolnava a rămas cu o insuficiență mitrală.

Boala actuală a debutat înainte cu 2 zile, brusc, bolnava fiind cuprinsă dela început de dureri mari de cap, prezentând temperatură ridicată, grețuri, vărsături, turburări nervoase, agitație.

Stare prezentă: Bolnava prezintă la internarea în serviciul nostru o stare generală foarte gravă, temperatura până la 40 grade, pulsul relativ bradicardic, pronunțată rigiditate a cefei, capul în extensie forțată, spatele deasemenea, încât imită poziția de opistotonos; alteori zace în poziție tipică de cocoș de pușcă. Semnele Kernig, Brudzinski pozitive, pronunțată fotofobie. Din când în când, bolnava prezintă puternice contracturi musculare, uneori epileptiforme, este agitată, strigă, urlă chiar de durere.

La examenul obiectiv: normal comformată, tegumentele nu prezintă nici un fel de exantem, țesutul musculo-adipos destul de bine reprezentat. Asupra aparatului respirator, nimic patologic; asupra aparatului cardio-vascular matitatea precardiacă în limite normale: la inspecție și mai ales la palpație, palpitații precardiace; la auscultație suflu sistolic la vârf, lung, propagându-se mai ales înspre regiunea axilară. La puncția lombară se scurge un L. C. R. hipertensiv, complect turbure; în frotiu: multe polinucleare și diplococi Gram negativi, intra și extra celulari. Dg. meningită cerebro-spinală epidemică.

Tratament și evoluție: dela început i se administrează bolnavei ser antimeningococic 100 cc. zilnic: 10 cc. intrarahidian, restul intramuscular. Seroterapiei i se asociază tratamentul cu Dagenan câte 8 tablete în 24 ore. Starea generală

a bolnavei se menţine foarte gravă, timp de 4 zile, cu fenomene de agitaţie foarte pronunţate, delir, vărsături repetate. Puncţia lombară repetată dă acelaş L. C. R. turbure şi hipertensiv. După 4 zile se continuă tratamentul numai cu tablete de Dagenan, 3 zile câte 6 pe zi, apoi numai 4 pe zi.

In a 5-a zi dela internarea în spitalul nostru, starea generală a bolnavei se ameliorează destul de repede, semnele meningeale se atenuiază, fenomenele de agitaţie dispar încetul cu încetul; în a 6-a zi apare boala serului ce persistă timp de 4 zile. La puncţia lombară făcută în a 10-a zi dela internare se obţine un L. C. R. clar, fără meningococi. După 15 zile de ospitalizare, bolnava părăseşte serviciul vindecată.

In concluzie, am avut de a face cu un caz de meningită cerebro-spinală, formă gravă, care în urma unui tratament asociat prin ser specific şi Dagenan a evoluat repede spre vindecare. Bolnava a primit în total 400 cc. ser antimeningococic intrarahidian şi intramuscular şi 31 gr. Dagenan pe cale bucală.

OBSERV. III-a: — T. I. de 15 ani, elev la şcoala primară, este adus în Spitalul Epidemic din Cluj în ziua de 29.IV.1940, cu Dg. probabil de tifus exantematic (meningo-tifus).

In antecedentele heredo-colaterale, nimic important; în antecedentele personale: bronşită în repetate rânduri şi dureri reumatice în sezoanele reci.

Boala actuală datează de două zile, a debutat brusc, dramatic în plină sănătate bolnavul este cuprins deodată de dureri mari de cap, îşi pierde cunoştinţa, cade jos în nesimţire. Această stare durează câteva ore, după care îşi revine puţin, însă nu poate vorbi decât cu mare greutate, zace în pat, fie pe spate, fie într'o parte, este agitat, geme, strigă de durere; în tot acest timp a prezentat vărsături repetate. In această stare este internat în spitalul nostru.

Stare prezentă: starea generală a bolnavului este foarte gravă; zace pe spate cu capul în extensie forţată, sau lateral în poziţie tipică de cocoş de puşcă. Toate semnele meningeale prezente. La puncţia lombară se obţine un L. C. R. hipertensiv, complect purulent; în frotiu multe polinucleare şi meningococi intra şi extracelulari.

La examenul obiectiv: bolnav de constituţie normală, ţesutul musculo-adipos bine desvoltat. Tegumentele feţei congestionate; pe umeri, pe extremităţi şi în flancuri se văd câteva pete mici hemoragice.

Asupra aparatului respirator nimic patologic. Asupra aparatului cardio-vascular: sgomote cardiace clare, ritmice, bine bătute; pulsul bradicardic. Temperatura 40 grade. Dg.: meningită cerebro-spinală epidemică.

Tratament şi evoluţie: ca tratament i se administrează bolnavului dela început ser antimeningococic în injecţii intrarahidiene şi intramusculare câte 100 cc. zilnic; seroterapiei i se ataşează deasemenea dela început tratamentul cu Dagenan, în primele zile câte 8 tablete în 24 ore, apoi câte 6.

A doua zi chiar, starea generală a bolnavului se ameliorează simţitor, temperatura scade la 37,2, pulsul bine bătut; bolnavul este mai liniştit, se poate alimenta bine. Acest tratament este continuat timp de 4 zile, în care timp fenomenele meningeale pierd din intensitate, senzoriul devine clar. După 4 zile se continuă numai tratamentul cu Dagenan. Puncţia lombară făcută în a 6-a zi dela internarea în spital, ne dă un L. C. R. de culoare uşor gălbue, fără floră microbiană. După 12 zile de ospitalizare, părăseşte serviciul complect vindecat.

In concluzie, este deci vorba de un caz grav de meningită cerebro-spinală epidemică care s'a vindecat foarte rapid în urma tratamentului prin ser antimeningococic polivalent şi para-amino-fenil-sulfamido-piridină. Bolnavul a primit în total 400 cc. ser şi 25 gr. Dagenan.

OBSERV. IV-a. — N. O. de 15 ani, intră în serviciul de boli contagioase din Buzău, pentru temperatură, cefalee, stare generală foarte gravă, aproape stare subcomatoasă, în a 4-a zi de boală.

In antecedentele heredo-colaterale nimic de semnalat.

In antecedentele personale: pojar la 4 ani, scarlatină la 6 ani.

Stare prezentă: starea generală foarte gravă, cu dispnee pronunţată, respiraţie aproape stertoroasă; bolnavul este complect absent de ceia ce se petrece în jurul lui; nu răspunde întrebărilor ce i se pun; prezintă un facies vultuos, atitudine caracteristică de cocoş de puşcă, cu capul în extensie forţată. Tegumentele umede, acoperite de transpiraţii abundente.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

La examenul obiectiv: din partea aparatului respirator nimic patologic; din partea aparatului cardio-vascular nu se găsesc modificări stetacustice; pronunțată tendință la colaps periferic. Din partea aparatului digestiv: deglutiția mult jenată, vărsături repetate; abdomenul escavat în covată; constipație.

Sistem nervos: pupilile midriatice, reacționează lent la lumină; deviație conjugată a globilor oculari de partea stângă, trăsăturile feței ușor deviate spre stânga. La două zile după internare, bolnavul prezintă o paralizie a vălului. Mișcările active se execută la nivelul tuturor segmentelor, spontan. Mișcările pasive: marcată hipertonie la nivelul mușchilor cefei și ai șanțurilor vertebrale, atitudine de opistotonus. Semnele lui Kernig, Brudzinski contra lateral, pozitive. Marcată hiperestezie cutanată.

Tratament și evoluție: dela început cantități masive de ser antimeningococic polivalent, intrarahidian (suboccipital și lombar), subcutanat și intramuscular; puncții rahidiene repetate zilnic, cu evacuări masive de L. C. R. (60—80 cc.) și Dagenan câte 6 tablete pe zi.

In primele 3 zile, febra în continuă ascensiune până la 39,6; nici o ameliorare în starea bolnavului. In a 5-a zi de boală, curba termică prezintă o scădere bruscă la 37,2, starea generală ușor ameliorată, pentru ca apoi temperatura să se ridice din nou, fenomenele generale redevenind alarmante. In L. C. R. se găsesc la această dată, numeroși meningococi intra și extra celulari, chiar în frotiu direct; heemoculturile rămân negative. In a opta zi de boală temperatura coboară din nou la 37,2, prezentând apoi oscilațiuni între 37—38 grade, starea generală simțitor ameliorată, ameliorare ce merge progresiv până la vindecarea complectă.

Este deci vorba de un caz de meningită cerebro-spinală cu meningococi, care s'a vindecat după 10 zile de tratament asociat, cu ser antimeningococic polivalent și Dagenan.

OBSERV. V-a. — C. S. plugar de 33 ani, intră în Serviciul de Boli Contagioase din Buzău, pentru cefalee, temperatură, stare generală alterată.

In antecedentele heredo-colaterale și personale, nimic de semnalat.

Boala actuală a debutat înainte cu cinci zile printr'o stare gripală destul de accentuată, ce s'a continuat cu febră și mai ales pronunțate dureri de cap ce surveneau în crize, însoțite de fotofobie. După câteva zile fenomenele gripale cedează, starea generală însă se înrăutățește din ce în ce, lucru ce determină internarea bolnavului în spital.

Stare prezentă: bolnav de comformație și constituție normală. Impresionează dela început atitudinea caracteristică de cocoș de pușcă, cu capul în extenzie forțată, coapsele flectate pe bazin, gambele pe coapse. Bolnavul e conștient, ochii îi ține aproape complect închiși, fotofobie marcată. Visceral nu se constată nici o modificare patologică. Punctia lombară făcută la intrarea în serviciu dă un L. C. R. purulent, hipertensiv; în frotiu meningococi intra și extra celulari. Lichidul depune după o oră un bogat depozit fibrinos; leucocitoza: 12.000; formula leucocitară neutrofilie. Bolnavul prezintă atât clinic cât și bacteriologic, semnele unei meningite cerebro-spinale tipice.

Tratament și evoluție: se administrează ser antimeningococic intrarahidian și intramuscular, seroterapia fiind însoțită de administrarea per os a câte 6—8 tablete Dagenan zilnic. Starea generală se menține alterată timp de 5 zile, aproape aceiași ca la început; L. C. R. deasemeni continuă a fi purulent încă 2 zile după internarea în spital, pentru ca începând cu a 3-a zi să se clarifice puțin; ulterior se menține în această stare câteva zile, pentru ca în a 8-a zi dela internare să redevină intens purulent, menținându-se astfel două zile; apoi capătă un aspect louche, cu pleocitoză ce ajunge la 90 elemente la Nâgeotte. In cursul evoluției ulterioare, bolnavul face două pusee de revenire a procesului meningitic, iar în a 13-a zi dela internare apare maladia serică însoțită de fenomene renale destul de marcate: albuminurie, ușoară cilindrurie și creșterea ureei sanghine la 0,60 la mie. Maladia serică durează 5 zile, torturează mult pe bolnav, cefalea persistă încă mult timp chiar în a 20-a zi dela internare, starea generală menținându-se alterată: bolnavul este slăbit, adinamic, uneori prezintă stări de agitație motorie. Dela această dată L. C. R. începe a se clarifica, iar fenomenele clinice se atenuiază încetul cu încetul; după aceia părăsește serviciul vindecat. Reîntors după o lună dela părăsirea spitalului pentru

a-şi face un control, deoarece cefaleia nu cedase complect, în L. C. R. care e complect clar, nu se găsesc decât 8 elemente la Nageotte; albuminele rămân uşor crescute.

In rezumat, este deci vorba de un caz de meningită cerbro-spinală la un adult, cu o evoluţie prelungită şi care a fost vindecat prin tratament mixt, seroterapie şi sulfamidoterapie şi la care, deşi în timpul tratamentului a primit o cantitate globală de peste 40 gr. Dagenan, nu s'a observat nici un fel de intoleranţă a organismului faţă de medicament.

OBSERV. VI-a. — C. F. de 16 ani, muncitoare, intră în Serviciul de Boli Contagioase din Buzău, pentru aceleaşi cauze: temperatură, cefalee, stare generală mult alterată, aproape stare subcomatoasă.

In antecedente, atât în cele heredo-colaterale, cât şi în cele personale, nimic de semnalat.

Stare prezentă: bolnavă de constituţie bună, ţesutul musculo-adipos bine reprezentat.

Din partea aparatului respirator, nimic patologic.

Din partea aparatului cardio-vascular se constată o bradicardie destul de marcată; tendinţă la colaps periferic. In rest, bolnava prezintă splina mărită. Sistem nervos: fotofobie, pupile midriatice; marcată hipertonie a membrelor inferioare. Toate semnele de meningită prezente. Bolnava prezintă incontinenţă de urină şi materii fecale; uneori delir ambulatoriu.

Tratament şi evoluţie: din prima zi se administrează bolnavei 30 cc. ser antimeningococic intrarahidian şi 80 cc. intramuscular; în acelaş timp, Dagenan câte 6 tablete zilnic, timp de 5 zile. In a 7-a zi dela internare, L. C. R. continuă a fi turbure, leucocitele dispar însă, ca şi flora microbiană. In a 11-a zi dela inernare apare maladia serică însoţită de reumatism seric. Puncţia de control executată în a 14-a zi, ne dă un L. C. R. clar, cu 10 elemente la Nageotte şi cu absenţa totală a meningococilor. Bolnava devine afebrilă după 17 zile de boală, după care părăseşte serviciul vindecată.

OBSERV. VII-a. — O. P. de 15 ani intră în Serviciul de Boli Contagioase din Buzău cu aceiaşi stare generală gravă; adinamie pronunţată ce alternează cu perioade de agitaţie.

In antecedentele heredo-colaterale nimic de semnalat.

In antecedentele personale de asemeni.

Boala actuală a debutat printr'o stare gripală ce a durat 3 zile după care s'au manifestat fenomenele meningitice.

Stare prezentă: starea generală a bolnavului la intrarea în serviciul nostru este mult alterată; bolnavul prezintă semnele caracteristice ale unei meningite cerebro-spinale tipice: redoare a cefei, linia meningitică pronunţată, semnul lui Kernig şi Brudzinsky pozitive. La puncţia lombară se scurge un L. C. R. hipertensiv, purulent; în frotiu multe polinucleare şi meningococi intra şi extra celulari. Organic, bolnavul nu prezintă nimic deosebit în afară de bradicardie.

Tratament şi evoluţie: se administrează dela început ser antimeningococic polivalent (30 cc. intrarahidian şi 80 intramuscular) în acelaş timp bolnavul primeşte câte 3 gr. Dagenan zilnic. Starea generală se menţine gravă, deşi temperatura este scăzută din prima zi. In a patra zi dela internare, curba termică marchează o ascensiune până la 38,5. L. C. R. arată o creştere a elementelor libere, luând din nou un caracter purulent. Tratamentul este continuat până în a 8-a zi când fenomenele obiective de meningită, cât şi cefaleea se atenuiază progresiv. Ultima puncţie lombară, făcută cu trei zile înainte de plecarea din spital, ne arată un L. C. R. clar, cu 35 elemente pe m/m c. şi cu absenţa complectă a florei microbiene. Bolnava părăseşte spitalul vindecată. Este deci vorba de un caz de meningită cerebro-spinală epidemică, vindecat repede prin tratamentul cu ser specific şi Dagenan.

OBSERV. VIII-a: — F. N. copil de 7 ani, intră în Serviciul de Boli Contagioase din Buzău, pentru temperatură ridicată, cefalee intensă, stare generală gravă.

In antecedentele heredo-colaterale nimic important; în cele personale deasemeni. Boala actuală a debutat înainte cu 4 zile brusc, prin greţuri, vărsături, dureri mari de cap, după care s'au manifestat funomenele meningeale.

Stare prezentă: La inspecţie impresionează dela început atitudinea carac-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

teristică de cocoş de puşcă în care zace bolnavul; semnele lui Kernig şi Brudzinsky pozitive. Punctia lombară arată un L. C. R. purulent, ce vine sub tensiune mărită, cu numeroase elemente libere şi cu frequenţi meningococi intra şi extra celulari.

Organic se constată: din partea aparatului respirator raluri de bronşită difuză; din partea aparatului cardio-vascular, pulsul tahicardic (156), mic, filiform, depresibil. La examenul psihic: accentuată torpoare ce se menţine încă multă vreme după internarea în spital.

Tratament şi evoluţie: bolnavului i se aplică dela început tratamentul mixt: 100 cc. ser antimeningococic zilnic (30 cc. intrarahidian şi 80 cc. intramuscular) şi tablete Dagenan, câte 2 gr. zilnic.

Temperatura coboară în a 5-a zi dela internare, dela 39,8 la 37 gr., prezentând după aceia mici oscilaţiuni încă timp de 14 zile, după care copilul devine afebril şi părăseşte spitalul vindecat.

In cazul de faţă am avut deci deaface cu o formă gravă de meningită cerebro-spinală epidemică, la care fenomenele clinice au cedat impresionant de repede sub influenţa tratamentului asociat, prin seroterapie specifică şi sulfamidoterapie cu Dagenan.

* * *

Din descrierea foilor de observaţie a cazurilor noastre, reiese că aproape peste tot am avut deaface cu forme de meningită cerebro-spinală foarte grave al căror tablou clinic a fost predominat încă dela intrarea în serviciu de o stare generală alarmantă, ce se apropia foarte mult de starea subcomatoasă. Reacţiile meningee au fost de o intensitate maximă, mai toţi bolnavii prezentând o redoare a cefei extrem de marcată, pronunţată hipertonie musculară, amintind în unele cazuri opistotonusul din cursul tetanusului. Această stare gravă dura cel puţin 4—5 zile, bolnavii fiind agitaţi, cu bradicardie de compresie, ce le punea de multe ori viaţa în pericol. La aceste fenomene cardio-vasculare şi nervoase trebue adăugat faptul că în dese rânduri am observat apariţiunea de sindrome vasculare periferice foarte marcate, manifestate prin colaps vascular periferic. Apariţiunea colapsului vascular periferic în cursul evoluţiunei unei infecţiuni, a fost întotdeauna de o gravitate excepţională. Pentru cazurile noastre, mai ales pentru două din ele (obs. IV-a şi a VI-a), aceste fenomene s'au repetat în primele două zile aproape din 2 în 2 ore, ceiace agrava foarte mult prognosticul boalei.

Altă observaţiune ce trebue remarcată în cursul evoluţiunei clinice a bolnavilor noştri, rezidă în faptul că, cu toată intensitatea procesului inflamator dela nivelul meningelor, nu am găsit niciodată existenţa cloazoanelor meningitice care periclitează întotdeauna tratamentul seroterapic. Pentru noi, lipsa cloazorării se datoreşte în primul rând modului de administrare a serului, care prin drenajul mare al canalului vertebral, realizat prin punctiile rachidiene etajate, nu permitea din punct de vedere mecanic, organizarea cloazoanelor meningeale, deşi suntem convinşi de existenţa unui traumatism meningeal în aceste cazuri. In al doilea rând credem că sterilizarea relativ rapidă a L. C. R. de către sulfamida 693 pe care am introdus-o în tratament, contribue la o scădere a fibrinei lichidiene şi consecutiv la o diminuare a procesului fibrinos ce dă naştere cloazoanelor meningee consecutive. Aceste modificări anatomo-patologice ce pot conduce la o leziune definitivă a leptomeningelor, ne amintesc procesul adeziv ce se petrece la nivelul

pericardului şi al pleurei în urma inflamaţiilor acute, analogie făcută de Prof. Barré şi care e cu totul justificată.

Un alt fapt pe care l-am remarcat în evoluţiunea clinică a bolnavilor noştri, a fost lipsa de sechele meningitice. In nici unul din cazurile observate de noi, nu am putut găsi un proces arahnoidian care să ducă la o arahnoidită adezivă, cu toate complicaţiile neurologice secundare.

In ceiace priveşte evoluţiunea clinică în general, putem afirma cu certitudine că boala a fost scurtată în mersul ei; aceasta în comparaţie cu cazurile tratate numai cu ser antimeningococic şi cari, spre deosebire de primele, au avut o evoluţiune clinică mai îndelungată. Pentru administrarea sulfamidelor în aceste cazuri rebele la tratamentul seroterapic, nu putem afirma deci niciodată o contraindicaţie.

Incriminarea ce s'a făcut deseori sulfamidelor, a fost acţiunea toxică pe care ar exercita-o asupra parenchimului renal. Pentru cazurile noastre putem afirma cu certitudine că sulfamida 693 nu a avut nici o acţiune care să dăuneze funcţiunei celulei renale. Cu tot numărul mare de toxine care străbat filtrul renal în aceste cazuri de infecţiuni grave, sulfamidele nu au dat niciodată complicaţiuni din partea rinichiului. La 3 din cazurile observate în spitalul de Boli Contagioase din Buzău, albumina a fost prezentă în urină încă la intrarea în serviciu şi cu toată administrarea unor cantităţi apreciabile de Dagenan, acest puseu nefritic a încetat îndată ce infecţiunea a devenit mai puţin gravă. In cazurile de infecţiuni meningococice şi chiar şi în cazurile de meningococemii propriu zise, dacă sulfamida, după cum a putut fi demonstrat prin cercetări experimentale, reuşeşte să realizeze o sterilizare cât mai rapidă, fie locală la nivelul meningelui, fie generală, toxicitatea de care ar fi presupusă, nu poate fi luată în considerare în ceia ce priveşte celula renală, atunci când sunt discutate leziunile pe care le produc la acest nivel toxinele microbiene. In cazurile unde infecţiunea focală atingea maximum de intensitate şi deci se puneau în libertate cantităţi enorme de toxine microbiene şi la care se mai adaugă şi faptul introducerii prin ser a heteroalbuminelor, celula renală ar fi trebuit să sufere în funcţiunea ei fiziologică, dacă sulfamida 693 ar fi un corp nociv pentru filtrul renal. Albuminuria a fost însă trecătoare, durând 2—4 zile, ceiace demonstrează două fapte: întâi, că sulfamida nu influenţează fiziologia celulei renale şi al doilea, că sterilizarea cât mai rapidă a organismului pe care l-a debarasat de toxine, a putut face ca funcţiunea rinichiului să redevină normală şi astfel cazurile să fie lipsite de complicaţiile renale atât de frequente în cursul infecţiunilor grave. Un mare avantaj pe care îl prezintă deci tratamentul mixt, rezidă în faptul că, cu ajutorul sulfamidelor putem obţine o sterilizare rapidă a organismului şi deci putem feri bolnavul de complicaţiuni ale diverselor organe, care ar fi consecutive toxemiei.

In cursul meningitelor secundare şi în special în meningita pneumococică, cât şi în cursul meningitei cerebro-spinale epidemice, se pare că procesul infecţios nu se localizează numai la meninge, ci el interesează şi parenchimul nervos propriu zis. Este dovedit că meningita pneumococică realizează în cursul evoluţiei ei, leziuni inflamatorii de

parenchim, care au dat dreptul unor autori de a vorbi de o adevărată encefalită în cursul acestei infecțiuni. Meningita cerebro-spinală epidemică, fără a produce leziuni cerebrale inflamatorii propriu zise, se pare totuși că cel puțin toxina meningococului are o acțiune bine determinată asupra celulei nervoase. Modificările pe care le produce procesul inflamator meningitic asupra parenchimului nervos și în special asupra celulei nervoase, ar explica o mare parte din fenomenele clinice ale meningitei, ca de exemplu starea de somnolență care durează uneori 2—3 zile.

Pătrunderea anticorpilor la nivelul nevraxului, nu se poate face decât prin străbaterea barierei hemato-nevraxiale (Marinescu și Drăgănescu). Este cunoscut însă că această barieră este foarte greu trecută de corpii cu o constituție moleculară mare. Când însă meningele sunt lezate, anticorpii pot străbate această barieră mult mai ușor; Widal și Sicard au arătat că anticorpii și aglutininele tifice nu pot străbate această barieră decât în cazul când bolnavul prezintă și o reacțiune meningee. In cazurile de meningită cerebro-spinală, leziunile meningee fiind duse la maximum, trecerea barierei hemato-nevraxială, este cu mult mai ușoară, ceia ce a permis ca sulfamidele să poată fi dozate în L. C. R. Pătrunderea acestor corpi chimici chiar în țesutul nervos, prin mecanismul mai sus amintit, are o importanță, credem destul de mare, date fiind proprietățile lor bactericide importante. Administrarea unui corp chimic, asociată cu introducerea de anticorpi prin ser, nu poate fi decât favorabilă evoluțiunei clinice în cursul meningitei cerebro-spinale.

Din cele expuse rezultă că întrebuințarea sulfamidelor în tratamentul meningitei cerebro-spinale epidemice, are la bază nu numai o impresiune clinică, ci utilizarea lor are și o explicație fiziologică destul de marcată. Din studiul cazurilor expuse de noi, se poate trage concluziunea că întrebuințarea sulfamidei 693 este indicată, deoarece, dacă în unele cazuri administrarea ei nu produce modificări considerabile în benignitatea evoluției clinice, în alte cazuri însă, intervențiunea chimioterapiei suntem siguri că este de un real folos, mai ales bolnavilor ce prezintă forme clinice grave.

S'a discutat mult și faptul afirmat de unii autori, că sulfamidele ar produce un tablou de aplazie medulară. Intr'un studiu recent, asupra acțiunei sulfamidelor în infecțiunile pneumococice la copil, D-r Fruchter, Dortheimer și Singer ajung la concluziunea că în nici unul din cazurile pe cari le-au studiat nu au găsit un aspect de inhibiție, ci întotdeauna unul de activitate medulară. Autorii admit mai mult chiar, că sulfamidele ar avea o acțiune de creștere considerabilă a elementelor reticulo-endoteliale în măduvă. In cazurile observate de ei, aceste elemente au fost găsite într'o proporție de 11—12% și chiar 15%, în timp ce reticulocitele nu trec de 3% în sângele normal. Supra activitatea medulară credem că este un element în plus ce se adaugă la acțiunea favorizantă a sulfamidelor în evoluțiunea humorală a infecțiunilor.

In concluziune deci, după observațiunile făcute nu numai asupra cazurilor expuse aci, noi credem că în tratamentul meningitei cerebro-

spinale epidemice, seroterapia joacă un rol de importanță maximă, atunci când serul utilizat corespunde necesităților bolnavului. Introducerea corpilor sulfamidați, mai ales în cazurile grave și în cazurile la cari seroterapia nu pare a da maximum, este foarte utilă, cu atât mai mult cu cât astăzi este dovedit că acești corpi au in vitro o putere bactericidă foarte mare și că acțiunea lor nu este întru nimic dăunătoare organismului.

LUCRĂRI UTILIZATE:

R. Marlin et A. Delaunay: La Presse Médicale Nr. 80, pag. 1406—1409, 1937. — R. Tiffeneau și I. Meyer: Paris Medical Nr. 38, pag. 215—219/937. — A. Dellile, Lestokuoy, R. Tiffeneau-Wollinetz și I. Meyer: Soc. Med. Hop. pag. 1246—1250, Paris 1937. — R. Marquezy, Launay și Maye: B. M. Soc. Med. Hop. pag. 1456—1466, Paris 1938. — Zagdoun și Oemischen: B. M. Soc. Med. Hop. pag. 1571—1575 Paris 1938. — I. Décourt, R. Martin, Hérault și Pauthier: B. M. Soc. Med. Hop. pag. 339—343, Paris 1939. — A. Germain și G. Gautron: B. M. Soc. Med. Hop. Paris 1939. — Weill—Halle—Meyer și Tiffeneau: B. M. Soc. Med. Hop. pag. 1255, Paris 1939. — Prof. Buzoianu G.: Revista științelor O. R. L. 1938—1939. — Prof. Buzoianu G.: Clujul Medical 1939. — Hortopanu și Magda: Vestul Medical pag. 89—97/937. — Gavrilă I. și V.: Clujul Medical pag. 427—437/937. — Nicolau și Popescu: Raport la primul Congres dee Boli Contagioase Craiova 1934. — Iochmann G.: Lehrbuch der Infektionskrankheiten Berlin 1934. — Boidin L.: Bull. et Mém. Soc. Med. Hop. Paris 1926. — Séance du 14 Mai pag. 51. — Cantacuzino I.: Rapport présanté a l'off. d'hyg. de la Ligue des Nations. Octombre 1930. — Cantacuzino I.: Rapport présenté a l'off. Int. d'hyg. Publ. pag. 1217, Mai 1933. — Chavany J. A., Ardaudet A. et Gaillard J.: Presse Med. pag. 917, Paris 1926. — Teissier P. et Chavany J. A.: Presse Med. pag. 1321, Paris 1930. — Wright I. Sh., de Sanctis A. G. and Sheplar A.: Amer. J. dis. childr. 1929, pag. 730. — A. Stroe, St. Drăgănescu, I. Bruckher și E. Banu: Arachnoidite spinale diffuse précoce concécutive a une méningite cérébro-spinale a meningocoques Extrait de la Revue Neurologique Nr. 6 Iuin 1935. — W. Schulemann: Constitution chimique et action thérapeutique. — Médecine et Chimie. — Bayer Meister — Lucius. — Leverkusen S. Rhin 1933. — Dr. S. Drăgănescu, Dr. D. Grigorescu: Lichidul-Cefalo-Rahidian, București 1932. — Fruchter, Dortheimer și J. Singer: Contribuțiuni la studiul pleureziilor purulente pnemococice la copii. — Mișcarea Medicală Română Nr. 3—4 1940. — Henry—Bloch—Michel, Michel—Conte et Pierre Durel: Le traitement de l'erysipélle par les derives sulfamidés non azoques. — Annales de Medecine Paris 1937. — M. Loeper: Maladies infectieuses et parasitaires Tom. 9. — Ed. Flatau u. Handelsmann: Experimentelle Untersuchungen zur Pathologie und Therapie der Meningitis cerebro-spinales epidemica. — Zeitsch. — für Neur. u. Psich. — Berlin 25 Aprilie 1914. — Vol. 31.

Dans cet ouvrage on a étudié les résultats thérapeutiques obtenus par le traitement mixte (sérothérapie et chimiothérapie) dans la méningite cerebro-spinale épidémique.

On a pris d'abord en considération les éléments qui plaident pour le maintien de la sérothérapie antiméningococique, en mettant en evidence le fait que dans certaines conditions de préparation et d'administration du sérum, en contraste avec les auteurs qui ne soutiennent pas la sérothérapie (Madsen, Forster, Gaskel, Rolleston, Boidin et Weissenbach, Florent et Fiessinger) pour les chercheurs roumains qui ont étudié cette question (Cantacuzéne, Nicolau, Gavrilă, E. Banu etc.) le traitement biologique de la meningite cérébro-spinale épidémique est de la plus grande utilité dans la clinique.

On a taché de rendre le mécanisme biologique de l'action thérapeutique du sérum antimeningococique sur le processus lésionnaire, localisé tant sur les méninges que sur le parenchyme nerveux.

L'association du traitement sérothérapique et de la chimiothérapie sulfa-

midée est pour nous, de la plus grande utilité dans le traitement de cette affection. Des données éxpérimentales des auteurs tels que: (Domagk, F. Nitti, A. Simon, Meyer, etc.) qui ont démontré l'action bactéricide „in vitro", de même que des conclusions obtenues par l'étude de l'évolution clinique des malades traités par cette méthode, il résulte que celle-ci doit être employée dans tous les cas, surtout lorsque la forme clinique est grave.

Tous les cas qu'on a étudiés, bien qu'ayant des formes extrêmement graves, ont eu une évolution clinique bénigne, tant en ce qui concerne la mortalité (tous les malades ont été guéris), que pour ce qui est de leurs complications.

La réserve faite par certains chercheux sur le traitement par les sulfamides dans les maladies infectieuses, est fondée sur une présumée action toxique de ces corps. Pour nous, tant des conclusions tirées des cas étudiés dans cet ouvrage, que de l'observation faite sur un grand nombre de malades, on n'a pas remarqué la toxicité des sulfamides sur le parenchyme rénal en spécial, si les conditions d'administration ont été rationnelles et optimes, au sens d'une integrité organique fonctionelle, pour chaque cas prin â part.

In dieser Arbeit haben wir die im Wege der gemischten Behandlung (Serotherapie und Chemotherapie) der Meningitis cerebro-spinalis epidemica erhaltenen therapeutischen Ergebnisse studiert.

Es wurden zuerst die Elemente in Betracht gezogen, welche für die Beibehaltung der antimeningocockischen Serotherapie plädieren. Hieraus erhellt die Tatsache, dass unter gewissen Bedingungen der Präparierung und Eingebung des Serums die biologische Behandlung der Meningitis cerebro-spinalis epidemica für die rumänischen Forscher, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben (Cantacuzino, Nicolau, Gavrilă, E. Banu etc.), von grösster klinischer Bedeutung ist, im Gegensatz zu den Autoren, welche die Serotherapie verwerfen (Madsen, Forster, Gaskel, Rolleston, Boidin und Weissenbach, Fiorent u. Fiessinger, etc.).

Wir waren bestrebt den biologischen Meckanismus der therapeutischen Wirkung des antimeningokokischen Serums auf den sowohl auf die Hirnhaut als auch auf den nervösen Organgewebe lokalisierten Wundprozess darzutun.

Die Vereinigung der serotherapeutischen Behandlung mit der sulfo-amidierten Chemotherapie ist für uns in der Krankheitsbehandlung von grosser Bedeutung. Aus den Versuchsdaten der Autoren (Domagk, F. Nitti, A. Simon, Meyer etc.), welche die bakterientötende Wirkung, „in vitro" bewiesen haben, sowie aus den durch das Studium der klinischen Entwickelung der nach dieser Metode behandelten Kranken erhaltenen Schlussfolgerungen, geht hervor, dass sie immer, insbesondere dann, werm die klinische Form schwer ist, versucht werden soll.

Ale 8 von uns studierten Fälle haben trotz ihrer äusserst schweren Formen eine gutwillige klinische Entwickelung gehabt, sovohl hinsichtlich der Sterblichkeit (alle wurden geheilt) als auch was die Komplikationen anbetrifft. Der von einigen Forschern über die Behandlung der Infektionskrankheiten durch Sulfo-amide gemachte Vorbehalt ergibt sich aus einer vermeintlicken Giftwirkung dieser Stofe. Sowohl aus den Ergebnissen der in dieser Arbeit behandelten Fälle, als auch aus der bei einer grossen Zahl von Kranken gemachten Beobachtung, bei welchen wir die sulfo-amidierten Stofe bei anderweittigen Infectionen anzuwenden Gelegenheit hatten, konen wir ihre Giftwirkung insbesondere auf den Nieren-parenchym nicht feststellen, wenn die Eingebungsbedingungen für jeden Einzelfall rationell und am besten sind im Sinne einer funktionellen organischen Integrität.

In questo lavoro abiamo studiato i risultati terapeutici ottenuti mediante il trattamento misto (sieroterapia e chimicoterapia) nella meningite cerebro-spinale epidemica.

Furono considerati anzitutto gli elementi che difendono il mantemimento della sieroterapia antimeningococcica, rilevandosi il fato, che in certe condizioni di preparazione e di amministrazione del siero, contrariamente a gli autori che non sostengono la sieroterapia (Madsen, Forster, Gaskel, Rolleston, Boidin, e Weisseenbach, Florent e Fiessinger) per gli indagatori romeni che hamo studiato questa problema (Cantacuzino, Nicolau, Gavrilă, Banu, ecc) il trattamento biologico della meningite cerebro-spinale epidemica é della maggiore utilitá in clinica.

Ho tentato di ridare il meccanismo biologico dell'azione terapeutica del siero antimeningococico sul processo lesionale, localizzato tanto sulla meninge quanto sul paranchimo nervoso.

L'associazione del trattamento sieroterapico e della chimiciterapia solfamidato, é per noi di grandissima utilita nel trattamento dela malatia. Dai dati sperimentati dagli autori (Domagk, F. Nitti, A. Simon, Meyer, ecc) che hammo dimostrato l'azione battericida in vitro, come pure dalle conclusioni ottenute mediante la studio dell evoluzione clinica dei malati curati con questo metodo, risulta che essa dev'essere sempre tentata, specialmente qualora la forma clinica sia grave.

Tutti gli 8 casi studiati, ben ché con forme gravissime, hamo avuto un évoluzione clinca benigna, tanto in ciôche riguardo la mortalita (tutti guarirene), quanto in cio che riguarda le complicazioni.

Le riserve fatta da certi indagatori sul trattamento mediante le solfamide nelle malattie contagiose é dovuta a una presupoosta azione tossica di questi corpi. Io, tanto dalle conclusioni dei casi studiati in quest'opera, quanto dall'osservazione fatta su di un gran numero di malati, su cui ho avuto l'occasione di usare i corpi solfamidati in alte infezioni, non abiamo rilevare la loro tosnicità specialmnete sul parenchimo renale, qualora le condizioni di amministrazione siano razionali e ottimee, nel senso di un'integrità organico funzionale, per ciascun caso a parte.

Iodoterapia pe cale parenterală prin

BCU Cluj / Central University Library Cluj

VASOIOD

subcutan **intravenos** **iutramuscular**

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

Insuficienţa hepato-biliară

şi consecinţele sale dispar prin:

FIELACOL

tablete

fabrica de produse chimice gedeon richter bucuresti

Bucureşti, str. Logofătul Tăut, 99

AKROFOLLIN-CHINOIN

derivat al hormonului folicular, cu o acţiune potenţializată şi durabilă.

Hormonul izolat din corpul galben se obţine sub forma cristalizată şi chiar sintetică: acesta este principiul activ al Akrolutin-ei Chinonin.

INDICAŢIUNI:

Mulţumită acţiunei sale energice, Akrofollin-Chinoin influenţează în mod favorabil insuficienţele ovariene cele mai grave: Amenoree primară şi secundară, întârzierea pubertăţii, castraţie, hipoplasie genitală, dismenoree prin hipoplasie uterină, hiper- şi hipomenoree, turburările menopauzei, artrită reumatoidă cronică, prurit vulvar frigiditate, endometrite, avort cu retenţia foetusului, galactoare, vulvovaginitele fetiţelor etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONTRA-INDICAŢIUNI:

Turburări menstruale de origine ne hormonală, alterări grave ale stării generale (cachexie etc.) metropathie hemoragică (degenerescenţă glandulo-kistică a mucoasei.).

AMBALAJE:

Cutii de 5 fiole a 1 cmc. de 1000 Unităţi
„ „ 1 şi 5 „ „ 1 „ „ 10000 „
„ „ 1 şi 5 „ „ 1 „ „ 50000
„ „ 15 drageuri „ „ 1000 „
„ „ 10 „ „ „ 5000 „

Reprezentant general exclusiv pentru România:

Cooperativa O. A. F. Oficiul de Aprovizionare Farmaceutic

BUCUREŞTI, Str. Pitar Moş No. 6

TULBURARI DE ACOMODATIUNE PROVOCATE DE VIERMI INTESTINALI

de

Docent D-r V. CERCHEZ

In clasa Nemathelmiņilor sunt vre-o 20 specii de viermi intestinali cari dau tulburări oculare; dintre aceştia Ascaris lumbricoides şi Oxiurii sunt cei mai frecvenţi, care dau în acelaş timp şi tulburările cele mai însemnate.

In ce mod acţionează aceşti viermi asupra globului ocular, dând naştere la diferite tulburări?. Aceşti viermi acţionează în trei feluri:

a) Prin acţiunea directă a parazitului, citându-se cazuri de Blanchard, când parazitul a ieşit din intestinul subţire şi a ajuns în fosele nazale şi de aci în sacul lacrimal, de unde a ieşit prin canalicul lacrimal în sacul conjunctival.

b) Prin larvele acestor paraziţi, care produc leziuni oculare, mai ales în cazuri de septicemie larvară.

c) Prin toxinele lor, care dau tulburările oculare, cele mai numeroase, cele mai diverse şi cele mai importante, localizându-se în special în musculatura extrinsecă şi intrinsecă a ochiului, producând tulburări asupra pleoapelor ca: fotofobie, blefarospasme, apoi tulburări de acomodaţiune şi chiar amauroză. Când există asociaţia acestor doi viermi, Ascaris lumbricoides şi Oxiuri, atunci tulburările oculare sunt şi mai pronunţate, de mai lungă durată şi cu recidive.

Acestor tulburări de acomodaţiune, provocată de viermi intestinali, Delord şi Reval le spune „presbiţie precoce şi rapidă" şi a-şi putea adăuga şi trecătoare.

Am avut ocazie rară, să observ două cazuri de tulburări de acomodaţiune cu paralizie izolată, adică când numai acomodaţiunea este paralizată fără midriază, provocate de viermi intestinali, cazuri foarte interesante şi foarte rare, cu atât mai mult, cu cât în literatura oftalmologică română, nu este nici un caz descris, iar în cea străină, cazurile citate sunt extrem de rare.

Observ. 1. — L. R., elevă de 10 ani, str Tăetoarei, Iaşi, în anul 1933, se prezintă la consultaţie cu tulburări de acomodaţiune, ne mai putând citi, nici scrie; pe stradă, la şcoală şi la tablă vede foarte bine. Îi prescriu lentile de + 2,5 D pentru citit, cu care se serveşte bine trei săptămâni, când revine şi

spune că cu aceştia nu mai vede bine; îi schimbăm lentilele cu + 3,5 D cu care se serveşte cam o lună de zile, când iar vine şi spune că nici cu aceste lentile nu se serveşte bine la citit. Ii prescriu + 5 D. La prima vizită am constatat: acuitatea vizuală la distanţă normală, reflexul pupilar normal, examenul fundului de ochi normal, nici un viciu de refracţie. I-am dat să-şi facă B. W. a sângelui, iar la a doua vizită aduce rezultatul care este negativ. Observ în acelaş timp că pacienta avea o figură palidă şi-şi freca des nasul, avea mâncărimi M'am gândit la viermi intestinali şi atunci i-am dat să aducă examenul materiilor fecale. In adevăr când veni a treia oară aduse şi rezultatul examenului din care se constată că sunt ouă de ascaris lumbricoides. I-am schimbat lentilele, dar i-am dat să facă şi un tratament cu calomel şi santonină. După un asemenea tratament, în scurt timp ochelarii au fost înlăturaţi complect. Este revăzută după câţiva ani, în care timp nu a mai prezentat nici-o tulburare de acomodaţiune, citind bine fără lentile.

Observ. 2. — G. E., ucenică la croitorie, de 13 ani, din Iaşi, str I. C. Brătianu. In Octombrie 1937, se prezintă la consultaţie cu tulburări de acomodaţiune, neputând să lucreze. Ii prescriu dela început lentile de + 3 D, iar după 2—3 săptămâni îi schimb cu + 5,5 D. Acuitatea vizuală la distanţă normală, reflexul pupilar normal, examenul fundului de ochi normal, nici un viciu de refracţie.

Examen general: înaltă, slabă, facies palid, apatică, fără cefalee. Din primul moment m'am gândit la viermi intestinali şi-i dau să-şi facă B. W. a sângelui şi analiza materiilor fecale. După 2—3 săptămâni când vine să se plângă că nu vede bine cu lentilele date, aduce şi rezultatul analizelor, din care se constată că B. W. a sângelui este negativă, iar în materii fecale s'au găsit numeroase ouă de ascaris lumbricoides şi de oxiuri. Se pune la tratament cu calomel şi santonidă şi după un timp înlătură complect ochelarii. Probabil că, nefăcând un tratament complect contra viermilor intestinali, s'a întâmplat faptul că după 6 luni, iar s'au produs tulburări de acomodaţiune fiind nevoe de lentile de + 3 D, însă de scurtă durată, căci tulburările au fost înlăturate prin un tratament serios şi intens cu calomel şi santonină. Este revăzută în anul 1940, prezentându-se fără nici-o tulburare de acomodaţiune şi lucrând foarte bine fără lentile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In mod normal, tulburările oculare care sunt provocate de anomaliile vederi, sunt: tulburările de refracţie, aşa numitele ametropii şi tulburările de acomodaţiune care, în realitate nu este o anomalie, ci mai degrabă un proces fiziologic. Să vedem pe rând dacă tulburările de refracţie, sau tulburările de acomodaţiune, puteau fi în cauză în cazurile noastre.

A) **Tulburările de refracţie,** sunt: hipermetropia şi miopia.

a) Hipermetropia este atunci când distanţa antero-posterioară a globului ocular, este mai mică ca normal şi imaginea se formează dincolo de retină.

b) Miopia este atunci când distanţa antero-posterioară a globului ocular este mai mare decât la un glob normal şi imaginea se formează înaintea retinei. In mod normal distanţa antero-posterioară a globului ocular este de 22—25 mm. şi un asemenea ochi se numeşte emetrop. In cazuri de tulburări de refracţie, acest echilibru emetropic poate fi tulburat de diferite cauze:

a) O anomalie a mediului transparent din globul ocular.

b) Un exces sau o lipsă de curbură a suprafeţelor sistemului optic: cornean şi cristalinul.

c) Şi o anomalie axială antero-posterioară care este cea mai frecventă.

La nouii născuţi 70% sunt hipermetropi, 20% emetropi (normali) şi 10% miopi. Deci miopia este foarte rară la naştere, însă dela

5 la 20 ani miopia, progresează dacă este, sau se formează pe când hipermetropia scade. Refracţia ochiului variază urmând vrâsta, mediul şi lucrul la care sunt supuşi ochii şi, în special lucrul de aproape şi lucrul şcolar măreşte miopia. Refracţia la copil are o tendinţă notabilă la mărire, prin urmare, numărul miopilor se măreşte pe măsură ce avanseză copilul în vrâstă. Când anomaliile, refracţiei se formează, fie mărindu-se axa antero-posterioară, fie micşorându-se, această mărire sau micşorare, se face numai în segmentul posterior al globului ocular, pe când segmentul anterior îşi păstrează configuraţia normală. Prin urmare refracţia ochiului este o stare de echilibru anatomic al ochiului, câştigat în urma unor serii de transformări histologice a părţilor constituante şi cari rămân permanente.

B) **Tulburările acomodaţiunii.** —

Presbiţia nu este o maladie, nici o anomalie, ci un proces fiziologic, este rezultatul micşorării normale a acomodaţiunii la care este supus orice persoană.

In mod normal, acomodaţiunea este mărirea curburii feţelor cristalinului sau micşorării curburii feţelor cristalinului, care se face sub dependenţa muşchiului ciliar, aşa fel ca o persoană să poată vedea bine şi la distanţă şi în apropiere.

La vârsta de 40 ani, când începe să se manifeste presbiţia, aceste schimbări de curbură ale feţelor cristalinului nu se mai pot face uşor, oricare ar fi refracţia ochiului. Doi factori ar fi, care ar influenţa în mod net tulburările acomodaţiunii: unii susţin că a) muşchiul ciliar slăbeşte în legătură cu tot sistemul muscular încât, nu mai poate schimba curbura feţelor cristalinului; alţii susţin b) că presbiţia ar fi consecinţa întăririi cristalinului, el ar deveni mai puţin maleabil şi ar răspunde cu greu la schimbările pe care le comandă muşchiul ciliar. Deci, presbiţia ar fi rezultatul senilităţii atingând funcţia ochiului. Tulburările de acomodaţiune sunt totdeauna bilaterale şi reflexul pupilar este normal. Se produce după 40 ani.

In niciunul din acele două cazuri descrise, nu a fost nici tulburări de refracţie, nici tulburări de acomodaţiune, cari sunt procese fiziologice şi care în mod normal rămân permanente. In cazurile noastre, am văzut că după un timp toate tulburările au dispărut şi vederea a revenit la normal. Dar tulburări de acomodaţiune se mai produc şi în alte diferite intoxicări şi afecţiuni generale, ca:

a) Botulismul, — intoxicaţia alimentară — unde se produce paralizia acomodaţiunii care este bilaterală şi la care se produce şi paralizia pupilei, dând midriaza care este tot bilaterală.

b) Difteria, a cărei toxină produce paralizia acomodaţiunii bilaterale însoţită de cele mai multe ori şi de midriază.

c) Intoxicările cu ergotină, plumb şi arsenobenzol produc paralizia acomodaţiunii şi a pupilei, — Midriaza.

d) Sifilisul nervos produce o paralizie a acomodaţiunii însoţită de midriază mono şi bilaterală.

e) Encefalita letargică produce o paralizie a acomodaţiunii şi a pupilei, bilateral.

f) Meningita tuberculoasă produce o paralizie a acomodaţiunii şi a pupilei, bilateral.

g) Diverse afecţiuni ale ochiului: glaucom şi oftalmia simpatică, produc paralizia acomodaţiei şi a pupilei, midriază mono şi bilaterală.

h) Infecţiunile amibiene produc paralizia acomodaţuinei şi a pupilei, bilateral.

i) Traumatismele produc o paralizie a acomodaţiunei însoţită de midriază.

j) Midriaticele produc o paralizie a acomodaţiunei însoţite de midriază.

In toate aceste cazuri, pe lângă alte simptome, prezintă tulburări de acomodaţiune însoţite însă şi de midriază, ori în cele două cazuri descrise mai sus, am văzut că au existat tulburări de acomodaţiune, dar fără midriază.

Cum se face, că în alte intoxicări şi alte diverse afecţiuni pe lângă paraliza acomodaţiunei, se mai produce şi paralizia pupilei dând midriază, pe când în cazurile noastre descrise de intoxicare cu toxina viermilor intestinali se produce numai paralizia acomodaţiunii fără paralizia pupilei, deci fără midriază.

Această chestiune controversată a fost examinată şi studiată de foarte mulţi autori, ajungându-se la formularea a trei modalităţi de explicare a acestei chestiuni.

1. Unii autori susţin că toxina ar lucra local numai pe muşchiul ciliar.

2. Alţi autori, ca Morax susţin că toxina ar avea o acţiune numai pe neuronii motori ai muşchiului ciliar.

3. Vennermann şi Genet susţin că ar fi o intoxicaţie a centrului acomodator a cărui situaţie precisă nu este cunoscută, dar hipotetic ar fi în nucleii pendonculari.

Desigur, leziunea care dă naştere paraliziei ar fi, sau în muşchiul ciliar, sau în un loc oarecare de pe traectul nervului care inervează muşchiul ciliar, dela origină şi până la punctul de intrare în substanţa musculară, sau în centrul cortical constrictor care este mezocefalic şi pedoncular în nucleul **Edinger-Westphall**, nucleu pereche şi median. Acest centru este situat în grupa celulelor care formează nucleul a 3-a pereche sau în vecinătatea imediată a lor. Acest centru este comun sfincterului şi muşchiului ciliar. Aceasta este susţinută de **Levinshon** (1909), **Magitot** (1920), **Lenz** (1925), **Bielchowscky** (1924). Se ştie că influxul constrictorilor împrumută calea oculomotor comun şi pentru acest fapt, acest nerv este nervul acomodator, iar influxul dilatatorilor urmează calea simpaticului cervical. Localizarea leziunei se face numai prin studiul diferitelor simptome. **Genet** spune că, pentru ca muşchiul ciliar să fie singurul lezat, ar trebui admisă o disociere funcţională extraordinară, ceeace nu e cu putinţă. Se ştie că muşchiul irian şi sfincterul pupilar au aceiaşi structură histologică, ca şi muşchiul ciliar, prin urmare toţi trebue să reacţioneze la fel faţă de aceiaşi otravă paralizantă.

Prin urmare cred, că prima teorie care spune că, toxina ar lucra numai pe muşchiul ciliar şi a doua a lui **Morax** că toxina ar

lucra numai pe neuronii motori ai mușchiului ciliar, nu mai pot fi susținute. Deasemenea numai o leziune asupra trunchiului oculo-motor comun iarăși nu poate fi admisă, fiindcă se știe după cum spune și Genet, aceasta ar cere o electivitate cu totul specială pentru ca totalitatea fibrelor și a celulelor care dirijează acomodațiunea de amândouă părțile, să fie atinse în acelaș timp, fără să atingă acele ce prezidează la mișcările pupilei.

Genet este de părere că în asemenea intoxicații ar fi lezată centrul acomodator prin impregnare cu aceste toxine și este un mare apărător al acestei teorii.

De aceea cred, că explicarea care ar împăca cel mai mult diferitele păreri, ar fi: paralizia izolată a acomodațiunei în cazurile de față, ar fi o impregnare de toxina viermilor intestinali a unui punct distinct în sistemul nervos central, care ar fi în nucleii pedonculari și cari prezintă o electivitate specială față de această toxină.

V. CERCHEZ: *Troubles de l'accomodation provoquès par des vers intestinaux.*

Parmi les vers intestinaux qui produisent des troubles oculaires, ascaris lumbrucoides et oxyuri sont les plus frequents et les plus importants.

Ces vers actionnent contre l'oeuil par trois moyens:

a) Par l'action directe du parasite,

b) Par les larves de ces parasites,

c) Par leurs toxines qui produisent les troubles oculaires les plus nombreux les plus divers, et les plus importants.

Babeș-Bolyai University Library Cluj

L'auteur decrit deux cas où les troubles de l'accomodation étaient provoqués par l'ascaris lumbrocoides et l'oxyiuri. Une fillette de io ans avec des troubles de + 5 D, et une antre de 13 ans avec + 5,5 D.

Ces troubles de l'accomodation s'expliqueraient par trois moyens:

a) Les uns estiment que la toxine actionne localment contre le muscle ciliaire.

b) d'autres comme Morax pensent que la toxine ait une action sur les neurons moteurs du musele ciliaire et,

c) Venneman et Genet soutiennent qu'il soit une intoxication du centre accomodateur dont la situation précise n'est pas connue mais hypothétiquement serait dans les nucleés pedonculaires

C'est pour ça que je crois que l'explication suivante satisfait davantage les différents avis: la paralisie isolée de l'accomodation dans les cas ci-dessus cités serait une imprégnation de la toxine des vers intestinaux sur un point distinct dans le système nerveux central qui serait dans les nuclèes pedonculaires et qui présentent une electivité speciale envers cette toxine.

V. CERCHEZ: *Aufgefördeten von der Eigeweidewürmer Trübungen de Akkomodation.*

Zwischen den Eigeweidewürmer die die Augen-trübungen geben ascaris lumbricoides und oxiuri Sind die haüfigsten welche die bedeutendste Trübungen einbrigen.

Diese Würmer fördern gegen dem Augen auf drei Weisen:

a) Durch die mmitelbare Tätigheit des Schmorotzers.

d) Durch die Larven dieser Schmorotzern und

c) Durch ihre Toxinen die die zahlreichste mannigfaltigste und bedeutendste Augentrübungen geben.

Der Verfasser beschreibt zwei Fällen: an welchen die Akkomodationtrübungen von dem Ascaris lubricoides und Oxiuri auf geforden wurden. Ein Mädchen von 10 Jahre alt mit der Akkomodationtrübung Von + 5D und ein anderes von 13 Jahre alt mit + 5,5D.

Man kann die Akkomodationtrübungen auf drei Weisen verständlich werden:

a) Einige meinten dass die Toxine lokal auf des Cyliar Muskel fördete.

b) Andere wie Morax meinten dass die Toxine eine Tätigkeit auf die motorischen Neuronen des Cyliarmuskels hätte.

c) Venneman und Genet glauben es wäre eine Vergiftung des Akkomodationischen Zentrums dessen bestimmte Lage nicht gekennt ist, aber hipothetisch sie wäre in den pedoncularen Nucleumen.

Darum meinte ich dass die Erklärung die am besten die verschiedene Meinungen versähnen wiirde, väre:

Die isolierte Lähmung der Akkomodation wäre in diesen Fällen ein Schwängern mit der Toxine der Eingenveide-vürmer, eines in nervosen Centralen System deutlichen Punktes, der inden pedoncularen Nucleumen wäre und der eine speziale Electivität in Ambetracht dieser Toxine hätte.

V. CERCHEZ: *Perturbazioni dell acomandazione provocate dai vermi intestinali.*

Fra i vermi intestinali che provocans perturbazioni oculare ascari lumbricoides et oxiuri sono i piu frecventi che danno le perturbazioni le piu importante.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Questi vermi agirono contre l'occhio in tre madi:

a) Per l'azione diretta di parassito.

b) Per le larve di questi parasiti

c) Per laro toxine che provocamo le perturbazione oculare le piu numerosi diverse et importante.

L'autore descrivo due cosi in quelli le perturbazioni dell'acomodatione sono state provocate d'ascaris lumbricoides et oxiuri.

Una sagazza di io anni con pertubazioni di + 5D et altra di 13 anni con + 5,5D. Qaeste pertubazione s'esplicereble in tre modi:

a) alcuni esidono che le tossina agireble lo calmente sul muscolo ciliaro.

b) altii con Morax cridono che la tossina arreble un'afine contra i neuron motori di muscolo ciliaro, e

c) Venneman e Genet jeus anno che soreble un'intossicatione di centr accomodation la situozione'preciza di quello non e conoscinto una lypothticalmente sorelbe nei nuclei pedoncolari.

Perió credo che lo schiorimento che sodisporable di piu le diversse opinioni soreble qaesto: la paralisi isolata dell'acomodatione ne i qaesti casi sorable un'impregnazione co la tossine dei vermi intestinali di un punto distinato nel sistemo nervoso centrale che soreble nei nuclei pedonculari e che presèntano una electivita speciale rispetto alla tossina.

NOU! **NOU!**

CARBOWANDER

TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Cholelnat de Sodiu
Atropină metilbrom
Uleiuri eterice

Intoxicaţiuni gastro-intestinale, Dispepsii, Meteorism, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O nouă sare a CODEINEI

CODELUM Dr. Wander

Tablete cu 0,01 gr. Codeină feniletilbarbiturică

CODELUM forte

Tablete cu 0,02 gr. Codeină feniletilbarbiturică

Intruneşte proprietăţile farmacologice ale Codeinei şi Acidul feniletilbarbituric cu efect potenţat.

Mostre şi literatură trimete la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrica de produse farmaceutice şi dietetice,

Bucureşti Str. Cazărmei 89

Analeptic **Cardiotonic**

CORDISAN „Sapic“

CORDISAN-EFEDRINA „SAPIC“

Picături Fiole Pulbere pentru rețeptură

In toate stările de slăbiciune ale inimei și ale circulațiunii sanguine

LACTOCRESIN

„SAPIC“

Sirop pe bază de:

Gaiacol lichid
Lactofosfat de Calciu
Codeină
Tinct. de Aconit

Puternic desinfectant pulmonar
Calmant al tusei
Recalcifiant

Mostre și literatură trimite la cerere

Departamentul științific „SAPIC“

București VI, Str. Cazărmei 89

DISIDROSIS SIFILITIC

de

D-r EUG. NEDELEU DUMITRIU

fost

Medic secundar al clinicei Dermato-Sifiligrafică din Iaşi

Dermatoză identificată de către Tilbury-Fox în 1873, apoi descrisă de I. Hutchinson, pezintă o deosebită importanţă din punct de vedere etiologic.

Diverşi autori consideră această afecţiune drept o **levuridă cutanată.** Milian separă trei varietăţi etiologice, în care se cuprinde: disidrosis parazitar, infecţios, sifilitic. Clinic, aceste forme ale disidrosisului sînt reprezentate prin aceleaşi leziuni elementare, astfel diagnosticul etiologic nu se poate determina decît prin **examene de laborator şi analize biologice.** În ordinea frecvenţei, disidrosisul sifilitic se întâlneşte foarte rar. În majoritatea cazurilor, după diverşi autori, leziunile locale sânt sterile, iar reacţiunile sanguine negative. Diagnosticul etiologic în aceste împrejurări se fixează prin interpretarea antecedentelor heredo-colaterale şi personale, ştiindu-se că disidrosisul sifilitic este aproape întotdeauna datorit sifilisului hereditar.

Varietatea flictenulară a disidrosisului confluent de etiologie sifilitică, localizat la palme ar reaminti leziunile constatate din pemphigusul sifilitic al noilor născuţi.

Bolnava B. V. reprezintă prototipul disidrozisului bulos confluent de etiologie sifilitică (hereditar). Antecedentele colaterale şi personale ale pacientei confirmă acest diagnostic, prin existenţa cefaleei familiare, anemia şi astenia personală, existenţa de avorturi spontane şi reacţia de floculaţie în sînge (Meinicke) pozitivă. Tratamentul antiluetic aplicat bolnavei a făcut să dispară dermatoza în cursul primei serii şi să nu mai recidiveze timp îndelungat.

In 1873, Tilbury-Fox identifică o maladie cutanată datorită, după autor, unei tulburări a secreţiei sudorale şi numită din această cauză **disidrosă.**

Aceeaşi dermatoză a fost descrisă în 1876 de către J. Hutchinson sub titlul de **„cheiro-pompholix"** şi considerată drept o **nevroză cutanată.**

Se ştie că disidrosisul este o afecţiune a pielei, care apare frecvent primăvara şi vara, localizându-se exclusiv la nivelul extremităţilor membrelor superioare şi inferioare, obişnuit bilateral şi simetric.

Pruritul, furnicăturile, senzaţia de căldură sau arsură şi tenziunea locală constitue simptomatologia subiectivă a dermatozei. Ea precede erupţia clinică şi dă iluzia că leziunea elementară primitivă, formată din vezicule speciale disidrosice, se naşte spontan pe o suprafaţă cutanată în aparenţă sănătoasă, în momentul gratajului sub degetele bolnavului.

In perioada de stare a maladiei se observă o serie de ridicături cutanate, constituite din vezicule caracteristice, încrustate profund în grosimea epidermului.

Aceste leziuni sunt localizate la nivelul feţelor laterale şi dorsale ale degetelor dela mâini şi uneori dela picioare, asemenea pe regiunile palmare şi dosul mâinilor, putând invada chiar suprafeţele de flexiune ale articulaţiilor radio-carpiene.

Volumul acestor vezicule variază obişnuit între dimensiunile unui cap de bold şi ale unei linte, având o coloraţie gălbuie, prea puţin diferită de restul pielei. Ele pot fi izolate sau conglomerate în grămezi mamelonate asemănătoare seminţelor de sagu coapte.

Veziculele din disidrosis, spre deosebire de acelea existente în exemă, manifestă o deosebită rezistenţă la traumatismele accidentale şi tensiunei locale. Ele persistă din această cauză 15 şi chiar 20 de zile, iar în unele cazuri speciale pot forma prin desvoltarea lor exagerată sau prin coalescenţa a două sau trei elemente, veritabile bule epidermice.

Cavitatea veziculelor este ocupată de un lichid filant, primitiv transparent, de reacţie alcalină sau neutră, după etiologia dermatozei, şi care transmite acestor elemente o strălucire perlată.

Disidrosisul evoluiază prin puseuri succesive, care poate să dureze mai multe săptămâni sau luni. In acest timp veziculele se desvoltă, ajung la maturitate, apoi se turtesc, se usucă, dispar progresiv, lăsând în urma lor epidermul îngroşat, care se exfoliază ulterior printr'un singur bloc discoid. Ţesutul cutanat rămas astfel desgolit se prezintă sensibil, neted, de culoare roz-pal, subţiat şi se vindecă fără cicatrice.

Disidrosisul, deşi afecţiune banală prin frecvenţa sa şi morfologia leziunilor, prezintă totuşi o problemă etio-patogenică foarte importantă şi încă nerezolvată.

De exemplu, pentru unii autori această dermatoză constitue o entitate morbidă autonomă, bine definită, ocupând un loc precis în nosografia dermatologică. Insă, majoritatea cercetătorilor consideră disidrosisul un **sindrom clinic**, care poate fi realizat printr'o varietate a exemei localizată la mâni şi picioare, asemenea printr'o dermo-epidermită parazitară sau infecţioasă, având aceeaşi topografie sau însăşi o manifestare cutanată curioasă a sifilisului.

Georges Garnier confirmă inexistenţa unui disidrosis unic şi admite mai multe varietăţi ale dermatozei sau „disidrose" în care înglobează diversele forme clinice ale maladiei. Astfel semnalează varietatea **„discretă"** a disidrosisului, analoagă cu **descuamaţia estivală sau primăvăratecă**, unde pruritul uşor şi câteva vezicule izolate, în aparenţă uscate sau seci, urmate de exfoliaţiuni insulare, constitue întreg tabloul simptomatic al maladiei.

Alăturat acestor forme clinice ale afecțiunii cu evoluție rapidă și vezicule dispersate, reprezentând tipul cel mai frecvent al **disidrosisului recidivant**, există varietatea **confluentă**, în care aproape toată suprafața mânilor este acoperită de o erupție **flictenulară** sau **buloasă**, unde degetele în deosebi sânt oedematoase și desgolite de epiderm. In această formă floridă a dermatozei se încadrează varietatea **veziculoasă** sau, cum se obișnuește a se interpreta, **exema disidrosică**, asemenea **disidrosis torpid eritemato-febril.**

Totuși, în literatura medicală se descrie un disidrosis **idiopatic** sau **adevărat**, însă aproape imposibil a fi separat de erupțiile disidrosiforme. Dermatoza în acest caz ar avea o localizare exclusivă la nivelul extremităților membrelor, manifestându-se la adulți de ambele sexe și care prezintă o stare permanentă de **hiperhidroză** palmară și plantară. Disidrosisul idiopatic, primitiv, simplu, pur, ar corespunde teoriei patogenetice mecanice emisă de către Tilbury-Fox.

A. Marchiosini în scopul de a diferenția disidrosisul adevărat de disidroze, determină pH în lichidul veziculelor. Autorul constată că reacția chimică variază în jurul cifrei de 5, asemănătoare cu reacția pH constatată în secrețiile și retențiile sudorale. Astfel hârtia de turnesol este egal de puternic înroșită atât de lichidul veziculelor disidrozice cât și prin secreția sudorală.

V. Kemeri identifică disidrosisul adevărat, izolându-l de formele false, micotice sau infecțioase prin evidențierea accidentelor reumatice articulare și musculare existente la purtătorii acestei dermatoze. Autorul face o strânsă legătură între reumatismul clasic sau de origină focală (supurațiuni dentare, amigdaliane) și apariția disidrosisului zis idiopatic. Astfel dermatoza ar putea fi consecința directă a unei infecțiuni supurate focale reprezentată prin abcese închistate, larvate sau septicemie focală. Suprimarea acestor infecțiuni purulente ar determina dispariția disidrosisului în aparență primitiv, după o prealabilă fază de exacerbație.

Brocq pentru a ușura diagnosticul diferențial între disidrosisul adevărat și alte dermatoze cu caractere comune, introduce termenul de **„erupții disidrosiforme"**. In această categorie intră **disidrosisul supurat**, analog cu piodermita extensivă a lui Favre, asemenea erupția disidrosiformă micotică, disidrozele artificiale, profesionale, etc.

Dacă din punct de vedere clinic determinarea disidrosisului idiopatic cât și a diverselor forme de disidroze prezintă un interes dogmatic, identificarea diagnosticului etiologic al disidrosisului are o importanță practică covârșitoare, deoarece întreaga terapeutică aplicată acestei afecțiuni se bazează exclusiv pe cunoașterea etiologiei adevărate a dermatozei.

Quasi majoritatea cercetătorilor admit etiologia micotică a disidrosisului, această dermatoză fiind considerată drept o **levuridă cutanată.** Astfel T. Benedek demonstrează prin culturi și intradermo reacție existența unui caz de disidrosis provocat prin schizozacharomyces.

Fanny Grifg prin cercetările microscopice făcute asupra disidrosisului tipic a constatat 87,7% prezența ciupercilor, în deosebi când dermatoza era localizată la membrele inferioare. In 30% din culturile

recoltate din disidrosis adevărat s'a desvoltat epidermophiton lui Cauffmann, care se apropie cel mai mult de grupul tricophiton gipseum. A. Marchiosini a constatat că pH variază în disidrosisul micotic între 7,2—8,2%, deci spre deosebire de chimismul din disidrosisul idiopatic, reacţia lichidului vezicular este neutră sau alcalină.

Autori ca Whitfield, Djelealaddin-Manktor examinând sucul veziculelor sau scuamele din disidrosis, au constatat existenţa micelielor. De asemenea Darier şi D-ra Eliascheff ajung la concluzia că 80% din disidrosis studiate de aceşti autori, în concordanţă cu rezultatele lui Favre, au prezentat o etiologie micotică. Dermatoza în asemenea cazuri fiind determinată de către epidermophiton, Sicoli prin examenele executate în laboratorul lui Sobouraud asupra acestei dermatoze, conchide că 44% din cazuri au o etiologie parazitară. Din cercetările statisticilor rezultă că disidrosisul parazitar reprezintă varietatea etiologică cea mai frecventă, parazitul obişnuit fiind epidermophiton, însă dermatoza poate fi determinată deasemenea de către tricophiton sau levuri.

Incă din anul 1922, Milian, printr'o bogată literatură cazuistică, face cunoscut varietatea infecţioasă a disidrosisului, având o topografie şi morfologie a leziunilor identică disidrosisului idiopatic.

Disidrosisul infecţios îşi demonstrează particularitatea sa prin existenţa unui **şancru de inoculare,** reprezentat fie printr'o mică plagă infectată cu microbi piogeni, sau o simplă bulă exulcerată de impetigo. Lichidul din vezicule se prezintă spontan tulbure, de culoare gălbue, purulent, realizând vezicule — pustule coexistente cu veritabile bule purulente.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In disidrosisul infecţios extensiunea erupţiei se efectuiază în **„pată de oleu"**, având punctul de plecare şancrul de inoculare. Când dermatoza este bilaterală şi simetrică, invazia microbiană după Milian urmează calea vasculară şi traectul nervilor sistemului nervos vasomotor. Agentul patogen este streptococul, asociat uneori cu stafilococul, decelabili prin examene directe şi culturi în bulion pipetă. Varietatea infecţioasă a disidrosisului poate exista izolată, înfăţişând aspectul disidrosisului primitiv, însă poate face parte dintr'un ansamblu clinic particular, individualizat de către Milian sub denumirea de **„trisindrom"**. In această eventualitate se constată pe aceeaşi persoană apariţia ciclică, evoluând în timp de 40 zile, a disidrosisului infecţios bulos, urmat de medalioane asemănătoare celor existente în pitiriasis rostea Gibert, apoi zone eritemato-aedematoase ocupând suprafeţe vaste pe membre, trunchiu, faţă, etc. Trisindromul infecţios al lui Milian are întotdeauna ca punct de plecare o plagă infectată, localizată într'o regiune oarecare pe suprafaţa cutanată. In concluzie Milian propune trei tipuri etiologice ale dermatozei reprezentate prin **disidrosisul infecţios, parazitar şi sifilitic.**

Lortat-Jacob separă o varietate a disidrosisului de cauză medicamentoasă, apărută după utilizarea de cianură, acid salicilic sau în urma ingerării de topice depurative sau de origină vegetală. Patogenia disidrosisului medicamentos s'ar explica printr'un fenomen de biotropism microbian şi nu ar corespunde unei reacţiuni toxice. Medicamentele incriminate ar exagera virulenţa germenilor patogeni aflaţi în stare

saprofită pe suprafaţa cutanată. Apariţia spontană a erupţiei disidrosisului medicamentos ar apropia această varietate de forma infecţioasă a dermatozei.

Exema disidrosiformă trebue separată de disidrosisul adevărat, fiind în realitate o varietate a exemei, localizată la mâni şi uneori la picioare. Veziculele din această exemă nu ajung niciodată la dimensiunile veziculelor disidrosice, asemenea vezicule exematice se găsesc concomitent pe regiuni îndepărtate la extremităţile membrelor, pe antebraţ, pliurile coatelor, deci nu păstrează cu stricteţă topografia fixă, existentă în dermatoza lui Tilbury Fox. Sânt totuşi împrejurări când numai antecedentele bolnavului pot să ne lămurească dacă suntem în faţa unui caz de exemă disidrosiformă sau la un exematos s'a desvoltat un disidrosis adevărat, infecţios, micotic sau medicamentos.

In general diagnosticul clinic al dermatozei este relativ uşor. El se impune prin topografia erupţiei şi a caracterelor particulare ale veziculelor disidrosice (volum, persistenţă, profunzime). Totuşi, diversele varietăţi morfologice ale afecţiunii s'ar putea confunda cu veziculele scabioase, veruca plan, tricophiţia, sudamina sau alte dermatoze veziculoase, având aceeaşi localizare la extremităţile membrelor.

Se deduce deci că dificultatea primordială pe care clinicianul o întâmpină în faţa unui caz de disidrosis o constitue numai singur **fixarea diagnosticului** etiologic.

Analizând statisticile cazurilor publicate se deduce existenţa mai multor varietăţi etiologice ale dermatozei, printre care citâm: **disidrosisul parazitar, disidrosisul pur** de origină totdeauna sifilitică (Milian), disidrosisul infecţios. Unii autori admit existenţa unui disidrosis medicamentos şi exema disidrosiformă.

Trebue mărturisit că în practică nu este totdeauna posibil să facem dovada demonstrativă a originei sigure a disidrosisului. Din această cauză în tatonarea diagnosticului etiologic, într'un caz de disidrosis se presupune din primul moment origina parazitară, ca fiind şi cea mai frecventă, iar numai după eliminarea acestei eventualităţi, se invocă posibilitatea infecţiunei sifilitice. Atunci când nu se poate determina una din aceste două cauze, trebue bănuită existenţa unui disidrosis de origină medicamentoasă sau de cauză infecţioasă, iar în extremis, să se admită prezenţa disidrosisului cu origină obscură, denumit „idiopatic".

Deoarece aspectul morfologic al diverselor forme clinice ale dermatozei nu prezintă suficiente caractere distincte diferenţiale care să fixeze origina dermatozei, diagnosticul etiologic constitue o adevărată problemă de rezolvat. Din acest punct de vedere disidrosisul fiind o dermatoză destul de importantă, justifică pe deplin publicarea cazurilor particulare întâlnite în practica curentă.

In adevăr, disidrosisul sefilitic este o varietate rară. Milian primul, în 1922, insistă asupra existenţei disidrosei de o etiologie luetică, publicând cazurile vindecate prin tratament antisifilitic. Obişnuit este vorba de un sifilis hereditar manifestat printr'un disidrosis vesico-bulos, uneori coexistând cu alte leziuni sifilitice în evoluţie (cefalee, peladă, alteraţiuni unghiale) sau simple stigmate distrofice. Reacţiile serologice şi

ale lichidului cefalo-rachidian sunt rar pozitive. Proba infecțiunii treponemicide mai curând se descoperă prin interogatorul bolnavului asupra antecedentelor sale hereditare și personale, în care se întâlnesc avorturi spontane, false nașteri, poliletalitate infantilă, stări nevropatice. Mai rar disidrosisul este datorit sifilisului dobândit, și în acest caz el survine la tabetici.

Pare că, forma flictenulară a disidrosisului confluent, localizat la palme, ar reaminti leziunile existente în pemphigusul sifiltiic al noilor născuți. De altfel se întâlnesc cazuri unde o dermatoză vezico-buloasă chiar generalizată, se desvoltă la persoane care prezintă leziuni distincte de sifilis hereditar și erupția se vindecă prin tratament antiluetic.

Bolnava noastră exemplifică un caz de disidrosis confluent vezico-bulos provocat de un sifliis hereditar.

Doamna V. B. în vârstă de 24 ani, casnică, domiciliată în Iași, ne consultă pentru o dermatoză vezico-buloasă localizată la ambele mâini și care datează din copilărie.

Tatăl bolnavei mort în timpul războiului trecut, mama sa are astăzi vârsta de 68 ani. Bătrâna a suferit în cursul vieței sale de cefalee rebelă la medicațiunile uzuale. Are 3 copii născuți la termen și nu a prezentat avorturi spontane. Primul copil a murit în vârstă de 32 ani cu ocazia războiului mondial. O soră a bolnavei în vârstă de 30 ani prezintă aceiași cefalee, constatată la mama sa, cu exacerbații nocturne.

Doamna V. B. este al treilea copil. La vârsta de 7 ani pacienta a suferit de rugeolă. Alte maladii infecto-contagioase nu a contractat, în afară de repetate infecțiuni amigdaliene.

Măritată pacienta ne spune că fostul său soț de care s'a divorsat urmează tratament antiluetic în mod regulat, începând din anul 1934, la un ambulator antiveneric din localitate.

In timpul căsătoriei, bolnava a suferit un avort spontan între 4½—5 luni, după care nu a mai rămas gravidă.

Mama bolnavei ne informează că pacienta încă dela vârsta de 9 ani prezintă senzații de fierbințeală și furnicături la nivelul degetelor dela mâini, din care cauză copila manifesta stări de nervosism.

După o durată de timp, aproximativ de câteva săptămâni în care simptomatologia subiectivă se succeda sub formă de puseuri subintrânde, își face apariția o serie de ridicături epidermice, izolate, de mărimi diferite, diseminate în deosebi pe suprafețele laterale ale degetelor dela mâini. Cu timpul elementele eruptive s'au multiplicat, s'au mărit de volum, invadând fețele dorsale ale degetelor și regiunile pălmare. Senzația de prurit obliga pe bolnavă să escorieze aceste elemente epidermice, care astfel erau înlocuite prin cruste sero-purulente plasate pe suprafeți cutanate decolate de epidem, umede, roșiu-viu, foarte dureroase. Dermatoza deși evolua prin puseuri cu perioade de acalmie, bolnava spune că nu ține minte să-și fi văzut vreodată mâinele în complectă stare de sănătate. Din această cauză cu greu putea să-și îndeplinească îndeletnicirile personale și casnice.

La data consultării, bolnava se prezintă astenică, având o anemie pronunțată, cu tegumentele palide și țesutul celular subcutan în parte dispărut. Examinată clinic general nu s'au depistat alterațiuni funcționale sau organice la nivelul aparatului cardio-vascular, respirator, gastro-intestinal, urogenital. Exceptând dermatoza existentă se poate spune că bolnava este normal desvoltată din punct de vedere fiziologic și anatomic. Din copilărie și în prezent, bolnava acuză o cefalee în cască, cu exacerbații nocturne, extrem de deprimantă. Dimineața se trezește foarte obosită și fără poftă de lucru.

Dermatoza prezentă este localizată exclusiv la nivelul extremităților membrelor superioare, cuprinde suprafețele laterale și palmare ale degetelor, depășind pe alocurea fețele lor dorsale, asemenea regiunile palmare și interdigitale.

Ambele mâini sunt oedematiate, bolnava fiind obligată a le ține în semi-flexiune.

Erupția are un aspect polimorf, compunându-se din vezicule perlate, de dimensiuni ce variază dela un bob de linte și al unui grăunte de porumb. Ele sunt dure la palpație, plasate profund în epiderm, de culoare gălbuie, unele seci, altele pline cu un lichid filant, plasmatic. Prin contopirea elementelor veziculare sunt constituite ridicături epidermice de mărimea unui bob de fasole, cu contur policiclic având un conținut semi-plin.

La nivelul palmelor și fețele laterale ale degetelor, aceste formațiuni sunt distruse, plafonul lor fiind redus la un lizereu de epiderm decolat care circonscrie suprafețe cu contur policiclic roșiu-viu, umede, ocupând regiuni cutanate de dimensiuni variabile.

Bolnava acuză local senzații de fierbințeală, tenziune și un prurit intens care o determină la grataje distructive și dureroase. Din această cauză veziculele sunt distruse și se transformă în suprafețe denudate de epiderm, umede, care se acopăr cu cruste galbene, brune, hematice, moi, astfel dermatoza devine în parte, impetiginată. Bolnava pentru a masca aspectul inestetic al erupției, îmbracă mâinele în mănuși bărbătești îmbibate cu pulvere de talc. Afecțiunea se menține în această stare de acuitate de 2 săptămâni.

Prin examene bacteriologice executate asupra lichidului din vezicule, nu s'a putut pune în evidență microbi piogeni și micoze.

Reacția B. W. în sânge la prima probă a dat putere anticomplimentară. Repetată s'a obținut un rezultat negativ.

Reacția Meinike însă s'a menținut continuu pozitivă.

Bolnava urmează sub supravegherea noastră un tratament antisifilitic combinat Neosalvarsan—Bismut. După primele injecțiuni se observă o ameliorare netă a dermatozei, ce se traduce prin uscarea suprafețelor și dispariția veziculelor. Subiectiv, bolnava nu mai simte necesitatea de a se grata. Către sfârșitul seriei, cefaleea a cedat complect (planșa reprezintă maladia după primele injecțiuni).

La terminarea primei serii dermatoza a dispărut, lăsând un epiderm fin, subțiat, ușor roziu. După o pauză de 30 zile afecțiunea nu a recidivat și bolnava vine să-și reia tratamentul antiluetic. In cursul celei de a 2-a serie, face un icter, pentru care este internată într'o clinică de boli interne. După o spitalizare de 3 săptămâni, icterul dispare și bolnava își continuă tratamentul antisifilitic de întreținere, fără ca reacțiunea cutanată să reapară.

In concluzie, bolnava V. B. prezintă un disidrosis confirmat prin localizarea sa și morfologia leziunilor cât și prin caracterul evolutiv al maladiei (puseuri succesive).

Etiologia sifilitică (hereditară) al acestui disidrosis o demonstrează reacțiunea Meinicke în sânge pozitivă. Simptomatologia bolnavei manifestată prin cefalee în cască și nocturnă, anemie, astenie, antecedentele personale și hereditare, iar proba tratamentului antiluetic instituit la această bolnavă, ne confirmă în totul aserțiunea că bolnava V. B. a prezentat un disidrosis sifilitic.

La dermatosee identifiée en 1873 par Tilbury-Fox, décrite ensuite par I. Hutchinson, présente du point de vue étiologique une importance toute particulière.

Divers auteurs considèrent cette affection comme une **lévurite cutanée.** Milian en distingue trois variétés étiologiques, renfermant le **Dishydrosis parasitaire, infectieux** et **syphilitique.** Cliniquement ces formes du dyshidrosis sont représentées par les mêmes lésions élémentaires, de sorte que, le diagnostic étiologique ne peut être déterminé que par examen du laboratoire et analyses biologiques.

Par ordre dee fréquence, le dishydrosis syphilitique est assez rarement renment rencontré. Dans la majorité des cas, d'après divers auteurs, les lésions locales sont stériles et les réactions sanguines négatives. Le diagnostic étiologique dans ces circonstances est fixé par interprétation des antécédents hérédo-collatéraux et per-

sonnels, étant donné que le dishydrosis syphilitique est dû presque toujours au syphilis héréditaire.

La variété flichténulaire du dishydrosis confluent à étiologie syphilitique localisé sur la main fait rappeler les lésions constatée au pemphigus syphilitique des nouveaux-nés.

La malade B. V. présente le prototype du dishydrosis bulleux confuent à étiologie syphilitique (héréditaire). Les antécédents collatéraux et personnels de la cephaléee héréditaire, de l'anémie et de l'asthénie personnelle, par l'existence des avortements spontanés et la réaction de floculation sanguine (Meinicke) positive. Le traitement antiluetique appliqué au malade amenait la disparition de la dermatose au cours de la première série, pour ne pas recidiver assez longtemps.

Die durch Tilbury-Fox im Jahre 1873 identifizierte, u. weiters durch I. Hutchinson beschriebene Dermatoze, besitzt vom etiologischen Standpunkte aus gesehen, eine bes. Wichtigkeit.

Verschiedene Autoren betrachten diese Affektion als eine cutanische Levuride. Milian unterscheidet drei etiologische Varietäten, nämlich: **Dishydrosis parasitär, infektiös u. syphilitisch.** Klinisch betrachtet sind diese Formen der Dyshidrosis durch dieselben elementaren Wunderscheinungen representiert, so dass die etiologische Diagnostik einzig u. allein nur durch die Prüfung im Laboratorium u. durch die biologische Analyse bestätigt werden kann.

Bezüglich des Auftretens, muss konstatiert werden, dass man den syphilitischen Dishydrosis ausserst selten begegnet. Nach verschiedenen Autoren sind in der Mehrzahl der Fäll, die lokalen Wunden steril, die Blutreaktion negativ.

Unter diesen Umständen kann die etiologische Diagnostik durch Interpretierung der heredo-colateralen u. persönlichen Vorerscheinungen bestimmt werden, wobei zu bemerken ist, dass der syphilitische Dishydrosis fast immer durch ererbte Syphilis begründet ist.

Die flichtenularen Arten der konfluenten Dishydrosis von syphilitischer Etiologie auf der Hand lokalisiert, errinnert an die gefundenen Lesionen des syphilitischen Pemphigus der Neugeborenen.

Babeș-Bolyai University Library Cluj

Die Kranke B. V. stellt den Prototypus des bulösen konfluenten Dyshidrosis der syphilitischen Etiologie dar. Die colateralen u. persönlichen Vorerscheinungen der Pazientin bestätigen diese Diagnostik, durch das Vorkommen familiärer Cefalee, persönlicher Blutarmut u. Asthenie, Vorkommen von spontaner Vorgeburt u. positive Flokulation des Blutes (Meinicke). Eine antiluetische Behandlung der Kranken hatte das Verschwinden der Dermatose im Laufe der ersten Serie zur Folge, ohne Auftreten einer Rezidive für lange Zeit.

Dermatosi identificata dal Tilbury-Fox nel 1873, poi descritta da I. Hutchinson, presenta una eccezionale importanza dal punto di vista etiologico.

Vari autori considerano questa affezione come una **levuridi cutanata.** Miljan separa tre varietà etiologiche, comprendendone: la **disidrosi parassitare, infeziosa, luetica.** Clinicamente, queste forme di disidrosi sono rapresentate dalle stesse lesioni elementari, così che la diagnosi ettiologica non si puo fare senza esame di laboratorio e analisi biologica. In ordine di frequenza la disidrosi luetica s'incontra molto raremente. Nella maggioranza dei casi, secondo dei vari autori, le lesioni locali sono sterili, come le reazioni sanguigne negative. La diagnosi etiologica in queste circostanze si fa attraverso li antecedenti eredo-colaterali e personali, tenendo conto del faitto che la disidrosi luetica e quasi sempre dovuta alla sifilide ereditaria.

La varietà flitttenulare della disidrosi confluente da etiologia luetica, localizzata alla palmo delle mani, ci ricorderebbe il pemfigo sifilitica (congenita). Gli antecedenti colaterali e personali dell'ammalata stanno per confirmare la diagnosi con le cefalee familiari, l'anemia e l'astenia personale, gli aborti spontanei e la reazione positiva del Meinicke. La cura specifica practicata all'ammalata ha fatto sparire la dermatosi dalle prime iniezioni ed ha impedito per un lungo tempo la recidivi.

Laboratorul „ICFAL" S. A. R.

Str. Principatele-Unite No. 14
BUCUREȘTI V — Telefon 5.66.32

BRONCHOSAN

SIROP DRAGELE

Sedativ al tusei

Adulți 3 linguri pe zi
Copii 3 linguriţe pe zi.

FOSFOVITADOL

VIN ȘI GRANULE

Tonic reconstituant

vin — 3 linguri pe zi
granule — 3 linguriţe pe zi.

HEPATONAL

Extract de ficat injectabil
Dimethyl arseniat de fer

fiole a 2 cc.
1 fiolă zilnic intramuscular.

PNEUMOTROPIN

2 cc. FIOLE

Chinină bazică pură,
Champhor Oleuri, eterice, volatile

1—2 fiole zilnic intramusculare.

P. S.

Laboratoarele „OLTENIA ASEPTICA" aduc la cunoștiința D-lor clienți că toate preparatele TORJESCU le pot găsi la Laboratoarele „ICFAL" din București V, Str. Principatele-Unite No. 14-Telefon 5.66-32.

Laboratoarele „ICFAL“ S. A. R.

Str. Principatele-Unite No. 14

BUCUREȘTI V — Telefon 5.66.32

Ipecodrin — Sirop pectoral pentru copii cu bază de ipeca și ephedrină.
2-4 linguriţe pe zi

Hypercalcium — Soluţie Ca gluconat 10%
Extract de parathiroidă fiole a 10 cc.
1 pe zi intravenos sau intramuscular

Agoton (granule soluţie) — Afecţiuni hepatobiliare
soluţie: 20-30 picături de 2 ori pe zi
granule: 2-3 linguriţe pe zi

Gastrobial — Pansament gastro-intestinal
3-6 linguriţe pe zi

Calciretin — 80 picături = 1 gr. Clorură de calciu stabilizată
40-150 picături pe zi

Antircumal — atofan sodic salicilat de sodiu
fiole a 10 cc.
1 pe zi intravenos

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Phedroiod (elixir) — Astmă, spazme bronchiale
1 linguriţă la nevoe

Ovule-Icfal — Dioxychinisin, Pyrazolondimethylaminophenyldimethylicum, Chinosol, Thigenol, Malva, Excipient glicerinat

Urosol (granule) — Disolvant uric
3 linguriţe pe zi

Sedoncrvina (elixir) — Sedativ nervos
1—2 linguriţe pe zi

P. S.

Laboratoarele „OLTENIA ASEPTICA“ aduc la cunoștiinţa D-lor clienţi că toate preparatele TORJESCU le pot găsi la Laboratoarele „ICFAL“ din București V Str. Principatele-Unite No. 14-Telefon 5.66-32

CONTRIBUŢIUNILE PICTORILOR ŞI SCULPTORILOR RENAŞTEREI IN PROGRESELE ANATOMIEI

de

D-r DORIN DUMITRESCU

Chirurg Primar la Institutul Clinico-Chirurgical „Polizu"
Conferenţiar definitiv la Facultatea de Medicină din Bucureşti

Imprejurările au făcut ca în ultimii ani să pot admira în Muzeul Bargello dela Florenţa o minunată „notomie", lucrată către mijlocul secolului al XVI-lea de Lodovico Cardi zis Cigoli, care reprezintă un bărbat jupuit de piele, astfel ca muşchii, tendoanele şi ganglionii să fie perfect vizibili. Dacă facem abstracţie de naturaleţea poziţiei şi perfecţiunea artistică, trebue să relevăm că din punct de vedere strict anatomic, toate organele sunt redate cu o preciziune excepţională şi până la un punct inexplicabilă pentru epoca în care această statue a fost lucrată. (Fig. 4).

Plecând dela această nedumerire, am încercat să definesc dacă elaborarea operelor de artă necesită cunoştiinţe anatomice într'o formă empirică sau ştiinţifică, să precizez în ce grad sculptorii şi pictorii din cele mai îndepărtate vremuri au avut aceste cunoştinţe, în fine să dovedesc până la ce punct unii din aceşti artişti au contribuit la progresele acestei ştiinţe.

Astfel, în regulă generală se poate spune că sculptorii şi pictorii, într'un cuvânt toţi acei ce se străduesc să reprezinte într'un mod sau altul, omul sau animalul, trebue să aibă oarecari cunoştinţe de osteologie, miologie, artrologie şi chiar fiziologie. Intr'adevăr, sistemul osos formează scheletul reprezentării viitoare şi configuraţia generală a fiinţei pe care artistul doreşte să o redea; sistemul articular arată gradul de flexiune şi mişcările posibile ale diferitelor încheeturi; în fine, sistemul musculo-tendinos precizează straturile ce se suprapun peste schelet, poziţia respectivă a muşchilor, traectul tendoanelor, relieful acestor organe şi repartizarea ţesutului adipos. Dar, dacă toate aceste noţiuni sunt suficiente de câte ori artistul doreşte să figureze un cadavru, îndată ce sculptorul şi pictorul se adresează la o fiinţă vie, în stare de activitate, el trebue să cunoască neapărat şi modul de reacţiune al diferitelor organe, într'un cuvânt el trebue să aibă şi noţiuni de fiziologie.

Dacă urmărim acum istoria artelor dealungul secolelor, ne dăm imediat seama, că o perioadă foarte lungă de timp, sculptorii şi pictorii au avut poate câteva rudimente de ştiinţă anatomică, dar au imitat

mai ales natura în ce are mai sublim şi au înlocuit cunoştiinţele ştiinţifice printr'o divinizare a realităţii, care este după părerea noastră, cea mai perfectă formă a artei. In consecinţă, spiritul de observaţie şi tendinţa de reproducere a naturei au fost la baza primelor manifestări artistice şi legenda asupra originei desenului este cu totul concludentă.

...Se zice că fata olarului Dibutade din Sicionia, în dorinţa să păstreze pentru totdeauna icoana logodnicului care începuse să zboare din floare în floare, a imaginat să fixeze pe un perete conturul umbrei celui iubit. Legenda adaogă că Dibutade a umplut conturul cu argilă şi în acest fel s'a născut dintr'odată desenul şi bazo-relieful.

Deasemenea, credinţa egipteană că sufletul nu moare odată cu trupul, ci îşi alege un domiciliu vecinic alături de resturile pământeşti unse cu smoală şi legate cu panglicuţe, a dat naştere obiceiului să se aşeze în mormânt sculpturi făcute în timpul vieţii cât mai asemănătoare cu defunctul, astfel ca sufletul călător să poată fi amăgit prin reprezentarea celui ce a fost şi să se fixeze acolo.

Aceste două legende ne dau dovada categorică, că primele manifestări artistice — este drept legendare — se mărginesc să copieze şi să redea cât mai fidel însăşi natura.

Dacă trecem acum în domeniul realităţilor, primele schiţe din epoca preistorică posedă o tendinţă în totul asemănătoare şi desenurile găsite în gaverne ne arată o serie întreagă de animale şi fiinţe existente în mediul înconjurător, redate cu un deosebit simţ al realităţii, bine înţeles cu stângăcia omului primitiv. Deasemenea, manifestările artistice din epoca renului, simple păpuşi de ivoriu, ne reprezintă fiinţele vii cu aceleaşi mişcări pline de naturaleţe.

Mai târziu, în timp ce pictura şi plastice europeană degenerează în forme geometrice cu valoare simbolică, aproape totemică, bazo-reliefurile contimporane cu primele dinastii faraonice sunt operele cele mai conforme cu realitatea. In acest spirit au fost lucrate toate acele sculpturi funerare menite să oprească sufletul răposatului şi a căror asemănare cu modelul era motivată prin credinţă.

Astfel, cele două statui „Sepa şi Nesa" sculptate acum 6000 ani, deşi sunt cele mai vechi din lume, ne arată cu câtă grijă şi perfecţiune au fost elaborate. Deasemeni, cunoscutul „Scrib" reprezentat într'o atitudine obişnuită, ascultător la ordinele stăpânului, cu calamul între degete, care ne priveşte prin cristalul de stâncă şi grăuntele de metal care formează ochiul, este una din cele mai expresive lucrări ale sculpturei egiptiene şi nici-un artist modern nu a reuşit să reprezinte realitatea mai convingător.

In aceeaş ordine de idei, primele bazoreliefuri egiptiene reprezintă personagii sau animale a căror atitudine este adesea remarcabilă, şi în ciuda unor formule tehnice convenţionale, sculptorii au redat totdeauna trăsăturile respective cu un ochi obişnuit să vadă realitatea. Bărbaţii — scribi sau faraoni — poartă totdeauna un fel de şorţ prins la talie şi rochiile de in ale femeilor trădează aşa de bine formele, încât e probabil că sculptorii au făcut mai totdeauna abstracţie de stofă.

Această minunată tendinţă de realism şi naturaleţe dispare în sculptura asiriană, care nu mai cunoaşte portretul şi unde singurul ele-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ment caracteristic este tipul semit care se repetă cu o constanță remarcabilă. In schimb, nudul este necunoscut și personagiile sunt îmbrăcate în lungi tunici prin cari apar extremități disproporționate și voluminoase.

Dar, dacă sculptura asiriană umană începe să se depărteze de realitate, artiștii de atunci au redat la perfecție animale cu capete fine și picioare cizelate; au prins săriturile antilopelor și au fixat noblețea leului în repaus, încât specialiștii din vremea lui Asurbanipal, au produs capodopere tot așa de celebre în știința mișcărilor, ca și fresca minunată a cailor de pe frontispiciul Partenonului.

Astfel trec multe mii de ani până când rafinamentul civilizației elene produce o întreagă revoluție în artele plastice. De acum înainte nu mai sunt simplii felahi sau faraoni ce pozează pentru portretele lor funerare, sau personagii oficiale reprezentate într'o atitudine calculată și invariabilă. De acum înainte sculptorii figurează atleți în timpul mișcărilor complexe de gimnastică și cari prezintă toate elementele anatomice în stare de acțiune; fecioarele ateniene își oferă grația lor tinerească și aceea dorință de viață care simbolizează aurora libertății, iar vârtejul pasiunilor și al suferințelor omenești prilejuește reprezentări minunate săpate în piatră, sau turnate în bronz.

Intr'adevăr, cine nu cunoaște celebra statue a lui Mirone care reprezintă un tânăr în momentul când aruncă discul; mișcarea de torsiune a corpului evidențiază o mușchiulatură studiată în cele mai mici amănunte, membrele superioare și inferioare participă la sforțare, numai indiferența feței amintește arhaismul grec. Aceeași sublimă concordanță a mișcărilor se găsește în statuia lui Niobe murind, rănită de o săgeată a Artemizei și naturaleța gestului care caută să extragă săgeata, perfecțiunea anatomică a liniilor ca și atitudinea armonioasă cu care semi nudă tinde să cadă în ultimele clipe ale vieței, sunt redate cu o măestrie neîntrecută.

Și astfel, perioada glorioasă a sculpturei elene a dat naștere la sute și mii de statui în cari perfecțiunea anatomică, fiziologia mișcărilor și complexul stărilor sufletești se găsesc îmbinate într'o armonie nedesmințită: Fidias a redat forța senină, Praxitel grația languroasă, Scopas pasiunea și Lisippe forța nervoasă. In schimb suferință, neliniștea, mișcările sbuciumate ale sufletului și toată fiziologia durerei, au fost apanajul școlilor din Rodos și Pergam.

Intr'adevăr, contrastul între figura plină de bărbăție a luptătorului Menelas și perfecțiunea anatomică și fiziologică a lui Patrocle ucis, constitue una din acele lucrări în care dramatismul suferinței ajunge la apogeu. Deasemenea, gladiatorul murind ne dovedește sângele rece și spiritul de observație a lui Epigonos, care a fixat în mod așa de patetic ultimele clipe ale barbarului ucis departe de patrie. In fine, unde se găsește o expresie mai convingătoare a durerei și o anatomie mai precisă decât în grupul lui „Laocoon". Reprezentarea preotului Troian înlănțuit de șerpi care își vede murind copii și își exprimă toată jalea într'un ultim strigăt de suferință, este una dintre cele mai sublime și tragice opere.

Aceste câteva exemple de sculpturi și picturi din cele mai variate epoci ne arată la prima vedere că autorii au trebuit să aibă no-

țiuni foarte precise de anatomie și fiziologie. Dar, realitatea este cu totul alta, fiindcă din cele mai vechi timpuri până în secolul al XV-lea după Christos, ambele aceste științe au fost necunoscute și toți artiștii din această perioadă lungă de timp au atins sublimul numai prin înțelegerea deplină a realităților, ca și prin intuiția divină de care au dat dovadă. In consecință, dacă îmi este permisă expresiunea, toți acești artiști nu au știut niciodată „le pourquoi de la chose" dar au redat în schimb numai cele văzute și trăite, adică anatomia și fiziologia practică, niciodată cea teoretică.

Intr'adevăr, cartea sfântă a Indienilor de acum 3000 de ani — Ayurvedas — ne vorbește de 600 de oase, 210 articulații, 900 de tendoane, etc., noțiuni a căror preciziune aparentă nu se bazează pe nimic real. Deasemenea, cunoștințele anatomice ale egiptienilor erau foarte reduse și îmbălsămările nu au fost niciodată un mijloc de învățământ, iar specialiștii acestor operațiuni macabre nu au fost niciodată la loc de cinste, din potrivă disprețul lumei îi însoțea peste tot.

Mai târziu Leviticul vorbește de intestine (vitalia) de doi rinichi (duos renunculos), de ligamentul suspensor al ficatului (reticulum jecoris), iar Iliada și Odiseia posedă valoarea unor anatomii regionale prin bogăția detaliilor ce conțin. Dar să ne înțelegem: anatomia nu este o poveste care se învață din auzite; din potrivă, anatomia este o știință precisă care se cunoaște numai prin studiul corpului uman, adică prin disecțiune. Chiar etimologia cuvântului anatomie însemnează disecțiune, dar această operațiune a fost totdeauna interzisă în antichitate, fie de credință, fie de oameni. Astfel se explică dece Hippocrat, părintele medicinei care a scris tratate foarte numeroase, nu a lăsat decât indicațiuni anatomice foarte restrânse și de o valoare mai mult decât discutabilă.

In schimb Galian, în imposibilitatea de a face disecțiuni umane studiază maimuțe, alți autori cercetează câini și porci, iar noțiunile anatomice sunt apoi comentate și asemuite cu ale omului.

Mai târziu, școala arabă nu adaogă nimic la aceste cunoștințe și Albucazis, Avicenne, etc. nu fac decât să răstălmăcească la infinit doctrina lui Galian, iar orice progres este imposibil din cauza Coranului care interzice disecțiunile.

Deabia la începutul secolului al XIII-lea, Bartolomeo Varignani face câteva disecțiuni pe furiș la Bolonia și Saliceto de Plaisance ne transmite unele noțiuni anatomice pe cari le-a folosit Henri de Mondeville la Montpellier. Dar, aceste cunoștințe n'au reușit să modifice cu nimic starea arhaică în care se găsea încă știința anatomică. Ceva mai târziu, în anul 1315, Mondino a disecat este drept 2—3 cadavre și se pare că după moartea acestui autor s'au început oarecari lucrări practice la Universitățile din Padova și Bolonia, ce întâmpină însă până la începutul secolului al XV-lea foarte multe piedici. In fine, în anul 1490, Alessandro Benedetto a construit la Padova un amfiteatru de anatomie, unde lucrările au început să se facă regulat, cu atât mai mult cu cât între timp „Bula" papei Sixt IV. a dat autorizația necesară, ce a fost confirmată către 1523 de Clement VII.

Astfel, se poate spune că la începutul secolului XVI, studiul a-

natomiei a pornit pe o cale cu totul conformă cu concepţiunile actuale, deşi tendinţa categoric ştiinţifică existentă în Universităţile Italiene, bazată pe cercetarea adevărului anatomic, coexistă încă cu cartea lui Mondino, care rămâne tratatul clasic prin excelenţă, şi pe care studenţii îl venerează timp de 3 secole.

Intr'adevăr, acest tratat, scris de Mondino în 1316, care trece din mână în mână timp de 4—5 generaţii şi a fost tipărit pentru prima oară în 1474, urmează mai mult sau mai puţin orbeşte comentariile sacrosfinte ale lui Galian traduse din limba arabă cu greşeli multiple, redă fragmente din canonul lui Avicena, în fine adaptează anatomia porcului la om, iar datele anatomice reale sunt neprecise şi foarte superficial redate. In consecinţă, realitatea faptelor era mai totdeauna în contradicţie cu textul lui Mondino, care a rămas cu toate acestea recomandat la Universitatea din Padova până în anul 1650.

Acelaşi spirit până la punct fantezist se regăseşte în fascicolele anatomice ale lui Jean de Ketham din 1491, în planşele anatomice ale lui Magnus Hundt, profesor la Lipsca în 1501, ca şi în toate lucrările de atunci.

Din fericire, de acum înainte se deşteaptă spiritul critic cercetător şi se produce reîntoarcerea la antichitate prin studiul raţional al frumuseţilor corpului omenesc, în ciuda tuturor dogmelor, legilor şi credinţelor învechite. Noţiunile arhaice de respect faţă de cadavre ca şi blestemele sau fulgerile Inchiziţiei pentru profonatori, sunt înlocuite prin idea că numai studiul direct al corpului uman ne oferă posibilitatea să cunoaştem frumuseţile lui. Deasemenea, nimeni nu poate să fie artist, dacă nu a studiat după natură corpul omenesc şi nimeni nu este demn să-l reprezinte, dacă nu l-a analizat şi disecat cu amănuntul.

Aceste câteva noţiuni ne arată foarte limpede că în această perioadă majoritatea sferelor ştiinţifice au rămas credincioase concepţiunilor simpliste de mai sus. In consecinţă, a existat oarecare discordanţă între cunoştinţele precise ce îşi luau sborul în sălile de disecţiune şi importanţa pe care le-o dădeau medicii. Este drept că ne lipsesc până la un punct elementele necesare ca să apreciem această inerţie a medicilor faţă de noţiunile realiste, totuşi este probabil că tradiţia şi respectul înrădăcinat al dogmelor antice, trebue să fi fost printre cauzele cele mai obişnuite.

Şi atunci, în timp ce discipolii lui Aesculap rămâneau credincioşi concepţiunilor galienice şi se sbăteau într'un marasm special evului mediu, concepţiunile realiste ale anatomiei moderne bazată pe studiul raţional al corpului uman, se infiltrează foarte repede printre sculptorii şi pictorii epocei, ce prepară astfel în câteva mânăstiri şi ateliere de sculptură, renaşterea acestei ştiinţe.

Astfel, merită să fie relevat că în anul 1494, adică tocmai în epoca când se imprima la Veneţia a doua ediţie a cărţei lui Mondino, Michel Angelo făcea disecţiuni la spitalul San Spirito din Florenţa cu autorizaţia starețului, căruia drept recunoştinţă i-a sculptat un crucifix, care se crede dispărut.

Dar, aceste lucrări practice n'au fost făcute numai din simplă curiozitate ştiinţifică, ci toate operile acestui pictor, sculptor, arhitect şi

BCU Cluj / Central University Library Cluj

poet de geniu, ne arată în cele mai mici amănunte respectul adevărului anatomic. Intr'adevăr nimeni nu bănuieşte că marele şi sublimul Michel Angelo făcea mai întâiu scheletul osos al fiinţei pe care intenţiona să o figureze; apoi aşeza deasupra straturile muschiulare şi tendoanele; în fine, deabia către sfârşitul acestei elaborări primitive dădea modelului vieaţa cuvenită prin jocul atitudinilor şi al contracţiunilor muschiulare.

Această afirmaţie îşi găseşte confirmarea în figura alăturată (fig. 1), care reprezintă o statuetă de ceară făcută de Michel Angelo şi care se găseşte în Muzeul Victoria-Albert din Londra. Această figură anatomică este probabil un studiu inversat pentru statuia de marmură a lui Bachus care a fost lucrată în 1497, şi se găseşte astăzi în Muzeul Naţional din Florenţa.

Deasemenea, acest studiu anatomic (fig. 2) al membrului inferior drept, nu este decât o porţiune din statuia colosală a lui David, lucrată între anii 1501—1503, ce a fost aşezată la început la intrarea „Palazzo Vechio" şi se găseşte astăzi în Academia de Belle Arte de la Florenţa.

In fine, această notomie, lucrată în metal alb, adesea denumită Marsyas şi care se găseşte tot la Muzeul Victoria-Albert din Londra, se atribue lui Michel Angelo. (Fig. 3).

In consecinţă, aceste câteva exemple ne arată că independent de perfecţiunea tuturor operelor lui Michel Angelo, acest autor şi-a desăvârşit totdeauna genialitatea prin studiul raţional al corpului uman. Trebuie relevat că Michel Angelo a făcut aceste disecţiuni paralel cu primele lucrări practice regulate dela Padova şi a redat anatomia adevărată, în timp ce tratatul lui Mondino cu inexactităţile mai sus amintite, circula încă din mână în mână.

Deasemenea, Leonardo de Vinci urmăreşte adevărul anatomic şi ca atare face între anii 1500—1506 disecţiuni repetate la Spitalul Santa Maria Nuova din Florenţa, în colaborare la început cu Marcantonio della Torre, apoi continuă singur aceste studii la Roma până în anul 1514 şi în tot acest interval a disecat peste 30 de cadavre de ambele sexe şi de toate vârstele. Toate aceste cercetări aveau de scop să furnizeze materialul necesar pentru un mare tratat de anatomie umană, de fiziologie şi anatomie comparată, dar din păcate, această grandioasă operă nu a fost terminată şi cele 235 de planşe anatomice cu 779 de desenuri comentate cu scrisul lui inversat, cinstesc şi astăzi orice tratat modern de anatomie.[1])

Dar, toate aceste planşe nu au fost vulgarizate multă vreme, fie că au fost ţinute ascunse, fie că s'au pierdut pentru un timp oarecare, fie din motive asupra cărora nu este locul să insistăm. Ca atare, deşi Leonardo a fost primul care a redat anatomia adevărată a corpului uman, totuşi titlul de reformator al acestei ştiinţe trece asupra lui Vesale, de data aceasta medic, care a publicat tocmai în 1543 primul tratat de anatomie umană „De humani corpori fabrica", ilustrat de Calcar, un elev al lui Titian.

In consecinţă, din faptele de mai sus rezultă că preciziunea detaliilor anatomice ce se regăsesc în operele lui Michel Angelo, Leonardo

1) Unele din aceste desenuri sunt redate în toate tratele de istoria medicinei încât socotim inutil să le prezentăm aci.

PLANŞA I

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 1.— Schiță de ceară, de Michel Angelo. Probabil un studiu răsturnat pentru statuia de marmoră a lui Bachus care se găsește în Muzeul Național de la Florența.

(Din colecția Gherardini, la Muzeul Victoria Albert din Londra, Nr. 4114-1854).

Fig. 2.— Un studiu anatomic în ceară al membrului inferior drept de Michel Angelo Probabil un studiu al unei porțiuni din statuia colosală (5 m 10) a lui David, care a fost așezată la început la intrarea «Palazzo vechio» și se găsește în prezent în Acad. de Belle Arte din Florența.

(Colecția Gherardini, Muzeul Victoria — Albert din Londra Nr. 4110-1854).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PLANȘA II

Fig. 3. — Figură anatomică (écorché) în metal alb, denumită de unii autori Marsyas și atribuită lui Michel Angelo.
(Muzeul Victoria-Albert din Londra Nr. 4115-1854).

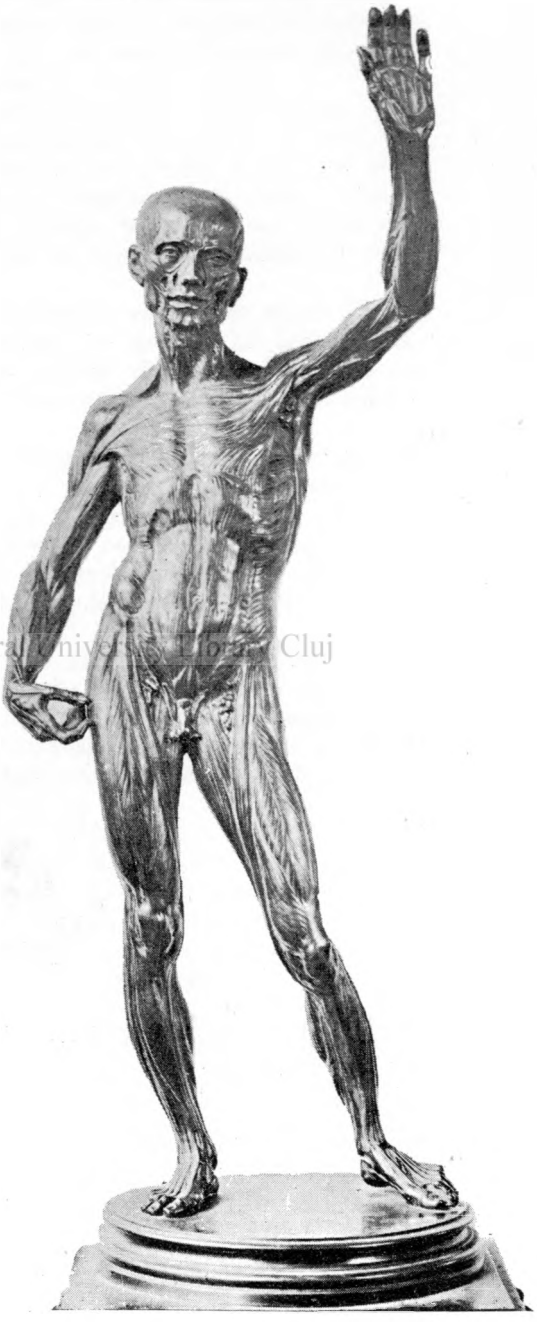


Fig 4 — Bronz de Lodovico Cigoli.
(Muzeul Bargello din Florența.
Editura Almari Nr 30924).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

da Vinci şi ale elevilor lor, n'a fost niciodată fructul inspiraţiei sau al imaginaţiei, ci rezultatul unor lucrări anatomice repetate pe cadavru.

Ca atare, pe lângă spiritul de observaţie şi tendinţa de reproducere a faptelor naturei, ce caracterizează după cum am văzut toate operele de artă din trecut, la începutul Renaşterei noţiunile empirice de anatomie din sferele medicale sunt înlocuite prin anatomia adevărată, pe care aceşti oameni de genîu o ridică treptat la rangul de ştiinţă.

Şi atunci este probabil că aceste cercetări şi disecţiuni au reuşit să schimbe ideile învechite ale medicaştrilor de atunci, ce n'au încercat niciodată să acorde datele obţinute prin studiul raţional al corpului uman, cu noţiunile sacro-sfinte şi fanteziste ale tratatelor clasice. Dar, această influenţă a fost foarte înceată, fiindcă tocmai 50 de ani mai târziu toate aceste principii realiste se regăsesc în tratatul lui Andrea Vesale.

Astăzi este inutil să reluăm desbaterile celebre de acum 30 de ani şi să acuzăm pe Vesal de un plagiat al operelor lui Leonardo da Vinci. Este însă probabil că vederile artiştilor din epoca Renaşterei au determinat un curent asemănător în Universităţile italiene care a culminat prin apariţia cărţei lui Vesale.

Acest punct de vedere este confirmat prin lucrările importante de anatomie ale artiştilor Renaşterei, ce au precedat cu multă vreme apariţia acestei cărţi, prin participarea lui Calcar, unul din cei mai buni elevi al lui Titian [1]) la tratatul lui Vesale, ceeace ne dovedeşte cât de mare era interesul sferelor artistice la problemele acestei noi ştiinţe; în fine, prin „notomia" lui Cigoli [2]) care datează aproximativ din anul 1570. (Fig. 4).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intr'adevăr, dacă prin absurd am susţine că tratatul lui Andrea Vesale este exclusiv opera cercetărilor din sferele medicale, atunci noţiunile de anatomie adevărată, mai mult sau mai puţin inaccesibile pentru marele public, n'ar fi pătruns niciodată aşa de repede în lumea artistică, ca Cigoli să poată reda o lucrare de disecţiune atât de perfectă, 25 de ani mai târziu.

Din potrivă, această „notomie", nu face decât să confirme încă odată cât de înrădăcinată era anatomia cea adevărată în sferele artistice.

In consecinţă, credem că se poate afirma că Renaşterea anatomiei poate să fie atribuită la câţi-va sculptori şi pictori italieni, a căror genialitate a înţeles valoarea adevărului şi a scos această ştiinţă din empirismul antic în care era ameninţată să se piardă.

---

1) Potretul lui Vesale din tratatul de anatomie, făcut de Calcar, imita atât de perfect stilul lui Titian, încât foarte mulţi cercetători îl atribuie acestui autor.

2) Ludovico Cardi s'a născut la Cigoli în ziua de 12 Septembrie 1559. Biografii îl denumesc pictor şi deşi este socotit elevul lui Allesandro Allori, mai târziu al lui Santi de Tito, este probabil că s'a format după operele lui Andrea del Sarto, a cărui bunătate a încercat s'o imite. Operele lui se găsesc împrăştiate în lume: Parisul are o «Fugă în Egipt», Madrid o «Magdalenă», Viena un «Crist mort», dar majoritatea picturilor lui, mai ales acele ce permit ca să fie apreciat la justa valoare, se găsesc în Italia, în special în Toscania.

Cardi s'a ocupat deasemenea de arhitectură şi unii autori pretind că se găsesc case la Florenţa construite după planurile lui; i se atribuie cinstea de a fi desenat piedestalul statuiei lui Henric IV, care se găseşte la Paris pe «Pont Neuf»; Baldinucci îl denumeşte literat, poet în orele libere; în fine, ceeace este mai interesant, Baglione vorbeşte de el ca de un artist serios cu multiple aptitudini *şi pasionat pentru anatomie, care l'a condus direct la sculptură.*

Perlatan-Calcium

în turburările menopauzei

BCU Cluj / Central U

Compoziţie:

100 U. I. Perlatan

0,25 g Lactat de calciu

0,05 g Bromură de sodiu

Flacon cu 40 comprimate

De 3 ori pe zi 1 – 2 comprimate

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

CATEVA DATE ASUPRA MIAZELOR MIGRANS OBSERVATE LA NOI [1])

de

D-r GRIGORE GR. IAMANDI (Iaşi)

Brachicerele, grupul zoologic în care se înglobează şi muştele parazite, pentru a-şi asigura perpetuarea speciei în condiţiuni de desvoltare optime îşi depun progeniturile (ouăle sau popular **viermuşii, muşiţa**) în condiţiuni de viaţă parazitară, **obligatorie cum se întâmplă în miazele cutanate sau facultative cum se întâmplă în miazele cavitare şi intestinale**, pe materiile organice vii sau în descompunere, moarte.

Când le depun pe materia organică vie, determină asupra ei o serie de manifestări clinice tipice lor cunoscute de mult şi izolate ca entităţi morbide încă de pe vremea lui Hippocrate şi mai târziu descrise pe larg de Mocquart 1840, Goudot 1845, Brauser 1860, Curtis, Hinrischen, H. Jost, Surcuf, Neiva, etc., sub numele generic de Miaze, ce pot fi sau **primitive** când afectează un ţesut sau organ sănătos sau **secundare** când se localizează într'un organ deja bolnav, în care procesul de descompunere exista în prealabil.

---

1) Sin.: Creeping disease (creping = târâtor) în englezeşte, Hautmaulwurst în germană, puziosta bolesct în bulgăreşte, viermuş sub piele în româneşte, **Larva Migrans, Hiponoderma, Dermatomiazis Liniaris Migrans Oestrosa.**

In No. 1—2 Februarie 1941. al Revistei „Mişcarea Medicală Română", D-l D-r A. Stere relatează un interesant caz clinic de **Larva migrans** sub titlul de **Hiponoderma, Lee, Creeping Disease** sau **Dermatomiasis Liniaris Migrans Oestrosa**, complectând comunicarea cazului cu o serie de date şi terminând în concluzie prin a spune că agentul patogen al acestei afecţiuni nu este încă precis cunoscut şi că observaţiunea D-sale ar fi prima semnalată prin publicitate, în literatura noastră medicală.

Pe cât de interesant este cazul relatat de D-l D-r A. Stere, pe atât sunt de greşite însă concluziile D-sale, pe de o parte, întrucât asupra agentului patogen (parazitul în cauză) sau mai bine zis agenţilor patogeni ai acestei boli nu mai este azi nici-o discuţie, ei fiind pe deplin identificaţi a fi: **Hipoderma Bovis, H. Lineatum, Gastrophilus Intestinalis, G. Haemorrhoidalis, G. Nasalis, Dermatobia**, etc., şi pe de alta întrucât la noi boala se cunoaşte şi este citată de mult.

Aceste erori însă nu scad întru nimic valoarea cazului relatat fiind şi scuzabile, întrucât D-l D-r A. Stere nefiind specialist în acest domeniu (al parazitologiei) n'a avut de unde să cunoască faza în care au ajuns cercetările asupra acestei boli cosmopolite, denotând însă din partea autorului un fin spirit de observaţie clinic dublat la o erudiţie aleasă.

E. Brumpt împarte Miazele (acelea obligatorii, care interesează în special pe clinician) în:

1) Miaze rămătoare subcutanate sau rampante;
2) Miaze cu tumorete mobile;
3) Miaze furunculare.

Miazele au un caracter cosmopolit afectând atât animalele cât şi omul, fiind taxate în parazitologie în grupul afecţiunilor parazitare comune omului şi animalelor.

In medicina veterinară cazurile de miaze, indiferent tipul clinic (cuticule, cavicole, gastricole) sunt foarte frecvente păgubind economia naţională anual cu sume enorme prin scăderea valorii (peste 40—60%) ce o determină asupra produselor animale comercializate (piei, cărnuri, organe).

Şi la noi, boala umană, este prezentă sub toate aceste trei tipuri, fiind cunoscută încă de mult şi în popor şi de către medici; majoritatea cazurilor însă, datorită slabei lor morbidităţi şi pronosticului benign, vindecându-se dela sine şi fără complicaţii şi mai ales mediului în care evoluează ele unde medicul nu prea pătrunde, face ca să treacă neobservate sau nediagnosticate.

D-rul N. Leon relatează în lucrarea sa de folclor medical (**Istoria medicală a poporului român**) un descântec special pentru miaze, cu fum de măsălariţă, cu ajutorul căruia, spune autorul, babele doftoroaice ar obţine rezultate uimitoare în tămăduirea acestor afecţiuni. Artur Gorovei în lucrarea sa **Descântecele Românilor** (studiu de folclor, Academia Română, 1931), relatează câteva descântece pentru „vermuşi şi muşiţe". Toate aceste fapte arată, nu numai că boala este foarte cunoscută şi de popor, dar chiar mai mult, că poporul şi-a imaginat şi leacuri pentru dânsa, leacuri care nu sunt fără efect.

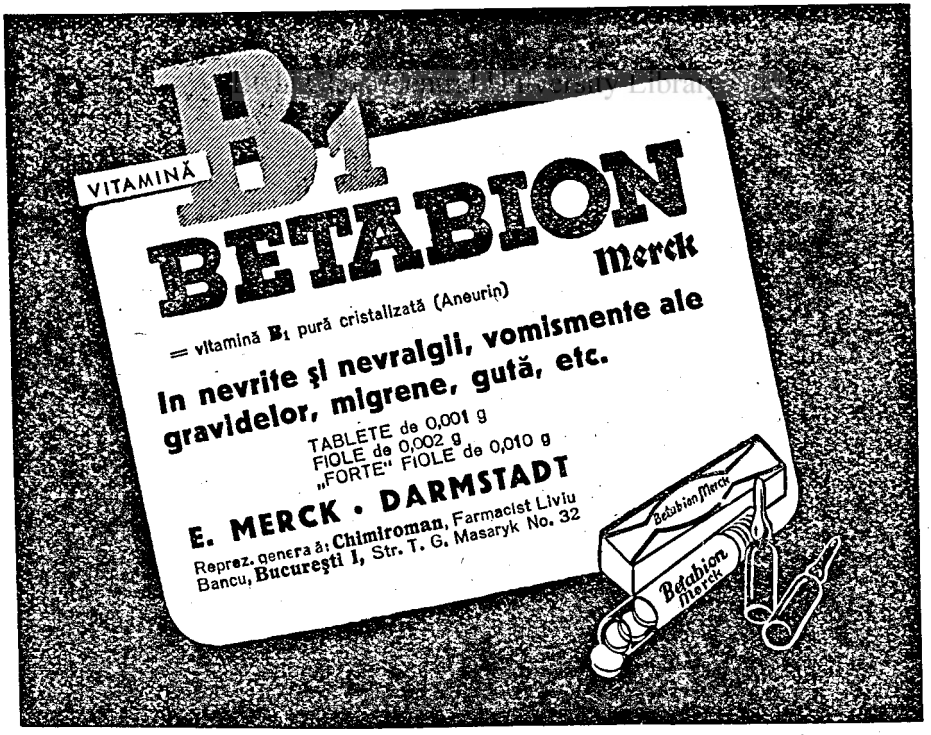
In literatura noastră medicală găsim numeroase cazuri de Miaze **migrans, miaze rămătoare subcutane** relatate de D-r N. Leon, D-r Poenaru-Căplescu, D-r Demetriade (Iaşi), D-r I. I. Mironescu (Iaşi), D-r Nimereanu (Iaşi), D-r Mircea-Popescu (Bărău), D-r Gh. Nastase, D-r Virgil Costea (Iaşi), D-r Gr. Gr. Iamandi (Iaşi), etc. In „Muzeul Clinicei Dermatologice" din Iaşi se găsesc câteva mulaje de ciară de miaze migrans (No. 2300, No. 2301), executate după cazurile ce s'au perindat în acea clinică, precum şi în „Muzeul Laboratorului de Parazitologie" din Iaşi (Gr. Gr. Iamandi).

D-l Prof. Gh. Nastase şi D-r Virgil Costea dela Clinica Dermatologică din Iaşi ne spun că în Iaşi este o adevărată epidemie de **Miaze migrans** în cartierul suburban Bogdan, de lângă oraş, vestit prin gradul lui de insalubritate.

Tratamentul acestei afecţiuni este şi medical şi chirurgical. Medical se face prin aplicaţii locale prelungite cu: comprese înbibate în soluţii slabe antiseptice penetrante (apă fenicată, etc.), corpuri grase (unguent mercurial, oloi de vaselină xilotat (20%), sau aplicaţii locale de cloroform şi mai ales de **zeamă de tutun. Injecţii in situ**, în jurul parazitului, cu soluţii slabe iodotate sau sublimat. Larva odată moartă se extrage cu o pensă din focar. In popor se întrebuinţează fumul de măselariţă,

sau aplicarea cât mai intimă pe regiunea parazitată, timp de câteva zile, a unei bucăţi de grăsime de porc (slănină) care topnidu-se la căldura pielei pătrunde în galerie şi asfixiază paraziţul, omorându-l.

Tratamentul chirurgical urmăreşte curăţirea canalului paraziţului care se tae pe o sondă canelată şi rana se spală cu soluţii antiseptice şi cicatrizante după extirparea paraziţului. Tot secretul tratamentului succesului tratamentului chirurgical este de a căuta paraziţul câţiva centimetri chiar înaintea terminării galeriei vizibile, întrucât în punctul în care se află nu determină reacţii vizibile decât mai târziu.



Ferdinand I din Cluj
ROMANIA

ENTERITE — ENTEROCOLITE — DIAREE — DISENTERIE — PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

cultură lichidă pură de fermenți lactici

1/2-1 flacon de 2 ori pe zi, cu puțină apă zaharată.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICA CLORATĂ — SPĂLĂTURI — PANSAMENTE — GARGARISM

DAKYNOL

comprimate de 0 gr. 20

2-12 compr. la 1 litru de apă, după caz. Igiena intimă: 1-2 compr. la un litru de apă.

STĂRI NERVOASE — INSOMNII — AGITAȚIE — EMOTIVITATE — TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2-3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei sau numai în apă.

ANEMII — DEBILITATE — CONVALESCENȚE — SURMENAJ — INAPETENȚĂ — LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2-3 linguriţe sau linguri pe zi, după vârstă, înaintea meselor.

ARSURI — ERITEME — ECZEME — PRURIT — FISURI ANALE — HEMOROIZI

DERMOPHYL

pomadă cu bază de ol. jecoris

În pansamente.

REUMATISM — ARTRITISM — OBEZITATE — GUTĂ — GRAVELĂ RENALĂ ȘI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

granulat efervescent

3-4 linguriţe pe zi, cu apă rece dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noua chimoterapie anti-infecţioasă polivalentă pe cale bucală

SULFAMIDOL

Comprimate de 0 gr. 25 de para-amidobenzolsulfamid

Gonococcie: blenoragia acută şi cronică Vulvo-vaginită gonococică. Complicaţiunile gonococice: salpingo-ovarită-anexită-metrită-pelviperitonită, etc...

Streptoccie - Stafilococcie - Colibaciloză

Pneumococcie - Meningococcie

Stări infecţioase criptogenetice

ADULŢI: 6-10 comprimate pe zi.

Reprezentanţă exclusivă: „SPEPHAR" laboratorul de produse farmaceutice Marcel Hott 2 bis, Str. Prof. Ion Bogdan-Bucureşti III. — Telefon 211-78

ASPECTE RARE ALE MEMBRANEI PUPILARE PERZISTENTE

de

D-r GRIGORE GR. IAMANDI şi D-r DIMITRIE LAZARESCU

Membrana vasculară care obliterează pupila în cursul vieţei embrionare, se rezoarbe de obicei între a şasea şi a şaptea lună. Ea poate perzista însă şi după naştere şi este cunoscută sub numele de membrană pupilară perzistentă, descrisă prima dată de Wachendorf în 1740.

Din studiile la „lampa cu fantă" făcute de diferiţi cercetători reiese că prezenţa resturilor acestei membrane vasculare variază după etapa la care au fost examinaţi pacienţii. Astfel Seissinger (1928) cercetând-o la 299 noi născuţi între 1—7 zile, o găseşte în 100% din din cazuri. Meesman dă un procent de 50%, Staehli în 30%. Uhthoff pe 10.000 indivizi o observă de 6 ori. D-r Lăzărescu pe 25.000 consultaţiuni la clinica oftalmologică din Iaşi a notat-o de 4 ori. Sydnei arată o frecvenţă de 1,7%.

Mawas în **Biomicroscopie de la chambre anterieure, de l'iris et du corp ciliaire**, 1928, face următoarea clasificare a resturilor membranei pupilare în ordinea frecvenţei:

1) Filamente translucide mobile în camera anterioară, simple sau compuse.

2) Filamente translucide sau călare pe iris.

3) Filamente translucide sau membranule, pigmentate mergând de pe iris într'un punct de partea opusă, sau la cristalin.

4) Depozite de celule stelate sau filamentoase pe faţa anterioară a cristalinului.

5) Membranulă groasă transparentă prepupilară (tip Meesman).

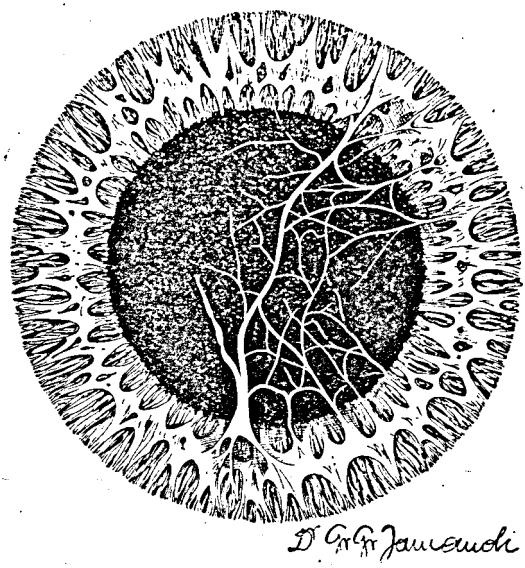
6) Membranulă groasă pigmentată flotând în camera anterioară (tip Mawas şi Terrien).

7) Membranulă groasă găurită (tip. Wolfrum).

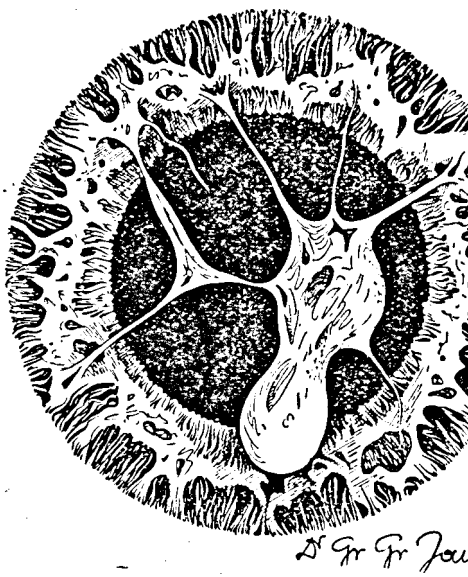
Perzistenţa resturilor din această membrană embrionară este explicată astăzi de majoritatea cercetătorilor printr'un proces de oprire în desvoltare a corneei primitive, a cărei dedublare în stadiu embrionar s'a făcut incomplect.

Examinând circa 10.000 de adulţi, am observat membrana pupilară în şase cazuri, deci într'un procent de 0,06%.

Formele întâlnite au fost din cele mai rare după clasificația dată de Mawas și a căror desene le redăm:

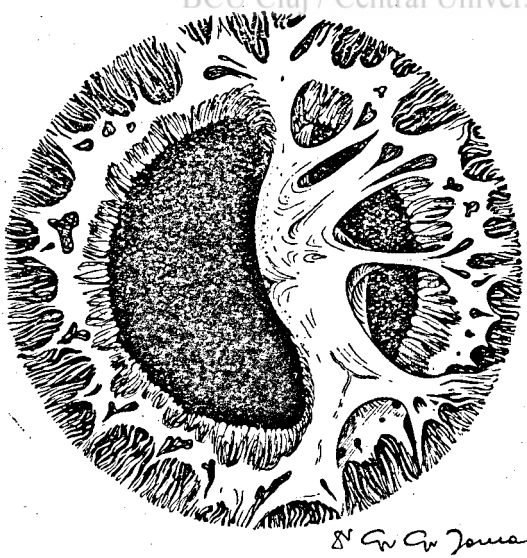


Izabela Teodorescu, 18 ani, 1929, 1931.
Tracom *A. O.* și Membrană pupilară *O. D.*

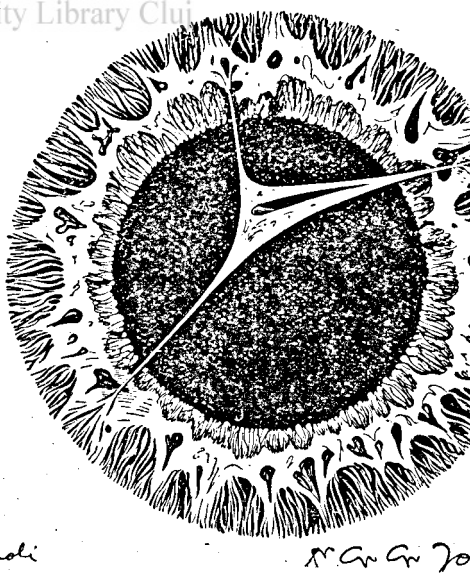


N. B. Gheorghiade, 39 ani, Ungheni (Basarabi
Membrană pupilară *O. S.*

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Laios Arpad, 29 ani, Orăștie, 1940.
O. Dr. Membrană pupilară tip Meesman

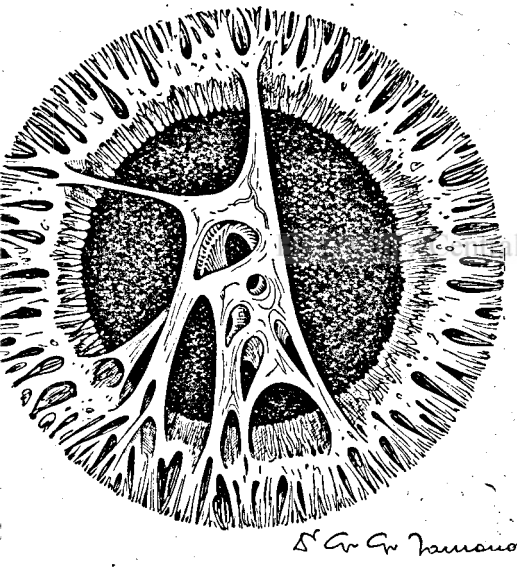


Laios Arpad, 29 ani, Orăștie, 1940. O.

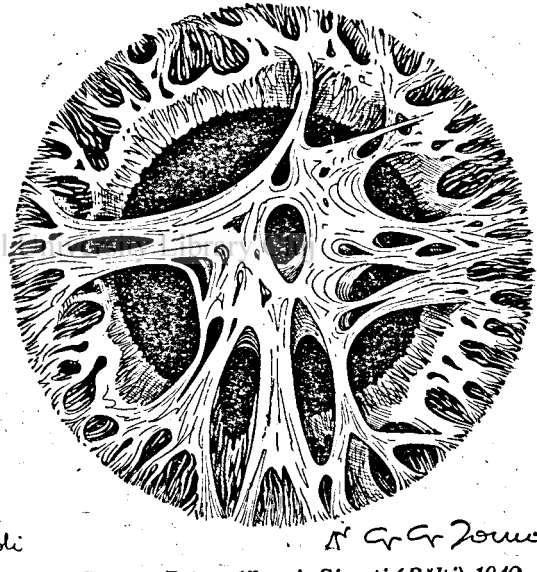
Am redat imaginea acestor membrane pupilare în primul rând pentru interesul pur anatomic ce prezintă și pe de alta și pentru raritatea cu care se observă la o etate mai înaintată.

Absenţa formelor simple la adulţi ne face să înclinăm pentru o rezorbţie parţială a resturilor acestei membrane chiar în timpul vieţei. Importanţa depistării acestor cazuri prezintă interes din punct de vedere al diagnosticului diferenţial, putând fi confundate la un examen sumar cu sinechiile unei irite, cu leucoamele şi macula flictenularilor, cu cataracta şi în unele cazuri putând ridica discuţiuni din punct de vedere medico-legal, purtătorii acestor resturi de membrane pupilare putând acuza vechi afecţiuni oculare inexistente şi cerând astfel pe baza tulburărilor vizuale ce pot prezinta să se sustragă de la unele îndatoriri cum ar fi stagiul militar.

Inserţia lor pe micul cerc arterial al irisului, dilatarea regulată a pupilei subt atropină, elasticitatea de care se bucură aceste formaţiuni embrionare exclud sinechiile datorite iritelor. In unele cazuri resturile membranei se pot întovărăşi de vicii de refracţie sau pot coexista cu diferite malformaţiuni vasculare; ele devin uneori supărătoare, mai ales pentru intelectuali [1]).



Vasilide Neculai, 27 ani, Botoşani, 1941.
O. S. Membrană pupilară tip Wolfrum.



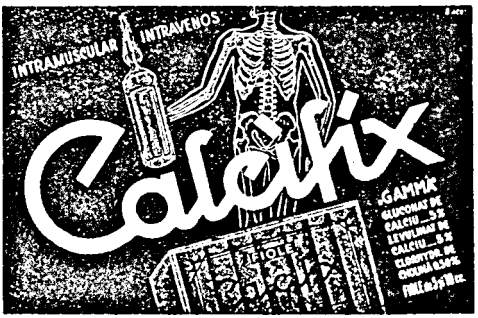
Donose Petre, 17 ani, Sineşti (Bălţi) 1940.
O. D. Membrană pupilară tip Wolfrum.

Tratamentul este excizia sau când sunt prea desvoltate se poate face o iridectomie optică.

Resumé: „Formes rares de la membrane pupillaire pérzistente".

Zusammenfassung: „Seltene Anblicksformen der nach der Geburt wertes bestegenden Pupillarmembrane".

[1]) Examinarea ultimilor patru pacienţi a fost făcută subt lupă măritoare, împrejurările nu ne au permis a face dilatarea cu atropină, cercetând însă reacţia pupilară la lumină am constatat o reacţiune normală, aceste filamente şi membrane bucurându-se de o elasticitate desăvârşită.



Fiole
DE **5** cmc.
ŞI
DE **10** cmc.

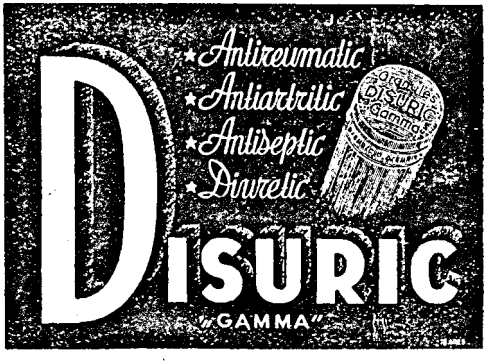
Elixir

ANEMIE
LIMFATISM
SURMENAJ

Reprezentanţa pentru România S. I. F. s. a. r. Bucureşti IV, Avram Iancu 32:

MEDICAŢIUNE
IODATĂ
INTENSIVĂ

DISOLVANT
ŞI ELIMINATOR
AL
ACIDULUI URIC



Reprezentanţa pentru România S. I. F. s. a. r. Bucureşti IV, Avram Iancu 32.

LOCUL LUI MALGAIGNE IN PATOLOGIA CHIRURGICALA

Omul şi opera

de

D-r LAMBESCU ALEXANDRU

Chirurg primar, Timişoara

Răsfoind tratatele de patologie chirurgicală, mai vechi şi mai noi, am rămas surprins de prezenţa unui nume, des întâlnit în afecţiunile traumatice ale sistemului osos. Acest nume, rezistând timpului, care aşterne peste toţi şi peste toate un văl de uitare, şi-a scuturat povara celor 76 de ani şi şi-a păstrat locul lui de cinste, alături de cercetătorii unei ştiinţe din vremuri cu totul altele.

Acest nume a fost al lui Malgaigne. Ca un omagiu pentru cel ce a fost un foarte demn reprezentant al generaţiei sale, voi expune succint, alături de om şi opera lui.

Digitized by Central University Library, Cluj

Date menţinute în tratatele moderne.

Aceste date, poartă toate semnătura şi autoritatea numelui lui Malgaigne şi în cea mai mare parte sunt valabile şi în zilele noastre.

1. In fracturile cotului, dintre cele patru varietăţi anatomo-patologice (fracturi supra-condiliene, supra şi inter-condiliene, ale condililor şi epicondililor, smulgerea epifizei humerale inferioare), descrierea primei varietăţi poartă pecetea numelui lui Malgaigne.

2. La fracturile diafizare ale cubitului, mai ales în porţiunea lui superioară, se adaugă fenomenul luxaţiei capului radial. Leziunile au fost descrise pentru prima oară de Monteggia în 1814, dar au fost complect studiate de Malgaigne în 1854. Ca recunoştinţă pentru opera înaintaşilor noştri români, trebue să adaug şi numele lui Stănciulescu, care în 1880, a publicat interesante memorii în legătură cu aceeaşi problemă.

In diagnosticul acestor leziuni, iată cele două reguli stabilite de Malgaigne:

„In orice fractură a cubitului singur, teme-te de luxaţia radiului".

„In orice fractură a avant-braţului, când tumefierea depăşeşte cotul, aminteşte-ţi că fractura simplă se întovărăşeşte, rareori de o tumefiere aşa de mare; cercetează scrupulos articulaţia cotului şi caută capul radial".

3. In fracturile bazei olecranului, în ceeace priveşte deplasarea

fragmentelor, sunt două eventualităţi: deplasarea există sau lipseşte. Când lipseşte, cauza rezidă în explicaţia lui Malgaigne: aparatul fibro-tendino-periostic, care dublează ca o cocă feţele laterale şi posterioare ale olecranului, şi-a păstrat integritatea.

4. La mecanismul de producere al luxaţiei înapoi a ambelor oase ale cotului, stau faţă în faţă două teorii: Teoria lui Desault, explicând luxaţia prin hiperextensie şi flexiunea laterală externă şi teoria lui Malgaigne: luxaţia se produce într'o cădere laterală pe cotul în demi-flexiune.

5. Dubla fractură verticală a centurii pelviene, cu traiectul şi mecanismul său, datează ca descriere magistrală, tot dela Malgaigne.

6. La capitolul simptome clinice pentru diagnosticul luxaţiei cotului, prin palpare se urmăreşte identificarea şi raportul între ele a celor trei proeminenţe osoase, cari vor constitui semnul lui Malgaigne, ce-şi are valoarea lui necontestată, alături de alte semne ca cele ale lui Nélaton, Tillaux, etc.

7. In producerea fracturilor treimei superioare la gambă, Malgaigne a stabilit o lege: ele sunt datorite totdeauna unei cauze directe, dar legea lui s'a dovedit, de această dată, inexactă.

8. Intre semnele ce se întâlnesc la fracturile de gambă, tresăririle dureroase ale tendoanelor, în timpul nopţii, constituesc semnul lui Malgaigne, asupra căruia tinerii practicieni nu prea insistă, dar care totuşi este constant şi prezent alături de semnul lui Chassaignac.

9. Clasicii, în frunte cu Malgaigne, distingeau două feluri de anchiloze: completă şi incompletă. In primul caz anchiloza era osoasă, în cel de-al doilea fibroasă. Pentru diagnosticul lor, Malgaigne concepuse adagiul următor:

„Durerea provocată la nivelul interliniului, prin mişcări dela distanţă, aparţine anchilozei incomplecte".

Adevărul însă, exprimat prin acest adagiu, are şi unele excepţiuni.

10. In diagnosticul herniilor inquinale de cele crurale, în special la subiectele slabe, va fi trasată linia lui Malgaigne, care uneşte spina iliacă antero-superioară cu spina pubisului şi se va separa astfel regiunea inquinală de cea crurală ceia ce va înlătura, de cele mai multe ori, dificultăţile de diagnostic.

Omul şi opera [1]).

Joseph-François Malgaigne a făcut parte din generaţia lui Nélaton. Fără să ajungă până la culmile unui Dupuytren, sau ale unui Maisonneuve, a ştiut totuşi să strălucească prin inteligenţa lui vie şi să ajungă unul din reprezentanţii generaţiei sale.

S'a născut în anul 1806, în munţii Vosgi la Charmes. Studiază la Nancy, la Val-de-Grâce, face războiul în Polonia, după al cărei sfârşit, părăseşte armata şi urcă pe calea aspră a concursului, ajungând agregat în 1836, deci la vârsta de 30 de ani, după ce mai înainte cu un an, obţine titlul de chirurg al spitalelor.

Ceva mai târziu, ajunge profesor de medicină operatorie, succedând lui Blandin. Se povesteşte că la concurs, având ca probă rezecţia

1) După de Fourmestraux.

cotului, a făcut un expozeu frumos, în care a insistat pe larg asupra riscurilor intervenției și în special asupra secțiunei cubitalului. Cu toate acestea, practicând din nefericire o incizie reportată prea înlăuntru, a căzut singur în greșala pe care a voit s'o evite. Dealtfel, în decursul timpului, istoria acestor greșeli se va repeta și cu alți maeștri. Dacă în lungul carierei sale n'a dovedit excepționale abilități chirurgicale, în schimb și-a însușit o vastă cultură medicală și generală și a manifestat un mare talent didactic.

A publicat în 1834 „Manuel de médecine opératoire", ce a fost — după moartea lui — reeditat de Lefort.

A publicat deasemenea „Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale".

In 1840 tipărește într'o limbă frumoasă, cu mult talent, cu date de mare valoare: „Oeuvres completes d'Ambroise Paré", iar în 1848, capitala sa lucrare: „Traité des fractures et luxations".

A încercat să realizeze o istorie generală a chirurgiei dând la lumină: „Essai sur l'histoire et la philosophie de la chirurgie", stabilind șase perioade:

— Perioada socratică și hippocratică, bazată pe filosofie și observație;

— Perioada lui Platon și Galien, caracterizată prin filosofie și dogmatism;

— Epoca imperiului și școala arabă;

— Perioada marei reforme cu Ambroise Paré;

— Epoca rațiunei (filosofia lui Descartes și chirurgia lui Jean-Louis Petit);

— Epoca experienței (filosofia lui Bacon și chirurgia lui John Hunter).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prin cercetările sale, Malgaigne se ratașează ultimei epoci.

Rochard, unul din bunii cunoscători ai lui Malgaigne, a afirmat că d. p. d. vedere al caracterului acesta lăsa mult de dorit și astfel s'ar fi explicat cauza neînțelegerilor dintre Malgaigne și Sédillot. E drept că între ambii au fost discuțiuni serioase pe tema patogeniei strangulării în hernii, dar motivul nu este suficient și s'ar îndreptăți presupunerea lui Rochard.

De Fourmestraux, pentru a ilustra caracterul său intransigent, citează următoarea întâmplare:

In anul 1832, candidând împreună cu adversarul său Sedillot, deși a prezentat o foarte bună lucrare asupra polipilor uterini, a fost eliminat. Dar înainte de a fi eliminat, a comentat teza unui concurent, în termenii următori: ...„domnule, în lucrarea Dv. există lucruri cari sunt noui și lucruri cari sunt bune, dar din nenorocire, acelea cari sunt noui nu sunt bune și cele care sunt bune nu sunt noui..."

In viața politică a funcționat câteva luni ca deputat. In programul lui electoral cerea să se limiteze numărul funcționarilor, să se scoată din luptele politice corpul didactic, să se asigure libertatea învățământului și controlul Statului, precum și alte puncte ce denotau mult simț social și economic.

Ca organizator al vieții medicale, s'a arătat surprinzător de bine intenționat.

Luând cuvântul la Academia de Medicină, el cerea înfiinţarea de pavilioane izolate, construiri la marginea oraşului, reducerea numărului de paturi pentru descongestionarea sălilor:

...„construind centre spitaliceşti în plin oraş, pentru a scurta drumul care desparte pe bolnav de familia sa, se scurtează drumul, care-l desparte de moarte".

A fost unul din fondatorii Societăţii de Chirurgie, membru al Academiei de Medicină, la care a prezentat o comunicare privitoare la anestezia generală cu eter. Tot Academia l-a însărcinat să facă parte dintr'o comisie pentru studiul accidentelor în cloroformizări.

In jurul anului 1840 se abuza de miotomii şi tenotomii, din cari se făcuse un panaceu. Ele erau aplicate în cele mai diverse afecţiuni. Jules Guérin prezentase la Academia de Ştiinţe un subiect, care se pretase — după sfatul lui — la 42 secţiuni de muşchi, tendoane sau ligamente ca tratament al diformităţii articulare... Din această cauză deviaţiile rachidiene nu se mai tratau cu gimnastică sau alte mijloace ortopedice, ci prin miotomii.

Ceeace este curios e că, cu tot abuzul ce se făcea în această direcţiune, contrar spiritului vremii, ce era conservator în academiile ştiinţifice, nu s'a ridicat niciun protest. Singur Malgaigne îndrăzneşte să condamne ca vătămătoare miotomiile rachidiene, în ciuda unor desbateri vehemente şi împotriva lui Jules Guérin.

In anul 1865 a fost ales preşedinte al Academiei de Medicină, dar nu după mult timp, în cursul aceluiaşi an, îşi dădu obştescul sfârşit, în urma unei congestii cerebrale.

Aşa a trăit şi a activat, cel ce a fost Malgaigne.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

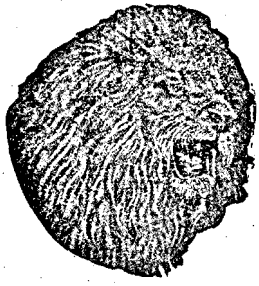
SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

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.

HISTA

Histamina BEYTOUT

FORME

1° HISTA-DIMILLI

Fiole de 1 cc. conţinând fiecare 0 gr. 0001 biclorhidrat de histamină, pentru injecţiuni subcutanate (sau intradermice).

2° HISTA-INJECTABILĂ

Fiole de 1 cc. conţinând fiecare 0 gr. 0005 biclorhidrat de histamină în soluţiune stabilă, inalterabilă, pentru injecţiuni intradermice.

3° HISTA-LINIMENT

Pentru uz extern, cu acelaşi activitate ca şi HISTA-INJECTABILA.

Fiole de 5 cc. conţinând fiecare 0 gr. 01 biclorhidrat de histamină.

INDICAŢIUNI

Ulcere gastrice şi duodenale,
Crize ulceroase, Gastrite,
Toate alergiile,
Astm, Urticarie, Catar de fân,
Intoleranţe alimentare, Migrene.

TOATE DURERILE

Reumatisme cronice,

Artralgii, Nevralgii,

Mialgii, Plexalgii,

Zona şi echelele sale dureroase,
Prurit anal şi vulvar,

Celulită.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

POSOLOGIA

HISTA-DIMILLI

Se face zilnic câte 1 fiolă, pe cale subcutanată sau intradermică (în gastrite şi ulcere).

Posologie progresivă: 1/5 până la 1 fiolă, în alergii.

HISTA-INJECTABILĂ

Se face zilnic câte o fiolă, repartizată în 20 injecţiuni intradermice, loco dolenti.

HISTA-LINIMENT

1 fiolă zilnic, în „zgârieturi" sau histapunctură", loco dolenti.

LABORATOARELE BEYTOUT – PARIS
Reprezentant general pentru România:
Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.
103, Str. Toamnei, Bucureşti III — Telefon 22138

TERAPIA DERMATOZELOR

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

SEDOTYOL Pomadă calmantă	Se aplică într'un strat gros, fricționându-se ușor.	**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 fricționa.	**DERMATOZE** **SUPURATE** FURUNCULOZE-FAVUS IMPETIGO-ABCESE
INOTYOL Pomadă antiflogistică și cicatrizantă	Se aplică pomada într'un strat gros, acoperindu-se cu un pansament.	**DERMATOZE** **NEINFECTATE** ULCERAȚIUNI - ARSURI IRITAȚIUNI CUTANATE
SILIPLASTINE Pomadă absorbantă	Se aplică într'un strat subțire. Nu pătează rufăria. Nu este unsuroasă. Se șterge ușor 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-ULCERAȚIUNI ATONE-DERMATOZE CRONICE PLĂGI - TURBURĂRI TROFICE CUTANATE

Laboratoires du Dr. DEBAT - PARIS

EȘANTIOANE ȘI LITERATURĂ

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, București III — Tel. 22138

CLISMELE EVACUATOARE

de

D-r ST. ODOBLEJA

Clisma evacuatoare cu apă simplă, — varietate de hidroterapie internă — este o aplicaţiune terapeutică dintre cele mai preţioase, mai inofensive şi mai frecvent indicate. Faţă de purgative, ea are multiple avantagii: ea merită cu prisosinţă să fie preferată.

Clistirul (clisma, enterocliza, spălarea colonului) este o procedură terapeutică din cele mai antice. Adorată de bolnavi, ironizată de cei sănătoşi, clismele au fost folosite pe-o scară întinsă de către înaintaşii noştri pe cari noi îi disprețuim azi tratându-i drept „empirici". Se pare însă că aceşti empirici erau nişte foarte buni observatori: ei văzuseră exact efectele bune ale clismelor, efecte pe cari noi, ştiinţificii moderni, cu capul în norii teoriilor chimice şi microbiologice, am încetat de a le mai vedea.

Biblioteca Centrală Universitară Library Cluj

Clismele sunt, astăzi, puţin folosite: Tratatele de medicină le preconizează tot mai rar, iar practicienii rareori îşi mai aduc aminte de ele.

Cauzele cari fac ca clismele să fie subestimate, neglijate, proscrise şi uneori viu combătute sunt următoarele:

1) **Concurenţa farmaceutică** înverşunată şi abil organizată de către marile industrii chimico-farmaceutice, cari au lansat contra clismelor tot felul de acuzaţiuni. Reclama fiind sufletul comerţului, fiecare medicament lansat este lăudat cu exagerare, iar similarele lui criticate cu înverşunare. Fiecare casă farmaceutică îşi are lăudătorii săi bine răsplătiţi cari îi lansează produsele. Apa — medicamentul clismelor — neputând fi exploatată în scopuri comerciale remuneratorii, a rămas criticată de toţi şi nelăudată de nimeni.

2) **Moda terapeutică schimbătoare**, care aruncă clismelor oprobriul de mijloc perimat şi învechit.

3) **Caracterul impudic şi inestetic** al clismelor.

4) **Relele provocate de către clismele rău făcute** sau cu soluţii iritante.

5) **Necunoaşterea binefacerilor ce se pot obţine dela clismele** bine făcute. Atât medicii cât şi clienţii ignorează efectele lor minunate şi le socotesc, a priori, egale sau inferioare purgativelor.

RESPINGEREA CRITICILOR ADRESATE CLISMELOR

Criticile cari s'au adus clismelor reprezintă generalizări pripite şi nemeritate. Se reproşează clismelor în general inconvenientele pe cari nu le au decât anumite categorii de clisme în particular. Se reproşează tuturor clismelor desavantagiile clismelor rău făcute. Se condamnă toate clismele pentru efectele rele ale clismelor iritante. Se consideră iritante toate clismele, din cauza clismei cu sulfat de Magneziu.

Vom arăta în cele ce urmează că toate relele ce s'au pus pe socoteala clismelor trebuesc circumscrise la anumite varietăţi şi procedee, şi că toate efectele vătămătoare ce li s'au atribuit se pot evita cu uşurinţă.

„Clismele traumatizează anusul şi intestinele". Răspundem că aceasta nu se întâmplă decât atunci când se lucrează cu canule sparte; când se manevrează brutal şi fără nici-o pricepere, introducând forţat canula în direcţie greşită. In fine, intestinul poate fi traumatizat prin destindere, în cazul că se introduce în rect o cantitate prea mare de lichid.

Aceste inconveniente se pot uşor preveni:

Canulele să fie intacte, fără crăpături, fără asperităţi, fără suprafeţe tăioase.

Atât canula cât şi apa să fie introduse încet, cu prudenţă şi delicateţe, fără brutalitate.

Canula să fie introdusă în direcţia anatomică a canalului anorectal.

Pe cât se poate, canula să fie introdusă de către pacient el însuş, care, dirijat de senzaţiile sale personale, nu riscă niciodată să se rănească.

La primele clisme şi în cazurile noui, să nu se introducă mai mult de $\frac{1}{2}$ kgr. lichid.

Imediat ce destinderea intestinului devine jenantă, clisma trebue întreruptă fără a aştepta apariţia colicilor şi a durerilor pronunţate. In acest scop, bolnavul va trebue să fie mereu întrebat asupra sensaţiilor sale (dacă simte ceva şi ce simte). In acelaş scop e preferabil ca bolnavul să-şi facă el singur clisma.

„Clismele fierbinţi ard intestinele". Este adevărat că, deşi sensibilitatea tocită a rectului permite introducerea şi reţinerea, fără sensaţiuni dureroase, a lichidelor fierbinţi, — totuş aceste lichide produc o adevărată opărire a mucoasei rectale, cu toate simptomele consecutive ale arsurei.

In consecinţă, temperatura clismelor calde trebue să fie potrivită după toleranţa sensibilităţii externe, iar nu după toleranţa înşelătoare a sensibilităţii interne. Nu trebue introdus în rect un lichid a cărui temperatură „arde" la dosul mâinii sau la anus.

„Clismele reci îngheaţă intestinele". In realitate nu le'ngheaţă, dar apa prea rece provoacă abolirea sensibilităţii şi a motilităţii rectale. Din această cauză apa prea rece, în loc să favorizeze şi să determine evacuarea fecalelor, rămâne ea însăş neevacuată, fiind reţinută în rect printr'un dublu mecanism: 1) contractura sfincterului anal, şi 2) atonia musculaturei rectale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Reese de-aci că temperatura clismelor reci nu trebue să coboare sub o anumită limită: clismele reci nu trebue să fie niciodată prea reci. Acest lucru merită a fi avut în vedere mai ales în sezonul friguros.

„Clismele irită intestinele". Această acuzaţiune trebue circumscrisă: ea nu e valabilă decât pentru clismele active, cu soluţiuni iritante. Astfel localizată, acuzaţiunea e justă.

Deaceea, orice clismă evacuatoare trebue făcută numai cu apă curată, cu apă simplă, fără nici-un adaus iritant.

Pentru clisma evacuatoare — clisma uzuală, clisma cea mai frecvent indicată — nu trebuesc folosite nici soluţiile de săpun, nici glicerina, nici sulfatul de sodiu sau magneziu, nici hipermanganatul de potasiu sau alte substanţe cari irită intestinul şi produc bolnavului senzaţii foarte neplăcute şi uneori durabile.

Clisma purgativă trebue complect suprimată: apa simplă produce exact aceleaşi efecte bune, — minus efectele iritative, rele.

Clisma revulsivă trebue administrată în cazuri cu totul excepţionale şi a căror gravitate să-i compenseze indiscutabil inconvenientele sale iritative. In genere revulsia viscerală trebue evitată, substituind în locul ei revulsia parietală. In principiu, revulsia trebue să producă o derivaţie circulatorie şi nervoasă (incitatorie) într'o regiune cât mai rezistentă, — spre membre, de exemplu.

Clisma topică trebue să fie condusă în administrarea ei de principii cât mai fizio-patologice. Se vor evita soluţiile antiseptice a căror concentraţie ar produce iritaţiuni ale mucoasei rectale. Se vor prefera totdeauna antisepticele inofensive şi soluţiile slabe. Se vor utiliza corective emoliente (untdelemn, ceai de muşeţel, ceai de tei, soluţii slabe de bicarbonat de sodiu, soluţii de glucoză).

Clisma medicamentoasă trebue administrată în soluţii diluate, inofensive, administrând totdeodată corectivele de rigoare oridecâteori substanţa activă are influenţe iritative. Nu trebue uitat că acest fel de clisme se administrează în scop de a menaja căile digestive superioare, mult mai sensibile decât intestinul gros. Uşoara iritare a intestinului gros compensează cu prisosinţă puternica iritaţie a căilor digestive superioare evitată în acest mod.

Am trecut în revistă diferitele varietăţi de clisme pentru a arăta că, chiar clismelor iritante prin natura lor, li se poate diminua în mare măsură acest efect secundar nociv. Reamintim însă că noi ne referim, în acest studiu, mai ales la clismele evocuatoare, cu apă simplă, complect inofensive din acest punct de vedere. S'a zis totuş că:

„Apa simplă irită intestinul, tot aşa precum apa distilată irită ţesuturile în care se injectează". Această presupusă toxicitate a apei, prin diferenţă de concentraţiune, este absolut iluzorie. Mai întâiu, pentrucă mucoasa rectală nu e chiar atât de fragilă ca o hematie, ca un vas sanguin, sau ca o celulă conjonctivă. Mucoasa rectală luptă cu cel mai infect mediu şi posedă o mare rezistenţă, fiind antrenată contra variaţiunilor de concentraţie. Pe de altă parte, apa simplă nu este apă distilată: ea posedă deja o concentraţie de săruri destul de apropiată de limitele fiziologice. In plus, în rect această apă dizolvă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

imediat sărurile din materiile fecale, devenind astfel izotonică. Utilizarea serului fiziologic este deci inutilă pentru cazurile uzuale.

„Clismele disolvă mucus-ul protector". Acest inconvenient nu contează în maladiile acute, dar el contează în maladiile cronice când clismele trebuesc administrate un timp îndelungat. Se poate anihila uşor acest efect nociv. In acest scop:

Se va evita abuzul de clisme, reducând numărul lor la 2 sau 3 pe zi, în cazurile cronice.

Cantitatea de lichid introdusă o singură dată va fi cât mai redusă, utilizându-se o cantitate minimă eficace. Nu se va mări doza decât în lipsă de efect.

Din când în când se vor face pauze de câte 1—3 zile.

In cazurile cronice, clismele se vor face de preferinţă cu apă curată rece, evitându-se, în general, apa caldă, şi evitând în deosebi soluţiile de săpun, al căror efect salvant e foarte net.

„Clismele elimină diverse secreţiuni folositoare". In fecale există o mulţime de substanţe (multe din ele încă neidentificate) cari se rezorb la nivelul mucoasei intestinului gros pentru a fi reutilizate de către organism. In afară de secreţiunile rezorbabile există în fecale diferite substanţe cari au, faţă de tubul digestiv, precum şi faţă de sistemul nervos şi celelalte organe, un rol de stimulatoare specifice. Organismul este obişnuit cu toxinele sale şi uneori le simte nevoia: nimic nu stimulează mai mult un rinichiu decât ureea, iar bila excretată de către ficat este unul din cele mai puternice excitante ale sale. Nu e deci un ideal ca intestinul gros să fie în permanenţă liber şi fără fecale. Nu e un ideal ca, de îndată ce fecalele au trecut în caecum, ele să fie eliminate imediat prin clisme.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din contră, nu se vor face clisme prea des repetate, şi, din când în când, în cazurile cronice, fecalele vor fi lăsate să-şi facă stagiul lor normal în intestinul gros, suprimând clismele pentru 24—48 ore. In limita toleranţei şi cu condiţia ca digestia să evolueze normal, se vor amâna cât mai mult clismele evacuatoare, dând posibilitate organismului să-şi menţie antrenamentul său funcţional excretor.

„Clismele produc intoxicaţie". In realitate, clismele produc desintoxicaţie, nu intoxicaţie. Totuş acuzaţiunea de mai sus rămâne parţial valabilă pentru cazurile când apa introdusă în rect nu este eliminată. Retenţia lichidului de clismă e un incident foarte rar, dealtfel fără prea mare importanţă. Apa reţinută se rezoarbe spre a se elimina apoi prin rinichi sub formă de urină. Retenţia clismei se poate preveni şi combate:

Să nu se facă clismă cu lichide la temperatură neutră (37°); se vor prefera lichide fie mai reci (sub 34°), fie mai calde (peste 40°). In timp de iarnă se vor face clisme calde; vara se vor administra, din contră, clisme reci.

Dacă lichidul a fost reţinut se va administra o a doua clismă la o temperatură inversă. Se va face o clismă caldă, dacă precedenta a fost rece, — sau o clismă rece, dacă precedenta a fost caldă.

După clismă, pacientul merge imediat la scaun. Clisma nu trebue reţinută nici un moment.

Clisma se repetă totdeauna: prima clismă nu elimină niciodată totul. Abia a doua sau a treia clismă realizează o eliminare radicală a fecalelor ce stagnează în colon. Prima clismă degajează rectul şi colonul descendent (în mod obişnuit) provocând totdeodată o progresiune a fecalelor aflate în colonul descendent şi transvers: acestea din urmă vor fi evacuate cu a doua sau a treia clismă.

In caz de retenţie, se va recurge, la nevoe, la masajul abdominal pe traectul intestinului gros în sensul progresiunii fecalelor. Totdeodată se va întoarce pacientul pe toate părţile (culcat pe dreapta, culcat pe stânga; decubitus abdominal; poziţie genu-pectorală).

In anumite cazuri, se va măsura atât lichidul introdus cât şi lichidul evacuat, spre a sesiza retenţia, care dealtfel se poate constata şi prin percuţie şi palpaţie a colonului descendent (trebue notat că retenţia nu are niciodată loc în rect).

„Clismele produc obişnuinţă", pacientul nu se mai poate debarasa de ele, fiind nevoit să le utilizeze toată viaţa. Defecaţia nu se mai produce în mod normal, ci se cere mereu provocată artificial prin clisme.

Aceste acuzaţiuni conţin şi exagerări şi erori. Exagerarea constă în faptul că această obişnuire nu se stabileşte aşa uşor. Eroarea constă în faptul că pasiunea sau patima clismelor — clismo-mania — nu e o toxicomanie comparabilă morfinomaniei. La un om sănătos, cu un aparat digestiv perfect şi cu funcţionare normală a intestinelor, nu ne vom teme deloc de obişnuire. Cei ce ajung să practice cu regularitate clismele n'o fac atât dintr'o pasiune cu cerinţe fiziologice irezistibile, cât mai ales din convingerea la care au ajuns, prin experienţă, că clismele le redau, măcar în parte, sănătatea. Ei pot foarte uşor renunţa la clisme, şi uneori sunt nevoiţi să renunţe fără voia lor: în asemenea împrejurări ei au scaun la fel cum l'au avut înainte de a le fi adoptat, — adică rar sau insuficient, cu repercusiunile consecutive — şi atunci, în mod voit şi conştient, ei revin la practica clismelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In maladiile acute nu există nici-un pericol de a se crea obişnuinţe: cele câteva clisme administrate rămân fără nici-o consecinţă din acest punct de vedere. Dealtfel, în cazurile grave, când viaţa însăş este periclitată, acest inconvenient, chiar existând, nici n'ar putea fi luat în seamă: orice bolnav ameninţat cu moartea ar fi bucuros să se oblige a face clisme toată viaţa, numai să şi-o poată salva.

In maladiile cronice există, într'adevăr, un pericol de obişnuire, dar, odată sănătatea revenită, se poate încerca un tratament de desobişnuire. Şi chiar dacă încercarea aceasta n'ar fi încununată de succes, răul tot n'ar fi prea mare. Căci se contează corvoada clismelor faţă de boli ca: apendicita, ulcerul gastric, entero-colita, tuberculoza pulmonară, nefrita cronică, neurastenia? „Boala clismelor" e incomparabil mai suportabilă decât oricare din aceste boli, şi, mai ales, boala clismelor, chiar dacă plictiseşte, în schimb nu omoară. Care bolnav nu s'ar supune cu plăcere oboselii clismelor pe viaţă, dac'ar şti că ele îi vor reda sănătatea?

„Clismele obosesc sensibilitatea rectală şi duc la acutumanţă",

pierzându-şi treptat efectul şi ajungând, în cele din urmă, să nu mai aibă nici-o acţiune.

Nimic mai falş decât această afirmaţiune. Clismele, administrate câte 2—3 pe zi, nu numai că nu epuizează excitabilitatea intestinelor, dar chiar o menţin şi o desvoltă.

Este adevărat că abuzul de clisme (10—20 în şir), duce la o obosire pasageră a excitabilităţii: la un moment dat intestinul nu mai reacţionează nici pentru a elimina apa care s'a introdus prin clismă. Trebue să spunem însă că în practica terapeutică noi rămânem departe şi cu mult mai jos de acest maximum dincolo de care începe excesul. Aplicate de 2—3 ori pe zi, clismele cu apă simplă nu obosesc sensibilitatea şi nici motilitatea rectală, putând fi administrate astfel ani de zile, şi chiar toată viaţa, cu un succes egal, fără nici-o diminuare de efect. Nu trebue uitat, dealtfel, că oboseala este, prin definiţie, un fenomen reversibil şi efemer.

„**Clismele tocesc şi distrug sensibilitatea rectală.** Atrofia sistemului sensitiv are drept rezultat o stare de hipo-estezie intestinală cu atonie şi inerţie consecutivă. Reflexele de evacuare nu se mai produc: de-aci o constipaţie rebelă, asupra căreia nici clismele nu mai au nici-un efect".

Această acuzaţie este adevărată numai pentru clismele purgative, sau antiseptice sau medicamentoase, cari pot să aibă, cu timpul, drept efect, o diminuare a sensibilităţii rectale. E cazul deci să ne gândim la această urmare atunci când le aplicăm, şi să căutăm a le restrânge cât mai mult indicaţiile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cât despre clismele evacuatoare, simple, făcute cu apă curată, acestea nu pot să toceasca sensibilitatea, ci cel mult s'o desvolte prin antrenament.

„**Clismele nu curăţă tot intestinul:** ele nu curăţă decât ampula rectală, lăsând necurăţit restul intestinului gros şi întreg intestinul subţire".

Aceasta este o acuzaţie ce denotă multiple ignorări, voite sau involuntare. Căci, mai întâiu, clismele nu acţionează numai direct şi local, ci şi indirect, pe cale reflexă, astfel încât acţiunea lor se exercită la distanţă asupra întregului colon. Ba chiar ele au repercusiuni şi asupra intestinelor subţiri, al căror peristaltism îl excită în mod foarte net. Al doilea, intestinul subţire are o motilitate mult mai activă, iar chilul pe care-l manipulează este semi-lichid şi fluent, ceeace face ca staza în intestinul subţire să fie cu totul excepţională şi numai în cazuri foarte grave, determinând o paralizie a intestinelor. Pe de altă parte, secreţiunile digestive sunt într'o proporţie mult mai mare în intestinul subţire. Ori, aceste sucuri au caracter antifermentiscid şi antiputrid; deaceea toxicitatea conţinutului intestinului subţire este incomparabil mai mică decât toxicitatea conţinutului intestinului gros. Ceva mai mult, în cazurile de indigestie, alimentele nedigerate se comportă ele însele ca purgativ şi îşi determină singure eliminarea prin iritaţiunea exercitată asupra mucoasei intestinale, — aşa încât, în aceste cazuri, este în genere inutil să se mai administreze alte iritante în scopuri purgative.

Clismele nu curăţă radical tot intestinul, dar acest aparent defect este în realitate calitatea lor cea mai de preţ. Clismele curăţă numai atât cât trebue, adică **intestinul excretor,** lăsând intestinul subţire (intestinul digerator) şi stomacul să-şi îndeplinească neturburate misiunea lor. Totuş, atunci când necesităţile cer o curăţire a stomacului şi a intestinelor subţiri (în cazuri de otrăviri, de exemplu) tot apa rămâne baza tratamentului: lavajul gastric şi lavajul intestinal rămân cele mai eficace intervenţiuni medicale pentru asemenea cazuri. Amintim în treacăt că lavajul intestinului subţire este, în fond, o colosală clismă, cu 5—8 kgr. lichid, introdus încet, cu sonda, şi care, forţând valvula lui Vieussens, pătrunde în intestinul subţire.

„Clismele accelerează în mod anormal transitul intestinal al alimentelor, producând o evacuare a alimentelor încă nedigerate".

Este adevărat că clismele accelerează transitul intestinal:

1) Mai întâiu, excitând, pe cale reflexă, peristaltismul intestinului subţire, şi chiar al stomacului;

2) Al doilea, înaintarea alimentelor este exagerată şi accelerată prin chiar liberarea intestinului gros, — ca şi când s'ar forma acolo un vid sau un loc vacant ce se cere ocupat.

Deaceea nu e recomandabil a se administra clismele imediat după masă, ci pe cât posibil înainte de masă, sau, în orice caz, la 2—3 ore după masă.

„Clismele rănesc simţul de pudoare al bolnavului: acesta se simte ruşinat să-şi expue părţile cele mai discrete ale corpului său în văzul altor oameni, fie ei chiar medici sau sanitari".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se recomandă, în acest scop, ca clismele să fie făcute cu toată discreţiunea necesară, îndepărtând din jurul bolnavului atât persoanele străine cât şi pe membrii familiei.

Se recomandă deasemenea, ca bolnavul să-şi administreze singur clismele, exceptând dela această regulă numai cazurile când bolnavul e imobilizat la pat. In acelaş scop, clismele se vor face într'un loc discret, iar nu în saloanele comune.

„Clismele ofensează orgoliul personal şi respectul de sine însuş al pacientului. Ele sunt intervenţiuni artificiale şi anormale, mijloace terapeutice pentru infirmi, constituind în ele însele ceva asemănător cu o infirmitate sau cu o boală incurabilă".

Acest fel de a vedea trebue combătut ca fiind născut dintr'o mândrie simplistă de om primitiv. Căci toată medicina, tot confortul, toată civilizaţia şi toată technica modernă sunt pasibile de aceleaşi reproşuri de artificialitate şi moleşire. Absurditatea acestui romantism naturist e flagrantă, căci altfel ar trebui să începem a ne lipsi de foc, a mânca rădăcini şi carne crudă, a umbla desbrăcaţi, a renunţa la pat pentru a dormi pe zăpadă, etc.

„Clismele sperie pe bolnav, prin faptul că aceste aplicaţiuni i se par acestuia ca o adevărată operaţie, cu inerentele expuneri la risc ale oricărei intervenţiuni".

Acest inconvenient, datorat ignoranţei vulgului, se poate combate combătând această ignoranţă. E datoria medicilor de a instrui marele public în acest sens.

„Clismele inspiră desgust şi repulsiune, contrariind sentimentul frumosului prin lipsa lor de eleganţă".

E un estetism exagerat şi bolnăvicios în acest mod de a privi lucrurile. Da, clismele sunt urâcioase; dar par'că boala e frumoasă? Şi-apoi tuşeul rectal, masajul prostatei, analiza fecalelor sunt ele mai elegante? Ce contează Estetica în faţa Medicinei? Atât cât contează jocul în faţa seriosului.

Deaceea, oricât ne-ar repugna clismele, ele reprezintă totuş răul cel mai mic, — cu mult mai mic decât boala pe care-o combat şi incomparabil mai mic decât moartea pe care de multe ori o înlătură.

„Clismele infectează". Această acuzaţie e foarte greşită. In realitate, apa nu poate fi mai periculoasă pe anus decât pe gură: rectul nu are fragilitatea peritoneului; el, cel atât de infect, e obişnuit să lupte contra infecţiunilor. Totuş, atunci când există motive să ne temem de infecţie (apă murdară, fântâni rău întreţinute, infiltraţiuni, promiscuitate) apa trebue fiartă, în acest caz, şi pentru clisme după cum se va fierbe şi pentru băut.

„Clismele riscă să fie câteodată inutile şi fără rost". Acesta e singurul reproş ce se poate aduce uzului larg al clismelor: eventuala lor inutilitate. Ori, acest reproş se poate adresa oricărui medicament: şi aspirina, şi chinina, şi purgativul se prescriu câteodată acolo unde nu erau necesare. Şi, la urma urmei, tot mai bine o clismă inutilă, decât un purgativ inutil, căci clisma inutilă e inofensivă, pe când purgativul inutil e periculos. Dealtfel, o clismă inutilă din punct de vedere al evacuării nu este chiar de tot zadarnică; ea tot foloseşte la ceva, şi anume la diagnostic, uneori la pronostic şi adesea la dirijarea tratamentului.

„Clismele sunt proceduri bătrâneşti şi demodate, reminiscenţe ale unei terapeutici medievale, mijloace de vindecare învechite şi căzute în desuetudine". Răspundem că nu moda trebue să dicteze în medicină, iar clismele sunt dintre acele mijloace tămăduitoare ce nu se demodează niciodată, aşa cum niciodată n'au să se demodeze nici băile, nici aerul, nici soarele, nici masajul şi nici gimnastica, deşi datează din cele mai vechi timpuri.

„Clismele sunt procedee de mizerie, tratament pentru săraci, cari, neavând cu ce-şi plăti doctoriile, trebue să se resemneze a se trata cu apă". Acest argument al milionarilor şi-al snobilor pleacă dela premize greşite. Căci dacă în Economia politică e adevărat că „tot ce-i ieftin e de proastă calitate" sau că „ce e rar e de valoare", — în Fiziologie legile sunt uneori inverse: apa e mai necesară decât vinul, pâinea e mai trebuincioasă decât cozonacul sau carnea, razele solare sunt mai eficace decât razele lămpii de quartz, alimentele naturale (deşi mai ieftine) sunt mai sănătoase decât cele preparate chimiceşte.

SUPERIORITATEA CLISMELOR ASUPRA PURGATIVELOR

Purgativul acţionează printr'un mecanism fizioterapeutic constituind o adevărată intoxicaţiune locală. Purgativul este o adevărată otravă intestinală, un lacrimogen al tubului digestiv, un toxic contra căruia intestinul se apără:

1) Prin congestie;

2) Prin exudaţie seroasă, — secreţiune aspecifică şi anormală, quasi-patologică;

3) Printr'o exagerare a peristaltismului, conducând la o evacuare cât mai rapidă a toxicului-purgativ.

Purgaţia este, astfel, un reflex de apărare la o intoxicare digestivă.

Clisma acţionează, din contră, printr'un mecanism termo-mecanic, producând efecte mobilizatoare, disolvante, lubrifiante, detersive şi de excitaţie a reflexului de evacuare intestinală.

Purgativul e de domeniul Chimioterapiei, în timp ce clisma intră în cadrul Fizioterapiei, şi anume clasându-se mai precis la capitolul „Hidroterapie": ea nu e altceva decât o aplicaţiune de Hidroterapie intestinală. Pe când purgativul constitue o substanţă chimică activă şi anti-fiziologică, clisma nu constitue decât utilizarea în scop terapeutic a apei, corpul chimic cel mai banal, mai răspândit, mai neutru, mai inofensiv şi mai bine tolerat de către organism.

Purgativul îşi exercită efectele sale chimice modificatoare asupra intestinului şi asupra mucoasei intestinale, pe care-o irită chimiceşte sau fiziceşte; numai în mod secundar el lucrează asupra conţinutului intestinal. Clisma, din contră, n'are nici-un efect modificator asupra mucoasei, acţiunea sa modificatoare exercitându-se în prima linie asupra conţinutului intestinal, — mobilizându-l, disolvându-l, diluându-l, lubrifiindu-l.

Purgativul combate constipaţia prin enterită şi diaree artificial provocată. Astfel, la turburările constipaţiei, el vine să acumuleze şi pe acelea ale diareei: deshidratare, debilitare generală, hipotensiune arterială, exaltarea vitalităţii microbilor, cari găsesc în exudatul intestinal un mediu favorabil de cultură. Purgativul combate astfel o boală printr'o altă boală. Debilitarea pe care el o provoacă are adesea influenţe dezastruoase (în tuberculoză, anemie, neurastenie), iar în maladiile acute ea poate fi fatală. Clisma combate constipaţie printr'un mijloc fizic, direct, fără a provoca o altă boală. Clisma îşi procură dela fântână apa necesară; ea nu recurge la organism pentru a i-o procura cu grele sacrificii din propriile-i sale ţesuturi. Deaceea ea nu debilitează, nu modifică presiunea arterială şi nu exercită nici-o altă influenţă rea asupra organismului.

Purgativul produce turburări digestive pe timp de 24—48 ore şi chiar mai mult, obligând la dietă absolută pe timp de 6—12 ore. La debilitarea prin deshidratare se adaugă astfel o debilitare prin inaniţie, impunând repausul şi suprimarea activităţii pe un timp apreciabil. Masa luată cu 1—3 ore înainte de purgativ este o masă pierdută, după cum tot aşa de inutile sunt şi alimentele luate în intervalul de 5 ore după purgativ: aceste alimente nu pot fi nici digerate nici rezorbite. Servind cel mult să potolească senzaţia de foame, ele lucrează ca nişte corpi străini iritanţi şi vătămători, şi sunt repede eliminate, comportându-se întocmai ca şi purgativul şi prelungind astfel acţiunea acestuia. Clisma nu produce nici-o turburare digestivă. Ea nu irită nici stomac nici intestine, nu deshidratează, nu debilitează, nu impune dietă, nu obligă la inaniţie şi nici nu pretinde repaus sau

suprimarea activităţii zilnice. Clisma nu turbură digestia mesei precedente şi nici pe-a mesei care urmează.

Dacă enterita purgativogenă acută este foarte periculoasă, cea cronică este şi mai gravă. Purgativele repetate duc la slăbire, anemie şi emaciere prin subnutriţie; la degenerarea epiteliului glandular şi atrofia mucoasei; la permanentizarea enteritei, care devine astfel cronică, persistând chiar după suprimarea purgativelor; ele duc, în fine, la tocirea definitivă a sensibilităţii intestinale, cu acutumanţă consecutivă: purgativele îşi fac efectul din ce în ce mai greu, dozele se cer mereu mărite şi intestinele se ruinează din ce în ce mai repede. Clismele nu produc nici-una din aceste consecinţe: nici subnutriţie, nici enterită cronică, nici atrofia mucoasei, nici hipoestezie şi acutumanţă.

Acţiunea reflexă a purgativului este o acţiune antifiziologică, rezultat al unui proces destructiv iritativ, semi-inflamator, cu descuamaţie a straturilor superficiale ale mucoasei, — adevărat raclaj intestinal realizat printr'un caustic chimic. Purgativul excită chimiceşte şi în mod anormal terminaţiunile nervoase intestinale, provocând senzaţiuni neplăcute (senzaţii de jenă şi arsură abdominală; la rect, senzaţii de tenesm) sau chiar net dureroase (colici). Clisma nu produce rănirea mucoasei, nu determină soluţiuni de continuitate şi nu provoacă dureri, ci, din contră, procură senzaţiuni agreabile (mai ales clisma caldă). Superioritatea clismelor asupra purgativelor nu e, deci, teoretică şi abstractă, ci, din contră, experimentală şi concretă; această superioritate reese din cele mai elementare date ale simţurilor: ea se simte.

Purgativul are o acţiune cu totul disproporţionată faţă de scopul urmărit: el iriţă 10 metri de intestin ca să cureţe o porţiune mică de abia 10—30 cm. El violează neutralitatea stomacului şi a intestinelor subţiri cari n'au nici-un amestec, şi nici-o vină în producerea constipaţiei şi a stazei intestinale. Clisma, din contră, se adresează direct şi exclusiv celor 30 cm. intestinali ce se cer degajaţi, lăsând în pace restul de 970 cm. Ea nu intervine decât în locul strict necesar, adică în ultima trei zecime $\frac{1}{30}$ a intestinului.

Purgativul reprezintă o pompă respingătoare, o presă exercitând o compresiune la partea superioară a tubului digestiv, în intenţiunea de a destupa orificiul inferior, situat cu 10 metri mai jos. Clisma reprezintă, din contră, o pompă aspiratoare, un tire-bouchon care lucrează direct asupra dopului excremental pe care-l extrage într'un mod mult mai simplu şi mai raţional.

Purgativul lucrează de sus în jos, provocând hipersecreţie şi mişcări peristaltice pe măsură ce el însuş înaintează în intestin. Astfel, conţinutul intestinal se măreşte treptat, iar contracţiunile intestinale îl comprimă din ce în ce mai mult, în timp ce, jos, calea de ieşire este blocată de către dopul solid încă nedisolvat. Rezultă de-aci o hiperpresiune în porţiunea situată deasupra blocus-ului intestinal, cu frământări spasmodice şi destinderi traumatizante ale peretelui intestinal, care se aplică apăsat asupra conţinutului rebel ce refuză să mai îna-

înteze. Iar ca urmare: colici, rezorbţie intestinală mărită, cu intoxicaţie generală şi infecţie sanguină consecutivă. Această acţiune vătămătoare durează până la eliminarea dopului solid, — deci, în mod obişnuit 3—5 ore, câteodată una sau chiar mai multe zile. Ocluzia simplă prin constipaţie — relativ tolerabilă — se transformă astfel într'o ocluzie complicată şi intolerabilă, cu complicaţiuni mecanice, toxice şi chiar infecţioase. Cât despre clisme, ele lucrează de jos în sus, ridicând în primul rând blocus-ul ce închide calea intestinală. Când dopul solid e mai voluminos sau de consistenţă mărită, apa îl disolvă şi-l elimină în reprize, încet-încet. Spre deosebire de purgative, clismele nu riscă niciodată să transforme o constipaţie benignă într'o ocluzie intestinală gravă.

Efectul purgativului e tardiv: el are loc peste 3—6 ore, uneori chiar mult mai târziu. In maladiile acute, unde timpul are o valoare considerabilă, intervalul acesta lung de aşteptare este un timp mort ce poate avea urmări grele: în tot acest interval diagnosticul rămâne oarecum în suspensie, iar tratamentul într'un fel de expectativă dezarmată; în tot acest timp nu putem administra nici-un medicament per os sau pe cale rectală, fiindcă, pe de-o parte nu s'ar rezorbi, iar pe de altă parte ar irita şi mai mult intestinul; în fine, în tot acest timp nu putem întreprinde nici-o altă acţiune terapeutică mai importantă, — injecţii sau altceva. A prescrie un purgativ unui bolnav acut înseamnă oarecum că, pe timp de 12 ore (practic: 24 ore) limităm tratamentul său la această „experienţă pe intestine" al cărei rezultat îl vom afla abia a doua zi. Ori, a doua zi, când revedem bolnavul, rectificarea unei eventuale erori de diagnostic, complectarea unui diagnostic incomplect sau intensificarea terapeutică ce se vădeşte necesară pot fi tardive şi fatale. Timp de 24 ore nutrim iluzia că purgativul va face bine bolnavului, iar când după 24 ore constatăm că îmbunătăţirea aşteptată nu s'a produs, înrăutăţirea boalei poate fi deja atât de înaintată, încât orice tratament să fie zadarnic. Cu totul altfel e clisma: în 1/4 oră ea permite deja să afli dacă bolnavul a eliminat ori nu materii fecale, şi în ce cantitate; poţi imediat stabili în ce măsură a intervenit staza intestinală în determinarea simptomelor. In timp de o oră se pronunţă şi efectele terapeutice ale clismei, confirmând sau infirmând pe loc primele ipoteze. După 1/4 oră sau cel mai târziu o oră, dacă nu s'a evacuat nimic sau dacă febra şi restul simptomelor persistă fără nici-o modificare, noi putem deja să aplicăm neîntârziat un alt tratament. Pe lângă acest câştig de timp considerabil, care ne permite a repurta, în contra boalei inamice, două victorii în aceeaş zi, mai notăm avantajul neprețuit că atât stomacul cât şi rectul bolnavului sunt libere, intacte şi gata să primească medicamentele indicate de către noua ipoteză terapeutică.

Purgativul e contra-indicat în cazurile de anemie, debilitate generală, astenii, tuberculoză, pleurezii, cardiopatii grave şi asistolice, — precum şi oridecâteori planează bănuiala de ulcer gastric, ulcer duodenal, gastrită, enterită, apendicită, peritonită. Clisma nu e contra-indicată decât în cazurile când bănuim o perforaţie sau un ulcer perforabil la rect şi la colon.

Administrarea purgativelor ne pune, între altele, şi în faţa unui alt problem: problemul financiar. Atât Statul cât şi particularii cheltuesc anual sute de milioane pentru curăţirea tuburilor digestive ale constipaţilor, ştiut fiind că purgativele fac parte dintre medicamentele de mare consumaţie. Iată încă un avantaj al clismelor: ieftinătatea, sau, şi mai exact, gratuitatea lor, calitate care le face de preferat nu numai de către cei 99% de bolnavi cu mijloace restrânse, ci şi de către Serviciile spitaliceşti, Serviciile de consultaţiuni publice şi infirmeriile Armatei. Intr'o economie dirijată şi pe timpuri de criză ca cele de astăzi, acest argument le întrece în greutate pe toate celelalte.

Am putea adăuga contra purgativelor şi amărăciunea de fiere a sărei amare sau gustul greţos şi repugnant al oleului de ricin, mai ales că, în spitale şi în armată, acestea sunt încă purgativele cele mai des folosite. Şi în această privinţă, clisma, — insipidă, fără nici-un gust — merită toate preferinţele.

De remarcat: cunoaştem cazuri de eşec al purgativelor rezolvate prin recurgerea la clisme, dar nu cunoaştem nici-un caz de eşec al clismelor care să fi necesitat intervenţia unui purgativ.

Din cele de mai sus reese în mod evident că purgativele sunt inferioare clismelor din multiple puncte de vedere. Deaceea ele nu merită a fi menţinute şi utilizate decât pentru cazuri speciale: în cazuri de paraziţi intestinali; în unele cazuri de pletora şi obezitate; ca medicaţie revulsivă, câte-odată, foarte rar; uneori, ca medicaţie de şoc.

(Urmare în No. viitor)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Myoston

Pe bază de adenosină phosphorică (MAP).

Angina Pectorală. Scleroza coronară. Infarct cardiac Turburările circulaţiei periferice. Abus de nicotină şi cofeină. Mărirea debitului cardiac la bătrâni.

In angina pectorală: 20 injecţii intramusculare 2 cc. timp de 30 zile. In infarct cardiac şi gangrena: zilnic 2 — 3 inj. 2 cc. — Tratament de întreţinere: 3 — 4 ori pe zi câte 20 picături.

Fiole 1 cc. şi ½ cc. / Flac. 20 cc.

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

Produsele Laboratoarelor CLIN

SALICILAT DE SODIU CLIN

Sare cristalizată albă, de o puritate chimică absolută, lipsită de fenoli şi acizi liberi.

●

INDICAŢIUNI GENERALE:

Aciditate şi perfectă toleranţă gastrică. Dozaj riguros: Excipient şi cu gust plăcut, capabil de a favoriza difuzarea principiu lui activ.

INDICAŢIUNI LOCALE:

Soluţia de Salicilat de Sodiu CLIN dozată a 2 grame de lingură de supă: reumatismul articular acut şi complicaţiunile lui; Boli infecţioase. Sciatica.

FIOLE DE SALICILAT DE SODIU CLIN

(soluţie a 5%, 10% glucozat.

Formula Bortem René Benard

Reumatismul articular acut. Encefalită a 20%, 30%, 40% pentru tratamente sclerozante (varice).

Adrénaline CLIN, Syncaine, Injection CLIN Strychno-Phospharsinée, Padéryl, Arsaminol, Enésol, Sulfo-Tréparsénan, Bi-Iodure de Mercure.

Laboratoarele C L I N 20, rue des Fossés St. Jaques.—PARIS, V

Reprezentant General pentru România:

GEORGES VERGLAS Str. Precupeţii Vechi No. 1. — BUCUREŞTI.

Vitamine Byla

●

AMUNINE (VITAMINA A) **Concentraţie nouă:**

Soluţie uleioasă per os, a 120000 u. i. de cc.
5 până la 10 picături pe zi (In loc de 20 până la 60).

VITAMINE B¹ BYLA

In comprimate a 1 mgr.= (500 u.i.) per comprimat drageifiat.
In fiole injectabile a 2 mgr. = (1000 u. i.) per 1 cc. de Vitamine B.¹ cristalizată.
In fiole injectabile a 1 ctgr. = (5000 u. i.) per 1 cc. de Vitamine B.¹ cristalizată.

VITAMINE C BYLA

(ACID ASCORBIC CRISTALIZAT NATURAL)

Comprimate a 50 mgr.
Fiole injectabile a 100 mgr. = 20.000 u. i. per. cc.
Fiole injectabile a 500 mgr. = 10.000 u. i. per. 5 cc.

●

ETABLISSEMENTS BYLA
26, Avenue de L'Observatoire — Paris — 14e

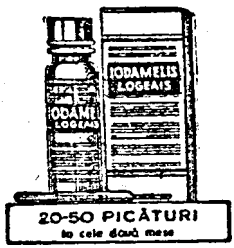
BUCUREŞTI. — **GEORGES VERGLAS** Str. Precupeţii Vechi No. 1

BCU Cluj / Central University Library Cluj

IODAMELIS
LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE



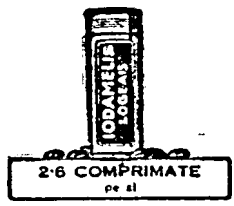
MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII

•

TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE

•

MALADII
ALE NUTRIȚIUNII



BCU Cluj / Central University Library Cluj

OPO-IODAMELIS
LOGEAIS

DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE ȘI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

•

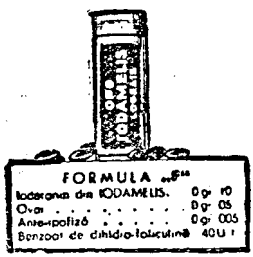
ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

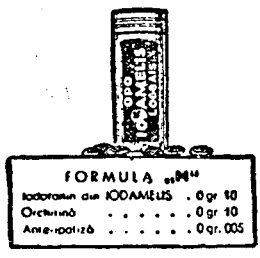
ASOCIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS CU ACȚIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE

•

în comprimate drageificate

Eșantioane și literatură la cerere





LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS — ISSY-LES-MOULINEAUX — PARIS

Exclusivitate Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. — București I, Str. Sf. Ionică No. 8

Spitalul de Stat din Timişoara
Secţia de ochi
Medic primar. Dr. Virgil Popoviciu

CONTRIBUŢIUNI LA STUDIUL COMPLICAŢIILOR OCULARE ALE SINUSITELOR FRONTALE ŞI MAXILARE IN LEGĂTURĂ CU 3 CAZURI OBSERVATE

de

D-r POPOVICIU VIRGIL şi D-r LUNGU ONORIU

Autorii publică 2 observaţii de abces orbitar după sinusită frontală perforată în orbită şi un caz de exoftalmie fluxionară, consecutive unei sinusite maxilare. In legătură cu aceste cazuri, remarcă benignitatea exoftalmiei fluxionare, care se vindecă prin restitutio ad integrum după tratamentul medical al sinusului şi priesnitze locale, în opoziţie cu abcesele retrobulbare, cari necesită intervenţie chirurgicală şi după cari un bolnav rămâne cu un leucom cornean mare în urma unui ulcer lagoftalmic, iar celălalt cu vederea scăzută la 5/60, în urma atrofiei optice post-nevritice.

Remarcă importanţa virulenţei microbiene şi a rezistenţei organismului în această afecţiune.

Descriu fisuri în stratele anterioare a corneei, produse prin apăsarea colecţiei asupra colului posterior al globului şi tendina consecutivă, prin proecţia în spre polul anterior al conţinutului ocular elastic, de redresare a curburei corneene, fisuri cari ar putea deveni punct de plecare a unui ulcer cornean.

Recomandă deschiderea chirurgicală pe cale orbitară în toate cazurile de abces plecat dela sinusul frontal şi deschiderea pe cale nasală sau prin fosa canină a abceselor plecate dela sinusul maxilar, precum şi tratamentul chirurgical în exoftalmiile fluxionare cari nu cedează la tratament medical al sinusului într'o perioadă scurtă de timp, pentru a salva vederea ochiului afectat.

Afecţiunile sinurilor frontale şi maxilare, prin situaţia lor anatomică în imediata vecinătate a orbitei, se repercută foarte des asupra ochiului şi orbitei.

Sinul frontal, prin aşezarea lui în grosimea osului frontal, vine în contact intim cu orbita, fiind separat de aceasta numai printr'o lamă osoasă, care formează plafonuul orbitei şi a cărei grosime variază dela

individ la individ, uneori fiind foarte subţire, alteori atingând mai mulţi milimetri grosime, după desvoltarea sinusului.

Sinusul maxilar e de asemenea separat de orbită numai printr'o lamă osoasă de grosime variabilă, care formează planşeul orbitei. Natural că o afecţiune inflamatorie a acestor sinusuri, ducând la erodarea părelelui osos ce le desparte de orbită, va avea repercusiuni imediate asupra conţinutului orbitei şi deci şi asupra globului ocular. Afecţiunile sinusurilor au însă repercusiune asupra orbitei şi ochiului nu numai prin distrugerea pereţilor ososi despărţitori şi invadarea consecutivă a orbitei, ci ele se propagă la glob şi orbită şi pe cale limfatică, dând leziuni cari la prima vedere par a nu avea nici-o legătură cu afecţiunea sinusală.

Astfel keratoconjuctivita zisa flictenulară ar avea uneori la bază ca factor determinant o sinusită fronto-maxilară, dar mai ales irita şi iridociclita sunt deseori consecinţele oculare a unei sinusite fronto-maxilare acute sau atenuate.

A. G. Wilde descrie o keratită provocată de proecţia de corpi streini care se ameliorează în repetate rânduri, dar nu se vindecă decât după deschiderea sinurilor maxilare bolnave.

Mournier-Kuhn şi **Eward** descriu anisocorie în cursul sinusitelor maxilare, pe care o explică fie printr'o acţiune directă asupra conductorilor simpatici sau parasimpatici, fie prin acţiune reflexă unilaterală, fie prin acţiune la distanţă asupra centrului cilio-spinal.

M. Jacob descrie deasemenea 2 cazuri de midriază unilaterală în cursul sinusitelor fronto-maxilare, asociate cu turburări de acomodaţie, punând aceste simptome pe socoteala unei infecţiuni şi a unei staze venoase a sinusurilor vecine, acţionând asupra neuronului periferic eşit din ganglionul oftalmic.

Cerise, Halphen, Varnet descriu nevrita optică şi tromboza venelor retiniene ca o complicaţie a sinusitei maxilare latente fungoase.

V. Fotiade descrie flegmonul orbitar, dacriocistite şi conjunctivite, irite, opacităţi cristaliniene şi ambliopii cu micşorarea câmpului vizual drept complicaţie a sinusitelor maxilare.

Coroidita nu rareori poate avea ca punct de plecare o sinusită şi e bine să fie căutat şi din acest punct de vedere, bolnavul la care nu s'a putut stabili etiologia coroiditei prin o deschidere la timp a unui sinus bolnav, putând ajunge uneori la o vindecare a acestei afecţiuni înainte de compromiterea definţiivă a vederei.

Nevrita optică, mai deasă în sinusitele posterioare (sinusită sfenoidală, celulită etmoidală), poate fi observată uneori fără alte leziuni orbitare şi în sinusitele fronto-maxilare. **Lagrange** şi **Mathieu** descriu un caz de nevrită optică la ochiul drept cu dispariţia completă a vederei şi care la radiografie prezintă o opacitate foarte accentuată a sinusului maxilar. După trepanaţia sinusului fără alt tratament, vederea redevine normală la ochiul drept în timp de 2 luni.

In ce priveşte repercusiunea sinusurilor posterioare asupra ochiului, literatura e plină de cazuri de nevrită optică vindecată după deschiderea acestor sinusuri bolnave. Ceva mai mult, unii autori (**Lupuţiu, E. Escat** şi **Frenkel**, etc.), descriu cazuri de nevrită optică retrobulbară

neînsoţite de nici-un simptom clinic sau radiologic din partea sinusurilor posterioare, vindecate după deschiderea acestor sinusuri, cu toate că la intervenţie sinusurile s'au găsit normale. Explică aceste rezultate printr'o acţiune vazomotrice reflexă, sau prin limforagie pituitară, limfaticele pituitare având strânsă legătură cu spaţiile subarachnoidiene.

Mai impresionante şi mai evidente din punct de vedere patogenic sunt afecţiunile oculo-orbitare, rezultate din propagarea prin continuitate la orbită a afecţiunilor sinusale acute sau cronice prin distrugerea pereţilor osoşi cari despart orbita de aceste sinusuri. In privinţa aceasta putem împărţi afecţiunile sinusurilor în trei mari grupe:

1) Mucocelul sinusului.
2) Tumori sinusale.
3) Afecţiuni inflamatorii acute (sinusite acute) sau cronice.

1) Mucocelul ar fi rezultatul unei afecţiuni atenuate a sinusului cu genă mecanică în evacuare (Paul Bonnet), care duce la distensiunea progresivă a sinusului, distrugerea pereţilor osoşi şi bineînţeles mai întâi a celor mai subţiri şi formarea unei pungi chistice. Cel mai des mucocel al sinusurilor exteriorizat la orbită sau periorbitar este acela al sinusului frontal. Mai sunt descrise mucocele a celulelor etmoidale cu evoluţie orbitară, n'am găsit însă în literatura consultată mucocel a sinusurilor maxilare evoluate spre orbită.

Prima manifestare a mucocelului frontal care interesează oculistul şi pentru care de regulă bolnavul cere ajutor medical, este tumefacţia regiunei supero-interne a orbitei. Dacă nu se intervine în acest stadiu, urmează deplasarea globului ocular în jos şi înafară, apoi exoftalmie, care poate fi aşa de pronunţată, încât pleoapele nu mai pot acoperi globul în timpul închiderii ochiului şi duce la ulcer lagoftalmic cu toate urmările neplăcute ale acestuia.

2) Tumorile sinusului, benigne sau maligne, fie că pleacă dela mucoasa sinusală, fie că pleacă dela pereţii sinusului, se manifestă orbitar în acelaş fel ca şi mucocelul, deci prin distrugerea peretelui supero-intern orbitar în sinusitele frontale sau infero-intern orbitar în sinusitele maxilare cu deplasarea globului în jos şi înafară, respective în sus şi înafară, exoftalmie. Diagnosticul diferenţiar între mucocel şi tumoră îl face radiografia, puncţia exploratoare şi biopsia.

3) Afecţiunile inflamatorii acute sau cronice ale sinusurilor se pot deschide în orbită prin distrugerea pereţilor osoşi despărţitori dând leziuni orbito-oculare grave. Ne vom ocupa aici numai cu sinusitele frontale şi maxilare, descriind mai întâi cazurile observate în serviciul nostru şi la urmă vom căuta să facem anumite consideraţiuni în legătură cu aceste cazuri.

Observ. 1. — M. Nicolae, de 55 ani, necăsătorit, de profesiune cerşetor. Intră în serviciu în 23 Mai 1939. Foaia de observaţie No. 212. Antecedente: anchiloză veche a genunchiului drept, tuşitor cronic, alcoolic şi tabagic.

Boala actuală datează de 2 săptămâni, când observă o tumefacţie la marginea superioară a orbtei drepte, roşie, dureroasă, care survine în urma unei boale generale febrile. Această tumefacţie se deschide spontan înafară, lăsând să se scurgă puroiu abundent. După evacuarea puroiului, fistula cutanată se închide şi bolnavul se crede vindecat, însă după 2 zile observă proeminenţa puternică a globului ocular înainte, nu poate închide ochiul, globul devine dureros, roşu, pierde vederea.

La intrare vederea stângă = numără degetele înaintea ochiului. Cicatrice cutanată a pleoapei superioare stângi aderentă la marginea superioară a orbitei. Exoftalmie pronunțată, lagoftalmie. Corneea prezintă un ulcer de mărimea și forma unui bob de linte, situat în sectorul inferior, ipopion care umple jumătate din camera anterioară. Mișcările globului păstrate, dar limitate în toate sensurile.

Reacția Wassermann negativă. Sedimentarea globulelor roșii 49 mm. pe oră. Eritrocite 4.260.000 pe mmc. sânge. Leucocite 7600 pe mmc. sânge.

Tablou sanguin:

Polinucleare neutrofile	nesegmentate	2%	48 %
	segmentate	46%	
eosinofile	. . . .	2%	
basofile	. . . .	0	
limfociți	. . . .	34%	
monociți	. . . .	16%	

Analiza urinei: puroi multe leucocite, celule epiteliale și globule roșii.

La radiografie se vede destrucție osoasă a marginei supero-interne a scheletului orbitei stângi.

La 30 Mai 1939, se face blefarorafie în 1/3 temporală redeschiderea fistulei, drenaj. Examen microscopic din puroi: nu se găsesc bacterii patogeni, numeroase leucocite și mucus.

Ulcerul cornean se cicatrizează sub blefarorafia permanentă, însă exoftalmia se menține, cu tot drenajul prin fistula redeschisă.

În 4 Iulie 1939, se face orbitotomie largă superonasală cu intenția de a face curetajul marginei orbitare. La orbitotomie însă se găsește peretele inferior al sinusului frontal complect distrus, se pătrunde în sinus, de unde se evacuează mult puroi fetid, se curăță repetat cavitatea sinusului și se lasă meșă de drenaj. Ca tratament local se fac spălături cu Rivanol 1/4000, meșă cu Rivanol 1/1000, general injecții cu Rubiazol. La examen microscopic nu se găsesc bacterii patogeni nici în puroiul evacuat din sinus.

Până în 13 Septembrie 1939, plaga se cicatrizează complect, exoftalmia dispare. Bolnavul părăsește serviciul cu blefarorafie în 1/3 temporală. De atunci n'a fost revăzută.

Cluj / Central University Library Cluj

Observ. 2-a. — C. Gheorghe de 17 ani, necăsătorit, electrician, internat în 10 August 1939, foaie de observație No. 306. Antecedente eredo-colaterale și personale fără importanță. Boala actuală debutează înainte cu 1 săptămână cu temperatură ridicată și cefalee. De 4 zile dureri mari orbitare la o. d., tumefacția accentuată a pleoapelor, a regiunei preauriculare și submaxilare drepte. La examen obiectiv pleoapele mult tumefiate, infiltrate, tegumentele roșii, căldura locală ridicată, durere spontană foarte mult accentuată prin palpație. Ganglionii auriculari și submaxilari măriți de volum, duri, aderenți în pachete, foarte dureroși la palpare. Ptoza pleoapei superioare edematiate. La îndepărtarea pleoapelor, globul exoftalm, conjunctivele ușor iperemice, chemozis a conjunctivei bulbare. Puplia în midriază, reflexele pupilare abolite. Mișcările globului foarte mult diminuate în toate sensurile. Temperatura 38—39° starea generală alterată, limba saburală.

Tratament local: Priesnitze. Tratament general: Chinin sulfuric per os, Rubiazol și Prontosyl în injecții.

În 12 August 1939, simte scurgere abundentă de puroiu din nara dreaptă, după care durerile se atenuiază, pentru a se exacerba din nou a 2-a zi. E trimis la serviciul otorino-laringologic, unde urmează tratament zilnic pentru drenajul medical al sinusului pe cale nazală.

La radiografie sinusul frontal opac, destrucție osoasă a peretelui supero-intern-orbitar, opacitate mai pronunțată a orbitei drepte.

Se insistă pentru trepanația sinusului, pe care rinologul o refuză. În 20 August 1939, corneea prezintă fisuri orizontale și verticale în forma de grilaj, cari interesează epiteliul și lamele superficiale corneene și se colorează cu fluoresceină. Acestea împiedică vederea fundului de ochi. Starea generală se menține proastă, febra ridicată.

În 25 August 1939, se face orbitotomie supero-nasală dreaptă, pătrunzând și în sinusul frontal. Se evacuează 50 cmc. puroi, se face pansament umed cu meșă uscată până în 5 Septembrie, când începe spălături cu Rivanol 1/4000 și

meşă cu Rivanol 1/1000. Plaga se cicatrizează de dinăuntru înafară până în 25 Septembrie. In 13 Octombrie motilitatea pleoapei superioare în mare parte refăcută, motilitatea oculară mult îndreptată, persistă încă uşoară ptoză şi uşoară exoftalmie Vederea temporal 5/60, oftalmoscopic aspect de atrofie optică.

Observ. 3-a. — S. Gheorghe de 14 ani, necăsătorit, copil de lucrător. Internat în 30 Ianuarie 8940, (foaia de observaţie No. 41). Antecedentele eredocolaterale şi personale fără importanţă.

Cu 1 săptămână înainte are temperatură ridicată, stare generală rea. După 3 zile de febră are dureri mari la o. d. tumefacţia pleoapelor.

Examen colectiv: V. o. d. = 5/6. V. o. s. = 5/4. Pleoapele o. d. puternic tumefiate, acoperă complect globul ocular care nu poate fi deschis spontan, tegumentele iperemice. Globul ocular exoftalm, chemozis a conjuctivei bulbare, mişcările globului limitate în toate sensurile, mişcarea de abducţie abolită. La palpare sensibilitate difuză a întregei orbite. Pupila în midriază reflexele pupilare abolite. Oftalmoscopic venele retiniene uşor dilatate. General: uşoară iperemie faringiană, raluri de bronşită. Adenită cervicală bilaterală.

Tratament local priesnitze, tratament general regim lactat hydric, pyramidon cu phenacetin şi coffein şi chinin per os, tablete Prontosyl per os şi injecţii Prontosyl intramuscular.

In 5 Februarie exoftalmia complect dispărută, afebril, starea generală bună. Părăseşte serviciul.

Revine în 13 Februarie: de câteva zile are dureri de dinţi, globul devine din nou exoftalm. V. o. d. = 5/8, V. o. s. = 5/4, Pleoapa superioară o. d. ptozată, tumefiată, mai pronunţat sub marginea orbitară în partea nasală, unde se termină în formă aproape emisferică, luând în totalitate aspectul de virgulă cu capul nasal şi coada temporal. Tegumentele roz-violace, sensibile la palpare, mai pronunţat sub marginea supero-internă a orbitei. La radiografie sinul maxilar drept opac. Face tratament zilnic la secţia oto-rino-laringologică în urma căruia edemul dispare, dispare şi exoftalmia, iar acuitatea vizuală redevine 5/4.

In 27 Februarie din nou exoftalmie, ptoza pleoapei superioare edem palpebral, chemozis, parulis a maxilarului inferior de partea stângă, deci opusă leziunei oculare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se insistă pentru tratarea sinusitei, se extrage molarul 2 inferior stâng bolnav, după care toate fenomenele se ameliorează progresiv, în 5 Martie edemul şi exoftalmia fiind complect dispărute. Părăseşte serviciul în 10 Martie cu motilitatea globului şi pleoapelor normale, vederea 5/4 la a. o. şi indicaţia de a continua tramentul sinusului maxilar până la vindecare. Bolnavul n'a mai fost revăzut.

Analizând aceste cazuri, observăm că în primele două, e vorba de sinusită frontală, care a distrus păretele osos despărţitor dintre sinus şi orbită, infecţia ducând astfel la un abces retrobulbar.

In primul caz observat infecţia e atenuată, are o evoluţie prelungită, aspectul clinic este mai mult acela a unui abces rece şi la început chiar se bănuia un abces retrobulbar consecutiv unei periostite orbitare tuberculoase, mai ales că bolnavul prezenta o anchiloză veche în poziţie vicioasă a genunchiului drept, precum şi o bronşită cronică veche. Leucocitoza uşor mărită, limfocitoza absolută şi relativă pledează tot în favorul unui abces rece. Radiografia încă nu exclude această posibilitate, numai intervenţia chirurgicală precizează că de fapt e vorba de o infecţie atenuată a sinusului frontal care a dus la perforarea în orbită şi la formarea unui abces retrobulbar, abces care supără pe bolnav mai mult prin acţiune mecanică: exoftalmie consecutivă cu lagoftamie şi ulcer lagoftalmic care-i cauzează dureri mari oculare şi perderea vederii şi care bineînţeles netratat la timp, ar fi putut duce la perforare şi panoftalmie.

In al doilea caz fenomenele sunt mult mai alarmante: febră, stare generală rea, edem roşu inflamatoriu al întregei regiuni, care ne sileşte

să intervenim prin deschiderea largă a orbitei şi drenaj. E vorba evident aici de o infecţiune mai virulentă a sinusului, care duce deasemenea la perforarea peretelui orbito-sinusal şi formarea unui abces retrobulbar, abces care de astădată prezintă o simptomatologie locală şi generală, mult mai alarmantă, fapt datorit cu siguranţă virulenţei mai mari a infecţiunii.

Ca repercusiune asupra globului ocular a acestui abces retrobulbar, sunt interesante alteraţiunile corneene observate la 10 zile după internare, deci cca la 24 zile dela perforarea în orbită a empiemului sinusal. Acestea constau în mici fisuri cari interesează epiteliul şi lamele superficiale ale corneei şi iau în totalitate aspectul de grilaj ale cărei bare sunt curbe, având raza de curbură mai mică spre centrul cornei şi progresiv mărită spre periferie, cu convexitatea îndreptată spre centrul corneei. Fiecare din aceste fisuri are deci forma unei fracţiuni de elipsă. Forma lor şi situaţia lor faţă de centrul corneei care rămâne clar între ele, ne explică destul de clar şi modul în care a fost produse. In adevăr nici nu se pot pune pe seama unei exoftalmii cu lagoftalmie, întrucât lagoftalmie nu a existat, pleoapa superioară ptozată acoperind în permanenţă globul ocular, care nu poate fi examinat decât prin ridicarea pasivă a pleoapei superioare. Producerea lor prin alteraţiuni trofice de origine nervoasă este negată chiar de regularitatea lor, ştiut fiind că alteraţiunile trofice nervoase a cornei (herpes, zona oftalmică), sunt caracterizate tocmai prin neregularitatea lor şi distribuţia lor capricioasă la suprafaţa corneei. Credem că aici e vorba de un proces mecanic rezultat din compresiunea puternică exercitată pe glob de colecţia retro-bulbară, care apasă puternic emisferul posterior al globului, până la nivelul inserţiei muşchilor drepţi şi oblici ai globului, a căror rezistenţă formează o centură de contrapresiune la nivelul equatorului scleroticei. In acest fel conţinutul elastic al globului ocular (vitros, umorul apos) e proectat spre polul anterior al sacului fibros format de sclerotică în care se inclavează corneea, ca o lentilă cu o rază mai mică de curbură. Această distensiune tinde să mărească raza de curbură a corneei şi să-i modifice forma, tendinţă care este mai pronunţată la faţa anterioară a corneei. Elasticitatea mică a epiteliului şi lamelor corneene face ca acestea să crape sub influenţa acestei presiuni.

Mai observăm în acest caz ptoza pleoapei superioare şi abolirea mişcărilor globului ocular în toate sensurile. Aceste fenomene pot fi produse prin 2 mecanisme: paralizia muşchilor drepţi, oblici şi ridicător al pleoapei superioare prin edem inflamator al ţisutului muscular care se află înconjurat de toate părţile de colecţia purulentă, sau prin paralizia nervilor oculomotori comun şi extern, cari deasemenea înnoată în cavitatea abcesului. Midriaza, abolirea reflexului foto-motor consensual şi de convergenţă ne arată în mod indubitabil alteraţia funcţională a nervilor, fără a exclude posibilitatea alteraţiilor muşchiulare, deci un proces combinat.

Influenţa asupra nervului optic. In primele zile de internare se observă doar o uşoară dilatare a venelor retiniene. Leziunile corneene împiedică urmărirea alteraţiilor fundului de ochi în timpul evoluţiei boa-

lei, iar după vindecare tabloul oftalmoscopic e acela de atrofie optică mai accentuată temporal. La părăsirea spitalului, bolnavul păstrează o acuitate vizuală temporală de 5/60, care credem că nu-i definitivă, cu timpul unele fibre nervoase putând să-şi recapete funcţiunea.

E incontestabil că o infecţie mai virulentă poate duce la flegmon orbitar, meningită, septicemie, şi exitus; deasemenea o nedeschidere a abcesului orbitar, chiar atenuat, se poate propaga la meninge dând meningită supurată sau, prin erodarea vaselor şi pătrunderea microbilor în circulaţie, poate provoca piohemie şi septicemie.

In al treilea caz, e vorba de un bolnav, care se prezintă cu exoftalmie, midriază, rigiditate pupilară, scăderea vederei, diminuarea mişcărilor globului, simptome cari apar brusc, însoţite de fenomene inflamatorii, deci fenomene cari denotă un proces inflamator difuz al orbitei, fenomene cari recidivează de 3 ori în curs de 2 luni şi cari sunt asociate cu empiem al sinusului maxilar de aceeaş parte şi dureri dentare în partea opusă. După un drenaj medical mai îndelungat al sinusului şi extragerea dintelui bolnav, aceste fenomene dispar definitiv, vederea redevenind normală.

Pare că în acest caz sinusita maxilară acută a provocat celulita orbitară descrisă mai sus, de astădată însă procesul inflamator a fost propagat la orbită pe cale limfatică, iar nu prin distrugerea peretelui osos despărţitor.

In literatură am mai găsit descrise asemenea cazuri. **Fage** încă descrie cazuri de acest fel, deosebind 2 forme clinice: fluxionară, care cedează la tratament medical, cum a fost cazul nostru şi o formă supurativă, care necesită debridări largi şi drenaj.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Albert Benoit descrie deasemenea un caz de exoftalmie intermitentă plecată dela o sinusită maxilară, care recidivează însă şi după rezecţia cornetului mijlociu şi drenajul sinusului, iar la control găseşte o etmoidită supurată după curetajul căreia fenomenele dispar definitiv, bolnavul recăpătându-şi vederea. El atribuie fenomenele oculare etmoiditei posterioare cu caracter intermitent, notând că recidivele sunt din ce în ce mai grave, putând duce la flegmon orbitar şi meningită. In cazul nostru celulele etmoidale nu au fost prinse, iar bolnavul se vindecă după tratamentul medical al sinusitei maxilare, ceeace denotă că sinusita maxilară singură e în stare să provoace celulita orbitară intermitentă, fără a fi nevoie de o propagare a procesului inflamator prin celulele etmoidale, ci propagarea putându-se face direct dela sinus la orbită pe cale limfatică.

In ce priveşte legătura afecţiunei dentare cu sinusita maxilară sunt descrise în literatură şi cazuri de sinusite maxilare provocate de o carie dentară de partea opusă, dar e vorba de carii dentare în maxilarul superior. Cazul nostru a prezentat însă o carie dentară contralaterală în maxilarul inferior, perioadele de dureri dentare coincizând cu exacerbarea fenomenelor de celulită orbitară, fenomene cari nu mai recidivează după avulsia dintelui, însă între timp şi mult timp după îndepărtarea dintelui bolnav, sinusul maxilar a fost tratat medical. In ce priveşte legătura cauzală între aceste fapte, nu putem afirma că situaţia ar fi fost întreţinută de un dinte din maxilarul inferior de partea opusă, citâm faptul numai ca o coincidenţă curioasă.

Iată deci 3 aspecte diferite de manifestaţiuni orbitare a sinusitelor frontale şi maxilare. Din aceste forme cea mai benignă pare a fi exoftalmia fluxionară, care ar fi primul studiu al infecţiunei orbitare ce pleacă dela sinus şi în special dela sinusul maxilar. In ce priveşte sinusul frontal, această exoftalmie fluxionară pare a fi inexistentă, sau în tot cazul formează o etapă foarte scurtă în evoluţia ulterioară a complicaţiei orbitare. In adevăr în sinusita frontală puroiul din sinus prin forţa gravitaţiei apasă direct asupra peretelui osos despărţitor de orbită, uşurând şi accelerând în acest fel foarte mult erodarea acestui perete şi scurgerea de puroi în interiorul orbitei, deci trecerea la al doilea stadiu, care după virulenţa microbilor şi rezistenţa organismului, poate fi abcesul retrobulbar sau flegmonul orbitar.

Din cazurile noastre se vede clar marea importanţă pe care o au aceste 2 fapte: rezistenţa organismului şi virulenţa microbilor. In primul caz se formează un abces retro-bulbar care deranjează bolnavul numai prin efectele mecanice pe care le produce şi care se instalează insidos, fără reacţii generale importante şi care permite bolnavului să neglijeze afecţiunea, consultând pentru complicaţiile acestei afecţiuni, în speţă ulcerul cornean lagoftalmic. In al doilea caz însă atât fenomenele locale cât şi starea generală sunt dela început alarmante şi se menţin alarmante până la deschiderea şi drenajul abcesului orbitar şi al sinusului. Cu siguranţă un grad mai avansat de virulenţă sau o scădere a rezistenţei organismului poate să ne arate tabloul flegmonului orbitar cu sau fără complicaţii meningeale sau septicemice.

Cazurile noastre ne mai arată că în caz de exoftalmie fluxionară, tratamentul medical al sinusitei duce la dispariţia fenomenelor oculare, pe când în cazurile de abces orbitar tratamentul medical e fără nici un rezultat. In adevăr în aceste cazuri secreţia purulentă care a coborît din sinus urmând calea declivă şi s'a colectat dinapoia globului ocular, nu poate urma calea inversă spre sinus şi nas, ci colecţia stagnează continuându-şi opera destructivă şi făcând astfel necesară orbitotomia pentru drenaj, orbitotomie care poate fi şi o cale de drenaj a sinusului respectiv când e vorba de sinusul frontal.

In evoluţia acestor afecţiuni observăm următoare complicaţii din partea globului ocular:

1) Ptoza pleoapei superioare, datorită unei alteraţiuni musculare sau nervoase şi care e prezentă în toate cazurile de abces, prezentă uneori în caz de exoftalmie fluxionară.

2) Paralizia muşchilor drepţi şi oblici de origină nervoasă, musculară sau combinată, cu rigiditatea globului şi diplopie în cazul când vederea e încă păstrată.

3) Paralizia sfincterului pupilar şi rigiditate pupilară cu midriază din partea afectată.

4) Nevrita optică cu atrofia nervului optic în cazurile unde nu s'a intervenit la timp, nevrită reversibilă însă în cazurile unde intervenţia s'a făcut precoce şi în cazurile de exoftalmie fluxionară vindecată prin tratament medical.

5) Exoftalmia cu sau fără lagoftalmie, ulcer lagoftalmic, care poate fi complicat cu panoftalmie, iar în cazurile unde nu există lagof-

talmie, fisuri mecanice în straturile anterioare ale corneei, cari credem că şi ele ar putea favoriza producerea unui ulcer cornean prin infecţie secundară.

6) Se mai citează în literatură panoftalmia prin pătrunderea agenţilor microbieni din abcesul retrobulbar pe la polul posterior, prin teaca nervului optic sau prin locurile de eşire a venelor vorticoase.

Ca tratament credem absolut indicat în caz de abces, deschiderea chirurgicală a abcesului orbitar, însoţită de deschiderea şi drenajul sinusului afectat pe cale orbitară, când e vorba de sinus frontal şi de deschiderea pe cale endo-nasală sau bucală (fosa canină) când e vorba de sinusul maxilar.

În caz de exoftalmie fluxionară, când peretele orbitar despărţitor nu e în comunicare directă cu sinusul afectat, se poate încerca obţinerea vindecării prin tratament medical al sinusului respectiv, dacă exoftalmia cedează din primele zile de tratament şi acuitatea vizuală se ameliorează. Dacă în cursul tratamentului medical al sinusului acuitatea vizuală nu se ameliorează şi mai ales continuă să scadă, e o indicaţie absolută pentru tratamentuul chirurgical radical al sinusului, aceasta poate salva vederea ochiului afectat.

BIBLIOGRAFIE

M. Fage: Consideraţiuni asupra celulitelor orbitare. Comunicare la Societatea Franceză de Oftalmologie, Paris, Mai 1928. Archives d'ophtalmologie, 1928. — **E. Escat şi H. Frankel:** Asupra câtorva cazuri de nevrită optică vindecată prin ablaţia cornetului mijlociu urmată de trepanaţia sinusului sfenoidal. Arch. d'ophtalmologie, 1928. — **Lagrnage şi P. Mathieu:** Nevrită optică şi sinusită maxilară de origină dentară. Comunicare la Soc. Franceză de Oftalmologie, Paris, Iulie, 1927. Arch. d'ophtalmologie, 1928. — **A. G. Wilde:** Keratită recidivantă secundară unei sinusite maxilare. Medical Corps, Washington, recenzat în Arch. d'ophtalmologie, 1928. — **Cerise, Ramadier şi Guillon:** Cécitate unilaterală, empiem închis, latent a unei celule etmoidale posterioare. Deschidere chirurgicală, vindecare. Revue d'oto-neuro-ophtalmologie, 1934, recenzat în Annales d'oculistique, 1935. — **I. Lupuţiu:** Complicaţiile oculare ale sinusitelor posterioare latente. Teză de doctorat la Facultatea de Medicină din Cluj, 1927. — **Cantonnet şi Ramadier:** Sinusită sfenoidală latentă adevărată. Cécitate unilaterală, trepanaţie, vindecare. Societatea de oftalmologie, Paris, Mai, 1926. Arch. d'ophtalmologie, 1926. — **Paul Bonnet:** Mucocel gigant al sinusului frontal. Societatea de oftalmologie, Lyon, 1935. Annales d'oculistique, 1936. — **V. Fotiade:** Sinusitele maxilare, Bucureşti, 1926. — **J. Bourquet şi E. Haas:** Sinusită fronto-etmoidală exteriorizată. Societatea de oftalmologie, Paris, Ianuarie, 1935. Annales d'oculistique, 1935. — **Mounier Kuhn şi Eward:** Anisocorie şi sinusită maxilară. Revue d'oto-neuro-ophtalmologie, recenzată în Annales d'oculistique, 1937. — **Iacob:** Midriază legată de evoluţia sinusitelor acute supurate frontală şi maxilară. Revue d'oto-neuro-ophtalmologie, recenzată în Annales d'oculistique, 1937. — **G. Worms:** Sindrom oculo-hypofisar consecutiv unei sinusite sfenoidale supurate, examen anatomic patologic. Arch. d'ophtalmologie, 1936. — **Păcurariu:** Edem papilar de origină rinogenă. Societatea Ştiinţelor Medicale din Cluj, 1939. Clujul Medical, 1939. — **Goerlitz:** Exoftalmie recidivantă şi pliuri retiniene datorite unui empiem a sinusului frontal. Klinische Monatsblatter für Augenheilkunde, 1928. Recenzat în Arch. d'ophtalmologie, 1930. — **Cérise şi Halphen:** Nevrită optică cu tulburări de circulaţie venoasă a retinei, complicaţie sinusitei maxilare latente Soc. de oto-neuro-oftalmologie, Paris, Mai, 1931. Arch. d'ophtalmologie, 1931. — **Rollet Sergnon şi Colrat:** Irită şi irido coroidită prin sinusită posterioară. Societatea de oftalmologie, Lyon, Noembrie 1925. Arch. d'ophtalmologie, 1926. — **Albert Benoit:** Exoftalmie întermitentă de origine nazală. Arch. d'ophtalmologie, 1926. — **M. Léger:** Canalul optic şi raporturile sale cu sinusurile posterioare. Teză

din Strasburg, recenzată în Arch. d'ophtalmologie, 1926. — T. Moulines: Supurațiunile oculare consecutive empiemului frontal. Teză din Lyon, recenzată în Arch. d'ophtalmologie, 1926. — Popoviciu V.: Afecțiunile oculo-dentare, Viața Medicală, 1928.

Beiträge zum Studium der Augenkomplikationen nach Sinusitis frontalis und mexillaris in Zusammenhang mit 3 beobachtenten Fällen.

Verfasser beschreiben 2 Krankangeschichten von orbitalem Abzesse, die nach perforierender Sinusitis frontalis entstanden und einen durch Sinusitis maxillaris verursachten Fall von fluxionären Exophthalmie. Heben die Benignität der fluxionären Exophthalmie hervor, die sich nach medikamentöser Behandlung des Sinus und nach Priesnitzanwendungen bis auf restitutio ad integrum heilt. Die retrobulbäre Abzesse benötigen dagegen einen chirurgischen Eingriff. Nach einem solchen Eingriff bleibt einer der Pazienten mit einem grossen Leukoma corneae als Folge eines lagophthalmischen Ulcus, während der Andere mit einem 5/60 Visus durch die postneuritische Atrophie. Betont wird die Wichtigkeit der mikrobiellen Virulenz und die Wiederstandsfähigkeit des Organismus bei dieser Krankheit. Beschreiben Kornealrisse in den vorderen Schichten, die durch den Druck des angesammelten Eiters auf den hinteren Polus des Auges hervorgerufen wird. Verf. empfehlen die chirurgische Eroffnung auf orbitalem Wege in alljenen Fällen, wo der Abzess aus der Sinus frontalis ausging, und die Eröffnung der Abzesse auf nasalem Wege oder durch die fossa canina in jenen Fällen die vom Sinus maxillaris entstehen. Ebenso wird die chirurgische Behandlung in jenen fluxionären Exophthalmien empfolen, die der medikamentösen Behandlung des Sinus binnen kurzer Frist nicht zurückgehen, um das Sehvermögen des angegriffenen Auges retten zu können.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

I contributi al studio dalle complicazioni oculari degle sinusite frontale e mascelle nel legame con tre casi observati.

Gli autori publicano due observazioni d'un ascesso altagliante dop'una sinusita frontale perforata nella orbita e un caso d'exoftalmia flussionaria, consecutiva d'una sinusita mascella. Nel legami con questi casi nota benignitato d'exoftalmio flussionaro che si gaurire per „restitutio ad integrum" dopo il tratamento medicale del sinuso e dopo l'aplicazione locale del „Priesnitz „nel impedimento con gli ascessi retrobulbari, che necessita un intervenzione chirurgicale e dopo chi un malato rimane con un grande leucone corneano in seguito d'uno ulcesso lagoftalmico mentre l'altro con la vista diminuita a 5/60 in seguito d'atrofia optica postnevritica. Nota l'importanza della virulenza microbiana e della, resistenza del organismo in questa malatia. Descrive i fissuri negli strati anteriori della cornea truttato pre una oppressione della collezione sopra il polo posteriore del globo. Recomando l'apertura chirurgicale nel cale orbitaro nel tutti casi d'ascesso del sinuso frontale e l'apertura nel cale nasale oppure per le fossa canina degli ascessi abbassati dal sinuso mascello come il trattamento chirurgicalo nel exoftalmie fiussionare chi non cedano a il trattamento medicalo del sinuso nell'una perioda corta del tempo per salvare la vista dell'occhio affettato.

Contributions a l'étude des complications oculaires de la sinusite frontale et maxillaire après trois cas observées.

Les auteurs publiquent 2 observations d'abcès orbitaire d'après une sinusite frontale perforèe dans l'orbite et un cas d'exophtalmie fluxionaire con-

secutive a une sinusite maxillaire. On remarque la benignité d'exophtalmie fluxionaire, qui se guèri par restitutio ad integrum aprés le traitement medical du sinus combiné avec les aplications locale des Priesnitz's en opposition avec les abcès rétrobulbaires, qui necessitent l'intervention chirurgical. Après cette intervention chirurgical l'un des malades reste avec un grand leucom cornéen à la suite d'un ulcer lagophtalmique et l'autre garde la vue diminuée à 5/60 à la suite de l'atrophie optique postnevritique On remarque l'importance de la virulence miorobienne et de la résistance de l'organisme dans cette affection. On décrit des fissures dans les couches antérieuers de la cornée produites par la pression de la collection sur le pôle postérieur du globe. On insiste sur l'ouverture chirurgicale par la voie orbitaire dans tous les cas d'abcès provenues du sinus frontal et sur l'ouverture par la voie nasale ou par la fosse canine des abcès d'origine maxillaire, de même on recommande le traitement chirurgical dans l.exophtalmie fluxionaire, qui ne cédent pas aux traitements medicaux du sinus pendant une courte période de temps pour sauver la vue de l'oeil affecté.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Stări de epuizare și excitație 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 și 10 ccm.

București: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102

SANDOZ

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse

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

Digitized by / Central University Library Cluj

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

O RECIDIVA FOARTE TARDIVA LA UN CANCER GASTRIC OPERAT

de

D-r CORNELIU TODEA

Medic primar de spital -Turda

Se face descrierea clinică şi radiologică a unui caz operat de neoplasm al stomacului şi care a recidivat după 11 ani dela data intervenţiei chirurgicale, făcând şi-o metastază în coloana vertebrală.

Cazurile de cancer gastric operat astăzi formează un capitol foarte bogat şi totodată marchează un succes vădit al chirurgiei asupra acestei boale maligne. Supravieţuirile după această operaţie astăzi se socotesc dela cinci, şapte şi până chiar la zece ani. Cazul pe care o să-l discut în cadrul acestui articol, iese din comun, prin faptul că recidiva şi metastaza din coloana vertebrală s'a întâmplat după 11 ani dela data rezecţiei gastrice, care s'a executat pentru un neoplasm gastric.

Multă vreme s'a admis aproape ca o dogmă în medicină că, dacă dela data operaţiei a trecut un maximum de şapte ani şi nu s'a întâmplat nici-o recidivă neoplazică, bolnavul era considerat vindecat. Iată însă cazuri când aceste procese maligne după un interval de latenţă de 11 ani se pot redeştepta la activitate şi pot metastaza.

Cazul pe care-l descriu după o suferinţă de câteva luni, având dureri localizate în epigastru, cari erau ritmate de alimentaţie şi însoţite de toată gama de turburări dispeptice ca: balonări, piroze, rigurgitări şi vărsături, în plus având un caracter de periodicitate, a fost diagnosticat ca ulcer gastric. Tratamentul medical aplicat pe lângă un regim alimentar special, n'au îmbunătăţit starea bolnavului.

I s'a propus intervenţia chirurgicală pe care bolnavul a acceptat-o şi care s'a executat la un sanatoriu din Cluj. La intervenţia operatorie i s'a constatat un neoplasm gastric care a fost extirpat, realizându-se o rezecţie gastrică. După operaţie, bolnavul în scurt timp îşi recâştigă greutatea şi forţele fizice şi-şi poate relua ocupaţia în condiţiunile cele mai optime. Această stare de bine se păstrează până în toamna anului 1939. Dela această dată, bolnavul în mod insidios remarcă că-i slăbeşte forţele fizice şi începe să devină palid şi mai ales aceasta o remarcă familia. Ocupaţiunea, care altă dată îi făcea plăcere, o execută cu multă greutate şi devine foarte susceptibil şi nervos în profesiunea sa de comerciant. Totodată remarcă, că se

prezintă în mod lent o inapetență; la început electivă asupra grăsimilor și cărnii, pe urmă și pâinea o consumă cu dificultate. Această inapetență se însoțește de ușoare tulburări dispeptice, dintre care mai ales era accentuată balonarea postprandială, regurgitări amare și o jenă persistentă în epigastru. Tratat fiind la început cu tonice și eupeptice, remarcă ca acțiunea acestora este foarte ștearsă. Greutatea și forța fizică nu mai sporește. Consultat radiologic nu se constată din partea stomacului operat nimic deosebit. Alarmat totuși, mai ales de turburările sale digestive care îi reaminteau întocmai pe ccele dela începutul declarării boalei pentru care a fost operat, m'a consultat. La întâiul examen pe care l-am executat, am constatat următoarele: este vorba de un bolnav de 61 de ani, slăbit, cu umerii obrajilor cari ier foarte mult în evidență, iar culoarea tegumentelor este de o paliditate murdară. Din partea aparatului respirator și cardio-vascular, nu se constată în afară de sufluri fine, anemicce la toate focarele inimii, nimic remarcabil. La examenul abdominal, pe cicatricea operatorie se palpează o rezistență de cordon, care la o palpare mai profundă este sensibilă.

Bolnavul dorind să se interneze într'un serviciu clinic pentru observație, l-am sfătuit să intre în serviciul clinicii medicale din Cluj. După ce a stat sub observație aici câteva zile, s'a reîntors pentru a sta din nou sub tratamentul meu medical. Coroborate datele mele clinice de laborator cu cele ale clinicei medicale, se constată ca la pasagiul cu masa opacă a stomacului, apare o cavitate gastrică biloculară din care punga inferioară prezintă margini foarte neregulate, parte care este absolut rigidă și la nivelul căreia nu se percepe nici o contracțiune peristaltică. In această regiune se palpează o rezistență sensibilă. Aciditățile sucului gastric sunt absente. Hemograma arată un număr de 3.800.000 de hematii pe milimetru cub, cu o hemoglobină de 60% și cu un tablou leucocitar normal.

Examinarea chimică pentru hemoragie ocultă în scaun este pozitivă. Tot acest cadru de simptome și de rezultate de laborator, pledează pentru un proces malign a cavității gastrice. I-am aplicat o serie de injecții de fier intravenos și i-am prescris pe cale bucală un pansament gastric alături de soluție de acid clorhidric cu pepsine. Starea generală a bolnavului nu se resimte însă deloc sub tratament. Forțele fizice scăzând tot mai mult, bolnavul este silit să stea în repaus cât mai mult, din cauză că orice efort îl epuizează la maximum. In decursul vizitelor pe care le făceam acasă, bolnavul îmi atrage atenția asupra faptului că simte o amorțeală supărătoare în ambele gambe. După aceasta la scurt interval se prezintă dureri la ambele articulații ale genunchilor. Aceste dureri uneori sunt foarte violente, încât nu poate să se odihnească din cauza lor. La examenul obiectiv al extremităților inferioare nu se constată nimic de remarcat, decât o sensibilitate asupra masselor muschiulare gemelare. Turburările dispeptice se complică cu vărsături foarte rebele. La început aceste vărsături sunt mucoase, filant, ca pe urmă să devină alimentare. Uneori culoarea vărsăturilor este brună închisă, semănând net cu drojdia de cafea. Bolnavul sufere de o constipație foarte rebelă încât nici clizmele nu prea sunt cu efect. Slăbirea fizică a bolnavului progresează încât se poate vorbi de emaciere. La scurt interval după aceasta se prezintă dureri cu caracter de sciatică bilaterală de o intensitate foarte mare încât devin insuportabile. Punctul de plecare a acestor dureri e în regiunea sacro-lombară care la palpare este așa de dureroasă încât bolnavul reacționează printr'un plâns sfâșietor. Aceste dureri intră pe primul plan și trebuiesc tratate cu calmante puternice. Se face o radiografie a coloanei vertebrale sacro-lombare. Aspectul radiologic al ultimei vertebre lombare a cărei desemn osos aproape este dispărut, pledează pentru un proces invadant a acestei regiuni. Datele clinice alături de cele radiologice, cari nu sunt tocmai caracteristice, vorbesc pentru o spondilopatie care în cazul nostru se datorește unei metastaze maligne în această regiune a coloanei vertebrale. Se indică bolnavului să urmeze câteva ședințe de radioterapie, care însă observând că accentuiază durerea au fost refuzate de bolnav să le mai continue. Dela această dată durerile din membrele inferioare deveniră tot mai accentuate, având un caracter fulgurant, iară vărsăturile și durerile din etajul superior abdominal fiind și ele foarte violente, se administrează bolnavului injecții calmante de

Dilaudid şi morfină cari se dau în doze crescânde. Bolnavul ajunge la o emaciere profundă, într'o stare de adevărat marazm în care stare sucombă, stingându-se cu adevărat ca o lumânare.

BIBLIOGRAFIE

Marcel Labbé et G. Vitry: Pathologie medicale. (Maladies de L'appareil digestif). **Maurice Loeper:** Therapeutique Medicale, (Tube digestif). — **Moreau:** Analysees Medicales. — **Louis Ramond:** Ulcero-cancer gastrique. (Conferences de Clinique Medicale practique). — **Louis Ramond:** Le cancer de l'estomac. (Conferences de Clinique Medicale practique). — **Touraine:** Syphilis et cancer. — **Chaoul H. und A. Adam:** Das Magenkarzinom im Röntgenbild, 1930. — **Kurthzahn:** Unsere Bewetung der Röntgen diagnostik des Magenulkus und Magenkerzinomus. — **Stielin:** Die Röntgen diagnose des Magenkarzinomus. — **Schinz W., Baesch und E. Friedl:** Lehrbuch der Röntgen diagnostik. (Schelett).

On fait la description clinique et radiologique d'un cas opéré de néoplasme de l'estomac et qui a récidivé 11 ans après la date de l'intervention chirurgicale, se compliquant encore, d'un métastase dans colone vertébrale.

Klinischer und Radiologischer Bericht über einem operierten Magen neoplasm (Magen Krebs) welcher recidiwierte nach 11 Iahre nach der Chirurgische Operation, zur gleichre Zeit durch Bildung einer Metasstase in der Wierbelseule.

Attuare la descrizione clinica e radiologica di un stomaco operato de neoplasma, il quale hà recidivato dopo 11 anni della operazione chirurgicale, facenda anchèè metastasi nella colonna vertebrale.

DESPRE RESORBȚIA VITAMINEI C (ACID ASCORBIC) PRIN GINGIE

de

D-r MED. GERHARD FRANKE ȘI DRD. KARL SCHONWIESE

Zahnärztliche Rundschau 1940, No. 29, coloana 1070-1072

Cam la 48 ore după ce s'a făcut saturația organismului cu vitamină C prin administrare bucală de **Cebion** tablete, autorii au masat la 10 persoane de încercare, după o curățire mecanică radicală a gingiei, pastă de Cebion timp de 10 minute în gingie, după care au lăsat pe bolnavi să scuipe pasta. la toate persoanele de încercare s'a putut constata o mărire puternică a puterii reductoare în urina proaspătă. După terminarea mesajului cu paste s'a așteptat apoi până la dispariția la zero a puterii reductoare din urină și s'a masat din nou pasta, fapt după care a urmat din nou fără excepție o creștere a puterii reductoare a urinei. Din cercetările lor autorii trag concluzia, că gingia oferă o bună posibilitate de rezorbție pentru vitamina C și că în maladii ale paradentiumului tratamentul local este de mare importanță.

CONTRIBUȚIE LA TRATAMENTUL GOLIRII ACCELERATE A STOMACULUI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de

D-R FRITZ CECERLE

Wiener klinische Wochenschrift 1940, No. 34, pag. 689

La o pacientă cu anus contra naturii praeter după o amputație de rect, a survenit o motilitate gastrică așa de accelerată, încât mâncărurile erau eliminate aproape imediat după ingerarea lor, prin orificiul colostomiei. Umplerea stomacului cu Bariu era imposibilă, deoarece se instala imediat un peristaltism puternic, gonind fără nici-o piedică prânzul opac prin pilor și eliminându-l prin orificiul artificial de golire chiar în timpul examenului radiologic. Starea de epuizare totală a pacinetei necesită măsuri terapeutice urgente. Injecții cu adrenalină. au realizat după cum arată examenul radiologic, închiderea pilorului ferind astfel golirea imediată a stomacului. Din cauză că adrenalina trebuia să fie administrată numai injectabil, cât și din cauza că efectul foarte fugar s'a înlocuit adrenalina cu tablete de **Ephetonină** de 0,05 g. Era suficientă luarea unei tablete de Ephetonină la prânzurile mari pentru ca mâncărurile să fie reținute 3—4 ore și apoi să se elimine încet prin orificiul colostomiei fără ca să se înrăutățească starea. Pacienta a fost concediată într'o stare bună putând să renunțe chiar la sfârșit la întrebuințarea Ephetoninei, fapt din care autorul trage concluzia că tonusul, peristaltismul și pilorul și-au revenit din nou într'o bună stare de funcțiune.

REZULTATELE GENERALE ALE RECENSĂMÂNTULUI MEDICILOR

D. prof. dr. P. Tomescu, ministrul muncii, sănătății și ocrotirilor sociale, a făcut reprezentanților presei următoarele declarații asupra recensământului medicilor:

„**Rezultatele recensământului general al medicilor** făcut în ziua de 15 Martie crt., fiind centralizate și totalizate suntem în măsură să le comunicăm publicului, doritor să cunoască situația unei profesiuni atât de strâns legată nu numai de viața colectivă a populației, dar de sănătatea fiecăruia dintre noi.

DATELE MAI IMPORTANTE ALE RECENSAMANTULUI

Numărătoarea exactă a tuturor medicilor din țară a arătat că avem un total de 8421 medici, dintre care 7009 bărbați și 1412 femei.

In raport cu origina etnică avem: 5671 români; 2089 evrei; 490 germani; 71 unguri; 25 armeni; 16 greci și 59 alte naționalități.

In ceeace privește repartiția medicilor în diferite regiuni ale țării: un număr de 5260 medici locuesc în orașele municipii, 1641 locuesc în celelalte orașe ale țării și numai 1520 medici au reședința în localități rurale. Dintre medicii recenzați în municipii, 3115 locuesc în Capitală, 441 în muncipiul Iași, 326 în Sibiu, 290 în Timișoara.

Ceea ce isbește pe cercetătorul acestor cifre este contrastul dintre numărul medicilor cari activează în orașe și acei cari lucrează în mediul rural.

In adevăr, în municipii și orașe, pentru 2.572.427 locuitori avem 6901 medici, iar în sate pentru 10.726.758 locuitori avem numai 1520 medici.

Ceea ce se cunoștea până acum intuitiv și aproximativ se știe acum precis și categoric.

In afară însă de aceste preciziuni, privitoare la repartiția medicilor în mediul urban și rural al țării, recensământul medicilor ne-a mai lămurit și asupra altor probleme ale corpului nostru medical.

Repartiția medicilor după situația în profesiune, după specialitate, după situația militară și după etate, vor fi elemente ce ne vor ajuta să organizăm mai bine asistența medicală din țara noastră.

De altfel Ministerul Sănătății va imprima în curând un ANUAR AL MEDICILOR.

RECENSĂMÂNTUL

Executat la

Nr. curent	JUDEŢE ŞI MUNICIPII	TOTAL MEDICI	Pe sexe B.	Pe sexe F.	DUPA SPECIALITATEA CE PRACTICA EFECTIV Medicină generală	Sanitari-igieniști	Interne	Chirurgie	Otorinolaringologie	Stomatologie	Boli de copii	Laborator	Genito-urinare	Derm.-venerice	Radiologie	Oto-Rino-Laringologie	Oftalmologie	Nervoase	Mintale	T. B. C.	Ortopedie	Balneologie	Contagioase	Boli de cord	Alte boli
	ROMÂNIA . .	8421	7009	1412	1720	1483	1494	691	582	586	286	262	165	248	179	177	138	104	49	114	20	21	33	10	53
1	Alba	80	76	4	25	24	6	9	4	6										3					
2	Arad	78	70	8	26	40	2	2		6	1		1							2					
3	Argeş	80	70	10	17	21	15	10	1	5	1	1		2	1	1									
4	Bacău	131	113	18	48	27	18	4	8	9	5	2	1	1	2	3	2								1
5	Baia	48	43	5	13	17	7	3	1	2				1	1										
6	Bihor	49	46	3	13	28		3		4										3					
7	Botoşani . .	89	78	11	26	21	14	5	6	6	1	1		1	2	2	3								
8	Brăila	27	25	2	3	19		3	1				1										1		
9	Braşov	38	36	2	15	20	1			2															
10	Buzău	98	87	11	16	32	22	8	3	5			1			3	1		1	1			2		1
11	Caraş	68	63	5	11	26	8	8	1	5	1	1		1			1			3		1			
12	C.-Lung . . .	59	52	7	21	19	6	2	2	6	2														
13	Constanţa . .	52	46	6	7	27	8	5																	
14	Covurlui . .	16	14	2	4	11		1									1			1	3				
15	Dâmboviţa .	92	78	14	6	31	26	7	5	4	1	3	1	1	1	2	3								1
16	Dolj	52	44	8	12	35	3	2																	
17	Dorohoi . . .	51	48	3	18	20	6	1	2	2	1														
18	Făgăraş . . .	33	30	3	8	17	2	2		2			1			1									
19	Fălciu	28	22	6	10	13	2	1		1															1
20	Gorj	48	40	8	5	25	4	3											1						
21	Hunedoara .	150	131	19	36	48	19	11	6	14	4	1				1	2	1		1					1
22	Ialomiţa . . .	64	53	11	14	29	8	7		2	1	1		3		1	2								
23	Iaşi	43	33	10	9	26	3	1		1								1		4		1			
24	Ilfov	59	45	14	14	41	3		1							1									
25	Mehedinţi . .	83	69	14	21	34	6	8	2	3	1									2					
26	Muscel	48	42	6	13	18	4	7		2				2	2	2			1						1
27	Neamţ	90	74	16	30	17	14	7	4	4		1					1								
28	Olt	41	38	3	8	23	5	3			1									2					
29	Prahova . . .	101	86	15	32	32	11	4	5	4	2	1				1	2			8					
30	Putna	100	88	12	41	25	11	9	3	4	2	1								1					
31	Rădăuţi . . .	53	50	3	21	13	1	4	2	4	2	1				1				3					
32	Roman	81	67	14	26	21	11	6		3	2	1				3	2								
33	Romanaţi . .	53	42	11	1	34	11	4		1	1					2	1	1		1					
34	R.-Sărat . . .	42	33	9	7	21	8	2	1							1	5								
35	Severin . . .	113	100	13	42	30	7	8	2	3	5	1	1	4	2	1									
36	Sibiu	31	30	1	8	19	1				1					1		1		1					
37	Suceava . . .	47	40	7	13	13	4	3	4	4	1						1		2						
38	Târnava-M. .	91	90	1	23	27	7	15	5	9	2			1	1					1					
39	Târnava-M. .	62	54	8	12	29	5	3	1	7							1		1	2		1			
40	Tecuci	44	37	7	18	16	5	1	1	1			1												
41	Teleorman .	56	47	9	15	30	4	4		1	1			1											
42	Timiş	167	157	10	83	64	1	4		12						1			1			1			
43	Tulcea	41	34	7	8	23	3	3		1				1											
44	Turda	90	86	4	24	39	9	6	3	6			1	2			1			1			1		
45	Tutova . . .	52	42	10	11	18	10	5	3	2			1	1											
46	Vâlcea	59	50	9	3	30	8	8	2	2	1	1		1	2		1								
47	Vaslui	34	26	8	10	16	4	2		2													1		
48	Vlaşca	49	45	4	8	27	4	4	1	2					2										
1	Alba-Iulia . .	39	34	5	6	7	7	1	2	6		2	2	1		1				1		1			2
2	Arad	182	164	18	44	9	20	20	19	18	11	2	1	14	4	6	4	3	2	4					1
3	Brăila	93	79	14	24	8	25	5	6	5	1	3	4	4	2	2	2	1		1					
4	Braşov . . .	189	166	23	22	13	37	22	14	20	10	3	1	18	6	7	6	1		7		1		1	1
5	**BUCUREŞTI**	311	2431	684	439	120	758	260	343	254	138	144	123	108	90	79	57	57	31	30	4	12	9	8	38
6	Constanţa . .	119	104	15	24	12	31	9	8	7	4	5	2	4	2	2	3			2	1		1	1	1
7	Craiova . . .	140	118	22	22	10	34	9	11	9	5	4	3	6	6	7	4	1		5			3		1
8	Galaţi	182	155	27	25	11	47	22	15	13	8	8	3	5	5	5	4	2		5			3	1	1
9	Iaşi	441	342	99	117	23	77	40	26	20	18	35	5	19	9	11	12	13	4	5	2		3		2
10	Ploeşti	144	113	31	33	4	30	19	11	15	9	5	3	1	3	4	2	1		2			1		1
11	Sibiu	326	278	48	53	17	49	35	20	26	15	20	2	22	12	14	9	19	3	5		1	1		3
12	Timişoara . .	290	255	35	60	13	42	27	27	34	27	6	2	19	6	9	6	2		9			1		

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ENERAL AL MEDICILOR

5 Martie 1941

DUPĂ ORIGINEA ETNICĂ												FUNCȚIONARI LA:							REȘEDINȚA			ÎN PROCEN.		Populația la 1 Sept. 1940	
Români	Evrei	Germani	Unguri	Polonî	Armeni	Bulgari	Greci	Italieni	Ruși-Ruteni	Turci	Alții	Stat	Asigurări	Particulari	Stat + Asigurări	Stat + particulari	Stat + Asigurări+particulari	Asigurări + particulari	În municipii	În alte orașe	În comune rurale	Un medic la ... loc. urbani	Un medic la loc. rurali	Urbană inclusiv municipii	Rurală
5671	2389	490	71	11	25	10	16	6	12	5	15	2963	414	595	874	211	89	99	5260	1641	1520	1/373	1/7057	2572427	10726758
58	6	11	5	—	—	—	—	—	—	—	—	40	4	2	7	—	—	—	—	48	32	379	6144	32993	196597
37	20	16	2	—	—	—	1	—	—	—	2	24	2	1	16	1	1	—	—	56	24	402	4856	75129	354459
72	5	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	45	3	15	19	2	2	—	—	106	25	474	11219	26535	269255
82	46	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	44	5	15	10	2	2	—	—	31	17	476	10120	50435	252999
31	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26	3	5	8	1	1	—	—	20	29	782	9623	24245	163583
37	10	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	27	1	1	8	—	—	—	—	67	22	197	7494	3944	217338
50	37	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	40	2	12	2	—	—	—	1	5	22	779	9399	52178	206771
24	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	22	5	3	8	—	—	—	—	—	38	697	8474	68280	186437
23	—	13	1	—	—	—	—	—	1	—	—	14	2	2	9	—	—	—	—	63	35	332	3463	62664	131593
88	9	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	60	14	1	16	—	—	—	—	35	33	685	9187	43158	321554
50	9	7	1	—	—	—	—	—	—	—	1	18	1	1	9	—	—	—	—	43	16	738	5186	25814	171128
25	32	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	14	2	—	2	—	—	—	—	26	26	720	4742	30959	75875
45	1	3	—	—	—	—	1	—	—	1	1	43	2	—	—	—	—	—	—	—	26	626	8286	90804	215424
15	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	16	558	8428	101519	134850
86	2	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	52	7	7	13	1	1	—	3	41	51	654	6539	26828	333483
49	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	39	—	6	6	1	—	—	—	12	40	557	11357	84638	454285
28	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25	—	6	3	—	—	—	—	23	28	1831	6420	42115	179767
23	4	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	2	—	5	1	—	—	1	16	17	497	4842	7946	82306
19	9	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	—	1	2	—	—	—	18	10	1266	10929	22783	109291
43	3	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	36	1	—	2	—	—	—	—	23	25	474	8853	10891	221336
110	22	11	4	—	—	1	—	—	—	—	2	48	25	1	33	1	2	1	—	82	68	500	4395	41012	298857
61	1	—	—	—	1	1	—	—	2	—	—	49	—	—	6	4	—	—	—	34	30	1039	10151	35309	319515
34	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	34	—	—	—	—	1	—	—	6	37	260	5316	116415	196696
55	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	45	1	—	4	1	—	—	—	9	50	214	8380	667594	418993
75	4	1	1	—	—	—	—	—	2	—	—	54	4	2	5	1	—	—	—	50	33	603	9199	30143	303561
46	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	29	2	2	6	—	—	—	—	25	23	574	6848	14338	157397
57	28	3	—	—	1	—	—	—	1	—	—	34	—	2	17	1	2	—	3	60	30	774	6206	46458	186166
37	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	35	—	2	2	—	—	—	—	20	21	570	9616	11402	201927
92	3	3	—	—	1	1	1	—	—	—	—	38	7	4	12	6	6	—	9	49	52	624	8397	120459	436639
68	27	—	1	—	2	1	1	—	1	—	—	54	2	1	7	1	—	—	—	79	21	571	8473	45091	177939
17	30	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	11	3	—	8	—	—	—	—	43	14	555	8313	23881	83126
61	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	42	—	2	5	4	1	—	—	57	23	372	6551	21191	157212
49	—	—	—	—	—	1	2	—	1	1	—	40	2	1	4	1	—	—	—	20	30	1541	8437	30812	278437
35	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	28	—	—	3	—	1	—	—	20	22	755	9456	15107	208035
80	18	12	3	—	—	—	—	—	—	—	—	47	8	1	22	1	—	—	2	80	33	443	6222	35436	205330
23	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	—	6	1	—	—	—	—	31	161	5191	52408	158690
22	23	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	21	—	—	7	1	—	—	—	31	16	410	7740	12704	123841
35	2	52	1	—	—	—	—	—	—	—	1	28	6	3	15	3	—	—	—	59	82	524	4325	30902	138414
37	8	13	4	—	—	—	—	—	—	—	—	33	—	—	4	2	2	—	1	44	18	344	8359	15125	150460
36	7	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	1	—	2	—	—	—	—	22	22	808	7508	17767	165178
52	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	41	2	2	4	2	—	—	—	26	30	1919	61539	49896	346155
61	17	82	7	—	—	—	—	—	—	—	—	34	4	2	34	—	—	—	—	12	155	314	1599	94709	402900
34	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	31	1	—	4	1	—	—	—	19	22	2375	7879	45126	173337
70	9	4	7	—	—	—	—	—	—	—	—	31	1	—	12	—	—	—	—	43	47	466	6423	20034	301896
33	18	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	26	—	2	3	3	1	—	2	37	15	1686	9360	25383	140403
57	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	38	2	2	6	—	1	—	1	35	24	861	10589	30151	254132
22	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	—	2	1	—	—	—	—	18	16	781	9288	14054	148600
48	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	35	2	—	4	3	—	—	—	23	26	1112	12101	25580	314126
28	9	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	3	—	8	1	—	—	—	39	—	—	316	—	12311	—
85	78	8	10	—	—	—	—	—	5	2	1	43	10	9	21	1	1	—	2	182	—	—	413	—	75129	—
56	29	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	21	8	2	12	3	2	—	3	93	—	—	734	—	68280	—
107	31	44	5	—	—	—	—	—	1	1	—	40	19	17	22	5	7	—	4	189	—	—	332	—	62664	—
2080	970	35	—	6	11	1	5	1	1	—	2	656	2.9	330	263	116	35	—	47	3115	—	—	2:2	—	659596	—
81	31	1	—	—	2	1	1	—	—	—	—	47	4	1	17	2	1	—	3	119	—	—	529	—	62972	—
114	24	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	65	4	3	18	3	—	—	—	140	—	—	395	—	55262	—
92	87	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	44	7	33	21	4	—	—	2	182	—	—	558	—	101519	—
249	188	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	154	7	75	24	22	5	—	3	441	—	—	236	—	104150	—
112	29	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	48	9	6	18	7	3	—	5	144	—	—	553	—	79612	—
251	11	60	1	—	—	—	—	—	1	—	2	187	2	15	34	3	—	—	—	326	—	—	161	—	52408	—
124	97	55	12	1	—	—	—	—	—	—	1	60	9	24	36	9	5	—	5	290	1	—	308	—	89209	—

Tablou întocmit de D-l C. Gheorghiu, Director al Oficiului de studii din Minist. Sănătății.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PRIMELE CONCLUZIUNI PE CARI LE IMPUN DATELE RECENSAMANTULUI

Punându-se problema unei mai bune repartizări şi utilizări a medicilor în ţară, va trebui soluţionată.

Pentru a fi rezolvată radical va trebui o acţiune de lungă durată, urmărită după un program unitar, bine întocmit şi cu perseverenţă aplicat.

Dar, până la înfăptuirea unui astfel de program, vom recurge la soluţiuni, care să asigure o imediată ameliorare a asistenţei medicale şi a acţiunei de medicină preventivă în mediul rural.

Acestea vor fi:

1) **Organizarea dispensarului mobil polivalent** care să străbată mai ales regiunile unde boalele sociale fac ravagii.

Prin dispensarul mobil se va asigura nu numai îngrijirea serioasă a bolnavilor, dar şi descoperirea lor prin mijloacele pe cari ştiinţa contemporană ni le pune la dispoziţie.

La 1 Iunie primele dispensare mobile vor intra în funcţiune.

2) **Spitalele de specialităţi din oraşele capitale de judeţ** vor lucra într'o mai strânsă colaborare cu toţi medicii de circumscripţie cari activează în mediul rural. In modul acesta se va asigura ţăranilor noştri o asistenţă medicală competentă, dispunând de specialişti şi de laboratoare cari nu se pot face decât în centre importante, astfel ca să deservească o populaţie urbană şi rurală mai numeroasă.

Pentru a stabili această legătură strânsă între medicii spitalelor şi acei cari lucrează în mediul rural, **vom face în fiecare judeţ o reuniune a tuturor medicilor pentru a fixa** nu numai normele unei strânse colaborări, dar şi legăturile de afectoasă colegialitate, neapărat necesare acestei acţiuni.

De altfel multe din **centrele noastre spitaliceşti judeţene trebuesc reorganizate şi amplificate** în raport nu numai cu actuala desvoltare a ştiinţei, dar şi cu ideia că ele deservesc o populaţie de 2—300.000 de locuitori.

Prin dispensarele mobile şi prin nouile directive ce se vor da marilor spitale din oraşe, se va face primul pas pentru ameliorarea condiţiilor de asistenţă medicală a populaţiei noastre rurale.

Alte măsuri vor urma".

* * *

ŞEDINŢA CONSILIULUI SUPERIOR AL SĂNĂTĂŢEI

Problema vaccinării B. C. G. în România.
Medicina preventivă în mediul rural.
Descentralizarea administraţiei sanitare.

In ziua de 3 Aprilie a. c., a avut loc şedinţa Consiliului Superior al Sănătăţii, sub Preşedinţia d-lui Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, discutându-se următoarele probleme:

Referatul D-lui Prof. C. Ionescu-Mihăieşti: Starea actuală a vaccinării B. C. G. în România.

D-l Prof. D-r C. Ionescu-Mihăeşti, arată cu cifre impresionante succesul acestor vaccinări executate până în prezent. Vaccinaţiunea s'a introdus în România, de Prof. D-r I. Cantacuzino în anul 1926, ajungându-se în decursul anilor la o cifră totală de 750.000 de vaccinaţi, dintre care peste 100.000 numai în Bucureşti.

In prezent se vaccinează anual un număr de pest 100.000 noui născuţi, din care circa 11.000 în Municipiul Bucureşti.

Ca efect al imunizării copiilor prin vaccinul B. C. G. s'a obţinut o reducere considerabilă a mortalităţii prin tuberculoză la copiii vaccinaţi trăind în mediul tuberculos şi anume copiii vaccinaţi dând, în primul an de viaţă, un procent de mortalitate de 1,02% faţă de o mortalitate de 10—25% prin in-

fecţiuni tuberculoase la copiii nevaccinaţi, trăind într'un mediu identic. Comparate aceste cifre cu cu procentul de mortalitate admis în Germania la sugari în contact tuberculos: 5,0%, 10,6%, constitue o dovadă nediscutabilă asupra eficacităţii vaccinării.

Prepararea vaccinului se face la Institutul de Seruri şi Vaccinuri D-r I. Cantacuzino, în serviciul special amenajat cu totul ferit de o contaminare posibilă cu bacil tuberculos.

In decursul acestui an s'a început şi aplicarea vaccinării pe cale cutanată la copii şi adolescenţi.

In concluzie: vaccinarea B. C. G. constitue până acum singurul mijloc practic, util în profilaxia tuberculozei, mai puţin costisitor decât toate celelalte şi care poate fi întrebuinţat cu folos pe o scară foarte întinsă.

Referatul D-lui Prof. D-r Iuliu Moldovanu: Medicina preventivă în mediul rural.

D-l Prof. D-r Iuliu Moldovanu arată importanţa şi necesitatea creerei unei organizaţiuni de medicină preventivă pentru mediul rural şi insistă asupra utilităţii ei pentru sănătatea publică.

D-sa aduce argumente noui pentru a justifica necesitatea înfiinţării plăşilor sanitare, conduse de medici igienişti, ca centre de acţiune preventivă în mediul rural. In sarcina lor ar cădea în mod principal cunoaşterea bolilor infecţioase şi sociale, combaterea mortalităţii infantile şi problema puericulturii rurale în general, rămânând în grija medicului de circ. în deosebi tratamentul bolnavilor.

Ca organ auxiliar de însemnătate deosebită, va trebui generalizată cât de urgent, Instituţia surorilor de ocrotire, cărora le revine sarcina de educatoare de igienă în familia ţărănească, rămânând ca agentul sanitar să fie utilizat în viitor ca auxiliar în combaterea epidemiilor, pentru controlul localurilor publice şi pentru lucrările de sanitaţie.

D-l Prof. M. Ciucă, de acord cu cele expuse de d-l Prof. Iuliu Moldovanu, cere mărirea numărului de medici şi de surori de ocrotire în mediul rural şi arată importanţa dispensarului mobil cu medici de specialitate, aşa cum Ministerul Sănătăţii a anunţat că intenţionează să-l realizeze, preconizat de Ministerul Sănătăţii.

Referatul D-lui D-r I. Stoichiţă: Descentralizarea administraţiei sanitare.

D-l D-r I. Stoichiţă, Secretar general, arată că Ministerul Sănătăţii în loc de a fi un organ de îndrumare technică în marile probleme de sănătate publică şi de ocrotire, a devenit din cauza biurocratismului centralizator, o instituţie dominată de mărunte probleme de administraţie. Această hipertrofie administrativă a Centrului, produce o întârziere fatală în rezolvirea tuturor chestiunilor, paralizează activitatea technică sanitară, anihilează iniţiativele locale şi stârbeşte mult autoritatea conducătorilor instituţiilor şi serviciilor sanitare din exterior. Intr'un singur an au intrat la Minister 201.566 acte şi rapoarte şi s'au expediat 182.005 hârtii, între care fiecare cuprinde numeroase referate şi rezoluţii, rezultat al muncii biurocratice depusă de aproape 700 funcţionari.

Pentru remedierea acestei risipe de energie şi material, Ministerul a întocmit o deciziune prin care se realizează o largă descentralizare a administraţiei sanitare, urmând ca în viitor 80% a chestiunilor să se rezolve de către organele sanitare locale şi numai 20%, şi anume cele mai importante, să se înainteze Centrului pentru rezolvire.

Prin această reformă, Ministerul va fi descongestionat de prea numeroasele preocupări administrative mărunte, putându-se ocupa cu tot răgazul de problemele mari sanitare şi transformându-se astfel într'un organ de iniţiativă şi de îndrumare technică. Se vor realiza pe această cale însemnate economii de personal şi material; se vor stimula iniţiativele locale, iar conducătorii instituţiilor şi serviciilor din exterior, vor putea activa cu mai multă putere şi autoritate, dar şi cu întreaga răspundere cuvenită.

Expunerea D-lui Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii Publice.

D-l Ministru al Sănătăţii aduce mulţumiri d-lor Profesori Ionescu-Mihăeşti, Iuliu Moldovanu şi D-r Stoichiţă, pentru referatele documentate pe care le-au prezentat.

In ceeace priveşte **vaccinaţiunea anti-tuberculoasă,** Ministerul Sănătăţii înţelege să facă toate sacrificiile materiale de care este nevoe pentru ca această operă să fie continuată şi amplificată. Credem că este util ca vaccinaţiunea cu B. C. G. să se extindă cât mai mult asupra populaţiei sărace dela periferia oraşelor, unde focarele de tuberculoză sunt atât de numeroase.

Referitor la **organizarea acţiunei de medicină preventivă în mediul rural,** Ministerul Sănătăţii va face toate eforturile pentru a trece din domeniul discuţiunilor în acel al realizărilor.

Pe lângă actualul medic de circumscripţie, pe lângă medicul igienist cu un rol atât de important în structura viitoare a serviciului sanitar rural vor lucra pentru sănătatea populaţiei noastre ţărăneşti, medicii specialişti în ftiziologie, în puericultură şi în boli venerice, aşa cum a preconizat profesorul Moldovanu.

In afară de aceasta, între serviciul sanitar rural şi marele spitale delà reşedinţa judeţului, va fi o strânsă legătură graţie căreia bolnavii vor putea găsi o bună şi rapidă îngrijire la medicii specialişti de acolo.

Datele recensământului medicilor efectuat la 15 Martie, ne arată obligaţia ce avem de a proceda la o mai justă repartiţie a medicilor în ţară, micşorând numărul lor la oraşe unde sunt 6879 şi mărindu-l în mediul rural, unde sunt numai 1524.

A treia chestiune expusă: **Descentralizarea administraţiei sanitare,** face parte din principiile generale ale guvernării actuale.

In adevăr, înţelegem să stimulăm iniţiativele, mărind răspunderile colaboratorilor noştri de toate gradele. Prin măsurile ce vom lua vom da drepturi şi datorii mult mai mari medicilor din întreaga ierarhie sanitară.

Inchizând şedinţa, D-l Ministru Prof. D-r P. Tomescu, ţine să sublinieze că toate problemele mari cari interesează sănătatéa publică, pentru a fi bine soluţionat, vor fi mai întâi discutate în Consiliul Superior al Sănătăţii din care fac parte toate competenţele ştiinţei medicalé româneşti.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Akne-Milkuderm

Sulf. Resorcină, Ichtyol în cremă de lapte

Descuamaţiune curată şi discretă a ţesutului bolnav şi „restitutio ad integrum" a epidermei sănătoase.

Se întinde seara fără pansament. Dimineaţa se şterge cu benzină farmaceutică sau cu lapte. Ziua se pudrează. La început uşoară iritaţiune (reacţiune) care apoi cedează în câteva zile — Tub orig.

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

PROPUNERI CU PRIVIRE LA ORGANIZARE SANITARĂ A ŢĂRII (1941)

de

D-r GRIGORE GR. IAMANDI şi D-r TEO. GR. IAMANDI

Pe baza datelor statistice şi constatărilor personalităţilor de răspundere [1]) vedem că ţara noastră se află încă într'o stare înapoiată de igienă şi sănătate publică, că a rămas cu mult în urma altor state în această privinţă şi că n'a parvenit încă a păşi pe făgaşul adevăratelor realizări care să-i asigure sănătatea obştească.

Care este cauza acestei stări?

Analizând-o, vedem că nu este vorba de o cauză, ci de un adevărat cumul de cauze, nu toate însă de ordin sanitar, ci unele depinzând şi de alte motive: de starea economică a populaţiei [2]), de gradul ei de incultură şi analfabetism, de starea de veşnică nesiguranţă şi nelinişte care nu permite o normală aşezare şi chivernisire a ţăranului român (ba revoluţia din 1907, ba războiul balcanic, ba războiul mondial, ba războiul actual, ba rectificări şi schimbări de graniţă, etc.), obiceiurilor împământenite care de cele mai multe ori sunt contrarii preceptelor igienei şi păstrării sănătăţii, etc., etc., care toate la un loc, s'au întrecut în a contribui la creiarea şi menţinerea acestei stări anormale la noi. Şi dintre acelea de ordin sanitar e destul să amintim numai unul, care este **totala lipsă de tradiţie la noi în domeniul sănătăţii şi igienii.** Dacă aruncăm o privire în trecutul organizării sanitare a României (vezi: D-r Felix, D-r Samarian, D-r Bologa-Cluj, D-r I. Bordea, D-r M. Cânciulescu) vedem că grija sanătăţii publice era privită la noi numai ca o chestiune administrativă, de înregistrare a bolnavilor; în primele ei înjghebări de organizare o găsim ca o anexă secundară a **„Ministerului treburilor dinlăuntru"** şi deabia în 1921, prin Legea promulgată în „Monitorul Oficial" No. 175 din 4 Noembrie

---

1) vezi: Docent *D-r M. Cânciulescu* (Mişcarea Medicală Română), *D-r Petre Cosac* (Mişcarea Medicală Română), *General D-r N Marinescu,* Prof. D-r *V. L. Bologa* Cluj, *D-r Gh. Samarian* (Rev. de igienă socială), *D-r P. Tomescu* (România medicală), *D-r I. Bălteanu, D-r I. Alexa* (Revista medico-chirurgicală), *D-r Gr. Iamandi* (Rev. Iaşul medical), Dr. *Banu* (Rev. de Igienă socială). D-r *Bordea* etc.

2) A. GOLOPENŢA. Starea culturală şi economică a populaţiei rurale din România (Rev. de Igienă socială, 1940).

3) *D-r Moldovan şi D-r M. Zolog.* Organizare sanitară rurală în România (Rev. de Igienă socială, 1940).

1923, devine un Departament aparte, însă pus sub conducerea titularului dela Ministerul Muncii cu care făcea un bloc şi care titular nu era medic. Dacă cercetăm titularii acestui Departament dela înfiinţarea lui şi până azi vedem că nici un sfert dintre conducătorii lui n'au fost medici şi chiar dintre aceia care au fost medici, nu se recrutau pe baza pregătirei lor speciale în acest domeniu, ci pe criterii şi considerente electorale, ei fiind de mult sfădiţi cu medicina şi vastele ei probleme, mereu altele şi totdeauna noi.

Când sănătatea publică a Statului Român era dată pe mâna unor astfel de conducători, ne întrebăm noi cum era ea oare să progreseze?

Şi azi încă, cu toate că au trecut aproape douăzeci de ani dela înfiinţarea Departamentului sănătăţii publice, vedem că primează încă în organizarea sanitară a ţării noţiunea de **birou, grija de satisfacere a formelor** şi mai ales **administrativul.** D-l D-r P. Tomescu, chemat în Februarie 1941, în fruntea Departamentului Sănătăţii publice se sperie şi Domnia-Sa de noianul formelor din acest Minister şi spune: **„In prezent avem o hipertrofie a serviciilor administrative în dauna celor sanitare; astfel ministerul are numai şase Direcţiuni cu preocupări tehnice medicale faţă de nouă Direcţiuni administrative..."** Practicul şi medicina în adevăratul înţeles al cuvântului — **preventivă şi curativă** — le găsim trecute pe planul al treilea; (pe planul al doilea primează satisfacerea intereselor personale, ridicarea şi menţinerea nepregătiţilor prin stăruinţi şi intrigi la posturi de înaltă răspundere de unde lucrează numai spre satisfacerea instinctului răsplătirii serviciilor personale sau răsbunării). Indivizi cu un instinct de conservare desvoltat la maxim au reuşit să se strecoare infiltrându-se sub scutul politicii în **aparatul central de conducere şi cel periferic în subordine** şi azi avem în faţă **o adevărată pleiadă specifică Ministerului Sănătăţii,** un fel de **sedimentare politică** cramponată pe poziţie, care prin uneltirile ei reuşeşte să compromită şi să paralizeze dela început orice progres, orice modificare în bine, fie din interes personal, fie din nepricepere sau nepregătire.

Rea, bună, asta era situaţia, trebue să avem curajul să o recunoaştem şi noi după cum au recunoscut-o toţi cei de bună credinţă şi înaintea noastră.

Pregătit, nepregătit, priceput sau nepriceput, cel din capul organizaţiei sanitare trebuia să facă faţă situaţiei. Cum era cu totul străin şi nepregătit în a înţelege nevoile sănătăţii poporului românesc, se căuta să se înlocuiască lipsa lui de pricepere, incompetenţa lui, prin comisii de specialişti care să găsească soluţii pentru situaţii. Şi treaba se făcea ca aceia din **fabula chinezească** cu balaurul cu o mie de capete şi o singură coadă care se muncea să treacă prin plasa unui voloc. **Morala fabulei chineze** se potriveşte de minune cu situaţia dela noi, să fi fost un singur cap — chiar mai puţin bine pregătiţi, însă cu mai mult bun simţ — şi n'ar fi fost mai rău decât aşa cum a fost. Jivina, spune povestea chineză, dacă ar fi avut un singur cap ar fi trecut prin plasa volocului, dar la noi au fost prea multe capete, prea multe păreri. Şi aşa din **discuţii în discuţii** şi din **diurne în diurne** tocmai când era să se aplice o măsură cădea şi guvernul care o stu-

diase. Cel nou venit, desorientat, pentru a face față situației (o epidemie, mortalitatea infantilă, depopulație, etc.), copia în pripă câteva articole dintr'o lege străină și noianul măsurilor sanitare dela noi se îmbogățea încă cu câteva articole. Urmau alte comisii, alte discuții, alte diurne, iar alt Guvern și așa azi cu un grup de articole copiate, mâne cu altul, ne-am văzut și noi cu un vraf de articole cu subiect sanitar pe care le-am numit impropriu și pompos: **Lege Sanitară**... cam pestriță ca conținut, cam halandala și fără nici-o metodă, da i-am zis și noi **Lege**.

Peste această situație deja destul de anapoda s'a mai suprapus și ambiția unora dintre titularii departamentelor care voiau să-și lege numele de o **Lege**, să-și vadă și ei numele imprimat pe o cupertă — parcă nu era destul de imprimat pe neghiobia lor — și așa am asistat în câteva rânduri la retipărirea variatei noastre colecții de articole sanitare; pasămite, după schimbarea formatului tipăriturei, coloarei copertei sau numerotației articolelor; trebuia și ceva nou.

Rezultatul tuturor acestor neghiobii îl avem azi în fața noastră, el fiind egal mai mult cu o desorganizare sanitară decât cu o organizare sanitară. Rezultatul nu s'a lăsat prea mult așteptat și războiul trecut așa de bine ne-a surprins organizați din punct de vedere sanitar, încât am reușit să pierdem mai mulți oameni prin boli decât prin războiul însăși. Păduchele ne-a secerat mai mulți morți decât gloanțele inamicului.

In concluzie, organizația și legea noastră sanitară de azi nu are un program bine definit, nu urmărește un scop precis, nu este concepută după un plan, este un haos de articole, regulamente și legi (D-l D-r P. Tomescu a adunat numai 201 legi și regulamente sanitare), unele contrazicând și dezicând pe altele, în fine avem în față aspectul unui amalgam de măsuri îngrămădite fără rost, fără nici-o legătură între ele — de exemplu chestiunile de drogherie le găsim amestecate cu combaterea bolilor infecto-contagioase — încât chiar așa defecte cum sunt nu sunt nici aplicabile. A persevera în a crede că o asanarea sanitară a țării cu o astfel de lege mai este posibilă înseamnă a cădea în greșala celor care au făcut-o.

Bazați pe considerentele de mai sus **propunem o schemă de proiect de organizare sanitară a țării**, conceput pe principiul mulării măsurilor sanitare pe nevoile sanitare ale țării, măsuri angrenate pe celelalte legi de organizare ale Statului, astfel încât să asigure prin măsuri aplicabile sănătatea și igiena întregei noastre populații. Capitolele principale de organizat și legiferat sunt:

1) Igiena rasei și înmulțirea neamului.

2) Sănătatea publică și profilaxia bolilor infecto-contagioase.

3) Igiena și salubritatea publică.

4) Baza controlului sanitar al individului să fie: **Fișa individuală** care să fie deschisă dela naștere, complectată fiind cu date heredocolaterale și adnotată tot restul vieții până la moarte, după care această Fișă individuală intră în proprietatea Statului în vederea acumulării unui material de studiu.

5) Creiarea unui corp sanitar medical şi auxiliar de specialitate organizat în Breaslă.

6) Legea Sanitară nouă să fie astfel concepută încât pe un schelet care să reprezinte programul de puncte principale de legiferat să se poată continuu aduce modificările dictate de experienţă, progres, nevoi şi situaţii speciale, etc. Simplificarea la maxim a normelor care dictează igiena şi sănătatea, prin excluderea din administraţie a parazitismului pe de o parte şi de alta prin redactarea ei în aşa fel încât să fie accesibilă oricui, lesne de înţeles şi uşor de aplicat, un fel de vade mecum al sănătăţii publice, popularizat pentru a fi cunoscută şi aplicată de toţi.

* * *

Sănătatea ţării este în grija şi conducerea Ministerului Sănătăţii, care are în sarcina sa şi ocrotirile sociale.

Organul Central — **Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor** — este sub **conducerea Ministrului Sănătăţii**, recrutat numai dintre medicii specialişti, ajutat şi sfătuit în atribuţiile sale de trei **Secretari generali** aleşi, la alegerea Ministrului, dintre specialişti în ramură, fiecare dintre ei cu atribuţii precise:

1) **Un Secretar general pentru sănătate** răspunzător de medicina preventivă, medicina curativă, igienă şi salubritate, sănătate publică, asistenţă socială, comerţul drogurilor medicinale, institutele de specialităţii medicale (roentgen, fisioterapie, etc.), medicina legală, geniu sanitar, ocrotire, balneo-climatice, inspectori medicali de sănătate centrali.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2) **Un Secretar general pentru studii** în sarcina căruia cade alcătuirea Regulamentelor, statistica medicală, catagrafia, folclorul medical, monografia sanitară, coordonarea sanitară, biblioteca şi bibliografia sanitară românească, editarea Buletinului sanitar al României, rasa, etc. Are sub direcţia sa:

a) **Un grup de Institute medicale cu caracter de cercetări ştiinţifice cu aplicări practice** (Inst. de medicină legală, Inst. chimio-farmaceutic şi fabrică de medicamente, Inst. de seruri şi vaccinuri, Inst. de malarie, Inst. central de cancer, Inst. central antirabic, Inst. central de boli de nutriţie, Inst. central de statistică, etc., toate acestea fiind plasate în oraşe capitale de judeţ din provincie;

b) **Institute medicale superioare de studii şi pregătire a personalului medical pentru nevoile medicinei preventive şi curative,** în număr de trei (Iaşi, Sibiu şi Bucureşti) cu dublu rol: pe de o parte de a creia medici specialişti în ale igienei şi sănătăţii publice şi pe de alta pentru a servi ca organ consultativ, de control ştiinţific, de ţinere în curent a Ministerului cu noutăţile şi inovaţiile artei medicale în vederea adaptării organizaţiei sanitare a Statului noilor nevoi create de progres, referi la cererea Ministerului când e întrebat. Personalul acestor Institute se recrutează din personalul universitar recunoscut în specialitate care însă în momentul trecerei în Institute demisionează din Universitate, sau se recrutează cu timpul din personalul propriu al Institutelor, pe măsura formării lui. Erarhia în Institut nu poate fi călcată de personal dinafară.

3) **Un Secretar general pentru chestiunile administrative.** Are în sarcina sa numirea şi recrutarea personalului de specialitate (medical, administrativ, auxilair) şi chestiunile în legătură cu ei (numiri, înaintări, pensionări, pedepse, recompense fişier personal, etc), contencios, contabilitate, libera practică a medicinei, Breasla medicală cu toate drepturile şi organizaţiile ei, Fabricile şi atelierele mecanice ale ministerului, Direcţia şcolilor de pregătire a personalului sanitar medical şi auxiliar, serviciul mobilizării, inspectorii centrali administrativi.

Centrul sanitar regional. Ministerul conduce şi controlează sănătatea ţării prin **opt centre sanitare regionale**; aceste centre sanitare regionale plurijudeţene împart teritoriul ţării ţinând seamă de configuraţia geografică şi felul de viaţă a locuitorilor, în trei fâşii lungi, una a regiunilor de munte, una a regiunilor de deal şi o a treia a ţinuturilor de ape, inundabile; subîmpărţite fiecare în două, astfel că se creiază opt centre regionale, în fiecare dintre ele predominând un anumit fel de viaţă şi de boale.

Centrul sanitar regional este sub conducerea unui medic Şef regional igienist cu grad de Inspector regional sanitar, mai mare în grad decât Inspectorul sanitar de minister; este ajutat de un sub-şef-regional-igienist şi are ca subalterni personal medical specialist în epidemiologie, statistică, conferinţe şi propagandă, personal medical de laborator, de spital, de desinfecţie şi deparazitare, personal sanitar auxiliar şi personal funcţionăresc de specialitate.

Centrul sanitar regional are **atribuţii administrative pure şi administrativo-medicale.** Pe lângă fiecare centru sanitar regional este afectat câte un **Spital regional, Laborator regional** (serologie, bacteriologie, anatomie patologică, chimie) şi de **Poliţie sanitară, Serviciu de prim ajutor şi autoambulanţă, Centru de transfuzii, Depozit de medicamente** din care se alimentează organele în subordine, **Laborator de preparat ser-antirabic; o echipă mobilă de spital** pentru nevoi epidemiologice, cataclisme, etc., **o echipă centrală auto-mobilă de desinfecţie, bae şi deparazitare.**

Are **Şcolile de pregătire ale personalului sanitar auxiliar** în număr de patru pentru fiecare Centru regional: Şcoala de agenţi sanitari, Şcoala de moaşe, Şcoala de surori infermiere, Şcoala de surori asistente de ocrotire.

Atribuţii administrative: Inspecţiile medicale şi administrative la organele în subordine. Iniţiativa pentru cazurile neprevăzute. Oficiul regional de ocrotire. Evidenţa sanitară, statistica, catagrafia şi geniu sanitar. Pregăteşte şi propune Bugetul regional. Eliberează Autorizaţiile sanitare la propunerea medicilor sanitari în subordine. Apreciază şi aprobă amenzile sanitare propuse de organele sanitare în subordine. Veghiază la igiena rasei. Notează şi ea măsuri privind disciplina personalului în subordine. Contencios şi contabilitate. Controlul Societăţilor de binefacere particulare. Conduce Banca de credit şi ajutor a centrului. Veghează la aplicarea Legii şi regulamentelor sanitare.

Aceste centre sanitare regionale se bucură de autonomie şi independenţă complectă, având asupra lor iniţiativa şi răspunderea în tot

ceiace privește chestiunile sanitare, nefiind numai birouri administrative ci adevărate centre de studii și aplicări pe teren.

Centrele sanitare regionale au în subordine Celulele sanitare propriu zise, grupate în: a) Sistemul sanitar rural și b) Sistemul sanitar urban.

a) Sistemul sanitar rural se bazează pe Centrele sanitare medicale rurale pe 5 comune rurale, conduse fiecare Centru de către un medic sanitar (absolvent al facultății, cu sau fără titlu de medic igienist) cu Dispensar polivalent tip rural, având în subordine Subcentrele sanitare rurale conduse de agenți sanitari.

b) Sistemul sanitar urban, subdivizat în Aparat sanitar de târg sau oraș și Aparat sanitar de municipiu.

Aparatul sanitar de târg sau oraș are serviciul medicinei preventive și de poliție sanitară și serviciul medicinei curative.

Medicina preventivă. Serviciul sanitar al târgului sau orașului este pus sub conducerea medicului igienist recrutat pe bază de lucrări, activitate recunoscută și concurs, are ca ajutor personal sanitar auxiliar. Are ca inventar: Local pentru serviciu și locuință, Bai și desinfecție tip 3; Farmacie tip 2 și ca atribuții: controlul sanitar (salubritate, școli, industrii), medicină legală, epidemiologie, salubritate, igienă, poliție sanitară, desinfecții-deparazitări, vaccinări, fișier locuitori, administrație, statistică-catagrafie, conferințe educative, rol informativ, ocrotirea socială, mama și copilul, verificările nașterilor și deceselor, propune pentru eliberarea autorizațiilor sanitare, propune pentru aplicarea amenzilor sanitare.

Medicina curativă: Spitalul orășenesc cu servicii de consultații și tratamente (medicale, chirurgicale, femei, tbc., copii, genito-sociale, roentgen antirabice) și servicii clinice (chirurgie, medicale, tbc., copii, genito-sociale, infecto-contagioase, maternitate, laborator de analize medicale (bacteriologie, chimie, anatomie-patologică) și analize de poliție sanitară; farmacie tip 3, desinfecție tip 3, autoambulanță și serviciu de prim-ajutor. Rol: îngrijirea mamei și copilului, medicina curativă, complectarea Fișei sanitare individuale, etc.

Ambele servicii de medicină curativă și preventivă (orășenească) sunt sub conducerea medicului igienist al orașului.

Aparatul sanitar de municipiu cu serviciul medicinei preventive, serviciul medicinei curative și serviciul deficienților și defecților.

Medicina preventivă: Medicul primar igienist al municipiului se recrutează din personalul institutelor medicale superioare de studii și pregătire a personalului medical, pe bază de lucrări, activitate recunoscută, pricepere și examen, sau dintre medicii igiențști de circumscripții municipale după aceleași criterii; este ajutat de medicii igiențști de circumscripție municipală, recrutați pe bază de lucrări, activitate și concurs dintre medicii igiențști de oraș sau târg, câte unul la 10.000—15.000 locuitori. Rolul și gradul lor în erarhie este acelaș cu al me-

MINISTERUL SANATATII PUBLICE
şi Ocrotirilor Sociale.

MINISTRU

Secretar-general SANATATE

-Sanatatea publică ,
-Medicina preventivă şi curativă.
-Igiena.
-Boli sociale.
-Epidemiologie.
-Prenatale şi Maternitate.
-Farmacie, Drogherie.
-Medico-legale.
-Specialităţi (Raze, fizioterapie, etc).
-Geniu sanitar.
-Asistenţă socială şi ocrotire.
-Balneo-climatică.

Secretar-general STUDII

Institute de studii şi pregătire medicală, la Bucureşti, Iaşi şi Sibiu.
-Studiază problemele ce i se pun de Minister;
-Pregăteşte personalul medical de specialitate,
-Este organul consultativ al Ministerului pentru chestiunele de specialitate.
-Propune adaptările serviciilor faţă de progresul ştiinţei.

Institute de specialitate :
-Medico-legal.
-Chimio-farmaceutic şi fabrica de chimicale, fiolaje, etc.
-Seruri şi vaccinuri.
-Malarie.
-Statistică.
-Antirabic.
-Cancer.
-Legislaţie sanitară.
-Catagrafie sanitară.
-Bibliotecă şi bibliografie medicală românească.
-Buletinul Med.San.Rom.
-Secţia SCOALA
-Experimentări.
-Cercetări.
-Muzeu IGIENA.

Secretar-general ADMINISTRATIE

Personal şi Fişier.
Liberă practică.
Contabilitate.
Contencios.
Inspectori centrali administrativi.
Direcţia Scolilor de pregătire a pers. sanit.medical şi aux.
Casa medicilor.
Direcţia Băncilor personalului medical.
Ateliere.
Mobilizare

Organizaţie sanitară Centrală cu sediu în capitala ţării .

1 2 3 4 5 6 7 8

CENTRU SANITAR REGIONAL.

Atribuţii :
-Igienă.
-Med.curativă: Un spital central regional cu serv.cons.şi tratamente : maternitate, interne, chirurgie, puericultură, dermato-venerice, infantilă, t.b.c., oftalmologie, neurologie. Laborator analize alimentare şi medicale (bacteriologie, serol., anat.-patol). Autoambulanţă şi serviciu de prim ajutor. Farmacie spital tip 4. Laborator pentru preparat ser antirabic.

Depozit medicamente.
-Medicină preventivă: oficiul regional de ocrotire. Igienă. Igiena rasei. Echipă mobilă spital contagioase. Echipa mobilă desinfecţii şi deparazitare.
-Pregătirea personalului sanitar auxiliar : Scoală de agenţi sanitari, S. moaşe, S. surori ocrotire, S. infirmiere.
-Statistică, geniu sanitar, catagraf.
-Administraţie : iniţiativă cazuri neprevăzute, inspecţii pers.med.şi funcţionăresc. Buget. Eliberează autorizaţiile sanitare la propunerea medicului sanitar. Aprobă şi apreciază amenzile sanitare. Contencios. Contabilitate. Controlul Soc. şi Aşezămintelor de binefacere. Veghează la aplicarea legilor sanitare. Bancă pers. medical.
Personal : medic şef regional cu grad de inspector gener. sanitar. Idem subşef (igienist), epidemiologist, statistician, conferenţiar-propagandist. Personal funcţionăresc de specialitate. Personal medical: spital, circumscripţie, laborator, dezinfectori, chimişti, farmacişti. Pers. med. auxiliar.

Organizaţia sanitară intermediară, de legătură, sau tampon între Organizaţia centrală şi celula sanitară terminală.
(opt centre regionale delimitate de caracterele geografice ale ţinuturilor).

UBB Cluj - University Library Cluj

RURAL

CENTRU SANITAR RURAL de 5 COMUNE
Dispensar medical polivalent fix.

Atribuţii . Conduce subcentrul sanitar comunal rural. Medicină preventivă şi curativă (vaccinări, desinfecţii, etc). Control sanitar în şcoli, premilitari, industrii, salubritate. Prim ajutor. FIŞIER LOCUITORI (fişa de sanatate şi boală). Statistica, catagrafie. Consultaţii prenatale. Boli infecto-contagioase. Boli sociale. Medic legist (necropsii, decese, naşteri, etc). Conferinţe educative. Propune p. autorizaţii şi amenzi sanitare. Alimentaţie. Administraţie. Anunţă ori ce observă. Centru de desinfecţii tip 2. Personal : medic sanitar, secretar, servitor + pers. sanit. al reşedinţei. Inventar: local pentru locuinţă şi dispensar (sală aşteptare, baie, farmacie, sală izolare, sală făcere, depozit, etc). Instrumentar desinfecţie tip 2; Farmacie tip 2. Instrumente medicale. Vechicol de transport.

SUBCENTRU SANITAR RURAL COMUNAL.

Atribuţii :
Agent sanitar . verifică naşterile, decesele. Exercită tratamentele indicate de medic. Prim ajutor şi mică chirurgie. Vaccinări ; razii ; depistări , izolări ; profilaxie ; deparazitări ; salubritate ; arhivă ; statistică ; catagrafie ; FIŞA locuitorilor (sănătos şi bolnav).
Moaşa : asistă naşterile, lehuzie ; ajută deparazitări.
Sora ocrotire : prenatale, razii, anchete mama, copil, FIŞA.
INVENTAR : desinf. tip 1; mică chirurgie tip 1; Targă, termometre, halat, vermorel.

URBAN

Celula sanitară terminală (rurală şi urbană).

Oraş, târg.

ŞEF
Medic igienist de oraş

Med.preventivă.
Serviciu Sanitar oraş.
Administraţie sanitară.
Rol : control sanitar în şcoli, la premilitari, industrii, salubritate, etc. Medicină legală, epidemiologie. Igienă. Desinfecţie, deparazitare. Vaccinări, FIŞIER locuitori; Administraţie, statistică catagrafie. Conferinţe educative. Rol informativ Ocrotire socială ; mamă, copil ; verificare naşteri şi decese. Propune pentru autorizaţii şi amenzi sanitare.
Personal : medic igienist, canitari, moaşe, surori ocrotire, secretar, servitor.
Inventar : Desinfecţie tip 3 ; Farmacie tip 2; Local dispenser şi locuită.
FIŞA

Med.curativă.
Spital orăşenesc. cu secţiile : maternitate, chirurgie, medical, t.b.c. infecto-contagioase, copii, genitale. Roentgen. Tratament antirabic. Transfuzii. Autoambulanţă şi serviciu de prim ajutor. Laborator de analize poliţie sanitară, bacteriologie şi chimie medicală. Farmacie tip 3. Desinfecţie tip 3. Personal de specialitate.
Rol . prim ajutor şi medicină curativă, Îngrijirea mamei şi copilului contagioase şi sociale. Consultaţii, spitalizări şi tratamente ambulatorii.
FIŞA.

Municipiu

ŞEF
Medic primar igienist al Municipiului.

Medicină curativă . Spital municipal (centru de ocrotire şi sanatate) cu
Secţii de spital : chirurgie, medicală, t.b.c. , maternitate, femei, oftalmologie, genito-sociale, infecto-contagioase, infantilă, roentgen, sanatoriu ;
Servicii consultaţii : chirurgie, medicală, t.b.c. , femei , genito-sociale, oftalmologie, infecţioase, neurologie, antirabic, transfuzii.
Farmacie tip 4.
Desinfecţii tip 4.
Laborator de poliţie sanitară, serologie, bacteriologie, chimie.
Serviciu de prim ajutor şi autoambulanţă.
Personal de specialitate.

Medicină preventivă ; administraţie sanitară.
Serviciul sanitar municipal.
Rol : Coordonează şi conduce activitatea medicilor igieniţti de circumscripţie. Statistică. Catagrafie. Epidemiologie. Desinfecţii şi deparazitare.

Medic igienist de CIRCUMSCRIPŢIE de Municipiu.
Rol : Aceleaşi atribuţii cu ale medicului igienist al oraşului.
Dispensar polivalent. Evidenţa. Medico-legist. Etc.

Deficienţi.
Conduse fiecare de către un specialis medic.
Orfelinat
Azile infirmi
Azile orbi
Azil bătrâni, ne.
Casa medicilor
Muncă obligatorie
Colonii
Corecţie
Deficienţi
Surdomuţi
Inapoiaţi
Reeducare
Incurabili
Ospiciu
Leprozărie

Dr Grigore Gr Iamandi şi Dr Teo Gr Iamandi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

dicului igienist de oraş. Medicul primar igienist al municipiului are ca ajutoare directe un medic statistician, un medic epidemiologist, medici şcolari, medici industriali şi diverşi specialişti după nevoie (ftiziolog, sifiligraf, etc.), şi personal sanitar auxiliar (surori ocrotire, moaşe, agenţi). Pe lângă medicina preventivă face şi poliţie sanitară. **Medicina curativă:** Fiecare municipiu are câte un **Spital municipal**, cu serviciul de consultaţii şi tratamente (chirurgie, medicală, tbc., femei, genito-sociale, oftalmologie, infecto-contagioase, infantilă, neurologie, roentgen, Sanatoriu), Farmacie tip. 4; Desinfecţie tip 4; Laborator medical (bacteriologie, chimie, anatomie-patologică, serologie) şi de poliţie sanitară; Serviciu de prim ajutor şi autoambulanţă. Personal medical de specialitate şi personal auxiliar ajutor.

Serviciul Deficienţilor şi Defecţilor. Fiecare serviciu fiind condus de un specialist: Orfelinate, Azile de infirmi şi orbi, Azile de bătrâni, Case de sănătate pentru medici, Muncă obligatorie, Corecţie, Defecţi (muţi, înapoiaţi, reeducare), Case de vagabonzi şi azile de noapte. Lazarete (Leprozerii, Case de izolare şi cazare incurabili, etc.).

Coordonarea şi conducerea acestor trei servicii municipale, de medicină curativă, medicină preventivă şi al defecţilor, este în sarcina medicului primar igienist al municipiului.

Principii călăuzitoare: 1) Asistenţa medicală şi supunerea la prevederile legii sanitare sunt obligatorii pentru orice cetăţean român sau străin aflat pe teritoriul românesc.

2) Asistenţa medicală este obligator gratuită pentru pauperi, (pauperitatea va fi stabilită pe baza impotenţei funcţionale nu lenei) şi obligator cu plată pentru ceilalţi.

3) Intrucât de pe urma măsurilor de mai sus se îmbunătăţeşte şi starea generală sanitară a ţării, Organizaţiile de asigurări (Asigurarea socială, Asigurările particulare, etc.), sunt şi ele în câştig, vor contribui ajutând Ministerul Sănătăţii cu o cotaparte pentru acoperirea acestor cheltueli.

4) Simplificarea sanitară administrativă la maxim, pe de o parte pentru a înlătura paraziţismul care grevează bugetul, şi pe de alta pentru a o face accesibilă şi cunoscută marelui public direct interesat.

5) Se vor creia cât mai multe organizaţii de studii şi experimentări.

6) In organizarea sanitară a ţării va prima: puritatea rasei, sănătatea elementului românesc, asigurarea înmulţirii neamului chiar prin anumite concesii morale.

7) O intimă conlucrare cu celelalte departamente ministeriale în vederea ridicării stării materiale a populaţiei, întrucât numai prin îmbunătăţirea acesteia se poate spera şi în îmbunătăţirea sănătăţii şi vieţii locuitorilor.

8) Creiarea de noi posibilităţi de muncă şi câştig pentru rămaşii în urmă, posibilităţi legate de noua orientare politică a ţării.

9) Orice cetăţean al ţării, dela naştere i se întocmeşte o **Fişă sanitară** în care vor fi menţionate şi antecedentele heredo-colaterale, fişă care-l va întovărăşi toată viaţa, în care i se va nota de sora-

asistentă evoluţia copilăriei, de medicul şcolar evoluţia în perioada creşterei, de medicul militar în perioada serviciului militar, de medicul sanitar restul datelor. Nu va fi primit la nici un spital sau dispensar sau medic, chiar particular spre căutare fără această Fişă, care va fi oglinda fidelă a sănătăţii fiecărui român. După moartea individului Fişa se depune în arhiva Statului pentru a folosi la studii ulterioare de ansamblu.

10) Sănătatea ţării (medic, farmacist, moaşă, etc.), chiar pentru minoritari va fi asigurată numai de români de origină etnică români.

Erarhia personalul medical sanitar: 1) **medic sanitar** (absolvent al facultăţii), 2) **medic igienist diplomat** al Institutelor medicale superioare de pregătire care poate ocupa postul de medic de Dispensar polivalent, 3) **de medic igienist de oraş**, 4) **de medic igienist de circumscripţie de municipiu**, 5) **de medic primar igienist de municipiu** (medicul primar igienist de municipiu se recrutează pe baza lucrărilor în specialitate, activitate recunoscută şi din personalul Institutelor de pregătire sau medicii de circumscripţii de municipiu, în ambele cazuri pe bază de concurs, 6) **medic inspector general sanitar de minister**, 7) **medic şef regional**, 8) **secretar general**, 9) **ministru.**

Spitale de stat: Spital mic de oraş, Spital mijlociu regional, Spital mare municipal. Clinici universitare.

Farmacii de Stat: F. comunală rurală pentru agent sanitar (tip 1); F. Dispensar medical rural (tip 2), F. de spital de oraş (tip 3); F. de spital de Municipiu (tip 4); Depozit de medicamente şi Fabrică (tip 5).

Centre de desinfecţii şi deparazitare: Comunal Rural tip 1 cu deparazitare prin fum, petrolizare, comfură pentru fiert efecte, vermorel. Tip 2, de Dispensar rural, acelaş plus bae şi Deparazitor prin aer cald (cuptor), Tip. 3 sau de oraş, cu etuvă fixă cu aburi, deparazitoare prin aer cald, fixe şi mobile, bae tip 4 sau instalaţie mare cu Etuve şi cuptoare fixe, cianhidrinizare, bae, laborator de parazitologie.

Puncte de medicină curativă: consultaţii: a) subcentru sanitar cu agent sanitar, moaşă şi soră; Dispensar polivalent cu medic sanitar; Consultaţii în serviciile de consultaţii ale Spitalului orăşenesc; Consultaţii în serviciile de consultaţii ale spitalului regional; Consultaţii în serviciile de consultaţii ale spitalului Municipal. Consultaţii în Institutele speciale (cancer, sifilis, malarie, etc.).

PROBLEMA SANITARĂ IN MEDIUL RURAL

de

D-r M. PARASCHIV

Tibănești-Vaslui

De câțiva ani toate privirile s'au îndreptat în direcția ridicării satelor. Odată terminată completa delăsare a vechilor regimuri politice, grija conducătorilor a fost aceea de a ridica viața majorității populației noastre. Prin multiplele probleme care se pun azi, și de sigur și cea mai importantă, de care depind aproape toate celelalte, este și sănătatea țăranului nostru.

Problema sănătății în mediul rural este de o importanță capitală și rezolvarea ei depinde de mulți factori. Asupra acestei chestiuni s'au emis diferite păreri, s'au alcătuit anumite planuri de lucru, în parte s'au și pus în practică, însă cred că nu s'a ținut seama de starea de fapt, de realitatea lucrurilor, n'a fost chemat și medicul din acest mediu să-și spună cuvântul, ci el rămânând mai mult un organ de execuție, fiind nevoit să lupte cu anumite mentalități necunoscute de cei ce trăiesc în afară de această atmosferă și de aceea și lupta este anevoioasă. Pentru că rezolvarea acestei probleme a fost pusă pe umerii lui și cum lui i s'a cerut să fie conștient de misiunea ce o are, să facă adevărat apostolat, din când în când apăreau prin ziare diferite articole care îi impuneau aceste lucrări, articole scrise de oameni foarte bine intenționați, dar care n'au ținut seama de realitatea faptelor, pentrucă desigur nu aveau nici de unde să le cunoască.

N'am văzut, și personal nu cunoscu un studiu, un plan elaborat de cel care e chemat să și execute. Desigur că s'ar putea scoate un adevărat studiu pentru a se cunoaște neajunsurile ce le avem de întâmpinat. Evident că problema sanitară e și foarte variată în raport cu regiunile țării, căci alta va fi munca într'o regiune de șes, mlăștinoasă și alta va fi munca într'o regiune deluroasă ferită de ape stagnante; alta va fi situația într'o regiune sărăcăcioasă și alta într'o regiune bogată; alta va fi munca într'o regiune cu oameni conștienți de menirea lor și alta va fi munca într'o regiune în care nivelul cultural e mult coborît și așa mai departe.

Și pentrucă până în timpul din urmă, ne feream de-a spune adevărul pe față, deschis, și ne plăcea să mistificăm faptele, să falși-

ficăm realitatea, iar azi nu ne ferim de acest lucru, nu ne sfiim nici noi de a o face.

Am afirmat că pentru punerea la punct a acestei chestiuni am putea face un adevărat studiu, din care am putea apoi arăta şi metodele de lucru. Departe de mine de-a avea această pretenţie, căci a-l face ar trebui să fiu cunoscător al tuturor regiunilor ţării. Vreau numai să arăt că rezolvarea problemei sanitare în mediul rural depinde de: ridicarea standardului de vieaţă (lucru cunoscut şi desbătut atât de organele sanitare ca şi conducătoare); de medicul din acest mediu şi de şefii imediat superiori şi organele care în mod direct sau indirect au în atribuţia lor această grijă.

* * *

Trebuie să afirmăm dela început că ignoranţa şi sărăcia sunt cei doi mari duşmani ai sănătăţii. Pentru a putea promova principiile unei higiene elementare avem nevoie de un mediu prielnic, favorabil.

Aceste principii nu se pot grefa decât acolo unde se poate vorbi despre un nivel cultural ridicat, altminteri se elimină. E nevoie ca acest mediu să fie conştient, instruit, educat, să fie condus de cele mai bune deprinderi; oricât mai domină încă o stare de inferioritate, cu anumite concepţii greşite, învechite, şi principiile higienii elementare vor prinde greu. Se impune o ofensivă culturală pentru ridicarea masei, de către factorii care au responsabilitatea şi pregătirea de-a o face şi care vor determina pe fiecare om apoi să-şi cunoască menirea, să ştie să aprecieze valoarea lucrurilor mai importante şi aceasta va duce cu sine şi ridicarea standardului de vieaţă.

Educaţia, principiile ei elementare, pot ajuta în mare măsură la promovarea ideilor sănătoase. Desigur rolul unui educator — oricine ar fi el, familia sau învăţătorul, — e mare. In mediul rural însă, rolul e şi mai mare, pentru-că nu se poate vorbi de educaţia familiei, şi totul se va sprijini pe ce va înfăptui învăţătorul şi preotul. Cine a intrat într'o şcoală primară de sat şi a urmărit vieaţa elevilor, s'a convins că trebuie o muncă titanică pentru educarea lor, mai ales când ne gândim că educaţia în familie a acestor copii are atâtea lipsuri.

In şcoala primară trebuiesc formate, chiar dela începutul ei, deprinderile higienii şi continuate apoi până când devin cerinţi imperioase şi de care individul să nu se poată lipsi. In viaţa de ţară să dispară convingerea că „săpunul e lux", că „numai omul mort nu are păduchi", că „aşa a apucat, aşa face", că „locuinţa numai la Paşte se văruieşte" şi aşa mai departe.

Lipsa de educaţie, sau aceasta mărginită numai la litera cărţii; în a deprinde copilul de a silabisi, scri şi citi, fără a-i da cunoştinţele practice de care va trebui să se folosească în vieaţă, au făcut ca să nu schimbe cu nimic concepţia de a trăi a săteanului nostru şi care fac atâtea greutăţi pentru acei care au nevoie de a promova anumite cerinţi. E deajuns să citâm un fapt în care se vede că cetăţeanul cu anumite mentalităţi formate, nu-l putem deprinde cu regulele de higienă ori câte sfaturi şi exemple i-am da. E vorba de ostaşul con-

centrat care vine să se achite de o îndatorire obligatorie. Privirile conducătoare se ațintesc asupra lui pentru a forma pe soldatul de care avem nevoie. Printre grijile de seamă e aceea de a-l avea sănătos, ferit de boli, pentru a da apoi maximum de randament. Aplicarea principiilor de higienă se face în condițiuni optime, datorită faptului că, spre deosebire de mediul civil, se găsește la un efectiv mai mic de una mie oameni un medic, personal sanitar auxiliar, materiale suficiente pentru prevenirea bolilor, comandanți de unități obligați să dea tot concursul, să sprijine și controleze acțiunea sanitară, dar din nenorocire se găsește aici acea impulsiune a cetățeanului nedeprins și neconvins și e deajuns să plece în mediul lui, pentruca la revenire să vezi aceeași lamentabilă stare a principiilor elementare de higienă.

Un ofițer superior conferențiind la radio despre ostașul român, se adresă societății și spunea: dați-ne un cetățean conștient, pregătit, perfect, pentruca apoi să vă dăm și noi un soldat perfect.

Oare nu și noi am putea cere acelaș lucru, pentru a avea o stare sanitară bună?

Paralel cu nivelul cultural scăzut un alt neajuns, a cărui rezolvare nu depinde de noi, și nici nu suntem noi în măsură de a propune metodele de combatere, e sărăcia; dar care, fiind o formă a vieții noastre, duce de-adreptul la degenerescența indivizilor. Această condiție de viață este tot atât de fatală ca și o boală netratată. Sărăcia extremă aduce întotdeauna slăbirea îndividului și a rasei.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un alt aspect al problemei sanitare este medicul din acest mediu chemat să o rezolve. Dacă ne coborîm la anii pe când era student și cercetăm pregătirea pe care o primește, pentruca apoi să înfăptuiască ceeace are de făcut la țară, constatăm o diferență între una și alta ca dela cer la pământ. Tânărul medic ieșit proaspăt de pe băncile școlii, știe că mâine va fi chemat la căpătâiul bolnavului și va trebui să aplice toate metodele ce știința i le pune la îndemână pentru salvare lui. Dar realitatea? Este cu totul alta. Păsind în viața de țară, chiar dela început, constatăm cu totul altă atmosferă, alt mediu în care trebuie să lucreze și cu atribuții și datorii, care de multe ori nu au nici-o legătură cu meseria lui. E conștient de menirea lui, știe că pe umerii lui apasă un jug puternic, știe să înfrunte unul din cele mai grozave aspecte ale vieții umane, suferința omenească, dar nu știe că atribuțiile lui vor depăși cu mult față de pregătirea ce o are. In ultimul timp, n'aș greși să afirm că a fost obligat să facă de toate și să lase pe al doilea plan ceeace a învățat să facă. Când unui medic i se cere să îndeplinească atribuții administrative, economice, de organizator, de-a colecta bani, efecte, alimente, de a supraveghea lucrări de construcții sau reparații la clădirea dispensarului, de adevărat impiegat de biurou, etc., etc., desigur că misiunea lui adevărată rămâne pe planul al doilea. E drept că au fost și oameni de știință care concepând înaltele funcțiuni de care trebuie să fie capabilă medicina, au pretins unui medic să cunoască bine anatomia, fiziologia, chimia, psichologia, patologia, me-

dicina, şi care în acelaş timp să stăpânească noţiuni aprofundate de genetică ,chimie alimentară, pedagogie, estetică, morală, economie politică şi socială, etc. A. C. Carrel, vorbind despre reconstrucţia omului pretindea acest lucru, deşi, mai departe singur recunoaşte că este o imposibilitate, pentrucă oamenii care ar putea să acumuleze atâtea cunoştinţi ar trebui să facă un adevărat sacrificiu şi să fie înăscut pentru renunţarea la sine. Revenind la situaţia de fapt, medicul trebuie să rămână la obligaţii ce le are de îndeplinit în raport cu pregătirea lui. Aceste fapte, la care desigur se mai adaugă şi altele: mediul, drepturi reduse, etc. explică după mine avalanşa medicilor la oraşe, fuga medicului de viaţa de ţară, şi dece din cei 8403 medici cât avem, aproape 7000 sunt în centrele urbane şi un număr atât de redus în mediul rural! In aceste fapte, trebuie căutată remedierea.

* * *

Problema sanitară în mediul rural trebuie privită după aspectele vieţii, a obiceiurilor şi felul de a gândi a ţăranului nostru. Plecând dela aceste lucruri se poate apoi ajunge la ceeace avem de înfăptuit. Celor ce le este încredinţat conducerea şi supravegherea sănătăţii, li se cere să fie cunoscători a tuturor problemelor rurale, a mentalităţii, a felului de viaţă, a diferitelor dificultăţi de aplicare a principiilor de medicină, etc. Şefii sanitari ai unei regiuni trebuie să cunoască pe lângă metodele de aplicare ale medicinii şi dificultăţile technice şi de multe ori refractarismul ce se întâmpină; o technică greoae şi de lungă durată găseşte o rezistenţă mare. Se cunoaşte de pildă problema inoculărilor care trebuiesc executate la intervale fixe, şi care se fac în general în perioada muncilor agricole, când agricultorii sunt plecaţi din zori până noaptea dimpreună cu copii lor, şi care inoculări se fac din acest motiv foarte greu — la revenirea lor dela câmp noaptea — sau unde se pot prinde copiii: pe drum, în căruţe, pe câmp. Este un fapt real, diametral opus centrelor urbane unde copiii sunt adunaţi la dispensar. Dacă inoculările s'ar reduce la o singură injecţiune, sigur că ar fi şi mai uşor şi făcută în condiţiuni optime.

Nu trebuie denaturată realitatea, medicii şefi să fie adevăraţii interpreţi ai acestor stări de lucruri, să se ştie că medicul de ţară este un adevărat apostol, însă un apostol tăcut care nu-i place niciodată să trâmbiţeze ceeace înfăptuieşte.

Activitatea/ lui să fie apreciată în justa valoare, ţinându-se seamă de regiunea unde lucrează, de mediul pe care-l are.

Judecarea şi aprecierea după prezenţa sau nu a epidemiilor, este cea mai falşă posibilă. Astfel de apreciere înseamnă ignorarea cu desăvârşire a stărilor de fapt; pentrucă atunci ajungem la trista constatare a unui coleg, ce mi-a relatat următoarele: organele administrative ale unui judeţ discutând evoluţia ascendentă a unei epidemii de scarlatină, nu au ezitat să găsească imediat pe „acarul Păun". El era medicul, a cărui sancţionare a fost cerută de îndată. Bineînţeles că aceste organe nu aveau habar de cauzele adânci şi tăinuite ale acestei epidemii. Nu se poate o mai mare eroare, căci dacă s'ar fi ţinut seamă de împrejurările în care a isbucnit epidemia, promis-

cuitatea vieţii de ţară, valoarea relativă a metodelor de combatere, etc., s'ar fi dat de adevărata cauză. Şi câte asemenea constatări triste nu mai sunt! E deajuns să se cerceteze toate sancţiunile medicilor şi se va vedea că în marea majoritate a cazurilor izbucnirea epidemiilor au adus şi pedepsirea lor, caşi cum cauza ar sta în medic!...

* * *

Nu putem nădăjdui la o stare înfloritoare a sănătăţii în mediul rural, până când nu se va face o revoluţie adâncă în obiceiurile vieţii şi ale gândirii, până când nu se va preciza atribuţiile medicului în raport cu pregătirea lui, până când nu se va remedia adevăratele stări de fapt, până când toţi factorii responsabili nu-şi vor da seama de menirea lor, până când nu se va înălţa un nou ideal la orizont.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

POLIȚIA SANITARĂ

de

D-r ION N. TATOIU

Medic Circ. I-a Brăiliţa, jud. Brăila

Pentru ca s'o putem face eficace, trei factori importanți trebuesc luați în considerație:

1) Legea sanitară;
2) Agentul de urmărire al aplicării ei, și
3) Procedura de urmat.

1) Legea sanitară.

Actuala lege trebueşte total transformată după nouile principii, cari stau la baza actualei concepții de stat, devenind: practică, aplicabilă, complectă și însoțită dela început de regulamentele necesare.

Să devină unicul criteriu juridic de apreciere și sancționare, abrogând total sau parțial (după cum sunt în vigoare), pe toate celelalte legi sanitare anterioare, cod penal, dispoziții și orice decret-lege cu caracter chiar numai parțial sanitar. Pentru aceasta necesită studierea în amănunțime a tuturor articolelor din actualele legi, înlăturând pe cele inaplicabile și simple imitațiuni inadaptabile nouă. Căci iată ce se întâmplă: sunt fragmentar în vigoare, spre exemplu, numai privitor la practica farmaciei, următoarele legi sanitare: din 16 Iunie 1874; 3 Aprilie 1885; 30 Dec. 1887; 24 Mai 1898; 20 Dec. 1910; 28 Iulie 1921 și 23 Martie 1926; deciziile Nr. 20.567 din 30 Iulie 1921; Nr. 24.043 din 13 N-brie 1921, etc.; apoi până mai ieri pentru provinciile, azi deslipite: legea bulgară, rusă și încă cea austro-ungară.

Cu o legislație atât de bogată: legi sanitare, cod penal, decrete-legi, etc. etc., contravenientul se strecoară dela sancțiuni; iar în cazul aplicării, beneficiază de cea mai ușoară, așa de exemplu:

Pentru practica ilicită a medicinei:

Art. 164 din L. S. prevede o amendă de 5000 lei, mergând până la 50.000, iar recidiva, închisoare dela 1 lună la 1 an;

Art. 589 (pg. 3) din Codul Penal, prevede pentru aceeași contravenție, numai 15 zile închisoare polițienească și 500—1000 lei amendă.

Pentru practica ilicită a farmaciei:

Art. 423 din L. S. actuală, pedepseşte cu 5000 lei amendă, mergând până la 20.000; iar art. 382 din Codul Penal, pentru aceeaşi contravenţie, pedepseşte cu 1—3 ani închisoare corecţională şi 2000—5000 lei amendă.

Pentru practica ilicită a dentisticei:

Art. 542 din L. S. prevede 10.000 mergând până la 100.000 lei amendă, confiscarea instalaţiei dentare şi închiderea cabinetului; în caz de recidivă, amenda dublă şi închisoare dela 1—3 luni;

Art. 18 din „Legea pentru exerciţiul dentisticei" (din 1923 în vigoare), pentru aceeaşi vină, prevede amendă dela 1000—5000 lei; în caz de recidivă amenda dublă; în a doua recidivă: închisoare dela 6 luni—1 an şi numai cu avizul consiliului sanitar superior închiderea cabinetului; iar

Art. 589 (pg. 3) din Codul Penal, 5—15 zile închisoare poliţienească sau 500—1000 lei amendă.

Apoi privitor la transmiterea bolilor venerice:

Art. 288 L. S. prevede 3 luni—1 an închisoare; iar

Art. 376 Codul Penal prevede 3 luni—1 an închisoare şi 2000—3000 lei amendă, etc.

In actuala Lege Sanitară, sunt articole inaplicabile, ca de o pildă:

Art. 57 L. S. prevede „plăşile sanitare"(?) cu 100.000 locuitori, cu spital de plasă (art. 60) şi condus de medic igienist (?) (art. 62) şi cu toate atribuţiile (artic. 65); iar

Decretul-Lege pentru Organizarea Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, la art. 157, vorbeşte de Centrul secundar de sănătate cu un medic igienist deservind 50.000 locuitori; iar

Art. 159 — medicul sanitar — când este comunal(?), când de circumscripţiei(?), medic al dispensarului polivalent, când devine şeful centrului primar de sănătate(?);

Apoi art. 76 din L. S. înfiinţează „case de ocrotire"(?), în realitate inexistente!

Actuala lege pe lângă confuză este şi incomplectă, adăogând sub steluţă de exemplu: „unde este scris medic igienist, va trebui să se înţeleagă medic sanitar!" (?!).

Pentru aceea Legea Sanitară să fie viabilă şi categorică, nu cu articole moarte, interpretabile sau inaplicabile; să definească scopul urmărit, să aprecieze clar contravenţia prin regulament, să se fixeze precis şi unic pedeapsa: în amenzi, zile de închisoare sau muncă în lagăre, nu cum am văzut mai sus!

Trebue să fie între altele, luate în consideraţie, următoarele capitole supuse contravenţiunei:

a) Profilaxia şi combaterea boalelor infecto-contagioase, inclusiv maladiile sociale;

b) Combaterea mortalităţii infantile;

c) Salubritatea publică cu: locuinţe şi stabilimente publice, apă de băut şi canalizarea, curăţenia publică, localuri de consumaţie, alimente şi băuturi, şi industrii;

d) Limitarea dreptului de practică a medicinei, farmaciei; iar practica ilicită să fie aspru pedepsită. Farmaciştilor şi droguiştilor să li se fixeze ce anume medicamente pot distribui fără ordonanţă medicală.

2) Agentul de urmărire.

Agentul de urmărire al legei sanitare este medicul sanitar — medic oficial al Statului, — a cărui recrutare să fie condiţionată de un examen riguros de capacitate, care să-i dovedească perfecta cunoaştere a legislaţiei şi procedurei sanitare, spre a nu mai fi atacate în formă procesele-verbale de contravenţie, devenind toată strădania nulă.

Chiar la Facultatea de Medicină, să se facă instrucţia viitorului medic sanitar. Medicul să fie împuternicit cu autoritatea de a descinde, aprecia contravenţia şi mai ales aplica amenda, încasând-o pe loc dintr'un registru chitanţier sau după caz, să ia singur măsura de a interzice funcţionarea temporară a localului sau întreprinderii.

Iar în cazul alimentelor sau băuturilor constatate alterate, medicul să le poată denatura pe loc şi imediat, aplicând amenda fără nici o altă formalitate; nu ca azi, spre exemplu, când pentru a putea denatura un aliment dela prima vedere dovedit alterat, trebue mai întâi:

1) Procesul-verbal A (Mod. 34 A), care se face după caz când este recunoscut sau nu de către proprietar şi numai abia pentru scoaterea din comerţ sau consumaţie a alimentului alterat, apoi:

2) Procesul-verbal B (Mod. 34 B) pentru ridicarea de probe din el şi trimiterea spre analiză; urmează după aceea:

3) Procesul-verbal C (Mod. 35) pentru sechestrarea acestui aliment; iar după sentinţă, care poate fi chiar după câţiva ani, însfârşit:

4) Procesul-verbal D (Mod. 36) pentru denaturarea lui. La aceasta se mai adaogă pierderea de timp cu ambalajiile, sigilarea (care comportă: hârtie, vase, sfoară, ceară, lumânare, tuş, ştampilele serviciului, pe care toate, medicul urmează să le poarte în trusa sa medicală); apoi prezenţa obligatorie a martorilor, timbrare, francare, expediţie la laborator: operaţii de şele mai multe ori făcute pe cheltuiala medicului, deoarece contravenientul nu are sau refuză, iar şeful serviciului său sanitar, nu i le achită dacă nu anexează facturi şi alte procese-verbale de cheltueli, cari comportă alţi bani.

Medicul trebue să fie pus în drepturile sale, ridicându-i-se şi povara milenarului apostolat, pricina atâtor reclamaţii contra lui (că a luat onorarii în zile de gratuitate, chiar când sunt oameni bogaţi; că a pretins onorarii pentru certificate; că nu face tratamentul cerut(?); că se poartă brutal cu bolnavii(?), că împarte pe sprinceană(?) ajutoarele, etc.). Acestea toate numai contra medicului, care înţelege să aplice unde trebue legea sanitară, făcându-şi conştiincios poliţia sanitară. Le înscenează vini imaginare cu care merg până la judecată, sau în cazul când medicul persevereză, este ameninţat sau chiar mutat din localitate, fiindcă „protipendada" este în acelaş timp, nucleul agenţilor electorali ai tuturor regimurilor politice.

Pe lângă diurna de transport, în special la ţară, să i se pună medicului la îndemână o auto-ambulanţă, mijloc şi rapid şi de folos

atât în atribuţiile pur medicale, cât şi pentru constatarea la timp sau inopinat, a contravenţiei. Diurna nu-i de-ajuns să te transporţi, atunci când vrei şi n'ai cu ce!

3) Procedura.

Atât descinderea, constatarea, aprecierea şi sancţionarea, să fie cât se poate de simple şi uşoare: un registru chitanţier şi unul de procese-verbale să constituie întregul material de procedură necesar.

Procesele-verbale de contravenţie pentru contravenţiuni mai mari şi de competinţa organelor sanitare superioare sau judecătoreşti să comporte procedura în genere scurtă, fără contra-semnătură, fără tergiversări şi apeluri. Acestea duc în genere la achitarea unei iremediabile contravenţii, sau fac să dispară efectul prin sancţionarea sa tardivă. Pedeapsa trebue să fie imediată, ca mijloc de corecţie!

NEUROSEDATIVUL
CU
ACŢIUNE
CONSTANTĂ

TONIC
ŞI
RECONSTITUANT
ENERGIC

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

ANALIZE

Cărţi
Monografii
Teze

BISERICA ŞI MEDICINA

de

D-r V. GOMOIU

Tipografia „Presa", Brăila. 1940

Autorul publică această carte de 172 pagini în cadrul Institutului de Istoria Medicinei din Bucureşti al Aşez. A. S. R. Principesa Elena, instituţie medicală al cărei Director G-ral este.

O închină tatălui său, Preotul Gheorghe Gomoiu, ultimul din lanţul de preoţi al neamului al cărui arbore geneologic se poate urmări dela anul 1668. „Părintele Gheorghe", care în vremea lui „a fost nu numai duhovnic, dar şi judecător, şi inginer şi medic. Şi desigur că aşa s'au petrecut lucrurile prefutindeni" în trecutul neamului românesc.

Îi pune ca simbol adagiul lui Hippocrate: „Medicina este un sacerdoţiu umanitar".

In „Prefaţă" arată că lucrarea îşi are începutul în alta, scrisă în anul 1926, pe care a prezentat-o la concursul instituit de Părintele Profesor I. Lupaş, M-tru al Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale pe atunci, pentru tratarea temei **„Preoţimea în slujba operelor de ocrotire şi medicină socială"**. Cu premiul încasat, în valoare de 10.000 lei, a tipărit lucrarea şi a dat-o cui i-a cerut-o; fiind prea convins de importanţa subiectului tratat. Dupe cum s-a apucat acum să o retipărească, „colaborarea între preoţi şi medici, împrejurările prin care trecem, făcând-o deadreptul indispensabilă".

Aceste relatări şi citatele menţionate indică în modul cel mai eloquent scopul urmărit de autor prin publicarea acestei cărţi; precum şi credinţa în care a scris-o.

Prezentăm cuprinsul în mod sumar:

Cap. I. — INCEPUTURILE MEDICO-RELIGIOASE ŞI SERVITORII LOR. **Rolul preoţilor în serviciul celor două apostolate.** Medicina instinctivă ca şi credinţa instinctivă, s-a născut odată cu omul. Nici-o mirare deci, că ele s'au confundat dela început, că materia lor a fost tratată în scrieri comune, că practicanţii lor şi-au amestecat atribuţiile în comun, primii preoţi fiind şi primii medici; tocmai târziu cele 2 apostolate despărţindu-se, pe măsură ce ştiinţa fiecăruia a fost aprofundată.

Cap. II. — RAPORTURILE MEDICO-RELIGIOASE IN DIFERITE RELIGII.

1. **Legăturile medico-religioase la Egipteni.** Religia Egiptenilor reprezintă o adevărată legislaţie sanitară practicată exclusiv de preoţi, medicina ieratică, chiar în ce priveşte autopsia cadavrelor şi a îmbălsămării lor.

2. **Legăturile medico-religioase la Evrei.** In legea dată de Moisi, Pentateuca (cele 5 cărţi ale lui Moisi), se cuprind toate preceptele igienice ale poporului evreu: regulele de curăţenie corporală; circumcizia; salubitartea oraşelor şi caselor; a armatelor caşi a indivizilor; regimul alimentar („carnea vitelor moarte de boală, carne ce n'o va mânca, dar o va vinde sau o va da străinului şi el o va mânca"); prostituţia; noţiunile referitoare la virginitate, viol, sarcină de naştere, răniri şi omor, boale (Mozaicii şi azi consultă pe rabin în caz de boală pentru sfaturi şi medicul la care să meargă); la profilaxia boalelor contagioase şi a. m. d.

Toate aceste noţiuni tradiţionale de higienă religioasă şi de legsilaţie civilă, cu comentariile lor, au fost cuprinse în urmă în aşa numitul **Talmudul din Ierusalim** (prin secolul IV), mai târziu în **Talmudul din Babilon** (sec. VI), prin secolul XII în cel adnotat şi complectat de medicul-rabin Moise Maimonide, în anul 1567 în cartea numită **„Sulhan-Aruk"** sau **„Masa pusă"** întocmită de Iosef Karo, în care au fost cuprinse şi clasate în ordinea subiectelor toate legile religioase şi civile ale iudeilor, şi au fost adoptate apoi de totalitatea evreilor drept cod de religie, **Talmud, Cartea sfântă,** de inspiraţie divină şi care conduce toată viaţa evreului, „dela prima aspiraţie, până la ultimul suspin".

In acest Talmud, Cartea sfântă a evreilor, stau alături de noţiunile de ordin higienic precepte de ordin civil şi religios ca acesta: „Dumnezeu a măsurat pământul şi a dat evreilor pe goimi (ne-evreii) cu toate avuturile lor. Ne-ovreii sunt câini şi măgari. Peste tot, pe unde se stabilesc evreii, trebue ca ei să devină stăpâni. Este oprit să împrumutaţi pe goimi fără camătă. Să nu furi pe niciun om, adică pe niciun ovrei, dar este permis să despoi pe un goi. Este oprit să dat goi-ului un lucru pe care l-a pierdut". Şi, în sfârşit, faimosul **„Tob şabegoim harog"**, adică „trebue să ucizi pe cel mai mare dintre goimi".

3. **Legăturile medico-religioase la Greci şi la Romani.** Inainte de creştinarea acestor popoare.

A. **La Grecі.** Totul se face pentru apărarea naţiei. Igiena civilă la ei dictează suprimarea debililor şi favorizarea unei existenţe răsboinice prin gimanstică corporală. La care cu timpul asociară gimnastica intelectuală. Dar desfrâul a adus decăderea, cu toate că Grecii au înălţat la rangul de divinitate pe **Aesculap,** creatorul medicinei, şi pe **Hygeia,** simbol al sănătăţii (higienei). Medicina o practicau preoţii, slujitori ai lui Aesculap, **Asclepiazii:** sacerdotali, cari rămaseră la medicina empirică; şi laicii, cari ajunseră la medicina naturistă a lui Hippocrate, bazată pe observaţie şi raţiune. Acest **Hippocrate,** creatorul medicinei de azi, Hippocrate care s-a comportat ca un preot când a declarat **„Medicina este un sacerdoţiu umanitar"** şi care a cuprins în „Jurământul" său ideile umanitare cari stau la baza medicinei de totdeauna.

B. La **Romani,** găsim predominarea exerciţiilor corporale asupra celor sufleteşti; stânca Tarpeiană pentru suprimarea schilozilor; dar şi desfrâul care în balanţa dela „Casa dei Veti" din Pompei face ca balanţa să se încline de partea falusului enorm şi nu de partea tereziei încărcată cu pungi de aur şi vomitoriul unde să-şi golească stomacul supraîncărcat; interdicţia de a se îmbolnăvi sau de a consulta pe medici; dar şi crearea de **Vulnerarii** (chirurgi), de **valetudenarii** (dispensare-spitale pentru sclavi), de **sportula** (biurou de caritate), de **donativum** (un fel de asistenţă publică), de **arhiatri populares** (cari se bucurau de diferite privilegii, dar mai ales de acela de a trata gratuit săracii).

Toate acestea, însă fără caracter religios şi în numele vreunei divinităţi speciale, Lari şi Penaţi lor veghiând asupra fiecărei case.

4. **Legăturile medico-religioase la Mahometani.** Sunt strânse: preceptele de higienă, cari constituesc **„Medicina Profetului"**, sunt cuprinse alături cu celelalte în **Coran, Cartea Sfântă;** şi sunt practicate de aceeaşi oficianţi, preoţii. Intre altele găsim: curăţenia corporală cu spălarea mâinilor şi picioarelor;

circumcizia; săpăliga cu care să-şi îngroape fecalele; spălarea perineului după fiecare defecaţie; şalvarii largi, ca să îndepărteze praful şi să împedece excitaţia sexuală; interzicerea jocurilor de hazard, făcătoare de nenorociri; poligamia oficială, ca să evite amorul grec şi prostituţia feminină; maicele să aläpteze 2 ani întregi. Iar amuletele, cu câte un verset din Coran, lucrau asupra elementului psihic prin credinţa în puterea lor vindecătoare.

5. **Biblia şi Medicina.** Biblia prezintă capitole întregi referitoare la medici, la preoţii cu defecte fizice, la bolnavi, la vindecare. Statui, tablouri reprezintă pe Christos în funcţie de medic, de vindecător, de farmacist.

Cap. III. — LEGATURILE MEDICO-RELIGIOASE LA CREŞTINI. **Creştinismul şi medicina.** La nici-un popor legăturile n'au fost atât de strânse, dictate fiind de însă-şi spiritualitatea religiei lui Christos; care a întruchipat ambele apostolate; care a început cu **„Doctore vindecă-te pe tine însu-ţi"**; care are la bază **principiul ‚tămăduitor al credinţei, al altruismului** celui mai sublim; care condamnă patimile şi defectele ca „păcate capitale"; care recomandă leagănul cald al familiei şi respectarea cuvântului; care recomandă acţiunea, deci condamnă rezemnarea fatalistă; care deschide calea progresului atunci când însuşi Isus comandă: „Lepădaţi pe omul cel vechi şi îmbrăcaţi-vă cu cel nou". Religia creştină propovăduesţe dogmele cele mai umanitare; a pus **germenii asistenţei;** a zidit **spitalele,** inspirate de caritatea creştină, cărora le-a dat **adăpost în însă-şi bisericile şi mânăstirile sale,** le-a condus prin **confrerii sau congregaţii religioase,** le-a dat **„patron" sfânt.** Şi a pus la dispoziţia bolnavilor până şi **„doctori fără plată",** precum pe fraţii Cosma şi Damian, cari ar putea servi — scrie autorul — ca „patroni" multora din doctorii de azi. După cari, cu timpul rolul preoţilor s'a scoborît numai la acela de „confesor" al celor suferinzi, iar al călugăriţelor ca infirmiere.

Cap. IV. — LEGATURILE MEDICO-RELIGIOASE IN TRECUTUL NOSTRU. **Biserica şi medicina la Români.** La vechii locuitori ai ţinuturilor româneşti de azi Zalmoxe, care era **„Rege"** era în acelaş timp **„Zeu"** sau **„Mare preot"** şi **„Vindecător"** adică medic. Şi până la „Părintele Gheorghe", tatăl autorului, care închee lanţul neamului deschis de către „Vraciul" Stanciu, autochton din ceata lui Radu Gomoiu dela 1648 — **medicina românească a fost practicată de către băştinaşi locali şi de către preoţi;** preceptele ei au fost cuprinse în **„Pravilele"** cari constituesc corduri medico-legale şi igienice; spitalele au fost adăpostite în mânăstiri, precum Colţea, Pantelimon. Sfinţii au patronat lăcaşurile suferinzilor; reprezentanţii bisericii au strâns ofrandele şi au împărţit milele la săraci şi la bolnavi, practicând astfel principiile asistenţei sociale.

Cap. V. — BISERICA ŞI PRACTICA MEDICALĂ. **Poate preoţimea să aibă vre-un rol în operile de ocrotire sau medicină socială?** Preoţii trebue să colaboreze la operile de ocrotire şi medicină socială, fiindcă îi obligă însăşi misiunea lor. Şi autorul documentează; şi demonstrează cu însăşi preceptele religiei creştine şi cu exemplele reprezentanţilor bisericii, începând cu Isus Christos, că **doftorul sufletului** trebue să fie şi **doftorul trupului;** că **credinţa mântue pe om.** Dar, preotul să-şi aplice lui mai întâi, cele 10 porunci; iar doctorul să fie în acelaş timp savant, să se jertfească pentru alţii, să fie apostol al moralei. (Prof. Paulescu, care cere întoarcere la colaborarea celor 2 apostolate, denunţând pe confraţii nedemni cari au deschis tarabă în templul sacru al medicinei).

Cap. VI. — IN CE MOD AR PUTEA SA INTERVINA PREOŢIMEA? **In operile de ocrotire şi de medicină socială:** cu ocazia naşterii; — cu ocazia botezului; — cu ocazia înbisericării; — de ziua Domnului; — cu prilejul zilei „de întâi"; — cu ocazia mărturisirii; — cu prilejul căsătoriei; — cu prilejul clădirei casei; — în legătură cu hrana şi portul; — în diferite alte ocazii; — în cazuri de boală; — în ultima ocazie, a morţii.

Ca să le înlesnească îndatoririle şi să le facă pregătirea, autorul a propus, dela 1927, întocmirea unei cărţi cu **„Instrucţiuni",** un fel de **„Catechism"** de către Autoritatea Sanitară, în acord cu Autoritatea bisericească, pe care să-l pună la dispoziţie preoţilor. Cărora, până atunci, Ministerul Sănătăţii să le trimită „Instrucţiunile" deja tipărie pentru medici. Deocamdată, autorul şi redactează în capitolul următor aceste sfaturi.

Cap. VII. — SFATURI PRACTICE, MEDICO-RELIGIOASE: 1. Să ai grije de casa ta. 2. Să ai grije de trupul tău. 3. Să ai grije de spiritul şi sufletul tău. 4. Să aveţi grije de copii. Aceste sfaturi reprezintă adevărate **predici** de amvon şi **conferinţe** de tribună medicală.

Intr'un adaos final, intitulat Intre „ŞTIINŢA" şi „MINUNE", capitol de întinsă erudiţie şi de profundă filosofie, autorul reproduce cuprinsul unei conferinţe ţinută în Aula Universităţii din Iaşi, la 21 Aprilie 1940, repetată la Bucureşti la Soc. R. R. de Istoria medicinei, la 16 Mai 1940, în legătură cu fenomenele petrecute la Maglavit, în care socoteşte existnţa minunilor ca fenomene din domeniul naturalului înfăptuit de Dumnezeu, pe care ştiinţa actuală încă în faşe, n'are dreptul să le conteste, ci numai să le înregistreze până ce va ajunge să le explice. Aceste minuni, pe care toate religiile le-au admis, folosesc în primul rând medicinei.

In strânsă dependenţă de ideile cuprinse în această lucrare, şi expuse de autor încă dela 1927, cităm articolul „PREOTUL ŞI SĂNĂTATEA POPORULUI" de Preotul Nicolae Vonica (Edit. „Revista Teologică" Sibiu, 1940), lucrare în care se propune **misionarismul sanitar** al preoţilor noştri, adică **preotul-sanitar cu farmacie parohială**, mai cu seamă în mediul rural, pentru apărarea păturei ţărăneşti.

Pentru terapeutica morală a neamului românesc, higienă socială de ordin sufletesc, semnalăm şi articolul „EDUCAŢIA RELIGIOASĂ-MORALĂ SĂ FIE PIVOTUL REFACERII NOASTRE" publicat de Părintele Prof. Petre Partenie în ziarul „Curentul" din 10 Aprilie crt., îndemn prin care se arată că **„Biserica nu însemnează vrajbă, ci unire; biserica nu împrăştie moarte, ci viaţă"**.

Dupe cum, pentru fericirea adică pentru mulţumirea sufletească a fie-căruia dintre noi, nu preget a reaminti cartea „LE BONHEUR EST LÀ" a lui Boris Sokoloff, care între remediile naturale socoteşte şi **preceptele religiei creştine**, carte pe care am prezentat-o în No. 11—12/1940 al acestei reviste.

Prin urmare, fiecare om găseşte în religie şi în medicină sfaturi pentru fericirea — mulţumirea sa sufletească şi trupească; — medicina ca şi religia este socotită ca un sacerdoţiu umanitar; — la originea popoarelor locul medicului a fost ţinut de preot; — în apărarea sănătăţii populaţiei noastre rurale se aşează lângă medic preotul-sanitar; — într'o educaţie religioasă-morală se vede până şi pivotul refacerii noastre naţionale actuale, după ce în trecut păstrarea fiinţei neamului românesc s'a datorat sprijinului bisericei, şi în viitorul medicinei româneşti Cristos trebue să se reîntoarcă în spitale şi să pogoare în sufletul fie-căruia dintre noi.

* * *

Aceasta este materia pe care o tratează cartea de faţă. Cu competinţa marelui savant care este D-l D-r V. Gomoiu; cu credinţa unui fiu, nepot şi strenepot de preoţi; cu convingerea unui mare medic şi a unui mare român. Nu ezit a o socoti ca un îndreptar indispensabil misiunei medicului, ca o contribuţie care bine merită de la naţia românească. Căci restabileşte în societatea românească locul preotului lângă medic. Alături de cari D-l D-r A. Voina, prin cartea ce am analizat în numărul precedent al revistei, pentru apărarea patrimoniului biologic al naţiunei aşează pe învăţător. Preotul, medicul şi învăţătorul, cari, pe lângă misiunea fie-căruia, au de îndeplinit în viitor refacerea totală a neamului românesc.

M. C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DIE POSTOPERATIVE ERKRANKUNG
EINE REFORM DER CHIRURGISCHEN BEHANDLUNG

von

Dozent D-r LIVIU CÂMPEANU

190 pagîni cu 49 fotografii şi 4 tabele.
Verlag H. Welther Sibiu - Hermmanstadt
1941. Geh Rm. 10 — Gl. Rm. 12.

Cartea reprezintă ediţia germană a textului românesc „Boala post-operatorie. — Reforma tratamentului chirurgical, tipărită de „Cartea Românească" în Bucureşti, 1939 şi analizată de noi în No. 9—10/1940, pag. 561—563, al revistei.

Consideraţiile ce facem acum, şi cari se pot situa în marginea celor făcute atunci, se referă nu numai la intenţia ce a realizat autorul, acea de a prezenta lucrarea sa şi în alte limbi străine, între cari cea germană pe a cărei ediţie atât de reuşită ca traducere şi prezentare tehnică, o închină amintirii Prof. Viktor Ritter von Hacker şi şcoalei sale; dar şi la alte avantaje ce prezintă noua tehnică chirurgicală a D-lui D-r L. Câmpeanu.

Sculatul precoce de pe masa de operaţie, — act post-operator care oferă atâtea avantaje pentru: moralul pacientului care ştie că scapă repede de spital; pentru sănătatea lui, făcându-şi operaţia la timp, şi pentru punga lui, uşurată de cheltuelile unei alitări prelungite; pentru societatea, în sânul căreia se întoarce de grabă; pentru unitatea respectivă, care îşi recuperează repede soldatul rănit şi operat, — impune în schimb obligaţii imperioase de efectuat înainte de aducerea bolnavului pe masa de operaţie, precum şi în timpul actului operator.

Ast-fel, înainte de operaţie, bolnavul trebue examinat à fond, pentru stabilirea diagnosticului şi pentru cunoaşterea mecanismului de funcţionare a întregului său organism. Numai ast-fel se poate elimina sigur o indicaţie operatorie greşită, care nu numai că scoate de multe ori ultimul ban al săracului, dar dese-ori nu-l mai scoală pe el de pe masa de operaţie. De acea, noua metodă se opune ca să desbraci pe loc bolnavul prins cu arcanul; să-l trânteşti pe masa de operaţie, pe care să-şi lase eventual păduchii, şi să-l operezi „stante pede" fără indicaţie de urgenţă, fără niciun examen, fără nicio pregătire prealabilă, numai ca să nu se răsgândească şi să-ţi scape din mână.

Iar, în timpul operaţiei, chirurgul să nu afecteze siguranţa mânei sale prin fluerat, fredonat şi glumit, care sunt departe de a mări coeficientul de încredere al bolnavului în măestria sa. Căci, şi fără mărturisirea bolnavilor, se poate înţelege uşor cum nenorocitul aflat sub cuţit se teme tot timpul de abaterea atenţiei chirurgului dela actul operator. Teamă tronsformată în spaimă atunci când trebue să se recurgă la un anestezic general pentru terminarea operaţiei. Pentru care se leagă nenorocitul să rabde, chiar dacă i-ar sări ochii din cap, numai să nu-l adoarmă. Eventualitate pe care concentrarea chirurgului asupra reacţiilor operatului, ajutată de practicarea anesteziei loco-regionale care permite sculatul precoce, elimină.

Metoda sculatului precoce de pe masa de operaţie implică adu-

cerea cu întârziere a bolnavului pe masa de operație; cea ce constitue un avantaj vital pentru el, permițându-i studierea și pregătirea necesară.

Iar scurtarea ospitalizării, prin evitarea boalei post-operatorii, cu alte avantaje materiale aduce și micșorarea onorarului de operație. Căci randamentul numărului scade costul prețului, conform legei ofertei și cererii.

Viitorul acestei metode nu trebue însă compromis prin exagerări, precum odinioară tăetura de o palmă pentru operația de apendicită (care determină ulterior eventrație) și pe urmă reducerea ei la o găurică (prin care nu se puteau secționa aderențele). Nici întârziat printr'o publicitate care deșteaptă neîncredere. Dar nici minimalizat, căci constitue o frumoasă contribuție la progresul chirurgiei moderne, cu care autorul metodei se poate mândri.

M. C.

MEMORIU DE TITLURI ȘI LUCRĂRI

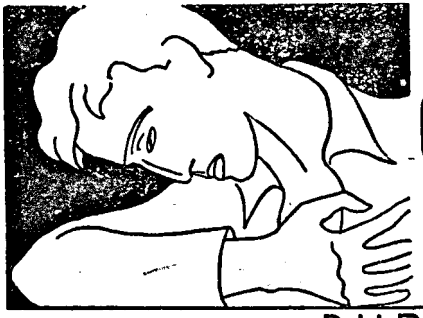
de

Docent D-r LIVIU CÂMPEANU

Brașov, 1940.

Intr'o broșură de 94 pagini, autorul D-l Docent D-r L. Câmpeanu, medic primar chirurg la Spit. „Gh. Mărzescu" din Brașov, expune activitatea sa profesională, didactică și științifică de până în toamna

BCU Cluj / Central University Library Cluj



anului 1940, când adresându-se în prefață, „Către verificatorii săi, acum când ultima sa creație, Reforma românească a tratamentului chirurgical, trece hotarele Europei pe aripele limbilor străine, cere verificarea activității sale la noi în țară și încadrarea justă, pe bază de merit, în rândul concetățenilor țării",

În prealabil, autorul expune **Activitatea naționalistă a familiei sale**, care a dat multe jertfe pe altarul neamului românesc.

Dintre **„Titluri"** reținem că D-sa este Doctor în Medicină dela Facultatea de Medicină din Budapesta în 1914, Șef de lucrări al clinicei chirurgicale din Cluj în 1922, Docent în chirurgia generală dela Cluj în 1924, Medic primar chirurg din 1925 la Brașov, Membru a numeroase societăți, congrese și reviste, învestit de M-ter cu delegații și misiuni în țară și în străinătate.

A obținut Premiul Adamachi de la Academia Română pentru lucrarea „Problema Gurei și Cretinismului în România".

Pentru studii a călătorit în mai toate țările Europei, lucrând și operând în diferite spitale și clinici din Anglia, Belgia, Danemarca, Elveția, Franța, Germania, Italia, Norvegia, Olanda, Polonia, Rusia, Spania, Suedia și Ungaria. In diferite studii și în impresii de călătorie a consemnat parte din materialul adunat.

Ca **Lucrări științifice,** autorul a făcut în acest timp **89 Comunicări și Conferințe,** printre cari cele referitoare la tratamentul gușei și cretinismului cu sare iodată; la sutura cordului; la oprirea și pornirea inimei în cursul operațiilor cordului; la studiul reanimării inimei; la sculatul precoce al bolnavilor din 1937; la chirurgia biotipologică; la biotipologia în serviciul națiunei; la metoda românească a bioterapeuticei. 17 **Articole științifice,** între cari referitoare la un procedeu personal de a trata apendicita, care a condus la metoda bioterapică de mai târziu. **6 cărți,** și anume:

1. **Apele minerale și Stațiunile Balno-climatice din Ardeal, Vechiul Regat, Basarabia și Bucovina,** scrisă în colaborare cu Emil Teposu.
2. **Problema Gușei și Cretinismului în România,** Cluj, 196 pag., 1923. Premiată de M-terul Sănătății și Academia Română.
3. **Propedeutica chirurgicală.** Cluj, 1927. Lucrare în colab., sub direcția D-lui Prof. Iacobovici.
4. **Tratamentul chirurgical al tuberculozei pulmonare.** Gobl, București, 1932.
5. **Boala post-operatorie. Reforma tratamentului chirurgical.** 153 pag. „Cartea Românească" București, 1939.
6. **Chirurgia biotipologică,** în lucrare, cu o prefață de Prof. Pende.

Ca **Activitate profesională,** autorul a executat până la 15 Noembrie 1940 un număr de **21038 operații** asupra tutulor regiunilor anatomice și de toate categoriile.

Ca **Activitate didactică,** în afară de acea desfășurată în cadrul clinicei chirurgicale de la Cluj, a format o adevărată **Școală chirurgicală la Brașov,** care a dat chirurgi reputați în țară.

Autorul citează numeroasele **Realizări** făcute în cadrul Soc. profesionale și științifice sau a Instituțiilor ce a condus.

Intr'un capitol final prezintă **Activitatea publică** depusă în slujba neamului în întruniri, conferințe și publicistică.

Este foarte frumoasă această multiplă activitate a chirurgului de la Brașov. Ea se impune de la sine. Nicio mirare că a suscitat polemici violente și denigrări. Mai cu seamă că autorul ei, temperament combativ conștient de meritele sale, a pătruns în marea presă, care este armă cu 2 tăișuri și nu servește întotdeauna pe cei a căror apărare ia. Dar verificarea cerută de autor, și cu ea recunoașterea meritelor, va veni, ca o justiție imanentă. Numai că cu întârziere. Deseori dupe moarte, cu satisfacții postume.

M. C.

APARATUL CARDIO-VASCULAR

de

D-r VASILE M. PLĂTĂREANU

„Bucovina", I. E. Torouțiu, București, 1941.

Cartea, de 397 pagini, constitue No. 2 din volumele destinate a face parte din Biblioteca de Medicină și Chirurgie, publicată de D-r A. Cârstea și V. M. Plătăreanu.

Autorul profesează specialitatea chirurgiei generale, în care este Chirurg primar, și practică la Spitalul Central „D-r Cantacuzino" din București, în care este șef de serviciu.

In „Cuvânt introductiv", pe care îl reproducem integral, autorul expune ce a intenționat a scrie și spiritul de care a fost condus:

Lucrarea de față a fost concepută în spiritul care m'a călăuzit în toate lucrările mele anterioare, căutând adică **înțelegerea faptelor de observație clinică, în cadrul marilor legi biologice.**

Mai mult decât oricare alt domeniu de activitate medicală, **chirurgia cere o perfectă cunoaștere a întregului,** spre a puteaînțelege amănuntul.

A nu cunoaște sau a nesocoti marile legi care guvernează viața, atunci când intenționezi să-i vii în ajutor prin acte operatorii, înseamnă a nu ști nici de unde pleci și nici unde vei ajunge.

A transforma o intervenție chirurgicală, — ce tinde prin ea însăși să ajute viața —, într'o acțiune simplă cu caracter lucrativ, înseamnă a abdica dela sublimul scop pe care-l urmărește medicina.

Pentru a realiza o cât mai deplină unitate de vedere asupra aparatului cardio-vascular, **am ținut să înmănunchez cunoștințele organogenetice cu cele anatomice, fiziologice, experimentale și clinice.**

Am reîmprospătat multe dintre cunoștințele clasice și am dat **semnificație clasică cercetărilor noi,** care se apropiau mai mult de adevăr.

Am îmbinat **cunoștințele izolate în medicina internă cu cele aflătoare în chirurgie sau rătăcite în alte discipline medicale.**

Spre a expune, cât mai clar, armonioasa și desăvârșita activitate a întregului aparat cardio-vascular, **am sacrificat de multe ori amănuntul** și am ridicat, în schimb, la adevărata lor valoare faptele mici în aparență, dar cu mari consecințe biologice.

Prin **stabilirea importanței fiecărei categorii de elemente histologice care formează aparatul cardio-vascular,** am căutat să lămuresc unele fapte privitoare la: patogenia anginei pectorale, rolul sistemului neuro-vascular, rolul rețelei capilare, precum și însemnătatea câtorva syndrome circulatorii, observate în clinică.

Sublinieturile sunt ale noastre. Sunt menite să pună mai bine în evidență ideile călăuzitoare.

Pe „Capitole generale" prezentăm cuprinsul lucrării:

I. **Considerațiuni organogenetice.**

II. **Considerațiuni structurale.** Elemente proprii. Elemente de împrumut.

III. **Considerațiuni fiziologice.** Fiziologia endoteliului vascular; a fibrei elastice, muschiulare și conjunctive; a sistemului nervos-vascular.

IV. **Acțiunea diverselor organe, substanțe și secrețiuni organice asupra aparatului cardio-vascular.**

V. **Considerațiuni fizio-patologice.** Vaso-constricția. Vaso-dilatația. Durerea.

VI. **Considerațiuni anatomo-patologice.** Leziunile microscopice și macroscopice cardio-vasculare cu localizări specifice și fără localizări specifice.

VII. **Cercetări experimentale asupra sistemului vascular.** Arteriectomia. Ligatura arterelor. Simpatectomia.

VIII. **Mijloacele de explorare ale aparatului cardio-vascular.** Explorarea inimei și marilor vase; a sistemului arterial; a sistemului venos; a rețelei

Biblioteca Centrală University Library Cluj

capilare; a sistemului nervos cardio-vascular (reflexe vegetative, reacţii farmacodinamice, probe biochimice, temperatura locală).

IX. **Consideraţiuni patologice cardio-vasculare.** Afecţiunile organice ale inimei, ale arterelor; al venelor; ale capilarelor, ale sistemului nervos vaso-motor; turburările circulaţiei sanguine.

Lucrarea făcută de autor corespunde scopului ce şi-a propus, căci a realizat, în ceace priveşte aparatul circulator, un tot unitar, în cadrul marilor legi biologice cari guvernează organismul uman.

O asemenea lucrare de vastă concepţie şi de documentare profundă, care abordează toate feţele medicinei, este scrisă de un chirurg. Fenomenul se datoreşte faptului că autorul posedă o cultură medicală generală, aşa cum trebue să-şi însuşească orice medic înainte de a se specializa; precum şi pasiunei de cercetător al istoriei medicinei, care ţine legat pe specialist de medicina generală. Numai această cultură i-a permis să întreprindă şi studii ca acela asupra ţesutului conjunctiv, împreună cu D-l D-r N. Gomoiu din a cărui dublă Şcoală de chirurgie şi istorie a medicinei face parte; şi împreună cu D-l D-r A. Cârstea, al cărui colaborator la publicarea „Bibliotecii de medicină şi Chirurgie" este.

Cu acest volum colecţia de mai sus continuă în mod fericit, întrunind aceleaşi mari calităţi de fond ca şi I volum scris de D-l D-r A. Cârstea asupra „Afecţiunilor intestinului gros". Pe lângă complectul cunoştinţelor până „la zi", găsim aceaş expunere oare-cum didactică, care grupează faptele esenţiale şi le leagă de autor. Cea ce înlesneşte stabilirea şi reţinerea noţiunilor. Autor român cu care ne onorăm când este cazul; — precum este D-l D-r V. Gomoiu, care a conceput singur şi cu Prof. Toma Ionescu, al cărui intern era, a executat prima operaţie de angină de piept; — sau Prof. D. Danielopolu, ale cărei lucrări în cardiologie fac epocă; — şi alţi autori români, citaţi în legătură cu caracterul de ordin practic al lucrării, de acea nu toţi cari am publicat lucrări destul de originale în cardiologie, şi cari nu avem ca atare dreptul a ne supăra pentru-că n-am fost citaţi.

M C

PĂDUCHELE OMULUI
(Pediculus humanus Linné 1758)

de

GR. şi TEO GR. IAMANDI

Editura „Iaşul medical" 1940

Autorii într'o Monografie de 64 pagini ilustrată cu 57 figuri, studiază morfologia, biologia şi parazitologia medicală a acestui răspândit parazit al omului, insectă care serveşte ca agent patogen şi agent vector de numeroase boli infecto-contagioase, între cari tifusul exantematic; boală pe a cărei patogenie la lumina cercetărilor româneşti prezintă. Numeroase exemple şi detalii din viaţa păduchilor expun obiceiurile lor, a căror cunoaştere interesează din punct de vedere profilactic şi curativ.

Este o lucrare de adevărată parazitologie medicală, astfel precum trebueşte predată studenţilor în facultăţile de medicină.

M. C.

ACTUALITAȚI MEDICALE

Activitate chirurgicală

ACTIVITATE CHIRURGICALĂ

de

D-r EUG. CORNELEAC

Tip. „Record", P. Neamț, 1940.

Autorul expune activitatea sa chirurgicală în primii 2 ani de secundariat în chirurgie (1938—1940).

Menționăm între alte **Titluri** și **Lucrări**, că autorul a fost extern și intern prin concurs al Spitalelor Epitropiei Sft. Spiridon din Iași; a fost ajutor de anatomie; și medic de circumscripție. Teza și-a lucrat-o sub conducerea d-lui Prof. Gr. Popa asupra subiectului „Relațiile circulației labirintice cu circulația ipofizară și epifizară", studiu de anatomie comparată. Ca activitate profesională prezintă o statistică personală de 1171 inrerveții chirurgicale din toate domeniile chirurgiei și ale anatomiei. Ca activitate științifică a făcut numeroase comunicări în sânul **„Cercului de Studii al Medicilor"** din Piatra-Neamț al cărui secretar și suflet activ este, între cari un studiu cu 16 cazuri personale de osteosinteză primitivă în tratamentul fracturilor deschise ale gambei.

M. C.

Asociații morbide

INFLUENȚA RECIPROCĂ A TREI MALADII SURVENIND CONCOMITENT: PNEUMONIA, LEUCEMIA ȘI DUODENITA CR. CU HEPATITĂ CR. SECUNDARĂ

de

I. PAVEL

Revista Științelor Medicale Nr. 2/1940.

I. PAVEL: **Influența reciprocă a trei maladii survenind concomitent: Pneumonia, Leucemia și Duodenita cr. cu hepatită cr. secundară.** — Revista Științelor Medicale Nr. 2/1940.

Autorul dă o amănunțită observație clinică a unui caz, un individ la care o pneumonie a survenit în cursul unei leucemii și a unei duodenite cr. cu hepatită cr. secundară.

Din această întâlnire patologică pneumonia a beneficiat, în sensul că boala a avortat în ziua 5-a, deasemenea și leucemia care a avut o remisiune temporară cu scăderea numărului de leucocite la normal.

Duodenita și hepatita secundară s'au agravat, hepatita care deabia putea fi bănuită prin anamneză, devenind net aparentă sub tabloul unei ciroze hipertrofice ascitogene.

Din expunerea faptelor şi amănunţita lor studiere, autorul încearcă să dea şi explicaţia lor: benignitatea pneumoniei se explică prin lipsa cozimazei la un leucemic, lipsă cunoscută în atare boală şi care a împedicat desvoltarea germenilor pneumoniei. Leucemia a beneficiat temporar de această coincidenţă patologică prin distrugerile masive de leucocite la nivelul blocului pneumonic, proces care se traduce prin o eliberare de fermenţi proteolitici, coroborat de acţiunea antitriptică a sângelui la convalescenţii de pneumonie.

Această acţiune leucolitică s'ar exercita poate şi în afară de graniţele blocului pneumonic, acţionând şi asupra leucocitelor patologice din întregul organism al leucemicului.

Agravarea hepatitei, datorită desigur şi acţiunei pneumococului, trebuie să fie însă considerată ca fiind datorată în deosebi hiperpolipeptidemiei dela sfârşitul pneumoniei, datorită proteolizei exudatului alveolar, leucocitozei şi într'o măsură mai limitată leucolizei leucemice.

M. P

Allergie und Tuberkulose

1) D-r FR. ICKERT: **Allergie und Tuberkulose.** Thieme, Leipzig, 1940.

Cartea de faţă este o binevenită punere la punct în ceiace priveşte problema atât de discutată a fenomenelor allergice în tuberculoză. Deoarece întreaga istorie clinică a tuberculozei este dominată de necunoscutele acestei probleme — allergia fiind încă în curs de aprofundare ştiinţifică — datele pe cari le-a rezumat în cartea sa, ne pot fi de mare folos pentru o mai bună cunoaştere a boalei însăşi.

Într'un prim articol se lămureşte noţiunea de allergie în genere, devenită uneori neclară prin întrebuinţarea feluritelor expresii identice în fond ca hiperergie, pathergie, hipersensibilitate, sensibilitate, disergie, etc. De notat concluzia la care ajunge Rössle, care consideră drept forme morbide allergice, boalele cari după o fază exsudativă prezintă o a doua productivă cu formarea de **granulome** (reumatism, sifilis, scarlatină, tuberculoză).

Într'un al doilea capitol se discută chestiunea fenomenelor allergice întâlnite în tuberculoză, începând cu fenomenele lui Koch, Arthus, etc. şi sfârşind cu diferitele chestiuni relative la tuberculinoreacţie şi la manifestările allergice în fiecare formă şi localizare a boalei (dela complexul primar până la tuberculoza ulcero cazeoasă; apoi aceia a diferitelor organe).

In capitolul al treilea se descriu fenomenele nespecifice, cari pot fi luate drept allergice, dar cari nu intră în cazul allergiei. Este vorba aci de fenomene pseudoallergice produse de alţi factori decât de bacilul Koch şi de elementele sale. Aceşti factori pe cari Ickert îi denumeşte antigeni considerând allergia ca pe un fenomen antigen-anticorp, produc aşa numita parallergie şi pot fi factori bacteriologici diverşi, sau fizici, (histamina sau frigul de pildă).

Capitolul următor conţine date asupra influenţelor constituţionale în tuberculoză şi interpretarea acestora în cadrul celor cunoscute până aci asupra allergiei.

Capitolele următoare se ocupă cu problema imunităţei şi allergiei a suprainfecţiei, a teoriei lui Ranke şi consecinţele de ordin terapeutic ale problemei allergice. De notat că împărţirea lui Ranke a suferit

BCU Cluj / Central University Library Cluj

modificări în ce privește concepțiile acestui autor asupra celor trei stadii și a legăturei lor cu starea allergică. Nu se mai poate vorbi de pildă astăzi despre o allergie secundară și alta terțiară.

Ideile rezumate aci nu formează decât o mică parte din materialul experimental pe care îl cuprinde cartea lui Ickert și care nu poate fi redat în întregime. Credem că facem un serviciu medicului român, ftiziologului mai cu seamă, semnalându-i această lucrare, care prezintă avantajul de a fi scrisă rezumativ. Este, după câte știm, o a doua contribuție didactică asupra problemei, după cartea fundamentală asupra Allergiei, apărută în acelaș an și în aceiași editură.

D-r C Săndulescu

Behandlung innerer Krankheiten

2) Prof. D-r FERDINAND HOFF: Behandlung innerer Krankheiten. Thieme, Leipzig, 1940.

Nu e vorba în această carte de o reeditare a vechilor metode sistematice de tratare a materiei terapeutice; dimpotrivă ni se înfățișează aci o lucrare concepută în linii originale, adică într'o bună măsură ca o încercare de reformă a multora dintre opiniile înrădăcinate în practica medicală.

Să ne explicăm. Două sunt caracterele fundamentale prezente în această carte și cari, după părerea noastră, îi dau un aspect de autentică noutate. E vorba în primul rând de o carte trăită de autor și în al doilea rând de luarea în considerare, atentă și critică, exprimate mai bine în limba germană prin așa numita Naturwissenschaftliche Medizin. Că elementele reacțiunei naturale somatice și sufletești trebuesc luate în seamă la patul bolnavului, aceasta ne-o dovedește însăși practica zilnică și ne-o spune limpede Hoff în introducerea referitoare la „bazele generale în tratamentul bolnavilor".

Atragem atenția publicului medical românesc, și în deosebi practicianului, asupra acestei cărți indispensabile, care ar merita o traducere. Nu se poate recenza materialul expus, dar este suficient că în fiecare pagină întâlnim exprimate opiniile categorice ale autorului care are îndărătul său o lungă experiență. Lucrarea ne amintește de stilul bunelor manuale ale lui Theohari.

Valoarea ei se poate constata paralel cu cerințele vieței zilnice a practicianului, în clientelă și spital.

D-r C Săndulescu

Calciul intravenos.—Accidente

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA ACCIDENTELOR DUPĂ ADMINISTRAREA INTRAVENOASĂ DE GLUCONAT DE CALCIU (0%). STĂRI FEBRILE, URTICARIE, COLAPSUS CARDIO-VASCULAR

de

S. CIORAPCIU și PAUNESCU-PODEANU

Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Bucarest Nr. 9-10/1940.

Autorii dau o serie de observații clinice de turburări survenite după administrarea intravenoasă de gluconat de calciu, terapeutica care deși bine justificată pentru multe cazuri, nu trebue totuși generalizată, dat fiind că nu e inofensivă, calea ei de administrare trebuind totdeauna bine judecată.

Autorii dau următoarele accidente survenite după administrarea intravenoasă de calciu:

3 cazuri cu accidente febrile, 2 cazuri cu accidente monosimptomatice (urticaria) şi alte 2 cazuri cu accidente foarte grave: colaps cardio-vascular.

Ca concluzie se preconizează ca administrarea intravenoasă a gluconatului de calciu să fie excepţional rezervată pentru cazurile în care primează urgenţa, recurgându-se în toate celelalte cazuri numai la calea intramusculară.

M. P.

Diureza dupe adrenalină şi pituitrină

ACŢIUNEA ADRENALINEI ŞI A PITUITRINEI ASUPRA DIUREZEI

de

PAPAZIAN R.

Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux de Bucarest Nr. 9-10/1940.

După datele literaturei cari privesc chestiunea influenţei glandelor endocrine asupra metabolismului apei, autorul dă rezultatele obţinute în diferite cazuri (diabet zaharat, diabet insipid, sindrom adiposo-genital), din studiul metabolismului apei, sub influenţa pituitrinei, şi ajunge la concluzia că:

Pituitrina ca şi adrenalina, are o acţiune inhibitoare asupra funcţiei eliminatorii a rinichiului.

M. P.

Dracila

BCU Cluj / Central University Library Cluj

DRACILA sau BERBERIS VULGARIS L.

de

OD. APOSTOL

Extras „Cernăuţi Medical" No. 9/1939.

Autorul face studiul fitoterapic al plantei denumite la noi Agriş-roşiu sau Dracila sau Macriş (de răuri, iepuresc sau spinos). Foloseşte în deosebi teza de licenţă în farmacie a D-lui Teodor Goina prezentată la Universitatea din Cluj în 1929, pe subiectul „Contribuţiuni la studiul farmacognostic al plantei Berberis Vulgaris".

Dar şi o bogată altă documentare străină. Planta activează prin 3 alcolizi cari sunt principiile sale active: Berberina, Berbamina şi Oxyacanthina. Berberina, care este principiul cel mai activ, se găseşte la plantele recent recoltate în sucul celular (Goina). Ca proprietăţi medico-terapeutice, rădăcina e bună în icter, litiază hepatică, renală, constipaţie; frunzele sunt antiscorbutice; fructele sunt răcoritoare şi bune în crampe, dispepsii, dureri de ficat. Poate provoca şi intoxicaţii.

Autorul o urmăreşte în „Dicţionarul botanic" al lui Z. Panţu; în „Dicţionarul Sănătăţii" al D-rilor Bianu şi Glăvan; în „Caetul medico-farmaceutic" al lui Deleanu şi Conivert. Precum şi în farmacopeele străine. Planta era cunoscută la Arabi şi Perşi. O pomenesc Dioscoride, Gallenus. La noi în ţară este foarte răspândită.

M. C.