ANUL XIV-lea
No. 5—6

PROBLEME DE ORGANIZARE ŞI DE ASISTENŢĂ SANITARĂ

MAIU şi IUNIE 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.

PROBLEME DE ORGANIZARE SANITARĂ

Docent D-r M. CĂNCIULESCU: **Problemele sanitare locale** (Urmare). . . . 337

Prof. D-r P. TOMESCU: **Probleme de ocrotire şi asistenţa socială** 339

Insp. g-ral san. I. STOICHIŢIA: **Raport asupra călătoriei pentru studiul organizaţiei sanitare din Germania** 341

Med. Col. D-r GH. RADIANU: **Propuneri cu privire la organizarea sanitară a ţării** 353

D. HORTOPANU: **Reorganizarea Ad-ţiei sanitare** 361

REUNIUNI MEDICALE

FL. POPOVICI, M. CĂNCIULESCU, V. DRĂGOESCU, C. STĂNCESCU, GH. C-TINESCU (Ploeşti), M. CĂNCIULESCU, P. MIHAIL, I. POPESCU: **Rapoarte asupra unor probleme sanitare locale,** prezentate în Adunarea g-rală a Colegiului medical din Dolj şi Conferinţa medicilor oficiali din Oltenia din 17 şi 18 Mai 1941, la Craiova 367—392

(Urmare pag. 2 col.)

1828.

SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

222

Pag.

Conferința medicilor din regiunea Galați (24 Mai 1941) . 395
Conferința medicilor din Moldova (30 Mai 1941, Iași) . . 397
Conferința Inspectorilor generali sanitari 401
Intrunirile Consiliului sanitar superior (7, 14 Mai și 13 Iunie 1941) 405—410

ASPECTE VARIATE ALE ASISTENȚEI SANITARE

Insp. g-ral san. I. STOICHIȚIA: **Ocrotirea familiei** . . . 413
D-na ALEX. GR. CANTACUZINO: **Asistența statizată, Asistența dirijată, Asistența coordonată** 414
Prof. P. TOMESCU: **Dispensariile mobile** 416

II.

LUCRĂRI ORIGINALE

C. V. ANTONESCU și FL. MAZILU ANTONESCU: **Factori necesari producerii sincopei adrenalino-cloroformice** 419
Doc. I. BISTRICEANU: **Sterilizarea și castrația ca factori biologici de producție a rasei** 424
GH. CORONDAN: **Injecțiile intravenoase de cărbune. Soarta cărbunelui în organism** 430
Conf. I. GAVRILĂ: **Considerațiuni asupra recidivelor în febra tifoidă** 437
V. GOMOIU și VIORICA GOMOIU: **Excizia, ca tratament al ulcerației radionecrotice** 441
ST. ODOLBEJA: **Clismele evacuatoare** (Partea II-a). 444
Conf. D-r AUREL VOINA: **Biologia națiunii ca temelie a învățământului** 459
A. STERE: **Tratamentul Bier în epididimitele gonococice și de altă origină** 467

CAZURI CLINICE

Prof. C. I. PARHON și MARCELLA PITIȘ: **Asupra unui caz de coree la o Basedoviană** 475
GH. MUNTEANU și ARARATEAN: **Considerațiuni asupra unui caz de meningită streptococică** 481

ISTORIA MEDICINEI

V. GOMOIU și Farm. MARIA GOMOIU: **Germanismul în trecutul nostru medico-farmaceutic** 488

III.

Din „SUMARUL" No. viitoare 330
LUCRĂRI PRIMITE LA REDACȚIE 332
TABLA SPECIALITAȚILOR FARMACEUTICE 334
CONDIȚIUNI DE PUBLICARE, PUBLICITATE ȘI ABONAMENT . . . 336

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CENZURAT

ANUL AL XIV-lea

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

No. 5-6/1941

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIȚIE LUNARĂ DE MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE GENERALĂ.

COLABORATORI PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂȚI

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

PENTRU PARTEA CHIRURGICALĂ CU SPECIALITĂȚI

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

Din „SUMARUL" No.

următoare

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

Col. ZAMFIR, GH. ALEXIU, V. IONESCU: **Epi-tuberculoza.**

D. DIMITRIU şi OD. APOSTOL: **Introducere la un studiu de medicină aeronautică.**

GR. şi TEO GR. JAMANDI: **Paduchele ca parazit şi ca agent vector (mecanic şi gazdă intermediară) de boli infecto-contagioase.**

V. GOMOIU şi V. TRIFU: **Pericolul venerian.**

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

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

N. VIŞINEANU: **Tratamentul cu digitală. — Indicaţiuni practice.** (Revista critică).

I. BISTRICEANU: **Tratamentul stărilor basedoviene prin carboterapia gazoasă de Vatra-Dornei.**

H. MAKELARIE şi CANDID IONESCU: **Valoarea comparativă a diverselor tratamente curative în tetanos.**

GR. DUMITRIU: **Maladia Nicolas-Favre-Durand în stare inaparentă la prostituatele din urbia Iaşi.**

GH. GRAMA: **Absenţă congenitală totală unilaterală a ambilor muschi pectorali, în legătură cu 2 cazuri.**

GH. GRAMA: **Asupra tratamentului flegmoanelor tecilor sinoviale ale mânei.**

GH. VAJA: **Tuberculoza la funcţionari.**

I. TATOIU: **Problema alimentaţiei.**

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

---

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

Institutul de Seruri și Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenței 103 — București VI

Depozit permanent de:

Seruri

Ser antidifteric (250—500—1000 și 2000 unități pe cm.
» antidisenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistrepococic »
» antigangrenos » și monovalent (V. septis, B. perfrigens, oedematiens, B. hystolitic, B. sporogenes).
» antimeningococic polyvalent și monovalent (tip. A. tip. B tip. C. și tip. D.)
» antitetanic (200—400—600—800 unități pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent și monovalent (tip. I, tip. II și 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: difterică, tetanică, stafilococică și scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet și Nègre) pur și diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
» precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacția Dick
Toxină pentru reacția Schick o
Antigene: Bordet-Ruelens, Cit chol și Kohn
Antigen pentru reacția Freii
Medii de cultură solide și lichide
Secțiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice și chimice
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

*

O broșură conținând instrucțiuni pentru întrebuințarea serurilor și vaccinurilor, precum și toate informațiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile și vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cele mai târziu după 3 luni dela data expirării eficacității.

BCU Babeș-Bolyai University Library (Cluj)

LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEŞTI
PRIMITE LA REDACŢIE

EFORIA SANITARĂ „PREVENTORIUL CERVENIA": **Preventoriul Cervenia.** T.-Măgurele, 1940.

C. I. URECHIA-Sibiu: **Arterite noueuse à forme cérébrale.** J. int. de Psychiatrie et de neurologie. Bern, No. 6/1941.

C. I. URECHIA: **Maladie de Pick, diagnostiquée pendant la vie.** Bern, No. 6/1941.

D. DIMITIU: **Consideraţiuni asupra accidentelor şi afecţiunilor organice provocate de sbor.** Monogr. Rev. Aerului şi Marinei, Sept. 1940, Bucureşti.

Prof. C. DUMITRESCU-MANTE: **Clinică terapeutică medicală.** Vol. I, Bucureşti, 1941.

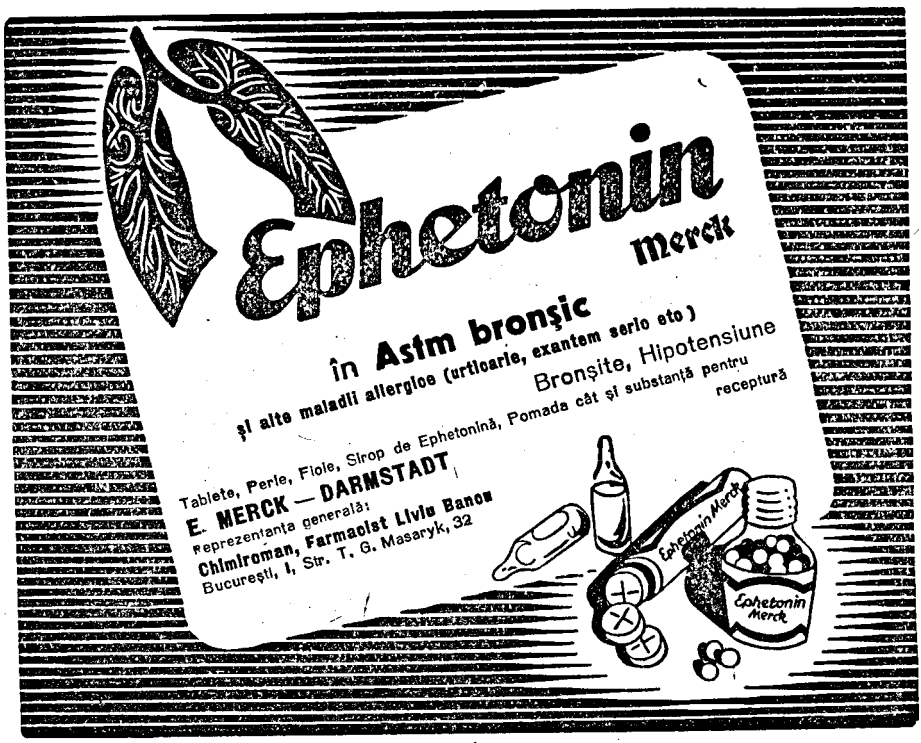
I. RADVAN: **Thérapie co-adjuvante antimalarienne endoveineuse par l'hormone surrenale.** Extras. Revista Şt. Medicale No. 1/1941, Bucureşti.

Buletinul medical al Cercului de studii al medicilor din jud. Neamţ. Anul I, No. 3/1941.

EUG. CORNELEAC: **33 cazuri personale de intervenţiuni asupra simpaticului lombo-sacrat.** Buletinul Medical No. 3/1941, P.-Neamţ.

M. POPESCU-BUZEU şi A. HĂLĂUCESCU: **Chimioterapia actuală a blenoragiei şi infecţ. genito-urinare.** Col. „Monografii urologice" No. 3/1941.

M. POPESCU-BUZEU şi C. VLASICIUC: **Piuria amicrobiană.** Relaţiuni între maladia lui Söderlund-Wildbolz şi sifilisul reno-ureteral. Colecţia „Monografii urologice" No. 2/1941.



Un nou produs «Knoll»!

Oktyron liquid.

Combinație chimică moleculară de Octinum
cu dimetilaminofenildimetilpirazolon.

La dureri de orice natură

Dureri de cap

Migrenă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Dureri nevralgice

Dureri spastice

Dismenoree

Dureri de dinți

Liber de barbiturice și alcaloizi.

Rp. Oktyron liquid. «Knoll», ambalaj original de 10 gr.
10-20 picături, la nevoe până la 4 ori pe zi, cu multă apă. Nu se vor lua pe stomacul gol.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN/RIN

Eșantioane și literatură prin: KNOLL S. A. R., Produse chimico-farmaceutice,
Str. Atena 29, București 3.

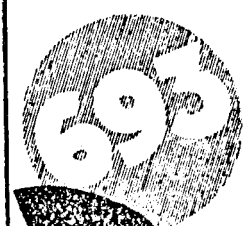
TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂȚII CASELOR FARMACEUTICE

	Pagina
CHIMIROMAN: Ephetonin, Oestromenin „Merck"	332, 406
CODEX: Intestinol, Desitin	399
R. FOREX: Rectidon comp. „Riedel"	412
— — : Iminol „Boehringer-Soehne"	343
— — : Kombetin, „Boehringer-Soehne"	400
— — : Artose „Boehringer-Soehne"	359
— — : Perlatan „Boehringer-Soehne"	360
GEDEON RICHTER: Magno-carbon, Tanno-carbon	403
ST. GHEORGHIU: Sirop neuro-tonic	371
ICFAL: Bronchosan Ipecodrin, Hypercalcium, Agoton, Gastrobial, Calciretin, Antireumal, Phedroiod, Ovule-Icfal, Urosol, Sedonervina, Pneumotropina	366
— — : Calcium „Icfal", Fosfovitadol, Hepatonal, Najosol, Metochin	365
P. ILUTZA: Collo-iode „Dubois", Cardialgine	466
INSTITUT „D-R I. CANTACUZINO": Seruri, Vaccinuri, Anatoxine, Filtrate microbiene, Principiu lytic, Tuberculină, Antigen metilic, Toxine, Antigene, Merdii de cultură, Diferite analize, Autovaccin, Autofiltrate	331
KNOLL: Oktiron	333
LUTEȚIA: Calcigenol „Pinard"	372
— — : Biolactyl „Fournier"	Cop. III
— — : Hista „Beytout"	351
— — : Collubiazol „Roussel"	Cop. IV
— — : Sedotyol, Inosepta, Inotyol, Siliplastine, Cutigenol „Debat"	352
— — : Uralysol „Lobica"	404
AL. RADU: Pervitin „Temmler"	344
SANDOZ: Calcibronat	436
SPECIA: Dagenan	335
SPEPHAR: Bioferment, Cytotonine, Dakynol, Dermophyl, Passicalmine, Solvarthrol, Sulfamidol	411
S. I. F.: Calcifix, Anemoton-Iodamin, Disuric „Gamma"	415, 496
— — : Silental „Gamma", Histogenol „Naline"	474
STANDARD: Opocalcium „Ranson", Agocholine „Zizine"	458
— — : Thionaïodine	418
— — : Scilloral	412
G. VERGLAS: Clorocalcion „Michels", Passicarbone „Reaubourg"	410, 474
WANDER: Carbowander, Cerebrosan „Wander"	393
— — : Sapic-Tonikum, Neo-luverin „Wander"	394

Biblioteca Centrală Universitară Cluj / Central University Library Cluj

Chimioterapie antibacteriană

PNEUMOCOCI
MENINGOCOCI
GONOCOCI
STREPTOCOCI
STAFILOCOCI



Dagénan

SULFAPIRIDINĂ
α (P.amino-benzen sulfamido)-piridină

COMPRIMATE DOZATE LA 0.50g

(C) Carol Davila University Library Cluj

doza medie la adult în primele zile:

3 grame, şi mai mult în cazurile grave, şi anume în doze fracţionate de câte o jumătate de comprimat.

ODETTE ZEAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC Frres & USINES du RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8e

Propagandă medicală „SPECIA" Str. Anastasie Simu 6, Bucureşti (III).

CONDIŢIILE DE PUBLICARE, PUBLICITATE ŞI ABONAMENT

Corespondenţa cu privire la chestiuni de *Redacţie şi Ad-ţie* se va adresa la *Sediul revistei:* Craiova, Str. Sf-ţii Arhangheli, 5.

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeţ.

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

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

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

Paginile în plus vor fi plătite de autori, câte 400 lei pagina.

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

	50 ex.	100 ex.
1- 4 pag.	Lei 185.—	Lei 230.—
5- 8 „	„ 250.—	„ 300.—
8-16 „	„ 360.—	„ 410.—

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Costul clişeelor ca şi al planşelor în afară de text, din revistă şi din extrase, priveşte 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 româneşte, titlul original pus în paranteză, revista, numărul, anul, pagina.

Anunţurile publicitare se angajează direct şi numai prin Ad-ţie, după un tarif expediat la cerere.

Abonamentul anual este de lei 400 pentru medici, 600 pentru Instituţiuni, 1000 lei pentru Străinătate. Se trimete *anticipativ,* prin mandat poştal, revista neavând încasator.

Schimbarea adresei se va anunţa la timp.

PROBLEMELE SANITARE LOCALE

(Urmare)

Reamintim că studiul problemelor sanitare, cu contribuire la rezolvarea lor, a fost introdus în programul de activitate al Secțiilor județene ale Colegiului medicilor de către d-l Profesor **P. Tomescu**, Ministrul Sănătății Publice. Este o nouă dovadă de adâncă înțelegere a problemelor sanitare care interesează țara noastră, precum și de simț practic ce manifestă D-sa în rezolvarea lor.

Gospodarul cuminte începe prin a face ordine în casa lui. După cum un popor conștient se preocupă în primul rând de interesele comunității sale etnice și rasiale. Și, pe urmă, bunele relații cu vecinii de curte și de fruntarii, în cadrul propriilor interese și al înțelegerii mutuale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prea convins de adevărul elementar al acestor premise, Colegiul medical al Secției de Dolj a expus în prima sa Adunare generală un număr de **Rapoarte** asupra câtorva **Probleme sanitare locale** cari interesează **Municipiul Craiova** și **jud. Dolj**. Pentru-că fiecare din aceste probleme se pune pentru orice Capitală și Județ, am căutat a întruni pe membrii Colegiului de Dolj cu medicii oficiali ai tutulor instituțiilor și serviciilor sanitare din regiunea Olteniei, în conferința lor trimestrială. Și d-l Ministru al Sănătății cu unul din Secretarii săi generali a onorat cu prezența sa această **Reuniune medicală a Olteniei**. In inspecțiile regionale ce periodic întreprinde în țară, inițiatorul rezolvării problemelor sanitare locale în cadrul asanării sanitare generale a țării a reabilitat și scopul acestor inspecții pe care predecesorul D-sale, d-l Medic general Doctor Nicolae Marinescu, le transformase în simple deplasări, fără folos practic și numai costisitoare.

In faza de desorientare în care ne-am aflat, numai metoda „văzând și făcând" bine, pe loc, și urgent, se poate aplica. In cadrul unui program de ansamblu, care trebue conceput, studiat și executat progresiv. Este tocmai ceea ce face actuala conducere sanitară, cu ajutorul conducerii supreme a țării, care a ridicat problema noastră sanitară la rangul unei probleme de stat.

Pentru-că toți ne dăm seama că suntem la răscruce, de aci a eșit această activitate intensă de ordin sanitar, manifestată în călătorii de studii, în inspecții pe teren, în conferințe, în propuneri de programe

pentru organizare sanitară, ş. a. Intotdeauna revista „Mişcarea Medicală Română" a semnalat şi a înregistrat aceste manifestaţii, supunându-le unei critice obiective. Le-a provocat chiar, dând sugestii şi solicitând părerile persoanelor autorizate în materie.

Am cuprins în numărul de faţă al revistei un număr de asemenea **Probleme de organizare şi asistenţă sanitară**, expuse în articole originale, în articole cari se referă la studii publicate anterior în revista noastră sau în altă parte; de asemenea, în dări de seamă asupra unor conferinţe, asupra desbaterilor din numeroase reuniuni medicale în ţară, asupra hotărîrilor luate în întrunirile inspectorilor generali sanitari, şi în şedinţele Consiliului sanitar superior. Precum, şi, **Rapoartele asupra unor probleme sanitare locale** expuse în Adunarea g-rală a Colegiului medicilor din Dolj, în zilele de 17 şi 18 Mai a. c., la Craiova. Iar, pe deasupra, am reprodus intenţiunile şi dispoziţiunile conducerii organizaţiei noastre sanitare manifestate în cuvântările ocazionale ale D-lui Profesor **P. Tomescu** şi Insp. g-ral sanitar **I. Stoichiţia**, Ministrul şi Secretarul general al Sănătăţii Publice.

Sperăm a fi reuşit să dăm o imagine generală a frământărilor cari agită în prezent organizarea noastră sanitară şi corpul medical românesc. Frământări cari se caracterizează prin măsuri urgente luate pe loc, în cadrul unui program general de organizare sanitară. Aceste măsuri şi program se inspiră din noţiunea medicinei curative şi preventive; au ca obiect prezentul şi viitorul medicinei româneşti şi ca subiect biologia neamului românesc. Pe care etno-biologie D-l Conf. D-r **Aurel Voina**, într'un articol final o aşează, pentru educaţie, la temelia învăţământului nostru. După cum D-l D-r **Victor Gomoiu** vede şi repune biserica la baza rezistenţii sufleteşti a neamului românesc.

In ceea ce ne priveşte, am dorit să scoatem în evidenţă importanţa ce acordăm **rezolvării problemelor sanitare locale**, după **metoda „văzând şi făcând" pe loc, urgent şi potrivit**; în cadrul, desigur, al unui **program general de organizare sanitară**, în prealabil studiat şi în mod metodic aplicat. Metodă care se inspiră din metoda clinică a primelor îngrijiri de dat unui bolnav.

Rapoartele prezentate în Adunarea g-rală a Colegiului medical din Dolj propun soluţiuni pentru cea mai mare parte din problemele sanitare locale, cari se pun pentru orice Judeţ şi Capitală de judeţ. Vom expune într'o Cronică viitoare **rolul capital** pentru asanarea generală a ţării, **din punct de vedere curativ, al Instituţiunilor mari spitaliceşti**, de care fiecare Capitală de judeţ posedă. Precum Spitalul Filantropia şi Organizaţia Asigurărilor Sociale la Craiova. Atunci când se conformează rolului lor, regulamentelor de funcţionare în vigoare şi eticei medicale.

D-r M. CÂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

PROBLEME DE OCROTIRE ŞI DE ASISTENŢĂ SOCIALĂ

D-l Prof. D-r **Tomescu**, Ministrul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, a ţinut în ziua de 9 Aprilie a. c., la radio o Conferinţă vorbind despre **„Probleme de Ocrotire şi Asistenţă Socială"**.

Tratând chestiunea problemelor de Ocrotire şi de Asistenţă Socială ale populaţiei româneşti, — a spus D-sa — trebue să arătăm dela început, că ele nu se pot rezolva decât printr'o colaborare cordială şi activă a tuturor.

Cari sunt însă problemele de ocrotire şi de asistenţă pe cari trebue să le atacăm?

Ocrotirea socială

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intr'o ţară bine organizată, desvoltarea individuală trebue urmărită cu atenţie şi ajutată pentru ca evoluţia să se facă în cele mai bune condiţiuni, din copilărie până la maturitate.

Nu se poate lăsa la voia întâmplăriii sau în vălmăşagul intemperiilor desvoltarea nouilor generaţii, întrucât se pot ivi anomalii vătămătoare.

De aceia, societatea prevăzătoare trebue să ia măsuri de ocrotire a copilului de toate vârstele şi a familiei, care reprezintă celula vie ce stă la baza societăţii noastre.

Sistemul de a trata egalitar familiile numeroase şi cele cari sunt formate din două persoane, este nu numai nedrept ci şi nepotrivit scopurilor noastre naţionale.

De aceia grijea noastră trebue să meargă, în mod special către copii de a căror desvoltare fizică şi intelectuală trebue să ne ocupăm cu toată atenţia. Şi, în mod logic pentru a asigura buna desvoltare a copiilor, vom ocroti familia.

Nu putem insista îndeajuns cât de important este pentru neamul şi pentru ţara noastră să-i asigurăm generaţiuni de oameni întregi la corp şi la minte.

Pentru a reuşi, se intervine cu sfatul bun şi deseori cu ajutorul efectiv. Familiile numeroase vor fi ajutate, copiilor li se va asigura o viaţă igienică şi o alimentaţie substanţială prin cantinele şcolare. Celor mai săraci li se vor da haine şi cărţi.

Este astăzi obligator să ne ocupăm nu numai de igiena fizică, dar şi de cea mintală, mai ales în epoca de formaţie a tinerilor.

Asistenţa socială

Asistenţa socială are un alt câmp de activitate. Ea se ocupă de acei cari, din diferite împrejurări, nu pot să-şi asigure, prin luptă proprie, mijloacele materiale ale existenţei.

Unii nu au însușirile necesare unei vieți active din cauza unor infirmități înăscute sau câștigate în cursul timpului. Alții nu au reușit să se încadreze decât incomplect în viața socială din cauza adversităților soartei. In fine, un alt grup îl formează bolnavii cronici și bătrânii, lipsiți de mijloace și de familie.

Toți aceștia trebue ajutați, într'o formă sau alta, chiar dacă nu sperăm să facem din ei elemente active și productive.

De altfel, trebue să subliniem că asistența socială pornește dintr'un sentiment uman de solidaritate națională. Și de la ideea de a asista pe cel care nu-și poate duce viața fără un ajutor efectiv, din partea celorlalți — în mod logic s'a ajuns la ideia ocrotirei sociale.

In adevăr, este mai practic și mai util să ajuți desvoltarea normală a tuturor elementelor ce compun societatea, decât să asiști pe cei cari în lupta cu adversitățile vieței au căzut învinși.

Consiliul de patronaj al operelor sociale

La noi, ca și în țările străine, ocrotirea și asistența socială au atras interesul oamenilor de bine din clasa socială mai înaltă.

Este însă nevoie ca activitatea tuturor societăților de binefacere să fie coordonată și sistematizată. In prezent aceiași problemă este tratată de mai multe societăți, pe când alte probleme sunt complet neglijate.

De aceia era absolut necesar să unificăm, să sistematizăm și să generalizăm pe țară, acțiunea de ocrotire și de asistență socială. In acest scop s'a întemeiat Consiliul de patronaj al operelor sociale

Atât consiliul central cât și consiliile județene vor fi formate din reprezentanții autorităților și din persoanele competente care au lucrat în trecut sau cari au o pregătire specială în domeniul asistenței și ocrotirilor sociale.

In modul acesta, sperăm să se stabilească o colaborare strânsă între autorități și între inițiativa particulară, astfel ca pe tot întinsul țării să se poată desvolta o acțiune sistematică și folositoare.

A doua chestiune pe care țin să o subliniez este următoarea:

Ocrotirea și asistența au în prezent norme științifice de funcționare, după care trebue condus orice acțiune. De aceia nu ne mai este permis să lucrăm empiric într'un domeniu unde experiența și observația au stabilit norme științifice.

Avem surori de ocrotire și asistente sociale cari au învățat în școli înalte în țară și în străinătate și cari vor asigura personalul de conducere al întregei activități ce se va desfășura.

Aplicând datele pe cari știința asistenței și ocrotirei sociale ni le pun la dispoziție și pornind de la tot ceea ce s'a făcut până acum, voim să clădim marea operă de care societatea și populația românească are urgentă nevoie.

Noua legiferare asupra operelor sociale.

In acest spirit s'a întocmit **legea pentru organizarea Consiliului de patronaj al operelor sociale,** care a fost promulgată astăzi.

Desigur că, mai ales în domeniul social, o lege nu poate creia de la o zi la alta situațiuni noui. Ea însă, poate da posibilități de desvoltare a operelor existente și poate iniția alte acțiuni rodnice.

Este tot ceea ce s'a urmărit.

In serviciul acestor înalte scopuri, era însă necesar să mobilizăm toate energiile morale de care societatea noastră dispune și să aducem noui mijloace materiale.

De aceia s'a legiferat colaborarea strânsă între autoritățile publice și inițiativa particulară, reprezentată prin exponenții ei cei mai autorizați și mai competenți.

De aceia, s'a prevăzut în lege ca statul să aducă o contribuție însemnată pentru realizarea operelor sociale, pe lângă aceia pe care inițiativa particulară o va realiza.

Credem că noua formă legală ce s'a dat va asigura o mai bună desvoltare a ocrotirei și asistenței sociale în țară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

REFERAT ASUPRA CĂLĂTORIEI PENTRU STUDIUL ORGANIZAȚIEI SANITARE DIN GERMANIA

de

D-r STOICHITIA

Secretar General al Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

Urmând invitației D-lui Phlaumer, Ministrul de Interne în Statul Baden. D-l Ministru Mihai Antonescu a delegat o comisie de studii care deplasându-se în Germania la sfârșitul lunei Aprilie 1941, a studiat la fața locului diferitele aspecte ale organizației administrative a Reichului.

Făcând parte din această comisiune, am urmat indicațiile primite dela D-l Ministru al Sănătății Prof. D-r Tomescu, și m'am ocupat în mod deosebit de studiul organizației sanitare actuale a Germaniei.

Rezultatul acestui studiu, făcut între 23 Aprilie și 8 Mai a. c., formează obiectul prezentului referat.

I S T O R I C.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O scurtă reprivire istorică ne arată, că atât în Prusia, cât și în celelalte State care compun Imperiul German, la început, serviciul sanitar public era asigurat numai printr'un medic curativ, particular sau de spital, însărcinat din partea Statului cu anumite atribuții de control în ceeace privește igiena publică și combaterea epidemiilor. Acest medic care era ales dintre cei mai destoinici practicieni, nu era propriu zis funcționar de Stat și purta titlul de „physikus".

Prin „Legea medjcului de circumscripție" (Kreisartztgesetzt) din 1899, s'a introdus funcția medicului de circumscripție ca medic oficial, însărcinat cu combaterea epidemiilor, poliția sanitară, medicina legală, etc., dar în acelaș timp obligat să se ocupe și de tratamentul bolnavilor din circumscripția sa.

Medicii de circumscripție erau subordonați organelor administrative locale, aveau drepturi minimale și adeseori nu erau luați în seamă de cei chemați să dispună măsurile necesare de ordin sanitar. Cu toate acestea, prin calitatea generațiilor de medici care s'au perindat în aceste funcțiuni, între cari, și savantul Robert Koch, funcția de medic de circumscripție s'a dovedit utilă și ea a fost menținută până după războiul mondial, deși circumscripțiile sanitare prin densitatea tot mai mare a populației au ajuns la proporții de câte 5—700.000 locuitori pentru un medic.

După războiul mondial au luat ființă **„oficiile de ocrotire"** susținute de organele administrative locale, de partidele politice și de diferite societăți de binefacere, ca instituții care se ocupau de sănătatea

publică şi de asistenţa socială. In lipsa unor norme unitare de organizare, serviciul sanitar public a devenit cu timpul un organism foarte variat şi complicat şi lipsit de unitate.

Deodată cu venirea la putere a regimului Naţional Socialist şi concomitent cu reformele introduse în domeniul politicei economice, culturale şi sociale, s'a schimbat şi concepţia în materie de politică sanitară, fixându-se ca principal obiectiv: **promovarea sănătăţii colective a rasei germane, prin protecţia familiei sănătoase din punct de vedere eugenic şi rasial şi prin aceasta asigurarea unei desvoltări optimale a capitalului biologic naţional.**

Păstrarea şi promovarea patrimoniului biologic ereditar a intrat pe primul plan al preocupărilor conducătorilor Germaniei Naţional Socialiste şi noua organizare sanitară înfăptuită de regimul lui Adolf Hitler, are la bază realizarea integrală a acestor principii.

Este interesant de ştiut că principiile de biopolitică realizate în mare parte prin regimul Naţional Socialist german, au fost lansate în România în mod documentat de către D-l Prof. Moldovan, încă din anul 1921, prin publicaţiile „Biopolitica" şi „Igiena Naţiunei", precum şi prin Revista „Eugenie şi Biopolitică" editată de Societatea Culturală „Astra" şi de Institutul de Igienă şi Sănătate Publică din Cluj.

Noua organizare sanitară înfăptuită de regimul Naţional Socialist pe teritoriul întregului Reich, se întemeiază pe dispoziţiile cuprinse în „Legea pentru unificarea sănătăţii publice din 3 Iulie 1934" (Das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens) şi pe Regulamentele de aplicare din 6 Februarie, 22 Februarie şi 30 Martie 1935, precum şi pe diferite decizii complimentare ale Ministerului de Interne al Reichului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Organizaţiile de eugenie şi igiena rasei au luat fiinţă în baza dispoziţiilor cuprinse în „Legea de Eugenie" (Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses) din 18 Octombrie 1935 şi „Legea pentru protecţia sângelui şi onoarei germane" (Gesetzt zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre) din 15 Sept. 1935.

ORGANIZAŢIA CENTRALĂ

Conducerea centrală a sănătăţii publice pentru Reich, aparţine Ministerului de Interne. In cadrele acestui Minister funcţionează Direcţia a IV-a pentru sănătatea publică numită „Volksgesundheit", condusă de un director ministerial.

Această direcţie se compune din două secţii principale şi anume, o secţie pentru medicina umană şi alta pentru medicina veterinară.

Conducătorul Direcţiei este în acelaş timp şi Preşedinte al „Consiliului Sanitar al Reichului", al „Academiei de Stat" de Medicină din Berlin" şi al „Consiliului Sanitar al Prusiei". El are ca principali colaboratori: 11 Consilieri ministeriali, 13 Consilieri guvernamentali, 4 Asesori şi o serie de funcţionari de grade mijlocii şi inferioare.

Ca principale atribuţii Direcţia Serviciului Sanitar este preocupată de următoarele probleme:

Executarea legei de uniforme a sănătăţii publice; Marile probleme de eugenie şi igienă a rasei; cercetări în domeniul eugeniei şi studiul demografic.

Preventiv In Asthm

o singură comprimată de

Iminol

previne accesul iminent

dacă este luată la timp.

Intrebuințare a comodă

fără acțiune secundară.

Nu produce obișnuință.

Tuburi cu 10 și 20 comprimate

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

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

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

BCU Cluj / Centrul de Resurse pentru Literatura Română

PERVITIN

„TEMMLER WERKE“

Sindromele post-punctionale, 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:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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.

Nu produce obişnuinţă!

Temmler Werke — Berlin

Pentru România: Dr. Alex. Radu

Bucureşti 3 — Str. Sofia 30

In afară de aceasta tot Direcţia centrală se ocupă de pregătirea, examinarea şi perfecţionarea personalului sanitar, farmaceutic şi chimist, iar ca organ tutelor suprem se ocupă şi de problemele ce-i sunt înaintate de organele exterioare, din domeniul medicinei preventive, în deosebi: igiena şcolară, tuberculoza, ocrotirea infirmilor, a orbilor şi surdo-muţilor; igiena şi salubritatea publică; igiena locuinţei; combaterea epidemiilor, precum şi cercetări în domeniul bacteriologiei şi serologiei şi prepararea de vaccinări şi seruri.

Direcţia centrală elaborează directivele generale în domeniul controlului comerţului alimente şi băuturi; aprovizionarea cu apă potabilă; canalizarea; igiena industrială; practica farmaciei şi drogheriei; regimul înmormântărilor şi transportul de cadavre; propaganda sanitară; educaţia sanitară şi menţinerea şi promovarea legăturilor internaţionale pe teren ştiinţific medical.

Tot din această direcţie dirijează şi medicina veterinară cu toate problemele ce-i aparţin.

Este de observat că, Direcţia centrală se ocupă numai de elaborarea directivelor generale, administraţia şi executarea făcându-se prin organele exterioare în sensul celui mai larg spirit de descentralizare.

Consiliul Sanitar al Prusiei care depinde de Direcţia centrală, îndeplineşte funcţia unui organ consultativ şi în afară de aceasta execută examinarea medicilor oficiali şi dă expertize ca instanţă supremă în chestiuni de medicină legală.

Academia de Stat de Medicină face cursurile de pregătire pentru medicii de Stat în semestre de câte trei luni, examenul de Stat făcându-se în faţa comisiilor delegate de Consiliul Sanitar.

Tot în legătură cu Direcţia centrală funcţionează şi un **„Consiliu consultativ"**, pentru problemele demografice şi politica rasială. Acest Consiliu se compune din cele mai proeminente figuri ale Partidului Naţional Socialist.

„Consiliul Sanitar al Reichului" care lucrează în strânsă legătură cu Direcţia centrală din Ministerul de Interne, a luat fiinţă pentru coordonarea activităţii diferitelor societăţi şi asociaţii care se ocupă de sănătatea publică, cum ar fi: Liga pentru ocrotirea mamei şi copilului; Liga contra tuberculozei; Liga pentru combaterea veneriilor; Liga pentru combaterea cancerului; Liga pentru combaterea alcoolismului; şi alte societăţi sau asociaţii provinciale sau regnicolare care se ocupă de sănătatea publică şi ocrotirea socială.

Medicii oficiali angajaţi în serviciul sanitar public, sunt constituiţi într'o **asociaţie** cu caracter profesional şi ştiinţific. Această asociaţie editează o revistă ca buletin oficial, având o ediţie pentru medici şi alta petru personalul auxiliar şi pentru marele public ca organ de propagandă sanitară.

Tot de Direcţia centrală din Ministerul de Interne depinde aşa numitul **„Reichsgesundheitsamt"**, Oficiul Sanitar al Reichului, care însă este în realitate un Institut de ştiinţă aplicată, dispunând de o serie de alte instituţii pentru cercetări în domeniul eugeniei, igienei rasei, chimie alimentară, fiziologie, farmacologie, etc., inclusiv Institutul „Robert Koch".

ORGANELE REGIONALE

In directă legătură cu Direcţia din Ministerul de Interne al Reichului, lucrează serviciile respective dela organele regionale sau provinciale, care la rândul lor sunt supuse autorităţii şefului administraţiei din provincia sau regiunea respectivă. Serviciile provinciale sunt conduse de câte un medic având titlul de Director sau Consilier Ministerial şi dispunând de un personal de birou foarte redus. Aceste organe au şi dreptul de control şi inspecţie asupra serviciilor exterioare. Ele ar corespunde în organizaţia noastră sanitară. Inspectoratelor generale sanitare, depe lângă fostele Rezidenţii Regale.

OFICIUL SANITAR

Conform legei de unificare administrativă, administraţiile provinciale sau regionale sunt împărţite în aşa numite „Landkreis", ceeace ar corespunde aproximativ cu Prefecturile noastre de judeţ, având o cifră de populaţie între 60—300.000 locuitori. Oraşele cu un număr mai mare de locuitori constitue unităţi administrative separate numite „Stadtkreis".

Pentru fiecare unitate administrativă mai sus arătată, există câte un **oficiu sanitar de Stat (Gesundheitsamt).** In Berlin funcţionează în prezent 22 de oficii sanitare, supuse unui serviciu sanitar central condus de un medic oficial care lucrează în strânsă legătură cu Primarul General al Capitalei.

Oficiile sanitare de Stat sunt organizaţiuni înfiinţate şi întreţinute de Stat; în unele regiuni contribue la întreţinerea lor şi administraţiile locale, toate lucrează însă după normele unitare elaborate de către Direcţia Centrală din Ministerul de Interne.

CC-0. Babeş-Bolyai University Library, Cluj

Conducerea Oficiului Sanitar este încredinţată unui **medic oficial (Amtzarzt)** care este funcţionar de Stat şi este numit de către Ministrul de Interne dintre medicii cu dreptul de liberă practică, absolvenţi ai cursurilor de specializare şi cu cel puţin cinci ani de activitate ca medic. după obţinerea diplomei. Medicul conducător are un înlocuitor care trebue să dispună de aceiaşi pregătire fiind ca şeful său, integral la dispoziţia serviciului, neputând face clientelă particulară şi nemai putând ocupa vre-o altă funcţiune.

Pe lângă aceşti medici, mai funcţionează un număr corespunzător de medici de specialitate, fie ca funcţionari salariaţi de Stat, fie ca medici diurnişti. Pentru aceste funcţiuni sunt preferaţi medicii cari au merite deosebite în sânul partidului.

Ca personal auxiliar funcţionează un număr corespunzător de oficianţi sanitari, surori de ocrotire, asistente technice, infirmiere şi personal administrativ de birou.

Surorile de ocrotire asigură legătura oficiului sanitar cu lumea din afară, prin vizitele la domiciliu şi prin participarea la consultaţiile de specialitate. Ele îndeplinesc şi anumite însărcinări de birou.

Oficiile sanitare sunt adăpostite în localuri proprietatea administraţiei locale, iar cheltuelile de întreţinere se plătesc în cea mai mare mare parte de către administraţia locală şi numai într'o proporţie redusă de Stat.

Principalele atribuţii ale Oficiului sanitar sunt:

Poliţia sanitară; eugenia şi igiena rasei; consultaţiile prematrimoniale; educaţia igienică, igiena şcolară; consultaţiile prenatale şi de puericultură, consultaţii pentru tuberculoşi, bolnavi venerici, infirmi şi bolnavi mintali.

In afară de aceasta, Oficiul Sanitar colaborează la măsurile pentru controlul educaţiei fizice şi al sporturilor, dă avize medico-legale, face expertize medicale şi eliberează certificate medicale oficiale.

Funcţiunea Oficiilor sanitare este reglementată de un regulament de funcţionare care prescrie în mod detailat toate atribuţiile şi însărcinările ce revin unui oficiu sanitar. In ceiace priveşte poliţia sanitară, atribuţiile oficiului, ar fi în rezumat, următoarele: evidenţa şi controlul moaşelor şi celuilalt personal sanitar auxiliar: igiena locuinţei; alimentarea cu apă potabilă, canalizarea, îndepărtarea imundiciilor; controlul alimentelor şi băuturilor; combaterea epidemiilor; vaccinaţiunile antivariolice; controlul igienei industriale; controlul instituţiilor de asistenţă medicală şi socială şi a staţiunilor balneare şi climaterice; chestiunile de înmormântări şi transportul de cadavre şi chestiunile în legătură cu apărarea pasivă.

In domeniul educaţiei igienice, Oficiile sanitare activează prin conferinţe publice şi prin demonstraţiuni practice, precum şi prin vizitele la domiciliu ale surorilor de ocrotire.

In domeniul igienei şcolare se face examinări în serie a tuturor elevilor; se face fişe sanitare şcolare pentru fiecare elev şi se dă asistenţă dentară la sediul oficiului prin medici de specialitate.

O deosebită atenţiune se acordă consultaţiilor prenatale şi consultaţiilor de puericultură unde se colaborează într un mod intim cu surorile de ocrotire care fac vizitele la domiciliu şi asistă la consultaţii. Nu se aplică tratamente ci se face numai tratament preventiv prin picături de Vigantol şi şedinţe cu raze ultra-violete pentru combaterea rachitismului.

Pentru depistarea tuberculozei, Oficiile dispun de instalaţii radiologice conduse de medici specialişti. In afară de reinsuflaţiile de pneumotorace artificial, nu se aplică nici un altfel de tratament la oficiul sanitar.

Tot la Oficiul sanitar se fac prin medici specialişti, consultaţiile pentru bolnavii venerici şi controlul prostituţiei.

Una din principalele atribuţii ale Oficiilor sanitare este de a urmări în deaproape mişcarea demografică şi de a indica măsurile cuvenite în cazul când se observă o evoluţie nesatisfăcătoare. In acest scop există consultaţiuni prematrimoniale prin cari se iau măsuri eficace pentru promovarea căsătoriilor sănătoase. La aceste consultaţiuni se prezintă toţi cei cari doresc să încheie o căsătorie şi să solicite „împrumutul de Stat" dat tinerilor căsătoriţi. Prin acest serviciu se eliberează certificatele prenupţiale şi se dau avize şi expertize pentru sterilizare. La acest serviciu se ţine un fişier asupra tuturor persoanelor, având tare ereditare care indică oprirea dela reproducţie. Din punct de vedere ereditar este considerat ca bolnav cei ce suferă de:

Idiotism congenital; schizofrenie; demenţă maniacală depresivă;

epilepsie ereditară; coree ereditară; orbi din naştere; surdo-muţi din naştere; alcoolismul cronic grav şi defecte fizice mari ereditare. In baza certificatelor eliberate de Oficiul sanitar se pronunţă apoi „Tribunalul de eugenie".

Tot în baza certificatelor eliberate de Oficiile sanitare publice, se acordă împrumuturile de Stat pentru promovarea căsătoriilor şi pentru protecţia sângelui german, prin evitarea căsătoriilor între germani şi cei de alte rase, cu deosebire evrei.

Oficiile sanitare de Stat funcţionează cu personal specializat, în condiţiuni materiale şi de personal relativ modest şi cu un randament totuşi mare, datorit bunei organizări. Ele se ocupă exclusiv de problemele de medicină preventivă şi ocrotire naţională, acordându-se o atenţiune cu totul specială eugeniei şi igienei rasei.

In afară de oficiile sanitare de Stat mai funcţionează în fiecare comună urbană şi rurală, câte unul sau mai multe „Oficii de ocrotire" (Wohlfurtsamt), înfiinţate şi întreţinute de comune sau de organizaţiile Partidului Naţional Socialist. Aceste Oficii de ocrotire se ocupă în mod special de asistenţa socială a dependinţelor de orice natură, asigurând şi tratamentul medical în caz de boală a celor lipsiţi de mijloace prin plata cheltuelilor de spitalizare sau prin procurarea de medicamente. Oficiile de ocrotire sunt organizaţii locale dirijate, controlate şi subvenţionate de Stat.

MEDICINA CURATIVĂ

Asistenţa medicală propriu zisă este asigurată prin medicii particulari cari se găsesc în număr suficient şi în cele mai mici comune rurale; prin asigurările sociale care înglobează aproape 80% din totalul populaţiei şi prin spitalele publice care sunt instituţii întreţinute exclusiv de comune; de asigurările sociale, sau de iniţiativa particulară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Asistenţa medicală nu constitue o problemă de Stat ci o preocupare de interes local şi particular lăsată exclusiv în sarcina administraţiilor locale şi a asigurărilor socale.

Asigurările sociale nu dispun de dispensare policlinice pentru consultaţiuni medicale, asistenţa medicală a asigurărilor făcându-se prin medici particulari în baza **liberei alegeri a medicului.**

Administraţia spitalicească se întemeiază pe principiul **autonomiei spitalelor,** fiecare spital având un buget propriu de venituri şi cheltueli. Veniturile se realizează din taxele de îngrijire şi tratament, plătindu-se pentru clasa comună 6—7 mărci zilnic, iar pentru secţia de sanator (Privatstation) se achită o taxă zilnică de îngrijire de 9—12 mărci. La clasa comună nu se încaseaă nici o altă taxă în plus, iar la secţia de sanator se mai plătesc în plus onorarii medicale, taxa de laborator, medicamente, examinări speciale, etc. Onorariile medicale dela secţia sanator revin în întregime medicului şef respectiv, care dispune asupra lor după cum crede de cuviinţă.

Spitalele se întreţin aproape integral din taxele de îngrijire pe care le încasează, deoarece pentru fiecare bolnav se plăteşte taxa prescrisă fie de către bolnav personal, fie de Casa Asigurărilor Sociale sau de către Oficiile de Ocrotire Comunale şi de Partid.

Personalul medical al spitalelor este angajat, numit şi salariat de autoritatea care întreţine spitalul din punct de vedere bugetar. Administraţia spitalicească este condusă de un director administrativ, nemedic, care execută bugetul; se îngrijeşte de aprovizionare şi de tot ce este în legătură cu înzestrarea şi întreţinerea spitalului. Directorul administrativ al spitalului angajează şi concediază personalul inferior de serviciu şi de gospodărie, iar personalul technic auxiliar se angajează după propunerea medicului şef respectiv.

Aprovizionarea cu efecte şi cu alimente se face depe piaţă prin directorul administrativ şi numai în cazul când este vorba de anumite articole (pături, cearceafuri, paturi), în cantităţi mai mari, aprovizionarea se face pe cale de licitaţie publică.

Aprovizionarea cu medicamente se face prin farmacia spitalului care îşi procură materialul necesar în preţuri de an-gros direct dela fabricile respective. Nu există depozite de medicamente, nici centrale şi nici regionale.

Majoritatea absolută a spitalelor din Germania, funcţionează sub acest regim în modul cel mai satisfăcător, îndeplinindu-şi în mod complect chemarea.

CONCLUZII

1. Serviciul sanitar public din Germania a fost organizat până înainte de războiul mondial, aproape pe aceleaşi baze ca şi serviciul sanitar românesc actual, având ca factor principal de acţiune, pe medicul de circumscripţie cu atribuţii mixte de ordin curativ şi preventiv.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

2. In cel de al treilea Reich, Serviciul Sanitar Public a luat o desvoltare deosebită, organizaţia de stat ocupându-se însă exclusiv cu problemele de medicină preventivă şi ocrotire naţională, medicina curativă fiind lăsată în sarcina administraţiei locale, a iniţiativei particulare şi a casei de asigurări sociale.

3. In sectorul curativ, s'a realizat autonomia aproape complectă a spitalelor şi libera alegere a medicului în asigurări, care au dat cele mai bune rezultate.

4. Conducerea centrală a problemelor de sănătate publică şi ocrotire naţională, aparţine Ministerului de Interne, în cadrul căruia funcţionează o direcţie a Serviciului Sanitar (Volksgeuntheit) condusă de un director având titlul de Subsecretar de Stat.

5. Pe lângă Guvernele sau Autorităţile provinciale, funcţionează câte o secţie sanitară condusă de un director sau consilier ministerial ca organ de legătură între centru şi organizaţiile exterioare.

6. Pe lângă fiecare unitate administrativă regională (Landkreis şi Stadtkreis) funcţionează câte un Oficiu sanitar (Gesuntheitsamt), care dispune de un dispensar policlinic şi se ocupă exclusiv de medicina preventivă, igiena socială, eugenia, igiena rasei şi poliţia sanitară. Oficiul sanitar este condus de un medic oficial specializat.

7. Serviciul sanitar public este complect descentralizat, medicii conducători sunt coordonaţi şi nu subordonaţi organelor administrative locale; ei pot lua şi executa pe proprie răspundere orice iniţiativă în interesul bunului mers al serviciului.

8. Pe lângă fiecare comună urbană sau rurală, funcţionează câte unul sau mai multe „Oficii de ocrotire" întreţinute de comune sau de organizaţiile Partidului Naţional Socialist.

9. Serviciul sanitar public din Germania se găseşte în fază de perfecţionare, el neavând încă o aşezare definitivă şi nefiind exact acelaş în toate provinciile istorice ale imperiului. Cu toate acestea Serviciul Sanitar Public funcţionează după norme unitare şi dă cele mai bune rezultate.

SUGESTII ŞI PROPUNERI

Sistemul de organizare sanitară şi de ocrotire din Germania, nu se poate introduce decât în ţări cu o structură socială şi politică, identică cu a Germaniei. Totuşi unele organizaţiuni şi sisteme pot să fie aplicate cu succes şi în ţara noastră şi anume:

a) In sectorul curativ se poate introduce şi la noi autonomia spitalelor, cel puţin la spitalele mai mari cu peste 100 paturi.

Credem că ar fi cazul ca administraţiile locale să îşi reia în mod treptat sarcinele bugetare prevăzute în Legea sanitare şi de ocrotire din 1930, privitor la întreţinerea spitalelor;

b) In sectorul preventiv propunem:

Simplificarea şi comprimarea aparatului central al Ministerului Sănătăţii;

O descentralizare cât mai largă a administraţiei sanitare;

Organizarea serviciilor sanitare din mediul urban pe specialităţi, prin centrele de sănătate identice cu oficiile sanitare din Germania;

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Introducerea în programul acţiunei sanitare şi în deosebi de ocrotire, a problemelor de eugenie, şi introducerea măsurilor de promovare a căsătoriilor sănătoase;

Să se însărcineze Institutele de Igienă şi Sănătate Publică, cu studiul acestor probleme, experienţa făcându-se în plăşile sanitare model;

Infiinţarea de oficii de ocrotire în toate comunele urbane şi grupuri de comune rurale, în colaborare cu Consiliul de patronaj.

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.

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

Biblioteca Universitară din Cluj ROMÂNIA Regele Ferdinand I

TERAPIA DERMATOZELOR

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

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Laboratoires du Dr. DEBAT - PARIS

EŞANTIOANE ŞI LITERATURĂ

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA“ S. A. R.

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

Asupra articolului „PROPUNERI CU PRIVIRE LA ORGANIZAREA SANITARĂ A ȚĂRII (1941)" al D-lor D-rI GR. și TEO GR. IAMANDI-Iași*)

de

Medic Col. D-r GH. RADIANU-Sibiu

Stimate Domnule Doctor,

In ultimul număr al Revistei ce conduceți, se găsește articolul: „Propuneri cu privire la organizarea sanitară a Țării". Introducerea articolului este un adevăr până la sfârșitul ei. Când începe cuprinsul, acesta pe cât e de complicat, pe atât este de unilateral.

Complicația reiese din faptul imposibilității de creiare a atâtor organe și face impresia că îndatoririle regulamentate, ale membrilor acestora, nu au nici o legătură cu starea sanitară în care se găsește Țara noastră. Parcă s'ar lua lucrurile dela început. „Medicina legală, serurile și vaccinurile, malaria ca și turbarea" nu sunt specialități producătoare de clientelă, ca să fi atras aderenți către ele, în timpul studiilor lor. „Personalul universitar recunoscut în specialități, recrutați pe bază de lucrări" nu vor părăsi, cum n'au părăsit niciodată, Bucureștiul.

Biblioteca Cluj / Central University Library Cluj

Numai cine cunoaște Țara după harta fizică a ei, poate să o împartă în „fâșii cu regiuni de munte, de deal și a ținuturilor de ape", cari să se răsfețe în aceleași condiții din aceste cauze. Sinaia, deși pe aceiași latitudine cu Câmpul-Lung, este mai umedă. In aceleași condiții fiind, la Deva apa de băut este imposibilă, iar la Sibiu mai mult decât bună. Și fie că fâșiile ar fi longitudinale sau fie că ar fi transversale, satele dela poalele nordice ale Carpaților nu se pot asemăna în „confort" cu vecinele lor de pe poalele de miazăzi.

Ca și în strategie, la fel în medicina socială, pe aceleași longitudini, latitudini sau înălțimi trebuie să se ia măsurile, după fiecare loc în parte. Și pentru acest lucru, mânuitorii acestor talente, trebuie să aibă vederi largi. La medicul șef al inspectoratului să înceapă și să se termine descentralizarea. „Marele Stat Major" să-i prescrie numai intențiile, dar să-i doteze subalternii cu material începând cu cel pentru întreținerea lor comodă și terminând cu cel de luptă care, ca și într'un atac, este deosebit după fiecare loc în parte, chiar în aceiași regiune.

---

*) Am primit acest articol sub formă de scrisoare, pe care a binevoit să ne adreseze D-l Medic Colonel D-r Gh. Radianu, Medic șef al Spit. Militar din Sibiu.

Pentru importanța covârșitoare a subiectelor tratate îl publicăm cu precădere, punându-i ca titlu pe cel de mai sus.

Autorul este un adânc cunoscător al realităților noastre sanitare, pe care le-a tratat în numeroase studii, comunicate la timp celor în drept; asupra unuia dintre ele am atras și noi atenția.

Direcția.

Orice „ocrotire" are două părți, una care apără și alta sau altele cari sunt apărate. De sigur că „surorile asistente de ocrotire" sunt și pentru copii. Toți dotații și cu partea filozofică a medicinei văd că progeniturile ocrotite, după naștere, sub cele mai perfecte condiții sanitare nu se deosibesc întru nimic de cei ocrotiți în cele mai înspăimântătoare condiții de întreținere, dacă și primii ca și cei din urmă fac parte din nevinovații diverselor „moșteniri" părintești; având nevoe de apărare tocmai aceia care continuă să trăiască în așa condiții materiale, încât oricât „de ocrotire" ar fi surorile asistente, cu simple sfaturi nu poate să le facă nimic.

Unilateralitatea conținutului constă în faptul că, nu se pomenește nimic despre ecranul pe care se proiectează tragicul film-sanitar-masculin, având drept „așî" pe reprezentanții acestui sex — cei cari mai apucă să ajungă până la vârsta de 20 ani — adică despre Serviciul Sanitar al Armatei.

Se știe că orice fel de unire este rezultatul unor forțe de atracție. Aceste forțe, din orice fel de material ar eși, sunt electrice. Și că, această forță are trei calități cari se arată, în fizică, prin niște unități de măsură. Cu siguranță că forța de atracție dintre condacătorii, de până acum, a celor două Servicii a avut mai mulți ohm-i decât amperi. Căci mersul natural al sănătății publice este: Medicul comunal — cel școlar la toate gradele — cel premilitar, cel militar, și la urmă, iar, medicul comunal, chiar când dă certificatul de constatarea morții. Adică o circonferință asemănătoare și tot așa de naturală ca și manifestarea vieții sociale la noi. (Sublinierea din urmă arată importanța și mai ales calitățile ce trebue să aibă cineva, atunci când are sub răspundere vârsta cea mai periculoasă a făpturii omenești: pubertatea).

Actualul Ministru al Sănătății — mai mult mie cunoscut decât absolvent al aceluiaș liceu — posedă o scrisoare din parte-mi. Ce s'a putut face, a făcut după sfaturile ce i-am dat: Mărirea lefurilor la medicii de circumscripție, o fișă pentru sifiliticii liberați din armată și o oarecare descentralizare care, acordând puteri, atrage după sine răspunderea; adică pe una din ficele conștiinței. Auzisem că, a propus și înțelegerea între cele două servicii, fără să reușească, însă nu e adevărat. De altfel fie că Inspectorii noștri, de până acum, n'au avut destui amperi, fie că firul lor conducător a fost izolat cu un strat prea gros de cauciuc, de niște „electricieni" nepricepuți și neînțelegători ai importanței acestei căsătorii, tot numai Sănătatea Țării este aceia care a pierdut!

Incep acum disecția copitolului „Principii călăuzitoare", pentru:

1. Trebuie înființat un corp special de „vardiști-sanitari".

2. Un medic conștient nu poate examina pe zi decât cel mult 20 de bolnavi.

3. Este „Anteriul lui Arvinte".

4. Și Lumea, dacă n'ar fi administrată la „maximum" de Dumnezeu, ar pieri.

5. O încărcare a bugetului și înfăptuiri de noi cauze, asemănătoare cu cele ce au îndepărtat tratamentul de fizio-biologia lui, încurcând lucrurile.

6. Ar trebui să se ştie că „rase pure" nu se găsesc decât în Paleontologie. Cei cari au încercat să le imite, sau le imită, degenerează: Saşii dela noi, evreii şi armenii de pretutindeni. Iar cât despre „concesiile morale" nu le admite justiţia ţării.

7. Este singurul punct pe care ar fi trebuit să-l cuprindă „principiile". Şi cum nu toţi conducătorii „celorlalte departamente ministeriale" nu pot fi doctori (invers de cum a fost la al sănătăţii), atunci şeful acestora să fie înţelegător. Aşa cum pare că ar fi acum la noi. Ministerul Sănătăţii, înainte de a avea „Institute medicale cu caracter de cercetări ştiinţifice, cu aplicări practice", ar trebui să fie ajutat în altfel.

Adevăratele ultra-surori asistente de ocrotire sunt:

Refacerea gospodăriilor ţărăneşti şi din mahalalele oraşelor: Locuinţe, la fel, din punct de vedere al igienei şi deosebite, după materialul de construcţie şi aspectul lor exterior, în legătură cu „felul regional" şi cu clima.

Instalaţia de băi-duşuri la toate şcolile: Igiena nu se învaţă în adulţie. Noi, medicii militari, cunoaştem „balneo-repulsia" soldaţilor. Şi cu toţii, putem să vedem urmările fără roade ale măsurilor igienice, după ce aceştia s'au liberat.

Combaterea alcoolismului: Nu însă numai prin schimbarea rasei celor cari procură otrava!

Alimentaţia nu trebue schimbată ci numai complectată: Noi, suntem încă apropiaţi de ancestralul regim lacto-vegetarian al speciei de animal numită: om. Nu, lipsa cărnei, degenerează poporul român. Aparatul digestiv al poporului nostru nu e pregătit pentru luptele digestive, ce trebue să desfăşoare cu această alimentaţie. Formatorii primei „generaţii cu guler tare", în majoritate, sunt cu turburări gastro-hepatice de toate felurile. Iar în Transilvania, tot din această cauză, aceste feluri de suferinzi sunt mai numeroşi decât peste Carpaţi. Slănina, provocatoare chiar singură, cere şi mai mult rachiu.

Combaterea sifilisului: Unul din flagelele care are nevoie de o „fişă" şi cu atacul condus în mod deosebit, însă în strânsă legătură; **după situaţia socială a descoperiţilor** — ţărani, servitori, muncitori, militari, funcţionari — **şi prin organizarea corectă şi legală a prostituţiei...** iar, nu ar avea nevoie de „formaţii în institute de studii şi experimentări".

Combaterea tuberculozei: Izolarea contagioşilor este singurul mijloc; drastic, însă tot aşa de practic. Sanatoriile, când se ajunge în ele, nu prea sunt vindecătoare, sunt amăgitoare şi costisitoare. Un foarte mare procent de foşti bolnavi prezintă forma scleroasă fără sănătorii; o au la o vârstă în care nu mai au timpul să moară din cauza deschiderei focarelor. **Observarea posibilităţilor inverse şi măsurile respective să se facă în copilărie, în pubertate şi la armată.** Este al doilea şi ultimul, dintre flăgele care are nevoie de o „fişă".

Combaterea malariei: Aici, intervenind într'adevăr „regiunile" articolului, organele sanitare nu au altceva de făcut decât, fără să-şi înceapă reţeta cu „Rp." să strige în gura mare: Irigaţii!! Un medicament mult mai preventiv şi ieftin decât chinina. Mai ieftin, de oarece „mâna de lucru" nici nu se poate compara în valoare faţă de sufletele câştigate, cari continuă să trăiască pe un pământ făcut şi fertil.

8. Înlăturarea „concesiilor morale" şi mai ales a chimerei zisă

„puritate de rasă", poate că ne-ar scuti de „posibilitățile de muncă și câștig, pentru cei rămași în urmă". Fiindcă în privința concesiilor morale suntem asigurați de rezultatele lor, încă din Ianuarie 1941!

9. O „fișă sanitară" pentru fiecare locuitor al țării este inversul punctului „4", ceva mai ultra-administrativ încă. La o sută de înălțimi, perimetre, greutăți, antecedente heredo-colaterale, toate absolut identice, purtătorii acestor daruri sunt tot de o sută de feluri. Apoi, datele culese din orice fel de arhive n'au fost niciodată pedagogice. Vieața și-a urmat cursul ei schimbat după timpurile și mai ales după locurile în care se desfășoară.

10. Asigură, numai dispariția definitivă a „Ligei Națiunilor".

Că așa, cum afirm, ar fi mai bine decât este, nu e nici o îndoială. Iar că ar trebui altfel decât așa, numai atunci ar putea răspunde „creații prin studii și experimentări", numai dacă aceștia n'ar fi fabricați după teorii și pe pielea cobailor; ci s'ar fi experimentat pe realitatea manifestărilor morbide ale speciei de om numită: românească.

Imi face impresia că „Problema sanitară în mediul rural" este pusă dinadins alături de teoriile astronomice ale articolului discutat până acum. Pot să le apreciez pe amândouă, fiindcă noi medicii militari deși trăim la orașe, suntem „mai dela țară" decât cel mai dela țară medic de circumscripție. Prin fața comisiilor pe cari le formăm noi, sau prin paturile spitalelor pe unde ne îndeletnicim cu meseria, vedem pe reprezentanții tuturor felurilor de locuri răspândite pe așa zisele „fâșii de regiuni" și declarate ca uniforme în efecte. Suntem, prin urmare, un fel de catâri cari, răzbim prin orice locuri. La Spitale și în fața Comisiilor vin locurile la noi, iar în recrutări sau inspecții ne ducem noi pe la locuri.

Pe românește, „critică" se chiamă „gură de mahala". „Judecată", însă, înseamnă și „să-ți dai părerea"; însă numai atunci când cunoști toate părțile. Așa cum am văzut că ar trebui să fie cazul la noi, medicii militari. Cuvântul „militar" pentru noi nu este decât adjectiv, înțelesul de substantiv nu-l are.

Avem, ba încă mai din plin, aceleași posibilități de pregătire ca și colegii civili. Militarismul nostru nu e decât o hlamidă sub care se desfășoară o libertate mult mai mare decât la ceilalți asemănători în meseria medicinei. Drepturile nu sunt în legătură cu datoriile. Cele dintâi, luate în orice sens, sunt mai din plin. Cele de a doua categorie, datoriile, ies din înțelesul dreptului și intră în acela al obligației de răspundere. La colegii civili niciunul din înțelesurile dreptului neexistând, acestora nedându-li-se mijloace ca să aibă răspundere, nu pot fi siliți să-și facă datoria. Nici în acest caz nu e suficient să fii o „creație prin studii teoretice și experimentări în laboratoare"... ca să știi și să ai putința să faci o asemenea afirmație. Adică să se dea la lumină și alte cauze pentru cari sănătatea țării n'a mers bine!

Dacă și organizarea sanitară, foarte greșit zisă, civilă, a țării ar fi la fel cu tot așa de prost zisa, cu cea militară, atunci lucrurile s'ar schimba.

Medicul de circumscripție sau comunal n'ar fi decât ca un medic de regiment. Cel dela județ s'ar compara cu cel dela o divizie.

lar inspectorii regionali nu sunt altceva decât nişte medici dela Corpurile dela Armată. Predicatele au fost subliniate, ca să se înţeleagă, cum ar trebui să fie la primele două categorii, şi aşa, cum este vorba, să fie la ultimul fel. Şi cum să ştie că cu cât un lucru pare mai mic, cu atât este mai important, la aceste feluri de părţi tocmai cum nu trebuie, continuă să fie. Mai ales că la colegii civili la lipsa bunurilor de orice fel — a acestor mame ale datoriei şi bunice ale răspunderii — se mai adaogă pentru îngrijire, în afară de sexul feminin, alte vârste şi alte condiţii de întreţinere a acestora.

Să nu se creadă că am scăpat din vedere — când am spus că „la medicul şef al inspectoratului sanitar să înceapă şi să se termine descentralizarea" şi când am terminat capitolul cu expresia „regiune" — că am scăpat din vedere atacul ce l'am dat împărţirei geofizice a organizaţiei sanitare.

Teritoriul unui Corp de Armată cuprinde toate variaţiile de teren şi de legături pentru şi între localităţi.

Trebue să posede arme pentru tot felul de atacuri şi apărări, tot astfel ca şi depozite de aprovizionare de orice natură; aşezate în locuri în legătură cu posibilităţile ce le oferă regiunea, cu nevoile ce le pretind locurile, ca să poată să le aibă la timp, şi atunci când, şi unde, trebuie.

Nu e nevoie de nici-o traducere a expresiilor ca să iasă asemănarea dintre rosturile şi drepturile aflate în posesia unui medic şef de Corp de Armată şi cari ar trebui să fie şi ale unui inspector sanitar regional, civil.

Capitolul dela pagina 310 este, ca orice adevăr, cel mai strașnic rechizitor al conducerii noastre sanitare. Rechizitorii de acest fel, la adresa serviciului nostru, am publicat şi eu două — dovadă de nepotrivirea calificativului, care ni se dă, de „militari". Unul din ele a avut şi binecuvântata D-v. apreciere. Restul, care nu erau trimese pentru publicat, ci numai de luat în seamă, stau în original, însoţite de No. oficial cu care le-am trimes locurilor în drept sau de recipisa scrisorilor recomandate, stau fără răspuns ca într'un mormânt şi nu ştiu cum să fac să ajungă acolo unde trebuie.

O propunere, în legătură cu strânsa aderenţă ce trebuie să fie între cele două servicii sanitare, era în privinţa felului de alegere şi de pregătire a sanitarilor militari cari, ar fi cei mai nimeriţi candidaţi, după liberare, la şcolile de agenţi sanitari. Acolo unde, pregătirea din armată făcându-se după propunerile mele, cursurile mai deosebite n'ar ţine nici-un sfert, în timp.

Am luat în cercetare din articolul celor doi medici, fraţi [1]), numai organizarea în mare. In calitate de prim-apostol al unirei ce trebue să se împlinească între cele două servicii, desigur că am în minte şi unirea organelor cari slujesc corpului sanitar civil; lucru pe care şi dânşii îl scapă, complicând încă organziarea. Am comparat medicul de circumscripţie sau comunal cu un medic de regiment. Nu uit însă despre medicii căilor ferate şi pe cei pe cari obligator ar trebui să-i aibă orice fabrică sau societate de orice fel. Aceştia împreună cu

1) soţi, N. R.

cei dela Poştă-Telegraf şi Telefon să aibă aceleaşi drepturi, aceleaşi datorii şi răspunderi şi să lucreze sub aceeaşi baghetă. La fel ca orice medic de regiment. Sănătatea nu este „particulară" sau „anonimă", aşa cum se înregistrează, pe la tribunale, fabricile sau societăţile.

Medicii controlori ai unei regiuni ar trebui să fie unici şi răspunzători de starea sanitară a regiuni, adică judeţul, orice organizaţii sanitare ar avea judeţul respectiv în afară de circumscripţiile sanitare propriu zise. Pe medicul diviziei, cu care aceştia ar trebui să fie asemănaţi, nu-l importă uniforma ce o poartă soldaţii regimentelor de care răspunde.

Această unicitate ar micşora numărul răspunzătorilor şi în afară de evitarea învinovăţirilor reciproce, după cum ştim că se întâmplă în toate cazurile, răsplata bănească a acestor „medici controlori" ar putea fi îndoită şi folosul lor este înzecit. Asemănarea între inspectorul sanitar şi medicul şef de corp de armată am făcut şi am justificat-o destul.

Am vorbit la masculin despre medici, nu fiindcă reprezentantei părţei femenine medicale nu i se zice „medică", dar fiindcă eu am o constatare făcută din experienţă: naturaleţea brutală a unor stări patologice şi mai ales sfârşitul lor imposibil de înlăturat, „masculinizează" femeia. Şi la această masculinizare mai intervine în rol principal, atunci când cunosc realitatea aşa după cum am spus, şi, mustrarea de conştiinţă. Noi bărbaţii suntem mai tari şi mai prefăcuţi. Iar dacă ajung şi dânsele ca noi, atunci epitetul meu este potrivit.

Nu tot aşa se întâmplă cu personalul sanitar-auxiliar femenin: moaşele şi infiermierele.

Primele, prin asistenţa lor, îndulcesc unele din cele mai mari dureri. Gravida are lângă ea o tovarăşe care a, sau va, împărtăşi aceleaşi dureri. Prezenţa mamoşului, bine înţeles în cazurile normale, măreşte durerile. Mai ales că mamoşii palpând, ca să recunoască poziţia, gravida are senzaţia stoarcerei unui furuncul produs din cauza unei specii de microbi identică cu el!!

Infirmierele nu cunosc realitatea — şi nici nu trebuie să o cunoască, faţa lor trebuind să fie încurajătoare — decât dacă sunt „voluntare" şi atunci nu prea vin pentru îngrijirea bolnavilor.

Cele de meserie n'ar trebui admise în şcoli înainte de o oarecare vârstă: când încep să deosibească aşa zisa dragoste eternă, de realitatea naturală a expresiei. Numai cine n'a fost bolnav nu poate face deosebirea între îngrijirea din partea unei femei oarecare, faţă de a celui mai ales bărbat.

Ornamentele la o clădire punându-se după ce s'a terminat temelia, zidurile, acoperişul şi tencuiala, numai după ce aceste înfăptuiri vor fi gata pentru sănătatea publică, numai atunci să ne gândim la organizaţii sanitare decorative şi, numai atunci, când arătăm că nu ne pare rău că n'am ajuns în ele!

Să ne dea Dumnezeu la fiecare după suflet şi la toţi împreună aşa de nevinovaţi cum sunt, un astfel de bine după cum cu prisosinţă îl merită.

Cu cele mai distinse consideraţii

D-r RADIANU

Sibiu 6 Iunie 1941

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

ARTOSE

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.

Perlatan-Calcium

în turburările menopauzei

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Compoziţie:

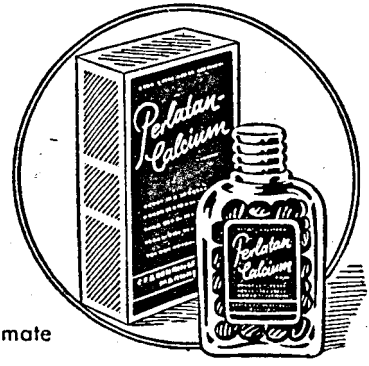
100 U. I. Perlatan

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

REORGANIZAREA AD-ŢIEI SANITARE

de

D-r D. HORTOPANU
Medic primar al Spit. Epidemic din Temişoara

Autorul publică în „Buletinul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale", No. 4/1941 un studiu asupra acestei chestiuni în care, dupe ce în „Constatări" expune trista stare actuală, face „Propuneri" cari merită a fi luate în cercetare.

. . . . . .

. . . . . .

Aceasta fiind situaţia, schimbarea metodei de administrare a serviciilor şi instituţiilor sanitare este o necesitate imediată. Această schimbare nu se poate face decât în sensul descentralizării, ceea ce înseamnă că trebue să se revină **la situaţia din 1935, adică la directa conducere a Prefecţilor şi Primarilor.** Deşi este sigur că nu vom mai avea niciodată Prefecţi şi Primari abuzivi şi preocupaţi de căpătuirea partizanilor politici şi de interesele demagogiei electorale, revenirea talis qualis la trecut n'ar avea decât inconveniente şi va trebui evitată. Reorganizarea şi descentralizarea administraţiei sanitare nu **poate fi realizată, decât prin crearea unor organe locale judeţene, după tipul Eforiei Spitalelor Civile din Bucureşti.**

Aceste eforii vor funcţiona sub tutela Ministerului Sănătăţii şi sub conducerea directă a Prefectului şi a tuturor medicilor şefi de servicii şi instituţii sanitare din judeţul respectiv.

Ele ar putea fi organizate după schema proiectului de mai jos, rezultat al unei experienţe, al unor meditaţii şi documentări de mai mulţi ani. Bine înţeles că acest proiect este susceptibil de îmbunătăţiri şi modificări de detaliu; cred însă că poate servi ca bază de discuţie pentru reforma administraţiei noastre sanitare, administraţie care în forma şi structura ei actuală nu mai poate trăi.

Sperăm că el va fi luat în considerare de cei ce sunt chemaţi să pună pe noi baze armătura Sănătăţii publice a României noui.

PROPUNERI

Proiect pentru înfiinţarea Eforiilor Sanitare Judeţene

1. Toate spitalele şi aşezămintele sanitare şi de ocrotire, precum şi serviciile sanitare locale, întreţinute până în prezent de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, atât din Bugetul general al Ministerului, cât şi din Bugetul Casei Sănătăţei, vor fi întrebuinţate şi administrate în viitor de către un organ propriu judeţean, numit Eforie Sanitară.

2. Eforia Sanitară Judeţcană constitue o instituţie locală autonomă, funcţionând sub tutela M. M. S. O. S., dar având personalitate juridică, buget propriu, precum şi organe de conducere şi administraţie speciale.

3. Veniturile Eforiei Sanitare se compun din:

a) Impozitul supracotă la adiţionale de 3%;

b) Contribuţia judeţului şi tuturor comunelor urbane şi rurale din judeţ. Această contribuţie este obligatorie şi se fixează la 10% din venitul respectiv, aşa cum este prevăzut în bugetul anului în curs. Sumele corespunzătoare vor fi vărsate trimestrial de către Administraţia Financiară, direct Eforiei Saintare, reţinându-se din cotele adiţionale cuvenite judeţului, respectiv comunelor;

c) Taxele de îngrijirea bolnavilor în Spitalele Eforiei;

d) Cota ce revine spitalelor şi instituţiunilor de medicină cuativă din taxele de consultaţii, operaţii şi examene speciale (Röntgen, laborator, etc.);

e) Taxele de autorizaţii sanitare;

f) Veniturile proprietăţilor Eforiei;

g) Donaţii şi alte venituri întâmplătoare;

h) Subvenţie dela M. M. S. O. S.

Această subvenţie se fixează anual de către Minister, în raport cu populaţia, cu numărul şi importanţa instituţiilor sanitare şi cu nevoile fiecărui judeţ. Suma se va vărsa lunar Eforiei Sanitare.

4. Din aceste venituri, Eforia Sanitară susţine toate cheltuielile de personal şi material ale spitalelor publice, sanatoriilor, azilelor şi Aşezămintelor de ocrotire din cuprinsul judeţului, cari sunt întreţinute în prezent de M. M. S. O. S., precum şi cheltuielile serviciilor sanitare ale judeţelor şi comunelor.

5. Funcţionarea Eforiilor Sanitare este asigurată de un organ de conducere: Consiliul de Efori, şi de un organ de execuţie: Biroul administrativ.

6. Sunt Efori de drept şi fac parte din Consiliul Eforiei:

a) Prefectul Judeţului, care este de drept preşedintele Eforiei;

b) Primarul Municipiului sau Oraşului de reşedinţă;

c) Primarii oraşelor din judeţ, cu o populaţie mai mare de 10.000 locuitori;

BCU Cluj / Central University Library Cluj

d) Administratorul Financiar de Incasări şi Plăţi;

e) Inspectoratul General Sanitar al regiunii;

f) Medicul Primar de judeţ;

g) Medicul şef al oraşului de reşedinţă;

h) Medicii directori sau şefii de spitale cu mai mult de 30 paturi.

7. Biroul administrativ al Eforiei se compune dintr'un director, un casier, un contabil, un controlor verificator şi din mai mulţi impiegaţi, în raport cu mărimea judeţului şi cu numărul şi importanţa instituţiilor administrate de Eforie.

8. Atribuţiile Consiliului de Efori sunt următoarele:

a) Intocmeşte şi votează în fiecare an bugetul Eforiei, pe baza lucrărilor şi datelor adunate de directorul Eforiei. Acest buget va fi aprobat de M. M. S. O. S., care este organul tutelar al Eforiei;

b) Supraveghează distribuirea fondurilor conform bugetului, în raport cu nevoile şi activitatea fiecări instituţii;

c) Decide construcţiile, reparaţiile şi lucrările importante, precum şi aprovizionările şi furniturile mari;

d) Numeşte personalul administrativ şi tehnic inferior al instituţiilor administrate, la propunerea şefului instituţiei respective cu respectarea condiţiilor cerute de statutul funcţionarilor publici şi de legile sanitare în vgoare.

9. Eforii se întrunesc în consiliu odată pe lună la date fixe hotărîte în prima şedinţă a anului în curs.

Participarea Eforilor la şedinţă este obligatorie, ea făcând parte din obligaţiile legale ale funcţiilor respective. Absenţele nejustificate vor fi considerate ca refuz de serviciu legalmente datorat şi pedepsite disciplinar.

Preşedintele poate convoca adunări extraordinare ale consiliului de Efori, ori de câte ori împrejurările vor cere deliberări şi deciziuni urgente.

10. In şedinţele consiliului de Efori, directorul Eforiei, directorii de spitale şi şefii de servicii şi instituţii sanitare raportează despre mersul in-

stituţiilor ce conduc, semnalând lipsurile şi nevoile asupra cărora Consiliul deliberează şi în măsurile necesare.

Tot în şedinţele Consiliului se organizează colaborarea dintre instituţiile şi serviciile sanitare ale Eforiei şi se dau directivele pentru bunul mers al instituţiilor.

Conducătorii de instituţii şi servicii fac de asemenea propuneri pentru numirea de personal în locurile vacante. Consiliul deliberând şi decizând asupra acestor numiri.

Consiliul mai deliberează despre mersul încasărilor şi execuţia bugetului, decide construcţiile, reparaţiile, aprovizionările, furniturile şi cumpărăturile importante, precum şi licitaţiile ce urmează să se ţină, numind în acelaşi timp comisiile de licitaţii şi recepţii.

11. Deliberările şi deciziunile Consiliului de Efori se consemnează în rezumat într'un registru de şedinţă, prin grija directorului de Eforie şi se semnează de toţi membrii prezenţi.

Deciziunile se iau cu majoritatea voturilor Eforilor de faţă. In caz de paritate decide votul Preşedintelui.

12. Biroul administrativ al Eforiei are următoarele atribuţii:

a) Ingrijeşte de încasarea fondurilor Eforiei;

b) Face plăţile de material şi personal pentru toate serviciile sanitare şi instituţiile Eforiei, conform bugetului;

c) Ingrijeşte de aprovizionarea instituţiilor cu alimente, medicamente, materiale sanitare, rufărie, obiecte zestrale şi de gospodărie, făcând toate formele legale pentru ţinerea licitaţiilor, recepţionarea şi plata furniturilor, întocmirea şi verificarea actelor justificative legale;

d) Verifică registrele de contabilitate şi actele justificative ale instituţiilor, îngrijind ca aceste scripte să fie bine întocmite şi ţinute la zi.

13. Dela punerea în funcţiune a Eforiilor Sanitare, spitalele şi celelalte instituţii similare nu vor mai mânui în principiu bani, toate încasările şi plăţile urmând să se facă numai de Eforii. Numai instituţiile îndepărtate vor continua să încaseze prin administratorii lor taxele de îngrijire, iar instituţiile din oraşul reşedinţă numai sumele mici, cum sunt taxele de consultaţii şi examene speciale. Aceste sume se vor vărsa periodic şi cât mai des casieriei Eforiei, care va verifica în acelaşi timp şi registrele chitanţiere şi de încasări respective.

14. Pentru construcţiile şi reperaţiile de localuri precum şi pentru orice lucrare tehnică, planurile, proiectele şi devizele se vor întocmi de către serviciile tehnice judeţene şi municipale, a căror colaborare cu Eforia Sanitară e obligatorie. Tot acestor servicii le incumbă şi supravegherea tehnică a lucrărilor şi facerea formelor de licitaţie şi recepţie.

15. De asemeni toate serviciile Prefecturilor şi Municipiilor sunt obligate să colaboreze şi să dea concursul lor Eforiei.

16. Medicii instituţiilor şi serviciilor Eforiei vor continua să fie salarizaţi şi numiţi de către M. M. S. O. S., de care vor depinde mai departe din punct de vedere tehnic şi disciplinar.

17. Directorii de Eforii vor fi numiţi pe bază de concurs dintre licenţiaţii Academiilor Comerciale, după normele de recrutare ale administratorilor financiari. Ei vor fi asimilaţi din punct de vedere al salariului cu medicii primari, având şi dreptul la gradaţii.

18. Contabilii şi casierii Eforiei vor fi numiţi de către consiliul de Efori, potrivit statutului funcţionarilor publici. Ei vor trebui să aibă cel puţin bacalaureatul comercial.

19. Directorii şi casierii Eforilor Sanitare sunt gestionari publici şi supuşi ca atare obligaţiilor prescrise de legea contabilităţii publice şi legile fianciare.

20. Pentru lipsurile inerente mânuirii de bani şi materii li se acordă atât directorilor cât şi casierilor, o indemnizaţie lunară egală cu 10% din salariul brut.

21. Eforiile Sanitare sunt supuse supraveghierii şi controlului M. M. S. O. S., care va exercita această supraveghere prin organele sale de inspecţie şi control.

Dispoziţiuni tranzitorii.

21. Eforiile Sanitare vor începe să funcţioneze la 1 Aprilie 194... Primii funcţionari ai Birourilor Eforiilor vor fi numiţi din personalul existent şi anume din:

a) Personalul Casei Sănătăţii, care se reorganizează din momentul funcţionării Eforiilor Sanitare;

b) Personalul Direcţiei Controlului Financiar din Minister, care nu va mai păstra decât 4 inspectori financiari pentru controlul Eforiilor;

c) Personalul dela Inspectoratele Sanitare, Spitale, Serviciile Sanitare Judeţene şi Municipale, care devine disponibili prin uşurarea acestor servicii de atribuţii financiare şi contabile;

d) Secretarii contabili ai spitalelor şi Instituţiilor similare, disponibili;

e) Personalul refugiat, care nu a fost plasat sau a fost plasat provizoriu supranumerar.

22. La începutul lunii Ianuarie 194... M. M. S. O. S. va numi Directorii Eforiilor Sanitare, dintre:

a) Medicii Primari de judeţe şi Medicii Directori de spitale cari au dovedit că posedă aptitudini şi pregătire de buni gospodari şi administratori;

b) Inspectorii şi controlorii financiari ai Ministerului deveniţi disponibili.

Se va detaşa în acelaşi timp de fiecare judeţ câte 2—3 funcţionari dintre cei prevăzuţi la art. 21.

23. Directorul şi funcţionarii menţionaţi mai sus vor pregăti bugetul Eforiei şi toate lucrările necesare pentru ca Eforia să poată funcţiona la 1 Aprilie 194...

Administraţiile Financiare, Prefecturile şi Primăriile sunt obligate să pună la dispoziţia Biroului provizoriu al Eforiei toate registrele şi scriptele lor şi să comunice toate informaţiile necesare culegerii datelor pentru întocmirea bugetului Eforiei, în special situaţia încasărilor în ultimii 3 ani.

24. Proiectul de buget odată întocmit, Directorul Eforiei va convoca de îndată pe viitorii Efori, aşa cum sunt desemnaţi la art. 6, în prima şedinţă a Consiliului de Efori, pentru discutarea bugetului şi luarea celorlalte măsuri necesare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

25. Bugetul discutat şi votat în această primă şedinţă va fi trimis de îndată şi cel mai târziu până la 15 Februarie 194... Ministrului M. S. O. S. spre verificare şi aprobare.

26. Până la regulata încasare a veniturilor Eforiilor pe anul financiar în curs, primele fonduri vor fi constituite din:

a) Soldul bugetului Casei Sănătăţii la 31 Martie a anului expirat, care se va distribui proporţional pe judeţe după normele dela art. 3 alin. h;

b) Subvenţia lunară a M. M. S. O. S. specificată la art. 3 alin. h;

c) Soldul fondurilor sanitare locale;

d) Soldul veniturilor spitalelor şi instituţiilor Eforiei;

e) Restanţele din impozitele cuvenite Casei Sănătăţii şi fondurilor sanitare, precum şi instituţiilor sanitare din judeţ. Aceste restanţe se vor încasa de către eforia sanitară.

Laboratorul „ICFAL" S. A. R.

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

CALCIUM „ICFAL"

(Calcium Lacto-gluconic-glycerofosfat)
Fiole de 10 cc.

Perfect stabil și indolor. — Intravenos și intramuscular.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NAJOSOL

Fiole de 10 cc. și 5 cc.
(iod, sulf și magneziu)
REUMATISM, SCIATICA
Intramuscular.

METOCHIN

Fiole de 2 cc. și 1 cc.
(clorură de tetrametilthionin biclorhidrat de chinin carbomidat)
PALUDISM ȘI SPLENOMEGALIE

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

Bronchosan — Sirop și dragele — Sedativ al tusei.
Adulți 3 linguri pe zi.
Copii 3 linguriță pe zi.

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

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

Agoton (granule și soluție) — Afecțiuni hepatobiliare
soluție: 20-30 picături de 2 ori pe zi
granule: 2-3 linguriță pe zi

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

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

Antirecumal — atotan sodic salicilat de sodiu
fiole a 10 cc.
1 pe zi intravenos

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

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

Urosol (granule) — Disolvant uric
3 linguriță pe zi

Sedonervina (elixir și fiole) — Sedativ nervos
1—2 linguriță pe zi

Pneumotropin — 2 cc. Fiole.
Chinină bazică pură, Champhor, Oleuri eterice, volatile
1—2 fiole zilnic intramusculare.

P. S.

Laboratoarele „OLTENIA ASEPTICA“ aduc la cunoștința 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

CONFERINȚA MEDICILOR OFICIALI DIN OLTENIA

D-l Prof. D-r **P. Tomescu**, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, însoțit de D-l D-r **I. Stoichiță**, secretar general, a făcut în ziua de 17 și 18 Mai a. c., o vizită de inspecție la Craiova, cu care ocazie a asistat la Adunarea generală a Colegiului medicilor Secția Dolj, convocată anume în acest scop.

Deschizându-se ședința, D-l D-r **Cosmuță**, inspector general sanitar al Olteniei, a salutat prezența d-lui Ministru al Sănătății în numele medicilor olteni, asigurându-l de întregul concurs al corporației medicale și de tot devotamentul în opera mare ce întreprinde pentru redresarea sănătății publice.

D-l Docent D-r **M. Cânciulescu**, în numele Colegiului Medicilor din Dolj, al cărui Președinte este, a rostit următoarea cuvântare:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Domnule Ministru,

Onorați cu prezența Domniei Voastre două întruniri: aceia a membrilor Colegiului medical de Dolj, la prima sa adunare generală; — și aceea a reprezentanților erarhici ai tutulor Institutiilor sanitare din Oltenia, întruniți în Conferință sanitară, pe care Inspectoratul general sanitar Olt a alăturat-o de a noastră.

Ingăduiți că în numele tutulor să vă prezint cele mai respectuoase mulțumiri pentru onoarea ce ne faceți și pentru atenția ce ne acordați.

In Convocarea pe care Comitetul Colegiului de Dolj a adresat-o membrilor săi, arătăm că, în această primă întrunire a lor dela constituire vor asculta **Indrumări asupra Reorganizării generale sanitare a țării**, ce întrepindeți, iar Comitetul pe care ați binevoit să-l numiți, va prezenta **Câteva probleme sanitare locale.**

PROBLEMELE SANITARE LOCALE

Alături de **Problemele sanitare generale** cari interesează corpul medical și comunitatea românească, se situiază **Problemele sanitare locale** cari au o aplicare mai restrânsă. Fără ca prin aceasta să prezinte o mai mică importanță. Satisfacerea lor ușurează rezolvarea celor generale. De altfel, fiecare 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 — **Practicile 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 Inspectoratul 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 vieaţă nouă Secţiilor Colegiului.

Studiul acestor probleme sanitare locale formează un punct esenţial al noi activităţi ce aţi fixat, Domnule Ministru, Colegiilor medicale.

In adresa de numire a Comisiilor interimare ale filialelor Colegiului medicilor, după ce ne indicaţi atribuţiunile ne faceţi urări de succes în misiunea ce aţi ţinut să ne încredinţaţi.

Dar această misiune va depinde de noi, ca să reuşească. Şi dacă nu ne este îngăduit să vă adresăm felicitări, dar vă aducem expresia întregei noastre gratitudini pentru misiunea ce ne-aţi încredinţat, pentru contribuţia ce ne cereţi prin munca noastră la refacerea ţării.

Dintre problemele sanitare locale am ales, pentru început, pe cele cari se pun în relief prin importanţa ce prezintă. Astfel:

Organizarea sanitară a oraşelor de reşedinţă trebueşte făcută după noile principii de asistenţă sanitară socială, cari au dat rezultate atât de frumoase D-lui D-r Florian Popovici la Cluj.

In această ordine de idei intenţionăm **a concentra într'o instituţiune comună, sistem multi pavilionar,** toate cele 5 azile ale Municipiului Craiova, D-l Primar al Municipiului însuşindu-şi această intenţie.

In strânsă dependenţă, chiar subordonare, stă **Problema prostituţiei locale,** care fără a o rezolva compromite buna funcţionare a unui serviciu de dermato-venerice, dacă în el se internează alături de „oneste" prostituatele — după cum va arăta D-l Doctor Drăgoescu.

Asistenţa populaţiei dela oraşe şi mai cu seamă dela sate se articulează cu cea din spitale prin **Serviciile de consultaţii de pe lângă spitale.** Asupra acestei capitale chestiuni, atenţia D-voastră s-a îndreptat dela început. Voi referi asupra ei eu, care dela începutul carierei mele

medicale i-am trăit cu intensitate viața, intensitate crescândă în ultimii 7 ani dela Spitalul Filantropia din Craiova.

Problema Subcentrului antirabic dela Craiova, precum și a necesității imperioase a Inființării la Craiova a unui Spital de alienați care să deservească toată regiunea Olteniei, va fi expusă de D-l D-r C. Stăncescu, care în serviciul său dela Spitalul Preda, este pus în situația să îngrijească și acești bolnavi cu mijloace reduse și rudimentare.

Practica ilicită a medicinei, cu Clandestinismul și fețele ei multiple bântue cu furie peste tot.

Ca rezolvare a unei Probleme sanitare de județ, D-l D-r I. Popescu, medicul șef al județului Dolj, a obținut cu concursul și a altor factori locali, cedarea domeniului dela Sadova, pe care s'ar putea înființa un Spital de pelagroși și o fermă.

Asupra acestor probleme se vor prezenta rapoarte cari nu vor depăși câteva minute fiecare, iar cei cari vor avea ceva de adăogat o vor putea face tot atât de scurt în expunere verbală, mai pe larg în scris, înaintându-ne pe loc sau la sfârșitul ședinței propunerile Domniilor-lor.

* * *

Cuvântarea D-lui Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătății.

D-l Prof. D-r P. Tomescu, arată că primul punct din programul activității Ministerului Sănătății, este de a pune aparatul sanitar al Statului în stare de funcționare normală.

Babeș-Cluj / Cluj-Napoca University Library Cluj

Pentru a reuși este nevoie să asigurăm, concomitent, cadrele materiale ale instituțiilor sanitare și să imprimăm activității medicale un ritm mai viu, în serviciul sănătății publice.

Problema materială sperăm să o rezolvăm prin terminarea tuturor construcțiilor sanitare începute printr'o masivă aprovizionare de materiale și de medicamente din Germania, cât și prin autonomia administrativă a tuturor așezămintelor sanitare: eforii și spitale.

Pentru a stimula inițiativele, vom lăsa tuturor instituțiilor, dreptul de a utiliza veniturile lor pentru ameliorări și investițiuni locale, statul intervenind cu ajutorul său în regiunile mai sărace ale țării.

Dar odată cu aceste ameliorări de ordin material, solicităm tuturor medicilor o mai intensă activitate și o mai bună încadrare a lor, în organizarea sanitară a țării.

Trebue să recunoaștem că atât repartiția medicilor pe țară cât și încadrarea lor în instituțiile publice, nu corespunde integral nevoilor sanitare ale statului. De aceia suntem obligați la o revizuire generală a situației actuale, fiind nevoiți a trece pe acei cari nu îndeplinesc un serviciu real și util în cadrul disponibil sau supranumerar. De aceia rog pe toți medicii funcționari să facă efortul de a se încadra ocupând locuri fixe în cari să desfășoare o activitate intensă.

In afară de aceste probleme generale, d-l Ministru Tomescu a arătat cum vor funcționa dispensariile mobile, în cursul lunilor Iunie-Septembrie.

A vorbit apoi de **reorganizarea învățământului sanitar și de ocrotire socială**, care va fi urmată de creațiunea de noui școli în centrele mari ale țării. La Craiova se va întemeia o școală de surori de ocrotire cu 120 de locuri.

Incheind, a arătat cum se va face **stagiul de vară al studenților în medicină**, exprimând speranța că vechiul centru de cultură medicală care este Craiova, va ști să aducă aportul său atât la instrucția studenților cât și la formarea personalului sanitar de toate gradele.

Rapoartele prezentate:

Au urmat apoi rapoartele anunțate adunării generale.

D. D-r **I. Popovici,** medicul șef al Craiovei, a prezentat starea demografică și sanitară deficitară a municipiului, precum și organizarea sanitară urbană.

D. D-r **V. Drăgoescu** a prezentat un raport asupra situației prostituției din Craiova.

D. Docent D-r **M. Cânciulescu** a făcut o expunere asupra organizării servicilor de consultații de pe lângă spitalele publice; — a prezentat un raport asupra Serv. de consultații dela Spitalul Filantropia din Craiova; — de asemeni un raport asupra practicei ilicite a medicinei.

D-l D-r **C. Stănecescu** a prezentat un raport asupra problemei subcentrului antirabic și a unui spital de alienați la Craiova, asupra căruia un raport special a mai făcut D-l D-r **Gh. Constantinescu** dela Ploești.

D-l D-r **I. Popescu,** a prezentat un raport asupra înființării unui spital pentru pelagroși la Sadova-Dolj.

D-l D-r **I. Stoichiță,** Secretar general al Ministerului Sănătății, rezumând rapoartele prezentate, insistă asupra stării demografică și sanitară deficitară din Municipiul Craiova și analizează cauzele care au produs această situațiune, indicând și mijloacele cele mai potrivite de îndreptare.

Chestiunea practicei ilicite a medicinei rămâne să fie rezolvată de Colegiul medicilor, în a cărei competință a fost dată această problemă. Arată apoi importanța reorganizării serviciilor de consultațiuni dela spitale, aceste servicii putându-se substitui dispensarelor polivalente și putând înfăptui în acelaș timp o însemnată operă de asistență medicală și de medicină preventivă.

Rapoartele medicilor primari de județe.

In a doua parte a ședinței au prezentat rapoarte detailate asupra stării sanitare și demografice din diferite județe și orașe, d-nii: D-r **Popovici,** medic șef al municipiului Craiova, D-r **Popescu,** medic primar al județului Dolj, D-r **Florantin,** medic primar al jud. Vâlcea, D-r **Dinulescu,** medic primar al jud. Gorj, D-r **Georgescu,** medic primar al jud. Olt și D-r **Gabor,** medic primar al județului Romanați.

D-l Secretar general D-r **I. Stoichița,** rezumând desbaterile asupra rapoartelor prezentate, insistă asupra importanței conferinței trimestriale ca metodă de prelucrare a înregistrărilor situației sanitare și demografice din fiecare județ și ca un mijloc direct de informare a organelor conducătoare asupra tuturor problemelor de sănătate publică. D-sa vorbește apoi despre metodele de acțiune pe teren pentru realizarea unei reale opere de medicină preventivă prin intensificarea și sistematizarea activității în domeniul propagandei sanitare și a educației igienice: prin ac-

tivitatea binefăcătoare a surorilor de ocrotire ca educatoare de igienă în familia țărănească și prin înființarea de cursuri de gospodărie casnică, igienă și bucătărie, o adevărată școală a mamei. Insistă apoi asupra înființării plăgilor saniitare model ca centre de îndrumare și acțiune preventivă și stărue asupra metodelor celor mai potrivite în acțiunea de combatere a mortalității infantile prin consultațiile de puericultură și asupra ridicării igienice a satelor prin înființarea de băi populare, dispensare și fântâni publice. Arată rolul important al oficiilor de ocrotire care trebue să ia ființă în fiecare comună cointeresând la acțiunea sanitară și socială pe toți factorii de conducere locali, în colaborare cu organele Consiliului de Patronaj. D-sa insistă asupra rolului covârșitor ce revine corporațiunei medicale în marea acțiune de redresare a Statului și face un apel la sentimentul de solidaritate și de devotament al medicilor și al corpului sanitar, care trebue să fie în fruntea acestei acțiuni.

Vizitarea instituțiilor și serviciilor sanitare din jud.: Dolj, Romanați și Olt

A 2-a zi, 18 Mai, D-l Ministru Prof. D-r **P. Tomescu** și d-l Secretar general D-r **I. Stoichiță**, însoțiți de conducătorii locali ai serviciului sanitar și ai administrației, au vizitat apoi Sanatoriul de tuberculoși Leamna din jud. Dolj și toate instituțiile sanitare din Craiova.

După masă s'a vizitat satul model Dioști; serviciul sanitar al jud. Romanați; spitalul de stat din Caracal și spitalul de stat din Slatina și mai multe servicii sanitare rurale. Cu ocaziunea inspecțiilor făcute s'a cercetat în deaproape activitatea acestor instituții și servicii și s'au luat o serie de măsuri de îndreptare pentru asigurarea unei cât mai bune funcționări.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR ȘI AL MUȘCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătății

Apreciat de D-nii Medici Neurologi și Internișți

în cazurile:

Marca preparatului

Surmenaj intelectual, fizic și moral. — Anemie. — Convalescență. — Extenuare. — Melancolie. — Nevrostenie. — Nervi sensoriali. — Insuficiență sexuală. — Timiditate. — Tic Nervos, etc., etc.

Reconfortant. Reconstituant. Tonic. Aperitiv.

POSOLOGIE: Adulți: 2—4 linguriță zilnic înaintea meselor.

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.

ORGANIZAREA SANITARA URBANA

de

D-r FLORIAN POPOVICIU

Medic şef al Municipiului Craiova

Domnule Ministru,

Comitetul Colegiului Medicilor Secţia Dolj, cu Preşedinţia căreia ne onorează D-l Docent D-r Cânciulescu, pe lângă preocupările de ordin special profesional studiază probleme sanitare de ordin general, între care şi Organizarea Sanitară Urbană. Aceasta din motivul că realităţile demografice ale Mediului Urban din Regiunea Olteniei sunt mult mai alarmante decât cele din Mediul Rural din Oltenia.

Constatăm că, mortalitatea generală comparată a Mediului Urban cu cea din Mediul Rural din Oltenia, în proporţie de 1 la mie pe anii:

	Urban	Rural
1937	19,9	17,8
1938	19,5	17,5
1939	19,3	16,0
1940	18,3	16,5

este în medie pe ultimii patru ani mai urcată în mediul urban cu 2,2 la mie.

Mortalitatea infantilă urbană comparată cu mortalitatea infantilă rurală din Oltenia, în proporţie 1% pe anii:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

	Urban	Rural
1937	14,9	14,6
1938	17,9	15,2
1939	15,8	14,5
1940	16,9	14,7

este în medie pe ultimii patru ani, mai mare în mediul urban cu 1,8%.

Cauza acestor fenomene demografice defavorabile, trebue căutată în insuficienţa organizării şi funcţionării Serviciului Sanitar Urban.

Intr'adevăr, din 1874 când apare prima Lege Sanitară până astăzi, normele pentru conducerea şi funcţionarea Serviciului Sanitar Urban erau şi sunt în principiu, aceleaşi ca şi la judeţ.

Adică, oraşul avea ca şi astăzi un Medic Şef de Municipiu sau Medic Primar, ajutat fiind de un număr de medici de circumscripţii cu activitatea pe circumscripţie teritorială, cu dispensar pentru consultaţii şi tratamente gratuite, la început ajutaţi de moaşe, mai târziu de agenţi sanitari şi mai nou de surori de ocrotire în unele Municipii.

Această organizare perfectă în Mediul Rural nu corespunde Mediului Urban, pentru următoarele motive: în Oraşe şi Municipii avem realităţi mult mai grave şi mult mai acute ca în Mediul Rural.

Municipiul are o populaţie mare, pe un spaţiu relativ redus, cu o populaţie periferică, care este expresia tipică a mizeriei urbane şi aceasta influenţează adânc starea sanitară, igienică şi în consecinţă fenomenele demografice.

De aci rezultă că viitorul Serviciu Sanitar Urban va trebui să fie mai diferențiat, ca să satisfacă aceste realități sociale.

Deși Legiuitorul din 1930, observă necesitatea diferențielii totuși, nu precizează organizarea sanitară urbană, menționează însă necesitatea organizării pe specialități, insistent pentru prima dată asupra principiului medicinei curative și medicinei preventive. Din 1930 până la venirea D-lui Prof. D-r Tomescu în fruntea Ministerului Sănătății, această diferențiere esențială nu s'a pus în practică, constatăm deci că D-l Ministru Tomescu a făcut primul pas hotărît spre o evoluție și progres, prin faptul că munca executivă a raționalizat-o oficial în una preventivă și alta curativă, având câte un Secretar General în fruntea fiecărei activități. Ne grăbim să profităm la maximul de această ocazie bine venită, pentru a organiza Serviciul Sanitar Urban în activitate preventivă și activitate curativă. Se impune această raționalizare a activității sanitare urbane din următoarele motive:

Medicul de Circumscripție Urbană activând în circ. teritorială tradițională, nu poate satisface tuturor problemelor sociale și igienă, care influențează sănătatea publică, ele fiind mai multe, mai complexe, mai acute și mai grave decât în circ. teritorială rurală.

Medicul de Circumscripție Urbană în dispensarul său polivalent nu poate da rezultatele dorite fiind absorbit de multiplele probleme de ordin Igienic, Salubritate Publică, Igienă Industrială, Igienă Școlară, Controlul Alimentelor și Băuturilor, etc., și celelalte, față de care opinia publică este mai sensibilă.

Activitatea curativă în dispensarul polivalent nu poate da rezultat nici de motivul că ori câtă bunăvoință și sârguință ar avea el, nu posedă cunoștințele și experiențele specialistului.

Or în Municipiu, cum este și Craiova, avem un număr mare de instituții sanitare cu secții de specialitate conduse de 14 Medici Primari, ajutați fiind de medicii secundari și personal auxiliar necesar. Prin urmare, consultații și tratamentele gratuite, adică: opera curativă în Mediul Urban poate fi satisfăcută cu rezultat optim de către Instituțiile Sanitare de Specialitate, — deci urmează ca în viitor, medicul de Circ. Urbană va trebui descărcat de activitatea curativă, care se va desfășura în Instituțiile Sanitare de Specialitate, unde se va organiza și sistematiza consultații și tratamentele gratuite pentru populația săracă.

Medicul de Circ. Urbană descărcat de activitatea curativă, va activa în viitor în Oficiul Central al Serviciului Sanitar, și pe teren, pe probleme principale ale sănătății și ocrotirii cum ar fi: Boli Infecțioase, Boli Sociale, Salubritate Publică, Controlul Alimentelor și Băuturilor, Ocrotirea Mamei și Copilului, Igiena Școlară, Igiena Industrială, ș. a.

In această activitate, el va fi ajutat de personal sanitar auxiliar, și în special de surorile de ocrotire, care în Municipiul Craiova ne lipsesc foarte mult, în loc de 7 avem numai 2.

Singura dificultate pentru a realiza această organizare este lipsa transportului în interes de serviciu a medicilor.

Intr'adevăr, în Craiova, oraș cu o lungime de străzi de 125 km., de 2 ani de când sunt Medicul Șef al Municipiului, n'am avut nici-un

mijloc de transport nici eu nici medicii de circumscripţii, din partea Primăriei sau din partea Ministerului Sănătăţii.

In asemenea situaţii serviciul întâmpină această dificultate enormă, din cauza căreia se pierde timp şi energie iar personalul sanitar este veşnic nemulţumit, fiindcă se consumă prin eforturile ce trebue să le facă, parcurgând distanţe enorme pe jos sau cheltuind din salariu cu transportul de interes de serviciu.

Medicul Urban prin noua organizare va trebui să se deplaseze pe toată raza Municipiului şi şapte comune suburbane. Prin urmare Ministerul Sănătăţii, va trebui să ne asigure transportul, ca şi personalului sanitar al judeţului.

Pentru soluţionarea diferitelor probleme sociale, Legea Sanitară din 1930, prevede înfiinţarea Oficiului de Ocrotire Socială.

Acest Oficiu în Craiova nu există, însă am promisiunea hotărîtă a D-lui Primar I. B. Georgescu, că ne pune la dispoziţie localul necesar acestei instituţii. Oficiul de Ocrotire Socială este centrul de activitate al Surorilor de Ocrotire şi a Asistentelor Sociale. Se compune din trei secţii şi anume: Secţia Ocrotirii, Secţia Asistenţii Sociale şi Secţia Administrativă.

In fiecare secţie activează personalul technic necesar şi anume: în Secţia Ocrotirii activează Surorile de Ocrotire, a căror activitate educativă igienico-sanitară se desfăşoară în familie, în şcoală şi se adresează în special mamei, sugarului şi tinerei generaţii.

In Secţia Asistenţei Sociale sunt Asistentele Sociale, care activează pe teren, atacând problemele de asistenţă socială, şi prin soluţionarea lor prepară terenul pentru reuşita operei de educaţie igienico-sanitară a secţiei ocrotirilor.

In Secţia Administrativă, funcţionează funcţionari administrativi, a căror preocupare principală este administrarea şi contabilizarea Fondurilor de Ocrotire şi Asistenţă Socială.

Astfel organizat Oficiul de Ocrotire este centrul de activitate a diferitelor probleme de Ocrotire şi Asistenţă Socială, iar rolul său este ca prin personalul specializat să înregistreze toate faptele în domeniul Ocrotirii şi Asistenţei Sociale, să le studieze şi pe baza de fapte concrete să iniţieze măsuri eficace. In această muncă Oficiul de Ocrotire cointeresează iniţiativa publică şi particulară va fi un centru de activitate technică a Comitetului de patronaj al operelor sociale, instituţie creată de D-l Ministru Prof. D-r Tomescu, prin Decretul Lege publicat în Monitorul Oficial Nr. 86 din 10 Aprilie 1941.

Comitetul de patronaj al operelor sociale, are darul să soluţioneze problema îndrumării şi coordonării iniţiativei publice şi particulare în domeniul „Asistenţei Sociale".

In acest comitet, Medicul Primar de Judeţ şi Medicul Şef de Municipiu, vor fi organe technice, având în viitor asigurată pisibilitatea unei activităţi nebănuite în organizarea Asistenţei Sociale. Aşa fiind, organele technice vor putea canaliza iniţiativa publică şi particulară în direcţia soluţionării diferitelor probleme sanitare şi igienice, întrebuinţând Fondurile de Asistenţă Socială în scop sanitar şi igienic bine determinat.

Comitetul fiind complectat din elita Judeţului şi a Municipiului,

Medicul Primar de Județ și Medicul Șef de Municipiu va avea posibilitatea în viitor să înlăture multe dificultăți, care singur nu le-ar putea înlătura.

CONCLUZIUNI:

1. Serviciul Sanitar urban va fi condus de Medicul Primar sau Medicul Șef, ajutat în atribuțiunile sale technice de unul dintre medicii igienișți în subordnie.

2. Medicii sanitari urbani vor activa pe probleme speciale de ordin preventiv.

3. Activitatea curativă va fi satisfăcută de diferitele Instituții Sanitare de Specialitate, unde se vor sistematiza consultațiile și tratamentele gratuite.

4. Se va înființa serviciul de ocrotire socială, care va fi înzestrat cu personalul de specialitate, surori de ocrotire și asistente sociale.

5. Se vor institui comitetele de patronaj al operelor sociale, pentru îndrumarea, coordonarea inițiativei publice și particulare în domeniul asistenței sociale.

* * *

SERVICIILE DE CONSULTAȚII DE PE LÂNGĂ SPITALE

de

Doc. D-r M. CÂNCIULESCU

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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 nevoie 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 de către Hippocrate, în spitale nu se face deosebirea 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 în sălile de consultații ale spitalelor ia primul contact medicul de mâine.

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.

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 în 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 trebuie internat, și pe care secția respectivă nu-l poate refuza dacă bolnavul n'a trecut în prealabil pela șeful ei sau ajutoarele ei.

Prin rularea imensului material patologic, aceste servicii de consultații oferă cele mai active mijloace pentru educarea studentului și a medicului. A studenților în medicină în stagiul de vară din anul acesta.

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

După cum se vede, serviciile de consultații de pe lângă spitale astfel 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.

Când serviciile de consultații ale spitalelor sunt puse în serviciul intereselor personale ale medicilor, atunci ele abdică dela scopul lor fundamental, demoralizează, îndepărtează pe bolnavi de spitale, numărul consultațiilor se reduce, încasările generale scad, precum spre exemplu dela suma de lei 240.000 încasate de Spitalul modest din R.-Vâlcea în anul 1940, la 6000 lei încasată de marele Spital Filantropia din Craiova în același interval de timp — din această sumă, 50 lei revine serviciului de consultații de pe lângă secția medicală, 540 lei revine serviciului de consultații de pe lângă secția chirurgie, restul de 5000 celorlalte 3 secții la care nu mai veneau deloc bolnavi. In aceste condiții serviciile de consultații nu mai pot servi de articulație între populația bolnavă dela orașe și sate cu spitalele.

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 care se întreprind în prezent în organizația sanitară a țării, cer ca serviciile de consultații de pe lângă toate spitalele să intre în ordine.

* * *

RAPORT ASUPRA SERVICIULUI DE CONSULTAȚII DELA SPITALUL FILANTROPIA DIN CRAIOVA

de

D-r M. CÂNCIULESCU

Medic primar Director al Spit. Filantropia

Istoric:

Până la anul 1920, Serviciul de Consultații a funcționat într'un loc situat în fața Spitalului, pe strada D-r Augustin.

După această dată, de când s'au clădit noile aripi ale Spitalului și până la anul 1933, consultațiile s'au mutat într'o clădire proprie amenajată anume în acest scop, situată în dosul Spitalului pe str. Brestei, lângă localul Laboratorului de Igienă. Această clădire cu vremea a fost mărită cu noi adaose, ca să cuprindă și Consultațiile Serviciilor de Maternitate, Copii și Dermatovenerice, servicii creiate în interval. Numai prin acest local pătrundeau bolnavii în spital și prin poarta din această parte a curții intrau vizitatorii la bolnavi în zilele permise. Acest local adăpostea și Serviciul de gardă cu cameră rezervată, precum și Farmacia Spitalului, strada permitea accesul bolnavilor la consultații, fără a astupa fațada Spitalului și mai cu seamă fără a împiedeca circulația pe strâmta stradă din fața sa, și fără a ridica protestul prelungit timp de ani de zile al proprietarilor de imobile de pe acea stradă. Vecinătatea Lab. de Igienă înlesnea analizele de laborator, vecinătatea Dispensarului de tuberculoși permitea folosirea ap. de raze.

Morga se afla într'o clădire proprie situată pe aceeași parte a spitalului, cu acces din spital, și eșire în stradă prin curte și poartă proprie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In această epocă Serv. de Consultații și-a atins scopul, exercitându-se în condițiuni de local și de funcționare reglementară cât se poate de satisfăcătoare, și au produs și venituri frumoase spitalului.

Dela 1933, pentru a se face loc D-nei D-r Bolintineanu care ocupase la Spitalul din Sibiu un loc de prosectoare, acest local s'a transformat în Serviciu de Prosectură și Laborator. Consultații au fost mutate în 2 camere insalubre situate în fața Spitalului lângă Ad-ție și lângă Serviciul de Chirurgie, pe lângă cari s'a amenajat prin curticică proprie accesul bolnavilor veniți la consultații. Serviciul de consultații s'a redus la un fel de triaj, bolnavii urmând a fi îndreptați la Serviciile respective spre a li se da consultații în localurile lor proprii.

Cum a funcționat acest triaj o dovedește între altele datele următoare:

Din primii ani s'a redus numărul bolnavilor cari ajungeau la secții (afară de chirurgie și mai pe urmă de medical), numărul bolnavilor consultați și al celor internați în celelalte secții s'a redus până la dispariție aproape totală, ajungând la secții numai bolnavii săraci, cari cereau să fie internați (precum la copii și dermato-venerice).

Cifra încasărilor pentru consultațiile generale a scăzut catastrofal în anul 1940, pentru bolnavii dela chirurgie la 540 lei pe an, iar pentru boalele interne la 50 lei, cu toate că în acest an 1940, serviciile celelalte astfel izolate au reușit totuși să încaseze pentru copii 1000 lei, pentru dermato-venerice 580 lei, pentru maternitate și gi-

necologie 3750, încasându-se pe anul 1940 la consultaţiile tutulor secţiilor 6000 lei, în timp ce modestul spital din R.-Vâlcea încasa pe acelaş interval de timp 240.000.

S'a ajuns la situaţia aceasta pentru-că Direcţia Spitalului nu s'a ţinut de angajamentul luat faţă de Consiliul medical ca să amenajeze cum trebue noul local pentru consultaţii, astfel cum a făcut pentru Prosectură şi Laboratorul noului titular. Pentru-că Consiliul n'a mai funcţionat dela sfârşitul anului 1934. Pentru-că orice contact al Spitalului cu Ministerul a fost interceptat. Pentru-că nici măcar organizarea consultaţiilor pe lângă celelalte Secţii n'a fost ajutată, din contră a fost sabotată, precum: localul vechei morgi situat în imediata apropiere a Secţiei de copii în loc să fie amenajat pentru consultaţii, a fost dărâmat (cu toate că întrunea condiţii foarte bune ca izolare, ca local şi ca situaţie, pentru un serviciu de consultaţii de copii); — prin toate mijloacele s'a împiedecat accesul dermato-venericilor la Secţia respectivă (de aceea numărul consultaţilor şi internaţilor în această secţie importantă a scoborît la 730 în anul 1940); — prin toate mijloacele s'a căutat a se sustrage femeile dela consultaţii de ginecologie şi maternitate, punându-le să nască în Serviciul de chirurgie, şi a se afecta pentru alte scopuri o parte din localul nou clădit pentru complectarea acestui Serviciu. Pentru-că Serviciul de consultaţii sau de triaj n'a funcţionat potrivit cu legile şi regulamentele în vigoare, ci a fost transformat în anticameră personală a serviciilor de chirurgie şi medicină internă.

Măsuri de îndreptare:

1. Să se reîntoarcă Serv. de consultaţii în vechiul său local, care întruneşte toate condiţiile necesare pentru acest scop, strângând la un loc toate Serviciile de consultaţii, aşa cum cer de ani de zile toţi medicii primari ai celorlalte Secţii.

2. Să se mute morga, deocamdată într'un pavilion amenajat în mod provizoriu. Până când se va reclădi pe vechiul loc, pe care a stat înainte, loc care întruneşte cele mai potrivite condiţiuni pentru acest scop, ca izolare, ca acces din spital şi eşire în stradă.

3. Actualul laborator să se mute în cele 3 camere în care funcţionează în prezent consultaţiile de nas, gât, urechi şi de ochi.

Sau, pentru activitatea sa cu totul redusă, Laboratorul de Igienă din imediată vecinătate deservind Spitalul Filantropia în prezent ca şi în trecut în cea mai largă măsură; — şi, pentru-că sunt în Craiova 3 spitale: Spitalul Preda, Spitalul de contagioşi şi Spitalul de tuberculoză, situate în imediată apropiere unul de altul, aflate în cealaltă parte a oraşului, spitale cari nu au niciun laborator. Laboratorul dela Spitalul Filantropia să se mute într'unul din aceste spitale ca să le poată deservi pe toate.

4. In localul în care se face acum aşa zisul triaj al bolnavilor, să treacă Ad-ţia spitalului cu toate serviciile sale.

5. Camerele ocupate până în prezent de Ad-ţie să mărească, să complecteze localul băilor în care bolnavii se desbracă, se îmbăiază şi deparazitează — şi tot pe aci se îmbracă când es, în condiţiuni de higienă care ar trebui să dicteze imediata sa închidere până la amenajarea necesară. Ca bolnavii să nu ia cu ei la plecare din păduchii pe cari i-au adus la intrarea în spital.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PROSTITUȚIA LA CRAIOVA

de

D-r V. DRAGOESCU

Medic primar al Spit. Filantropia

Prostituția este una din cele mai mari plăgi ale societății, și totuși ea nu va dispărea decât odată cu lumea.

Problema prostituției are, pentru țara noastră, un caracter de acută rezolvare, mai ales, decând sub impulsiunea legii sanitare, din 4 Iulie 1930, s'au desființat casele de toleranță.

Bolile venerice se întind în mod îngrijitor și pericolul ce decurge din această stare de fapt, este nemilos de dăunător pentru sănătatea publică și chiar pentru însuși viitorul poporului nostru.

In unele țări prostituția este reglementată de stat, în altele legea interzice prostituția fiind considerată ca o infracțiune penală și pedepsită ca atare, iar în țările în care este tolerată, prostituatele sunt înscrise și ținute în evidență pentru controlul sanitar.

Ele sunt internate în case de toleranță sau locuesc singuratice, dar marea majoritate se feresc de autorități și practică pe ascuns: acestea sunt prostituatele clandestine, cele mai numeroase, astăzi, și cele mai periculoase.

Este ușor de înțeles că o prostituată controlată de medic e mai puțin periculoasă decât aceia care nu se supune unui astfel de control.

Prostituatele înscrise se duc de câteva ori pe săptămână la vizita medicală și sunt internate în spital dacă sunt bolnave. Cu toate acestea o garanție absolută nu există pentru acei ce frecventează aceste prostituate căci între două vizite medicale, ele se pot îmbolnăvi și transmite, astfel, infecția; în plus, se mai poate ca prostituata care se știe bolnavă să evite a merge la vizită, pentru a nu fi internată în spital. Până să fie descoperită poate face, între timp, multe victime.

Forma de prostituție cea mai puțin periculoasă și prin urmare cea mai preferabilă este aceia care se practică în casele de toleranță, femeile aparținând acestor case, fiind cunoscute și sub controlul mediculuí.

Domnul Profesor Ștefan Nicolau, în numeroase publicații și rapoarte, tratând despre profilaxia boalelor venerice, a arătat marea greșală ce s'a făcut prin desființarea acestor case de toleranță sub influența cercurilor aboliționiste și femeniste. S'a crezut că prin desființarea acestor case se va desființa și prostituția, fără să se fi gândit că se mărește astfel numărul prostituantelor clandestine, cele mai periculoase și care scapă de sub controlul sanitar.

Cele ce preced sunt chestiuni cunoscute, Asupra lor d-l Profesor Nicolau, cu autoritatea Domniei-sale în materie, a insistat în nenumărate rânduri, în ultimul timp, în ședințele Consiliului sanitar superior, prezidat de d-l Ministru al Sănătății. Le-am expus pentru a face legătura cu cele ce urmează.

Ar mai fi nevoie și de premenire în poliția de moravuri.

După cum știm, depistarea și controlul prostituției, conform art. 4 din Regulamentul Legei Sanitare, sunt încredințate unor agenți numiți de autoritatea polițienească și puși la dispoziția serviciului sanitar comunal și care poartă numele de poliție de moravuri. Or trebue să o

spunem că această poliție de moravuri lasă foarte mult de dorit: ea fiind recrutată din persoane care nu-și cunosc datoria și care au, în multe cazuri, o moralitate dubioasă. Ar trebui să se dea o mai mare atenție în recrutarea personalului poliției de moravuri, aceștea să fie recrutați exclusiv după cum prevede și legea, din agenți sanitari al căror trecut este cunoscut ca moralitate și simț al datoriei.

Ar mai fi de dorit și util ca întreg personalul poliției de moravuri să fie scos complect de sub autoritatea polițienească și trecut în mâinile autorităților sanitare, ca fiind singura în măsură să aprecieze activitatea fiecăruia.

In concluzie:

1. Ar trebui reînființarea caselor de toleranță, dar bineînțeles, punându-le în condițiunile cele mai perfecte de funcționare higienică și de supraveghere sanitară.

2. Controlul mai riguros de către medici al prostituatelor, de toate categoriile, examenul medical fiind făcut în fiecare zi sau cel mult la 2 zile.

3. Să se facă o adevărată premenire a poliției de moravuri.

4. Internarea obligatorie a prostituatelor bolnave de boale venerice până la complecta lor vindecare, chiar a acelora care dispun de mijloace ca să se poată îngriji în libertate cu medici particulari.

In fine din punct de vedere local care interesează organizațiile sanitare în fiecare capitală de județ, să se ia măsurile cele mai potrivite, pentru internarea acestor prostituate nu în secțiile dermato-venerice, fiind amestecate, astfel, în săli comune cu celelalte bolnave, ci în pavilioane separate, dacă nu în locuri cu totul izolate, sub îngrijirea și controlul medicilor primari de secții acolo unde sunt sau a medicilor șefi de ambulatori venerici sau pe unde nu sunt nici din aceștea a medicilor șefi de orașe sub controlul cărora stă poliția sanitară.

In ceeace privește orașul nostru, următor considerațiunilor de mai sus, atunci când se va reînființa spitalul de alienați cu dependenți și similari, spital care este o necesitate pentru întreaga regiune a Olteniei, într'un pavilion aparte, se vor putea adăposti și aceste elemente dezechilibrate, a căror tratare nu trebue făcută numai din punct de vedere venerologic ci și mintal, scopul suprem fiind reintrarea lor în societate.

* * *

PROBLEMA SUBCENTRULUI ANTIRABIC ȘI A UNUI SPITAL DE ALIENAȚI LA CRAIOVA

de

D-r C. STĂNCESCU
Medic primar al Spit. Preda

Domnule Ministru,

Prezența cu care ne onorați la această reuniune în cadrul activității Comitetului Colegiului de Dolj, îmi dă posibilitatea de a vă informa asupra a două probleme de medicină socială, cari din punctul de vedere al realizărilor locale se prezintă sub aspecte deosebite.

P r i m a : Lupta contra infecţiunii rabice, evidenţiază un progres.
A d o u a : Asistenţa alienaţilor înfăţişează un progres şi o tristă realitate.

* * *

Prin descentralizarea tratamentului antirabic, ca o consecinţă a introducerii vaccinurilor fenicate, active mult timp şi inalterabile, — şi prin o nouă orientare în lupta contra infecţiunii rabice au luat fiinţă în toată ţara subcentrele antirabice ca avanposturi în această luptă şi ca un progres evident determinat de o apropiere cât mai mare a luptei de origina infecţiunii.

Simplicitatea technică a funcţionării acestor subcentre a sugerat pentru unii speranţa că vaccinările antirabice ar putea fi generalizate şi puse la îndemâna oricui, iar vaccinul ar putea fi lăsat liber în comerţ. Dacă organizarea acestor subcentre pare foarte simplă, încât poate fi făcută pe lângă orice serviciu, fiind suficiente câteva camere şi o foarte modestă instalaţie; vaccinările, fixarea, conducerea tratamentului şi organizarea complectă a luptei necesită o deosebită atenţie şi ele nu pot fi încredinţate decât acelora cari posedă cunoştinţe suficiente în materie.

Deaceea, considerăm că numai subcentrul este şi va trebui să fie primul şi ultimul avanpost, şi că tratamentul antirabic nu poate fi extins mai departe, cu atât mai mult cu cât lupta contra infecţiunii rabice în scopul urmărit nu se mărgineşte numai la tratament şi necesită o activare interdependentă a o mulţime de factori sociali administrativ şi sanitar (medici: umani, veterinari).

Ea nu se poate executa de oricine, ci numai de subcentrul antirabic, organ subordonat directivelor institutelor antirabice ca mari comandamente; — numai subcentrul antirabic poate determina acestor factori sociali locali şi de colaborare în opera de orientare a luptei o preocupare mai accentuată şi o armonizare.

In spiritul acestui principiu a activat din 1939, subcentrul antirabic Craiova, ale căror rezultate îmbucurătoare foarte schematic le înfăţişez: Un număr de 1400 persoane muşcate de animale turbate sau presupuse turbate, în loc să ia drumul cu întârziere spre Bucureşti, au avut posibilitatea să se prezinte urgent şi fără mari cheltueli la tratament. Un număr de 531 nevoiaşi, în loc să rămână fără adăpost pe cheiurile Dâmboviţei au putut găsi un adăpost la subcentrul antirabic Preda, pentru tratament.

Prin subcentru s'a realizat un contact mai strâns ca organele administrative sanitare umane şi mai ales veterinare, cari au putut fi informate mai urgent pentru urmărirea animalelor, luarea măsurilor urgente de împiedecarea întinderei epizootiei.

Aceste organe la rândul lor au avut posibilitatea de a informa mai uşor subcentrul asupra stării animalelor puse sub observaţie în scopul fixărei cantitative a tratamentului sau a suspendării lui. Examenele de laborator asupra creerului animalelor s'a putut face imediat de laboratorul de medicină veterinară Craiova.

Prin sfaturile şi încurajerile date s'a putut împiedeca la timp cazurile de anxietate individuală şi colectivă, care până aci luau inutil drumul spre Bucureşti.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Toate aceste rezultate expuse conturează un progres în lupta antirabică dată prin subcentru care necesită o mai bună organizare, dacă nu printr'un serviciu independent, cel puţin printr'un local propriu, pentru a nu stânjeni capacitatea de internare a serviciilor pe lângă care sunt ataşate.

Credem că numai urmând şi perseverând într'un astfel de program subcentrele îşi vor putea îndeplini complect misiunea de avanposturi în lupta contra infecţiunii rabice, şi numai atunci se va putea ajunge la acea eficacitate absolută dorită de „Pasteur" şi „Babeş".

A doua problemă: A asistenţei alienaţilor, prin asprimea realităţilor constatate impune pentru această regiune o atenţiune şi solicitudine deosebită.

Această problemă deşi a interesat şi a preocupat acest oraş încă înainte de 1838, — deşi prin măsuri parţiale după concepţia vremurilor de atunci a încercat oarecare tentative de realizare — deşi în 1888 a fost pusă în adevărata ei formulă de asistenţă socială cu un mers progresiv până în 1923 — azi în 1941, se prezintă aproape ca inexistent.

In primele începuturi adăpostirea bolnavilor mintali se făcea în celulele din preajma bisericei Madona Dudu, pentru că această biserică posedă o icoană miraculoasă la care erau aduşi bolnavii să se roage pentru vindecare. Furioşii erau legaţi de arbori cu frânghii şi lanţuri, alţii închişi în celulele obscure. In 1838, administraţia a zidit în dosul bisericei două camere speciale pentru 8 alienaţi; în 1872, încă 4 camere pentru 20 bolnavi; iar în 1888, a ridicat la marginea oraşului un mare spital care a funcţionat în condiţiuni foarte satisfăcătoare până la 1920, când printr'o nefericită inspiraţie a fost cedat Ministerului Instrucţiunii pentru o şcoală normală de fete, şcoală ce funcţionează şi astăzi. De atunci problema izolării alienaţilor pentru această regiune a luat o formă acută care nici până în prezent nu şi-a găsit o rezolvare definitivă.

Rămaşi fără nici-un adăpost, alienaţii şi-au continuat tragedia lor. Ei au fost închişi când în beciurile poliţiei, când în subsolurile spitalului Filantropia, când în două camere în curtea din dosul Orfelinatului Mihai Viteazu, azi centru de ocrotire infantilă, păziţi de câte un gardian public sau de câte un infirmier şi servind de subiecte de distracţie, de curiozitate sau de groază.

In anul 1938, — după o sută de ani dela prima tentativă de asistenţă a alienaţilor — s'a ridicat în curtea spitalului Preda un aşa zis pavilion destinat internării lor până la facerea formelor necesare pentru transportare la unul din marile instituţii de Psihiatire din ţară, în special Bucureşti.

O soluţiune grăbită, un plan de construcţie nestudiat, erori de concepţie asupra acestei probleme în cadrul unei soluţiuni practice, face ca acest pavilion să nu corespundă nici pentru un serviciu de triaj.

E aşezat prea în apropierea clădirii spitalului, nu are decât două camere mici, fiecare cu două paturi, o sală foarte îngustă şi comună şi un singur closet. In asemenea condiţiuni nu se pot interna în acelaşi

timp bărbaţi şi femei. Nu se poate face complecta izolare a bolnavilor furioşi. Foarte deseori, fie din cauza întârzierii formalităţilor legale, fie din cauza lipsei de locuri în marile centre de Psihiatrie, fie din cauza distanţelor prea mari şi a greutăţilor de transport, unii din bolnavi rămân internaţi cu lunile contribuind prin a ajunge la o aglomerare periculoasă manifestată prin acte de violenţă mergând până la crimă; împrejurări, care ne-au pus în situaţiunea delicată de a refuza primirea alienaţilor trimişi chiar de parchet şi poliţie.

Acest sombru tablou ce am înfăţişat este determinat de o realitate, necesită o atenţie deosebită, impune pentru această regiune o rezolvare maximă-totală şi pentru că ne găsim în perioada unei noi aşezări sanitare în spiritul justelor concepţii de realizări practice printr'o mare descentralizare determinată de iniţiativa Dvs., vă rugăm Domnule Ministru să ne permiteţi a vă înfăţişa o singură formulă cu posibilităţi de realizare urgentă pentru această problemă locală şi regională.

Redeschiderea fostului spital Madona Dudu, ocupat în prezent de Şcoala Normală de fete. Acest spital prin capacitatea sa, prin sistemul pavilionar al construcţiei prin întinderea terenului, va putea în primul rând izola şi trata după toate progresele ştiinţifice pe toţi bolnavii mintali şi nervoşi; în al doilea rând pe toţi infirmii mintali needucabili sau reeducabili şi pe toţi bolnavii cu infirmităţi cronice, rezolvând prin aceasta şi o altă problemă locală de asistenţă socială: aceea a cerşetorilor infirmi, cari zilnic şi la toate colţurile pe străzile Craiovei îşi expun infirmităţile lor. Prin redeschiderea acelui spital s'ar putea reda pavilionul actual dela spitalul Preda, pentru internarea bolnavilor cu turbarea declarată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Posibilitatea de recuperare şi organizare completă a acestui Spital, precum şi această problemă în totalitatea ei, v'a fost înfăţişată într'un documentat referat şi de d-l D-r Constantinescu, medic primar al Spit. Central Bucureşti, distins psichiatru, care, chiar din propria D-voastră iniţiativă a studiat-o în acest oraş.

Noi toţi cei de aici însuşim concluziile D-sale şi vă rugăm pentru aprobare şi soluţionare.

* * *

REFERAT ASUPRA PROBLEMEI REINFIINŢĂREI SPITALULUI DE BOLI NERVOASE ŞI MINTALE „MADONA DUDU" DIN ORAŞUL CRAIOVA

de

D-r GH. CONSTANTINESCU
Medic primar psichiatru din Ploeşti

1. In Oraşul Craiova este absolută şi urgentă nevoe de a se înfiinţa un Spital de boli nervoase şi mintale care să deservească atât oraşul cât şi regiunile încuonjurătoare care gravitează către acest centru.

Acesta este avizul tuturor autorităţilor sanitare şi administrative din oraşul Craiova.

Acest aviz favorabil este justificat de o serie de considerente pe care le vom aminti pe scurt.

1. Regiunea Craiova enumără după ultima statistică o populaţie de aproximativ 1.950.000 locuitori.

Pentru toată această populaţie nu există nici un fel de aşezământ pentru asistenţa bolnavilor mintali şi similari. Asistenţa acestor bolnavi se face în prezent la Spitalul Central din Bucureşti. Intr'o vecinătate destul de depărtată şi practic inaccesibilă, mai există în afară de Bucureşti, un serviciu de această specialitate la spitalul din Lugoj, care are însă valoarea unui serviciu local, capacitatea lui fiind de 50 paturi şi neputând primi bolnavi în afară de jud. Severin; şi altul la Jimbolia, care este şi prea departe deservind o altă regiune destul de populată.

Ca atare toţi bolnavii mintali şi similari trebuesc transportaţi la Bucureşti.

Pe de o parte distanţa mare, pe de altă parte condiţiunile de transport şi în plus uneori lipsa de locuri dela Bucureşti, face ca această operaţiune să se facă în condiţiuni foarte grele. Cheltuielile de transport suportate de cele mai multe ori de Stat, grefează bugetul eforiilor sanitare sau ale Primăriilor din această regiune.

Formalităţile de internare, care condiţionează transportarea în special a bolnavilor gravi, face inerentă o selecţionare a bolnavilor mintali, favorizând astfel de cele mai multe ori internarea celora care sunt prea gravi sau incurabili, astfel că nu se poate obţine recuperabilitatea optimă, în Institutul dela Bucureşti.

Bolnavii care sunt la începutul afecţiunii lor, prin forţa lucurilor trebue să aştepte agravarea şi cronicizarea bolii lor, pentru a putea fi trimişi la Bucureşti.

Din tot acest mecanism de internare a unui bolnav mintal, rezultă un dublu dezavantaj:

1. Nu se pot trimite la timp bolnavii la Bucureşti şi ca atare nu se poate asigura asistenţa lor în faza acută, adică recentă şi curabilă a afecţiunii lor.

2. Distanţa şi cheltuielile necesare transportului constituesc o sarcină care aproape în totalitate revine Statului şi care ar putea fi evaluată la aproximativ 1.000.000 lei anual.

In plus distanţa mare la care se găsesc bolnavii mintali de familiile lor realizează şi un prejudiciu destul de important atât familiilor cât şi spitalului.

Familiile nu pot fi sustrase dreptului de a vedea şi a se interesa de membrul bolnav mintal, cu care trebue să păstreze şi alte raporturi: certificate, aranjarea situaţiei materiale, acte medico-legale, etc., iar spitalul rămâne singur cu sarcina de a îngriji bolnavul, sarcină foarte grea în condiţiunile actuale.

Toate aceste consideraţiuni de ordin mai mult practic a făcut pe toţi cei în drept din această regiune să dea un aviz dintre cele mai favorabile pentru înfiinţarea unui spital de boli nervoase şi mintale în oraşul Craiova, care să deservească atât Municipiu cât şi regiunile care în mod spontan gravitează către acest centru.

II. Problema asistenţii bolnavilor nervoşi, mintali şi similari trebueşte făcută complect, şi în cadrul concepţiunilor actuale ale acestei specialităţi medicale, indiferent dacă această operă poate fi făcută deodată sau în etape succesive.

Multe din stările actuale din ţara noastră sunt datorite provizoratului şi uşurinţei cu care s'a încercat a se rezolva unele probleme.

Intr'un acord unanim şi printr'o înţelegere perfectă din partea tuturor asupra necesităţii de a se face ceva trainic şi serios în această direcţie, în acest centru s'a ajuns la următoarele concluziuni:

Biblioteca Centrală Universitară Cluj / Central University Library Cluj

1. Este nevoie în această regiune de un spital de boli nervoase, mintale şi similare cu o capacitate suficientă. Un serviciu mic cu câteva zeci de paturi, nu ar rezolva nimic din această problemă, întrucât până la sfârşit acest serviciu nu va putea avea decât valoarea unui serviciu de triaj, cu aceasta neoperând nimic, afară de mărirea cheltuielilor trimeterii bolnavilor mintali la Bucureşti, echivalentă cu bugetul personalului care ar face această triere.

Va trebui creat un serviciu cu minimul 200 paturi, care va fi în mod exclusiv destinat tratamentului bolnavilor acuţi şi recenţi.

Şi încă acest început nu ar fi suficient, dacă avem în vedere că în mod obişnuit, în acest serviciu rămân în fiecare an un însemnat procent de bolnavi incurabili care în câţiva ani ar bloca o mare parte din numărul paturilor destinate bolnavilor acuţi.

Deci dela început trebue prevăzut şi crearea serviciului de bolnavi cronici şi incurabili cu valoare de serviciu de azil unde să fie canalizată această categorie de bolnavi. O bună parte de aceşti bolnavi pot fi utilizaţi la diferite munci, prin muncă înţelegând un mijloc terapeutic şi o posibilitate de a recupera o parte din eforturile materiale ce se fac cu întreţinerea acestor bolnavi.

2. Pentru viitor, şi dezideratul ce urmează este însuşit de autorităţile locale, Spitalul de Boli Nervoase şi Mintale din Craiova va trebui să fie complectat cu servicii speciale pentru asistenţa bolnavilor similari, astfel:

a) Serviciul de infirmi mintali (Oligofrenici needucabili).

b) Serviciul de debili mintali reeducabili, cu o şcoală pentru debili mintali, alături de care îşi găseşte locul şi şcoala de corecţii în prezent neexistentă în această regiune.

c) Azilul pentru bolnavi cu involuţie senilă.

d) Serviciul pentru prostituatele venerice.

Deşi o preocupare de viitor, această grupare de servicii va constitui fără îndoială un progres în asistenţa bolnavilor mintali şi similari în ţara noastră.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Considerăm inutil a justifica această concepţie şi ne mărginim a susţine:

1. Infirmi mintali constituesc cea mai mare povară pentru stat şi familiile lor. Aceste subiecte trebuesc neapărat izolate. Prin izolare, mamele lor rămân libere putând astfel să-şi îngrijească de gospodărie şi de ceilalţi copii sănătoşi. Lăsaţi acasă ei trebue să fie supraveghiaţi, imobilizând de cele mai multe ori o persoană adultă şi validă, dublând astfel sarcina pentru stat şi familie.

2. Debili mintali educabili şi întârziaţi mintali, dacă sunt depistaţi la timp şi supuşi unui regim medical şi petagogic special, pot deveni buni muncitori şi meseriaşi, utili societăţii.

3. Problema asistenţei bătrânilor are nevoie de o întreagă revizuire. Sistemul actual cu azile mici, rău administrate şi lipsite de confort, nu rezolvă decât paleativ problema. Credem că locul azilului de bătrâni este în cadrul Spitalului de Boli Nervoase şi Mintale, unde trebuesc create servicii speciale, cu secţie de sanatoriu pentru bătrâni bogaţi sau cu descendenţi bogaţi, unde bolnavii să găsească tot confortul.

4. Apropierea serviciului de prostituţie venerice de acest spital este bazată pe următoarele motive:

a) Bolnavele prostituate, nu pot fi tratate de afecţiunea lor în serviciul unde sunt trataţi ceilalţi bolnavi, oneşti în această specialitate. Ele sunt sgomotoase şi fac în spital o atmosferă care face ca spitalul să fie ocolit de ceilalţi bolnavi.

b) Pe lângă tratamentul medical, aceste prostituate au nevoe de o reeducare care nu poate fi făcută decât într'un spital de boli mintale, majoritatea lor fiind debile mintale.

c) In timpul tratamentului, aceste bolnave pot fi puse la treabă. Prin muncă, reeducare, şi după vindecare complectă se va putea încerca să fie plasate şi utilizate în alte părţi. In plus validitatea lor va putea permite să fie întrebuinţate la unele munci ale spitalului, făcând astfel mari economii de personal de serviciu.

Planul schematic maximal expus mai sus nu va putea fi realizat dintr'odată, dar trebue avut în vedere, în alegerea locului şi imobilul destinat acestui spital, care cu timpul va trebui să se transforme într'un adevărat centru de asistenţă a bolnavilor mintali şi similari pentru regiunea Olteniei.

Pentru început este nevoe de un imobil cu o capacitate de 300—400 paturi situat pe un teren de minim 8—10 Ha. pe care după un plan bine studiat, să se poată ulterior construi şi celelalte pavilioane necesare acestui centru.

In plus va fi necesar un teren agricol de 20—25 Ha., care să servească pentru muncile agricole şi pentru acoperirea unei părţi din cheltuielile de întreţinere ale spitalului.

Mijloacele materiale, ce vor fi necesare pentru desvoltarea acestui aşezământ, vor putea fi găsite şi presupune pentru viitor o strânsă colaborare între autorităţile şi departamentele ce îi interesează această problemă, care vor trebui să treacă în bugetul lor sumele necesare realizării acestui aşezământ de capacitatea şi confortul ce se cuvine acestei regiuni.

In acest sens Ministerul Sănătăţii, Ministerul Instrucţiunii şi al Justiţiei, Primăria Municipiului Craiova şi Judeţele din Oltenia se găsesc pe aceiaşi linie, şi vor trebui să înţeleagă că este necesar de făcut sacrificii materiale, pentru a rezolva odată pentru totdeauna această problemă în Oltenia.

III. Propuneri practice rezultate din cercetarea la faţa locului a situaţiei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In oraşul Craiova, a funcţionat în anul 1920 un Spital de Boli Nervoase şi Mintale numit „Madona-Dudu".

Printr'o nefericită inspiraţie acest spital a fost desfiinţat şi ulterior imobilul a fost cedat Ministerului Instrucţiunii, care a înfiinţat o şcoală normală de fete ce funcţionează şi astăzi.

Imobilul Madona-Dudu este situat la periferia oraşului, are un teren agricol de aproximativ 8 Ha. cu parc şi grădină.

Acest imobil are o capacitate de 350—400 paturi, esclusiv piesele accesorii pentru personal.

Starea actuală a imobilului este foarte bună şi poate răspunde total şi în condiţiuni optime reînfiinţărei spitalului Madona-Dudu atât de necesar în Craiova şi în Oltenia.

Nu există în prezent decât o singură soluţie posibilă: să se treacă imobilulu şi terenul Madona-Dudu dela Ministerul Instrucţiunii la acel al Sănătăţii şi să se reînfiinţeze vechiul Spital de Boli nervoase şi mintale Madona-Dudu.

Această soluţie este însuşită şi de organele sanitare şi administrative ale regiunei Craiova. Actuala şcoală Normală poate fi mutată în marele local „Fostul Liceu de Fete Regina Elisabeta" ocupat provizoriu în prezent de Liceul Militar Chişinău refugiat în acest oraş, care se poate muta în altă parte sau într'unul din imobilele fostei Şcoale Normale ale Ministerului Instrucţiunii, dintr'unul din oraşele capitale de judeţ din Oltenia, în prezent libere prin desfiinţarea acestor şcoli în anii trecuţi.

Nu se poate vorbi de un alt imobil în oraşul Craiova, pentru că nici unul nu ar putea să se apropie de condiţiunile pe care le îndeplineşte imobilul Madona-Dudu.

Pentru construcţie nouă ar fi foarte greu de vorbit, având în vedere greutăţile financiare şi de construcţie actuală, şi apoi în acest scop ar trebui în prealabil achiziţionat un teren care, practic nu e momentul acum de a fi căutat.

Având întregul asentiment al autorităţilor medicale şi administrative în sensul referatului de mai sus, rămâne ca, întreaga problemă să fie rezolvată la centru în mod favorabil, reînfiinţarea acestui aşezământ constituind o operă de mare necesitate şi actualitate în Municipiul Craiova.

* * *

PRACTICELE ILICITE ALE MEDICINEI — CLANDESTINISMUL MEDICAL

de

D-r M. CÂNCIULESCU

Practica ilicită a medicinei de către persoane cari n'au căderea legală, este de regulă şi clandestină, căci se face pe ascuns. Printr'un anacronism care încă dăinueşte, uneori pe faţă, în văzul tuturor.

Acest clandestinim medical ilicit a atins în ţara noastră proporţii fantastice: el constitue o adevărată calamitate naţională, căci se interpune între bolnav şi medic, în paguba sănătăţii publice.

Il practică în primul rând: 1) Persoanele cari nu au nici-o legătură cu corpul medical, precum: moaşele empirice, şarlatanii cari procură medicamente şi tratează, doftoroaiele satelor cari fac avorturi, pun pe fumuri, descântă, improvizaţii cari fac injecţii ş. a. 2) Sanitarii din personalul auxiliar (agenţi sanitari, moaşe, subchirurgi) dela oraşe şi sate cari tratează, fac injecţii fără prescripţie medicală; unii iau şi tensiunea arterială. 3) Farmaciştii şi droghiştii cari eliberează medicamente fără prescripţie medicală, la simpla cerere a oricui. Ca o anexă a acestora, unii comercianţi la ţară cari, anticipând asupra regimului farmaceutic din ţara noastră, debitează pe cont propriu sau în consignaţie medicamente eliberate de unele farmacii (după cum relatează Secţiei de Dolj a Colegiului Medical un Medic de circumscripţie rurală). 4) In sens restrictiv de ordin etnic, după Legea de organizare a Colegiului Medical, medicii evrei cari continuă a practica în mediu creştin în afară de urgenţă calificată; aceiaş interdicţie prescriindu-se pentru medicii creştini cari mai sunt chemaţi de bolnavi evrei. 5) Toţi medicii cari scriu reţete pe foi volante fără antete şi fără ştampilă, în ultimul timp de frica fiscului şi fără iscălitură, nu numai de specialităţi farmaceutice, dar şi de receptură, şi pe cari farmaciştii le execută dar nu le înregistrează. Ceeace prejudiciază şi casei de pensii a medicilor în folosul căreia se percepe taxa de ştampilare a reţetelor medicale.

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 ceeace pedepseşte mai aspru în arti-

colul altui cod, după cum abundă exemplele. Comisia de legişti care va avea de descifrat cele 201 legi şi regulamente sanitare, azi în vigoare, îi revine acest rol.

In ceeace priveşte pe adepţii practicei medicale ilicite, sancţiunile nu vor excepta pe niciunul din cei cuprinşi la Nr. 1, înafară de moaşele empirice puse sub control şi semioficializate în satele în cari nu există moaşe titrate. La Nr. 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 deloc responsabilitate pentru actele acestor auxiliari indispensabili ai Corpului medical. La Nr. 3, legea va stabili odată pentru totdeauna, ceeace au dreptul să elibereze farmaciştii şi drogihştii, precum şi să interzică vânzarea medicamentului fără prescripţie medicală. La sate se va îngădui eliberarea de medicamente uzuale prin „farmacii parochiale", sau de către învăţători. La Nr. 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.

* * *

CONSULTAŢIILE MEDICALE ŞI PRACTICA ILICITĂ A MEDICINEI LA ŢARA

de

D-r PETRE MIHAIL
Fost medic Primar al jud. Dolj

Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

Este ştiut că din numărul diagnozelor deceselor, numai 5% sunt puse de medic, după ce a tratat bolnavul, iar 5% în preajma agoniei; restul se pune de notar sau agent sanitar după un interogatoriu adequat.

Această rupere de contact între medic şi populaţie se datoreşte la 2 cauze.

Nu atât lipsei de medic în mediul rural, cât:

A. — Desarmărei sale, desarmărei sale datorită:

1. Lipsei arsenalului terapeutic, lipsei de instrumente, pansamente, etc., medicul nu prezintă nici-o atracţie pentru bolnav;

2. Taxe la consultaţii, de operaţie, plată la spitale, izolarea contagioşilor în condiţiuni spitaliceşti mai proaste ca la ei acasă, sunt o altă pricină de repulsie a medicului de către bolnav;

3. Cauze ce privesc pe medic: izolarea sa, neavând o viaţă socială, fără locuinţe, fără dispensare drumuri inpracticabile şi o administraţie ostilă şi rău viitoare, alimentarea grea, leafa mică. etc.

In afară de acest contact rupt de bolnav, este şi:

B. — Ruperea contactului dintre bolnav şi medic prin intercarea agentului sanitar.

Acesta e: fără scrupule medicale, subminează autoritatea medicului, se substituie medicului, îşi depăşeşte rolul prin medicina ilicită ce face. Unii au făcut de moară, alţii au moşie, alţii sunt samsari de vite, au curse de automobile, etc.

Propuneri şi Remedii:

Pentru A.: D-l Ministru Prof. Petre Tomescu, a găsit leacul: a mărit leafa la valuta aur; crează dispensare, fixe şi volante; locuinţe pentru medic; diurne la timp plătite; diseminarea medicamentelor din depozitele pline de medicamente şi instrumente, gratuitatea lor.

Pentru B.: Trebue micşorarea numărului de agenţi sanitari; mărirea numărului de surori de ocrotire; schimbarea programului de învăţământ la agenţii sanitari; aşa cum e azi îi face cu pretenţii mai ales că au 4—7 clase de liceu şi crează semidocţi medicali foarte periculoşi.

Agentul sanitar să fie pus în imposibilitate de a mai face pe medicul, deci să nu mai facă medicină ilicită; să fie desinfector, să facă salubritate, cancelarie, izolare.

Agenţii sanitari proveniţi din armată să nu fie numiţi în posturi.

Agentul sanitar a înlocuit pe medic la sate: medicul a fost gonit de acesta dela sate.

Toţi agenţii sanitari au avere, nici un medic n'a făcut bogăţie la sate.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RAPORT ASUPRA INFIINŢĂRII UNUI SPITAL PENTRU PELAGROŞI LA SADOVA DOLJ

de

D-r I. POPESCU

Medic primar al Jud. Dolj.

Domnule Inspector General,

Urmare raportului nostru No. 710 din 9 Mai a. c., avem onoare a vă aduce la cunoştinţă următoarele:

In ziua de 11 Mai a .c., luând contact cu d-l Popovici, Administratorul Domeniilor Coroanei din Sadova—Dolj, şi cercetând pavilioanele Ad-ţiei Domeniilor Coroanei din acea comună, am constatat cele ce urmează:

Ad-ţia Domeniilor Coroanei se mută în comuna Piscu, rămânând libere toate clădirile ce sunt în comuna Sadova.

Am vizitat aceste clădiri situate într'o singură curte ce ocupă o suprafaţă de circa 1500—2000 m. p.

Situaţia lor este următoarea:

Pavilionul central are 17 camere ce merg dela 4/4 m. p. la 8/9 m., cu înălţimea de 3.50—4 m., cu pivniţă de 13 m. lungime şi 6 m. lăţime. Are maşină mare de gătit în bucătărie.

Al 2-lea pavilion zis — al muzeului — are 10 camere ce merg

dela 4/4 m. la 10/10 m., înălţime având-o 8 din ele 3.50—4 m., iar 2 din ele 5 m.

Un pavilion mic compus din 3 camere de 3.50/5, 3/5 şi 6/5.

Una magazie mare de zid cu o lungime de 20 m., cu 6 m. lăţime, 5 m. înălţime continuată cu o remiză din zid de 20 m. lungime pe 6 m. lăţime şi 6 m. înălţime.

Un grajd din zid de 35—40 m. lungime şi 5½—6 m. lăţime, ce se continuă cu alte 6 camere.

Una remiză din blană. Are şi fântână în curte.

In aceste pavilioane se poate instala dispensarul cir-ţiei medicale cu locuinţa medicului, dispensar de puericultură, bae populară şi se pot întrebuinţa şi pentru izolarea contagioşilor.

Părerea noastră însă este că acestor clădiri li se poate da şi o altă întrebuinţare cu mult mai folositoare.

In jud. Dolj, la data de 31 Aprilie a. c., avem 3231 cazuri de Pelagră, cunoscute şi înregistrate prin organele noastre sanitare.

Numai în jurul comunei Sadova, unde avem şi reşedinţa circ-ţiei medicale Sadova, şi anume în com. circ-ţiei Sadova, în număr de 5, circ-ţia Bechet în număr de 4, circ-ţa Rojişte în număr de 6, ce sunt pe stânga Jiului, iar în circ-ţia Gighera cu 5 comuni şi Gângiova cu 5 comuni ce sunt pe dreapta Jiului, avem la aceiaşi dată un număr de 880 pelagroşi, deci în 25 comuni, numărul celor suferinzi de pelagră pe lunile Mai şi lunie absolut sigur că vor creşte, după cele ce cunoaştem pe teren.

Credem că în aceste pavilioane trebue şi este absolut necesar să ia fiinţă un spital numai pentru pelagroşi, ce ar urma să fie condus de medicul circ-ţiei locale (Sadova).

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Am date ce-mi dau siguranţa că pe lângă aceste pavilioane Ad-ţia centrală a Domeniilor Coroanei ce este condusă de d-l General Manolescu, un spirit larg şi înţelegător, ne va da pentru acest spital spre folosinţă un teren de circa 10 pogoane arabile, urmând a se cumpăra 5—6 vaci cu lapte ce ar servi pelagroşilor.

In acest sens am scris şi D-lui General Manolescu la Bucureşti, şi suntem în aşteptarea răspunsului.

Vă rugăm să binevoiţi a comunica aceasta şi Onor. Ministerului Sănătăţii şi a stărui să se intervină şi din partea Ministerului direct la D-l General Manolescu, convins fiind că se poate câştiga în acest domeniu mai mult decât ne putem aştepta.

Deasemenea vă rugăm a interveni ca Ministerul Sănătăţii, să ne trimită imediat un arhitect la faţa locului, clădirile având nevoe de unele reparaţii şi mai ales modificări şi amenajări în vederea scopului de mai sus.

Medic primar al jud. Dolj, D-r I. Popescu

Tendinţa de azi şi tot efortul ce se pune de către conducătorii noştri superiori, este de a se aduce cât mai mult îmbunătăţiri practice pe teren.

In ultimii ani în judeţul Dolj, constat o creştere a maladiilor sociale şi printre acestea este de remarcat pelagra.

Astfel în 1938, au fost 2457 cazuri, în 1939 au fost 3494 ca-

zuri, în 1940, au fost 3813 cazuri, iar la 31 Aprilie a. c., avem 3231 cazuri.

D-l Ministru al Sănătății d-l Profesor D-r Tomescu, un spirit larg, înțelegător și un foarte bun cunoscător al situației reale pe teren, ne-a îndemnat pe toți pe toate căile să găsim modalitatea practică potrivită situațiilor locale spre a se putea executa cât mai multe aplicări cu cu rezultate bune pentru sănătatea publică.

In acest sens și în spiritul acestor îndrumări, am izbutit să ni se cedeze spre folosință, pavilioanele Ad-ției Domeniilor Coroanei din com. Sadova, spre întrebuințare cu scop sanitar.

In aceste pavilioane se pot instala în afară de dispensarul circ-ției medicale cu locuința medicului, dispensar de puericultură și un pavilion pentru izolarea bolilor contagioase, se poate foarte bine instala o bae populară și un spital pentru pelagroși, al căror număr în județul Dolj, este destul de mare.

S'ar putea interna până la 150 bolnavi — având 2 pavilioane mari cu 10 și 17 camere destul de spațioase — în afară de alte anexe ce mai are.

Suntem pe punctul de a rezolva și o problemă de gospodărie a acestui spital anume, câștigarea în anumite condiții a unui teren de cultură circa 5 ha. tot dela Domeniile Coroanei, pentru a se putea întreține 5—6 vaci de lapte și pentru creșterea porcilor.

Este inutil cred a mai insista asupra problemei și rezultatului bun ce va fi de pe urma acestei epoce.

In afară de creșterea maladiilor sociale țin să mai pun o problemă ce cred că a apărut și în alte județe.

Biblioteca Centrală Universitară Library Cluj

Anul trecut recolta de struguri și prune a fost foarte slabă și ca rezultat a fost urcarea extraordinară a prețului vinului și țuicei, băuturi care nu se prea găsesc în abundență, cu care este obișnuit românul nostru.

In legătură cu această lipsă, spiritul inventiv al săteanului nostru a găsit una dintre cele mai nenorocite rezolvări.

Nu vorbesc de vânzarea alcoolului absolut ce-l amestecă cu apă și-l colorează cu diferite esențe și culori variate ce-l vând în cârciumă sau localuri cu alte denumiri.

Din toamna anului trecut sătenii noștri au început să fabrice o așa zisă țuică din porumb pe care o aromatizează cu esență de sâmbure de prună, ceeace nu e decât un alcool metilic cu toate substanțele otrăvitoare ce le cunoașteți.

Procedează astfel: macină porumbul la piatră sau valț, îl pune la fermentat — unii chiar cu drojdie de bere — și apoi îl trec la cazanul de făcut țuică — manopera se execută pe furiș și numai noaptea. — S'au descoperit cazuri în diferite zone ale județului și am luat măsuri să se procedeze cu toată severitatea în spiritul și îndrumările date de legea sanitară și regulamentele controlului alimentelor, băuturilor și obiectelor uzuale.

Cred însă că e locul ca să se înăsprească penalitatea legei sanitare în această direcție, căci așa cum se prezintă azi o știm cu toți ce rezultat avem. Și rog pe toți colegii să facă intense, amănunțite și severe cercetări fără nici-o toleranță și socot că nu e nevoe să arăt cum să se procedeze.

NOU! **NOU!**

CARBOWANDER

TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Cholelnat de Sodiu
Atropină metilbrom
Uleiuri eterice

Intoxicaţiuni gastro-intestinale, Dispepsii, Meteorism, etc.

Medicaţia suverană
a Insomniei
Nervozităţii
şi a Nevralgiilor

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CEREBROSAN

SIROP

Calciu
Valeriană
Barbiturice
Brom
Analgezină

Sedativ : de trei ori pe zi câte 1-2 linguriţe
Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Dr. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice,
Bucureşti Str. Cazărmei 89

Reconstituant energic în:

Anemii
Debilitate
Convalescenţă

„Sapic"-TONICUM

SIROP

Arsen — Cupru
Fier — Strichnină
Mangan — Glicerofosfaţi

Fiind plăcut la gust e luat cu plăcere şi de copii

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In spasme
Dureri interne şi postoperatorii
Dismenoree

NEO-LUVERIN

Dr. WANDER

Tablete — Supozitoare

Acţiune spasmolitică şi analgetică sigură

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Dr. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice
Bucureşti VI, Str. Cazărmei, 89.

CONFERINȚA MEDICILOR DIN REGIUNEA GALAȚI

La 24 Mai a. c., s'a ținut la Inspectoratul general sanitar Galați, o conferință a medicilor conducători de instituții și servicii sanitare din regiunea Dunării de jos, prezidată de d-l Ministru al Sănătății, Prof. D-r Tomescu.

Primul a luat cuvântul d. D-r **Troia,** inspector general sanitar, care în numele Corpului medical salută pe d. ministru al sănătății și îl asigură de tot concursul și de întregul devotament al medicilor și al personalului sanitar auxiliar, în opera mare de redresare a sănătății publice. D. D-r Lazăr, președintele Colegiului medicilor, arată solidaritatea Corpului medical și dorința de acțiune în folosul sănătății publice, declarând că medicii din regiunea Galați, vor participa cu tot entusiasmul la acțiunea sanitară organizată de Minister, contribuind prin aceasta la ridicarea țării.

CUVANTAREA D-LUI PROF. D-R TOMESCU.

D. D-r Tomescu aduce mulțumiri medicilor din regiunea dunăreană pentru adeziunea lor la acțiunea sanitară întreprinsă de Ministerul Sănătății, acțiune care trebue să fie mai intensă și mai eficace decât în trecut.

Pe lângă problemele, cari au rămas încă actuale, prin nerezolvarea lor, d. ministru al sănătății expune trei chestiuni cari trebuesc soluționate imediat: 1) dispensarul mobil; 2) reorganizarea învățământului sanitar și de ocrotire socială; 3) organizarea stagiului de vară pentru studenții în medicină.

Dispensarul mobil

In fiecare județ va funcționa în cursul verei un dispensar mobil care va merge mai ales în regiunile unde boalele sociale fac ravagii. Personalul acestor dispensarii se va compune din doctori în medicină, cari își fac stagiul militar și din medici oficiali ai Statului.

Dispensarul va fi montat pe autocamioane sanitare și va dispune de aparate, instrumente și medicamente pentru a putea acorda o bună asistență, descoperind și combătând totdeodată boalele ignorate de locuitori.

Invățământul sanitar

Pentru a avea o bună organizație sanitară avem nevoe pe lângă medici, de un personal sanitar bine pregătit.

In acest scop vom reorganiza acest învățământ, întemeiând școale noui în multe regiuni ale țării și vom asigura tinerilor și fetelor cari le vor absolvi, o frumoasă situație morală și materială.

Elevii și elevele acestor școale vor trebui să aibă cel puțin 4 clase secundare și vor deveni: agenți sanitari, laboranți, moașe, surori de caritate Elevele cari au 8 clase de liceu se vor putea înscrie în școalele de surori de ocrotire.

Cu ajutorul acestui personal sperăm ca să se dea o nouă viață organizației noastre sanitare.

Stagiul studenților

Pentru complectarea pregătirei profesionale a tinerilor medici, Facultățile au organizat un stagiu de practică pe care studenții îl vor face în lunile Iulie și August în județele lor de origină.

Medicii Statului sunt rugați să dea tot concursul lor penrtu ca acest stagiu să fie cât mai folositor atât din punct de vedere al pregătirei tehnice cât și din acel al cunoașterei realităților vieței sociale românești.

D. D-r **Ritter,** medicul șef al municipiului Galați, face o dare de seamă asupra situației demografice și sanitare din cuprinsul Municipiului.

D. D-r **Panea,** medicul primar al jud. Putna, prezintă un raport asupra situației sanitare din acest județ.

D. D-r **Banu Eugen,** medicul primar, face propuneri privitoare la ridicarea nivelului științific al personalului medical, iar d. D-r **Alexandrescu** medic șef al spitalului și al dispensarului de tuberculoși din Galați, arată situația tuberculozei din regiune și prezintă o serie de propuneri în ceeace privește depistarea, tratamentul și izolarea tuberculoșilor.

Au mai luat cuvântul prezentând diferite rapoarte și propuneri d-nii: D-r **Codreanu,** D-r **Măcelaru,** D-r **Marcu,** D-r **Troia**

D. D-r **I. Stoichița,** secretar general al ministerului sănătății, insistă asupra necesității de a se introduce în viața sanitară din mediul rural, un sistem mai larg de medicină preventivă și de ocrotire națională.

Arată importanța deosebită a unei activități mai largi în domeniul propagandei sanitare și a educației igienice care trebue să fie fundamentul întregei acțiuni preventive.

D-sa dă îndrumări technice privitoare la înființarea și funcționarea oficiilor de ocrotire și a școlilor pentru mame care trebue să funcționeze cu timpul în fiecare comună rurală.

Insistă apoi asupra rolului dispensarelor mobile care vor funcționa cu începere dela 15 Iulie a. c., arătând felul cum trebue organizate pentru a putea da un randament optimal. Arată felul de organizare al plășilor sanitare model și stărue ca printr'o strânsă colaborare cu organele administrative locale, să se înceapă o serioasă campanie de construcție de Case de Ocrotire, Dispensare și Băi populare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-sa termină arătând străduințele Ministerului pentru o mai bună salarizare a medicilor din mediul rural, prin înființarea primelor de reședință pentru medicii de circumscripții și a medicilor igeniști de plasă.

INSPECȚIILE SANITARE IN GĂLAȚI ȘI BRĂILA

D. ministru Prof. D-r **Tomescu,** a primit apoi pe medicii conducători din fiecare județ ascultându-le doleanțele exprimate și rezolvând pe loc o serie întreagă de chestiuni interesând serviciul sanitar.

După terminarea conferinței, d. ministru Prof. D-r Tomescu însoțit de d. D-r Stoichița, secretar general al ministerului și de d. Prof. D-r Marius Georgescu, au vizitat serviciile și instituțiile sanitare și de ocrotire din Galați și anume: Spitalul Sf. Spiridon, Spitalul Elisabeta Doamna, Spitalul Izolarea, Laboratorul de Igienă, Centrul de Ocrotire al Copiilor, Ambulatoriul Uoliclinic, Stațiunea de dezinfectare, Subcentrul Antirabic, Depozitul de Materiale Sanitare ș. a.

CONFERINȚA MEDICILOR DIN MOLDOVA

Sâmbătă, 30 Mai, s'a ținut la Iași, în Amfiteatrul Institutului superior de ocrotire, o conferință, la care participat toți medicii conducători de servicii și instituții sanitare din Moldova, precum și Profesorii Facultății de Medicină din Iași și conducătorii Epitropiei Sf. Spiridon.

Conferința a fost prezidată de D-l Ministru al Sănătății Prof. D-r Tomescu, asistat de D-l D-r I. Stoichiția, secretarul general al Ministerului.

Primul a luat cuvântul d. D-r **Pompiliu Nistor,** inspector general sanitar, care în numele corpului medical din Moldova salută pe d. Ministru al sănătății și îl asigură de tot concursul și de întregul devotament al medicilor și al corpului medical din Moldova, în opera grea de redresare a sănătății publice. D-sa arată situația sanitară deficitară din Moldova.

D. Prof. D-r **Tudoran** asigură pe d. ministru al sănătății de tot concursul pe care îl va da epitropia Sf. Spiridon din Iași, acțiunei sanitare întreprinsă de minister, lucrând în cea mai strânsă colaborare cu serviciul sanitar.

Prof. D-r **Bălteanu,** vorbind în numele facultății de medicină, arată solidaritatea corpului universitar cu acțiunile sanitare întreprinse de ministerul sănătății și insistă asupra contribuției însemnate pe care o vor da profesorii facultății de medicină în acțiunea dispensarelor mobile, a învățământului sanitar auxiliar și la organizarea stagiului de vară pentru studenții în medicină.

EXPUNEREA D-LUI MINISTRU PROF. D-R TOMESCU

D. ministru al sănătății mulțumește reprezentanților facultății de medicină din Iași, conducătorilor epitropiei Așezămintelor Sf. Spiridon și tuturor medicilor prezenți pentru angajamentele luate, de a aduce în serviciul sănătății publice competința lor recunoscută și munca lor devotată.

Ministerul sănătății pentru a reuși în misiunea sa trebue să caute a aplica datele științei contemporane, adaptând metodele de lucru pe teren la împrejurările culturale și psihologice ale poporului nostru. In acest scop urmărim o colaborare cât mai strâns cu profesorii facultăților de medicină, cari pot aduce un concurs prețios în redresarea sanitară a țării pe care trebue să o înfăptuim în cel mai scurt timp.

Această colaborare va începe în cursul verei, când profesorii cari au acceptat să patroneze stagiul studenților în diferite județe, vor fi în același timp îndrumătorii și animatorii tuturor instituțiunilor sanitare ale statului din acele regiuni.

Ministerul sănătății va îndrepta și complecta toate lipsurile constatate, iar medicii vor primi cu recunoștință această colaborare. Concomitent cu gândul de a asigura o bună funcționare a servicilui sanitar prin colaborări, competente, vom dota serviciile cu tot materialul sanitar de care au nevoie. In acest scop rugăm pe medicii oficiali, să ceară ministerului imediat medicamentele, aparatele și instrumentele de care au nevoie. Pentru ca munca medicilor să se poată desvolta în condițiuni morale și materiale mulțumitoare ne-am ocupat de ameliorarea salariilor lor. Un început s'a făcut cu medicii de circ. rurale și sperăm să putem continua în acest sens.

In acest spirit de organizare temeinică și de unire, nu numai în jurul obligațiunilor noastre profesionale, dar și în acela al marelor noastre idealuri noționale, cred că profesiunea medicală își va îndeplini integral datoria sa către țară și către neamul românesc.

*

D. Prof. D-r **Aburel** arată apoi situaţia serviciilor de materiale din Moldova.

D. Prof. **Bălteanu** face apoi diferite propuneri privitoare la organizarea stagiului de vară al studenţilor în medicină, iar d. D-r **Alexa** face propuneri pentru introducerea unei statistici vitale mai corespunzătoare în cadrele serviciului sanitar al ministerului.

D. D-r **Andronovici** prezintă o dare de seamă asupra situaţiei demografice şi sanitare din municipiul Iaşi; d. D-r **Bociarov** face o expunere asupra situaţiei sanitare din jud. Neamţ, iar d. D-r **Teohari** prezintă raportul său asupra mersului sănătăţii în jud. Iaşi. Mai iau cuvântul făcând diferite propuneri, d. D-r **Nistor,** inspector general sanitor, d-na **Costreş,** directoarea institutului surorilor de ocrotire, D-r **Pastia,** medic primar al jud. Bacău, etc.

CUVÂNTAREA D-LUI D-R I. STOICHIŢĂ.

D. D-r **I. Stoichiţa,** secretar general al ministerului sănătăţii, după ce face câteva observaţiuni asupra rapoartelor prezentate, insistă pentru sistematizarea şi o mai bună organizare a conferinţelor trimestriale ca mijloc de stabilire a unei gândiri sanitare cât mai unitare în marile probleme de sănătate publică şi ocrotire naţională. D-sa schiţează apoi programul de acţiune al ministerului sănătăţii, privind introducerea unui sistem real şi util de medicină preventivă în mediul rural, prin organizarea de plăşi sanitare model conduse de medici igienişti şi printr'o educaţie igienică cât mai largă a populaţiunei executată de medici, surori de ocrotire şi învăţătoarele care vor fi pregătite în acest scop prin cursuri speciale. D-sa dă îndrumări şi instrucţiuni tehnice detailate privitoare la organizarea consultaţiilor de puericultură şi a funcţionării dispensarelor mobile, insistând în mod deosebit asupra combaterii malariei, a sifilisului şi tuberculozei. Dă apoi indicaţii pentru construirea de: dispensare, băi populare şi cuptoare de deparazitare, stăruind pentru stabilirea unei cooperări în acest domeniu cu organele administrative locale. Arată rolul ce revine consiliului de patronaj în opera de asistenţă socială şi ocrotire naţioală şi îndeamnă corpul medical pentru o cât mai strânsă colaborare cu organele acestui consiliu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

*

După terminarea conferinţei d. ministru Prof. D-r Tomescu însoţit de d. secretar general D-r Stoichiţa, au vizitat: Aşezămintele Sf. Spiridon; Maternitatea; Institutul surorilor de ocrotire; Spitalul Caritatea şi spitalul Izolarea; Centrul de ocrotire al copiilor, laboratorul de bacteorologie şi spitalul în construcţie al asigurărilor sociale.

După masă s'au vizitat instituţiile sanitare din cuprinsul plăşii sanitare model Tomeşti; dispensarul şi baia din Tomeşti; dispensarul şi staţiunea de malarie din Osoi şi spitalul şi staţiunea de deparazitare din Ungheni.

La primăria municipiului Iaşi s'a ţinut o conferinţă cu d. primar al municipiului şi cu d. prefect al jud. Iaşi, privitor la problemele sanitare care interesează aceste două autorităţi.

VIZITE IN ALTE ORAŞE.

Duminică, 1 Iunie, d. ministru prof. D-r Tomescu şi d. secretar general D-r I. Stoichiţa, s'au deplasat la Vaslui, unde după ce au vizitat frumoasele realizări edilitare înfăptuite de d. general Răşcanu, primarul oraşului, au inspectat spitalul „Drăghici", din localitate, baia din localul Crucea Roşie şi dispensarul din com. Munteni.

In judeţul Fălciu s'a vizitat spitalul din Huşi, spitalul din Drânceni, baia populară din Arsura şi dispensarul şi baia populară din Păhneşti, după ce anterior a avut loc o consfătuire cu d. prefect al judeţului şi cu d. primar al oraşului Huşi, privitor la problemele sanitare locale.

In oraşul Bârlad s'a vizitat spitalul „Beldiman, serv. sanitar al oraşului, serv. sanitar al judeţului şi localul liceului de fete „Iorgu Radu", luându-se măsuri imediate pentru asigurarea asistenţei medicale a populaţiei.

Intestine

Pancreas. Duoden. Săruri biliare. Cărbune. anim.

Turburări digestive. Flatulenţă. Insuficienţă pancreatică

3 ori pe zi câte 2—4 drag. înainte sau în timpul meselor.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Codex" S. A. R. Cal. Şerban Vodă 41, Bucureşti

Apreciat de 30 de ani.

În cardiopatiile acute şi cronice

intravenos:

KOMBETIN

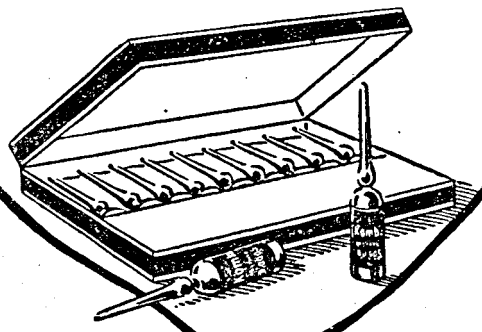
(Strophanthin Boehringer)

fiole de 0,5 mg

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.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONFERINȚA INSPECTORILOR GENERALI SANITARI

In cursul lunei Iunie a. c., s'a ținut la Ministerul Sănătății și Ocrotirilor sociale, sub Președenția d-lui Ministru Prof. D-r **Petre Tomescu**, asistat de d-l Secretar general D-r **I. Stoichiția**, conferința domnilor Inspectori generali sanitari.

Cuvântarea D-lui Ministru Profesor D-r Petre Tomescu

D-l Ministru Prof. D-r Petre Tomescu, deschizând ședința, arată că circumstanțele actuale impun serviciilor sanitare o activitate și o atenție încordată în acțiunea de protecție sanitară a populației noastre. Deaceea, D-sa face un nou apel la d-nii Inspectori generali sanitari, rugându-i nu numai să controleze, dar mai ales să îndrumeze personalul subaltern, pentruca el să activeze cu un randament mai mare și ca atare să fie cât mai folositor și să obție rezultate cât mai utile. Sunt o serie de probleme însă, care trebuesc precizate și care au fost puse în ordinea de zi a conferinței. D-sa insistă îndeosebi asupra problemei dispensariilor mobile și a stagiului de vară a studenților în medicină. Aceste probleme trebuesc bine organizate.

In fine d-l Ministru Prof. D-r Petre Tomescu, în conformitate cu dispozițiunile d-lui General Antonescu, Conducătorul Statului, atrage atențiunea asupra combaterii bolilor medico-sociale și în deosebi a malariei și sifilisului, care prin extinderea, contagiunea și durata lor, constituesc unul din factorii ce influențează cu mai multă intensitate asupra sănătății populației actuale și viitoare.

In lupta contra acestor boli, serviciile sanitare vor executa:

a) Tratamentul medical obligator, eficace și gratuit al tuturor bolnavilor de malarie și sifils; în acest scop, Ministerul a pus la dispoziția serviciilor sanitare, cantitatea de medicamente necesare cu care să poată fi tratați gratuit bolnavii cu resurse materiale reduse, având un venit lunar mai mic de 10.000 lei.

b) Instituirea pe lângă diagnosticul clinic și al diagnosticului de laborator în care scop laboratoriile ministerului sunt obligate a executa gratuit chiar la cererea bolnavilor examenele de malarie și sifilis.

c) Asigurarea continuității tratamentului prin instituirea unui carnet individual, purtat de bolnav și în care se vor înscrie toate tratamentele, să dea astfel posibilitatea ca oblnavii să-și poată continua tratamentul la orice dispensar.

d) O propagandă cât mai intensă cu ajutorul tuturor intelectualilor, pentru ca populaţia să ia cunoştinţă de aceste măsuri şi astfel să se asigure tratarea a cât mai mulţi bolnavi.

HOTĂRÂRILE LUATE.

D. secretar general D-r **I. Stoichiţa** a dat lămuririle şi instrucţiunile tehnice necesare în ceeace priveşte următoarele chestiuni, pentru care s'a hotărât:

I. **Pentru conferinţele trimestriale,** ameliorarea metodei pentru ca ele să dea maximum de randament, introducându-se în program câte o conferinţă cu subiect ştiinţific, ţinută de un medic de circumscripţie. Acest subiect va fi unic pe întreaga ţară.

S'au luat deasemeni măsuri pentru desăvârşirea ameliorării cancelariei medicului sanitar.

II. **Dispensariile mobile,** menite să complecteze asistenţa medicală insuficientă în anumite regiuni şi de a o întări prin activitatea medicailor specialişti, se vor organiza după două tipuri: dispensarul mobil de medicină generală şi dispensarul cu specialităţi medicale.

Aceste dispensarii vor funcţiona cu medici stagiari militari iniţiaţi la cursul de perfecţionare, cu medici specialişti ai ministerului sau cu medici dela alte instituţii, sau particulari cari se vor oferi benevol.

Echipele vor fi înzestrate cu vehicule necesare pentru transportul personalului şi al panerelor cu medicamente; deasemenea dispensarele de specialitate vor avea câte o remorcă dentară o instalaţie de Röntgen mobilă complectă şi acolo unde va fi posibil şi câte un aparat de cinematograf pentru filme de propagandă.

III. **Plăşile sanitare model,** menite a promova principiile de igienă şi medicină preventivă în mediul nostru rural vor fi conduse de medici specializaţi în igienă şi medicină preventivă; se vor pune în funcţiune anul acesta câte o plasă sanitară în 13 judeţe în care se vor concentra surorile de ocrotire şi celălalt personal sanitar de igienă şi medicină preventivă.

S'a stabilit în primul rând sediul plăşilor în apropiere de institutele rori de ocrotire existente sau cari vor lua fiinţă.

IV. Prima de reşedinţe pentru circumscripţiile sanitare ocolite de medici. S'au fixat circumscripţiile pentru a căror titulari ministerul, ca să-i fixeze în regiuni care nu le oferă nici un avantaj, le plăteşte o sumă de 5.000 lei lunar peste salariul pe care-l primeşte un medic din circumscripţiile obişnuite.

V. **Şcoala mamei** menită a pregăti viitoarele mame în ceeace priveşte creşterea copiilor, îngrijirea gospodăriei şi organizarea unui menaj, se vor organiza în mediul rural cu concursul surorilor de ocrotire pregătite în mod special pentru aceasta la şcoala dela Orlat şi Iaşi. Cursurile se adresează tinerelor sătence şi ele sunt organizate după tipul fix sau ambulant. Programele acestor cursuri sunt întocmite de minister odată cu acele ale cursurilor denumite „Şcoala mireseî".

VI. Construcţiuni de dispensarii, case de ocrotire şi băi populare:

a) terminarea construcţiilor începute;

b) construirea, chiar în anul acesta a câte unei case de ocrotire la sediul fiecăreia din plăşile sanitare ce iau fiinţă anul acesta; ministerul contribue cu cea mai mare parte din cheltuieli, restul urmând a fi suportat din fondurile locale;

c) construirea, tot din fondurile ministerului, a 50 de dispensarii cu săli de consultaţii, locuinţe de medic şi bae;

d) construirea, din fondurile locale, a 48 de dispensarii cu locuinţă de medic, săli de consultaţii şi bae. Ministerul consideră construirea în acest an a acestor dispensarii ca una dintre primele obligaţii a medicilor primari de judeţ;

e) construirea dintr'un fond special ce se ve pune la dispoziţia a 200 dispensarii cu săli de consultaţii şi bae pentru satele din Moldova.

VII. **Circumscripţii sanitare noi:** s'a fixat sediul celor 50 circumscripţii sanitare rurale înfiinţate prin noul buget scăzându-se astfel proporţia de populaţiei revenind unui medic în regiunile aglomerate.

VIII. **Cantinele şcolare,** atât de utile pentru ameliorarea alimentaţiunii elevilor, vor fi înmulţite şi generalizate pe întreg cuprinsul ţării, nădăjduindu-se pentru aceasta în Consiliul de patronaj.

IX. **Şcolile pentru învăţământul personalului sanitar auxiliar.** S'au stabilit localităţile şi posibilităţile de creiare a noui şcoli pentru pregătirea acestui personal, după norme ştiinţifice şi unitare prevăzute în proectul de lege ce va fi pus în scurtă vreme.

X. **Stagiul sanitar al studenţilor în medicină.** S'au stabilit detaliile de aplicare ale programului stagiului de vară.

S'au făcut apoi diferite propuneri în legătură cu decizia de descentralizare a administraţiei sanitare.

Au luat cuvântul făcând diferite propuneri în legătură cu chestiunile la ordinea zilei următorii domni inspectori sanitari doctori: **I. Cosma** (Sibiu) **S. Bariţiu** (Alba Iulia), **N. Buteanu** (Timişoara), **C. Cosmuţă** (Craiova), **I. Apostolescu** (Bucureşti), **C. Sufleri** (Constanţa), **V. Troia** (Galaţi), **Pompiliu Nistor** (Iaşi), **D. Rădulescu** (Suceava), şi d-nii inspectori generali sanitari centrali d-ri: **Petre Vlad, N. Gh. Cădere, Gh. Andreescu** şi **Oct. Puşcariu.**

In enterite acute. disenterie, colită muco-membranoasă,

prescrieţi

MAGNOCARBON

TABLETE

Magnozon ◇ Cărbune medicinal ◇ Extract de Belladonna

Uşor laxativ, antiseptic şi antispasmodic

Neplăcerile verii:

diarea, intoxicaţiunile alimentare disenteria, enteritele acute

le combateţi cu succes prin:

TANNOCARBON

TABLETE

Cărbune medicinal ◇ Tanin albuminat

Antiseptic, astringent.

fabrica de produse chimice
gedeon richter
bucureşti

Bucureşti, str. Logofătul Tăut, 99

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.

BCU Cluj / Central University Library 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

ŞEDINŢA CONSILIULUI SANITAR SUPERIOR

din ziua de 7 Maiu 1941

La Ministerul Sănătăţii s'a întrunit Miercuri 7 Mai, ora 11 dim., Consiliul superior al sănătăţii, sub Preşedinţia d-lui Prof. D-r Petre Tomescu, Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Organizarea Campaniei antimalarice.

D. Prof. D-r **M. Ciucă** a făcut o documentată expunere asupra „Necesităţii unei organizări antimalarice de caracter permanent în raport cu endemicitate acestei boli în ţara noastră", arătând că după datele pe care le posedă ministerul, rezultă ca România este o ţară intens malarizată, cu o predominanţă mai mare în unele regiuni, ca de exemplu Dobrogea.

Începând cu anul în curs d. Prof. Ciucă propune o serie de măsuri, care în ansamblu lor se împart în două categorii şi anume: măsuri referitoare la permanentizarea organizării antimalarice.

Ca măsuri urgente d-sa propune: tratamentul bolnavilor, cu atenţie deosebită asupra grupului de copii, executarea micilor asanări şi reglementarea culturilor de orez, a căror funcţionare trebue condiţionată prealabil de obţinerea unei autorizaţii sanitare, care să impună respectarea regulelor menite a înlătura impaludarea sau agravarea malariei în regiunile respective.

In ceia ce priveşte permanintizarea organizării atimalarice d-sa preconizează: 1. o legiferare antimalarică, care să stabilească zonele declarate impaludate şi îndatoririlor ce revin în acţiunea de combatere, a diferitelor organizaţiuni şi instituţiuni de Stat şi particulare. 2. crearea în administraţia centrală a ministerului a unei secţii de malarie, cu instituirea pe lângă ea a unei comisiuni technice. 3. organizarea de cursuri de perfecţionare pentru personalul medical şi sanitar auxiliar. 4. desvoltarea actualeror staţiuni de malarioterapie şi înfiinţarea de altele noui. 5. organizarea de clinici speciale sau de spitale de malarie în regiunile malarizate. 6. aprovizionarea cu produse antimalarice, pe un număr mai mare de ani.

Problema marilor asanări, prezentând o deosebită importanţă, urmează să fi expusă într'o viitoare şedinţă.

Cuvântarea d-lui Prof. D-r P. Tomescu.

D. ministru D-r P. Tomescu mulţumeşte d-lui Prof. Ciucă pentru expunerea luminoasă şi documentată ce a făcut asupra malariei, problemă de mare actualitate pentru sănătatea publică.

Această metodă de lucru, graţie căreia specialişti cei mai autorizaţi expun probleme, ajungând la concluziuni practice, imediat aplicabile — a repus consiliul superior al sănătăţii în drepturile şi datoriile lui de a fi organul tehnic cel mai înalt în materie de sănătate publică.

Deciziunile ce se iau aici vor fi imediat aplicate, astfel ca discuţiunile noastre să ducă la o ameliorare rapidă a condiţiilor sanitare ale ţării.

In acest mod s'a procedat cu problemele cari au fost desbătute în consiliul sanitar din luna Aprilie.

Astfel vaccinaţiunea antituberculoasă — expusă de d. Prof. Ionescu-Mihăeşti — a fost repusă pe primul plan al preocupărilor ministerului sănătăţii, prevăzându-se fondurile necesare pentru extinderea ei.

tru toate laboratoarele din țară, care trebue să devină elementele cele mai active în combaterea bolilor contagioase și medico-sociale.

D. Prof. D-r Ionescu Mihăești, arată că institutul pe care îl conduce acceptă cu plăcere noua însărcinare ce i se dă de minister și este gata să colaboreze în mod activ la reorganizarea laboratoarelor statului.

D. Prof Iacobovici se declară de acord cu anteproectele de lege întocmite de minister și face o serie de propuneri privitoare la organizarea institutelor de surori de ocrotire și a școlilor pentru surori infirmiere.

D. Prof. D-r Mihai Ciucă susține învățământul de trei ani pentru surorile de ocrotire, care trebue să fie bine pregătite pentru misiunea lor de educatoare de igienă în mediul rural.

D. Prof. N. Gheorghiu face propuneri privitoare la organizarea școlilor de moașe, iar d. Prof. D-r Titu Gane, face diferite propuneri privitoare la organizarea și funcționarea școlilor de surori infirmiere și a institutelor pentru surorile de ocrotire.

D. D-r I. Stoichița, secretar general al ministerului sănătății, răspunde la unele din observațiile aduse în legătură cu anteproectele prezentate; arată scopul care se urmărește prin reorganizarea învățământului sanitar și de ocrotire socială și dă informațiuni privitoare la felul cum înțelege ministerul să asigure buna funcționare a istitutelor și școlilor prevăzute în anteproectele de lege.

Consiliul, în unanimitate, a primit anteproectele prezentate cu mici modificări aduse în urma propunerilor făcute în ședință și și-a exprimat convingerea că prin cele două anteproecte de lege se face un pas însemnat înainte pentru o mai bună organizare a serviciului sanitar și pentru promovarea sănătății publice din țară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CHLORO-CALCION
Laboratoires MICHELS – 4bis, rue du Colonel Moll, PARIS.
O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ
80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1gr CaCl2
Hemostatic
Recalcifiant
Dechlorurant
DIRECT
ASSIMILABIL
LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚII-VECHI Nr 1. BUCUREȘTI 3

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 ANTISEPTICĂ CLORATĂ — SPALATURI — 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

In 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

Scilloral

medicament cardiac oral, bine tolerat, cu efect în genul Strofantinei şi cu o dozare uşor cărmuibilă, adaptabilă oricărei necesităţi în glicozid pentru cord.

Scilloral-lichid 15 ccm.
Scilloral-supozitorii 10 bucăţi

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. — BUCUREŞTI I, STR. SF. IONICA, 8

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Dr. Riegel Edalhera & Co. Berlin

RECTIDON COMP.

Supozitoare

Analgetic
Hipnotic
Antispasmodic

Intrebuinţând Rectidon comp. se poate evita în cele mai multe cazuri morfina şi derivaţii ei.

INOFENSIV!

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

OCROTIREA FAMILIEI

D-l D-r I. Stoichiția, secretarul general al Ministerului Sănătății, a vorbit în ziua de 30 Mai a. c., la „Radio" despre „Ocrotirea familiei".

Cu exemple din istorie și bazat pe datele certe stabilite de știința demografică, conferențiarul a amintit de întreaga evoluție și ființă a unui popor depinde de valoarea calitativă și cantitativă pe care el o afirmă în concurența cu celelalte neamuri înconjurătoare. In iluzia marei noastre natalități cu care ne-am legănat noi Românii până astăzi, nu corespunde realității științifice pe care o dovedește o analiză strânsă și suficient de aprofundată. Redresarea biologică a națiunei, care trebue să combată fenomenul de involuție demografică, datorit marei noastre mortalități generale și infantile, cât și fenomenul scăderii valorii calitative naționale, datorit bolilor medico-sociale, impune adoptarea unui program larg de biopolitică.

Ocrotirea sub orice formă a familiei, în special a familiei țărănești prin grija Statului și întregei colectivități, trebue să fie scopul primarului al oricărei acțiuni sau inițiative ce se ia în domeniul economic, educativ, juridic, etc. Din acest punct de vedere noua instituție a Consiliului de Patronaj al Operelor Sociale, e destinată să joace un rol coordonator și stimulater, de care se leagă toate speranțele noastre.

Succesul într'un atare domeniu depinde de utilizarea tuturor mijloacelor de acțiune ce pot fi la îndemână: o propagandă susținută de către toată intelectualitatea românească, o legiferare luminată a problemei familiei, mamei și copilului mic, adoptarea unui plan de lucru care să încurajeze economicește realmente căsătoriile și nupțialitatea și să pună la dispoziția mamei și copilului toate acele instituțiuni cari au scopul să le ocrotească și să le asiste.

In cadrul Oficiilor urbane de ocrotire și Caselor de ocrotire dela sate, care vor coordona aceste instituții creiate pentru protecția mamei și copilului, medicii sanitari și ajutoarele lor — asistențele sociale urbane și surorile de ocrotire rurale, vor avea misiunea măreață de a regenera evoluția biologică a familiei românești.

Numai așa, noi din generația de astăzi, ne vom fi făcut datoria față de urmașii noștri, sporind parimoniul ereditar pe care ni l'au lăsat moștenire acei cărora le datorim întreaga noastră ființă.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ASISTENȚA STATIZATĂ, ASISTENȚA DIRIJATĂ, ASISTENȚA COORDONATĂ

In „Universul" din 14 Mai 1941, D-na Alexandrina Gr. Cantacuzino a expus aspectele variate ale Asistenței Sociale.

Asistența are diferite aspecte și secțiuni: sanitare, sociale, etc., toate având ca scop ajutorarea cetățeanului ca să îndure mai ușor greutățile vieții.

Adevărata asistență nu este mila, ea nu constă în a da bani, hrană, haine, ci a procura tutulor putința, printr'o înțeleaptă repartiție a muncii, agonisi cele necesare, sau în caz de boală a avea toate înlesnirile în căutarea sănătății, căci o națiune se întărește printr'o populație vânjoasă, sănătoasă și conștientă de nevoia unei higiene aplicată cu stăruință dela naștere până la adânci bătrânețe.

Deci, **asistența statizată** ar părea cea mai nimerită la noi, când atât din punct de vedere sanitar cât și în domeniul social, avem realizări embrionare pe tot coprinsul țării. Când satele zac în necurățenie când nu ajungem a scădea simțitor mortalitatea infantilă, când dispensarele la sate sunt o iluzie, când țara Moților se sbate de ani de zile cu foametea, boli, moartea. Totuși, faptul că administrația generală a țării noastre lasă atât de doirt și este condusă de un biurocratism lent cicălitor, înghețat în formulare de tot felul, care face ca un ajutor de înmormântare să fie dat unei nenorocite rude după o lună de alergare, constitue proba cea mai evidentă la ce dezastru desăvârșit s'ar ajunge pe toată țara cu o asistență complect statizată, adică Statul — alfa și omega — având singur derptul exclusiv a ferici pe cei în nevoi.

Asistența dirijată dă în mâinile Ministerului Ocrotirilor Sociale dreptul a prelua sub directa lui conducere toate operele de asistență, deci și pe cele particulare; a le inspira, a le extinde sau restrânge activitatea și chiar a le suprima.

Asistența dirijată este aproape la fel cu economia dirijată, dă roade după căpeteniile ce o conduc și a făcut în multe țări mai mult rău decât bine. Exemple: Rusia are o asistență statizată în toate direcțiunile. Copilul dela naștere este al Statului și numai al Statului. S'au înființat în toate domeniile Instituțiuni uriașe de ocrotire, însă s'a dovedit prin însăși rapoartele comisarilor sovietici, că această statizare nu a fost deloc fericită.

Asistență dirijată, încercată în diferite țări n'a dat roade decât în Germania, de oarece massele populare sunt superior educate, disciplinate, organizate.

Asistența coordonată, care este o continuă colaborare între Stat și inițiativă privată, îndemnată, avântată, ajutată zi cu zi, ceas cu ceas de Stat, pusă în emulație spre o muncă de înaltă solidaritate, creând misionarele gata să pună tot oricând în serviciul celui mai înalt ideal, s'a consfințit în mod definitiv prin activitatea sa în Finlanda, Suedia, Belgia, Danemarca, leagănele doctrinei sociale, deasemenea în America de Nord.

Insă mai important ca tot, mai ales la noi, este crearea acestei oaste de misionare, ca să se înceteze a se lucra sporadic, doamnele din comitete să nu îngreuneze tot, acoperind necontenit acțiunile dăunătoare săvârșite de organele ce le stau sub supraveghere și astfel să sacrifică așezămintele lor unor persoane, operele astfel ne mai corespunzând scopurilor.

De câte ori n'am auzit: „Vai, de Paști să se dea mâncare la săraci? Dar este sărbătoare", fără a se gândi că în ziua Invierii Domnului nu pot rămâne oameni nemâncați. Hrana era la dispoziție, dar se părea greu a o împărți, fără a se gândi că ființe tremură de frig cu stomacul gol.

Altele, care având o biată nenorocită, ce cerea și ea un pat și o

hrană, este alungată fără ştirea conducătoarei şi dusă într'un azil de boli mintale, ca să scape de ea.

Altele, care tolerează ca o maestră să lipsească luni de zile dela datorie, sub cuvânt că este tânără şi trebue să-şi organizeze viaţa.

Toate aceste cazuri trăite dovedesc că nu avem simţul răspunderilor colective, care nu fac parte din educaţia noastră civică. Fără misionare care să fie ascetice, slujitoare ale unui crez, nu se poate crea o operă de adevărată asistenţă. Dăruirea de sine nu se învaţă în cărţi ci în cultivarea sufletului.

Ne trebue o asistenţă coordonată, devotată, sinceră, leală, pricepută şi în doctrină şi în fapte, punând deopotrivă ideia, fapta, viaţa în concordanţă dar mai ales este absolut indispensabil, adică pe o perioadă de 10 ani, ca Ministerul Ocrotirilor sociale şi al Sănătăţii Publice să fie în afară de orice schimbare, împărţit în două mari secţii: cea sanitară şi cea socială ce se confundă de multe ori; totuşi sunt două probleme absolut diferite.

Să se întocmească un vast program, care mână în mână cu Consiliul de Patronaj şi cu iniţiativa particulară, ajutată şi ea, să fie executat în deplină linişte, căci salvarea fizică şi morală a ţării depinde de rezultatele ce vom şti să dobândim.

Ţările nu sunt mari numai prin teritorii, dar prin acţiunea internă şi stabilitatea în marile resorturi de conducere, din care unul din cele mai importante este organizarea sanitară şi socială a ţării.

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:

DISPENSARIILE MOBILE

Condiţiile speciale de viaţă în care trăeşte populaţia noastră rurală, risipită în prea numeroase localităţi aşezate în foarte variate regiuni geografice, a fost una din cauzele ce au contribuit ca organizaţia sanitară permanentă a ţării să nu isbutească până azi a rezolva problemele mari de sănătate publică. S'a constatat că tocmai în regiunile mai greu abordabile, depărtate de centrele urbane şi de sediul instituţiunilor spitaliceşti de specialitate, aceste probleme medico-sociale prezintă un mai mare grad de acuitate.

De aceia, s'a ajuns la soluţie, iniţiată de către însuşi Conducătorul Statului d-l General Antonescu, de a se organiza asistenţa medicală de specialitate sub forma unor Dispensare mobile, amenajate pe auto-vehicule, care să pătrundă sistematic tocmai în acele regiuni ale ţării, cari sunt deficiente din punct de vedere medico-sanitar.

Organizarea dispensarelor mobile a necesitat o minuţioasă pregătire, atât în ce priveşte alegerea şi formarea cadrelor de personal, cât şi gruparea şi amenajarea materialului ce va fi folosit pe teren. Instalaţiunile speciale pentru dentistică, radiologie, etc., montate pe ambulanţe special concepute şi construite, implică o sumă de detalii şi de condiţiuni de organizare, ce trebuesc minuţios prevăzute şi integral realizate, pentru a se evita orice surpriză pe teren.

Pregătirea personalului ce va fi utilizat de către dispensarele mobile a necesitat de asemenea o pregătire specială. Cei 65 de medici militari stagiari, cari alături de medicii specialişti vor fi folosiţi la încadrarea echipelor mobile, au participat la o serie de cursuri şi demonstraţiuni practice, cari au avut drept scop să-i iniţieze în toate amănuntele technice ale acţiunei la care vor participa.

Aceste cursuri au început Miercuri 28 Mai a. c., la Spitalul Colţea, unde d-l Ministru al Sănătăţii, Prof. D-r P. Tomescu, a făcut o expunere iniţială, privind întreaga problemă a dispensarelor mobile şi a foloaselor ce se pot obţine prin acţiunea lor sistematică. D-sa a adresat un apel medicilor militari stagiari, îndemnându-i la o însufleţită activitate pe teren şi la încredere desăvârşită în rezultatele ce vor obţine graţie competenţei şi muncei lor.

In ziua de Joi 29 Mai, d-l Secretar general al ministerului D-r I. Stoichiţia, a făcut medicilor militari stagiari o expunere asupra situaţiei sanitare şi demografice a ţării, subliniind marile probleme regionale ce urmează a fi avute în vedere în acţiunea dispensariilor mobile. Un număr de 10 din aceste dispensare special denumite „polivalente", vor fi deservite de către medicii specialişti, urmând a activa exclusiv în domeniul specialităţilor medicale: radiologie şi tuberculoză, dentistică, puericultură, boli venerice, etc. Celelalte dispensare mobile în număr mult mai mare se vor ocupa de toate problemele de medicină generală, ţinând seama de ordinea lor de predominenţă în regiunea respectivă.

In zilele următoare au fost organizate cursuri teoretice şi practice de specialitate, la Institutul „Prof. D-r I. Cantacuzino" şi la Clinica Dermato-Sifiligrafică dela Spitalul Colentina. La aceste cursuri, medicii militari stagarii

au fost inițiați de către însuși Profesorii specialiști ai Facultății, asupar technicei pe care urmează să o aplice pe teren.

Astfel d-l Prof. D-r **St. Nicolau,** a conferențiat asupra combaterei bolilor venerice și în special asupra condițiilor specifice ale sifilisului rural. D-nii Prof. D-ri **M. Ciucă** și **Gh. Zotta** au conferențiat și demonstrat asupra profilaxiei și combaterii malariei, expunând technica de laborator ce va fi practicată de dispensarele mobile; iar d-l D-r **Marius Nasta** a conferențiat asupra tuberculozei rurale și metodelor clinice și radioscopice ce trebuesc aplicate pe teren.

Seria cursurilor de inițiere a medicilor militari stagiari s'a încheiat printr'o interesantă demonstrație pe teren în comuna Tângăbești-Ilfov, demonstrație ce a urmărit și scopul de a se verifica modul de funcționare a auto-vehiculelor și a însăși metodei de lucru a echipelor mobile. Sub conducerea profesorilor specialiști și a d-lui secretar general D-r **S. Țovaru,** echipele și-au început acitvitatea la ora 10 dimineața, împărțite pe specialități.

Astfel, echipa pentru malarie, condusă de d-nii Profesori D-ri M. Ciucă și Gh. Zotta, a examinat în localul școalei din localitate copii de toate vârstele, stabilind indicii de enedemicitate locală, luând lame de sânge pentru examinări microscopice, întocmind fișe ale malaricilor, etc. Echipa stematologică, condusă de d-l Prof. D-r Dan Teodorescu a dat consultații și făcut tratamente tuturor bolnavilor ce s'au prezentat, utilizându-se ambulanța dentară specială, care s'a dovedit perfect corespunzătoare scopului.

In localul școlii de gospodărie și la dispensarul comunei, alte echipe de lucru în același timp, în timp ce echipa pentru boli venerice, condusă de d-l Prof. D-r St. Nicolau, dădea consultații dermato-venerice, cea de radiologie dirijată de D-nii D-ri Marius Nasta și Sfințescu, au făcut examinări clinice și radioscopice pentru boli de plămâni, utilizând autocamioneta radiologică specială, ale cărei detalii technice de funcționare s'au experimentat minuțios pentru a fi puse la punct.

Alte echipe deservite de medici specialiști, au dat consultații de nas, gât și urechi, de puericultură, de ochi, de medicină generală, înregistrându-se în total o foarte mare mișcare de bolnavi la toate aceste consultații.

După terminarea întregului program al zilei, la a cărui reușită a contribuit însuflețirea de care au dat dovadă medicii stagiari militari cari au format echipele, dispensarul mobil a părăsit comuna Tâncăbești, unde s'a făcut astfel o primă dovadă a eficacității lui și o punere la punct a ultimelor perfecționări ce trebue să i se mai aducă.

La 15 Iunie cele 48 dispensarii mobile unul de fiecare județ, vor începe activitatea lor pe teren.

THIONAÏODINE

INJECTABIL A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţă de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECŢIUNI INDOLORE

ACŢIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACŢIUNI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite şi secudle

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite şi polinevrite infecţioase şi toxice

A *intramusculară:* două miligr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc. Cazuri de gravitate mijlocie.

B *intravenoasă:* un centigr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc. Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S.A.R. Bucureşti I. Str. Sf. Ionică 8.

II.

Lucrări originale

FACTORI NECESARI PRODUCERII SINCOPEI ADRENALINO-CLOROFORMICE

de

D-r C. V. ANTONESCU
Asistent Inst. Farmacologie
Cluj Sibiu

D-r FL. MAZILU ANTONESCU
Preparatoare Inst. Anatomie Umană
Cluj-Sibiu

Sincopa adrenalino-cloroformică se poate produce experimental, injectând intravânos adrenalină unui animal de experiență care e în narcoză cloroformică.

Seria de cercetări experimentale începute încă din anul 1933, împreună cu Prof. D-r. V. Papilian (și alți colaboratori), asupra mecanismului producerii sincopei adrenalino-cloroformice și a substanțelor cari sunt capabile să împiedece producerea ei, ne-au condus la concluzia că, pentru a se produce sincopa adrenalino-cloroformică este necesar un **„brusc desechilibru vegetativ"** (Papilian).

Acest desechilibru vegetativ se traduce printr'o tachiritmie accentuată cu diminuarea amplitudinilor diastolice și o vasoconstricție puternică, cari provoacă o bruscă ridicare a presiunei endovasculare; toate acestea duc la fibrilațiune urmată de sincopa cardiacă definitivă, numită de Lévy **„sincopa adrenalino-cloroformică"**.

Din experiențele noastre de până acum, am presupus existența a 4 factori cari trebue să coopereze, în mod brusc, pentru ca să se producă sincopa adrenalino-cloroformică:

1. Factorul miocardic (intoxicațiune);
2. Factorul ritmului cardiac (tachiritmie accentuată);
3. Factorul presiunei endovasculare (presiune endovasculară accentuată și bruscă);
4. Factorul nervos vegetativ (excitabilitatea simpaticului).

In decursul experiențelor noastre, ținând seama de acești factori, am căutat să utilizăm diferite substanțe — bazându-ne pe acțiunea lor farmaco-dinamică — cu ajutorul cărora să putem influența unul sau mai mulți dintre factori, astfel să atingem confirmarea sau infirmarea presupunerilor noastre.

Cercetările anterioare au reușit să demonstreze importanța factorului nervos vegetativ în sensul că, prealabila paralizie a simpati-

culul (ergotină, ergotamină) sau predominența prealabilă a tonusului vagal (pilocarpină, clorură de carbaminoilcholină [1]) sunt capabile să împiedece producerea sincopei adrenalino-cloroformice.

Pe de altă parte, experiențele lui V. Papilian, I. Comșia și I. G. Russu [2]), în cari autorii au utilizat ca anestezic un amestec de cloroform-eter în părți egale, sincopa adrenalino-cloroformică nu se mai producea; în aceste experiențe intervine factorul toni-cardiac și mai ales cardio-analeptic al eterului, care pregătește miocardul pentru travaliul mării brusc după injecția de adrenalină.

Din acest motiv, experiențele noastre de acum s'au rezumat la modificarea celorlalți factori considerați ca necesari producerii sincopei adrenalino-cloroformice.

Am utilizat următoarele substanțe:

1. **Glucoza** (în sol. de 10%), drept o substanță nutritivă absolut necesară funcțiunii miocardului, totodată agent de desintoxicație; prin această substanță am căutat să eliminăm factorul intoxicației miocardice.

2. **Clorura de calciu** (în sol. de 10%), deși este o substanță (ionul Ca) necesară excitabilității sistemului nervos vegetativ, atât simpatic cât și parasimpatic, ea este o substanță cu acțiune bradicardizantă de tipul digitalei; prin această substanță am căutat să eliminăm factorul ritmului cardiac, fără a influența tonusul sistemului vegetativ în mod unilateral.

3. **Sulfatul de magneziu** (în sol. de 25%), drept o substanță cu acțiune depresivă asupra sistemului nervos în general (când este administrat pe cale parenterală), acționând depresiv și asupra centrilor cardio și vasomotori bulbo-medulari; prin această substanță am căutat să eliminăm factorul nervos atât vegetativ cât și central.

4. **Eupaverina-Merck**, care este o substanță cu acțiune antispasmodică asupra fibrelor musculare netede și deci și cu efecte vasodilatatoare; prin această substanță am căutat să eliminăm factorul presiunei endovasculare.

Rezultatele obținute: **toate aceste substanțe au fost capabile să împiedece producerea sincopei adrenalino-cloroformice.** Intr'adevăr, analizând graficele presiunei endovasculare înscrise în timpul experiențelor, presupunerile noastre sunt verificate.

---

1) C. V. Antonescu și I. Vinți: Sincopa adrenalino-cloroformică și vagul „Clujul Medical" 8, 515, 1936; C. V. Antonescu: Prevenirea sincopei adrenalino-cloroformice prin paralizia simpaticului „Mișcarea Medicală Română" 3—4, 145, 1940.

2) C. V. Antonescu: Contribuțiuni la studiul sincopei adrenalino-cloroformice. Teză, 1935; V. Papilian, I. Comșia, I. G. Russu: Recherche experimentales sur la syncope adrénalino-chloroformique. C. R. Soc. Biol. CXV, 311, 1934.

Biblioteca Centrală / Central University Library Cluj

Grafica cu glucoză (fig. 1).

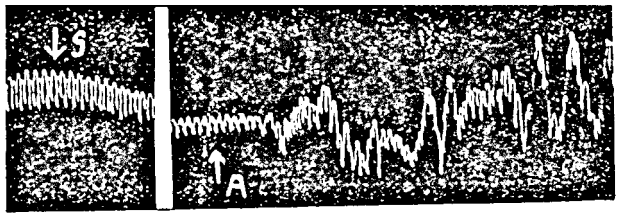


Fig. 1. — Câine în narcoză cloroformică. In G *injecție 10 cc. glucoză sol 10%, intravânos; în* A *inj. de adrenalină.*

După injecțiunea de glucoză, adrenalina nu mai prezintă acțiunea sa cardio-vasculară clasică. Se remarcă o instabilitate a ritmului și o modificare a contracțiunilor cardiace, făcând impresia că este rezultanta unei lupte între o forță deprimantă și o forță reconfortantă asupra inimei; presiunea endovasculară se ridică în mod lent și puțin accentuat, prezentând o variațiune sinusoidală.

Cu ajutorul glucozei deci, am modificat starea intoxicației miocardice și o oareșicare modificare a factorului vascular în timp și intensitate.

Grafica cu clorura de calciu (fig. 2).

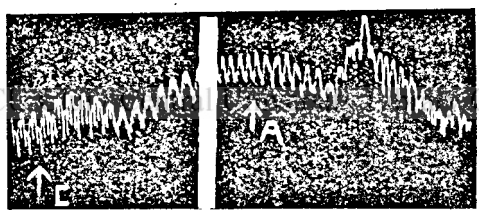


Fig. 2. — Câine în narcoză cloroformică. In C *inj. 10 cc. clorură de calciu sol 10% intravânos; în* A *inj. de adrenalină.*

După injecțiunea de clorură de calciu, adrenalina prezintă un timp de lanță mai alungit, iar efectul asupra contracțiunilor sistolice și a ritmului cardiac este mult atenuat față de acțiunea sa clasică; presiunea endovasculară crește în mod redus și este de scurtă durată.

Cu ajutorul clorurei de calciu deci, am modificat factorul ritmului cardiac și a factorului endovascular, în timp și intensitate.

Graficele cu sulfat de magneziu (fig. 3 și 4).

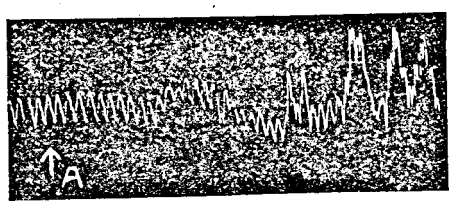


Fig. 3. — Câinele a primit în prelabil inj. sulfat de magneziu 5 cc. so.. 25% subcutanat; în A *inj. de adrenalină după narcoză cu cloroform.*

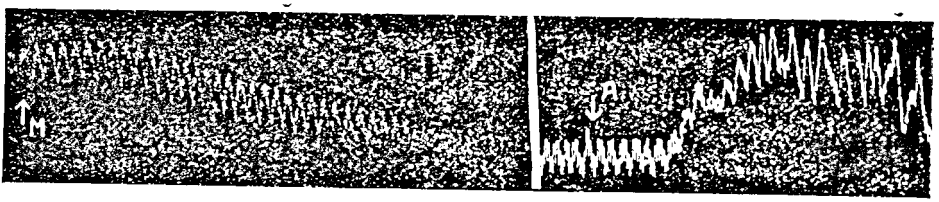


Fig. 4.— Câine în narcoză cloroformică. In M *inj. sulfat de magneziu 5 cc. sol. 25°/₀ intravânos; în* A *inj. de adrenalină.*

Cu sulfatul de magneziu s'a procedat în două feluri: 1) Am administrat injecțiunea de sulfat de magneziu subcutanat și cu 20 minute înaintea începerii marcozei; 2) Am administrat injecțiunea de sulfat de magneziu intravânos, animalul fiind în narcoză cloroformică.

a) In primul caz, putem zice că adrenalina nu mai influențează aproape de loc funcțiunea cardiacă și starea presiunei vasculare (fig. 3).

b) In al doilea caz, adrenalina modifică foarte redus funcțiunile cardiace, presiunea endovasculară prezentând o tendință de urcare foarte lentă și nu prea accentuată (observăm că injecțiunea intravenoasă de sulfat de magneziu provoacă o vasodilatație cu scăderea presiunei endovasculare). (Fig. 4).

Cu ajutorul sulfatului de magneziu deprimând centrii cardio și vasomotori centrali, deprimând cu siguranță și tonusul sistemului nervos vegetativ, am modificat intes factorul ritmului cardiac și factorul presiunei endovasculare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Grafica ca Eupaevrina-Merck (fig. 5).

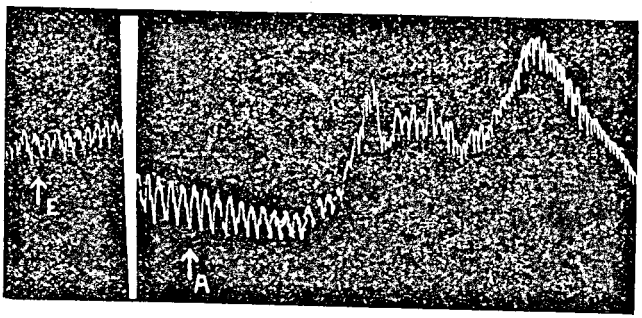


Fig. 5. — Câine în narcoză cloroformică In E *inj. Eupaverină Merck intravânos; în* A *inj. de adrenalină.*

După injecțiunea de eupaverină, acțiunea adrenalinei este moderată, accelerarea ritmului cardiac se instalează lent; presiunea endovasculară deși este în creștere destul de apreciabilă totuși în mod lent.

Cu ajutorul eupaverinei deci, am modificat atât factorul cardiac cât și cel endovascular în timp și intensitate.

Concluziunile sunt următoarele:

1. Sincopa adrenalino-cloroformică nu se produce decât prin cooperarea în mod brusc şi accentuat a patru factori: intoxicaţiunea miocardului, tachiritmie excesivă, urcare bruscă a presiunei endovasculare şi excitabilitatea simpaticului.

2. Modificarea în intensitate sau timp a unuia dintre factori, poate fi o împrejurare favorabilă pentru împiedecarea producerii sincopei adrenalino-cloroformice.

3. Lipsa unuia dintre factori este o împrejurare sigură pentru împiedecarea producerii sincopei adrenalino-cloroformice.

D-r C. V. ANTONESCU—D-r FL. MAZILU—ANTONESCU: **Les facteurs necesairs pour la production de la syncope adrénalino-chloroformique.**

Les auteurs par les resultats des expériences faites avec la glucose, le clorure de chaux, le sulfate de magnésie et l'Eupavérine-Merck, sont arrivés au conclusions suivants:

1. La syncope adrénalino-chloroformique se produit seulment par la cooperation brusque et accentuée des 4 facteurs: l'intoxication miocardique, tachirythmie excesive, l'augmentation brusque de la pression endovasculaire et l'excitabilité du sympathique.

2. L'intensité ou le temps modifiés d'un de ces facteurs, peut-être une circonstance favorable de l'empêchement de la syncope adrénalino-chloroformique.

3. Le défaut parmi l'un des facteurs est une circonstance certain de l'empêchement de la syncope adrénalino-chloroformique.

D-ri C. V. ANTONESCU şi FL. MAZILU-ANTONESCU: **Zum Hervorrufen der Adrenalin-Chloroform-Synkope notwendige Faktoren.**

Aus der Endergebnissen einer Reihe von Versuchen, in denen Verfasser Traubenzucher, Calciumchlorid, Magnesiumsulfat und Eupaverin-Merck verwendeten, wurden folgende Folgerungen gezogen:

1. Die Adrenalin-Chloroform-Synkope entsteht nur durch das plötzliche und nachhaltige Zusammenwirken von vier Faktoren: Myokardvergiftung, ausgesprochene Tachyrhythmie, plötzliche und ausgesprochene Hebung des endovaskulären Druckes und Reizbarkeit des sympathischen Nervensystems.

2. Veränderung der Intensität oder des zeitlichen Ablaufes eines dieser Faktoren ist ein günstiger Umstand zur Verhinderung der Synkope.

3. Fehlen eines dieser Faktoren verhindert mit Sicherheit die Adrnalin-Chloroform-Synkope.

STERILIZAREA ŞI CASTRAŢIA CA FACTORI BIOLOGICI DE PROTECŢIE A RASEI

de

Docent D-r I. BISTRICEANU

Autorul arată mai întâi marea importanţă şi caracteristicile unei bune biopolitici rasiale, care să asigure conservarea cât mai intactă a capitalului biologic al unei naţiuni.

Se ilustrează prin exemple din antiquitate cauzele de înălţare sau decădere ale acestui capital la diferitele popoare.

Se ocupă apoi de unele legiuri eugenice din cel de-al III-lea Reich şi se expune apoi în mod amănunţit conţinutul legilor de sterilizare şi de castraţie, cari constituesc un important mijloc de protecţie a rasei germanice.

Adoptarea acestora şi în legislaţia noastră ar constitui după autor un început de epocă nouă pentru rasismul românesc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

S'a spus cândva — şi pe bună dreptate — că o naţiune îşi hotărăşte din vreme viitorul sau mai bine zis destinul prin politica sa eugenică şi demografică.

Numeroase state, din vechime sau din cele mai moderne, în dorinţa de a ajunge la o anumită mărire şi putere, şi-au îndreptat atenţiunea în direcţia îngrijirii şi perfecţionării stării fizice, morale şi intelectuale a colectivităţilor lor naţionale. Multe popoare, cari în antichitate au înscris în istoria lor pagini de glorie nemuritoare, azi nu mai sunt, au decăzut, au dispărut.

Aceiaşi lege a **selecţiunii** şi **contraselecţiunii**, care hotărăşte de soarta diferitelor specii din scara vegetalelor şi animalelor, este perfect aplicabilă şi în viaţa oamenilor sau a diferitelor popoare. Acestea din urmă pot avea o viaţă mai lungă sau mai scurtă, mai glorioasă sau mai obscură, în raport cu diverşi factori biopolitici sau sociali — şi apoi să dispară după un secol, un mileniu sau şi mai mult.

Sunt nenumărate probleme de eugenie, cari se cer să fie rezolvite, pentru a conserva cât mai intacte calităţile rasiale ale unui popor, a-i da vigoare, o viaţă mai lungă şi a-i creia un destin mai fericit în rândul multiplelor naţiuni convieţuitoare depe întregul glob.

Măsurile de ordin eugenic sunt cunoscute din cele mai vechi timpuri. Le găsim sub o formă mai rudimentară în diferitele prescripţiuni

religioase, cari condamnă căsătoriile între bolnavi, consângeni, psihopaţi şi epileptici. Le întâlnim sub formă de sisteme complexe, atât în ce priveşte calitatea, cât şi cantitatea potenţialului biologic, în religie şi datini la unele popoare ca chinezi, japonezi, romani, mahomedani, evrei, etc.

Statele au ajuns în majoritatea cazurilor, numai atunci la conştiinţa valoarei capitalului biologic uman, când acesta începea a se deteriora, iar prin scăderea continuă a cifrei populaţiunei şi degradarea calităţilor sale fizice şi psihointelectuale, însăşi existenţa sau puterea de rezistenţă a naţiunii faţă de inamicii externi, era ameninţată.

Sunt concludente sub acest raport legiuirile sociale ale lui Solon şi Lycurg la vechii elini, reformele eugenice ale lui Octavian August, prin cari se încerca împiedicarea declinului imperiului roman. Cunoaştem deasemeni şi legislaţia cu conţinut biopolitic, pentru a se pune stavilă depopulării Franţei. Cine nu a aflat, măcar din auzite, de importantele legiuiri sociale ale fascismului, cari tind să asigure poporului italian un potenţial biologic din cele mai înalte.

Dar trebue să o spunem încă dela început, că dinamica, posibilităţile de ascensiune ale unui popor, trecerea lui în galeria naţiunilor superioare, nu sunt în funcţie numai de **cantitate**, de cifra globală a populaţiunii, ci şi de **calitatea** sa, de **genotipul rasial** al neamului. Mica Eladă din antichitate, continuă şi astăzi să strălucească prin măreţia operelor de artă şi gândire ce le-a înfăptuit.

E ştiut, că la majoritatea popoarelor, fertilitatea cea mai mare o întâlnim în straturile de jos, la săraci şi mai ales în rândurile celor mai puţin dotaţi din punct de vedere rasial, în timp ce elita conducătoare, în timp ce conaţionalii, cari reprezintă tulpini ereditare selecţionate, sunt deobicei mai puţin prolifici sau chiar sterili.

Babeş-Bolyai Cluj Napoca University Library Cluj

Din această stare de lucruri rezultă un serios pericol pentru însăşi viaţa unei naţiuni, deoarece prin o proastă politică demografică — se poate ca în cursul evoluţiei cei răi să copleşească la o anumită epocă, pe cei buni — iar potenţialul biologic al neamului să se degradeze în aşa măsură, încât să ducă la o subjugare străină, apoi la o lentă dispariţie a lui.

Punctul central al oricărei politici eugenice de Stat constă deci în diferite măsuri legislative eugenice pentru **gradarea natalităţii** după valoarea ereditară a indivizilor, adică a genotipului rasial, cu încurajarea natalităţii tulpinelor selecţionate. Această politică trebue însă astfel echilibrată, ca ea să ducă în mod treptat la o mărire a natalităţii globale.

Un popor conştient de viitorul său trebue să ceară cu toată seriozitatea, să se împiedice pe o scară cât mai întinsă natalitatea infirmilor şi psichopaţilor şi criminalilor, dar să se stimuleze naşterile celor bine dotaţi. Prin elemente bine dotate nu vom înţelege în mod exclusiv numai pe intelectuali, deoarece într'o ţară ca a noastră, unde nu există decât de puţin timp posibilităţile de selecţionare prin cultură, se găsesc şi în păturile sărace şi mai ales în **mediul rural** — la ţară, — numeroase **tulpini ereditare capabile**, rezerve de elemente de o reală valoare biologică, dar cari trebuesc descoperite şi cultivate,

pentru a îngroşa rândurile elitei noastre conducătoare din viitorul apropiat sau mai îndepărtat.

Cauza cea mai importantă a înmulţirii insuficiente a categoriilor sociale celor mai valoroase îşi găseşte explicaţia în limitarea voluntară a naşterilor legitime, recurgându-se la împiedicarea concepţiunii. Motivele sunt fie de natură economică sau socială, fie de ordin egoistic sau spirit de comoditate.

În Germania naţional-socialistă, conştiinţa de soartă, viitorul comunităţii sale naţionale a ajuns la cel mai înalt grad de desvoltare.

Problema centrală a doctrinei naţional-socialiste o constitue fără îndoială teoria, **cultul** ce s'a creiat în jurul noţiunii de popor german, adică totalitatea indivizilor, cari au aceiaşi origine etnică, sunt cu alte cuvinte de aceiaş rasă. **Rasa, în doctrina nazistă este elementul esenţial în noţiunea de popor.** Origina ariană a rasei germanice, care este considerată de esenţă superioară, a strâns întreaga colectivitate naţională din Marele Reich în jurul Führerului său şi i-a insuflat acel dinamism şi disciplină inegalabilă, unică în toată istoria popoarelor.

Rasa ariană europeană a dat omenirii tot ce avem noi astăzi ca civilizaţie, artă, ştiinţă şi tehnică. Ea este fundatoarea unei umanităţi superioare. Arianul este Prometeul umanităţii — scânteia divină a geniului a ţâşnit în toate timpurile din fruntea sa luminoasă.

Pentru binele omenirii este de dorit ca rasele superioare să se ferească de amestecuri cu rasele inferioare sau de culoare, deoarece istoria trecutului ne demonstrează, că toate marile civilizaţii ale antichităţii, s'au prăbuşit, spune A. Hitler, prin otrăvirea sângelui în urma încrucişărilor cu alte rase de tip inferior.

Amestecul sângelui şi slăbirea puterii raselor printr'o greşită politică demografică cauzează moartea vechilor civilizaţii.

Din această cauză, în cel de al III-lea Reich s'a făurit şi adoptat o serie de legiuiri sociale cu conţinut eugenic, adică de protecţie a rasei şi oprirea degradării potenţialului său biologic.

Legea sterilizării şi cea a castraţiei, de cari ne vom ocupa mai jos, au fost creiate în acest cadru ideologic, adică de preocupare asupra viitorului îndepărtat al poporului german.

Ambele legiuiri urmăresc acelaş scop, adică de a pune pe anumiţi indivizi sau individe cu tare hereditare patologice, în imposibilitatea de procreare.

O legislaţie quasi-similară a fost dealtfel adoptată mai de mult timp şi în U. S. A. şi aplicată pe o scară mai redusă în provincia Californiană.

Sterilizarea, atât la bărbaţi cât şi la femei este o operaţiune, cum se ştie, foarte simplă şi fără nici un risc, consistând la cei dintâi din legarea canalelor deferente, iar la sexul slab din întreruperea comunicaţiei trompelor cu cavitatea uterină.

In aplicarea acestei legi răspunderea cea mai serioasă revine medicului psihiatru, deoarece **hotărîrea de a steriliza pe cineva prezintă destulă gravitate** şi o anumită procedură, care să excludă orice eroare. Propunerea de sterilizare se poate face de familie, de cel în cauză sau de medicul colectivităţii. După propunere se deschide

o anchetă de către o comisiune de medici specialişti, iar hotărîrea finală este dată de către un tribunal special. Sentinţa este quasi-obligatorie, cu toate că între timp prin persuasiune şi explicaţiuni asupra inocuităţii şi interesului rasial al acestei operaţiuni, se insistă şi pentru obţinerea asentimentului celui în cauză. De altfel este lucru ştiut, că acest procedeu de sterilizare nu aduce cu sine nici o scădere a potenţialului sexual şi nici alterarea simţului genezic a celor operaţi.

Cari sunt boalele, cari produc alterarea genotipului rasial sau au un caracter hereditar şi ar intra deci în prevederile acestei legi? In primul rând sunt **degeneraţii mintali, schizofreniile** de orice formă, psihozele maniaco-depresive diagnosticate în mod precis ca atare, **choreia Hutington** şi **epilepsiile** zise esenţiale, cari coincid cu existenţa şi a altor cazuri la ascendenţii sau descendenţii aceleiaş familii.

Un alt grup de maladii destinate sterilizării sunt: **surditatea şi cecitatea hereditară,** — nu cea congenitală, cu diferitele afecţiuni, oculare, cari apar în scara genealogică a unor familii ca: idioţia amaurotică, retinita pigmentară, acromatopsia congenitală, anoftalmia sau microftalmia, coloboma irisului, atrofia optică şi formele grave de ptozis congenital, glaucomul familiar.

Al III-lea grup de maladii, pe cari le vizează legea sterilizării sunt **diformaţiunile mari corporale** de tip hereditar şi suferinzii de grave complicaţiuni ale alcoolismului cronic, delirium tremens, halucinoză alcoolică şi psihoza lui Korsakoff.

Nu intră în prevederile acestei legi mintalii neereditari, adică psihopatiile consecutive unor traumatisme craniene în timpul facerii şi în perioada copilăriei sau cele de pe urma unor grave infecţiuni microbiene ale creerului, deasemenea nici indivizii sănătoşi, dar purtători ale unor tare maladive cu caracter recesiv după legile mendeliene ale eredităţii.

Deşi legea sterilizării este introdusă de 8 ani în cel de al III-lea Reich, totuşi nu s'au publicat încă date statistice asupra aplicării până în prezent. Dar oricare ar fi viitorul ei din punct de vedere eugenic, ea rămâne ca un document incomparabil de curajul şi raţionamentul sănătos al poporului german.

O altă legă cu caracter eugenic introdusă în Germania, în Noembrie 1933, este cea a castraţiei adică de extirpare a glandelor testiculare aplicabilă numai la marii criminali, feroci şi recidivişti. Scopul ei este de a demasculiniza şi pune deci în imposibilitate de reproducere pe unii indivizi, cari compromit calităţile biologice ale sângelui arian şi constituesc un permanent pericol pentru comunitatea şi rasa germanică.

Dealtmintrelea, asemenea operaţiuni de castrare au fost preconizate din cele mai vechi timpuri şi în circumstanţe foarte variate. Egiptenii practicau atari demasculinizări la prizonierii capturaţi şi adunau testiculele ca trofee de răsboi. David a adus Regelui Saul 200 testicole de Filisteni. La alte popoare din antichitate extirparea glandelor sexuale se făcea şi din motive de superstiţii ca jertfe pentru Zei. La Turci, paznicii haremurilor şi o castă de militari de carieră

erau întotdeauna castraţi. Curtea Imperială la Chinezi era pe vremuri supraveghiată de către 3000 eunuci. În Evul mediu au fost castraţi mulţi coriști pentru conservarea vocei de alto şi sopran.

În Italia s'au castrat în sec. 18-lea, 4000 copii pentru capela papală dela Roma şi diferite asociaţiuni corale. În Rusia au existat până în sec. 19-lea secte religioase (scapeţii) cari au adoptat castraţia ca un cult pentru divinitate.

Extirparea glandelor testiculare s'a mai practicat şi în scop curativ în Evul Mediu, contra leprei, gutei şi diferite dermatoze, prin 1900 contra hipertrofiei de prostată, iar în zilele noastre contra osteomalaciei, care s'ar datora în oarecare măsură unei hipersecreţii a glandelor sexuale.

Tehnica operaţiunii de demasculinizare este bine cunoscută, lesne de executat de către chirurgi şi nu comportă nici un risc pentru indivizii în cauză. Privarea organismului de funcţiunea secretorie a testicolelor se va însoţi însă de diferite turburări, cari variază în raport cu vârsta la care s'a practicat operaţiunea, adică în timpul sau după perioada pubertăţii.

Turburările la cei demasculinizaţi în prima perioada se caracterizează prin o osificaţie mult întârziată, însoţită de o creştere în lungime exagerată a membrelor inferioare, o dolicocefalie craniană evidentă din cauza slabei desvoltări a creerusului, o piele palidă şi săracă în pigment, un laringe infantil, inimă hipo-plastică, penis, prostată şi vezicule seminale rămase încomplect desvoltate şi altele.

Când castraţia se va practica la vârsta adultă, deci după epoca pubertăţii, vor apare variate turburări nervoase asemănătoare climacteriului femenin. În plus cei operaţi nu vor întârzia să prezinte diferite dezordini psihice cu modificări din partea caracterului, indivizii devenind intriganţi, fioroşi, trândavi, cu simţul genezic dispărut şi adeseori cu perzistenţa unor anumite impulsiuni sexuale de origină cerebrală.

Şi legea castraţiei a fost adoptată în Germania, cum am spus, de 8 ani de zile, totuş nici până în prezent nu avem încă date statistice asupra aplicării ei, — nu ne îndoim însă, că binefacerile acesteia, ca şi a legii sterilizării se vor resimţi peste câteva decenii asupra generaţiilor viitoare.

Biserica catolică, trebuie să o spunem, era la început cu totul ostilă acestor legiuiri rasiale ale naţional-socialismului, făcându-li-se obiecţiune de către lumea clericală, că prin ele s'ar aduce contrar dogmelor creştine, o vătămare corporală şi o lezare a sentimentelor profund religioase de egalitate a indivizilor în faţa Divinităţii. Aceste adversităţi ideologice se pare că au dispărut deja în cea mai mare parte faţă de conţinutul atât de realist şi ştiinţific al reformelor în litigiu.

Să vedem acum, ce învăţăminte de ordin eugenic pentru noi putem să tragem din această vastă şi îndrăzneaţă experienţă ce se face în cel de al III-lea Reich? Pentru noi problema natalităţii n'a fost până în prezent decât o chestiune de **prolificitate**, adică de **cantitate**, de număr şi nici decum de **calitate**. Legiuitorii noştri n'au luat

până acum în considerare importanța eugeniei rasiale și n'au înțeles, că pe lângă factorul numeric mai există și un factor de selecțiune, care cântărește mult la determinarea coeficientului biologic al unei națiuni și potențialitatea ei culturală.

Un popor care nu dă suficientă atențiune celui de al 2-lea factor (de selecțiune) nu poate atinge culmile unei evoluții istorice glorioase, poate să alunece cu ușurință pe panta decăderii și apoi pe cea a dispariției.

In acest cadru de idei trebuesc luate în considerare cele 2 legiuiri naziste ale sterilizării și castrației și aș îndrăzni să cred, că adoptarea lor și în legislația noastră ar constitui un început de epocă nouă pentru rasismul românesc.

Dealtfel mai există și alte numeroase probleme de biopolitică și eugenie sau higienă rasială, cari se cer studiate și la noi și ar fi bine să fie înscrise în programul de lucru al diferitelor noastre instituții sau societăți medicale.

Docent D-r: I. BISTRICEANU: *La stérilisation et la castration comme facteurs biologiques de protection de la race.*

L'auteur expose d'abord l'importance et les caractéristiques d'une bonne biopolitique raciale, qui peut assurer la conservation intacte du capital biologique d'une natiion.

Par des exemples de l'antiquité sont illustrées les causes de l'élévation ou la décadence de ce capital chez les différents peuples.

Il s'occupe ensuite de quelques législations eugéniques du III-e Reich, en exposant minutieusement le contenu des lois de stérilisation et de castration, qui constituent un important moyen de protection de la race germanique.

L'adoption de ces lois dans notre législation aussi constituera, d'après l'auteur, le commencement d'une époque nouvelle pour le racisme roumain.

Dozent D-r I. BISTRICEANU: *Die Sterilisierung und die Kastration als biologische Faktore der Rassenprotektion.*

Der Verfasser erhlärt zuerst die Bedeutung und die Karakteristik einer guten rassischen Biopolitik, womit die reinste Konservierung des biologischen Kapitals einer Nation erhalten könnte.

Man analysiert dann durch Beispiele aus der Antiquität die Gründe der Erhöhung oder der Decadence dieses Kapitals bei verschiedenen Völkern der Welt.

Es wird endlich die verschiedenen Gesetzgebungen aus dem III-Reiche besprochen und zugleich sehr deutlich gezeigt der Inhalt der Sterilisierungs-und Kastrations-Gesetze, welche ein bedeutendes Mittel der germanischen Rassen-Protektion sind.

Die Einführung dieser Gesetze in unserer Legislation wäre, nach dem Verfasser, ein neuer Epokenanfang fuer das rumänische Rassismus.

INJECȚIILE INTRAVENOASE DE CĂRBUNE SOARTA CĂRBUNELUI IN ORGANISM

de

D-r GHEORGHE CORONDAN

Preparator Inst. Farmacologie Clui (Sibiu)

Fenomenele clinice nu par a merge paralel cu modificările anatomo-patologice, primele arătând că injecțiile de cărbune sunt absolut nevătămătoare.

Dela începutul cercetărilor asupra cărbunelui intravenos, s'a pus importanta problemă a localizării și a eventualei eliminări a particolelor de cărbune.

Observațiunile clinice au arătat o perfectă tolerabilitate a cărbunelui. Insă după cercetările unor autori, fenomenele anatomo-patologice nu sunt în concordanță cu observațiunile clinice, unii îndemnând chiar la mari rezerve, dacă nu la o abandonare a acestei metode.

Coghlin și **Saint-Jaques** constată că, particulele de cărbune sunt reținute la nivelul ficatului, splinei, rinichiului și a măduvei osoase. Celulele endoteliale absorb o parte din particulele de cărbune.

Démarez publică observațiunile sale asupra unui caz, o lăuză care moare în urma unei injecțiuni de cărbune. Dar acel preparat a avut particole foarte fine, fapt care determină nocivitatea lui. El a observat o congestie generalizată a viscerelor, cu leziuni emoragice multiple la nivelul plămânilor, fără însă a găsi embolii. La examenul istologic al altor organe, n'a găsit cărbune în nici unul dintre ele. Particolele de cărbune au fost repartizate pe întreg câmpul pulmonar, fiind localizate în vase, capilare și în grosimea septurilor interalveolare.

Ménétrel regăsește cărbunele injectat, în mod constant în plămâni, ficat și splină.

Cărbunele animal pare a fi reținut întotdeauna la nivelul plămânilor, pe când în cazul cărbunelui vegetal, acest fenomen n'ar fi o regulă generală. Particolele nu sunt sistematizate în jurul vaselor și nu pătrund în lumenul alveolar.

In ficat, **Ménétrel** regăsește cărbunele în mod constant și în cantitate mare. Granulele sunt așezate intercelular și în interiorul celulelor **lui Kupfer**. Celula parenchimatoasă pare a fi respectată.

In splină, cărbunele este localizat în spațiile sinusiode ale pulpei albe și în cordoanele lui Bilroth.

Cărbunele injectat intramuscular se încapsulează pe loc, nerăspândindu-se în organism.

Particolele de cărbune trec prin placentă la făt.

Ménétrel a găsit aproape constant cărbunele în puroiul diferitelor formațiuni patologice (furuncul, adenite, etc.).

In concluziunile lui, el stabilește o afinitate a cărbunelui față de sistemul reticulo-endotelial și evidențiază respectarea în general a celulei parenchimatoase.

Migrarea cărbunelui în țesuturi, o explică prin sarcina electrică a granulelor.

N'a observat nici o reacțiune patologică a țesuturilor, nici chiar la animalele sacrificate după 10 luni dela administrarea cărbunelui.

Sabrazes și Marton, după un studiu amănunțit, îndeamnă la mari rezerve față de injecțiile intravenoase de cărbune. Ei au constatat anumite reacțiuni patologice din partea organismului: infarcte roșii, o diseminare de pseudo-tuberculi antracoizi, o reacție istologică cu bază de monociți macrofagi, plasmodii, fibrociți, etc.

In concluzie, autorii afirmă că s'ar putea obține rezultate clinice favorabile cu aceste injecții; observațiunile lor însă, îi îndeamnă la rezerve în ceeace privește generalizarea tratamentului cu cărbune.

O obiecție la aceste concluzii face Ménétrel, care remarcă, că nu putem trage o paralelă între aparatul pulmonar foarte sensibil al iepurilor și cel mult mai rezistent al omului.

Lumière dă rezultate asemănătoare cu ale lui Ménétrel. Găsește și el, că particolele de cărbune sunt reținute mai ales la nivelul plămânilor, ficatului și splinei.

Granulele mai fine sunt înglobate de către celulele zise „de praf" (à poussière) ale plămânului, de celulele lui Kupfer din ficat și de macrofagele splinei. A găsit particole de cărbune în glomerulii rinichiului și chiar în interiorul tuburilor.

După cercetările lui, fixarea cărbunelui la nivelul țesuturilor este definitivă. Particolele sunt prea mari pentru a fi fagocitate și deci nu pot fi eliminate pe această cale. Pedealtăparte, ele fiind insolubile, rămân pe loc, neputând fi vechiculate de limfa interstițială.

Combătând concluziile lui Sabrazes și Marton, Lumière remarcă că toate rezultatele acestora din urmă, au fost obținute cu doze mult mai mari decât cele utilizate în terapeutica umană (3 cc. 2% corespunzând la 0,06 ctgr., doza curent utilizată la om ar fi de 1 mgr. pe kgr. greutate).

* * *

Pentru a cerceta soarta particolelor de cărbune injectate, am făcut o serie de preparate microscopice din piesele recoltate dela iepuri, din diferite organe.

Secțiunile istologice le-am separat în două categorii. O categorie a fost colorată după metodele obișnuite și au fost utilizate pentru precizarea localizării particolelor, la elementele constitutive ale organelor;

a doua categorie a rămas necolorată şi a servit la aprecierea cantităţii de cărbune depozitat în diferitele organe. Comportarea particolelor de cărbune în sânge, a fost studiată executând frotiuri colorate după metoda May-Grünwald şi Giemsa.

Cărbunele injectat pe cale intravenoasă, ajunge prin sistemul venos în atriul drept, ventricolul drept, apoi prin artera pulmonară în plămâni. O parte însemnată se opreşte aici, restul prin capilare(?), prin venele pulmonare, ajunge la inima stângă, apoi prin aortă şi ramurile sale se răspândeşte în organism.

Redăm mai jos rezultatele cercetărilor istologice, grupate pe organele studiate:

Plămân: După cum am amintit, o mare parte din cărbunele injectat, atât animal cât şi vegetal, este reţinut la nivelul plămânilor.

In preparatul istologic, părticelele de cărbune sunt răspândite în tot câmpul microscopic, sub forma de granule, conglomerate mari şi mici, situate atât în vase cât şi în afara lor. Nu se observă nici o sistematizare în repartiţia particolelor. In multe locuri, particolele de cărbune par suprapuse secţiunei.

In jurul conglomeratelor mai mari, observăm toate formele de trecere până la particole dintre cele mai fine, din condensarea cărora pare să fi luat naştere.

In general, cărbunele este extracelular, aşezat în grosimea septurilor interalveolare şi în spaţiile conjunctive din jurul vaselor mai mari.

Examinând la imersie, găsim însă numeroase celule „cu pulbere" a căror protoplasmă este încărcată cu granulaţiuni foarte fine. In unele dintre ele, granulele prea numeroase conglomerează, dând o masă vizibilă şi cu obiective mai slabe.

Probabil că, celulele prea încărcate cu granulaţiuni se distrug şi astfel pun în libertate cărbunele. Aceste particole unindu-se apar sub forma maselor mari, cari predomină câmpul microscopic.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

In unele cazuri, observăm embolii compacte de cărbune, cari obstruează lumenul vascular, deobiceiu însă particolele de cărbune sunt libere între elementele figurate ale sângelui. Deci, cărbunele circulă în aceste vase şi numai rareori dă naştere la embolii. In urma dozelor mari de cărbune, observăm câteva zone emoragice.

Accidental, am găsit câteva particole fine de cărbune la suprafaţa epiteliului bronşic (nu în interiorul celulei). N'am găsit cărbune în interiorul alveolelor.

Pleura nu conţine cărbune.

Ficat: Cărbunele injectat îl găsim în vasele şi în interiorul celulelor conjunctive reticulo-endoteliale. Cărbunele respectă celula epitelială, care foarte rar şi şi numai în urma dozelor excesive, se încarcă cu particole fine.

Ca şi la plămâni, găsim câteodată o embolie a vânei centrolobulare. In regulă generală însă, cărbunele circulă amestecat cu elementele mediului circulant. Găsim conglomerate mici în capilarele dintre cordoanele lui Remack.

Examinând cu un obiectiv puternic, observăm că celulele lui Kupfer au înmagazinat — mai mult sau mai puţin, raportat la doza respectivă — particole numeroase foarte fine de cărbune. Aceste celule sunt umflate.

Rar, particolele strânse într'o masă neagră, ocupă aproape toată celula, din care nu mai rămâne decât o zonă de protoplasmă, periferică şi subţire. Extrem de rar, cărbunele a distrus complect celula şi se observă ca o granulă mai mare, colţuroasă, situată în lumenul capilar.

In cazul dozelor excesive şi celula epitelială este încărcată de particole foarte fine. Aceste particole n'au tendinţa la conglomerare şi nu distrug celula. Sunt dispersate uniform în citoplasmă.

Tot în urma acestor doze, observăm uşoare reacţiuni congestive.

Am găsit particole fine, de talia acelora din celulele lui Kupfer, în celulele conjunctive din spaţiul lui Kiernan.

Splină: In acest organ nu găsim decât excepţional particole mari. Granulele

sunt repartizate uniform în tot preparatul istologic, nu le găsim însă decât excepțional în corpusculii lui Malpighi.

Cărbunele este extra-și intracelular. Celulele cari îl înmagazinează, sunt atât cele ale mediului circulant (macrofage, polinucleare etc.) cât și celulele conjunctive fixe.

Particolele intracelulare nu prezintă tendință la conglomerare.

Capsula cu prelungirile ei nu conține cărbune. Trunchiurile vasculare mari, conțin în lumenul lor o cantitate disparentă de granule fine.

Rinichiul: Găsim în parenchimul renal, între tuburi și în glomeruli, câteva particole sau conglomerate de cărbune. În lumenul vaselor mari, întâlnim accidental particole fine, amestecate cu elementele figurate ale sângelui. Găsim însă, particole foarte fine în interiorul celulelor conjunctive din jurul vaselor mari. La tot cazul, cărbunele din rinichi nu pare a fi eliminat la acest nivel, ci se găsește aici ca în fiecare organ vascular, adus de curentul sanghhin.

Capsula suprarenală: În corticală sunt dispersate granule de talia a 2—3 celule. Frecvența lor este foarte mică. Rar de tot observăm câteva embolii capilare.

În medulară, observvăm ca obiective mari și puternice, o mulțime de celule (conjonctive?) încărcate cu granule fine. Endoteliile capilarelor conțin deasemenea particole fine de cărbune.

Stomac: Câteva dintre animalele de experiență, sucombate în urma unei doze de C_1, au prezentat la autopsie, o fragilitate mai mare a pereților stomacali, câteodată chiar și rupturi. Ne-am gândit la o acțiune directă, a cărbunelui injectat, asupra peretelui stomacal, însă la examenul istologic n'am găsit substratul anatomic care să fie concludent. Cu C_2 n'am observat asemenea cazuri.

Toate straturile constitutive ale peretelui gastric conțin o mică cantitate de cărbune, exceptând musculara. Întâlnim, în urma dozelor mari, rare embolii capilare.

Celulele cari înmagazinează cărbunele sunt cele ale sistemului conjunctiv. Acestea conțin granulațiuni fine și câteva conglomerate.

La nivelul mucoasei, cărbunele este așezat către suprafața liberă, respectând fundurile de sac glandulare. În submucoasă și la nivelul seroasei, întâlnim din loc în loc, granulațiuni fine. Am observat cărbune în epiteliul seroasei.

Intestin: La nivelul intestinului, ca și la stomac, cărbunele respectă musculara. În general, particolele sunt fine, în cantitate redusă și intracelulare. N'am observat embolii.

Măduva osoasă: Cu toate că este un organ extrem de vascularizat, n'am întâlnit la acest nivel aproape nici o embolie sau granule mai mari, conglomeratele lipsind cu desăvârșire.

În schimb, aproape toate elementele celulare constitutive conțin o cantitate de particole foarte fine de cărbune. Celulele conjunctive stelate ale reticolului, sunt încărcate de aceste particole, cari umplu și prelungirile lor. Întâlnim monociți, polinucleare, celulele tinere cu protoplasmă abundentă, conținând granulațiuni fine de cărbune. Aceste granule n'au tendință la conglomerare, n'am întâlnit nici o granulă mai mare.

Țesutul celular subcutanat și țesutul celular grăsos, fixează cărbunele într'o cantitate redusă. Observăm rari celule conjunctive stelate, încărcate cu granulațiuni fine..

Placenta: Cărbunele trece prin acest organ și se fixează în țesuturile embrionului, urmând aceeași repartiție ca și în țesuturile adultului, însă într'o măsură mult mai redusă.

Celulele endoteliale ale placentei sunt pline, alocurea, cu granulațiuni fine; deasemenea găsim cărbune în câteva celule conjunctive ale placentei. Vasele placentei sunt pline cu particole foarte fine de cărbune, dispersate între elementele figurate ale sângelui.

Ganglionii limfatici (mezenterici): Aceste organe ne oferă un exemplu frumos de electivitate și despre felul cum înmagazinează celulele țesutului conjunctiv reticuloendotelial, particolele de cărbune.

Nu se văd nicăeri granule mari sau conglomerate colțuroase. Examinat la imersie, ne frapează însă, celulele reticulului medularei încărcate uniform de granulațiuni extrem de fine de cărbune.

Protoplasma acestor celule ne pare inundată de particole fine, cari umplu

şi prelungirile celulei, evidenţiindu-le. Câteodată nucleul devine greu de văzut, din cauza cantităţii mari de cărbune. Chiar întâlnim lame protoplasmatice anucleate — e posibil ca nucleul să fi fost distrus de către granulaţiuni. Aceste granulaţiuni n'au însă nici cea mai mică tendinţă la conglomerare; nu se observă nici o granulă mai mare. Între aceste celule reticulare încărcate cu cărbune, celulele limfatice sunt neatinse, nu conţin nici o granulă. La nivelul corticalei, cărbunele se găseşte rar, încât o celulă stelată, aproape de medulară. Spaţiile limfatice nu conţin cărbune.

Sistemul nervos: Dat fiind faptul că animalele au prezentat convulsiuni în urma injecţiilor de cărbune, am căutat să evidenţiem substratul anatomic al acestor turburări.

Într'adevăr, am găsit particole de cărbune în diferitele segmente ale sistemului nervos. Localizarea şi cantitatea lor nu explică însă suficient, fenomenele clinice observate.

In măduva rachidiană, am găsit câteva particole rare, aşezate atât în substanţa cenuşie cât şi în cea albă, precum şi câteva emoragii discrete, cari nu sunt în legătură cu topografia granulaţiunilor de cărbune.

In bulb, am găsit accidental particole rare, dispersate în substanţa nervoasă, fără nici o sistematizare. Am observat şi câteva embolii capilare.

In cerebel n'am găsit cărbune.

In scoarţa encefalului, am găsit uneori conglomerate de forme bizare, totuşi de talie redusă. Frecvenţa lor nu depinde de doza administrată şi nu le-am găsit decât în cazul cărbunelui animal (C_1).

Meningele cerebro-spinal: Vasele piei mater conţin granule de cărbune, câteodată şi embolii mici, mai ales la nivelul segmentului cerebral. Găsim deasemenea celule conjunctive încărcate cu cărbunele, la nivelul meningelui spinal.

Plexurile coroide: Conţin particole de cărbune amestecate cu elementele figurate ale sângelui. Embolitile sunt extrem de rare. Intracelular n'am găsit cărbune la acest nivel.

Executând secţiuni în **nervul optic,** n'am găsit nici o urmă de cărbune nici în vase, nici între fibrele nervoase.

Inimă: Făcând accidental câteva secţiuni din inimă, am găsit cărbune şi în acest organ, dar niciodată n'am observat fenomene clinice datorită turburărilor în funcţiunea acestui organ. Localizarea cărbunelui la nivelul inimei se face în urma dozelor mari. Particolele au o mărime variabilă, în general destul de mici. În miocard nu găsim cărbune intracelular. Se observă însă, în urma dozelor mari — câteva embolii vasculare.

Celulele **endocardului** şi ţesutul subendocardic, în special în inimă dreaptă, conţin particole fine intracelulare, dar celulele nu sunt distruse.

Pericardul conţine rar, câte o celulă încărcată cu particole fine.

Executând secţiuni în ventricolul drept, plin de sânge coagulat, am observat un fenomen curios. Pe secţiuni se văd o mulţime de conglomerate de cărbune, înconjurat de un strat de leucocite. Acelaşi lucru observăm şi în jurul particolelor izolate. Aproape toate formele de globule albe sunt reprezentate, însă, pare că predomină limfocitele şi monocitele. Fenomen similar s'a observat şi în frotiu.

Testicol: In acest organ întâlnim rare celule conjunctive, cari au înmagazinat particole foarte fine. Ele sunt aşezate în jurul vaselor. Elementul funcţional este neatins.

* * *

Vedem deci că, particolele de cărbune se fixează în diferitele organe, după două modalităţi: sau ca particole mici, fine, intracelulare, sau sub forma conglomeratelor mari, extracelulare.

In timpul cât particolele sunt vehiculate de curentul sanguin, ele sunt înconjurate şi însoţite de leucocite. Rar, particolele conglomerează, şi aceasta mai ales în cazul dozelor mari, dând naştere la embolii.

O problemă importantă şi încă nelămurită, este modalitatea trecerii cărbunelui din vase înspre ţesuturi.

Trebue să remarcăm că, particolele cât şi conglomeratele de cărbune nu sunt sistematizate în jurul vaselor. Talia majorităţii particolelor şi a conglomeratelor, exclud posibilitatea unei traversări, ca atare, a pereţilor vasculari. Trebue să admitem că, cărbunele trece din vase înspre ţesuturi sub forma unor granulaţiuni fine, granulaţiuni cari migrează pe urmă în ţesuturi sau se adună, formând conglomerate mai mari. Cum se face traversarea acestor granulaţiuni fine, pare încă nelămurit.

Am putea admite că, ele se strecoară printre plăcile endoteliului capilarelor, analog leucocitelor. In acest caz particolele trebue să fie foarte fine, altfel ar da naştere unor leziuni ale pereţilor vasculari şi ar trebui să se observe o mică emoragie amestecată cu cărbune. Aşa ceva, însă n'am observat.

Am putea admite că leucocitele încărcate cu cărbune, ar transporta particolele traversând pereţii vasculari.

Forţa sau forţele cari determină migrarea cărbunelui în organism, ne sunt necunoscute. Am putea presupune că ele ar fi de natură electrică; sarcina electrică a particolelor.

Celulele cari înmagazinează cărbunele, sunt cele ale sistemului conjunctiv, reticulo-endotelial în special. Cărbunele se depune în ele sub forma de granulaţiuni foarte fine, dispuse la o distanţă destul de regulată între ele. Mai târziu se adună câteodată formând câteva particole mai mari.

In cazul cărbunelui însă, nu putem vorbi de un blocaj al sistemului reticulo-endotelial. Acest fapt nu se poate realiza dealtfel nici cu anumiţi coloizi, care au afinitate extremă faţă de celulele acestui sistem. In secţiunile noastre am găsit pretutindeni celule libere pe lângă cele încărcate cu cărbune. Pedealtăparte aceste celule reticulo-endoteliale, cari au fixat cărbunele, pe cât pare — definitiv — nu sunt de loc pe cale de mortificare.

Celula parenchimatoasă nu se încarcă cu cărbune, decât în cazuri cu totul rare şi numai în urma dozelor excesive. Nu avem date asupra viabilităţii celulei parenchimatoase; se pare însă că fixarea cărbunelui la acest nivel, nu este definitivă.

In rezumat, în cazul dozelor chiar ridicate, am obţinut o fixare numai pe o porţiune limitată a sistemului reticulo-endotelial şi foarte rar pe celula parenchimatoasă. In cazul dozelor terapeutice — relativ foarte mici, — cărbunele nu pare să determine nici o turburare apreciabilă, prin fixarea lui în ţesuturi. Acest fapt, ni l'ar dovedi şi miile de cazuri clinice ale diferiţilor autori.

Fixarea cărbunelui în organism, probabil că este definitivă. Nu am întrevăzut nici o cale sau posibilitate de eliminare a particolelor de cărbune.

D-r GH. CORONDAN: **Le charbon intraveineux.**

Le charbon administré intraveineux, on le rencontre dans les organes suivantes: foie, reins, capsules sur rénales, rate, l'estomac, l'intestin, la moelle oseuse, ganglions limphatiques, le systhème nerveux central, coeur et dans le tissu celulaire souscoutané. Le charbon travèrse le placenta vers

l'embrion. Il circule dans les vaisseaux entouré par les leucocites. La modalité par la quelle le charbon arrive des vaisseaux dans les tissus est inconnue. Possible que les particules de charbon traversent en déplaceant les plaques de l'endothéil, ou bien ils sont transportés par les cellules qui taversent les parois vasculaires.

Le charbon est fixé intra-et extracellulaire; intracellulaire spécialement dans les elements du systhèème reticulo-endothélial sans qu'il bloque ce systhème. Dans les cas des doses thérapeutiques les localisations du charbon ne provoquent pas des phénomèènes nocives.

D-r GH. CORONDAN: **Kohle intravenös. Was geschicht mit ihr im Organismus.**

Die intravenos eingespritzte Kohle finden wir in folgenden Organen wieder: Lungen, Leber, Nieren, Nebennieren, Milz, Magen, Eingeweide, Knochenmark, Lymphdrüsen, Zentrales Nervensysthem, Herz und Unterhautzellgewebe. Die Kohle gelangt durch den Mutterkuchen zum Embryo. In den Blutgefässen kreisst sie von Leucocyten umgeben. Auf welchem Wege die Kohle aus den Blutgefässen in die Geewbegelangt, wissen wir nicht. Wahrschenilich dringen Kohleteilchen durch Verschiebung der Endotelplatten, oder sie werden von den Zellen, die durch die Blutgefässwände dringen, mitgeführt. Die Kohle ist intraoder extrazellular lokalisiert. Intrazellulär ganz speziell in den Elementen des reticulo- endothelialen Systhems, ohne es aber zu blokieren.

Ber Verabreichung therapeutischer Dosen ist die Lokalisierung der Kohle nicht im Stande, schädliche Erscheinungen hervorzurufen.

Stări de epuizare şi excitaţie nervoasă
Insomnie nervoasă
Depresiuni
Turburări vaso-motoare

CALCIBRONAT
(Ca — Br — Lactobionat)

Ambalaje aluminate cu 10 tablete
1—3 tablete pe zi
Cutii cu 100 gr. granulat
1—3 linguri pe zi
Ampule de 5 şi 10 ccm.

Bucureşti: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102

SANDOZ
SANDOZ S.A., Bâle, Suisse

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA RECIDIVELOR IN FEBRA TIFOIDA

de

Conf. D-r J. GAVRILA

Medic Primar

Se fac câteva considerațiuni asupra recidivelor în febra tifoidă în legătură cu o statistică de 703 bolnavi de febră tifoidă, observați și tratați în Spitalul Epidemic din Cluj în anii 1935-1940. Din aceste 703 cazuri 74 au făcut recidive, deci 10,5%. Recidivele survin aproximativ în același procent în toate cazurile de febră tifoidă, fie că sunt cazuri ușoare sau grave de boală. In general recidivele evoluiază cu un tablou clinic mai ușor, decât primul puseu de boală, totuși există cazuri, mai rar, unde recidiva evoluiază grav, deși primul puseu de boală a fost ușor sau mijlociu. S'a înregistrat și un caz mortal în recidivă. Complicațiile sunt mai rari în cursul recidivelor. Numărul recidivelor în general a fost de unul, în 5 cazuri recidiva a fost dublă, în 1 caz triplă. Recidivele survin mai des până la 10 zile de afebrilitate, însă nu sunt rari nici între 21-30 zile, s'a notat un caz chiar după 31 de zile afebrile.

Vindecarea în febra tifoidă adesea este întârziată de către recidivele, ce survin în această boală.

Sub numele de recidivă tifică înțelegem o revenire a tabloului clinic al febrei tifoide, la un interval de afebrilitate mai lung sau mai scurt după primul.

In ce privește patogenia acestor recidive astăzi este definitiv stabilit, că ele sunt datorite unei noi invaziuni microbiene din rezervoarele de bacili tifici din oragnism. Intr'adevăr astăzi este bine stabilit că bacilii tifici se pot închista în diferite organe, în special în vesica biliară, splină și în țesutul osos, unde pot persista în mod îndelungat și după ce bolnavul devine afebril și de unde apoi pot invada circulația generală și să producă recidive.

Tabloul clinic al recidivelor reproduce în întregime primul tablou clinic al bolii, atât numai că în general este considerat a fi mai ușor.

In articolul de față vom face câteva considerațiuni asupra acestor recidive în legătură cu observațiunile noastre de febră tifoidă, avute

în Spitalul Epidemic din Cluj în anii 1935—1940, August. In acest timp au fost internate şi tratate în acest serviciu un număr de 703 bolnavi cu 83 morţi, deci 11,8%.

Frecvenţa. In ce priveşte frecvenţa recidivelor asupra acestor 703 cazuri de febră tifoidă s'au constatat recidive în 74 de cazuri, deci 10.5%. In cursul anilor frecvenţa recidivelor a variat dela 5.55% (1940) până la 13.84% (1938).

Frecvenţa recidivelor în raport cu gravitatea bolii s'a comportat în modul următor: In 288 de cazuri uşoare de febră tifoidă au fost 26 recidive, deci 9%, în 229 cazuri mijlocii de boală au fost 27 recidive, deci 11.8%, în 186 cazuri grave de febră tifoidă au fost 21 recidive, deci 11.2%. In consecinţă în statistica noastră există o cifră medie de 10.5% recidive, care cifră este aproape aceiaşi în toate cazurile de febră tifoidă, indiferent de gravitate. Deci recidivele tifice survin aproape cu aceiaşi frecvenţă în cazurile uşoare, ca şi în cele grave de febră tifoidă, spre deosebire de celelalte complicaţiuni, cari toate predomină în cazurile grave de boală.

Data apariţiei. In ce priveşte momentul apariţiei după afebrilitate, recidivele s'au prezentat după următorul număr de zile afebrile: în 26 de cazuri (35.1%) între 2—5 zile, în 22 cazuri (29.7%) între 6—10 zile, în 16 cazuri (21.6%) între 11—15 zile afebrile, în 7 cazuri (9.5%) între 16—20 zile, în un caz după 21 zile de afebrilitate, în un caz după 22 de zile, în un caz după 31 de zile afebrile.

Se constată deci, că cele mai multe cazuri de recidivă se produc până la 10 zile de afebrilitate (64.8%) după cum sunt şi datele clasice, însă se constată din datele noastre, că recidivele survin destul de des şi după 10 zile afebrile, Maximum de interval afebril în observaţiile noastre este de 31 zile. In acest caz este vorba de următoarea observaţie:

O elevă de 13 ani intră în Spitalul Epidemic din Cluj în 6 Ianuarie 1936 cu o febră tifoidă de gravitate mijlocie, cu tabloul clinic complet de febră tifoidă. Hemocultura este pozitivă pentru bacili tifici, la fel reacţia Vidal este pozitivă 1/300 pentru aceiaşi bacili tifici. După 24 zile de perioadă febrilă bolnava defervesceză şi intră în convalescenţă. După 20 de zile de afebrilitate părăseşte serviciul complet vindecată. După 11 zile de'a părăsirea serviciului se îmbolnăveşte din nou cu temperatură, care se urcă progresiv şi se menţine în platou. Reintră în serviciul nostru, constatându-se din nou înreg. tabloul clinic al febrei: stare uşor tifoidă, meteorism, diaree, limbă prăjită, rozeole tifice, splenomegalie, temperatură continuă, 38,5-39.5°, bradicardie relativă, 80. Reacţia Vidal este pozitivă 1/640 pentru bacili tifici, hemocultura din nou pozitivă pentru bacili tifici.

In rezumat ne găsim în faţa unei recidive tifice, care a survenit după 31 de zile de afebrilitate. Evoluţia recidivei a fost de gravitate mijlocie, ca şi a primei boale. După 18 zile temperatura scade, bolnava intră în convalescenţă şi se vindecă complect.

Vârsta cazurilor cu recidivă. Intre vârsta de 3—10 ani au fost 5 recidive (6.7%), între 11—15 ani au fost 17 recidive (22.9%), între 16—20 ani au fost 20 recidive (27%), între 21—30 ani au fost 25 de recidive (33.7%), între 31—40 ani 5 recidive (6.7%), între 50—60 de ani a fost o recidivă.

Se constată că recidivele predomină între vârsta de 16—30 ani, însă este de subliniat marele număr de recidive întâlnite între 11—15 ani (22.9%).

Durata. In ce privește durata perioadei febrile din timpul recidivei, cazurile s'au prezentat în modul următor: durata între 3—5 zile în 15 cazuri (20.3%), durata între 6—10 zile în 28 cazuri (37.9%), durata între 11—15 zile în 14 cazuri (19%), durata între 16—20 zile în 12 cazuri (16.2%), durata între 20—30 zile în 5 cazuri (6.7%). Deci mai numeroase sunt cazurile cu durata între 6—10 zile.

Gravitatea recidivelor. In mod clasic se spune, că recidiva este mai ușoară decât primul puseu de boală. In această privință dăm aci un tablou, indicând în el în toate cazurile de recidivă gravitatea primului puseu de boală și gravitatea recidivei:

Primul puseu	Recidiva
Ușor . 26	ușoară . . . 21
	mijlocie . . . 4
	gravă 1
Mijlociu 27	ușoară . . . 16
	mijlocie . 10
	gravă 1
grav . . 21	ușoară . . . 9
	mijlocie . . . 10
	gravă . . . 2
Total . . 74	74

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din analiza acestui tablou se constată următoarele: din cele 26 de cazuri ușoare de febră tifoidă nu toate au făcut și recidivă ușoară, ci numai 21, în 4 cazuri recidiva a fost de gravitate mijlocie, în un caz chiar gravă.

Din cele 27 de cazuri mijlocii de febră tifoidă, 16 cazuri au făcut o recidivă ușoară, 10 o recidivă mijlocie, în schimb în un caz recidiva a fost gravă.

Din cele 21 cazuri grave de boală, 9 cazuri au făcut o recidivă ușoară, 10 o recidivă mijlocie, în 2 cazuri recidiva a fost gravă. Dintre aceste ultime un caz a și sucombat în recidivă. Observația acestui caz mortal în recidivă pe scurt este următoarea:

B. S. bărbat de 28 ani, frânar, intră în Spitalul Epidemic din Cluj la 7-V-1938, cu o febră tifoidă de gravitate mijlocie. Reacția Vidal este pozitivă 1/320 în a 14-a zi de boală, hemocultura pozitivă pentru bacili tifici. Perioada febrilă a bolii durează 24 de zile, apoi intră în defervescență și în convalescență. Pleacă acasă după 15 zile de afebrilitate vindecat. După 4 zile de ședere acasă (deci după 19 zile de afebrilitate) face o recidivă

cu care revine în serviciu în 20-VI-1938. Recidiva se prezintă cu întreg tabloul clinic al febrei tifoide, însă ia o evoluție foarte gravă. Reacția Vidal este pozitivă pentru bacili tifici, 1/1280, hemocultura la fel este pozitivă. Simptomele clince devin de o gravitate excepțională, face și o congestie dublă pulmonară și în a 14-a zi a recidivei sucombă.

In rezumat se poate spune că recidivele mai deseori sunt ușoare, mai ușoare decât primul puseu de boală, însă există și cazuri cu recidive grave, chiar unde primul puseu de boală a fost ușor, în mod excepțional poate surveni și sfârșit letal în recidivă.

Complicații. In general în cursul recidivei se pot întâlni aceleași complicații ca și în timpul primului puseu de boală, totuși aceste complicațiuni sunt mult mai rari în cursul recidivelor. Astfel în cele 74 cazuri ale noastre am înregistrat următoarele complicațiuni: miocardită în 7 cazuri, colecistite în 2 cazuri, flebite în 3 cazuri, congestie pulmonară în 1 caz.

Numărul recidivelor mai deseori una, însă se pot întâlni 2-3-4-5 recidive. Dintre cazurile noastre în 5 cazuri s'au înregistrat câte 2 recidive, într'un caz 3 recidive, în celelalte câte o singură recidivă.

După sex au fost 39 bărbați și 35 femei, deci un număr aproape egal pentru ambele sexe.

On fait quelques considérations sur les récidives dans la fièvre typhoide en liaison d'une statistique de 703 malades, observés et traités dans l'Hôpital Epidémique de Cluj pendant les années 1935-1940. Sur ces 703 cas 74 ont fait des récidives, donc 10,5%. Les récidives surviennent approximativement avec la même fréquence dans tous les cas de fièvre typhoide, soit dans les formes légères, soit dans les formes graves de maladie. Généralement les récidives évoluent avec un tableau clinique plus léger que dans la première poussée de la maladie, pourtant il y a des cas plus rares, où les récidives évoulent très gravement, quoique la première poussée de la maladie ait été légère ou moyenne. On a noté aussi un cas mortel dans la récidive. Les complications sont plus rares au cours des récidives. Le nombre des récidives généralement a été de un, dans 5 cas, la récidive a a été double, dans un cas elle a été triple. Les récidives surviennent plus souvent jusqu'à 10 jours d'afébrilité, mais les cas de récidive ne sont pas rares entre 10-20 jours, entre 20-30 jours d'afébrilité. On a noté un cas de récidive après 31 jours d'afébrilité.

Es werden Betrachtungen angestellt über Typhus-Rezidiven im Zusammenhang mit einer Statistik von 703 Typhuskranken, beobachtet und behandelt im Klausenburger Epidemie-Spital, in den Jahren 1935-1940. Von diesen 703 Fällen waren 74 Rezidive, also 10,5%.

Die Rezidive tritt bei allen Typhusfällen im selben Prozentsatz auf, sei es bei leichten oder schweren Fällen. In allgemeinen ist sie leichter als der erste Anfall, doch gibt es auch Fälle von schwerer Rezidive, trotzdem der erste Anfall ein leichterer oder mittlerer war. Auch ein Todesfall wurde verzeichnet. Die Komplikationen sind seltener bei Rezidiven. Zahl der Rezidive: meist nur eine, in 5 Fällen zweimal und in einem Falle dreimal. Meistens tritt die Rezidive bis zum 10-ten Tage der Fieberlosigkeit auf nicht selten auch zwischen dem 10 und 20-ten Tage und 21-30-ten Tage; ein Fall wurde nach 31 Tagen der Fieberlosigkeit verzeichnet.

EXCIZIA, CA TRATAMENT AL ULCERAȚIEI RADIONECROTICE

de

V. GOMOIU și VIORICA GOMOIU

Ca să fixăm mai bine atenţiunea asupra celor ce voim să spunem, redăm istoria clinică a cazului care ne-a determinat să facem această comunicare.

Este vorba de o doamnă G. J. care suferise acum doi ani de o bătătură în planta dreaptă şi o vindecase prin röntgenoterapie, aplicată chiar de soţul său.

După câtva timp însă bătătura s'a refăcut în acelaşi loc — la neivelul extremităţii anterioare a metatarsianelor din dreapta, — iar numita doamnă, cunoscând tratamentul indicat, a profitat de ascendentul pe care'l avea asupra personalului laboratorului, şi, la începutul lui Septembre 1939, în lipsa soţului, s'a lăsat tratată de o laborantă; iar rezultatul a fost că s'a produs o arsură care a distrus nu numai bătătura, ci, atât tegumentele învecinate cât şi ţesuturile subjacente.

Nefiind în măsură să discutăm anatomia patologică a leziunilor, am adoptat termenul de „ulcer radionecrotic" ce s'a dat acestui gen de „arsuri", iar pentru lămurirea lui, dăm cuvântul D-rilor Regaud şi Lacassagne [1]) — Quand à l'action de destruction — zic ei — elle a été le premier effet radio-biologique connu" ...„Lorsqu'on soumet, pendant un temps suffisamment, un organe, quel qu'il soit, à un rayonnement peu pénétrant, il en résulte toujours la destruction de ses couches les plus superficielles. Il s'agit là d'une lésion essentiellement nécrotique, frappant, indifféremment et au même degré, tous les éléments constitutifs du tissu envisagé, et entraînant leur mort, imediate ou prochaine, dans une certaine epaisseur".

In adevăr. După 1-2 săptămâni de la acele şedinţe — „suffisamment prolongées" — regiunea tratată a devenit sediul unei senzaţii de arsură şi apoi al unor dureri din ce în ce mai atroce, iar după circa $1\frac{1}{2}$-2 luni, ţesuturile iradiate, au început să se mortifice.

In ciuda tratamentelor adequate, mortificarea ţesuturilor a mers adâncindu-se din ce în ce, iar durerile au început să iradieze spre gambă.

Această stare — cu pierdere de substanţă, al cărui aspect devenea tot mai îngrijorător, şi cu dureri pe care însăşi morfina nu le mai calma de cât pentru foarte scurt timp, — a durat nu mai puţin de trei luni. —

1) Cl. Regaud et. A. Lacassagne — Effets histophysiologiques des rayons de Röntgen — Archives de l' Institut du radium, vol. I. fasc. I, 1927, pag. 3.

până când, în desperare de cauză, la 23 Ianuarie 11940, bolnava a fost internată în serviciul chirurgical de la spitalul „Sf. Elena".

Procesul de mortificare interesa atunci treimea mijlocie a jumătății anterioare a plantei, iar în adâncime ajunsese până la desgolirea metatarsianelor; suprafața golului creat avea un aspect cenușiu-murdar și era îmbibată de o secreție murdară și rău mirositoare.

In fața acestei stări, n'am exclus nici eventualitatea unui cancer, și, cu acest gând, am făcut **biopsia**, dar rezultatul examenului anatomo-patologic, făcut de d-nii D-ri Stoia și Marinescu-Slatina, ne-a asigurat că este vorba de un „țesut proliferativ", fără indicii de malignitate.

In consecință, am continuat tratamentul, punând la contribuție toate mijloacele cunoscute de Mica Chirurgie, — dar, zadarnic am perseverat timp de încă o lună și jumătate, căci procesul de mortificare a progresat, iar durerile — cu excepția câtorva rari și scurte intervale de pseudo-acalmie — au determinat pe bolnavă să reclame amputația.

Luând în considerare chiar această perspectivă, am voit totuși să servesc bolnavei consolarea că s'a încercat totul mai înainte de consumarea ireparabilului, — și, la 8 Martie 1940, am făcut o excizie largă a țesuturilor plantare interesate, — după ce, avertizasem însă pe bolnava despre neajunsurile unei eventuale cicatrice plantare.

Ei bine. Contrar impresiei imediate — produsă de faptul că am lăsat complect descoperită extremitatea anterioară a metatarsianelor II, IV și în special III, a cărui vitalitate părea compromisă, — rezultatul acestei intervenții a fost cu adevărat uimitor: durerile au dispărut imediat, — sau, dacă s'au mai ivit din când în când, în primele zile după operație, ele au fost foarte ușoare și trecătoare. Pereții plăgii au început curând să mugurească, și, treptat, mugurii au acoperit suprafața desgolită a metatarzianelor, iar la 29 Martie 1940, numita a părăsit spitalul, aproape complect vindecată.

Biblioteca Centrală Universitară Library Cluj

A trecut de atunci aproape un an, și totuși, fosta bolnavă se menține complect sănătoasă, și poate să umble, ca și când n'ar fi avut nimic.

Ori, tocmai această constatare constitue fondul real sau pozitiv al comunicării noastre, — adică, eficacitatea exciziei în tratamentul ulcerației radionecrotice, și, am socotit util să atragem atenția asupra acestei metode terapeutice, de oarece, în speță, s'a insistat așa de puțin, sau deloc, asupra ei.

N'am cercetat bibliografia ca să aflăm dacă această operație s'a mai practicat sau nu, dar sigur este că ea nu aparține practicei curente.

In orice caz, chestiunea merită cu atât mai mult să fie urmărită, spre a se afla dacă nu cumva o excizie mai timpurie nu ar fi în stare să limiteze procesul necrotic și să cruțe bolnavilor atâta interval de chinuri.

Rezultatul obținut în cazul de față mai este însă important sau instructiv și prin faptul că înfrânge așa zisa „lege chirurgicală" care interzice așezarea cicatricei în zonele expuse traumatismului, căci, — după cum spuserăm, — operata noastră calcă foarte bine, chiar pe cicatrice, fără să aibă nici cel mai mic neajuns.

Ar fi fost desigur interesant de știut natura leziunilor intime ale tuturor țesuturilor extirpate, — căci am fi ajutat poate și la lă-

murirea procesului histo-patologic al ulcerului radio-necrotic. Din nefericire însă, piesa s'a pierdut, şi, aceasta constitue — recunoaştem — o lacună a comunicării noastre, — dar, cine va repeta ceia ce am făcut noi, va avea prilejul să complecteze şi ceia ce, fără voe, am omis.

VICTOR GOMOIU et M-me VIORICA GOMOIU: **L'excesion comme traitement de l'ulcération radio-nécrotique.**

A la suite de la röntgenothérapie, mal appliquée, contre un cor plantaire, il en resulta une ulcération radio-nécrotique au niveau des extrémités des métatarsiens II-IV.

En dépit de tous les soins donnés pour guérir la dite lésion, l'état s'est-dans les quatre mois suivants-tellement agravé, par le progrès de l'ulcération et à cause des douleurs qui devinrent intolérables, que la malade demanda qu'on lui ampute la jambe.

Cependant, avant de prendre une telle décision extrême, nous avons pratiqué une large excision des tissus plantaires interessés-en allant à la periferie jusque dans les tissus sains, et en profondeur jusqu'à la surface des metatarsiens, qui etait déjà denuée par le procès nécrotique.

Cette opération s'est montrée d'une efficacité surprenante par son résultat immédiat et tardif,-car les douleurs ont cessé incontinent, et bientôt commença le bourgeonnement qui mena à une guérison assez rapide.

Ce résultat-c'est à dire, la guérison-se maintient depuis près d'un an, et l'ancienne malade peut très bien presser, en marchant, sur sa cicatrice plantaire.

D-r V. GOMOIU und Frau D-r VIORICA GOMQIU: **Das Ausschneiden als Behandlung der radio-nekrotischen Geschwürbildung.**

Nach einer schlechtangewandeten Röntgentherapie für ein fussohlen Hühnerauge, bekam eine Dame eine radio-nekrotische Geschwürbildung an der vorderen Ende der IV. u. V. Metatarsen.

Trotz allen Versuchen diese Wunde zu heilen, — wurde sie in den folgenden vier Monaten immer schlimmer, weil die Ulceration tiefer ging und die Schmerzen unerträglich wurden, so dass die Kranke sogar eine Amputation erwünschte.

Bevor dem Eingriff einer solchen harten Entscheidung, machten wir einen breiten Ausschnitt, das ganze Gebilde umgebend bis in die gesunden Gewebe; in der Tiefe ging der Ausschnitt bis zu Oberfläche der Metatarsen, die schon durch den nekrotischen Prozess frei gelegt waren.

Das Resultat war überraschend gut, denn die Schmerzen sind wie Zauber verschwunden; — bald begin der Fleichauswuchs; — und die Vernarbung ging sehr rasch vor sich.

Die erhaltene Heilung besteht bereits schon seit einem Jahr, und die gewesene Kranke tritt ohne jede Beschwerde auf der Narbe ihrer Fussohle.

Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

CLISMELE EVACUATOARE

de

D-r ST. ODOBLEJA

(Partea II)

TECHNICA CLISMELOR

Rezumăm, în rândurile de mai jos, tot ceeace privește chestiunile de aplicațiune technică a clismelor.

Cu ce lichid se face clisma? Cu apă de fântână, apă de băut. Dacă apa e murdară sau suspectă, se va fierbe în prealabil. Dacă e iritantă sau acidă, i se va adăuga puțin bicarbonat de sodiu. Pentru clisma evacuatoare (clisma obișnuită, spălătura colonului) aceea care constitue subiectul studiului nostru, al cărei uzaj trebue extins și pe care putem s'o aplicăm cu ochii închiși, nu e nevoe s'adăugăm nici săpun, nici untdelemn, nici sare, nici hipermanganat de K, nici ceaiuri de tei sau nalbă. Clismele medicamentoase sunt aplicațiuni interesante și prețioase, dar ele nu ne preocupă aci; putem spune doar atât că uzajul lor trebue mult restrâns și de aproape supravegheat.

Cu ce aparetaj? Irigatorul e preferabil, dar se poate folosi și enema (tub cu pară la mijloc) sau para mare de cauciuc care se umple și se golește prin acelaș orificiu. Irigatorul de cauciuc are avantajul de a fi foarte portativ, iar cel de sticlă are avantajul de a permite să urmărim scurgerea apei.

Canula trebue să fie largă, din ebonit sau sticlă, bine lustruită și fără asperități.

La ce temperatură? Niciodată la o temperatură prea scăzută, niciodată la o temperatură prea ridicată, și nici la temperatura neutră a corpului. Evitându-se atât temperaturile extreme cât și temperatura medie, se vor prefera totdeauna intermediarele lor:

apa rece, dar nu prea rece;

apa caldă dar nu fierbinte.

Iarna se vor administra de preferință clisme calde; vara, din contră, clisme reci. In cazuri de spasm colic se vor face clisme calde; în cazuri de atonie se vor administra clisme reci.

La ce presiune? In genere la o presiune apreciabilă, — irigatorul ridicat la 1,50 m. sau chiar 2 m. spre a exercita un efect mecanic mai pronunțat. In cazurile noui sau suspecte irigatorul nu trebue să fie ridicat mai sus ca 1 m.

Cât introducem canula? Atât cât trebue ca să treacă sfincterul; practic: până ce apa începe să se scurgă din irigator, — deci, cam 2—4 cm.

Cum se introduce canula? Foarte încet, evitând forța. Canula e bine să fie în prealabil unsă cu un corp gras (vaselină sau alt lubrifiant). In timp ce se introduce canula, irigatorul nu trebue lăsat jos (așa cum se obișnuește) ci din contră ridicat cât mai sus posibil: în modul acesta apa care iese sub presiune constitue ca o sondă prealabilă flexibilă și inofensivă, mergând înaintea canulei și deschizându-i drumul.

Cine ține irigatorul? Irigatorul îl ține fie infirmierul, fie bolnavul însuș, fie de preferință, un cui bătut în perete, — procedeu permițând de a economisi personalul, menajându-i totdeodată susceptibilitățile.

Cine introduce canula? Oridecâteori este posibil, e recomandabil ca bolnavul să fie pus să-și introducă el însuș canula. Se evită astfel aprehensiunea și jena din partea sa, iar pe de altă parte, condus de propria-i sensibilitate, el reușește să-și introducă această canulă mai în direcția potrivită, evitând orice manevră brutală dureroasă. In acelaș timp se menajează infirmierii, cari resimt o repulsiune naturală față de această aplicațiune terapeutică, — de unde tendința lor de a se eschiva dela administrarea clismelor. Deaceea, în majoritatea cazurilor se poate proceda astfel: medicul prescrie clisma, infirmierii învață pe bolnav cum s'o facă; iar acesta și-o administrează singur.

Cum se controlează scurgerea lichidului? Mai întâiu după irigator (mai ales dacă e de sticlă); al doilea, după vibrațiile tubului de cauciuc (degetele cari țin tubul simt cum se scurge apa).

In ce doze? Uzual, $1/2$—$1/3$ litru pentru o clismă. Sub $1/2$ litru clisma e ineficace și apa riscă să fie reținută; peste $1\,1/2$ litru intestinul poate reacționa dureros, ceeace este de evitat.

Câte la rând? Atâtea câte trebue ca să producă efectul dorit (evacuarea). In genere, dacă o clismă n'a evacuat nimic trebue făcută o a doua, și dacă nici aceasta n'a avut efect se poate face o a treia.

Dacă prima, sau și a doua și a treia clismă n'au eliminat decât materii solidificate, atunci trebue insistat repetându-le până ce vor fi evacuate materii fecale moi. Numai atunci putem spune că intestinul este liber. Numai atunci putem avea siguranța că intoxicația încetează. Intr'adevăr, câtă vreme mai există încă în intestin un dop solid, e fără valoare faptul că s'au eliminat cantități mici de excremente fărămițate solide, petrificate.

Deasemenea, dacă nu iese din intestine decât apă murdară

(materii diareice în lichidul de clismă) trebue insistat până când această apă iese curată. Putem administra astfel până la 10—15 clisme una după alta. De obiceiu e suficentă o serie de 2—3 clisme consecutive pentru a obține un efect radical. Când nu urmărim un efect așa de radical, poate fi suficientă și o singură clismă (cazuri ușoare; cazuri cronice). Rămâne totuș stabilit că numai starea bolnavului și evacuarea obținută decid asupra necesității repetițiilor.

Câte pe zi? Doza zilnică uzuală este de 3 clisme (sau serii de clisme) pe zi: dimineața, la prânz și seara. In cazuri acute pot fi necesare mai multe (5—6 clisme pe zi), iar în cazuri ușoare sau cronice e suficient a se administra 1—2 clisme pe zi.

La ce intervale? La minimum 3 ore, la maximum 24 ore, — uzual la 6—8 ore interval. Când se aplică în serii de 2—3 clisme consecutive, nu trebue păstrat nici-un interval între clismele aceleiaș serii: se administrează o nouă clismă imediat după evacuarea precedentei.

Cât se reține o clismă? Contrar uzajului curent, clisma nu trebue deloc reținută: lichidul trebue evacuat imediat ce el a fost introdus. Decât o clismă reținută, mai bine una repetată (excepție poate pentru cazuri de constipație cu excremente solidificate). Idealul e ca irigatorul să fie chiar la closet. In cazuri grave, evacuarea se face la oala de noapte.

In ce poziție se face clisma? La bolnavii imobilizați la pat, clisma se face la pat. La toți ceilalți, cari se pot ține pe picioare, clisma li se administrează în poziția în picioare.

Inainte sau după masă? Dimineața, imediat după luarea ceaiului. La prânz: fie cu $1/2$ oră înaintea mesei, fie de preferință cu 2—3 ore după masă. Seara: la culcare, 2—3 ore după cină.

Cum verificăm efectele? Pentru efectul direct și local (acela de evacuare) vom obișnui să obligăm pe bolnav a utiliza vasul de noapte. In modul acesta putem măsura cantitatea de materii evacuate și putem totdeodată să sesizăm retenția eventuală a lichidului introdus prin clismă, ceeace ne permite să luăm măsurile de rigoare (repetarea clismelor; schimbarea temperaturei lichidului; masajul abdominal; ingestie de lichide, etc.).

Pentru efectul indirect și de repercusiune generală, vom avea grije să examinăm bolnavul înainte de clismă, notând temperatura și celelalte simptome; după clismă (la $1/2$—$3/4$ oră) îl reexaminăm și comparăm rezultatele.

INDICAȚIUNI TERAPEUTICE

Constipația, acută sau cronică, constitue cea mai categorică indicațiune a clismelor, cu efectele cele mai evidente și mai remarcabile. In constipația cronică se vor face încercări ca defecația să fie normalizată prin regim, medicamente digestive, mișcare, hidroterapie, etc., păstrând clismele ca o medicație de necesitate pe timpul crizelor acute. Totuș, când toate încercările eșuiază și când există simptome de autointoxicație, medicul nu va pregeta de a recomanda uzul regulat și zilnic al clismelor.

Clismele nu sunt indicate numai în constipaţia recto-sigmoidiană, ci şi în constipaţia transversului precum şi în aceea a cecului şi a colonului ascendent, unde ele acţionează atât pe cale reflexă cât şi direct. De obiceiu, acţiunea reflexă exercitată de clismele uzuale (1/2—3/4 litru de lichid) este suficientă, mai ales că, în această porţiune a intestinului, fecalele posedă o consistenţă semi-fluidă.

Cum acţionează clisma evacuatoare, cu apă simplă, în cazurile de constipaţie?

1) Inmoae materiile fecale solidificate, disolvându-le;

2) Mobilizează aceste materii (cari uneori se găsesc bine fixate într'o porţiune oarecare a intestinului gros) şi le desprinde, împingându-le în sus, prin presiunea ce produc în rect;

3) Lubrefiază intestinul, determinând o uşoară alunecare în jos a materiilor fecale;

4) Excită sensibilitatea şi contractilitatea intestinelor lenevite şi atone;

5) Calmează contractura intestinelor iritate şi contracturate;

6) Diluiază concentraţiunea şi toxicitatea materiilor fecale şi micşorează efectul lor iritant asupra mucoasei intestinale;

7) Curăţă şi spală mucoasa intestinală, activând ca topic;

8) Măresc şi desvoltă sensibilitatea şi contractilitatea intestinală, reeducându-le, à la longue.

Aceste acţiuni multiple ale clismelor se pot împărţi din diferite puncte de vedere: acţiuni mecanice şi acţiuni reflexe; acţiuni directe şi acţiuni indirecte; acţiuni asupra conţinutului intestinal şi acţiuni asupra intestinelor; acţiuni imediate şi acţiuni tardive, etc.

Biblioteca Centrală Universitară Cluj

Clismele nu sunt indicate numai în constipaţiile manifeste, ci şi în cele latente, ocult sau camuflate. „Scaun regulat" nu însemnează în mod cert funcţionare normală a intestinelor. Astfel, un bolnav poate să aibă scaun regulat, zilnic, dar cu o întârziere de eliminare pe care n'o poate sesiza decât o examinare mai atentă: el elimină azi ceeace a mâncat alaltăeri şi ceeace trebuia să se elimine ieri. Defecarea se face, în acest caz, „prin debordare", se evacuiază numai ceeace trece peste o anumită măsură, dar nu se evacuiază totul. Această evacuare incomplectă menţine o stază intestinală cronică cu efecte de intoxicare permanentă. Clismele trebuesc deci încercate chiar atunci când scaunul este regulat, oridecâteori bănuim o stază intestinală latentă. Se va renunţa la ele numai atunci când, după mai multe probe negative (apa ieşind înapoi curată) ne vom convinge că scaunul e normal cu adevărat, şi nu numai în aparenţă. Pentrucă o clismă e mai practică, mai expeditivă, mai ieftină şi mai comodă decât un examen radiologic cu prânz opac, când e vorba de stabilit dacă pacientul are sau nu stază colică. O clismă e mai puţin repugnantă, atât pentru medic cât şi pentru pacient, decât o examinare microscopică a fecalelor, în scop de a preciza, după rezidii, durata traectului intestinal. Şi încă un avantaj: proba clismei are superioritatea de a constitui o probă diagnostică şi, totdeodată, o probă terapeutică.

Clismele nu sunt indicate numai în constipaţie, ci, deopotrivă, şi în diaree, unde acţionează:

1) Stimulând peristaltismul şi accelerând evacuarea substanţelor diareice, foarte iritante pentru intestin;

2) Diluând toxicitatea, uneori cu adevărat caustică a materiilor diareice;

3) Eliminând cât mai complect aceste materii cari sunt totdeodată toxice locale şi toxice generale;

4) Calmând iritaţia şi activând ca topice.

Se ştie, dealtfel, că şi purgativele sunt recomandate în diaree, cu scopul de „a curăţi" mai repede şi mai complect intestinul; numai după aceea se administrează medicaţia antidiareică propriu zisă, topică şi simptomatică. Teoria nu e lipsită de o bază logică, şi metoda e bună în cazurile când reacţiunea diareică este produsă de către alimente alterate. Dar administrarea sistematică a purgativelor în cazuri de diaree constitue o mare greşeală în cazurile când diareea e produsă de către substanţe laxative medicamentoase sau alimentare (bere, cireşe, zeamă de varză, iaurt, lapte bătut, etc.), căci înseamnă a da bolnavului un purgativ după alt purgativ, — două purgative succesive, dintre cari cel de-al doilea vine să agraveze efectele deja rele ale celui dintâiu. Administrarea sistematică a purgativelor în diaree constitue deasemenea o greşeală atunci când diareea survine ca un efect al constipaţiei, o reacţiune la excesul de constipaţie, o auto-purgaţie: se dă atunci bolnavului un purgativ tocmai în momentul când organismul nu mai are nevoe de el. Acest purgativ tardiv administrat, determină o supra-purgaţie dăunătoare.

Clisma n'are nici-unul din aceste inconveniente; ea nu expune la nici-un risc.

Clismele sunt folositoare în mai toate afecţiunile tubului digestiv: în dizenterie, în apendicită, în entero-colite, în febra tifoidă, în hiperclorhidrii, în ulcerul gastro-duodenal, în dispepsii şi indigestie. Degajarea şi curăţirea prin clisme a colonului se repercutează în mod favorabil asupra întregului tub digestiv situat deasupra:

1) Indepărtând obstacolul mecanic şi permiţând progresiunea materiilor de deasupra, — uşurând deci evoluţia normală a chilului;

2) Diluând concentraţiunea materiilor fecale şi micşorând efectul lor iritant asupra mucoasei intestinale;

3) Eliminând cantităţi mai mari sau mai mici de fecale fermentiscibile, gazogene, iritante şi toxice;

4) Eliminând, odată cu fecalele, nenumăraţi microbi şi tot atâtea surse de infecţie;

5) Transformând „colecţia infectată închisă" a intestinului gros într'o „colecţie deschisă" relativ desinfectată prin evacuare şi spălare;

6) Eliminând gazele intestinale, cari produc o hipertensiune intra-intestinală, cu rezorbţie exagerată de toxine şi microbi şi cu atonie intestinală consecutivă:

a) Suprimând destinderea intestinală, meteorismul şi atonia;

b) Suprimând rezorbţia prin compresiune a toxinelor şi microbilor la nivelul intestinului gros;

c) Redând intestinelor tonicitatea lor normală şi contractilitatea;

d) Adaptând intestinele la conţinut şi făcându-le să aibă priză directă asupra acestui conţinut, fără interpunere de gaze;

e) Redând glandelor condiţiuni normale de funcţionare;
f) Permiţând scurgerea în intestin a secreţiunilor glandulare;
g) Favorizând circulaţia sângelui în vasele pereţilor intestinali;
7) Exercitând o acţiune calmantă asupra contracturilor, colicilor şi mişcărilor spasmodice intestinale.

Apendicita este foarte adesea provocată, favorizată sau agravată de către staza intestinală. Suprimând tensiunea din interiorul colonului, clismele suprimă în acelaş timp tensiunea nefastă dela nivelul apendicelui. Deaceea 99% din apendicitele diagnosticate ca atare se pot preveni şi vindeca prin clisme şi regim. Combătând sistematic, prin clisme, constipaţia şi staza intestinală, se va putea obţine atât retrocedarea crizei acute cât şi prevenirea ei pe viitor. Clismele nu pretind dealtfel să reuşească a evita întotdeauna intervenţia chirurgicală; dar şi atunci ele se simt de folos spre a fixa cât mai de grabă indicaţiunea operatorie (o apendicită care nu e influenţată prin clisme în câteva ore, trebue operată) şi spre a pregăti pe bolnav pentru operaţie (un bolnav „clismat" se operează mai uşor şi mai sigur decât unul neclismat).

In operaţiile pe intestine, ca şi în toate operaţiile abdominale, clisma e de rigoare ca pregătire preoperatorie, iar purgativul este din ce în ce mai delăsat. Operaţia este o probă grea care cere organismului să fie în formă şi în plenitudinea forţelor sale, spre a putea rezista şi a trece cu bine această probă. Ori, în timp ce purgativul slăbeşte şi epuizează pe bolnav, clisma, în schimb, nu-i produce nici cel mai mic rău. Clisma oferă chirurgului un pacient în forţe, cu intestinul curat şi fără nici-o urmă de maltratare chimică a mucoasei intestinale, fără nici-o soluţie de continuitate prin care un microb anonim să invadeze peritoneul sau sângele şi să provoace dramatice dezastre.

In disenterie şi febra tifoidă clisma lucrează curăţind intestinul de microbi, toxine şi fecale. Ne mai având a lupta cu pericolul interior, intestinul îşi poate astfel concentra toate forţele sale spre a lupta pe-o zonă mai restrânsă şi pe-un singur front: acela al boalei care-i subminează parenchimul.

In dispepsii, clismele evită agravarea în cerc vicios produsă prin fermentaţia şi putrefacţia alimentelor nedigerate. Dispepsia devine astfel compensată şi bine tolerată, iar dispepticul nu mai e chinuit de balonarea prin gaze, nici de simptomele secundare de intoxicaţie (oboseală, nervozitate, somnolenţă, cefalee, ameţeli, insomnie, etc.): el rămâne expus numai pericolului de subnutriţie, pe care, cu un regim şi o medicaţiune apropiată, îl poate adeseori înlătura.

In hiperclorhidrie clismele constituesc unul din cele mai bune calmante ale hipersecreţiei.

In ulcerul gástro-duodenal clismele sunt un important adjuvant al vindecării medicale. Fără a constitui o medicaţiune etiologică, ele exercită totuş o acţiune binefăcătoare continuă care nu trebue niciodată neglijată. Suprimând staza, menţinând o permanentă stare de curăţenie intestinală, combătând hiperclorhidria şi calmând durerile, clismele intervin în tot atâtea puncte spre a tăia cercul închis al acestei boale de lungă durată şi de permanent risc.

Clismele nu sunt indicate numai în boalele tubului digestiv, ci într'o mulțime de boale ale altor aparate, precum și în mai toate maladiile generale. Tubul digestiv constitue primul aparat al organismului, în ordine cauzală și etiologică: aci e prima treaptă spre viață; aci vin alimentele — factorii vitali — și tot aci se aplică și efectul celor mai multe toxine, cauze ale boalei și ale morții. Deaceea multe boale își trag originea „din stomac" și se cer tratate prin stomac. Iar dintre celelalte, aproape toate suportă influența stomacului, fie în rău, fie în bine, complicându-și cauzele lor primordiale cu cauze secundare de ordin digestiv și necesitând, în consecință, intervenția unei terapeutici digestive suplimentare. Nici-o mirare, deci, dacă clismele își afirmă efectele lor binefăcătoare în boli cari n'au, în aparență, nici-o legătură cu tubul digestiv.

Cele mai multe maladii au cauze multiple, și printre aceste cauze staza intestinală este un factor frecvent. Alături de răceală, oboseală și inaniție, intoxicația gastro-intestinală este una din cauzele ocazionale banale ale îmbolnăvirii. Rolul său e considerabil în amigdalită, coriza, astm, bronșită, pneumonie, gripă, reumatism, furunculoză, dermatoze, hipertensiune arterială, nefrite, hepatite, icter, tuberculoză, psihoze acute, neurastenie, etc. Deaceea clisma constitue un agent obligat al oricărei terapeutici intensive, nefiind permis a lipsi pe bolnav de beneficiul acestei medicațiuni adjuvante inofensive, de succes constant, fără echivocuri, și a cărei aplicațiune poate fi decisivă în evoluția spre vindecare a multor maladii cu etiologie nesigură și cu o terapeutică ipotetică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Clismele nu sunt indicate numai în maladiile determinate de către staza intestinală, ci și în toate maladiile determinante de stază intestinală. Uneori auto-intoxicația de natură intestinală nu e primitivă, ci secundară, simptom și efect al unei boli care a precedat-o în timp și a determinat-o cauzal. Odată instalată, însă, ea tinde să persiste, devenind o cauză principală de întreținere și de agravare a bolii care o determinase. Se constitue astfel un cerc vicios:

boală-stază-intoxicație-boală

pe care clisma vine să-l rupă, evitând complicațiile și agravarea bolii și aducând un apreciabil aport spre vindecare.

Clismele nu înlocuesc numai purgativele; ele înlocuesc, deasemenea, sau complectează, cu mai mult sau mai puțin succes, o mulțime de alte medicațiuni: antisepticele intestinale, antifermentiscidele, antireumaticele, antifermicele, antinevralgicele și analgezicele, calmantele, hipnoticele, depurativele, antitoxicele și medicația hipotensivă.

Clismele sunt indicate ca antifermentiscide și antiseptice intestinale: eliminând materialul fermentabil — fecalele — ele îndepărtează atât microbii fermentației cât și mediul lor favorabil. Asepsia realizată de către clisme pe cale mecanică este relativă iar nu absolută, dar ea este, totuș, superioară antisepsiei intestinale care combate cu mai puțin succes infecția și microbii și care are în plus desavantajul de a irita intestinele și totdeodată de a ucide fermenții digestivi (mult mai fragili decât microbii) aducând serioase turburări digestiei și expunând astfel la subnutriție, slăbire și anemie.

Clismele sunt indicate ca medicaţiune antireumatică. Se cunoaşte actualmente importanţa considerabilă pe care factorul digestiv şi staza intestinală o au în etiologia şi patogenia reumatismului, precum şi rolul indiscutabil al factorului „stare generală". Microbii şi toxinele ce provoacă reacţiunile articulare îşi au, de regulă, bazele lor de operaţiune în intestinul gros: acesta este cel care îi lansează în circulaţie. S'a insistat mult, în ultimul timp, asupra corelaţiunii: reumatism=amigdalită, şi pare că s'a uitat o altă ecuaţiune, şi mai categorică: amigdalită = stază intestinală, care ne permite a ajunge pe cale matematică la o a treia ecuaţiune: reumatism=stază intestinală.

Dacă medicaţia salicilică are oarecari efecte binefăcătoare în reumatism, aceste efecte se datoresză nu atât vre-unei specificităţi caracteristice, ci pur şi simplu calităţii sale antifermentiscide, proprietate cunoscută azi de orice gospodină şi folosită pe-o scară întinsă pentru conservarea substanţelor alimentare. Dar salicilatul (şi derivatele sale) nu inhibă numai fermentaţiile microbiene, ci şi pe acelea a fermenţilor digestivi şi digestia. Alimentele se plimbă de sus în jos prin tubul digestiv fără a suferi nici-o transformare: ele sunt eliminate în starea în care au intrat şi fără să fi folosit cu ceva organismului. Salicilatul combate fermentaţiile intestinale, dar preţul acestei victorii locale e scump plătit: pe lângă iritaţia intestinală, oarecum corigibilă, el produce o stare de subnutriţie cu debilitare, anemie şi stare generală rea, având uneori drept urmare o înrăutăţire a reumatismului.

Cu salicilatul câştigăm bătălia dar pierdem războiul; cu clismele câştigăm şi una şi alta: ele nu irită intestinele; ele combat fermentaţiile intestinale, dar fără a prejudicia digestiei şi fără a sacrifica starea generală. Clismele determină — uneori foarte repede — scăderea temperaturei, cedarea tumefacţiilor articulare, încetarea durerilor şi ameliorarea stării generale. Cordul e menajat, iar complicaţiile cardiace evitate.

Clismele sunt indicate ca antitermice. Febra constitue, de multe ori, la începutul boalei, un diagnostic în sine, o entitate provizorie, simptomul „febra" apărând de multe ori izolat, fără nici-o altă asociere care să ne permită a ne localiza într'o ipoteză. „Febrilul" rămâne adesea o problemă nerezolvată timp de 24 ore şi mai mult, fiindcă noi n'avem totdeauna posibilitatea de a diseca imediat pe bolnav în lumina tuturor probelor de laborator. Tocmai de aceea febra este una din indicaţiile cele mai precise ale clismelor, cari fac adeseori ca boala să fie jugulată mai înainte chiar ca ea să fi fost bine identificată. Bine'nţeles, această acţiune antitermică n'are în sine nimic specific, dar rezultatele strălucite obţinute prin clisme ne arată cât de des intervine staza şi rezorbţia intestinală în mecanismul febrei. Există, desigur şi febre rebele, şi clismele au atunci marele merit de a ni le impune, din primele ore, atenţiei noastre, spre a le căuta în alte direcţii cauza şi remediul.

Clismele sunt indicate ca medicaţiune depurativă şi stenică. Admirabile depurative, adevărate băi interioare, ele produc o înviorare a organismului cu o stimulare a tuturor funcţiunilor. Eliminând toxine, ele procură un sânge mai curat, fără a expune organismul nici la ina-

Biblioteca Universitară Regele Ferdinand I. din Cluj ROMANIA

niţia diferitelor diete sau posturi, nici la cerinţele alimentării unilaterale (vegetariene, lactice, etc.), nici la deteriorarea prin purgative a tubului digestiv. Această „curăţire interioară" produce o senzaţie de bună stare corporală, de prospeţime şi sănătate comparabilă cu aceea resimţită după „curăţirea exterioară" prin bae. Somnolenţa şi indispoziţia dispar, atenţia şi agerimea cresc, pofta de lucru revine. Ceeace Metchnikoff obţinea prin iaurt, se poate deci obţine şi cu apă simplă.

Clismele sunt indicate ca medicaţiune calmantă şi hipnotică. Clismele exercită efecte calmante în stările de excitaţie şi exaltare. In insomnie clismele sunt suverane, şi înainte de a recurge la hipnotice, trebue să încercăm totdeauna dacă nu cumva clismele ne permit să renunţăm la aceste medicamente echivoce — cuţite cu două tăişuri — cari sunt somniferele şi opiaceele. Căci în loc să adoarmă, ca hipnoticele, prin supra-intoxicare, clismele provoacă somnul prin desintoxicare, şi acest somn e mult mai reparator decât cel procurat cu ajutorul somniferelor. Deaceea clisma constitue un agent de prim ordin în tratamentul de fond al insomniei, al neurasteniei, al asteniei, al melancoliei, al delirului acut, al confuziei mintale şi al maniei acute.

Clismele sunt indicate ca analgezice şi antinevralgice. Ele combat uneori cu succes cefaleea şi migrena. Ele calmează adesea nevralgia dentară precum şi pe cea intercostală. Asupra colicilor şi durerilor intestinale, efectul lor e şi mai direct, mai imediat, mai evident, făcând deseori inutile opiaceele şi beladona. In metrite, salpingite, ovarite şi cistite ele acţionează ca o bae caldă regională, calmând durerile şi normalizând circulaţia locală.

Clismele sunt indicate ca medicaţiune hipotensivă. Rolul toxinelor este indiscutabil în hipertensiunea arterială. Pletora, obezitatea şi inerţia intestinală sunt adeseori asociate. Deaceea medicul nu trebue să aştepte atacul de apoplexie pentru a prescrie clismele, alături de regim şi medicamentele adequate.

Clismele sunt indicate la cardio-renali. Factorii digestivi intervin în mod covârşitor în evoluţia, toleranţa sau intoleranţa cardiopatiilor (J. Mackenzie). Deaceea staza intestinală trebue riguros combătută, dar nu prin purgative (cari extenuiază şi mai mult pe un bolnav deja la limita forţelor sale) ci prin clisme, cari elimină numai toxinele patogene, nu şi forţele organismului. Este complect greşită părerea acelora cari cred că efectele bune ale purgativelor în asistolie s'ar datora deshidratării şi sustragerii unei cantităţi de limfă din sânge; în realitate deshidratarea este un rău care ar trebui evitat, singurul efect bun fiind desintoxicarea.

Clismele constituesc o bună medicaţiune substitutivă şi derivativă, eliminând în mod direct o mulţime de toxine, cari, altfel, ar trebui să fie eliminate prin rinichi. Clismele scutesc organismul de munca inutilă şi obositoare de absorbţie şi eliminare renală; dar mai ales ele îl scutesc de efectele generale ale acestor otrăvuri cari, până să fie eliminate prin rinichi, ar circula în sânge, influenţând toate organele. Clismele menajează intestinul, sângele, rinichii, creerul şi toate celelalte organe. Ele economisesc energia vitală, lăsând-o disponibilă

pentru alte acţiuni. In loc de a lăsa ca organismul să devie un aparat eminamente excretor, clismele preiau asupra lor excreţia, provocând-o pe cale mecanică şi lăsând organismului posibilitatea de a-şi mări randamentul activităţilor sale de relaţie. Ele reduc, întrucâtva, timpul necesitat de repaus şi somn. Reducând munca rinichilor, ele sunt de o importanţă capitală în toate afecţiunile renale.

Clismele sunt preţioase corective medicamentoase. O bună parte din intoxicaţiile medicamentoase (aşa zisele intoleranţe) se datorează factorului digestiv, fie că medicamentul adaugă toxicitatea sa la toxicitatea fecalelor, fie că medicamentul, atoxic în sine, se combină cu anumite substanţe alimentare, atoxice şi ele, dând naştere unui produs toxic. Clismele previn şi combat accidentele determinate de piramidon, aspirină, antipirină, etc. Ele se comportă astfel ca nişte corective cari fac să îndepărteze riscul accidentelor medicamentoase, asigurând un efect terapeutic pur, dând acţiunii vindecătoare mai multă eficacitate şi mai multă siguranţă.

Clismele sunt indicate ca medicaţiune antitoxică: ele previn şi vindecă accidentele post-neosalvarsanice. Chiar bolnavii cu intoleranţă declarată la neosalvarsan vor suporta cu uşurinţă medicamentul dacă se ia următoarele măsuri: 1) Să li se facă injecţia dimineaţa, pe nemâncate; 2) Să li se dea bicarbonat de sodiu înainte şi după injecţie; 3) Să li se administreze clisme.

Clismele sunt indicate în manifestaţiunile anafilactice: simptomele de intoxicaţie dispar repede după intrarea lor în acţiune, — probă că aceste intoxicaţiuni depind nu numai de un anumit aliment, ci şi de o anumită defectuoasă funcţionare a intestinelor.

Digitized by Central University Library Cluj

Pe lângă indicaţiunile din punct de vedere strict terapeutic, există încă indicaţiuni din alte puncte de vedere: economic, practic, social, etc.

In medicina populară, în medicina militară, în medicina asigurărilor sociale ca şi în medicina de spital, clismele sunt frecvent indicate:

1) Pentrucă arsenalul terapeutic este aci relativ redus, resursele economice fiind şi ele modeste;

2) Bolnavii sunt oameni simpli, relatările şi explicaţiunile lor sunt imprecise, convingerile lor adeseori greşite;

3) Mijloacele de examinare sunt rudimentare şi mai mult clinice, diagnosticul e adeseori nesigur, şi această nesiguranţă se poate prelungi 2—3 zile; tratamentul este, în consecinţă, prudent, mai mult general decât specific (cel puţin la început) şi procedând prin tatonare;

4) Personalul sanitar este de o calitate mediocră, ceeace impune o simplificare şi o standardizare a mijloacelor terapeutice, precum şi interzicerea utilizării de către infirmieri a mijloacelor periculoase (purgative, etc.), pe cari ei le aplică cu rost şi fără rost, totdeauna abuzând de ele.

CONTRA-INDICAŢIUNI

Nu se vor face clisme în cazurile când se bănueşte o perforaţie sau o leziune uşor perforabilă a intestinului gros: aceasta e singura contra-indicaţiune netă. Incolo, nici apendicita, nici peritonita, nici

afecţiunile utero-ovariene nu constituesc contra-indicaţiuni categorice, ci cel mul recomandaţiuni la prudenţă.

* * *

Trebue oare să generalizăm clismele ca pe un panaceu universal a toate vindecătorî? Nu aceasta e concluzia la care trebue s'ajungem. Din contră, trebue spus răspicat că un tratament care s'ar reduce la clismă ar fi un tratament sărac, mărginit, unilateral şi puţin eficace, la fel ca şi tratamentele cari scontează să vindece pe bolnav prin administrarea exclusivă a unui praf oarecare. N'avem intenţia să preconizăm un panaceu, ci voim din contră să combatem panaceele, reintegrând în drepturile lor adevăratele tratamente, cari trebue să fie intensive şi complecte, asociind toate armele terapeutice, utilizând toţi agenţii terapeutici, recurgând simultan şi succesiv la cât mai multe mijloace de vindecare. Nu voim să susţinem limitarea la clisme, ci voim să combatem limitarea la o singură doctorie. Nu propunem să se trateze boalele numai prin clisme, dar propunem ca în tratamentul lor să intre şi clismele. Nu suntem contra chimioterapiei, dar suntem contra disprețului nemeritat pe care marea majoritate a practicienilor îl au pentru fizioterapie.

Dacă domeniul de aplicare al clismelor, aşa cum l'am preconizat aci, pare mult prea larg, nu trebue să uităm că ele sunt o varietate de hidroterapie, — şi se ştie doar că aproape nu există boală în care să nu fie aplicabilă hidroterapia. Alături de repaus, somn, linişte, aer, lumină, soare, băi, fricţiuni, regim, divertisment, bună dispoziţie, etc., clismele constituesc unul din elementele higienei generale (sau tratamentului general) ce se repetă în mod stereotip în terapeutica tuturor boalelor, dela uretrita gonococică până la tuberculoza pulmonară, dela psoriazis până la delirul oniric.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CAZURI ŞI OBSERVAŢIUNI

Locotenentul A. P. cade la pat în după amiaza zilei de 16 Iunie 1931, suferind de: cefalee, vărsături, temperatură 38°. Chemat de către bolnav, şi cum în acea zi fusese foarte cald, mă gândesc la o insolaţie. I-am prescris: perne multe, comprese reci la cap, evacuarea stomacului prin vărsături provocate, cărbune medicinal Merck şi 0.50 ctgr. chininâ. Nu i-am prescris clismele:

1) Mai întâiu, fiindcă pe timpul acela aveam mai puţină încredere în ele;

2) Al doilea, fiindcă mă jenam să le propun unui ofiţer, pentru un caz aparent benign şi din primele momente ale unei maladii fără importanţă deosebită, — dat fiind caracterul repugnant al clismelor, din care cauză ele sunt cu greu acceptate şi numai atunci când gravitatea simptomelor o impune.

In dimineaţa următoare, văzând că durerea şi febra persistă, primul meu gând a fost administrarea unei clisme. Dar familia deja intervenise şi ceruse un consult. Cei patru colegi de consult au opinat că ne găsim în faţa unei crize de encefalită de natură sifilitică. In divergenţă de opinie cu colegii mei, am fost de părere că sifilisul, chiar dacă ar exista (şi deocamdată dovezile lipseau), nu e cauza principală a maladiei, şi am pledat pentru natura funcţională a maladiei, cauzată mai degrabă de insolaţie asociată unor factori digestivi. Dar clismele pe cari eu le preconizam au fost desaprobate de către colegii mei de consult. S'a decis un tratament antisifilitic urgent şi intensiv. I s'a făcut imediat o injecţie cu cianur Hg., urmată peste câteva ore de o injecţie cu Pentabi. Cefaleea lua caractere din ce în ce mai dramatice, febra a crescut la 40°, iar seara bolnavul a intrat în comă. In ziua următoare o nouă injecţie cu cianur Hg.: starea de comă se menţine. In ziua 3-a i se administrează o injecţie cu Neosalvarsan: imediat după injecţie bolnavul sucombă.

Acest caz e instructiv tocmai prin negativurile sale. L'am dat aci spre a arăta că afecțiuni cu debut aparent benign pot termina letal. Deaceea se impune să folosim dela început, asociate și intensiv, toate mijloacele terapeutice pe cari știința ni le pune la dispoziție. In fața riscului de moarte, nu trebue să-i menajezi pacientului nici-o susceptibilitate care l'ar deservi: viața, ea singură, se cere menajată.

Nu trag de-aci concluzia că clismele ar fi salvat viața acestui ofițer, dar sunt convins că ele ar fi contribuit în bine, și că, în nici-un caz ele n'ar fi contribuit în rău.

Tratamentul specific este, din contră, o armă cu două tăișuri. In cazul relatat aci, injecțiile au determinat sau în orice caz au grăbit moartea pacientului. Mi-am reproșat mie însu-mi că nu m'am grăbit să aplic chiar dela început un mijloc terapeutic atât de inofensiv cum sunt clismele, și-i găsesc vinovați pe colegii cari, fascinați de ipoteza ce și-o făuriseră a priori, s'au îndârjit în a respinge orice altă încercare.

D-na I. C. de 59 ani, se internează la 12. IV. 1931, în spitalul județean din orașul B. pentru semne de ocluzie intestinală. Se dispune operația de urgență. La deschiderea abdomenului, intestinele pline cu gaze invadează câmpurile operatorii. Chirurgul pierde 1/2 oră în încercări istovitoare de repunere a anselor intestinale. Această operațiune a necesitat presiuni atât de brutale, încât intestinele au suferit traumatizări importante în mai multe locuri. In cele din urmă s'a produs și o perforație a intestinului gros în porțiunea sigmoidă. Numai după evacuarea prin orificiul de perforație a unei mari cantități de gaze a fost posibil a se repune în abdomen toate intestinele. S'a procedat apoi la sutura perforației. Gazele încep iarăș să devie supărătoare. „Ocluzia" pare a fi localizată la rect. După această constatare, chirurgul are ideia să introducă o sondă prin anus: gazele se elimină pe sondă și balonarea dispare. Se închide, lăsându-se dren. Peste 3 zile sfârșit letal prin peritonită.

Nu fusese nici-o ocluzie intestinală. Diagnosticul fusese greșit, intervenția neavenită. O simplă clismă ar fi făcut să se evite eroarea de diagnostic cu urmări atât de funeste.

D-l I. M., profesor secundar, suferind de turburări digestive proteiforme, se lasă a i se extirpa apendicele la 2. III. 1931. După operație însă turburările se accentuiază la extrem: dureri pe tot traectul intestinului gros, predominând în fossa iliacă dreaptă; constipație alternând cu crize diareice; lipsa apetitului; greață; pyrosis, — și mai ales o insomnie rebelă și chinuitoare. Consultând un specialist fiziolog la București, la 11. VIII. 1931, acesta i-a diagnosticat tuberculoză intestinală. Diagnosticul a fost menținut de către cei doi medici curanți din orașul de provincie în care se retrăsese pacientul. Neurastenia i se accentuiază, depresiunea sa devine tot mai mare, și când îl întâlnesc îl găsesc așteptându-și resemnat moartea, de a cărei fatalitate inevitabilă era convins.

Caut să-l asigur că n'a avut apendicită, că n'are tuberculoză intestinală și că nu e decât un neurastenic curabil. Ii recomand clisme de 3 ori pe zi, regim de viață adequat și nici-un medicament. Nu s'a lăsat convins ușor și a trebuit să-l stimulez mereu spre a-l determina să persevereze.

Dar după o lună de zile el putea să doarmă, și după circa două luni era complect vindecat de „tuberculoza intestinală" și de acea neurastenie ucigătoare ce-l tortura de un an și jumătate.

Soldatul M. C. se internează la data de 5. III. 1933, în Spitalul Militar din orașul X, cu fenomene de constipație rebelă. I se administrează o doză de sulfat de Mg. Neavând efect, se repetă doza peste 12 ore. Rezultatul este că bolnavul, care până'aci fusese afebril, capătă febră 38,5, apoi 39 și peste 24 ore 40°. I se administrează aloes și apoi încă un alt purgativ, fără nici-un rezultat. După 3 zile de tratament prin purgative, febra se ridică la 40° dimineața și

41° seara, iar starea generală e foarte gravă. Bolnavul e trecut Serviciului chirurgical spre a fi operat pentru ocluzie intestinală. Serviciul chirurgical refuză operaţia sub motiv că e tardivă şi fără nici-o şansă.

Solicitat de Comandantul de Companie al soldatului (care urmărise în deaproape acest caz, soldatul în cauză fiind un element de elită) cer voe să-l tratez pe bolnav. Am dispus să i se facă clisme cu apă călduţă, dar 15 clisme executate în răstimp de 2 ore n'au avut nici cel mai mic efect. Am asociat atunci, clismelor, electricitatea. Neavând aparat, am luat 10 baterii din comerţ, le-am legat în serie şi, după ce i-am introdus în rect apă sărată, i-am introdus în anus un electrod (vergea de fier învelită în tub de cauciuc, având doar extremitatea liberă), celălalt electrod fiind situat pe abdomen (comprese imbibate cu apă sărată). Am dispus trecerea curentului dela 5 baterii, apoi treptat am ajuns la 10 baterii. După circa 2 ore de clisme cu sare şi electrizare, bolnavul a avut scaun foarte abundent. Imediat temperatura a căzut la 37°.

In acest caz, purgativele agravaseră boala. Clismele au salvat pe bolnav dela o moarte sigură. Dacă s'ar fi aplicat mai din timp, clismele cu apă simplă ar fi fost suficiente şi n'ar fi fost nevoe de electricitate.

Fruntaşul F. D-tru — T. R. — e adus în ziua de 17 Iunie 1937, la infirmerie pe targă, în stare sincopală: în timp ce număra nişte efecte militare într'o magazie, a căzut deodată jos în nesimţire. Prezintă uşoară rigiditate a cefei şi temperatură 37,8. I se face respiraţie artificială şi o injecţie cu cafeină. Revenindu-şi puţin, bolnavul începe să delireze şi are manifestaţiuni furioase sbătându-se, opunându-se la orice şi înjurând.

I se face clismă în mod forţat, cu efect evacuator impresionant: elimină o mare cantitate de fecale. Delirul încetează, bolnavul cade într'un somn liniştit. Totuş, dat fiind că avusese febră şi rigiditate a cefei, este internat imediat în spitalul judeţean din garnizoană. Medicul şef al Serviciului de boli interne îi pune diagnosticul de „meningită cerebro-spinală" şi îi face zilnic puncţii lombare cu prelevare de l-c-r, dar laboratorul infirmă mereu diagnosticul de meningită. Febra a scăzut dealtfel, la câteva ore după internare, iar rigiditatea cefei a dispărut din ziua următoare.

Concluzia este că staza intestinală, combătută eficace prin clisma administrată, a fost singura cauză, sau în orice caz, cea mai principală, a acestor fenomene de sincopă bruscă, delir şi meningism. Lăsat fără clismă, cu siguranţă că starea comatoasă s'ar fi pronunţat şi, dat fiind debutul brusc şi dramatic, grav dela început, probabil că sfârşitul ar fi fost letal. Diagnosticul eronat ce i se pusese ar fi dus la un tratament inutil şi inadecvat, mai degrabă periculos decât folositor.

D-na A. N., căsătorită, 24 ani, mamă a unui copil de 5 ani, acuză dureri în hipocondrul drept, survenind periodic şi având o vechime de mai mulţi ani. Consultă în 1937 la spitalul Colţea şi i se pune diagnosticul de ulcer duodenal. După un tratament medical care nu dă nici-o ameliorare, i se recomandă operaţia, pe care pacienta o refuză.

Continuă a suferi, şi în Maiu 1939, consultă la spitalul militar Bucureşti, unde i se pune diagnosticul de „Apendicită cronică" cu indicaţia de a se opera — de data asta de apendicită. Şi de data asta pacienta refuză operaţia, preferând să sufere mai departe.

Consultându-mă, îi prescriu clismele pe primul plan şi, concomitent, un regim alimentar normal. Refuză la început, dar mai pe urmă, exasperată de dureri şi de slăbirea progresivă, primeşte să le facă pentru a încerca.

Incercarea a avut un succes atât de evident, încât nu s'a mai putut lipsi de ele. Nu mai are nici-un simptom digestiv, s'a îngrăşat cu 10 kgr., a redevenit voioasă şi activă şi recomandă tuturor cu convingere, mijlocul terapeutic care a scăpat-o de operaţii mutilante şi inutile.

Soldatul I. J. intră în spitalul de circumscripție din L. la 23 Maiu 1939, pentru manifestațiuni pulmonare și meningeale. Între timp sindromul meningeal trece pe planul I: rigiditatea cefei se accentuiază, apare o stare de obnubilație mintală, bolonare abdominală, apoi delir furios urmat de comă, cu temperatură 39. Bolnavul are respirație stertoroasă, nu aude, nu vede, nu vorbește. Globii oculari în divergență și în sus. Atitudini pasive. Lichidele ce i se administrează se elimină pe nas.

Îl găsesc în acest stadiu când îl supun la clisme repetate până la curățire totală a intestinelor, până când apa iese curată (total 12—14 clisme). Din cauză că intestinul era într'o stare de inerție, și ca să nu rămâe apă în rect, i-am făcut masaj evacuator în regiunea colonului. Efect: temperatura scade repede la 36°, bolnavul revine din comă, începe să miște, deschide ochii, vorbește câte ceva, înțelege puțin, privește în jur. Peste 24 ore situația se menține bună, temperatura normală, ameliorarea e și mai pronunțată. Bolnavul poate înghiți și începe să se alimenteze. În ziua 3-a se produce o greșeală terapeutică: personalul inferior comite o încălcare a consemnului de regim și dă bolnavului să mănânce alimente nepermise și în mare cantitate, considerând că bolnavul „s'a făcut bine". Febra reapare, se ridică la 39° și peste 24 ore bolnavul sucombă.

În acest caz, clismele n'au putut neutraliza efectul dezastruos al unei alimentațiuni intempestive. Dar efectul lor bun a fost atât de manifest, încât acest caz, deși a sfârșit în mod nefericit, rămâne totuș unul din cele mai demonstrative.

Caz de sute de ori repetat. Se prezintă un bolnav febril: 38,5—39—40°, cu simptome variate: depresiune generală, cefalee, greață, limba saburală. Uneori bolnavul acuză junghiuri, dureri toracice sau lombare. Nu i se găsește nimic precis organic.

I se administrează o clismă (sau mai ades 2—3 succesive). După 1—2 ore temperatura scade la normal, bolnavul adoarme și se scoală sănătos.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Caz de zeci de ori repetat. Vine un bolnav cu „apendicită" (diagnostic pus de vre-un medic, de vre-o rudă sau chiar de către bolnavul însuș). El cere pur și simplu să fie trimis la operație. Acuză dureri în fossa iliacă dreaptă și e îngrozit de riscul unei perforații.

I se face clismă: abundența evacuării denotă că era vorba de o constipație cu meteorism, provocând o distensiune a ceculuí cu reacțiune dureroasă din partea unui apendice sensibil.

„Apendicita" se vindecă astfel instantaneu.

D-r ST. ODOBLEJA: **Le lavement evacuateur.**

Le lavement evacuateur, avec de l'eau pure, — variété d'hydrothérapie interne — est une application thérapeutique des plus valeureuses, remarquable par son inocuité et fréquemment indiquée. Il est à préférer aux purgatifs.

D-r ST. ODOBLEJA: **Der Klystir.**

Der Klystir — eine Art von innere Hydrotherapie — ist ein wirksames therapeutisches Mittel, nichtstörrend und sehr oft indiziert. Während die Abführmitteln viele Fehler haben, entspricht er, der Klystir, den meisten gestellten Bedingungen.

D-r ST. ODOBLEJA: **Il clistiro evacuatore.**

Il clistiro evacuatore, varieta d'hidroterapia interna, e un valoroso procedimento teraputico, d'un gran inocuita et di frequente indicazioni, d'incomparabile superiorita in comparazione con gli purgativi.

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

Biblioteca Universității Babeș-Bolyai / 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

BIOLOGIA NAȚIUNII CA TEMELIE A INVĂȚAMÂNTULUI *)

de

D-r AUREL VOINA

Conferențiar universitar

Membru corespondent al Academiei de științe

Domnule Președinte,
Onorată Academie,

Pentru medicul român științele medicale n'au niciun secret. Nu există domeniu patologic și terapeutic, pe care medicina românească să nu-l stăpânească până în cele mai subtile amănunte. Populația bolnavă dela noi ar putea beneficia, pe deplin de toate progresele medicinii moderne; și totuși starea noastră sanitară este deocamdată, în situația pe care o cunoaștem.

Pentru această stare de lucruri în nici un caz nu poate fi învinuit corpul medical și administrația sanitară. Calitatea medicilor români nu este mai prejos de a celor din alte țări, iar Statul face foarte mult pentru îndreptarea sănătății publice.

La țară numărul medicilor este mic, din cauză că populația rurală — nefiind convinsă de foloasele igienei preventive și ale medicinii curative — rămâne refractară față de zelul celor care se străduesc să ridice nivelul sănătății individuale și colective.

Asistența medicală fiind solicitată târziu, și de cele mai multe ori numai în cazuri disperate, populația nu profită de-ajuns de avantajele ajutorului precoce al medicinii, iar insuccesele terapeutice, ce decurg din această nepăsare, nu măresc deloc încrederea în virtuțile științifice ale medicului.

In același timp medicina băbească, ținând poporul în obscurantismul pitoresc al superstițiilor, nu-l lasă să vadă limpede adevărata cauză a bolilor de care suferă.

Igiena personală se găsește într'o stare precară, ceeace înseamnă că **alimentația, curățenia corporală, locuința** și **odihna** au nevoie de altă îndrumare și de mai multă înțelegere.

*) Comunicare făcută în ședința din 3 Iunie 1941 a Adunării generale a Academiei de științe din România.

Alimentaţia defectuoasă este fără îndoială unul din principalii factori care primejduiesc vigoarea poporului român. Chiar unele plăgi sociale, care macină această vigoare, şi care sunt: **mortalitatea infantilă, tuberculoza şi alcoolismul trebue privite, în mare parte, ca urmări ale alimentaţiei greşite** a săteanului, lipsit de cunoştinţele care l-ar putea ajuta să-şi selecţioneze mâncarea în mod raţional.

Lipsa de alimentaţie a protidelor de origine animală duce la epuizarea fizică timpurie a populaţiei rurale, iar cuptorul, menit să pregătească pâinea bogată în protide vegetale de calitate satisfăcătoare, lipseşte în 82% din gospodăriile ţărăneşti.

Nefiind familarizat cu prepararea conservelor vegetale, necesare iarna pentru vitaminele ce conţin, organismul ţăranului se debilitează înspre primăvară până aproape de epuizare, ajungând la stări morbide preavitaminozice sau chiar la avitaminoze grave. Pelagra continuă să facă numeroase victime, deşi ar putea fi preventivă cu uşurinţă şi fără multe cheltuieli. Chiar acolo, unde materii alimentare brute ar fi din belşug, modul defectuos de preparare le micşorează digestibilitatea şi le îngreuiază asimilaţia.

Insuficienţa curăţeniei corporale împiedecă funcţiunile normale ale pielei, încetineşte procesele de desasimilare şi retardează ritmul vieţii. Secreţia sebacee, stratificată pe piele, serveşte ca un excelent mediu de cultură pentru microorganismele obişnuite ale pielei, şi dermatozele streptostafilococice şi parazitare consecutive reduc considerabil capacitatea de muncă a celui atins de ele.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Scabia alungă somnul bolnavului; neodihna îi macină nervii, îi istoveşte şi-i micşorează puterea de rezistenţă faţă de alte infecţiuni.

Epuizarea rezultată din insomnie cauzată de scabie duce la tuberculizare pe cei slăbiţi de hrană proastă şi neodihnă. Căci nu se poate spune că se odihnesc cei care dorm îmbrăcaţi şi înghesuiţi pe scândura rigidă a patului comun, dintr'o încăpere aglomerată şi neaerisită.

Locuinţa insalubră primejduieşte sănătatea, ca şi hrana neraţională, făcând ca potenţialul biologic al naţiunii să fie scăzut. Constatarea e veche şi formula stereotipă. Măsuri de îndreptare s'a propus, nenumărate, dar rezultatele obţinute până acum nu sunt cele pe care poporul român le merită. Şi n'am realizat ceeace trebuia, deoarece ne-am ferit să lămurim şi să îndepărtăm cauza cauzelor. Această cauză, generatoare de atâtea neajunsuri, arată că:

Ne lipseşte conştiinţa răspunderii faţă de nevoile biologice neamului, iar această lipsă rezultă mai ales din **insuficienţa educaţiei sanitare a populaţiei.**

Această educaţie cade în primul rând în sarcina şcoalei.

Toţi educatorii sunt de acord că sănătatea personală integrală a singuraticilor indivizi, ca şi starea sanitară colectivă satisfăcătoare a diferitelor pături sociale, constitue principala garanţie a evoluţiei biologice normale a naţiunii. **Păstrarea sănătăţii şi sporirea ei este, prin urmare, o datorie civică şi naţională primordială.** Darul sănătăţii fiind de esenţă biologică, asemenea alcătuirii etnice a naţiunii din care facem parte, datoria de a păstra întreagă sănătatea fizică, intelectuală şi mo-

rală, a noastră, ca şi a celor ce vor veni după noi, are un categoric caracter etnobiologic.

Intr'o etnie omogenă ca aceea a poporului român, fiecare individ este dator să vegheze asupra acestui preţios patrimoniu al sănătăţii. Sarcina aceasta nu poate fi lăsată, toată, pe seama medicului. Medicul este un paznic al sănătăţii, dar în faza actuală din desvoltarea istorică a medicinii, el are mai mult atribuţiuni de ordin curativ. Prevenirea implică îndatoriri, care privesc pe fiecare individ, în interesul său şi al colectivităţii în care trăeşte. In înţelesul acesta prevenirea se bazează mult pe simţul de solidaritate, care în ultima instanţă recurge tot la conştiinţa răspunderii biologice.

Instinctul de conservare biologică individuală există în fiecare om, dar instinctul de conservare biologică colectivă — legat de simţul de răspundere etnobiologică — nu funcţionează la toţi la fel de intens, şi cu aceeaşi spontaneitate altruistă, fiind înnăbuşit de porniri egocentrice. Deaceea acest instinct, de valoare superioară, trebue stimulat prin educaţia permanentă, pe care şcoala o poate face în condiţii mai bune şi cu rezultate mai concrete decât oricare altă instituţiune.

Educaţia sanitară şi etnobiologică a elevului este în mâna învăţătorului şi a profesorului în aceeaşi măsură, ca şi instrucţia sa intelectuală. Starea sanitară colectivă a poporului român nu se va îndrepta şi potenţialul său vital nu va creşte atâta timp, cât ascendentul moral, de care se bucură membrii corpului didactic în faţa elevilor, nu va fi folosit şi pentru cultura lor igienică, eugenică şi etnobiologică. Fiecare profesor poate face mult în toate aceste domenii în cadrul restrâns al propriei specialităţi.

Învăţătorul este principalul educator sanitar al naţiunii. „Dacă reuşeşte să trezească mai mult interes pentru curăţenia corporală, pentru o alimentaţie raţională şi pentru o locuinţă mai sănătoasă, învăţătorul şi-a făcut datoria cu prisosinţă" [1]).

In şcoală copilul învăţă să scrie şi să citească, dar tot în şcoală ar trebui să înveţe cum să mănânce şi cum să-şi valorifice produsele alimentare în condiţii optime pentru sănătatea personală.

Pentru a putea fi de folos omului, medicul de azi trebue să-i cunoască morfologia, fiziologia şi patologia întregii naţiuni; iar pentru a putea ascunde pe medic în acţiunea sa de redresare biologică naţională, fiecare individ trebue să fie orientat asupra compoziţiei morfologice şi funcţiunilor de vieaţă ale întregului neam, din care face parte. Este vorba de o colaborare unanimă, bazată pe cunoaşterea fiinţei noastre etnice, pe plan antroposociologic, eugenic şi demografic.

Cunoştinţele acestea, tot aşa de necesare pentru orice om ca ştiinţa de carte, se pot dobândi numai prin şcoală. Şcolarul de azi nu ajunge să se cunoască deajuns pe sine, iar puţinele cunoştinţe de biologie umană, pe care le dobândeşte, privesc omul mai mult ca obiect de studiu morfologic izolat, din domeniul ştiinţelor naturale,

1) *Voina A.* Reforma învăţământului şi biologia naţiunii, Bucureşti, 1940

fără nicio relaţiune cu organismul naţiunii din care face parte şi cu filiaţiunea genetică prin care e legat de precedesori şi obligat faţă de succesori.

Mecanismul funcţiunilor de vieaţă diferă dela popor la popor. Mecanismul biologiei noastre etnice trebue cunoscut în cele mai vitale resorturi ale sale, pentruca fiecare om, în mod conştient, să-şi poată îndeplini rolul cu pricepere şi chiar cu convingere. Indivizii potrivnici, din neştiinţă, intereselor biologice ale naţiunii, joacă, pentru existenţa ei, rolul tumorii maligne încuibată în organismul omenesc.

Resorturile fiziologice fundamentale ale poporului român nu funcţionează bine. Condiţiile de vieaţă şi fenomenele demografice vitale se găsesc într'o stare critică. Capitolul valorilor noastre biologice nu este folosit şi sporit raţional; nu este nici chiar păstrat în condiţii satisfăcătoare. Eugenia naţiunii este în criză. Starea aceasta se va înrăutăţi, dacă grija pentru sănătatea fizică a comunităţii noastre etnice nu va putea fi infiltrată adânc în conştiinţa tuturor, prin mijloace asemănătoare cu cele folosite în scopurile cunoscute, de educaţia familiară şi instrucţia şcolară.

Educaţia sanitară elementară este preludiul unei educaţii etno-biologice integrale, privind structura, fiziologia şi patologia familiei şi a naţiunii. Pentru a putea ajunge aici, elevul trebue să înceapă prin a fi orientat în domeniile ştiinţelor biologice clasice, ceeace şcoala face şi astăzi, după vechi principii de îndrumare pedagogică, şi mai ales cu scopul de a înlesni desvoltarea spiritului de observaţie, a deschide gustul pentru cercetarea ştiinţifică şi a ascuţi logica gândirii. Dar obiectele de studiu cu caracter biologic nu sunt exploatate deajuns în sensul de a uşura înţelegerea fenomenelor care guvernează vieaţa omului şi a naţiunii.

După normele didactice obişnuite la noi, în cadrul ştiinţelor biologice intră botanica, zoologia, anatomia şi fiziologia omului, geologia şi biologia generală, adică materiile grupate în categoria denumită generic: ştiinţe naturale. Potrivit cu această clasificare, biologia este considerată ca o ramură din grupul ştiinţelor naturale, deşi, logic, aceste ştiinţe nu sunt decât ramificaţii principale, desprinse din marele arbore al biologiei.

Inversarea aceasta n'ar avea nicio importanţă, dacă n'ar micşora valoarea ideilor ce decurg din noţiunea de biologie, subordonându-se fenomene şi cercetări vitale de însemnătate primordială, altora, de mai puţină importanţă. Şi poate că nici asupra acestei ierarhii firesti n'am stărui, dacă şcoala de azi ar da cuvenita atenţie acelei alcătuiri biologcei superioare, care e **omul.**

Dacă pentru **ştiinţa omului** s'ar destina în şcoală un număr de ore egal cu cele rezervate pentru studiul faunei şi al florei, instinctul de auto-apărare personală, colectivă şi naţională s'ar desvolta mult. Bine înţeles că această ştiinţă a omului ar trebui să cerceteze individul în întregul complex biologic din care face parte, cu ai săi şi cu cei ce vor urma după sine, prin înlănţuirea firească a generaţiunii, comandată de legile eredităţii.

Şcoala românească de azi nu este călăuzită de o anumită concepţie fundamentală, care să străbată prin toate învăţăturile dela un capăt la altul, încălzind cugetul tuturor slujitorilor şi beneficiarilor ei, indiferent de gradul şcoalei şi de materia predată.

Diferitele obiecte de studiu nu sunt legate între ele prin afinitatea caracteristică substanţelor chimice contopite organic în combinaţii omogene definitive. De cele mai multe ori ele nu fac mult decât să producă amestecuri utile, dar lipsite de omogenitate.

Invăţătura de carte de astăzi satură creerul, ca unele alimente nesubstanţiale, care umplu stomacul, dar nu hrănesc ca mâncarea pregătită potrivit cu exigenţele raţionale şi ştiinţifice ale unui metabolism alimentar echilibrat.

Elevii din aceeaşi clasă s'ar putea asemăna, uneori, cu călătorii, pe care întâmplarea i-a adunat în acelaşi compartiment de tren, pentru a merge pe acelaş drum, la aceeaşi destinaţie, fără a fi legaţi sufleteşte sau cel puţin ideologic de aceleaşi aspiraţii înalte, ca, de pildă, luptătorii, mânaţi de un ideal comun. In astfel de condiţii nu putem nădăjdui într'o îndreptare a potenţialului nostru etnobiologic.

Pentru motivele acestea şi pentru multe altele, asupra cărora nu mai insistăm acum, se impune categoric o modificare radicală a programelor analitice, pentru a aduce un nou spirit în şcoală, ca şi în mintea şi cugetul profesorilor şi elevilor, de când pun mâna pe abecedar, până când părăsesc băncile universităţii — găsindu-se într'o epocă de reforme sănătoase, momentul este foarte potrivit pentru astfel de înfăptuiri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Programele analitice s'au mai schimbat, în aparenţă, dar modificările necesare au fost mai mult formale şi de ordin administrativ.

In expunerea de motive a ultimei programe analitice a învăţământului secundar, din Iunie 1940, se vorbeşte de „sentimentul datoriei şi al integrării în viaţa naţiunii, pe care trebue să-l desvolte şcoala şi profesorii în fiecare copil", dar obiectele de studiu nu sunt potrivite astfel, încât acest principiu fundamental, înscris teoretic în fruntea legii, să se poată realiza într'adevăr dealungul învăţământului.

Dealtfel elevul nu învaţă carte din expunerile de motive ale programelor analitice, ci din ceeace citeşte în manuale şi aude din gura profesorului. Iar ceeace citeşte astăzi, în multe din lecţiile cunoscute, nu sunt decât vestigii venerabile ale unei şcoli, care trebue adusă la o viaţă nouă.

Ca să ne dăm mai bine seama până unde a mers desconsiderarea faţă de sănătatea personală şi biologia naţiunii, aceeaşi programă analitică din 1940, care anunţa în prefaţă necesitatea „integrării în viaţa naţiunii" desfiinţa igiena din clasa VIII secundară, fără a pune în loc vreun instrument practic pentru înfăptuirea ideilor, pe care le propovăduia teoretic.

In fine pentru a se continua aceeaşi operă antietnobiologică, şcoala a mai abandonat şi igiena din clasa a patra a liceelor comerciale, înainte de a fi început să se predea, după ce fusese legiferată şi programată în urma unor reforme salutare privind învăţământul profesional.

Şi în timpul acesta elevii trebuiau să înveţe atâtea despre cangur şi ornitorinc.

Reforme ale învăţământului, inspirate de o concepţie unitară, s'au mai încercat. Accentuarea spiritului religios sau filosofic a fost cerută de unii, prioritatea clasicismului sau a socialului a fost preconizat de alţii. Bine înţeles că ceilalţi nu se puteau resemna cu triumful ideilor contrarii convingerilor pentru care, cu bună credinţă, au luptat o vieaţă întreagă.

Controversele n'au încetat. Fiecare om de şcoală continuă să facă propuneri şi să militeze pentru izbânda principiilor sale, încredinţat de foloasele pe care, pe calea aceasta, le-ar aduce învăţământului şi naţiunii.

Hotărîrea definitivă nu este uşoară, deoarece dreptatea întreagă nu e de partea nimănui. Şi totuşi îndrăsnesc să cred, că **mai presus de orice convingere se înalţă credinţa în interesele care privesc vieaţa de astăzi şi mai ales de mâine a neamului,** la a cărei compunere omul îşi aduce contribuţia prin celula biologică a familiei din care face parte.

Chiar dacă o eventuală personalitate covârşitoare a individului singuratic trece dincolo de valoarea funcţională a protoplasmei celulare, preţul său biologic rămâne scăzut atâta timp, cât nu se încadrează în celula familiei, singura alcătuire dinamică, cu posibilităţi de expresiune vitală. Deaceea nici familia nu poate fi privită ca un obiectiv final şi definitiv, ci numai ca un instrument creator chemat să înmulţească şi să ducă mai departe, sporit, capitalul uman din care se compune naţiunea. Aceasta, organizată în stat naţional, progresează numai în măsura, în care progresează familia.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Învăţământul igienei care începe, ca astăzi, deabia în clasa a patra primară, cu o seamă de noţiuni insuficiente calitativ şi cantitativ, este tardiv.

Dintr'un conglomerat de celule degenerate nu poate rezulta un organism vizibil. Neamul împovărat cu numeroase familii cu structură viciată, nu poate propăşi în chip mulţumitor.

Şcoala de azi priveşte familia în înţelesul juridic al formelor impuse de codul civil, iar naţiunea o studiază mai mult în înţeles geografic, istoric şi eroic, aspecte care, în lumina concurenţei vitale actuale dintre popoare, au nevoie de premenire radicală.

Neamurile nu se mai pot mulţumi numai cu mângâierea trecutului. Imperativele actualităţii ne obligă să ne verificăm puterile în lumina impusă de îndatoririle faţă de viitor. Şcoala nu poate rămâne indiferentă în faţa acestor îndatoriri.

Noţiunea de familie, ca formaţiune biologică fundamentală, trebue să intre de timpuriu în concepţia tuturor, prin învăţăturile din şcoală. Pentru a ajunge să înţeleagă **rostul biologic al familiei,** elevul trebue să ştie să preţuiască, mai întâi, **valoarea sănătăţii personale** şi să cunoască mijloacele prin care se poate ocroti această sănătate. Ceeace înseamnă că în şcoală cultul sănătăţii trebue să fie ridicat la nivelul, la care se găseşte cultul spiritualităţii.

Igiena trebue să ajungă să aibă pentru existența noastră fizică, însemnătatea pe care religia și etica o au pentru ființa noastră sufletească. In școala etnobiologică, pe care o dorim, materiile de studiu, care privesc sănătatea personală și colectivă, trebue să stea alături de cele care ne învață credința, limba și istoria națională.

Invățământul igienei care începe, ca astăzi, deabia în clasa a patra primară, cu o seamă de noțiuni insuficiente calitativ și cantitativ, este tardiv.

Proporțional cu celelalte materii, igiena nu ocupă, în clasa a patra primară, decât trei la sută din totalul lecțiilor, iar valoarea lor, așa cum sunt concepute și predate astăzi, stă mult sub acest procentaj.

Deprinderile igienice trebue strecurate în mintea și sufletul copiilor chiar din școala de copii mici, sau cel mai târziu începând din clasa întâia primară, odată cu primele noțiuni de scris, citit și socotit. Multe din cuvintele mono- și bi-silabe cu care copiii fac cele dintâi exerciții de silabisire, ne evocă noțiuni de igienă și sănătate. Momentul acesta, ca și altele asemănătoare, oferite de socotelile aritmetice și mai târziu de lecțiile geografie, botanică, zoologie, fizică, chimie și istorie, ca și cele privitoare la îndatoririle cetățenești, trebue exploatate și în folosul educației igienice și etnobiologice sub conducerea învățătorului crescut în viitor într'o școală normală, în care sănătatea să fie pusă pe același plan cu religia și limba română.

Cuvinte ca apa, casa, masa, soba, oul, oaia, nu sunt utile pentru exercițiile inițiale de scris și citit, ci și pentru inițierea în primele cunoștințe de igienă personală. Plecând de aici reușim — fără dificultate — să punem în serviciul etnobiologiei, toate obiectele de studiu din toate școlile de orice grad, fără ca aceste obiecte să sacrifice ceva din personalitatea științifică sau din independența lor de gândire.

Chiar matematic, de pildă, din care s'ar părea că nu putem trage nici un folos pentru biologia națiunii și gândirea biologică, dela primele operațiuni aritmetice de adunare și scădere, ne permite să cercetăm, pe nesimțite, diferite fenomene demografice, ca numărul de născuți și morți din localitatea ce ne interesează, sau mortalitatea pe boli și regiuni geografice, pentru ca mai târziu să exploatăm analogii în legătură cu axiomele eredității și formulele genetice, pe care ni le sugerează algebra superioară. Ceea ce înseamnă că, firesc și fără eforturi, ajungem la noțiuni elementare de ereditate, eugenie, genealogie, raseologie și așa mai departe.

Religia, limba română, științele naturale, istoria, geografia, fizica și chimia și chiar muzica pot aduce, pe cale indirectă, servicii prețioase pentru educația etnobiologică a copiilor, îndreptățiți să fie crescuți și îndrumați în spiritul intereselor vitale ale națiunii; cunoscându-i mai bine compoziția și condițiunile de vieață, vor putea mai ușor să restrângă riscurile patologice, contribuind esențial la consolidarea ei biologică.

In același timp grupul obiectelor de studiu cuprinse sub titlul generic de biologia națiunii, s'ar înșirui, organic și independent, dealun-

gul tuturor claselor, din toate şcolile secundare de orice categorie. Deasemenea în Universitate multe din disciplinele tradiţionale ar putea fi inspirate de gândirea etnobiologică.

Domnule Preşedinte,
Onorată Academie,

In afară de limbă, istorie şi geografie, naţiunea trebue cercetată şi sub aspectele pe care ni le oferă materialul său omenesc, prezent şi viitor.

Poporul român are o structură rasială de care şcoala nu se ocupă.

Poporul român prezintă fenomene demografice pe care şcoala ne spune foarte puţine lucruri.

Poporul român trăeşte în condiţii de vieaţă, pe care şcoala de azi nu ni le lămureşte deajuns, şi nu ne învaţă ce avem de făcut pentru îndreptarea lor.

Şcoala de mâine nu se mai poate desinteresa de fenomenele care privesc biologia naţiunei. O cer aceasta nevoile legate strâns de propăşirea şi chiar de existenţa noastră etnică.

ANTISPASMODIC
CARDIOTONIC • SEDATIV
AL SISTEMULUI NERVOS

CARDIALGINE
Dubois
drageuri picături

BROMUR DE SPARTEINĂ, EXTRACTE DE STROPHANTUS, AUBEPINE, BELLADONA, PAPAVERINĂ

LABORATOIRES DUBOIS 16 Bld. PERRIER, PARIS 17e

ARTHERO-SCLEROSĂ
REUMATISM
GUTĂ - DIABET

COLLO-JODE
Dubois
picături fiole

IOD, ACIZI AMINICI, PROPANTRIOL
FĂRĂ FRICĂ DE IODISME SAU INTOLERANŢĂ

Mostre medicale la cerere PAUL ILUTZA STR. OLARI 23, BUCUREŞTI IV

TRATAMENTUL BIER IN EPIDIMITELE GONOCOCICE ŞI DE ALTA ORIGINA

de

D-r A. STERE

In acest articol se descrie modul de aplicare a tratamentului Bier în epididimite şi erhiepididimitele de origină gonococică, gripală, urliană, tuberculoasă şi traumatică. Autorul bazat pe o practică de aproape 20 ani, consideră acest tratament superior celorlalte ce se întrebuinţează actual.

Subiectul tratat în cadrul acestui articol pune din nou în lumina actualităţei, metoda curativă, imaginată acum aproape jumătate de secol, de ilustrul profesor berlinez, Bier.

Acest tratament, nu este altceva decât mijlocul de-a combate o inflamaţie locală, adică o hiperemie naturală, spontană, prin hiperemia pe care medicul o produce artificial. Intr'o inflamaţie acută, hiperemia ce are loc, fiind exagerată, este dăunătoare ţesuturilor afectate, prin faptul că ea împedică irigarea regiunei cu un sânge proaspăt şi normal.

Hyperemia artificială, fie că este obţinută cu ajutorul unui tub elastic, în felul recomandat de Profesorul Bier, fie că este provocată de acţiunea aspiraturice a unei ventuze, astfel cum se vede, că întrebuinţează Klapp, determină în ţesuturile, asupra cărora se operează, o activă diapedează leucocitară şi în acelaş timp, o abundentă înmagazinare de anhidridă carbonică.

Ori câtă importanţă s'ar atribui de unii autori, acestor două elemente fiziologice, în procesul de combatere a infecţiei locale şi a reparării tisulare, noi socotim că secretul efectului curativ al tratamentului Bier, ca şi al oricărei hyperemii artificiale, în genere, trebue căutat nu în aceste 2 elemente, ci în activarea în măsura necesară, a circulaţiei sanghine locale, în ridicarea tonusului vascular, printr'o adevărată gimnastică a vaselor sanghine, gimnastică care imprimă o succesivă umplere şi golire a lumenului venos sau arterial.

Toate celelalte schimbări, ce se constată în urma aplicării tratamentului congestiv, nu sunt după noi decât consecinţi directe, ce depind de îmbunătăţirile circulaţiei sanghine şi, mai mult încă,

astfel de consecinţe nu sunt posibile decât atunci când această importantă funcţiune — care este circulaţia sanghină — a fost restabilită sau cel puţin ameliorată.

Hyperemia realizată cu un bandaj elastic sau cu o ventuză este iniţial venoasă. Ea este denumită hyperemia pasivă, spre deosebire de hyperemia activă care este de origină arterială şi care se obţine prin mijloace foarte variate, cum sunt compresele ferbinţi, radiaţiile infraroşii, cataplasmele, lavagiile calde etc.

Dar această metodă ingenioasă, de-a trata anumite inflamaţii locale — între aceste din urmă este şi epididimita gonococică — prin staza venoasă ce se produce în mod mecanic în regiunea bolnavă, a fost aplicată mai mult, putem spune aproape exclusiv, de medicii germani, dar şi de aceştia nu atât de dese ori şi nici atât de lungă vreme.

După un interval relativ foarte scurt, acest nou mijloc terapeutic care a suscitat la început atâtea iluzii seducătoare, fu părăsit complectamente. Nu se mai aplică în nici una din afecţiunile în care fusese recomandat odinioară de Profesorul Bier, şi deci nici în complicaţiile gonococice ale epididimului şi ale testiculului.

Astăzi nici nu se mai vorbeşte de acest aşa zis tratament Bier, decât arare ori şi atunci numai fugitiv şi ca de un fapt perimat, ce nu priveşte decât doar literatura medicală a trecutului. Astfel în „Neue Deutsche Klinik" a profesorilor George şi Felix Klemperer, apărută în anul 1930 — lucrarea cea mai recentă în care se găseşte enunţat tratamentul Bier, se văd numai aceste singure cuvinte „şi eventual în epidemita gonococică se recomandă tratamentul congestiv al lui Bier". Numai atât. Actualmente, în Germania cât şi aiurea, tratamentul cardinal al afecţiei ce ne interesează se rezumă, după cum ştim, tot la mijloacele ce se utilizau şi înainte de Bier, adică repauz, ghiaţă, diverse unguente, etc. Nu voim să vorbim de injecţii cu electrargol în epididim, de unde scurte, de diathermie, de phototherapie, de vaccin antigonococic şi de atâtea alte tratamente, deoarece aceste sunt mijloace la care se recurge cu totul excepţional.

Rezultatele admirabile obţinute de noi cu tratamentul Bier, în mai bine de 20 ani de experimentare, au dovedit în mod indiscutabil, că cel puţin atunci când este vorba de anumite epididimite şi în special de epididimitele gonococice, părăsirea tratamentului Bier este cât se poate de nejustificată, căci această părăsire face să ne lipsim de un mijloc prin excelenţă eficace în această afecţiune.

Am constatat în acest lung interval de timp, că în majoritatea cazurilor tratamentul Bier este superior tuturor celorlalte tratamente ce se întrebuinţează astăzi în această împrejurare, pentru că el scurtează cu mult durata boalei, o face mai suportabilă chiar dela prima sau dela a 2-a aplicare, că este un mijloc tot atât de simplu pe cât este de puţin costisitor şi în fine că, atunci când este bine aplicat, este absolut fără nici o urmare supărătoare post operatorie.

MODUL DE APLICARE AL TRATAMENTULUI BIER

Pentru a aplica acest tratament nu avem nevoe decât de o pensă hemostatică Pean, ale cărei ramuri sunt învelite cu cauciuc şi de un tub de cauciuc lung de 50 cm. şi gros cât o sondă Nelaton No. 22.

Altă dată noi aplicăm tubul, după ce mai întâi înfăşuram în jurul pediculului testicular o pătură subţire de vată hidrofilă.

De vre'o 2 ani însă, fără nici un înveliş, aplicăm tubul direct pe piele.

Aplicaţia se face înconjurând cu tubul de cauciuc rădăcina testiculului bolnav de atâtea ori, de câte ori permite lungimea tubului. Capetele acestuia sunt prinse între ramurile pensei hemostatice.

In acest mod inelul ce interceptează circulaţia, format din mai multe ture de tub, fiind mai lat este mai puţin traumatizant pentru ţesuturi şi ca atare mai puţin dureros, în timpul aplicării sau după aceasta.

Când inflamaţia nu este prea accentuată şi în acelaş timp când testiculul este prea puţin dureros, tubul se aplică numai în jurul pediculului ce corespunde la testiculul bolnav.

Dacă însă testiculul şi respectiv epididimul sunt foarte tumefiate şi în acelaş timp prea dureroase, aplicarea tubului nu se poate face numai în jurul testiculului suferind, sau numai în jurul ambelor testicule, ci uneori, cum cazul ni s'a întâmplat acum de curând, suntem nevoiţi a îmbrăţişa cu inelul constrictor însuşi rădăcina penisului.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

In aceste cazuri, pe măsura retrocedării procesului inflamator, vom elibera treptat mai întâi penisul şi apoi testiculul sănătos, din această ligatură. Starea locală ne va indica ea însăşi locul ce trebuie să aibă ligatura în decursul tratamentului.

De regulă însă, tubul se aplică numai în jurul pediculului cu epididimul afectat.

Tubul este lăsat pe loc, în prima şedinţă, cel mult 5—8 minute. Trebuie ca în acest interval de timp regiunea, a cărei circulaţie venoasă a fost interceptată, să capete o culoare violacee. Dacă această congestie nu s'a obţinut, este un indiciu că sau ligatura a fost prea puternică, încât ea a oprit însuşi circulaţia arterială sau prea slabă în care caz ea n'a reuşit să intercepteze nici cel puţin circulaţia venoasă.

In primul caz avem consecinţele neplăcute de care vom vorbi în curând, în al 2-lea caz rezultatul terapeutic, ce-l vom obţine, va fi natural, nul.

In şedinţele următoare, timpul de aplicare, va fi crescut pentru fiecare şedinţă cu 3—4 minute, iar după a 3-a a 4-a zi, adică atunci când ţesuturile sunt obişnuite cu acest tratament, pentru a grăbi vindecarea se vor face şi 2 şedinţe zilnic.

Timpul de aplicare se creşte treptat până ce vom ajunge la maximum 20 minute, durată care suntem de părere să nu o depăşim, niciodată.

Am constatat că este imprudent şi în acelaş timp inutil, a se prelungi o şedinţă peste 20 minute.

Aplicaţiile se repetă zilnic. Dacă fenomenele sunt amendate, se creşte treptat, cum am arătat, timpul de aplicare în şedinţele ce vor urma.

In regulă generală, accentuarea durerei în întregul cordon, în urma aplicării acestui tratament, se datoreşte ligaturei prea strânse, exagerate a tubului. Prin urmare, trebuie de acordat o atenţie deosebită gradului de compresiune ce tubul exercită asupra ţesuturilor. Aplicaţia trebuie să fie uşoară, pentru ca să producă o culoare violacee a regiunei cuprinsă de inelul constrictor, dar în nici un caz legătura să nu fie astfel ca ea să dea o senzaţie de durere insuportabilă.

Am descris cu destul de multă amănunţime chestiunea technicei, pentru că de condiţiile în care se aplică tubul, depinde eficacitatea şi tot odată durata şi toleranţ aacestui tratament.

Dacă legătura a fost prea strânsă sau dacă ea a fost prea mult prelungită, bolnavul va avea pe lângă dureri în lungul cordonului, care uneori sunt foarte mult resimţite şi dureri răspândite în toată regiunea inferioară a abdomenului şi uneori chiar vărsături repetate.

In acest caz dezagreabil, care poate să survină numai la bolnavii cărora li s'a aplicat defectuos tubul, recomandăm încetarea tratamentului pentru 1—2 zile, în care interval se va face uz de opiacee, de este cazul, sau numai de punga cu ghiaţă şi de complectă imobilitate în pat.

DURATA TRATAMENTULUI

Numărul zilelor în care se aplică tratamentul este de 5—10 maximum. Bolnavul poate, însă, părăsi patul după 2 până la 3 aplicări, pentru a continua tratamentul ambulant.

In cazurile în care se formează în vaginală mai mult sau mai puţin lichid, sau când aceasta apare în cursul tratamentului Bier, lichidul va perzista ori cât de mult se va prelungi tratamentul.

Mai mult încă, existenţa lichidului întârzie sau chiar împedică complect obţinerea vindecărei, prin metoda arătată.

De aceia, în aceste cazuri evacuăm lichidul cu ajutorul unei siringi, după care operaţie se aplică imediat tubul de cauciuc, întocmai cum se procedează atunci când avem de a face cu o epididimită simplă. Două până la trei evacuări sunt suficiente, pentru a aduce vindecarea complectă a vaginalitei.

Aceiaşi procedură se va urma şi faţa de abcesul gonococic epididimar sau testicular care se va inciza fără întârziere.

Fie că avem de aface cu o epididimită simplă, fie că este vorba de o epididimită complicată cu o vaginalită sau chiar cu un abces testicular, rezultatul este totdeauna prompt şi superior tuturor celorlalte metode de tratament ce se utilizează, actual.

Are această metodă aceiaşi eficacitate şi în epidimite sau orhiepididimite de alte origini?

Graţie experienţei ce avem, putem răspunde afirmativ şi

în mod categoric că pentru afecţiunile inflamatorii ale testicululuí pe bază urliană, prostatică, traumatică, gripală etc., se poate conta pe eficacitatea tratamentului Bier ca şi în epididimita gonococică.

Numărul total al cazurilor de orhiepididimită tratate în modul arătat în rândurile precedente, este de 76. Din aceste sunt 51 cazuri de origină, cert, gonococică, 3 gripale, 2 prostatice, unul traumatic, 5 urliene, 5 de origină infecţioasă negonococică şi 14 tuberculoase.

Intre cazurile de epididimită gonococică au fost tratate şi urmărite până la terminarea tratamentului 43. Din aceste au fost vindecate, în intervalul de 4—8 zile, 27 de cazuri, în 10 zile s'au vindecat 4 cazuri. Nici un insucces.

Tot din aceste avem 3 epididimite şi orhiepididimite cu abcese, care tratate în modul arătat în capitolul respectiv, adică prin inciziie şi tratamentul Bier consecutiv au fost vindecate în 8—13 zile de dureri şi inflamaţie, rămânund cu plaga operată încă 10—15 zile.

Cazurile de origină urliană, gripală şi acele datorite altor infecţii s'au pretat admirabil acestui tratament, astfel că ele pot fi puse, din punct de vedere al succeselor obţinute în aceiaşi categorie cu epididimitele gonococice.

Nu atât de rapidă a fost vindecarea în epididimita prostatică şi în acea traumatică, totuşi efectul salutar s'a observat în mod destul de evident şi la acestea.

Vom sprijini cele ce am expus până aci, cu câteva cazuri luate la intâmplare din lungul timp de când aplicăm acest tratament, care cazuri probează pe deoparte eficacitatea tratamentului descris aci, iar pe de altă parte superioritatea lui faţă de atâtea alte tratamente foarte reputate şi totodată extrem de costisitoare.

I. I. M. 1924 Martie 14., funcţionar, bolnav de orhiepididimită gonococică în urma unei uretrite de aceiaşi natură. Epididimul şi testiculul drept foarte tumefiate şi dureroase. Se aplică de medicul curant ghiaţă, unguent, beladonat, injecţii cu morphină. Nicio modificare. Pacientul sufere de mari dureri şi stă necontenit în pat. Incă după a 11 zi nici o schimbare.

Durerile se menţin în continuu şi sunt destul de chinuitoare. Fiind chemaţi noi, facem 2 aplicări una de 5 şi alta de 7 minute. A 13-a zi, deci după 2 zile, cu noul tratament bolnavul părăseşte patul. Tumefacţia şi durerea scad întruna, din această zi astfel că bolnavul poate a-şi relua ocupaţiile după a 3-a aplicare. După 7 aplicări epididimita se consideră vindecată şi ca atare încetăm orice tratamennt.

II. P. N. 24 Noembrie 1927, bolnav de 6 zile de tumefacţia şi hiperemia părţei drepte a scrotului. Temperatura 38.7.

In dreptul epididimului durere insuportabilă. Se aplică tratamentul Bier. In ziua de 28 Noembrie aceiaşi durere. Se incizează abcesul şi se aplică tubul elastic. A 2-a zi bolnavul este bine şi fără dureri.

III. I. M. 1939 Februarie 24. Orhiepididimita gripală, a suferit de gripă cu 10 zile înainte. După vindecare stării generale, încep dureri în ambii testiculi. Amândoi testiculi sunt atât de tumefiaţi în cât nu pot aplica tubul decât cuprinzând cu tubul şi rădăcina penisului.

De unde acasă nu putea să se ridice din pat şi de unde durerile sunt atât de violente în cât a trebuit să vină cu trăsura, după o singură şedinţă el poate părăsi temporar patul şi după 3 şedinţe vine pe jos.

Opt şedinţe îl vindecă complect, în cât poate a-şi relua a 10-a zi ocupaţia de birjar.

Şi acest caz a fost văzut de D-l D-r I. Roseti.

IV. N. O. 3 Maiu 1939. Orhiepididimita extrem de dureroasă. Merge cu foarte mare greutate şi aplecat. A urmat 4 şedinţe de ultrascurte, care după impresia bolnavului i-au accentuat durerile. Ambii testiculi sunt atât de tumefiaţi, că o aplicare a tubului elastic nu se poate face decât îmbrăţişând în el amândoi testiculi. Se lasă tubul 8 minute. A 2-a şedinţă bolnavul merge drept şi aproape fără nici-o jenă. A 3-a şedinţă fiind în stare excelentă, am rugat pe D-l D-r Rosetti Medicul Primar al Spitalului local, spre a veni să vadă şi d-sa rezultatul obţinut cu atât de mare rapiditate.

Bolnavul fiind bine, l'am pus să fugă cât poate, ceiace a făcut fără nici-o durere sau jenă.

După 2 şedinţe bolnavul pleacă vindecat.

TRATAMENTUL „BIER" IN ORHIEPIDIDIMITA TUBERCULOASA

Am încercat tratamentul acesta şi în 14 cazuri de orhiepididimite tuberculoase.

In genere, în procesele vechi nici supuraţia, nici fistulele, nici induraţia şi în fine nici durerile consecutive, ce se observă adeseori în această afecţie, nu sunt influenţate de acest tratament.

Se pare, cu toate acestea, că în orhiepididimitele tuberculoase recente şi mai ales în acele în care nu s'a supraadăugat o altă infecţie, că leziunile tuberculoase pot parţial retroceda şi cu ele şi celelalte simptome locale. Am avut în aceste cazuri ameliorări simţitoare şi de lungă durată.

Ameliorarea în unele din aceste cazuri se menţine de mai bine de 5 ani.

Prin urmare, se poate încerca această metodă consecutivă în cazurile recente, cu atât mai mult cu cât ea este lipsită de efecte supărătoare postoperatorii.

* * *

Pe lângă experienţa noastră în ceeace priveşte acest tratament, vom da în anexă şi încercările făcute în infirmeria militară a regimentului 40 Călugăreni, de către D-l Căpitan D-r Loebel şi acele făcute în secţia de boli interne dela Spitalul din Bazargic de către D-ra D-r Megas, Medic Primar al acelei secţiuni.

D-l Căpitan D-r Loebel a aplicat tratamentul pe 17 cazuri de epididimită blenoragică.

Din relaţiile scrise, pe care acest confrate ni le furnizează, reiese că în toate cazurile în care a încercat tratamentul Bier, rezultatul a fost mai mult decât satisfăcător. Astfel a obţinut vindecarea la toţi bolnavii la care a aplicat acest tratament în 2—7 zile. Trei din aceşti bolnavi au fost internaţi în infirmerie, respectiv, 9, 11 şi 14 zile şi trataţi până atunci, fără succes, tot de acest confrate cu comprese reci, unguent beladonat şi cianura de mercur.

Aceşti bolnavi au fost vindecaţi şi evacuaţi, totuşi, după trei zile, deoarece după acest scurt interval, graţie tratamentului Bier, nu mai aveau dureri şi tumefacţia epididimului şi testicululi era aproape complect dispărută.

Iată ce spune D-l Căpitan D-r Loebel în această privinţă, bazat pe observaţiile sale:

„Satisfăcut atât de rapiditatea dispariției durerilor și tumefacției cât și de „simplitatea acestui tratament, l-am aplicat fără excepție la toți bolnavii de epididimită „blenoragică ce se internau în infirmerie.

„La unii a fost suficient chiar numai 2-3 zile de tratament pentru a-i „scoate vindecați. Tratamentul acesta mi-a dat cele mai bune rezultate deși nu „am făcut nici un alt tratament complimentar.

„Prin simplitatea lui a putut fi încredințat însuși infirmierilor sanitari, „care mă ajutau și cari după un scurt interval au învățat a-l aplica cu destulă „îndemânare și cu același efect mulțumitor ca și atunci când aplicarea era făcută „de noi înșine".

In secția de boli interne dela Spitalul din Bazargic, D-ra D-r Picioroga, mai întâi, și apoi D-ra D-r Z. Megas au aplicat tratamentul curent la toți bolnavii atinși de epididimite gonococice sau de altă natură.

D-ra D-r Z. Megas are 9 cazuri de epididimită din care 2 gonococice, 1 traumatică și 6 urlienne.

La toți a obținut o promptă vindecare în 3—5 zile și numai la un caz grav de epididimită gonococică dublă, vindecarea a survenit în 9 zile.

Și aci tratamentul s'a putut aplica de personalul auxiliar al serviciului.

D-ra D-r Z. Megas ne relatează în însemnările sale următoarele:

„Nu poate fi tratament mai simplu, mai puțin costisitor, mai puțin nociv, „dar mai eficace, al epididimitelor de diverse origini, ca tratamentul Bier.

„După o singură aplicare bolnavul, care era atât de repulziv la început „față de tratament, îi cere el singur aplicarea în mod stăruitor. Rar ca după prima „aplicare bolnavul să nu fie ușurat și ca tumefacția să nu înceapă a se „micșora în mod evident.

„Bolnavul începe a merge din prima zi.

„La un bolnav s'a observat intoleranța din cauza că se aplicase drenul „de către infirmier prea strâns și s'a ținut deasemeni prea mult".

Ne pare rău că nu avem și notările D-rei O. Picioroga, fostă Medic Primar a secției de boli interne, care a fost transferată înainte de a ne fi putut da părerea sa asupra eficacității tratamentului Bier de care ne-am ocupat până aci.

In questo articolo si descrive il modo di applicazione del trattamento Bier nelle epididimiti e orchiepididimiti di origine gonococcica, influenzale, urliana, tubercolosa e traumatica.

L'autore, basandosi su una esperienza di quasi 20 anni, considera questo trattamento superiore a tutti gli altri praticati attualmente.

In diesem Artikel wird die Anwendung der Bier Behandlung in Epidimitis und Orhiepididimitis gonococischen, urlianischen, gripalen, tuberkulösen und traumatischen Ursprunges. Auf eine 20 jährige Praxis gestützt, betrachtet der Verfasser, diese Behandlung als den andern derzeit an gewendeten Behandlungen, überlegen.

L'auteur montre dans cet article toute l'expérience clinique qu-il a accumulée, dans plus de 20 années en traitant par le proce dé Bier différentes espèces d'epididimites mais surtout celles d'origine gonococique.

Il a constaté une superiorité indiscutable de ce traitemant tel comme il le conseille, dans les epididimites gripales, ourliennes et gonocociques.

Dans les orchiepididimites tuberculeuses, il parait, que dans des cas determinés on pourrait obtenir une amelioration.

Digitized by Carol I National University Library Cluj

PASSICARBONE
GRANULE

PANSAMENT GASTRIC
Prin cărbunii săi activi, animal şi vegetal.

ANTISPASMODIC
Prin triada: Passiflora—Salcie—Crataegus.

Realizează tratamentul de seamă al:

DISPEPSIILOR NERVOASE

Colite
Gastrite
Aerofagie
Ptose
Infecţiuni
Intestinale

1—2 linguriţe înainte sau după mese.

BUCUREŞTI
Georges Vergias
Precupeţii Vechi No. 1

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NEUROSEDATIVUL
CU
ACŢIUNE
CONSTANTĂ

TONIC
ŞI
RECONSTITUANT
ENERGIC

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

ASUPRA UNUI CAZ DE COREE LA O BASEDOVIANĂ

de

C. I. PARHON şi D-na MARCELLA PITIŞ

Studiul asociaţiunilor morbide prezintă în general vorbind, un interes deosebit. El poate uneori să lumineze într'o măsură oarecare patogenia unor sindrome, să stabilească înrudirile dintre unele stări patologice, etc.

Pe baza frequenţei asociaţiunei sindromelor hipertiroidiene cu mania şi melancolia unul din noi a fost condus să admită rolul însemnat al modificărilor funcţiunei glandei tiroide în patogenia acestor sindrome.

De curând am avut ocaziunea să studiem o tânără basedoviană care prezinta în acelaş timp un sindrom coreic.

In rândurile ce urmează vom reda observaţiunea acestui caz, discutând ulterior raporturile ce ar putea exista între cele 2 sindrome şi în ce fel s'a putut produce asociaţiunea de care vorbim.

Biblioteca Centrală Universitară Cluj

Pacienta B. R., în vârstă de 22 ani, se internează în luna Iulie 1939, pentru: mărirea corpului tiroid, sensaţii de sufocare, palpitaţii, insomnie, turburări menstruale.

Antecedente heredo-colaterale: mama suferă de o afecţiune cardiacă, tatăl este sănătos, are patru surori, din care una suferă de Morb Pott.

Antecedente personale: născută la 7 luni, n'a fost alăptată la sân. A mers şi a vorbit la timp. A suferit de pojar şi varicelă în prima copilărie. De şase ani are amigdalite repetate şi dureri reumatismale în articulaţiile mari, fără a fi însoţite de tumefiere locală sau de ridicare de temperatură.

Menstruaţia la 14 ani, ciclul regulat de 30 zile, cu o durată de 4 zile, flux regulat, nedureros. De un an ciclul a devenit neregulat, cu întârzieri până la o lună. Durata a fost redusă până la o jumătate de zi, iar cantitatea, multi scăzută. Menstruaţia e însoţită de palpitaţii, dureri de cap şi ameţeli.

Istoric: în Aprilie 1939, în urma unei gripe, bolnava a început să sufere de insomnie şi să aibe sensaţii de furnicături şi amorţeli în tot corpul. Se internează într'un serviciu de psihiatrie, unde i se pune diagnosticul de toxicomanie (?) şi i se va face un tratament cu extract de opium. In timpul internării, bolnava, în urma unui accident, are o fractură de mandibulă. După o lună şi jumătate de tratament, nesimţind nici o ameliorare se internează într'un serviciu de neurologie, unde i se pune diagnosticul de histerie. Urmează totuşi un tratament cu stricnină şi salicilat. Părăseşte spitalul după 16 zile, cu aceleaş fenomene la care s'au adăugat palpitaţii şi sensaţie de sufocare. După 2 săptămâni consultând pe unul din noi, se stabileşte diagnosticul de hipertiroidie şi se sfătueşte să să se interneze în clinica endocrinologică. De un an bolnava a slăbit cu 17 kgr.

Starea prezentă: Pacienta este de constituţie longilină, astenică. Inălţimea este de 1,60 m., greutatea de 44,200 kgr.

Tegumentele sunt de coloare alb-rozate, netede, moi, umede, cu elasticitatea păstrată. Conjunctivele şi mucoasele cu coloraţia obicinuită. Ţesutul adipos redus. Ţesutul muscular cu tonicitatea păstrată. Sistemul osos fără diformaţii sau distrofii.

De semnalat fractura apofisei coronoide a mandibulei. Articulațiile sunt libere.

Craniometrie: circonferința craniană 51,5 cm. Curbura fronto-occipitală 33 cm. Diametrul antero-posterior 17 cm. Diametrul transvers 14 cm. Capacitatea craniană 1355 cmc. Indecele cefalic 82.

Părul capului este de coloare castanie deschisă, des. Firul este moale, subțire, mătăsos. Implantația perilor pe frunte de tip feminin.

Fruntea dreaptă, cu ridicăturile frontale accentuate, înălțimea 6 cm., lungimea 14 cm. Arcadele sprâncenoase șterse. Sprâncenele arcuite, subțiri. Globii oculari ușor exoftalmici, deschiderea palpebrală aproape rotundă. Pleoapele sunt puțin oedematiate, scleroticele sunt albăstrii, iar irisul de coloare verde. Distanța dintre ochi este de 3,7 cm. Nasul: creasta mediană dreaptă, vârful privește în sus și înainte. Narinele sunt lungi, cu baza de implantație mică și oblicitatea redusă. Septul nazal este deviat spre dreapta, narina stângă este mai mare decât dreapta. Aripele nasului sunt puțin reliefate.

Gura de dimensiuni mijlocii, buzele subțiri. Limba mică, cu vârful ascuțit. Amigdalele ușor hipertrofiate. Dinții mici, de coloare alb-gălbuie, cu implantație regulată. Dentiția alterată, lipsesc 6 molari.

Bărbia mică, rotunjită, în ortognatism. Cutele naso- și mento-labiale puțin evidente. Fața ovală, obrajii prelungi.

Urechile: mijlocii, cu pavilionul apropiat și lobulul semiaderent.

Gâtul cilindric, cu înălțimea de 11,5 cm., iar circumferința de 29,5 cm. Toracele turtit antero-posterior. Cavitățile supra și infraclaviculare accentuate. Unghiul xifoidian ascuțit. Abdomenul ușor convex. Membrele superioare cu proporția dintre segmente păstrată. Mâinile mici, cu degetele lungi și subțiri. Unghiile ovale, moi, friabile. Membrele inferioare de asemeni bine proporționate.

Examenul endocrin: Șeaua turcească de formă aproape rotundă, cu diametrele normale, are apofisele clinoide posterioare mult îngroșate.

Glanda pineală cretificată (ex. radiologic D-r Sfințescu).

Glanda tiroidă face relief în regiunea anatomică. Este omogen mărită de volum pe toată întinderea. Suprafața este regulată, consistența elastică. Metabolismul bazal 18,6.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Glanda paratiroidă: calcemia normală, semnul lui Cwostek negativ, totuși bolnava prezintă simptome subiective de insuficiență paratiroidiană: **amorțeli și furnicături** în tot corpul, **spasme musculare.**

Tinusul este nepercutabil.

Ovare: **menstrui întârziate,** durata 1—2 zile, flux redus.

Caractere sexuale secundare: **glandele mamare foarte mici de volum cu aspect prepubrat.** Țesutul glandular și adipos diminuat. Pilozitatea axilară și pubiană puțin desvoltată.

Examenul visceral. Aparatul respirator: respirația diminuată la ambele vârfuri (insuficiență respiratorie).

Aparatul cardio-vascular: sgomote regulate, suflu mezo-sistolic. Puls 92. Tensiunea mx. 11, mn. 6.

Examenul sângelui: globule roșii 4.400.000 pe mmc.; globule albe 5.200 pe mmc.; polinucleare neutrofile 73%; bazofile $10/_{00}$; eozinofile $0^0/_{00}$; monocite 5%; limfocite $22^0/_{00}$.

Examenul biochimic: glucoză 1,01 gr. la 1000 cmc. sânge; calciu 0,111 gr. la 1000 cmc. ser; potasiu 0,178 gr. la 1000 cm. ser; colesterol 1,540 gr. la 1000 cmc. ser; uree 0,14 gr. la 1000 cmc. ser.

Ficatul măsoară 10 cm., nu este dureros.

Splina nepracutabilă din cauza aerocoliei.

Abdomenul ușor convex, suplu, nedureros.

Tub digestiv: pofta de mâncare diminuată, constipație ușoară.

Aparatul renal: rinichii nepalpabili, diureza bună, ușor oedem pretibial.

Examenul urologic: urina 1200 cmc. în 24 ore; densitatea 1010; aciditatea 4,015 exprimată în HCL; cloruri 7,4 gr. %; uree 24,96 gr. $^0/_{00}$; acid uric 0,27%, albumină $0,3\,^0/_{00}$; indican urme; hemoglobină prezentă; foarte rare hematii, leucocite, epitelii din căile urinare inferioare, rari cristali de oxalat de calciu și sodiu.

Sistemul nervos vegetativ: Transpirația moderat accentuată.

Reflexul oculo-cardiac minus 4, cu punct de plecare 92.

Reflexul pilo-motor apare după 6 secunde.

Dunga vaso-motrice apare după 5 secunde, de intensitate mijlocie, cu zone de vaso-constricție periferică.

Sistemul nervos de relație: pacienta prezintă tremurături fine ale extremităților membrelor superioare.

Excitabilitatea neuro-musculară: semnul lui Cwostek negativ.

Reflexul foto-motor prezent. Convergența și acomodarea bune.

Reflexele cutanate și osteo-tendinoase prezente.

Sensibilitatea obiectivă, superficială și profundă, bună.

Sensibilitate subiectivă: cefalee frontală, senzații de amorțeli și furnicături în tot corpul.

Diagnostic: hipertiroidism, hipovarie, fenomene subiective de hipoparatiroidie.

Tratament: iodur de potasiu 0,01 ctg., apă distilată 300 cmc.; Vogan și Lipogyn.

In luna Aprilie a. c., bolnava se reinternează pentru mișcări involuntare, bruște și neregulate, ale membrelor și ale capului și pentru insomnie.

Istoric: In luna Martie a. c., în urma unei discuții violente cu familia, bolnava n'a mai putut vorbi. In acelaș timp a început să prezinte mișcări involuntare ale membrelor și să aibă palpitații. Starea aceasta a durat două zile, după care a început să vorbească, mișcările însă au persistat. Mișcările erau bruște, desorientate, de amplitudine variabilă. Bolnava scăpa toate din mână, iar când mergea, membrele inferioare se împiedicau unul de altul și cădea jos. Când sta pe scaun, bolnava trebuia de multe ori să se lege de el ca să nu cadă jos. Capul îl mișca dintr'o parte într'alta și avea mișcări bizare ale feței, închidea mereu ochiul stâng, mișca buzele, ridica comisurile labiale. Vorbea greu din cauza mișcărilor limbii. In somn mișcările dispăreau. Bolnava era neliniștită, plângea des. In ultimul timp a început să aibe dureri și în articulațiile mici ale membrelor (interfalangiană).

Starea prezentă: bolnava se prezintă cu mișcări involuntare, dezordonate și de amplitudini variabile. In poziție ortostotică este instabilă, se mișcă de pe un picior pe altul Capul de asemeni și-l apleacă dintr'o parte într'alta. Are mișcări ale feței, închide un ochi sau altul, mișcă buzele, ridică comisurile labiale. Nu poate ține limba afară. Când stă jos, bolnava prezintă de asemeni mișcările cu caracterele descrise. Nu poate ține nimic în mână, când mănâncă nu poate duce lingura la gură, varsă mâncarea. Cade destul de des. Are numeroase echimoze, de vechimi diferite, pe corp în deosebi pe membrele inferioare.

Examenul neurologic: mișcările active sunt conservate, dar sunt puțin precise din cauza mișcărilor coreice.

Vorba este dificilă, întreruptă, înceată, din cauza mișcărilor limbei.

Scrisul este necitibil, tremurat. Scapă mereu creionul din mână.

Mersul este nesigur, puțin sărind.

Nu prezintă turburări cerebeloase (asinergie, adiadokokinezie).

Reflexele cutanate și osteotendinoase prezente.

Sensibilitatea obiectivă bună.

Sensibilitatea subiectivă: dureri în articulațiile mari (genunchi, coate) și în articulațiile mici (interfalangiene), cefalee, senzații de amorțeli și furnicături în tot corpul.

Examenul psihic: bolnava nu este tot timpul atentă, unele întrebări trebuiesc repetate. Emotivitatea exagerată, plânge pentru cel mai mic lucru.

Examenul visceral: ușoară dispnee.

Aparatul cardio-vascular: suflu mezo-sistolic, ritm tachicardic. Puls 108. Tensiunea mx. 11 jum., mn. 6 jum.

Metabolismul bazal nu s'a putut face.

Diagnostic: coree Sydenham, hipertiroidism, hipovarie, fenomene subiective de hipopatiroidie.

Bolnava urmează un tratament cu antipirină 2 gr. pe zi și liqu. Fowler în doze progresive. După o lună de tratament, bolnava este ameliorată, mișcările sunt mai rare, de amplitudine mică, nu mai cade, mersul este bun.

In prezent metabolismul bazal este de 14,7; pulsul 78; a câștigat în greutate 1,5000 kgr.

Examenul acestei bolnave ne arată că avem a face cu un caz de hipertiroidie ușoară (tahicardie moderată, creștere ușoară a metabolismului bazal, ușoară exoftalmie, emotivitate exagerată, pierdere im-

portantă în greutate, creşetere omogenă nu prea accentuată a volumului glandei tiroide).

In urma unei dispute familiale se desvoltă la această bolnavă o coree care cedează după o lună şi ceva de tratamentul obicinuit al coreei (antipirină, arsenic, repauz în pat).

Există o relaţiune între sindromul hipertiroidian şi cel coreic la bolnava de care vorbim?

Ni se pare că la această întrebare putem răspunde afirmativ şi anume credem că hipertiroidia a creat în acest caz un teren favorabil pentru apariţia coreei.

Obicinuita coree a lui Sydenham apare ea însăşi la copii în epoca prepuberală când glanda tiroidă funcţionează în mod activ. E vorba de cele mai multe ori de copii cu constituţia longilignă, slabi şi emotivi adese-ori cu o tendinţă la creştere a oxidaţiilor.

Pe de altă parte coreea a fost văzută în mai multe cazuri, asociată cu sindrom basedowian.

Astfel Sattler citează în monografia sa asupra sindromului basedowian numeroase cazuri în care s'a notat asociaţiunea cu coreea. El observă în plus că în majoritatea acestor cazuri, primul sindrom a procedat pe cel coreic.

Astfel s'au petrecut lucrurile în cazul lui Gross, Bouchout, Gagnon, Jacobi, Gueneau de Mussy, Werk, Russel Reynolds, Pässler, Ulrich, Zuber, Runger, Rudinger, Frey.

In cazul Mathes (fată de 9 ani), simptomele basedowiene şi cele corecie au debutat în acelaş timp.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In mai puţine cazuri (Rockwel, Bovtz, Pässler, Sulherland, Frey, coreea a precedat sindromul lui Basedow cu un timp destul de îndelungat sau chiar dispăruse când ultimul şi-a făcut apariţia.

In cazurile lui Clorke, Bradshaw, Dinkler, coreea era unilaterală în tot timpul duratei ei sau numai la început.

Cazul lui Gagnon şi acela al lui Clarke s'au terminat mortal.

Tot astfel acelea a lui Pelman şi Hay, referitoare la 2 bătrâne (68 ani) atinse de coreea ereditară a lui Hutington cu sindrom basedowian.

In cazul lui Kelly ar fi fost vorba de coree isterică.

Şi Dieulafoy a menţionat asociaţia sindromului basedowian cu coreea.

In cazurile lui Gagnon, Hay şi Pelman, coreea a fost urmată de hemiplegie, iar în acelea a lui Clarke, Bradshow şi Dinkler a urmat unei hemiplegii. In afară de cazul lui Bovtz, în toate celelalte era vorba de indivizi de sex femenin.

Precum se vede asociaţia sindromului basedowian cu coreea nu e rară şi nu poate fi vorba în genere vorbind de o simplă coincidenţă, aşa cum credea Moebius. Care e atunci explicarea acestei asociaţiuni?

Se atribue adese-ori coreei lui Sydenhamen o origină infecţioasă care ar fi aceeaşi cu a reumatismului articular acut. Aşa s'ar explica şi frequenţa endocarditei la copii atinşi de coree.

Infecţia reumatică a fost pe de altă parte incriminată şi în multe cazuri de sindrom basedowian. Prezenţa acestei infectii ar putea explica deci unele cazuri de asociaţiunea de care vorbim. Coreea şi sindromul

lui Bassedow ar fi în funcțiune de o cauză comună fără dependența necesară a unui sindrom de celălalt.

Această explicație convine cazului lui Zaber și pe cât se pare aceleia al lui Bradshaw.

In acest din urmă caz, bolnava prezenta un suflu la baza inimii și o hemiplegie pe care autorul o pune pe seama unei embolii.

E drept că Sattler pune la îndoială diagnosticul de reumatism în acest caz, de oarece bolnava nu ar fi suferit niciodată de această boală, dar se știe că reumatismul poate da localizări cardiace independente de cele articulare.

Moebius era dispus să vadă în asociația coreei cu sindromul lui Basedow o simplă coincidență, explicație pe care Sattler a admis-o pentru cazurile în care primul sindrom a precedat cu un timp mai mult sau mai puțin îndelungat pe cel de al 2-lea.

Cu privire la celelalte cazuri, Sattler se exprimă în felul următor:

Dacă se iau în considerație multiplele transiții cari conduc dela neliniștea generală observată atât de frequent la basedowieni, dela impulsivitatea lor motrice la ușoarele și des repetatele mișcări coreiforme, la mișcările coreice mai frequente și la coreea minoră tipică, nu ne putem sustrage convingerei că procesul patologic care condiționează sindromul lui Basedow e propriu să deslănțue coreea.

In mod general credem că putem admite aceste concluziuni pentru coreea asociată cu sindrome basedowiene accentuate, cel puțin.

De asemeni credem că rolul glandei tiroide nu poate fi exclus nici în cazurile în cari coreea a precedat cu mult sindromul lui Basedow.

Din contră, starea constituțională a unora din acești bolnavi ni se pare a pleda pentru o astfel de participare.

Și Slivestrini se gândește la rolul hipertiroidiei sau distiroidiei „în coree, iar Ventra a invocat în cazul observat de el insuficiența ovariană cu fenomene de hipertiroidie.

Tratamentul ovarian a dat la această bolnavă foarte bune rezultate.

Cazurile de coree la gușați ca la o bolnavă observată de unul din noi sau ca în acele 3 studiate de Rémond și Savage sunt de asemeni de menționat în acest loc.

In primul din cazurile autorilor francezi mai sus citați, era vorba de coree clasică apărută în urma unui traumatism afectiv. In al 2-lea coreea a fost calificată de „isterică". In al 3-lea pe lângă coree se observau și fenomene de mixedem.

Tratamentul tiroidian a dat în aceste trei cazuri rezultate remarcabile.

Ultimul caz în special, din cele 3 ale acestor autori, ridică problema raporturilor posibile dintre acest sindrom și insuficiența tiroidiană.

Aceiași problemă se pune și în cazul lui Marchal, în care coreea a apărut după două luni dela extirparea gușii.

Intre existența unui sindrom coreic în a cărui determinism intervine ipertiroidia și a uneia în a cărui patogenie ar interveni insuficiența glandei tiroide nu există o contrazice decât cel mult aparentă. Și alte sindrome în raport cu modificări ale funcțiunii centrilor nervoși (sindrom

cerebelos, paraplegie spastică), pot să fie condiționate de insuficiența tiroidiană.

E necesară însă — după toate probabilitățile, — o anumită predispoziționare.

De altfel și alte turburări endocriniene au fost incriminate în patogenia sindromului coreic.

Ne gândim la cele hipoparatiroidiene. Lăsând la o parte modificările de structură puțin concludente întâlnite de Haberfeld; Laignel-Lavastine și Duhem în unele cazuri de coree, amintim rezultatele favorabile cu tratament paratiroidian în coree obținute de Molin, de Teyssieu și Fitarssi; Simonini; Caraciola; Tuck.

Lenart, în cazuri de coree susține a fi observat în urma injecțiilor de parathormonă o creștere importantă a numărului eosinofilelor sanguine, pe câtă vreme la normali s'ar observa fenomenul contrariu. Acest autor conchide la o hipofuncțiune absolută sau relativă a paratiroidelor în coreea lui Sydenham.

Din cele ce preced reese că unele turburări endocriniene pot interveni în patogenia coreei favorizând producerea ei fără să rezulte exceptând poate pentru unele cazuri de sindromul lui Basedow, că turburarea hormonală e suficientă pentru a determina apariția sindromului nervos de care vorbim.

De cele mai multe ori, alterațiunea funcțiunilor endocriniene pare a realiza numai un teren favorabil desvoltării coreei a cărei natură infecțioasă nu pare îndoelnică în majoritatea cazurilor cel puțin.

Rezultă de asemeni că tratamentele hormonale (paratiroidian, ovarian și chiar tiroidian uneori) pot fi utilizate în terapeutica coreei.

Revenind la cazul studiat de noi putem admite că ipertiroidia a favoirzat apariția coreei, cu atât mai mult cu cât acesta a apărut în urma unei emoții, iar emotivitatea e exagerată de ipertiroidie, tiroida putând cu drept cuvânt a fi numită glandă a emoțiunii așa cum a făcut-o Léopold Lévi.

Nu credem însă că exagerarea funcțiunii tiroidiene a fost în cazul nostru factorul unic și suficient care a determinat apariția coreei, aceasta cu atât mai mult cu cât ipertiroidia în acest caz e puțin accentuată.

O predispoziție preexistentă a nucleilor bazilari a putut de asemeni să intervină, dar trebue mai cu seamă să ne întrebăm dacă infecțiunea reumatismală (sau aceea ce-o însoțește?), notate atât de des în coreea lui Sydenham nu a avut de asemeni un rol!

E drept că bolnava nu avut tumefacțiile articulare și febra caracteristică reumatismului articular acut. A avut în schimb amigdalite repetate și dureri la nivelul diferitelor articulații mari și mici, fenomene ce merită a fi luate în considerație din punctul de vedere de care ne ocupăm.

Eventualitatea unei coree isterice nu ni se pare că poate fi luată în considerație în mod serios. Bolnava nu prezintă psihologia istericelor nici alte simptome ce ar putea fi atribuite isteriei.

Cel mult imposibilitatea de a vorbi în primele zile după emoția care a deslănțuit apariția coreei ar putea vorbi în acest sens. E însă mai probabil că această imposibilitate de a vorbi era datorită coreei însăși.

CONSIDERATIUNI ASUPRA UNUI CAZ DE MENINGITA STREPTOCOCICA

de

D-r GH. MUNTEANU şi D-r ARARATEAN

Este vorba de un caz de meningită streptococică tratată prin injecţii intrarachidiene de Soluseptazine şi Septazină pe cale bucală. Origina acestei meningite pare a fi amigdalele a căror cripte prin compresiune lasă să se scurgă o secreţie purulentă. In timpul tratamentului, în în plină stare de ameliorare, survin: o reşută Röntgenterapia amigdalelor asociată la tratamentul sulfamidat (Septazine oral şi Soluseptazine intrarachidian) aduce vindecarea bolnavului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Meningitele streptococice prezintau întodeauna spaima serviciilor spitaliceşti, atât prin mersul lor dramatic, cât mai ales prin colosala letalitate ce le dădeau.

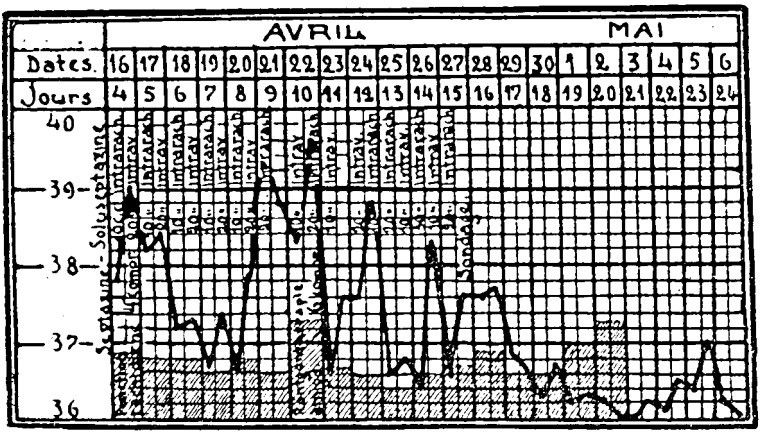
Tratamentul meningitelor streptococice a făcut obiectul numeroaselor lucrări; prognosticul lor încă în anul 1935, rămânea foarte sombru. In raportul făcut la acea dată la Societatea franceză de Oto-rino-laringologie, A. Moulonguet, L. Piquet şi P. Delobel insistă mult asupra acestui lucru. Dwyer într'o statistică asupra 482 de cazuri citează 8 vindecări (2%); Gray în studiul său, notează 3 vndiecări la 100 de cazuri observate; A. Thomas şi C. Hubert la aproape de o sută meningite septice, citează un caz de vindecare.

Tratamentul în toate aceste cazuri era desigur cel clasic; serul lui Vincent, urotropină, sapocridină, etc.

Chimioterapia cu derivaţii sulfamidaţi, a modificat profund prognosticul întunecat al meningitelor streptococice. Cazurile de vindecare sunt destul de numeroase.

In serviciul Spitalului de Contagioşi din Chişinău, am avut în cursul lunei Aprilie a. c., un caz de meningită streptococică, care atât prin forma clinică, evoluţia şi rezultatele căpătate, prezintă un interes aparte.

Aducem deci observaţiunea cazului:



In ziua de 16 Aprilie 1940, este adus la spital bolnavul V. P., de 29 ani, gardian public. E febril (37,8), acuză o cefalee foarte intensă; stare generală alarmantă. E semi-conştient.

Din partea antec. her.-col. nimic de notat.

Antec. pers. Gripă şi mai ales anghine periodice. In anul 1932 a căzut de pe un cal, lovindu-se cu capul de pământ — de atunci prezintă o scurgere periodică din urechea stângă. In ultimele 8 luni n'a mai prezentat aceste scurgeri. Neagă maladiile venerice şi sifilisul. Nu e nici tabagic, nici alcoolic. E căsătorit de patru ani; n'are copii.

Bolnavul a făcut în ziua de 7 Aprilie o baie, simţindu-se a doua zi rău — mialgii, dureri în gât. In ziua de 14 Aprilie a mai făcut o baie. In aceiaşi seară a acuzat o cefalee intensă, prezintând şi vărsături. Febricita. A doua zi, starea generală s'a alterat, vărsături repetate, cefalee mai intensă. In aceiaşi stare se internează în spital.

De constituţie robustă, talie mijlocie, bine desvoltat, cu ţesutul celular subcutan şi musculo-adipos bine desvoltate, cu tegumentele şi mucoasele palid colorate, bolnavul ni se prezintă neliniştit, anxios puţin, acuzând mereu cefaleea insuportabilă. E aproape conştient, căutând cu destul succes să răspundă la întrebările noastre.

Nu prezintă nimic de notat din partea aparatului respirator. Cordul în limitele normale. Pulsul 65 pe minut bine bătute.

Limba saburală. Muşchii abdominali uşor contractaţi. E constipat.

Bolnavul prezintă o redoare a cefei manifestă; semnul lui Kernig şi Brudzinschy net exprimate. Photophobie.

Practicându-se pe loc o puncţie lombară, se recoltează un l-c-r. de tensiune mijlocie, net purulent. Se introduce 10 cc. Soluseptazine intrarachidian şi se administrează 10 cc. Soluseptazine intravenos.

Pe celula Nageotte, numărul elementelor este extrem de numéros, neputându-se număra.

Pe frotiu direct se constată prezenţa streptococului şi a foarte numeroase polinucleare.

Reacţia Pandy şi Nomne-Appelt — intens pozitive. La examenul chimic se constată — 0,99% albumină, 8% cloruri şi 344 mmgr. zahăr în 100 cmc. de l-c-r.

In urini nimic deosebit de notat.

Ureea în sânge — 0,50%.

R. B. — Wassermann şi Prunell în sânge negative. — Seara temperatura 39. Pulsul 80 pe minut. Stare generală alarmantă. Vărsături. Se administrează 10 cmc. Soluseptazine intravenos, Septazine pe gură 4 compr. pe zi.

17/IV. Cefaleea mai suportabilă. N'a mai prezintat vărsături. Puncție. Pe frotiu se constată prezența streptococilor și a foarte numeroase polinucleare. Nici de data aceasta nu se poate face numerotarea elementelor din cauza mulțimei lor. Aceiași medicație.

La examenul urechii stângi, prezintă o cicatrice — urmele unei perforații. Nici un fenoment de inflamație recentă.

Examenul gâtului — amândouă amigdalele criptice. La exprimarea lor apare un puroi lăptos, în special din amigdala stângă — tonsilita chronică supuratăe.

Glandele submaxilare mărite de volum, dureroase, în deosebi cea din stânga care dă dureri iradiate la urechea stângă.

Din partea nasului și sinusurilor nimic de notat.

18/IV. L-c-r. ceva mai clar. Bolnavul varsă. Toate simptomele persistă. Aceiași medicație.

19/IV. Stare generală mai bună. La puncție l-c-r. de tensiune mijlocie e aproape clar. Pe frotiu — prezența streptococilor — multe limfocite polinucleare și celule endoteliale. 335 elemente pe mmp. Acéiași medicație.

20/IV. Bolnavul acuză o cefalee intensă și în special hemicrania violentă stângă. Vărsături. In câmp apar foarte multe celule endoteliale, limfocele și puține polinucleare, 1453 elemente pe mmp. Seara cefaleea și mai intensă. Agravarea tuturor simptomelor. Stare generală alarmant de gravă. Se repetă puncția. l-c-r. cu tensiune crescută, louche.

21/IV. Febril (39,3). Stare generală gravă. Cefaleea insuportabilă, în special a jumătății stângi a capului și feții. Mialgii. La puncție l-c-r. se constată net tulbure, — pe frotiu foarte mulți streptococi. Nr. elementelor 3280 pe mmp.

Se face examenul fundului ochilor, constatându-se în dreapta normal.

Ochiul stâng — neurită optică — hiperemia papilei ochiului stâng, marginele papilei neclar conturate, vasele papilei lărgite.

La radiografia sinusurilor feții și frunții, se constată că ele sunt complect libere. In exudatul amigdalian se constată prezența de streptococi și stafilococi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Seara starea generală extrem de grea.

22/IV. Starca generală foarte grea. Cefaleea intensă. L-c-r tulbure. Pe frotiu — streptococi, polinucleoză și mononucleoză 1558 elemente.

Se aplică Röntghenterapia asupra amigdalelor câte 1/3 H E D pe ședință.

Seara febră mare (39,8). Aceiași stare generală.

23/IV. Temperatura normală. Stare generală ameliorată. Cefaleea mai puțin intensă.

24/IV. Subfebril. La puncția l-c-r. tulbure, starea generală mijlocie.

26/IV. Afebril. Stare generală mult ameliorată. Redoarea cefei pe cale să dispară. La puncție l-c-r. mai clar hipertensiv. In câmp sunt multe limfocite mononucleare și celule endoteliale 418 elemente pe mmp.

26/IV. Agravarea bruscă a tuturor simptomelor. L-c-r. mai tulbure — 1800 elemente pe mmp. In câmp apar mari mononucleare, rari limfocite polinucleare și celule endoteliale. Seara se repetă puncția. L-c-r mai clar, se continuă tratamentul. Starea generală rea.

27/IV. Temperatura normală. La puncția l-c-r louche, hipertensiv, 1400 elemente pe mmp.

Bolnavul subicteric. Retenție de urină. Sondaj.

La ascultație prezintă pulmonar raluri ronflante și subcrepitante la dreapta. Se administrează expectorante și transpulmin.

28/IV. Tuse. Cefalee. Se suprimă orișice medicație sulfamidată. Pulmonar — crepitante fine. Urinează singur.

29/IV. Afebril. Stare generală ameliorată. Redoarea cefei aproape a cedat.

30/IV. Bolnavul afebril, bine dispus.

1/V. Bolnavul nu mai acuză nici o durere. Tusea a trecut. Pulmonar nimic ascultatoriu. Mișcările cefei libere. Bolnavul se ridică singur din pat și se plimbă prin salon.

Mai stă până la 6/V, când părăseşte spitalul complect restabilit.
E văzut de mai multe ori de atunci, e perfect sănătos, exercitând mai departe funcţiunea de gardian public.

In rezumat, un caz sever de meningită streptococică, vindecat prin chimioterapie cu derivaţii sulfamidaţi.

Particularitatea cazului o formează reşuta în plin tratament şi anume în a 9-a zi de boală (21/IV), cu exacerbarea tuturor simptomelor, paralel cu alterarea bruscă a stării generale.

Desigur că poarta de intrare în cazul de faţă — trebuiesc admise amigdalele (cea stângă în special) — bolnavul prezentând în antecedente anghine numeroase şi la examenul gâtului făcut la internare în spital constatându-se o tonsilită cronică supurată.

Răceala căpătată cu ocazia celor două băi luate formează deci un element declanşant.

In această stare gravă, în urma tuturor examenelor executate, indicaţia imperioasă era îndepărtarea focarului de infecţie — amigdalectomie. — Starea extrem de gravă a bolnavului nepermiţând o intervenţie chirurgicală, am recurs (22/IV) la o şedinţă de Röntgenterapie asupra amigdalelor, fapt ce ne-a dat rezultate aşteptate. După o reacţie febrilă în aceiaşi seară, starea bolnavului a început să se amelioreze; desigur că în tot acest timp am continuat tratamentul nostru. Faptul capital este totuşi că n'am mai înregistrat nici-o reşută. Urcarea febrilă din 27/IV se datoreşte unei congestii pulmonare intercurente, care a cedat cu un tratament obişnuit.

Am utilizat în tratament derivatele preparatului 1162 F benzil-amino-benzen-sulfamid-Septazine compr. 0,50 şi forma lui solubilă Soluseptazine soluţie (6%).

Amândouă preparate de casa Specia, Paris.

In ceeace priveşte tratamentul chimioterapic, gravitatea cazului impunea un tratament energic şi intensiv pe toate căile. Din totalul celor 20 de zile de spitalizare a urmat tratamentul timp de 12 zile, primind în acest interval 330 cc. Soluseptazine (sol. 6%) respectiv 19,8 gr. substanţă activă, repartizat 170 cmc. pe cale intrarachidiană — 10,2 gr. substanţă activă şi 160 cmc. intravenos — 9,6 gr. substanţă activă. Adăogând cele 30 gr. de Septazine administrate pe cale bucală, ajungem la un total de 49,8 gr. substanţă activă. N'am observat în acest interval nici un fenomen toxic, decât spre sfârşitul tratamentului un subicter care a cedat fără nici-un tratament.

Aceste mici consideraţiuni posologice le credem necesare, întrucât găsim că sulfamida în cazurile grave trebuie administrată în doze mari pentru a avea o acţiune bună şi rezultatul terapeutic dorit — aceasta cu atât mai mult cu cât fenomenele toxice sau lipsesc sau sunt complect neglijabile.

O altă chestiune, pe care o credem capitală este calea administrării medicamentului; avem ferma convingere că administrarea sulfamidei pe cale intrarachidiană este un lucru esenţial, în tratamentul meningitelor. Cu toate că sulfamida luată pe cale bucală sau parenterală trece în lichidul cefalorachidian, totuşi trebuie considerat că permeabilitatea meningelor diferă şi variază dela individ la individ; apoi

BCU Cluj / Central University Library Cluj

prin calea intrarachidiană avem posibilitatea să punem leziunea anatomo-patologică direct şi cât mai devreme (lucru foarte important) cu preparatul nostru chimic.

In această privinţă nu toţi autorii sunt de acord. **A. Jauereneck** şi **W. Gueffroy** găsesc că cantităţile de sulfamidă ce se găsesc în l-c-r după administrarea preparatului pe cale bucală şi intramusculară sunt suficiente nemaifiind nevoie de calea lombară.

René Martin şi **A. Delaunay** au utilizat la un caz de meningită streptococică sulfamida pe cale bucală.

Caussé, Gisselbrecht şi **Loisseau** au utilizat calea intravenoasă şi bucală.

F. F. Schwentker, P. F. Clason, W. A. Mongan, J. W. Lindsay şi **P. H. Long** dela Spitalul John Hopkins-Baltimore au utilizat calea intrarachidiană. **Camill Hubert** comunică 3 cazuri de meningită streptococică tratate cu sulfamidă, în care au întrebuinţat căile intrarachidiană şi bucală.

Bernardie şi de **Fanouarn** pe de o parte şi **Favre** pe de altă parte, aduc observaţiunile cazurilor de meningită streptococică tratate chimic şi seroterapic, în care preparatul chimic administrat numai bucal, nu s'a arătat eficace; avem ferma impresie că în aceste cazuri, destul de severe, administrarea precoce a derivatelor sulfamidaţi pe cale intrarachidiană ar fi dovedit întreaga lor eficacitate.

In general chestiunea chimioterapiei în meningitele streptococice, graţie înmulţirii publicaţiunilor cazurilor vindecate, tinde spre a cristalizare. In Franţa **René Martin** şi **A. Delauney** care au tratat primul caz de meningită streptococică, au rezumat într'un articol publicat în „Annales medico-chirurgicales", atât lucrările apărute cât şi o privire generală asupra acestei chestiuni.

In Lancet găsim tot o lucrare consacrată acestei chestiuni de **T. Cawthorne.**

In consecinţă:

1. Tratamentul chimioterapic prin compuşii sulfamidaţi în meningitele streptococice, marchează un progres real în tratamentul acestei boli prin numărul impresionant de vindecări publicate.

2. Acest tratament trebuie instalat cât mai timpuriu şi continuat până după ameliorarea tuturor fenomenelor morbide.

3. Administrarea trebuie făcută pe toate căile — o menţiune specială pentru calea intrarachidiană — utilizarea căreia e absolut indicată şi necesară în toate cazurile, în deosebi în cele grave.

4. Derivaţii sulfamidaţi sunt netoxici, fiind perfect toleraţi de organism chiar în doze masive.

5. In ceeace priveşte cazul nostru se impune o menţiune specială atât asupra porţii de intrare — tonsilită — cât şi în special asupra rezultatelor obţinute prin aplicarea Röntgenterapiei asupra amigdalelor, fapt ce împreună cu chimioterapia sulfamidată a dus la vindecarea completă a bolnavului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE

A. Gray: J. Amer. med. Assoc. 1935, 92, 102. — **A. Thomas et C. Hubert:** Un cas de méningite à stréptocoques guéri. Paraplégie spusmodique tardive transitoire. Revue oto-neuro-oculistique Mars, 1926, 4, Nr. 3. — **A. Jaureneck şi W. Gueffroy:** Klin. Wschr. 1937, Nr. 44, pag. 154. — **Rene Martin et A. Delaunay:** Soc. de Pédiatrie de Paris, Séance du 15 Juin 1937 et Presse Médicale Nr. 80, 6 Oct. 1937, pag. 1406. — **Causse, Loiseau et Gisselbrecht:** Méningite purulente, otogène à stréptocoque hémolytique traitée exclusivement par un colorant azotique; guérison. Ann. d'oto-laryngologie, Février 1936,, Nr. 2, 194. — **F. F. Schwentker, P. F. Clason, W. A. Morgan, J. W. Lindsay et P. H. Long:** Utilisation du principe, amino-benzène-sulfamide et de ses derivés dans le traitement de la méningite à stréptocoques hémolytiques. Bull. John's Hopkins, 1937, Avril 7-9, Nr. 4, p. 297-306. — **Camille Hubert:** Traitement des méningites à streptocoques et o pneumococus mucosus par le Para-amino-phénil-sulfamide (1162 F). Presse Médicale, 14 Mai 1938, pag. 771. — **Bernardie et de Fanouarn:** Société de laryngologie des hôpitaux de Paris, Séance 17 Janvier 1938. Méningite o stréptocoques guérie. — **Favre:** Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse. Séance, Avril 1938, Chimiotherapie et sérotherapie et sérotherapie au cours des méningites otogènes. — **Rene Martin et A. Delaunay:** Traitement des méningites purulentes à streptocoques par le para-amino-phényl-sulfamide. Ann. Médico-chirurgic., Mars 1938. — **Cawthorne:** Traitement des méningites à stréptocoques par le sulfamide, The Lancet, Février, 1938. — **Dr. Gh. Munteanu, Dr. S. Zeltzman şi Dr. Crivăt:** Chimiotherapia cu derivaţii sulfamidaţi în meningita cerebro-spinală epidemică. Revista Ştiinţelor Medicale, Nr. 12, Decembrie 1938, pag. 1031-1045. — Presse Médicale Nr. 40, 18 Mai 1938, pag. 802. — Presse Médicale Nr. 25-26, Mars 1938, pag. 475. — **Proom et G. A. H.:** Buttle, para-amino-phénil-sulfamide dans les méningites bacteriennes. The Lancet, Mars 1937, Tpag. 661. — **Aretz Pougartz şi alţii:** Contribuţiuni la tratamentul meningitei epidemice cu ajutorul Prontosilului. Progrese terapeutice Nr. 5, Mai 1939, pag. 148. — **Paul Handuroi:** Une nouvelle tentative de classification des Stréptocoques. Son importance clinique. Presse Médicale Nr. 73, 10 Septembre 1938, pag. 1346. — Presse Médicale Nr. 65, 14 Août 1937, p. 118. — **Etienne May:** Sépticemie stréptococcique, post abortum avec méningite stréptococcique. Guérison de la méningite par le para-amino-phénylsulfamide, persistance, de la septicémie et mort. Société médicale des hôpitaux, Séance 8 Juillet 1937. — Presse Médicale Nr. 61, 30 Juillet 1937, pag. 1183. — **G. Domage:** Deut. Méd. Woch. 61, 252, 15 Febr. 1935. — **J. şi M-me Trefouel, F. Nitti şi D. Bovet:** C. R. Soc. Biol. 120, 756, 1935 şi Presse Médicale 45, 859, 5 Iunie 1937. — **F. Nitti şi A. Simon:** Paris Méd., Iunie. — **G. A. H. Buttle, W. H. Gray şi D. Stephenson:** The Lancet 1, 1286, 6 Junie 1936. — **M. Proom:** The Lancet 16, 2 Ian. 1937. — **F. F. Schwenker, S. Gilom şi P. H. Long:** Jour. Amer. Ass. 108, 1407, April 1937. — **P. Goissedet, R. Despois, P. Gaillot şi R. Mayer:** C. R. Soc. de Biol. CXXI, p. 1082, 1936. — **G. Muraz, H. Chirle şi A. Queguiner:** Presse Méd. 57, 1113, Iulie 1938. — **Armand Delille, C. Lestocquoi, J. P. Paillas şi R. Triffeneau.** Ann. Méd. Chir. 3, Martie 1938. — **Colebrook, G. A. H. Buttle şi R. Omeara:** The Lancet 23, 1323, Décemv. 1936. — **A. Fuller:** The Lancet 1, 194, 1937. — **Marschall, E. K. Kendall Emerson şi W. Cutting:** Journ. Amer. Ass. 108, 953, Martie 1937. — **S. E. Branham şi M. Rosenthal:** Pub. Health. Rep. 52, 635 Mai 1937. — **R. Martin şi Delaunay:** Presse Méd. 45, 1406, Oct. 6, 1937. — **R. Tiffeneau şi J. J. Meyer:** Paris Méd. 2, 215, Sept. 1937. — **L. Bethoux, E. Gourdon şi J. Rochedix:** Ann. Méd. Chir. 2, 206, Sept.-Oct. 1937. — **S. S. Bernstein:** J. Pediat, 11, 198, Aug. 1937. — **T. M. Brown:** Bull. Johns. Hopkins hôsp. 61, 272, Oct. 1937. — **C. Levaditi şi A. Vaisman:** Compt. rend. Soc. de Biol. 125, 604, 1937. — **D. Kucerova:** Casop. lek. cesk. 76, 1558, Sept. 1937. — **P. H. Long şi E. A. Bliss:** South. M. J. 30, 479, Mai 1937. — **B. W. Carey Jr.:** Journ. Pediat 11, 262, Aug. 1937. — **J. F. Zendel şi D. Greenberg:** New-York St. J. Méd. 37, 1744, Oct. 1937.—

E. Neter: Proc. Soc. Exper. Biol. et Méd. 38, 37, Févr. 1938. — **A. Eldhal:** The Lancet 1, 712, Martie 1938. — **F. H. Jacob:** Britt. M. J. 1, 887, April 1938. — **T. Anderson:** Tr. Roy. Méd. Chir. Soc. Glasgow 89, Febr. 1938. — **S. E. Branham:** Pub. Health. Rep. 53, 645. April 1938. — **L. J. Willien:** J. A. M. A. 110, 630. Febr. 1938. — **B. Weil Halle, J. J. Meyer** şi **R. Tiffeneau:** Bull. et Mém. Soc. Méd. D'hôpit. de Paris, 53, 1255. Noem. 1937. — **T. Grawford** şi **G. B. Fleming:** The Lancet 1, 987, April 1938. — **A. Eldhal:** Ugesk. f. Laeger 1000, 365. April 1938. — **E. C. O. Jewesbury:** The Lancet 1, 1262, Iunie 1938. — **R. D. Bick l:** Virginia M. Monthly 65, 293, Mai 1938. — **J. Gerth:** Deutsche med. Woch. 64, 409, Martie 1939. — **E. Bakar** şi **M. O. Ogutem:** Türk. tib. cem. mec. 4, 176, 1938. — **M. Ronse:** Compt. rend. Soc. de Biol. 127, 845, 1938. — **J. B. Nealx** şi **E. Appelbaum.** Ann. J. M. Sc. 195, 175. Febr. 1938.

Il s'agit d'un cas de méningite streptococcique traité par injections intra-rachidiennes de Soluseptazine et par la Septazine par voie buccale. L'originé de cette méningite paraît être amigdalienne, les cryptes des amigdales laissant s'écouler, par copression, une sécrétion purulente. Pendant le traitement, en pleine amélioration, une rechute survient. La Röntgenthérapie des amigdales associée au traitement sulfamidé (septazine orale et soluseptazine intrarachidienne) amène la guérison du malade.

Es handelt sich um einen Fall von Meningitis streptokokkischer Natur, der mittels intra-lumbalen Injekzionen von Soluseptazine und peroral Septazine behandelt wurde. Der Ursprung dieser Meningitis ist scheinbar auf eiterige Mandeln zurückzuführen, die beim Zusammenpresse eine purulente Sekretion ausschieden. Während der Behandlung trat, in voller Besserungsphase, ein Rückfall ein. Eine Assozierung von Röntgen-Therapie und Sulfamide-Präparaten (Septazine peroral und Soluseptazine intralumbal) führte zur Heilung des Kranken.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Si tratta di uno caso di meningita streptococica trattata par inniezioni intrarachidiene di Soluseptazine e Septazine per via orale. L'origine di questa meningite si pensa di essere un fuocolaio amigdalieno, i qualli cripti per compressione lascia uscire una secrezione purulenta. Durante il trattamento, in pienno statto di benessere sorge una recidive. La röntgenterapia degli amigdali, combinata col frattamento degli sulfamidi (Septazina per os e soluseptazina per vis rahidiana) porta a la completa guarigione.

GERMANISMUL IN TRECUTUL NOSTRU MEDICO-FARMACEUTIC

de

D-r V. GOMOIU şi Farm. MARIA GOMOIU

Luând în considerare sârguinţele ce se depun de câtăva vreme pentru intensificarea raporturilor culturale germano-române, — am socotit că n'ar fi lipsită de orice interes, o privire, — fie măcar cât de fugară, — asupra legăturilor noastre din trecut, privitoare la medicină şi farmacie.

Chestiunea aceasta a mai fost tratată de cineva, într'un articol publicat în „Südostdeutsche Forschungen", vol. II din 1937, sub titlul „Streben und Leistungen deutscher Aertze in den rumänischen Ländern". Respectivul autor — G. Z. Petrescu — a folosit însă numai titlul, sau prilejul, pentru a se război cu cartea D-rului V. Gomoiu din 1923, — din care, a luat nu numai părţile bune, dar a copiat chiar greşelele, atribuindu-şi-le drept rezultat al unui „studiu" aprofundat. (Vezi: D-r V. Gomoiu. — Răspuns unei „critici". Comunicare Societatea R. R. de Istoria Medicinei, şedinţa din 23 Iunie 1938).

Ori, din afirmaţiunile — vagi şi lăturalnice — ale puţinilor scriitori ai vremii, am putea să deducem că locuitorii meleagurilor peste care s'a organizat România de mai târziu, au fost dotaţi dela început, cu un instinct superior în ce priveşte îngrijirea sănătăţei, iar logica ne face să credem că „mediul" — cu plantele şi mineralele lui — a contribuit la desvoltarea sau perfecţionarea simţului înăscut al strămoşilor noştri.

In adevăr, ni se pare mai logic să admitem bunăoară că tratamentul cu sare, sau cu petrol, să fi fost întrebuinţat prima dată — adică să fi fost creat — de ai noştri, care au avut aceste elemente la suprafaţa pământului, şi că dela ei să-l fi învăţat alţii, — pe când contrariul, ni se pare mai greu de admis; iar ca dovadă, am putea să invocăm faptul că în vechile reţete turceşti aflăm prescris „sarea de Valachia", — sau, să constatăm că tratamentul cu petrol în diferite afecţiuni, este foarte vechi şi prea bine cunoscut în medicina populară românească, dar destul de recent sau absolut necunoscut în alte părţi.

Este greu să tăgăduim a priori, dar nici nu posedăm documente

pe baza cărora să precizăm dacă în acele vremuri depărtate au existat pe aici niscai specialişti sau specilizaţi mai răsăriţi în arta vindecării (adică medici), fie ei autochtoni sau veniţi de aiurea.

Cele mai vechi dovezi le avem abia din vremea ocupaţiei Daciei de către Romani; — este vorba de pietre funerare sau inscripţii lapidare, care ne încredinţează că cu aceea ocaziune au venit şi au pălătuit pe aici: Pedanius Dioscoride, Aemilius Decimus, Titus Attius Divixtus, Titus Rascanius, Apuleius, Criton, Longinus, etc., — dar, nu putem spune nimic relativ la gradul lor de cultură medicală sau la şcoala în care îşi dobândiseră cunoştinţele pe care le posedau.

Dintre ei însă, ilustrul Pedanius Dioscoride, care a scris mai târziu un tratat de „Materia medicală", mărturiseşte că a învăţat multe leacuri dela populaţia băştinaşe, — şi, cartea lui cuprinde unele plante pe care le mai aflam chiar astăzi în medicina populară românească, cu aceleaşi denumiri şi cu aceleaşi întrebuinţări arătate de Dioscoride.

Prin urmare, se poate afirma, pe bază de documente, că populaţia băştinaşe a Daciei Romane — „Dacia felix" — avea o medicină populară a cărei superioritate a fost remarcată mai apoi, dealungul veacurilor, de către atâţia din străinii care au călătorit pe la noi, — şi, n'ar fi de mirare ca tocmai faima ei să fi atras vizitarea acestor meleaguri de către nemuritorii Hippocrate, Paracelsus, Spallanzani, etc.

Furtunile repetatelor năvăliri ale barbarilor din răsărit, distrugând însă ori-ce brumă de civilizaţie şi făcând imposibilă păstrarea altor dovezi, — ne-au pus în situaţia de a nu putea să precizăm dacă, şi cât, au învăţat acei barbari, dela medicina noastră, în trecerea lor spre Apus. Sigur este numai că odată stabilizate, popoarele Apusului — cele vechi şi chiar cele mai nou venite, — urcând mult mai repede ca noi pe scara civilizaţiei, ne-au trimis luminile lor, dintre care n'au lipsit nici cele medicale.

Cum era chiar firesc, acele lumini — sau mai precis „Germanismul" de care ne ocupăm în comunicarea de faţă, — a pătruns mai întâi în ţinuturile româneşti din Apus, care se aflau sub stăpânire mai mult sau mai puţin germanică, ori mai în legătură cu aceasta, şi, au pătruns mai târziu în provincii răsăritene, fără să fi ajuns niciodată direct până în Basarabia.

Astfel, în comunicarea făcută celui de al IX-lea Congres internaţional de Istoria Medicinei, d-l D-r I. Orient, spune că, încă dela anul 1276, un anume **Iacob Wesselenyi**[1]) ar fi fost „magister" în Turda, dar nu cunoaştem naţionalitatea căreia aparţinea şi nici învăţătura pe care o poseda, sau şcoala la care o dobândise.

Tot astfel n'am putea să dăm prea multe amănunte sau precizări asupra unui **Paul** care, în 1332 va fi fost preot şi medic cu

1) Nici nu ştim dacă a existat vre'o legătură între aceasta şi acel Georg Wesselin, originar din Würtenberg pe care-l aflăm în 1525 luând conducerea farmaciei din Sibiu, sau cu acel Iohan Wesselinowitz pe care-l aflăm la Bucureşti în 1832, printre spiţerii de diplomă.

mare reputaţie în Oradea [2]), — nici despre acel de **Placentia Iacob**, care în 1333 era „doctor" şi episcop la Cisnad, — sau despre acel **Ladislaus Demendi**, care a slujit între anii 1333—1379, ca preot şi medic în Oradea, — ori despre acel **Andreas Rugubioi**, care era în 1345 „Domherr" şi medic regal, tot în Oradea. Care va fi fost naţionalitatea acestora, şi unde vor fi învăţat ei? Nu ştim.

In 1395 însă, cu prilejul expediţiei în Moldova, regele Ungariei (Sigismund) a numit „Doctor" pe un român anume **Demetrius Transylvanus**, care s'a intitulat „Decretorum Doctore", — şi, se ştie că asemenea titluri se acordau atunci şi în alte ţări, şi chiar de către nobili. Ori care ar fi fost valoarea acelui titlu, sau bagajul de cunoştinţe al purtătorului, — este de reţinut faptul că, după medicii români de care pomenirăm, acesta ar fi primul titrat care, — după o mie de ani dela ocupaţia romană, — a călcat pe pământul Principatelor Române.

Mai apoi, menţionând pe **Johannes Megirling** di Cibinio (Ion Megerling din Sibiu), Weszpremi spune în „Succinta medicarum Hungariae et Transylvaniae biographia", că ale Megirlin ar fi fost diplomat dela Padova şi că se intitula „Medicinae et artium Doctor", dar s'a făcut preot la Hammersdorf sau Guşterita. Deşi nu avem date certe asupra naţionalităţii sale, şi măcar că a învăţat la Padova, înclinăm totuşi a crede că acest Megerling, a fost de origină germană, ca şi următorii: **Michael** care a fost în 1420 medic şi canonic, — **Iohan** care era în 1428 preot şi medic celebru la Cluj, şi **Peter Wep** sau **Weber**, care era „Domherr-arzt" în ordinul Jesuiţilor, şi căruia se datoreşte reclădirea spitalului „Heiligen Geist" din Oradea, între anii 1427—1447.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In anul 1460, însă, a fost angajat ca medic al spitalului fondat de călugării Benedictini la Sibiu, unul despre a cărui origine germanică nu mai încape nici-o îndoială; — este vorba de „doctorul" **Bartholomeus** din Breslau, — şi, poate să fie acelaşi cu Bartholomeus de Albricis, care a fost adus în Moldova ca să trateze rana lui Ştefan Cel Mare (în consult cu Baldesar Perusianus „famasissimus doctor medicinae", dela gimnasiul Patavin, şi care pare să fie al doilea ori al treilea medic ajuns până în Principatele Române).

Tot de naţionalitate germanică credem a fi fost şi „Doctorul" **Andreas**, pe care-l aflăm în 1490 ca „phisic" (medic) oficial al Sibiului; — cum şi **Martinus** „apothecarius" care era în 1495 farmacist al Sibiului şi care probabil că este acelaş cu Martinus, „aromatarius" pe care-l aflăm în 1506 tot la Sibiu. Nu ştim dacă toţi aceştia au studiat la vre-una din şcolile existente pe aceea vreme ori au învăţat meşteşugul vindecării, dela vre-unul din magistrii ordinelor călugăreşti — Benedictini, Joaniţi, Jesuiţi, etc., — lau la alţi „maeştri".

2) Nici despre aceasta nu ştim dacă a avut vre-o legătură cu reputatul *Paul*, care între anii 1535—38, era „doctor ac apotecarius în Făgăraş", ori cu *Herr Doctor Paulus*, care între 1834-77, era medic la Braşov şi care, probabil că era acelaş cu sasul *Paul Kiress*, născut la Braşov şi devenit „Phisicus", al oraşului, — ori acelaş cu *Paul Kertz*, care mai trăia încă în 1585, la Braşov, — şi cu *Petre Kertzi*, din 1600, despre care vorbeşte Weszpremi, în „Succinta medicorum Hungariae et Transilvaniae biographia". — Unde vor fi obţinut aceştia „doctoratul" lor şi în ce va fi constat ei? Nu ştim.

In afară însă de Bartholomeus Albricis (pomenit mai sus), a fost adus în anul 1499 la Suceava (în Moldova), tot pentru tratarea rănii lui Ştefan Cel Mare, — un medic de cea mai autentică origină germană: — este vorba de **Johannes Klingensporn**, din Nürnberg. Apoi, fie că este vorba de aceiaşi persoană sau de alta, interesant de reţinut este faptul că, în acelaş an (1499) Ştefan Cel Mare a angajat pe un **Henricus Klingensporn** ca medic al Sucevei. Acesta a fost primul medic public în Moldova, şi de aceia Ştefan Cel Mare este considerat ca iniţiatorul asistenţei sanitare la noi.

Ori, dacă facem abstracţie de meşteşugarii băştinaşi, şi dacă ţinem seamă că puţinii medici de altă naţionalitate care călcaseră în Principatele Române, până la aceia dată (românul Demeter Transylvanus, germanul Bartholomeus Albricis, italienii Matheus Murianos şi Baldesar Perusianus, şi evreul Isaak), au fst nişte simpli trecători, — am putea spune că, începutul asistenţei sanitare, nu numai în provinciile româneşti de sub stăpânirea austro-ungară, dar chiar în „Principatele Române" (Dunărene), a fost deadreptul germanic, de oarece primul medic public şi statornic a fost germanul Klingensporn; — şi, este neîndoios că, pe lângă învăţăturile şcoalei la care va fi urmat el, actele sau conduita lui n'au fost lipsite de pecetea naţionalităţei, şi n'au rămas străine de obiceiurile ţării din care venisei.

N'am putea să precizăm motivele, dar în anii imediat următori, în loc să se înmulţească medicii de origină germanică, — din contră, s'au perindat o serie de italieni: — în 1506, Gheorghe din Piemont, Hieronimo sau Girolamo de Cesena, Ioan de Aquile şi Alexandru Veronese; — în 1504, Leonardo Massari, — şi abia, în 1508, apare în Bucureşti medicul sau „phisicul" sas „Franciscus". Apoi, în 1509, aflăm, tot în Muntenia, pe doctorul Petre sau **Petrus**, iar în 1510, pe doctorul **Ioan Salius**. După aceia, tocmai în anul 1520, mai aflăm unii pe care-i bănuim de esenţă germanică: **Gabriel** şi **Johannes** „aromatarius", ambii farmacişti ai Braşovului, iar în 1521, aflăm pe „magister" **Johannes** ca „phisicus" tot la Braşov. La aceiaşi dată, şi tot la Braşov mai găsim încă pe „doctorul" **Marcelus**, pe **Valentinus** „aromatarius" şi pe **Hieremias**, „fisicul", care poate să fie acelaşi cu „apothecarul" de mai târziu (1536).

Anul 1524 deschide seria unor **Andreas**, **Andree**, sau **Andrei**, — cu sau fără legătură cu cel din 1490; despre toţi aceştia am relatat în „Repertoriu" nostru, fiindcă unul, sau unii — ori poate toţi — au profesat temporar în Moldova şi Muntenia, dar ne-a fost foarte greu să-i identificăm fără greş.

Dela aceea dată, exceptând pe **Georg Wesselin**, din Würtemberg, care a luat în 1525 conducerea farmaciei din Sibiu, —şi, în afară de „aromatariul" Hieremias, despre care pomenirăm, — abia în 1531 mai aflăm pe un **Andrei Barthel**, care preia conducerea farmaciei Braşovului; iar în 1533 aflăm pe **Martinus Barth**, pe **Theobald Griffius** şi pe **Jacobus Flandrensis**, fisic al Braşovului, despre care nu ştim ce legătură va fi avut cu Alostanus Stopius Martinus Flandrensis „novus phisicus doctor" de mai târziu (1550).

De aci înainte, alături de străini, găsim consemnaţi cu numele

lor, câţiva băştinaşi (Moldoveni şi Munteni) — simpli empirici, sau poate cu oarecare pregătire; — unii din aceşti s'au bucurat de mare reputaţie, ca de pildă: Niculae „băeşul" (1534), Gheorghe şi Ştefan „bărbierul" (1542), Radu „vraciul" şi Ştefan „doctorul" (1545), Petre „bărbierul" (1557), etc.[3]) Totuşi, între timp, întâlnim atâtea nume despre care, deşi nu avem date precise, înclinăm a le crede germanice, — ca de pildă: în 1535 Paul Kiress sau Kertz „doctorul", şi Wolfgangus „apothekarius"; — în 1537, Georg Blesch sau Blech, iar în 1540 Martin Brenner şi Johnes Hessus; — în 1550 Sebastian Prausner, în 1553 un Laurentius, iar în 1554 Johanes Stubingus; — în 1560 Johan Klucker şi în 1562 Iohan Sommer; — în 1567 Stephanus Krymp, iar în 1572 Fabian Lehrschner; — în 1580 Wilhelm Balk, iar în 1581 Georg Schmirer, — şi, cam astfel găsim semănate dealungul anilor, o sumă de nume cu origină şi cultură pe care spuserăm că o bănuim germanică (N. Iosephus, Ion Fascheng, Friederich Gross, etc.).

De altfel, într'o notă reprodusă în pag. 23 a lucrării din 1923 (V. Gomoiu, — Istoria Medicinei şi a învăţământului medical în România), am menţionat faptul că pe la anul 1565, Universitatea săsească a dat poruncă bărbierilor şi chirurgilor ca să trateze pe săraci, gratis (Deutsche Geschichte der Siebenbürger Sachsen, Kronstadt, 1858). Ori, este foarte probabil, — sau, cel puţin posibil, — ca mulţi din meşteşugarii aflaţi în Ardeal şi din cei veniţi în Principate, — intitulându-se, când bărbieri, când medici, sau doftori, — să fi învăţat la aceia şcoală sau la altele asemănătoare fostului gimnasiu Patavin, devenit Universitatea din Padova.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

In 1611 însă, mai aflăm la Braşov, încă un medic cu toate semnele de autenticitate germanică, — pe Andreas Ziegler, care a obţinut doctoratul, în 1610, la Wirtenberg, unde a prezentat chiar o teză, intitulată „These medicae de cordis ventriculi mordente dolore et colica". Totuşi, onorabilul „critic" G. Z. Petrescu, de care amintirăm, zice că: „Erst 1635 erscheint ein wirclicher deutscher Arzt în Kronstadt (Braşov) Friederich Monavius aus Breslau, cel cu diploma de doctor obţinută la Tübingen în 1622. Iar ca să-şi sprijine această afirmaţiune, zice acelaşi critic, că: „Dazu kam es nicht vor Mitte des 16 Jhes", fiind-că, „Es sind ja erst nach 1550 deutsche Medizinschulen in beträchtlicher Anzahl errichtet gewesen". Cu alte cuvinte, după această logică, ar însemna că noi n'am avut negustori greci ori evrei sau alţii în ţara românească, până ce nu s'au înfiinţat respectivele Academii de Inalte Studii Comerciale. Ba încă, acelaşi „critic" adaugă la sentinţa de mai sus, că: „selbstverständlich wirkten noch eine gewisse Zeit nachher solcher Anstalten nicht in die Ferne", — dar, d-nia sa s'a ostenit prea puţin ca să afle că intensificarea ori slăbirea germanismului medico-farmaceutic dela noi, s'a datorit

3) Asemenea „Vraci" au fost mulţi şi pretutindeni, — căci mai apoi (în 1648) aflăm la Vânju (Mehedinţi) pe *Stanciu* vraciu, din ceata lui Radu Gomoiu; — la Poiana (Sibiu) este mormântul unui Romul Vraciu; — La Slănic (Prahova) există chiar o firmă de magazin (a lui N. Musteţea), pe care este scris „La Vraciul".

altor factori (comerț, politică, întâmplare, etc.), mai mult decât distanței geografice sau vechimei școlilor nemțești.

In adevăr, din datele — desigur incomplecte sau imperfecte — consemnate în „Repertoriul" nostru de „medici și farmaciști" dinainte de 1870, — se constată că, dela pomenita școală din Wittemberg, care ne-a dat în 1610 pe doctorul Andreas Ziegler, — abia după 50 ani, am mai avut unul (Kölsch Martin, în 1668), — altul după alți 20 ani (Tutius Martin, în 1683), și încă unul după alți 30 de ani (Auner Ștefan, în 1712). Iar dela școala din Tübingen, care ne-a dat pe Friederich Monavius (în 1622), n'am mai avut decât unul singur (George Pappa) tocmai în 1822, adică abia după 206 ani.

Dela Altdorf, am avut un singur element (Franciscus Paulus) în 1678. Dela Erlangen, am avut un diplomat (Ioan Ducker), în 1709, iar după aceia au trecut mai bine de 50 de ani până să mai aflăm unul (Mylius Barth Wolfgang, în 1763), și apoi tocmai după alți 70 de ani, — adică după 1833, — am mai avut o serie de 10 diplomați. Dela Universitatea din Halle, am avut un diplomat din anul 1712 (Andreas Schoppel) și apoi, în tot timpul de 90 de ani următori, am avut 14 diplomați, iar după anul 1800, n'am mai avut decât 5. Würzburg, ne-a dat un doctor în anul 1722 (David Samuel Maday), dar după aceia au trecut 105 ani, până să mai aflăm de al doilea (C. Laibel), și apoi încă alți 10 diplomați care aparțin însă epocei de după 1827. In 1723, ne-a venit primul diplomat dela Jena (Johann Doctoru), dar după aceia, în interval de 80 de ani, nu ne-a mai dat decât alți trei, și apoi alți 7, după anul 1809. Dela Erfurth, Essen și Frankfurt, am avut câte un singur reprezentant (Johann Ziegler, M. Eckhardt, și Brecht von Brechtenberg). Leipzig ne-a procurat un doctor în 1759 (Johann Hedwig), iar după aceia, am mai înregistrat alți 8 diplomați.

In schimb, Wien(a), care se afla lângă noi, ne-a dat abia în 1741 pe cel dintâi diplomat (Bogdan Abraham de Pathanttus), și apoi alți doi (Abeles Iulius și Caracaș Dimitrie) tocmai în 1760, — iar după aceia, în tot intervalul celor 40 de ani, următori, nu ne-a procurat decât 10 titrați, pe când, în cei 70 de ani de după 1800, ne-a dat nu mai puțin de 220 diplomați (medici și farmaciști). Ba încă, primul diplomat dela Buda (Pesta), — care este chiar mai aproape, — ne-a venit abia în 1787, și în tot sfertul de veac următor nu ne-a mai procurat decât alți 2, pe când după anul 1800, ne-a dat nu mai puțin de 126 (medici și farmaciști). In schimb, am avut un diplomat dela Basel, (Fr. Papai Pariz) încă din 1674, și chiar Utrecht, care este la îndoită depărtare, ne-a dat unul (Iohan Albrich), încă din 1709.

Exceptând Göttingen, dela care am avut primul diplomat (Silvestru Filitti) în 1785, — întâlnim după anul 1800, o serie de alte școli germanice, la care au învățat o samă de medici români, — sau de origină străină, — care au profesat în România. Astfel: în 1809, apare primul diplomat dela Berlin (de unde ne-au mai venit apoi alți 23); — In 1824 ne-a venit primul diplomat dela Heidelberg, care ne-a mai dat apoi alți 4; — în 1831, ne-a venit primul titrat dela München, după care au urmat alți 61; — în 1832 ne-a dat și

Klagenfurt un dplomat; — îni 1835, Breslau; — în 1840, Praga (de unde au mai venit apoi alţi 8); — în 1848, Graz; — în 1849, Könisberg; — în 1853, Salzburg; — şi în 1867, Greifswald.

Ori, considerând aceste date, ne dăm bine seama că, la un moment dat, profesiunea medicală şi cea farmaceutică din Principatele Române, avea o nuanţă profund germanică, de oarece majoritatea reprezentanţilor lor fuseseră pregătiţi în şcolile germanice. Şi, dacă ţinem seamă că prestigiul personal al medicilor era — pentru cei străini — bine sprijinit şi de autoritatea Consulatelor respective, — se înţelege lesne înrăurirea pe care putea să o aibă în toate direcţiile.

Ba mai mult, prima noastră asociaţie de medici — am putea zice, prima mişcare ştiinţifică dela noi, — a fost iniţiată de un german, — de **Iakob Stanislaus von Czihak**, născut la Aschaffenburg (în Bavaria), şi făcut doctor la Universitatea din Heidelberg. Aceia primă Societate Românească, a fost chiar botezată la început (în 1830), cu nume nemţesc „Iassyer Medicinische Lesevereien", şi apoi a luat numele românesc de „Societatea de Medici şi Naturalişti". Iar cei mai de seamă medici ai Iaşului şi ai Moldovei, din aceia vreme, îşi făcuseră studiile în Universităţile Germane: D-rul Gh. Cuciureanu, a luat doctoratul la München, — ilustrul D-r A. Fătu, deşi a obţinut doctoratul la Paris, studiase mai întâi la Wiena; — D-rul C. Vârnav, care a scos prima foaie românească cu caracter medical („Povăţuitorul Sănătăţii"), a studiat la Buda; — D-rul M. Zotta a luat doctoratul la Wien, etc.

Cam aceiaşi a fost situaţia şi în Muntenia. Iar ca o notă despre răspândirea spiritului germanic, printre medicii şi farmaciştii de aici, — ajunge să amintim că în Bucureşti, „Curierul Românesc" a publicat în 1833, apelul doctorului Ignatz de Mayer, pentru strângerea fondurilor cu care să se realizeze un cămin şi să se dea o medalie de onoare, Doctorului Huffeland din Berlin, a cărui „Macrobiotică" a fost tradusă în româneşte, şi ale cărui principii se aplicau de aproape toţi ai noştri.

In ce priveşte farmacia, am putea spune fără înconjur că ea a fost la început pur germanică, de oarece, exceptând pe medicii care au făcut în acelaşi timp şi pe farmaciştii — aproape în umanitatea lor, vechii farmacişti profesionişti din Principatele Române, începând cu Iosef Teutsch (1710) şi până bine de curând — au fost de origină germanică. De altfel, într'o comunicare făcută Societăţii de Istoria Medicinei (la 11 Aprilie 1940), am arătat că chiar actele Gremiului Farmaceutic, au fost la început în întregime redactate în nemţeşte, fiindcă altfel n'ar fi fost înţelese de cei interesaţi, — iar ca dovadă a stării reale de lucruri, ar fi deajuns să amintim procesul verbal din 20 Aprilie 1837, din care se vede că în Bucureşti, se aflau atunci următorii farmacişti: Iohan Gröw (şi Iohan Dresnaudt), Friederich Ennyeter, Carol Kladny, Carl Schullerus, Friedr Beitler, Iohann Wesselinowitz, J. M. Raymondy, L. Drexler, Paul Klousch, Andreas Graef, Franz Roth, Ignatz Mäusell, N. Henning, W. Gaudi, M. Steege şi M. Doctor, iar toată practica noastră farmaceutică s'a condus până bine de curând, după farmacopeea austriacă şi „taxa" Wienei.

Apoi, tot ca măsură a legăturilor germano-române, de atunci, pe tărâmul medico-farmaceutic, — am putea să invocăm şi faptul că, atâţia din medicii vremii au fost membrii ai diferitelor asociaţii ştiinţifice germane. De pildă, în afară de alţii pe care nu-i cunoaştem, ştim că: Martin Lange, născut în Braşov, şi devenit mai apoi „phisicus" al Braşovului, a fost numit în 1789, membru al Academiei din Halle; — Andreas Wolff, care s'a născut în Braşov şi a profesat în Sibiu, Iaşi, a fost numit în 1799, membru al Societăţii regale de ştiinţă din Göttingen; — I. D. Mayer, din Bucureşti, era în 1833, membru al Academiei din Wiena şi Berlin; — J. S. Czihak din Iaşi, a fost numit în 1834, membru al Soc. Agronomice a Ducatului Baden; — Gh. Cuciureanu din Iaşi, a fost membru al Societăţii Naturaliştilor din Dresda; — Iacob Felix a fost membru al Societăţii Imperiale de medicină din Wiena, — şi, poate câţi alţii încă, pe cari nu-i ştim noi.

Adevăr este însă că, după venirea lui Davila şi înfiinţarea Şcoalei naţionale de medicină, numărul diplomaţilor din şcolile germane a scăzut foarte mult. Singurele universităţi germanice dela care am mai primit diplomaţi, între anii 1860—1870, au fost: Berlinul (4 doctori), Erlangen (2), Jena (2), München (23), Buda (4), Praga (1), Wiena (45) şi Würzburg (2). In schimb, avantagiile acordate Românilor prin Decretul lui Vittorio Emanuele şi al lui Napoleon III, au îndreptat către universităţile italiene şi franceze, marea majoritate a studenţilor noştri. Astfel se face că Torino, de unde nu avuseseră decât doi diplomaţi — unul în 1833 şi altul în 1835, ne-a dat în intervalul de şase ani dintre 1863—1869, nu mai puţin de 13 doctori, — iar Parisul, care ne-a dat primul diplomat abia în 1814, ne-a dat în acelaş interval de 10 ani (între 1860—1870), nu mai puţin de 39 doctori.

După anul 1870 însă, — adică după creearea Universităţii naţionale, — deşi mulţi practicieni şi-au făcut studiile în străinătate, — medicina noastră a devenit din ce în ce mai eclectică, şi am putea spune că, cu timpul s'a creat o medicină cu adevărat românească, pe care am început şi noi, pe ici-colea, să o împrumutăm altora.

In legăturile ce se reiau acum pe tărâmul medical, — ca un compliment al celor politice, — ne place să vedem un prilej foarte nimerit, nu numai pentru a complecta ceia ce eventual ne-ar lipsi, — dar mai ales, ca să punem în evidenţă munca noastră, şi tot ce am realizat în acest domeniu.

VICTOR GOMOIU et M-elle MARIA GOMOIU: **L'influnece allemande sur les commencements de la Medecine et de la pharmacie en Roumanie.**

Les anciens habitants de nos contrées-riches en plantes et en mineraux-semblent avoir possédé des connaissances remarquables concernant l'art de guérir,- et quoique les orientaux qui ont passé par là en se dirigeant vers l'ouests leur ont transmis quelques unes de leurs moeurs,-il est à croire que les passant, ont aussi appris beaucoud de choses de nos ancêtres.

Mais, tandisque les qres, restés sur place, ont été exposés à touts les vents des invasions reitérés,qui ont empeché tout tentative de progrès,-par contre les, anciens orientaux après s'avoir stabilisé en Occident, se sont civilis plus vite, et apres un laps de temp. ont commencé à nous faire part de leurs lumières.

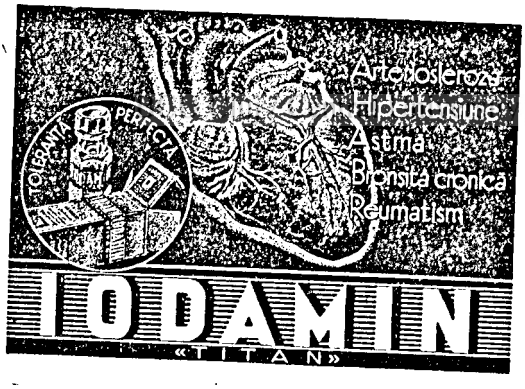
Parmi les premiers étrangers qui sont venus professer la madecine et la pharmacie dans nos contrées—d'abord en Transylvanie, puis en Walchie et Moldavie-on compte tant d'allemands, qu'on sauralt dire que les commencements de l'actuelle médecine ou de la pharmacie roumaines, ont été puremeut germaniques D'ailleurs les médecins et les pharmaciens allemands ont prédominé en Roumanie jusqu'à la création de l'Ecole Nationale de médecine et de pharmacie (devenue en 1870 notre Faculté de Médecine).

D-r V. GOMOIU und ph. MARIA GOMOIU: **Der Germanismus in unserer medico-pharmaceutischen Vergangenheit.**

Dank der Lage — reich an Pflanzen und Mineralien — erfreuten sich die Bewohner unserer Gegenden einer besonderen Gabe in der Kunst zu heilen; — wenn auch die aus dem Orient gegen dem Westen Europas, bei uns durchgewanderten, diesen Bewohnern einige ihrer Gewohnheiten überlassen haben, — ist es sicher dass jene Orientalen die nachher Abendländler geworden sind, von unseren Vorfahren auch sehr viel gelernt haben.

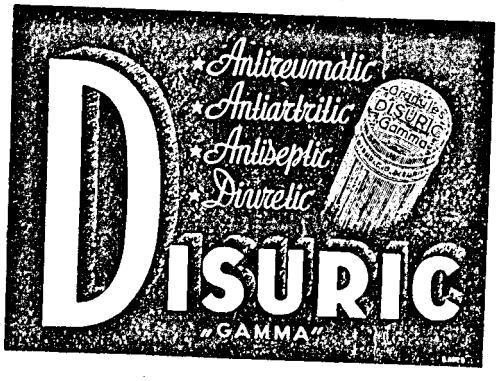
Während aber die Unsrigen hier blieben und dem Sturm aller feindlichen Einbrüchen ausgesetzt waren, — die jedweden Fortschritt verhinderten, — die angesiedelten Abendländer hingegen, zivilisierten sich rascher, und nach einer Zeit begannen sie ihr Wissen uns kund zu geben.

Unter den ersten Fremden, welche her kamen die Medizin und Apothek e in unseren Gegenden auszuüben, waren soviel Deutsche, sodass man sagen hönnte, dass der Beginn unserer jetzigen Medizin und Apotheke, geradewegs deutsch war, — erst in Siebenbürgen, nachher in der Walachei und in der Moldau Auf jeden Fall prädomminierte der „Germanismus" bis zur Errichtung unserer National-Schule der Medizin und Apotheke (die im Jahre 1870 Fakultät wurder).



MEDICAȚIUNE
IODATĂ
INTENSIVĂ

DISOLVANT
ȘI ELIMINATOR
AL
ACIDULUI URIC



Reprezentanța pentru România S. I. F. s. a. r. București IV, Avram Iancu 32.