ANUL XIV-lea No. 11—12 NOEMB. şi DEC. 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. CANCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUMARUL

Pag.

CRONICA MEDICALĂ

M. CANCIULESCU: **Organizarea profesiunei medicale în statul corporativ naţional român. — Problemele, instituţiunile şi organele tecnice medico-sanitare regionale** 753

LUCRĂRI ORIGINALE

EUGEN V. CORNELEAC: **Contribuţiuni la studiul tecnicii extensiei transscheletice cu broşa Kirschner, în tratamentul fracturilor deschise de războiu.** 761

AXENTE IANCU: **Evoluţia şi felul de comportare al unor gemeni în colectivitate** 811

DIACONESCU-PUTNA şi ALEXIU: **Consideraţiuni generale asupra hemotoracelui traumatic.** 821

H. MACHELARIE şi CANDID IONESCU: **Valoarea comparativă a diverselor tratamente curative în tetanos** 833

M. PARASCHIV: **Un caz de paludism cu sindrom anafilactic şi turburări statice şi dinamice pupilare** 841

QUITTER FELICIU: **Rolul factorului sensibilizant în etiologia şi patogenia pelagrei** 845

(Urmare pag 2 cop.)

2760. SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

222

ORGANIZARE SANITARA — Pag.

ORGANIZAREA CORPORATIVĂ A MEDICILOR: **Cuvântarea D-lui Agregat D-r G. Marinescu,** Preşedintele Colegiului general al Medicilor. 851

Cuvântarea D-lui Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi al Ocrotirilor Sociale. 852

Expunerea D-lui Prof. Mihai Antonescu, Vice-Preşedintele Consiliului de Miniştri. 853

PROBLEMA FARMACIILOR PUBLICE IN ROMANIA de Prof. D-r **P. Tomescu** 861

ANUARUL MEDICILOR de Prof. D-r **P. Tomescu** . . . 865

ANALIZE

1919—1940, Douăzeci de ani de activitate românească în Clinica medicală I din Cluj. — Tip. „Cartea Românească din Cluj", Sibiu, 1941 869

Prof. D-r D. DUMITRESCU-MANTE: **Clinică terapeutică medicală.** — Edit. autorului, Bucureşti. 1941 871

N. GRUIA IONESCU: **Clinici şi Memorii,** seria I, 1941 . 872

AUREL VOINA: **Memoriu de titluri şi lucrări ştiinţifice** (Partea I-a, 1915—1940). — Tip. Cugetarea, Bucureşti, 1941. . 874

Prezentate de: M. CÂNCIULESCU

Errata 876

Condiţiile de publicare, publicitate şi abonament 876

Tabla alfabetică a publicităţii caselor farmaceutice . . . 850

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. 11-12/1941

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. CIOCALTEU (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. POPOVICIU (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. TEȚU (București), Prof. DAN TEODORESCU (București), Conf P. VANCEA (Sibiu), Doc. D. VASILIU (București).

Din „SUMARUL" No.
următoare

C. SANDULESCU: **Contribuţiuni la cunoaşterea turburărilor gastro-intestinale în malarie.**

N. VASILIU, S. SURUGIU şi C. SATMARI: **Starea sanitară a oraşului Vâlcov sub aspectul „fenomenului hidric local".**

F. QUITTER: **Pelagra? Studiu critic asupra concepţiei etiologice şi patogeniei pelagrei.**

OD. APOSTOL: **Institutul experimental de oftalmologie Prof. Filatow (Odessa).**

N. STANCIU, A. H. 'OPARI şi I. STANCIU: **Alcaloizi puri sau preparate galenice de secară cornută?**

V. POPOVICI şi O. LUNGU: **Asupra rezultatelor obţinute dupe extracţiile de cataractă traumatică.**

Docent AXENTE IANCU: **Tratamentul hormonal al cryptorhidiei la copii.**

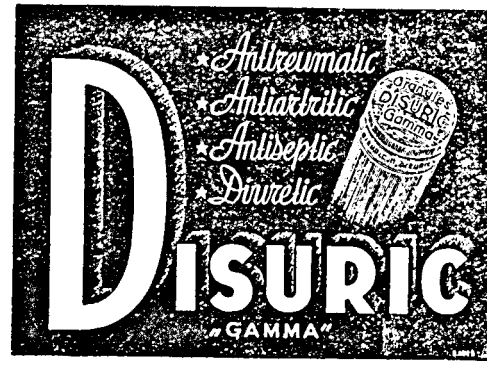
I. GLAVAN: **Chirurgia oculară în actualul războiu.**

V. DRAGOESCU şi A. DOBRESCU: **Fibro-angiom generalizat.**

Docent LIVIU CAMPEANU: **Biochirurgia în războiu**

MEDICAŢIUNE
IODATĂ
INTENSIVĂ

DISOLVANT
ŞI ELIMINATOR
AL
ACIDULUI URIC



Reprezentanţa pentru România S. I. F. s. a. r. Bucureşti IV, Avram Iancu 32.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei 103 — Bucureşti VI

Depozit permanent de:

Serur

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

Vaccinuri

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

Vaccin contra tusei convulsive (Bordet-Gengou)
» anticoli
» antigripal (Pneumococ Streptococ, Pfeiffer Catarhalis)

Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic)

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

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

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

*

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

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea permată se preschimbă, dacă au ambalajul intact, cele mai târziu după 3 luni dela data expirării eficacităţii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEŞTI
PRIMITE LA REDACŢIE

N. GRUIA IONESCU şi colab.: **Clinici şi Memorii.** Seria I. Spitalul de boli interne. Ploeşti, 1941.

L. URSU, N. MIHAIL şi N. BUMBACESCU: **Necesitatea înfiinţării secţiilor de boli pulmonare pe lângă spitalele corpurilor de armată.** Sibiu, Inst. „Dacia Traiană", 1941.

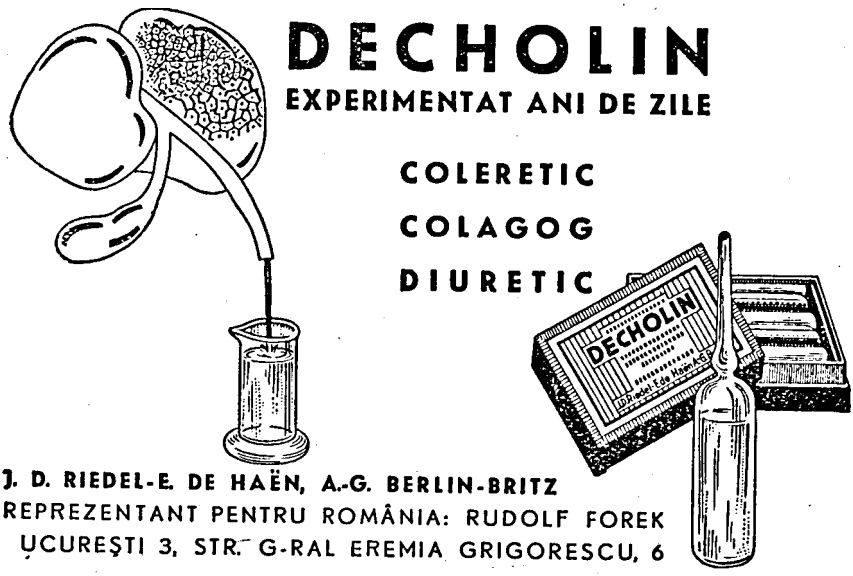
L. URSU, N. MIHAIL şi N. BUMBACESCU: **Problema tuberculozei pulmonare în războiu.** Sibiu, 1941.

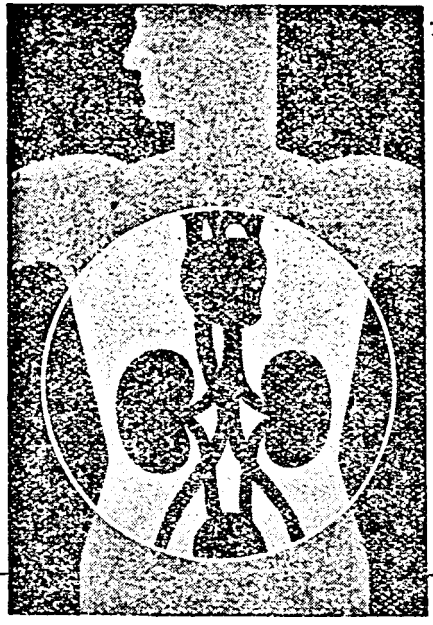
ST. POPIAN: **Chirurgia estetică, factor social.** Tip. „Universul" 1941.

A. COSACESCU: **Tumori şi distrofii osoase.** Vol. VI, fasc. 2 din „Chirurgie semiotică, clinică şi terapeutică", 1941.

GR. şi TEO GR. IAMANDI: **Exantematicul** (Tiful negru sau boala păduchilor). Iaşi, 1942.

BCU Cluj / Central University Library Cluj





Pentru terapeutica individuală a inimei şi circulaţiei

Calcium-Diuretina

Medicament eficace cardiac şi vascular şi diuretic puternic.

Iod-Calcium-Diuretina

In deosebi pentru tratamentul turburărilor bătrâneţii.

Rhodan-Calcium-Diuretina

Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.

KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂȚII CASELOR FARMACEUTICE

	Pagina
CHIMIROMAN: Cebion, Sirop de ephetonină „Merck"	Cop. II, 875
CODEX: Ovarium-Panhormon, Myoston „Henning"	832
R. FOREK: Decholin „Riedel"	748
— — : Verodigen „Boehringer-Soehne"	750
— — : Kombetin, Myocombin „Boehringer-Soehne"	759
GEDEON RICHTER: Ambesid, Synt. oestrin	830
ST. GHEORGHIU: Sirop neuro-tonic	819
ICFAL: Bronchosan Ipecodrin, Hypercalcium, Agoton, Gastrobial, Calciretin, Antireumal, Phedroiod, Ovule-Icfal, Urosol, Sedonervina, Pneumotropina	844
— — : Calcium „Icfal", Fosfovitadol, Hepatonal, Najosol, Metochin	840
P. ILUTZA: Gargarisme, Antiseptol „Chauvin"	867
INSTITUT „D-R I. CANTACUZINO": Seruri, Vaccinuri, Anatoxine, Filtrate microbiene, Principiu lytic, Tuberculină, Antigen metilic, Toxine, Antigene, Merdii de cultură, Diferite analize, Autovaccin, Autofiltrate	747
KNOLL: Calcium diuretin	749
LUTETIA: Creophosan, Halocalcion	820
— — : Serenol	809
— — : Codoforme, Nealgyl, Neol „Bottu"	810
— — : Terapia dermatozelor	Cop. IV
— — : Hista „Beytout"	831
— — : Calcigenol	Cop. III
S. I. F.: Iodamin, Disuric „Gamma" — Hypotonine	746, 867
— —: Calcifix, Anemoton	864
SANDOZ: Calcibronat	808
SPECIA: Novarsenobenzol	751
SPEPHAR: Bioferment, Cytotonine, Dakynol, Dermophyl, Passicalmine, Solvarthrol, Sulfamidol	752
STANDARD: Opocalcium „Ranson", Agocholine „Zizine"	760
— — : Mandelat „Asta"	I
— — : Quadro-Nox „Asta"	II
— — : Scilloral „Asta"	III
— — : Quadronal „Asta"	IV
WANDER: Radipon, Sirocalcin	858
— — : Germicid, Pneumosept	857
G. VERGLAS: Passiflorine „Réaubourg"	839
— — : Chloro-calcion	860

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ferdinand I din Cluj - Biblioteca Universitară
ROMÂNIA

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

În pansamente.

REUMATISM — ARTRITISM — OBEZITATE — GUTĂ — GRAVELA 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 chimioterapie anti-infecțioasă polivalentă pe cale bucală

SULFAMIDON

Comprimate de 0 gr. 25 de para-amidobenzolsulfamid

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

Streptcoccie-Stafilococcie-Colibaci'oză

Pneumococcie - Meningococcie

Stări infecţioase criptogenetice

ADULȚI: 6-10 comprimate pe zi.

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

ORGANIZAREA PROFESIUNEI MEDICALE IN STATUL CORPORATIV NAȚIONAL ROMÂN

In ziua de 20 Noembrie 1941, a avut loc la M-terul Sănătății și al Ocrotirilor Sociale întrunirea Președinților Secțiunilor Județene ale Colegiului Medicilor din țară, pentru a asculta expunerea făcută de D-l Profesor Mihai Antonescu, Vice-Președintele Consiliului de Miniștri și Președinte ad-interim, în privința organizării pe baze corporative a Corpului Medical în noul stat național român.

Inainte de această expunere — care a avut loc la foarte scurt interval după expunerea făcută de D-l Vice-Președinte al Consiliului de Miniștri în fața corpului ingineresc, expunere cu care a început opera de luminare a exponenților autorizați ai diferitelor profesiuni ale poporului românesc, în privința organizării pe baze corporative a noului stat național român instaurat de D-l Mareșal I. Antonescu, Conducătorul statului, — D-l Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătății și al Ocrotirilor Sociale, spune că „medicii nu sunt adepții de ultima oră ai ideilor corporative, ci sunt credincioșii de totdeauna ai acestei doctrine" — amintind de crearea pe vremuri a unui adevărat Parlament medical românesc în sânul Asociației G-rale a Medicilor ce conducea. Parlament care constituia o Adunare reprezentativă a medicilor români.

Entuziasmul cu care am primit atunci această realizare a D-lui Prof. D-r P. Tomescu și cuvintele de aprobare cu care am salutat în coloanele acestei reviste crearea noui instituțiuni de ordin profesional medical românesc, dovedesc că, personal am fost un convins din prima oră a organizării corporatiste, anticipând chiar asupra funcționării noului sistem. Scriam în „Mișcarea Medicală Română" No. 3—4/1937, pag. 165—166, cele ce urmează:

„Această **Adunare reprezentativă a corpului medical românesc**, care pe drept cuvânt a putut fi socotită ca un **„Parlament medical românesc"**, a avut loc în zilele de 28 și 29 Noembrie 1936.

O Adunare reprezentanță, prevăzută în statutele Asociației, **nu a fost convocată niciodată;** revine acest mare merit actualului președinte al Asoc. D-l Prof. P. Tomescu, care s'a dovedit în scurt timp a fi un mare realizator în domeniul practicei medicale de stat și particulare, în suferință la noi.

A avea intuiția necesară a marilor probleme și a mobiliza toate mijloacele practice în vederea deslegării lor, — totul într'un cadru căruia demnitatea și solemnitatea să nu lipsească, — iată ce se cere unui adevărat conducător; și actualul președinte al Asociației se dovedește a avea aceste calități.

Compunerea acestui parlament medical, care poate la un moment dat să întrunească personalităţi medicale din toată ţara, **îi conferă un caracter de reprezentanţă generală, aşa cum se cuvine expresiunei unei corporaţii;** — iar alegerea membrilor lui se face după criterii altele decât acelea practicate în celălalt parlament; posibilitatea selecţionării fiind astfel asigurată pentru cei aleşi, cari vor fi „primi inter pares".

In cazul de faţă, pentru un început, realizările au întrecut toate speranţele.

Rezultatele practice nu se vor arăta, desigur, imediat, dar va trebui **a se reveni asupra problemelor, a le adânci, a le ţine la ordinea zilei** până când se vor impune atenţiei conducătorilor noştri politici, cari, solicitaţi de diversele nevoi în stat, neglijează sănătatea naţiunei, precum câte un om de nădejde îşi sacrifică propria lui sănătate în exercitarea datoriilor sale.

Să nu se întrunească acest parlament în sesiuni prea dese, pentru-ca să nu i se banalizeze importanţa şi mai ales până nu i se vor remedia slăbiciunile.

Să se dea mai mare importanţă desbaterilor, căci din discuţii ese mai multă lumină, rapoartele fiind împărţite dela început membrilor participanţi, aşa cum am cerut eu prin adresă oficială Onor. biurou central; se vor evita astfel repetiţiile, aci şi acasă, în centrele filialelor, problema fiind dela început expusă în aspectul ei general; iar membrii să-şi exprime părerile, propunerile, în scris, cât mai scurt.

Ca să se câştige timp, căci şedinţele sunt restrânse, mă gândesc, măcar **ca o inovaţie în mat ri», dacă n-ar fi bine să se suprime alocuţiunile diferiţilor reprezentanţi din sânul sau din afara corporaţiei,** socotind între aceştia pe cei ai autorităţilor erarhice, **cari trecând peste ce n-au făcut în trecut, pun veşnic înainte ce au de gând să facă în viitor.**

Expunerea datelor problemelor la ordinea zilei, o poate face în partea I a raportului sau raportorul anume însărcinat, care în partea II-a va cuprinde concluziunile sale.

Concluziunile ac stea după ce au fost desbătute în sânul Comitetului, să **fie larg supuse discuţiilor în timpul şedinţelor;** să se ţină seamă de propunerile ce se vor face şi rapoartele amendate, la nevoe, să fie supuse într'o şedinţă sau chiar într'o sesiune viitoare aprobării; iar nu la sfârşitul aceleaşi şedinţe încărcate să se dea aprobarea, descărcarea şi să prezinte felicitările călduroase, de care raportorul este asigurat mai dinainte, după vechile practice parlamentare, chiar dacă nu va mai lua cuvântul în replica, în care nu va face decât să reediteze în definitiv discursul dela început.

Ca să se câştige timp, deci şi **timpul desbaterilor să fie limitat,** căci pe medici îi aşteaptă nevoile şi bolnavii de-acasă, ar fi iarăşi bine ca **medicii parlamentari cari iau loc de drept printre noii lor colegi,** atât de neexperimentaţi în materie de parlament, **să nu vorbească de loc;** să se mărginească să asculte, să ia note de cari să-şi aducă aminte în parlamentul lor şi să vină la anul dacă soarta nu le va deveni potrivnică, ca să spună ce acţiune au dus, în interval, în susţinerea doleanţelor corpului de ale cărui atribute s-au prevalat în primul rând când au solicitat votul concetăţenilor lor.

Ar reuşi astfel, în chiar interesul lor, să crească în stima propriului lor partid pe terenul medical, de pe care au fost culeşi de clubul respectiv; iar marea masă a medicilor ar putea vedea în ei, indiferent de partidul din care fac parte, pe unul de-al lor, în stare să le sară în ajutor, convins şi desinteresant, atunci când sunt vătămaţi în drepturile lor; şi aceşti **apărători din oficiu** şi-ar îndeplini mai ales mandatul în faţa autorităţilor medicale erarhice, dela diferitele departamente în stat, dar mai ales dela departamentul sănătăţii publice, ale cărui articulaţii administrative funcţionează defectuos.

Şi cu toate acestea, **nu dela aceşti parlamentari medici, politiciani şi politicianizaţi, se poate aştepta corpul medical românesc la reforme adânci, ci dela medici parlamentari anume trimeşi în parlament de către ai lor".**

Reproducem mai departe, integral, concluziunile raportului despre **Organizarea sanitară rurală,** prezentat de D-l D-r I. Stoichiţa, actualul secretar general al departamentului sănătăţii publice, pus acum

în situaţie a-şi realiza ideile cari s-au dovedit a fi cele mai potrivite stării dela noi. Reproduceam parţial ideile cuprinse în raportul despre Repartizarea medicilor la formaţiunile militare în caz de războiu, raport prezentat de însu-şi Preşedintele Asociaţiei, D-l Prof. D-r P. Tomescu, idei salutare mai cu seamă în ceea ce priveşte repartiţia dreaptă şi utilă a medicilor în caz de mobilizare, potrivit vârstei şi specialităţii fiecăruia, ca şi gradului militar care trebuie să-l aibă şi să se dea; precum şi formarea echipelor de specialişti în care să lucreze la spitalele de zonă interioară localnicii cunoscuţi şi obişnuiţi din timp de pace, — idei de cari în războiul actual, cel puţin până în prezent, nu s-a ţinut socoteală, de a rezultat forfoteala cu medicii chemaţi din Moldova în Oltenia, sau trimişi dintr'o parte a ţării în partea diametral opusă; a rezultat pletoră de medici într'un spital şi lipsă în altul, din aceeaşi localitate; iar căpitanii asimilaţi din 1916—18 au ajuns căpitani desasimilaţi în războiul din 1941, căci legea din 15 Iulie 1941 le ia dreptul de avansare peste gradul de căpitan.

Ne mărginim la menţionarea acestor 2 reforme de atât de vie actualitate în prezent, cari puteau fi soluţionate favorabil la timp, întreţinute la ordinea zilei în desbaterile acelei Adunări reprezentative a corpului medical românesc, dacă sistemul acestui început de descentralizare prin centralizarea în mâna specialiştilor de breaslă, n'ar fi fost suprimat în mod brutal de către un adept tipic al sistemului centralizării în mâna nespecialiştilor, de D-l medic general D-r Nicolae Marinescu, care în calitate de Ministru al Sănătăţii a interzis întrunirea Adunării reprezentative a medicilor din luna Maiu 1938, convocată de către Asociaţia al cărei unul din vice-preşedinţi era.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Azi ne întoarcem definitiv şi fără întoarcere către sistemul corporatist, şi, în ceea ce priveşte organizarea profesiunei medicale pe aceste baze, D-l Prof. Mihai Antonescu, vice-preşedinte al Consiliului de miniştri, a dat indicaţii ample cu ocazia expunerii făcute în faţa reprezentanţilor corpului medical din Colegiu, expunere reprodusă integral în numărul de faţă al revistei la pag. 853-60, la care îndreptăm pe celitor, pentru profunzimea ideilor, convingerea de apostol cu care sunt formulate şi frumuseţea clasică a formei.

PROBLEMELE, INSTITUŢIUNILE ŞI ORGANELE TECNICE MEDICO-SANITARE REGIONALE.

Cu această ocazie s'a cerut reprezentanţilor filialelor din judeţe ale Colegiului medical să facă propuneri cu privire la noua organizare. Secţia din Dolj, al cărui preşedinte am cinstea a fi, a făcut propunerile coprinse în adresa No. 162 din 31 Dec. 1941, ce reproducem:

Domnule Ministru,

In conformitate cu dispoziţiunea de a face propuneri cu privire la organizarea colegiului în cadrul statului coorporativ naţional, secţia Dolj opinează:

1. Alături şi în strânsă dependenţă de problemele medico-sanitare generale se situează problemele medico-sanitare locale care au fost trecute

în seama colegiului, secţia respectivă. **Unele dintre aceste probleme îmbracă caracter regional.**

2. Intre alte probleme medico-sanitare regionale, punem **Şcoalele de învăţământ sanitar** care trebuesc înfiinţate şi repartizate după nevoile şi condiţiunile particulare ale diferitelor regiuni. Precum şi crearea de **şcoli de medicină** pentru învăţământ medical redus la primii trei sau patru ani de facultate, absolvenţii acestor şcoli putând a fi utilizaţi ca atare şi având dreptul a-şi complecta ultimii ani de studii la una din cele trei facultăţi de medicină existente. Necesitatea de a avea un număr cât mai mare de medici în timpul cel mai scurt, creşterea ţării în populaţie şi teritorii, imposibilitatea pentru cele trei facultăţi existente de a forma un număr atât de mare de medici, impun deadreptul crearea acestor şcoli de medicină după modul de organizare şi funcţionare al altor ţări, mod adaptat desigur la statul corporativ naţional românesc şi condiţionat de situaţia respectivă a regiunilor. Deasemenea organizarea de **Spitale mari regionale** prevăzute cu toate secţiile de specialitate (spitale care pentru un moment nu se pot organiza în fiecare capitală de judeţ), spitale în care să funcţioneze şi un **Mare serviciu de consultaţii, autonom** cu medic primar şi ajutoare, care să facă legătura între secţiile spitalului şi marea populaţie urbană şi rurală a regiunii respective; — precum şi **Institute de ordin higienic şi sanitar** care să îndrume şi să difuzeze cunoştinţele cele mai moderne pentru prevenirea maladiilor sociale şi care să îndrume combaterea acestor maladii, într'o regiune.

3. Pentru propunerile de făcut şi controlul de exercitat asupra rezolvării acestor probleme medico-sanitare regionale (cele locale fiind trecute în sarcina filialelor judeţene ale colegiului şi a medicilor şefi de oraşe şi judeţe) vor trebui create în cadrul colegiului, **Noui organe tehnice regionale** care să activeze în colaborare cu şefii regiunilor sanitare adică cu inspectorii regionali sanitari, sau ca organele care eventual i-ar înlocui în viitor.

(ss) Preşedinte,
D-r *M. Cânciulescu*

(ss) Secretar,
D-r *Alex. Daniel*

După cum se vede, propunerile făcute îmbracă un **Caracter regional.** Existenţa unui **Regionalism medical** nu poate fi contestată. Am insistat pe larg asupra acestui regionalism medical în numărul precedent al revistei, regionalism care grupează o serie de **Instituţiuni medico-sanitare de caracter regional,** regionalism a cărui primă expresie o reprezintă **Regionalismul medical oltenesc,** care reclamă ca primă realizare **Crearea unei Şcoale de Medicină la Craiova.**

Şcoală de medicină şi nu facultate de medicină.

Adică, gimnaziu medical de 3—4 ani, şi nu liceu medical complect de 5—6 ani cari se cer unei facultăţi de medicină.

Cei cari vor să sară deodată la o facultate, nu fac un serviciu cauzei şi nu înţeleg motivele organice şi naţionale cari impun la noi crearea de şcoli de medicină şi nu de noi facultăţi de medicină. Amatorii de senzaţional şi inedit să ia aminte. Nu le este îngăduit ca pentru motive meschine de exhibiţionism personal să compromită o cauză de interes general.

Atmosfera ştiinţifică necesară a fost creiată de acum 39 ani, odată cu înfiinţarea **Cercului medico-farmaceutic,** una din cele mai vechi societăţi medicale ştiinţifice din ţară; — a fost întreţinută de apariţia revistei „Mişcarea Medicală Română", acum 15 ani; — şi complectată de fondarea **Societăţii de medicină din Oltenia,** acum 8 ani.

De ani de zile văd în înfiinţarea unei **Şcoli de medicină la Craiova,** nu satisfacerea unei vanităţi provinciale, ci o necesitate de ordin medico-sanitar pentru ţară. Această şcoală de medicină este destinată să scoată

nu medici savanți, deși de aceștia nici o facultate de medicină nu poate scoate întotdeauna, ci mulți și buni medici practicieni, pe care nu ni i-a dat până în prezent facultățile noastre existente. Profesori savanți se pot găsi și pentru aceste nepretențioase Școli de medicină, după cum nu sunt recrutați întotdeauna dintre aceștia profesorii facultăților de medicină. Exemplele abundă dintr'o parte, în străinătate; și din cealaltă parte, la noi,

Afirmația contrarie făcută acum câțiva ani într'un cotidian de avant-gardă, de către unul dintre cei mai distinși profesori ai facultății de medicină din București, pe atunci numai aspirant la o catedră universitară, nu este justificată.

O Școală de medicină poate scoate medici tot așa de buni ca și o facultate de medicină. Iar crearea cu un moment mai de vreme a unei atari școli este o necesitate imperioasă, fiind dată lipsa de medici români, de care țara are nevoe. Am expus cu altă ocazie motivele pentru care socotim că prima școală de acest fel nu se poate înființa decât la Craiova. Vom reveni.

Școlile de învățământ sanitar, precum cele de Surori de ocrotire, de Surori-infirmiere, de Agenți sanitari, de Moașe, de Laboranți — de cari actuala conducere sanitară a înființat de curând un număr de aproape 30 — trebue să satisfacă nevoile în acest personal specializat ale diferitelor regiuni, în repartiția lor luându-se în seamă și posibilitățile lor de organizare pe lângă spitalele sau instituțiunile locale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La fel să se procedeze cu **Centrele antirabice.**

Spitale mari prevăzute cu toate secțiile nu se pot organiza pentru moment în toate orașele de reședință, dar atari **Spitale mari regionale** pot lua ființă în orașele mari provinciale cari servesc oarecum de centru al unei regiuni, precum Craiova pentru Oltenia, Constanța pentru Dobrogea, Pitești sau Câmpu-Lung pentru Muntenia, Brăila și Galați pentru Moldova și Basarabia de jos, Cernăuți pentru Bucovina, Chișinău pentru Basarabia, Temișoara, Arad, T.-Mureș, Sibiu, ș. a. pentru Ardeal.

Organizarea în aceste spitale mari a unui mare **Serviciu de consultații**, pentru medicina generală și specialități, autonom, cu medic primar și ajutoare, în care bolnavii ambulanți să fie examinați prin toate mijloacele de investigație clinică modernă și tratați, constitue o necesitate imperioasă. Aceste servicii de consultații vor face legătura între populația rurală și urbană cu spitalele; — ele vor atrage și depista pe bolnavi, și-i vor interna când va fi cazul; — vor întocmi fișa individuală a fiecărui bolnav, ținându-i evidența boalelor diverse cari au făcut la nevoe să se interneze în diferitele secții și îndrumându-i după caz la aceste secții sau dispensare antivenerice sau spitale de tuberculoși sau centre antimalarice și antipelagroase sau azile sau ospicii ș. a.; — vor elibera rețeta de consultație spitalicească, destinată să circule și să atragă la spitale alți bolnavi.

Aceste servicii de consultații vor creia și Venituri însemnate spi-

talelor, atunci când sunt conduse după legile şi regulamentele în vigoare; dovadă, micul spital dela R.-Vâlcea, care în anul 1940 a realizat 240.000 lei, pe când marele spital dela Craiova realiza în aceiaşi perioadă de timp 6000 lei — ceea ce nu s'a mai repetat în anul următor, când noua conducere a spitalului a schimbat sistemul. Precum şi mari economii, cel puţin jumătate din bolnavii internaţi în spital, putând fi trataţi la serviciul de consultaţii.

Aceste servicii de consultaţii spitaliceşti vor îndeplini un rol activ în instrucţia studenţilor şi în formarea profesională a medicilor, prin mulţimea bolnavilor şi variaţia cazurilor ce se prezintă; — la serviciul de consultaţii al spitalului, asigurat într'adins de mine personal, şi-au făcut stagiul cel mai fructos studenţii în medicină din Oltenia, repartizaţi la Craiova. D-l Prof. Iuliu Haţieganu a insistat de curând asupra concepţiei salutare a actualului Ministru al Sănătăţii, D-l Prof. P. Tomescu, de a obliga pe studenţii în medicină să facă stagiu în timpul de vară la spitalele din capitalele de provincie. Vom reveni cu amănunte asupra acestei chestiuni de mare importanţă pentru educaţia studenţilor în medicină.

Asupra **Rolului serviciilor de consultaţii pe lângă spitale** am insistat în diferite rânduri; odată în No. 3—4/1939 al acestei reviste, pag. 121—122, atunci când tratam despre **Principiile de bază în organizarea spitalelor**, mai de curând în No. 5—6/1941, pag. 376—377, în raportul expus în Conferinţa medicilor oficiali din Oltenia, din zilele de 17 şi 18 Mai 1941, la care au asistat D-l Prof. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi D-l D-r I. Stoichiţa, Secretarul general al Ministerului şi în care s'au prezentat diferite rapoarte asupra unora din **Problemele sanitare locale**, cari pot fi aceleaşi peste tot.

Institute de ordin higienic, regionale, vor putea îndruma şi difuza cunoştinţele necesare pentru prevenirea şi combaterea maladiilor sociale într'o regiune.

Iar actualele **Centre de ocrotire pentru copii dependenţi** repartizate în câteva centre regionale, ridicându-se la rangul de **Institute** şi prevăzute fiind cu numeroase echipe de medici specialişti, vor putea face operă mult mai utilă decât în prezent, mergând la ţară nu numai să depisteze şi să pună sub ocrotire pe cele puţine câteva mii de copii dependenţi, dar să supravegheze şi să trateze multele zeci de mii de copii debili şi bolnavi ai ţării.

Desigur că **Organe tecnice regionale noui** vor trebui create în sânul Colegiului medical, care să lucreze în legătură cu organele sanitare de caracter regional, precum inspectorii generali sanitari; sau cari să activeze chiar în sânul Consiliului sanitar superior.

M. CÂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

Apreciat de 30 de ani.

In cardiopatiile acute şi cronice

intravenos:

KOMBETIN

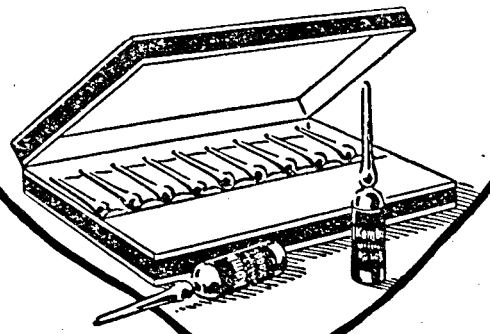
(Strophanthin Boehringer)

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

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 Cluj / 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 stomacul gol

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

CONTRIBUȚIUNI LA STUDIUL TECHNICII EXTENSIEI TRANSSCHELETICE CU BROȘA KIRSCHNER, IN TRATAMENTUL FRACTURILOR DESCHISE DE RASBOIU.

(Prezentare de aparate și technica controlului radiografic în timpul extensiei)

de

D.r EUGEN V. CORNELEAC

Chirurg secundar-P. Neamț

„Die Drahtextension stammt aus dem Kriege, und war zunächst für den Kriege gedacht"
R. KLAPP.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

D-l Profesor N. Hortolomei împreună cu D-l P. Georgescu, au atras atenția în cadrul publicațiunilor Academiei de Medicină din București (1940), asupra importanței extensiei directe pe os, în tratamentul fracturilor deschise, principii ce au fost rezumate apoi de D-sa în ședința Consiliului Superior al Sănătății, din 30 Iulie 1941, cu ocazia discutării problemelor chirurgicale ridicate de războiul nostru pentru Reîntregire. Tot din cadrul acestor preocupări cităm contribuția D-lui Prof. I. Iacobovici și D-lui I. Porumbaru, care în „Probleme ortopedice de războiu" (Rom. Med. 1. X. 1941), menționează astfel importanța acestei metode: „Idealul este ca cei ce tratează fracturi de războiu, să cunoască la fel de bine și technica extensiei și cea a aparatelor ghipsate". Aceste lucrări constituie contribuția românească la studiul extensiei cu broșe metalice, în tratamentul fracturilor, problemă care a fost mult discutată în ultimile două decenii, mai ales de școlile chirurgicale germane.

Istoricul.

Ideia de a obține imobilizarea prin tracțiune directă pe os, aparține lui Codivilla, care în 1903 realizează pentru prima dată tracțiunea transscheletică cu ajutorul unui cuiu inoxidabil trecut prin calcaneu. Cu câțiva ani mai târziu, Steinmann (1907), preconizează trecerea cuiului lui Codivilla prin condilii femurali, imaginând pentru prima dată potcoava de extensie (broșa lui Steinmann). Deoarece prezența cuiului, chiar

inoxidabil, în țesutul osos dădea naștere la o serie de complicațiuni septice, mergând până la supurațiuni grave, această metodă părea să fie dată uitării.

R. Klapp (Marburg) punând aceste complicațiuni locale în legătură cu volumul prea mare al materialului metalic de extensie, preconizează pentru prima dată, în cursul celui de al doilea războiu balcanic (1913), înlocuirea cuiului Codivilla-Steinmann, prin sârmă. Acest procedeu a fost perfecționat în cursul războiului trecut (1914—1918), de R. Klapp, Herzberger, Kirschner, Johansen, Beck, Block, Ansinn, etc. Pentru trecerea sârmei prin os, s'au imaginat o serie de instrumente numite perforatoare sau conductoare, manevrate manual sau electric; (perforatorul cu propulsie al lui Koth, conductorul lui Johansen, conductorul în acordeon al lui Kirschner, perforatorul electric al lui Loth).

Sârma trebue să fie din oțel inoxidabil, subțire, foarte rezistentă la întindere și la tracțiune (sârma lui Beck, sârma lui Goetze). Kirschner întrebuințează sârmă mai groasă, un fel de andrea.

O nouă etapă în extensie directă pe os constitue limitarea contactului elementului de extensie numai la o porțiune mică de os. Astfel Schmerz preconizează întrebuințarea unei pense din sârmă rezistentă, răsucită la mijloc, ca un arc (1, 2, 3 cercuri) ale cărei părți libere, inoxidabile, se introduc în extremitățile oaselor. O pensă similară construiește Böhler, prevăzând-o cu un resort pentru a-i asigura fixitatea în timpul tracțiunii (pensa No. 1, pentru calcaneu, pensa No. 2 pentru tracțiune pe calcaneu imobilizat în aparat ghipsat și pensa No. 3 pentru tracțiune tibio-tarsiană). Tot aici este locul să citâm cleștele D-lui D-r Al. Rădulescu, întrebuințat ca element de extensie și torsiune astragaliană, în reducerea fracturilor complicate ale gambei.

Posibilitățile în perfecționarea aparatelor de extensie pe os, încă nu sunt epuizate; aceasta o dovedește cu prisosință marele număr de instrumente preconizate.

Dacă principiile acestei metode în tratamentul fracturilor sunt bine precizate, detaliile de technică sunt încă pline de controverse. Astfel școala lui R. Klapp din Marburg, preconizează mai ales necesitatea imobilizării prin suspensie, combinată cu o ușoară extensie (Knochenschwebelagerung), pe care o realizează prin introducerea transscheletică a mai multor sârme, chiar în vecinătatea focarului de fractură.

M. Kirschner (Heidelberg), combătând principial acest procedeu, statornicește necesitatea extensiei unipolare, atitudine ce pare să fie unanim aprobată. **Broșa lui Kirschner** (1927), prin minimum de traumatism osos, asigură cel mai ideal mijloc de extensie transscheletică.

L. Böhler (Viena), studiind mecanismul deplasării segmentelor fracturate (deplasarea longitudinală, circumferințială și angulare), care nu poate fi corectat numai prin extensie longitudinală (transosoasă sau percutană), preconizează un sistem complicat de extensie, format din complexul atola în semiflexiune, cadrul de extensie asociate cu contraextensie. Principiile școalei dela Viena au fost ridicate astfel la rangul atitudinii suverane în tratamentul fracturilor.

Indicaţiile.

Capitolul terapeuticei fracturilor constituie una dintre cele mai discutate probleme ale chirurgiei moderne. Concepţia anatomică a chirurgiei din ultimile decenii, care a impus indicaţia tratamentului sângerând sub toate formele sale (osteosinteza cu sau fără material strein), pare că-şi cedează locul în favoarea metodelor ortopedice, odată cu orientarea sa fiziologică. **Extensia prin tracţiune transscheletică, constituie astfel o nouă tendinţă în tratamentul funcţional al fracturilor cu deplasări mari, complicate sau nu cu deschiderea focarului de fractură.**

Dacă indicaţiile acestei metode au fost generalizate de L. Böhler la întreg capitolul fracturilor, fie ca element terapeutic de lungă durată (în fracturi de femur şi humerus), fie ca imobilizare extemporană, pentru a asigura aplicarea aparatului ghipsat în poziţie de reducere corectă (în fracturi de antebraţ, gambă, pumn, carp, calcaneu), alţii în schimb au opiniat pentru părăsirea acestei metode, întrucât de cele mai adeseori, materialul metalic de extensie (cuie, sârmă) nu este tolerat mai mult de 3 săptămâni (osteite-Biebl; ankiloză-Lange; pseudartroză prin hipertracţiune), timp care este insuficient pentru consolidarea fracturilor. Pentru a înlătura aceste complicaţiuni, L. Böhler, **nu ţine în acelaş loc materialul de extensie transscheletică mai mult de 3 săptămâni.** Astfel în tratamentul fracturilor greu reductibile de femur, şcoala vieneză recomandă ca extensia să înceapă prin tracţiune pe tuberozitatea tibiei. După 3 săptămâni, se trece la extensie transcondiliană, a cărei durată este ca şi pentru prima tracţiune; iar pentru consolidarea definitivă a tratamentului se preconizează extensia ortopedică, prin intermediul unui aparat format din pastă cu oxid de zinc (colle zinc).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Intre aceste două atitudini excluziviste, trebuiesc căutate indicaţiile reale ale acestei metode în tratamentul fracturilor. Prin asigurarea unui mijloc de contenţie permanentă, extensia transscheletică permiţând în acelaş timp şi tratamentul leziunilor părţilor moi odată cu cele ale scheletului, constituie cel mai ideal mijloc în tratamentul fracturilor deschise. Indicaţiile unei metode apar şi mai bine în evidenţă, dacă studiem complicaţiile la care ea dă naştere.

Complicaţiile extensiei transscheletice.

H. I. Lauber rezumând rezultatele obţinute în 813 extensii transscheletice cu sârmă, făcute în serviciul clinicei chirurgicale a lui R. Klapp din Marburg, în intervalul dela 1. IV. 1929—31. III. 1939, a înregistrat următoarele complicaţiuni:

Complicaţii imediate.

1. Ruperea sârmei de extensie, 11 cazuri.
2. Necroza canalului de perforaţie, din cauza tracţiunii prea mari, 4 cazuri.
3. Osteita canalului de perforaţie, 38 cazuri.
4. Osteomielită cu septicemie consecutivă, 1 caz.
5. Secţionarea canalului osos şi a tegumentelor prin sârmă de extensie:

a) Secţionarea olecranului, 8 cazuri;
b) Secţionarea condililor femurali, fără complicaţii articulare, 2 cazuri;
c) Secţionarea pielii, 7 cazuri.

Complicaţii tardive.

1. Plăgi la nivelul sârmei de extensie:
a) Nesupurate, 19 cazuri;
b) Supurate, 10 cazuri.

Rapoartele la durata de extensie, ele se repartizează astfel:

4 săpt.	5 săpt.	6 săpt.	7 săpt.	8 săpt.	9 săpt.	10 săpt.	11 săpt.
7	5	—	4	2	5	2	—

12 săpt.	12 săpt.
1	4

2. Plăgi la distanţă (decubitus), 21 cazuri.
3. Tromboze, emboli, infarct, 7 cazuri.—
Repartizate după durata de extensie, ele au fost:

4 săpt.	5 săpt.	8 săpt.	9 săpt.
1	2	2	2

4. Embolie grăsoasă, 1 caz.
5. Bronşite, 12 cazuri.
6. Gripă, 6 cazuri.
7. Diabet, 2 cazuri.
8. Delirium tremens, 1 caz.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Decese din cauza afecţiunilor intercurente.

1. Embolie pulmonară, 4 cazuri.

Repartizate după durata de extensie, ele au fost:
3 cazuri, în primele 4 săptămâni de extensie, 1 caz, în a 12-a săptămână de extensie.

Vârsta decedaţilor a fost:
1 caz între 41—50 ani,
1 caz între 51—60 ani,
2 cazuri între 61—70 ani.

2. Embolii grăsoase, 4 cazuri, toate în primele zile de extensie, înregistrate la politraumatizaţi.
3. Pneumonii, 5 cazuri.

După durata tratamentului prin extensie, ele se repartizează astfel:

4 săpt.	5 săpt.	8 săpt.
3	1	1

Repartiţia lor după vârstă, este:

41—50	61—70	71—80
2	1	2

4. Afecţiuni cardiace, 2 cazuri, apărute în decursul primelor 4 săptămâni. Vârsta înregistrată a fost:

1 caz între 11—20 ani,

1 caz între 41—50 ani.

5. Peritonită difuză, 1 caz.

6. Infarct mezenteric, consecutiv unei septico-pioemii, 1 caz.

7. Gangrenă gazoasă, 1 caz.

8. Abces subdiafragmatic, 1 caz.

H. I. Lauber, la 813 extensii cu sârmă, din care în 338 cazuri s'au aplicat mai mult de 2—4 sârme chiar în vecinătatea focarului de fractură, înregistrează deci un caz de osteomielită a canalului de perforaţie (0.125‰) cu rezultat letal.

Körber citează 9 cazuri de supuraţiuni la 70 extensii transscheletice. **Biebl,** rezumând activitatea clinicei din Königsberg, găseşte 5 cazuri de osteomielită a canalului de perforaţie la 255 extensii.

L. Böhler, pe mai multe mii de extensii nu înregistrează nici o complicaţie septică. Excluzând greşelile de technică, acest autor le pune în legătură cu iritaţia osului prin mobilizarea cuiului, în timpul extensiei. Pentru a asigura imobilitatea materialului metalic de extensie, L. Böhler recomandă ca broşa să fie mobilă la nivelul articulaţiei cuiului Codivilla, cu potcoava de extensie.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Greutăţile de tracţiune.

Fraţii Weber, au arătat că greutatea necesară pentru extinderea unui muşchiu în retracţie elastică, este aproximativ egală cu alungirea sa la pătrat. Astfel pentru o alungire de 2 cm. este necesară tracţiunea de 4 kgr. Această lege, credem noi, ar putea să stea la baza normalizării greutăţilor necesare pentru extensie.

L. Böhler recomandă greutatea medie de 10 kgr. pentru extensia în fracturile de femur. La indivizi musculoşi, această greutate poate să fie ridicată dela 12—15 kgr. Pentru fracturi de gambă, greutatea de tracţiune va fi de 2—5 kgr. Tracţiunea la Zenit pentru copii, 1 kgr. Pentru a realiza contra extensie, Böhler recomandă planul înclinat, dozându-l în raport cu greutatea de tracţiune. Astfel, pentru o tracţiune de 10 kgr., planul înclinat va fi de 30 cm., pentru tracţiuni mai mari, înclinarea patului va fi de 50 cm. In technica de extensie a lui R. Klapp, elementul de suspensie predominând asupra factorului de tracţiune, greutatea întrebuinţată este relativă redusă (2—5 kgr.). Kirschner recomandă ca greutatea de tracţiune să nu fie mai mare de 10 kgr., în medie ea fiind cuprinsă între 5—8 kgr. Tracţiunea întrebuinţată de D-l Prof. N. Hortolomei este de 1/7 din greutatea corporală pentru coapsă, 1/10 pentru gambă şi 1/20 pentru braţ şi antebraţ. Indicaţiile date de D-sa, par a fi cele mai aproape de adevăr.

Durata de extensie.

Extensia transscheletică urmărind reducerea fracturilor greu reductibile, se va menține în general până la consolidarea definitivă sau suficientă, pentru a nu permite deplasarea fragmentului în timpul aplicării aparatului ghipsat necesar pentru consolidarea rezultatului dorit.

D-l Prof. N. Hortolomei subordonând durata extensiei apariției calusului fibros, recomandă ca extensia să fie menținută 3 săptămâni în medie pentru fracturi închise, 4—6 săptămâni pentru fracturi deschise.

In 813 extensii cu sârmă, efectuate de R. Klapp, durata extensiei a fost, 4 săptămâni pentru 268 cazuri și 12 săptămâni pentru 9 cazuri, iar timpul cuprins între aceste două extreme, pentru restul cazurilor L. Böhler recomandă ca durata extensiei transscheletice să nu fie mai mare de 6—7 săptămâni, iar pentru continuarea tratamentului, autorul de mai sus recomandă extensia prin aparat cu pastă de zinc aplicat sub extensie transscheletică.

TECHNICA EXTENSIEI TRANSSCHELETICE

„Nulla particula est quae non aliter et aliter in aliis se habeat hominibus".

WOLF.

Studiul acestui capitol cuprinde:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1. Anestezia.
2. Pregătirea câmpului operator.
3. Cunoașterea topografiei regiunii pe care se aplică broșa metalică.
4. Procedeiele extensiei transscheletice.
5. Poziția bolnavului în timpul extensiei.
6. Controlul radiologic în timpul extensiei.

Anestezia locală este cea mai recomandată. (L. Böhler, N. Hortolomei). Pe lângă această anestezie, noi am întrebuințat narcoza cu chelen și mai ales cu evipan sodic-Bayer care sunt indicate de obiceiu în fracturi cu distrugeri mari de țesuturi și la subiecte cu sistemul nervos sdruncinat. Extensia corect aplicată nu trebuie să cauzeze dureri bolnavului.

Pregătirea câmpului operator, se va face cu mare atenție, ca pentru orice intervenție sângerândă asupra oaselor. L. Böhler, recomandă asepsia cu benzină. Kirschner practică pregătirea preoperatorie cu zefirol. Pregătirea chirurgului va fi aceiași ca pentru orice intervenție. Instrumentarul necesar se va așeza pe masa de instrumente, pentru a-l avea la îndemână.

Topografia regiunii pe care se va aplica extensia transscheletică trebuie bine cunoscută, pentru a se putea evita leziuni grave vasculonervoase. Broșa metalică nu se va trece niciodată prin articulație.

Fig. 1 (după Nordmann).

In figura 1 reprezentăm, după **O. Nordmann,** punctele indicate prin steluțe, unde se va trece elementul metalic de extensie pentru **tracțiunea pe femur** (tracțiune condiliană și tracțiune tuberozitară).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru **tracțiunea pe calcaneu** (fracturi de gambă, calcaneu), L. Böhler trece cuiul de extensie prin punctul situat „la două laturi de deget îndărătul și dedesuptul maleolelor".

Școala lui R. Klapp localizează punctul de **extensie transolecraniană** (pentru fracturi de braț), la trei laturi de deget sub vârful acestei formațiuni osoase; aceasta pentru a se putea evita leziunea nervului cubital.

Fig. 2.

In figura 2 reprezentăm tracțiunea transolecraniană la zenit. Se vede, atât poziția bolnavului cât și a antebrațului, care se va menține în unghiu drept prin niște chingi de fașă.

L. Böhler recomandă extensia transolecraniană în poziție de abducție și o ușoară proiecție înainte (30°) realizată prin atela în abducție.

Tracțiunea pe antebraț. Pentru reducerea fracturilor de antebraț, L. Böhler recomandă tracțiunea transscheletică bipolară prin olecran și prin scheletul antebrațului imediat sub articulația pumnului. După reducere, se aplică aparatul ghipsat, închizându-se în acest aparat și cuiele de tracțiune.

Fig. 3.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noi practicăm extensia pe antebraț la zenit, cu rezultate bune. (Vezi fig. 3).

Tracțiunea prin broșa trecută **prin rădăcina oaselor metacarpiene,** este recomandată de L. Böhler în tratamentul fracturilor pumnului și a carpului. Aceiași atitudine și pentru fracturile tarsului.

Tracțiunea digitală. R. Klapp practică tracțiunea transscheletică prin falange (fig. 4).

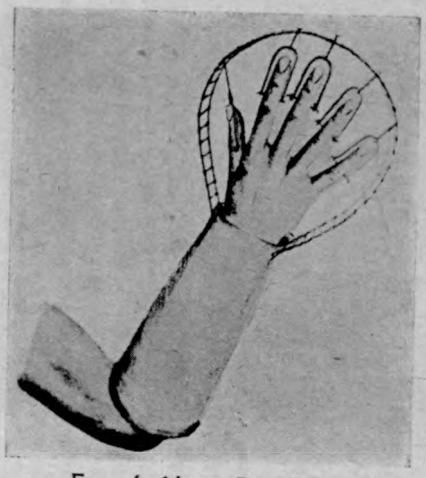
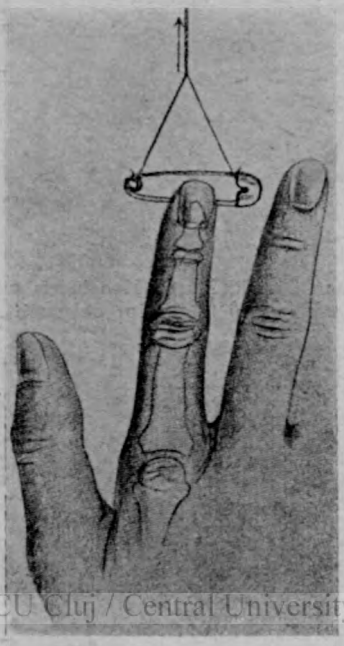


Fig. 4 (după R. Klapp).

L. Böhler preconizează tracțiunea în semiflexiune prin pulpa degetelor, folosindu-se de sârma C. Henschen, întrebuințează acul de siguranță ca element de extensie (fig. 5), procedeu care ne-a dat rezultate bune.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig.5 (după C. Henschen).

PROCEDEIELE DE EXTENSIE TRANSSCHELETICĂ

Atitudinea de urmat în extensie cu broșe metalice, variază după cele 3 școale creatoare ale acestei metode: **școala lui R. Klapp (Marburg), școala lui M. Kirschner (Heidelberg)** și **școala vieneză** reprezentată prin **L. Böhler.**

Procedeul lui R. Klapp. R. Klapp, creatorul tracțiunii transscheletice cu sârmă, preconizează imobilizarea prin suspensie, în care extensia joacă rolul unui element secundar, **(Knochenschwebelagerung).** Pentru imobilizare, autorul se servește de o atelă sub formă de semicerc **(Bügel),** care asigură poziția de semiflexiune. In fracturi de femur (indiferent de localizarea lor), tracțiunea se face pe condilii femurali.

In fracturile de gambă greu reductibile, școala din Marburg preconizează suspensia prin mai multe fire (2—4) trecute transscheletic în vecinătatea fracturii (fig. 6). Elementul de extensie este asigurat prin broșă transcalcaneană.

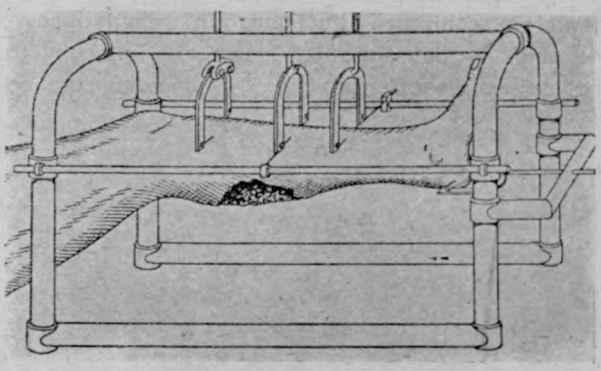


Fig. 6 (după R. Klapp).
Reprezintă procedeul lui R. Klapp (Knochenschwebelagerung) în tratamentul fracturilor de gambă.

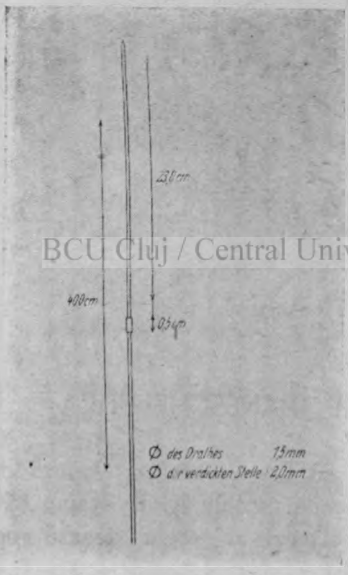


Fig. 7 (după Mondry).
Sârma lui Klapp (Leitenzugdraht). Dimensiunile sârmei sunt arătate în figură. Ingroşarea ce se vede în mijlocul sârmei, serveşte la corectarea deplasărilor de lateralitate.

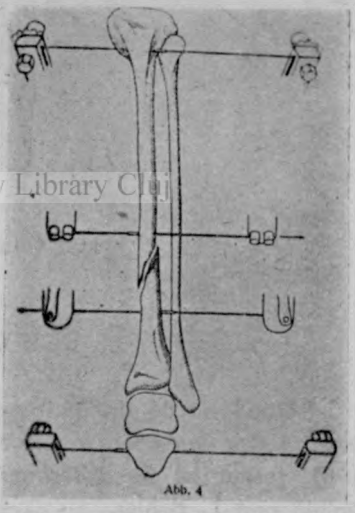


Fig. 8 (acelaş autor).
Se vede poziţia sârmelor după R. Klapp în reducerea fracturilor de gambă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru detaliile de technică, recomandăm lucrarea lui **H. I. Lauber** şi colaboratori. Aplicat în 284 cazuri de fracturi de gambă, procedeul de mai sus a dat rezultate bune în mâinile autorilor din Marburg.

Raportul D-lui **Prof. M. Kirschner „Ueber die Drahtextension der Kriegschirurgie"** ce urma să fie prezentat la al 65-lea Congres

al Soc. de Chirurgie din Berlin din Aprilie 1941, congres ce a fost amânat, va preciza detaliile de technică ale şcoalei chirurgicale din Heidelberg.

Technica lui Kirschner se caracterizează prin extensie unipolară în poziţie de semiflexiune a articulaţiilor.

Atela lui Kirschner este o atelă universală (pentru coapsă şi gambă), prezentând posibilitatea ajustării ei după individ şi după sediul fracturii.

Instrumentarul lui Kirschner se complectează cu broşa şi conductorul pentru cârmă, manevrat manual.

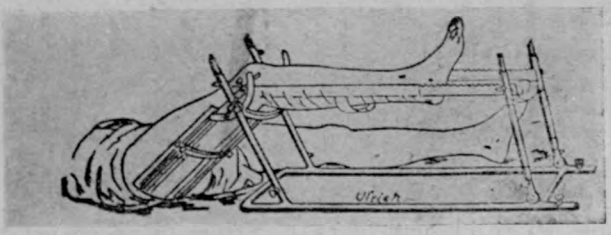


Fig. 9.
Atela lui Kirschner.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Procedeul lui L. Böhler. Şcoalei ortopedice dela Viena i se datoreşte, atât generalizarea indicaţiilor extensiei transscheletice, cât şi precizarea detaliilor de technică. Fără a avea intenţia să rezumăm **Tratatul** lui L. Böhler, **asupra technicii tratamentului fracturilor** — operă monumentală ce marchează piatra de hotar în orientarea terapeuticei fracturilor — vom menţiona totuşi, câteva principii fundamentale.

L. Böhler îşi zideşte technica extensiei transscheletice pe studiul deplasărilor fragmentului superior al fracturii. Astfel în fracturile 1/3 superioare ale femurului, fragmentul proximal aşezându-se în poziţie de flexiune, abducţie şi rotaţie externă, sistemul de extensie al lui Böhler, corijează toate aceste deplasări printr'un complex de aparate, format din **atela în semiflexiune (Braun-Böhler) cadrul de extensie** combinate cu contraextensie prin înclinarea patului cu 30—50 cm. Acest sistem de tracţiune, corectează deplasarea în sens longitudinal (încălecare) prin extensie în ax; abducţia se corectează prin poziţia ce o dăm cadrului de extensie, iar rotaţia externă se reduce prin suspensia capătului extern al cuiului, de cadrul de lemn.

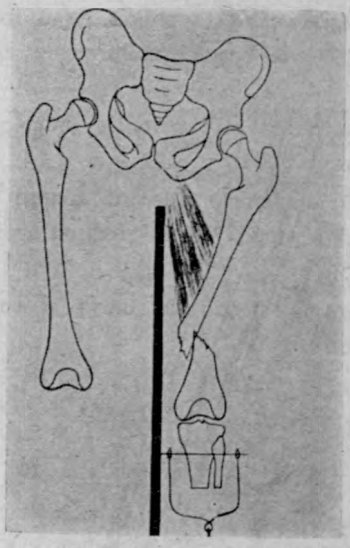


Fig. 10 (după L. Böhler).

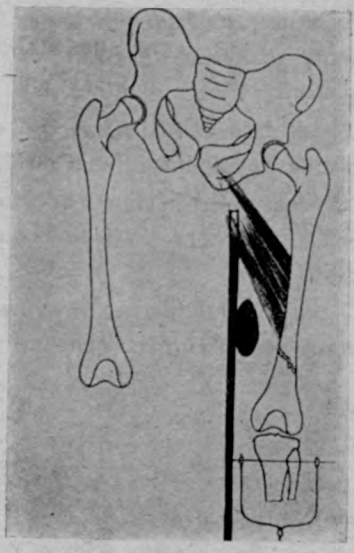


Fig. 11 (după L. Böhler).

Figurile 10 şi 11 luate după L. Böhler, arată că extensia longitudinală nu este suficientă pentru reducerea complectă a fracturilor. Astfel, pentru a corecta deplasările în fracturile supracondiliene ale femurului, este absolut necesar ca pe lângă acţiunea extensiei longitudinale, să se adauge şi o corectare a poziţiei de valgus a fragmentelor, corectare pe care L. Böhler o face prin presiune laterală internă, asupra fragmentului proximal al fracturii.

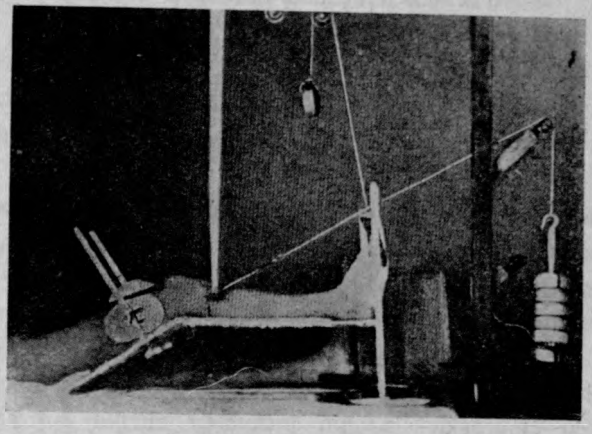


Fig. 12 (după L. Böhler).

Figura 12 reprezintă atitudinea lui L. Böhler în tratamentul fracturilor supracondiliene. Se poate vedea imobilizarea membrului inferior, în poziţie de flexiune prin atela Braun, solidarizată cu cadrul de extensie. Tracţiunea este aplicată pe tuberozitatea tibiei Rotaţia externă este corectată prin suspensia capătului extern al cuiului, iar corectarea deplasării în adducţie a fragmentului proximal, se face prin scăriţa lui Schneck, aplicată supracondilian.

Terapeutica fracturilor de braţ a fost în întregime elucidată prin contribuţia lui L. Böhler. Aplicând acelaş principiu general, adică a cunoaşterii deplasărilor fragmentului superior, L. Böhler dovedeşte importanţa abducţiei în tratamentul acestor fracturi. Pentru a obţine reducerea lor complectă, este nevoie de o uşoară proiecţie înainte, de aproximativ 30—40°, poziţie pe care a realizat-o Böhler prin construcţia atelei sale în abducţie, combinată cu extensia transscheletică prin olecran, sau extensia cu diahilon.

Atitudinea lui L. Böhler în tratamentul fracturilor de gambă, se caracterizează prin reducerea deplasărilor cu tracţiune pe calcaneu şi menţinerea coaptării perfecte, cu ajutorul a două broşe metalice trecute epifizar şi imobilizate sub extensie în aparat ghipsat.

Atât atitudinea lui R. Klapp, cât şi procedeul lui Böhler dovedesc, că terapeutica fracturilor de gambă nu este complect soluţionată.

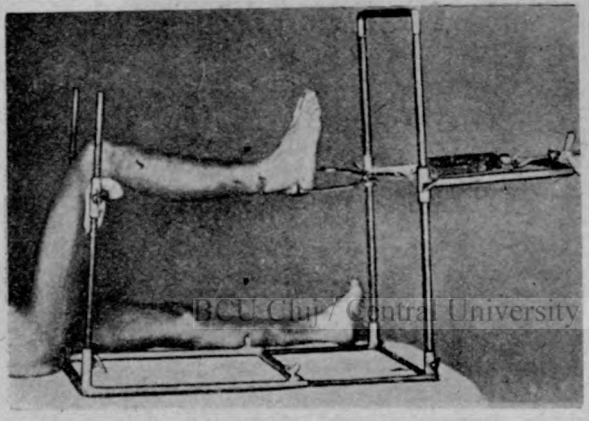


Fig. 13
(după L. Böhler)
reprezentând atitudinea lui L. Böhler în tratamentul fracturilor de gambă. Segmentul fracturat este în poziţie de flexiune de 90°, prin tracţiune pe calcaneu. Se văd broşele epifizare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

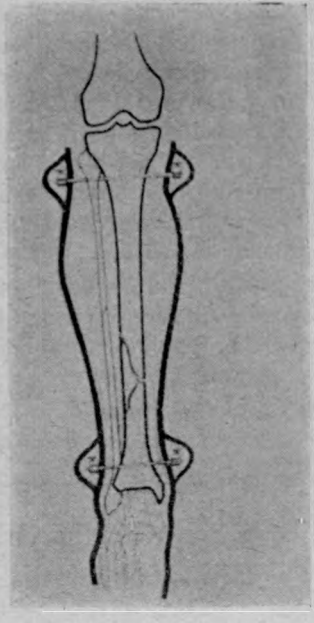


Fig. 14 (după L. Böhler)
reprezintă schematic procedeul lui Böhler, în tratamentul fracturilor de gambă. Conturul mai vizibil reprezintă aparatul ghipsat.

Extensia transscheletică în tratamentul fracturilor calcaneului. In terapeutica fracturilor calcaneului, extensia transscheletică a fost preconizată pentru prima dată de L. Böhler .După mai multe tatonări, autorul de mai sus s'a oprit asupra tracțiunii transscheletice pe tuberozitatea acestui os, urmărind prin aceasta normalizarea **unghiului tuberozitate-suprafață (unghiul lui L. Böhler),** care în aceste fracturi se micșorează (normal 40°), sau se negativează (20°—30°). După reducere, se aplică aparat ghipsat, circular.

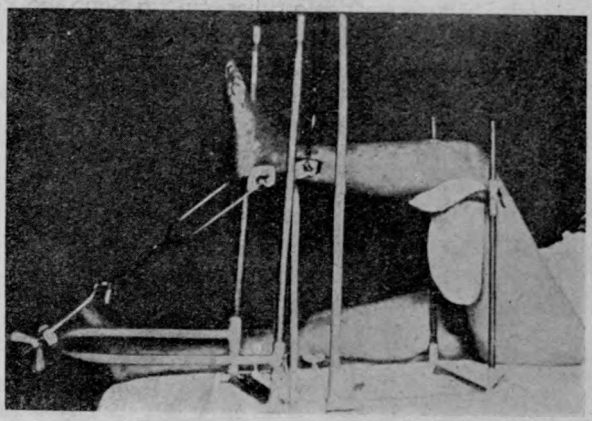


Fig. 15 (după L. Böhler)
reprezentând atitudinea lui L. Böhler în tratamentul fracturilor de calcaneu.

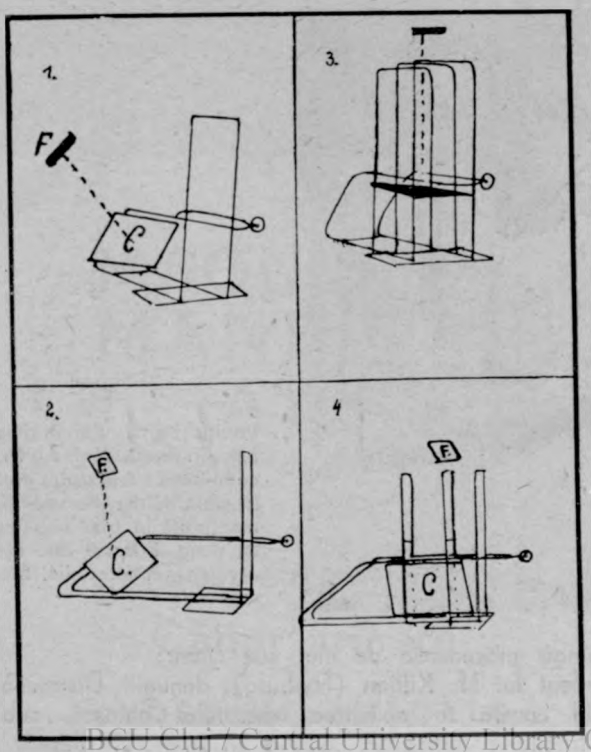
BCU Cluj / Central University Library Cluj

Poziția bolnavului în timpul extensiei. Fiziopatologia mușchilor regiunii fracturate este dominată de tendința la retracție musculară. (contracție izometrică) provocând deplasarea fragmentelor. Această tensiune musculară poate să fie evitată prin așezarea membrului fracturat în poziție de semiflecsiune, poziție în care grupul mușchilor flexori și extensori intră în repaus. Importanța semiflexiunii în reducerea fracturilor a fost întrevăzută încă de J. L. Petite, desvoltată apoi de Bardenhauer și școala sa (Zuppinger, Christen, Hensche). Semiflexiunea articulațiilor membrului fracturat (poziție mijlocie) constituie cheia de boltă în technica de reducere a fracturilor, după L. Böhler.

Controlul radiologic în timpul extensiei este absolut necesar, atât pentru controlul reducerii și coaptării anatomice a fragmentelor, cât și pentru stabilirea duratei de extensie în raport cu apariția calusului. Böhler se servește de un aparat radioscopic portativ (Philips).

D-l Prof. N. Hortolomei recomandă controlul radiografic în primele 4 zile, pentru a se putea doza cu precizie greutatea de tracțiune.

In lipsa unui aparat radiologic portativ, noi practicăm controlul radiografic sub extensie, transportând bolnavul cu pat cu tot, la postul fix radiografic (Gross Heliodor). **Technica noastră se bazează pe radiografie în plan înclinat.**



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 16.

In figura 16 reprezentăm schematic poziţiile focarului (F) şi ale casetei (C) din faţă şi profil, atât pentru controlul radiografic al coapsei (cadranul 1. 2) cât şi pentru cel al gambei (cadranul 3 şi 4).

Pentru **radiografia coapsei** văzută din faţă, aşezăm caseta paralel cu planul înclinat al atelei Böhler şi dedesubtul lui (cadranul 1), ea fiind menţinută în această poziţie prin nişte saci cu nisip. Focarul radiografic se va aşeza oblic în axa coapsei, astfel încât **planul focarului să fie paralel cu cel al casetei.** Pentru radiografia din profil, caseta se va aşeza oblic, dela dreapta la stânga, fiind sprijinită între braţele atelei (cadranul 2). Focarul (F) va fi perpendicular pe axa coapsei, paralelizându-l cu planul casetei.

Cuplul casetă-focar, pentru **radiografia gambei sub extensie în atela Böhler,** este reprezentat în cadranul 3 şi 4. In cadranul 3 se vede poziţia casetei arătată printr'un plan mai închis, ea fiind aşezată sub planul orizontal superior al atelei şi susţinută prin saci cu nisip. Radiografia din profil, se face prin aşezarea casetei în plan oblic, dela dreapta la stânga, între braţele atelei. Focarul pentru radiografia din faţă, este aşezat în axul gambei, el fiind perpendicular-oblic în examenul radioscopic din profil.

Prin acest procedeu, noi am putut controla poziţia fragmentelor în timpul extensiei, fără a mobiliza bolnavul din aparatul de extensie.

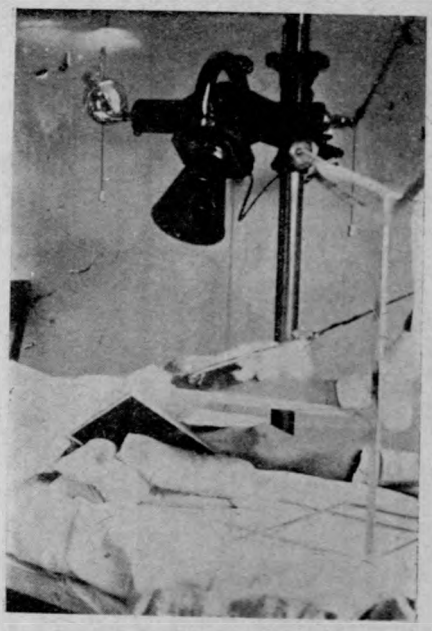


Fig. 17.

Poziția bolnavului în timpul radiografiei din profil, pentru o fractură supracondiliană a femurului drept, imobilizat în atela Böhler. Se vede poziția casetei menținută în plan oblic prin niște saci cu nisip. Focarul este așezat perpendicular în plan oblic, fiind paralel cu caseta.

Pe lângă procedeiele de mai sus citãm:

Procedeul lui H. Killian (Freiburg), denumit Distractions Ghipstechnich. El constă în aplicarea aparatului ghipsat, sub extensie, sârma de tracțiune rămânând inclusă în aparatul ghipsat. Pentru a realiza o mai bună fixare a sârmei, autorul a prevăzut-o cu niște discuri fixate de sârma de tracțiune, discuri peste care se aplică fețele ghipsate.

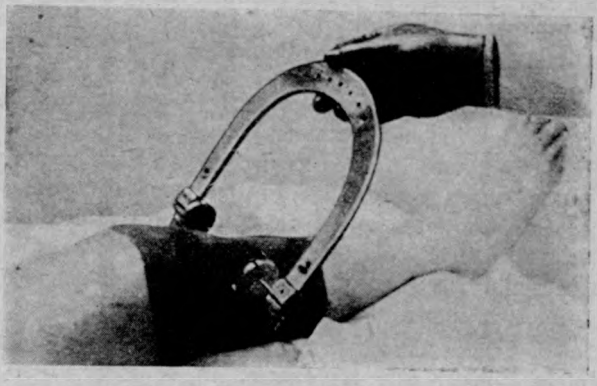


Fig. 18
(după Killian).

Se vede poziția broșei trecută transtuberozitar.
Pe sârma de tracțiune se observă discurile de fixarea sârmei în aparat ghipsat.

Tracțiunea în procedeul lui Killian se face pe platoul tibial, aceasta pe motivul că mușchii coapsei în cea mai mare parte se înseră distal pe acest segment osos. Pentru a reduce deplasările fragmentului superior, Killian se servește de sârma de tracțiune tip Klapp, pe care o include în aparat ghipsat cu ajutorul discului de fixare.

In fracturile de gambă, autorul de mai sus se servește de două sârme trecute epifizar incluzându-le sub extensie, în aparat ghipsat.

Procedeul K. Hoffmann (Köln) se caracterizează prin aplicarea

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)

pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni ale Căilor urinare

*

Absolut netoxic Foarte economic

(durată scurtă de tratament)

*

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT
Chemische Fabrik
Brackwede

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispozitie.

Depozit permanent.
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R
Str Sf Ionică, 8 — Bucuresti

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Somniferul cu efect sigur

BCU Cluj / Central University Library Cluj

chiar și în doze mici (½ tabletă), somn reconfortant și o deșteptare înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.

STRADA SF. IONICĂ, 8

BUCUREȘTI

aparatelor ghipsate regionale, fixate pe sârme trecute transscheletic. Astfel pentru fracturi de coapsă, autorul trece două sârme (transtrochanterian şi transcondilian) peste care se fixează aparatul ghipsat, cuprinzând numai acest segment. Aceiaşi atitudine se aplică şi fracturilor de gambă.

INSTRUMENTARUL PERSONAL

Pentru a sublinia importanţa mecanicei în chirurgie, Lawson Tait a afirmat undeva că medicul ar trebui să stăpânească ferestrăul şi toporul în aceiaşi măsură în care le stăpâneşte un bun tăietor de lemne, iar pasiunea care a arătat-o E. Juvara mecanicei, dă acestei afirmaţii puterea unui adevăr.

Actul chirurgical, pe lângă controlul desăvârşit al raţiunii, cere şi o dexteritate manuală, complectată cu instrumentarul de cele mai adeseori adecuat personalităţii chirurgului. Chirurgia de războiu cere şi mai multă ingeniositate şi perseverenţă la improvizarea lipsurilor.

Adaptarea trepanului electric A. Bochard, pentru fixarea transscheletică a sârmei Kirschner.

Conductorul în acordeon al lui Kirschner manevrat manual, prezentând câteva imperfecţiuni technice (fixarea insuficientă a sârmei şi sistemul ei de conducere prea puţin rezistent, de unde greutatea în perforarea scheletică), ne-a făcut să reflectăm asupra posibilităţii în aplicarea electricităţii la fixarea transscheletică a sârmei Kirschner, lucru ce ne-a fost uşurat având trepanul electric Bochard.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

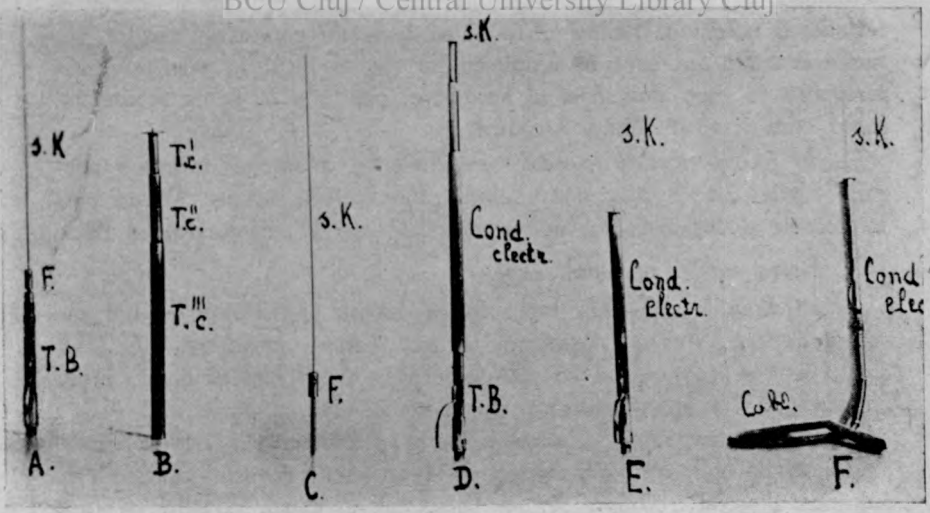


Fig. 19.

Trepanul electric Bochard, transformat în conductor pentru sârma Kirschner.

In A. se vede: trepanul electric Bochard (T. B.) la care s'a adaptat sârma Kirschner (S. K. printr'un fixator special (F).

In B. se vede: cele trei tuburi conductoare (T. c', T. c'', T. c''') destinate pentru conducerea sârmei Kirschner în momentul trecerii ei prin schelet. Se vede poziţia lor de telescopaj. Tubul terminal (T. c') este prevăzut cu un disc, pentru a avea un sprijin mai mare cu regiunea pe care se intervine.

In C. se vede: modul de fixare al sârmei Kirschner (S. K.) printr'un dispozitiv special, care se angrenează la trepanul electric Bochard.

In D. se vede: aspectul conductorului nostru electric. Cele trei tuburi conductoare (ce se văd în B) sunt fixate pe trepanul Bochard, la care s'a adaptat sârma Kirschner (poziția A.) La capătul de sus al aparatului sârma Kirschner abia se vede (S. K.)

In E. se vede: aspectul conductorului nostru, arătând tuburile telescopate unul în altul, pentru a degaja sârma Kirschner (S. K.). Telescopajul tuburilor este astfel calculat, încât permite eliberarea sârmei Kirschner pe o întindere de 2/3 din lungimea ei, cât este necesar pentru fixarea transcheletică a sârmei.

In F. se vede: conductorul electric montat pe cablu (Cabl.). Tuburile sunt telescopate putându-se observa sârma.

Modul de funcționare. La trepanul Bochard se fixează sârma Kirschner, prin dispozitivul arătat în poziția C. Se montează tuburile conductoare, astfel încât să cuprindă aproape toată lungimea sârmei Kirschner (poziția D). Aparatul astfel montat se pune în legătură, prin cablul metalic, cu un pantostat. Sterilizarea aparatului se face în mod obișnuit.

După ce am pregătit câmpul operator printr'o asepsie riguroasă, ca pentru orice intervenție asupra oaselor, fixăm cu mâna stângă regiunea operatorie, iar cu dreapta apropiem fix conductorul electric de locul operator. In acest moment, un ajutor deschide pantostatul. Sârma Kirschner, manevrată electric, traversează regiunea în punctul determinat prin telescoparea tuburilor, care eliberează astfel sârma pe întinderea necesară. Pentru a se putea demonta sârma din fixator, tuburile prezintă un șanț în lungimea lor, astfel încât în momentul telescopării se vede clar sistemul de fixare, pentru a se putea scoate șurubul care fixează sârma Kirschner.

In modul acesta, fixarea transscheletică a sârmei devine o operație foarte ușoară și rapidă, durând doar câteva minute. Dintre perforatoarele electrice, citâm: perforatorul lui Loth și perforatorul lui Beck.

Broșa model personal.

In figurille 20—22, reprezentăm broșele construite de noi din sârmă de oțel. Aceste broșe sunt de trei mărimi: broșe mari, (20/15 cm.), pentru tracțiune pe condilii femurali sau pe platoul tibial; broșe mijlocii (15/10 cm.), pentru tracțiune calcaneană și broșe mici (10/5 cm.), pentru tracțiune pe olecran. Sârma întrebuințată este o sârmă obișnuită, de oțel, având grosimea de 4—6 mm., aceasta în raport cu mărimea broșelor. Fixarea sârmei Kirschner la broșa noastră se face printr'un dispozitiv foarte simplu, arătat în figura 22. Este vorba de un inel prevăzut cu un șanț pentru sârma Kirschner, iar fixarea sârmei se face printr'un șurub. Pentru a nu aluneca inelul de fixare în timpul tracțiunii, capetele broșei sunt prevăzute cu niște discuri terminale (Fig. 21).

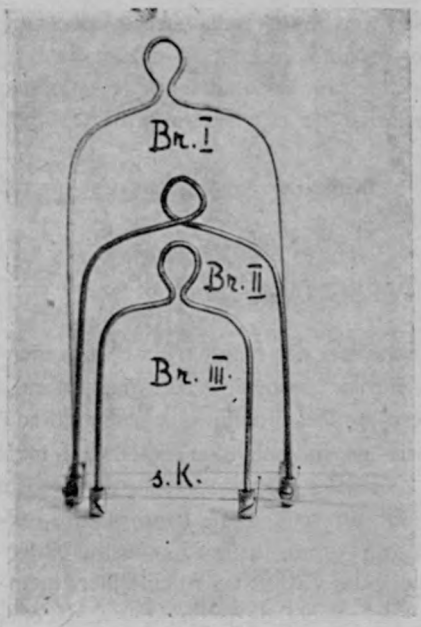


Fig. 20.

Broşele noastre din sârmă de oţel. Br. I,=broşa pentru tracţiune condiliană şi tuberositară. Br. II.=broşă pentru tracţiunea calcaneană. Br. III, = broşă pentru tracţiune olecraneană. S. K.=sârma Kirschner.

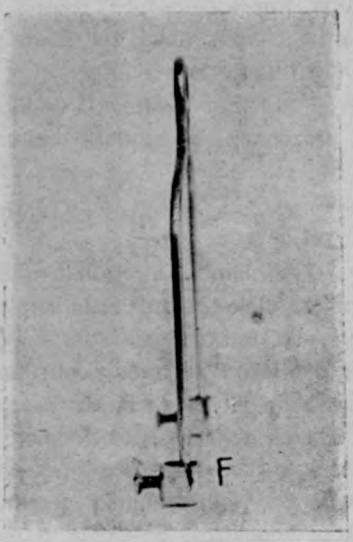


Fig. 22.

Se vede aspectul inelului de fixare conţinând sârma Kirschner. Este de observat traiectul oblic al şanţului din fixator.

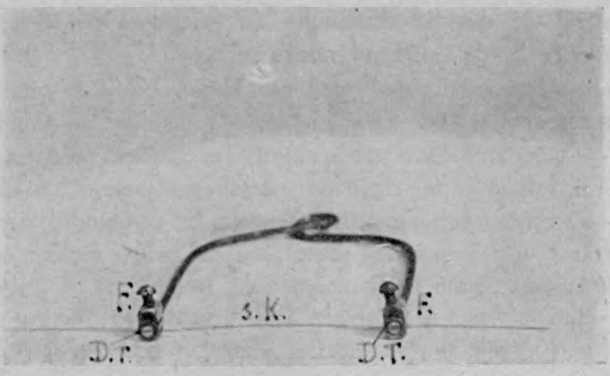


Fig. 21.

Se vede sistemul de fixare al broşelor noastre. F. = fixator. D.T. = discuri terminale. S. K. = sârma Kirschner.

Fixarea sârmei Kirschner în dispozitivul broşei noastre se face foarte uşor. Prin elasticitatea sârmei de oţel, broşele noastre permit o tracţiune suficientă, asigurând în acelaş timp o perfectă întindere a sârmei Kirschner. Un alt avantaj al acestor broşe în raport cu bro-

şele lui Kirschner, este că primele sunt mult mai uşoare, deci mai uşor de suportat. Menţionăm că broşele lui Kirschner în poziţie de tracţiune transtuberositară produc un adevărat decubitus al tegumentelor de pe creasta tibiei, de unde necesitatea de a o apăra printr'un pansament protector.

Sistemul nostru de reducere a fracturilor complicate de gambă, îl prezentăm în capitolul ce urmează.

TECHNICA PERSONALĂ

Atitudinea în tratamentul fracturilor de femur. L. Böhler construind atela pentru tratamentul fracturilor coapsei, a prevăzut-o cu o serie de trei scripete, destinate toate pentru tracţiune transcondiliană, iar al treilea separat, pentru extensie pe tuberozitatea tibiei. Cu toate aceste detalii de technică, precise, L. Böhler nu se serveşte de această atelă, ci de un sistem cuplat, format din cadru de lemn pentru extensie şi de atela Braun. Aceasta din urmă, asigură „poziţia intermediară" (semiflexiunea genunchiului, de 120^0) a articulaţiilor membrului imobilizat. In cazuri în care este nevoie de o flexiune mai complectă (90^0), autorul vienez se serveşte de o capră de lemn special construită. Această părăsire a propriei sale metode, este oarecum justificată. Dacă urmărim deplasările fragmentului proximal în fracturile de femur, observăm că aceasta din urmă se aşează în flexiune cu atât mai mare, cu cât ne apropiem de trochanter. Flexiunea maximă ar fi de 45^0 (pentru fracturi subtrochanteriene), unghiu ce corespunde unghiului realizat de direcţia cordonului de tracţiune, ce trece prin cuplul scripetar A B, din sistemul nostru.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Direcţia cordonului de tracţiune trecut prin scripetele B, ar asigura reducerea fracturilor din $1/3$ mijlocie. Fracturile juxtacondiliene ale femurului, caracterizate prin deplasările, de astădată ale fragmentului distal — solidarizat prin acţiunea muşchilor gemeni cu deplasările gambei — necesită tracţiune prin scripetele C, combinată cu propulsia dindărăt înainte a fragmentului distal, ce se poate realiza prin compresiune pe planul atelei. Menţionăm că tracţiunea pe tuberozitatea tibiei, aşa cum o vrea L. Böhler, este insuficientă pentru reducerea fracturilor supracondiliene. In aceste cazuri, tracţiunea pe condil dă rezultate mult mai bune.

Deplasările în abducţie (fracturile subtrochanteriene) sau adducţie (fracturile supracondiliene) se pot corecta prin aşezarea atelei Böhler în poziţie respectivă. Pentru a se asigura fixitatea atelei în poziţia dată, o putem lega de scheletul patului. Tendinţa la rotaţie externă se poate reduce prin înclinarea broşei lui Kirschner şi fixarea ei în această poziţie, de atelă.

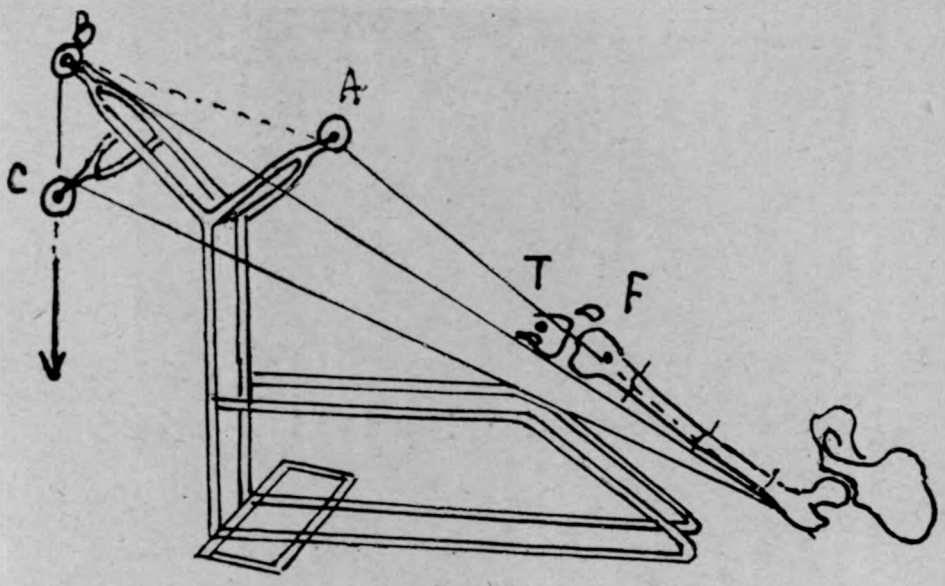


Fig. 23.

Schema sistemului nostru de tracţiune transcheletică, în tratamentul fracturilor de femur. Ne servim de atela Böhler pentru coapsă. Cuplul scripetar este notat prin A, B, C. Tracţiunea condiliană = F. Tracţiunea tuberozitară = T. Liniile trase reprezintă direcţia cordonului de tracţiune.

F. A. B. = direcţia cordonului de tracţiune pentru fracturile subtrochanteriene.
F. B. = direcţia cordonului de tracţiune pentru fracturile din $^2/_3$ mijlocie.
F. C. = direcţia cordonului de tracţiune pentru fracturile supracondiliene.
T. C. = direcţia cordonului de tracţiune pentru fracturile transcondiliene.

Următoarele cazuri ilustrează atitudinea noastră în tratamentul fracturilor de femur.

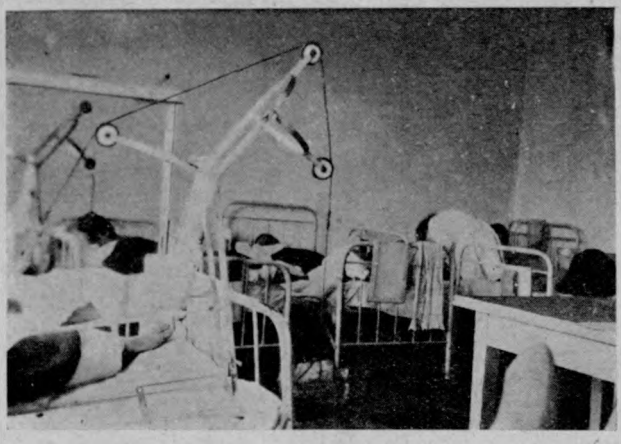


Fig. 24.

Extensia transcondiliană cu broşa Kirschner pentru fractură subtrochanteriană, vicios consolidată (scurtare în varus) după imobilizarea în ghips, timp de 2 luni. Abducţia este realizată prin poziţia atelei Böhler. Cordonul de tracţiune trece prin cuplul A. B. Contra extensia prin plan înclinat de 40 cm.

Fig. 25.

Radiografia din față, a cazului din figura 24, înainte de tracțiune. Se observă deplasarea în varus, cu încălecarea fragmentelor. Clinic se constată scurtare de 3 cm.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Direcția cordonului de tracțiune, realizată prin cuplul celor trei scripete după Böhler, nu asigură reducerea complectă a fracturilor dela 1/3 mijlocie a femurului, din cauza unghiului de flexiune prea mare, în care este orientat acest cordon de tracțiune. Mecanismul deplasării fragmentelor de fractură dela acest nivel, este predominat de acțiunea mușchilor adductori și nu flexori, cum se întâmplă în fracturile subtrochanteriene. Tracțiunea cea mai convenabilă pentru aceste fracturi, este cea realizată prin scripetele B, care asigură orientarea cordonului de tracțiune sub axa coapsei.

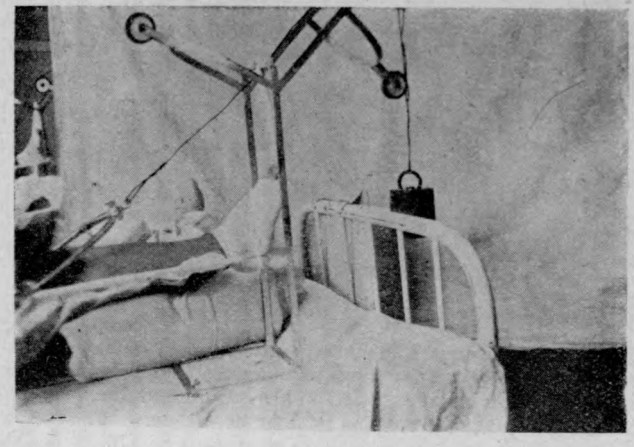


Fig. 26.

Tracțiunea transcondiliană în fracturile din 1/3 mijloace a femurului. Se vede direcția cordonului de tracțiune, care trece prin scripetele B. Atela Böhler este așezată în ușoară poziție de abducație.

Fig. 27.

Fractura multifragmentară de război, înainte de extensie transcondiliană prin scriptele B, văzută din față.

Fig. 28.

Același caz văzut din profil.

© Babeș-Bolyai University Library Cluj

Fig. 29.

Radiografia, cazului din fig. 28 după 20 zile de tracțiune transschelitică.

Fig. 30.

Aspectul văzut, din profil. Se vede reducerea perfectă și menținerea fragmentelor prin calus suficient organizat. Plaga prin glonte s'a închis. Cazul e imobilizat în ghips.

Fig. 31.

Fractură multifragmentară din $^1/_3$ mijlocie a femurului stâng, prin glonte dum-dum, tratată prin extensie transcondiliană prin scripetele B. Se vede poziția bolnavului în timpul extensiei. Tratamentul plăgii supurate prin expunerea la aier; în planul de jos se vede tăvița renală, pentru colectarea secreției purulente. Pata neagră reprezintă cărbunele animal, cu care a fost acoperită plaga (procedeul V. Orator—Zbl. Chir No. 20/1941).

Fig. 32.

Radiografia cazului din fig. 32 luată după 6 săptămâni de tracțiune transscheletică. De observat efectul explosiv al glontelui dum-dum Petele negre reprezintă bucăți din cămașa glontelui. Fragmentele sunt reduse în linie; se constată început de calus.

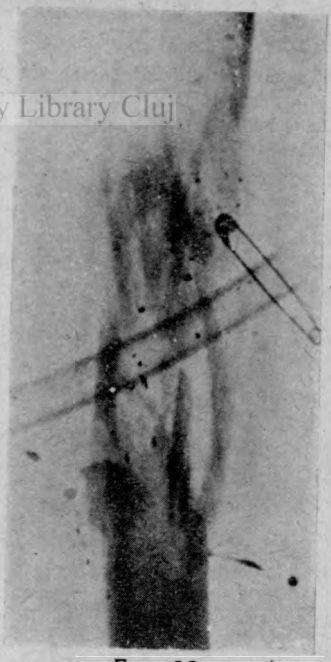


Fig. 33.

Același caz văzut din profil.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fracturile supracondiliene caracterizându-se prin deplasarea fragmentului distal, care din cauza solidarizării prin manşon muscular cu scheletul gambei se luxează posterior, sunt cele mai greu de tratat pe cale ortopedică. Atitudinea lui L. Böhler în aceste fracturi, este de tracţiune pe tuberozitatea tibiei după care, pentru consolidarea rezultatului, se recomandă tracţiunea prin aparat cu pastă de zinc. Durata extensiei pe tuberozitatea tibiei, după indicaţiile acestui autor, nu trebuie să treacă mai mult de 3 săptămâni; aceasta, pentru a nu se întinde prea mult ligamentele articulaţiei genunchiului.

Următoarele cazuri, ne-au convins că tracţiunea transcondiliană dă în aceste fracturi rezultate mult mai bune decât extensia prin tuberozitatea tibiei:

Obs. I. — Soldatul P. V. este internat în serviciul nostru pentru o fractură de războiu, supracondiliană a femurului drept, imobilizat de 60 zile în aparat ghipsat. Controlul radiografic al cazului, arată o fractură vicios consolidată. Clinic se observă o scurtare de $2^1/_2$—3 cm., genunchiu antecurbat, edem al regiunii. Fractura consolidată, totuşi practicăm, la sfârşitul lunii Septembrie 1941, tracţiunea transscheletică cu broşa Kirschen, trecută prin tuberozitatea tibiei. Evoluţia cazului este arătată prin figura de mai jos.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 34.

Radiografia, din faţă, a cazului P.V. Se vede focarul de fractură cu calus exuberant. Nu se constată nici o deplasare.

Fig. 35.

Acelaş caz văzut în profil. Se observa deplasarea complectă a fragmentelor, în plan antero-posterior. Aspect multifragmentar al fracturii. Această radiografie dovedeşte cu prisosinţă necesitatea controlului, din profil, în diagnosticul fracturilor.

Tracţiunea transcondiliană se combină, după indicaţiile lui L. Böhler, cu aşezarea unei perniţe între planul atelei şi cel al genunchiului, pentru a ajuta astfel corectarea deplasării îndărăt a fragmentului distal. Subliniem neajunsurile acestei corectări, care prin compre-

siunea vaselor poplitee produc turburări circulatorii locale, manifestate prin edem de stază. După mai multe tatonări în curs de două săptămâni, se trece la tracțiune transcondiliană. Rezultatul obținut numai după câteva zile, îl prezentăm în figura 36.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 36.

Radiografia din profil, a cazului P. V. soldat. Se vede reducerea aproape complectă a fracturii. Greutatea de tracțiune = 5 kgr. Planul înclinat = 20 cm. Distanța relativ mare dintre cele două fragmente se datorește probabil hipertracțiunii. Am redus greutatea de tracțiune și planul de înclinare.

Obs. II. — Serg. M. M. prezintă o fractură de războiu supracondiliană a femurului stâng. Tracțiunea prin tuberozitatea tibiei nereușind să reducă complect deplasarea fragmentelor, după 2 săptămâni se trece la tracțiunea prin condilii femurali. S'a obținut de astădată reducerea mult mai perfectă. Menționăm că tracțiunea fiind în vecinătatea articulației, broșa lui Kirschner a secționat porțiunea externă a fragmentului superior, pătrunzând în articulație. După o reacție trecătoare, fenomenele au dispărut, tracțiunea putând fi suportată aproximativ 2 săptămâni.

Extensia transosoasă, cu broșee metalice prin tuberozitatea tibiei, își are indicația suverană în fracturile transcondiliene cu sau fără plagă genunchiului.

Următorul caz, al plotonierului major P. V. dovedește această afirmație.

Rănit prin explozie de schijă de obuz, în regiunea genunchiului stâng, este evacuat la spitalul nostru, imobilizat în atela Thomas. Fără

a se face explorarea articulației genunchiului, aplicăm extensie cu broșa Kirschner trecută prin tuberozitatea tibiei. Radiografiile 38 și 39 ilustrează evoluția cazului.

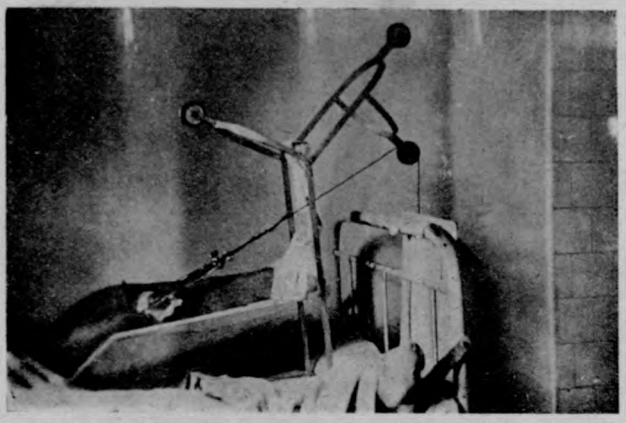


Fig. 37.

Tracțiune pe tuberozitatea tibiei, cazul Plot. P. V. Cordonul de tracțiune prin scripetele C. Plaga articulară a fost tratată prin expunere la aier. Conturul aproape normal al genunchelui, dovedește evoluția excelentă a cazului.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

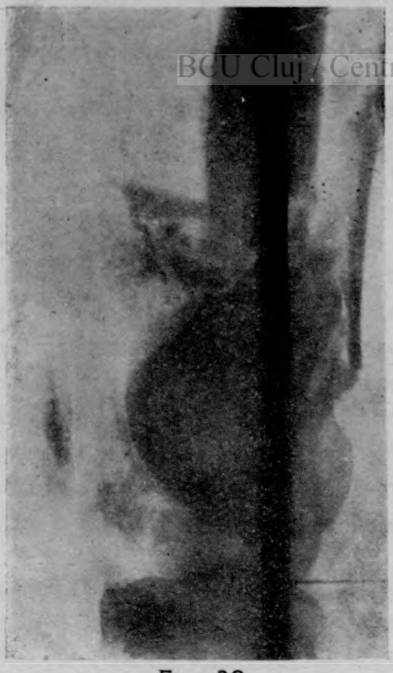


Fig. 38.

Fig. 39.

Radiografia din profil, a Plot. P. V. Se vede aspectul explosiv al fracturei supracondiliene. Radiografia este făcută sub extensie în atela Thomas (linia mai închisă).

Profilul aceluiaș caz, după 3 săptămâni de tracțiune pe tuberozitatea tibiei. Evoluția plăgi articulare este surprinzător de bună. Nemai fiind indicată extensia se aplică aparat ghipsat pelvicrural.

Fig. 40.

Rezultatul obținut după șapte săptămâni de imobilizare în aparatul ghipsat. Radiografia este luată în profil. Se vede consolidarea fragmentelor în poziție anatomică. Clinic nu se constată nici o scurtare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu tot aspectul grav al fracturei cazul poate fi considerat vindecat după 10 săptămâni de tratament.

Technica personală în reducerea fracturilor de gambă. Fracturile de gambă (fracturi oblice și spiroide) sunt cele mai greu de tratat. Aceasta, din cauza unei duble deplasări în sens circumferențial și longitudinal. Pe de altă parte, lipsa unui manșon muscular care să ajute oarecum la menținerea fragmentelor reduse, împiedecă realizarea coaptării perfecte. După cum am văzut în capitalul technicii extensiei transscheletice, atât R. Klapp cât și L. Böhler recunoscând ineficacitatea tracțiunii longitudinale singure, în tratamentul acestor fracturi, recomandă și corijarea deplasărilor circumferențiale prin sistemele menționate la capitolele respective.

Pe baza aceluiaș principiu, noi am adăugat atelei Braun-Böhler un sistem de cadre, cu ajutorul cărora reducem deplasarea circumferențială.

In fig. 41—43 reprezentăm insuficiența tracțiunii longitudinale în reducerea fracturilor de gambă.

Fig. 41.

Gambă imobilizată în atela Braun-Böhler prin tracţiune transcalcaneană cu broşa Kirschner, pentru o fractură deschisă cominutivă prin explozie de schijă. Bandajul ce se vede, a fost aplicat pentru a se putea reduce deplasarea în sus, a fragmentului proximal, care cu toată tracţiunea longitudinală, nu a fost complect redusă. Pata neagră ce se vede, reprezintă cărbunele animal cu care a fost acoperită plaga.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 42.

Radiografia din faţă a cazului de mai sus.

Fig. 43.

Aceiaşi radiografie în profil.

Descrierea aparatului. Aspectul general al aparatului se vede în figurele 44 şi 45. Se observă că la baza aparatului nostru este atela Braun-Böhler pentru gambă, la care am adăugat două cadre dreptunghiulare, mobile, pe braţele orizontale ale atelei. De aceste cadre fixăm andrelele lui Kirschner, care trecute transfixial în vecinătatea fracturii,

îi asigură prin realizarea planurilor înclinate, o coaptare perfectă. Prin urmare, în sistemul nostru, tracțiunea ce se exercită prin calcaneu, constituie elementul de reducere al fracturii în sens longitudinal, iar corectarea deplasărilor circumferințiale cât și asigurarea unei coaptări complecte, este realizată de cadrele de suspensie.

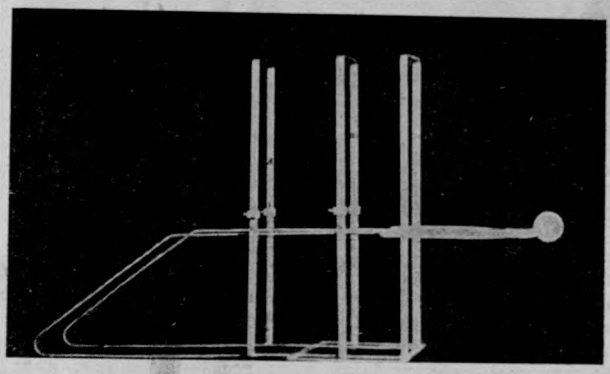


Fig. 44.

In fig. 44, se vede aspectul, din profil, al atelei Braun-Böhler, modificată de noi. Pe lângă elementele atelei de mai sus, se disting două cadre dreptunghiulare, care sunt fixate de brațele orizontale ale atelei, printr'o serie de șuruburi, astfel încât pot fi mobile.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

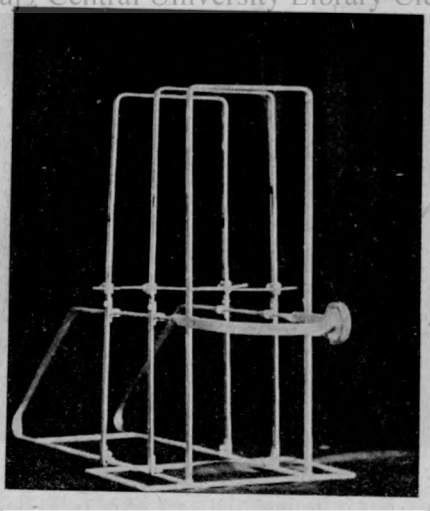


Fig. 45.

In fig. 45, acelaș aparat, văzut din față. Se distinge clar, aspectul general al cadrelor dreptunghiulare. Imediat deasupra atelei, se văd andrelele Kirschner, fixate pe aceste cadre. Mobilitatea andrelelor Kirschner este realizată printr'un sistem de fixatori cu șurub.

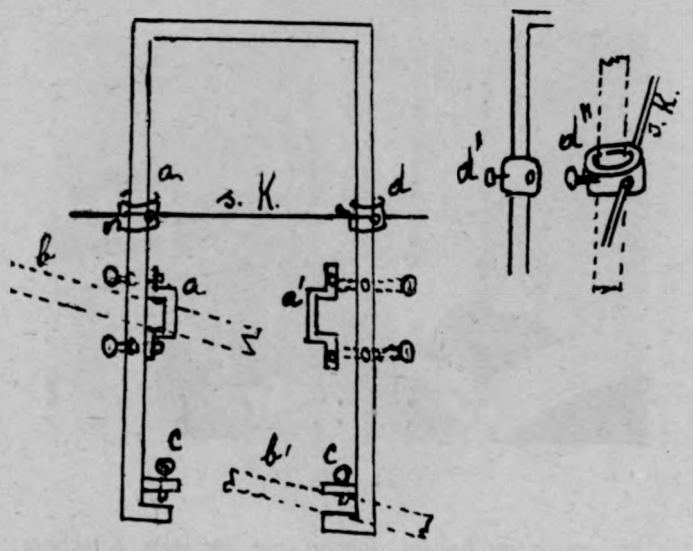


Fig. 46.

Schema cadrului nostru de reducere-fixare, a fracturilor de gambă. a = sistemul de fixare al cadranului, de braţul superior al atelei. a' = acelaş fixator, demontat. c = modul de fixare de braţul inferior al atelei. d = inelul de fixare al sârmei Kirschner (s. K.) d' d'' = acelaş inel, văzut separat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

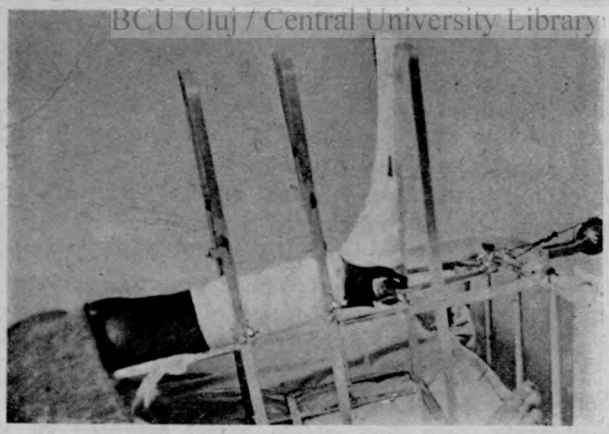


Fig. 47.

Fig. 47 şi 48 arată poziţiile gambei imobilizată în atela modificată de noi.

Aplicarea aparatului. In aplicarea aparatului nostru distingem următorii timpi:

1. Controlul radiografic (faţă şi profil) pentru a se preciza atât locul, cât şi aspectul fracturii. Procedeul este indicat mai ales în fracturile prin flexiune şi torsiune.

2. Pregătirea operatorie, ca pentru orice intervenţie sângerândă, asupra osului (asepsie perfectă).

Fig. 48.

3. Din cauza multiplelor aplicări ale sârmelor Kirschner, anestezia cea mai indicată este cea rachidiană.

4. Aplicarea transdiafizară a andrelelor Kirschner imediat în vecinătatea fracturii, câte una de fiecare fragment. Se fixează apoi o a treia andrea prin calcaneu, pentru extensie (tracțiune transcalcaneană). Aceste intervenții se fac la patul bolnavului, izolat cu câmpuri sterile.

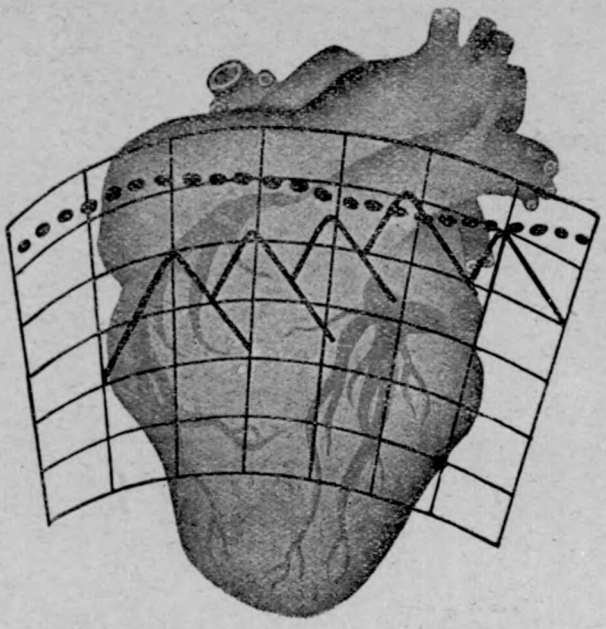
BCU Cluj / Central University Library Cluj

5. După aceste preparative, se așează gamba fracturată în atela Braun-Böhler, modificată de noi. Prin tracțiune calcaneană (cu broșa Kirschner), căutăm să reducem deplasările longitudinale. Greutatea de tracțiune este cea obișnuită. Controlul reducerii se poate face atât clinic, cât și radiografic sub extensie.

Odată obținută reducerea în sens longitudinal, procedam la corectarea deplasărilor circumferințiale, prin poziția ce o dăm andrelelor Kirschner, trecute transdiafizar. Cum fragmentul superior se rotează de cele mai adeseori înăuntru, pentru a corecta această deplasare, așezăm sârma Kirschner trecută prin acest fragment, în plan oblic dinăuntru în afară și de sus în jos. Corectarea deplasării fragmentului distal se face în același mod, adică, contrar direcției de deplasare a fragmentului. Sârmele orientate în poziție utilă, se fixează pe cadrele noastre de suspensie, care fiind mobile permit așezarea lor în poziția dorită. După ce am redus fractura în acest fel, fixând-o în coaptare ideală, tracțiunea transcalcaneană trebuie diminuată la minimum de greutate (1 kgr.), pentru a nu deplasa sistemul de fixare. Controlul radiografic este absolut necesar pentru aprecierea rezultatului obținut.

In figurile de mai jos ilustrăm rezultatul obținut într'un caz de fractură deschisă prin torsiune din $^1/_3$ mijlocie a gambei din stânga cu ieșirea prin plagă a fragmentului proximal. S'a intervenit imediat după accident, practicându-se, sub rachianestezie, reducerea pe masa ortopedică și aplicarea unui aparat ghipsat circular, armat.

Controlul radiografic a arătat reducerea fără coaptare și poziția



Experienţe clinice
confirmă că Bulbul de Mare (Scilla maritimă) în formă de

Scilloral

BCU Cluj / Central University Library Cluj

posedă faţă de digitală avantajul unei mai mari elasticităţi şi adaptabilitate:

EFECT PROMPT
în urma condiţiunilor favorabile de rezorbţie,
TOLERANŢĂ PERFECTĂ
DIUREZĂ BUNĂ
sunt caracteristicile produsului SCILLORAL

Lichid (15 picături = 0,5 g.) . . . flacon à 15 ccm

Asta Aktiengesellschaft, Chemische Fabrik, Brackwede

Eşantioane şi literatură la cerere

Depozit permanent: „Drogueria Standard" S. A. R. *Str. Sft. Ionică, 8 Bucureşti*

La dureri

QUADRONAL

SIGUR ★ EFICACE ★ BINE TOLERAT

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ASTA AKTIEN-GESELLSCHAFT

CHEMISCHE FABRIK

BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Sf. Ionică, 8 — București

fragmentelor în torsiune. Aplicându-se sistemul nostru de reducere, se obţine o coaptare perfectă, după care s'a putut aplica aparatul ghipsat circular.

Fig. 49.

Radiografia din faţă, a cazului de mai sus, luată după reducere şi imobilizare în aparat ghipsat. Se vede fractura prin torsiune la nivelul unirii $^1/_3$ mijlocii cu $^1/_3$ inferioară. Coaptarea nu este realizată. Fractura peroneului este situată mai sus.

Fig. 50.

Fig. 50, acelaş caz, văzut din profil. De observat poziţia fragmentelor în tensiune.

Biblioteca Centrală Universitară Library Cluj

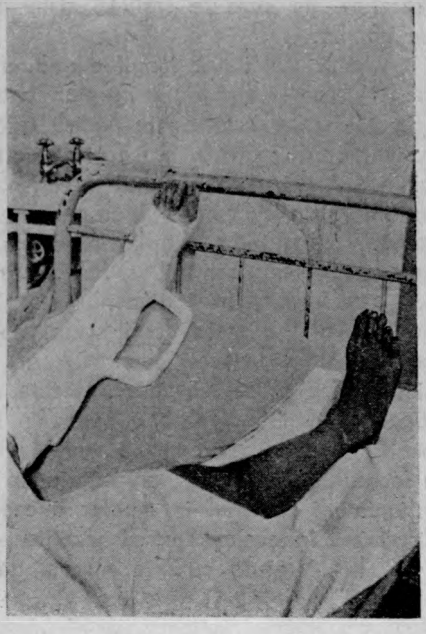


Fig. 51.

Reprezintă aparatul ghipsat circular, urmat, aplicat în cazul de mai sus. Aspectul de prezentare al acestui aparat, dovedeşte şi mai mult că reducerea imperfectă a fracturii nu se datoreşte condiţiunilor de confecţionare a aparatului ghipsat. Războiul actual a arătat că technica confecţionării acestor aparate, este o artă.

Fig. 52.

Radiografia din faţă a cazului de mai sus, luată în timpul imobilizării prin sistemul nostru. Se vede reducerea aproape complectă a fracturii. Liniile mai accentuate reprezintă sârmele Kirschner trecute diafizar.

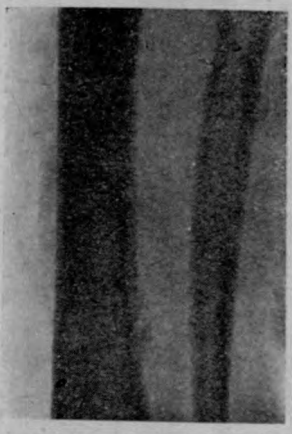


Fig. 53.

Acelaş caz, văzut din profil. Reducerea fragmentelor este liniară.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Rezultatul obţinut în acest caz, justifică valoarea consideraţiunilor teoretice, pe care le sprijină sistemul nostru de reducere a fracturilor de gambă.

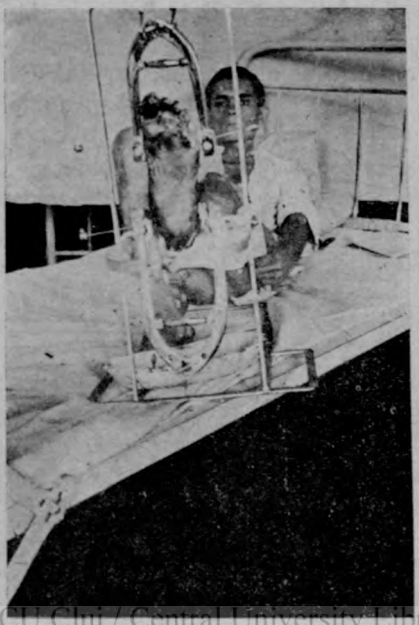
Atât tracţiunea longitudinală, aşa cum o vrea L. Böhler (fig. 13 şi 14), cât şi suspensia în plan orizontal, după cum susţine R. Klapp (fig .6), sunt insuficiente pentru a putea asigura reducerea perfectă a fracturilor de gambă, provocate prin mecanismul torsiunii şi al flexiunii. Sistemul nostru, combinând experienţa celor două atitudini terapeutice, introduce un fapt nou şi anume, necesitatea planului înclinat, în tratamentul fracturilor complicate, de gambă. Extensia transcalcaneană are valoarea extemporană în sistemul nostru de reducere.

Atitudinea în tratamentul fracturilor calcaneului.

Având a trata două cazuri de fracturi supurate ale calcaneului, prin explozie de schijă de obuz, am întrebuinţat un sistem de extensie bipolară cu broşe Kirschner, trecute una prin calcaneu şi cealaltă prin rădăcina metatarsienilor, fixându-le apoi pe cadrul vertical al atelei pentru gambă, aşa cum se vede în figura 54. Prin această imobilizare a focarului de fractură, am obţinut în scurt timp ameliorarea fenomenelor inflamatorii. Edemul inflamator a cedat, starea febrilă a scăzut treptat, dispărând în acelaş timp şi secreţia purulentă dela nivelul plăgii.

In literatura curentă nu am găsit menţionat nimic relativ la tra-

tamentul fracturilor supurate, de tars, afară de atitudinea expectativă urmată cu bisturiu. Atitudinea lui L. Böhler în tratamentul fracturilor închise de acloaneu, este ilustrată în fig. 15.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 54.

Sistemul nostru de imobilizare în tracţiunea transscheletică bipolară, cu broşe Kirschner, în tratamentul fracturilor supurate de calcaneu. Se vede poziţia broşelor Kirschner fixate de cadrul vertical al atelei Braun-Böhler.

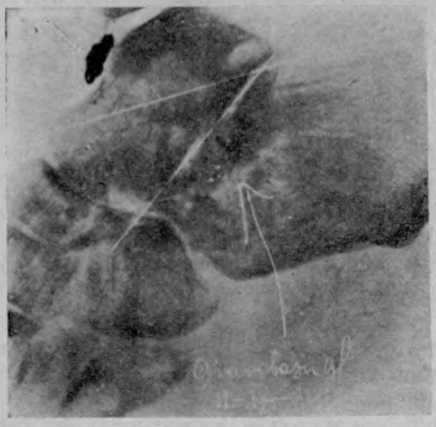


Fig. 55.

Radiografia din profil, a unui caz de fractură a calcaneului prin schije de obuz. Unghiul lui Böhler este diminuat.

Fig. 56.

Acelaş caz, văzut din faţă. Se vede o schijă deasupra astragalului.

Această tracțiune este foarte bine suportată de bolnavi. Planul decliv în care este orientat tarsul, permite drenarea secrețiilor purulente, evitând astfel întinderea procesului inflamator spre gambă.

Fracturile deschise, supurate, ale cotului, constituie o problemă terapeutică, încă nesoluționată. D-l Prof. I. Iacobovici și I. Porumbaru, recomandă imobilizarea lor în extensie. Având a trata 4 fracturi supurate de războiu ale cotului, cu distrugere largă a scheletului, am obținut rezultate bune prin extensie antebrochială la Zenit, așa cum arată figura 3.

In figurile ce urmează, dăm cazul soldatului D. Stoica, cu fractură multifragmentară a cotului și infecție gangrenoasă consecutivă.

Fig. 57.

Fractură multifragmentară a cotului înainte de extensie.

Fig. 58.

Acelaș caz, după 30 zile de extensie la Zenit. Se constată tendința la anchiloză, în poziție convenabilă, bolnavul fiind imobilizat în aparat ghipsat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fracturile antebrațului, interesând ambele oase, fiind greu reductibile, beneficiază în mare măsură de imobilizare prin extensie bipolară, după indicațiile lui L. Böhler. Intr'un caz, am obținut coaptare aproape perfectă, prin acest procedeu.

In figurile de mai jos, dăm rezultatul obținut prin extensie la Zenit, cu broșa Kirschner (fig. 3).

Fig. 59.

Radiografia din faţă a unui caz de fractură cominutivă a radiusului prin glonte dum-dum.

Fig. 60.

Acelaş caz, văzut in profil.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 61.

Rezultatul obţinut după 10 zile de extensie la Zenit.

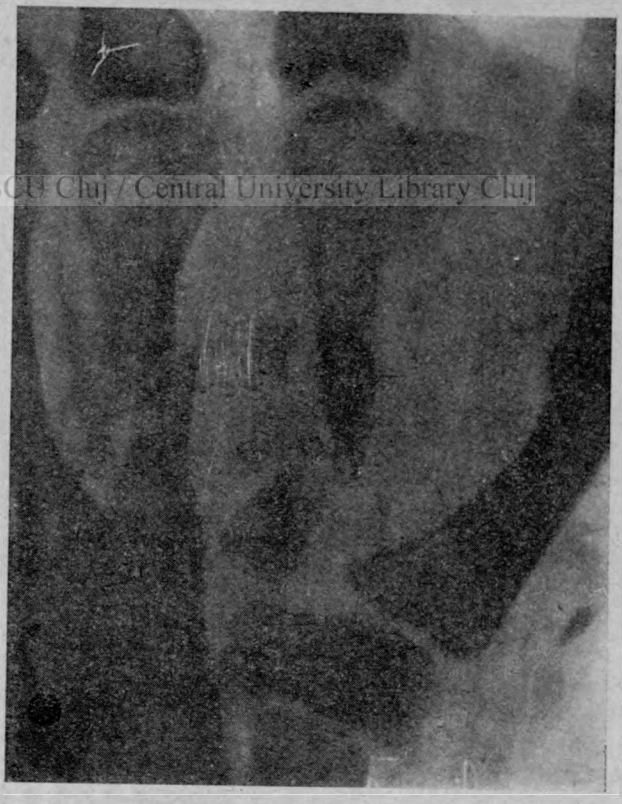
* * *

In tabelul No. 2, reprezentăm cazurile de fracturi de răsboiu, ale mâinilor şi picioarelor tratate prin imobilizare sub extensie. Tracţiunea a fost făcută cu ace de siguranţă, trecute prin pulpa degetelor.

TABEL 1.

Locul fracturii	No. cazuri.	Felul extensiei	Durata extensiei		
			20 zile	30 zile	40 zile
Fractura carpului	1	In extensie prin ace de siguranţă		1	
Fractura metacarpienilor	4	4 în extensie cu ace de siguranţă	1	1	2
Fractura metatassului	4	4 în extensie cu ace de siguranţă		1	3
Fracturi de degete	3	1 în semiflexiune 2 în extensie	1	2	

Dăm mai jos câteva cazuri din aceste fracturi pentru a sublinia şi mai mult, rolul extensiei în tratamentul fracturilor deschise.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 62.
Fractură prin explozie a metacarpienilor 2 şi 3

Fig. 63.

Aspectul mâinii imobilizate sub extensie prin tracţiune cu ace de siguranţă, trecute prin pulpa degetelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 64.

Fractura falangei II a indexului stâng.

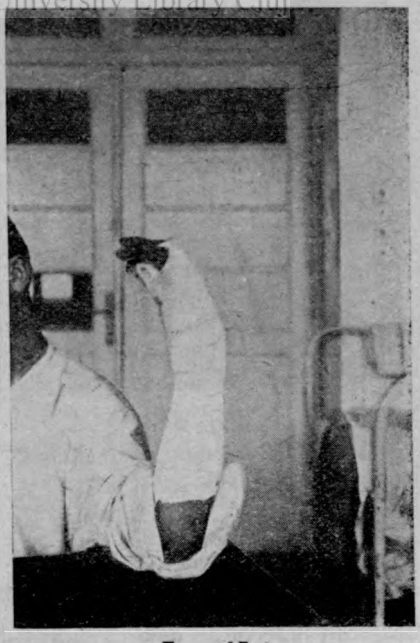


Fig. 65.

Acelaş caz imobilizat în semiflexiune, după indicaţiile lui L. Böhler. Tracţiunea este făcută cu ac de siguranţă.

Fig. 66.
Aspectul fracturii, după imobilizare.

Fig. 67.
Un caz de fractură cominutivă a metatarsului drept.

Fig. 68.
Aspectul piciorului imobilizat în aparat ghipsat cu extensie. Se văd acele de siguranţă trecute prin pulpa degetelor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

INTERPRETAREA REZULTATELOR OBŢINUTE

In intervalul dela 2 Iulie—15 Noembrie 1941, am aplicat extensia transscheletică cu broşa Kirschner, în 42 fracturi deschise de războiu cu deplasări şi plăgi mari, complicate cu supuraţiuni grave,

dintr'un total de 900 răniți internați în serviciul chirurgical din P.-Neamț, de sub conducerea D-lui D-r P. Bogdan.

In tabelul No. 2 dăm repartiția cazurilor noastre, atât după felul, cât și după durata extensiei.

TABEL 2.

Localizarea afecțiunilor	No. cazuri.	Felul extensiei	Durata extensiei			
			20 zile	30 zile	40 zile	60 zile
Fracturi de femur	19	16 transcondilien 1 transtuberozitară 2 transtuberozitare și transcondiliene.	6 (în curs de trat)	8	3	2
Fracturi de gambă	6	4 transcalcaniene 2 procedeu person.			4	2
Fracturi de calcaneu	3	bipolară (procedeu personal)		2		
Fracturi de humerus	8	transolecraniene	1	3	4	
Fracturi de cot	4	antebrahială la zenit		3	1	
Fracturi de antebraț	2	1 bipolară (L. Böhler)		1		
		1 uni polară la zenit		1		

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In acest tabel nu sunt cuprinse cazurile tratate de D-l D-r P. Bogdan. Răniții ajungeau în spitalul nostru cu imobilizarea provizorie în atele sau în aparate ghipsate. Cu toată sterilizarea mecanică a plăgilor — am putut remarca exereze prea întinse a țesuturilor — plăgile ne veneau infectate. Anaerobismul plăgilor a fost destul de ridicat.

Astfel pe 9 plăgi supurate, rău mirositoare, D-l D-r I. Micu a găsit în 7 cazuri, anaerobi.

Atitudinea noastră în tratamentul plăgilor supurate a fost incizii largi, expunerea la aier, care ne-a dat rezultate excelente. In câteva zile, secreția dispare, iar temperatura scade. Intrebuințarea antisepticilor a fost redusă de noi la soluția cloramină 1% și rar, rivanol.

In figurile 69, 70, prezentăm un caz de plagă supurată a gambei și genunchiului stg., prin explozie de schijă de obuz, tratată prin expunere la aier. Cu tot aspectul grav sub care s'a prezentat rănitul, l-am putut vindeca în câteva săptămâni.

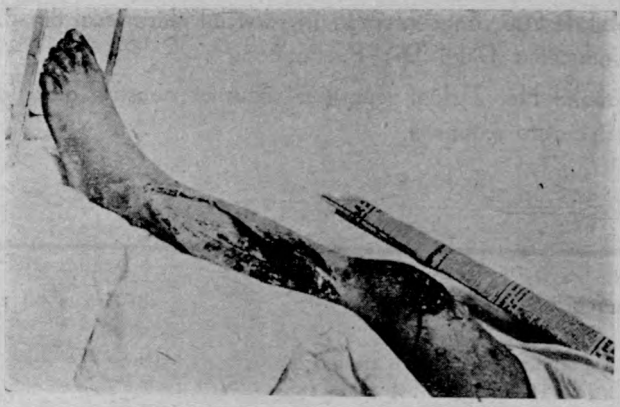


Fig. 69.

Plagă supurată, a gambei din stânga, prin schijă de obuz şi fractură deschisă, multifragmentară a rotulei. Artrită consecutivă. Se observă poziţia membrului inferior, imobilizat în atela Böhler, pe un câmp steril. Sulul de hârtie ce se vede a fost dat bolnavului spre a se apăra de muşte.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 70.

Acelaş caz, după câteva săptămâni (3) de tratament. Se observă sutura secundară cu ace de siguranţă (Henschen, Zbl. für Chir. No. 47/1940. Este de observat şi evoluţia admirabilă a plăgii articulare.

Rezultatele obţinute prin această metodă, le vom expune în alt loc. Insistăm totuşi asupra faptului, că în literatura mondială problema tratamentului afecţiunilor gangrenoase a fost soluţionată în parte prin acest tratament.

Ralph K. Ghormly, rezumând cercetările clinicei lui Mayo asupra terapeuticii infecţiunilor gangrenoase, afirmă că acestea beneficiază mult mai puţin de acţiunea antisepticilor (apa oxigenată, hipermanganatul de potasiu, soluţia Dackin), decât de acţiunea aerului care pătrunde în plagă, prin pansamentul tras liber.

Pentru a sublinia greutatea tratamentului infecţiunilor anaerobe, complicând fracturile deschise, menţionez următorul caz:

Obs. 1719/15 Oct. 1941. Soldatul M. Victor de 31 ani, de

grupul sanguin A, rănit în ziua de 10 Oct. prin explozie de obuz, prezentând plăgi multiple în regiunea ambelor membre inferioare, cu fractura gambei stângă şi a tarsului drept. Primul ajutor i s'a dat în spitalul 22 camp. (debridarea plăgilor, extragerea corpilor streini, seroterapia antigangrenoasă şi imobilizarea în aparate ghipsate). Evacuat la spitalul din P.-Neamţ, se constată infecţie gangrenoasă la nivelul ambelor fracturi. Starea generală este septicemică.

Tratamentul aplicat de noi, a fost: în dreapta, imobilizarea în atele Braun-Böhler, cu tracţiunea bipolară după procedeul nostru, iar în stânga s'a aplicat suspensia prin două sârme Kirschner trecute transdiafizar şi fixate de cadrele noastre, combinată cu tracţiunea transcalcaneană (fig. 71—72).

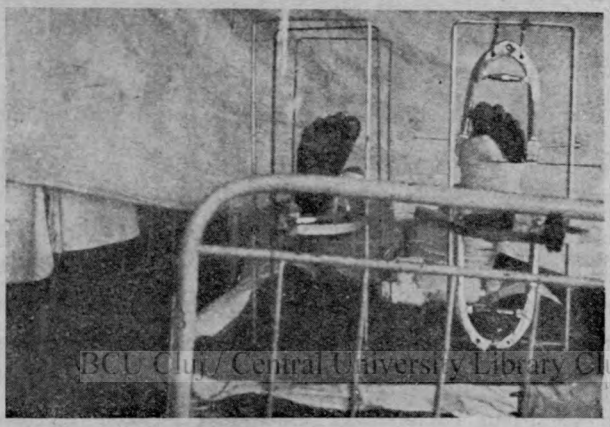

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Fig. 71.

Se vede imobilizarea prin tracţiune bipolară în dreapta şi atela Braun-Böhler modificată de noi pentru fracturile gambei, în stg.

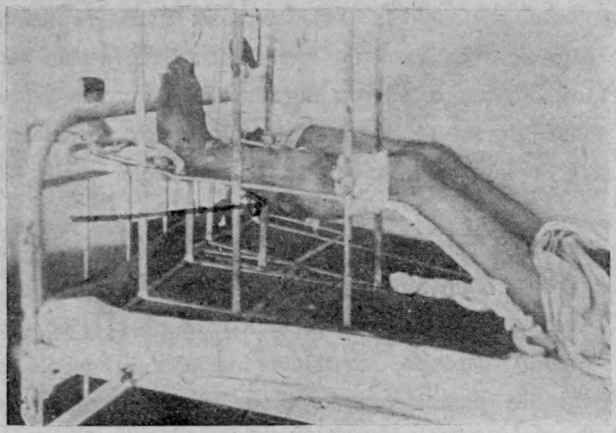


Fig. 72

Aspectul lateral al imobilizării în atela Braun-Böhler, aplicată în cazul M. V. Se poate observa o plagă foarte întinsă care cuprinde aproape $^1/_2$ din regiunea posterioară a gambei stângi.

Evoluția clinică a cazului, este arătată în graficul din figura 73.

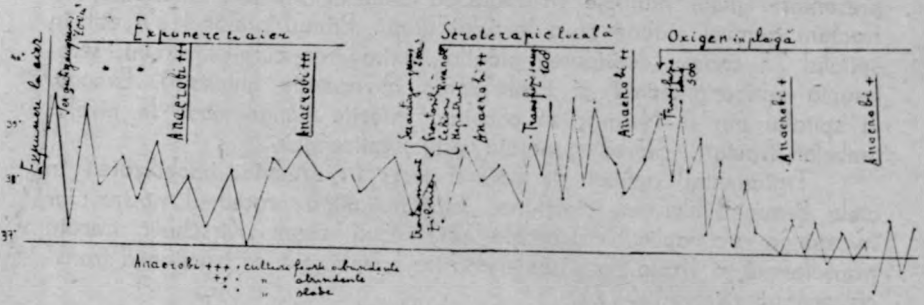


Fig. 73.

Prin expunerea la aier, s'a obținut o ameliorare evidentă, fără a se putea influența asupra microbilor din plagă. I se administrează seroterapie antigangrenoasă. Antisepticile întrebuințate, se reduceau la cloramină, cu care se pansa bolnavul peste noapte, ziua fiind expus la aier. Oscilațiile febrile persistă. Se încearcă aplicări locale de ser antigangrenos, fără a obține vre-un rezultat. Se continuă cu seroterapie antigangrenoasă, la care se adaugă prontosil, cebion, hepatrat, transfuzii repetate. Local, se constată aceiași secreție abundentă. Starea generală este gravă. Controlul bacteriologic efectuat (D-l D-r I. Micu), arată persistența anaerobilor. In aceste condițiuni se încearcă administrarea zilnică a oxigenului, direct în plagă (5 Noembr.). Local, se observă oarecare diminuare a secreției purulente. Curba termică este în scădere, controlul bacteriologic însă, continuă a arăta prezența anaerobilor, de astă dată cu virulența mult scăzută. In aceste condițiuni a rămas să încercăm pansament cu filtratul din cultura secreției plăgilor.

Cu toată starea septicemică, tracțiunea transscheletică a fost bine suportată, neînregistrându-se nici o complicație septică la nivelul sârmelor.

Extensia transscheletică prin imobilizare în poziție de semiflexiune, permite odată cu tratamentul fracturii și pe acel al plăgilor, în bune condițiuni. Această solidarizare terapeutică a celor două aspecte de leziuni în fracturi deschise, constituie indicația principală a acestei metode. Afară de deschiderea largă a colecțiilor purulente (incizii contra incizii), nu s'a practicat nici o altă intervenție în fracturi supurate (eschilectomie, etc.).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

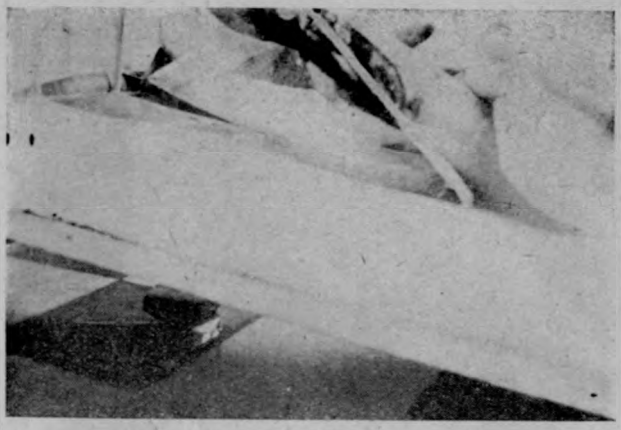


Fig. 74.

Plagă de războiu prin schijă, cu distrugere întinsă a părţilor moi, cu fractura supracondiliană a femurului stâng, imobilizată în atela Böhler prin tracţiune transtuberozitară. Planul decliv permite drenarea secreţiilor. Poziţia regiunii traumatizate asigură un acces perfect pentru efectuarea pansamentelor.

* * *

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Din scurta privire asupra diverselor procedeie preconizate pentru tracţiunea transscheletică în fracturi de femur, apare evident greutatea reducerii perfecte a fragmentelor.

Böhler constatând această greutate, afirmă că în fracturile multifragmentare nu trebuie urmărit o reducere complectă, ci numai orientare în ax, a fragmentelor principale. Atitudinea lui Killian în a influienţa fragmentul proximal în reducerea fracturilor, dovedeşte şi mai mult, complexul acestei probleme.

Din observaţiile amănunţite pe care le-am putut trage în decursul primelor noastre cercetări, m'am putut convinge că reducerea ideală a fragmentelor fracturate depinde atât de poziţia atelei, cât şi de direcţia cordonului de tracţiune (fig. 23). Astfel, pentru fracturile subtrochanteriene, poziţia atelei în abducţie este absolut necesară. Unghiul de abducţie în care trebuie să fie aşezată atela, întrece planul patului, astfel încât este nevoie de a o fixa în această poziţie printr'un mijloc de suspensie adecuată. Avem în studiu un suport, în acest scop.

Greutatea de tracţiune combinată cu planul de înclinaţie, constituie un al doilea element principal în reducerea fracturilor prin tracţiune transscheletică.

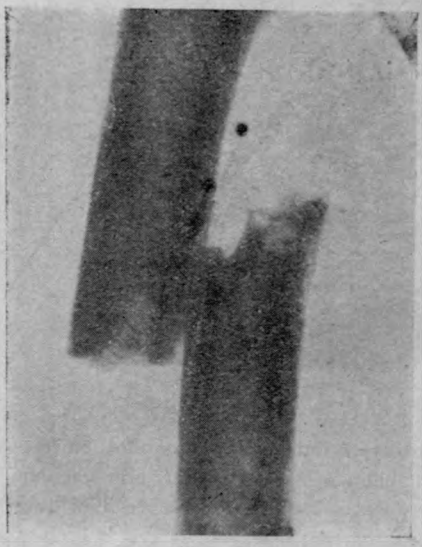


Fig. 75.

Radiografia în profil, a unui caz de fractură transversală a femurului, din $^1/_3$ mijlocie. Se poate vedea scurtarea de aproximativ 5 cm.

Fig. 76.

Rezultatul obținut după 4 săptămâni de tracțiune. Se vede calosul în organizare. Tracțiunea 10 Kgr. planul înclinat 40 cm.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Controlul radiologic sub extensie, este absolut necesar, pentru conducerea tratamentului.

Pentru a încheia indicațiile extensiei transscheletice în chirurgia de războiu, menționăm un caz de escară sacrată gravă, la care am încercat suspensia la Zenit, cu broșe trecute transcondilian. Această atitudine terapeutică, o avem încă în studiu.

Fig. 77.

Poziția bolnavului în suspensia transcondiliană la Zenit, pentru tratamentul escarei sacrale. Se observă hamacurile improvizate din feși, pentru suspendarea picioarelor.

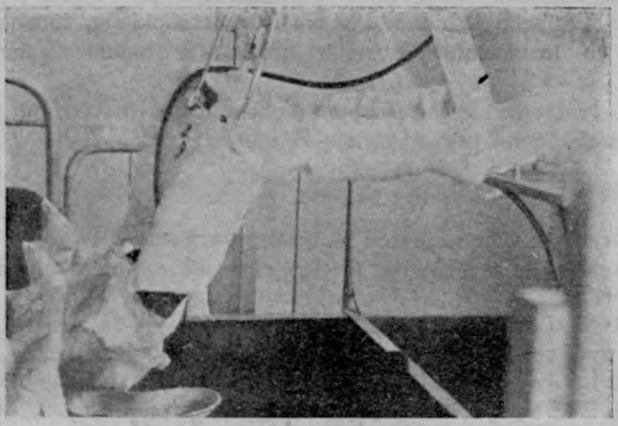


Fig. 78.
Aspectul lateral al poziției din fig. 77.

CONCLUZIUNI:

1. Extensia transscheletică, cu broșa Kirschner, a fost aplicată în 30 cazuri de fracturi deschise, de războiu.

2. Durata extensiei a fost, în medie, de trei—patru săptămâni.

3. Numărul sârmelor de tracțiune, a fost 1, 2, 3, după sediul fracturii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

4. Nu am înregistrat nici o complicație septică la nivelul tracțiunii transscheletice.

5. Secționarea canalului osos prin sârmă de tracțiune, a fost înregistrată în două cazuri de tracțiuni pe olecran. Intr'un caz de tracțiune condiliană, sârma a fost trecută prin articulația genunchiului, fără a da naștere la vre-o complicație septică.

6. Technica tracțiunii, în fracturile de femur, a fost precizată servindu-se de unghiul de flexiune al fragmentului proximal (fig. 23).

Pentru fracturile de gambă, se precizează un sistem de reducere, care corectează deplasările circumferențiale (fig. 46—50).

S'a precizat technica tracțiunii bipolare în tratamentul fracturilor tarsului (fig. 56).

Tracțiunea transscheletică la Zenit, a dat rezultate bune, atât în tratamentul fracturilor de cot, cât și de antebraț.

Tracțiunea prin ace de siguranță în fracturi de degete dă rezultate bune, atât în poziția de extensie, cât și în poziția de semiflexiune.

7. S'a precizat posibilitatea controlului radiografic, sub extensie (fig. 16—17).

8. Prin adaptarea trepanului electric A. Bochard s'a realizat un nou conductor electric pentru fixarea transscheletică a sârmei Kirschner (fig. 19).

9. Se prezintă un nou model de broșe pentru tracțiune transscheletică (fig. 20—23).

10. Suspensia la Zenit prin broşe transcondiliene, constitue o nouă atitudine în tratamentul escarelor grave din regiunea sacrală (fig. 77—78).

11. Fracturile deschise supurate, beneficiază în cea mai largă măsură, de tratamentul prin expunere la aier (fig. 69—70).

LITERATURĂ

L. Böhler: Technique du traitement des fractures 1934.

Prof. N. Hortolomei şi P. Georgescu: „Probleme de medicină de răsboiu" 1940.

Prof. N. Hortolomei: Rom. Med. No. 15, 16 1941.

Hoffmann K. Zbl. Chir. No. 28, 1940.

Prof. I. Iacobovici şi I. Porumbaru: Rom. Med. No. 19 1941.

H. I. Lauber. B. Klapp şi U. Siuts. No. Zbl Chir 42 1934.

R. Klapp: Zbl. für. Chirurgie No. 1 1940.

Kirschner şi Nordmann: Die Chirurgie. 1928.

Kirschner M. Chirurg 12, H. 2, 1940.

Killian H. Zbl. Chr. No. 12, 1940.

Mondry F. Zbl. Chr. No. 13, 1939.

Lucrare făcută în Serviciul de Chirurgie al Spit. „D-r I. E. Costinescu" — P.-Neamţ
Director: D-r P. Bogdan

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Stări de epuizare şi excitaţie nervoasă
Insomnie nervoasă
Depresiuni
Turburări vaso-motoare

CALCIBRONAT
(Ca — Br — Lactobionat)

Ambalaje aluminate cu 10 tablete
1—3 tablete pe zi

Cutii cu 100 gr. granulat
1—3 linguri pe zi

Ampule de 5 şi 10 ccm.

SANDOZ

Bucureşti: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse

SERENOL

ASOCIAȚIE ORGANO-FITOTERAPICĂ

CALMANT ȘI HIPNOTIC

Sedativ al Sistemului Neuro-Vegetativ

FORMULA:	Fenil—Etil—Maloniluree,—Extracte de Crataegus, Passiflora, Anemonae, Boldo—Tinctura de Belladona—Peptone polivalente Hexametilen Tetramina
Indicațiuni:	Turburări de hipertonie nervoasă prin dezechilibru neuro-vegetativ—Insomnii—Sindrom solar—Psicho-nevroze—Stări de anxietate—Emotivitate—Neuro-astenii—Algii diverse—Turburări circulatorii nervoase—Palpitații—Dispepsii nervoase—Aerophagie—Dureri menstruale—Stări hepatice—Stări anafilactice.
DOZE:	1⁰ Calmant al sistemului nervos: Câte o linguriță, înaintea meselor de prânz și seara. 2⁰ Hipnotic: 1—3 linguriţe, luate în timpul serii, cu o infuzie.

LABORATOARELE LOBICA-PARIS

Reprezentant pentru România:
Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA" S. A. R.
103, Str. Toamnei — BUCUREȘTI III — Telefon 2.21.38

Sedativ al tuselor rebele

CODOFORME BOTTU

Sirop: { Copii mici: 2—4 linguriţe în 24 ore.
Copii mari: 2—4 linguri desert în 24 ore.
Adulţi: 2—4 linguri de supă în 24 ore.

Comprimate: { Adulţi: 5—8 în 24 ore.
Copii: 2—3 în 24 ore.

Algii — Nevralgii — Odontalgii — Menstrualgii — Migrene — Gripe.

NEALGYL

Cloralopirină — Fenacetină — Cafeină — Hexametilenamină.

Comprimate: 1 — 2 la nevoe.

Doza maximă 8 pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Angine — Stomatite — Arsuri — Ulceraţiuni — Vaginite.

NEOL

Ozon şi oxigen în stare născândă

Gargarisme: 1 lingură de supă la un pahar cu apă.

Pansamente: Neol 1 parte, apă 4 părţi.

Spălături vaginale: 1—2 linguri la 1 irigator.

Laboratoires du Prof. BOTTU — Paris

Eşantioane şi Literatură

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, Bucureşti III. Tel. 2.21.38

EVOLUȚIA ȘI FELUL DE COMPORTARE A UNOR GENURI IN COLECTIVITATE*)

de

Dr. AXENTE IANCU

Docent Universitar Cluj

Țara noastră deși manifestă o tendință evidentă la scăderea natalității (dela 37,7 la mie la 32,9 la mie, — în mediul rural — în anii dela 1930 și până la 1937), totuși sub raportul prolificității se află încă în primele locuri printre țările europene. Moldova înfățișându-se cu o natalitate ce merge încă și azi până la 43,5 la mie. Recensământul făcut de către „Straja Țării" la începutul lunei Iunie (1—8 Iunie) a. c., cu scopul de a premia familiile cu cei mai mulți copii în vederea întreținerii unui adevărat cult pentru mame, copii și deci pentru familie, celula cea mai importantă în structura societății, a fost de natură să evidențieze faptul că sunt încă extrem de numeroase familiile românești cari dispun de câte 24 copii în viață.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

La întreținerea potențialului demografic încă suficient de riguros în mediul nostru rural — cu foarte mici excepții în Banat, Crișana și Țara Făgărașului — credem că gemenii aduc o contribuție nu odată impresionantă. Cu 1 an în urmă am primit prin intermediul D-nei Grințescu, Președinta Soc. „Crinul Vieții" din Piatra-Neamț, o copie de pe registrul Ofițerului Stării Civile, din care rezultă că femeia Maria Pop, cu domiciliul în Sighet, str. Făget No. 49, a dat naștere în total la 20 copii, în ultima facere ea murind, și copii rămânând orfani de mamă, iar primii 4 și de tată(?). Femeia avusese 2 bărbați, din căsătoria cu primul a rezultat 4 copii (Petru, Ileana, Ana și Gheorghe), dintre cari primii doi erau gemeni, iar din căsătoria cu cel de al 2-lea bărbat au rezultat alți 16 copii (Ana, Toader, Ioan, Maria, Ana, Doca, Vasile, Ileana, Toader, Ioana, Floarea, Palageă, Ioan, Gheorghe, Viorica și Mihai), printre cari sunt 4 perechi de gemeni (Ana și Doca; Floarea și Palagea; Ioana și Gheorghe și Viorica și Mihai). Anul acesta, pela sfârșitul lui Iunie s'au născut cei 4 gemeni (3 fetițe și 1 băiat: Petrică), în comuna Icoana, județul

*) Raport destinat celui de al 2-lea Congres de eugenie, ce trebuia să se țină la București în 1939.

Olt, din părinții Ecaterina și Iorgu Rădulescu. Mai anul trecut a produs o vâlvă identică nașterea a altor 4 gemeni în comuna Potârlagele (jud. Buzău).

Studiul gemenilor a evoluat în direcția constituirii unei metode speciale a gemenilor, cea mai demnă de încredere în cercetările eredității omului. Nu este deci de mirat, dacă publicațiunile referitoare la gemeni devin din ce în ce tot mai numeroase și tot mai stăruitoare.

In patologia gemenilor au fost semnalate de către diferiți autori concordanțe și discordanțe. Cele mai numeroase concordanțe au fost întâlnite la gemeni univitelini, în timp ce cele mai mari discordanțe la gemenii bivitelini.

Pentru a putea preciza dacă gemenii provin dintr'un singur ovul fecundat ori din două, dacă ei sunt deci monozigoți ori dizigoți, s'a recurs la consultare în primul rând a membranelor fetale (chorion, amnion), atât macroscopic cât și microscopic, iar mai nou se dă o importanță tot mai mare comparațiunii a mai multor trăsături morfologice caracteristice cari admit punerea unui diagnostic polisimptomatic de sinilitudine „polysymptomatische Ahnlichkeitsdiagnose" (Siemens).

Din anumite cercetări mai recente rezultă că pe când toți gemenii cari nu au o masă ereditară identică se nasc în membrane separate, nu toți gemenii cari se nasc în chorioni separați sunt și sub raportul structurei ereditare neidentici. In felul acesta concepția clasică care stabilise o corelație strânsă între monozigotism și membrane a căzut. Verschuer face apel la 16 caracteristice în punerea diagnosticului de asemănare: grupele sanguine, factorii sanguini, culoarea ochilor, culoarea părului, culoarea tegumentelor, formă părului, aspectul sprâncenelor, forma nasului, forma buzelor, plicile limbei, forma urechilor, vasele pielii, forma și plantația dinților, nervii, desemnul papilar al degetelor și măsurătoarele antropologice.

Noi, în diagnosticul cazurilor noastre ne-am bazat pe indicațiunile furnizate de ambele metode, după împrejurări și după cum am dispus de elementele de apreciere necesare.

Dintre autorii cari au studiat patologia gemenilor univitelini, amintim pe Sir Francis Galton, care prin anchetele întreprinse a găsit asemănări de concepție și judecată, pe Trousseau care citează cazul a 2 gemeni din Marsilia, ambii suferinzi de astm și de oftalmie reumatismală, deși locuiau la o mare distanță unul de altul, pe Cornelia de Lange, care descrie 3 perechi de gemeni, dintre care prima pereche a prezentat o stenoză pilorică, a doua pereche o hernie inguinală bilaterală, iar a treia pereche craniu natiform și o ușoară hidrocefalie: M-me Linossier a prezentat 1 pereche de gemeni suferindă de scorbut, Dubreuil una prezentând buze de epure „en miroir". Stransky constată apariția acelorași psihoze la gemenii univitelini. Stransky citează cazuri de osteogeneză imperfectă și absența tibei la ambii gemeni. Ionașiu, Lungu și Cupcea semnalează cazul a doi gemeni, dintre care unul este schizofrenic, iar al doilea schizoid. Bunce și Dougherly au observat diabet zaharat. Leavitt tumoră cerebrală. Dameshek, Savitz și Arbor,

leucemie limfatică. Reuben, Klein şi Dicky observă cazuri când ambii gemeni sunt idioţi. Gatier, Coxytaux şi Baar observă un idiot şi un sănătos la gemeni de acelaşi sex. Orel observă 28 de părechi de gemeni, dintre care 14 aparţineau aceluiaşi sex, iar celelalte 14, sexului opus. Dintre cei aparţinători primei grupe, ambii au fost afectaţi, în timp ce dintre cei din grupa a doua, de zece ori a fost afectat câte unul singur, iar de 4 ori ambii gemeni. Axente Iancu şi D-şoara E. Russu, comunică o pereche de gemeni univitelini, a căror evoluţie morfologică se efectuiază paralel pe lângă apariţiunea concomitentă a dinţilor cu o mică discordanţă în sensul comportării (unul este mai liniştit, iar al doilea mai vioi şi neastâmpărat şi mai mofturos la mâncare, având preferinţe numai pentru unele alimente, iar pe altele refuzându-le). Fröhlich raportează cazul a doi gemeni în vârstă de 12 ani, prezentând o hipertonie esenţială ori un caracter labil. Blechmann, De Bruin, Buckner, Lund, Rosanoff şi Handy au comunicat observaţiuni interesante în legătură cu mongolismul la gemeni. Prof. Nobécourt aduce mai recent o contribuţie interesantă la comportamentul în concordanţă şi discordanţă a gemenilor. (Le Concours Médical, An. 60, No. 14, 2 Avril 1939, pag. 944).

R. K. Rau[1]), A. A. Aiyar şi T. V. Mathew, publică un caz de cinci gemeni (gemeni quintuplaţi) proveniţi dela o femee hindu, sarcina întrerupându-se la 6 luni în mod prematur. Cei cinci copii, toţi erau de sex femenin cu o placentă unică, un chorion unic, dar cu un sac amniotic multilocular. A fost vorba deci de o sarcină univitleină ori monozigotă. După Grizzoni o sarcină multiplă cu 5 gemeni se întâlneşte odată la 41.000.000 sarcini. Sarcinele multiple cele mai frecvente sunt în Indii şi în China la populaţiile cari consumă orez.

La primul congres de eugenie organizat de „Federaţiunea Internaţională Latină a Societăţilor de Eugenie" (Federation Internationale Latine des Sociétés d'Eugenique), cu atâta strălucire sub prezidenţia D-lui E. Apert, eminentul pediatru Parisian s'au făcut mai multe comunicări în legătură cu problema gemenilor, aşa: Turpin şi Caratzali despre influenţa vârstei maternele asupra mortinatalităţii gemenilor (Influence de l'âge maternel sur la mortinatalité des jumeaux), aceiaşi autori; despre sexul şi mortinatalitatea gemenilor (Sexe et mortinatalité des jumeaux); L'Marchand despre epilepsie la gemeni (L'epilepsie chez les jumeaux) şi Jean Carrère despre psihozele gemerare (Des psychoses gémmelaires).

Cazurile pe care le comunicăm de data aceasta sunt următoarele:

Cazul Nr. 1. O pereche de gemeni de sex masculin (placenta bivitelină biamniotică). Primul Constantin Radu, născut la 21. V. 1936, ora 9,50, iar Petru la 10,35.

1) The British Medical Journal, No. 4125; 27 Ianuarie 1940, pag. 127—129.

Primul cântăreşte . . .	3050; iar al doilea 3350	
lungimea	51	58
circonf. capului . . .	34	35
diametrul bibarietal . .	9	9,5
fronto-occipital	11,9	11,9
mento-occipital	13	12,1
fronto-sub-occip. . . .	12,4	12,1

Deci al doilea e ceva mai greu ca primul, însă peste 4 zile, ambii scad: primul la 3060, iar al doilea la 3140, pentru ca la 2 săptămâni, primul să ajungă greutatea de 3400, iar al doilea pe cea de 3490 gr., deci secundul creşte mai mult.

La 23 Septembrie se constată la primul craniotabes; ambii încep să tuşească, făcând ambii tuse convulsivă. In 4 N-brie, întâiul cântăreşte 5700 gr., iar al doilea 5600 gr. Primul prezintă sindrom colic fetid, iar al doilea pe lângă acelaşi regim nu. Al doilea mai prezintă şi turburări micţionale atât diurne cât şi nocturne. In 28 Iulie, întâiul face **bronchopneumonie,** al doilea doar o congestie faringeană şi tuse. La 1 an şi 3 luni, primul are 7420 gr., iar radiologic i se constată o adenopatie hilară. In 3 Iulie 1939, primul este adus la ambulanţa noastră după ce a suferit un traumatism al capului. Este adus de o mătuşe care ne comunică că copilul al doilea a sucombat în urmă cu un an. Din foile de observaţie ale clinicei obstetricale reese că placenta a fost bivitelină-biamniotică; deşi copiii se asemănau ca fizic şi ca psihic, totuşi în comportarea lor faţă de infecţii au reacţionat în bună parte în mod diferit.

Cazul Nr. 2. O pereche de gemeni univitelini, de sex masculin, născuţi la 18 Ianuarie 1938. Sub cuvânt că mama este tuberculoasă, copiii mi-au fost trimişi şi internaţi la azil pe data de 17 Martie. La examenul lor se constată că primul Vasile, are o greutate de 3600 gr., iar al doilea, Ioan, de 3800 gr.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Lungimea la primul: 55½ cm., iar la al doilea 57,5 cm.
Perimetrul capului: 37,5 cm., iar la al doilea 37 cm.
Perimetrul toracic: 34 cm., iar la al doilea 37 cm.

Ambii prezintă ţesutul celulo-adipos subcutanat slab desvoltat şi un turgorul mediocru; **fontanela** mare deschisă la ambii pentru 3 degete. Ambii prezintă abdomenul balonat, respiraţia înăsprită, **scaunele decolorate,** fiind alimentaţi cu lapte de vacă. Li se face reacţia **Mantoux** în mod repetat cu o concentraţie de tuberculină mergând dela 1/10.000 la 1/1000. La ambii, aceste reacţiuni sunt negative. In 30 Aprilie, primul tuşeşte; li se face sondaj gastric, sucul se inoculează la cobaiu pentru depistarea baccilului **Koch;** rezultatele sunt însă negative. Peste o lună, ambii prezintă **craniotabes** şi **intertrigo,** al doilea în plus şi o **otită medie** supurată, rămânând în urmă cu greutatea faţă de întâiul care cântăreşte 4900, iar acesta abia 4670 gr. La 1 August, întâiul cântăreşte 6050 gr., iar al doilea 6380, deci al doilea iar ia luat-o înainte primului. Ambii prezintă **congestie faringeană,** care la primul evoluiază spre o bronşită, iar la al doilea rămâne localizată, dând tuse uşoară. La 15 N-brie, ambii fac coriză şi amigdalită, în schimb primul face şi o conjunctivită foliculară. La 1 an, cel de al doilea începe să vorbească, iar la 13 luni, ambii încep să meargă. La 14 Februarie, primul cântăreşte 9280, iar al doilea 9990. La acesta din urmă au apărut şi primii incisivi. Aceşti gemeni i-am putea clasifica după desvoltarea lor, ca fiind univitelini; au acelaşi sex; fizicul şi psihicul se asemănau; creşterea lor în greutate a fost paralelă; doar primul care a fost şi mai mic a făcut forme mai grave de îmbolnăvire.

CAZ Nr. III. O pereche de gemeni de sex opus. Prima fetiţă Irina, iar la II-lea băiat Constantin. Fetiţa la naştere avea o circulară dublă în jurul gâtului.

La naştere, fetiţa cântărea 2420 gr., iar băiatul 2180 gr.
Fetiţa avea lungimea 46 cm., iar băiatul tot 46 cm.

Fetiţa avea circ. cef. 32 cm., iar băiatul 31 cm.
Fetiţa avea bipar. 8,5 cm., iar băiatul 9 cm.
Fetiţa avea fronto-occip. 10,6 cm., iar băiatul 10,3 cm.
Fetiţa avea mento-occip. 12 cm., iar băiatul 11,6 cm.
Fetiţa avea f. sup.-occip. 9,5 cm., iar băiatul 9,8 cm.
La părăsirea clinicii, fetiţa cântărea 2340, iar băiatul 2280.

La 10 luni sunt aduşi la azil, ambii prezintă **distrofie gravă, tegumentele foarte palide,** stratul celulo-adipos subcutanat a dispărut. **Frontanela mare încă deschisă.** Ambii prezintă mătănii costale, coriza, raluri de bronşită; băiatul mai prezintă fenomene de diateză exudativă cu limbă geografică (glosită exfoliatrice), eritem perianal, în timp ce fetiţa nu prezintă nici un fenomen din aceste din urmă. Dimensiunile corporale ale acestei perechi de gemeni sunt următoarele:

Fetiţa are greutatea corporală 5500 gr., iar băiatul 5300 gr.
Fetiţa are lungimea 61,5 cm., iar băiatul 65 cm.
Fetiţa are circonferinţa capului 42,5 cm., iar băiatul 42 cm.
Fetiţa are circonferinţa toracelui 38,5 cm., iar băiatul 40 cm.

In ziua de 8 Mai, fetiţa are o greutate de 5550 gr. prezentând o diaree cu 12 scaune dispeptice pe zi, iar băiatul cântăreşte 5350 gr., prezentând raluri de bronşită, reacţiile la tuberculină **Mantoux** şi **Moro** negative, iar cea **v. Pirquet** intens pozitivă. Examenul hematologic parţial a fost următorul: hemoglobina la fetiţă 80, la băiat 42, hematii la fetiţă 2.880.000, la băiat 3.200.000.

Prima prezintă semne de distrofie, rachitism şi gripă, iar al doilea în spaţiul paravertebral drept şi axila dreaptă o matitate intensă şi intensă cu raluri subcrepitante fine, întovărăşite de un suflu tubar expirator. Controlând conţinutul sondajului gastric la băiat şi inoculându-l la cobai, s'a pus în evidenţă prezenţa bacilului **Koch.** Băiatul este mereu subfebril, iar examenul radiografic pune în evidenţă existenţa unei adenopatii tracheo-bronşice şi un infiltrant perihilar (tuberculoase). La vârsta de 10 luni fetiţa cântăreşte 8100 gr., iar băiatul 7200 gr. La 12 luni, băiatul face o bronchopneumonie. In ziua de 1 Aprilie 1938, băiatul cântăreşte 7950 gr., el este mereu subfebril, iar la radiografie se constată adenopatii hilare şi paratracheală dreaptă. La vârsta de 2 ani şi 5 luni, greutatea corporală a băiatului este de 9850 gr. şi abia la această vârstă el poate ocupa spontan poziţia şezândă. La vârsta de 2 ani şi 9 luni, el se ridică în picioare şi cântăreşte 10.400 gr. Inocularea conţinutului stomacal prelevat prin sondaj şi inoculat din nou la cobai, a dat de data aceasta rezultat negativ. Se mai constată întârzierea desvoltării mintale a băiatului. Este interesant credem faptul că aceşti gemeni bivitelini deşi au crescut în condiţiuni identice de mediu şi îngrijire, unul (băiatul) este mai receptiv, la infecţii prezintă fenomene de diateză exudativă, face o tuberculoză ganglio-pulmonară şi este înapoiat mintal. In timp ce fetiţa a rămas refractară.

Cazul Nr. 4. O pereche de gemeni de sex masculin. Silivan şi Emil, născuţi la 11 Septembrie 1929. Sunt internaţi la vârsta de 1 lună, prezentând dimensiunile corporale după cum urmează:

Silivan: Greutatea corporală 2100 gr. Lungimea 44,5 cm. Perimetrul capului 32 cm. Perimetrul toracelui 28 cm. Perimetrul abdominal 27 cm.

Emil: Greutatea corporală 1800 gr. Lungimea 43,5 cm. Perimetrul capului 30,5 cm. Perimetrul toracelui 26,5 cm. Perimetrul abdominal 28 cm.

Ambii sunt slabi, prezentând un turgor flasc cu ganglionii inguinali, axilari şi cervicali palpabili, cu intertrigo şi eritem colodionat al plantelor; fontanela mare deschisă pentru 3 degete.

La primul testicul nu este încă coborît în scrot. La examenul biochimic al sângelui se constată la primul fosforul 4,47% mg. şi Ca. 9,50% mg., iar lichidul cefalo-rachidian Ph. 2,27% mg. şi Ca. 9,50% mg., iar la al doilea, în sânge Ph. 4,30% mg. şi Ca. 10,90% mg., iar lichidul cefalorachidian Ph. 1,50% mg., iar Ca. 10% mg. La vârsta de 3 luni, primul se cântăreşte şi are 3100 gr., iar al doilea 2700 gr., ambii prezintă **cranio**

tabes. Repetindu-se analiza biochimică sanguină se constată o scădere atât a Ca-lui cât şi a Ph-lui la ambii gemeni.

I.	II.
Ph. 2,5 % mg.	Ph. 2,37% mg.
Ca. 8,85% mg.	Ca. 8,6% mg.

Primul face diateză exudativă, câţiva furunculi, un abces în regiunea fesieră, şi o rinofaringită. Al doilea face concomitent o bronchită şi un abces pe spate. In ziua de 1 Aprilie, primul cântăreşte 4100 gr., iar al doilea 4060 gr. Ambii prezintă leziuni de diateză exudativă pe faţă (eczemă). cântăreşte 6850 gr. şi se ridică singur. In ziua de 9 Feb., ambii părăsesc serviciul, primul cu o greutate corporală de 7350 gr., iar secundul una de 8200 gr. Primul revine la 18 Martie, cu suflu tubar cu 38 respiraţii şi 150 pulsaţii pe minut, splina şi ficatul mărite de volum. In urină albumina şi puroiul intens pozitive. Sucombă la ora 6, în ziua de 20 Martie, cu diagnosticul anatomo-patologic de broncho-pneumonie.

Aceşti gemeni, debili constituţionali, au manifestat o desvoltare paralelă sub raport morfologic; la fel au mai manifestat aceleaşi sindrome morbide: rachitism (craniotabes) şi diateză exudativă (eczema, intertrigo, eritem colodionat al plantelor, etc.). In mediul exterior însă unul îşi contractează o bronchopneumonie pe urma căreia sucombă.

Cazul Nr. 5. Naştere generală biamniotică monovitelină.

Nr. 1, Emil: Născut la 14 Aprilie 1939, ora 3,30. Greutatea corporală 2640 gr. Lungimea 43 cm. Circ. cefalică 33 cm.

Nr. 2, Ionel: Născul la 14 Aprilie 1939, ora 6,45. Greutatea corporală 2400 gr. Lungimea 49 cm. Circ. cefalică 34 cm.

După 24 ore, ambii sunt puşi la sân şi sug bine. Ionel sufere o fractură a femurului în treimea mijlocie din cauza versiunii, iar în ziua de 18 Aprilie i se face o extensie şi i se aplică un pansament gipsat. In ziua de 27 Aprilie, sunt aduşi la consultaţie, primul cu o greutate corporală de 4420 gr., iar secundul cu una de 3720 gr. La ambii se constată existenţa craniotabesului şi hidrocelului; primul manifestă o tendinţă la hernie ombilicală, în timp ce al doilea o are bine exprimată. Ambii gemeni sunt blonzi, prezintă acelaş aspect al feţii, acelaş format al nasului, al gurii cât şi al pavilonului urechii, ambii au ochii albaştri şi părul castaniu deschis.

Această pereche de gemeni care judecaţi după aspectul lor exterior prezintă o asemănare perfectă cu acelaş complex pigmentar deschis, se comportă în mod identic faţă de boli manifestând faţă de ele o concordanţă incontestabilă.

Cazul Nr. 6. Naştere gemelară bivitelină, Nr. 1 Rodica şi Nr. 2 Lucia.

Nr. 1, Rodica: Greutatea placentei 1560 gr. Greutatea corporală 1330 gr. Circonferenţa cefalică 28 cm. Lungimea 48 cm.

Nr. 2, Lucia: Greutatea placentei 1620 gr. Greutatea corporală 1720 gr. Circonferenţa cefalică 31 cm. Lungimea 48 cm.

După 24 ore, ambele sunt puse la sân, dar nici una dintre ele nu suge suficient, din care cauză li se complectează raţia alimentară cu lapte muls dela mama proprie şi administrat cu linguriţa. După 5 zile dela naştere, ambele fetiţe prezintă o stare febrilă cu temperatură de 39—40°. Li se administrează antitermice, ceai din abundenţă şi sânge dela mama proprie câte 5 cmc. intramuscular zilnic. Ambele prezintă icter. Prima este mai liniştită şi geme mereu. Starea generală a fetiţelor se agravează din ce în ce tot mai mult, fenomenele fiind alarmante. Li se continuă terapeutica medicamentoasă de mai sus, plus cardiotonice, pe lângă regimul alimentar anunţat mai sus.

La vârsta de 2 săptămâni, Rodica sucombă, iar Lucia continuă cu temperatura între 39—40°, starea ei generală se menţine mereu gravă. Tratamentul de mai sus, căruia i s'a mai adăugat şi vitamina C, a rămas fără

efect şi fără să influenţeze evoluţia boalei: stare febrilă urcată, cianoză cu accente de agravare şi de puseuri pornind dela partea superioară a corpului şi coborînd în jos cu strigăte disperate şi fără alte semne clinice obiective întocmai ca şi în cazul celeilalte gemene sucombate. Se suprimă hemoterapia maternă, când toate fenomenele cedează brusc, iar temperatura coboară la normal dela a 2-a zi, fetiţa se linişteşte, suge singură, creşte în greutate, iar la 4 săptămâni părăseşte maternitatea în condiţiuni de sănătate înafară de orice risc şi pericol.

Avem impresia că aceşte gemene de acelaşi sex s'au comportat identic atât faţă de agentul producător de stare febrilă iniţială cât şi faţă de aceeaşi conduită terapeutică, că ambele au făcut un ţoc anafilactic(?), pe urma injecţiilor de sânge matern prelevat dela mama proprie şi injectat intramuscular.

Cazul Nr. 7. Gemeni univitelini după constatările mamoşului care i-a asistat, de sexul masculin.

1. **Dinu** şi 2. **Dorel,** născuţi în ziua de 3 Octombrie, la orele 11 a. m., şi 11,10 minute.

1. **Dinu:** Greutatea corporală: 2290 gr. Lungimea 45 cm.

2. **Dorel:** Greutatea corporală: 1900 gr. Lungimea 45 cm.

Dimensiunile corporale au evoluat după cum urmează:

1. **Dinu:** La 4. I. 1935, la 3 luni, greutatea corporală 4820 gr. La 1. VI. 1935, la 9 luni, greutatea corporală 7120 gr. La 13. IX. 1935, aproximativ la 1 an, greutatea corporală 8340 gr. La 3. X. 1935, aproximativ 2 ani, greutatea corporală 12.000 gr.

2. **Dorel:** La 4. I. 1935, la 3 luni, greutatea corporală 4240 gr. La 1. VI. 1935, la 9 luni, greutatea corporală 6540 gr. La 13. IX. 1935, aproximativ 1 an, greutatea corporală 7560 gr. La 3. X. 1935, aproximativ 2 ani, greutatea corporală 11.200 gr.

Iar lungimea la fiecare 90 cm.

1. **Dinu:** La 2. VIII. 1939, aproximativ 5 ani fără 1 lună, greutatea corporală 14.150 gr. Înălţimea 104 cm. Înălţimea şezândă 58 cm. Perimetrul cefalic 49 1/4 cm. La nivelul mamelonar 51,5 cm. Perimetrul toracic la nivelul xifoid 51 cm. Perimetrul abdominal 50 cm.

© Babeş-Bolyai University Library Cluj

2. **Dorel:** La 2. VIII. 1939, aproximativ 5 ani fără 1 lună, greutatea corporală 13.500 gr. Înălţimea 102,5 cm. Înălţimea şezândă 58 1/4 cm. Perimetrul cefalic 49 cm. La nivelul mamelonar 50 cm. Perimetrul toracic la nivelul xifoid 49 cm. Perimetrul abdominal 47 cm.

In genere ca înfăţişare există o mare asemănare între aceşti doi gemeni, căci deşi i-am văzut de mai multe ori, nu-i pot recunoaşte şi identifica care este Dinu şi care este Dorel, confundându-i mereu. Dinu este stângaciu, Dorel întrebuinţează mâna dreaptă. Ambii gemeni sunt strabici. Ambii prezintă un strabism intern. In timp ce stângaciul Dinu prezintă strabism intern stâng. Dorel un strabism intern drept. Ar fi deci vorba de un strabism intern „en miroir". Rotocoalele părului din creştetul capului urmează la ambii gemeni aceeaşi direcţie a arătătoarelor ceasornicului, adică dela stânga la dreapta. Analizând mai amănunţit însă aspectul feţii, se constată că primul are ochii ceva mai mari şi gura mai mică, în timp ce al doilea chiar invers, ochii mai mici şi gura mai mare. Felul de comportare în liniamente generale a acestor doi gemeni este după cum urmează:

Dinu: Leneş la supt. Plânge mai puţin, mai răguşit şi mai rar. Icter neonatorum nu prea accentuat. Bea orice fără mofturi. In somn are un fel de scârţâit din dinţi. Râde şi priveşte frumos. Sufere de constipaţie şi diaree. Prezintă sindrom colic fetid.

Dorel: Suge mai puternic. Plânge mult, ascuţit, furios, până ce se face vânăt-roşu. Icter neonatorum nu prea accentuat. Nu-i plac mirosurile în general (apa de Colonia, biberonul din cauza mirosului de cauciuc). In somn are un fel de scârţâit din dinţi. Râde mai rar. Sufere de diaree şi constipaţie. Prezintă sindrom colic fetid.

1. **Dinu:** In ziua de 21. VI. apare primul dinte, incisivul median inferior stâng. In ziua de 20. VIII. 1935, s'a lovit cu o jucărie în cerul gurii,

In ziua de 5. XI. 1935, are 6 dinți. In ziua de 13. XI. 1936, otorinolaringologul constată că are amigdale mici și polipii mari.

2. **Dorel:** In ziua de 21. VI. apare primul dinte incisiv median inferior drept. In ziua de 15. VIII. 1935, a căzut din cărucior. In ziua de 5. XI. 1935, i-a dat al treilea dinte și alți trei dinți sunt gata de ieșit sus. Că are amigdale mari și polipi mici.

Gripele, bronșitele, otitele, diareile, enterocolitele disenteriforme s'au prezentat fie concomitent la ambii, fie succesiv la câteva zile după îmbolnăvirea unuia dintre ei. Reținem ca și concluzie la această pereche multiplicitatea caracterelor morfologice „en miroir". Cu o mică discordanță sub raportul dispozițiilor sufletești, dar o perfectă comportare față de diferitele afecțiuni și infecții, când se constată în cele mai multe ori o suprapunere perfect concordantă și sincronă, ori identitatea fenomenelor cu ușoară deplasare de înșeilarea lor cronologică — Turpin — a prezentat în ședința din 21 Iunie 1938, a Societății de Pediatrie din Paris, 2 gemeni monozigoți cu caractere „er miroir", unul stângaciu și celălalt dreptaciu, primul având la mâna stângă, iar secundul la mâna dreaptă dublu nucleu de osificare a semilunarului. Ca o dovadă de evoluție concordantă a boalei la gemeni, mai reținem aci și cazul gemenelor Jeanine și Anette publicat de către Prof. Lereboullet, ambele făcând bronchopneumonie cu sfârșit letal prevăzut încă dinainte de către tatăl lor care a observat el însuși identitatea perfectă a reacțiunii fetițelor sale față de anumite influențe mocive.

In concluzie generală:

Prezentăm 7 perechi de gemeni, dintre cari 6 sunt de același sex (5 aparțin sexului masculin, iar unul celui femenin) și 1 pereche care reprezintă gemeni de sex opus.

Mamoșii din consultarea membranelor fetale ne-au furnizat lămuriri asupra apartinenței lor la grupa univitelină ori bivitelină în 4 cazuri: prima pereche bivitelină biamniotică; perechea a cincea monovitelină biamniotică; perechea a șasea: bivitalină și a șaptea univitelină.

In aprecierea apartinenței perechi a doua și a patra, am fost siliți să ne călăuzim exclusiv după elementele de apreciere clinică, polisimptomatice.

Din evoluția gemenilor și din felul lor de comportare față de diferitele afecțiuni și infecțiuni, ne credem îndreptățiți a trage următoarele croncluziuni:

Prima pereche este discordantă.

Perechea a doua, pe care noi o considerăm în bază de apreciere clinică și în lipsa de posibilitate de a ne procura situația membranelor fetale, ca dispunând de o hereditate identică, s'a comportat concordant cu o singură deosebire de nuanță, unul dintre gemeni prezentând o evoluție mai serioasă a unora dintre infecțiuni.

Perechea a treia a reprezentat gemeni de sex opus, având deci o hereditate neidentică, s'a manifestat și prin felul de comportare față de agenții patogeni cu totul diferit.

Perechea a patra unde ne lipsesc informațiile obstetricale, s'a comportat în cadrul unui paralism impresionant până la disocierea sfârșitului letal al unuia dintre ei, care a făcut o bronchopneumonie.

Perechea a cincea prezintă o hereditate identică explicată atât prin constatările obstetricale cât şi prin observaţiunile clinice ulterioare.

Perechea a şasea, deşi bivitelină, dar de acelaş sex, s'a comportat timp de 2 săptămâni într'o perfectă concordanţă, trecând în discordanţă abia după ce unul din gemeni a sucombat, iar celei de a doua i s'a modificat tratamentul medical.

Perechea a şaptea, a făcut dovada unei hereditâţi identice — cu mici excepţii de nuanţe numai — verificată atât prin indicaţiile maternităţii, cât şi prin observaţiunile clinice. Această pereche de gemeni reprezintă credem una dintre cele mai frumoase exemplare de gemelaritate „en miroir".

Toate cele şapte perechi de gemeni comentate şi trăind în acelaş mediu de îngrijire de colectivitate ori familiar, (aceasta din urmă, înainte de internarea lor în Instituţia de sub conducerea noastră, ori după concedierea lor de sub supravegherea noastră), nu au fost de natură să ne permită şi studiul influenţei eventuale pe care ar fi putut-o exercita mediul asupra gemenilor cu o hereditate identică, o latură a acestei probleme va fi prezentată însă după cum rezultă şi din program cu competinţa-i bine cunoscută de către Secretarul General şi animatorul acestui Congres al nostru, D-l Prof. G. K. Constantinescu în raportul D-sale „Influence du milieu comme correcteur des mauvaises inclinations".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SIROPUL NEURO TONIC GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR şi al MUŞCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătăţii

Apreciat de D-nii Medici Neurologi şi Internişti

în cazurile:

Marca preparatului

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

Reconfortant. Reconstituant. Tonic. Aperitiv.

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

Afecţiunile căilor respiratorii

CREOPHOSAN

Fosfat de calciu creozotat şi gaiacolat

ADULŢI: 3 linguri de supă pe zi.

COPII: 3 linguri de desert pe zi.

Pretuberculoză — Tuberculoză — Sarcină
Albuminurie — Hemoragii — Accidente serice — Toate indicaţiunile calciului în general

HALOCALCION

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Clorură de Calciu în stare născândă
(Halogen Clor + Ionul Calciu)

GRANULE: Adulţi, 4—8 linguriţe pe zi.

„ : Copii sub 12 ani, jumătate doză.

După 2 săptămâni de tratament se face o săptămână pauză.

Laboratoires Dr. PINARD — Paris

Eşantioane şi Literatură
Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA“ S. A. R.
103, Str. Toamnei, Bucureşti III. Tel. 2.21.38

CONSIDERAȚIUNI GENERALE ASUPRA HEMOTORACELUI TRAUMATIC

de

Medic Lt.-Col. D-r DIACONESCU PUTNA și **Med. Cpt. rez. D-r ALEXIU**
Șeful Serv. I Medical — Medic Primar.
Spitalul Militar R. E.

In timpul războiului mondial, în sgomot de oțel și vaete, în lumină de foc și în culori de sânge a născut o literatură medicală nouă: „Medicina de Război".

Medici cu reputație, în articole ample, au avut de desbătut subiecte deja cunoscute, modificând sau complectând ceeace deja se scrisese, sau punând probleme noui pe cari noul armament și noua tactică de luptă le adusese.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

O doream cu toții ca această ramură a medicinei să rămână prăfuită și îngălbenită în unghere întunecate de biblioteci; o doream cu toții ca ea să intre pentru eternitate în domeniul „Istoriei medicinei".

Destinul a dorit altfel, așa că mai repede decât am fi crezut, medicina de război a căpătat din nou importanța unei probleme arzătoare, la a cărei rezolvare, mai mult decât în oricare latură a medicinei, știința împletește o pânză de virtute cu afectivitate, toți trudindu-se să scape câți mai mulți și cât mai bine, din cei mai dragi fii ai țării, din cei mai aleși dintre aleși, din cei mai bravi dintre bravi, cari au sângerat, luptând pentru un ideal, pentru un crez.

Hemotoracele va naște ori de câte ori va exista o rănire a pulmonului, fie prin armă albă (baionetă sau pumnal), fie prin armă de foc (glonte, schije).

Admitem că un hemotorace poate naște și printr'o rănire tangențială a hemitoracelui, care să intereseze, odată cu vasele intercostale și pleura parietală, dar această situație este extrem de rară.

Nu ne vom ocupa de acele hemotorace, la cari corpul strein a rămas inclus în massa pulmonară.

La aceștia, prognosticul se agravează înzecit, pentrucă mai curând sau mai târziu, acești răniți vor face procese supurative în jurul corpilor retenționați.

Rouvillois dă un procent de 43% mortalitate, iar Duval 35% în plăgile cu proectilul inclus în massa pulmonară.

În privința datei la care poate apare supurația, ea poate să se întâmple mult mai târziu, când pacientul a și uitat că a fost rănit. Riedinger comunică un caz care după 20 ani dela data rănirii, individul face o supurație în jurul corpului străin inclus în pulmon.

La acești răniți, prognosticul se agravează și prin posibilitatea de infectare secundară și precoce a hemotoracelui și prin hemoragiile repetate pe cari le întreține sau le declanșează, în tendința pe care o are corpul strein de a se deplasa, producând noui răniri vasculare.

Am avut un singur rănit cu schija inclusă în pulmon și care după trei săptămâni dela rănire, a făcut o nouă inundație pulmonară care a necesitat evacuare de urgență. La puține zile după aceea, hemotoracele s'a infectat secundar, fiind nevoe de Pleurotomie cu Costotomie. Ulterior lucrurile au avut o evoluție normală, prognosticul rămânând totuși rezervat, din cauza prezenței schijei în pulmon.

Vom studia:

1. Cantitatea de sânge și elementele cari o condiționează.
2. Modul de suportare.
3. Suflul pleuretic.
4. Evoluția hemotoracelui.
5. Tratament.

1. CANTITATEA DE SÂNGE. Ea este condiționată în primul rând, de:

a) **Starea anterioară a pleurei.** Un rănit care anterior a avut o pleurezie serofibrinoasă, în urma căreia s'au organizat simphize mari sau procese fibro-adezive bazale va avea în mod natural o cavitate pleurală mult mai redusă de volum, fapt care va influența în mod favorabil consecințele plăgii, în sensul că va permite o scurgere mică de sânge în cavitatea pleurală.

Situația va fi alta pentru cei cari în trecutul lor au făcut procese de pleurită parcelară, în urma cărora s'au organizat mici bride, mici aderențe pleuro-pulmonare. Aceste bride, aceste aderențe vor fi elemente cari se vor opune la efectul de turtire pe care sângele din pleură îl exercită asupra pulmonului. Dacă una din aceste bride se găsește la nivelul sau aproape de nivelul unde pulmonul a fost rănit, înseamnă că ele vor exercita un rol de tracțiune, împiedecând turtirea și efectul hemostatic al acestei turtiri.

Aceste plăgi mai mult decât la alți răniți, vor continua să sângereze, fie că acel sânge se va acumula în cavitatea pleurală, fie că va fi eliminat prin bronșii (hemoptizie prelungită).

Am avut un singur rănit, un căpitan care cu multă probabilitate anterior, fără ca el să știe, a suferit de un proces fibro-adesiv pleural, cu o reducere enormă a cavității pleurale, așa că în urma rănirii prin glonte, în 1/3 superioară a pulmonului drept, abea a făcut un hemotorace închistat, de dimensiuni reduse, așezat în formă de căciulă în partea superioară și ușor laterală de aceeaș parte.

b) Un alt element care influențează cantitatea de sânge, este **corpul cu care s'a produs rănirea.** Este ușor să înțelegem că o schije cu margini neregulate și cu mișcări în rotație, va produce răniri mult mai grave, cu delabrări mari de țesuturi, cu ruperi multiple de vase,

pe câtă vreme un glonte, cu suprafeţe netede, va lăsa în urma lui un tunel regulat, cu dimensiuni reduse.

Rănirea prin schije, va fi urmată în mod fatal de hemoragii mult mai abondente decât cele prin glonte, în condiţiuni organice egale.

c) Topografia plăgii, adică locul unde pulmonul a fost rănit, este un ultim element care condiţionează cantitatea hemotoracelui. O plagă în regiunea corticală a pulmonului, acolo unde vasele sanguine au un calibru mic, va produce hemoragii minime şi din cauza calibrului vaselor, cât şi datorită faptului că odată ce pulmonul va fi influenţat de cantitatea de sânge ce s'a scurs în pleură, lăsându-se comprimat, prima porţiune a pulmonului care va suferi efectul colobării, va fi tocmai porţiunea corticală, fapt care va duce la un efect hemostatic precoce.

Cu cât rănile vor fi mai în vecinătatea hilului, acolo unde calibrul vaselor este mai mare, cu atât hemoragia va fi mai puternică.

Mai mult decât atât, hemoragia va fi ajutată şi de lipsa efectului de turtire, pentrucă zona perihliară nu este, sau este foarte greu colobată, din cauza scheletului bronşial care aici, în această regiune are o duritate mai mare, datorită inelelor cartilaginoase pe cari le conţine.

Rănirile în regiunile perihilare au o gravitate imediată mult mărită, putând fi cauza morţilor rapide prin hemoragii masive. Un alt element de ordin topografic care influenţează cantitatea hemotoracelui, îl formează sediul plăgii în raport cu axul longitudinal al pulmonului.

O plagă apicală (fără să intereseze pachetul axilar sau subclavicular) va da o sângerare mai mare decât o plagă similară, în regiunea bazală.

Lucrul acesta se explică prin faptul că regiunea bazală va beneficia de efectele compresive ale hemotoracelui, înaintea regiunei apicale, sângele acumulându-se la bază. Să ne gândim la imaginile radioscopice şi radiografice ale pleureziilor sero-fibrinoase cu acea opacitate latero-bazală şi vom înţelege imediat de ce baza va fi prima beneficiară a unei stări patologice.

2. MODUL DE SUPORTARE AL HEMOTORACELUI. Trebue să spunem din primul moment că toţi răniţii toracici pe cari i-am avut internaţi în Serv. I Medical Spitalul Militar R. E., erau răniţi evacuaţi din alte spitale, din imediata apropiere a frontului, aşa că o primă îngrijire o primiseră aceşti bolnavi. Cum însă timpul scurs dela data rănirii până la data internării nu depăşea în medie 7—10 zile, cele ce vom spune nu pierde cu nimic din valoarea cu atât mai mult cu cât la starea prezentă care ne interesează, am ţinut seama şi de evoluţia maladiei, iar hemotoracele era în perioadă de stare, cu fenomenele mecanice neschimbate.

Deşi marea majoritate a bolnavilor au avut inundaţii pleurale cari clinic şi radiologic, ocupau mai mult de jumătate din hemitorace, nici unul din bolnavi nu prezentau şi nici nu prezentase semne de anemie secundară (o bună parte din bolnavi ne veneau cu copie depe foile de observaţii din spitalele de unde ne fuseseră evacuaţi). Culoarea tegumentelor normală, puls bine bătut, de o frequenţă nor-

mală, erau semnele clinice ale unui echilibru hematologic normal, confirmat de laborator prin lipsa hematiilor nucleate, cu numărul normal al hematiilor adulte.

Din punct de vedere mecanic, deşi unii răniţi aveau deplasări cardio-mediastinale, nu acuzau nici jenă respiratorie, nici oboseală. Dacă la un pleuretic nivelul lichidului ar fi atins nivelul sângelui dela răniţii pe cari i-am avut, sigur că fenomenele cardio-pulmonare ne-ar fi obligat la vidaje pentru a uşura bolnavul, pentru a pune ordine în fiziologia respiratorie şi circulatorie, modificată prin acţiunea mecanică a lichidului.

Acest fapt ne face să credem că dacă în pleureziile sero-fibrinoase, fenomenele de turburare în respiraţie şi circulaţie, au o gravitate mult mai mare, aceasta se datoreşte nu atât elementului mecanic care am văzut că în hemotorace aproape că nici nu este resimţit de bolnav, cât elementului toxic bacilar, el acţionând asupra centrilor respirator şi circulator.

III. SUFLUL PLEURETIC. La toţi răniţii cari prezentau o scurgere sanguină pleurală importantă s'a perceput suflul pleuretic, acest suflu persistând cea mai mare parte a timpului de evoluţie a hemotoracelui.

Cum problema patogeniei suflului pleuretic nu este lămurită, aceste hemotorace sunt capabile să aducă lumină în această chestiune. In privinţa patogeniei suflului pleuretic, autorii sunt de acord în a recunoaşte că pentru a naşte acest suflu, este nevoe de o condensare a parenchimului pulmonar. Separarea între ei apare atunci când se discută dacă condensarea parenchimului pulmonar prin fenomenul de turtire pe care lichidul îl exercită asupra pulmonului, este suficientă.

Sunt autori cari susţin că această condensare de ordin mecanic este suficientă pentruca murmurul vezicular normal să se transforme în suflu pleuretic. Sunt alţi autori în frunte cu Prof. Sergent, cari susţin că această condensare de natură mecanică nu este suficientă. Trebue să existe şi o condensare de natură inflamatorie în porţiunea corticală a pulmonului pentru a naşte suflul pleuretic.

Or, toţi aceşti răniţi la cari s'a auzit suflul pleuretic, nu prezentau nici cel mai mic semn al existenţei unui proces inflamator parenchimatos. Nici dureri pleurale, nici temperatură, nici tuse, nici expectoraţie.

Lucrurile stând astfel, suntem îndreptăţiţi să credem că **suflul pleuretic va naşte ori de câte ori starea anterioară a pleurii va permite unei cantităţi suficiente de lichid pleural să exercite asupra parenchimului o acţiune de comprimare, care va duce la o condensare a parenchimului cortical prin gonirea aerului** (Proces de atelectazie corticală).

IV. EVOLUŢIA HEMOTORACELUI.

1. **Infectarea hemotoracelui.** Lucrul acesta este posibil în cursul evoluţiei unui hemotorace. Odată hemoragia oprită, odată plăgile toracice închise şi pe cale de cicatrizare, cea mai redutabilă complicaţie, este infectarea sângelui din cavitatea pleurală, ea putând să se facă nu numai prin porţile de intrare şi eşire ale corpului strein sau prin

arborele bronşial, ci şi pe cale limfatică, odată ce procesul de vindecare a atins un grad avansat în evoluţia lui. Maladiile intercurente, mai cu seamă cele localizate pe arborele respirator, pot duce la infectări secundare ale pleurii, transformând un hemotorace într'un pio-torace şi apoi în pleurezie purulentă. Din fericire, lucrul acesta nu a fost întâlnit decât la rănitul de care am vorbit, cel cu schija inclusă în massa pulmonului stâng. Mai mult decât atât, unul din bolnavi cu o plagă oarbă la baza hemotoracelui drept, produsă prin pumnal şi care la un moment dat face un proces de pneumonie parcelară în jurul traectului de rănire a pulmonului, îşi vindecă acest proces de condensare infecţioasă, fără ca infecţiunea să se fi propagat la pleură. Este locul să legăm poate acest rezultat fericit, de faptul că toţi aceşti răniţi, ca şi ceilalţi de altfel, au fost supuşi în mod precoce şi prelungit, la un tratament preventiv cu diferite preparate din grupul sulf-amidelor.

2. **Creşterea hemotoracelui.** Este o altă posibilitate ce se întâlneşte în evoluţia hemotoracelui. Lucrul acesta se întâmplă:

a) Atunci când o nouă hemoragie se produce, datorită unei extrageri de sânge, făcută în mod intempestiv (prea precoce, sau prea bogată), sau în urma unei deplasări precoce sau a unui efort fizic. Lucrul acesta nu l-am întâlnit la nici unul din răniţii noştri.

O nouă hemoragie se mai poate produce, după cum am spus, la cei cu corpi streini şi mai cu seamă schije, incluşi în massa pulmonară, corpi cari, în tendinţa lor de deplasare pot fi cauza unor noui hemoragii, prin noui răniri de vase, hemoragie care poate să ia calea pleurii, dând o creştere a cantităţii de sânge preexistentă şi care poate necesita vidaj de urgenţă, fie să ia calea bronşiilor, producând hemoptizii repetate şi prelungite.

Babeş-Bolyai Cluj-Napoca University Library

b) **Cantitatea de lichid mai poate creşte printr'un proces de exudaţie seroasă, datorită unui proces iritativ al pleurii.** Am avut un singur caz cu exudat seros, supra adăogat hemotoracelui.

La 12 zile dela rănire, timp pe care l-a petrecut în cele mai bune condiţiuni, rănitul acuză la un moment dat o jenă respiratorie care într'una din nopţi l'a obligat să păstreze o poziţie semi-şezândă. Examinat în dimineaţa următoare, matitatea hidrică care până atunci se menţinuse la jumătatea omoplatului, urcă acum până la spina omoplatului.

In faţă, skodismul dispărut era înlocuit cu submatitate. Fără febră, cu puls bine bătut, ritm regulat, frequenţă de 86 pe minut, fără paloare, fără polipnee, îndepărtăm diagnosticul de nouă hemoragie. Totuş, pentru confirmare, facem o punctie exploratrice, al cărui produs era de o culoare roşie deschisă. Trimes la laborator pentru numărătoare, buletinul arată 142.000 hematii pe milimetrul cub (sânge diluat). Nici în această situaţie nu recurgem la vidaj, mulţumindu-ne pentru început cu tonice cardiace, revulsive, regim hidric şi repaos complect. Fenomenele de dispnee dispar, iar evoluţia ulterioară a fost favorabilă.

c) **Pleurezie sero-fibrinoasă.** Şi această complicaţie a fost întâlnită într'un singur caz. Un soldat cu plagă seton la baza hemito-

racelui drept, vine în serviciu după 10 zile dela rănire, cu hemotorace ocupând jumătatea inferioară. După o evoluție normală de 3 săptămâni, pacientul simte într'o bună zi, un junghi puternic la baza dreaptă, de intensitatea junghiurilor ce se întâlnesc în pleureziile diafragmatice, care a necesitat întrebuințarea calmantelor barbiturice, pentru a liniști bolnavul. Odată cu junghiul, temperatura care se menținuse tot timpul în jurul lui 37^2, urcă brusc la 38^8—39^2, însoțită de tuse seacă pleurală, dispnee pronunțată, cianoză a buzelor și a extremităților.

Matitatea hidrică o găsim deplasată mult în sus. Se face imediat o puncție evacuatoare, extrăgându-se 800 cm. c. lichid roșu, diluat. Laboratorul trimite următorul buletin: „Lichid hemoragic, conține 240.000 hematii pe milimetrul cub. Situația menținându-se serioasă, după 4 zile procedăm la o nouă extracție. De astă dată lichidul avea un aspect net sero-fibrinos. Buletinul are următorul conținut:

Limphocite 88%; medii sterile după 48 ore la termostat.

Tonicele cardiace, revulsivele, regimul alimentar și calmantele, reușesc să pună ordine în starea generală a bolnavului care, la un moment dat ,devenise critică. După o evoluție de 24 zile, totul reintră în ordine. Junghiul, durata evoluției, temperatura și limphocitoza ne fac să credem că aici a fost vorba de o pleurezie sero-fibrinoasă, evoluată pe un hemotorace.

Este în deobște cunoscut rolul pe care traumatismul îl joacă în declanșarea și în localizarea unui proces bacilar. Se poate ca rănirea pulmonară să fi redeșteptat un focar bacilar mic, pulmonar, care, odată în stare de activitate și-a localizat efectele pe o pleură traumatizată de prezența unei cantități mari de sânge. Se mai poate ca viața de mizerie fiziologică pe care acești ostași sunt forțați să o ducă pe front, să fi creat o stare de energie care a dus la declanșarea unei infecțiuni endogenă, cu localizări pe o pleură traumatizată.

3. **Resorbția hemotoracelui.** Toate aceste hemotorace au sfârșit mai curând sau mai târziu, prin a se resorbi. Resorbția se face lent, fără nici un fel de reacție a organismului, deși cantitatea de substanțe proteinice și albumine este așa de mare. Nici un fenomen de iritare al epiteliului hepatic sau renal. Radiografiile pulmonare, făcute după dispariția hemotoracelui, arată o integritate perfectă a pleurii.

V. TRATAMENTUL HEMOTORACELUI.

Acest capitol impune o împărțire în doi timpi. Primul este acela în care se dă bolnavului primele îngrijiri și care se referă mai mult la hemoragie și consecințele ei. Noi nu am avut ocazia să aplicăm o terapie în această perioadă, deoarece toți răniții primiseră deja aceste îngrijiri la primele posturi de ajutor, sau la spitalele din imediata apropiere a frontului: astfel stând lucrurile, nu ne vom ocupa decât de tratamentul hemotoracelui, după ce el a fost constituit. In treacăt vom spune, că în această perioadă, de hemoragie, vom face apel la repaosul absolut și hemostatice, ele putând ajuta oprirea hemoragiei. Dacă hemoragia este prea mare, punând în pericol viața rănitului, prin pierderea unei prea mari cantități de sânge, se va recurge la transfuzie

în cantităţi mici şi la injectarea de ser fiziologic, atât cât este nevoe să menţinem o tensiune arterială vitală, pentrucă odată depăşit acest prag, s'ar putea declanşa din nou hemoragia prin deplasarea chiagurilor. Dacă inundaţia sanguină intra-pleurală este prea mare, ducând la turburări respiratorii şi circulatorii, vom recurge la vidaje, cât mai dese şi în cantităţi mici, pentru a nu avea decomprimări masive pulmonare ce ar putea duce la noi hemoragii. Pentrucă este greu de găsit acest prag de toleranţă, această limită a utilului, este bine să se facă o vidare mare după care vom insufla aer în cavitatea pleurală (dacă orificiile bipolare sunt închise), să creem un pneumotorax compresiv, care va avea o acţiune mult mai puţin brutală asupra cordului şi vaselor mediastinale, dar care totuş va reuşi să facă o colaborare pulmonară, cu atât mai uşor cu cât la aceşti bolnavi vom lucra pe un pulmon sănătos, care a păstrat intact gradul de elasticitate. Această conduită a fost adoptată de Lecompte din Philadelfia şi Delageniere, cu rezultate foarte bune.

Sulfamido-terapia preventivă va fi şi ea aplicată din primul moment, aşa cum au procedat colegii cu toţi aceşti răniţi.

Al doilea timp al tratamentului se referă la conduita pe care o vom avea faţă de sângele scurs în cavitatea pleurală. Această conduită a părut foarte importantă forurilor Superioare Sanitare, încât s'a trimis un ordin circular prin care se invita medicii de a trata hemotoracele prin vidări mici şi repetate.

Dacă conduita noastră a fost alta, nu înseamnă că ne-am abătut dela acele ordine, el fiind primit ulterior fixării conduitei noastre.

Conduita noastră a avut la bază o logică şi o cunoaştere a calităţilor fiziologice a sângelui scurs în cavitatea pleurală.

Pentru a ne putea fixa asupra conduitei, trebuiau cunoscute următoarele date:

a) **Sângele pleural se pretează la o infectare, într'o proporţie mare?** La această întrebare, statisticele făcute în timpul războiului mondial, răspunde negativ. Toţi autorii, dau un procent infim de infectări secundare, Biener spune că din 90 de cazuri de hemotorace, tratate prin expectativă, a avut numai 3 cazuri de infectare secundară, dar şi aceştia, odată făcută pleurotomia, au avut o evoluţie favorabilă. Astăzi, procentele de infectări secundare au scăzut şi mai mult, prin aplicarea precoce a tratamentului preventiv cu sulfamide.

b) **Sângele scurs în cavitatea pleurală coagulează sau nu?**

Trousseau, Leblanc, Evain, Nelaton, admit coagularea imediată a sângelui. Penzold, Pagenstecker, Riedel, afirmă că pleura are rol de a întârzia sau a opri coagularea. Saquepée, Tuffier, Milian, Gregoire şi Courcoux, afirmă că sângele nu coagulează niciodată în pleură, iar în vitro coagularea este foarte mult întârziată.

In mod sistematic, la toţi bolnavii ce au venit în serviciu, li s'au făcut puncţii exploratrice, înţepându-se în planul cel mai decliv al cavităţii pleurale, la toţi scoţându-li-se fără nici o greutate, sânge perfect lichid şi uniform. Acest sânge, pus în eprubete sterile, la temperatura camerii, nu avea nici cea mai mică tendinţă de coagulare, după 24 ore de repaos.

In concluzie, sângele scurs în cavitate pleurală, nu coagulează. Această cunoaştere era necesară fixării conduitei noastre, pentrucă este uşor de închipuit ce s'ar fi întâmplat în cazul când cea mai mare parte din acest sânge scurs în cavitatea pleurală, ar fi coagulat.

In acest caz ar fi însemnat că tot acest sânge, odată coagulat, să ducă cu timpul la o carnificaţie, la o organizare, iar pulmonul să fie fixat într'o stare de colabare cu atât mai mare, cu cât hemoragia a fost mai importantă, bolnavul rămânând pentru tot timpul cu o suprafaţă respiratorie redusă care, dacă la vârsta tânără şi în stare de sănătate perfectă nu se traduce cu nici o turburare funcţională, în schimb, în timpul unei maladii intercurente generale sau cu localizări pulmonare, sau la o vârstă mai înaintată, n'ar fi întârziat să-şi manifeste inconvenientele.

c) Acest hemotorace, printr'un proces de iritaţie locală, putea fi el cauza unui proces de fibroză, cu punct de plecare pleural, care să fi invadat cu timpul massa pulmonară dând acea fibroză pulmonară sistematizată, descrisă de Lettule sau fibroza pulmonară pleurogenă, aşa cum se întâmplă câteodată în procesele post-pleuretice, fie sero-fibrinoase, fie purulente?

Convingerea pe care am căpătat-o îngrijind primii răniţi, a fost aceea că hemotoracele nu este iritant pentru cavitatea pleurală, decât în mod excepţional de rar şi atunci de foarte scurtă durată. Cât despre procese inflamatorii, nu am avut nici un motiv să le bănuim.

Or, fără iritaţie şi fără inflamaţie, este imposibil să poată naşte acel proces de fibroză pleurogenă.

Biblioteca Centrală Universitară Library Cluj

Toate aceste elemente cari condiţionau determinarea atitudinei noastre, nu pledau decât pentru o atitudine de expectativă.

Justeţea felului de a judeca ne-a fost confirmată şi de evoluţia ulterioară a maladiei, toţi aceşti răniţi sfârşind prin a se vindeca complect, din punct de vedere clinic şi fiziologic, iar radiografiile făcute la sfârşitul tratamentului, arătau o integritate perfectă, atât a pleurei cât şi a pulmonului.

DIACONESCU-PUTNA et ALEXIU: *Considerations générales sur l'hémotorax traumatique de guerre.*

Les considérations générales des auteurs qui se sont occupés de l'hémotorax, complication de plaies du torax, sont les suivantes.

Du point de vue mécanique, le grand hémotorax est très bien toléré par les malades, sans gène respiratoire ou troubles circulatoires.

Les auteurs font une parallèle entre la pleuresie séro-fibrineuse et ces hémotorax arrivant à la conclusion que: les troubles sont dus, chez les premiers à l'action de l'élément toxique, sur les centres respiratoire et circulatoire.

Les auteurs sont d'accord à affirmer que la possibilité d'une infection secondaire est tres rare. Les chances d'infection augmentent chez les blessés qui gardent dans le poumon le proectile qui a produit la blessure.

La quantité de sang épanché dans les plèvres sera en rapport avec: 1) le corp qui a provoqué la blessure, les esquilles produisent des hémorragies plus grandes que les balles.

2) Par la topographie de la plaie, les plaies corticales sont moins sanglantes que celles de la region perihilaire.

3) Par la topographie de la plaie par rapport à l'axe longitudinal de l'organe, les plaies apicales sont plus sanglantes que les basales.

4) Par l'état anterieur des plevres qui peut diminuer la cavité pleurale par des processus fibro-adhésives.

Le soufle pleurétique, constamment rencontré, fait réflechir sur sa pathogénie

Les auteurs pensent que la condensation mécanique est une condition suffisante pour son apparition, d'autant plus qu'on n'est pas en droit d'en soupconner une condensation inflammatoire, surajouter l'évolution de l'hémotorax.

La resorbtion totale est la règle chez tous les blessés.

Chez un blessé on a trouvé, pendant la période d'état une réaction sereuse de la plèvre; chez un autre on a vu une pleuresie séro-fibrineuse qui a evolué tout à fait normalement. Traitement: Apres avoir passé en revue les éléments qui conditionent l'atitude thérapeutique, les auteurs concluent que l'expectative doit être la norme de la conduite.

Les resultats obtenus ainsi sont excellents.

DIACONESCU-PUTNA und ALEXIU: *Allgemeine Betrachtungen über den traumatischen Haemothorax im Krieg.*

Infolge von Behandlungen einer Anzahl von Thoraxverletzten mit Haemothorax, machen die Verfasser Mitteilungen von allgemeiner Natur über diese Komplikationen.

Die Schlüsse sind folgende: vom mechanischen Standpunkt aus ist ein abondenter Haemothorax sehr leicht zu ertragen. Die Kranken zeigen weder Atem — noch Zirkulationsstörungen. Die Verfasser ziehen eine Parallele zwischen der serofibrinösen Pleuritis und den genannten Fällen von Haemothorax Dabei kommen sie zu den Schlüssen, dass bei den ersteren die Störungen, die wir antreffen mehr einen toxischen Substrat haben mit einer Auswirkung auf die respiratorischen und Zirkulatorischen Zentren.

Inbezug auf die Möglichkeit einer sekundären Infektion, behaupten die Verfasser dass man sie sehr selten findet.

Die Infektionsmöglichkeiten sind viel grösser bei Granatsplitterverletzten oder bei solchen Fällen wo die Kugeln in der Lunge eingeschlossen bleiben Die, in der Pleura geronnene Blutmenge steht in Beziehung zu:

dem Gegenstand der die Verletzung verursacht hat, wobei der Granat splitter grössere Blutergüsse als die Kugel hervovruft;

zu dem vorhergehenden Zustand der Pleura, die infolge vom Entzündungs progresse zur Verkleinerung der Kavität geführt hat;

zu der Topographie der Wunde, wobei die Korticalwunden kleinere Blutungen hervorrufen als die perihilären!

zu der Topographie der Wunde, bezüglich der Längsaxe des Organs, wobei die Wunden an der Spitze de Lunge stärker bluten als die an der Basis.

Das Pleuralgeräusch, das man stets gefunden hat gibt den Verfassern Gelegenheit über dessen Pathogenie zu reflektieren Sie sagen: «Da es keinen. Anlassgibt, zu glauben dass ausser der mechanischen Kondensation auch eine entzündliche Kondensation bestanden habe, ist nur die, aus der Auswirkung des Lungenparenchims resultierende mechanische Kondensation, notwendig und ausreichend».

Die Entwicklung des Haemothorax Beiallen Kranken haben die Verffasser vollkommene Resorption bemerkt Während der Resorptionsperiode, trafen sie einen Fall von Pleuralexudat und einen von serofibrinöser Pleuritis, beide mit normalen Verlauf, an

Behandlung. Nachdem die Elemente, die das therapeutische Verhalten bedingen, besbrochen wurden kommen die Verfasser zu dem Schluss das man einer solchen Komplikation gegenüber eine abwartende Haltung einnehmen müss; auf diese Weise ist in allen Fällen eine vollkommene Heilung erreicht worden.

DIACONESCU-PUTNA i ALEXIU: *Considerazioni generali sopra l'emotorace traumatico in guerra.*

Gli autori, dopo le cure date a nu certo numero di feriti toracici, i quali avevano fatto l'emotorace, comunicano delle considerazioni generali sopra questa complicazione.

Le conclusioni sono le seguenti: Dal punto di vista mecanico, un'ematorace abbondante è molto bene sopportato, i malati non presentando nessuna noia (nessun incomodo) della respirazione e nessuna turbolenza circolatoria. Gli autori fanno una parallela tra le pleurisie sero-fibrose (fibrinose?) e quelle emotoracice, arrivando alla conclusione che nelle prime, i disturbamenti che incontriamo hanno più un substrato tossico, con azione sopra i centri respiratori e circolatori

Dal punto di vista della possibilità dell'infezione secondaria, gli autori affermano che esse accadano molto de rado.

Le probabilità di infezione crescono in decupla proporzione ai feriti con la ghisa o con la palla inclusa nella massa polmonare. La quantità di sangue scorso

nella pleura sara in rapporto con: a) la natura del corpo di ferita, le ghise provocando emorragie più grandi di quelle della palla

b) con la stato anteriore della pleura che in consequenza dei processi infiamatori ha determinato una diminuazione della cavità.

c) con la topografia della piaga, le piaghe corticali provocando delle emorragie minori di quelle perihilare (?)

d) con la topografia della piaga in rapporto con l'asse longitudinale dell'organo, le piaghe apicali sanguinando più di quelle basali.

Il soffio pleuretico che hanno incontrato costantemente, da l'occasione agli autori di riflettere sopra la sua patogenia, dicendo che non avendo nessun motivo di ereddere che accanto alla condensazione mecanica avrebbe esistito anche una condensazione mecanica, il soffio pleuretico, per nascere, è sufficiente la condensazione risultata dall'attività del liquido sopra il parenchino, schiacciandolo. L'evoluzione dell'emotorace. Il riassorbimento totale l'hanno osservato a tutti imalati. Durante il periodo dell'evoluzione hanno incontrato un caso di esudato pleurale e un caso di pleurisia sero fibrosa (fibrinosa (?), le due, con evoluzione normale

Trattamento: Dapo che passano in rivista gli elementi che condizionano l'attitudine terapeutico, gli autori arrivano alla conclusione che l'aspettativa deve essere la norma della condotta; risultati ottenuti, procedendo di tal maniera, sono stati eccellenti.

PREPARATE NOUI

AMBESID

Tablete şi fiole

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Preparat sulfamidat

conţinând 0,40 gr. paraaminobenzolsulfamid pe tabletă

Fiole de 2 şi 5 cc. cu un conţinut de 10%

Indicat în stările de infecţiuni cu streptococi, stafilococi, meningococi şi colibacili

SINTHOESTRIN

Tablete şi fiole

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4 4' Dipropionil-oxi-alfa beta-dietil Stilben

Acţiune identică cu a hormonului folicular.

1 fiolă sau 1 tabletă = 1 mgr. substanţă, corespunzând efectului a 10000 unităţi internaţionale hormon folicular cristalizat

fabrica de produse chimice gedeon richter bucureşti

Bucureşti, str. Logofătul Tăut, 99

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,
Asim, 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

Myoston

Pe bază de adenosină phosphorică (MAP).

Angina Pectorală. Scleroza coronară Infarct cardiac Turburările circulaţiei periferice. Abus de nicotină şi cafeină. Mărirea debitului cardiac la bătrâni.

In angina pectorală: 20 injecţii intramusculare 2 cc. timp de 30 zile. In infarct cardiac şi gangrena: zilnic 2 — 3 inj. 2 cc. — Tratament de întreţinere: 3 — 4 ori pe zi câte 20 picături.

Fiole 1 cc. şi 2 cc. / Flac. 20 cc.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ovarium Panhormon Hemming

Hormon folicular + Extract fetal
în fiole şi drageuri de 1000, 10.000 şi 50.000 ME

*

Preparat de hormon ovarian obţinute pe cale naturală. Conţine în afară de hormonul folicular toate substanţele active ale ovarului, importante ca componente catalizatoare şi activante precum şi ca factori simulanţi ai metabolismului

Eftin şi Activ

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

VALOAREA COMPARATIVĂ A DIVERSELOR TRATAMENTE CURATIVE IN TETANOS

de

D-r H. MACHELARIE şi D-r CANDID IONESCU

Frecvenţa mare a cazurilor de tetanos ce complică în special plăgile de războiu, prezintă importanţa unei vederi generale asupra eficacităţii tratamentelor curative preconizate în această gravă boală, care este tetanosul.

Tetanosul este desigur o boală care se poate preveni şi care trebuie tratată atunci când ea este declarată. Lăsăm la o parte chestiunea profilaxiei tetanosului care se rezumă în injecţiuni precoce cu antitoxină tetanică sau cu anatoxină tetanică şi în excizarea completă a plăgei de inoculaţie cât mai de timpuriu posibil în faza de incubaţie a bolei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Remarcăm că exereza chirurgicală de care vorbim, deşi are o mare valoare în practica proxifilactică a tetanosului, ea constituie totuşi o insuficienţă de aşa fel, încât este absolut indicat ca să recurgem la sero-profilaxia specifică.

Abordăm tratamentul tetanosului declarat, aplicând regulele bine clasate de Donati, şi anume: suprimarea infecţiei prin tratament local, neutralizarea infecţiei prin sero-terapie specifică şi prin câţiva agenţi chimici cunoscuţi, calmăm crizele, susţinem forţele bolnavului şi facem tratamentul simptomatic al câtorva din simptomele bolei.

Cât priveşte tratamentul local, se poate spune curativ vorbind că timpul acestui tratament a trecut deja, excisiunile ce ar putea fi indicate fiind tardive; toxina difuzându-se deja în întregul organism. Experienţele lui Vaillard sunt foarte demonstrative în această privinţă. El injectează o doză mortală de toxină la partea mijlocie a cozei unui număr oare-care de şoareci, apoi secţionează cozile la bază în timp variabil. Toţi şoarecii a căror coadă a fost tăiată astfel în timp de 40 m. dela inoculare, au murit de tetanos în acelaş timp ca şi şoarecii lăsaţi martori. Amputaţiunea, altădată foarte în vogă este deci inutilă. Totuşi desinfecţiunea cât mai bine a plăgei este de a aplica pentru a se evita reînoirea toxinei.

Mortalitatea în tetanosul declarat cu vechile metode terapeutice era de aproximativ 85 la sută; cu sero-terapia începută după 1890,

mortalitatea aceasta a scăzut în mod impunător până la 45 la sută. Pentru o mai eficace aplicare a acestui tratament s'au augmentat dozele de ser anti-tetanic recomandându-se în acest fel fie calea subcutanată sau aceea intra-musculară (Bruce), intra-venoasă (Morax), intra-cerebrală (Roux), calea intra-craniană supra-dural (Betz), calea intra-rahidiană (Sicard), calea endo-neurală (Savamura), calea epidurală para-radiculară, apoi calea intra-arterială şi intra-carotidiană, etc.

Intre tratamentele sedative, singurele în curs ca armă contra tetanosului până la 1890 citäm: lobelia, aconitul, cucuta şi chiar bromurul de potasiu. Curara este întrebuinţată în 1850 sub imboldul lui Claude Bernard; în fine antipirina, beladona, atropina.

Tratamentul sedativ în uz cu sero-terapia după 1890, făcu o nouă achiziţie cu opiaceele, cloralul hidrat, cloroformul. Metoda zisă a lui Bacelli cu injecţiuni fenicate sol. 3 la sută acid fenic, din care se injectează până la 2 cm. c. pe zi, face parte din tratamentul chimic în luptă contra tetanosului.

Amintim tot ca medicaţiune chimică injecţiunile cu sulfat de magneziu datând din 1905, a cărui proprietate inhibitrice şi depresivă a fost arătată de Auer şi Meltzer şi întrebuinţat în tetanos pentru prima dată de Blake în 1906. Sulfatul de magneziu este un agent simptomatic puternic; totuşi acţiunea sa este trecătoare, iar organismul este influenţat în rău cu aceste injecţiuni; de aceea în prezent acest tratament este abandonat. Se poate întrebuinţa intra-rachidian în soluţie, 25 la sută din care se face o cantitate de 1—2 c. c. sau injecţiuni intra-musculare şi subcutanate din sol. de 5 la sută.

Metoda de presulfat de sodiu ar ajuta deasemenea la încetarea sguduirilor clonice ale tetanosului şi la ameliorarea celorlalte simptome ale boalei. A fost întrebuinţată de Lumière în tratamentul tetanosului, uneori cu bune rezultate.

Cloroformul ca element antispasmodic întrebuinţat ca tratament antitanic (narcoza cloroformică) a fost aplicat în tetanos încă dela 1847, de către Escallier, intern al lui Velpeau. Se caută să se obţină dispariţia durerei şi să favorizeze somnul, iar mai târziu autorii sau servit de cloroform, pentru a permite injecţiunile intrarachidiene ale serului antitetanic. Metoda filactică preconizată de Dufour, a cărei interpretare o vom vedea, este mult mai recent preconizată în tratamentul tetanosului.

Cât priveşte sero-terapia antitetanică, deşi acţiunea ei fericită, anunţată ca mijloc preventiv şi curativ încă dela descoperirea antitoxinei tetanice de către Behring şi Kitasato, numai în ultimii 15 ani se vorbeşte de o terapeutică curativă a tetanosului, coeficientul acestor îmbolnăviri ridicându-se mult, ca procent de vindecare, în acest timp.

Modalitatea întrebuinţărei serului antitetanic se pretează la discuţiuni, mereu punându-se întrebarea asupra căilor de administrare cu mai multe şanse de succes. Această chestiune a preferinţei de dat uneia sau alteia din căile practice de urmat pentru aplicarea sero-terapiei antitetanice s'a pus şi în trecut. Medici şi chirurgi distinşi au căutat să dovedească avantajul preferinţei astfel date uneia sau alteia din căile de aplicare a acestei sero-terapii.

Pentru a ajunge la o precizie cât mai mare posibilă „Tetanos-comitet" ceru lui Scherington a face experienţe destinate a stabili cele mai bune căi de absorbţie în această privinţă. Ele fură făcute pe maimuţe. Fiecare mod de injecţiune fiind încercat pe 25 maimuţe, la fel inoculate cu o toxină capabilă de a determina moartea a 10-a zi. Rezultatul fu următorul: vindecate prin injecţii subcutanate 8%, intramusculare 12%, intravenoase 28%, injecţie subdurală lombară 56%, bulbară 65%, cerebrală 0%.

Aceste date sunt luate din tratatul de terapeutică chirurgicală a lui Lecène şi Leriche. Aceşti distinşi chirurgi nu conchid totuşi pentru unica cale rachidiană, recomandând şi calea intravenoasă cât şi calea intramusculară cu indicaţiunea de a insista dela început asupra căii intrarachidiene.

Se ştie că protagonistul aplicărei sero-terapiei antitetanice intrarachidiene, este Sicard. Calea subcutanată ca şi calea intravenoasă în special, cât şi calea intramusculară dau posibilităţi practice de urmat în tratamentul masiv cu ser antitetanic, satisfăcând astfel recomandaţiunea acelora, care preconizează cu asemenea tratamente, o sero-terapie aplicată masiv, chiar în cantitate de kgr., motivând aceasta cu nevoia de a neutraliza prin serul antitoxic masiv aplicat, toxina invadând deasemenea masiv în sângele bolnavului de unde impregnează ţesuturile nervoase: bulb, encefal şi măduvă. Se duce astfel lupta contra intoxicaţiei tetanice cu această seroterapie masivă antitetanică.

Se ştie că tetanosul este rezultatul fixaţiunei toxinei tetanice pe celulele sistemului nervos central. Toxina formată în plagă, este în parte absorbită prin terminaţiunile nervoase vecine acesteia, restul difuzează în sânge.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cum ajunge această toxină tetanică în sânge şi unde se localizează anume, o spun şi următoarele trei teorii esenţiale şi anume:

Teoria Sanghină (Roux şi Borel) arată că sângele fără alt intermediar realizează intoxicaţiunea celulelor nervoase (cerebrale, medulare), toxina tetanică provenită dela nivelul plăgii şi luată de sânge, ajunge la nivelul centrilor nervoşi unde se fixează graţie afinităţii care există între aceste două substanţe, afinitate care a fost pusă în evidenţă de Wassermann şi Takaki.

Teoria Nervoasă a lui Marie şi Morax susţine că toxina tetanică provenind dintr'o rană, ar utiliza pe deoparte calea nervoasă, propagându-se pe calea cilindrilor axi şi de altă parte calea sanghină şi limfatică. In cilindrii axi toxina urmează o cale centripetă, care se propagă dealungul neuronilor, sosește la nivelul centrilor regiunei corespunzătoare, unde se fixează şi determină simptomele caracteristice ale tetanosului local.

O altă parte a toxinei tetanice antrenată de sânge şi limfă circulă în organism şi este absorbită prin terminaţiunile tuturor nervilor; se propagă atunci prin neuronii lor spre centrele corespunzătoare şi se fixează pe aceştia realizând tetanosul generalizat.

Altă teorie a lui Speranschi şi a colaboratorului său Ponmarev, afirmă că toxina tetanică se deplasează dealungul nervului urmând spaţiul perineural, recunoscând totuşi şi teoria lui Marie, care susţine miş-

carea intraneurală a toxinei. Toxina ar urma astfel cilindrii-axi dar şi vasele limfatice intra şi peri-nervoase, şi pe această cale ea ar merge să se verse în lichidul cefalo-rachidiană; o parte s'ar fixa pe centrul medular vecin, adică corespunzător locului de inoculare; restul ar difuza în cavitatea cefalo-rachidiană; ar atinge ventriculii, favorizând intoxicaţia centrilor motori ai nervilor cranieni. Astfel s'ar explica debutul tetanosului la om prin trismus şi la cal prin corpul glignotant.

Consideraţiile acestea de patogenie tetanică îşi au o deosebită importanţă, căci ele pot da mai clar logica aplicării într'un fel sau altul, cât priveşte calea introducerii în organism a serului antitetanic de care vorbim. Nu este fără interes de a avea bine precizată şi noţiunea intoxicaţiei tetanice.

Vădit lucru că sero-terapia antitetanică n'are asupra toxinei tetanice aceeaşi priză ca în multe asemenea aplicaţiuni sero-terapice. Tine aceasta la faptul că se formează în tetanos leziuni anatomice intra-celulare şi asupra cărora serul nu ar lucra, sau poate cum şi-a imaginat Doyon şi Courmont o toxină tetanică este o veritabilă diastază, care prin acţiunea fermentativă produce un corp imediat stricnizant care diferă de al toxinei şi este astfel insensibil serului. (Sur le mecanisme de l'intoxication tétanique: La Presse Médicale, 1939, IX-a).

In necunoştinţa acestor cauze întrebarea pusă la „Tetanos Comitet" rămâne încă de repetat. Pentru o mai bună eficacitate care este calea mai proprice de urmat a injecţiilor serului antitetanice, sau care este valoarea diferitelor căi utilizabile pentru sero-terapia antitetanică? Am văzut că Sicard şi Lecème dedau preferinţe căi-intrarachidiene. In noul tratat de patologie chirurgicală alcătuit de Basset, Constantini, Jeanney, etc. în ceeace priveşte căile de sero-terapie antitetanică stă scris: calea rachidiană prin puncţie lombară este de multe ori imposibilă în afara anesteziei generale şi cere nevoia cloroformizării şi nu permite aplicarea de doze mari de serum. Unii se laudă, alţii se plâng de această metodă care nu trebuie să fie abandonată şi se poate utiliza împreună cu calea injecţiunilor subcutanate. Calea intra-venoasă după aceşti autori permite o acţiune imediată a serului, dar acest procedeu nu este fără pericol şi fără dificultăţi la un tetanic, criza anafilactică expunând încă la grave accidente.

Calea intra-muscular ordinară este excelentă şi permite uşor introducerea de doze enorme de seruri; dar ea oferă un mare pericol asupra căruia Fixier a atras atenţia, arătând că dă loc la accidente teribile septice şi flegmonoase, uneori mortale, ce se produc la asemenea bolnavi, ce trebuiesc injectaţi de foarte multe ori.

Rămâne, spun autorii acestui tratat, calea subcutanată simplă, comodă, totdeauna utilizabilă chiar la tetanicii agitaţi, putându-se face asemenea injecţii în doze enorme de ser şi în caz de infecţiune septică, neavând decât un simplu abces de suprafaţă. In ce priveşte asemenea injecţii pe cale subcutanată, tratatul de terapeutică chirurgicală al lui Lecène şi Leriche, consideră aceste căi de tratament drept risipă; toxina înainte de a sosi la rădăcina nervilor motori, urmează a fi absorbită de limfatice, transportată prin ele în vene; traversând apoi plămânul, inima, înainte de a sosi la artere; calea este lungă,

încât cea mai mare parte din serum se pierde fără altă întrebuințare, în viscere, neajungând decât doze infinitisemale la centrii nervoşi, ar fi deci o metodă inferioară şi foarte costisitoare; trebuie astfel dat 100.000 unităţi antitoxice pe calea subcutanată, pe când pe calea intra-rachidiană 15.000; iar pe cale intra-venoasă 30—40.000 unităţi în 24 ore.

In ceeace priveşte calea intravenoasă, Lehmann preconizează o asemenea sero-terapie, făcută goutte-à-goutte, în cadenţă de o picătură pe secundă; în acest fel s'ar scurta şi timpul de durată al boalei şi se înlătură şi turburările anafilactice. Dufour şi colaboratorii săi au vorbit de asociaţiunea cloroform-sero-terapie antitetanică, asupra cărui procedeu s'a făcut şi o teză la Facultatea de Medicină din Paris. (Pierre N. Miteff: Le nouveau traitement du tetanos; Thèse Paris, 1934).

In această metodă se preconizează că cloroformul are proprietatea de a libera toxina tetanică din combinaţiunea creer-toxină şi astfel permite o mai avantajoasă acţiune asupra toxinei a serului antitetanic.

Profesorii Iacobovici şi Niţescu au preconizat metoda eter-sero-terapie şi paraldehidă.

Vincent a propus asociaţiunea urotropină şi sero-terapie antitetanică, iar Merbu şi Jouve au propus asociaţiunea de alcool în injecţiuni intravenoase plus sero-terapie antitetanică.

In toate aceste indicaţiuni ale aplicaţiunii sero-terapiei antitetanice este vorba de a avea o priză cât mai bună asupra localizării toxinei tetanice în centrii cerebrali şi anichilarea şi neutralizarea toxinei prin anti-toxină tetanică.

In aceste consideraţiuni calea intra-rachidiană despre care am vorbit, încearcă dificultăţi în a-şi explica modul de acţiune. Clerc de exemplu nu-i recunoaşte niciun avantaj. Chalier deasemenea afirmă: „Calea intra-rachidiană este după părerea noastră, cea mai puţin fidelă, chiar dacă nu este ilogică, luând în consideraţie cunoştinţele noastre asupra fiziologiei lichidului cefalo-rachidian".

Raporturile între ţesutul nervos şi lichidul cefalo-rachidian se face în trei moduri:

a) Axul encefalo-medular este înconjurat de lichidul cefalo-rachidian. Acest lichid este conţinut în spaţiile sub-arachnoide care se prelungesc dealungul vaselor, câştigând centrii, după ce a traversat cavităţile sub-arachnoide. Nervii, care pornesc din centrii nervoşi sunt înconjuraţi de teci peri-neurale în acelaş mod, ca vasele de o teacă meningee. Substanţa nervoasă este în raport îndepărtat cu lichidul cefalo-rachidian prin însăşi circulaţia acestui lichid şi prin calea sanghină. In plus spaţiile meningee sunt deprimate prin vase, cari duc la centri nervoşi şi constituie prelungiri, unde se infiltrează lichidul cefalo-rachidian până în pre-capilare. Imprejurul arteriolelor, venulelor şi capilarelor, cari pătrund în masa nervoasă, se găsesc aşa zisele teci ale lui Virchow-Robin. Ele sunt limitate de partea arterelor de limitantă elastică externă şi adventice, iar de partea cenzrelor nervoşi, adică în afară de membrana prioglială cu un dublu

strat, unul intern conjunctiv şi altul extern, format de picioarele de inserţie a prelungirilor fibroase a celulelor nevroglice estrocitare (Roussy), Lhermitte şi Oberling).

Pentru Nissl şi elevii săi există o barieră de netrecut între ţesutul sub-arachinodian prelungit în centrii nervoşi şi ţesutul nervos propriu zis. Riser susţine de asemenea, că terapeutica sub-arachinodiană nu se adresează decât menengitelor, însă de loc encefalitelor şi mielitelor.

Kamus susţine că singura apropiere a lichidului raportată la sediul toxinei ajunge pentru a explica acţiunea binefăcătoare administrată pe cale intrarachidiană.

Le Fèvre de Ariv şi Millet (Société belge de biologie, 6. XI. 1926), pretind, ca sub influenţa hexametilen tetraminei, se poate obţine o modificare a endotelilor vasculare şi împreună cu Riser şi Sorel, socotesc permeabilitatea meningee o dependenţă a acestora din urmă.

Noi ne alăturăm de acei cari susţin că sero-terapia intrarachidiană ar reacţiona prin prelungirile spaţiilor sub-arachnoidiene ca o sero-therapie locală. Wallet în concluziile tezei sale (Paris, 1909), afirmă: că injectând ser în cavitatea subrachidiană, noi îl injectam au bon endroit. In această cavitate se scaldă rădăcinele rachidiene, conducătoare a toxinei tetanice. Noi punem în contact direct şi imediat toxina noastră şi antitoxina, scopul nostru fiind de a împiedeca otrava de a ajunge în centrii nervoşi şi de a produce noi leziuni.

In numeroasele cazuri de tetanos ce am tratat împreună în spitalul din Câmpulung (Muscel) 12 cazuri şi în alte 8 asemenea cazuri, tratate de primul din noi la spitalul din Călineşti (Muscel), şi în timpul războiului de întregire a neamului (1916—1918), în spitalele de campanie am aplicat cu precădere întotdeauna serum terapia intrarachidiană alături de injecţiuni intra-fesiere antitanice deasemenea seruri.

Rezultatele ce astfel am obţinut, au fost din cele mai mulţumitoare, obţinând asemenea vindecări de peste 70%.

Succesul astfel dobândit ne dă convingerea eficacităţii deosebit de remarcabilă a acestei comportări. Acesta mai ales astăzi când calea intrarachidiană constituie o modalitate comodă şi utilă de tratament şi în alte îmbolnăviri ale sistemului nervos în special, cum e rachisalvarsanizarea, injecţiunile intrarachidiene de vitamină, etc.

Dificultatea punctiei lombare la bolnavii de tetanos, nu constitue un obstacol deosebit pentru acei cari au practica unor asemenea manipulări. Cât priveşte asociaţiunea cloroform, seroterapie este de amintit că tetanosul imprimă organismului în mod frecvent o insuficienţă hepatică ce poate fi uneori gravă, coeficientul Maillard fiind adeseaori foarte ridicat, ceea ce necesită atenţiunea deosebită în supoziţia ce s'ar aplica tratamentul filactic astfel preconizat. (D-r Aymé Camelia du traitement curatif du Tetanos. Paris, 1931).

Babeş-Bolyai Central University Library Cluj

Docteurs: H. MAKELARIE et C. IONESCU: *La valeur comparative des divers traitements curatifs du tetanos.*

Les auteurs font une incursion dans les divers traitements curatifs du tétanos, en faisant apparaître l'importance de la séro-thérapie antitetanique comme traitement curatif du tétanos.

A propos des diverses modalités d'apliquer cette sérothérapie antitétanique, les auteurs montrent la superiorité de l'injection qu serum par la voie intrarachidienne, à côté de la voie sous cutanée

Les auteurs montrent la raison pourquoi cette modalite d'application du sérum antitétanique donne des résultats si rémarcables.

D-r H. MAKELARIE und D-r C. IONESCU: *Das Vergleichen der Ergebnissen der verschiedenen Behandlungen bei Tetanus.*

Die antitetanische Serumtherapie hat in die Behandlung dieser schweren Krankheiten einen ziemlich guten Resultat gebracht, destomehr weil vorläufig keine bessere Behandlung zu finden ist. Die Anwendung der Serumtherapie wurde von den verschiedenen Autoren in sehr verschiedene Art kommentiert. Die Diskussionen ueber die verschiedene Methoden dieser Behandlung bilden das Objekt dieses Artikels, beschaftigend sich hauptsahlich mit der intralumbalen Behandlung, welche auch von dem Autor sehr hochgeschatzt ist.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PASSIFLORINE
RÉAUBOURG

Acţionează paralel asupra simpaticului şi parasimpaticului, realizând un echilibru armonios între tonusurile celor două sisteme nervine, prin:

CRATAEGUS
Sedativ al excitabilităţii simpatice.

PASSIFLORA
Sedativ al excitabilităţii simpatice şi vagale.

SALIX ALBA
Sedativ al excitabilităţii vagale.

Insomnie — Anxietate — Temeri — Eretism cardiac şi în special. Medicamentul femeii în toate epocile vieţei ei genitale.

Ca sedativ: 2—4 linguriţe pe zi.
Ca hipnotic: 1—3 linguriţe seara.

Bucureşti
Georges Verglas
Precupeţii Vechi 1.

G. Réaubourg & C-ie
115, rue de Paris.
Boulogne-sue-Seine.

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 fier

BCU Cluj / Central University Library Cluj

fiole a 2 cc. :-: 1 fiolă zilnic intramuscular

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.

UN CAZ DE PALUDISM CU SINDROM ANAFILACTIC ŞI TULBURĂRI STATICE ŞI DINAMICE PUPILARE

de

Dr. M. PARASCHIV

Ţibăneşti-Vaslui

In viaţa din mediul rural, la Circ. medicale, nu arareori se pot prezenta cazuri de maladii care pot îmbrăca forme variate şi care fac pentru noi medicii din acest mediu greutăţi în a preciza diagnosticul şi prescrie tratamentul, pe deoparte din lipsa de laboratorii, raze, imposibilitatea de ospitalizare şi urmăririi cazurilor, iar pe de altă parte din indolenţa şi ignoranţa bolnavului şi anturajului, care în faţa unui caz de boală mai serios nu înţeleg să plece într'un serviciu de spital, unde s'ar putea face mult pentru salvarea lui. Dacă într'un serviciu de spital organizat se pot prezenta formele cele mai variate ale maladiilor şi dacă la acest serviciu ţinem seama că se prezintă bolnavi a căror stare materială, socială şi culturală este oarecum ridicată, nu acelaş lucru se poate spune în viaţa satelor noastre. Dacă ne referim la majoritatea locuitorilor noştri, unde primează ignoranţa, sărăcia şi indolenţa, pricepem de ce unii din ei abia într'o fază înaintată a bolii înţeleg să consulte un medic, pe care îl au mai aproape şi îşi pun în el speranţa zilelor de mâine, apreciind după şansa tratamentului instituit, valoarea medicului. Desigur pentru noi, din lipsa mijloacelor de a preciza un diagnostic, greutatea este foarte mare şi rămâne doar ca o mulţumire sufletească, când după un tratament simptomatic introdus, să salvăm bolnavul şi să precizăm diagnosticul.

Inţelegerea organelor noastre de conducere de a introduce laboratoarele mobile, raze X, etc., în viaţa din mediul rural este un bine, iar permanenţa lor în acest mediu ar fi şi mai bine, căci elementul om se găseşte pe scara întinsă în viaţa satelor şi maladiile cu formele lor cele mai variate se pot găsi din abundenţă şi aci, şi dacă la oraşe se pot găsi la îndemână şi medici şi accesoriile necesare, la sate e mai greu din acest punct de vedere la care se adaugă ignoranţa şi indolenţa bolnavilor, care au o valoare importantă în precizarea, evoluţia şi vindecarea unei boli.

Un caz interesant a cărei observaţie o dăm mai jos, ne-a făcut să nu-l putem a-l diagnostica pentru un moment, însă tratamentul instituit ne-a determinat să-i precizăm diagnosticul şi să-l salvăm.

Observ. 1. — Bolnavul G. P., în vârstă de 36 ani, de profesiune lucrător cu ziua, căsătorit cu 5 copii, cu o stare materială submediocră, vine să ne consulte, prezentând: febră mare, transpiraţiuni, ameţeli, anxietate, auzul greoi, vorbirea alterată, delir, stare tifică, stări oscilatorii pupilare (midriază şi myosis), mâncărimi de piele, placarde urticariene.

Antecedente heredo-colaterale. Nimic de semnalat.

Antecedente personale. In urmă cu 5 ani a avut malarie, iar de atunci în câteva rânduri a prezentat câteva accese palustre, care au cedat prin chinină.

Istoricul Maladiei actuale. — Bolnavul se simte indispus, cu inapetenţă de 4 zile, soţia l'a lăsat acasă cu copiii în această stare, ea plecând la muncile agricole. In ziua când a prezentat simptomele descrise mai sus, soţia a fost chemată dela câmp de unul din copii şi urcat într'un vehicul, pentru a-l aduce la dispensarul nostru.

Starea prezentă. — Temperatura 40,2°, transpiraţiuni, alterare în vorbire, auz, torpoare, stare tifică, anxietate, stări oscilatorii pupilare (midriază şi myosis), puls 120', placarde urticariene pe coapse şi abdomen, a căror întindere variază dela 1 cm.^{2} până la 5 cm.^{2}, mâncărimi pronunţate de piele. Mucoasele sunt cianotice, ţesutul celulo-adipos redus, tegumentele palide, uşor oedem premaleolar la ambele gambe.

Ap. Respirator. — Polipnee (36—40 respiraţii pe minut). Respiraţia înăsprită.

Ap. Circulator. — Puls 120 pe minut, însă regulat şi bine bătut.

Ap. Digestiv. — Limba saburală, buzele şi mucoasele cianotice, inapetenţă, în ziua precedentă a avut vărsături. Abdomenul moale, depresibil, pe pielea abdomenului prezintă placarde urticariene, regiunea epigastrică sensibilă la palpare, deasemenea şi loje splenică, fără a se palpa splina.

A avut scaune diareice.

Ap. Ocular. — Hiperemie conjunctivală, stări oscilatorii între midiază şi myosis.

Faţă de cele descrise şi datorită şi faptului că soţia care întovărăşea bolnavul, nu a putut să ne dea nicio relaţie, întrucât lipsea de acasă de 2 zile, ne-am gândit la o intoxicaţie alimentară (medicamentoasă nu, căci nu luase niciun medicament), i-am recomandat imediată internare într'un serviciu de spital. Cum până la spitalul cel mai apropiat avea încă de parcurs mai multe zeci de kilometri şi cum soţia îngrozită de starea în care se afla soţul ei, a refuzat de a se duce mai departe la un serviciu de spital, insistând să-i fac ce ştiu, ce pot şi ce am. In urma insistenţelor ei, şi a refuzului categoric de a-l interna într'un spital, după posibilităţile noastre i-am administrat o fiolă de oleum camforat, i-am recomandat dietă hidrică, i-am prescris o poţiune cu calcium şi i-am dat alcool camforat, pentru a-i şterge tegumentele.

A doua zi, bolnavul a revenit fără febră, fără tulburări oculare, cu câteva placarde urticariene pe coapsă, având dureri de cap, inapetenţă; în noaptea precedentă avusese vărsături. Examinat din nou, am găsit loja splenică sensibilă la palpare; rămânând la acelaş diagnostic din prima zi i-am făcut auto-hemoterapie, cu 10 cm.^{3}, după care într'un sfert de oră i-au dispărut placardele şi mâncărimile de piele.

A treia zi, bolnavul revine în aceiaşi stare ca în prima zi, temperatură 39,8°, stări oscilatorii pupilare, placarde urticariene pe tot corpul, iar de data aceasta, soţia îmi spune că aceste simptome au fost precedate de un frisson de circa 2 ore, după care a apărut simptomatologia descrisă. I-am recomandat din nou ospitalizarea, soţia însă a refuzat şi de data aceasta, insistând a-i administra injecţiunea din prima zi.

Faţă de frissonul avut i-am administrat o fiolă de chinină de 0.5 gr. i-am dat comprimate de chinină, pentru a lua acasă şi i-am cerut să aducă bolnavul în fiecare zi.

A patra zi a revenit mai dispus, fără febră, fără urticarie şi oscilaţie pupilară: i-am administrat încă o fiolă de chinină şi insistând să ia şi comprimatele.

A cincea zi s'a menţinut aceiaşi stare mulţumitoare, decât că a avut

un uşor frisson. Prin chinizarea ulterioară ce s'a făcut, simptomele au dispărut complect, bolnavul însănătoşindu-se, iar a douăsprezecea zi când l'am revăzut era pe deplin restabilit, plecând să-şi execute concentrarea.

Cercetând bibliografia redusă ce o avem în acest mediu, am găsit descrise încă două cazuri de paludism, cu sindrom anafilactic (I. Rădvan) care, spre deosebire de noi a avut posibilitatea să determine natura crizelor recidivante, prin existenţa spleno-megaliei, prezenţa hematozoarului în sânge şi tulburările hemogramei.

In ceeace priveşte stările oscilatorii între midriază şi myosis în timpul accesului palustru, cred că se explică prin intoxicaţia produsă în momentul accesului asupra întregului organism, tulburări pupilare ce se observă şi prin intoxicaţiile unor anestezice, ca: eter, cloroform (Apostol).

La bolnavul nostru natura crizelor recidivante au fost precizate doar prin faptul că era un vechiu malaric (bolnavul tratându-se în mod incomplect, până la dispariţia acceselor), prin simptomatologia clinică, frissonul clasic, formă terţă, şi prin dispariţia crizelor şi însănătoşirea bolnavului în urma tratamentului cu chinină instituit.

Am descris acest caz cu gândul de a mai îmbogăţi literatura noastră cu încă un caz în plus şi reliefând că de şansa tratamentului instituit depinde soarta bolnavului respectiv şi posibilitatea de a preciza un diagnostic, mai cu seamă acolo unde suntem lipsiţi de accesoriile necesare şi unde posibilitatea de a avea cazuri aşa de variate este atâta de mare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONCLUZIUNI:

1. In mediul rural se pot prezenta cazuri de maladii cu forme variate, iar lipsa accesoriilor necesare fac greutăţi în a preciza diagnosticul.

2. Bolnavul nostru a prezentat malarie cu placarde urticariene şi stări oscilatorii între midriază şi myosis.

3. Natura crizelor recidivante au fost precizate prin faptul că bolnavul era un vechiu malaric, prezenţa frissonului clasic şi cedarea şi însănătoşirea bolnavului prin tratamentul cu chinină.

Laboratoarele „ICFAL" S. A. R.

Str. Principatele-Unite No. 14

BUCUREŞTI V — Telefon 5 66 32

Bronchosan — Sirop şi dragele — Sedativ al tusei.
Adulţi 3 linguri pe zi.
Copii 3 linguriţe pe zi.

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

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

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

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

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

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

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

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

Urosol (granule) — Disolvant uric
3 linguriţe pe zi

Sedonervina (elixir şi fiole) — Sedativ nervos
1—2 linguriţe 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 cunoştiinţa D-lor clienţi că toate preparatele TORJESCU le pot găsi la Laboratoarele „ICFAL" din Bucureşti V Str. Principatele-Unite No. 14-Telefon 5.66-32

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ROLUL FACTORULUI SENSIBILIZANT IN ETIOLOGIA ŞI PATOGENIA PELAGREI

de

Dr. QUITTER FELICIU

Medicul Circumscripţiei Bărbăteşti-Gorj

Deşi în ultimul timp studiul etiologiei şi patogeniei pelagrei se apropie de o fază finală, totuşi îmi permit a exprima părerea şi convingerea, că în etiologia şi patogenia pelagrei, joacă un oarecare rol, dacă nu primordial, un factor sensibilizant.

Cu toate că acidul nicotinic a fost recunoscut ca vitamină antipelagroasă, iar amida ei forma sa de asimilare în organism, nu se poate explica încă anumite împrejurări în legătură cu individualitatea cazurilor şi cu unele din simptomele pelagrei.

Motivele care justifică presupunerea rolului factorului sensibilizant în pelagră, sunt multiple:

1. „Alegerea" individului. Având ocazia de a studia detaliat un număr de 79 cazuri noi de pelagră şi peste 300 vechi, care s'au prezentat în intervalul dela 21 Martie—1 Octombrie 1941, la consultaţiile Dispensarului Bărbăteşti, am putut constata că toţi bolnavii fac parte din familii cu cel puţin 4 membri şi numai într'un singur caz s'au îmbolnăvit 2 persoane (mama şi copilul). In toate celelalte familii s'a ivit numai câte un singur caz, deşi condiţiile favorizante pentru pelagră erau absolut identice pentru toţi. Doctorul Leonida a accentuat şi el acest fapt, stabilind individualitatea pelagrei, pe care o pune pe baza unui factor constituţional, datorit unui desechilibru endocrinologic.

2. Eritemul nu este altceva decât acţiunea razelor solare pe o piele, care a devenit sensibilă în faţa lor, în urma prezenţei unor substanţe toxice foto-sensibilizante.

3. Gastrita din aşa zisul prodrom al pelagrei. Dacă această „gastrită" ar fi un rezultat direct al consumării porumbului (necopt sau alterat) şi s'ar datora relei digestibilităţi a acestui aliment, împiedicând asimilarea vitaminei PP., (autorii germani) sau declanşând celelalte simptome (Doctor Flinker-Cernăuţi), ea s'ar produce imedial, adică în Octombrie—Noembrie, şi nu după 4—5 luni dela începutul consumării alimentului alterat, când, pe lângă turburările gastrice, apar în acelaşi timp şi turburările psihice şi eritemul.

Această „întârziere" dovedește că organismul și împreună cu el, mucoasa gastrică, trec prin fenomene, a căror rezultat este sensibilizarea lor.

Toți cei 79 bolnavi noi, au declarat, cu excepția unui singur caz (obs. 1), că până la ivirea turburărilor gastro-intestinale din pelagră nu au prezentat niciodată asemenea turburări.

4. **Variabilitatea simptomelor** a gastritei pledează pentru fenomene care stau sub dependența sensibilității. O gastrită sub influența unui factor patologic fix, este o ereditate morbidă bine determinată cu un tablou clinic deasemeni fix. (De multe ori simptomatologia permite a se descoperi cauza). In pelagră, bolnavii prezintă simptome foarte variate, unii constipați, alții diaree cu sau fără tenesme, alții alternanță acestor simptome sau chiar nimic.

5. Faptul că atât în majoritatea sindromelor de alergie (Urticarie, etc.), cât și pelagră, sexul femenin este predispus, constitue o cauză favorizantă identică. In „epidemia" observată de mine, din 79 bolnavi, 64 aparțin sexului femenin (81%).

6. In fine „eficacitatea" tratamentului cu o substanță specific desensibilizantă. Reticulina M. încercată pe baza argumentelor de mai sus, trebue considerată ca o contribuție de prima importanță.

7. Un motiv mai poate constitui „doza terapeutică necesară" a tratamentului „specific" cu acidul nicotinic sau amida lui. Dacă tratamentul acesta ar fi într'adevăr așa de „specific" după cum se susține, cum se explică necesitatea unor doze terapeutice (sute de miligrame pe zi) în locul celor compensatorii (fracțiuni de miligrame), singurele justificatoare unui tratament vitaminic?

Substanțele sensibilizante (antigenii) ca:i după argumentația de mai sus, trebue să existe, **pot avea ori nu rol etiologic primordial, ori numai secundar**, ca declanșator al apariției simptomelor și ca „alegător" al persoanei mai sensibile la influența nocivă a cauzei etiologice primordiale.

In ambele cazuri, origina lor poate fi multiplă:

A) **Origina endogenă:**

a) Ele există în organismul sănătos, însă sunt neutralizate de vitamina anti-pelagroasă, cât timp aceasta există sau se asimilează.

b) Ele sunt un nou produs al organismului, eliberate de el, sub acțiunea nocivă a cauzei etiologice primordiale (avitaminoză).

B) **Origina exogenă:**

c) Ele există în porumb, însă organismul saturat cu vitamina anti-pelagroasă, face față acțiunei lor nocive, neutralizându-le la timp.

d) Ele sunt un produs de desagregare al porumbului necopt sau alterat.

In ceeace privește acțiunea furmacologică și specific desensibilizantă a reticulinei M., cred că nu este necesar de a reveni, deoarece au fost descrise pe larg de școala D-lui Prof. Moldovanu, cu atât mai mult, cu cât este o descoperire a școalei medicale românești.

Redăm mai jos cazurile de observație, aducând D-lui Prof. Moldovanu mulțumirile mele, pentru că a binevoit să-mi pună la

dispoziție produsul necesar și pentru că a arătat interesul D-sale pentru ideile expuse în această lucrare, demonstrate apoi de cazurile de mai jos.

Rezultatele obținute cu reticulina M. pot fi considerate ca frapante. Nu numai în raport cu simptomatologia ce o prezentau bolnavii și evoluția lor față de „martori", ci și în raport cu tratamentul „specific" cu acid nicotinic, astăzi extins destul de mult în practică medicală.

Cazul Nr. 1. Cerban Grigore, 50 ani, Bărbătești-Gorj.

La începutul lunei Martie, constipația obișnuită a bolnavului, de care sufere de ani de zile, se transformă în diaree cu 4—5 scaune pe zi, cu tenesme. Concomitent, bolnavul remarcă că durerile epigastrice încetau și ele.

Forțele bolnavului slăbeau din zi în zi, apetitul dispare și bolnavul cade într'o apatie, pe care el o atribue turburărilor din partea aparatului digestiv. De vreo câteva zile îi crăpau buzele și limba, are arsuri în gât, iar pe mâinele și etajul superior al feții apare „roșeață". Examenul medical confirmă cele spuse de bolnav. La 1 Aprilie 1941, 2 cc. Reticulina M. subcutan, fără nici un alt medicament. Regimul obișnuit din pelagră.

3 Aprilie 1941, 2 cc. Reticulina M. Aceeași stare.

4 Aprilie 1941, bolnavul declară că simte primele ameliorări, tenesmele mai puțin supărătoare, deasemeni arsurile din gât mai puțin accentuate.

5 Aprilie 1941, 2 cc. Reticulina M.

7 Aprilie 1941, 2 cc. Reticulina M. Tenesmele au dispărut complect, simptomele subiective din partea tegumentelor și aparatului digestiv mult ameliorate. Eritemul a perdut din coloratia sa vie. Bolnavul reia munca câmpului.

9 Aprilie 1941, 2 cc. Reticulina M. Eritemul se recunoaște prin o margine de descuamație fină, fără ca pielea să prezinte pigmentarea cafenie caracteristică.

10 Aprilie 1941, 2 cc. Reticulina M. Bolnavul nu mai are decât un singur scaun normal pe zi.

13 Aprilie și 15 Aprilie, 2 cc. Reticulina M. La sfârșitul tratamentului, descuamația fină dela mâini și față a dispărut complect, lăsând o piele absolut sănătoasă. Deasemeni fisurile dela limbă au dispărut, lăsând câteva cicatrici lineare subțiri, abea perceptibile.

Revăzut regulat până la începutul lunei Octombrie, bolnavul rămâne cu aceiași stare, neobservându-se nici un semn care să trădeze prin ce a trecut.

Din 6 membrii de familie a fost singurul bolnav și nu a avut niciodată pelagră.

Cazul Nr. 2. Nica Florian, de 15 ani, Musculești—Gorj, 28 Martie 1941. Eritem la mâini și față. Buzele și limba tumefiate, presărate de numeroase fisuri. Arsuri aproape insuportabile pe căile digestive superioare, oboseală și turburări gastrice-intestinale și sensul unei diaree simple.

1 Aprilie 1941, 2 cc. Reticulina M. subcutan.

3 Aprilie 1941, 2 cc., ameliorare notabilă a simptomelor subiective.

5 Mai 1941, 2 cc. Reticulina M. Ameliorarea este foarte rapidă. Eritemul redus ca culoare, oedemul cavității bucale complect dispărut. Scaunele au devenit normale.

8 Aprilie 1941, 2 cc. Reticulina M. La nivelul eritemului începe o descuamație fină, lăsând o piele moale fără pigmentație.

12 Aprilie și 15 Aprilie câte 2 cc. Reticulina subcutan.

Ameliorarea la acest elev a fost așa de rapidă, încât și corpul didactic din școala lui a remarcat acest fapt.

Bolnavul, care nu a avut niciodată pelagră, și nimeni din familia lui de 6 membri nu a mai avut pelagră, este revăzut regulat fără a prezenta însă turburări cari ar trăda o recidivă.

Cazul Nr. 3. Constantina Pașăre, de 33 ani, Musculești. Are 7 copii și doi părinți. Nimeni nu a avut niciodată pelagră.

20 Aprilie 1941. Eritem pe mâini, față, dosul picioarelor, gamba și

BCU Cluj / Central University Library Cluj

în regiunea cefii. Dureri epigastrice, scaune normale, buzele şi limba tumefiate, fisuri multiple. Apatie, oboseală.

20 Aprilie şi 22 Aprilie 1941. Câte 2 cc. Reticulină subcutan. După a doua inoculare, ameliorare masivă a turburărilor subiective.

24 Aprilie, 26 Aprilie, 28 Aprilie, 30 Aprilie câte 2 cc. subcutan.

La sfârşitul tratamentului, bolnava rămâne cu o uşoară pigmentare cafenie la mâini şi picioare; altfel este complect refăcută; stare care persistă tot timpul verii; deşi soţul este concentrat şi femeia îl înlocueşte peste tot.

Cazul Nr. 4. Maria Gh. Poenaru, 60 ani, Petreşti-Gorj.

Starea în care se prezintă în ziua de 20 Maiu 1941, datează de o lună:

Eritem pe mâini, faţă şi picioare. Astenie foarte accentuată, ameţeli, anorexie, arsuri „pe gât", pe buze şi limbă numeroase fisuri. Scaune neregulate: diaree alternând cu constipaţie.

20 Maiu, 22 Maiu, 24 Maiu, 26 Maiu, 28 Maiu şi 30 Maiu, câte 2 cc. Reticulina M. Ameliorarea începe dela a doua inoculare, cu simptomele din partea aparatului digestiv, apoi eritemul care dispare, trecând prin o uşoară descuamare, fără a lăsa vreo pigmentaţie. Deasemeni dispar turburările psihice, aşa că bolnava la sfârşitul tratamentului este complect restabilită, stare care se prelungeşte fără turburări până în toamnă.

Cazul Nr. 5. Elisabeta Negoiţă, 38 ani, Socu—Gorj.

Starea acestei bolnave este deosebit de gravă. Turburările psihice sunt foarte accentuate, prezentând semne de alienaţie mintală: absenţă complectă, discursuri confuze şi uneori o stare de neliniste foarte accentuată.

Eritemul dela mâini, picioare şi faţă foarte accentuat; bolnava având dureri aşa de mari încât nu poate sta în picioare. Turburări din partea aparatului digestiv puţin accentuate (arsuri, dureri gastrice).

20 Maiu, 22 Maiu, 24 Maiu, 26 Maiu, 28 Maiu, 30 Maiu şi 1 Iunie 1941, câte 2 cc. Reticulina subcutan. Ameliorarea începe abia dela a treia injecţie, cu turburările psihice. Bolnava apoi se restabileşte repede. Eritemul devine suportabil; spre sfârşitul tratamentului apare o descuamaţie, iar în locul ei rămâne o pigmentaţie cafenie, care se prelungeşte până în luna Iulie.

Bolnava, cu o familie numeroasă, a mai suferit de pelagră în 1932.

Cazul Nr. 6. Aurelia Cojocaru, 32 ani, satul Socu—Gorj.

Conviefuieşte cu încă 4 persoane. În 1938 a mai suferit de pelagră.

Starea prezentă: eritem pe mâini, picioare şi faţă. Astenie foarte accentuată. Dureri epigastrice, fisuri pe limbă uşor acdematiată. Scaune normale. Chiar uşoară tendinţă spre constipaţie.

22 Maiu, 24 Maiu, 26 Maiu, 28 Maiu şi 30 Maiu, câte 2 cc. Reticulina M. Ameliorarea începe după a doua inoculare. Bolnava îşi recapătă rapid forţele. Eritemul îşi schimbă culoarea, devine mai palid şi dispare fără descuamaţie sau pigmentare. Fisurile linguale se indică repede. Bolnava observată foarte des, până în toamnă numai prezintă turburări.

Cazul Nr. 7. Ion C. Mazilu, 20 ani, satul Socu—Gorj.

Şi starea acestui bolnav este foarte gravă. Este foarte deprimat, apatic, răspunde greu la întrebări, făcând forţări mari pentru a găsi răspunsul. Eritemul pe faţă, mâini şi picioare, însoţit de oedeme ale regiunei; buzele, limba tumefiate, fisuri multiple. Turburări gastrice foarte accentuate: dureri în căile digestive superioare şi în epigastru; 15—20 scaune diareice pe zi însoţite de tenesme.

23 Maiu, 25 Maiu, 27 Maiu, 29 Maiu, 31 Maiu, 2 Iunie, 4 Iunie, 7 Iunie, 2 cc. Reticulina M. Ameliorarea se instalează greoi, abia după a cincea inoculare. La acest bolnav, primele ameliorări le prezintă aparatul digestiv; tenesmele dispărând, iar scaunele normalizându-se. Durerile epigastrice dispar; arsurile deasemenea. Starea de apatie se prelungeşte până la a şaptea inoculare, dar apoi se ameliorează rapid. Eritemul îşi schimbă culoarea din roşu dă într'o pigmentaţie cafenie care persistă încă 3—4 săptămâni. Ameliorarea însă continuă şi după încetarea tratamentului. Mersul lent al vindecării bolnavului se explica pe deoparte prin gravitatea iniţială

a boalei, iar pe de altă parte prin faptul că bolnavul este nevoit a-şi continua ocupaţia: cu vitele la câmp. Bolnavul, deşi singurul pelagros într'o familie de 6 membri, este la a patra recidivă anuală.

Discuţia cazurilor:

a) Rezultatul este isbitor în comparaţie cu „martorii".

Deşi şi aceşti bolnavi sunt trataţi cu medicamente „clasice", evoluţia ameliorării este foarte lentă, necesitând de multe ori 2—3 luni până la „vindecare" unui complex simptomatic anual. Mulţi dintre bolnavi prezintă o agravare progresivă a simptomelor, care ajung la un apogeu abia în lunile Iunie-Iulie.

b) De remarcat este faptul că majoritatea bolnavilor rămân în obişnuitul mediu lor de trai şi alimentaţie.

c) Evoluţia ameliorării se aseamănă dela un bolnav la altul. In primul rând dispar turburările din partea aparatului digestiv, apoi cele din partea sistemului nervos şi la urmă cele cutanate.

Evoluţia aceasta a vindecării se aseamănă foarte mult cu aceia în urma tratamentului cu produse nicotinice (acidul şi amida).

Dacă acest tratament se dovedeşte eficace într'o măsură mai mare şi poate şi în fazele mai avansate ale boalei, va avea totdeauna desavantajul de a nu fi aplicabil la o dată ideală; un desavantaj, dealtfel şi al tratamentului cu acidul nicotinic. Cea mai ideală dată, ar fi „incubaţia".

Adică dela instituirea cauzei, până la apariţia simptomelor (Octombrie—Martie). Dar nu se ştie care persoană se va îmbolnăvi. O dată tot ideală ar mai fi „prodromul". Dar şi aici este foarte greu de a face un diagnostic diferenţial la bolnavii noi, între turburările dispeptice de primăvară şi cele de pelagră. Aşa dar tratamentul nu poate fi aplicat decât în faza finală a simptomatologiei, adică la apariţia eritemului; deci nu poate avea decât o valoare curativă.

Dacă acest tratament va avea un efect şi asupra evoluţiei ulterioare, nu se poate şti. Şi va fi foarte greu de afirmat, fiindcă chiar bolnavii netrataţi pot face „pauze" clinice, de multe ori şi câţiva ani consecutiv.

Tratamentul poate avea o mai mare valoare la bolnavii vechi, căci aceştia la apariţia primelor simptome, pot fi supuşi tratamentului, care va avea şansele de a fi mai eficace faţă de un complex simptomatic încă redus şi cu 2—3 luni înaintea apogeului lui.

Le rôle du facteur allergique dans l'etiologie et la pathogénie de la pellagra.

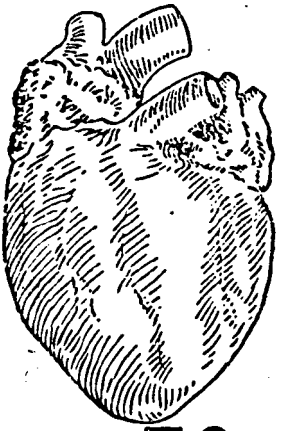
Au cours de quelques observations l'auteur admet que dans l'étiologie et la pathogénie de la pellagra joue un rôle le facteur allergique

Les arguments de l'auteur sont soutenus par la guérison de 7 cas de pellagre avec la Reticuline, l'hormone specifique déssensibilisant du tissu reticulo—endothélial.

Die Rolle des allergischen Faktors in der Ätiologie und Pathogenie der Pellagra.

Auf Grund einiger Beobachtungen glaubt der Verfasser annehmen zu können dass in der Atiologie und Pathogénie der Pellagra, der allergische Fäktor, wenn nicht eine hauptsächliche, so doch eine gewisse Rolle spielt

Die Bestätigung ergibt sich durch die Behandlung von 7 Fallen mit Retikulin, das spezifisch dessensibilisierende Hormon des endothelialen Gewebes, deren Ergebniss ausserordentlich gunstig und langdauernd ist.



Verodigen

Preparat de Digitală

Acțiune rapidă și toleranță excelentă

Comprimate	de 3 ori pe zi ½ comprimată.
Granule	După 3 zile de 2 ori pe zi ½ comprimată.
Supozitoare	Medicație foarte economică!

La edeme **Verodigen compositum**

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

Reprezentant pentru România:

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

III.

Organizare medico-sanitară corporativă

Organizarea corporativă a Medicilor

Expunerea acestei probleme în Colegiul general al Medicilor

In ziua de 20 Noembrie 1941, a avut loc în Amfiteatrul Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, întrunirea Colegiului General al Medicilor din ţară.

Au luat parte Preşedinţii şi delegaţii celor 60 de colegii judeţene, împreună cu reprezentanţii cei mai autorizaţi ai ştiinţii medicale româneşti.

La masa prezidenţială au luat loc D-nii: Profesor Mihai Antonescu, Vice-Preşedintele Consiliului de Miniştri şi Preşedinte ad-interim, Profesor D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, D-r C. Dănulescu, Ministru Subsecretar de Stat al Muncii, Profesor Agregat D-r Gh. Marinescu, Preşedintele General al Colegiilor Medicilor, Profesor D-r V. Ciocâlteu, Decanul Facultăţii de Medicină din Bucureşti şi D-r I. Stoichiţă, Secretar General al Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Şedinţa s'a desfăşurat într'o atmosferă de cordială înţelegere a marilor probleme ce s'au expus.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cuvântarea D-lui D-r Gh. Marinescu, Preşedintele Colegiului general al Medicilor

Domnule Preşedinte al Consiliului,
Domnule Ministru,
Domnilor Colegi,

Corporaţia medicală a fost constituită ca Asociaţie Generală a Medicilor în mod legal la 1897, pentru apărarea intereselor de breaslă şi pentru studierea marilor probleme sanitare. In 1930, din sânul Asociaţiei a pornit Legea de organizare a Colegiului Medicilor, în scop de a îndruma şi controla practica medicală şi de a colabora cu statul la rezolvirea problemelor cari privesc sănătatea publică.

Acum 2 ani, Asociaţia veche se contopeşte de bună voe cu Colegiul Medicilor.

Astăzi suntem chemaţi noi reprezentanţii corporaţiei medicale să ascultăm principiile de reorganizare a Colegiului în noua aşezare a Statului.

Prin votul nostru individual ne-am legat să dăm tot sprijinul de care suntem capabili ca români dornici de mai bine, pentru aşezarea statului şi a poporului român în cadrul Europei de mâine ce se creiază pe câmpurile de luptă.

Suntem siguri că Mareşalul nostru şi Conducătorul Statului care ne-a dat liniştea înăuntru şi izbânda în afară, cu ajutorul tuturor fiilor ţării

Biblioteca Universităţii Ferdinand I. din Cluj ROMÂNIA

va consolida România nouă pe baze de dreptate socială şi o va pregăti pentru noui izbânzi care vor aduce pe toţi românii sub acelaş steag şi sub acelaş sceptru. Insufleţiţi de cele mai bune sentimente pentru nouile aşezări facem o plăcută datorie să salutăm cu entuziasm venirea în mijlocul nostru a D-lui Preşedinte al Consiliului de Miniştri şi a D-lui Ministru al Sănătăţii şi să strigăm din inimă să trăiască Majestatea Sa Regele, simbol al unirii, şi Mareşalul Antonescu, realizatorul unirii şi înfăptuitorul atâtor acţiuni istorice.

Cuvântarea D-lui Profesor D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale

Luând cuvântul D-l Profesor D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii, aduce mulţumiri călduroase D-lui Vice-preşedinte al Consiliului, pentru că a venit în mijlocul reprezentanţilor Corpului medical, pentru a le expune ideile fundamentale pe baza cărora se va face noua organizare corporativă a profesiunilor şi a statului.

Dela început trebue să mărturisim că medicii nu sunt adepţii de ultima oră a ideilor corporatiste ci sunt credincioşii de totdeauna ai acestei doctrine.

In vechea Asociaţie generală a Medicilor s'a desbătut multă vreme această problemă. In tendinţa de a se înfăptui cu un moment mai de vreme, cel puţin un început de realizare practică a sistemului corporatist, Asociaţia noastră, întemeiaşe prin statutele sale, o adunare reprezentativă a Medicilor din toate regiunile ţării, care a ţinut mai multe sesiuni.

Din această adunare, pe care o numeau parlament medical, pentru a stabili cel puţin o legătură de terminologie cu sistemul de guvernare de atunci, — făceau parte cei mai autorizaţi reprezentanţi ai ştiinţei şi practicei medicale româneşti.

Prin această adunare urmăream să studiem problemele medicale şi sanitare locale şi naţionale în lumina datelor actuale ale ştiinţei. Astfel printr'o colaborare largă între oamenii noştri de ştiinţă cei mai autorizaţi şi medicii cari lucrează pe teren şi cunosc împrejurările locale, socoteam că este posibil să studiem mai bine problemele sănătăţii publice româneşti şi să găsim — cele mai bune soluţiuni pentru a le rezolvi.

De aceea astăzi când se realizează organizarea pe baze corporative a profesiunilor şi a statului, — medicii au satisfacţia de a vedea înfăptuindu-se unul din idealurile pentru care au luptat multă vreme.

D-l Ministru al Sănătăţii subliniază apoi activitatea desfăşurată de medici în război, dela cei cari au lucrat în primele luni până la cei cari au desfăşurat o activitate remarcabilă în spitalele din interiorul ţării.

Medicii în unanimitatea lor, ori unde s'au găsit, şi-au îndeplinit misiunea lor cu pricepere, cu dragoste şi cu un devotament mai presus de orice laudă.

Medicii cari au lucrat în primele rânduri şi din cari unii au căzut pe câmpul de onoare, se bucură astăzi de elogii unanime, atât de bine meritate.

Ţin să aduc aceleaşi elogii medicilor şi mai ales chirurgilor cari au desfăşurat în spitale o muncă şi o pricepere care a redat vieţei şi societăţii mii de ostaşi cari au fost foarte grav răniţi.

Cu acelaşi entusiasm, medicii vor lucra după război, în marea operă de ridicare socială şi sanitară a ţării, care constitue una din preocupările fundamentale ale Conducătorului Statului.

In această atitudine şi cu aceste convingeri, s'au găsit medicii în momentul când D-l Mareşal Antonescu, în fruntea oştirilor a desrobit Basarabia.

Iar la telegrama de omagiu şi de mărturisire a acestei credinţe, D-l Mareşal Antonescu a binevoit a răspunde:

„Mulţumesc Corpului Medical Românesc şi personalului sanitar al ţării, pentru închinarea de recunoştinţă adusă oştirii întregitoare de ţară şi pentru contribuţia lor de mare preţ şi de mare răspundere în lupta desrobitoare

de fraţi şi pentru acţiunea de refacere naţională integrală pentru cucerirea viitorului ce ni se cuvine ca neam".

Pe aceiaşi poziţie stau medicii astăzi şi vor rămâne întotdeauna.

De aceia D-l Ministru roagă pe D-l Preşedinte al Consiliului să asigure pe D-l Mareşal Conducător nu numai de admiraţia lor profundă pentru opera realizată, nu numai de încrederea lor absolută în lupta pe care o duce, dar şi de devotamentul lor desăvârşit pentru idealul social şi naţional pe care Mareşalul îl urmăreşte şi îl înfăptueşte zi cu zi.

Expunerea D-lui Prof. Mihai A. Antonescu, Vice-Preşedintele Consiliului de Miniştri

D-l Vice-Preşedinte al Consiliului îşi începe cuvântarea prin a face elogiul corpului medical, astfel:

„Este pentru mine o mândrie, ca la această cea dintâi întâlnire a noastră, să exprim în numele guvernului, recunoştinţa cea mai curată şi cea mai adâncă, pentru medicii desrobitori de Neam, care alături de oştile noastre, ne-au ajutat biruinţa şi au dovedit sufletul românesc al Corpului medical.

Explicând rostul adunării de faţă, D-l Vice-Preşedinte al Consiliului de Miniştri spune:

„Mareşal Antonescu în Proclamaţia program către ţară, cu prilejul plebiscitului, a anunţat organizarea profesională, încadrarea lor într'o nouă disciplină naţională şi reprezentarea acestor profesiuni, în Camera Corporativă, care alcătueşte una din secţiunile Consiliului de Stat, adică în conducerea naţională a Ţării.

Fără îndoială, că această primă întâlnire a noastră trebue să explice colaborarea dintre guvern şi dintre Corpul medical, nu numai prin această împărtăşire de crezuri comune, ci în mod constructiv, pentru stabilirea temeiurilor pe care se va aşeza această organizare profesională a medicilor şi modul cum Mareşalul Antonescu şi Guvernul înţelege să-i dea rostul de reprezentare naţională şi de colaborare la conducerea ţării.

Organizarea Naţiunii este Temelia Statului Nou

Domnilor Medici, mă adresez Dvs. cu convingerea că înţelegeţi, prin pregătirea Dvs. profesională, mai mult decât oricine, problemele Statului român de azi.

O veche infirmitate a ştiinţelor sociale, care au fost prea mult aşezate pe criterii logice şi prea puţin pe temeiuri biologice, a făcut ca în ştiinţele sociale, adeşea, logica şi filosofia, să predomine asupra biologiei şi experienţei.

Trebue să renunţăm la această artificialitate a metodelor ştiinţelor sociale şi cu orice preţ, trebue să privim Statul şi Naţiunea, ca un mare organism, condus de legi fireşti şi în care, ştiinţele sociale trebue să-şi facă datoria de a afla marile comandamente, după care un Neam trebue să se conducă.

Ştiinţa Naţiunei este azi ştiinţa Statului. Organizarea Naţiunei este azi temelia organizării Statului.

De aceia, ceeace trebue să reprezinte opera Mareşalului Antonescu, este de a substitui statul formal, convenţional, retoric, prin statul natural, biologic şi autentic naţional.

In această nouă aşezare a Statului, profesiunile au fără îndoială, o mare funcţiune. Ele reprezintă în organizarea şi funcţionarea Statului, în trăirea Naţiunei. un element de viaţă şi de creaţie, un element funcţional, un element logic, abstract.

Lipsurile Statului de până acum

Statul nostru n'a fost un stat organizat. In loc să privim realităţile sociale şi nevoile neamului românesc, am copiat din străinătate aşezări şi

instituții, fără însă ca acestea să fie precedate de experiența socială, pe care au trăit-o popoarele dela care le-am copiat. Deaceea, deasupra realităților naționale am creiat un eșafodaj de reguli, de principii și instituții, străine de sufletul românesc, în afară de nevoile organice ale vieții românești și multe ori, chiar incomparabile cu acestea.

De ce n'aș menționa ca exemplu constatarea, că am adoptat principiile romantice ale liberului exercițiu profesional, fără să țină seama că în neamul românesc, trebuia întâiu să organizăm profesiunea pentru Români, și după ce Românii erau stăpânii exercițiului vieții naționale și ai funcțiunilor statului, numai atunci să putem vedea, în ce măsură străinii, pot să-și exercite profesiunea alături de noi.

Trebue să înlăturăm toate aceste așezări factice.

Trebue să dăm revoluției naționale a Mareșalului Antonescu, nu numai dreptul creator de a folosi toate puterile de viață românești, ci de a le organiza, ținând seamă de toate nevoile autentice românești.

Problema sănătății poporului român

Inainte de a vă arăta care sunt bazele pe care înțelege să facem această organizare — a continuat d-sa — îmi voi îngădui, pentru ca să nu aveți impresia unor observații critice cu care încep această primă legătură a noastră, ci a unei simple constatări, sincere, deschise. a păcatului comun, — să citez câteva exemple asupra problemelor medicale și sanitare ale neamului nostru, care sunt cu totul străine de așezările de civilizație, de ordinea medicală și sanitară a popoarelor occidentale de unde noi am copiat fără discernământ instituții, principii și așezări.

Neamul românesc este un popor de mare natalitate în scara nașterilor europene ocupăm loc de frunte.

Totuși, într'o vreme în care rasele lumii duc o luptă biologică, nu numai politică economică sau ideologică, astfel că problemele natalității sunt fundamentale pentru viitorul Națiunilor, într'o vreme în care sub ochii noștri cad toate națiunile care n'au știut să vadă la timp ce însemnează valoarea biologică a războiului și nu și-au luat măsuri de apărare a natalității și de organizarea națiunii;

In aceiași vreme, noi am privit, problemele natalității românești ca un simplu fenomen statistic, pe care l-am înregistrat în constatări, mai mult sau mai puțin emoționante, într'unele conferințe sau articole de reviste și ziar.

In aceiaș vreme, aceleași statistici, au invederat și invederează de mulți ani, cumplita mortalitate infantilă din țara noastră.

In această vreme, în care ocupăm în scara natalității europene locul de frunte, dacă cercetăm soldul, procentul de înmulțire al populației românești, constatăm o secătuire a acestei rezerve biologice a natalității prin lipsa totală de grijă a acestei rezerve biologice a natalității prin lipsa totală de grijă a noastră pentru fenomenele de eugenie, de îngrijirea natalității și de evitarea mortalității infantile, pentru igiena populației, ceeace explică prăbușirea de 38 la mie a natalității românești reduce considerabil înmulțirea efectivă a populației noastre.

Așa dar, am privit abstract problemele fundamentale de viață a neamului nostru.

Ne-am mărginit să copiem instituții, principii și reguli de așezare a învățământului medical, a instituțiunilor medicale, a clinicilor și problemelor medicale și nu ne-am luat curajul să spargem acest eșafodaj, care putea fără îndoială să fie folositor, atunci când ne-am așezat viața noastră medicală, dar trebuia să știm să scoatem dintr'însul elementele de viață autentică românească și să-l adaptăm nevoilor românești.

La fel se prezintă și problema bolilor sociale din România, cum este tuberculoza, care are atâtea consecințe grave pentru viitorul neamului. Ravagiile pe care le aduce pelagra, și pe care le-a adus în ultima vreme sifilisul, paludismul și toate acestea se adaogă la marea, la grava problemă a higienei rurale și a vieții alimentare a țăranului nostru.

Explicația mortalității infantile, a dinamizării populației noastre și a

boalelor sociale trebue văzută nu numai în condiţiile sanitare şi în imperfecţiunile regimului nostru medical curativ, dar trebue căutată în lipsa de prevedere, în insuficienţa medicinei sociale şi a regimului preventiv, pentru combaterea boalelor sociale.

Prin urmare, trebuia să ne luăm curajul să privim problemele medicale şi sanitare româneşti şi să căutăm soluţii pentru neamul nostru, ţinând seamă de nevoile noastre.

Din nefericire, organizând un regim de spitale şi o aşezare sanitară în genere, căreia cu toată onestitatea înţeleg să-i fac omagii, ne-am ocupat foarte târziu de marile şi gravele probleme ale naţiunii româneşti pe planul medical.

Noua organizare şi misiunea corpului medical

Ceeace trebue să facem azi este ca, lăsând la o parte dogmele străine, pulverizând fără trufie, dar cu sinceritate, toate absorbţiunile acestea şi adaptările din străinătate, să ne luăm curajul să privim probleme româneşti în faţă şi să le găsim soluţii pe fiecare plan de activitate profesională.

Marea misiune a profesiunii medicale şi a Corpului profesional pe care-l veţi întemeia, este această misiune creatoare şi naţională, de a zdruncina din temelie aşezările factice, de a folosi toate aşezările sănătoase pe care ordinea medicală şi sanitară a neamului nostru le are azi şi mai ales de a creia o nouă ordine de gândire medicală şi sanitară şi de a rezolva toate problemele de ordin sanitar şi medical.

Aceasta este marea misiune a corporaţiei medicale.

Dela început, prin urmare, vă rog să înţelegeţi că Mareşalul Antonescu prin această organizare profesională nu înţelege să aducă noui paturi de Procust, în care să limiteze iniţiative, dreptul de viaţă şi de creaţie al profesiunei.

Mareşalul Antonescu vrea dimpotrivă ca prin aceste organizări profesionale, să ajute Statul în rezolvarea propriilor lui probleme, asociindu-şi puterea de creaţie a Corpurilor profesionale, sănătos organizate, creatoare şi organizatoare de elite, care să colaboreze cu guvernul la rezolvarea marilor probleme naţionale.

In acest scop organizarea profesională medicală trebue să aibă un întreit caracter.

Ea trebue să substituie asociaţiile colegiale, care fragmentar şi incomplect puteau să satisfacă unele aspiraţii de solidaritate morală, între membrii Corpului medical. Trebue în acelaş timp ca această organizare profesională să devină un Corp technic constituit după regule rigide de selecţie de formare a cadrelor, de alegerea elitelor conducătoare, un Corp technic, care înăuntru să poată să aibă acest element de selecţie, de cunoaştere şi de recunoaştere a meritelor şi capacităţilor, iar în afară să poată apăra interesul cei mai calificaţi ai profesiunei, aleşi de Corpul medical.

In sfârşit acest Corp profesional trebue să-şi înţeleagă misiunea lui naţională.

Fiind o funcţie naţională, el trebue să coparticipe la toată viaţa naţională, nu numai în mod formal, ci în mod funcţional. El trebue să se integreze în disciplina naţională organizatoare de Stat şi să colaboreze la viaţa naţională condusă de guvern.

Toate problemele sanitare, toate problemele medicale ale Neamului nostru vor fi cercetate în interiorul Corpului profesional, ce va prezenta guvernului nu numai deziderate de organizare, de funcţionare şi de selecţiune a Corpului medical pentru formarea elitelor, dar adevărate planuri naţionale de creaţie şi de conducere a marilor interese sanitare şi medicale româneşti din care guvernul să poată scoate elementele propriului său program de înfăptuire.

Această asociaţie colegială, creatoare de tradiţie românească pe temeiul profesiunilor acest Corp tehnic întemeietor de elite profesionale, creator de elemente de valoare şi ziditor de oameni noui, în exerciţiul fiecărei profesiuni trebue să fie în acelaş timp complectat cu Corpul profesional creator de naţiune, întemeetor de spiritualitate nouă, colaborator sincer la conducerea Sta-

tului, colaborator funcțional în zidirea Națiunii pe baze noui, realiste și sigure.

Iată prin urmare întreitul scop cu care păşim la reorganizarea Corpurilor şi Asociațiilor profesionale pentru a putea să le încadrăm în disciplina națională şi să le aşezăm la temelia noului Stat.

In asemenea condiții şi cu aceste crezuri, nădăjduesc că, între concepția organizatoare a Mareşalului Antonescu, între tehnica de închegare națională a guvernului şi între aspirațiile dv. profesionale şi propriile dv. crezuri de viață şi liber profesioniști, nu poate să existe nici un fel de incompatibilitate.

Voim ca, după ce această organizare profesională se va întemeia să facem dintr'însa, nu numai un Corp tradițional, rigid şi închis, care izbuteşte să dea Statului un organ nou şi o funcțiune nouă, ci să facem din acest Corp profesional o celulă de reprezentare națională.

Odată constituit, Corpul profesional va fi reprezentat în Camera corporativă a Consiliului de Stat. Din această Cameră corporativă şi dintre membrii organizării dvs. profesionale, se vor alege anumiți reprezentanți cari vor purta, pe planul coeziunei naționale, în secția națională a Consiliului de Stat, nu numai reprezentarea intereselor naționale, dar marea şi istorica contribuție a medicilor români la aşezarea sănătoasă a Statului şi Neamului nostru

Prin urmare, nu numai funcțiuni de reprezentare profesională naşe odată cu noua organizare la care păşim, ci adevărate funcțiuni de creație şi de reprezentare națională.

Doresc din toată inima ca să renunțăm la vechile metode retorice, care adesea acopereau abil antagonismele cele mai cruciale, sau satisfăceau incomplect, ambițiile cele mai rebarbative şi paradoxale şi doresc să începem dintr'odată o colaborare strânsă de acțiune tehnică şi creatoare între dvs. şi guvern.

D-l Prof. Mihai Antonescu roagă colegiul, ca pe bazele acestea noui de concepere a Corpurilor profesionale, în termen de trei săptămâni de azi, să facă guvernului propuneri concrete asupra modului de organizare tehnică, asupra principiilor constitutive şi asupra altor amănunte considerate utile, pentru ca să fie încorporate în legea de structură a organizațiilor profesionale în genere şi în legea specială a organizării Corpului medical.

Marile imperative ale prezentului

Organizând pe bază de tradiție profesională — a spus d-sa în continuare — să înțelegeți totuşi că neamul românesc străbate azi un moment de zbucium, în care nu avem decât un singur comandament: al unirii tuturor credințelor şi a tuturor puterilor şi, că fără o asemenea înjghebare de conştiințe, fără o asemenea unitate de crezuri nu va putea să fie nimic înfăptuit temeinic.

Mareşalul Antonescu a venit în viața noastră publică plin de lealitate dârză a militarului.

Mareşalul nu este om politic, este un om de Stat.

Sectarisme, fascicole de interese particulare sau de grup, nu-l pot să-l intereseze.

Mareşalul Antonescu e național.

El are misiunea istorică, mai ales în acest ceas de cutremurare internațională, de zdruncinarea temeiurilor de viață ale civilizației şi de recâştigarea drepturilor noastre, să facă totul, pentru ca să consolideze acest neam şi să poată să-şi asigure prin pârghii de viață şi de coeziune, tot ceeace trebue să avem, pentru a înfrunta primejdiile şi a ne zidi istoria.

Deaceea vă rog să țineți seama, că ceeace vi se adresează azi, nu este solicitarea subiectivă şi factice a unui guvern, care vrea să-şi consolideze o poziție, ci este cel mult exprimarea frământată de neliniştea unui om, care îşi împarte fiecare clipă de gând şi de viață şi care asistă chinuit la toată lupta Mareşalului Antonescu, a unui om care n'are nici o altă ambiție, decât aceea de a-i sluji crezurile şi care n'are nici un alt gând, decât acela de a vă face pe toți să-i simțiți misiunea națională şi să vă prindeți toți

Chimioterapia gripei şi maladiilor „ex frigore" cu

GERMICID

Dr. Wander

Tablete cu 0,5 gr.
Supozitoare cu 1,0 gr.
Supozitoare pentru copii 0.20 gr. cu Cafeină 0.02 gr.
Pulbere pentru receptură

Pneumonie
Bronchopneumonie
Gripă
Profilactic după operaţiuni

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PULMOSEPT

„SAPIC"

Chininã 0,10
Camforã 0.10
dizolvate în uleiuri eterice
Fiole de 2 cmc. pentru injecţii intramusculare.

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

Expectorantul cu efect sigur şi constant cu Radix Ipeca standardizat la 10 % Emetină

RADIPON Dr. WANDER

TABLETE

RADIPON cum CODEINO

TABLETE

Indicat în bronşite acute, gripă, pneumonie, bronchopneumonie

Mostre şi literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice

Bucureşti VI, Str. Cazărmei, 89.

Desinfectant şi

Recalcifiant pulmonar

în Tuberculoză

Gripă,

Bronşite

SIROCALCIN „Sapic"

SIROCALCIN cu EFEDRINA

Sirop cu gust plăcut

Mostre şi literatură trimite la cerere

Departamentul ştiinţific „SAPIC"

Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89

BCU Cluj / Central University Library Cluj

în acest fior sfânt, care trebue să se unească pentru a ne zidi drepturile, pentru a ne desrobi dreptatea, pe care n'am avut-o încă, şi pentru a asigura viitorul acestui neam pe temelii de viaţă, cu care să putem înfrunta toată trudnicia vremurilor ce vor să vie.

Cu acelaş realism îmi fac datoria să vă adaog:

Victoria dela Răsărit nu numai că ne-a readus mândria, nu numai că ne-a readus pământurile, nu numai că ne-a dat temeiul de revizuire a conştiinţelor, dar ne dă mai ales povara de a gândi asupra viitorului.

In Europa se dă azi o luptă crâncenă, pentru aşezarea civilizaţiei pe baze noui, în care forţele biologice, cu puterile creatoare şi ideia de justiţie socială, legată de ideia naţională, vor sta la temelia lumii care va să vină.

Dar pentru ca această lume să se zidească, pentru ca această lume să se poată împlini, Europa va trece printr'o cumplită criză. Trecerea dela starea de război la starea de pace, adaptarea Europei dela situaţia de sbucium şi de frământare de azi, la ordinea creatoare de mâine, nu se va putea înfăptui dintr'odată.

Pe de altă parte, în măsura în care războiul va continua şi va secătui puterile de viaţă ale Europei, aşezarea de mâine va fi mult mai grea şi criza pe care o va străbate Europa, până să ajungă acolo, va fi mult mai adâncă şi mai gravă decât aceea prin care a trecut Europa la 1918.

Din această secătuire economică, din această zdruncinare morală şi spirituală, din această frământare care a smuls deja Europei atâtea vieţi şi îi va smulge mâine altele, nu vor ieşi triumfătoare decât neamurile cari vor şti nu numai să-şi fixeze poziţia drepturilor, nu numai să-şi consolideze viaţa, dar să se pregătească, organizându-se pentru furtunile de mâine.

Atât pe plan naţional, cât şi pe plan profesional, noi avem datoria acestei prevederi.

Pe plan naţional, noi trebue să dăm acestui Stat puteri de organizare şi de siguranţă, care să poată fi mâine zid de rezistenţă, împotriva acestor frământări, care vor ameninţa şi Europa şi ţara noastră. Din punct de vedere profesional este inutil să vă amintesc zbuciumul pe care l-a trăit Neamul nostru în acest scurt război. Dar îmi fac datoria să vă amintesc perioada cumplită de epidemii care a venit ca celălalt război, care a zdruncinat puterile de viaţă ale neamurilor printr'o infinitate de crize pe care nu toate Statele au avut prevederea să le întâmpine, pentru ca să le reducă primejdiile.

Pe plan profesional trebue să ţinem seamă, prin urmare, şi să organizăm din vreme o aşezare care să ne dea puterea de a înfrunta ceeace cu siguranţă va veni: acelaş val de epidemii şi primejdii.

Pe planul social va trebui cu orice preţ să ţinem seama că desechilibrul economic, că această frământare de structură europeană, şi toate consecinţele ei vor aduce un zbucium atât de adânc, încât marea contribuţie a medicilor este de a ne ajuta la împlinirea justiţiei sociale, făcând o operă de întărire a vieţii celor slabi, de consolidare a credinţei celor înfometaţi, de uşurare a suferinţei pentru cei bolnavi şi loviţi.

Misiunea socială a Corpului medical, în aceste ceasuri de război, este fundamentală pentru continuitatea noastră de stat şi pentru organizarea noastră ca naţiune, pentru ca să putem birui criza ce va veni.

D-l Vice-Preşedinte al Consiliului face un călduros apel către medici, de a pregăti printr'o organizare sănătoasă şi temeinică, înfruntarea acestei crize, prin măsuri de prevedere pe care profesia medicală trebue să le ia cea dintâiu.

Am convingerea că mă adresez nu numai medicilor, a încheiat d-l Prof. Mihai Antonescu, nu numai judecăţii reci a unor colegi cari împart cu mine răspunderile unor profesiuni, am convingerea adâncă, nestrămutată, că mă

adresez mai alea conştiinţei dvs. de Români, acestei conştiinţi care adaugă la tresărirea noastră românească de veacuri, fiorul înţelept al unei judecăţi care înţelege mai bine decât oricine, că viaţa este o luptă atât pentru oamenii şi neamurile, cari ştiu să aibă un scop, cari îşi fac din rostul lor de viaţă o misiune şi cari au puterea să-şi îmbărbăteze conştiinţa nu numai în judecata rece a interesului personal, ci în sfânta tradiţie a destinului naţional. (Aplauze îndelung repetate).

După terminarea expunerii sale, D-l Prof. Mihai Antonescu, Vice-Preşedintele Consiliului de Miniştri, s'a întreţinut cu delegaţii Corpului medical, într'o atmosferă de desăvârşită înţelegere.

La plecare, asistenţa i-a făcut o caldă manifestaţie de simpatie.

CHLORO-CALCION

LABORATOIRE MICHELS – 9, Rue Castex – PARIS – (IVe)

O SOLUŢIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ.

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIŢĂ DE CAFEA = 1GR. CaCl²

Hemostatic

Recalcifiant DIRECT

Dechlorurant ASSIMILABIL

LITERATURĂ ŞI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEŢII-VECHI Nr. 1, BUCUREŞTI 1

Problema farmaciilor publice în România

Expunerea d-lui prof. d-r Tomescu în conferința de presă dela Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale

In conferința de presă ținută în ziua de 14 N-brie 1941, la Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, d-l Ministru Prof. Tomescu, a vorbit ziariștilor despre problema farmaciilor publice în România, spunând în rezumat următoarele:

Farmacia fiind un auxiliar prețios și indispensabil al practicei medicale în îngrijirea bolnavilor, constitue pentru Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, o preocupare de căpătenie.

Pentru a putea privi problema funcționarilor, în mod critic, în dorința de a pune la dispoziția populației medicamente bune și ieftine, trebue să examinăm mai întâi, situația farmaciilor publice în ultimii doi ani.

Situația farmaciilor publice în anii 1940 și 1941.

România avea până în Septembrie 1940 un număr total de 1451 farmacii, repartizate astfel, după origina etnică a concesionarilor lor: români 606; evrei 438; unguri 220; germani 187.

După mutilarea țării în 1940, au rămas 935 farmacii concesionate în modul următor: români 508; evrei 178; germani 157; unguri 92.

Simpla enumerare statistică ne scutește de orice comentariu.

Pentru a se scuza situația de inferioritate în care se găsea elementul românesc în ceeace privește conducerea farmaciilor, se spunea că nu avem suficienți farmaciști români.

Am căutat să cercetăm valoarea acestei afirmațiuni și în luna Mai am făcut recensământul farmaciștilor, ajungând la următoarele cifre: români 1963; evrei 975; germani 287; unguri 134; alte naționalități 94.

Prin urmare din 1963 farmaciști români, numai 508 conduc farmacii proprii. Avem deci 1455 farmaciști, cari pot prin munca și prin știința lor, să ajute desvoltarea farmaciei naționale.

Numărul actual al farmaciilor în raport cu nevoile populației.

O altă constatare dureroasă pe care am făcut-o, este că numărul actual al farmaciilor este foarte mic în raport cu nevoile populației. In adevăr, ținându-se seamă de experiența făcută cu țările străine, legile noastre prevăd să avem o farmacie pentru 5000 locuitori în mediul urban și o farmacie la 8000 locuitori în mediul rural.

Această proporționalitate este realizată în majoritatea orașelor noastre. Situația actuală este însă foarte îndepărtată de prevederile legale, în mediul rural.

Pentru ca să se vadă cât de puțin s'a făcut și cât de mult este de făcut în această direcție, vom cita situația din câteva județe.

Astfel, în județul Romanați avem o farmacie pentru 31.000 locuitori; în județul Tulcea o farmacie la 27.407 locuitori; în județul Argeș o farmacie pentru 22.811 locuitori; în județul Buzău o farmacie pentru 21.526 locuitori.

Dintre județele cu o proporționalitate mai bună avem: Brăila: o farmacie la 10.221 locuitori; Timiș: o farmacie la 5782 locuitori.

Proecte pentru viitor.

Din aceste date statistice se vede că farmacia românească nu a ajuns la desvoltarea pe care nevoile țării o cer și mândria națională o impun.

Fără să căutăm a stabili răspunderi pentru înstrăinarea locurilor de conducere în această profesiune și pentru numărul prea mic de farmacii ce avem — suntem obligați să căutăm soluțiuni grabnice pentru a îndrepta situația penibilă în care ne aflăm.

De aceea trebue să întemeiem farmacii noui pentru ca să ajungem în curs de câțiva ani la proporția stabilită de legi între numărul farmaciilor și acel al populației.

Recrutarea noilor conducători de farmacii.

Pentru momentul când se vor creia locuri atât de numeroase, trebue să ne gândim la metoda de selecționare a farmaciștilor, cărora li se va încredința oncarea și sarcina de a da un nou și mare avânt acestei profesiuni.

Pentru a avea criterii cât mai obiective de promovarea valorilor, am socotit că cea mai bună metodă este concursul public, în care fiecare candidat are posibilitatea să-și evidențieze însușirile și cunoștințele profesionale.

Pentru ca în acest concurs să se poată aprecia valoarea totală a fiecărui candidat, ținând seama de întreg trecutul lui de muncă, am prevăzut în proectul de lege ce am întocmit, o probă de activitate profesională și socială, de titluri și de lucrări.

Concursul va avea și două probe de tehnică profesională: executarea unei ordonanțe medicale și recunoașterea unui drog. Ambele probe vor fi urmate de expuneri orale asupra cestiunilor date.

In urma acestui concurs, se întocmește un tablou de clasificare pe care sunt trecuți, în ordinea notelor obținute, cei cari au cel puțin media 15.

Tabloul este valabil un an, iar concesiunile de farmacie aflate vacante la ținerea examenului sau cel ce devin vacante în cursul anului, se acordă în ordinea clasificării, farmacistul care a obținut o concesiune este dator să-și deschidă farmacia în termen de cel mult două luni dela data publicării decretului în „Monitorul Oficial".

In scopul de a promova tineretul meritos, am prevăzut în proectul de lege că la examen se pot premia toți licențiații în farmacie.

Finanțarea noilor farmacii.

Noui farmaciști selecționați pe baze științifice și profesionale, ar putea avea dificultăți de ordin financiar la instalarea farmaciilor lor.

Cum ei îndeplinesc un serviciu public, atât de necesar populației, ne-am gândit să solicităm organizarea unui credit special care să-i finanțeze, în condițiuni avantajoase.

Cestiunea se află în studiu și sperăm ca ea să capete o soluționare practică înainte de terminarea examenului de clasificare al farmaciștilor.

Farmaciștii ardeleni refugiați.

In momentul când urmărim să dăm o mare desvoltare farmaciei românești și introducem norme noui de selecționare a oamenilor de conducere, nu putem uita pe cei câțiva farmaciști ardeleni refugiați cari vor intra în drepturile lor de a-și întemeia farmacii în localitățile ce doresc, ținându-se bine înțeles seama de proporționalitatea legală în raport cu populația.

Problema drogheriilor.

Un vechi antagonism domnește între farmaciști și droghiști. Cu toate acestea, pe planuri diferite, ei au ocupații asemănătoare. De aceea cred că este în interesul general ca delimitându-le competența, să-i utilizăm și pe droghiști în comerțul de medicamente, mai ales în ceeace privește preparatele standardizate fabricate de marile industrii străine și române. Aceste medicamente controlate și aprobate de Stat prin organele sale tehnice, credem că pot fi puse la dispoziția publicului atât prin farmacii cât și prin drogherii, dacă ele pot fi administrate fără prescripția și controlul medicului.

Biblioteca Centrală University Library Cluj

In orice caz, această chestiune se află în studiul Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale, întrucât problema a fost pusă în discuțiune de presă și trebue soluționată.

Ceva mai mult, s'a cerut ca unele medicamente uzuale cum este chinina, să poată fi distribuite în satele noastre în cari nu există farmacii, pe calea comerțului liber sau prin orice altă metodă.

* * *

Modificări aduse legii sanitare

Monitorul Oficial din Noembrie a. c. publică următorul Decret-Lege pentru modificarea art. 363, 365, 367, 368, 369, 371 și 372 din legea sanitară, publicată în Monitorul Oficial Nr. 140 din 22 Iulie, referitoare la **exercițiul farmaciei:**

Art. 1. — Se modifică art. 363, 365, 367, 368, 369, 371 și 372 din legea sanitară, publicată în Monitorul Oficial Nr. 140 din 1935, după cum urmează:

Art. 368. — In fiecare an, Ministerul publică examenul de clasificare pentru ocuparea circumscripțiilor de farmacii vacante.

In termen de 20 zile dela publicarea vacanțelor în Monitorul Oficial, cei interesați înaintează Ministerului cererile de înscriere la examenul pentru ocuparea locurilor vacante.

La examen se pot înscrie toți licențiații la farmacie.

Reușita la examenul de clasificare scutește candidatul de stagiul cerut de lege pentru dreptul de dirigenție, ci obținând odată cu concesia și acest drept.

Nu sunt admiși la examen: farmaciștii care au avut o concesie prin concurs, dar au înstrăinat-o.

Candidații, pentru a fi admiși la examen, trebue să îndeplinească următoarele condițiuni de admisibilitate dovedite prin acte depuse odată cu înscrierea:

a) Să fie licențiat sau doctor în farmacie;

b) Să fie de naționalitate română și de origine ariană;

c) Să nu fi fost condamnat prin hotărîre judecătorească definitivă la vre-o pedeapsă infamantă;

d) Să nu fi fost destituit din vre-o funcțiune publică sau pus în retragere din oficiu pentru vreuna din cauzele prevăzute de legea sanitară sau orice altă lege;

e) Să nu fi suferit vre-o condamnare la vreuna din pedepsele care ar interzice dreptul de a mai ocupa funcțiuni;

b) Bărbații să fi satisfăcut legea recrutării.

La cererea de înscriere, candidații vor anexa un memoriu de activitate profesională și socială, titluri și lucrări.

Art. 368. — Examenul de clasificare constă din următoarele probe:

1. O probă de activitate profesională și socială de titluri și de lucrări, în care candidatul își susține oral, memoriul anexat cererii de înscriere, într'o expunere de maximum 10 minute.

2. O probă practică ce constă în executarea unei ordonanțe medicale care va fi urmată de o expunere de maximum 5 minute, asupra lucrării efectuate.

3. O probă orală, care constă în recunoașterea unui drog. Ea va dura 10 minute și anume: 5 minute pentru recunoașterea drogului și 5 minute pentru descrierea lui.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Un regulament special va detalia mecanismul examenului şi va conţine o programă analitică a probei de recunoaştere şi de descriere a drogurilor.

Candidaţii sunt notaţi dela 0—20.

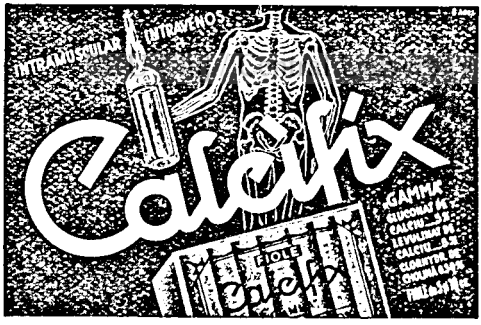
Art. 369. — Tabloul de clasificare întocmit de comisiune se înaintează ministerului pentru îndeplinirea formalităţilor necesare. Candidaţii care au obţinut nota medie generală de minimum 15, sunt clasificaţi şi se trec pe tablou.

Tabloul este valabil un an, iar concesiunile de farmacie aflate vacante la ţinerea examenului sau cele ce devin vacante în cursul anului, se acordă în ordinea clasificării.

Art. 371. — Pe baza rezultatului clasificării, aprobat de minister, concesiunile de farmacie se acordă prin decret, în ordinea tabloului de clasificare rămas definitiv, în urma aprobării ministerului.

Art. 372. — Decretul conţine numele farmacistului şi precizează localitatea şi circumscripţia pentru care s'a acordat concesiunea. Farmacistul concesionar este dator sub sancţiunea pierderii concesiunii, să-şi deschidă farmacia în termen de cel mult două luni dela data publicării decretului de concesiune în Monitorul Oficial.

Art. 11. — Orice dispoziţiuni contrarii prezentului decret-lege sunt şi rămân abrogate.



Reprezentanţa pentru România S. I. F. s. a. r. Bucureşti IV, Avram Iancu 32.

Anuarul Medicilor

de: Prof. D-r P. TOMESCU
Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale

Preocupându-mă de problemele sanitare ale țării, cum o fac mulți din medicii pasionați de profesiunea lor, am militat ani întregi pentru a sădi un mai mare interes pentru sănătatea publică și pentru slujitorii ei devotați care sunt medicii.

Am crezut întotdeauna că medicii sunt nu numai organele executive ale unei acțiuni bine gândite și solid închegate, dar ei sunt promotorii și înfăptuitorii acestei acțiuni salutare.

Munca medicilor români care se desfășoară anonimă pe tot întinsul țării, perseverentă și insuficient răsplătită de cele mai multe ori, asigură de trei sferturi de veac, progresul medicinei naționale atât în aplicațiunile ei practice cât și în domeniul cercetărilor științifice.

De aceia am avut și am cea mai mare stimă pentru colegii mei din toate gradele ierarhiei medicale, dela modestul dar neobositul medic de circumscripție rurală, până la specialistul emerit căruia arta sa îi oferă satisfacțiile succesului, odată cu acelea ale unei stări materiale înfloritoare.

Ceva mai mult, cred că toți medicii care își îndeplinesc în mod conștiincios datoria, sunt egal de utili pentru opera sanitară, indiferent de locul modest sau important pe care îl ocupă în organizația oficială a Statului.

Dacă privind profesiunea medicală a țării, în ansamblul ei, puteam avea câteva impresiuni juste, eram în imposibilitate să cunoaștem situația reală a acestei corporațiuni.

Din această cauză am cerut insistent de mai mulți ani, să se facă un recensământ al medicilor. Cererea mea nu a avut norocul să fie împlinită, decât acum, când prin încrederea D-lui Mareșal Antonescu, am fost chemat la conducerea Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

La 15 Martie 1941, s'a făcut recensământul medicilor. Datele strânse atunci apar în Anuarul pe care îl deschidem prin rândurile de față.

Redactarea lui se bazează pe declarațiile personale scrise, făcute de medici, pe proprie răspundere.

Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale va proceda, îndată după apariția Anuarului, la o dublă revizuire asupra titlurilor și asupra specialității declarate. Abia într'o a 2-a ediție, Anuarul va putea apare în mod oficial cu toate garanții'e că nu s'au strecurat erori de conținut.

Până atunci această primă edi'ie credem că va aduce servicii însemnate atât autorităților civile și militare, cât și publicului.

Din nefericire, o parte din colegii noștri cari la 15 Martie trecut se înscriau în Anuarul Ministerului Sănătății, plini de iluzii și de speranțe, — astăzi nu mai sunt între noi. Ei au căzut eroic pe câmpul de onoare, pentru a recuceri hotarele și prestigiul neamului nostru, atât de profund lezate în 1940.

Îndreptăm către Ei un gând de pioasă recunoștință. Fapta și amintirea lor, vor fi pentru noi cari am rămas, un măreț exemplu și un continuu îmbold către o viață de muncă rodnică și patriotică.

Anuarul a fost complectat cu medicii cari au obținut titlul și diploma după 15 Martie 1941.

Către acești colegi tineri, cari vin în fiecare an în profesiunea noastră, aducând elanul vârstei și entuziasmul noviciatului, pe lângă o temeinică pregătire științifică, — îndreptăm cele mai legitime speranțe.

* * *

Una din problemele cele mai grele cari se pun atunci când Statul doreşte să facă un mare efort în domeniul sanitar, este aceia a cadrelor medicale bine pregătite din punct de vedere tehnic şi spiritual.

Intr'adevăr, dacă printr'o mai bună înţelegere a intereselor generale, guvernul va acorda fonduri mari pentru acţiunea sanitară, — se vor putea întemeia instituţiile şi serviciile de care avem nevoie. Intr'un an sau doi, clădiri impunătoare se pot ridica; în acelaş interval de timp fabricele din ţară şi din străinătate ne pot furniza aparate, instrumente şi mobilier.

Problema cea mai grea de rezolvat este însă a oamenilor bine pregătiţi şi serios specializaţi cari să animeze noile instituţii şi servicii.

De aceia, din primul moment al activităţii mele la Ministerul Sănătăţii am pus problema cadrelor medicale nu numai din punct de vedere numeric, dar şi din acela al specializării.

Pentru a rezolvi această problemă, trebuia să ştim, în primul rând, câţi suntem şi ce putem face fiecare din noi?

Recensământul şi Anuarul de faţă răspund acestor întrebări.

Din nefericire, răspunsul nu este prea favorabil. In adevăr, constatăm că ţara are medici prea puţini pentru o amplă şi normală desvoltare a organizaţiei sanitare. In afară de aceasta, observăm că nu avem numărul necesar de specialişti în diferite domenii ale medicinei.

Iată două probleme cari trebuesc să ne preocupe în gradul cel mai înalt.

Problema numărului, a început a fi rezolvată prin înscrierea a 800 de studenţi în anul I al celor trei Facultăţi de Medicină din ţară.

In cursul acestui an se vor face mari eforturi şi investiţiuni pentru a se mări capacitatea Facultăţilor de Medicină, astfel ca în anul şcolar 1942—1943 să se poată primi 1600 studenţi în anul I.

Pentru ca studenţii să aibă o mai bună pregătire practică, Ministerul Sănătăţii a unificat şi reorganizat concursurile şi stagiile de externat şi internat, mărind salariile, pentru a înlesni studiile nu numai pe planul ştiinţific dar şi pe cel material.

Pe lângă problema numărului, avem pe aceea a specializării, în raport cu planul de desvoltare a organizaţiei sanitare a Statului. Această chestiune trebue rezolvată repede şi foarte temeinic.

Urmărind acest scop, Ministerul Sănătăţii va ţine în curând concursurile de medici primari pentru toate specialităţile. Astfel vor putea fi promovaţi toţi medicii cari sunt pregătiţi într'o specialitate şi aşteaptă consacrarea oficială şi utilizarea lor în cadrele institutiilor sanitare ale Statului.

Concomitent, se vor ţine concursurile de medici secundari pentru un număr de locuri mult mai mare decât în trecut, în scopul pregătirii specialiştilor.

Până când vom avea numărul de medici specialişti de cari avem nevoe, credem că Statul se poate bizui cu încredere pe medicii actuali.

Ei au dovedit, în imensa lor majoritate, atât în timp de pace cât şi în război, — un spirit de abnegaţiune admirabil, o competenţă deosebită şi au desfăşurat o muncă fără preget.

De aceia, adresându-le un căldurос omagiu pentru tot ceeace au făcut, ţin să manifest aici încrederea cea mai desăvârşită în posibilităţile lor ştiinţifice, profesionale şi naţionale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

HYPOTONINE

Tuburi à 10 şi 20 comprimate de 30 ctgr.

Combinaţie aminică a acidului succinic

Medicaţiunea HYPOTENSIVA ideală

Indicaţiuni { Hypertensiune
Turburări vasomotorii
Palpitaţiuni

POSOLOGIE: 2—3 comprim pe zi, timp de 10 zile

Reprezentanţa pentru România: S. I. F. S. A. R.
Bucureşti IV, Avram Iancu, 32

FOLKLOR MEDICAL

„MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ"

sub variatele ei manifestaţiuni, constitue adevărate

ARCHIVE GENERALE DE MEDICINĂ ROMÂNEASCĂ

de cercetat cu folos de toată lumea medicală.

* * *

SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC

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

FOLCLORUL MEDICAL ROMANESC

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

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

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

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

ACTA MEDICA ROMANA

strângerea folklorului medical se impune şi ca o datorie.

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

DIRECŢIA

ANALIZE

Cărţi
Monografii
Teze

DOUAZECI DE ANI DE ACTIVITATE ROMANEASCA IN CLINICA MEDICALA I DIN CLUJ

Tip. „Cartea Românească din Cluj", Sibiu, 1941

Un volum omagial de 312 pagini, dedicat D-lui Prof. Iuliu Haţieganu cu prilejul împlinirii a 20 ani de activitate românească în Clinica I medicală din Cluj.

O culegere de articole scrise de colaboratori şi elevi, cari omagiând pe „maestrul" lor, preamăresc opera îndeplinită în comun în sânul aceleaşi instituţiuni.

O activitate ştiinţifică şi o operă naţională săvârşite sub semnul devizei lui Pasteur: „J'ai toujours associé la grandeur de la science à la grandeur de la patrie".

O prefaţă anonimă, care adresează publicaţia în primul rând celor peste 150 colegi care fac parte din „marea familie" a Clinicei din Cluj, „colaboratori din primii ani şi urmaşi celor cari au continuat munca începută de ei în acelaş spirit de camaraderească întrecere şi de conştientă subordonare a intereselor particulare scopului mai mult al instituţiunii, spirit pe care Profesorul Haţieganu a ştiut să ni-l insufle tutulor dintru început şi să-l menţină prin exemplul pe care ni l-a dat zi de zi".

O mărturisire de credinţă, care a făcut faima Clinicei medicale dela Cluj, care „a isbutit să fie mai mult decât un centru diagnostic sau terapeutic şi să se integreze în viaţa naţiunei".

Un articol preliminar, „Treizeci de ani în serviciul Clinicei şi al Neamului", scris de D-l Prof. D-r Iuliu Haţieganu, Directorul Clinicei, care în esenţă spune:

In îndeplinirea misiunei în facultate, Universitatea în afară de cultivarea ştiinţei are rolul de educatoare a tineretului şi propagatoare a culturii în massele poporului. Clinica medicală dela Cluj s'a încadrat dela început în viaţa Naţiunei şi fidelă tradiţiei ardelene, s'a pus în slujba neamului românesc din Ardeal, om bolnav şi om sănătos, popor şi tineret.

In exercitarea profesiunei medicale, practicarea observaţiei hipocratice trebueşte să fie însoţită de folosirea tutulor mijloacelor de inves-

tigație modernă, iar conștiința medicului să fie încălzită de o devotată iubire de oameni.

In practica de clinică, același medic să ia observația bolnavului și să facă examenele de laborator. Selecționarea cazurilor interesante pentru clinică se face prin organizarea unui activ Serviciu de Consultații gratuite. Numeroși Asistenți inițiați în tecnică vor întregi pe profesor, care formându-și din timp un Stat major de medici distinși, va putea fi înlocuit și continuat cu succes la vremea retragerii, de elevii săi.

Numai o clinică bine organizată va putea deveni Centru de cercetări științifice, precum va putea asigura un Invățământ universitar. Pentru aceasta, Stagiul de spital devine indispensabil. Invățământul semiologiei trebue ridicat la rangul de disciplină fundamentală (la catedră, precum aceea transformată din conferință și ocupată de D-l Prof. Goia). Invățământul tuberculozei pulmonare și al boalelor infecțioase trebue asigurat măcar printr'o conferință (precum acelea ocupate respectiv de D-nii Conf. Daniello și Gavrilă) atașate clinicei. Serviciul de radiologie trebue să funcționeze impecabil (omul indispensabil al clinicei din Cluj a fost D-l D-r Hângănuț). Invățământul terapeutic, clinic și didactic trebue să și-l asigure fiecare clinică, (nefiind numai decât nevoe de o catedră specială) — ceeace pentru Clinica din Cluj a făcut D-l D-r Spârchez, cu pregătire temeinică de farmacologie. Cum tendința modernă este ca fiecare clinică să devină „Institut-Clinic", — Clinica din Cluj și-a organizat un laborator de fisioterapie și rectoscopie (D-r Spârchez), un laborator de electrocardiologie (D-r Moga), un laborator de analize (D-ri Gavrilă și Radu), un laborator de examinări medico-sportive (D-ri Telia și Viciu).

Colaborarea cu celelalte clinice se impune pentru cazurile de limită. Participarea la intervențiile chirurgicale și la autopsiile anatomo-patologice constitue într'o clinică o necesitate pentru studenți. Contactul cu celelalte universități din țară și din străinătate, trebue asigurat în permanență prin anumiți „ambasadori".

O clinică trebue să constitue Cerc de Referate. Să facă Prezentări și Comunicări în Societățile științifice medicale. Să facă lucrări, să publice, (și printre sutele de lucrări și volume publicate la Clinica din Cluj, înscriu la loc de frunte **Tratatul Elementar de Semiologie și Patologie medicală**, în 3 vol., scris în colaborare de Prof. I. Hațieganu cu Prof. I. Goia ș. a., între 1935—1939).

Clinica medicală din Cluj a desvoltat o mare activitate de ordin igienico-educativ, organizând primul dispensar antituberculos studențesc; primul dispensar antituberculos pentru populația orașului Cluj; un serviciu de consultațiuni medico-sportive; și Organizația „Șoimii Carpaților", în cadrele „Astrei" având ca deviză „prin vigoare, conștiință și disciplină la renașterea neamului".

Ca profesionist, D-l Prof. Iuliu Hațieganu a avut credința că „Medicina trebue ridicată la rangul de misiune".

Ca profesor, a dorit să contribue la „formarea unei generații de medici cu o gândire medicală, națională, creștină și socială, — utilă Neamului și Patriei".

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ca şef de şcoală, a ajutat nu numai „a lăsat să se clădească alături de casa sa" casele elevilor săi, ale fiilor săi sufleteşti, reuşind astfel să se realizeze în ei şi devenind superflu să le lase lor nobila misiune de a-l continua.

Ca om de ştiinţă, „nu a descoperit monumente, dar harnic şi modest muncitor, a adunat toată viaţa material" de cea mai bună şi rară calitate, cu care se poate zidi solid.

Ca român, a căutat să propage idealul într'o Românie mare, o Românie puternică, o Românie vecinică — prin credinţă creştină, gândire, muncă, braţe vânjoase şi suflete curate.

Ca părinte, dupe moartea unicului său fiu adorat, şi-a revărsat toată iubirea pe tineret, pe studenţi.

Ca filosof, se mulţumeşte cu puţintelul bine ce a făcut pentru neamul său, dupe exemplul lui Horaţiu.

In această sinceră şi impresionantă mărturisire se cuprinde toată viaţa şi opera marelui Profesor dela Cluj.

I-am făcut elogiul prin reproducerea propriilor săi termeni. Ce am mai avea de adăogat decât că corpul medical românesc de pretutindeni recunoaşte valoarea Şcoalei medicale dela Cluj, către care îşi îndreaptă bolnavii grei; şi că ştiinţa medicală românească îi datoreşte individualitatea proprie care a ridicat-o la rangul de Şcoala medicală românească.

Lipsa de spaţiu ne împedecă a cita măcar numeroasele articole ce eminenţii colaboratori şi elevi ai D-lui Prof. I. Haţieganu au scris, printre cari unele servesc de adevărate îndreptare de organizare pentru o clinică, pentru un serviciu şi chiar pentru un cabinet particular, ca şi pentru practica medicinei. Precum şi a menţiona grandioasa operă ce Clinica medicală I din Cluj a întreprins sub imboldul şefului ei în Universitate şi în afară de Universitate.

Prezentarea raporturilor dintre Profesori şi Studenţi; dintre Maestru şi Elevi; notele biografice asupra vieţei Patronului; clişeele fotografice ale personalului ştiinţific şi ale elevilor clinicei dintre ani 1919 şi 1940, subliniază cadrul familiar al întâlnirii, în ceasul greu dela Sibiu şi trădează acel ciment de afecţiune şi devotament care leagă mai puternic decât stima şi respectul reciproc.

M. Cânctulescu

* * *

CLINICA TERAPEUTICA MEDICALA

de

Prof. D-r D. DUMITRESCU-MANTE

Editura autorului, Bucureşti, 1941.

Această lucrare este rezultatul unei munci de mai bine de doi ani, lucrată în serviciul şi laboratorul clinicei sale dela Spitalul Brâncovenesc.

Intr'un volum de 600 pagini şi 125 de figuri sunt strânse un

BCU Cluj / Central University Library Cluj

număr important de capitole din clinica medicală însoţite de terapeutica fiecărei afecţiuni.

Seria acestor capitole începe cu arta de a formula, artă care în ultimul timp risca să dispară, având în vedere numărul copleşitor de mare, de aşa zise „specialităţi farmaceutice" care invadase piaţa medicală românească. Era deci un imperativ ca într'un tratat de terapeutică, prima atenţiune a cititorului să fie atrasă spre acest rol înalt pe care trebuie să-l aibe medicul, ca printr'o formulă magistrală adequată, graţie talentului său, să ştie să pună la dispoziţia bolnavilor medicamentele în numărul şi dozele necesare fiecărui caz în parte, iar nu să facă rolul de simplu înregistrator, transformând oficina farmaciei într'un oficiu de comerţ banal.

Capitolele următoare privesc o serie de afecţiuni pleuro-pulmonare, printre care tratamentul dilataţiei bronşitei, astmului, şi mai ales al tuberculozei pulmonare, ocupă locul de frunte.

In partea următoare a volumului, asistolia este pe larg tratată, insistându-se mai ales asupra tonicardiacelor şi acţiunea lor farmacodinamică.

Volumul se termină cu descripţiunea celor două metode noui de tratament: sulfamidoterapia care constitue una din cele mai frumoase achiziţiuni pe terenul terapeuticei anti-infecţioase moderne şi vitaminoterapia, metodă terapeutică tot aşa de interesantă, recentă şi încă în curs de desvoltare.

Cartea se adresează atât studentului cât şi medicului care va găsi atâtea elemente necesare pentru practica profesiunei sale. Tipărit în condiţiuni excelente, acest volum prin noţiunile clinice şi mai ales terapeutice ce le conţine, constitue o frumoasă publicaţiune în plus, care vine să îmbogăţească literatura medicală românească.

Lucrarea începând cu reabilitarea artei de a formula subliniază caracterul său eminamente terapeutic, scop suprem spre care tinde clinica medicală.

Redactarea capitolelor cu descrierea boalelor este făcută în scop didactic. Prin aceasta se deosebeşte de marele Tratat de terapeutică clinică al Prof. A. Teohari, dar facilitează reţinerea noţiunilor, fiind cu atât mai indicat pentru studenţi şi medicii practicieni, cari vor aştepta spre folosul lor volumele următoare.

M. Cânciulescu

* * *

CLINICI ŞI MEMORII

SERIA I, 1941

publicate de

D-r N. GRUIA IONESCU

Autorul, medic primar al Spitalului de boli interne din Ploeşti, publică într'un volum de 264 pagini, împreună cu colaboratori, 4 memorii de ordin clinic, dintre cari 3 asupra unor sindrome patologice mai puţin cunoscute, de oarece se întâlnesc mai rar în practica de toate zilele

sau la spital; un studiu asupra tratamentului pelagrei prin acid nicotinic; precum şi o conferinţă asupra Patologiei lui Napoleon Bonaparte.

Astfel, împreună cu D-nii D-ri I. Claudian şi P. Constantinescu studiază **Pelagra şi acidul nicotinic**, expunând pe rând Vitamina antipelagroasă şi acidul nicotinic; evoluţia cunoştinţelor dela noţiunea factorului preventiv al pelagrei la acidul nicotinic; chimia acestuia şi a compuşilor lui; prezenţa acidului nicotinic în natură; în organism, cu metabolismul compuşilor şi fiziologia lui; relaţiile între acidul nicotinic şi pelagrele animale; acidul nicotinic şi carenţa pelagroasă umană; studiul terapeutic, cu fisiologia, administrarea, acţiunea farmacodinamică imediată, acţiunea în pelagrele clinice, acţiunea în pelagrele subclinice, acţiunea preventivă, acţiunea antipelagroasă în general.

Autorii, bazându-se în cercetările lor personale pe bolnavii trataţi cu acid nicotinic repartizaţi în 3 loturi după diferite condiţiuni şi considerente, ajung la concluziunea că efectele „spectaculoase şi dramatice" obţinute în America, n'au fost înregistrate la noi în ţară, şi explică de ce: pelagra este un complex de carenţe, iar acidul nicotinic nu se aderează tutulor; administrat în scop terapeutic, acidul nicotinic vindecă manifestaţiile clinice, transformând pelagra aparentă într'o pelagră inaparentă, clinică; nu poate deci constitui un tratament specific al pelagroşilor, cari mai au nevoe de o alimentaţie echilibrată din punct de vedere calitativ şi cantitativ, de repaos şi tratarea celorlalte afecţiuni coexistente.

Alţi autori români citaţi (Tomescu, Cosmulescu, Daniel, L. Ştefănescu) au obţinut rezultate satisfăcătoare; iar în publicaţiile făcute în colaborare cu A. Grecu, precum şi în comunicările făcute la Soc. med. a spitalelor din Bucureşti, Gruia Ionescu a obţinut o scurtare a perioadei de tratament faţă de pelagroşii netrataţi, dar niciodată rezultate complecte şi definitive.

In **Acrodinia infantilă sau Boala lui Selter-Swift-Feer** împreună cu D-l D-r I. Petrescu, — după ce arată că boala a fost semnalată la noi numai în câteva cazuri (prima observaţie este a D-lui D-r Corneliu Radu luată în 1931, la Spitalul din Arad, dar publicată în 1940; urmează cazurile A. Stroe, A. Stroe şi Criser; Prof. Popoviciu (şi Pop) care a observat cele mai multe cazuri la noi şi care împreună cu Corneliu Radu au adoptat la noi termenul de Acrodinie infantilă din nenumăratele sinonime întrebuinţate în străinătate: Rădoi; Prof. Goia, Moga şi Vancea). — D-l D-r Gruia Ionescu expune etiologia cu repartiţia geografică şi contagiositatea; simptomatologia cu numeroasele turburări, printre cari predomină cele neuropsihice, cutanate şi circulatorii; formele clinice; evoluţia cu complicaţiile posibile şi vindecarea în 90—95% a cazurilor; diagnosticul diferenţial; anatomia patologică; patogenia: tratamentul: în încheere ajunge la concluzia că această **Nevraxită a copilului mic cu sindrom neuro-cutano-circulator este o panencefalopatie de natură infecţioasă**, datorită unui agent patogen neurotrop specific.

Impreună cu D-l D-r P. Constantinescu, bazat pe 3 obs. clinice personale, face un studiu complect al boalei ce designează sub numele de **Eosinofilia esenţială**, prezentând la punct şi la zi cunoştinţele referitoare la diagnosticul, etiologia, fiziopatologia şi studiul clinic al eosinofiliei în general, al eosinofiliilor simptomatice în particular, pentru a putea schiţa cadrul acestei entităţi considerate ca eosinofilie esenţială, atunci când nu se poate cunoaşte cauza.

Impreună cu D-l D-r I. Petrescu, din complexul sindromelor acute abdominale degajează **Dilataţiile gastro-duodenale acute medicale**, în cari ar fi o greşală fatală a se interveni chirurgical, pentru a le opune celor de natură post-operatorie cunoscute bine de chirurgi. Bazându-ne pe 2 observaţii clinice, dintre care una publicată de unul din autori împreună cu D-l D-r Corneliu Radu dela Arad, face studiul complect al acestui sindrom atât de greu de diagnosticat şi de uşor de tratat odată recunoscut. De tratat prin câteva poziţii sau manevre manuale, pentru a scoate de sub compresie a treia porţiune a duodenului din compasul pediculului mesenteric şi a restabili circuitul gastro-duodeno-intestinal.

In **Patologia lui Napoleon Bonaparte**, Conferință rostită în 1939, în cadrul „Gândirei Europene" de sub președenția D-rei Elena Văcărescu, D-l D-r G. Ionescu, bazându-se pe documentație istorico-medicală de erudit consumat, și adoptând stilul extrem de agreabil al romanțării vieței oamenilor mari expune patologia geniului care a fost Napoleon Bonaparte, începând prin aceea a membrilor familiei lui.

Napoleon n'a fost nici epileptic, nici paranoic, nici lipsit de simț moral; ci „un hiperactiv, un hiperafectiv, un hipersensibil, un hipersensorial; un om care a iubit, a suferit; a fost un geniu care a îndeplinit cea mai grandioasă operă, lăsând în urmă-i o magnifică istorie de fapte și realizări".

Culegerea de Fapte clinice, prezentate sub forma unor studii aprofundate, de Memorii cari constituesc adevărate Lecții clinice — ce întreprinde autorul, D-l D-r Gruia Ionescu, împreună cu colaboratori, — constitue o surpriză în literatura noastră medicală pe care o îmbogățește și o onorează. Asemenea studii sunt extrem de folositoare, nu numai pentru studenți sau pentru medici, dar pentru cercetători, deschizând orizonturi noi pentru aprofundarea cunoștințelor puse la punct. Mai cu seamă în medicina românească, care numai prin asemenea studii și cercetări va progresa și-și va fixa o individualitate a sa proprie.

Sunt de așteptat celelalte serii; — precum de dorit conferințe ca aceea de mai sus, cari nu înșiră numai cunoștințe de ordin istoric medical agreabil pentru cetit, dar instructive prin discutarea faptelor narate.

M. Cânciulescu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

MEMORIU DE TITLURI ȘI LUCRARI ȘTIINȚIFICE

Partea întâia (1915—1940)

de

D-r AUREL VOINA
Conferențiar Universitar
Medic primar al Spit. „Prof. D-r I. Cantacuzino"

Tip. „Cugetarea", București 1941.

Intr'un volum de 90 pag., autorul expune în mod cronologic Titlurile și Lucrările științifice efectuate până în anul 1940.

Rezultă din expunerea făcută că autorul, student al Fac. de Medicină din București și doctor al Fac. de Medicină din Cluj, a parcurs în spital toate posturile, ajungând medic primar; — în Universitate, toate gradele, până la acela de conferențiar universitar; — în funcțiunile ad-tive ale M-terului a fost Director general al Ocrotirii, Consilier tecnic și este Inspector general sanitar tecnic onorific; — a desvoltat o activitate didactică apreciabilă; — a îndeplinit multe însărcinări oficiale; — a fost onorat cu diferite recompense; — participă în calitate de membru la activitatea științifică a numeroase societăți medicale

române şi străine; — devine Laureat al Academiei Române în 1931, obţinând Premiul Constantinidi pentru lucrarea „Prostituţia şi boalele venerice în România; — ajunge Membru corespondent al Academiei de Ştiinţe din România în 1940.

S'a specializat în boalele dermato-venerice încă din facultate; şi-a desăvârşit cultura de specialitate pe lângă clinicile din Franţa şi din America (în calitate de bursier al Facultăţii Rockefeller).

A desvoltat o activitate intensă pe terenul Eugeniei şi Etnobiologiei naţionale române, propunând chiar o Reformă a învăţământului în legătura cu biologia naţiunei, situându-se între elevii Şcoalei eugenice dela Cluj, de sub direcţia D-lui Prof. I. Moldovanu.

A făcut numeroase lucrări şi comunicări; a ţinut conferinţe; a publicat volume în domeniul venerologiei, dermatologiei, higienei (individuale şi colective) — în total 120 manifestaţiuni de ordin ştiinţific medical, printre care semnalăm în deosebi, volumele: Îngrijirea tenului, Igiena şi estetica părului, Cum ne apărăm de sifilis, Reforma învăţământului şi biologia noţiunei — cari au fost prezentate la timp în termeni extrem de elogioşi în coloanele acestei reviste.

Autorul acestei intense activităţi se situiază între elementele cele mai pregătite, ce posedăm în câmpul dermato-venerologiei; şi între pionerii de frunte ai refacerii naţionale prin cultivarea raţională a principiilor de etnobiologie.

M. Cânciulescu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CONDIȚIILE DE PUBLICARE, PUBLICITATE ȘI ABONAMENT

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

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeț.

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

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

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

Paginile în plus vor fi plătite de autori, câte 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.—

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

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

Abonamentul anual este de lei 400 pentru medici, 800 pentru Instituțiuni, 1200 lei pentru Străinătate. Se trimete *anticipativ,* prin mandat poștal, revista neavând încasator.

Schimbarea adresei se va anunța la timp.

ERRATA:

In No. 9-10/1941, pag. 637: rând 1 15 și 16: în loc de: Școala de medicină din Clermond Ferrand este condusă de savantul cu reputație medicală, Prof. I. Castaigne... A se citi: Școala de medicină din Clermond Ferrand este condusă de savantul cu reputație mondială, Prof. I. Castaigne...

In No. de față, No. 11-12/1941, pag. 811: Titlul art. D-lui Docent Axente Iancu este: Evoluția și felul de comportare a unor gemeni în colectivitate (deci „Gemeni" în loc de „Genuri").