ANUL XV-lea, No. 1—2 IAN. şi FEBR. 1942

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE
MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COMITET DE DIRECŢIE ŞTIINŢIFICĂ:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DIRECTOR:
Docent M. CĂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BIBL. UNIV. CLUJ-SIBIU
Nr. 1871 -1943
Exemplar legat

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pag.

IN PRAGUL ANULUI AL XV-LEA 7

EROII NEAMULUI

† Medic Căp. D-r Temistocle Constantinescu, 1900—1941 . . 9

CRONICA MEDICALĂ

M. CĂNCIULESCU: **Organizarea Consiliului Sanitar Superior pe bază corporativă** 11

MEDICINĂ DE RĂZBOIU

Doc. D-r LIVIU CAMPEANU: **Biochirurgia în război** . . . 17

Medic Major D-r GRIGORE A. DUMITRIU: **Războiul actual şi epidemiile venerice** 31

I. GLĂVAN: **Chirurgia oculară în actualul război** . . . 49

IOSIF VAINA şi IULIU MANU: **Spălăturile pleurale şi injecţiile cu benzoat de sodiu în tratamentul plăgilor pleuro-pulmonare supurate de război** 55

MEDICINĂ GENERALĂ

Doc. D-r AXENTE IANCU: **Tratamentul hormonal al cryptorchidiei la copii** 69

(Urmare pag. 2 cop.)

4027 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

222

Pag.

POPOVICIU VIRGIL şi LUNGU ONORIU: **Asupra rezultatelor obţinute după extracţiile de cataractă traumatică** 81

QUITTER FELICIU: **Pelagre? Studiu critic asupra concepţiei etiologiei şi patogeniei pelagrei** 87

C. SĂNDULESCU: **Contribuţiuni la cunoaşterea turburărilor gastro-intestinale în malarie** 93

N. STANCIU, A. H. OPARI şi I. STANCIU: **Alcaloizi puri sau preparate galenice de secară cornută** 96

Medic Lt.-Col. D-r VASILIU NICOLAE, S. SURUGIU şi Medic Cpt. D-r SATMARI CONSTANTIN: **Starea sanitară a oraşului Vâlcov sub aspectul „Fenomenului Hidric local"** 104

CAZURI CLINICE

C. V. ANTONESCU şi V. PREDA: **Polidactilie prin gemeliparitate** 112

V. DRĂGOESCU şi A. DOBRESCU: **Fibro-angiom generalizat** . 115

NOTE MEDICALE

Medic Lt.-Col. D-r OD. APOSTOL: **Institutul experimental de oftalmologie „Prof. V. P. Filatov" din Odesa** 119

ACTIVITATE SANITARĂ

Programul de activitate sanitară în anul 1942 129

ANALIZE

PAPILIAN VICTOR şi VELUDA CONSTANTIN: **Istoricul antropologiei în România.** — Anal. Acad. Rom. S. III. T. XVII. Mem. I. 1941 — 46 pag. 8°. . . . 131

Rec. de Prof. M. KERNBACH

Prof. D-r C. I. PARHON: **Manual de Endocrinologie.** Vol. III. Edit. Jean Leon, Bucureşti, 1941 135

D-r ANDREI CĂRSTEA: **Apendiculo-duodenita.** Vol. III din „Biblioteca de Medicină şi Chirurgie", Bucureşti, 1941 135

Prof. A. COSĂCESCU: **Tumori şi distrofii osoase.** Vol. VI. — Fasc. 2 din „Chirurgie semiotică, clinică şi terapeutică", 1941 136

Farm. AD. CĂPĂŢÂNA: **Istoricul Oraşului Panciu şi a Schiturilor „Brazi" şi „Sft. Ion"** prăbuşite de cutremurul din 10 Noembrie 1940. Tip. „Cartea Românească", Bucureşti, 1941 137

Farm. ALEX. GH. ALACI: **Album comemorativ pentru Jubileul de 100 ani al farmaciei Centrale — Oravetz din Focşani.** Inst. „Unirea" Braşov, 1941 137

Prezentate de: M. CÂNCIULESCU

DIVERSE—INFORMAŢIUNI

Noul Consiliu Sanitar Superior 138

Sumarul No. următoare 2
Lucrări medicale româneşti primite la redacţie 4
Tabla alfabetică a publicităţii caselor farmaceutice . . . 6
Condiţiile de publicare, publicitate şi abonament 10

BCU Cluj / Central University Library Cluj

CENZURAT

ANUL AL XV-lea

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

No. 1-2/1942

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

P 279

COLABORATORI PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂŢI

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

PENTRU PARTEA CHIRURGICALĂ CU SPECIALITĂŢI

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

Din „SUMARUL" No.
următoare

G. STOENESCU şi V. NIŢULESCU: **Contribuţiuni asupra tratamentului bolii lui Nicolas-Favre, forma inguinală, cu sulfamide.**

Docent D. I. VASILIU: **O importantă descoperire în tratamentul ozenei.**

Docent V. CERCHEZ: **Limfosarcomul conjunctival.**

V. SABADEANU: **Cercetări asupra lichidului cefalo-rachidian în leziunile sifilitice ale nervilor oculo-motori.**

CORNEL RADU şi D. MILOTA: **Consideraţiuni asupra edemului pulmonar subacut şi curabil al sugarului în legătură cu şease cazuri.**

C. V. ANTONESCU: **Un caz de diabet insipid devenit ulterior glicosuric.**

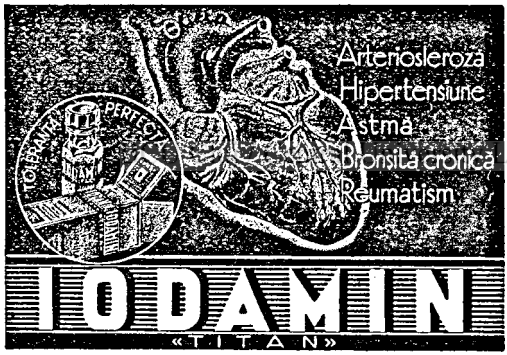
P. THEODORINI: **O secţie de pediatrie la un spital judeţean.**

V. COSTEA şi N. FRANDIN: **Un nou tratament al şancrului moale.**

P. COSAC: **Medicul de plasă.**

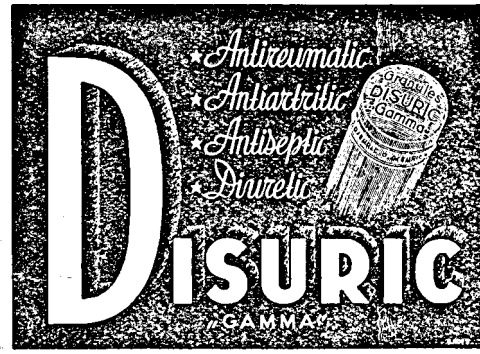
Conf. I. PAVEL şi P. SGANDAR: **Un caz de prolaps ano-rectal vindecat prin injecţii sclerozante.**

ALEX. LAMBESCU: **Contribuţiune la tratamentul sângerând al fracturilor calcaneului, prin metoda Lenormant-Wilmoth.**



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:

Seruri

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

Vaccinuri

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

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

Anatoxine: 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 Freii
Medii de cultură solide şi lichide
Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

*

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

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEŞTI
PRIMITE LA REDACŢIE

D-r V. GOMOIU, în colab. cu Farm. GH. GOMOIU şi MARIA G. GOMOIU: **Adaos la Repertoriul Medicilor, Farmaciştilor, Veterinarilor din Ţinuturile Româneşti** (Inainte de anul 1870). — Bucureşti, „Cultura", 1941.

D-r VICTOR PREDA: **Experienţa antropologică şi determinismul manifestărilor umane.** — Sibiu, „Dacia Traiană", 1941.

D-r L. MAVROMATI: **Problema foliculinei şi a substanţelor oestrogene.** — Revista Şt. Medicale No. 10/1941, Bucureşti.

Medic Maior D-r N. HASNAŞ: **Spitalul Z. I. No. 252 Tg.-Jiu.** — Tip. „Gorjanul", Tg.-Jiu, 1941.

Vitaminele Byla

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Vitamine liposolubile

AMUNINE (VITAMINA A) **Concentraţie nouă:**
Soluţie uleioasă per os, a 120000 u. i. de cc.
5 pana la 10 picături pe zi (în loc de 20 până la 60).
Soluţie pentru spălături.

IRRASTERINE (VITAMINA D).
Soluţie uleioasă per os, a 0 mgr. 5 de Vitamină D cristalizată pe cc.

Vitamine hidrosolubile

VITAMINE B BYLA
In comprimate a 1 mgr.=(500 u.i.) per comprimat drageifiat.
In fiole injectabile a 2 mgr. = (1000 u. i.) per 1 cc. de Vitamine B 1 cristalizată.
In fiole injectabile a 1 ctgr. = (5000 u. i.) per 1 cc. de Vitamine B.1 cristalizată.

VITAMINE C BYLA
(ACID ASCOBIC CRRISTALIZAT NATURAL)
Comprimate a 50 mgr.
Fiole injectabile a 100 mgr. = 20.000 u. i. per. cc.
Fiole injectabile a 500 mgr. = 10.000 u. i. per. 5 cc.

ETABLISSEMENTS BYLA
26, Avenue de L'Observatoire — Paris — 14e

BUCUREŞTI. GEORGES VERGLAS Str. Precupeţii Vechi No. 1

Prevenirea infecţiunei

prin

PARAGEN

Combinaţie de polipeptide, produse de desasimilare a albuminelor şi derivate chinolinice

Antibacterian — Desintoxicant
Mărind puterea de rezistenţă

Indicaţiuni:

Reumatism infecţios, mai cu seamă reumatismul articular acut, stări reumatice acute şi formele cronice cu proxisme. Afecţiuni septice. Terapie adjuvantă în infecţiunile toxice, ca difteria, scarlatina ş. a.

Afecţiuni alergice.

Cutii cu 3 şi 5 fiole a 2 cmc.

»Behringwerke« Leverkusen

Reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R., Bucureşti, Str. Brezoianu 53.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂȚII CASELOR FARMACEUTICE

	Pagina
CHIMIROMAN: Sirop de Ephetonină „Merck"	16
R. FOREK: Decholin „Riedel"	139
— — : Diplosal „Boehringer-Soehne"	37
— — : Flavolutan, Myocombin „Boehringer-Soehne"	43
— — : Pyridium „Boehringer-Soehne"	61
GEDEON RICHTER: Ambesid, Synthoestrin	92
ST. GHEORGHIU: Sirop neuro-tonic	28
ICFAL: Bronchosan Ipecodrin, Hypercalcium, Agoton, Gastrobial, Calciretin, Antireumal, Phedroiod, Ovule-Icfal, Urosol, Sedonervina, Pneumotropina	47
— — : Calcium „Icfal", Fosfovitadol, Hepatonal, Najosol, Metochin	48
P. ILUTZA: Gargarisme, Antiseptol „Chauvin"	111
INSTITUT „D-R I. CANTACUZINO": Seruri, Vaccinuri, Anatoxine, Filtrate microbiene, Principiu lytic, Tuberculină, Antigen metilic, Toxine, Antigene, Merdii de cultură, Diferite analize, Autovaccin, Autofiltrate	3
KNOLL: Calcium diuretin	75
LOEW: Uricedina „Stroschein"	92
LUTEȚIA: Rubiazol	Cop. III
— — : Serenol	80
— — : Codoforme, Nealgyl, Neol „Bottu"	140
— — : Terapia dermatozelor „Debat"	29
— — : Hista „Beytout"	79
— — : Calcigenol „Pinard"	30
ROMIGEFA: Paragen „Bayer"	5
S. I. F.: Iodamin, Disuric „Gamma" — Hypotonine	2, 86
— —: Calcifix, Anemoton	86
SANDOZ: Calcibronat	103
SPECIA: Dmelcos, Cuti-Dmelcos	Cop. IV
SPEPHAR: Bioferment, Cytotonine, Dakynol, Dermophyl, Passicalmine, Solvarthrol, Sulfamidol	68
STANDARD: Opocalcium „Ranson", Agocholine „Zizine"	67
— — : Mandelat „Asta"	85
— — : Quadro-Nox „Asta"	54
— — : Quadronal „Asta"	53
— — : Thionaïodine, Naïodine „Logeais"	23
WANDER: Viosterin, Sulforonin	133
— — : Germicid, Pulmosept	134
G. VERGLAS: Vitaminele „Byla"	4

BCU Cluj / Central University Library Cluj

IN PRAGUL ANULUI AL XV-lea

Revoluţia din 6 Septembrie 1940, cu instaurarea statului naţional, stăpân pe destinele lui, a deschis pentru neamul românesc şi o Eră Sanitară Nouă.

Intorcându-ne faţa dela cea veche pe ale cărei abdicări succesive dela drepturi şi datorii le-am denunţat neostenit timp de 13 ani în coloanele acestei reviste, să ne îndreptăm cu toată încordarea ochii spre cea nouă, pentru a-i descifra rosturile şi pentru a ne pătrunde de spiritul ei. Acest spirit, sequent rostului adânc al totalei prefaceri actuale, se va manifesta pe plan politic, naţional, social şi moral. Mai cu seamă pe plan moral: pentru-că revoluţia din 6 Septembrie rămâne pentru români mai presus de toate morală. Dar pe orice plan şi în orice direcţie s'ar manifesta spiritul revoluţiei în curs, el va urmări realizarea NAŢIONALISMULUI ROMANESC INTEGRAL.

Realizarea acestui postulat naţional — de ordin biologic, etic, social, educativ-cultural, economic, profesional, în ceeace priveşte corpul medical şi orânduirile sanitare, a început.

Timpul scurt n'a permis; şi oamenii prepuşi nu s'au putut ridica, învingându-se pe ei, la înălţimea ameţitoare a misiunei lor — ca să realizeze mai mult. Nici să meargă la „ţară unde este atâta boală şi atâta necaz"; nici „să depună o muncă intensă şi necondiţionată pe ogorul sanitar"; nici „să vegheze asupra moralei profesionale"; nici „să aducă sufletul în bătălia sănătăţii"; nici „să readucă pe Christos în spitale şi în noi", medicii. Legându-se „nu cei ce cugetă la fel, ci cei ce simt la fel", au realizat un „Comandament unic", însă n'au putut clădi „Medicina neamului" şi nici apăra „Patrimoniul său biologic". Dar, în privinţa acestei **Medicine a neamului şi a Apărării patrimoniului său biologic**, prima pagină a fost întoarsă, urmată de încă altele în spre împlinirea destinelor neamului. Definitiv, irevocabil şi pentru totdeauna. Şi, pentru mândria corpului medical românesc, pe pagina întoarsă de el nu s'au înregistrat greşeli.

O pregătire deosebită şi un întreg trecut de luptă pe acest teren şi calităţi speciale l-au indicat pe d-l Profesor D-r P. Tomescu, să scrie paginile următoare în calitate de Ministru al Sănătăţii.

*

Biblioteca Universitară "Carol I" Cluj

Actul din 6 Septembrie 1940, şi epoca ce deschide, impune şi pentru conducerea revistei noastre o revizuire a procesului de conştiinţă.

Cu anul 1940, revista „Mişcarea Medicală Română" a încheiat o a II-a etapă a vieţei sale, etapă care a început în anul 1932, cu trecerea revistei sub dependenţa noastră exclusivă. La acea dată „Mişcarea Medicală", cum se chemase mai înainte, a devenit „Mişcarea Medicală Română" în subtitlu „Acta Medica Romana" pentru a-şi conforma titlul scopului său fundamental, acela de a prezenta activitatea medicală românească de pretutindeni sub diferitele aspecte de ordin ştiinţific, sanitar şi profesional. De a prezenta această activitate în mod cantitativ, constituind **Archive generale de medicina românească**; şi calitativ, selecţionând **Indexul bibliografic medical românesc**, ce publica prin analize.

Considerând activitatea desfăşurată de revistă în cei 13 ani de existenţă, scriam în luna Decembrie 1940, în „Tabla de materie şi autori" pe ultimii 3 ani:

Obiectivitatea strictă, selecţionarea materialului şi autorilor, accesul la tribună oricui avea ceva de spus şi merita a fi ascultat, îndepărtarea spiritului de şcoală unică, atenţia acordată elementelor de valoare din afară de centrele universitare cari nu le pot cuprinde pe toate, preferinţa precumpănitoare pentru autor şi material românesc — sunt câteva din caracterele esenţiale ale acestei activităţi.

Dar mai presus de toate — pe plan naţional — revista a denunţat şovinismul străin cuibărit în presa medicală românească de către anumite publicaţii medicale străine.

Pe plan spiritual — a îndepărtat dela sine elementele de tendinţă internaţională, sprijinându-şi programul pe ştiinţa şi conştiinţa medicală românească. Conştiinţă, care se sprijină pe preceptele religiei creştine. Precepte, cari constituesc tot atâtea remedii biologice naturale tonifiante.

Pe plan etic medical — a combătut ilicismul, adică practica nepermisă, exercitat sub orice formă în M-ter (al Sănătăţii), în învăţământ (cel Universitar), în Asociaţiile profesionale (ale Colegiului), în Practica medicală oficială (a Spitalelor) şi particulară (de Acasă).

Făceam aceste constatări şi exercitam acest scrupul de conştiinţă în No. 1—2/1941, după zilele de 21—23 Ianuarie 1941, în **Zorile erei sanitare naţionale integrale.**

Şi mai apăsat le iscălim azi şi ni le însuşim, după 14 ani de activitate medicală românească intensă, când ne aflăm în **Pragul anului al XV-lea**; în plină desfăşurare a unei reorganizări sanitare totale; în preziua aşezării statului naţional românesc pe baze corporative, în continuare a războiului sfânt pentru desrobirea neamului, sub conducerea D-lui **Mareşal I. Antonescu**, Conducătorul Statului.

D-r M. CANCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

Eroii neamului

BCU Cluj / Central University Library Cluj

† Medic Cpt. D-r TEMISTOCLE C-TINESCU

1900 — 1941

Eroul Căpitan D-r Temistocle A. Constantinescu, s'a născut în oraşul Bitolia, din părinţi macedoneni. Cursul inferior al liceului l'a urmat în Bitolia, iar cursul superior la Nissa. In 1919, s'a instalat cu întreaga familie în România, înscriindu-se la Facultatea de Medicină din Bucureşti. In 1926 a absolvit cursurile acestei Facultăţi, fiind numit doctor al Aeronauticei Bucureşti, unde a funcţionat 7 ani. Apoi a fost medicul unui Batalion la Tg.-Ocna, timp de 1 an, la Spitalul Militar din Silistra 1 an şi în urmă ca medic al Regt. 9 Dorobanţi, R.-Sărat timp de 7 ani.

Războiul actual l'a chemat la datorie şi a răspuns plin de zel şi conştiinciozitate, fiind mereu în prima linie de luptă, pansând răniţii Regt. său, care îl numiau „tată". La prima inspecţie a fost decorat cu „Meritul sanitar Regina Elisabeta".

In ziua de 29 August 1941, este rănit în apropiere de Odessa de un glonte de mitralieră, care i-a perforat carotida stg., ca a doua zi 30 August, să-şi dea sfârşitul în Spitalul de campanie No. 8.

Lasă unanime regrete ca om şi medic valoros.

Şi mai ales ca bun român, care şi-a dat viaţa pentru patrie.

CONDIŢIILE DE PUBLICARE, PUBLICITATE ŞI ABONAMENT

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

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeţ.

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

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

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

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

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

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

se va majora în proporţie cu scumpirea hârtiei.

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

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

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

Abonamentul anual este de:

Lei 500 pentru Medici,
„ 1.000 „ Instituţiuni
„ 1.500 „ Străinătate

Abonamentul se trimete *anticipativ*, prin mandat poştal, revista neavând încasator.

Schimbarea adresei se va anunţa la timp.

ORGANIZAREA CONSILIULUI SANITAR SUPERIOR PE BAZĂ CORPORATIVĂ

In Monitorul Oficial No. 35 din 11 Februarie 1942, a fost promulgat Decretul-Lege pentru Reorganizarea Consiliului Sanitar Superior al M-terului Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

D-l Prof. P. Tomescu, Ministrul Sănătății și al Ocrotirilor Sociale expune și motivează astfel necesitatea acestei reorganizări:

„Felul în care era organizat Consiliul Superior al Sănătății, nu mai corespundea necesităților actuale.

Componența lui pe care o indică legea de organizare a Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale din 20 Noembrie 1939, era prea rigidă și în majoritatea lor membrii consiliului trebuiau să fie medici funcționari din serviciile centrale ale Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, sau ale altor instituțiuni.

Biblioteca Universitară Cluj / Central University Library Cluj

Prin alăturatul Decret-Lege, pe care îl supunem aprobării și semnăturii Domniei-Voastre, în conformitate cu Decretele-Legi No. 3052 din 5 Septembrie 1940, am căutat a mări numărul membrilor, pentru ca acest Consiliu să poată cuprinde cât mai multe din competențele medicale ale țării, de toate specialitățile, prevăzând în același timp ca personalitățile proeminente din diferite regiuni ale țării să fie deasemenea reprezentate.

In chipul acesta se vor putea discuta mai bine problemele și hotărî diferite regiuni ale țării să fie deasemenea reprezentate.

Credem deasemenea, că este bine a se da latitudinea ca în cadrul acestei Consiliu, să poată fi invitați a lua parte și specialiști de toate categoriile (ingineri, arhitecți, etc.), ale căror cunoștiințe ar putea fi utile în problemele sanitare în discuțiune.

Pe de altă parte, dorind a face din medicii cari vor alcătui acest Consiliu niște colaboratori permanenți ai Ministerului, socotim necesar ca fiecare, începând dela gradul de medic primar, să aibă dreptul și datoria de a sfătui și îndruma instituțiunile sanitare exterioare de specialitatea lor, animându-le și contribuind astfel prin directivele ce le vor da, la bunul mers al activității sanitare desfășurată pe teren. Ei vor exercita în acelaș timp și un control riguros al activității medicale din instituțiunile sanitare de Stat".

Prezentăm acest Decret-Lege în partea care privește reorganizarea Consiliului Sanitar Superior:

Art. 17. — Consiliul sanitar superior este organul consultativ, științific și tehnic al Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale în toate chestiunile de ordin general, privitoare la sănătatea publică și ocrotirile sociale.

Art. 18. — Consiliul sanitar superior se compune din membrii de drept și membrii numiți.

Sunt membrii de drept: Medicul șef al Armatei, Directorul general al Casei Centrale a Asigurărilor Sociale, dacă este medic, medicii efori sau epi-

tropi ai Eforiei Spitalelor civile, Aşezămintelor Brâncoveneşti şi Epitropiei Sf. Spiridon din Iaşi, Directorul medical al Căilor ferate, Medicul şef al Spitalului militar central „Regina Elisabeta".

Membrii numiţi sunt în număr de 50. Ei se numesc prin decret, pe termen de 3 ani, în urma propunerii Ministrului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale dintre personalităţile medicale ale ţării, astfel ca în Consiliu să fie reprezentate toate specialităţile medicale şi toate regiunile ţării; doi dintre membrii vor fi farmacişti cu o reputaţie recunoscută în profesiunea lor.

Art. 19. — La şedinţele Consiliului sanitar superior în care se vor discuta probleme ce interesează alte Departamente sau Instituţiuni, pot fi invitaţi a lua parte cu vot consultativ şi delegaţii acestora.

Deasemenea, Consiliul va putea, dacă va găsi că este necesar, să cheme la şedinţe şi tehnicieni din diferite domenii de activitate, calificaţi în problemele ce urmează a fi discutate.

Art. 20. — Consiliul sanitar superior îşi dă avizul sau face propuneri asupra următoarelor probleme:

1. Asupra organizării şi funcţionării serviciilor de asistenţă medicală, de igienă şi medicină preventivă, cât şi de ocrotire socială;

2. Asupra chestiunilor de ştiinţă aplicată care interesează sănătatea şi ocrotirea publică şi asupra chestiunilor de legislaţie sanitară;

3. Recomandă numirile de membri în Comisia pentru combaterea boalelor infecţioase şi sociale, în Comisia farmaceutică şi în cea administrativă.

Art. 21. — Consiliul va fi convocat de Ministru odată pe lună în mod obligator şi facultativ ori de câte ori va găsi că este necesar.

El este prezidat de Ministru sau în lipsa sa, de Secretarul general.

Directorii Igienei şi Medicinei preventive şi al Medicinei curative, vor îndeplini atribuţiunile de secretari ai Consiliului sanitar superior.

Avizele Consiliului sanitar superior se iau cu majoritatea relativă a membrilor prezenţi şi devin executorii în urma aprobării ministeriale.

Art. 22. — Membrii Consiliului sanitar superior, profesori sau medici primari de specialitate, au dreptul şi datoria de a controla şi a da directive în ceeace priveşte funcţionarea serviciilor medicale ale tuturor instituţiunilor sanitare ale Statului şi ale instituţiunilor particulare, cari primesc, sub orice formă, subvenţiuni dela Stat, judeţ sau comună, ţinând seama de normele generale stabilite de Minister.

Fiecare membru al Consiliului sanitar superior exercită aceste drepturi şi datorii numai pentru serviciile şi problemele din specialitatea sa.

Constatările făcute vor fi comunicate în scris Ministerului Sănătăţii.

In partea finală a numărului de faţă prezentăm lista noilor membri, numiţi pe 3 ani, ai Consiliului Sanitar Superior.

*

Apariţia cu întârziere a acestui număr ne îngădue a face o scurtă dare de seamă a primei şedinţe a noului Consiliu, şedinţă care a avut loc în ziua de 10 Martie a. c., cu următoarea ordine de zi:

1° Stabilirea normelor generale de funcţionare a Consiliului Sanitar Superior:

a) Colaborarea Consiliului la lucrările de organizare sanitară;

b) Colaborarea Consiliului la legiferarea sanitară;

c) Discutarea şi soluţionarea chestiunilor de ştiinţă aplicată în legătură cu problemele speciale ale ţării noastre — de ordin medcal, epidemiologic, demografic şi social.

2° Stabilirea normelor de colaborare a membrilor Consiliului Sanitar la acţiunea de îndrumare şi control tehnic a tuturor instituţiunilor şi serviciilor sanitare din ţară.

Expunerea D-lui Ministru al Sănătăţii. — D-l Prof. D-r Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, după ce a expus realizările sa-

nitare din ultimul an *) şi a arătat că sănătatea publică formează una din preocupările de căpetenie ale D-lui Mareşal Antonescu, Conducătorul Statului — a spus în rezumat:

Prin formarea noului Consiliu Sanitar, din care fac parte cele mai proeminente personalităţi medicale ale ţării şi cei mai reprezentativi medici ai provinciilor româneşti, Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale intră într'o nouă etapă de desvoltare.

Ministerul va trebui să devină, cât mai repede, un organism tecnic, o instituţie medicală cu mare prestigiu ştiinţific în locul autorităţii administrative greoae de acum.

Pentru aceasta, Consiliul Sanitar va trebui să aibă o activitate foarte importantă atât în elaborarea programelor generale de lucru cât şi în aplicarea lor practică pe teren.

Pe viitor legile sanitare vor fi discutate în Consiliul care se va ocupa totdeodată de ameliorările ce se vor dovedi necesare în organizarea sanitară.

Prin comisiuni emanate din Consiliu, la cari se vor putea adăuga şi alţi specialişti, se vor studia şi soluţiona chestiunile de ştiinţă aplicate în legătură cu probleme speciale ale ţării noastre, — de ordin medical, epidemiologic, demografic şi social.

Pentru ca măsurile luate să poată da rezultatele practice pe cari le urmărim, membrii Consiliului le vor controla pe teren, fiecare în specialitatea sa, stabilindu-se o legătură strânsă şi permanentă între protagoniştii ştiinţei şi perfecţiunei medicale şi medicii din toate funcţiunile publice ale Statului.

D-l **Prof. D-r Şt. Nicolau** relevă că pentru prima dată C. S. S. este chemat să participe la Organizarea sanitară de Stat.

D-l **Prof. D-r I. Iacobovici** spune că s'a creiat un corp consultativ pentru Organizarea sănătăţii publice în România, care va asigura continuitatea în politica sanitară, va exercita o acţiune de colaborare şi de îndrumare asupra organelor exterioare.

D-l **Prof. D-r D. Teodorescu** remarcă că toate specialităţile medicale vor putea să-şi afirme punctul de vedere în marile probleme de Organizare sanitară.

D-l **D-r Şt. Irimescu** arată că membrii C. S. S. vor putea îndruma întreaga activitate sanitară pe teren.

D-l **D-r D. Lazăr** cere elaborarea grabnică a legilor pentru combaterea avortului, a protecţiei mamei şi copilului; medicii să se ocupe şi de sănătatea morală a poporului român şi să fie îndrumătorii sufleteşti ai satelor.

D-l **Prof. D-r N. Lupu** preconizează concentrarea în mâna M-terului Sănătăţii a mijloacelor de cari dispun diferitele instituţiuni sanitare de Stat; o unificare reală a tutulor aşezămintelor sanitare; M-terul Sănătăţii să colaboreze cu facultăţile de medicină pentru o instrucţie cât mai completă a viitorilor medici.

D-l **Prof. D-r V. Ciocâlteu** arată că fac. de med. trebuesc ajutate, crescându-li-se veniturile, pentru ca să poată scoate cât mai mulţi medici.

D-l **Prof. D-r M. Ciucă** relevă rolul higienişti'or în elaborarea legilor sanitare; al Consiliului S. S. în studierea problemelor cari interesează diferitele specialităţi medicale; al organizării pe teren de cursuri, conferinţe, stagii la institutele de ştiinţă aplicată.

D-l **D-r G. Banu** arată că medicina preventivă apără patrimoniul biologic al unui popor; medicina preventivă se aplică pe teren; după principiile moderne; de cât mai mulţi medici higienişti.

D-l **Prof. Farm. Şt. Bogdan** cere rezolvarea problemei medicamentelor, în farmacia românească în sfârşit purificată.

D-l **Prof. D-r I. Bălteanu** cere colaborarea între cei dela centru şi cei de pe teren pentru rezolvarea problemelor epidemiologice.

D-l **Prof. D-r P. Niculescu** cere controlul medicamentelor; al asistenţei balneare; al reorganizării învăţământului medical.

---

*) O expunere mai amplă a acestor realizări se face în articolul: *Un an de activitate la M-terul Sănătăţii* de *Prof. P. Tomescu*, M-trul S. şi O. S. şi Insp. g-ral san. *I. Stoichiţia*, Secretar g-ral al M-terului, în Romania Medicală No. 4 | 1942.

D-l D-r Gh. Plăcinţeanu deosebeşte în atribuţiunile C. S. S. o activitate centrală prin studierea din vreme a problemelor sanitare; şi una periferică prin îndrumarea colaborării tutulor organelor sanitare locale la rezolvarea problemelor sanitare locale.

D-l D-r P. Râmneanţu în numele D-lui Prof. S. Moldoveanu relevă rolul colaborării active a membrilor C. S. S. cu organele sanitare de pe teren; membrii C. S. S. să-şi culeagă informaţiile pe teren; să îndrumeze spre perfecţionare activitatea medico-sanitară a serviciilor; prin discuţii, conferinţe, demonstraţii; C. S. S. să discute numai chestiuni de principiu şi de însemnătate deosebită.

D-l D-r V. Pătrăşcanu relevă rolul Societăţilor regionale de medicină pentru favorizarea activităţii sanitare, propunând eventuală legiferare în acest sens.

D-l Medic Col. D-r M. Căpitanovici constată necesitatea unei strânse colaborări între serviciile sanitare civile şi militare, şi mulţumeşte pentru importanţa ce se dă şi onoarea ce se face corpului medical militar, prin alegerea de drept a Şefului serviciului sanitar militar în Consiliu.

D-l D-r M. Câneiulescu distinge prin compunerea actualului C. S. S. o activitate de îndrumare ce vor desfăşura în sânul diferitelor specialităţi (de sus până jos, dela centru până la periferie) reprezentanţii lor cei mai autorizaţi; o activitate de coordonare a specialităţilor, care incumbă reprezentaţilor în Consiliu ai diferitelor regiuni aleşi nu după stricta specialitate a fiecăruia.

Considerând pe membrii noului C. S. S. de pe acum puşi în serviciu comandat de însăşi onoarea distingerii ce li s'a făcut, şi datori să intervină de îndată programatic şi activ pentru favorizarea activităţii instituţiunilor medicale civile militarizate, precum spitalele mai promovate la rangul de spitale matcă cu numeroase anexe; — spune că conducătorii acestor spitale cu sute de răniţi, trebue să aibă prestigiul şi autoritatea necesară pentru impunerea disciplinei, iar în armată gradul conferă prestigiul şi impune disciplina; cum un mare număr de universitari chiar şi profesori, de medici primari de specialitate, de membrii ai însuşi C. S. S. se află în această situaţie; şi nu au gradul la care au dreptul prin titlurile, specialitatea, vârsta lor — roagă pe D-l Ministru să intervină pentru satisfacerea acestui deziderat care nu este de ordin personal, ci de interes general, pentru numeroşi medici de rezervă şi medici asimilaţi. Rectificarea urmează să se facă din vreme, dar să nu intre în acţiune decât la momentul oportun; pentru durata limitată a mobilizării spitalelor; salarizarea putând rămâne acea a postului civil, pentru economii budgetare, având în vedere şi mobilizarea pe loc.

D-l D-r I. Stoichiţia, Secretar General al Ministerului Sănătăţii, arată că actualul războiu a pus şi mai mult în evidenţă importanţa hotărîtoare şi valoarea nemăsurată a capitalului uman, precum şi grija deosebită pe care trebue să o avem pentru prosperitatea lui biologică integrală. Această mare îndatorire revine serviciului sanitar al ţării şi în primul rând corporaţiei medicale, care în timpuri grele a dat o strălucită dovadă nu numai de temeinica sa pregătire profesională ci şi de un înalt spirit al datoriei care uneori a mers până la supremul sacrificiu.

Având un Corp medical atât de select, suntem datori să procedăm în strânsă colaborare cu el la aşezarea unor temelii solide pentru viitoarea noastră organizare sanitară, care trebue întărită şi modernizată pentru a putea corespunde nu numai marilor necesităţi ale momentului de faţă, ci şi realizării unui mare şi vast program de lungă durată.

Consiliul sanitar superior a fost reorganizat pentru a putea corespunde acestor nevoi imperative colaborând cu Ministerul Sănătăţii, prin competenţa şi autoritatea sa la elaborarea legilor organice necesare; la stabilirea celor mai potrivite sisteme de organizare sanitară la fixarea celor mai nimerite metode technice de acţiune pe teren. In afară de aceasta membrii Consiliului Sanitar Superior, vor trebui să participe fiecare în domeniul specialităţii sale, la îndrumarea pe teren a acţiunei sanitare şi de ocrotire, păstrând şi întărind prin aceasta legătura spirituală şi ştiinţifică între conducerea centrală şi între organizaţiile exterioare. Ca metodă de lucru D-l D-r I. Stoichiţia propune pentru problemele mari formarea unei Comisiuni re-

strânse din cei mai competenţi specialişti, iar pentru problemele de mai mică importanţă referate individuale.

Acestea elaborate se vor prezenta plenului Consiliului sanitar care le va discuta şi le va da forma definitivă, urmând ca să se pună în aplicare sau executare de Minister.

Pentru îndrumarea activităţii pe teren, D-sa propune participarea regulată a unor membrii desemnaţi din Consiliu la conferinţele trimestriale şi anuale, judeţene şi regionale, la care sunt prezenţi în mod obligator toţi medicii din aceste judeţe sau regiuni.

Inchizând desbaterile D-l **Prof. D-r Tomescu,** Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, arată că membrii Consiliului Sanitar Superior au fost întru totul de acord cu actuala organizare a Consiliului; că prin acţiunea lor se va realiza o îmbunătăţire notabilă a funcţionării diverselor servicii sanitare; că mai ales organizaţia sanitară ar putea să corespundă întru totul nevoilor ţării.

La sfârşit, D-l Ministru al Sănătăţii adaogă că se opreşte la reforma de a fi adus în atribuţiunile Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, numirea coordonarea şi controlul tecnic al organelor medico-sanitare existente la diferite departamente, fără centralizarea fondurilor respective. Va propune înaintarea în grad a medicilor de rezervă şi a medicilor asimilaţi la alegere; activitatea fiecăruia iar nu vârsta determinând criteriile de selecţionare. Pentru păşirea grabnică la realizări practice, invită după amiază Comisiunile instituite dintre membrii Consiliului pentru problema combaterii şi prevenirii tuberculozei şi pentru problema combaterii mortalităţii infanţile la oraşe şi la sate.

Din expunerea de motive, din textul decretului-lege, din cuvântările rostite, s'a pus în evidenţă marea reformă pe care o reprezintă Noua Organizare a C. S. S.

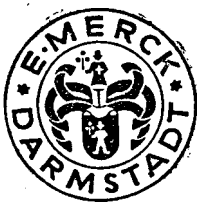
S'a realizat astfel în ţara noastră, în corpul medical, primul Organ tecnic de ordin reprezentativ corporativ, cu rol consultativ şi anumite atribuţiuni executive de activitate pe teren.

S'a recurs, pentru compunerea lui, la reprezentanţi ai diferitelor specialităţi medicale, la reprezentanţi ai tuturor provinciilor, la reprezentanţi ai instituţiunilor mari în stat (Armata, Asigurările Sociale, C. F. R., Eforiile spitaliceşti); cu titlu consultativ şi la alţi specialişti în afară de corpul medical; — s'a avut în vedere unicile criterii valabile de selecţionare în activitatea, meritul, specializarea fiecăruia.

Iar în desbaterile ce au urmat, s'a scos în evidenţă rolul activ efectiv ce trebue să îndeplinească acest organ medico-sanitar de ordin corporativ, pentru ai cărui membri onoarea făcută atrage responsabilitate, drepturile comandă datoriile, ştiinţa implică conştiinţă.

Această realizare a actualei conduceri sanitare se încadrează în statul român corporativ pe cale de instaurare. Şi, spre cinstea corpului medical românesc reprezintă prima realizare oficială de acest sens.

D-r M. CÂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină



In tuse de orice fel
pentru copii şi adulţi

Sirop de Ephetonină
contra tusei **Merck**

Gust plăcut
Intrebuinţare economică

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ambalaje:
Flacoane originale cu aprox. 100 şi 170 gr.

E. MERCK • DARMSTADT

Reprezentanţa generală: Chimiroman, Farmacist Liviu Bancu,
Bucureşti I, Str. T. G. Masaryk No. 32

BIOCHIRURGIA IN RAZBOIU

de

Docent D-r LIVIU CÂMPEANU

Adresa No. 30019 a Ministerului Apărării Naţionale, Direcţia Sanitară, ne-a adus la cunoştinţă că: „Din ordinul Domnului Mareşal „Antonescu, va avea loc la Iaşi, între 31 Ianuarie şi 2 Februarie 1942, „un congres de medicină şi chirurgie de război, la care se vor desbate „probleme importante, precum şi învăţăminte trase pentru organizarea „şi funcţionarea serviciului sanitar la diferite formaţiuni sanitare, ca „rezultat al experienţei războiului dus de noi până în prezent."

Datori suntem să ne spunem cuvântul! Să scoatem în evidenţă succesele noastre, dar să arătăm şi neajunsurile, obstacolele, cari ne împiedică încă şi astăzi de a salva un număr mai mare dintre acei ce mor pe câmpul de luptă, decum s'a reuşit până în prezent.

Biblioteca Universitatea "Babeş-Bolyai" Cluj

Armele ultramoderne din ultimul război, ce se duce cu atâta înverşunare şi necruţare, au putere mult mai distrugătoare, decât acelea cunoscute din trecutul război mondial. Natural este, ca şi străduinţele noastre de a găsi mijloace de salvare corespunzătoare, să ţină pas cu acelea de atac. Avem cu toţii sentimentul, că trebue să se facă ceva în plus în interesul luptătorilor răniţi pe front.

Starea aceasta sufletească nu este nouă la corpul medical. Ea s'a manifestat şi altădată, de câte ori un armament nou a surprins, prin exaltarea numărului victimelor, puterea şi capacitatea de acţiune a medicilor, chemaţi să-i salveze pe cei scoşi din luptă. O vedem în cursul războiului din 1870—71, când au intrat cu efect deosebit în scenă mitralierele franceze, apoi în 1912 şi în cursul războiului mondial. Crizele morale profesionale s'au aşezat odată cu descoperirea noilor îmbunătăţiri, ce au îmbogăţit chirurgia de război.

Se pune întrebarea: cari sunt posibilităţile noastre de a crea ceva nou în interesul răniţilor şi dacă se mai poate aduce vreo ameliorare sau nu sistemului de asistenţă de astăzi? Răspunsul nu este uşor, căci ştiut este, că nici până în prezent nu s'a neglijat nimic din partea noastră în interesul luptătorilor, răniţi la datorie.

Şi cu toate acestea nu putem rămâne cu braţele încrucişate în faţa noilor probleme! Trebuesc neapărat reduse pierderile de vieţi de pe front, altfel în curând forţele noastre vor fi peste măsură de sleite.

Dacă chirurgia de azi, care se găseşte în plină criză de concepţie, nu ne poate duce la deslegarea problemei, să facem apel la chirurgia viitorului. La necesităţi noui, concepţii noui!

Singură biochirurgia ne poate scoate din criza morală şi materială, care învăluie soarta rănitului de pe front!

Trebue să rupem cu trecutul necorespunzător!

* * *

Criza noastră sufletească de astăzi coincide cu criza de concepţie fundamentală a chirurgiei moderne, parte şi ea a crizei generale, care de câteva decenii slăbeşte baza ştiinţifică a întregului domeniu medical.

Greutăţile, ce ni se ridică în calea creaţiei, se datoresc în bună parte faptului, că gândirea, ce domină viaţa noastră medicală, este prea strâns influenţată de doctrina patologiei celulare Virchowiene, care formează şi fondul chirurgiei organelor, unilaterală, de astăzi, pe care o practicăm încă, dar care în realitate aparţine deja trecutului.

„Evoluţia impunătoare, pe care a pornit-o patologia Virchowiană, a organelor, pe terenul practic al medicinei, şi-a făcut datoria. Medicina viitorului este obligată să treacă dela tratamentul organelor la vindecarea unitară a organismului", scrie Manninger în recenta sa lucrare de istorie a chirurgiei. Aceeaşi constatare reiesă şi din Manualul de Anatomie Patologică Clinică a lui Titu Vasiliu: „Concepţia patologiei celulare a suferit scăderi în ultimul timp, pe când noi descoperiri, de elemente structurale intracelulare, precum granulaţiile lui Altmann, mitocondriile, aparatul reticular a lui Golgi şi mai cu seamă concepţia electrică ionică a structurei protoplasmei a făcut, ca celula, să nu mai poată fi considerată ca unitatea cea mai simplă, la care se pot reduce toate manifestările vitale."

Digitized by Romanian Academy Library Cluj

Locul nu-mi permite ca să intru în amănunte. Amintesc numai probleme scoase la iveală de către medicina experimentală, de către bacteorologie, serologie şi immunologie, de fiziologie în general, de evoluţia specialităţilor profesionale medicale, ş. a., cari au acoperit cu atâtea noi cunoştinţe fondul relativ simplu al concepţiei medicale de altădată şi cari au creiat atâtea nedumeriri, fissuri, separaţiuni şi divergenţe în fondul comun al concepţiei medicale de astăzi, în cât nu ne mai surprinde câtuşi de puţin deslănţuirea marei crize a medicinei cu conflictele ei multilaterale, în care ne sbatem.

Cercetătorii caută calea, ce va duce din nou la unitate de gândire. Trebuesc descoperite noi legi, simple, unitare, valabile pentru toţi, cari să spargă carapacea, în care ne simţim încleştaţi, în imposibilitate de a zări viitorul. Se lucrează cu pasiune în acest scop, însă „Viaţa", pânza ţesută atât de bogat din elementele funcţiunei şi autoregulării organismului nostru, deocamdată acopere pentru vederea noastră aceste legi. Cercetările de până acum s'au ocupat numai cu desfacerea şi analiza firelor, din care este alcătuită, ţesută, pânza vieţii. S'a îngrămădit o massă atât de mare de date analitice, încât probabil din cauza aceasta nu mai putem zări fondul problemei, ce se ascunde în dosul ei. Munca de sinteză încă nu a pornit destul de viguroasă. Se luminează însă. Dovada,

că primele încercări de sinteză au început, se evidenţiază din ce în ce. Observatorul atent, care cercetează foile literaturei medicale mondiale, le constată. Aceste puncte luminoase, se aprind încă separat; unul câte unul, prin diferitele ţări.

Izolarea, creată de războiu şi de politica autarhică, a cauzat mari pagube pentru desvoltarea ştiinţei. Dar organele ştiinţifice internaţionale încep să se desmeteceasca din lunga letargie şi sunt semne, că în curând, trecând peste greutăţile ce se opun, cu siguranţă vor porni din nou discuţiile în societăţi, asociaţiuni şi congrese, cari prin desbaterile şi influenţele lor reciproce, vor deveni atât de productive pentru desvoltarea ştiinţei medicale. In Franţa şi în Germania sunt din ce în ce mai frecvente adunările ştiinţifice, organizate în interesul tendinţelor de reunificare a medicinei (Einheitsbestrebungen in der Medizin). Bănuim, că domeniul biologic va fi acela, care va germina legile unitare, ce vor orienta concepţia de bază a viitoarei medicini, scrie Manninger în lucrarea sa recentă: „Drumul triumfal al chirurgiei".

Biochirurgia este un răspuns la aceste aşteptări!

* * *

Ea este în spiritul ultimelor descoperiri ştiinţifice, se bazează pe un nou fond, biologic, unitar şi valabil pentru toată medicina, iar rezultatele practice au fost confirmate de experienţa faptelor reale! Ea ne scoate din făgaşul prea strâmt al posibilităţilor noastre de până acum, aduce sentimentul siguranţei şi de creaţie în munca noastră, umplându-ne de satisfacţii, neîncercate până în prezent. Ea constitue un pas însemnat înainte, deschizând o nouă epocă în istoria chirurgiei, cu consecinţe incalculabile în gândirea noastră, influenţând adânc latura morală, socială şi economică a activităţii noastre atât în timp de pace, cât şi în caz de războiu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Critica medicală ştiinţifică de pretutindenea a acordat toată atenţia acestei creaţii, numind-o uimitoare. Germanii o numesc şi „Ordnungschirurgie", ea fiind în concordanţă cu legile biologiei. Rezultatele biochirurgiei au fost confirmate de toţi acei, ce o practică şi aflate în perfectă conformitate cu cele cuprinse în volumul meu „Die postoperative Erkrunkung — Ein Reform der chirurgischen Behandlung", şi mai complect decât prima ediţie românească.

* * *

Care este taina, elementul nou, ce stă la baza atâtor posibilităţi operatorii şi a rezultatelor suprinzătoare ale biochirurgiei în raport cu acele obţinute cu ajutorul chirurgiei, uzuale de astăzi?

O expun prin câteva cuvinte, cu atât mai mult, cu cât unii nu au înţeles noua gândire şi judecând numai la suprafaţă, au confundat-o cu o reeditare a problemei sculării precoce şi a anesteziei locale. Ori nu este aşa!

Ca să înţelegem mai uşor lucrurile, să aruncăm o scurtă privire asupra evoluţiei chirurgiei, din cele mai vechi timpuri până în zilele noastre!

Privind în linii mari trecutul medicinei, am traversat până în pre-

prezent două epoci: chirurgia empirică şi chirurgia modernă. Care este diferenţa între aceste două şi între biochirurgie?

Chirurgia empirică se bazează pe experienţa milenară, câştigată din practica zilnică, fără ca să aibă la bază cunoştinţe exacte, întemeiate pe ştiinţele naturale şi pe fiziologie.

Chirurgia modernă este produsul ultimilor două sute de ani. Măreaţa ei construcţie s'a format sprijinită pe trei factori esenţiali şi anume: pe respectul structurei anatomice a organismului, pe anestezie şi pe apărarea contra microbilor.

Diferenţa între ele este formidabil de mare. S'a progresat mai mult în două veacuri, decât în tot restul timpurilor nesfârşite şi indefinite. Din timidă şi limitată, graţie muncii continue, neobosite, tenace şi încordate, desfăşurate de câteva generaţii, chirurgia a ajuns la loc de frunte în cadrul medicinei.

Azi cele mai ascunse şi mai delicate organe, sunt atacate cu succes de mânuitorii bisturiului. Technica chirurgicală este precis reglementată pentru cele mai variate stări patologice.

Şi cu toate acestea chirurgia modernă, bazată pe doctrina Virchowiană, este plină de nesiguranţă şi riscuri. O serie întreagă de tulburări, uneori latente şi mai uşoare, altădată manifeste şi grave, nu odată având sfârşit mortal, intervin insiduos sau dramatic, nimicind opera noastră şi punând la grele încercări forţele şi rezistenţa bolnavilor operaţi.

Literatura din ultimele decenii se ocupă din ce în ce mai insistent de aceste tulburări. Cercetări de laborator au arătat, că din cauza intervenţiei chirurgicale se răstoarnă echilibrul normal, fiziologic, neurovegetativ, humoral, circulator şi hemo-leucocitar, organismul şocat fiind invadat de materii toxice, cari, dacă nu sunt distruse şi eliminate la timp, pun capăt vieţii.

Dictonul: „Operaţia a reuşit, bolnavul a murit" şi-a găsit o resemnată confirmare prin rândurile scrise de către Leriche în 1934: „Chirurgia poate omorî şi rămânând aseptică, chiar şi atunci, când nu se comite nici o lacună faţă de legile technice... Nu există act chirurgical, care să nu producă revoluţie humorală mai mare sau mai mică în organism. Boala postoperatorie este de cele mai multe ori inaparentă, dar e totdeauna existentă, uneori fiind gravă, altădată mortală".

Chirurgia de azi, a organelor, — ale cărei rădăcini deşi se scufundă până în viaţa celulară, nu ţine seamă în suficientă măsură de problemele complexe ale vieţii intracelulare, cum şi de interdependenţa strânsă a diferitelor funcţiuni, a căror joc intim asigură susţinerea şi autoregularea echilibrului vital al întregului organism, — rămâne de multeori insuficienţă în faţa problemelor fizio-patologice, pe cari le întâlnim. Din aici derivă toate neajunsurile. Acoperirea acestei lacune nu poate fi neglijată, fără să expunem la gravă periclitare viaţa bolnavilor.

Această complectare se străduesc să o pună la punct cercetătorii. De găsirea soluţiei depinde crearea chirurgiei viitorului.

Am sentimentul siguranţei, că am descoperit calea în spre lumină.

Am întregit numărul celor trei factori, cari caracterizează fondul chirurgiei moderne dela trei la patru. Planul, pe care a evoluat chirurgia modernă, părea că se reazămă perfect pe trei piloni. Aşa credea şi

Volkmann, când făcea comparaţia între chirurgia empirică de altădată, cu cea de astăzi. El asemăna munca chirurgului empiric cu munca agricultorului. Chirurgul îşi făcea partea lui, restul venea dela Dumnezeu. In chirurgul modern vedea un fabricant. Cerea dela el, să ne dea marfă solidă şi garantată. Anii, cari au urmat acestei enunţări, au arătat, că nu stau chiar aşa treburile. Boala postoperatorie s'a menţinut şi pentru mai departe, ca o sabie a lui Damokles deasupra bolnavului.

Planul de susţinere al chirurgiei viitorului, al biochirurgiei, are patru piloni. El este echilibrat, nu se mai răstoarnă uşor. Experienţa câştigată pe baza miilor de cazuri operate, fie de mine personal, fie de alţi chirurgi indigeni sau străini, este elocventă şi convingătoare.

Rezultatele biochirurgiei par neverosimile, fantastice, uluitoare pentru cel ce nu cunoaşte fondul problemei. In realitate ele sunt normale. Şi este natural să fie aşa!

Sunt cinci ani, de când analizând cauzele etiologice ale boalei postoperatorii, am ajuns la concluzia că ele sunt: şocul psihic şi traumatic, intoxicaţia exo- şi endogenă şi jena circulatorie. Ele constituie o sarcină pentru rezistenţa bolnavului. Raportul dintre sarcina operatorie şi rezistenţa bolnavului determină mărimea riscului operator, care este în proporţie directă cu sarcina şi invers proporţională cu rezistenţa celui operat.

Sintetizând cele de mai sus, ca o concluzie practică am formulat bioterapia chirurgicală, care respectă pe de oparte la maximum posibil forţele, de care depinde funcţia normală a schimburilor, pe de altă parte utilizează în mod raţional şi metodic aceste forţe, pentru reechilibrarea funcţiunilor vitale, slăbite şi desorganizate de actul operator. Experienţa a confirmat în întregime teza. Au dispărut din chirurgie pneumonia postoperatorie, trombembolia, staza gastro-intestinală, colapsul cardiac, etc. La fel şi administrarea cardiotonicelor, atât de des utilizate, după operaţie, la bolnavii trataţi fără de aplicarea noului tratament.

Anestezia locală şi scularea precoce a bolnavilor operaţi, nu constituesc bioterapia. Ele sunt numai mijloacele ei. Cu prima, foarte puţin toxică în comparaţie cu celelalte anestezice, înlăturăm intoxicaţia generală sau regională a organismului. Reducem cu ea la minim şocul psihic şi traumatic pe de oparte, şi facem posibilă scularea precoce pe de altă parte. Cu a doua asigurăm o circulaţie normală a sângelui şi a limfei, reglementând alimentarea tuturor celulelor din întreg organismul, prin armonizarea funcţiunei cordului central şi a celui periferic.

Cu toate că respectul forţelor biologice şi a ritmului lor de funcţiune, ne explică destul de bine taina de ce până şi bolnavii epuizaţi şi de multe ori cu organe deficiente, suportă atât de uşor operaţiile, lămurirea luminoasă până în profunzimea lucrurilor nu am găsit-o, decât pătrunzând adânc în intimitatea vieţii intracelulare. De mare folos mi-au fost cercetările lui Crile, privind activitatea radiogenă protoplasmatică şi potenţialul bioelectric celular, al organelor şi al întregului organism.

Crile a găsit, că atât şocul psihic şi traumatic, cât şi toxicele, de orice natură ar fi ele, precum şi hemoragia, produc tulburări de cea mai mare importanţă în activitatea radiogenă a protoplasmei. Fenomenul acesta se poate accentua până la prăbuşirea potenţialului bioelectric, fără de care nici celulele şi nici organele nu-şi pot desfăşura activitatea normală. Apar tulburări grave din partea sistemului neuro-vegetativ-

hormonal, drept consecinţe a încetării echilibrului proceselor de oxidaţie şi de radiaţie, precum şi a potenţialului bio-electric, manifestându-se sub forma semnelor, caracteristice şocului. Ori noi ştim, că efectele şocului se transmit asupra întregului organism, suferind circulaţia humorală, devenind insuficientă munca organelor dominante ale vieţii neuro-vegetative, intoxicaţia endogenă şi exogenă potenţându-şi puterea, desintoxicaţia şi eliminările reducându-se în aşa fel, că apare asfixia celulară.

In concluzie, cauzele etiologice ale bolei postoperatorii fiind identice cu acelea, cari produc reducerea activităţii radiogene a protoplasmei şi prăbuşirea potenţialului bioelectric, iar consecinţele acestora fiind exact sindromele caracteristice ale boalei postoperatorii, se poate afirma cu toată tăria, că boala postoperatorie în realitate este consecinţa tulburărilor bioelectrice protoplasmatice. Cu cât sunt mai puternice aceste tulburări, cu atât este mai ameninţată viaţa. Crile a arătat, că scăderea potenţialului bioelectric la zero, înseamnă încetarea vieţii. Moartea bruscă prin şoc poate fi asemănată cu un scurt circuit, fiind identică cu o probuşire bruscă a potenţialului la zero.

Boala postoperatorie, astfel se poate numi boala de potenţial bioelectric. Evitarea ei reclamă respectul faţă de integritatea potenţialului bioelectric.

Biochirurgia respectă cu sfinţenie integritatea potenţialului bioelectric. Chirurgia uzuală de astăzi nu cunoaşte acest, al patrălea pilon de susţinere, pe care se reazămă chirurgia viitorului.

Aceasta este diferenţa între cele două chirurgii. De aici derivă diferenţa dintre concepţia lor fundamentală, de aici porneşte diferenţa dintre rezultatele lor!

Digitized by Central University Library Cluj

Chirurgia se resimte încă greu de pe urma patologiei unilaterale a organelor. Biochirurgia îşi adânceşte rădăcinele până în domeniul ionilor şi eleotronilor şi consideră câmpul operator în cea mai strânsă corelaţie şi interdependenţă cu restul organismului.

Ideea fundamentală a biochirurgiei serveşte drept fond general pentru întreaga medicină, pentru biomedicină.

Bioterapia deschide o nouă epocă în chirurgie cu consecinţe incalculabile, morale, sociale, economice atât pentru timpurile de pace, cât şi pentru acelea de războiu. După „Wendepunkt": „Die Reform der der Biotherapie ist, wie wir sehen, ebenso revolutionär, wie seinerzeit etwa die Einführung der Asepsis oder der Narkose".

*
* *

Care este raportul anesteziei locale şi a sculării precoce cu respectul integrităţii potenţialului bioelectric?

Foarte clar şi armonios.

Crile a găsit, că anestezia este un agent, care e în stare să influenţeze producţia curenţilor bioelectrici şi radiaţia protoplasmatică de unde scurte ce sunt necesare pentru activitatea normală, fiziologică a organismului. Anestezia locală micşorează radiaţia de raze scurte numai în acea parte a corpului, în care a fost întrebuinţată. Anestezia rachidiană şi splanchnică influenţează radiaţia undelor scurte în domeniul nervilor, atinşi, în aşa fel, că ei nu mai pot produce şi comunica impulsuri către organele şi ţesuturile respective. Anestezia generală in-

THIONAÏODINE

INJECTABIL A & B

maladia reumatismală cronică
și sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carență de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECȚIUNI INDOLORE

ACȚIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACȚIUNI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite și secudle

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite și polinevrite infecțioase și toxice

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

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

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

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

fluenţează protoplasma întregului corp. Ea este o stare analoagă cu moartea şi nu se deosebeşte de aceasta decât în raport invers cu adâncimea narcozei..."

„Narcoticele şi toxicele influenţează toate organele şi ţesuturile, micşorează potenţialul lor electric şi conductibilitatea lor electrică, deobiceiu între margini sigure. Dacă e vorba de anestezie, să acordăm mare atenţiune potenţialului electric al creerului, al miocardului, al rinichilor, al ficatului, al glandelor suprarenale şi al altor organe esenţiale. Dacă nu cunoaştem limita lor inferioară de toleranţă, să nu utilizăm anestezie generală. Căderea potenţialului şi a conductibilităţii electrice la zero, este egală cu o stare analoagă cu moartea. Atenţie deosebită este a se da hemofilicilor. Hemoragia cauzează o cădere atât de mare de potenţial electric, încât o nouă cădere provocată de anestezie, numai cu greu ar mai fi tolerată. In astfel de cazuri, precum şi în acele de afecţiuni grave şi marasm, anestezia generală este contraindicată, deoarece capacitatea de radiaţie şi potenţialul bioelectric sunt scăzute. Cloroform şi eter să nu administrăm bolnavilor, cari prezintă oareşicare risc operator."

Nu este nevoie de comentar.

Capacitatea de a produce energie radiată a protoplasmei şi potenţial bioelectric, este în funcţie de calitatea proceselor de asimilare, desasimilare şi eliminare celulare. Ele sunt condiţionate de o circulaţie humorală normală. De aceea este atât de necesară renormalizarea circulaţiei, dacă este defectuoasă şi de aceea scularea precoce, adică armonizarea circulaţiei periferice cu aceea centrală, are importanţă atât de mare.

Numai combătând toate trei cauzele determinante ale boalei postoperatorii, putem apăra organismul de pierdere de potenţial bioelectric. Aceasta explică şi motivul, de ce toţi acei ce au căutat să evite apariţia boalei postoperatorii, având în vedere numai unele linii ale triunghiului meu etiologic, au dat în mod necesar greş.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

* * *

După cele expuse nu mai este necesar să insist asupra necesităţii imperioase de a pune în discuţie şi desbatere aplicarea biochirurgiei în războiu. Ea se impune singură. Pretind acest lucru interesele superioare ale ţării, ale armatei, ale neamului şi ale răniţilor!

Dacă din punct de vedere al chirurgiei este mai greu, să se mai introducă inovări esenţiale în asistenţa răniţilor de războiu, din acel al biochirurgiei se reclamă o adevărată reformă; atâtea sunt de făcut!

Din analiza făcută asupra boalei postoperatorii şi a prăbuşirii potenţialului bioelectric constatăm, că luptătorul rănit întâmpină în zona de foc aceleaşi elemente de uzură a forţelor vitale, pe care le întâlneşte bolnavul în sala de operaţie, adică şocul psihic şi traumatic, intoxicaţia exo- şi endogenă şi jena circulatorie, aceasta din urmă mult accentuată din cauza pierderei de sânge, — cu singura diferenţă, că toate elementele de scădere a potenţialului bioelectric sunt mult mai intense şi mai brutale. Inamicul nu are alt gând, decât distrugerea vitalităţii luptătorilor noştri şi face totul pentru a-şi atinge scopul. Acolo, în zona de foc, care se poate asemăna cu o îngrozitoare sală de operaţie,

producţia de electricitate protoplasmatică şi menţinerea potenţialului bioelectric sunt puse la grele probe.

Am putea asemăna rănitul cu un bec slab luminat din cauza pierderei potenţialului electric. Când curentul a încetat să mai încălzească firul de platină, becul s'a stins. Aşa moare şi luptătorul, căruia nu i se acordă la timp tratamentul chirurgical corespunzător. Din moment ce cunoaştem adevărul ştiinţific, a mai dăinui în practica de până acum, ar fi cel puţin temerar.

Două măsuri se impun ca indispensabile pentru îndreptarea situaţiei:

1. **Scurtarea timpului dintre rănire şi intervenţia chirurgicală.**
2. **Impiedicarea scoborîrei potenţialului bioelectric.**

Incă din anul 1937 am criticat sistemul de azi al evacuării răniţilor din zona de foc, arătând în conferinţa mea „Metoda sculatului precoce a bolnavilor operaţi, aplicată la evacuarea răniţilor de războiu", ţinută la Congresul internaţional de medicină şi farmacie militară din Bucureşti, că răniţilor, zăbovind prea mult pe locul pe care au căzut, li se scurge sângele şi li se infectează rănile, şi că chirurgii, de obicei, sunt plasaţi prea departe de linia de luptă. In deosebi răniţii abdominali fac complicaţiuni mortale până ajung la ei.

Ceream în consecinţă, ca:

a) Fiecare om să fie dotat cu comprimate sau supozitare anestezice, novalgin, antalgin, cibalgin, etc., pentru a fi utilizate în momentul rănirii. Sunt de preferat preparatele, cari nu tulbură sensoriul şi permit orientarea clară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

b) Sanitarii din primă linie să fie dotaţi cu seringă şi fiole anestezianţe, pentru a se putea administra injecţii celor răniţi, ale căror dureri nu au încetat prin îngerarea pastilelor.

c) Plasarea „posturilor chirurgicale de urgenţă" cât mai aproape de linia de luptă.

d) Toţi oamenii să fie instruiţi cu privire la utilizarea medicamentelor şi asupra faptului, că odată răniţi, să caute să se evacueze singuri, oricare ar fi natura rănii.

c) Instruirea personalului medical şi auxiliar în privinţa foloaselor, pe care ni le acordă această reformă.

Atât Marele Stat Major Român cât şi Mareşalii Keitel şi List, apoi reprezentanţi de ai Marelor Stat Majoare Japonez, Italian şi Francez, au primit cu multă simpatie sugestiile mele.

Astăzi, sub imperiul biochirurgiei se mai impun tonice cardiace pentru cei slăbiţi, eventual combinate cu pastilele analgetice, apoi abandonarea substanţelor anestezianţe de mare toxicitate şi a formelor periculoase de anestezie (anestezia generală şi rachidiană), utilizarea pe scară cât mai întinsă a anesteziei locale, precum şi combaterea preventivă a infecţiilor (sulfamide, etc.), toxinele contribuind puternic la căderea potenţialului electric, — şi a colapsului, datorit şocului şi pierderilor de sânge prin administrare de transfuzie de sânge proaspăt sau conservat, administrare de ser fiziologic clorurat sau glucozat, ser clorurat hipertonic, ingerare de băuturi, ori aplicare de clizme în picături, aplicaţie de căldură, injecţii de cafeină, camfor, neocombin, etc..

Inainte de a trece la propuneri concrete cu privire la schimbările,

ce se impun în activitatea diferitelor formaţiuni sanitare, câteva cuvinte despre anestezia locală! Ea este cea mai puţin toxică dintre toate formele de anestezie şi tulbură cel mai puţin producţia de energie radiogenă protoplasmatică şi potenţialul bioelectric. Contrar opiniei unor medici, prea puţin familiarizaţi cu ea, cari se temu a o aplica în ţesuturi inflamate pe motiv că ar determina propagarea infecţiei, realitatea, bazată pe observaţii riguroase, arată că ea este inofensivă. Mai mult, cele mai multe soluţii sunt uşor antiseptice. Infiltrarea ţesuturilor cu Salvocaină, sau cu soluţii percainizate, combat infecţia şi sunt analoage în efectul lor cu injecţiile de Rivanol. Mayo recomandă anestezia locală şi în septicemii. Usadel afirmă următoarele, relativ la ea, în al 55-lea Congres de Chirurgie: „Noi operăm la clinica din Tübingen toate abcesele, furunculii, carbunculii, panariţii, etc., în anestezie locală. Se injectează de obiceiu, dacă permit împrejurările, în ţesut sănătos. Dar chiar injecţia în ţesuturi inflamate n'a produs niciodată complicaţiuni sau neplăceri. Chiar în carbunculii cefei, unde e greu să recunoşti limita procesului inflamator, am aplicat cu succes injecţia locală."

Eu am aplicat fără de nici o complicaţie anestezia locală în abcese, flegmoane, apendicite gangrenoase, artrite supurate, pionefroze, tumori inflamatorii anexiale, în peritonite supurate, colecistite acute supurate, în abcese subfrenice, abcese pulmonare, abcese hepatice, ulcere perforate duodenale sau gastrice, osteomielite acute sau cronice, empieme toracice, etc.

Cu atât mai indicată este anestezia locală în chirurgia de războiu. Ea este singura anestezie, care nu prăbuşeşte forţele răniţilor, permite operaţiuni de lungă durată şi scularea precoce a celor operaţi. Inlesneşte enorm îngrijirea postoperatorie a bolnavilor, cari se pot ajuta singuri şi nu reclamă asistenţă grea din partea personalului sanitar auxiliar. Are marele avantaj, că ea nu împiedică ingerarea de lichide ori de alimente (cu excepţia stomacurilor operate) încă din ziua de operaţie, lucru atât de important la oamenii cu potenţialul bioelectric căzut şi cu circulaţia humorală deficientă.

Şi în baza formulei lui Hook, aplicată la coeficientul de rezistenţă al răniţilor de războiu:

$$\text{Riscul} = \frac{\text{rezistenţă,}}{\text{sarcină}}$$

anestezia locală este singură anestezie favorabilă, cum am avut ocazia să demonstrez într'o conferinţă ţinută la Spitalul Militar Regina Elisaveta din Bucureşti.

Am aplicat biochirurgia în 160 de cazuri, operate în Spitalul Z.I. 1091 din Braşov. Efectele au fost identice cu acele obţinute la răniţii, ori bolnavii civili din timp de pace. Intre cei operaţi, au fost unii, cari prezentau schije cu flegmoane. Unul dintre aceştia o avea în splină. Starea rănitului era agravată de peritonită supurată, generalizată. S'a vindecat. Am executat 10 suturi arteriale, 30 de operaţii abdominale, 3 amputaţii, 4 atrofomii cu rezecţie, 22 operaţii pe membre, 2 fracturi ale coloanei vertebrale, 46 extracţii de schije, restul diverse. Biochirurgia şi-a confirmat şi aici valoarea complectă. Nici nu se putea să fie altfel. Rezultatele obţinute sunt conforme cu ceeace am obţinut în cazuri mult mai grave, pe mii şi mii de bolnavi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Atât această statistică restrânsă, cât şi cele expuse în ediţia germană a cărţii mele, Boala Postoperatorie — Reforma Tratamentului Chirurgical bazată pe un număr de peste 20.000 de cazuri, cum şi fondul ştiinţific al bioterapiei, mă obligă să cer aplicarea largă în organizaţia noastră sanitară de război a biochirurgiei.

In acest scop, propun următoarele modificări şi complectări, în ceeace priveşte organizarea asistenţei răniţilor din zona de luptă:

1. **Linia de luptă.** Fiecare om să fie dotat cu comprimate sau supozitoare analgetice, cu conţinut tonocardiac, pentru a fi utilizate în momentul rănirii. Ele vor fi păstrate la un loc cu pansamentul individual. Toţi oamenii să fie instruiţi cu privire la utilizarea acestor medicamente, după cum sunt instruiţi şi pentru aplicarea pansamentului individual. Trebuesc convinşi de necesitatea faptului, că odată răniţi, să caute să se evacueze singuri.

2. **Cuibul de răniţi.** Sanitarii companiilor să fie dotaţi cu siringă, fiole analgetice, cardiotonice şi sulfamide, pentru a putea administra injecţii celor răniţi. Acestea din urmă vor fi date în deosebi celor cari au răni mari, sfacelate, ori cu leziuni abdominale, — cardiotonicele celor şocaţi. Personalul auxiliar trebue instruit în privinţa foloaselor, pe cari ni le dă evacuarea spre centrele de chirurgie de urgenţă, cât mai rapidă a celor răniţi în regiunea toraco-abdominală şi cei ameninţaţi de hemoragii, pentru a-i trimite cât se poate mai în grabă la postul de prim ajutor. Ca şi răniţii, ei trebue să ştie, că mişcarea, mersul, pentru ei, nu este dăunător. Să nu aştepte în zadar transportul cu targa. Rănitul să zăboveasca minimul de timp la cuibul de răniţi!

3. **Posturile de prim ajutor.** Ca şi în timp de pace şi în timp de război, în caz de rănire, este important faptul că primul ajutor eficace să fie acordat la timpul oportun, pentru a se evita complicaţiile fatale, cum sunt hemoragia, peritonita şi septicemia. Acest principiu nediscutabil trebue să dicteze activitatea medicului de batalion, plasat la postul de prim ajutor. El va tria, fără zăbavă, răniţii, va aplica, fără zăbavă, hemostaza provizorie, va combate şocul, va administra eventual sulfamide, etc. Va dispune, ca cei ameninţaţi de hemoragie, de peritonită, de infecţii urinare şi de complicaţii pulmonare, să fie duşi în minimum de timp cu ajutorul staţiei de trăsuri sau chiar pe jos la postul chirurgical de urgenţă, pe care serviciul sanitar al armatei trebue să-l înfiinţeze permanent, indiferent sub ce formă. imediat în apropierea frontului, la 4—5 km., de sine stătător, sau la ambulanţa divizionară.

4. **Postul chirurgical de urgenţă.** La germani există, sub formă postului regimentar. De activitatea lui va depinde salvarea unei categorii importante de răniţi, pe cari vechea chirurgie îi considera pierduţi. Cât priveşte executarea operaţiunilor, este de necesitate absolută folosirea anesteziei locale. Biochirurgia, formula lui Hook, boala postoperatorie, interesele individului şi ale armatei o impun! Anestezicul, dotat şi cu putere antiseptică, poate fi preparat în fiole mari de câte 100 cmc. sau în sticle.

Cei relativ uşor răniţi sunt evacuaţi direct la spitalele de zonă interioară, cei grav răniţi, după efectuarea intervenţiei, la spitalele de campanie, care dispune de ei.

Foloasele, asigurate răniţilor şi armatelor, prin adoptarea princi-

piilor de mai sus în chirurgia de războiu, sunt inestimabile. Mă limitez a le enumera pe cele mai importante:

A) Facilitarea de retragere a răniţilor.

B) Rapiditatea de evacuare a răniţilor spre centrele chirurgicale.

C) Recuperarea unui număr de combatanţi din rândurile celor scoşi din luptă, ca urmare a rănilor netratate la timp, a hemoragiilor neoprite şi a boalei postoperatorii.

D) Uşurarea muncii brancardierilor, cari se vor limita la transportul celor realmente intransportabili. Azi răniţii rămân ceasuri întregi pe câmp, aşteptând sosirea brancardierilor, cari nu pot veni la timp, atât din cauza condiţiilor de pe front, cât şi din cauza numărului redus şi al oboselii.

E) Posibilitatea de a descongestiona ridicarea răniţilor şi de a degaja spitalele din dosul frontului, netransportabilitatea devenind rară.

F) Se pot evita ocaziunile, des constatate în războiu, când luptătorii valizi, de teamă sau de laşitate, se trecoară înapoia liniei de luptă, sub pretextul de a ajuta transportul vreunui camarad rănit.

Importanţa biochirurgiei în caz de războiu a impresionat mult pe cei ce cunosc însemnătatea recuperării unui cât mai mare număr dintre cei răniţi. **Journal of the American Medical Association** o consideră de inestimabilă valoare, ea rezolvând în mare parte dificila problemă a evacuării răniţilor din linia de luptă.

In războiu, marea tragedie se desfăşoară în zona de foc. Suferinţele celor abandonaţi sunt groaznice.

Aplicarea biochirurgiei în războiu este singura modalitate de a eşi din situaţia grea de astăzi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SIROPUL **NEURO TONIC GHEORGHIU**

TONICUL NERVILOR şi AL MUŞCHILOR

Aprobat de Ministerul Sănătăţii

Apreciat de D-nii Medici Neurologi şi Internişti

în cazurile:

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

Marca preparatului

Reconfortant. Reconstituant. Tonic. Aperitiv.

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

TERAPIA DERMATOZELOR

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

SEDOTYOL Pomadă calmantă	Se aplică într'un strat gros, fricționându-se ușor.	**DERMATOZE** **PRURIGINOASE** LEZIUNI CUTANATE DUREROASE PRURITURI
INOSEPTA Pomadă antipiogenă	Când leziunea este deschisă, se aplică pomada de 2-3 ori pe zi fără a mai fricționa.	**DERMATOZE** **SUPURATE** FURUNCULOZE-FAVUS IMPETIGO-ABCESE
INOTYOL Pomadă antiflogistică și cicatrizantă	Se aplică pomada într'un strat gros, acoperindu-se cu un pansament.	**DERMATOZE** **NEINFECTATE** ULCERAȚIUNI - ARSURI IRITAȚIUNI CUTANATE
SILIPLASTINE Pomadă absorbantă	Se aplică într'un strat subțire. Nu pătează rufăria. Nu este unsuroasă. Se șterge ușor numai cu apă.	**DERMATITE** **UMEDE SAU IRITABILE** ECZEME UMEDE-INTERTRIGO-DERMATITE ACUTE
CUTIGENOL Pomadă cicatrizantă	Se aplică pomada acoperindu-se cu un pansament.	**LEZIUNI** **CUTANATE** ARSURI-ULCERAȚIUNI ATONE DERMATOZE CRONICE PLĂGI - TURBURĂRI TROFICE CUTANATE

Laboratoires du Dr. DEBAT - PARIS

EȘANTIOANE ȘI LITERATURĂ

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA" S. A. R.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Neurastenii—Nevroze—Maladii consomptive—Tuberculoză etc.

CALCIGENOL

Fosfaţi de calciu în suspensiune coloidală

Lichid. Adulţi: 3 linguri de supă pe zi.
Copii: 3 lingurițe pe zi.

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

CALCIGENOL

IRADIAT

Fosfaţi de calciu coloidali + Vitamină D.

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

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

CALCIGENOL

GRANULE

Fosfat de Calciu micelar, Hipofiză, Paratiroidă.

Granule: 2—3 lingurițe de cafea pe zi.

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—Hemoragie—Accidente serice—Toate indicaţiunile calciului în general.

HALOCALCION

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

Granule: Adulţi 4—8 lingurițe pe zi. Copii sub, 12 ani, jumătate doză.
După 2 săptămâni de tratament se face o săptămână pauză.

LABORATOIRES DOCTEUR PINARD — PARIS

Literatură şi eşantioane:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RĂZBOIUL ACTUAL ŞI EPIDEMIILE VENERICE

de

Medic Maior D-r GRIGORE A. DUMITRIU
Asistent al Clinicei Dermato-Sifiligrafice
Facultatea de Medicină Iaşi

Profilaxia antivenerică în timp de război, cuprinzând aceleaşi principii generale, ca şi cea organizată în timp de pace, trebue să se complecteze una pe cealaltă.

Deosebirea constă numai în faptul, că prima se desfăşură într'o epocă, când naţiunea se găseşte sdruncinată în ordinea sa socială, în timp ce a doua, se execută într'un ritm de linişte şi calm universal.

Astfel, abordând problema boalelor venerice în actuala stare de război, trebue să se identifice asupra: profilaxiei antivenerice organizată la noi în ţară, până la 22 Iunie 1941; existenţei maladiilor venerice în acest război şi să analizăm acele principii de profilaxie, care vor servi planului de operaţie întocmit în acest scop.

Intr'adevăr, există o întreagă gamă de argumente, care să ne demonstreze, că evenimentele dela 22 Iunie 1941, ne-au surprins complectamente nepregătiţi, în ceeace priveşte profilaxia antivenerică organizată în timp de pace. Munca depusă în această privinţă, nu a dat roadele aşteptate de către animatorii acestei opere sociale.

Printre cauzele principale, care au determinat acest total eşec, credem că trebue să figureze în capul listei, uşurinţa cu care medicii îşi însumează această specialitate şi totodată, dispreţul general, cu care obişnuit este privită această categorie de bolnavi.

La baza oricărei măsuri cu caracter oficial, există o lege şi regulamentul său, tot astfel, normele care prezidează lupta contra boalelor venerice în timp de pace, îşi au geneza lor în legea sanitară promulgată la 4 Iunie 1930.

Cu toţi ştim astăzi, că opera legislativă, concepută la acea epocă, poartă pecetea unui umanitarism demagogic, iar în cazul nostru special, se adaugă şi ideile curentului femenist întronat recent în vieaţa politică a ţărei noastre.

Datorit unor atari împrejurări, această lege sanitară, păcătueşte printr'o vădită şi totală nuanţă de platonism şi irealităţi. Se deduce lesne, că lupta antivenerică, ce se impune a lua fiinţă în actualul

:războiu, lipsindu-i suportul unei eficace organizaţii sanitare similare din timp de pace, va întâmpina incomensurabile dificultăţi.

Cu ocazia cercetărilor întreprinse de noi, la două unităţi de Artilerie Antiaeriană, una acţionând în apropierea teritoriului din interiorul ţărei, iar a doua în zona frontului, evidenţiem situaţia boalelor venerice, iar prin analogie, schiţăm tabloul venerologic, care se desfăşură actualmente atât în lumea militară cât şi civilă.

Principial, în profilaxia antivenerică, noi ne însuşim în totul dogmele, care trebue să existe la baza acestei acţiuni şi pe care savantul Prof. D-r St. Nicolau le expune în studiul de ansamblu, publicat în **„Probleme de medicină de războiu"**.

Bazaţi pe convingerile noastre, că „libidul" nu este mut la militari, ori unde s'ar afla el, din punct de vedere operativ, suntem faţiş de părerea acelor venerologi, care stărue în organizarea „caselor de toleranţă" eşalonate îndărătul frontului de luptă.

Pentru aducerea la bun sfârşit, a operei de profilaxie antivenerică în timp de războiu, propunem **întocmirea unui Stat Major militaro-civil, care să soluţioneze practic pe teren, această vitală problemă cu caracter, moral, sanitar, social şi naţional.**

Intreaga lume medicală este de acord, că **maladiile venerice fac parte din cadrul boalelor sociale.** Această confirmare dă drept, să se discute profilaxia şi tratamentul boalelor venerice, chiar în momentele de faţă, abordându-se această problemă cu aceiaşi seriozitate cu care obişnuit se tratează celelalte maladii infecto-contagioase.

Totodată, pentru a se da o justă interpretare strigătului de alarmă pornit din glasul şi publicaţiile unui număr restrâns de venerologi, trebue să evidenţiem, că aproape toate problemele cu caracter general sunt impuse cercetărilor şi forurilor conducătoare, de către două curente complectamente distincte şi diferit de dominante.

Unul pur instinctiv, fiind reprezentat de către colectivitate, care conştienţă de pericolul ce ameninţă direct interesele sale, se agită, reacţionează, se apără, constituind acea forţă anonimă cunoscută nouă prin dictonul **„vox populi"** şi care aproape întotdeauna obţine o satisfacere integrală şi imediată a solicitudinilor sale. Cel de al doilea curent, eminamente intelectual, îl formează obişnuit un grup de oameni de ştiinţă, care cunoscători al răului ce subminează naţiunea, ridică probleme de actualitate, adesea promovate numai prin hazard sau în urma influenţelor depuse de animatori, astfel dezideratele lor reuşesc uneori să fie aplicate practic pe teren.

Privind profilaxia boalelor venerice prin prisma acestor observaţiuni, vom înţelege pentruce totalitatea medicilor venerologi caută să demonstreze importanţa şi actualitatea acestui subiect în asemenea momente anormale, în timp ce colectivitatea cât şi restul corpului medical, **manifestă o totală indiferenţă şi nepăsare faţă de pericolul venerian, care ameninţă astăzi, să ia proporţii îngrijorătoare.**

Cu toţi ştim că poporul a considerat întotdeauna aceste afecţiuni venerice, ca pe nişte **„boale ruşinoase"**, care trebuesc suportate cu resemnare şi în cel mai desăvârşit secret. Asemenea din lipsa unei educaţiuni sexuale, în spiritul multora noţiunea de boală venerică nu tre-

zeşte decât imaginea unor afecţiuni genitale fără mare importanţă, un fel de tribut anodin şi quassi inevitabil a tinereţei sau o pedeapsă bine meritată a desfrâului, de care societatea n'ar avea a se preocupa. (Prof. D-r St. Nicolau).

Hotărît că, încadraţi în dogmele moralei şi educaţiei de azi, lupta contra boalelor venerice niciodată nu va fi impusă de către colectivitate, astfel întreaga acţiune compativă, dirijată în scopul asanărei acestui flagel, rămâne exclusiv în sarcina medicilor venerologi, care sunt singurii ce îşi dau seama de ameninţarea pericolului venerian.

II

Principal suntem convinşi, că numai o pregătire minuţioasă, serioasă şi savant organizată, încă din timp de pace şi din toate punctele de vedere, asigură unui popor, sută în sută, victoria finală. Este de aşteptat deci, ca şi succesul luptei antivenerice organizată în timp de război, să depindă în primul rând de modul cum s'a efectuat încă din timp de pace, opera de combatere a maladiilor venerice. Indiscutabil că „în materie de profilaxie antivenerică", continuitatea constitue un lucru atât de important, încât se poate zice cu drept cuvânt, că nimeni nu poate spera, să realizeze o luptă antivenerică eficace în timp de război, dacă nu există o organizaţie serioasă în această privinţă, încă din timp de pace. (Prof. D-r St. Nicolau).

Propunându-ne a face o analiză sumară a problemei venerologice, care există în această stare de război în lumina principiilor arătate mai sus, credem util, să executăm un tur de orizont, în câmpul vast şi complicat al acestui subiect, cu care ocazie, să vedem dacă evenimentele dela 22 Iunie 1941, ne-au surprins în adevăr pregătiţi sau nu, în ceiace priveşte lupta contra boalelor venerice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

III

Nimeni nu ar putea tăgădui, că populaţia ţărei noastre este în prezent mai mult ca ori când, măcinată şi profund infiltrată de sifilis şi gonococie. Adevărul îl descoperim din scriptele spitalelor şi dispensarelor venerice, iar în termeni imperativi şi curagioşi enunţat, acest adevăr reese din toate rapoartele, memoriile şi publicaţiile, savantului nostru Prof. D-r St. Nicolau, care cu mulţi ani „în urmă", atrage atenţiunea forurilor noastre competente asupra întinderei mai mult decât îngrijorătoare pe care au luat-o boalele venerice la noi, arătând în acelaş timp, pericolul ce poate decurge din această deplorabilă stare de lucru pentru sănătatea şi însăşi viitorul poporului nostru.

Cauzele care au determinat răspândirea boalelor venerice în cuprinsul satelor noastre şi mai accentuat în rândurile populaţiei dela oraşe, sunt nenumărate. Insă printre cele mai principale credem noi, că trebue să figureze uşurinţa cu care medicii îşi însuşesc această specialitate şi totodată dispreţul general cu care obişnuit, este privită, această categorie de bolnavi. Asociaţiile hibride, pe care le formează unele specialităţi cu maladiile venerice, ca de exemplu „boli de inimă şi venerice", „boli de piept şi venerice", „boli de copii şi venerice" sau „boli de ochi şi

venerice", mărturisesc cu prisosinţă, superficialitatea cu care însuşi corpul medical îmbrăţişează această ramură a medicinei.

In majoritatea cazurilor nu se ţine seamă, că deşi boalele venerice sunt în total patru, totuşi ele pot să se asocieze pe aceiaş persoană, în grupuri variate sau să-şi însuşească în mod reciproc atributele lor clinice, iar uneori să îmbrace caractere obiective paradoxale, încât să pue în mare încurcătură chiar pe cel mai versat venerolog.

Datorit minimului de importanţă dat specialităţii venerologice, un însemnat număr de bolnavi venerici sunt îngrijiţi de către medici străini de această specialitate, astfel mai mult de 50% din acei care apelează la ajutorul medical, atunci când au contractat o maladie venerică, sunt rău diagnosticaţi sau insuficient trataţi. In modul acesta, atare bolnavi constitue lotul cel mai important al propagatorilor de boale venerice.

La această categorie de bolnavi, presupuşi vindecaţi, însă totuşi contagioşi prin maladia lor devenită în stare latentă şi prin recidivele frecvente, trebue să se adauge numărul acelor bolnavi, din nenorocire destul de mare, care din puciditate ignoranţă sau frică de acel dispreţ general pe care îl simte oricare bolnav veneric, evită tratamentele medicale, căutând refugiul în reclamele „falacioase" din ziare sau apelând în mod discret, la acele leacuri şi sfaturi populare, atât de dezastruoase pentru vindecarea individului.

S'au încercat în cursul istoriei noastre, în mai multe rânduri, să se organizeze prin legi şi regulamente, lupta contra maladiilor venerice. Rezultatele lor au fost din cele mai mediocre. Tot astfel în prezent, combaterea bolelor venerice în timp de pace are la bază legea sanitară şi regulamentul său, promulgată la 4 Iunie 1930.

Digitized by Biblioteca Universitatea "Ovidius" Constanta

Noi ştim că la acea epocă, forurile noastre legislative erau animate de un spirit umanitarist demagogic, dublat în acelaş timp de un curent femenist întronat recent în vieaţa politică. In modul acesta, datorit împrejurărilor în care se desfăşura întreaga noastră vieaţă politico-socială, era fatal ca şi această lege sanitară, să se caracterizeze printr'o nuanţă de platonism şi irealităţi.

Cu această ocazie s'a înfăptuit cea mai condamnabilă eroare în ceeace priveşte profilaxia antivenerică, deoarece s'a dat prilejul, să promoveze idiologia „a abolitionistă" în dauna prostituţiei dirijate sub formă de „case de toleranţă", detronându-se astfel principiul „regulamentarist".

Fiecare ştie, că supravegherea medicală şi asanarea prostituţiei, constituie cheia de boltă a operei de combatere antivenerică, ori prin legea sanitară din 1930, toate prostituatele oficiale ale vechilor case de toleranţă au devenit „cetăţene libere", care apoi înrolându-se în categoria prostituatelor clandestine, au scăpat controlului medical sanitar oficial. Din această cauză, prostituţia clandestină „atât de diversă şi atât de greu de identificat", numără astăzi cel mai mare contigent cunoscut la noi în ţară.

Dar ceia ce constitue cu adevărat un dezastru moral, dublat de o răspândire în masă a boalelor venerice, este faptul că aceste „cetăţene devenite libere" prin vieaţa lor în aparenţă uşoară şi manifestată în văzul tuturor, atrage în vârtejul conrupţiei, un important lot de ti-

neret femenin rural, pornit dela vetrele satelor noastre, fie atrase de mirajul oraşelor sau în scopul de a descoperi prilejul unui nou debuşeu de muncă cinstită, a luat forţat, calea vagabondajului.

Vechile prostituate, specializate în arta de „a pescui", sub eticheta nobilă „de prietenă" şi datorit spiritului josnic al meseriei sau mai curând în scop pecuniar, captează acest tineret femenin nevinovat, care în mod absolut inconştient, vine să „îngroaşe rândurile prostituţiei clandestine".

Din cauza fundamentului greşit pe care s'a brodat această lege sanitară, ca şi multe altele şi motivat de mentalitatea organelor noastre de execuţie, care conform „obiceiului pământului", aplică legile aşa cum ştim că le aplică, însuşi părţile bune ale acestei legislaţii au devenit practic „inoperante". „Consecinţele acestei stări de lucruri le vedem astăzi, ele se traduc printr'o augmentare dintre cele mai îngrijorătoare a boalelor venerice în tot cuprinsul ţării".

Oprindu-ne numai la aceste câteva observaţiuni, deduse din aspectul de ansamblu pe care îl reprezintă organizaţia din timp de pace, a profilaxiei şi tratamentului boalelor venerice, ne dă dreptul să spunem **că izbucnirea acestui război ne-a surprins din acest punct de vedere, complectamente nepregătiţi.**

IV

Domnul Prof. St. Nicolau, ale cărui publicaţiuni relativ la acest subiect, au fost urmărite de noi cu mult interes, iar în scopul documentărei expozeului nostru, ne-am îngăduit să redăm în cuprinsul acestui articol mai multe citate din lucrările Domniei-Sale, este singurul venerolog din ţară, care a desbătut şi analizat până în cele mai obscure amănunte, problema vastă şi complicată a profilaxiei boalelor venerice, difuzând sub toate formele, fie ele conferinţe, memorii, rapoarte sau publicaţiuni; directivele de conducere ce trebuesc să precizeze lupta antivenerică desfăşurată în timp de pace sau în timpul stărei de război, referitor la mediul rural, urban, civil sau militar.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In această privinţă, D-sa ne spune că, războaiele au avut întotdeauna privilegiul de a provoca, pe lângă alte calamnităţi o mare recrudescenţă a boalelor venerice. Constatările făcute în această privinţă în trecut au căpătat o tristă confirmare în cursul ultimului război şi o vor căpăta încă într'o măsură şi mai mare într'un război viitor, ciocnirile între popoare înglobând astăzi totalitatea bărbaţilor ce reprezintă forţele virile ale naţiunei.

Deslocarea atâtor elemente tinere din mediul familial, lunga separare a soţilor, la care se mai adaugă starea de spirit bine cunoscută a omului în război, care îl împinge să profite fără nici o reţinere de plăcerile vieţii, constituesc într'adevăr tot atâtea cauze care înmulţesc considerabil posibilităţile de îmbolnaviri venerice.

Indiscutabil, ca într'o asemenea situaţie se găseşte astăzi ţara noastră şi într'un grad mai avansat sunt ţinuturile Moldovei şi Bucovinei, care încă din anul 1939 au fost sediul unui surplus de populaţie, suportând continuu aglomerări de trupe şi invazia locuitorilor din ţinuturile astăzi desrobite.

Deslănţuirea ostilităţilor la graniţa Moldovei au făcut să mărească considerabil posibilităţile de răspândire a boalelor venerice, deoarece datorită luptelor crâncene şi cu pierderi serioase pentru armatele bligerante, fluxul răniţilor fiind atât de mare au obligat organele sanitare militare, să transforme în săli exclusiv pentru răniţi şi bolnavi, toate clinicele şi aşezămintele spitaliceşti de altă specialitate decât chirurgie.

In această situaţie a fost nevoită să fie înglobată şi clinica Dermato-Sifiligrafică a Spitalului Sf. Spiridon din Iaşi, care constituia singurul centru venerologic unde se concentrau în timp de pace toţi bolnavii venerici din Moldova şi în plus toate prostituatele oficiale şi clandestine din oraşul Iaşi.

Cu ocazia desfiinţărei acestei clinici şi a altor servicii similare au fost lăsaţi liberi toţi venericii şi toate prostituatele cu leziuni abia cicatrizate şi în curs de tratament, recomandându-le să se prezinte dispensarilor respective, neţinându-se seamă, că aceste aşezăminte erau lipsite de medicii titulari, care în majoritate au fost deplasaţi pe front.

In asemenea împrejurări, când toţi aceşti bolnavi în scurt timp deveniţi periculoşi societăţii, au invadat oraşele, iar prostituatele de orice categorie, scăpând de sub controlul oficialităţilor sanitare, puteau să-şi profeseze meseria după bunul plac şi în văzul tuturor, se deduce foarte uşor, care au putut fi rezultatele acestor măsuri forţate, prin care s'a anulat literalmente, orice mijloc de depistare şi tratament al venericilor proveniţi din lumea civilă şi militară.

Trebue menţionat că în acelaş timp ostaşii surprinşi cu boli venerice în rândul armatelor din zona de concentrare, sau aflaţi în zona frontului, urmând acelaş cale de evacuare către interior şi amestecându-se printre bolnavi şi răniţi, forma (şi această situaţie se menţine şi azi) o categorie de venerici dispensaţi în mod dezordonat prin toate spitalele din interiorul ţărei. Desigur din cauza supra aglomerărei care stăpânea mai ales la începutul campaniei, toate spitalele şi din lipsa unui personal medical specializat, toţi aceşti bolnavi au fost în multe împrejurări lesne evacuaţi îndărăt la formaţiile lor cu obişnuita formulă „va continua tratamenutl la unitatea sa".

Astfel, din lipsa unui centru venerologic organizat în scopul primirei şi tratărei bolnavilor venerici civili şi militari, cât şi a lipsei de control sever dirijat asupra prostituţiei extrem de variate, în aceste momente de frământări sociale, violându-se în modul acesta, cele mai elementare precepte de profilaxie antivenerică în timp de război, s'a dat prilejul la o serie de contagiuni scandaloase, în rândurile armatei aliate şi române, încât a determinat Comandamentele germane să organizeze „case de toleranţă" pentru trupele sale cantonate sau în trecere prin diferite Garnizoane.

Concomitent cu această măsură profilactică, Serviciul Sanitar al oraşului Iaşi, a înfiinţat la spitalele de izolare, sub conducerea Doamnei D-r Eug. Nedelcu Dumitriu, fostă medic secundar al clinicei Dermato-Venerice, un centru venerologic pentru izolarea femeilor reclamate şi găsite bolnave. Incă din lipsa de saţiu şi confort, numărul internărilor a fost şi se menţine extrem de redus, faţă de afluxul mare de venerice,

Diplosal

(ester salicilic al acidului salicilic)

Pentru tratamente cu acid salicilic de lungă durată

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Nu provoacă transpirația atât de penibilă. In rheumatism muscular Pomadă de Diplosal.

10 comprimate
20 comprimate

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

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

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

care necesită spitalizarea. In acelaş timp, lăsându-se în voia soartei, pe toţi civilii bărbaţi purtători de manifestări venerice contagioase.

Consecinţele imediate ale acestei stări sanitare precare existentă tocmai în aceste momente de război, grefată pe o profilaxie antivenerică iluzorie din timp de pace, s'au manifestat prin ivirea mereu crescândă a unui însemnat număr de venerici contagioşi recent, atât în rândurile armatei cât şi a populaţiei civile.

Marea majoritate a acestor bolnavi îşi trăesc suferinţele lor, în cea mai desăvârşită tăcere sau izolaţi prin diferite spitale de chirurgie sau medicină internă, unde probabil din aceiaşi vitrigă consideraţie sunt lăsaţi în grija personalului sanitar ajutător, care întotdeauna se consideră drept venerologi confirmaţi. In viitor toţi aceşti suferinzi, victima unor împrejurări nenorocite, vor suporta continuu o sănătate sdruncinată prin recidivele fatale ale sifilisului, ale gonocociei şi maladiei Nicolas şi Favre. Iar prin contagiunile frecvente ale soţiilor, suferinţele lor se vor extinde mai departe asupra descendenţelor de mai multe generaţii, care vor avea geneza în actualul război.

In adevăr, dacă şi alte boale cu caracter social figurează adesea în mod tragic în istoria familiilor, societăţilor, nici una nu este capabilă ca sifilisul, să-şi proecteze umora sa funestă, asupra urmaşilor până la a doua şi chiar a treia generaţie, uneori constituind prin polimortalitatea infantilă care o determină, cât şi prin malformaţiunile şi distrofiile de tot felul pe care le imprimă asupra celor ce supraviejuesc, unul din factorii cei mai importanţi ce conduc la despopulaţie şi degenerarea rasei" (Prof. St. Nicolau).

BCU Cluj / Central University Library Cluj

V

Pentru restabilirea adevărului şi poate a răspunderilor morale, trebue să evidenţieze măsurile de profilaxie antivenerică, luate de către Comandamentele sanitare militare române încă din anul 1939, odată cu concentrările masive de trupe în Moldova şi a deplasărilor unităţilor pe zonă.

Prin instrucţiunile tehnice emise de către Dir. VI-a sanitară şi întărite de către Serv. Sanitar al Subsecr. de Stat al Aerului, al cărui dispozitiv îl cunoaştem în amănunt, s'a înfiinţat încă dela acea dată „posturi de profilaxie individuală post coitum" bine utilizate, după metoda americană, fie rămasă în reşedinţă de garnizoană sau deplasate pe zonă.

Aceste formaţiuni de profilaxie antivenerică individuală, au funcţionat în mod regulat şi conştiincios, sub directa supraveghere a medicilor de unităţi, până în ziua izbucnirei războiului. Rezultatele verificate la diferitele intervale de timp, au fost dintre cele mai fericite, dovedindu-se prin statistice, că numărul bolnavilor venerici au scăzut simţitor, comparabil cu trecutul şi mai ales proporţional efectivelor trupei în termen şi concentrate.

Ca o dovadă în plus de grija purtată de către Comandamentele sanitare militare, în lupta antivenerică organizată în armată, din iniţiativa şi prin stăruinţa Domnului Medic Colonel D-r Dobreanu, Direc. Serv. Sanitar al Subsecret. de Stat al Aerului, s'a realizat în cursul

lunei Iunie 1941, un dispensar antiveneric în cadrul Regiunei a II-a Aeriene, pentru a spitaliza şi trata toţi venericii depistaţi la unităţile de aviaţie şi artilerie anticeriană aglomerată în zonele de concentrare ale armatelor şi mai târziu în zona frontului. Insă spre marele nostru regret şi din motive pe care nu le putem desvolta, nefiind nici timpul şi nici locul, acest solitar centru venerologic militar, după o viabilitate efemeră, a fost desfiinţat.

Pe lângă toate aceste măsuri de profilaxie antivenerică, dictate exclusiv de către autorităţile sanitare militare şi menţinute numai până la izbucnirea războiului odată, cu începerea ostilităţilor, s'a luat dispoziţiunea de a se opri cu desăvârşire, din motive pur tactice, accesul sexului femenin de oricare categorie, exceptând bineînţeles personalul crucei roşii, în zonele etapelor de armate şi ale frontului. In modul acesta, dezideratul dominant al profilaxiei boalelor venerice aplicabilă în timp de război şi prin care se prevede expulzarea tuturor prostituatelor vagabonde în zona de luptă, a fost cu stricteţe înfăptuit.

La această situaţie, desigur foarte favorabilă profilaxiei boalelor venerice în timp de război, se adaugă faptul bine cunoscut, că la intrarea armatelor române în Basarabia şi Bucovina din cauza deportărilor executate de către bolşevici, populaţia acestor ţinuturi s'a prezentat extrem de rărită. Intr'acelaş timp femeile din Transnistria s'au dovedit, că posedă un desvoltat sentiment de castitate, în modul acesta, posibilităţile de contagiune a boalelor venerice în zona frontului şi imediat în apropierea sa în actuala campanie a fost extrem de redusă.

VI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Datele culese de noi asupra răspândirei boalelor venerice privind două unităţi de Artilerie Antiaeriană, din care una a luptat în Basarabia, iar a doua în Transnistria şi în jurul Odessei, ne furnizează un început de documentare în ceeace priveşte: existenţa acestor maladii în cursul acestui războiu; sursa de contaminare ale acestor boli; proporţia lor în raport cu celelalte afecţiuni diverse şi în cazul nostru special, cu pierderile provocate de către inamic.

Asemenea din interpretarea acestor observaţiuni, în adevăr poate prea limitate, s'ar putea conchide unele deducţiuni folositoare profilaxiei şi tratamentul boalelor venerice, atunci când s'ar întreprinde în prezentul războiu, o acţiune în acest sens, aplicată practic pe teren.

a) Una din aceste unităţi, luptând în Moldova şi Basarabia, n'au suferit vreo pierdere provocată de inamic. Insă s'au prezentat la consultaţie, cu începere dela 22 Iunie 1941 până la 1 Noembrie 1941, un total de 1755 oameni de trupă. Din aceşti bolnavi cu afecţiuni diverse au fost depistaţi:

33 de cazuri cu sifilis latent în cursul tratamentului.
2 bolnavi cu sifilis contractat după 22 Iunie 1941.
26 prezentând gonococie acută şi sub acută.
8 cu şancru simplu. — Astfel totalizând cifrele, avem:

69 de cazuri de maladii venerice, la un efectiv aproximativ de 1500 oameni de trupă, prezenţi la această unitate.

b) Datele obţinute din urmărirea boalelor venerice, la cea de a doua unitate, sunt cuprinse în intervalul dela 21 Oct. până la 16 Noembrie 1941, timp în care s'a executat ancheta la faţa locului, cât şi celelalte cazuri de maladii venerice înregistrate dela 22 Iunie 1941.

La un efectiv aproximativ de 4200 oameni trupă, pe care îi avea această unitate în ultimul timp, s'au efectuat 762 consultaţii pentru maladii diverse, la care se adaugă 130 şi 29 morţi, rezultaţi din atacurile aviaţiei inamice. Din acest total s'au depistat următoarele cazuri cu boli venerice:

7 oameni de trupă prezentând sifilis latent în curs de tratament.
3 cazuri cu sifilis recent contractat.
10 oameni trupă prezentând gonococie acută şi sub acută.
12 s'au prezentat cu şancru simplu penian, deci un total de:

32 bolnavi cu afecţiuni venerice.

c) Dispensarul antiveneric din Garnizoana Iaşi, care nu a putut servi decât un număr restrâns de unităţi de Aviaţie şi Artilerie Antiaeriană, în intervalul de timp dela 30 Iulie până la 31 August 1941, consultând şi tratând pe lângă bolnavii cu accidente venerice şi pe acei prezentaţi cu diverse dermatoze, a desfăşurat următoarea activitate. Consultaţiile şi internările de bolnavi au atins cifra de 79 plus 36, din care:

Consultaţii	39	Internaţi	36
Sifilis latent	1		5
Sifilis florit	1		5
Gonococie acută	8	şi complicată	6
Şancru simplu			7
Maladia N. şi Favre			1
	10		24

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Rezumând cifrele parţiale dela cele două unităţi urmărite de noi, obţinem următoarele date:

Efectiv trupă.	Consultaţii diverse.	Boale venerice.	Răniţi.	Morţi.
5700	2517	101	130	29
		Sif. lat. 40		
		Sif. flo. 5		
		Gonoc. 36		
		Sanc. Sim. 20		

Cu această ocazie constatăm, că independent de măsurile profilactice impuse de organele sanitare militare, **boalele venerice există în actualul război, continuând să se înmulţească prin apariţia de cazuri noi, cu contagiune recentă.**

Trebue să atragem atenţia, că aceste două unităţi cercetate de noi au avut relaţii foarte restrânse cu populaţia civilă aflată în zona lor de acţiune, cât şi cu cea din interiorul ţării. Totodată trebue observat că cifra reprezentând consultaţiile diverse, nu corespunde la un număr

real de bolnavi, deoarece un singur om, în cursul unei aceleiaş afecţiuni poate să se prezinte la vizita medicală de mai multe ori şi să fie înscris în registru, drept un caz nou ivit. Nu tot aşa se întâmplă cu venericii, care odată prezentaţi la consultaţie sânt înregistraţi o singură dată, pentru tot restul cât durează afecţiunea.

Investigaţiunile întreprinse de noi, asupra locului unde s'au contractat maladiile venerice, ne arată că aproape toate contagiunile s'au realizat în zona interioară şi în special în oraşele mari ca Bucureşti, Galaţi, Iaşi, militari care au contractat aceste maladii, sunt din acei care au fost trimişi în concedii, permisii, delegaţii, sau şofeuri, care asigurau transportul materialului de război, necesar trupelor din zona de operaţie.

In acelaş timp dacă urmărim distribuţia boalelor venerice la aceste două unităţi militare, constatăm că ele sunt mai frecvente la formaţia cea mai apropiată de zona interioară, pe când aceleaşi maladii reprezintă un procent mai mic la Regimentul de Artilerie Antiaeriană, care a fost situat în chiar zona frontului.

VII

Privind faptele aşa cum se desfăşoară în realitate, trebue să recunoaştem, că morbilitatea unui rănit sau bolnav de altă afecţiune decât infecto-contagioasă, este periculoasă exclusiv numai pentru însăşi purtătorul acestei stări patologice. Cu totul alta este situaţia atunci când este vorba de un bolnav venerie, asupra căruia nu s'a intervenit cu tratamentul la timpul necesar. In adevăr, pericolul de răspândire a boalei venerice în mediul înconjurător, reprezintă în aceste împrejurări un potenţial incalculabil, deoarece individul, care prezintă accidente venerice contagioase, nu este decât exponentul unitar al unui nesfârşit număr de alţi bolnavi venerici rămaşi în urma sa, iar în viitor, fiind capabil să transmită maladia la o infinitate de persoane venite în contact direct, totodată ameninţând să transmită, în deosebi, sifilisul descendenţilor de a doua sau a treia generaţie.

Iată dece, oricât ar fi de frapantă disproporţia numerică între cifrele care reprezintă răniţii şi bolnavii existenţi în acest războiu şi pe dealtăparte, numărul comparativ mic al venericilor, ce trebue ca atenţia forurilor superioare sanitare militare şi civile, să fie absorbată în totalitate de către această primă categorie de suferinzi, bineînţeles, în dauna acelora, care fără nici o cunoştinţă, au căzut victimă boalelor venerice, ameninţând în acelaş timp, în mod cu totul inconştient şi nevinovat, sănătatea şi viitorul naţiunei noastre.

Analiza faptelor constatate de noi, la aceste două unităţi operative şi care reprezintă în mic tabloul venerologic, care desigur există şi la celelalte unităţi militare, încă necercetate din acest punct de vedere ne autorizează în calitatea de venerolog şi militar activ, să evidenţiem această stare de fapte autorităţilor cărora le înclină răspunderea menţinerei unei bune stări sanitare în rândurile armatei şi ale populaţiei civile, propunând totodată ca mai devreme cu un ceas, să se treacă la deslănţuirea luptei antivenerice impusă de această stare de război,

urmând întocmai planul magistral conceput de către D-l Prof. D-r St. Nicolau, cu ocazia întocmirei studiului de ansamblu, expus de volumul „Probleme de medicină de războiu".

VIII

Profilaxia antivenerică în timp de războiu are la bază trei principii generale cuprinse în „organizarea unor centre venerologice şi militare, unde să se izoleze toţi venericii depistaţi de către autorităţile sanitare respective, oferindu-li-se totodată tratamentul adecuat, în condiţiuni ştiinţifice optime. Asemenea, supravegherea în deaproape a prostituţiei oficiale şi clandestine, de orice clasă socială, prin mijlocul unui sistem de Poliţie sanitară. Şi un al treilea deziderat, asupra căruia planează încă aprige dispute, constă în dirijarea pe o cale neigienică şi profilaxia a „libidului" manifestat de către militari, oferindu-li-se în acest scop „case de toleranţă" modernizate şi supraveghiate medical, aşa cum s'a practicat în războaiele din trecut, iar actualmente existând în organizaţia sanitară ale armatei Germane.

Această ultimă măsură de profilaxie antivenerică, discutabilă pentru unii venerologi nu poate fi omisă, deoarece nu se poate contesta existenţa „imperativului sexual" pe care îl prezintă oricare militar, indiferent de situaţia tactică unde este chemat să-şi facă datoria. Acest instinct poate să fie numai comprimat, până la un oarecare punct, datorit unor împrejurări speciale, cum ar fi prezenţa oricărui ostaş în zona activă din primele linii, unde moartea ameninţând la fiecare pas, face să mujească şi cea mai vitală necesitate organică, cum ar fi foamea.

Existenţa apetitului sexual la militari independent de locul unde se găsesc, îl demonstrează numărul venericilor depistaţi, care prin contractarea unei atare maladii, nu ne îndreptăţeşte a-i considera a fi dintre acele elemente, cărora li s'ar putea da epidentul de „detracaţi" sau decăzuţi moralicește. In majoritatea cazurilor ei sunt dintre acei ostaşi, care au dovedit acte de curaj, unii stăpânind situaţii de o importantă răspundere.

Dacă se urmăreşte în actuala stare de război desfăşurarea instinctului sexual manifestat sub diversele sale aspecte în ascuns sau oficial, atât în lumea militară cât şi civilă uşor se poate deduce, că această pornire organică, mărturisind însăşi esenţialul existenţei noastre, având drept rezultat actul „procreaţiei", pare mai trează, ea deslănţuindu-se ca o forţă dinamică explosivă deosebit de autoritară, încât la o privire superficială, ar părea patalogică. Această stare de virilism exagerat pare, că ar căuta până la un oarecare punct, să revanşeze risipa atâtor vieţi româneşti.

Cu puţin tact şi bună voinţă s'ar putea uşor vedea, care este realitatea, în ceeace priveşte necesitatea satisfacţiei instinctului sexual manifestat de către militarii chemaţi la datorie şi de care depinde într'o mare măsură răspândirea boalelor venerice, în modul acesta s'ar evita eroarea care duce până la negarea existenţei dreptului suveran şi autonom de funcţionare normală a unor glande cu secreţie internă şi externă, ştiindu-se că niciodată acest sistem de organe, atât timp cât

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Protecția gestației

în avort iminent și habitual sterilitate în urma netransformării mucoasei uterine în faza pregravidă, hemoragii (hiperplasii glandulare, cistice, juvenile și climacterice)

Flavolutan

(Corpul galben disolvat în uleiul germenului de grâu)

Conține deci și vitamina E. Deaceea acțiune mărită a progesteronului. Pe baza conținutului vitaminei E este mai ales indicat în tratamentul avortului habitual și iminent

Fiole cu câte 2 mg
cutii cu 1 și 3 fiole

Fiole cu câte 5 mg
cutii cu 1 și 5 fiole

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

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

sunt în stare de viabilitate, nu va înceta să-şi reclame dreptul la vieaţă, indiferent dacă posesorul lor este chemat să-şi manifeste calităţile războinice pe câmpul de luptă.

Judecând fizio-biologic, trebue să acceptăm integral acea măsură de profilaxie antivenerică, care obligă să se organizeze case de toleranţă îndărătul frontului de luptă, părăsindu-se astfel acea falşă şi învechită morală publică, care în atare împrejurări, nu poate decât să servească la încurajarea clandestinismului sexual, protejând indirect propagarea boalelor venerice.

Privind adevărul în faţă, noi suntem de părerea acelor venerologi, care cer organizarea unor atare case de toleranţă pentru ofiţeri şi trupă, păstrându-se totodată intacte preceptele unei morale raţionale, ale regulelor de higienă şi ale profilaxiei antivenerice individuale. In acelaş timp trebue observat, că asemenea centre de utilitate publică, să satisfacă prin aşezarea lor, pe deplin cerinţele generale şi să nu stinghereasca bunul mers al operaţiilor militare. Astfel aceste case de toleranţă trebue să fie eşalonate începând dela cel puţin 100 km. îndărătul frontului, plasându-le în zona etapelor şi în reşedinţele unde se fac concentrările de trupe sau acolo unde armatele întoarse de pe front, în refacere, adică în toate acele localităţi, unde militarii sunt în contact direct cu populaţia civilă şi, deci pot să satisfacă reciproc, interesele de care sunt animaţi. In modul acesta s'ar evita acele debuşeuri de epuizare sexuală, care admise „la repezeală" şi necontrolabile, implicând mari riscuri de a se contracta maladii venerice.

Organizarea în amănunt, ale caselor de toleranţă, formează desigur un subiect de o extremă delicateţă, căci luându-se o astfel de măsură, fără o prealabilă cercetare serioasă a mijloacelor utilizate în acest scop, aplicarea practică pe teren ale acestui deziderat vital în profilaxia antivenerică în timp de război, se va prăbuşi în mod scandalos.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

IX

Oricare ar fi modalitatea prin care se va manifesta lupta contra boalelor venerice, în această stare de război în care ne aflăm, ea trebue să aibă un caracter totalitar, cuprinzând în acelaş „plan de operaţie" atât profilaxia antivenerică privitoare la lumea militară cât şi pe aceea care se impune populaţiei civile. Nu credem să existe o mai mare nevoie de acţiune în comun, între autorităţile sanitare militare şi civile, decât atunci când se intenţionează, să se deslănţue în timp de război, o luptă contra boalelor venerice. Cu toţii ştim că, aceste afecţiuni în ceeace priveşte puterea lor de contagiozitate înfăţişează un joc de tenis, care în cazul nostru, este angajat între militari şi civili. Astfel, pentru a se obţine asanarea răului descoperit, trebue ca lovitura de graţie să intereseze într'o egală măsură ambele tabere. Contrariu şi în cazul când această operă de profilaxie antivenerică va acţiona unilateral, finalul sau poate fi dela început considerat eşuat.

După ce cunoaştem rezultatele negative la care au ajuns autorităţile civile, în stăruinţa lor de a preveni boalele venerice, ce în timp de pace şi datorit faptului, că aproape trei sferturi din populaţia ţărei noastre se află astăzi în serviciul armatei, nu rămâne decât o singură

cale pe care se poate ajunge la o reuşită sigură în lupta contra venerolismului.

Acest mijloc, în care ne punem întreaga speranţă, constă în constituirea unui Stat Major sanitar militaro-civil, căruia să i se pue la dispoziţie, în mod neprecupeţit, toate mijloacele materiale şi personalul specializat necesar, pentru ca să poată să-şi ia întreaga răspundere a operei ce eventual i s'ar încredinţa, desfăşurând în condiţiuni optime, lupta contra boalelor venerice, care desigur va trebui menţinută poate un timp mai îndelungat decât actualul război şi care de atâtea ori începută, niciodată nu a fost susţinută până la sfârşit.

Noi am expus constatările şi părerile personale privind unităţile în situaţia de formaţiuni pur operative, însă incomparabil mai gravă se va desfăşura epidemia de boli venerice, atunci când oastea română, va fi în situaţia de Armată de ocupaţie şi de exploatarea succesului, totodată având unităţi care vor acţiona eminamente în zona frontului.

Etant donné que la prophylaxie antivénérienne en temps de guerre est subordonnée aux mêmes principes de base, que celle du temps de paix, elles doivent se compléter réciproquement.

Les conditions anormales dans lesquelles se développe la lutte contre les maladies vénériennes qui apparaissent durant la guerre, lui impriment une caractéristique tout à fait particulière, sans pourtant la faire trop différer de celle declenchée aux moments d'acalmie et de paix.

Dès qu'on aborde le probléme du vénérisme à l'èpoque de guerre, il faut connaitre premièrement, quel est l'état de prophylaxie antivénérienne en temps de paix sur lequel devrait se greffer la prophyalxie appliquée pendant la guerre. De même faut-il connaître le degré de propagation des maladies véneriennes parmi les combattants, pour qu'on puisse ensuite étudier les moyens de prophylaxie qu'imposent les circonstances, afin d'établir, dans le dernier stade, le plan d'action d'après lequel on devra agir pratiquement sur le terrain.

Dans la guerre actuelle on n'a encore organisé jusqu'a présent aucune lutte contre les maladies vénériennes; il y demeure la même situation qu'en temps de paix, qu'on sait assez dé ectueuse.

Nous avons recherché la propagation des maladies vénériennes chez deux regiments antiaériéns qui prenaient part à la guerre actuelle, et nous avons constaté que ces maladies ont progressé par de nouveaux cas de contagion récente qui ont aparu d'autant plus fréquent, que la formation venait en contact étroit avec la zone interrieure qui constituait la vraie source d'infection

Pour prevenir à ce fléau, il est nécessaire qu'à côté d'autres mesures de prophylaxie, on organise à l'arrière du front, à partir de 100 km., des *maisons de tolérance* separées pour les officiers et la troupe.

Afin qu'on trouve une solution à ce problème vénérique en temps de guerre, il faut établir *état majeur civilo-militaire* pourvu du matériel prophylactique nécessaire et le personnel médical spécialisé.

C'est M. le Prof. Dr. St Nicolau qui a étudié ce sujet jusqu'aux détails les plus obscures, en faisant diffuser ses conceptions par des conférences, des mémoires et des nombreux articles publiées dans des revues. Son dernier mot à cet effet peut être trouvé dans son étude d'ensemble: „Le problème de la médecine de guerre", publiée dans un volume spécial par l'Académie de Médecine de Bucarest.

Die anti-venerische Prophylaxis während des Krieges hat dieselben Prinzipien als Grundlage, wie die in Friedenszeiten organisierte und mus daher eine die andere ergänzen.

Die abnormalen Bedingungen in welchen sich der Kampf gegen die im Laufe eines Krieges erschienenen venerischen Krankheiten entwickien soll, prägt ihm eine besondere Charakteristik ein, ohne ihn aber zu viel vom selben im Momenten von Ruge und Frieden unternommenen Kampf zu unterscheiden.

Wenn in Kriegszeiten das Problem des Venerelismus erörtet wird, muss man zuerst den Zustand der antivenerischen Prophylaxis in Friedenszeiten kennen auf welchen Grundlage die in Kriegsmomenten entwickelte basieren wird. Ebenfalls muss man die Ausdehnung der venerischen Krankheiten in den Reihen der kämpfenden Armee kennen, dann die von den Umständen auferlegten Massnahmen analisieren im letzten Stadium den Wirkungsplan aufsetzen und nachher praktisch wirken.

Bis jetzt wurde im gegenwärtigen Krieg gar kein Kampf gegen venerische Krankheiten organisiert und es ist derselbe Gesundheitszustand, wie in Friedenszeiten, den wir als genug mangelhaft kennen geblieben.

Es wurde die Ausbreitung venerischer Krankheiten bei zwei Fliegerregimenter, die am jetzigen Krieg teilgenommen haben, nachgeforscht und man hat konstatiert dass diese Krankheiten sich durch neue Ansteckungsfälle vermehrt haben und sie häufiger sind je mehr die Formation engere Verbindungen mit dem inneren Gebiet hatte und welche die wahre Infektionsquelle bildete.

Um dieser Plage vorzubeugen, ist es notwendig nebst anderen prophylaktischen Massregeln, hinter der Front, angefangen von 100 Km., *Freudenhäuser* zu organiseren, und zwar separat für Offiziere und Truppe.

Um in Kriegszeiten dieses Problem zu lösen, muss ein militärisch-bürgerlicher Generalstab existieren, welchem das notwendige Materiel und ein spezialisiertes medizinisches Personal zur Verfürgung gestellt werden soll.

Herr Prof. Dr. St. Nicolau hat dieses Thema bis in den niedrigsten Einzelheiten entwickelt und seine Ansichten durch Vorträge, Denksschriften, vielfältige Artikel in Revisten weitergegeben und sein letztes Wort in dieser Hinsicht ist im „Probleme der Kriegsmedizin" zu finden welche in einem speziellen Band seistens der Medizinische Akademie aus Bukarest publiziert wurde

La profilassi anti-venerea durante la guerra avendo alla sua basi gli stessi principi, che quella organizzata in tempo di pace, esse devono completarsi reciprocamente.

Le condizioni anormali nelle quali si svolge la lotta contro le malattie veneree, che appaiono durante una guerra imprime ad essa una caratteristica tutta particolare, senza però farla troppo differire dalla stessa lotta, scatenata nei momenti di acalmia e di pace.

Allorquando si abborda il problema del venerismo nell'epoca della guerra, bisogna prima conoscere quale è lo stato di profilassi antivenerea in tempo di pace e suquesta si innesterà quella sviluppatasi durante la guerra. Bisogna pure conoscere la propagazione delle malattie veneree in mezzo all'armata combattente e poi, analizzare le missure di profilassi imposte dalle circostanze, disponendo, nell'ultimo stadio, il piano di azione secondo il quale si procederà praticamente sul terreno.

Nella guerra attuale, fin'ora non si è organizzata nessuna lotta contro le malattie veneree, rimanendo la stessa situazione sanitaria del tempo di pace, la quale la sappiano abbastanza diffettuosa.

Ricercandosi la propagazione delle malattie veneree in due regimenti antiaerei, che hanno participato alla guerra attuale si è visto che queste malattie si sono molteplicate con casi nuovi di contagione recente, essendo tanto più frequenti quanto più stretti erano i rapporti della formazione militare colla zona interna, che costitueva la vera sorgente di infezione.

Per prevenire a questo flagello sarà necesario, oltre alle altre misure profilattiche, organizzare dietro al fronte, cominciando da 100 km. *„case di toleranza"* separatamente per ufficiali e truppa.

Nello scopo di risolvere questo problema venereo durante la guerra, deve esistere uno *Stato Maggiore militaro-civile* alla disposizione del quale bisogna mettere tutto il materiale necessario ed un personale medico specializzato.

Il Prof. Dott. St Nicolau ha svolto questo soggetto fino ai suoi più oscuri dettagli, propagando i suoi pareri attraverso conferenze, memoriali ed articoli in svariate riviste, e la sua ultima parola su questo problema, si trova scritta in uno studio: „Problemi di Medicina di Guerra" publicato in un volume speciale dall'„Academia di Medicina" di Bucarest.

Digitized by Babeş-Bolyai University, Cluj-Napoca

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

Antireumal — atoian 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

Laboratorul „ICFAL" S. A. R.

Str. Principatele-Unite No. 14
BUCUREŞTI V — Telefon 5 66.32

CALCIUM „ICFAL"

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

Perfect stabil şi indolor. — Intravenos şi intramuscular.

FOSFOVITADOL

VIN ŞI GRANULE
Tonic reconstituant

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

HEPATONAL

Extract de ficat injectabil
Dimethyl arseniat de fier

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

NAJOSOL

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

METOCHIN

Fiole de 2 cc şi 1 cc.
(clorură de tetrametilthionin biclorhidrat de chinin carbomidat)
PALUDISM ŞI SPLENOMEGALIE

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

CHIRURGIA OCULARĂ IN ACTUALUL RĂZBOI

de

D-r I. GLĂVAN

Chirurgia oculară, ca toate celelalte ramuri ale chirurgiei, a prezentat în actualul război unele particularităţi, cari ne-au pus în situaţia de a lua atitudini diferite de cele clasice, când a fost vorba să salvăm vederea acelora cari ne-au recucerit parte din hotarele răpite şi au apărat onoarea patriei, precum şi acelor cetăţeni din interiorul ţării, cari au căzut victime ale atacurilor aeriene ale inamicului.

Statisticele făcute la sfârşitul războiului mondial arată că frecvenţa rănirilor oculare este de 8—9% faţă de celelalte răniri şi de 20—25% faţă de rănirile la cap. Aceste cifre constituie limita inferioară şi mulţi autori susţin că ele sunt cu mult mai urcate, dacă ţinem seamă că mulţi răniţi cu leziuni oculare şi craniene mor pe front, ne mai intrând deci în cadrul statisticelor de spital.

O statistică comparativă, fie chiar provizorie, între leziunile oculare produse în războiul actual şi cel mondial, n'a putut să fie întocmită până acum, credem însă că procentul rănirilor oculare din războiul actual, de permanentă mişcare, va fi mai mare decât cel amintit.

Schimbarea armamentului în actualul război a dat leziuni oculare diferite faţă de cel trecut. In timp ce plăgile oculare erau produse, în războiul mondial, în majoritatea cazurilor, de glonţ şi schije de obuz, în războiul actual s'a observat un mare număr de plăgi oculare produse prin schijele de obuz de brand şi de explozii de mine.

Va fi interesant de studiat frecvenţa plăgilor oculare prin glonţ, atunci când se vor putea întocmi statisticele centralizatoare pe întreaga ţară. Numărul lor, relativ mic, în spitalele din zona interioară, nu înseamnează că asemenea leziuni nu s'au produs; rănirea prin glonţ a unui ochiu este însoţită de leziuni importante craniene, de aceea credem că mulţi dintre aceşti răniţi au murit, fie îndată după rănire, fie în formaţiunile sanitare din zona frontului, înainte ca ei să mai fi putut să fie evacuaţi la spitalele din zona interioară.

O menţiune specială merită leziunile oculare produse prin schije de obuz de brand. D-l D-r Gomoiu, în conferinţa d-sale „Invăţăminte

*) Comunicare făcută la Academia de Ştiinţe din România, în şedinţa dela 17 XII 1941.

şi observaţiuni din războiul actual", ţinută la inaugurarea acestui an de activitate a Academiei de Ştiinţe, susţinea că toleranţa schijelor de brand e mare, pentrucă, fiind de un volum mic, nu produc mari rupturi de ţesuturi. Ne asociem acestei păreri şi în susţinerea ei aducem exemplul numeroaselor schije de brand intraoculare, pe care unii răniţi le poartă şi azi, după luni de zile, fără cea mai mică neplăcere, afară de pierderea, sau scăderea vederei la ochiul lezat. Multe din ele erau atât de mici, că abia puteau fi diagnosticate pe placa radiografică.

Aceste schije mici intraoculare, uneori în mare număr la acelaşi ochiu, nemagnetice foarte adeseori, n'au putut să fie extrase cu electromagnetul şi cu atât mai puţin prin alt procedeu chirurgical.

In fine, vom spune câteva cuvinte despre rănirile oculare produse prin explozii de bombe, cu prilejul atacurilor aeriene; de altfel aceste răniri au fost cele dintâiu observate de noi. Leziunile produse asupra celor cari au căzut victime ale acestor atacuri aeriene, au fost produse, în mare parte din cazuri, prin sticle dela geamurile ferestrelor şi moloz din pereţii caselor. Citez cazul a 3 membrii ai aceleiaşi familii, cari, surprinşi dimineaţa în somn de bombardamentul inamicului asupra Capitalei şi deci ne mai putând să se refugieze în adăpost, au prezentat leziuni importante oculare, produse de molozul din pereţi şi de părticele mici dela geamurile ferestrelor, pe cari a trebuit să le căutăm mult timp şi să le extragem în rate. Dacă actul chirurgical n'a prezentat nicio particularitate care să-l difere de unul similar din timp de pace, putem însă trage din aceste exemple un învăţământ practic important: în timp de pericol iminent aerian să se deschidă ferestrele şi publicul să nu stea în preajma lor. Am îngrijit şi văzut multe cazuri de pierderea, sau diminuarea vederei, produse de bucăţi de geam, la cei cari n'au respectat sfaturile autorităţilor.

Observaţiile noastre asupra rănirilor oculare de război, au fost făcute pe un număr însemnat de răniţi, atât din serviciul oculistic al spitalului Colţea, condus de d-l prof. D-r D. Manolescu, unde am fost mobilizat încă dinaintea războiului, cât şi din spitalul Z. I. No. 332, instalat în internatul Casei Corpului Didactic, pe care l-am condus dela 22 Iulie, până la 23 Noemvrie, când a fost demobilizat şi care a funcţionat în ultimele 3 luni ca spital de oftalmologie.

Procedeele de refacerea pleoapelor, ca şi sutura conjunctivelor, scleroticei, corneei, au fost cam aceleaşi pe care le cunoaştem din tratatele clasice. Conduita noastră faţă de corpii străini intraoculari şi indicaţiile enucleaţiei globului ocular, au variat însă şi asupra acestor chestiuni vom insista puţin.

Şi în războiul actual am întâlnit adesea cazuri de sdrobiri de ochi prin schije de obuz, sau glonţ, am întâlnit însă foarte frecvent corpii străini mici intraoculari, faţă de cari a trebuit să adoptăm o atitudine care variază de cea de până acum.

Aceşti mici corpi străini intraoculari, în marea lor majoritate schije de brand, produceau de multeori leziuni minime ale pereţilor globului ocular; în cazurile când nu era lezată corneea şi poarta de intrare sclerală nu se putea găsi, singurele mijloace de diagnostic erau radiografia şi oftalmoscopia. Faţă de aceşti mici corpi străini, distructivi atât

de puţin a trebuit să luăm dela început o atitudine de expectativă. Răniţii au fost puşi sub observaţie, administrându-li-se la început sulfamide, sau proteinoterapie şi controlându-le fundul ochilor şi acuitatea vizuală neîncetat. In cazul când fenomenele inflamatorii n'au cedat şi corpul străin era nemagnetic, ochiul a ajuns la enucleaţie. Aceste cazuri însă au fost, din fericire, mai puţine de cât ne-am fi aşteptat.

Intr'un număr destul de mare de cazuri, corpii străini intraoculari au fost bine toleraţi. Ţinând seama de faptul că, în general, oftalmia simpatică se arată între 15—45 de zile, aceşti răniţi au fost ţinuţi sub observaţie până la 60 de zile după rănire, iar la acest termen erau trimişi în concediu cei cu o bună acuitate vizuală, sau reformaţi cei cu vederea diminuată, cu recomandaţia că, îndată ce vor observa cele mai mici fenomene inflamatorii, să se prezinte la spital. Am revăzut pe mulţi dintre aceşti posesori de corpi străini intraoculari după 4 luni, în aceiaşi bună stare ca la eşirea din spital. Am avut însă şi surpriza să fiu pus în situaţia de a practica enucleaţia de urgenţă, în 2 cazuri, după 70 de zile de complectă linişte oculară.

Din cele expuse până aci, credem că suntem îndreptăţiţi să tragem următoarea concluzie: corpii străini intraoculari, cu deosebire cei produşi de schije de brand, au fost bine toleraţi şi enucleaţiile făcute pentru aceste răniri au fost mult mai puţine ca altădată. Aceşti bolnavi trebuesc însă spitalizaţi mai mult timp, ceeace constitue un inconvenient pentru perioada de mare afluenţă a răniţilor.

Soluţionarea acestui neajuns se poate obţine numai destinând, pentru mobilizare, spitale de ochi cu un număr mai mare de paturi, număr care credem că pentru Bucureşti nu poate fi inferior celui de 500.

Problema enucleaţiei globului ocular a fost privită cu toată seriozitatea pe care o prezintă o asemenea operaţie mutilantă şi prin prizma importanţei leziunilor oculare din actualul război.

In războiul trecut s'a făcut un prea mare abuz de enucleaţii, de teama producerii oftalmiei simpatice; s'au enucleat ochi cari nu prezentau nici cele mai mici indicii că vor putea da oftalmia simpatică la ochiul cel bun şi de multe ori enucleaţia s'a făcut din primele momente ale rănirii, la formaţiile dinainte. S'a mers până acolo că pe frontul din Apus s'a practicat enucleaţia bilaterală a globilor oculari, într'un număr relativ însemnat de cazuri, operaţie nu numai inutilă, dar chiar absurdă.

Pornind dela ideia că păstrarea unui glob ocular, chiar dacă şi-a pierdut funcţia, este absolut necesară, având o deosebit de importantă influenţă asupra psichicului rănitului, ne vom strădui să conservăm cât mai mulţi ochi răniţi. Exceptând cazurile de globi sdrobiţi, cei atrofici, cei cu iridociclite cronice, după plăgi penetrante, aproape toţi ceilalţi globi oculari răniţi pot fi păstraţi.

Operaţiile trebuesc executate la spitalele din zona interioară, de către specialişti, singurii în măsură să decidă asupra necesităţii lor. Deşi în cazuri mai rare ca în războiul mondial, chirurgii au practicat şi în acest război enucleaţii în primele zile după rănire, la spitalele de campanie.

Ţinând seama că în primele 8—10 zile după rănire nu i-se poate întâmpla nimic unui ochiu, timp necesar pentru evacuarea răniţilor la

Biblioteca Universităţii Regele Ferdinand I. din Cluj • ROMÂNIA

spitalele din zona interioară, chirurgii vor renunța de sigur în viitor la aceste enucleații premature, cu atât mai mult cu cât posibilitățile pe care le au de a face un examen radiografic, sau proba cu electro-magnetul, sunt aproape inexistente pe front. In favoarea acestei teze pledează și procedeurile de enucleație diferite la chirurgi (cari practică uneori adevărate exenterații de orbită), față de oculiști, fapt care duce la imposibilitatea, de multe ori, de a se aplica o proteză în bune condiții, la răniții enucleați pe frunt.

Se va aștepta deci cel puțin 10 zile dela rănire, afară de cazurile de sdrobiri mari ale ochiului, ținând seama de faptul că oftalmia simpatică, singura de temut, nu se ivește de cât la minimum 10 zile dela rănirea unui ochiu. Chiar în cazurile de sdrobiri complecte ale ochiului, tot e bine să așteptăm 2—3 zile, până se mai curăță plaga și cedează edemul.

In războiul actual, evacuarea spre zona interioară s'a făcut, cu deosebire în a 2-a jumătate a campaniei, în condiții foarte rapide. Răniții din jurul Odesei, ajungeau la spitalul nostru cu avionul la 4—6 ore după rănire. Datorită acestui fapt s'a putut da un ajutor eficace, fapt pentru care merită toate laudele atât cei cari au organizat transporturile, cât și cei ce le-au executat.

Deși am evitat să dăm statistici până acum, pentru motivul că ele nu pot prezenta de cât un prea palid aspect al realității, totuși vom cita câteva cifre, din teza de doctorat a colegului D-r P. Stănescu, fostul nostru intern dela spitalul No. 332. D-sa a găsit în serviciul oculistic dela spitalul Colțea, la un număr de 449 răniți (internați dela 22 Iunie—20 Octomvrie) 92 de enucleații și 11 evisceraţii, ceeace ar da un procent de 20,5% enucleați și 2,4% eviscerați.

Biblioteca Universității "Babeș" Cluj

In spitalul No. 332, la un număr de 129 răniți, (dela 1 August—20 Octomvrie), a găsit 16 enucleați, ceeace ar da un procent de 12,4%.

Acest procent va fi, de sigur, modificat atunci când se va face statistica tuturor răniților oculari din țară și credem că el va fi cu mult mai mic decât al războiului trecut, cu toate că în războiul actual rănirile oculare prin schije au fost mult mai numeroase.

La dureri

QUADRONAL

SIGUR ★ EFICACE ★ BINE TOLERAT

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

Somniferul
cu efect sigur

chiar şi în doze mici
(1/2 tabletă), somn reconfortant şi o deşteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

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

Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziţie.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.
STRADA SF. IONICĂ, 8
BUCUREŞTI

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul de Chirurgie 612 Tighina

SPALATURILE PLEURALE ŞI INJECTIILE CU BENZOAT DE SODIU IN TRATAMENTUL PLĂGILOR PLEURO-PULMONARE SUPURATE DE RAZBOIU

de

D-r IOSIF VAINA
Medic al Spitalului 612

şi

D-r IULIU MANU
Comandantul Spitalului 612

Campania din frontul de Est din vara şi toamna anului 1941, şi în special asediul prelungit al Odessei, au deschis noi probleme în tratamentul răniţilor pulmonari. Dacă prima etapă a luptelor dintre Prut şi Nistru, se caracterizează din punct de vedere a răniţilor pulmonari prin numărul mare de plăgi transfixiante, cauzate de gloanţe de armă şi un procent mai mic prin schije de obuz, asediul Odessei, prin întrebuinţarea pe scară întinsă a brand-urilor a dat un procent ridicat de răniţi pulmonari de o gravitate excepţională, în contradicţie cu vechiul dicton, care susţine relativa benignitate a plăgilor pulmonare de războiu.

Proporţia plăgilor pleuropulmonare — după cei mai mulţi autori — oxcilează în jurul cifrei de 10% din totalul răniţilor. Aceste plăgi pot fi unice sau multiple, primele fiind cauzate de obiceiu de gloanţe de armă, iar ultimele de schije de obuze brand, etc. Agenţii vulneranţi pătrund în cutia toracică, fie traversând aceasta dintr'o parte în alta, dând astfel aşa zisele plăgi transfixiante, fie că pătrund fără a eşi şi, atunci avem deaface cu aşa numitele plăgi oarbe, penetrante.

Plăgile transfixiante produse de gloanţe de puşcă, în majoritatea cazurilor nu produc distrugeri arpeciabile, rezumându-se la un orificiu de intrare mai mic, tranversează peretele toracic, perforează ambele seroase, plămânul şi un orificiu de eşire, care de regulă e mai mare cu margini mai neregulate, cari de multe ori bombează în afară, închizându-se mai târziu decât primul. Rare sunt plăgile transfixiante produse de schije, cari să ajungă la formaţiuni spitaliceşti; de regulă acestea rămân pe câmpul de luptă.

Plăgile produse de schije sunt foarte variate, în funcţie de mărimea acestora, de distanţa dela care vin, forma, etc. şi consecinţele acestora încă sunt cu mult mai grave. Marginile plăgilor sunt neregu-

late, nu păstrează forma proectilului ca la glonte, peretele toracic prezintă distrugeri mai mici sau mai mari, la fel şi pleura şi plămânul, cu sau fără cointeresarea scheletului osos. Acesta din urmă este atins mai ales de proectile de artilerie, manifestându-se prin fracturi costale, ale claviculei, a coloanei vertebrale şi a sternului. Şi gloanţele de armă pot cauza fracturi chiar cu deplasare de eschile în parenchimul pulmonar.

Cele mai serioase leziuni se produc asupra pleurii şi plămânului, serioase mai ales prin complicaţiile ulterioare cari decurg din acestea. Tocmai aceste complicaţiuni, datorită schiţelor, întotdeauna sceptice, cari lasă în urma lor tunele larg deschise de comunicare între cavitatea toracică şi exterior, — deci plăgi de o excepţională gravitate — au deschis un nou capitol în tratamentul medico-chirurgical al acestor plăgi.

Simptomatologia plăgilor pleuropulmonare este foarte multilaterală şi în raport direct cu gravitatea. Cele produse de gloanţe de armă, transfixiante, la început nu dau decât simptome subiective; hemoptizie, care de regulă este moderată şi pasageră, tuse, dureri, febră oscilând între 37—38°, fără să dureze mult, puls mai frecvent şi întârzierea mişcărilor respiratorii la hemitoracele respectiv. Toate acestea însă, dacă nu apar complicaţiuni, nu durează decât câteva zile. Dacă revărsarea de sânge în arborele bronchic a fost mai masivă sau alături de proectil au fost introduşi şi corpi streini în cavitatea toracică, atunci după câteva zile apare alte simptome, mult mai grave, datorită complicaţiilor produse de aceştia din urmă.

Plăgile mai grave au aceeaş simptomatologie subiectivă la început, însă mult mai pronunţată, adăugându-se la aceasta şi şocul traumatic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Evoluţia acestor plăgi este variată. Cele cu torace închis, transfixiante, la care orificiile de intrare şi eşire sunt mici, în majoritatea cazurilor au evoluţie benignă şi când ajung la o formaţiune spitaliceasca stabilă, de multe-ori nici nu mai necesită tratament special. Plăgile cu torace deschis în schimb, dacă nu mor pe câmpul de luptă sau în timpul transportului, evoluiază cu mult mai grav, dând loc la numeroase complicaţii, cari pericliteazâ viaţa rănitului.

Complicaţiile sunt: a) pleurale-hemotorax, pneumotorax, piopneumotorax, piotorax şi seropneumotorax, b) pulmonare-pneumonic, bronchopneumonic, abces pulmonar şi gangrenă pulmonară, şi c) pleuropulmonare, cointeresând atât seroasele cât şi parenchimul pulmonar, de exemplu empiem cu abces concomitent, exudat pleural cu pneumonie sau bronchopneumonie, etc. De multe ori leziunile externe, cauzate de agentul vulnerant sunt aşa de minimale, încât atunci când rănitul este evacuat la o formaţie spitaliceasca stabilă, nu mai avem deaface cu plaga propriu zisă ci cu complicaţiile ivite ulterior.

Pneumotoraxul la plăgile toracice închise este relativ redus, aşa încât cu mijloacele de investigaţie (auscultaţie şi percuţie) cari ne stau la dispoziţie (lipsa aparatului de Roentgen) foarte rar am putut confirma cu siguranţă existenţa lui. In schimb emfizemul subcutanat, un satelit al acestuia, s'a putut observa la foarte mulţi cu plăgi toracice închise, de unde am putut conchide şi existenţa pneumotoracelui, chiar dacă nu a dat simptome clinice evidente.

Gravitate specială reprezintă plăgile pleuropulmonare, cauzate de bucăţi mari de schijă cu largă deschidere a plastronului costal, a cavităţii pleurale şi cu distincţii masive de parenchim, formând adevărate căi de comunicaţie cu exteriorul, care menţine o stare de supuraţie permanentă şi prin secreţia abondentă a plăgii cât şi prin traumatismul permanent produs de curentul de aer, care intră şi ese prin fistulă cu fiecare act respirator, întârzie sau chiar împiedecă cicatrizarea plăgilor.

Prezenţa concomitentă a empiemului cu revărsare masivă de puroiu prin orificiul plăgii formează o piedecă serioasă în calea vindecării.

Spitalul de chirurgie Z. I. 612, care a funcţionat în zona armatelor operative, alături de spitalele de campanie, a avut ocazie să spitalizeze şi să trateze un număr apreciabil de răniţi pleuropulmonari, pentruca după o luptă disperată, din fericire încununată cu succes, să poată trage anumite concluzii, cari — în faţa campaniei ce se reia, — credem a servi ca bun îndreptar.

In luna Septembrie 1941, formaţiunile sanitare de campanie şi alături de ele şi spitalul nostru, au fost supraîncărcate de răniţi — trecuţi prin diferite formaţiuni înaintate, — pentru a fi evacuaţi în interior, dar din cauza stării grave, datorită complicaţiilor ivite, pe care prezenta o parte a răniţilor pleuropulmonari, ei nu au mai putut fi transportaţi fără risc. In atari condiţiuni s'a format la spitalul nostru o secţie de răniţi pleuropulmonari, unde aceştia au fost internaţi de multe ori în stare extrem de gravă. Majoritatea lor, având un trecut de 6 până la 10 zile au fost aduşi într'o stare de completă epuizare, prezentând dispnee foarte accentuată, cianoză, transpiraţiuni permanente, puls filiform şi febra între 39—40°, plăgi penetrante mai mici sau mai mari cu lipsă de continuitate a peretelui toracic, pe unde se scurgea din abondenţă puroiu. O parte a răniţilor aveau plăgi transfixiante cauzate de glonte cu orificiile de intrare şi eşire în parte cicatrizate, având însă o stare la fel de gravă din cauza complicaţiilor septice ivite. Dela data rănirii şi până la instituirea tratamentului nostru, aceşti răniţi, — pe lângă serul antitetanic şi antigangrenos, injecţii de calciu, morfină, au primit sulfamide şi cardiotonicele obişnuite.

In faţa acestor fapte ni s'a pus spre rezolvare o sumedenie de probleme, de indicaţiuni şi tratament, de a căror judicioasă aplicare atârna viaţa acestor răniţi. Pornind şi verificând încă odată principiul că rănile pleuropulmonare prin schijă sunt întotdeauna septice şi că complicaţiile pleuropulmonare apar dela a 4-a până la a 6-a zi dela data rănirii, aveam de ales între un tratament conservator, — impus de altfel de starea excepţională de gravă a răniţilor — şi între un tratament operator sângerând, indicat în parte din cauza empiemelor sufocante, dar în acelaş timp contraindicat din cauza stării de şoc şi complicaţiile pulmonare, cari în majoritatea cazurilor deja s'au declarat. In timp de 60 zile am spitalizat 70 de răniţi pulmonari. Din acest număr de răniţi 36 au prezentat plăgi transfixiante prin glonte de armă cu reacţiuni pulmonare minime, 9 răniţi pulmonari cu plăgi transfixiante având orificiile de intrare şi eşire aproape cicatrizate, con-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

comitent prezentăm însă complicaţii pleurale, pulmonare sau ambele sub formă de empiem, abces pulmonar şi bronchopneumonie şi 25 răniţi pulmonari prin schije de obuz sau brand, având lipsă de continuitate a părţilor moi, pe suprafaţă mai mare sau mai mică, diferite fracturi, cointeresate fiind seroasele şi parenchimul pulmonar.

Din punct de vedere a stării în care s'au prezentat răniţii, i-am clasificat în 2 categorii mari.

a) plăgi toracice aseptice
- necomplicate
- cu complicaţii
  - pleurale
    - pneumotorax
    - hemotorax
  - pulmonare
    - pneumonie
    - bronchopneumonie
    - congestie perilesion.
  - pleuropulmonare
    - hemotorax sau pneumotorax cu pneumonie

b) plăgi toracice septice
- cu torace închis
- cu torace deschis
- complicaţii
  - pleurale
  - pulmonare
  - pleuropulm.
  - empiem, abces pulm., gangrenă etc.

In concordanţă cu clasificarea de faţă vom reproduce câteva foi de observaţie a acestor răniţi.

I. Sold. A. B., 24 ani. Intrat la 21 Sept. 1941, cu diagn.: Plagă transfixiantă prin glonte în hemitoracele stâng.

Rănit la 14 Sept. prin glonte de armă cu orificiul de intrare anterior în spaţiul intercostal III şi de eşire, mai mare în spaţiul intercostal IV posterior. Timp de 3 zile a avut spută hemoragică.

Starea prezentă: afebril, puls 80, plăgile aproape cicatrizate. Nici o acură. Clinic: percutoric şi ascultatoric nu se distinge nimic. Nu se aplică nici un tratament. Evacuat la 28 Sept., vindecat.

II. Serg. T. R. 26 ani. Intră la 9 Sept. 1941, cu diagn.: Plagă transfixiantă prin glonte, hemitorace drept, emfizem subcutanat.

Rănit la 29 August, prin glonte de armă. Timp de 2 zile a avut hemoptizie.

Starea la prezentare: emfizem subcutanat asupra $1/2$ superioară a hemitoracelui drept, febră 37^5, spută mucoasă, uşoară tuse, puls 80—90. Clinic: timpanism cu murmur vezicular diminuat asupra hemitoracelui drept.

Fără a avea posibilitatea de a-i face un examen radiologic am diagnosticat existenţa unui pneumotorace, mai ales că presenta şi emfizem subcutanat.

I-s'a aplicat repaus, inj. Calciu gliconat şi tablete tip contra tusei.

Evacuat la 17 Sept. Plgile închise. Emfizemul resorbit. Nu mai are.

III. Sold. S. D. 26 ani. Intrat la 4 Sept. 1941, cu diagn.: Plagă transfixiantă prin glonte în hemitoracele stâng. Hemoptizie.

Rănit la 1 Sept. prin glonte de armă, orificiul de intrare în regiunea mamară stângă, mic, şi cel de eşire sub omoplatul stâng. A avut o hemoptizie de 3 zile.

Starea la prezentare: temp. 39^2, palid, anemic, pulsul ridicat, uşor dispneic, acuză dureri în hemitoracele stâng. La examenul clinic al plămânilor se distinge matitate intensă asupra $1/2$ inferioare a hemitoracelui stâng cu murmurul vezicular aproape inperceptibil. Se face o puncţie evacuatoare, obţinem 1000 cm^3 lichid intens sanghinolent.

Temperatura scade treptat şi după 12 zile devine afebril. Lichidul se resoarbă, lăsând o uşoară submatitate la baza stângă. Evacuat la 3 Oct. vindecat.

Biblioteca Universitatea Babeş-Bolyai Library Cluj

IV. Frt. G. I. 25 ani. Intrat la 23 Sept., cu diagn.: Plagă transfixiantă prin glonte, hemitorax drept. Hemoptizie.

Rănit la 17 Sept. prin glonte de armă, pătrunzând în 1/3 superioară a hemitoracelui drept în linia axilară anterioară şi ese interscapular drept la nivelul celei de a II-a vertebră dorsală. Perforaţia lobului superior. A avut hemoptizie abundentă care mai persistă şi acum sub formă de spută rubiginoasă.

Starea la prezentare: dispnee, pulsul 104, temp. 38⁷, tuse şi expectoraţie rubiginoasă. Clinic: La vârful drept se distinge respiraţie suflantă cu raluri umede, crepitante şi sub-crepitante din abondenţă.

Se aplică tratament de pneumonie. După 5 zile febra scade litic, simptomele clinice se reduc. Evacuat la 3 Oct. bine.

V. Serg. T. R. M. V. 31 ani. Intrat 22 Sept. 1941. Plăgi penetrente multiple prin schije, hemitoracele stâng.

Rănit la 18 Sept. prin schije de Brand, prezintă 5 plăgi de mărimi diferite în regiunea subaxilară şi subclaviculară stângă, fractură cu deplasare a claviculei stângi. Plăgile secretă din abondenţă.

Starea la prezentare: ortopnee, respiraţie sgomotoasă, cianoză, febra 39², puls 120, extenuat complet, anemic.

La examenul clinic se distinge respiraţie suflantă foarte sgomotoasă cu raluri subcrepitante dispersate bilateral şi raluri uscate difuze. Sgomote cardiace surde.

Se aplică tratament de pneumonie. Febra are tendinţe de scădere abea după 10 zile, litic, expectoraţia e extrem de abondentă, mucopurulentă, nefetidă. După trecerea crizei acute am introdus o cură de inj. Benzoat de Sodiu 10% câte 30 cm.³ la zi, iar când febra scade la o permanentă subfebrilitate se extrag — una câte una — şi schijele.

Evacuat la 3 Noembrie, după o afebrilitate de 10 zile, starea generală bună, expectoraţia aproape 0.

VI. Plut. T. R. V. C. de 32 ani. Intrat la 1 Sept. 1941, cu diagn.: Plagă transfixiantă prin glonte, hemitoracele stâng. Hemoptizie.

Rănit la 22 August prin glonte, orificiul de intrare paravertebral între IV—V vertebră dorsală şi de eşire în linia axilară stângă, posterior, traversând plămânul. Orificiile plăgii aproape cicatrizate. La început a avut o hemoptizie uşoară.

Starea la primire: Febra 39⁰, puls filiform 136, dispnee foarte pronunţată, cianoză, transpiraţiuni permanente. La examenul clinic distingem matitate intensă asupra hemitoracelui stâng cu suflu pleuretic. Cord: sgomote surde foarte frecvente. Tratamente urmate anterior: ser antitetanic, antigangrenos, inj. Calciu Chlorat şi tabl. Prontosil rubrum.

După ce prin cardiotonica am remontat cordul am procedat la evacuare eliminând 1500 cm.³ lichid murdar sanghinolent dens. La 2 ore după puncţie febra scade dela 40⁸ la 38⁸, respiraţia se uşorează.

9 Sept. Evacuare 1000 cm.³ combinată cu spălătură pleurală, executată cu soluţie 1 la mie Rivanol.

S'au executat în total 12 spălături. Prima evacuare aduce uşorare în sistemul circulator şi dispneea se reduce puţin. Febra mai persistă însă nu platou. Celelalte spălături reduc simptomele progresiv şi dela a 5-a febra se menţine sub 37⁰, pulsul la 80, bolnavul se alimentează, câştigă în greutate. Spălăturile se distanţează, cantitatea de puroiu scade dela 1000—1500 cm.³ la 300—500 cm.³, iar la ultima spălătură, executată la 2 Oct. nu am mai obţinut decât 80 cm.³ lichid clar, serocitrin şi cu aceasta se şi întrerup spălăturile. Părăseşte spitalul clinic vindecat. La 3 săptămâni după plecare neavizează că se simte perfect, şi se găseşte internat într'un cămin la Sinaia.

VII. Serg. S. T. 38 ani. Internat la 9 Sept. 1941 cu diagn.: Plagă prin schijă interesând braţul drept şi hemitoracele drept cu fistulă pleuropulmonară.

Rănit la 31 August prin schijă care atinge faţa posterioară a braţului drept, pătrunde în massa dorsală, şi în hemitoracele drept, formând un orificiu de mărimea unui pumn de copil, care comunică larg cu cavitatea pleurală, distrucţie puternică a pleurii viscerale şi a parenchimului pulmonar. Plămânul e colabat la jumătate. La început a avut hemoptizie masivă, iar

acum expectorează din abondenţă spută purulentă densă. Plaga secretă enorm de mult, pansamentul şi cămaşa, deşi schimbate de 4—5 ori pe zi, sunt mereu scăldate în puroiu, la fel şi aşternutul. Temperatura se menţine tot timpul între 39—40°, puls 120—130, ortopnee, nu se poate alimenta din cauza dispneei. Fiecare expiraţie şi inspiraţie sunt foarte sgomotos redate, cu multă expulsare de puroiu prin fistulă.

Privind gravitatea carului, în primele zile l'am menţinut numai cu cardiotonice şi calmante, alături de obişnuitele sulfamide, dar când febra s'a ridicat de dimineaţă la 41° am intervenit cu spălături pleurale, făcând puncţia la baza hemitoracelui, iar soluţia de Rivanol o întroduceam prin fistulă, aplicând în acelaş timp şi inj. de Benzoat de Sodiu. Spălăturile le-am repetat la început la 2 zile, apoi din ce în ce mai rar.

Chiar dela primele spălături febra a început să scadă litic, fistula se micşorează, expectoraţia purulentă se reduce şi starea generală se ameliorează. Dela a 5-a spălătură fistula nu mai secretă nimic şi de aici încolo cicatrizarea progresează într'un ritm foarte rapid. Am continuat şi cu inj. Benzoat de Sodiu până la dispariţia febrei, tusei şi a expectoraţiei.

La data de 6 Noembrie, — după 9 spălături — nu am mai obţinut decât 60 cm.³ lichid serocitrin, după care am şi sistat spălăturile, plaga fiind complet cicatrizată.

VIII. Sold. V. Gh.. 22 ani. Vine la 30 August 1941, cu diagn.: plagă penetrantă, prin schijă, la baza hemitoracelui drept. Fistulă pleuropulmonară.

Rănit la 24 August, prin schijă de Brand. Plaga e deschisă, de mărimea unei nuci mari, comunicând cu cavitatea pleurală printr'un orificiu relativ mare, situat la nivelul unghiului scapulei. Secreţie abondentă de puroiu. Cu fiecare act respirator se elimină aer şi lichid prin orificiu. Febră 38—39°, pulsul f. moale 120—130, edeme la extremităţi şi anemie pronunţată cu dispnee. Clinic: matitate intensă asupra 1/2 inj. hemitoracele drept, iar în restul plămânului raluri umede mari. Plămânul stâng liber. Am încercat imediat o evacuare, obţinând 1200 cm.³ lichid dens, purulent, apoi am aplicat şi o spălătură cu Rivanol. Tot de atunci administram şi inj. Na Benzoic. Dela a 2-a spălătură febra scade sub 38°, nu mai necesită cardiotonice. Secreţia scade, aerul nu se mai elimină prin plagă, care se cicatrizează treptat. Dispar apoi şi tusea cu expectoraţie. S'au făcut în total 9 spălături, însoţite de inj. Na Benzoic.

La data de 8 Oct. nu am obţinut nimic prin puncţie pleurile au format aderenţe puternice. Plaga s'a închis complet, a câştigat 6 Kg. în greutate.

La plecare — 10 Octombrie — clinic am putut distinge submatitatea la baza dreaptă, respiraţie mult diminuată, fără sgomote supraadăugate.

IX. Sold. C. N. 30 ani.. Intrat la 24 Sept. 1941, cu diagn.: Plagă penetrantă prin glonte, baza hemitoracelui stâng.

Rănit la 19 Sept. 1941, a avut hemoptizie moderată şi emphisem subcutanat. La data intrării persistă ambele. Febră 38°, puls 92, anemic, dispnee.

La examenul, clinic distingem timpanism cu raluri subcrepitante asupra hemitoracelui stâng, submatitate asupra bazei. 28 Sept. Febra ridicată, dispnee. Matitate asupra jumătăţii inferioare a hemitoracelui stâng, murmurul vezicular abolit. Sputa purulentă, fetidă 400—600 cm.³ în 24 ore. Emaciere. Tablou de abces intrapulmonar cu exudat pleural. Se încearcă o puncţie pleurală. Obţinem 600 cm.³ puroiu dens, uşor fetid. Spălătura pleurală şi cură de Benzoat de Sodiu cu cardiotonice. Administrăm câte 2 inj. de 20 cm.³ Benzoat de Sodiu 10% la zi.

Continuăm cu tratamentul acesta până la 24 Oct., spălăturile fiind distanţate şi dozele de Benzoat reduse treptat. Febra scade la normal, starea generală se ameliorează. Spălăturile se abandonează. Se continuă cu Benzoat de Na până la 4 Noembrie, câte 20 cm.³ la zi, când este evacuat în interior în stare bună. Sputa scade la 20—50 cm.³ în 24 ore, vâscoasă, nefetidă.

Pyridium

Antiseptic urinar

cu acțiune analgetică,
rapidă Scurtează timpul boalei

Cistite, Pielite, Prostatite

Forme de prezentare: Tuburi cu 12 dragele Flacoane cu 25 dragele

---

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

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

X. Sold. N. Gh. 26 ani. Intrat la 18 Sept. 1941. cu diag.: Plagă penetrantă, prin schijă, baza hemitoracelui drept. Hemoptizie. Hemotorax.

Rănit la 14 Sept. prin schijă, a avut hemoptizie abondentă. La intrare: cianotic, puls 128, febra 39^0, ortopnee, hemitoracele drept uşor bombat. Clinic: timpanism la 1/2 superioară şi matitate cu murmur vezicular abolit la 1/2 inferioară a hemitoracelui drept. Hemotorax combinat cu pneumotorax. Administrăm cardiotonice şi calmante, apoi evacuăm 300 cm.^{3} aer şi lichid sanghinolent. 19 Sept. Evacuare de 1200 cm.^{3} lichid murdar purulent, spălătură pleurală. Starea se menţine gravă. 20 Sept. Idem. 22 Sept. Idem. Lichidul e complet purulent. Dispar urmele de sânge. Se mai fac 2 spălături. Starea bolnavului se ameliorează, dar din cauza membranelor de fibrină şi puroiu, cari înoată în exudat şi formarea de aderenţe — pungi — locale, continuarea spălăturilor a devenit foarte anevoioasă, fiindcă se înfunda canula, deci am fost siliţi să recurgem la toracotomie cu drenage (operaţie executată de medic Lt. rez. D-r I. Manu). Am continuat apoi spălăturile prin tubul de cauciuc aplicat în plagă cu ocazia intervenţiei. După 14 zile febra a scăzut la normal, starea generală s'a ameliorat mult şi bolnavul a fost evacuat în interior.

Inainte de a scrie tratamentul aplicat de noi în plăgile pleuropulmonare infectate, vom aminti în linii generale, comportarea noastră terapeutică faţă de plăgile pulmonare aseptice şi a eventualelor complicaţii, rămase şi ele neinfectate. Ele se caracterizează de altfel printr'o remarcabilă benignitate şi numai un procent relativ redus din acestea, face complicaţii mai serioase. Chiar din motivul acesta ne-am rezumat la un simplu tratament conservativ, de combaterea simptomelor subiective, hemoptizie, dureri sau febră, ceeace de altfel nu durează şi nu este ridicată.

Astfel am administrat, pe lângă repauz în pat, inj. calciu chlorat (neavând alte hemostatice), soluţie de Ca Chlorat, Na Bromat şi Codeină, pulbere de Dower şi dacă durerile erau prea supărătoare în primele zile, am administrat şi câte o inj. Dilaudid sau Mo. Complicaţiile pulmonare, congestii perilezionale, pneumoniile şi bronchopneumoniile le-am tratat în conformitate cu indicaţiile terapeutice clasice, aplicate în astfel de cazuri. Singura inovaţie făcută a fost introducerea inj. de Benzoat de sodiu în cazurile de Bronchite grave şi Bronchopneumonii cu focare numeroase, — cari apăreau cu neregularitate şi se prelingeau, — cu scopul de a uşura expectoraţia şi de a produce o relativă desinfecţie a căilor bronchice, ceeace s'a dovedit a da rezultate foarte bune.

Intrând în desvoltarea subiectului propriu zis al acestei lucrări: tratamentul plăgilor pleuropulmonare septice, credem că este necesar de a trece pe scurt în reviste principiile terapeutice, cari călăuzeau lumea chirurgicală în ultimele decenii. Până în anul 1918, deci şi cursul războiului trecut, principiul adoptat era că orice plagă toracică penetrantă, complicată cu empiem, era supusă unei intervenţiuni de urgenţă, oricare ar fi fost starea bolnavului, stadiul boalei şi a plămânului. Astfel se practica pe o scară extinsă pleurotomia largă cu rezecţia de coastă, toracotomia ideală a lui Roux, metoda lui Duwal, a lui Delbet şi Gregoire, cari printr'o technică ingenioasă practicau un aşa zis „drenage ireversibil". Aplicarea acestor metode, fără o prealabilă selecţionare a cazurilor, a dus în mod inevitabil la rezultate dezastruoase, atât momentane cât şi tardive. Tocmai multiplele eşecuri au provocat ivirea grupului neinterventionist, în frunte cu Hartmann, care

BCU Cluj / Central University Library Cluj

selecționând minuțios cazurile operabile, restrânge mult indicațiile operatoare. In 1918, chirurgii americani au fost primii, cari au semnalat pericolul pleurotomiei precoce, arătând cum mortalitatea care atingea cifra de 61% în pleurotomiile largi, scade la 15—5% prin tratamentul cu simple puncții și pleurotomie retardată. De atunci și până azi perzistă ca principiu călăuzitor că tratamentul complicațiilor purulente ale pleurii constă în pleurotomie, cu sau fără drenaje, după caz, ținând însă seamă de faptul că nici când intervenția nu are caracterul de urgență, că niciodată nu trebue să operăm în perioada evolutivă, ale infecțiunii pulmonare, care a cauzat empiemul. Vom interveni în schimb imediat și în mod necondiționat, dacă accidentele pulmonare au dispărut sau regresat, atunci când abcesul pleural este colectat, puroiul constituit, deci când cavitatea purulentă este bine închistată. Intotdeauna — zice Jourdan — vom evita pericolul vital ale operațiunilor prea precoce, cât și pericolul pleural al intervențiunilor prea tardive, însă vom interveni întotdeauna pentru a nu expune pleura la îngroșări, cari să se opună expansiunei pleurale — iar plămânul la ivirea unei scleroze inevitabile.

In conformitate cu aceste principii diferitele metode de pleurotomie au dat rezultate foarte variabile. Astfel statistica lui Redwitz asupra a 900 cazuri, ne dă o mortalitate de 22%. Recent Linkberg, dă o mortalitate de 6%, Tanner 7%, Harloc 10%, Forster și Smoler 11%. Toate aceste statistici se referă la intervențiile executate asupra unor empieme unilaterale; complicațiile supurative bilaterale, operate, în statistica lui Fabrikant arată mortalitate de 40%. Pe lângă aceste rezultate s'au mai descris o serie de desavantagii, unele foarte serioase, ca șocul operator, accidente grave și adesea mortale sincopale și convulsive, edeme acute pulmonare semnalate de Sauerbruch, persistența lungă a unora din fistule și prelungirea boalei pe timp de 5—6 săptămâni, etc.

In ultimele decenii mai mulți autori au încercat unele mijloace nesângerânde, cari să înlăture inconvenientele actului și cari să poată fi aplicate și în cazurile când aceste empieme se complică cu afecțiuni pulmonare, fapt ce contraindică intervenția chirurgicală. Așa s'a ajuns la evacuare prin puncții repetate, combinate cu spălături pleurale.

Dată fiind însă prezența aproape constantă a supurațiilor pulmonare, alături de cele pleurale în plăgile de războiu, deschise, lavagiul pleural nu satisfăcea decât parțial cerințele, din care cauză am asociat acestei metode nesângerânde injecțiile cu Benzoat de sodiu, obținând astfel o metodă combinată care acționa în acelaș timp și asupra supurației pleurale, cât și asupra complicațiilor pulmonare coexistente. Rezultatele obținute cu acest metod combinat, în tratamentul plăgilor pleuropulmonare supurate de războiu, au fost mai mult decât satisfăcătoare.

Procedeul aplicat de noi a fost următorul: după ce cu mijloacele noastre de investigație reduse (lipsa aparatului de Roentgen și de laborator) ne-am dat seama de starea cavității pleurale și a plămânilor, constatând prezența empiemului, am introdus spălăturile pleurale, după o prealabilă evacuare, repetându-le, dacă simptomele clinice și cele

subiective indicau gravitate, fiecare zi, scăzându-le treptat, după cum cazurile prezentau tendinţe de ameliorare, la 2, 3, 5, 6 zile şi la urmă chiar la 10 zile interval. Intâiu am evacuat cantităţi limitate, pentru a preveni eventualele complicaţii din partea aparatului circulator sau edemul pulmonar şi lichidul antiseptic l'am introdus mai mult cu scopul de a dilua puroiul. Dacă această primă intervenţie a fost suportată fără accident, atunci la proxima evacuare am extras atât cât a fost posibil, introducând apoi în mod fracţionat 50—100 cm. odată, apoi am extras-o din nou, continuând cu aceasta până când am obţinut lichid relativ limpede. Pentru o spălătură am consumat 500—1000 cm. soluţie de Rivanol. După ce cantitatea de puroiu a scăzut, am reuşit întotdeauna să obţinem la sfârşitul spălăturii soluţie clară din cavitatea toracică.

Ca soluţie antiseptică am folosit exclusiv Rivanol 1 la mie, sterilizată, pregătită chiar la farmacia acestui spital, mulţumită străduinţii depusă de d-l Maior Farm. rez. Stelian Stănescu, care în ciuda multiplelor lipsuri de care a suferit această farmacie, a găsit o soluţie fericită spre a putea satisface nevoile secţiei pulmonare, atât cu soluţie de Rivanol, cât şi cu soluţia sterilă de Benzoat de sodiu în cantităţi suficiente şi întotdeauna la timp, contribuind şi aceasta la succesul obţinut.

Pentru executarea spălăturilor s'au încercat diferite antiseptice, — Pyridium $1^0/_{000}$, soluţie Pregl, Chinosol, ser fiziologic, etc. Unii au recomandat chiar numai apă distilată, susţinând că acţiunea acestora e numai mechanică, nu şi desinfectantă, şi aceştia au obţinut acelaş rezultat cu ser fiziologic sau cu apă distilată. Experienţele noastre se extind numai asupra soluţiei de Rivenol $1^0/_{00}$ şi Pyridium $1^0/_{000}$, ambele cu bune rezultate.

S'au preconizat diferite aparate şi technice pentru o cât mai simplă executare a acestor spălături. In Germania s'a introdus de către Brauer un trocart cu două căi, dintre cari una în legătură directă cu canula şi se foloseşte pentru evacuare, iar cealaltă, laterală, este legată de un irigator, care conţine soluţia ce o folosim. Altele sunt cu tubulură triplă, pentru administrare concomitentă de aer în afecţiunile bacilare.

Nu dispunem de astfel de canule, deci am improvizat dintr'o canulă cu lumen mai larg, aplicată, cu ajutorul unui tub mic de cauciuc şi a unui ac intramuscular, al cărui canulă o am detaşat de cap, fixând acesta din urmă de celălalt capăt al tubului şi o siringă de 20 cm. In felul acesta am putut desface siringa de canulă, umplând-o cu soluţie de câte ori a fost nevoie. Intervenţia se execută în anestzie locală. Technica e simplă, nu diferă mult de aceia a unei puncţii evacuatoare.

In ce priveşte accidentele ce s'ar putea ivi în timpul spălăturilor, ele sunt următoarele: a) Aşa numita eclampsie pleurală, — contestată de mulţi autori, — datorită stărilor nevropatice, cari pot declanşa reflexe, luând naştere pe suprafaţa seroaselor, uşor de combătut printr'o injecţie prealabilă de Dilaudid sau Mo. b) Inocularea traectului canulei. Am

văzut în repetate rânduri furuncule, chiar fistule, formate în locul punctiei, dar la răniţii trataţi de noi nu s'a ivit astfel de complicaţie.

Spre a preveni această complicaţie, extragem canula întotdeauna spălând-o întâi spre a o goli de eventualele resturi de puroiu şi am administrat soluţie şi în timpul traversării canulei prin părţile moi ale peretelui toracic. c) Lezarea plămânului: se poate întâmpla acolo, unde lichidul e puţin sau dacă în lipsă de mijloace de diagnostic precise (cum era cazul la spitalul nostru, lipsit de Roentgen) nu avem completă siguranţă de existenţa acestuia. De multe ori chiar întâmplată, ea trece neobservată sau dă mici hemoptizii pasagere, mai rar poate infecta parenchimul, dând abcese intrapulmonare. d) Cea mai frecventă complicaţie, — de care am descris şi noi un caz — este oprirea bruscă a punctiei prin înfundarea canulei, datorită dopurilor de fibrină sau membranelor de puroiu, cari încată în lichid, ori aderenţelor formate între două punctii. Este o complicaţie neplăcută, fiindcă dacă exudatul mai perzistă, sileşte la toracotomie, ceeace în celelalte cazuri s'a putut evita întotdeauna. Pentru dizolvarea fibrinei în exudat s'a recomandat administrarea în cavitatea pleurală de amestec de pepsină 20.0 gr., acid muriatic 2.0 gr., acid fenic 2.0 gr. şi apă dist. 200.0 gr. şi după 8 ore să se încerce extragerea de lichid. Din lipsa materialului necesar nu am putut aplica metodă. Injecţiile cu benzoat de sodiu le-am administrat întotdeauna în acele cazuri, unde au existat concomitent cu colecţiile pleurale şi leziuni pulmonare supurate, dar şi în cazurile de bronchopneumonii, datorite revărsării de sânge în arborele bronchic sau altor infecţiuni intercurente, cât şi la bronchitele rebele cu expectoraţie anevoioasă. Am folosit soluţie sterilă de 10%, administrând la început 20 până la 40 cm.^{3} în două reprize, fiecare zi, menţinând doza până la ameliorarea simptomelor (febră, expectoraţie, tuse, etc.), scăzând-o apoi treptat la 20 cm.^{3} Acţiunea acestuia a fost întotdeauna binefăcătoare, fără a fi observat nici una din complicaţiile — renale, gastrice, nervoase — semnalate de unii autori.

Durata vindecării era diferită dela caz la caz, tot aşa şi numărul spălăturilor aplicate. In medie am executat 8 până la 12 spălături. Când la punctie, premergătoare spălăturii, nu am mai obţinut puroiu ci lichid serocitrin în cantitate redusă — 50—100 cm.^{3} am întrerupt tratamentul. Deci durata vindecării era între 3 şi 5 săptămâni.

Cele 34 cazuri de plăgi pleuropulmonare supurate tratate, fie cu spălături pleurale sau benzoat de sodiu, fie cu ambele — şi aceasta a fost cazul la aproape toate — au scăpat cu viaţă, deci vindecare în 100%. După cum am mai amintit din toate acestea, numai într'un singur caz am fost nevoiţi a completa metoda cu toracotomie şi aceasta numai din cauza formării unor pungi cu puroiu, inchistate, şi a formării de dopuri de fibrină, cari au împiedecat evacuarea prin punctie.

Concluzii: Plăgile pleuropulmonare de războiu în formele transfixiante, prin glonte de armă, sunt benigne, câtă vreme rămân aseptice. Complicându-se cu maladii intercurente aseptice — hemotorax, pneumotorax — au un prognostic mai rezervat.

Plăgile pleuropulmonare prin schije de obuz sau brand, sunt întotdeauna infectate. Complicaţiile acestora apar din a 4-a până la

a 10-a zi dela rănire. Ele sunt întovărășite de șoc intens și stare generală gravă, care în majoritatea cazurilor nu mai permite nici o intervenție operatorie.

Din cauza acestor considerente și mai ales din cauza rezultatelor puțin măgulitoare ale mijloacelor sângerânde practicate până azi, noi am adoptat ținuta neinterventionistă, de oarece această metodă: 1) Nu periclitează prognosticul și de altfel grav printr'un nou șoc operator. 2) Exclude în mare parte formarea unor simfize largi cu repercusiuni ulterioare asupra motilității pulmonare. 3) Nu crează noi orificii pe lângă cele existente, cauzate de agentul vulnerant, în cavitatea toracică și peretele acestuia. 4) Scurtează durata vindecării. 5) Acționează favorabil asupra complicațiilor pulmonare coexistente, pe cari o intervenție chirurgicală le-ar putea agrava. 6) Nefiind mutilantă, nu lasă urme, poate reda individul cadrelor.

Cu toate avantagiile acestei metode nu putem exclude integral nici intervențiile sângerânde, ele însă trebuind a fi indicate în plăgile pleuropulmonare cu empiem numai tardiv, atunci când din motivele mai sus înșirate, executarea spălăturilor devine imposibilă. Dar și în aceste cazuri vom continua zilnic sau mai rar cu spălăturile, executându-le prin tubul de cauciuc, introdus cu ocazia intervenției.

Închiderea plăgilor exterioare se face foarte repede, tot așa și dispariția fistulei, prin aplicarea acestei metode.

In ce privește curățirea mecanică a plăgii toracice, larg deschisă, ea se va face întotdeauna fără însă a insista asupra îndepărtării eschilelor osoase mici sau nu prea adânci, fiindcă acestea se elimină de multe ori singure. Indepărtarea precoce a bucăților de schije din cavitatea pleurală sau din parenchimul pulmonar poate fi dăunătoare stării bolnavului, deci se pot lăsa pe loc, urmând a fi extrase ulterior, după trecerea pericolului acut sau oricând, numai dacă sunt prea voluminoase și întrețin supurații prelungite.

Dacă succesul terapeutic obținut în spitalul nostru, arată o mortalitate inexistentă la un număr destul de mare de răniți pleuropulmonari, gravi, aceasta se explică prin două fapte:

1) Spitalul găsindu-se în zona spitalelor de campanie, răniții au ajuns la un loc de spitalizare permanentă relativ repede, evitându-se prin evacuări prelungite complicații și mai grave, poate iremediablie.

2) Existența unei secții de răniți pulmonari în sânul acestui spital, condusă de un medic specializat, care a fost în măsură să acorde — la timp — tratamentul recerut.

BCU Iași / Biblioteca Universității "Alexandru Ioan Cuza"

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

BCU 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 nemâncate

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

ENTERITE — ENTEROCOLITE — DIAREE — DISENTERIE — PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2-1 flacon de 2 ori pe zi, cu puţină 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 — AGITAŢIE — EMOTIVITATE — TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

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

ANEMII — DEBILITATE — CONVALESCENŢE — SURMENAJ — INAPETENŢĂ — LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

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

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

DERMOPHYL

pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

REUMATISM — ARTRITISM — OBEZITATE — GUTĂ — GRAVELA RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

granulat efervescent

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noua chimoterapie anti-infecţioasă polivalentă pe cale bucală

SULFAMIDOL

Comprimate de 0 gr. 25 de para-amidobenzolsulfamid

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

Streptococcie-Stafilococcie-Colibaciloză

Pneumococcie - Meningococcie

Stări infecţioase criptogenetice

ADULŢI: 6-10 comprimate pe zi.

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

TRATAMENTUL HORMONAL AL CRYPTORCHIDIEI LA COPII

de

Docent Universitar D-r AXENTE IANCU — Cluj

In ziua de 7 Februarie 1941, se prezintă la consultaţiunile medicale de copii, dela Dispensarul Nr. VI „Albert Thomas", o mamă cu un copil, pentru a ne cere avizul asupra indicaţiunei unei intervenţiuni operatorii, preconizată afirmativ de către unul dintre colegii noştri chirurgi. Inainte de a se executa, mama găseşte de cuviinţă să ia şi avizul pediatrului.

Examinând pe băiatul B. P. în vârstă de 8 ani, de origină armean, din Bucureşti, constatăm la nivelul orificiului extern al canalului inguinal stâng, o mică tumoretă, cam de dimensiunea unui bob de fasole, cu absenţa din scrot a testicolului de aceeaş latură. Testicolul drept era coborît în scrot. Anomalia a fost observată de către mamă în urmă cu un an. Era vorba deci, de o ectopie testiculară, unilaterală şi parţială. Noi am aprobat propunerea colegului nostru chirurg, totuşi, sub influenţa bibliografiei din ultimii ani, referitor la tratamentul hormonal al afecţiunei şi determinaţi încă şi de respectul mamei faţă de actul operator, am făcut pendinte acceptarea acestuia de nereuşita eventuală a remedierei anomaliei pe cale hormonală, care ar trebui încercată. Din Depozitul Central farmaceutic al Asigurărilor Sociale s'a obţinut o cutie cu 5 fiole a 2 cc. de Praephysan. In colaborare cu D-na Tănăseanu Aurora, am procedat la practicarea injecţiilor în zilele de: 10. II., 11. II., 12. II., 13. II. şi 15. II., a câte 2 cc. de fiecare dată. Cutia isprăvindu-se, tratamentul se întrerupe deocamdată. In ziua de 22 Aprilie 1941, copilul ne este prezentat iarăşi, de data aceasta mama având numai cuvinte de mulţumire şi recunoştinţă, căci, după cum am putut şi noi să o verificăm, testicolul ectopic era coborît în scrot.

Tratamentul retenţiei testiculare a fost pe vremuri, exclusiv chirurgical. Mai recent însă s'au ridicat voci chiar şi din sânul chirurgilor cari au pledat pentru restricţiunea intervenţiunei chirurgicale şi pentru instituirea unui tratament hormonal, aşa: Haberland[1]), Schapiro[2]), Gerlach[3]), Veil[4]), Denk[5]), Lieblein[6]) etc.

1. **Haberland:** Arch. klin. Chirurg., 163, 603.
2. **Schapiro:** D. W., 1930, pag. 1605 şi 1931, pag. 17.
3. **Gerlach:** Z. Chir., 234, 552.
4. **Veil:** M. m. W., 1935, Nr. 5.
5. **Denk:** W. kl. W., 1935, pag. 1496.
6. **Lieblein:** Med. Kl. Nr. 43, 23 Oct. 1936, pag. 1458.

Indicaţiunea operatorie în tratamentul kryptorchidiei a fost până Imai de curând, formulată în baza următoarelor consideraţiuni: a) pentru înlăturarea acuzelor şi a pericolelor retenţiunei, adică a durerilor, a pericolului încarcerării şi a degenerescenţei maligne, b) organele bărbăteşti trebue să ia loc la sediul lor şi c) testiculele ar trebui ca în scrot să se desvolte mai bine şi să funcţioneze mai bine.

Zeana[7]) este pentru intervenţia, cât mai timuprie în cazurile de cryptorchidie şi consideră aşteptarea până la 12—13 ani, ca fiind foarte dăunătoare.

Remedierea ectopiei testiculare se va impune şi din cauza evoluţiei ei spre o degenerescenţă tumorală. Aşa Louis Ramond[8]) publică cazul unui individ în vârstă de 28 ani, căruia la vârsta de 15 ani i-s'a practicat o orchidopexie a testicolului drept, în ectopie, fixându-l în pedicolul bursei şi care bolnav mai recent a fost operat de apendicită, când însă i-s'a mai extirpat şi testicolul din chestiune, devenit între timp canceros, şi făcând metastaze canceroase la nivelul ganglionilor lombodorsali, cu diseminări metastatice secundare la nivelul pulmonar, confundate de unii confraţi cu tbc. pulmonar, şi determinând moartea bolnavului.

La fel şi Debruch[9]), publică un caz de torsiune a testicolului ectopic, unde, examenul anatomo-patologic evidenţiază o degenerescenţă sarcomatoasă. Autorul mai adună încă şi alte 11 cazuri similare, unde numai în cinci din ele testicolul era normal, în restul de 6 cazuri, acesta devenise sediul unor tumori maligne analoge (3 cazuri de sarcom, un caz de carcinom, 2 cazuri de tumoră malignă cu nuclei în pedicul).

Prof. Rost[10]) este pentru operaţiunea fiecărui caz de cryptorchidie, după ce a depăşit vârsta primei copilării, pe următoarele motive: în cazurile operate nu s'a întâlnit niciodată degenerescenţă sarcomatoasă; funcţia spermatogenetică este posibilă numai în scrot şi nu şi pe lângă o temperatură mai înaltă, după cum este cea din cavitatea peritoneală; cryptorchidia produce întotdeauna şi o hernie. Cei cari sunt mai rezervaţi în punerea indicaţiunei operatorii, se lasă călăuziţi de faptul că în anumite cazuri după intervenţiune, se constată o atrofie a testicolului redus în scrot. In cazurile când cryptorchidia este asociată de o distrofie adiposo-genitală, în funcţie de o disfuncţiune a hipofizei, se va încerca un tratament cu extract de glandă hipofizară.

Engle[11]), în 1932, demonstrează că întrebuinţarea extractului lobului anterior al glandei pituitare, ori a urinei provenite dela femeile

---

7. **Zeana Dumitru:** Particularităţi în ectopiile testiculare şi în orchidopexii. Rev. de Ortopedie şi de Chirurgie infantilă, An. IX, 1936, Nr. 3—4, pag. 141, 146.

8. **Louis Ramond:** Méfaits d'un testicule en ectopie. La Presse Médicale Nr. 84, 17 Oct. 1936.

9. **Josa Debruch:** Brun's Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. 163, 1 Ianuarie 1936, pag. 45—51.

10. **Prof. Rost** (Manheim): Kryptorchismus. Klinische Wochenschrift Nr. 31, 1933.

11. **Engle** E. T.: The Action of Extracts of Anterior Pituitary and of Pregnancy Urine on the Testes of Immature Rats and Monkays. **Endocrinology** 16: 506 (Sept.—Oct. 1932).

în gestație, determină la șoarecii tineri și la maimuțele tinere o creștere în desvoltarea testicolilor atât sub raportul tubilor, cât și cel al substanței celulare interstițiale.

Goldman[12]) și Stern[12]), constată efectul hormonului gonadotrop al pituitarei anterioare („anterior pituitary — like gonadotropic hormone") asupra testicolelor necoborîte încă, la băeții adolescenți.

Schapiro[13]) obține rezultate bune la o grupă de bărbați prezentând testicole hipoplastice și necoborîte, cu ajutorul unui preparat comercial gonadotrop (Praehormon, Promonta). Brosius[14]) și Schaffer au produs o spermatogeneză la un bărbat, prezentând o atrofie testiculară bilaterală din cauza unei orchite, după parotidită. Sexton[15]) a demonstrat pe o serie de bolnavi, prezentând aparate genitale hipoplastice, eficacitatea hormonului gonadotrop. Dorff[16]) tratează cu aceleași bune rezultate, 14 băeți în vârstă de 6—13 ani, prezentând o ipoplazie genitală, fie din cauza lipsei de descindere, fie din cauza unei insuficiente desvoltări, întrebuințând hormonul gonadotrop din urinile femeilor gravide. Eficacitatea acestui hormon gonadotrop a fost constatată, atât la categoria copiilor, prezentând o distrofie adiposo-genitală, datorită unui ipogonadism primar, cât și la categoria băeților, prezentând un ipotiroidism ușor ori mascat numai, cu o întârziere în desvoltarea osoasă.

Doza cea mai eficace a fost găsită ca reprezentând 250 unități, administrate dela 3—5 ori pe săptămână, până la obținerea reacțiunei genitale, iar apoi, aceeași doză de trei ori pe săptămână.

Cercetările lui Rowntree[17]), Clark și Hanson, fac să se întrevadă existența unei secrețiuni endocrine a timusului, constatând acești autori că extractul timic fabricat de Hanson, exercită o acțiune incontestabilă asupra staturei și greutății cobailor tineri și adulți, iar administrat adulților, se pare că augmentează numărul și statura puilor lor. Efectul acesta este mai exprimat în cazurile când extractul se administrează mai multor generații în serie; așa la generația 5-a, dinții apar și urechile se deschid încă din ziua nașterii; ochii se deschid și părul apare din ziua a 3-a; testicolele cobor în ziua 4-a. Pubertatea se instalează în mod precoce. Animalele din a 5-a generație trag la cântar,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

12. **Goldman A. and Stern A.:** Treatement of Undescendent Testis by Injection of Prolan. New-York State. J. Med. 33: 1095 (Sept. 15, 1933).

13. **Schapiro,** B.: Kann man mit Hypophysenvorderlappen den unterentwickelten männlichen Genitalapparat beim Menschen zum Wachstum anregen? D. m. W. 56: 1605 (Sept. 19, 1930). Ist der Kryptorchismus chirugisch oder hormonal zu behandeln? D. m. W 57: 718 (April 24, 1931).

14. **Brosius-W. L. and Schaffer R. L.:** Spermatogenesis Follawing Therapy with the Gonad Stimulating Extract from the Urine of Pregnancy. J. Am. M. Ass. 101: 1227 (Oct. 14, 1933).

15. **Sexton D. L.:** Treatment of Sexual Underdevelopment in the Human Male with the Anterior Pituitary-Like Hormone of Urine of Pregnancy. Endocdrinology. 18: 477 (Ian.-FFebr. 1934).

16. **Dorff G. B:** Maldevelopment and Maldescendent of the Testes. Report of Treatment with the anterior Pituitary-Like Gonadoropic Hormone, from the Urine of Pregnant Women. Am. J. Dis. Child. 50: 649 (Sept. 1935).

17. **Rowntree L. Clark J. et Hanson A.:** Les effets biologiques de l'extrait thymique d'Hanson. The J. Am. M. Ass. 103, 19, 10 Nov. 1934, pag. 1425—1430. Ref. la Presse Médicale Nr. 33, 24 Avril 1935.

cât dublul martorilor între zilele dela 3—20. Intreruperea tratamentului numai la o generaţie, anulează rezultatele cu totul. Animalele tratate cu extractul timic sunt extrem de docile, mulţumite şi într'o stare de bună sănătate.

Prof. Lereboullet[18]), a înregistrat efectele opoterapiei timice asupra creşterii sugarilor, pe anumiţi copii rămaşi în urmă cu desvoltarea lor fizică, în special în mongolism şi achondroplasie.

Prof. Lereboullet şi Gournay au făcut apel cu mult succes la opoterapia timică în anumite varietăţi ale ectopiei testiculare, precum şi în atrofia testiculară.

Barthez de Marmorières[19]), susţine o teză în care se ocupă de studiul interacţiunii thymo-testiculare şi de opoterapia timică în ectopia testiculară.

Riecke[20]) susţine că ihtioza observată la copii[21]) şi la adulţi aparţine ori ichtiozei congenitale tardive ori celei vulgare. Cazuri de ichtioză vulgară, asociată cu criptorchidie, comunică Nekam (citat de Bruhns), cu un caz în manualul asupra boalelor dermato-venerice, şi Lieblein, un altul analog. Heller[20]) raportează succese terapeutice înregistrate în 4 cazuri (un adult şi trei copii) cu ichtioză vulgară asociată cu criptorchidie, pe urma întrebuinţerii extractului de lob anterior ipofizar, pornind dela ideea că în ultimul timp se raportează vindecări tot mai numeroase de criptorhidie cu lob anterior hipofizar, angajându-se şi în discuţiunea patogeniei afecţiunei, când admite 2 ipoteze: 1) o ipofuncţiune a lobului anterior ipofizar, care este adusă la normal printr'o terapie de substituire; şi 2) dat fiind rolul preponderant al ipofizei faţă de restul glandelor cu secreţiune internă, ar putea să exercite şi o acţiune indirectă, în deosebi prin intermediul epifizei. S'a constatat anume în medicina experimentală pe animale, că epifiza are o acţiune asupra procesului de cornificare, încât suprimarea funcţiei acestei glande determină căderea coarnelor la berbec. In felul acesta s'ar putea presupune că excesul de funcţie al epifizei accentuiază cornificarea. In favoarea acestei ipoteze ar pleda şi faptul că desvoltarea psihică şi somatică a bolnavilor a fost peste normal căci o alteraţiune a epifizei produce o precocitate sub ambele raporturi. Preparatul întrebuinţat de autor a fost „Movilan" Heisler (zilnic câte o tabletă).— Mocard[22]), Bizet şi Saulnier, ocupându-se de desvoltarea aparatului genital şi de modi-

18. **Prof. P. Lereboullet** et **J. Odinet:** Les fonctions du thymus. Est-il une glande à sécrétion interne? Paris Médical 25-e année, Nr. 23, 8 Juin 1935, pag. 537.

19. **Barthez de Marmorières:** Contribution clinique et experimentale à l'étude des interactions thymotesticulaires. L'opothérapie thymique dans l'ectopie testiculaire. Thèse Montpellier, Juillet, 1936.

20. **D-r O. Heller:** Ueber das Syndrom Ichthyosis und Kryptorchismus. Med. Klin. Nr. 8, 19 Febr. 1937, pag. 271.

21. **Docent D-r Axente Iancu:** Sur un cas d'ichtyose héréditaire. Bulletin et mémoires de la Séction d'Endocrinologie. 4-è année, Nr. 9—10, Nov.—Dec. 1938 (în colaborare cu D-r A. Manu).

22. **Mocard, Bizet şi Saulnier:** Développement de l'appareil génital et modifications psychologiques à type pubertaire provoqué par l'injection d'hormone (testosterone, folliculine, mitosine). Soc. de Pediatrie de Paris, 6 Juillet, 1937.

ficările psichologice provocate prin injecţiile hormonale, constată că injecţiile cu ester de testosteron provoacă: 1) desvoltarea penisului, 2) desvoltarea sistemului pilos (îndeosebi cel perigenital), 3) modificări mamare, 4) o pigmentare de o importanţă şi topografie variabilă, 5) modificări fiziologice, 6) nu pare a produce modificări importante în starea testicolului; 7) poate produce efecte de creştere staturală; 8) la copiii adipoşi de regulă se produce o augmentare în greutate; 9) după suprimarea tratamentului poate să se producă o regresiune în desvoltarea genitală provocată; 10) propionatul de testosteron pare mult mai activ, decât acetatul de testosteron. Injecţiile cu benzoatul de foliculină produc: 1) desvoltarea tractusului genital (vulva, vaginul, colul uterin, uterul), 2) declanşează menstruaţia, 3) o desvoltare mamelonară şi cea a glandei mamare; acest efect de desvoltare regresează cu încetarea tratamentului; 4) la fetiţele adipoase poate să se producă o creştere în greutate. Injecţiile cu mitosin determină: 1) desvoltarea testiculară (creşterea în diametru); 2) coborîrea testicolului în caz de ectopie şi 3) desvoltarea secundară a penisului.

Kryptorchidia a fost tratată cu Prolan B în vre-o 400—500 cazuri, dntre cari 80% au putut fi vindecate total sau parţial. De altfel, în ce priveşte percentuaţia succeselor terapeutice, ea variază dela autor la autor şi mai este în funcţie şi de mărimea dozelor utilizate: 100—1000 unităţi şobolan (U.R.); numărul injecţiilor a variat dela 1—7 săptămânal, iar durata tratamentului a variat dela 3—5 săptămâni. In genere se admit dozele forte, cele mici şi insuficiente, administrate un timp mai îndelungat, paralizând efectul prin formarea anti-hormoanelor contra Prolanului; de natura bolnavului, după cum ei prezintă o kryptorchidie unilaterală, turburări bilaterale, ipopiazie genitală, ori unde kryptorchidia constitue numai un sindrom parţial al unei turburări endocrine generale; cazurile au absenţa testicolelor, confirmate uneori la intervenţiunile chirurgicale.

Preparatele standardizate cele mai cunoscute sunt: Pregnyl (Organon, Olanda); Prolan (Bayer—Germania); Antuitrin (Parke Devis, America); Glanduantin (Richter) etc. Preparatele sunt administrate pe cale intramusculară în regiunea fesieră, substanţa activă fiind distrusă pe cale orală. Pozologia: 500 U.R. în injecţiuni, tot la 2 zile, dar cel puţin de 3 ori pe săptămână. La adulţi, dozele vor fi de 1000 U.R. Deoarece primele injecţiuni produc uşoare reacţiuni locale, se recomandă ca tratamentul să fie început cu doze de 100 U.R., de 2 ori şi abia apoi să se treacă la doza de 500 U.R. Vârsta cea mai potrivită pentru tratament este cea de 9—10 ani. 2—4 serii de câte 12 injecţii, adesea sunt necesare [23]).

Hess [24]) a controlat prezenţa hormoanelor în urinile a 13 băeţi prezentând o kryptorchidie, uneori bilaterală. S'a constatat prezenţa lor în 5 cazuri, cari, toate au reacţionat favorabil prin descinderea testicolelor la tratamentul cu hormonul hipofizar gonadotrop. Din restul de 8 băeţi, cari nu au prezentat nici o augmentare în eliminarea prolanului, s'au înregistrat rezultate abia în 4 cazuri.

---

23. D-r H. Ucko (Londra): Le traitement du cryptorchisme par les hormones gonadotropes. Paris Médical, 28-è année, Nr. 32, 6 Août 1938, pag. 101—104.

24. Hess J. H., J. Am. M. Assoc. 108, 108, 5.

Prof. Denk[25]) a utilizat la început, testosan, apoi androstin, iar mai recent hormonul gonadotrop al lobului hipofizar anterior, precum şi preparatul pregnyl extras din placentă. Un băiat în decurs de 3 luni a primit 14 injecţii de pregnyl, când testicolele anterior nepalpabile au coborît în scrot. La un altul, un testicol de mărimea unui bob de mazere a fost palpabil, cel stâng însă nu. Primind 200 tablete de testosan şi 14 tablete de prăpitan, testicolul drept a devenit mai mare, iar stângul a devenit palpabil la ortificiul exterior al canalului inquinal. Hr. Ubelhör a tratat în total 27 cazuri, în clinica prof-lui Denk: 8 încă în curs de tratament, la alţi 8 băeţi, descinderea s'a produs, 7 au prezentat o ameliorare vizibilă sub raportul poziţiei şi al dimensiunei testiculare; unul a fost operat. Impresiile care se degajă din observaţiunea acestor cazuri sunt: la copiii mai graşi, efectul este mai rapid decât la cei slabi; nu în toate cazurile pot fi obţinute rezultate; dificultatea rezidă în alegerea preparatului şi în dozarea lui; nu este încă clarificat nici faptul dacă trebuesc întrebuinţate concomitent mai multe feluri de hormoane şi cât să fie durata tratamentului; unii copii au fost trataţi timp de 2 ani; în cazurile unde descensiunea a putut fi obţinută, testicolul a devenit mai mare, fără însă să ajungă dimensiunea normală corespunzătoare vârstei; la unii bolnavi testicolul a crescut în volum în timpul pubertăţii; preparatele testiculare întrebuinţate după coborîre, în 2 cazuri, au determinat desvoltarea testicolelor până la volumul lor normal; în 50% a cazurilor, descinderea poate fi obţinută; într'o fracţiune a cazurilor, retenţia testiculară este în funcţie şi de îmbolnăvirea organelor cu secreţiune internă.

Bruce—Webster[26]) publică rezultatele extrem de favorabile în tratamentul medical al kryptorchidiei prin administrarea prolanului B, căruia ar fi inutil, după părerea sa, să i-se mai adaoge şi extractul hipofizar. El a tratat 11 cazuri, doza iniţială fiind de 25 unităţi-şobolan, augmentând-o zilnic cu aceeaşi doză până ce se ajunge la doza de 250 unităţi pe zi. Durata tratamentului este de 1—2—3 săptămâni până la dozarea totală de 1500—5000 unităţi, după caz. Rezultatul terapeutic, practic judecând, este constant. Rezultatele se par cu atât mai bune, cu cât medicaţiunea va fi aplicată cazurilor unde nu există obstacole mecanice şi cu cât tratamentul va fi iniţiat mai din vreme, fără să se aştepte pubertatea pentru instituirea lui. Ca incidente poate fi amintită apariţiunea a mici erileme, care se prezintă la sediul aplicaţiunei injecţiei.

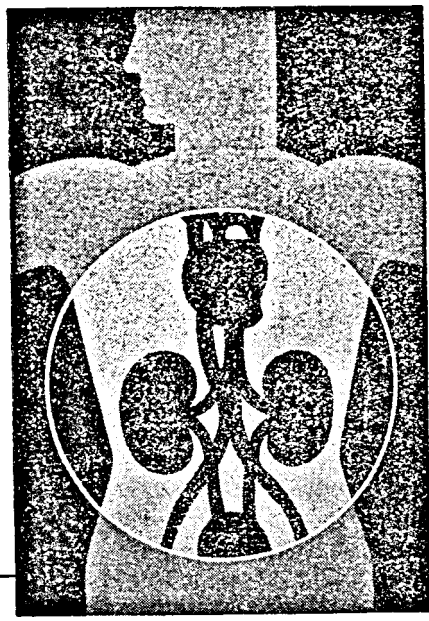
Goldman[27]), Stern şi Lapin: au tratat 11 băeţi între 9 şi 23 ani (9 între 11 şi 15; unul de 9 ani şi unul de 23 ani), atinşi de ectopie testiculară adevărată, (cazurile cu testicole la nivelul inelului

Digitized by Babeş-Bolyai University Library, Cluj

25. **W. Denk:** Hormonale Therapie des kryptorchismus. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung vom 22 Nov. 1935. Ref. Med. Klinik, 29 Nov. 1935, pag. 1587.

26, Journal of the Medical Association, 15 Jiun 1935. cit. şi de **A. Ravina:** Traitement médical de l'ectopie testiculaire. La Prsese Médicale No. 99, 11 Dec. 1935, pag. 2018.

27 **A. Goldman, A Stern şi J. Lapin:** Traitement des testicules ectopiés par le principe hypophysaire antérieur des urines de femmes enceintes. New-York State Journal of Medecine t. 36, No. 1; 1 Januarie 1936, pag. 15—19. Ref. La Presse Médicale No. 37, 6 Mai 1936.



Pentru terapeutica individuală a inimei şi circulaţiei

Calcium-Diuretina

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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.

fiind eliminate) timp de 2—12 luni prin injecţiuni cu hormoane hipofizare anterioare, (prolan A şi B) extrase din urinile femeilor gravide şi dozate la 125 unităţi şobolani pe 1 cmc., unii copii primind 1—3 injecţii cotidiene, alţii 2—3 pe săptămână; totalul injectat variind de la 1800 la 14000 unităţi şobolan. La 10 copii au fost obţinute atât augmentarea volumului testicular, cât şi coborîrea testicolelor în scrot. Eşecul a fost înregistrat la individul de 23 ani, care avea testicolul stâng complect abdominal. Modoficări morfologice spre tipul masculin s'au produs la 5 din 7 copii consideraţi ca fiind de tipul lui Fröhlich. La 4 copii, organele genitale externe au fost puţin desvoltate; toţi au prezentat o augmentare a penisului şi a scrotului, mergând până la dimensiunile normale. Vârsta de 9 ani, se pare a fi cea mai precoce când trebue să se înceapă tratamentul şi se pare preferabil de a nu aştepta depăşirea vârstei de 13 ani. Injecţiile nu provoacă reacţiuni, totuşi dozele prea mari produc uneori o tumefacţie penibilă testiculară. Doza mijlocie utilizată a fost cea de 250 unităţi şobolan. Pericolul poate consta într'o maturiţie sexuală precoce, cum s'a desvoltat într'un caz observat.

Lloyd[28]) constatând deasemenea raportul ce există între descinderea testiculară şi acţiunea hormonilor gonodotropi, mai vede influenţa bună a acesteia din urmă şi asupra spermatogenezei.

F. Starlinger a tratat doi băieţi de 10 şi 12 ani (kryptorchidie) cu präpitan. In primul caz, în 4 luni testicolul a coborît în scrot, iar în al 2-lea, în decurs de 6 luni, testicolul a ajuns până la terminaţiunea canalului inguinal. Jul. Bauer a influenţat coborîrea la un băiat cu hormonul hipofizar gonadotrop. El nu vede utilitatea întrebuinţării testosanului, părerea actuală fiind aceea că hormonul propriu, mai curând calmează decât stimulează, fapt ce se află în concordanţă şi cu experienţele făcute pe tiroidă, ovar, paratiroide, organul insular. Testicolul îşi păstrează dimensiunea dela naştere până la pubertate, după cum a constatat-o Reich în clinica lui Feer. El apare mic îndeosebi la băieţi cu un scrot mare, şi la cei obezi. Latzko combate valoarea generală a principiului că hormonul propriu ar produce mai curând o calmare a glandei, invocând constatarea că foliculina administrată în combaterea amenoreei, face ca menstruaţia să se menţină încă mult timp chiar şi după suprimarea ei. A. Eiselsberg este pentru păstrarea căii hormonoterapiei, deoarece intervenţia operatorie în kryptorchidie nu dă rezultate bune.

Spence[29]) şi Scowen au tratat 33 bolnavi în vârstă de 4—26 ani, atinşi de ectopie testiculară, cu ajutorul hormoanelor gonadotrope, provenind din urinile femeilor gravide, în doza de 500 unităţi-şobolan, pe cale intramusculară, de 2 ori pe săptămână. Cele 2 testicole au coborît în scrot în 6 cazuri bilateral. In 4 cazuri, un singur testicol a descins; în 2 cazuri, rezultatul a fost zero. In 11 cazuri din 19,

28. **V. E. Lloyd:** Le traitement de la sterilité de l'homme par les hormones gonodotropiques. The Lancet No. 5870, 29 Febr. 1936, pag. 474-475. Ref. La Presse Médicale No. 55, 8 Juillet 1936.

29. **A. W. Spence** şi **E. F. Scowen:** The Lancet No. 5359; 14 Dec. 1935, pag. 1335—1338. Ref. La Presse Medicale No. 33; 22 Avril 1936. (L'usage d'hormones gonadotropiques dans le traitement de l'ectopie testiculaire).

Digitized by Romanian Academy Library Cluj

unde ectopia era unilaterală, succesul a fost obţinut; chiar şi în cele 2 cazuri unde testicolul era fixat foarte sus în canulul inquinal. In total, autorii au obţinut succese terapeutice în 70 : 100 a cazurilor. Durata tratamentului a fost variabilă, dela 2 săptămâni la 14 luni. Se recomandă însă, ca în cazurile când tratamentul se pare a fi lipsit de acţiunea terapeutică timp de 6—9 luni, el să fie întrerupt şi reluat după 3 luni, cu speranţa de a vedea reapărând sensibilitatea la hormoanele gonadotrope. Eşecurile se datoresc probabil aderenţelor ori strâmtării inelului inguinal. Felul acţionării hormoanelor gonadotrope este încă necunoscut. De această problemă s'au mai ocupat şi Werner[30]), Kelling, Ellersiek şi Johns şi Mc. Lellan[31]).

Rubinstein[32]) tratează un băiat de 10½ ani, suferind de distrofie adiposogenitală şi la care ambele testicole erau încă intraabdominal, prin injecţiuni zilnice intramusculare cu fracţiunea hidro-solubilă a urinei prelevate dela gravide („pregnant women") în doze crescânde până la 250 unităţi de şobolan. După 6 injecţii, ambele testicole au intrat în canalul inghinal, iar prin presiune pot fi determinate ca să coboară până în scrot. După un tratament de 5 luni, adăugându-i şi tiroidă şi soluţie pituitară, starea copilului s'a ameliorat mult şi genitalele au crescut în dimensiuni. Cercetările experimentale pe şobolani (6) au confirmat observaţiunile clinice; descensiunea testiculară, fără considerare la vârsta lor, în 3—5 zile dela începutul tratamentului, în timp ce la animalele martore, descinderea avea loc între 40—50 zile ale vârstei. Veziculele seminale s'au lărgit. Nu a putut fi obţinută spermatogeneza.

Ypes[33]) a tratat cu succes 7 copii suferinzi de kriptorchidie, întrebuinţând preparatul Pregnyl, lob anterior hipofizar, în injecţii intramusculare, de 2 ori pe săptămână pentru un singur caz cel mult 20 fiole. La unii copii s'a constatat atât creşterea în volum a testicolelor, cât şi creşterea în lungime a penisului.

Cohn[34]) înregistrează în 3 din 4 cazuri, coborîrea testicolelor printr'un tratament subcutanat cu principiul „anterior pitutary-like" din urinile femeilor în gestaţie. In cazul cu eşec s'a evidenţiat existenţa unui obstacol mecanic. Intr'un al 5-lea caz unde s'a fost intervenit de a lature s'a fost constatat existenţa unei hipofuncţiuni pituitare. Sub efectul terapiei hormonale, ambele testicole au coborît, iar ipofuncţiunea glandulară generală a fost ameliorată.

---

30. **Werner, Kelling, Ellersieck** şi **Johns:** Action de l'extrait gonadotropique de l'hypophyse dans le cryptorchidisme. The Journal of the Amer. Medical Association. T. 106, No. 18, 2 Mai 1936. Ref. La Presse Médicale No. 52; 27 Juin 1936.

31. **Mc. Lellan:** Descente du testicule ectopique. The Lancet. Vol. 230, No. 5879; 2 Mai 1936. Ref. La Presse Médicale No. 52, 27 Juin 1936.

32. **H. S. Rubinstein:** The Production of Testicular Descent with the Water-Soluble (Anterior Pituitary-Like) Fraction of Pregnancy Urine. Endocrinology 18: 475 (July-Aug.) 1934. Ref. Amer. J. Dis. Childr. 50, Dec. 1935, pag. 1593.

33. **M. Ypes** (Amsterdam): Uber die konservative und operative Therapie des kryptorchismus. Referat Ars Medici No. 12, 1935, pag. 688.

34. **S. Cohn:** Anterior Pituitary-Like Principle in the Treatment of Maldescendent of the Testicle. J. A. M. A. 103: 103 (July 14) 1934. Ref. Am. J. Dis. Childr. Vol. 51 (May) 1936, pag. 1182.

Biblioteca Universitară Iaşi

Glanzmann[35]), în tratamentul cryptorhidiei, administrează chiar şi copiilor mici 1—2—3—4 × ½ drageu de Prolan (75 R.E.), mai multe săptămâni dearândul. Mai eficace sunt, însă, injecţiile cu Antuitrin S (100 R.E. pro cmc.), care însă nu se întrebuinţează şi sub 7 ani. Injecţiile produc nu numai o scoborîre a testiculelor, ci şi o augmentare în volumul lor, precum şi a scrotului şi a penisului. Săptămânal se fac 2—3 injecţii, totuşi nu se va depăşi doza totală de 4000 R.E. Au efect numai preparatele de lob anterior ipofisar făcute din urinile femeilor gravide, ca: Prolan ori Antuitrin S à 100 R.E., Pregnyl, căci preparatele ca: Praephysan, Preloban conţin prea puţine hormoane gonadotrope. Uneori se înregistrează şi accidente secundare după injecţiuni, ca: se simte rău, vărsături, urticarie, etc. Începând dela vârsta de 14 ani pot veni în combinaţie şi injecţiile cu Testosteron ori Androsteron (aproximativ 25 mgr., de 3 ori pe săptămână).

In Germania, unde problema sterilizării este legiferată şi unde se ocroteşte ereditatea şi integritatea rassei, se mai pun încă două probleme în legătură cu kryptochidia bilaterală: 1) sunt bolnavi suferinzi de această anomalie sterilizabili? şi 2) iar dacă nu, sunt ei apţi pentru a se căsători. Godard încă în 1856 a atras atenţiunea asupra caracterului familiar al kryptorchidiei. Incă în acelaş an, Goubaux şi Follin au adus numeroase exemple din lumea animalelor domestice asupra apariţiei familiare a retenţiunei testiculare. Kocher în monografia sa asupra afecţiunilor organelor sexuale ale bărbatului din 1887 a presupus existenţa heredităţi în anumite cazuri. Frühmann şi Sternberg la ¼ a cazurilor de kryptorchidie revizuite, au constatat în antecedente retenţiuni testiculare ori hernie inquinală. Corbus şi O'Conar au văzut la 6 fraţi anomalii testiculare, dintre aceştia 3 prezentau o kryptorchidie unilaterală, iar ceilalţi 3 una bilaterală. Domrich[36]) revizuind cazurile operate începând din 1909 în clinica chirurgicală de sub conducerea prof-lui Magnus din Berlin, a putut să revadă dintre cei 43 bolnavi cu retenţie testiculară bilaterală 18 bărbaţi cari acum au ajuns de 24 ani. Dintre ei 8 sunt căsătoriţi, 5 fără copii, 2 au câte un copil, iar unul este în aşteptarea unui copil. Dintre cei doi copii (băieţi) unul prezintă kryptorchidie bilaterală. Bauer în referatul său asupra sterilizării bărbatului la congresul de chirurgie din 1935, a opiniat pentru ideia că kryptorchidia bilaterală constitue o contraindicaţiune pentru sterilizare, sub cuvânt că bolnavii, chiar fără intervenţiune, sunt sterili. Totuşi cazurile izolate şi prea puţine încă la număr dovedesc, că bolnavii din chestiune pot să procreeze şi nu odată elemente, prezentând aceeaşi insuficienţă şi stare de inferioritate.

---

35. **Prof. Glanzmann** (Berna): Zur Hormonbehandlung des Kryptorchismus. Schweiz. Med. Wschr. Nr. 2, 1939.

36. **D-r Hermann Domrich:** Sind Männer, die einen doppelseitigen Leistenhoden haben oder hatten, ehetauglich? Medizinische Klinik. No. 23; 5 Juni 1936, pag. 764.

HISTA

Histamina BEYTOUT

FORME — **INDICAŢIUNI**

1° HISTA-DIMILLI

Fiole de 1 cc. conţinând fiecare 0 gr. 0001 biclorhidrat de histamină, pentru injecţiuni subcutanate (sau intradermice).

Ulcere gastrice şi duodenale, Crize ulceroase, Gastrite, Toate alergiile, Astm, Urticarie, Catar de fân, Intoleranţe alimentare, Migrene.

2° HISTA-INJECTABILA

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.

TOATE DURERILE

Reumatisme cronice,

Artralgii, Nevralgii,

Mialgii, Plexalgii,

Zona şi sechelele sale dureroase,

Prurit anal şi vulvar,

Celulită.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

POSOLOGIA

HISTA-DIMILLI

Se face zilnic câte 1 fiolă, pe cale subcutanată sau intradermică (în gastrite şi ulcere).
Posologie progresivă: 1/5 până la 1 fiolă, în alergii.

HISTA-INJECTABILĂ

Se face zilnic câte o fiolă, repartizată în 20 injecţiuni intradermice, loco dolenti.

HISTA-LINIMENT

1 fiolă zilnic, în „zgârieturi" sau histapunctură", loco dolenti.

LABORATOARELE BEYTOUT — PARIS

Reprezentant general pentru România:
Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.
103, Str. Toamnei, Bucureşti III — Telefon 22138

SERENOL

ASOCIAŢIE ORGANO-FITOTERAPICĂ

CALMANT ŞI HIPNOTIC

Sedativ al Sistemului Neuro-Vegetativ

FORMULA: Fenil—Etil—Malonilureea,—Extracte de Crataegus, Passiflora, Anemonae, Boldo—Tinctura de Belladona — Peptone polivalente Hexametilen Tetramina

Indicaţiuni: Turburări de hipertonie nervoasă prin desechilibru neuro-vegetativ—Insomnii—Sindrom solar—Psicho-nevroze—Stări de anxietate—Emotivitate—Neuro-astenii—Algii diverse—Turburări circulatorii nervoase—Palpitaţii—Dispepsii nervoase—Aerofagie—Dureri menstruale—Stări hepatice—Stări anafilactice.

DOZE:

1° Calmant al sistemului nervos:
Câte o linguriţă, înaintea meselor de prânz şi seara.

2° Hipnotic:
1—3 linguriţe, luate în timpul serii, cu o infuzie.

LABORATOARELE LOBICA-PARIS

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Spitalul de Stat din Timişoara — Secţia de ochi
Medic primar: D-r Virgil Popoviciu

ASUPRA REZULTATELOR OBŢINUTE DUPĂ EXECUŢIILE DE CATARACTA TRAUMATICĂ

de

D-r POPOVICIU VIRGIL **D-r LUNGU ONORIU**

Autorii descriu 29 cazuri de cataracta traumatică operate, dând rezultate vizuale imediate bune în 62,06% din cazuri.

Separând cazurile de cataracta după plăgi corneene, contuzii fără deschiderea membranelor şi plăgi sclerale, relevă rezultate mult mai bune în cataractele după contuzii de cât în cele survenite în urma plăgilor, cu observaţia că în acestea extracţia cataractei traumatice s'a făcut în majoritatea cazurilor la timp îndelungat după traumatismul cauzal.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cataracta traumatică este o complicaţiune frecventă a traumatismelor oculare. In studiul ei, trebuie să separăm cataracta traumatică care complică o plagă corneană sau sclerală de cataracta, survenind în urma unei contuzii a globului, fără deschiderea camerei anterioare şi lezarea directă a cristalinului.

Studiind cataracta traumatică pe cazurile observate din 1936 până în 1941, înţelegând pe cele neînsoţite de distrucţii mari a globului ocular, unde nu poate fi pusă problema extracţiei cataractei traumatice, găsim un total de 52 cazuri de cataracta traumatică. Din aceste 52 cazuri: complicaţiuni infecţioase au dus la pierderea globului în 5 cazuri, extracţia cataractei a fost amânată în 9 cazuri, cari nu au revenit pentru intervenţie; 3 cazuri au refuzat extracţia propusă; cicatrici corneene mari au constituit o contraindicaţie în 2 cazuri; se-şi ocluzia pupilei în 3 cazuri; afecţiuni generale intercurente într'un caz. Operaţi au fost 29 bolnavi. Din acestea, 19 cazuri erau complicaţiuni a plăgilor corneene traumatice, 2 complicaţiuni a plăgilor sclerale perforante şi 8 cazuri au survenit în urma unei contuzii a globului.

Rezultatele obţinute au fost următoarele:

a) Plăgi corneene perforante cu cataracta traumatică:

F. de obs. 309/936. Plagă corneană mare, prezintat la 8 zile după traumatism. După rezecţia herniei iriene, evacuarea masselor moi prin plaga corneană, acoperire conjunctivală. — V. = 5/7 cu + 10 D. sferic.

F. de obs. 254/1936. Cicatrice ectatică după plagă corneană perforantă cu cataracta traumatică. Extracţia lineară a cataractei. V. = 5/70 cu + 10 D. sferică.

F. de obs. 375/1936. Plagă corneană perforantă, extracţia cataractei la 18 zile după rănire. Părăseşte serviciul în curs de tratament necontrolat din punct de vedere vizual.

F. de observ. 161/1937. Plagă corneană perforantă cu cataracta traumatică, operat la 8 zile după rănire. V. = 5/70 cu + 10 D. sferic comb. + 2 D. cyl. ax. 180°.

F. de obs. 186/1937. Plagă corneană perforantă mare cu cataracta traumatică, Rezecţia herniei iriene. Evacuarea masselor moi cristaliniene prin plaga corneană. Leucom aderent de capsula cristalinului îngroşată opacă.

F. de obs. 260/1937. Plagă corneană perforantă cu corp strein irian şi cataractă traumatică. Extracţia corpului strein cu fragmentul de iris, evacuarea masselor moi cristaliniene. Ocluzia pupilei şi colobomului, iridectomie optică ulterioară. Neexaminată vizual.

F. de obs. 37/1938. Plagă corneană perforantă cu cataracta traumatică, operat după 13 zile. V. = 5/7 cu + 10 D. sfer.

F. de obs. 131/1938. Plagă corneană perforantă cu cataracta traumatică. A 5-a zi ipertensiune, a 6-a zi operat. V. = num. d. la 1/2 m. fără corecţie.

F. de obs. 164/1938. Plagă corneană perforantă cu cataracta tumescentă, operat a 7-a zi, V. = 5/7 cu + 10 D. sfer.

F. de obs. 133/1939. Plagă corneană perforantă cu cataracta traumatică. operat după 12 zile, cataracta secundară, reintervenţie. Părăseşte serviciul în curs de tratament, neexaminat vizual.

F. de obs. 135/1939. Plagă corneană perforantă cu cataracta traumatică. Operat după 15 zile, cataracta secundară, reintervenţie. V. = 5/36 cu + 13 D. sfer. comb. + 2 D. cyl. ax. 130°.

F. de obs. 253/1939. Leucom cornean cu cataracta traumatică datând de 24 ani, celălalt ochi cataracta senilă progredientă. Extracţia cataractei traumatice, V. = 5/60 cu + 6 D. sfer. comb. + 5 D. cyl. ax. 150°.

F. de obs. 307/1939. Plagă corneană perforantă cu cataracta traumatică. Operat la 31 zile după traumatism, pleacă în curs de tratament.

F. de obs. 372/1939. Plagă corneană perforantă cu cataracta traumatică. Operat după 33 zile, cataracta secundară, a cărei discizie o refuză. După 6 luni iridociclită simpatizantă.

F. de obs. 166/1940. Plagă corneană perforantă cu cataracta traumatică. Operat după 30 zile, pleacă în curs de tratament neexaminat vizual.

F. de obs. 81/1941. Plagă corneană perforantă cu cataracta traumatică, operat după 11 zile. V. = 5/6 + 10 D. sfer.

F. de obs. 224/1941. Plagă corneană centrală cu hernie iriană şi corp strein corneo-cristalinian, cataracta traumatică. Rezecţia herniei iriene evacuarea prin plagă a maselor moi cristaliniene împreună cu corpul strein. Leucom mare central consecutiv.

F. de obs. 269/1941. Plagă corneană perforantă cu cataracta traumatică. Operat după 10 zile, cataracta secundară; reintervenţie. V. = 5/6 cu + 11 D. sfer.

O privire generală asupra acestor cazuri, ne obligă să ne ocupăm aparte cu cele, în cari extracţia s'a făcut prin plaga corneană.

Primul caz prezenta o plagă beantă corneo-limbică în sectorul supero-temporal cu hernie iriană mare. După rezecţia herniei iriene, se evacuiază massele moi cristaliniene prin plagă; acoperirea conjunctivală termină intervenţia. Rezultatul ultim e o vedere de 5/7 după corecţia afachiei.

BCU IASI / Central University Library Iasi

Al doilea care, prezintă o plagă corneo-sclerală cu hernie iriană mare. Permite deasemenea evacuarea masselor moi cristaliniene după rezecţia irisului herniat. Rezultatul e: un Leucom cornean de care aderă capsula cristalinului îngroşată, opacă. Bolnavul refuză discizia cataractei secundare.

In al treilea caz e vorba de o plagă corneană centrală cu corp străin (sticlă) corneo-cristalinian şi hernie iriană. După rezecţia herniei iriene, corpul străin e extras prin plaga corneană, împreună cu masele moi cristaliniene. Rezultatul ultim e un leucom cornean central aderent, susceptibil de iridectomie optică tardivă.

In concluzie: **uneori plaga corneană largă ne permite evacuarea masselor moi cristaliniene prin plagă, putând obţine aceleaşi rezultate tardive, ca după extracţia clasică executată după cicatrizarea plăgii corneene.**

Extracţia cataractei traumatice prin procedeu clasic după cicatrizarea plăgii corneene s'a făcut în 16 cazuri. Statistic 4 din aceste au obţinut o vedere între 5/5 şi 5/9 (25%), unul o vedere de 5/36 (6.25%), iar 3 o vedere între 5/50 şi 5/70 (18.75%), deci rezultate cari pot fi considerate bune în 50% a cazurilor.

Nu au fost examinaţi vizual, părăsind spitalul în curs de tratament cu globul congestionat 5 cazuri (31.25%), unul din cazuri a rămas cu acuitate vizuală slabă, un caz s'a terminat cu atrofia globului, celălalt cu cataracta secundară a cărei discizie o refuză şi tardiv face o iridociclită simpatizantă; deci rezultat rău în trei cazuri, adică 18.75% şi necunoscut în 31.25%.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

b) **Contuzia globului cu cataracta traumatică:**

F. de obs. 445/1936. Cataracta traumatică operată la o lună după traumatism V. = 5/15 cu + 10 D. sfer. comb. + 2 cyl. ax. 180°

F. de obs. 132/1937. Contuzia globului cu cataracta traumatică operat după 14 ani, V. = 5/18 cu + 4 D. cyl. ax. 180°. După 3 ani a scăzut la 5/36, oftalmoscopic coroidită.

F. de obs. 130/1938. Contuzia globului cu cataracta traumatică operat după 20 ani, V. = 5/20 cu + 12 D. sfer.

F. de obs. 204/1938. Contuzia globului cu cataracta traumatică operat după 1 an. V. = 5/30 cu + 10 D. sfer.

F. de obs. 199/1939. Contuzia globului cu cataracta traumatică operat la 32 zile. V. = 5/18 cu + 12 D. sfer. comb. + 1 D. cyl. ax. 180°

F. de obs. 397/1939. Contuzia globului cu cristalin opac flotant (ruptura zonulei). Extracţia cu ánsa, în capsulă la 1 lună după traumatism: hemoragie expulsivă.

F. de obs. 214/1941. Contuzia globului cu cataracta traumatică membranoasă, operat după 15 ani. V. = 5/24 cu + 16 D. sfer. comb. + 2 D. cyl. ax. 180°.

F. de obs. 237/1941. Contuzia globului cu cataracta traumatică, operat după 3 ani. V. = 5/7 cu + 11 D. sfer. După 8 ani dela operaţie: iridociclită simpatizantă, enucleaţie.

Reesă din acestea că în 7 din 8 cazuri, rezultatul imediat a fost o acuitate vizuală bună, deci **87.50% rezultat imediat bun.** Intr'un singur caz, extracţia cristalinului flotant opac în capsulă cu ansa a fost urmată de hemoragie expulsivă (12.50%). Ca rezultate tardive, unul din operaţi face o iridociclită simpatizantă după 8 ani dela intervenţie.

De relevat e aici faptul, că numai la 3 din 8 bolnavi s'a făcut extracţia cataractei în prima lună după traumatism, ceilalţi fiind operaţi la 1—20 ani dela contuzia provocatoare de cataractă, 2 solicitând intervenţia în urma scăderii acuităţii vizuale la celălalt ochi, ceilalţi fiind îndrumaţi incidental pentru operaţie. Aceste fapte ţin, fie de refuzul bolnavilor de a se supune unei operaţii, care să le aducă o mărire a câmpului vizual, căci corecţia cu lentile nefiind posibilă atâta timp cât celălalt ochi are acuitate vizuală bună, nu poate fi vorba de o acuitate bună a ochiului afak, fie că intervenţia e amânată din cauza leziunilor concomitente a globului care întreţin mult timp oarecare iritabilitate a globului contuzionat.

c) Al treilea grup de cataracta traumatică operată, îl formează 2 cazuri de **cataracta traumatică survenite după plăgi sclerale perforante punctiforme**, având un traect oblic şi cari au **lezat cristalinul prin camera posterioară**.

F. de obs. 73/1941. Plagă perforantă sclerală în sectorul supero-temporal cu hernie de vitros şi cataracta traumatică. Rezecţia herniei vitreene după potolirea globului, extracţia parţială a cataractei traumatice, complectată după 28 zile. Vederea = 5/18 cu + 12 D. sfer. comb. + 2 D. cyl. axa 180°.

Soldat S. Gh. Plagă perforantă sclerală în sectorul nasal cu cataracta traumatică. Corpul ciliar proemină ca un mugure de mărimea unei gămălii de ac prin plaga sclerală; conjunctiva cicatrizată după câteva zile acopere mugurele ciliar. După 50 zile iritaţia globului; se face extracţia cataractei traumatice şi cu iridectomie totală. După o săptămână ipertensiune de 45 mm., se suprimă administrarea oricărui colyr, globul se potoleşte, tensiunea scade progresiv. După 20 zile dela operaţie vederea = 5/18 cu + 12 D. sfer.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Aceste cazuri ne arată că şi **în cataracta traumatică prin plăgi sclerale putem obţine rezultat vizual bun prin extracţia cataractei.** Ar fi pripit să luăm aceasta drept concluzie definitivă, având în vedere numărul mic de cazuri şi ţinând seama de faptul că aceşti bolnavi n'au fost urmăriţi un timp mai îndelungat, fiind bine cunoscută frecvenţa atrofiei globului după leziuni interesând corpul ciliar. Cazurile de acest gen merită însă să fie urmărite de aproape.

1. Extracţia cataractei traumatice dă un rezultat optic imediat bun, după corecţia afakiei în 62,06% din cazuri.

2. Aceste rezultate sunt mai bune în cazurile de cataracta traumatică survenite **după contuzia globului**, fără deschiderea camerei anterioare, cu observaţia că majoritatea cazurilor acestora au fost operate lung timp după traumatism, observaţie care ne sugerează idea de a căuta **să observăm dacă în cazurile de cataracta traumatică, după plăgi corneene perforante, nu am putea obţine un rezultat mai bun, temporizând intervenţia acolo unde o ipertensiune sau nerăbdarea bolnavului nu o urgitează.**

3. Evacuarea imediată a masselor moi cristaliniene direct prin **plaga corneană beantă**, poate da uneori rezultate vizuale bune şi o scurtare a timpului de vindecare, apărând globul de un nou traumatism operator tardiv. Bineînţeles ne vom feri de a o încerca acolo unde traumatismul a deschis membrana vitreană şi unde orice intervenţie intempestivă prilejueşte mari pierderi de vitros, a căror urmare poate fi decolarea retinei sau atrofia globului.

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 dispoziție.

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

HYPOTONINE

Tuburi à 10 şi 20 comprimate de 30 ctgr.

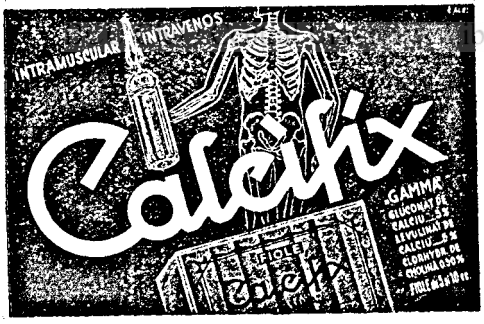
Combinaţie aminică a acidului succinic

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

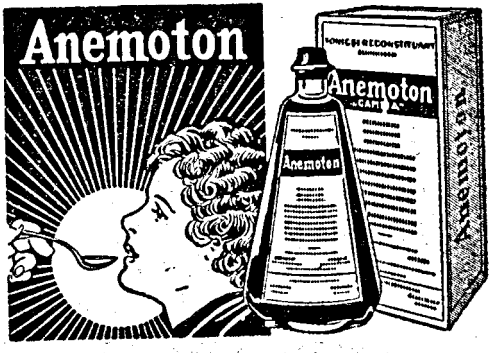


Library Cluj

Fiole
DE **5** cmc.
ŞI
DE **10** cmc.

Elixir

ANEMIE
LIMFATISM
SURMENAJ



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

PELAGREI

STUDIU CRITIC ASUPRA CONCEPȚIEI, ETIOLOGIEI ȘI PATOGENIEI PELAGREI

de

D-r QUITTER FELICIU
Medicul Circumsripției Bărbătești-Gorj

Urmărind pedeoparte literatura străină despre pelagră, iar pedealtă parte cea românească, la care trebue să adăogăm observațiile noastre din regiunile pelagroase, am ajuns la convingerea că există **2 feluri de pelagre:**

I. Pelagra din literatura de peste hotare și

II. Pelagra românească.

La această convingere am ajuns prin mai multe argumente:

a) Autorii români au în privința etiologiei, patogeniei și terapeuticei, punctul lor de vedere, care foarte anevoie se adaptează, sau se poate aduce în concordanță cu cele ce observă autorii străini.

b) Chiar autorii străini, observă că din România nu se semnalează rezultate așa de bune cu tratamentele considerate astăzi clasice (produse nicotinice).

c) Deosebirile între observațiunile dela noi și din alte țări. Intr'adevăr, la noi majoritatea cazurilor descrise, provin din mediul rural pelagrogen și se bazează deobicei pe sute și sute de observațiuni, (epidemii), începând cu prodromul și terminând cu sfârșitul fatal al acestei boli. In străinătate, cazurile se rezumă mai mult la fază psiho-neurologică a boalei, diagnosticul bazându-se în mare parte pe anamneză. In ceeace privește numărul lor, ele sunt foarte reduse și provin din clinici de specialitate.

In privința patogeniei, există deasemeni deosebiri cât se poate de mari, deși din punctul de vedere al etiologiei toți tindem a admite o avitaminoză B 2.

Astfel în străinătate, se admite în linii generale următoarele:

Anumite turburări, în special gastrice, determină o scădere parțială sau totală a asimilării vitaminei antipelagroase, în urma căreia apare pelagra (avitaminoză endogenă). Aceste turburări gastrice sunt datorite unor cauze multiple: cașecsie, alcoolism, obiceiuri anormale de alimentație la mintali, subnutriție la deținuți, etc.

Noi însă, nu ne putem îndepărta de rolul pe care-l joacă porumbul în pelagră, admițând tot o avitaminoză, însă exogenă, în sensul lipsei vitaminei PP în porumbul bun, necopt sau alterat.

Dovezile pentru rolul porumbului în pelagră dela noi, sunt multiple și admirabil expuse de către D-l Prof. Nitzulescu.

Imi permit însă a le complecta prin observațiuni personale, făcute în circumscripția mea, observațiuni cari și mai mult m'au întărit în convingerea deosebirei între pelagra dela noi și din alte țări.

1. In cursul anului 1941 au fost depistați la Circumscripția Bărbătești, un număr de 79 cazuri noi de pelagră, adică bolnavi cari până în prezent nu au prezentat nici un fenomen, care să permită diagnosticarea acestei boli. Din acești 79 bolnavi noi, numai unul singur (1,28%) a avut turburări gastrice anterioare (de 4 ani), cari ar putea justifica o scădere a asimilării vitaminei antipelagroase. Toți ceilalți bolnavi (98,72%) au declarat că nici odată nu au avut turburări în acest sens, decât cele apărute simultan sau chiar după apariția celorlalte simptome (psiho-nervoase, eritem) ale pelagrei.

2. O mică anchetă în valea Gilortului (cu concursul Ocolului Tg.-Cărbunești), m'a convins de vechea teorie Babeșiană, că nu numai porumbul ci mai mult calitatea acestuia, joacă un rol esențial în aspectul cantitativ al unei epidemii anuale, fiind în raport direct cu conținutul de vitamină PP. (Avitaminoză exogenă).

— In toamna anului 1927, recolta de porumb a fost bună. In primăvara anului 1928, 8 cazuri noi de pelagră.

— In toamna anului 1928, recolta de porumb a fost cât se poate de slabă. In primăvara anului 1929, 23 cazuri noi de pelagră.

— In toamna anului 1929 recoltă bună. In primăvara 1930, 11 cazuri noi de pelagră.

Digitized by Babeș-Bolyai Central University Library Cluj

— In toamna anului 1930 recoltă bună din punct de vedere cantitativ, dar din cauza ploilor abundente, agricultorii strângeau porumbul necopt care fiind și foarte umed, s'a stricat în magazii.

In toamna anilor 1931 și 1932 recolta bunișoară, iar în primăvara anilor 1932, 11 cazuri noi, în 1933, 15 cazuri noi.

— In toamna anilor 1936, 1937, 1938 și 1939 recolta bună din toate punctele de vedere, iar în primăvara anilor 1937, 1938, 1939 1940, 16, 14, 17 și 16 cazuri noi.

— Recolta din toamna anului 1940 este cunoscută de noi toți, rezultatul ei a fost 79 cazuri noi de pelagră.

Concluzia reese singură: O toamnă cu recolta bună este urmată de o primăvară cu 8—17 cazuri noi, iar recolta slabă cu cifra medie de 30 cazuri.

In urma acestor expuneri, suntem în drept să facem o deosebire netă între pelagra dela noi și între cea descrisă în alte țări.

La noi pelagra este clasică, identică dela caz la caz din punctul de vedere al tabloului clinic, având origina ei în alimentația la care porumbul și calitatea lui joacă primul rol.

In străinătate pelagra pare să fie mai mult un sindrom, la care avitaminoza are o origină foarte variată, dar întotdeauna în legătură cu funcțiunile aparatului digestiv și un tablou clinic și evolutiv foarte

deosebit dela caz la caz, aşa că se poate admite pentru ea denumirea de pseudo sau parapelagră.

Unii autori cari probabil au observat această deosebire, au căutat să facă o legătură între pelagra clasică, maidică dela noi cu pseudopelagrele, evocând pentru a unifica patogenia, aşa zisă „gastrita maidică" dându-i aceeaşi valoare ca „obiceiului anormal de alimentaţie la mintali, caşecsici, subnutriţiei la deţinuţi" etc., susţinând că porumbul (indiferent de calitatea lui), produce turburări gastrice, cari pe deoparte sunt vinovate de defectul asimilării vitaminei PP., iar pedealtă parte constituie cauza celorlalte simptome din pelagră.

a) „Gastrita maidică" ar trebui să apară sau imediat după consumarea porumbului bun, necopt sau alterat, sau cel puţin în intervalul dela recolta până la apariţia primelor simptome ale pelagrei (Octombrie—Martie), fiindcă ea trebue să provoace defectul de asimilare a vitaminei PP.

b) Noi nu cunoaştem încă o entitate morbidă, pe care am putea s'o denumim „gastrita maidică" sau ceva asemănător. Turburările cele mai frecvente ale aparatului digestiv în mediul rural sunt: ascaridioza, disenteriile, pseudodisinteriile, primele mai frecvent, celelalte exclusiv vara, adică când evoluţia ciclului simptomatic anual a ajuns la apogeu sau a şi trecut de el (Iunie—August).

c) Din cei 79 bolnavi noi, pe care i-am putut interoga şi urmări mai deaproape, numai unul singur a avut turburări vechi (4 ani) ale aparatului digestiv şi un al doilea o desinterie cu 14 ani înaintea apariţiei pelagrei.

d) Turburările gastrice cari însoţesc celelalte simptome ale pelagrei la începutul primăverii, nu pot fi considerate drept cauza patogeniei în sensul scăderii asimilării vitaminei PP., căci în marea majoritate a cazurilor apar după instalarea turburărilor psihice (prodromul).

e) Gastrita maidică ar trebui să existe şi fără pelagră, căci este foarte puţin probabil că ea este pelagrogenă în 100% din cazuri.

f) O gastrită produsă de o cauză etiologică fixă (intoxicaţie maidică), dă de obicei un tablou simptomatic fix, nu variaţiunile pe cari le găsim în turburările digestive, cari însoţesc celelalte simptome ale pelagrei.

Nu se poate contesta nici studiile cercetătorilor din străinătate, nici rolul vitaminei antipelagroase, o chestiune definitiv pusă la punct în principiu, căci şi la noi rezultatele au fost satisfăcătoare, cu produse considerate ca vitamina antipelagroasă (acidul şi amida nicotinică), deşi mai puţin strălucite ca în străinătate.

Totuşi am remarcat cu toţii, necesitatea dozelor mari pentru obţinerea rezultatelor, doze care merg în unele cazuri până la cantitatea de 500 mgr. pe zi (amintesc numai latura materială tocmai într'o regiune pelagroasă, adică săracă). Această doză nu mai poate fi considerată decât terapeutică, ceeace a determinat pe unii autori să nu recunoască acidul nicotinic ca vitamina antipelagroasă, acordând acestei substanţe numai un rol pur terapeutic cu acţiune farmaco-dinamică încă necunoscută.

Intr'adevăr, avitaminozele se produc după lipsuri de fracţiuni de

miligrame, aşa că şi tratamentul trebue să reuşească cu astfel de microdoze. De exemplu, cazul vitaminei D. la care doza medie de administrare este 0,06 mgr. pe zi.

Eu am văzut bolnavi foarte tineri de pelagră; am văzut însă şi bolnavi de peste 60 ani. De ce a trebuit să treacă 60 ani, ca aceştia să nu mai suporte mălaiul pe care l-au consumat o viaţă întreagă, fără să-i provoace vre-o boală? Vârsta? Nu! Căci acest lucru îl adevereşte bolnavul în vârstă de 5—7 ani.

Pentru aceste motive, adică: dozele forte terapeutice necesare, nerespectarea vârstei, individualitatea (o persoană deobicei dintr'o familie la care cauzele favorizante sunt identice pentru toţi membrii), favorizarea sexului femenin, etc., etc., am fost îndreptăţiţi, **să căutăm alţi factori cari intervin în întreaga evoluţie a pelagrei.** Astfel, D-r Leonida i-a găsit într'o constituţie endocriniană, obţinând rezultate cu tratamente hormonale, iar subsemnatul în alergia, obţinând în 7 cazuri rezultate frapante cu o substanţă specific desensibilizantă (Reticulina M), Mişcarea Medicală Română No. 11/12 — 1941.

CONCLUZIUNI.

Având în vedere:

a) deosebirea între mediul şi condiţiile de apariţia pelagrei,

b) deosebirea între formele clinice şi evoluţia lor,

c) deosebirea eficacităţii tratamentului cu substanţe, considerate ca specifice în terapeutica pelagrei,

d) siguranţa prin care se poate afirma rolul nu numai a porumbului, ci şi a calităţii lui în etiologia pelagrei şi variaţiunile de cauze în alte ţări.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Suntem îndreptăţiţi să admitem existenţa a două forme de pelagră şi anume:

1. Pelagra propriu zisă, tipică, românească sau maidică, a cărei etiologie şi patogenie, este pe deoparte condiţionată exclusiv de porumb şi calitatea acestuia (avitaminoză exogenă), iar pedealtă parte de anumiţi factori, cari joacă un rol în împrejurările de apariţie a boalei (de ex.: individualitatea, vârsta, favorizarea sexului femenin, pe baza de constituţie endocrinologică sau factori sensibilizanţi) şi

2. Para sau Pseudopelagră, cu o simptomatologie şi evoluţia atipică şi neregulată, condiţionată de reducerea asimilării vitaminei PP.; (avitaminoza endogenă) prin turburări gastrice cronice de origină foarte variată (alcoolism, caşecsie, subnutriţie, etc.).

À la base de quelques différences, comme:

a) le rôle sûr du maïs dans l'étiologie de la pellagre, dans la Roumanie,

b) la différence de l'aspect clinique et évolutif de cette maladie dans les observations roumaines et étrangères,

c) les résultats pas très satisfaisants du traitement avec des préparations nicotiniques dans la Roumanie, l'auteur croit pouvoir admettre l'existance de 2 formes de pellagre:

1) La pellagre typique, maïdique ou roumaine, due à l'absence de la vitamine préventive de cet aliment, le maïs et,

2) la pseudo ou parapellagre, due à une diminution de l'assimilation de cette vitamine à cause des troubles gastriques chroniques.

Auf Grund gewisser Verschiedenheiten, wie:

a) die unleugbare Rolle des Mais in der Ätiologie der Pellagra in Rumänien,

b) die Verschidenheit des klinischen Bildes und Verlaufes dieser Krankheit im anderen Ländern.

c) die nicht zu den sehr zufriedenstellenden Ergebnisse mit Nikotinpräparate im Vergleid zu denen im Ausland,

glaubt der Verfasser annehmen zu können, dass man 2 verschiedene Pellagraformen unterscheiden muss:

1) Die typische, maidische oder rumänische Pellagra, die einem Mangel an pellagrapräventivem Vitamin des Mais, zuzuschreiben ist.

2) Pseudo — oder Parapellagra, deren Ursache eine Verminderung der Assimilierung dieses Vitamins durch chronische Störungen des Verdauungsapparates, ist.

PREPARATE NOUI

AMBESID

Tablete şi fiole

Preparat sulfamidat

Conţinând 0,40 gr. paraaminobenzolsulfamid pe tablete

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

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

SYNTHOESTRIN

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 o tabletă = 1 mgr. substanţă, corespunzând efectului a 10.000 unităţi internaţionale hormon folicular cristalizat

Bucureşti, V, str. Logofătul Tăut, 99

Uricedina

în tratamentul bolilor de nutriție cum sunt: Guta, reumatismul, sciatica, boli de rinichi, afecțiunile vezicei urinare, boli ale ficatului și ale căilor biliare, atonie intestinală, obezitate.

Reprezentanța:

Loew & Co. S. A.

Sibiu

J. E. Stroschein, Chemische Fabrik K. G.

Berlin SO 36

CONTRIBUTIUNI LA CUNOAŞTEREA TURBURARILOR GASTRO-INTESTINALE ÎN MALARIE

de

D-r C. SANDULESCU

Faţă de multiplele turburări de ordin digestiv observate în malarie, am socotit necesar să facem o scurtă expunere asupra acestei chestiuni, însoţind-o de unele cercetări practice, şi anume de cercetări asupra secreţiei gastrice la o serie de bolnavi de această afecţiune.

Este dela sine înţeles, că malaria fiind o boală cu caracter general şi interesând ca atare întregul organism prin natura ei hemoparazitară, ea va avea răsunet simptomatic asupra tuturor viscerelor. Rămâne de văzut în ce măsură au loc aceste înrâuriri morbide în malarie şi care este, ca să spunem astfel, forma clinică pe care o îmbracă fenomenele simptomatice ale tubului digestiv în această boală. Lucrul este cu atât mai important, cu cât este ştiut că în mod practic ni se poate prezenta o serie de afecţiuni ale aparatului digestiv, uneori cu aspecte grave, cari nu sunt de fapt decât manifestaţiuni ale boalei atât de comune şi la care nu ne gândim totdeauna: **malaria**. Cunoscuta tendinţă a medicilor de a diagnostica frecvent paludismul şi de a aplica tot aşa de des terapeutica adecuată, nu este tocmai lipsită de legitimitate, fapt de care ne convingem adeseori.

Participarea clinică a tubului digestiv în malarie este caracterizată prin mai multe aspecte. Avem mai întâi aşa numita **dispepsie a paludicilor**, după termenul lui Enriquez, care corespunde **gastritei acute** a malaricilor, manifestare secundară locală a maladiei parazitare. Ea se observă în timpul acceselor şi se defineşte prin semnele obicinuite de gastrită, cari dispar odată cu accesul.

La paludicii cronici se adaugă atonie gastrică, eructaţii, diminuarea secreţiei gastrice, semne despre cari vom vorbi la urmă. De obiceiu avem constipaţie; cu timpul însă, constipaţia poate fi înlocuită prin diareie, din pricina hiposecreţiei gastrice, sau chiar a achiliei prelungite, precum şi ca urmare a unui grad anumit de insuficienţă hepatică.

Participarea constantă a ficatului, trebue admisă desigur şi ne exprimăm părerea, că faţă de imensul material patologic, cercetările în acest sens ar fi interesante. Clinic avem de a face cu aşa numitele forme gastrobiliare, fie uşoare, realizând tabloul cunoscutului emborras gastric,

fie grave, în care febra, vărsăturile bilioase, hemoragiile, pot avea semnificaţia unui pronostic serios. Este bine să avem cunoştinţă de posibilitatea acestor fapte şi să procedăm în consecinţă.

Pentrucă schiţăm în general tabloul participărei digestive, deci şi intestinale în malaria, trebue să amintim cu totul rezumativ şi posibilitatea sindromului abdominal tifoidic în paludism, precum şi a celui dizenteric, cu atât mai mult cu cât nu este vorba aci de simple date teoretice aflate în manuale, ci de realităţi clinice. Intr'adevăr, Kelsch şi Kiener, au deosebit în malarie o remitentă tifoidă şi o remitentă adinamică gravă. Deşi avem semne clasice pentru diagnosticul infecţiei eberthiene, totuşi practica demonstrează adesea, chiar specialistului de boli infecţioase, că prudenţa nu poate fi de prisos. Starea tifică poate fi prezentă în unele forme malarice, iar febra zilnică de 40°, uneori în platou cum spune Naegeli, în tratatul său despre „Diagnosticul diferenţial în medicina internă", ne poate şi ea induce în eroare.

Nu este intenţia noastră şi nici locul să desvoltăm această chestiune. Vom cita doar părerea lui Klemperer, care afirmă că singură febra ne dă indicaţii diagnostice, prin felul evoluţiei sale. Să nu uităm valoarea patognomonică a frisonului, absent complet în febra tifoidă.

In ceeace priveşte fenomenele dizenterice; au fost observate în câteva rânduri de mine în cursul malariei, diagnosticul fiind fără îndoială destul de lesne stabilit. Nu trebue să uităm însă că în timpul războiului trecut, armata noastră a cunoscut această gravă problemă.

Doctorul francez Clunet, mort la noi, ne sfătuia să fim atenţi asupra sindromului dizenteric în malarie, căutând concomitent bacilii, asociaţia dizenterie-malarie fiind posibilă. Nu este de neglijat deci nici acest diagnostic diferenţial.

In sfârşit din practica noastră ştim că se pot întâlni în cursul acceselor şi de regulă la malaricii cronici, uşoare sindrome peritoneale, desigur prin periviscerite, dominate prin semnul unei sensibilităţi abdominale.

Avem câteodată de aface chiar cu o exagerare a sensibilităţei în fossa iliacă dreaptă şi credem că un diagnostic de malarie, cert prin aflarea parazitului, trebue să fie completat de regulă prin leucogramă, care ne ajută să constatăm că nu avem de aface cu o apendicită, cum prea deseori sunt înclinaţi unii medici să creadă.

Trecem acum la partea personală a expunerei acesteia. Este vorba de o serie de 22 bolnavi din Serviciul 3 Medical al Spitalului Militar „Regina Elisabeta", cărora li s'a cercetat secreţia H Cl., pe nemâncate şi după 45 minute dela ingestia prânzului de probă Ewald-Boas. Am constatat în general o scădere a secreţiei gastrice acide la malaricii cercetaţi de mine.

Această scădere priveşte atât secreţia pe nemâncate cât şi cea după prânzul de probă. Acest fapt este ca şi axiomatic pentru noi şi s'ar putea explica prin inhibiţia neuro-secretorie la nivelul mucoasei gastrice, inhibiţie exercitată de infecţia cronică, precum şi prin anemia secundară ce însoţeşte logic malaria. Participarea hepatică ar putea fi deasemeni încriminată, cunoscută fiind legătura între afecţiunile ficatului şi ritmul secreţiei gastrice.

In fine, s'ar putea să avem în unele cazuri o mărire a secreţiei clorhidrice, precum constatăm în tabloul de mai jos. Ca şi în consideraţiile patogenice expuse, ne bazăm şi aci pe deducţii de ordin fiziologic şi fizio-patologic şi socotim că hipersecreţia putea fi întâlnită în cazul acceselor acute, survenind în cursul unei hemo-parazitări cronice. Aceste măriri ale valorilor HCl ar fi doar pasagere.

Iată mai jos, rezultatele obţinute de mine în ceeace priveşte secreţia gastrică clorhidrică la seria de bolnavi cercetaţi în condiţiile arătate.

No. curent	Pe nemâncate			După 45 minute		
	H	C	T	H	C	T
1	0	0,15	0,15	0	0,22	0,22
2	0,07	0,22	0,29	0	0,15	0,15
3	0	0,15	0,15	0	0,73	0,73
4	0,15	0,07	0,22	0	0,22	0,22
5	0	0,29	0,29	0,37	0,15	0,52
6	0	0,15	0,15	0,44	0,07	0,51
7	0,07	0,87	0,94	0,80	0,22	1,02
8	0,07	0,07	0,14	0	0,15	0,15
9	0	0,31	0,31	0	0,22	0,22
10	0	0,51	0,51	0,46	0,44	0,96
11	0,37	0,51	0,88	0	0,15	0,15
12	0	0,29	0,29	0,37	0,22	0,59
13	0	0,15	0,15	0	0,22	0,22
14	0	0,22	0,22	0	0,15	0,15
15	0	0,15	0,15	0,95	0,37	1,32
16	0	0,58	0,58	0,66	0,37	1,03
17	1,87	1,24	3,15	2,22	1,36	3,56
18	0	0,22	0,22	0,80	0,66	1,46
19	1,68	0,51	2,19	0,66	0,37	1,03
20	0	0,44	0,44	0,66	0,66	1,32
21	1,10	0,44	1,54	1,32	0,37	1,69
22	0	0,58	0,58	2,12	0,44	2,58

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFIE.

Naegeli: Differentialdiagnose in der inneren Krankheiten. Leipzig. 1937. — **Enriquez, Lafitte,** etc. Nouveau Traité de Path. interne, Paris 1926, vol. I, 1. — **Klemperer,** etc. Neue Deutsche Klinik, vol. 7. Viena 1931.

ALCALOIZI PURI SAU PREPARATE GALENICE DE SECARA CORNUTA

de

D-r N. STANCIU D-r A. H. OPARI
D-r I. STANCIU

Efectele multiple ale secarei cornute au fost observate înainte cu mai multe veacuri, semnalându-se intoxicaţii în masă, din cauza consumului de făină care conţinea ergotul, iar medicina populară folosindu-l ca bine cunoscutul „pulvis parturiens". Introducerea ei în mod oficial ca medicament se face de farmacopeea americană în 1820. Accidentele inexplicabile încă pe vremea aceea, datorite unor doze masive, precum şi lipsa oricărei acţiuni, se succed neregulat, în tratamentele cu secară cornută, trezind neîncrederea medicilor, ceeace face ca întrebuinţarea ei să fie limitată, iar în unele epoci complect părăsită. Cercetările în timp, care au dus la izolarea alcaloizilor din secara cornută şi controlul acţiunii lor, au trezit din nou atenţiunea faţă de acest medicament, iar lucrările foarte numeroase ale ultimului deceniu, arată deosebita importanţă ce i-s'a dat.

Problema pe care dorim să o desbatem, este, acum în preajma editării noii farmacopei române, de o acută actualitate. Deaceea vom releva observaţiile adunate în lucrările ultimilor ani, referitoare la preparatele galenice de secară cornută, accentuând necesitatea de a înlocui în viitoarea farmacopee, aceste preparate cu produşii puri daţi de industrie.

Izolarea şi studiul acţiunii alcaloizilor din secara cornută, a dus la înscrierea în farmacopei a câtorva norme de control a preparatelor galenice. Dacă însă, la faptul că cele mai multe farmacopei nu dau decât o analiză calitativă a preparatelor, cu totul insuficientă spre a da o imagine reală a conţinutului lor în alcaloizi, se vede cât de legitimă este propunerea care s'a făcut în ultimul timp de diferiţi autori şi a facem şi noi, de a înlocui preparatele galenice cu produşi puri.

Publicaţiile din ultimii 10 ani, care tratează problema preparării şi conservării în timp a extractelor de secară cornută, sunt atât de numeroase încât chiar numai o trecere a lor în revistă ar depăşi cadrul acestei lucrări. Toate cercetările sunt însă de acord în a arăta că preparatele galenice de secară cornută, indiferent de metoda lor de preparare îşi pierd foarte repede din acţiunea lor fiziologică, procentul de

alcaloizi scăzând în timp, până la dispariţia lor totală [1]). Mai mult, nu numai extractele preparate şi conservate în cele mai bune condiţiuni, pierd în primele două luni mai mult de 50% din activitatea lor fiziologică, ci chiar produsele specializate, livrate în condiţiuni mai bune de conservare, sunt lipsite după un scurt timp de orice acţiune. Schübel [2]) care a cercetat 15 produse specializate, nu a găsit active decât 4, care aveau ca bază alcaloidul pur.

Astfel stând lucrurile, o metodă de dozare oficială dată în farmacopei pentru preparatele de secară cornută, nu va face decât să induce în eroare pe clinician, care va considera produsul oficial, ca având cantitatea prescrisă de substanţă activă. Ori un preparat galenic, chiar dacă nu ar corespunde numai probei calitative impusă de farmacopee, ci ar fi analizat cantitativ şi ar conţine o anumită cantitate de alcaloizi la livrarea lui în farmacie, va sta acolo în condiţiuni destul de nefavorabile, pentru a mai putea oferi vre-o garanţie a activităţii lui, după un timp care de multe ori trece de un an.

Fără a fi conduse numai de acest considerent, unele farmacopei au introdus alături de preparatele galenice de secară cornută şi alcaloizii ei. Astfel codexul francez din 1908, introduce ca oficială ergotinina, iar în 1925 farmacopeea mexicană şi în 1926 farmacopeea română printre primele introduc acelaşi alcaloid. Acţiunea ergotinei fiind încă discutată, fiind considerată de unii autori nulă, de alţii identică cu a izomerului ei ergotoxina, sau în fine mai redusă, stabilindu-se în timp un echilibru între ambii izomeri, farmacopeea engleză din 1932, propune ca oficială ergotoxina sub formă de etansulfonat.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Faptul că nu toate farmacopeele au introdus ca oficiali alcaloizii secarei cornute, ca şi redusa lor folosire în practică, până după 1920, trebue căutat în greutatea de a prepara produse stabile de alcaloizi puri, precum şi în cercetările referitoare la activitatea lor farmacodinamică, din care părea că rezultă concluzia, că ei nu au o acţiune identică preparatelor galenice. Descoperirea în ultimul timp a alcaloizilor hidrosolubili, ca şi studiul sistematic al izomerilor, a făcut ca azi, prin utilizarea alcaloizilor cari se cunosc şi cu posibilităţile de preparare şi dozare, efectul celor mai complexe preparate de secară cornută să fie mult întrecut.

Pentru a da o privire mai largă asupra problemei, vom mai releva un fapt deosebit de important pentru terapeutică, anume oscilaţiile în limite largi a conţinutului în alcaloizi totali a secarei cornute. Intr'o lucrare din 1933, Küssner [3]) prin analize efectuate asupra drogei din diferite ţări, dă următoarele valori analitice găsite: droga rusească conţine 0,005—0,048% gr.% (media 0,023 gr.%); aceea spaniolă 0,058—0,108 gr.% (media 0,081 gr.%); o probă de origine ungară 0,050 gr.% alcaloizi totali. In acelaşi sens, Pinxteren [4]), între 17 probe află limite între 0,032—0,227 gr. %; iar Schlemmer, Wirth, Peters [5]) în 20 probe 0,029—0,188 gr.% alcaloizi totali. Analizele noastre efectuate asupra a trei probe de extract de secară cornută fluid şi patru probe de extract moale, ne-au arătat, că în primele, cantitatea de alcaloizi este nulă, iar în ultimele numai două probe aveau 0,006, respectiv 0,008 gr.% alcaloizi. Aceste disproporţii dela circa 0,005

cela 0,227 gr. alcaloizi totali la 100 gr. drogă, sunt însoţite şi de oscilaţii în conţinutul de alcaloizi în parte. Astfel ergotinina se află între 9—45,5%; ergotoxina 10—18,7% şi ergoclavina (ergotamină+ergotoxină 6—19,9% din alcaloizii totali [3]). După cercetările lui Smith-Timmis, Küssner şi Bekesy [6]) ergotamina se află numai în droga originară din Ungaria, celelalte sorturi aflate în comerţ mai ales aceea din Rusia şi Spania, nepretându-se la extracţii. Din contra, ergometrina nu se află decât în droga spaniolă, în cantităţi ce oscilează între 0,005—0,010 gr.% şi în cantităţi şi mai mici, sau deloc în droga portugheză [7]).

Astfel încât chiar dacă farmacopeele ar preconiza o metodă bună de extracţie şi de stabilizare, cantitatea iniţială de substanţă activă, variind în limitele dela 1 la 40, rezultă o nesiguranţă periculoasă în ceeace priveşte dozarea în terapie a preparatelor galenică de secară cornută.

Pentru prepararea extractelor de secară cornută, farmacopeele preconizează în general o extracţie hidroalcoolică, acidă sau nu a pulberei, uneori în prealabil degresată, prevăd deasemenea reînoirea anuală a ergotului, lucru care se realizează rar şi nici o farmacopee nu dă o metodă oficială de dozare a conţinutului în alcaloizi totali (inclusiv ergometrina). Câteva farmacopei care dau o metodă de dozare biologică, cu martor de ergotamină sau ergotoxină, pot doza numai complexul ergotamină-ergotoxină, alcaloizi cu acţiune calitativ identică. Faptul că se opiniază uneori pentru înlocuirea terapiei cu extracte prin aceea cu pulbere de drogă, care ar fi mai stabilă în conţinutul ei de alcaloizi, privit prin prisma variaţiilor mari în cantitatea de produs activ, trebue acceptat numai ca un compromis, care în stadiul actual al cercetărilor relative la secara cornută ar trebui şi el să dispară.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Deoarece problema secarei cornute interesează deopotrivă, atât pe clinician cât şi pe farmacist, vom încerca, fără a ne depărta de scopul propus, să desvoltăm lucrarea noastră în acest sens.

Substanţele chimice conţinute în secara cornută, s'ar putea împărţi în:

1. grupa alcaloizilor insolubili în apă, de tipul ergotoxinei;
2. grupa alcaloizilor solubili în apă, de tipul ergometrinei;
3. grupa principiilor indiferenţi, amine, hidraţi de carbon, materii colorante, baze purinice şi pirimidinice, lipide şi acizi graşi, etc., fără importanţă din punct de vedere terapeutic.

Alcaloizii grupei întâi, cu reprezentanţi principali ergotoxina şi ergotamina, au nu numai constituţia şi unele proprietăţi chimice apropiate, dar chiar acţiunea lor farmacodinamică este atât calitativ cât şi cantitativ identică, ceeace face grea o separare sau o identificare a lor prin metodele biologice. Acţiunea lor simpaticolitică lipseşte aproape complect izomerilor ca şi produşilor lor de oxidare sau descompunere, lucru pentru care atât în extracţii cât şi în prelucrările ulterioare de purificare, se înconjoară cu atenţie toţi factorii care ar putea duce la produşi inactivi.

Alcaloidul hidrosolubil ergometrina, cu izomerul ei inactiv ergometrinina, a fost separat mai târziu (1935) în urma cercetărilor făcute asupra extractelor de secară cornută, care deşi nu mai conţineau alcaloizii grupei întâi, consideraţi ca „specifici", prezentau încă o remarcabilă acţiune uterotonă. Descoperirea lui a înlăturat definitiv ipoteza unei acti-

Principali alcaloizi separaţi din Secara cornută (8)

Numele	Formula	P. F.	(α) D	Solubilitatea		Toxicitatea mgr kgr	Acţiunea asupra uterusului Mărirea tonusului	Acţiunea simpaticolitică. Inhibarea adrenalinei.	Hyperhemia	OBSERVAŢII
				în apă	în alcool					
Ergotoxină	$C_{35}H_{39}O_5N_5$	180-200°	— 197°	insolub.	f. solub.	1,5	1/2	1	2,3	Etansulfonat P. F. = (ρ) D = + 112—122° Fosfat P F. = 186—187 (α) D = + 78°
Ergotinină	„	218-239° c	+ 365—+435°	„	p. solub.	—	1|100	—	—	
Ergocristină	„	155-157°	— 186°	—	—	—	—	—	—	
Ergocristinină	„	214°	+ 366°	—	—	—	—	—	—	
Ergotamină	$C_{33}H_{35}O_5N_5$	213-214° c	— 155°	insolub.	solub.	3	1	1	1	
Ergotaminină	„	236-252°	+ 385°	„	p. solub.	—	—	1/5—1/6	—	
Ergosină	$C_{30}H_{37}O_5N_5$	228°	+ 16— —161°	—	—	—	—	—	—	
Ergosinină	„	228°	+ 380—+420°	—	—	—	—	—	—	
Ergometrină	$C_{19}H_{25}O_2N_3$	162-163°	— 16—44°	solub.	f. solub.	6	2	< 1/400	2	(α) D=76— + 90° în apă, + 40° în alcool, —44,7° în chloroform la 50°
Ergometrinină	„	195-197°	+ 414°	p. solub	solub	—	—	—	—	

BCU Cluj / Central University Library Cluj

vităţi a aminelor din drogă similară alcaloizilor ei. Atât din punct de vedere chimic, cât şi al acţiunii ei farmacologice, ergometrina se deosebeşte fundamental de alcaloizii grupei întâi. Astfel ea are o acţiune pronunţată oxitocică, de scurtă durată faţă de alcaloizii insolubili în apă, în schimb mai puternică şi mai rapidă. Nu paralizează terminaţiunile nervilor simpatici şi deci contrar grupei întâi nu prezintă reacţia de inhibare a adrenalinei, mai mult, este chiar un excitant al simpaticului; nu provoacă în experienţele pe creasta de cocoş gangrenele caracteristice ale secarei cornute, ci numai o cianoză uşoară şi trecătoare; este mai puţin toxică decât ergotoxina şi per os are aproape acelaşi efect ca şi în injecţii, ceeace la ceilalţi alcaloizi nu este cazul. Acţiunea sa asupra uterusului nu este aceea de contracţii de durată ca ale ergotoxinei, ci de contracţii ritmice (asemănătoare hipofizei posterioare) care intervin la circa 4 minute după administrare, pe când efectul alcaloizilor grupei întâi se manifestă abia după circa 15 minute.

In tabloul alăturat dăm principalii alcaloizi separaţi din secara cornută şi câteva proprietăţi ale lor.

Alături de aceşti alcaloizi, literatura ştiinţifică mai citează o serie de corpi, care datorită proprietăţilor lor fizice ar părea că sunt alcaloizi unitari, în realitate aceste constante deosebite se datoresc posibilităţii alcaloizilor de a da complexi moleculari cu dizolvantul, complexi moleculari între doi sau mai mulţi alcaloizi deosebiţi, sau a cristalizării într'un amestec de mai mulţi alcaloizi greu de separat [9]). Aceste „impurităţi" duc la o schimbare pronunţată atât a activităţii optice cât şi a punctului de fuziune. Pe când însă izomerii alcaloizilor sunt lipsiţi de acţiune farmacodinamică, complexii moleculari păstrează activitatea componentelor lor. Din punct de vedere farmacodinamic mai este de notat că izomerii inactivi, în anumite condiţiuni pot trece în izomerii activi, reacţia fiind reversibilă, iar în unele condiţii de lucru transformările sunt aproape cantitative.

In actuala farmacopee română, dintre alcaloizii secarei cornute este trecută ergotinina, care după Rothlin [10]) are o acţiune uterotonă nulă, iar acţiunea simpaticolitică e de 1000 ori mai mică decât a izomerului ei activ ergotoxina. In condiţiile în care se lucrează pentru a trece baza în o sare solubilă (lactat sau tartrat), în scopul de a prepara soluţiuni injectablie, reacţia reversibilă este înceată, se opreşte la un echilibru dependent de o serie de factori şi însoţit întotdeauna de distrucţia alcaloidului, astfel încât se vede că nu există nici o raţiune spre a mai fi trecut în viitoarea farmacopee.

La constantele fizice trecute în tablou, trebue să se mai facă o remarcă şi anume: atât punctul de fuziune cât şi deviaţia polarimetrică sunt luate pe substanţe foarte purificate, în general punctul de fuziune este corectat sau un punct de descompunere, iar deviaţia polarimetrică este calculată din deviaţia sărurilor alcaloizilor. Chiar pentru acelaş produs purificat, pentru cercetările de laborator, autorii dau constante deosebite. Spre a evidenţia acest lucru vom lua ca exemplu ergometrina.

Punctul de fuziune al ergometrinei dat în tablou este de 162—163°, obţinut de Dudley [11]); pentru acelaşi alcaloid Karasch-Legault [12])

dă 155° sau 158—160° cu descompunere; Kleiderer[13]) dă 157—158° corectat, iar Stoll (1 c.) 159—162° cu descompunere. Deci un punct de fuziune cuprins între 155—163°. Pentru sărurile alcaloidului de ex. picrat Dudley dă P. F. 148°, iar Karasch-Legault 195°. Deviaţia polarimetrică a alcaloidului ar fi în apă, după Kleider + 76,1°, după Stoll + 90°, după Jacobs + 88,5°; ar fi + 23 + 44° în amestecurile de cloroform cu alcool, după Stoll şi — 44,7° în clororm la 50° după Kleiderer. In alcool metilic ar fi + 40,2° iniţial şi + 61,8° după 95 ore; produsul recristalizat din alcool metilic ar avea + 95,4° cu o scădere de 10% din activitatea farmacodinamică iniţială, datorită probabil izomerizării lui.

Aceste observaţii arată că în stadiul actual al cercetărilor, constantele fizice nu se pot utiliza în mod curent pentru identificarea alcaloizilor din comerţ.

Lipsind deci posibilitatea unei caracterizări sigure a alcaloizilor prin constantele lor, se impune ca în viitoarea farmacopee să se introducă o metodă chimică oficială de dozare a alcaloizilor, precum şi o metodă biologică, în ambele cazuri lucrându-se cu un etalon de alcaloid pur, identic, cu constantele bine stabilite, cu conţinutul procentual în alcaloizi şi activitatea controlată şi garantată de casa producătoare.

Dacă totuşi noua farmacopee română va mai introduce preparate de secară cornută, — desigur stabilizate — va fi necesar să preconizeze o metodă de dozare chimică, uşor de realizat în oficină. După părerea noastră cea mai recomandabilă metodă, în acest scop, ar fi aceea a lui Hampshire-Page[14]) care prezintă avantajul de a doza şi ergometrina, iar ca metodă de control calitativ să fie introdusă aceea a lui Küssner-Wolf[15]) de precipitare cu acid picric, care are avantajul de a indica prin culoarea precipitatului format şi stadiul de alterare al drogei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pe lângă toate observaţiile de mai sus, trebue însă accentuat că dozările de alcaloizi din drogă sau preparate galenice, prin oricare metode ar fi dozaţi, duc la erori experimentale de + 20%.

Pentru alcaloizii puri, va trebui să fie preconizată o metodă de dozare colorimetrică, specificându-se însă, ca fiecare alcaloid în parte să fie dozat cu un etalon identic; deasemenea o metodă biologică oficială de dozare, când lucrându-se în aceleaşi condiţii cu alcaloidul pur şi cu un etalon identic, erorile experimentale vor fi mult inferioare rezultatelor obţinute până acuma cu preparate galenice şi cu un singur etalon.

Cum nu credem că suntem noi cei chemaţi să alegem şi să propunem care anume alcaloizi ar fi cei mai indicaţi să fie introduşi în nouă farmacopee română, vom aminti alcaloizii care au fost luaţi în considerare de comisiile farmacopeelor din alte ţări şi anume: ergotinina (Franţa, Mexico); ergotoxina (America, Anglia); ergotamina (Spania, Elveţia) şi ergometrina (America).

Toţi alcaloizii de secară cornută din comerţ, prezintă însă variaţii ale constantelor lor fizice faţă de datele din literatură a produşilor puri din laborator. Deaceea, spre a evita eventuale neînţelegeri, credem că

ar fi util ca fiecare produs să fie însoţit întotdeauna de un buletin de analiză al casei producătoare, în care să se specifice toate constantele fizice, ca punct de fuziune, deviaţie polarimetrică, solubilitate, să se arate dacă este vorba de un produs pur sau de un complex molecular de alcaloizi, soluţia de cristalizare, conţinutul procentual exact în alcaloid anhidru, etc. Acest buletin de analiză este cu atât mai necesar cu cât chiar substanţele luate ca etalon dela diferite case, ar putea prezenta deosebiri în constantele lor, iar o analiză complectă ar consuma prea multă substanţă. In cazul unui control, ar exista în acest mod posibilitatea de a se trece alături de valorile aflate la analiză şi valorile comparative ale etalonului utilizat.

Acest considerent este desigur imposibil de introdus ca oficial în farmacopee, el poate fi însă aplicat de către marile case care manipulează aceşti alcaloizi şi ar avea utilitatea lui.

Să dăm un exemplu: Codexul francez 1937, stabileşte pentru ergotinina cristalizată P. F. 255—260°, iar deviaţia polarimetrică + 369°. Casa Merck care produce acest alcaloid, într'o comunicare personală ne-a transmis următoarele constante: P. F. 220° cu descompunere şi deviaţia polarimetrică circa + 400°, iar un produs analizat de noi, ergotinin crist. „Gehe" avea P. F. 208° cu descompunere şi deviaţia +354,5°.

De unde urmează că produsele existente în comerţ nu satisfac condiţiile preconizate ca oficiale, care după cum se vede sunt luate după constantele corectate ale produşilor de o puritate foarte avansată.

De acest considerent trebue să se ţină seama se înţelege şi la analiza produselor specializate de alcaloizi puri.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Inainte de a încheia această lucrare am dori să mai relevăm o observaţie pentru prepararea soluţiunilor injectabile de alcaloizi de secară cornută, pentru care s'au propus în ultimul timp diferite metode. Mai interesant din acest punct de vedere este modul de stabilizare propus de Salomon-Spanhoff [16]) şi Orgachemica [17]) pentru ergometrină, cu acid ascorbic. După o comunicare particulară a casei Merck se pare că nu se obţine o stabilizare bună a alcaloidului cu acid ascorbic. Lucrând însă cu acid ascorbic şi glutation, aşa cum am propus într'o altă lucrare [18]) pentru adrenalină şi alţi alcaloizi, se obţin soluţii stabile şi cu un pH ce variază între 4,5—6,0 după modul de lucru. Intr'o lucrare viitoare, vom reveni cu mai multe amănunte în acest sens, precum şi cu modul de dozare şi caracterele fizice ale acestor soluţiuni.

Intrebuinţarea alcaloizilor puri în toate indicaţiile secarei cornute şi lipsa aproape complectă a accidentelor arătate în publicaţiile ultimilor ani pledează pentru înlocuirea totală a preparatelor galenice prin alcaloizi şi rezistă oricărei critice pe care partizanii preparatelor galenice le-ar putea ridica. Stoll în această privinţă spune următoarele:

„Le retour à la drogue totale ou aux extraits totaux, comme „le proposent pèriodiquement certains auteurs, signifierait tout particu„lièrement, pour l'ergot de seigle une régression".

LITERATURĂ

Burne Wokes: Brit. med. J. 62, 155, 1929; C. I. 1930, 408. — **Thompson:** J. Amer. phar. Assoc. 19, 104, 1930. — **Prybil Maures:** Arch. d. Pharm. 464, 1928. — **Ottel:** Arch. exp. Pharm. 149, 218, 1930; 161, 359, 1931. — **Schübel Maurer:** id. 148, 246, 1930. — **Holdemann:** Apoth. Ztg. 1, 16, 1931. — **Schübel:** Fortsch. d. Therapie 6, 1936. — **Küssner:** Merck's Jahresberichte 1933. — **Pinxteren:** Pharm. Weekbl. 71, 1230, 1934. — **Schlemmer Wirth Peters:** Arch. d. Pharm. 274, 16, 1936. — **Smith Timmis:** J. Chem. Soc. 1390, 1930. — **Küssner:** l. c. — Bekesy: Zentral bl. f. Bakt. II. 99, 332. — **Stoll:** Bull. Sc. Pharmac. 43, 465, 1936. — **Tanret:** C. R. Acad. Sc. 81, 896, 1875; 86, 888, 1878. — **Barger Carr:** J. Chem. Soc. 91, 337, 1907. — **Stoll:** Arch. exp. Path. Phar. 138, 115, 1928; Lancet 873, 1930; C. R. Acad. Sc. 200, 1680, 1935; Bull. Sc. Pharmac. 42, 257, 1935. — **Dudley Moir:** Brit. med. J. 520, 1935. — **Tompson:** Science 81, 636, 1935; J. Amer. Phar. Assoc. 24, 185, 1935. — **Jacobs:** Science 82, 16, 1935. — **Smith Timmis:** Nature 136, 259, 1935; 137, 111, 1075, 1936; Journ. Chem., Soc. 1166, 1936. — **Köfler:** Merck's Jahresberichte 1937. — **Dudley:** Proc. Roy. Soc. 118, 478, 1935. — **Karasch Legaut:** Science 81, 388, 1935; Lancet 228, 1243, 1935. — **Rothlin:** Arch. exp. Path. 181, 154, 1936. — **Kleiderer:** J. Amer. Chem. Soc. 57, 2007, 1935. — **Hampshire Page:** Quart. J. Pharm. Pharmac. 9, 60, 1936. — **Küssner Wolf:** Pharm. Ztg. 77, 25, 342, 1932. — **Salomon Spanhoff:** C. II. 1938, 2457. — **Orgachemica:** Hol. Pat. 47, 225. C. I. 1940, 603. — **Stanciu:** Bul, Soc, de Ştiinţe Farm, I. 48. 1941.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

CALCIBRONAT
(Ca — Br — Lactobionat)

Ambalaje aluminate cu 10 tablete
1—3 tablete pe zi

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

Ampule de 5 şi 10 ccm.

Bucureşti: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse

Lucrare făcută în Laboratorul de Igienă Tulcea
Medic şef: D-r D. Surugiu

STAREA SANITARĂ A ORAŞULUI VALCOV SUB ASPECTUL „FENOMENULUI HIDRIC LOCAL"

de

Medic Lt.-Colonel D-r VASILIU NICOLAE **D-r S. SURUGIU**
şi Medic Cpt. SATMARI CONSTANTIN

In luna Aprilie 1938, Ministerul Sănătăţii deleagă pe Şeful Laboratorului de Igienă Tulcea, ca să se deplaseze în oraşul Vâlcov, pentru a recolta apa potabilă, a-i face analiza şi împreună cu Medicul Primar al judeţului Ismail, să dea soluţiunea pentru alimentarea cu apă potabilă a oraşului. Medicul Laboratorului Tulcea, se deplasează la Vâlcov şi constată, că: în starea sanitară a oraşului se produsese o perturbaţie cauzată de apa de băut, care alarmase atât pe medicul oraşului respectiv cât şi Ministerul de resort.

Această perturbaţie consta din ivirea unui număr excesiv de mare de gastro-enterite, forme foarte grave, din care foarte multe mortale. Ce erau în realitate aceste gastro-enterite, întrebarea şi-a pus-o însuşi Ministerul Sănătăţii, făcând abstracţie de opinia medicului de oraş de pe atunci şi adevărul a rămas, credem, necunoscut. Dacă se ţine seamă de analiza apei potabile făcute cu acea ocaziune, se poate înţelege, că era vorba de o febră tifoidă, sau cel puţin paratifoidă.

In vara anului 1941, doi dintre noi, având misiuni în legătură cu serviciul sanitar al armatei în Vâlcov, ne-am isbit de greutatea aceleiaşi probleme complicate: Pentru rezolvarea ei, am recurs la serviciul Laboratorului de Igienă din Tulcea, căutând de comun acord să-i găsim soluţia.

Orăşelul Vâlcov prin aşezarea lui geo-topografică specială, cu totul diferită de a oricărei alte localităţi din ţara noastră, în privinţa apei de băut, prezintă o curiozitate naturală, care nu trebuie scăpată de sub observaţie şi unui studiu ştiinţific, dacă se ţine seamă, mai ales, de importanţa acestui orăşel din punct de vedere economic, al navi-

gabilităţii, turistic, de învecinarea cu localităţile balneare Vâlcioc, Borisovca, etc., care curiozitate am denumit-o sub aspectul apei de băut, „fenomenul hidric local". Pericolul isbucnirei oricând a oricărei epidemii de natură hidrică în Vâlcov, este permanent, iar că aceste epidemii nu apar în măsura în care sunt posibile sau că ele trec neobservate este o întâmplare.

Alimentarea satelor şi oraşelor cu apă din Dunăre ca atare, la noi în ţară apare ca ceva normal. Numai un mic număr de localităţi au instalaţii sau uzine de purificarea apei.

Aparent nu ar fi nici un pericol alimentarea cu apă din Dunăre aşa cum este, dacă s'ar ţine seamă, că apa unui fluviu suferă o purificare naturală sub influenţa factorilor naturali: sedimentarea, lumina solară, oxigenul din aer, etc. (Courmont).

Cu toate acestea, chiar dacă nu apar diferite epidemii de natură hidrică, ca: febra tifoidă şi paratifoidă, dysenteria bacilară, cholera, sau apar numai cazuri sporadice, totuşi este de netăgăduit faptul, că mortalitatea şi morbiditatea de diareie infantilă, afecţiuni gastro-intestinale sau protozoare, etc., este simţitor influenţată de apa potabilă ca atare, din Dunăre, din canale, gârle şi din bălţile Dunărei.

Orăşelul Vâlcov, prin starea de fapt, subliniază prin excelenţă acest pur adevăr.

In desvoltarea acestei teme, ne-am isbit de o serie întreagă de greutăţi, ca: strângerea datelor demografice a morbidităţii şi a mortalităţii din Vâlcov, din cauza distrugerii arhivei dispensarului în anul de cotropire a Basarabiei; distanţa mare şi căile de comunicaţie anevoioase dela Vâlcov până la primul laborator, fapt care ne-a împiedecat să putem aprofunda studiul analitic al apei potabile pe anotimpuri şi stări atmosferice; starea de răsboiu a venit ca un impediment în plus, de a nu se putea deplasa după voie şi necesitate în acea localitate; nesinceritatea diagnosticelor morţii din buletinele de deces sau cel puţin îndoiala noastră, pe baza propriilor observaţii, asupra datelor obţinute, din actele oficiale, etc.

Cu toate acestea, din datele strânse, rezultă clar, că pentru aducerea la normal din starea de promiscuitate de până acum a acestui pe nedrept zis oraş, cât şi pentru viitorul lui, chestia apei de băut, este o problemă primordială, aşa cum este primul factor pentru o bună stare sanitară a oricărui centru populat în general.

DESCRIEREA ORAŞULUI VÂLCOV.

Delta Dunării rezultă din bifurcaţia Dunării în punctul Central în Braţul Chilia la nord şi braţul Sft. Gheorghe la sud, ca bază Deltei servind Marea Neagră. Braţul Chilia se varsă în Marea Neagră prin 8 canale, cari la rândul lor, formează o deltă secundară. Vâlcovul este aşezat în vârful acestei delte secundare, la 45° 25' latitudine nord, 47° 15' latitudine este pe malul nordic al braţului Chilia, la 17 km. înainte ca apele Dunării să se verse în Mare. La nord, oraşul se mărgineşte cu o baltă alimentată cu apa Dunării, venită din reţeaua de canale care traversează oraşul. Nu departe de această baltă se află Gibrienii (Vâlcioc), localitate maritimă; la est cu braţul Oceacov şi

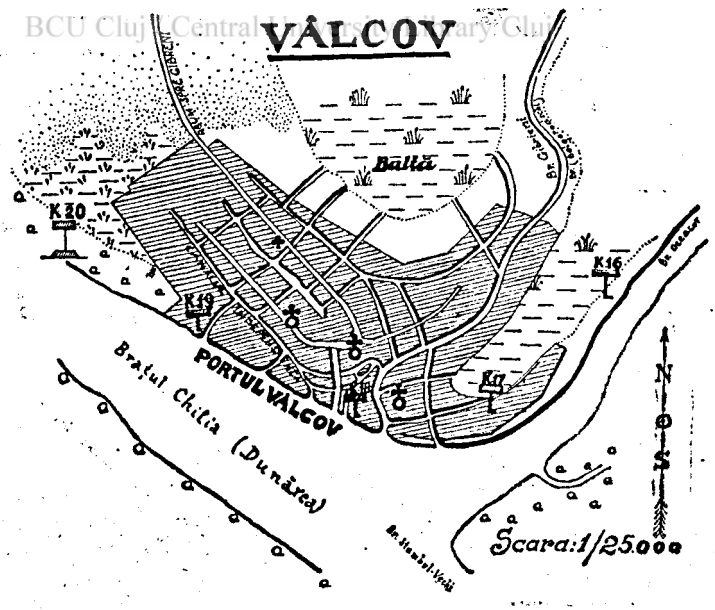
BCU Cluj / Central University Library Cluj

regiunea inundabilă a acestuia; la vest sunt terenuri inundabile; la sud cu braţul Chilia, în punctul unde Dunărea atinge una din lărgimile sale maxime, pentru ca apoi să se împartă în ramuri de vărsare în Mare. Vâlcovul se întinde pe o suprafaţă de 3 km. p. cuprinzând în perimetrul său multe terenuri virane inundabile. Solul este format din aluviunile aduse de Dunăre treptat, cu nisip foarte mult, la care s'a adăugat pământ vegetal. Altitudinea sa este foarte mică, cu foarte puţin deasupra nivelului mării. Aproape toate gospodăriile sunt supuse inundaţiilor, când debitul de apă al Dunării este mărit, apa luând cursul său dela Dunăre, prin reţeaua de canale din oraş spre balta din nordul oraşului. In drumul acesta apa culege toate murdăriile din oraş: gunoaie, resturi menajere, closete, cadavre de animale, etc., pe cari le duc în baltă. Balta va servi ca rezervor de apă potabilă pentru timpul verii, când debitul de apă al Dunării scăzând, curentul apei din canalele secundare, vor lua calea inversă, dela baltă spre Dunăre sau spre canalele principale învecinate cu oraşul. Acest „dute-vino" este permanent în funcţie de ploi, vânturi şi debitul de apă al Dunării.

Populaţia consumă apă de băut din canalele mici cari înconjoară gospodăriile şi se înţelege că apa deşi ca obârşie din Dunăre, nu are aceiaş compoziţie. Numai o mică parte a populaţiei bea apă din Dunăre ca atare.

Clima este continentală, dar îndulcită de învecinarea Mării, caracterizându-se prin ierni aspre, zăpadă puţină şi veri călduroase, în cari se simte briza marină. (Köppen).

BCU Cluj / Central University Library Cluj



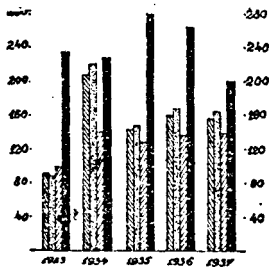
Harta Vâlcovului.

SITUAȚIA DEMOGRAFICĂ.

Populația orașului era în anul 1940 de 8260 locuitori, iar la 30 Octombrie 1941, după datele Primăriei 6970 cu 220 locuințe.

Dupe naționalități: Români 47, Ruși 5088, Ucraineni 1708, Bulgari 12, Greci 7, Găgăuzi 2, Țigani 11, Evrei 95 (fugiți).

Naționalitatea, aici, are o deosebită importanță. 97,5% din totalul populației o formează Rușii și Ucrainieni, cari au obiceiul de a bea toată viața ceai, sterilizând deci apa. Singurii, copiii beau apa nefiartă și aceștia dau tributul mare al mortalității și morbidității, datorită apei în cea mai mare măsură. Această mortalitate comparativ la 100.000 locuitori în Vâlcov, față de totalul pe țară, mediul rural și cel urban are înfățișarea, după cum se vede în tablourile, graficile și curbele grafice alăturate.

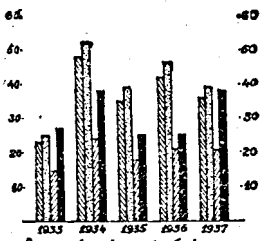


Proporția deceselor la 100.000 locuitori produse de gastro-enterite până la vârsta de 2 ani comparativ pe țară - mediu rural - urban și Orașul Vâlcov - pe anii 1933-1937 incl.

Central University Library

Legendă:

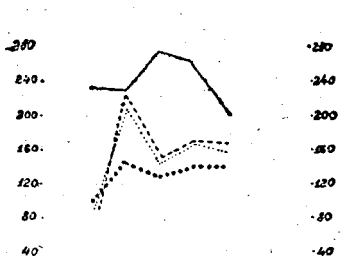
- Decese pe țară
- Decese mediu rural
- Decese mediu urban
- Decese Orașul Vâlcov



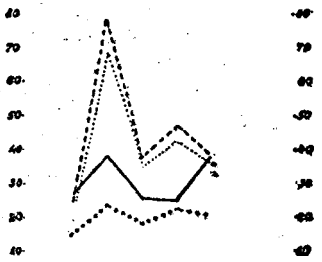
Proporția deceselor la 100.000 locuitori produse de gastro-enterite peste vârsta de 2 ani comparativ pe țară - mediul rural - urban și Orașul Vâlcov - pe anii 1933-1937 incl.

Legendă:

- Decese pe țară
- " mediul rural
- " urban
- " Orașul Vâlcov



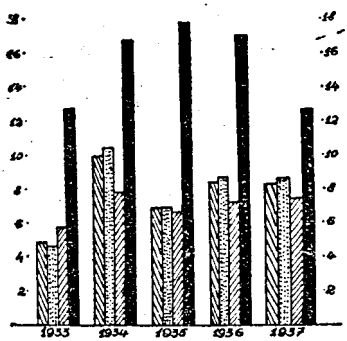
Curbele comparative ale deceselor produse de gastro-enterite la 100.000 locuitori până la vârsta de 2 ani, pe țară, mediu, urban, rural și orașul Vâlcov pe anii 1933-1937 inclusiv.



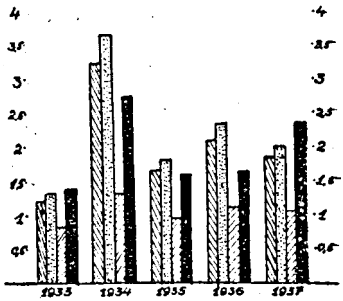
Curbele deceselor produse de gastro-enterite la 100.000 locuitori peste vârsta de 2 ani, comparativ, pe țară, mediu rural, urban și Orașul Vâlcov - pe anii 1933-1937 inclusiv.

Legenda:

— decese în Orașul Vâlcov
--- " " mediul rural
" pe țară
.... " în mediu urban



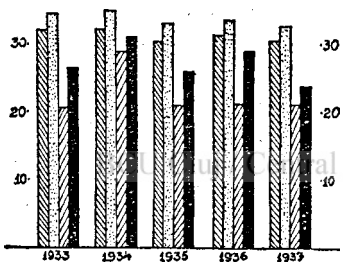
Proporția decesele prin Diarei și Enterită sub vârsta de 2 ani, la fete de aceste pe anii 1933-1937 inclusiv.



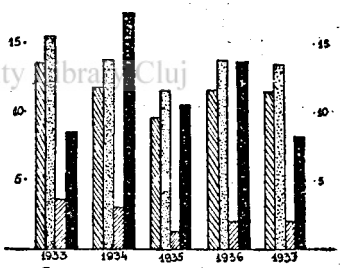
Proporția deceselor prin Diarei și Enterită peste vârsta de 2 ani, la fete de aceste pe anii 1933-1937 inclusiv.

Legendă:

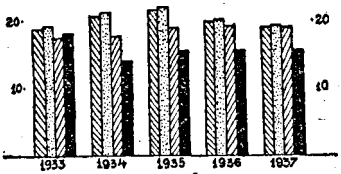
- PE ȚARĂ
- RURAL
- URBAN
- Orașul Vălcov



Natalitatea la 1000 locuitori pe anii 1933-1937 inclusiv.



Excedent la 1000 locuitori comparativ pe țară, mediu, rural, urban și Orașul Vălcov - pe anii 1933-1937 inclusiv.



Mortalitatea la 1000 locuitori comparativ pe țară, mediu, rural, urban, Orașul Vălcov - pe anii 1933-1937 incl.

Babeș-Bolyai Central University Library Cluj

REZULTATELE ANALIZEI APEI POTABILE DIN VÂLCOV.

Anul 1938, luna Aprilie. — Apa recoltată pe timp frumos, debitul de apă al Dunărei mic, soare, n'a plouat de 7 zile, atmosfera liniștită.

Probele s'au recoltat în punctele unde ia populația apă.

Canalul Sf. Nicolae — Colibacil = 500, germeni = 1124 colonii la 2 zile.

ERRATA:

Proporţia pentru 100 decese sub vârsta de 2 ani:					
Anul	1933	1934	1935	1936	1937
Vâlcov	12,75	16,66	17,60	16,93	12,69
Pe ţară	4,84	9,98	6,84	8,27	8,21
Rural	4 68	10,37	6,84	8,46	8,42
Urban	5,76	7,99	6,68	7,15	7,20
Proporţia pentru 100 decese peste vârsta de 2 ani:					
Anul	1933	1934	1935	1936	1937
Vâlcov	1,41	2,75	1,60	1,61	2,38
Pe ţară	1,23	3,29	1,67	1,13	1,86
Rural	1,32	3,67	1,82	1,35	2,04
Urban	0,84	1,30	1,96	1,10	1,06

(Vezi graficele respective).

Mişcarea populaţiei oraşului Vâlcov pe anii 1933—1937, comparativ pe ţară, mediul urban şi mediul rural:

Natalitatea					Mortalitate				Excedent			
Anul	Ţară	Rural	Urban	Vâlcov	Ţară	Rural	Urban	Vâlcov	Ţară	Rural	Urban	Vâlcov
1933	597621	524388	73233	206	348085	287496	60589	141	249536	12644	236892	65
1934	612335	538318	74017	244	390609	327156	63453	109	221726	10564	211162	135
1935	585386	511806	73580	207	402678	334215	68463	125	182708	5117	177591	82
1936	608774	532455	76319	233	382185	312917	69268	124	226589	7051	219538	109
1937	601332	524001	77301	193	377812	308487	69325	126	223490	7976	215514	67

Mişcarea populaţiei oraşului Vâlcov raportată la 1000 locuitori pe anii 1933 — 1937, comparativ cu ţara întreagă, mediul rural şi urban:

Natalitatea					Mortalitatea				Excedent			
Anul	Ţară	Rural	Urban	Vâlcov	Ţară	Rural	Urban	Vâlcov	Ţară	Rnral	Urban	Vâlcov
1933	32,0	34,7	20,8	26,8	18,7	19,0	17,2	18,4	13,3	15,7	3,6	8,4
1934	32,4	35,0	20,9	31,3	20,7	21,3	17,9	14,0	11,7	13,7	3,0	17,3
1935	30,7	33,0	20,7	26,3	21,1	21,5	19,3	15,9	9,6	11,5	1,4	10,4
1936	31,5	33,8	21,4	29,2	19,8	19,9	19,4	15,5	11,7	13,9	2,0	13 7
1937	30,8	32,9	21,4	23,9	19,9	19,4	19,2	15,6	11,5	13,5	2,2	8,3

(Vezi graficele respective).

Mortalitate la 100.000 locuitori până la vârsta de 2 ani de gastro-enterite				
Anul	Vâlcov	Rural	Urban	Pe ţară
1933	234,5	89,0	99,1	90,8
1934	230,91	220,0	143,4	206,3
1935	279,08	146,9	128,7	144 3
1936	263,32	168,2	138,8	162,8
1937	200,0	163,4	138.4	158,4
Aceleaşi date la populaţia peste 2 ani				
1933	26,04	25.1	14,5	23,1
1934	38,48	78,2	23,5	68,0
1935	25,36	39,2	18,9	35,4
1936	25,07	46,8	25,5	42,1
1937	35,7	39,5	20,4	36,0

(vezi graficele respective).

Această pagină face parte din articolul *„Starea sanitară a oraşului Vâlcov sub aspectul fenomenului hidric local"* de D. D-ri N. Vasiliu, S. Surugiu şi C. Satmari, publicat în Nr. 1—2/942, articol la care se va ataşa!

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Canalul G-l Manu — Colibacil = 1000, germeni = 2080 la 2 zile pe cc.

Punctul „Ponton" în port — Colib. = peste 1000, germeni germeni la 2 zile = 932 col.

Canalul Belgorodschi la Bifurcaţie, Coli 1000, Colonii 2782.

Canalul Belgorodschi „Pescării", Coli 1000, Colonii 4328.

Braţul Chilia-Bifurcaţie Canal. Oceacov, Coli 200, Colonii 844.

Din 6 probe, ultima numai corespunde după numărul de Bacili coli şi germeni, precum şi prin lipsa amoniacului, nitriţilor şi nitraţilor, regulelor de a putea fi considerate ape potabile, celelalte sunt nepotabile.

Din probele prevenite dela punctele „Pescării, Ponton şi Bifurcaţia Belgorodschi", s'a izolat un bacil mobil, aglutinând cu ser aglutinant Paratific B.

Anul 1941, luna Octombrie. — Recoltarea probelor s'a făcut pe timp frumos, iar debitul de apă din Dunăre relativ mic.

Probele din punctele: Canalul Independenţa, Canalul Tudor Vladimirescu, Sf. Petru şi Pavel, Belgorodschi, Canalul Ucrainei şi Punctul „Ponton-Port", de unde s'au recoltat, toate conţin substanţe organice, amoniac, nitriţi, nitraţi, colibacili şi numărul de germeni, peste limetele permise de regulile ştiinţifice. Numai ultima este potabilă. Explicaţia este că, punctul portului, este relativ ferit de contactul cu scurgerile din oraş.

Comentarii

Datelor demografice adunate pe anii 1933—1937, ne-a fost în neputinţă să le adunăm analoagele pe anii mai recenţi, datorită timpului şi situaţiunei excepţionale, în cari tratăm acest subiect. După cum se vede însă, pe o perioadă de 5 ani, variaţiunile datelor sunt neînsemnate, fapt care ne face să admitem, că şi în anii următori ar fi fost similare sau cel mult, mai concludente.

Natalitatea calculată la 1000 locuitori, în Vâlcov este mai mică decât în mediul rural şi faţă de media pe ţară; mortalitatea la 1000 locuitori este mai mică şi faţă de mediul urban, iar excedentul la 1000 loc. întrece regulat excedentul din mediul urban, în general apropiindu-se de media pe ţară cu mici variaţiuni în plus şi în minus, iar în 1934, întrece chiar mediul rural.

Studiind cauzele deceselor, am constatat că diareile şi gastroenteritele până la vârsta de 2 ani, dau cel mai mare număr de cazuri, faţă de întreaga ţară, mediul rural şi urban şi faţă de numărul locuitorilor şi faţă de numărul deceselor.

Decese de febră tifoidă, în buletinul demografic al Ministerului Sănătăţii pe anii în cari am găsit datele, nu sunt decât în 1935, în proporţie de 25,36 pentru 100.000 locuitori în Vâlcov, faţă de 7,5 pe ţară.

In ceilalţi ani, nu am găsit înregistrate diagnostice de decese de febră-tifoidă sau disenterie; dar presupunând că aceste diagnostice au fost cuprinse în categoria diareie-enterită, nu ajungem să explicăm numai astfel numărul mare al deceselor din această categorie, cari s'ar datori în cea mai mare parte apei neigienice.

Debilitatea congenitală, după buletinul demografic al Ministerului Sănătății, arată un procentaj similar de decese cu cel al diareilor-enterite, în care după cum se știe, cu multă ușurință se înglobează și diareia-enterită-frequentă la copii, fiind un diagnostic comod și de refugiu. Rezultă că numărul trebuie presupus a fi superior la categoria deceselor de afecțiuni gastro-intestinale. Acurateta diagnosticelor pe un timp oarecare, ar aduce date și mai surprinzătoare, față de cele expuse de noi, în privința morbidității și al mortalității prin afecțiuni gastro-intestinale, datorită exclusiv apei potabile neigienice din acest pseudo-oraș.

Concluziuni

1. Apa potabilă este factorul primordial, pentru o bună stare sanitară a unei colectivități și în igiena individuală.

2. Orașul Vâlcov, cu toate că consumă apă direct din Dunăre, ca și o sumedenie de alte localități de pe traiectul acestui fluviu prin România, se află totuși, într'o situație excepțională, datorită unui fenomen local, prin așezarea lui geo-topografică.

3. Datorită unui obiceiu rusesc, binevenit pentru împrejurările de față, pe care l-a moștenit și păstrat, anume de a consuma toată viața ceai, populația Vâlcovului, este ferită în mare măsură de pericolul isbucnirei oricând a oricărei epidemii masive de natură hidrică.

4. Mortalitatea prin afecțiuni gastro-intestinale, în special diareie infantilă, gastro-enterite neprecise, este mult mai mare la elementul tânăr față de acel adult, în mare măsură datorită faptului arătat la punctul 3.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

5. Imunitatea, trebuie să joace un deosebit rol la populația din Vâlcov, față de apa murdară ce consumă și numărul relativ neînsemnat de epidemii de natură hidrică ce înregistrează, dacă se face abstracție de factorul providențial.

6. Se constată cu toate acestea, creșterea numărului deceselor produse de afecțiuni gastro-intestinale, față de procentul pe țară, mediul urban și cel rural.

7. Având în vedere cele spuse la punctul 5, se impune vaccinarea antitifo-paratifică periodică și repetată a populației din Vâlcov, mai ales la locuitorii veniți din altă parte și populația flotantă.

8. În ritmul vremurilor de azi și al intereselor vitale ale neamului, când orice petec de pământ românesc, trebuiește redat Românilor, colonizându-se cu elementul autochton, înainte de a trece la realizarea acestui deziderat în Vâlcov, construirea unei uzine de apă trebuie să fie prima grijă, deoarece terenul nu permite săparea fântânilor.

BIBLIOGRAFIE

Joules Courmont: Précis d'Hygiène, Paris, 1932, p. 397—431. — **Buletinul Demografic al României,** 1933—1937. — **A. Besson:** Technique Microbiologique, Paris, 1924. — **C. Popescu & Gh. Em. Panaitescu:** Epidemiologia și profilaxia boalelor infecțioase în mediul civil și militar. București, 1935. — **P. P. Pamfil & C. Ilieșcu:** Problema apei potabile în campanie.

Probleme de Medicină de război. Bucureşti, 1940. — **M. M. S. O. S.:** Probleme şi realizări. 1938. — **Marius Sturza-Cluj:** Clima şi apele minerale în cadrul problemelor sanitare ale populaţiei rurale din România. Revista de Igienă Socială, Vol. 1—6, 1940, Bucureşti. — **M. Zolog:** Consideraţiuni medico-sociale asupra aprovizionării cu apă potabilă în mediul rural din România, Idem. — **Gh. Tătăranu:** Alimentarea cu apă a satelor din România. Problemele sanitare ale populaţiei rurale din România, Idem. — **S. Surugiu:** Afecţiunile gastro-intestinale ale copilului determinate de protozoare. Acta Medica Romana, No. 9—10, 1938, p. 657, Craiova. — **S. Surugiu:** Dare de seamă asupra activităţii laboratorului de igienă Tulcea pe anii 1932—1939. Acta Medica Romana, No. 5—6, 1939, p. 307. — **S. Surugiu:** Rolul laboratoarelor de igienă în cadrul actualelor nevoi sanitare ale ţărei. Acta Medica Romana, No. 9—10, p. 1941, Craiova.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

POLIDACTILIE PRIN GEMELIPARITATE

de

D-r C. V. ANTONESCU
Asistent universitar Cluj-(Sibiu).
Medic radiolog C. A. S. Sibiu

D-r V. PREDA
Asistent Inst. Anatomie Umană
Cluj (Sibiu).

Anomaliile congenitale ale mâinii sunt foarte variate şi multiple, dar cele mai frecvente sunt: **polidactilia** prin dublarea unui deget şi **sindactilia** prin alipirea a 2 degete. In polidactiliile obişnuite, dublarea degetului interesează una, două sau toate falangele, fără a avea şi o dublare a metacarpeanului corespunzător. In general policele, degetul mic şi cel mediu, sunt acei cari se dublează mai frecvent.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cu totul rare sunt cazurile de polidactilii adevărate, un astfel de caz având ocaziunea de a descrie în lucrarea noastră prezentă, caz care a fost observat în serviciul de radiologie a C.A.S. din Cluj [1]), aparţinând unui copil — R. Gh. — în vârstă de 1 an şi 8 luni, care s'a născut cu notomelie stângă şi luxaţie coxofemurală. Notomelia a fost amputată la vârsta de 1 an.

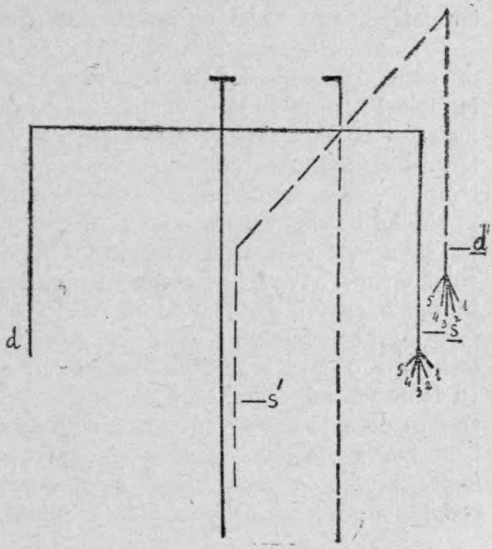
In cazul nostru, polidactilia părea a nu fi rezultatul unei dublări ale degetelor, ci existenţa a 8 degete independente la mâna stângă. Aceste degete identificate după caracterul lor anatomic pe viu, se disting după cum urmează (cetite în ordinea cubitus-radius) în: police, index, medius, inelar, medius, index, police, iar pe dosul mâinii implântat degetul mic. Fiind în faţa unei astfel de polidactilii, pentru a fi şi mai precişi în identificarea lor anatomică şi pentru a constata independenţa lor absolută, am procedat la radiografierea acestei mâini anomalice şi comparativ radiografierea mâinei drepte.

Negativul radiografic (fig. 1), ne confirmă identificarea precedentă şi presupunerea că cele 8 degete sunt independente, prin faptul că şi scheletul metacarpean prezintă tot 8 elemente, servindu-ne şi surpriza existenţii a 3 elemente în scheletul antebraţului, care este constituit din 2 oase radius şi un os cubitus (identificate prin caracterele anatomice), totodată scheletul carpean prezintă 3 nuclei de osificare faţă de doi nuclei ai carpului dela mâna dreaptă normală.

Din această compunere a scheletului membrului superior stâng

D-r C. V. Antonescu, fost medic radiolog a C. A S-Cluj.

malformat, deducem că el provine din sudarea a 2 membre; iar din felul cum sunt dispuse elementele osoase la antebraţ şi felul dispoziţiei degetelor, sudarea s'a făcut între un membru superior stâng cu unul drept, adică o sinmelie între două membre cu orientaţiune opusă.



Se pune întrebarea, de unde provine membrul superior suplimentar? Numai o singură explicaţiune este; membrul superior suplimentar aparţine celui de al doilea embrion, cu alte cuvinte al dublurii embrionare a fătului care purta această anomalie.

Ipoteza noastră ar fi cea mai comodă dacă ne-am mulţumi numai cu afirmarea ei. Dar putem să arătăm prin schema alăturată (fig. 2), cum a fost posibilă sinmelia cu resturile embrionului dublură.

Schiţa este privită din faţă, deci membrul superior notat cu **s** va fi cel stâng al embrionului purtător (principal); membrul notat cu **d** va fi cel drept al embrionului dublură, care a fost implântat în spatele embrionului purtător; embrionul dublură, trebue să fi fost implantat în plan antero-posterior faţă de embrionul purtător. Din embrionul dublură a rămas numai antebraţul şi mâna stângă, apoi braţul, antebraţul şi mâna dreaptă. Antebraţul şi mâna dreaptă a embrionului implantat s'a sudat cu antebraţul şi mâna stângă a embrionului purtător, din această sudură dispărând cubitusul, degetul inelar şi cel mic dela membrul superior stâng al embrionului purtător. Acest fapt îl afirmăm bazându-ne pe raportul anatomic care există între dispoziţiunea degetelor faţă de metacarp şi a metacarpului faţă de scheletul antebraţului. Membrul superior drept al embrionului dublură s'a implantat în regiunea subclaviculară a embrionului purtător, constituindu-i notomelia (în figură membrul este notat cu **s'**).

Din cele expuse până acum rezultă că în cazul de faţă, nu ne aflăm în faţa unei simple anomalii, reprezentate doar prin prezenţa unei

polidactilii, ci în faţa unui caz tipic de monstruozitate dublă parazită, reprezentată prin doi gemeni univitelini. Dintre aceşti doi gemeni, unul este parazit şi incomplect, fiind reprezentat doar prin membrele sale superioare. Este ceeace se numeşte teratologic, o polimelie. Unul dintre membrele gemenului parazit este notomelic, fiind implantat pe torace, iar celălalt este sudat cu membrul superior stâng a gemenului normal..

Gemeliparitatea univitelină nu are drept cauză fecundarea unui ovul de către doi spermatozoizi, aşa cum credeau până în ultima vreme toţi teratologii. Existenţa unui embrion unic infirmă concepţia fecundării duble, indicând că dedublarea germenului are loc doar după debutul segmentării. Examinând oul diferitelor specii, la cari poliembrionia formează o regulă, vedem că dedublarea sau multiplicarea germenului are loc, fie în stadiul butonului embrionar şi al vesiculei amniotice primare (Tatu), fie ceva mai devreme în momentul formării blastulei (Porc). In cazul oului uman, Streeter crede că această explicaţie ar fi aplicabilă doar în unele cazuri de gemeliparitate. In altele, explicaţia ar fi complect diferită: dedublarea ar avea loc doar în momentul gastrulării, printr'o dedublare a liniei primitive. Mecanismul acestei dedublări rămâne obscur cu toate că unii autori cred că se datoreşte unei încetiniri în ritmul procesului de ontogeneză, încetinire datorită unui metabolism ovular scăzut. Este foarte probabil ca aceleaşi explicaţiuni să nu fie valabile pentru toate cazurile de poliembrionie şi că această proprietate să fie legată, la vertebratele superioare, de natura oului.

D-r C. V. ANTONESCU et D-r V. PREDA: *Polydactilie par gémélitparité*

Les auteurs ont décrit un cas de polydactilie de la main gauche chez un enfant âgé de 1 an et 8 mois, qui naquit avec une notomelie gauche et luxation de la hanche droite. Cette polydactilie est caractérisée par la présence de 8 doigts avec 8 métacarpéens correspondants, 3 noyaux d'ossification carpéens aussi que de 2 os radius à côté d'un cubitus. C'est une anomalie par gémeliparité univitelline, chez laquelle les restes de l'embryon parasite sont réprésentés par la notomelie et par son membre supérieur droit soudé au membre gauche de l'embryon normal.

D-r C. V. ANTONESCU et D-r V. Preda: *Polydaktilie durch Zwillingsbildung.*

Verfasser beschreiben einen Fall von Polydaktilie der linken Hand bei ein en Kind im Alter von einem Jahr und acht Monaten. Dieses wurde mit Notomelie und koxofemuraler Luxation geboren. Es besass 8 Finger mit 8 Metakarpalknochen, 3 Karpus-Ossifikationspunkten sowie 2 Radiusknochen bei nur einer Ulna. Diese Anomalie ist einer univitellinen Zwillingsbildung zu verdanken, bei welcher vom parasitären Embryo nur Reste der oberen Extremitäten zurückgeblieben sind, die rechte ist mit der linken des normalen Embryos verschmolzen, während die linke die Notomelie gebildet hat.

Spitalul Filantropia din Craiova
Serviciul Dermato-Venerice

FIBRO-ANGIOM GENERALIZAT

de

D-r V. DRAGOESCU
Medic Primar

şi

D-r ANTON DOBRESCU
Medic Primar

Redăm în cele ce urmează, observaţia cazului nostru:

Ion Stan D...., de 42 ani, din mediul rural, vine în serviciul nostru pentru apariţia pe piele, în special pe membre, a unor tumorete, bogat diseminate şi de mărime variabilă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Antecedente heredo-colaterale. Căsătorit de 20 ani, are 5 copii în viaţă, sănătoşi. Patru morţi în vârstă fragedă, nu poate preciza cauzele. Nici un avort.

Antecedente personale. Afirmă că n'a suferit niciodată de vre-o boală oarecare şi nici de vreo afecţiune venerică.

Istoricul maladiei actuale. Bolnavul susţine că acum 2 ani, pentru prima dată a observat ivirea pe piciorul drept a unei leziuni în chipul unei mici papule. In timp de vre-o două luni au început să apară altele şi pe piciorul stâng, apoi pe gambe, coapse, fese, membre superioare, unele mărindu-se treptat, apoi pe pavilioanele urechilor.

Starea prezentă. Bolnavul de constituţie medie, prezintă ca o împroşcare pe membrele inferioare pe toate feţele, precum şi pe fese, pe membrele superioare şi pe pavilioanele ambelor urechi nenumărate tumorete variind ca mărime dela un cap de ac cu gămălie până la o monedă de un leu, unele de coloraţie roşie, altele violet închis, unele mai proeminente, altele mai puţin. Lipsesc pe palme şi plante, sensibilitatea este păstrată. Nu sunt pruriginoase. La pipăit cam tari, totuş depresibile. Nu sunt dureroase. Pe suprafaţa lor tegumentul e îngroşat. Inţepate cu un ac, lasă să se scurgă un sânge închis.

Printre aceste tumorete violete se observă unele leziuni papuloase care prezintă un cerc şcuamos, altele o cicatrice negricioasă în vârf ca nişte tuberculide papulo-necrotice.

Pe faţa dorsală a mânilor se găsesc patru tumorete mai mari sub piele, de consistenţă dură, nedureroase, depresibile. De acelaş aspect şi consistenţă sunt şi cele de pe pavilioanele urechilor.

Reflexele oculare şi cutaneo-tendinoase normale.

Reacţia B. Wassermann în sânge, negativă.

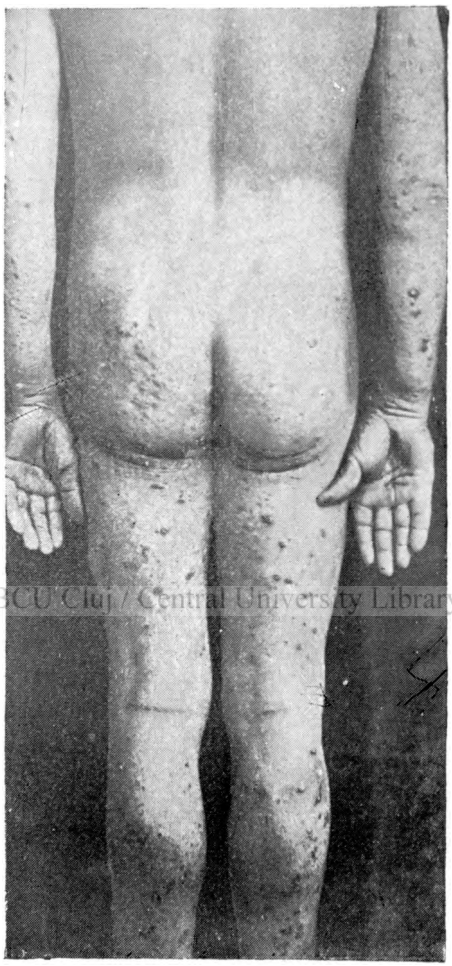
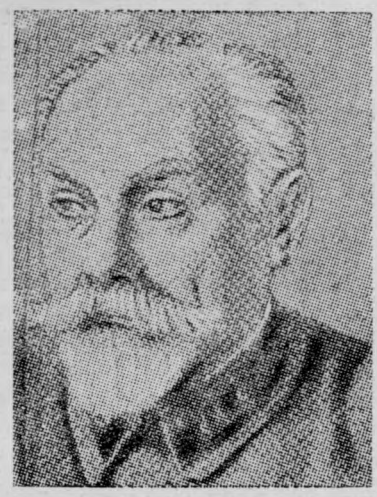


Fig. 3.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bibliotecă Universitară „Regele Ferdinand I. din Cluj • ROMÂNIA

Note medicale



Prof. D-r V. P. Filatov

INSTITUTUL EXPERIMENTAL DE OFTALMOLOGIE

„Prof. V. P. Filatov"—din Odessa

de

Medic Lt.-Colonel D-r OD. APOSTOL
din Aeronautică

Dintre cele 200 de institute de cercetări ştiinţifice şi de ştiinţă aplicată, în care se studia în Rusia chestiunile actuale ale medicinei, **Institutul de oftalmologie** al Profesorului emerit D-r V. P. Filatov, institut de oftalmologie experimentală dela Odessa, B-dul Proletarilor (B-dul francez de odinioară), conta printre cele de frunte.

Institutul l-am vizitat. Era distrus şi prădat. Nu a rămas nici măcar un termometru intact. Urgia răsboiului şi nebunia celor care au trecut peacolo, dintre bolşevici, au distrus o instituţie ştiinţifică dintre cele mai vestite.

Institutul a fost înfiinţat în ziua de 4 Aprilie 1936, în urma deciziei consiliului Sovnarkomului a Comisar. poporului Rusiei Sovietice.

Incă dela început s'au pus bazele lucrărilor numeroase în direcţia **cecităţii**, datorită leucomului şi în direcţia **transplantărei corneei.**

Până la terminarea actualului monumental institut (Aug. 1938), lucrările s'au efectuat în localul provizoriu de pe teritoriul celui de al II-lea spital clinic, cu următoarele secţiuni:

A) Secţiunea clinică cu bolnavi pentru transplantarea corneei şi cei cu glaucom primitiv şi secundar, cei cu retinită pigmentară, atrofian. optic, traumatisme oculare, etc.

B) O sală de operaţie.

C) Ambulanţă.

D) Laborator clinic.

E) O secţiune experimentală ştiinţifică cu următoarele laboratorii de: patologie generală, anatomie patologică, biologie, cultura ţesuturilor, biochimie, microbiologie şi serologie, experimental tehnică.

F) O secţiune administrativă: Peste 90 de colaboratori, dintre care vreo 30 de asistenţi.

Problemele studiate în 1937:

1. Transplantarea corneei.
2. Transplantarea cornei de cadavru conservată.
3. Transplantarea terapeutică a corneei în cazuri de keratită parenchimatoasă şi de opacitate corneană.
4. Stadiul proceselor biologice ale corneei conservate.
5. Patogenia glaucomului
6. Lupta contra glaucomului.
7. Etiologia şi tratamentul trahomului.
8. Tratamentul retinitei pigmentare şi atrofiei tabetice a. n. optic.
9. Tratamentul complicaţiilor miopiei maligne.

In afară de activitatea ştiinţifică, institutul a organizat încă dela înfiinţarea sa cursuri teoretice şi practice cu filme şi material didactic extraordinar de bogat, pentru medicii din provincie a metodei de transplantarea corneei la populaţia muncitoare.

* * *

In 1937 în institut s'au executat 513 operaţii, dintre cari 218 transplantări de cornee şi 110 în glaucom.

Transplantaţia parţială penetrantă a corneei cadaverice cu scop optic a fost executată, în 1937, în 92 de cazuri (76 ori cu trepanul F. M. III şi 16 ori cu trepanul F. M. I cu placa modificată.

După numeroase cercetări experimentale, prof. Filatov a propus trepanul F. M. IV pentru excizia grefonului ochiului de cadavru.

Trepanul F. M. III pentru excizia discului leucomului recipiendarului a fost şi el modificat ca să fie cât mai practic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Prof. Filatov şi colaboratorii săi au executat dela 1922—1. VII. 1938, 487 operaţiuni de transplantarea corneei şi anume:

171 transplantări de ochi luaţi dela omul viu,
şi 316 transplantări de ochi luaţi dela cadavre conservate la frig.

Din prima categorie — după o observaţie de 9 luni, coalescenţa transparentă a fost obţinută în 19 cazuri, (11,1 %).

Eliminând din 171 cazuri 92 improprii operaţiilor datorită complicaţiilor, procentul rezultatului bun ajunge la 24,1 %.

Din categoria II procentul de rezultate bune se urcă la 44,3 %.

Din experienţa prof. Filatov, rezultă că nu toate cazurile de leucom complicat pot fi considerate inoperabile. Leucomul consecutiv chiar unui ulcer, nu prezintă totdeauna o cicatrice grosolană. In cicatrice, ţesutul conjonctiv ia mare parte. In acest caz e îndoios ca leuconul să-şi recapete transparenţa.

Regenerarea defectului se produce în alte cazuri pe contul ţesutului corectiv a corneei însăşi. Ţesutul format în acest caz, se pretează uşor la diagnosticul clinic de leucom, dar nu diferă aproape de loc din punct de vedere anatomopatologic de corneea transparentă. Dispoziţia neregulată a lamelelor corneene ar fi poate singurul indiciu. Un astfel de leucom prezintă un regenerat al ţes. corneean, cu toate că şi-a pierdut transparenţa. Opacitatea ce survine e o stare reversibilă şi reconstituirea transparenţei poate avea loc în anumite condiţiuni. Pro-

ccesele de autocatalysă se produc în transplant în cursul conservărei, provocând în ţesutul leucomului o excitaţie a metabolismului intracelular, care conduce la reconstituirea dispozitivului micelelor coloizilor ţes. corneean; necesară restabilirei transparenţei corneei.

Aşa afirmă Filatov, care, bazându-se pe acest fenomen remarcabil a luminărei leucomului în jurul transplantului, propus încă din 1933 (vezi Jurnalul Sov. de Oftalm. şi Arch. für Augenheilkunde) transplantarea luminătoare a corneei în caz de convalescenţă turbure a grefonului.

Operaţia se face direct aproape de greffon.

In 1937 (vezi şi Jurn. Sov. de Oft.) operaţia s'a executat şi pentru luminarea leucomelor compacte, ce ocupă centrul corneei.

Transplantarea corneei cadaverice conservată serveşte după Filatov pentru:

A) Transplantarea optică a corneei.
B) Transplantarea luminătoare.
C) Transplantarea terapeutică.
D) Transplantarea tectonică.
E) Transplantarea ameliorativă.

Transplantarea terapeutică a corneei cadaverice conservată a fost executată la 19 Mai 1937, cu ajutorul trepanului F. M. IV (conservare 55½ ore).

Efect după 4 zile dela operaţie. Fotofobia şi lăcramarea au dispărut XXIII-a zi. După o lună corneea devine transparentă, precipitatele dispărute complet; persistă însă nefelioane punctate, izolate numai la periferie. V.A.O. = 0.7.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cazul a fost observat 13 luni. (Foto 3).

Incercând transplantarea tectonică a corneei în fistule corneene, Filatov a avut rezultate f. bune. Fistula s'a închis.

Filatov a încercat şi în homoplastică transplantaţii de ţesuturi conservate (ca de ex. piele dela cadavre omeneşti, apoi auto şi heteroplastie. A încercat în lupus împeţiginos şi ulceros transplantări de piele. A încercat transplantări de piele conservată şi în tuberculoza laringelui şi vălului palatului.

Prin experienţe şi practică s'a simplificat considerabil transplantarea pielei conservate. (Trepane speciale), în ulcere trofice ale gambei, contracturi cicatriciale ale membrelor, sclerodermie, psoriasis şi alte afecţiuni grave ale pielei.

Transplantaţia mucoasei cadaverice conservată după metoda lui Denig a fost executată. In 7 cazuri de panus trahomatos a avut rezultate bune.

Pe Filatov şi colaboratorii săi i-a preocupat şi problema glaucomului. In stabilirea diagnosticului s'a servit mult de elastotonometrie, de observarea petei lui Mariotte şi de curba de adaptare.

Operaţiile întrebuinţate: sclerectomia după Elliot, Golte, Lagrange şi combinaţia cu iridencleisis. Cum leucomul e frecvent complicat cu glaucomul s'a ocupat Filatov de glaucom.

In profilaxia glaucomului secundar, Filatov a executat: trepanaţia subconjonctivală în 2 momente; iridectomie dublă cu 2 incizii, iridencleisis duplex.

In caz de deslipirea retinei a întrebuinţat operaţia lui Gwiste cu trepanul cilindroconic. tip F. M. III cu diam. de 2 mm.

In caz de cataracta care frecvent complică retinita pigmentară, s'a făcut după sfatul lui Filatov: iridectomie optică, iridotomie.

In retinita pigmentară, Filatov recomandă organo-preparaţia retinei cu „retinolul preparat de prof. Danilevsky la Inst. de Endocrinologie şi organo-terapie a Ukrainei".

In diferite afecţiuni inflamatorii ale ochilor a întrebuinţat cu rezultate bune simpatomimetină — produs al hidrolizei fibrinei — după Ciukicev.

In cazuri de opacitatea grefonului, iridociclite şi alte afecţiuni inflamatorii ale ochiului, metoda osmoterapiei a fost larg întrebuinţată şi cu rezultate foarte bune. Deasemenea în corioretinite miopice şi miopie gravă.

Problema glaucomului a preocupat pe Filatov şi colaboratorii săi.

Observaţiunile clinice au arătat că munca muşculară, influenţează favorabil tensiunea intraoculară la bolnavii trahomatoşi.

Filatov şi colaboratorii săi J. Erşcovici şi V. Şevalev au arătat experimental pe iepurii obosiţi de fugă, o scădere considerabilă a tensiunei intraoculare.

Aceleaşi rezultate au fost obţinute şi pe câini. Filatov crede că în sânge — după oboseală, apare o substanţă care coboară, scade tensiunea intraoculară.

Filatov şi şcoala sa căutând mijloacele de luptă contra glaucomului secundar, a încercat drenarea camerei anterioare prin **Chitine**, o substanţă stabilă, care nu irită de loc ţesuturile. A. Şoroşina a arătat experimental că **chitina** provoacă o scădere durabilă a tensiunei intraoculare, care poate ţine 7—8 luni.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

C. Kamenetska provoacă experimental **glaucomul** cu fenomene de buftalmie la iepuri.

Ambulanţa institutului a funcţionat încă dela înfiinţare. Peste 2000 pe an, mai ales din clasa muncitoare. Unii dintre bolnavi erau trimişi de diferite institute medicale.

SECŢIUNEA EXPERIMENTAL ŞTIINŢIFICĂ cuprinde:

A) **Laboratorul de patologie generală** care încă din 1937 a început să studieze:

1. Transplantarea corneei conservate la frig la animale.
2. Transplantarea corneei uscată şi congelată.
3. Ameliorarea leucomului experimental pe animale.
4. Condiţiunile intumescenţei grefonului corneei.
5. Regenerarea corneei în ochiul conservat.
6. Reflexul regularizator al tens. intraoculare, experimental pe animale.
7. Importanţa travaliului muscular în regularizarea tensiunei intraoculare.
8. Endocrinologie şi tens. intraocul.
9. Trepanaţia subconjonctivală a scleroticei la animale.
10. Operaţia drenajului camerei anter. cu ajutorul chitinei.

11. Provocarea glaucomului experimental.
12. Factorii provocanţi a inflamaţiei fibrinoase.
13. Modificările adaptaţiei în caz de retinită pigmentară sub influenţa diferitelor medicamente.
14. Reflexele condiţionale ale retinei.

B) **Laboratorul de anatomie patologică** studia:

1. Anat. pat. a grefonului după coalescenţa sa.
2. Idem a leucomului ca teren pentru transpl. corneei.
3. Modificările anat. pat. ale corneei şi a altor ţesuturi conservate la rece.

C) **Laboratoriul de biologie** studia:

Problema regenerărei corneei la câteva specii de animale.

D) **Laboratorul culturei ţesuturilor** studia:

1. Facultatea de creştere a corneei conservată la rece sub 0^0.
2. Facultatea de creştere a corneei conservată la rece deasupra lui 0^0.
3. Idem a corneei uscate până la greutate constantă.
4. Culturi de iris, capsulă cristalină, epitelium pigmentar al retinei etc.

E) **Laboratorul de biochimie** studia:

Dinamica proceselor biochimice în corneea conservată, în deosebi produşii nitroşi şi fermenţii proteolitici.

F) **Laboratorul de microbiologie şi serologie.**

1. Flora bacter. a ochilor conservaţi la frig.
2. Metoda provocărei sif. şi tuberc. experim. la ochii iepurilor.
3. Influenţa transplantaţii terapeutice a pielei în caz de T.b.c. experimentală la iepuri.
4. Procedee de obţinut seruri citotoxice.

G) **Laboratorul de vivisecţie.**

H) **Laboratorul experimental tehnic.**

trepane F. M. IV, III, ophtalmodynamometru Baillart, adaptometre,

Se ocupa cu construiri de aparate şi invenţii de aparate speciale tonometre etc.

* * *

Dintre lucrările **secţiunei experimentale** cităm pe cele mai importante:

I. S. Velter şi J. Wassermann experimentând pe iepuri, au obţinut o coalescenţă transparentă a grefonului transplantat al corneei, luată la ochi conservaţi la rece ($+2^0$; $+4^0$) timp de 15 zile.

Coalescenţa aceasta s'ar putea obţine şi T = 30 zile.

Wassermann a demonstrat că trepanul de 5 mm. diam. e practic în transplantaţiile corneei penetrante, nepenetrante şi ameliorative.

S. Velter a arătat:

1) că o coalescenţă adevărată a grefonului are loc în caz de transplantarea corneei.

2. Că membranele ce frecvent se formează înapoia grefonului se desvoltă adesea din leucomul îngroşat.

3. Că irisul aderent pe suprafaţa posterioară a leucomului nu dă naştere opacităţii prefonului.

Proprietatea Universității „Babeș-Bolyai"

M. Bajenova a stabilit experimental:

1. Corneea uscată până la pierderea de 64% din greutatea sa inițială și păstrată astfel la +2°, dă o creștere abundentă în culturi, chiar după 7 zile de conservare.

2. Corneea congelată la T = —3° timp de 10 zile; la —5° timp de 5 zile; la —6°—10° timp de 2 zile și la —20° timp de 7 zile, conservă mult timp vitalitatea sa.

V. Andreeva a arătat că în timpul conservărei corneei, scade numărul microorganismelor pe suprafața ochiului.

T. Șesterikova și E. Gulelovici au arătat:

1. Că fracțiunea solubilă a proteidelor în raport cu cea insolubilă se mărește sub influența procedeelor autolitice în cornea conservată.

2. Azotul rezidual și polipeptidele se măresc în corneea conservată.

3. Activitatea fermenților proteolitici acționând în mediu alcalin (protează) crește în cor. conserv.

4. In corn. conserv. apar sinteazele.

E. Gleibermann; M. Bajenova și V. Sevalev au arătat experimental că dacă se face o transplantare de piele, conservată timp de 6 zile la un iepure bolnav de T.b.c. experimentală cutanată, apare un efect terapeutic considerabil. Dela a 3-a zi ulcerile tuberculoase merg spre vindecare, iar după 10 zile dispar.

Inoculând emulsie de piele conservată la un iepure, cașectizat prin T.b.c. experimentală generalizată, au prelungit viața cu o lună și 1/2 a animalului bolnav.

Același rezultat s'a obținut și cu o emulsie de piele de om.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LUCRARI PUBLICATE DELA 1937

1. **Prof. V. P. Filatov:** Transplantation de la cornée des yeux cadavériques conservés". (The Lancet, June, 1937).

2. **Prof. V. Filatov:** Sur le traitement des kératites et de quelques affections, cutanées par la méthode de transplantation des tissus en partant du principe de la transplantation optique de la cornée. (Viestnick Ophtalmologuii, XI. 3. 1937; Journal Médical de l'Académie des Sciences de la RSS d'Ukraine. VII; Acta Medica éoviética).

3. **Prof. V. Filatov:** Effet thérapeutique des transplantations tissus. (Sous presse Médecine Soviétique).

4. **Prof. V. Filatov:** Progrès de l'ophtalmologie soviétique au cours des derniers 20 ans. (Sous presse Médecine Soviétique).

5. **Prof. V. Filatov:** Progrès de l'ophtalmologie d'Ukraine au cours des derniers 20 ans. (Sous presse „Recueil du C. P. U. à la S. P.").

6. **Prof. V. Filatov:** Résultats obtenus par le travail de mon école ophtalmologique pendant 20 ans. (Vratchebnoé diéto, No. 10, 1937).

7. **Prof. Filatov:** De la transplantation thérapeutique homoplastique de la muqueuse conservée au froid. (Sous presse „Viesnick Ophtalmologuii").

8. **Prof. V. Filatov:** Quelques considérations concernant l'amélioration du leucome et la transplantation thérapeutique de la cornée. („Viesnick Ophtalmologuii", T. X, No. 5, 1937, et No. 6 complém. dans les cas de pratique).

9. **Prof. V. Filatov:** L'importance du travail musculaire pour la régularisation de la tension intra-oculaire en cas de glaucome. („Viesnick Ophtalmologuii", T. XI, No. 2, 1937).

10. **Prof. V. Filatov:** Transplantation thérapeutique des tissus au cours des affections intra-oculaires. (Sous presse „Viesnick Ophtalmologuii").

11. **Prof. V. Filatov, J. Erchkovith** et **E. Fischer:** Influence de quelques exercices de culture physique sur la tension intra-oculaire. („Viesnick Ophtalmologuii", T. XI, No. 2, 1937).

12. **Prof. V. Filatov, J. Erchkovitch et V. Chevalev:** Recherches expérimentales concernant la queston de l'influence du travail musculaire sur la tension intra-oculaire. („Viesnick Ophtalmologuii", T. XI, No. 2, 1937).

13. **J. Erchkovitch et V. Chevalev:** Modifications de la tension intra-oculaire chez les chiens sous l'influence du travail dosé. („Viesnick Ophtalmologuii", T. XI, No. 2, 1937).

14. **S. Velter:** Eclaircissement du leucome aprés la transplantation de la cornée. („Viesnick Ophtalmologuii", T. X, No. 5, 1937).

15. **F. Kostenko:** Le traitement du pannus trachomateux par la transplantation thérapeutique de la muqueuse cadaverique, conservée au froid. (Sous presse „Viesnick Ophtalmologuii").

16. **E. Verbitska:** Essai de traitement de la rétinite pigmentaire à l'aide de „rétinol". (Sous presse „Vratchebnoé Diélo").

17. **S. Velter:** Transplantation de la cornée conservée au froid. (Etude expérimentale sur les animaux). Recueil pour la célébration du 40-me aniversaire du travail du Prof. V. Filatov, 1938.

18. **W. Skorodinska:** Osmothérapie en cas de transplantation de la cornée comme procédé de traitement de l'opacité du greffon. (Recueil...).

19. **M. Bajenova:** Cultures des tissus de la cornée desséchée et conservée au froid. (Recueil...).

20. **D. Poupenko:** Anatomie pathologique des leucomes comme terrain pour la transplantation de la cornée. (Recueil...).

21. **J. Wassermann:** Expériences de transplantation de la cornée cadavérique conservée. (Recueil...).

22. **Wassermann:** A propos de la technique de l'excision du leucome à l'aide du trépan FM-III de nouvelle modification. (Recueil...).

23. **J. Wassermann:** Thérapie de la rétinite pigmentaire. („Viesnick Ophtalmologuii", T. XI, No. 6).

24. **Prof. V. Filatov:** Homotransplantation thérapeutique de la peau conservée en cas de la tuberculose du larynx. (Travaux scientifiques de l'Institut d'Ophtalmologie Expérimental).

Digitized by Central University Library Cluj

25. **Prof. V. Filatov:** A propos de la question de la homotransplantation vraie de la peau. (Ibidem).

26. **Prof. V. Filatov et Prof. S. Kalfa:** Les sutures, comme méthode de fixation des paupléres dans les opérations intra-oculaires. (Ibidem).

27. **E. Verbitska:** Un nouveau adaptomètre. (Ibidem).

28. **W. Skorodinska:** Instruction pour la préparation et la conservation du matériel pris sur les cadavres. (Ibidem).

29. **S. Velter:** Anathomie pathologique du greffon de la cornée après sa coalescence.

30. **J. Wassermann:** Transplantation expérimentale de la cornée conservée (à l'aide du trépan — 5 mm.).

31. **J. Wassermann:** Analyse de la greffe d'après les données de l'Institut (année 1936).

32. **E. Petrostantz:** Analyse de la sensybilité des leucomes.

33. **Bajenova:** Les cultures des tissus de la cornée congélée chez différentes espèces d'animaux.

34. **T. Chésterikova et E. Guelélovitch:** Modifications biochimiques du matériel cornéen, appliqué pour la transplantation dans différentes conditions de conservation (première partie).

35. **C. Kamenetsky:** Influence de l'âge du donnuer sur la coalescence du greffon.

36. **Chevalev:** Influence du travail physique sur la tension intra-oculaire. Recherches sur les animaux.

37. **M. Janick:** Régénération de la cornée chez les animaux de différentes espéces.

38. **M. Kachouk:** Corrélation entre la tension intra-oculaire et la pression sanguine.

39. **E. Verbitska:** Modifications de l'adaptions en cas de la rétinite pigmentaire en rapport avec quelques facteurs thérapeutiques.

40. **E. Verbitska:** Les réflexes conditionnels de la rétine.

41. **V. Skorodinska:** La régénération de l'épitelium de la cornée de l'oeil conservé. (Première partie).

42. **V. Skorodinska:** Clinique de la transplantation de la cornée sur les leucomes après la kératite parenchymateuse.

43. **V. Andréeva:** Etude de la contamination de l'oeil conservé au froid.

44. **V. Andréeva:** Clinique de la transplantation de la cornée sur les leucomes cicatriciels.

45. **E. Petrossiantz:** Modificatonis extérieures des cornées conservées au froid.

46. **D. Poupenko:** Anatomie pathologique des tissus conservés au froid.

47. **E. Verbitska:** Modificatoins de l'adaptation en cas de quelques affections du foie.

48. **A. Wolokitenko:** Osmothérapie en cas de chorio-rétinite myopique.

49. **A. Chorochina:** Etude expérimentale de quelques nouvelles opérations antiglaucomateuses.

50. **V. Chevalev:** Influence des inerets sur les glandes de sécrétion interne.

In afară de aceste lucrări, Institutul a mai publicat anual, începând din anul 1936, un volum de „Compterendu" în franţuzeşte, cu următorul comitet de conducere şi redacţie:

Prof. emerit D-r V. P. Filatov; prof. S. F. Kalfa, M. J. Tivarovsky, S. L. Velter, I. G. Erşcovici şi I. A. Wassermann.

Deasemenea o culegere consacrată celei de a 40-a aniversare a muncei ştiinţifice şi pedagogice a prof. Filatov şi un număr special din „Viesnick ophtalmologhii".

Filatov şi colaboratorii săi au făcut comunicări la toate soc. medicale şi la Academia de ştiinţe a Ukrainei, precum şi la Inst. de Endocrinologie.

* * *

Institutul de oftalmologie experimentală a Ukrainei, are şi o bibliotecă foarte bogată şi era abonată la aproape toate revistele medicale germane, engleze şi americane.

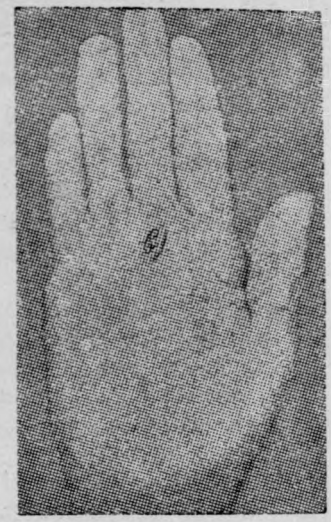
* * *

La acest institut erau trimişi numeroşi medici din tot cuprinsul Rusiei, să studieze teoria şi practica transplantărei corneene, după un program pe care-l dăm mai jos:

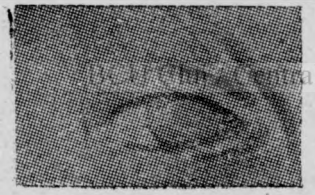
I) Transplantarea corneei.

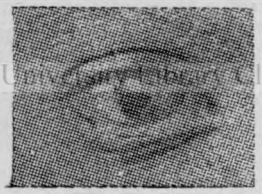
A) Curs teoretic:

1. Studiul anatomo-fiziologic al corneei.
2. Studiul clinic al turburărilor corneei.
3. Terapia afecţiunilor corneene.
4. Istoricul transplantaţiei corneei.
5. Clasificarea biologică a transplantului corneean (auto—, homo—etero—allo—, plastre).
6. Scopul transplantărei corneene.
7. Procedee de operaţie: transplantare: totală, penetrantă parţială, nepenetrantă.



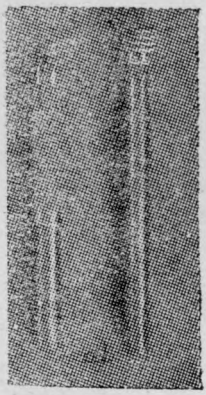
Lupus vorax al mânilor și feței.

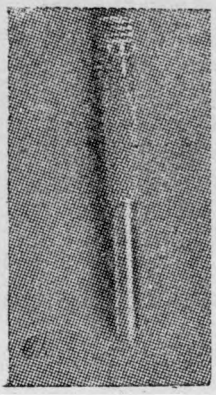




Biblioteca Centrală Universitară "Lucian Blaga" Cluj

Keratită parenchimatoasă bilaterală.





Aparate.

8. Indicaţii şi contraindicaţii. Alegerea procedeului operator.
9. Pregătirii aanteoperatorii.
10. Tehnica operaţiei.
11. Ingrijiri şi atenţiuni postoperatorii.

Materialul donneur-ului:

a) viu: indicaţii, contraindicaţii,

b) cadavru: indicaţii, contraindicaţii. bazate pe exam. cadavrului şi ochiului. Tehnica enucleării, luare de sânge, frigorifer, conservare.

c) alt material: organic şi anorganic.

13. Dependinţa transplantaţii de diferiţi factori.

B) **Curs practic:**

1. Studiul bolnavilor secţii clinice:

a) metode de examinarea leucomului,

b) observarea bolnavilor înainte de operaţie,

c) observarea bolnavilor după operaţie.

2. Serv. la ambulanţă:

a) metodă de examen,

b) elaborarea unui plan şi pronosticul tratamentului.

3. Prezenţa şi asistenţa în timpul operaţii.
4. Operaţii pe ochi enucleaţi.
5. Operaţii de transpl. corn. pe cadavre.
7. Idem pe animale.
7. Idem pe bolnavi.
8. Luare de material. Realizarea conservărei.
9. Laborator: analize, bacteriologice; anat. pat.; reacţia de sedimentare în sifilis.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II) **Glaucomul.**

A) **Curs teoretic:**

1. Teoria tonometriei şi a elastotonemetriei.
2. Diagnosticul precoce a glaucomului.
3. Noutăţi în legătură cu problema glaucomului.
4. Tratam. neoperator al glaucomului.
5. Operaţii antiglaucom.

B) **Ocupaţiuni practice:**

1. Met. tono şi elastotonometriei.
2. Metode provocătoare.
3. Examenul petei lui Mariotte după Bjerrum.
4. Exam. adaptaţiei.
5. Oftalmodinamometriei.
6. Exam. şi analize la bolnavii glaucomatoşi.
7. Operaţii pe ochi enucleaţi şi pe ochi de animale.

* * *

Institutul mai era în legătură de corespondenţă cu peste 20.000 de bolnavi şi cu mulţi medici.

Medicii englezi şi americani au vizitat Institutul în cursul anilor înainte de răsboiu.

Programul de activitate sanitară în anul 1942

Din Bilanţul „Unui an de activitate la Ministerul Sănătăţii", prezentat în „România Medicală" No. 4/1942, de D-nii Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii Publice şi Insp. G-ral Sanitar, D-r I. Stoichiţa, Secretarul G-ral al Ministerului, desprindem această Incheere, care reprezintă Programul de activitate sanitară al Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale pe anul în curs:

1. In primul rând este necesară reorganizarea Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în conformitate cu aprobarea principială ce a binevoit a ne da, Conducătorul Statului.

Prin noua organizare ce i se va da, Ministerul Sănătăţii trebue să devină o autoritate superioară de cugetare, de doctrină, de studiu, de directive, de control şi de realizări pe plan medical, sanitar şi de ocrotire socială, — în locul organismului administrativ foarte greoi de astăzi.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Urmărim realizarea acestor Principii prin:

Menţinerea, consolidarea şi amplificarea direcţiunilor tehnice din Minister, odată cu comprimarea direcţiilor administrative, — foarte mult hipertrofiate.

In acest scop am procedat de pe acum la o largă descentralizare a administraţiei sanitare, eliberând Ministerul de un biurocratism care paraliza funcţionarea lui normală.

Din această cauză, se ajunsese la situaţia paradoxală a unei lipse de unitate în ceeace priveşte acţiunea sanitară în ţară. Ea se desvolta inegal şi fără să se ţină socoteală de nevoile cele mai urgente.

Totul depindea numai de însuşirile personale ale medicilor din diferite regiuni şi de înţelegerea autorităţilor locale pentru problemele sanitare.

Aducând toate elogiile oamenilor de iniţiativă, a trebuit şi trebue încă să stimulăm pe toţi, pentru a desvolta organizaţia noastră sanitară pe tot întinsul ţării.

In această direcţie s'a lucrat mult în cursul anului 1941, iar programul de desvoltare al organizaţiei sanitare pe care l-am întocmit, sperăm că va putea remedia majoritatea lipsurilor ce am constatat.

2. Stabilirea unei colaborări cât mai strânse şi mai rodnice între diferitele compartimente ale organizaţiei sanitare, precum şi între acestea şi celelalte organe de Stat şi iniţiativa particulară.

3. In sectorul curativ, vom continua opera de reorganizare şi modernizare a spitalelor, creind centre mari spitaliceşti cu servicii de specialitate bine utilate în toate capitalele de judeţ.

Pe lângă fiecare spital mare va trebui să funcţioneze şi un serviciu de consultaţiuni ambulante pe specialităţi medicale, având rolul unui Dispensar policlinic cu atribuţii mixte de ordin curativ şi preventiv.

Spitalele mixte din mediul rural se vor reorganiza ca centre de izolare şi profilaxie pentru bolile epidemice şi bolile sociale. Ele vor dispune de instalaţii de bae cu duşuri şi cuptoare fixe de deparazitare.

Vom căuta să terminăm construcţiile de spitale începute şi să executăm toate amenajările şi reparaţiile necesitate de cutremur sau de transformarea serviciilor.

4. In sectorul preventiv vor urmări:

a) Sporirea treptată a plăşilor sanitare conduse de medici igienişti asistaţi de surori de ocrotire şi medici specialişti pentru principalele probleme de medicină preventivă.

b) Sporirea numărului surorilor de ocrotire şi sistematizarea activităţii lor în domeniul educaţiei igienice a pouplaţiunei şi a combaterii mortalităţii infantile.

c) Organizarea de cât mai numeroase cursuri de educaţie, igienă şi gospodărie casnică pentru soţii şi mame, cu deosebire în mediul rural.

d) Intensificarea acţiunei de propagandă sanitară prin utilizarea cinematografului, a broşurilor de propagandă, conferinţe şi afişe morale potrivite împrejurărilor specifice din ţara noastră.

e) Continuarea acţiunei de înfiinţare de case de ocrotire şi dispensarii medicale rurale, având fiecare şi câte o bae populară şi cuptor de deparazitare.

f) Stimularea şi sprijinirea acţiunii locale pentru ridicarea igienică a satelor şi oraşelor prin construirea de fântâni publice, apeducte, canalizări şi alte instalaţii cari deservesc salubritatea publică.

g) Sporirea numărului medicilor de circumscripţii sanitare rurale până la media generală de un medic pentru maximum 6000 locuitori.

Asigurarea unei salarizări corespunzătoare personalului sanitar din mediul rural şi asigurarea mijloacelor necesare de transport prin procurarea de vehicule.

h) Pregătirea unui personal sanitar şi de ocrotire cât mai numeros şi capabil să corespundă tuturor cerinţelor de serviciu.

5. In domeniul boalelor sociale va trebui să desfăşurăm o acţiune puternică pentru combaterea tuberculozei, a malariei şi a boalelor venerice care fac victime foarte numeroase.

6. In domeniul ocrotirilor sociale vom ataca în acest an problema demografică prin legiferarea ocrotirei familiei ca celulă de bază a societăţii şi generatoare de noui vieţi româneşti.

7. O grijă tot mai vigilentă şi o vastă acţiune de ocrotire faţă de invalizii, orfanii şi văduvele din războiul nostru sfânt de desrobire.

8. Continuarea viguroasă a pregătirilor cadrelor de personal tehnic necesar pentru realizarea unui program sanitar şi de ocrotire de mari proporţii.

CC-BY-SA / Colecţia Biblioteca Centrală Universitară Cluj

ANALIZE

Cărţi
Monografii
Teze

ISTORICUL ANTROPOLOGIEI IN ROMANIA

de

PAPILIAN VICTOR şi VELUDA CONSTANTIN

Anal. Acad. Rom. S. III. T. XVII. Mem. I.
1941 — 46 pag. 8°.

Antropologia este una dintre ştiinţele tinere ale României. Până în 1920, ea a fost lipsită de conducere şi competenţă. Din acest an, odată cu noua Facultate de Medicină dela Cluj, Antropologia românească, nu numai că se înscăunează într'o aşezare durabilă, ci înregistrează încă an de an noui slujitori, integrându-se prin marea lor activitate în sfera antropologiei mondiale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Iniţiatorul, organizatorul acestui progres impresionant este fără îndoială D-l Papilian, profesorul de Anatomie Umană, secundat de colaboratorii săi preţioşi, între care cel mai valoros este D-l Conferenţiar C. Velluda.

D-l Papilian publică în 1920, studii craniometrice asupra Românilor Ardeleni, punct de plecare a numeroase şi statornice explorări antropologice etnice. Tot la Cluj, ia fiinţă Societatea Română de Antropologie, condusă dela început de ctitorul ei, D-l Papilian. Societatea îşi are Buletinul ei propriu.

Bogata activitate a culminat prin participarea foarte activă şi valoroasă a acestei societăţi la şedinţele Congresului Internaţional de Antropologie din 1937, care a avut loc la Bucureşti.

Antropologie morfologică, rasială, biologică, constituţională, biotipologică şi criminală, sunt stăruitor studiate şi prezentate în şedinţele societăţii.

Antropologia Română are străluciţi reprezentanţi şi în capitala ţării D-l Prof. Parhon şi D-l Prof. Rainer, primul în domeniul constituţional, al doilea în cel morfologic. Astăzi, datorită muncii perseverente şi unei puternice autorităţi ştiinţifice, D-l Prof. Rainer se găseşte în fruntea primului Institut de Antropologie a României. Acest Institut posedă una din marile colecţii craniene.

Astfel că cele două Institute de Anatomie dela Cluj şi Bucu-

reşti, într'un spirit unanim de închinare faţă de ştiinţă şi progres, care au animat pe conducătorii lor, au dus astfel, la realizarea idealului comun. S'a creat întreaga instrumentaţie ştiinţifică şi socială, pentru desvoltarea acestei ştiinţe mari şi utile omenirii.

Alături de aceştia, o serie întreagă de cercetători în acest domeniu, găsim muncind pe tărâmul cunoaşterii specificului nostru etnic. Numărul lor creşte mereu, iar o privire retrospectivă în evoluţia acestei discipline, deşi tinere, dar atât de importantă la noi, se simţea cerută. Este tocmai ce au făcut **Papilian** şi **Velluda** în **„Istoricul antropologiei în România"**.

Aceştia împart evoluţia antropologiei în România în trei perioade: **Perioada primă** (1830—1872) cuprinde lucrările lui **Pavel-Vasici-Ungureanu, Czihak, Episcupescu, Bassero,** lucrări cu interes mai mult didactic, unde noţiunile de Antropologie se confundau cu cele de ştiinţe naturale, cosmologice şi îmbibate în mare parte de misticism.

Perioada doua cuprinde începutul lucrărilor originale în sensul ideilor de antropologie propriu zisă, începute de **I. Koperniski, Hovelaque, Obedenariu,** ţinând dela 1872 până după război (1918). De această perioadă se leagă înafară de cei amintiţi mai sus, numele lui **Zaharia Petrescu, Weisbach, Obreja, M. Minovici, V. Gomoiu, O. S. Lecca, Borcescu,** dar mai ales a antropologului filo-român dela Geneva **E. Pittard.** Lucrările acestei perioade mai ales sunt de antropometrie.

Perioada treia începe după războiu. Noua aşezare a poporului român a impus oamenilor de ştiinţă datoria să se ocupe în mod sistematic de imensul material antropologic aflat în ţara noastră". (Papilian-Velluda). Numărul autorilor şi lucrărilor în această perioadă este foarte mare, directivele de studii multiple, ele abordând antropologia pe toate tărâmurile ei de manifestare.

Din examenul general al lucrărilor apărute în această perioadă, putem vedea că cercetările au fost îndreptate în patru direcţiuni: **Antropologia morfologică, Rasele, Tipurile constituţionale, Grupele sanghine;** înafară de prima direcţie, celelalte trei sunt abordate la noi în ţară pentru prima oară acum.

Acestei perioade îi corespunde deasemeni înfiinţarea: **Societăţii Române de Antropologie** (1933), **Secţie de Antropologie, Demografie şi Eugenie** (1935), iniţiată de Institutul Social Român ca şi **„Institutul de Antropologie al României"** datorit Profesorului Francisc Reiner, cu valorosul muzeu anexat lui.

Lucrarea autorilor cuprinde şi o expunere a evoluţiei introducerii studiului antropologiei în România, ca şi o bibliografie completă a tuturor lucrărilor apărute dela 1830—1940 (1 Septembrie) în acest domeniu.

Lucrarea prezentă nu este decât o complectare a „Istoricului Antropologiei în România", prezentată de autori deja din 1937, la Congresul Internaţional de Antropologie dela Bucureşti.

Prof. M. Kernbach.

* * *

Profilaxia şi terapia

Rachitismului

VIOSTERIN

Dr. Wander

Vitamina D standardizată
în unităţi internaţionale

Uleiu
1 cmc. = 15.000 unităţi

Drageuri
1 drageu = 3.000 unităţi

Fixator de Calciu

Sulfamidă cu toleranţă optimă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SULFORONIN

Dr. Wander

Sulfanilyl — aminopiridină

Gonoree
Pneumonie
Meningită
Strepto
Stafilococie

Tuburi cu 24 tablete a 0,5 gr.

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

ÎN GRIPĂ

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

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

Pneumonie
Bronchopneumonie
Gripă
Profilactic după operaţiuni

PULMOSEPT

„SAPIC"

Chinină 0,10
Camforă 0.10
disolvate în uleiuri eterice
Fiole de 2 cmc. pentru injecţii intramusculare.

Mostre şi literatură trimite la cerere
Departamentul ştiinţific „SAPIC"
Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MANUAL DE ENDOCRINOLOGIE

Vol. III.

Crinologie şi metabolisme. Corelaţiunile hormonale, vitaminice şi enzimatice. Hormonele, vitaminele şi fermenţii din punct de vedere terapeutic.

de

Prof. D-r C. I. PARHON

Editura Librăriei „Jean Leon" Bucureşti, 1941

In acest ultim volum, al III-lea, al Manualului de Endocrinologie ce a publicat D-l Prof. D-r C. I. Parhon, Profesor de Endocrinologie al Facultăţii de Medicină din Bucureşti, membru al Academiei de Medicină şi al Academiei Române, se studiază relaţiunile glandelor endocrine cu funcţiunile metabolice ale materiei şi ale nergiei. Se prezintă relaţiunile fiecărei forme de metabolism cu fiecare hormonă în parte, cu vitaminele şi fermenţii în general. Afară de studiul metabolismelor în general, se împinge scrutarea crinologică până la prezentarea metabolismelor regionale (la nivelul aparatului digestiv, hepatic, respirator, hemo-vascular, cutanat, nervos, muscular, osos).

La sfârşit se face tratamentul de ordin endo şi exocrinologic, prezentându-se pe rând terapia timică, ovariană, orhitică, mamară, placentară, plastică, suprarenală, cerebrală, hepatică, biliară, pancreatică, pulmonară, osteomedulară; diferitele alte forme ale opoterapiei; terapia vitaminică şi terapia enzimatică.

Aceiaşi contribuţie imensă de ordin personal pusă la studierea fiecărui raport în parte; aceiaşi grije excesivă de amănunt şi citate bibliografice cari, (fără indicaţie), desăvârşind analiza nu întunecă privirea sintetică.

Cu acest volum autorul a întregit prezentarea Endocrinologiei româneşti, căreia a consacrat o viaţă întreagă de studiu şi pe care a ridicat-o la reputaţia universală ce a atins azi.

D-r M. Cânciulescu

* * *

APENDICULO-DUODENITA

de

D-r ANDREI CÂRSTEA

Vol. III din „Biblioteca de Medicină şi Chirurgie"
Tipografia Geniului, Bucureşti, 1941.

Autorul explică în „Introducere" că a introdus în patologie acest termen nou de „Apendiculo-duodenită", pentru-că în toate formele de apendicită se găseşte şi un proces de duodenită, afirmaţie pe care o bazează pe cercetări clinice, radiologice, tubaje duodenale, constatări pe masa de operaţie. La această duodenită ţin turburările cari se manifestă în timpul apendicitei în etajul superior al abdomenului. De asemenea, cea mai mare parte a afecţiunilor inflamatorii ale duodenului ar fi în legătură cu apendicele. Apendiculo-duodenita ar fi o afecţiune bipolară, care de cele mai multe ori începe prin capătul apendicular; odată instalată, rămâne în stare latentă, şi se manifestă prin puseuri interesând unul din cele două capete.

In tratare, autorul expune mijloacele de examinare (între cari, examenul clinic, examenul radiologic, tubajul duodenal, examenul făcut la intervenţia chirurgicală, examene de laborator, cercetări experimentale); — legăturile dintre apendice şi duoden (fiziologice şi patologice); — formele clinice ale apendiculo-duodenitei (forma acută, ulceroasă, hepatică şi pancreatică); — tratamentul (regimul alimentar, prin agenţi fizici, medicamentos, chirurgical, hidro-mineral şi alimentar).

La sfârşit, se prezintă în limbile germană şi franceză un rezumat al întregului studiu, punându-se în evidenţă concepţiunile personale ale autorului.

Alături de ficatul apendicular al D-lui D-r Poenaru Căplescu, duodenita de origine apendiculară reprezintă una din cele mai solide contribuţiuni la studiul apendicitei care atinge atât de des ficatul şi aproape întotdeauna duodenul.

Astfel, se explică de ce atât de des bolnavul continuă să sufere după extracţia apendicelui şi se întoarce la medicul internist.

Prezentând în 1938 „Afecţiunile intestinului gros", autorul realizase o valoroasă operă didactică. Cu studiul asupra „Apendiculo-duodenitei", autorul aduce o contribuţie de originalitate personală care face să progreseze ştiinţa medicală.

Şcoala medicală românească înregistrează un nou succes.

M Cânciulescu

* * *

TUMORI ŞI DISTROFII OSOASE

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de

Prof. A. COSĂCESCU

202 pag. 51 fig. în text. Vol. VI — Fasc. 2 din „Chirurgia semiotică, clinică şi terapeutică" 1941

O carte de înaltă ţinută ştiinţifică, ca valoare şi prezentare, la nivelul celor mai reuşite lucrări similare din străinătate; de strictă specialitate chirurgicală osoasă; care pune cunoştinţele „în continuă prefacere" la punct graţie unei bogate contribuţiuni personale; face menţiune în cea mai largă măsură de lucrările româneşti; cu o bogată şi eloquentă iconografie; care va interesa în gradul cel mai înalt pe specialiştii cărora se adresează; şi se situiază la loc de frunte în Biblioteca medicală românească.

Capitolul final care tratează despre „Diagnosticul tumorilor osoase", cu recurs la examenul clinic, radiografie şi biopsie şi la regulele ce trebuesc observate, ca să se poată degaja semnele de benignitate sau de malignitate — interesează pe toţi medicii. Ca şi prezentarea în esenţă a numeroase afecţiuni cari prezintă în simptomatologia lor şi manifestaţiuni osoase, afecţiuni cari se întâlnesc nu rare-ori în practica curentă şi cari trebuesc recunoscute ca să fie adequat şi la timp tratate.

M. Cânciulescu

* * *

ISTORICUL oraşului PANCIU şi al Schiturilor „BRAZI" şi „SF. ION" PRĂBUŞITE DE CUTREMURUL din 10 NOEMBRIE 1940

de

Farmacist AD. CĂPĂŢÂNA

Tiparul „Cartea Românească", Bucureşti 1940

Autorul, care este şi Primarul oraşului Panciu, a publicat această carte în numele Comitetului cetăţenesc pentru refacerea oraşului Panciu, Comitet a cărui Preşedinţie de onoare a bine-voit să accepte D-l Mareşal I. Antonescu, — pentru ca sumele strânse să servească la refacerea edificiilor publice ale oraşului, prăbuşite de cutremurul din 10 Noembrie 1940, în proporţie de 99%, căci din 371 case de zid, numai 5 au rămas în picioare.

Prezentăm această carte în revista „Mişcarea Medicală Română" ca un omagiu pentru opera de reconstrucţie a celui mai bântuit oraş de cutremur — operă recunoscută prin Inaltul patronaj ce i-a acordat însuşi Conducătorul Statului; pentru pomenirea celor 42 morţi şi 76 răniţi ce a înregistrat; pentru interesantele informaţiuni de ordin istoric medical şi mai ales farmaceutic (din Oficina lui Anton Căpăţînă, care îşi luase în 1870 diploma de magistru în farmacie la Universitatea din München, au ieşit o serie de 25 farmacişti cari s'au răspândit în toată ţara).

D-r M. Cânciulescu

* * *

ALBUM COMEMORATIV PENTRU JUBILEUL DE 100 ANI AL FARMACIEI CENTRALE — ORAVETZ DIN FOCŞANI

de

Farm. GH. ALACI născută ORAVETZ

Instit. „Unirea" Braşov, 1941

Cu ocazia Centenarului Farmaciei Centrale Oravetz din Focşani a avut loc o festivitate, iar D-na Alex. Gh. Alaci, născută Oravetz, girantă şi actuală proprietară, a publicat un Album comemorativ — închinat memoriei bunicului şi tatălui D-sale „Ştefan şi Albert Oravetz" farmacişti, Album care va servi ca îndreptar şi urmaşei în farmacie „Adriana".

Prin urmare, un neam de farmacişti şi o farmacie înfiinţată la 30 Octombrie 1841.

Autoarea publică Hrisovul Domnesc No. 611, din timpul Domnitorului ţării Moldovei Mihail Grigori Sturdza, numeroase date biografice şi documente, reproducând informaţii şi pasagii din lucrarea „Medicina şi Farmacia în trecutul românesc" a D-lui D-r Pompeiu Samarian, neobosit cercetător al trecutului nostru de ordin medico-farmaceutic.

Ia parte la pioasa Comemorare şi D-na Anunciata Colonel D. Negutz, al doilea copil al lui Albert Oravetz, decedat în anul 1932. Iar de familia Alaci se face menţiune în „Istoricul oraşului Panciu", lucrare ce prezentăm mai sus.

M. Cânciulescu

Noul Consiliu Sanitar Superior

In conformitate cu legea care a modificat, complectându-le, atribuţiile Consiliului Sanitar superior, au fost numiţi pe termen de 3 ani, următorii membrii:

1. **Prof. D-r Iuliu Haţiegan,** Rectorul Universităţii din Sibiu.
2. **D-r V. Ciocâlteu,** Profesor de chimie biologică şi Decan al Facultăţii de Medicină din Bucureşti.
3. **D-r I. Iacobovici,** Profesor de clinică chirurgicală şi ortopedică la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
4. **D-r Iuliu Moldovan,** Profesor de igienă şi medicină preventivă la Facultatea de Medicină din Sibiu.
5. **D-r Titu Gane,** Profesor de puericultură la Fac. de Med. din Buc.
6. **D-r C. Ionescu-Mihăeşti,** Profesor de medicină experimentală la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
7. **D-r Mihail Ciucă,** Profesor de bacteriologie la Fac. de Med. din Buc.
8. **D-r N. Gh. Lupu,** Profesor de clinică medicală la Fac. de Med. Buc.
9. **Prof. D-r Ştefan Nicolau.**
10. **D-r P. Niculescu,** Profesor de farmacologie la Fac. de Med. Buc.
11. **D-r D. Manolescu,** Profesor de clinică oftalmologică la Fac. Med. Buc.
12. **D-r Al. Ciucă,** Profesor de bacteriologie la Fac. de Med. Vet. Buc.
13. **D-r N. Hortolomei,** Profesor de clinică chirurgicală şi urologică la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
14. **D-r Gh. Zotta,** Profesor de parazitologie la Fac. de Med. din Buc.
15. **D-r Iosif Stoichiţia,** Inspector general sanitar Sibiu.
16. **D-r I. Bălteanu,** Profesor de igienă şi medicină preventivă la Facultatea de Medicină din Iaşi.
17. **D-r D. Săvulescu,** Profesor de clinică obstetricală la Fac. Med. Buc.
18. **D-r Gh. Banu,** şef de secţie la Institutul de Igienă din Bucureşti.
19. **D-r Al. Cosăcescu,** Profesor de clinică chirurgicală la Fac. Med. Iaşi.
20. **D-r Ionescu-Siseşti,** Profesor de clinică neurologică la Fac. Med. Buc.
21. **D-r S. Irimescu,** Medic primar director la Sanatoriul t. b. c. Filaret.
22. **D-r C. Tătaru,** Profesor de dermatologie şi sifiligrafie la Facultatea de Medicină din Sibiu.
23. **D-r Emil Ţeposu,** Profesor de clinică chirurgicală şi urologică la Facultatea de Medicină din Sibiu.
24. **Basil Teodorescu,** Profesor de clinică medicală la Fac. de Med. Buc.
25. **D-r Th. Vasiliu,** Profesor de medicină legală la Fac. de Med. Buc.
26. **D-r Dan Teodorescu,** Profesor de stomatologie şi chirurgie maxilofacială la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
27. **Prof. D-r I. Vintilescu,** Decanul Facultăţii de Farmacie din Bucureşti.
28. **Prof. D-r Ştefan Bogdan,** Farmacist.
29. **D-r Em. Lazeanu,** Conferenţiar de radiologie la Fac. de Med. Buc.
30. **D-r L. S. Daniello,** Conferenţiar de ftiziologie la Fac. de Med. Sibiu.
31. **D-r M. Nasta,** Conferenţiar şi medic primar al serviciului de t. b. c. dela Spitalul Pantelimon din Bucureşti.
32. **D-r Iuliu Niţulescu,** Conferenţiar de boli de nutriţie la Facultatea de Medicină din Iaşi.
33. **D-r I. Jovin,** Conferenţiar de radiologie la Fac. de Med. din Buc.