ANUL XVI-lea, No. 11–12 N-VRIE şi D-VRIE 1943

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 şi al Academiei de Ştiinţe 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, din Paris şi din 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:
M. CĂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SUMARUL

Pag.

CRONICĂ MEDICALĂ

M. CĂNCIULESCU: **Comemorarea Doctorului Nicolae Paulescu.** 609

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

C. V. ANTONESCU: **Mijloacele pentru combaterea tuberculozei.** 615

C. BUCUR: **Contribuţiuni la tratamentul medicamentos al trachomului.** 623

V. CONSTANTINESCU, A. IANCU, C. MANU: **Contribuţiuni la tratamentul dietetic al enterocolitelor disenteriforme în armată.** . 629

A. DEMETRESCU: **Colibaciloza în puerperalitate şi post operatorie.** 645

N. ŞCHIOPU: **Determinarea grupurilor sanguine în armată.** . 653

C. STANCA: **Contribuţiuni la tratamentul vărsăturilor incoercibile.** 657

N. I. ZAHARIA: **Tratamentul meningitei cerebro-spinale epidemice cu sulfapiridina.** 661

D. ZEANA: **Traumatismele capului însoţite de leziuni intracraniene şi consecinţele lor.** 671

(Urmare pag. 2 cop.)

4298 SCRISUL ROMÂNESC, CRAIOVA

Pag.

FAPTE CLINICE

ST. MILCU: **Tiroidită acută vindecată cu sulfamide.** . . . 681

G. PARASCHIVESCU şi I. VASILESCU: **Un caz de pleurezie cu colesterină.** 684

F. QUITTER: **Influenţa favorabilă a unei sulfamide asupra unui caz de pustulă malignă.** 688

M. STOENESCU: **Consideraţiuni patogenice în legătură cu un caz de priapism.** 690

ORGANIZARE SANITARĂ

Organizarea sanitară rurală a statului. 695

REUNIUNI MEDICALE

Al XIX-lea congres român de oto-rino-laringologie. 704

LECŢIE INAUGURALA

Prof. I. BĂLTEANU: **Consideraţiuni la studiul patogeniei şi terapeuticei azotemiilor post-scarlatinoase.** 710

ISTORIA MEDICINEI

V. GOMOIU: **Figuri medicale Oltene.** 717

ANALIZE

Alimentaţie... pag. 726. — **Farmacie...** pag. 727. — **Ficat...** pag. 728. — **Medicină socială...** pag. 729. — **Periodice noi...** pag. 732. — **Varia...** 733.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

II.

DIVERSE — INFORMAŢIUNI

EMIL GHEORGHIU: **Din curiozităţile medicinei** 733

Colaboratori... pag. 65. — **Din sumarele viitoare...** pag. 66. — **Lucrări primite la redacţie...** pag. 68. — **Publicitatea caselor farmaceutice...** pag. 70. — **Condiţiile de publicare, publicitate şi abonament...** pag. 72.

sirop laxatif GOBEY PARIS

INDICATIONS

LES ENFANTS
MÊME LES NOURRISSONS

LES OPÉRÉS

LES FEMMES
ENCEINTES ET EN COUCHES

BCU Cluj / Central University Library Cluj

LES VIEILLARDS

LES JEUNES FILLES

LES CONVALESCENTS
LES NERVEUX, (ÉPUISÉS, ETC.)
LES PLÉTHORIQUES
PAR VIE SÉDENTAIRE
LES NEURASTHÉNIQUES

LABORATOIRES GOBEY-PARIS

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL
FARMACEUTIC

FLUCTUAT NEC MERGITUR

„LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

TERAPEUTICA STIBIATA INTRAMUSCHIULARA PRIN

ANTHIOMALINE

ANTIMONIO-TIOMALAT DE LITIU

SOLUTIE APOASA TITRAND 6% SARE

(0,01 gr. de Sb pe cc.)

PREZENTA SULFULUI IN MOLECULA

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cutii de 10 fiole de 1 cc. şi 2 cc.

INJECTII INTRAMUSCHIULARE

Toleranţă locală şi generală excelenţă

BOALA LUI NICOLAS FAVRE

(locarizări inguinale şi rectale)

LEIŞMANIOZE VISCERALE ŞI CUTANATE

BILHARZIOZE VEZICALE HEPATICE ŞI INTESTINALE

2 până la 3 injecţii pe săptămână, dela 1 la 3 cc.

SERII DE 20 INJECTII

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE

21, Rue Jean Goujon • Paris 8ème

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

PARTEA I

Cronică medicală

COMEMORAREA PROFESORULUI NICOLAE PAULESCU

In toamna anului 1931, studenţimea medicinistă din Bucureşti hotărîse a sărbători împlinirea a 30 de ani de profesorat la catedră a conducătorului ei spiritual, Profesorul Doctor Nicolae Paulescu. In loc de sărbătorire a avut însă loc o prăznuire, în ziua de 17 Octombrie 1931, studenţii strângându-se numai în jurul bustului ce aşezaseră în casa lor, la Societatea Studenţilor în Medicină din Bucureşti, aceluia de învăţătura propovăduită a căruia se socoteau legaţi pe viaţă şi care pe tăcute trecuse în moarte în ziua de Duminecă 19 Iulie a aceluiaşi an. După 12 ani, îi reîmprospătează memoria în revista lor „Spitalul" *).

Este cel mai frumos şi cel mai adânc omagiu, pe care i-l puteau aduce urmaşii — după cum se exprimă D-l D-r Aurel Marin, Preşedintele Societăţii Studenţilor în Medicină din Bucureşti, în articolul în care stabileşte legătura dintre **Nicolae Paulescu şi studenţimea medicinistă** — comemorându-l, mărturiseau încăodată credinţa în virtuţile şi istoria neamului, aceia cari cu 10 ani mai înainte, prin înaintaşii lor, dedeseră generaţia din 1922, generaţia dela 10 Decembrie 1922.

Primul **Elogiu al Profesorului Paulescu** l-a făcut suplinitorul său la catedră, D-l Prof. D-r S. D. Lalu, în lecţia sa de deschidere ţinută în ziua de 23 Noembrie 1931, prezentând pe predecesorul său într'o atmosferă de reculegere în tonuri estompate de culori diafane.

De data aceasta, personalitatea marelui dispărut este prezentată pe toate feţele, sub unghiuri multiple, în cadruri bine definite, de către o serie întreagă de ucenici sau ca atare, cari i-au stat în mai apropiată sau îndepărtată vecinătate de idei şi sentimente.

Intr'un prim articol, **N. Paulescu**, este pus în plină lumină, aşa cum se cuvine pentru posteritate şi pentru istorie, de D-l D-r V. Gomoiu — care scrie şi face el însuşi istorie medicală românească, şi care se găseşte în casa Societăţii Studenţiilor în Medicină şi a revistei lor „Spitalul", ca în propria sa casă — astfel: a fost aşa de puţin cunoscut lumii în care a trăit, fiindcă n'a voit să se coboare până la ea, iar aceasta n'a putut să se înalţe până la dânsul, filosof, fiziolog, chimist şi anatomo-patolog, profesor şi medic savant şi patriot, în cel mai larg înţeles al cuvintelor; a cărui viaţă adânc pilduitoare şi opere nepieritoare, consequentă legământului de atunci, aceiaşi Societate, prin

*) Revista „Spitalul" Nr. 9 | 1943.

devotaţii săi de totdeauna, a găsit cu cale să o aminteaască celor rătăciţi; pe care D-l Emilian Vasilescu l-a înscris între „Apologeţii creştini"; iar părintele Edineţi l-a asemuit unui patriarch căruia nu i-a lipsit decât hirotonia; care a trăit ca un mucenic şi a murit ca un sfânt, ca şi el, N. Iorga, alt mare mucenic al neamului; pe care experimentările fiziologice l-a condus până în domeniul chirurgiei, prin cusătura cap la cap a coledocului şi a ureterului, prin crearea celui mai bun procedeu pentru descoperirea şi abordarea ipofizei, prin preconizarea unui procedeu operator pentru extirparea pancreasului la animale; care având o cultură vastă şi multilaterală [1]), adânc cugetător, sistematizator eminent şi în acelaşi timp un creator inspirat, demn, dar nu trufaş, măsurat în expresii şi foarte rezervat în gesturi, pe cât de impunător, pe atât de blând şi atrăgător, poate să fie considerat ca unul din tipurile cele mai reuşite ale „Savantului"; un cavaler înfricoşător în apărarea adevărului ştiinţific, uneori credul până la naivitate, alteori iertător chiar pentru fapte inadmisibile interpretate ca „greşeli" posibile [2]), care neputând suporta furtul proprietăţii ştiinţifice a altuia, a căzut proprie victimă a acestui şi mai ignobil viţiu decât orgoliul, fiind deposedat de descoperirea epocală a pancreinei-insulinei şi de Premiul Nobel atribuit pe nedrept altora, încât „după ce unii m'au furat [3]), alţii caută să-mi înăbuşe protestele" [4]), a strigat desnădăjduit când paharul a fost umplut.

Paulescu, fiziolog, a fost prezentat de D-l Prof. D-r C. Mihăilescu în lumina lucrărilor originale şi descoperirilor sale cari privesc: acţiunea gelatinei în anevrisme, funcţiunile glandei tiroide, rolul hipofizei, al epifizei şi al capsulelor suprarenale, localizarea cerebrală a instinctelor, patogenia febrei şi acţiunea aspirinei asupra fermentaţiilor microbiene, acţiunea chininei în guşa exoftalmică, studiul eliminărilor renale, origina glicogenului şi descoperirea — epocală — a „pancreinei", care nu este decât insulina de mai târziu, al cărei redescoperitori americani nici nu i-au pomenit numele, cu toate că unuia dintre ei, Banting, în laboratorul căruia au lucrat ceilalţi 2, îi trimisese cu câteva luni mai înainte un memoriu rămas fără răspuns şi neamintit nici ulterior. Un Traité de physiologie médicale, în 3 volume, a consacrat definitiv pe Doctorul Paulescu ca medic fiziologist.

Pe **Profesorul Nicolae Paulescu,** — ale cărui cursuri erau ale unui preot ce oficia şi smerenia, care îi privea dela poalele amvorului, îi dădea pe faţa delicată şi în ochii lui pătrunzători, figura unui iluminat, — îl prezintă D-l D-r Marius C-tinescu, care evocă gura lui de mucenic inspirat pe când vorbea.

Nicolae Paulescu, medic, — a cărui atitudine de medic, fixează şi pe al cărui jurământ reproduce din teza sa, D-l D-r D. Grigorescu, — când vorbea de bolnav se referea aproape exclusiv la cel sărac,

1) Doctor al Fac. de Med. din Paris în 1897; doctor în fiziologie al Fac. de ştiinţe din Paris în 1899; doctor în chimie biologică al Universităţii din Paris în 1901.

2) In cazul V. Gomoiu—Toma Ionescu referitor la chestiunea simpatectomiei cervico-toracice contra anginei pactoriale, n'a luat partea celui dintâi, descoperitorul, contra celui din urmă, profitorul.

3) Străini.

4) Români.

la cel de spital, la bolnavul fără mijloace; pentru el nu existau cazuri banale, toate îl interesau; care s'a format ca medic la începutul carierii, în spital, dar n-a avut parte de spital, mai târziu; el care trata bolnavul pe bază de fiziologie şi întrebuinţa medicamentele în restrânsă măsură în chimist cunoscător al acţiunei lor intime.

Ca Clinician, Profesorul N. Paulescu a fost prezentat de către D-l Prof. D-r A. Rusescu. Acesta a făcut parte din seria de studenţi români, cari au fost admişi a face un stagiu de internat la spitalul Notre Dame du Perpétuel Secours de la Levallois-Perret de lângă Paris, prin recomandaţia şi în amintirea aceluia care a lucrat aco.o zi de zi timp de 6 ani împreună cu maestrul său, marele clinician, Lancereaux; a aceluia care, străin şi ortodox, admis cu greu a pătrunde într'o instituţiune catolică, de-abia a fost lăsat să plece, oferindu-i-se chiar şefia spitalului după moartea patronului şi colaboratorului său. D-sa menţionează prodigioasa activitate de spital a lui N. Paulescu, timp de 3 ani în calitate de intern şi alţi 3 în calitate de medic-adjunct; citează parte din „Studiile critice" şi „Lucrările", pe care le-a publicat în revista „Journal de médecine interne" al cărui secretar de redacţie era şi sfârşeşte cu prezentarea marelui „Tratat de medicină internă" pe care l-a publicat împreună cu Lancereaux în 3 volume, ediţia Baillière et fils din Paris. Clinician în primul rând, a dorit cu înfocare un spital care nu i s-a pus la dispoziţie în ţara lui.

Ca chimist, Profesorul Paulescu, care şi-a trecut teza de doctorat în chimia biologică cu lucrarea „Acţiunea cloruri'or alcalini, a metalelor alcaline şi alcalinoteroase asupra fiinţei vii", a fost prezentat de către D-l D-r H. Angelescu, care arată cum dela chimie Paulescu a ajuns la teosofie.

Ca anatomo-patolog, Paulescu este prezentat de D-l Prof. D-r E. Crăciun, care face şi istoricul descoperirii pancreinei, adică a insulinei, descoperire românească legată de nume'e Profesorului Paulescu.

Doctrina finalită, teistă a lui Paulescu-filosof, o analizează D-l D-r V. Trifu, cel mai apropiat elev al său şi practicantul convins al cultului acestui mare om, român, şi erou al ştiinţei; care în lucrările sale de fiziologie filosofică n-a făcut decât ştiinţă pură chiar atunci când a verificat toate punctele „Crezului creştin"; pe care ştiinţa vieţei l-a făcut să creadă în Dumnezeu, şi în Iisus Christos, şi în Sfântul Duh, şi în Biserica Sfântă şi Apostolică, Infai'ibilă, Una şi Universală; care a ridicat munca la rangul de continuatoare şi împlinitoare a Creaţiei divine; care punând faţă în faţă Sinagoga şi Biserica, a combătut Dogma jidovească, bazată pe patimi şi a preaslăvit Doctrina creştină, bazată pe combaterea patimi'or; sfârşind prin a mărturisi convingerea sa fermă în nemurirea sufletului.

Ca Vizionar al naţionalismului integral, Profesorul Nicolae Paulescu, despre care N. Crainic a scris că este Profetul României naţionaliste şi creştine, ne este înfăţişat de către D-l D-r C. Dănulescu, unul din făuritorii generaţiei dela 1922.

Contribuţiunile Profesoru'ui Paulescu la patologia sistemului nervos, ne sunt prezentate de către D-l D-r D. Paulian, care pune în evidenţă unul din aspectele posibile ale maladiei febrile criptogenice, „neonoza" Prof. Paulescu.

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Teza lui Paulescu pentru doctorat în medicină şi chirurgie în 1897, la Paris, „Recherches sur la structure de la rate" este prezentată în concluzii de către D-l D-r C. Angelescu; — acea în fiziologie, din 1899, „Cercetări experimentale asupra modificărilor ritmului mişcărilor respiratorii şi cardiace, sub influenţa diverselor atitudini ale corpului" a fost prezentată de D-l D-r D. Cosma; — teza în chimie biologică, din 1901, „Studiul comparativ al acţiunei clorurilor alcaline asupra materiei vii", de către D-l D-r M. Cernescu; — „Tratatul de fiziologie medicală" scris în limba franceză, în 3 vol., de către D-l D-r M. Botez; — le „Traité de médecine de Lancereaux et Paulescu" de către D-l D-r V. V. Mihăilescu; — iar „Tratamentul diabetului, documente ce stabilesc prioritatea", de către însăşi autorul, după reproducerea comunicării sale, făcută în ziua de 27 Dec. 1922, la Societatea de Biologie din Bucureşti.

Din Amintirile D-lui D-r V. Trifu, reese personalitatea intimă a Profesorului Paulescu; legăturile de apropiere sufletească ce stabilea cu colegii, studenţii, bolnavii şi toţi cei cari îl înconjurau, în primul rând părinţii, şi marele său protector devenit colaborator, Profesorul Lancereaux; niciodată desmînţită desăvârşita sa demnitate şi urbanitate; agerimea de spirit polemic unită cu o mare putere pe convingere şi consequenţă în idei şi sentimente, în primul rând cele religioase; resemnarea stoică în faţa propriilor sale suferinţe trupeşte şi sufleteşti; practica personală a tutulor preceptelor bisericii creştine, indiferent dacă e ortodoxă sau catolică.

Intr'un capitol final se citează parte din Bibliografia lucrărilor Profesorului D-r N. C. Paulescu, din care reese diversitatea studiilor întreprinse, aspectele multiple ce îmbracă, noţiunile originale de ordin anatomo-clinic, etio-patogenic, fizio-patologic şi terapeutic — ce relevă. Sunt aci cuprinse numai 74 lucrări, dar ele se întind pe câmpul întregei patologii.

Era deci, cel mai în măsură să scrie un întreg tratat de patologie şi de fiziologie — ceea ce a şi făcut în cele 2 tratate susmenţionate, publicate în limba franceză.

Prin descoperirea pancreinei-insulinei, Profesorul Paulescu avea să se aşeze între cei mai mari oameni de ştiinţă ai epocei sale.

*

Pentru a ilustra şi mai bine consequenţa în idei şi iubirea sa de adevăr, pe care îl punea înainte de toate, vom menţiona că Prof. Paulescu a isbălit alături de mulţi alţi profesori ai Facultăţii de Medicină din Bucureşti, în cap cu D-l Prof. D. Danielopolu, cererea de a se înfiinţa pe lângă Catedra Clinicei sale medicale o Conferinţă de fiziopatologie, conferinţă care urma să ni se încredinţeze nouă; — şi refuza, în urmă, revista aceasta, pentru compunerea Secretariatului de Redacţie, dorinţă căreia aveam să dau ascultare şi în formă, pentrucă în fond, dela început, exclusiv şi în tot timpul, am fost personal secretarul de redacţie al revistei ce am onoarea a şi conduce.

M. CÂNCIULESCU
Membru al Academiei de Medicină

ANTISCORBIN

Produs de vitamină „C" (L-Ascorbinat de sodiu):

Injecţii: 0,05/1. cmc. — cutia cu 10. fiole
„ 0,10/2. „ — „ „ 5. „
„ 0,50/5. „ — „ „ 3. „
Tablete: 0,05 tubul cu 12 tablete

BEVITAMIN HYGEA

Produs de Aneurin, Factorul „B_1":

Injecţii: 0,005/1 cmc. — cutia cu 3 fiole
„ 0,005/1 „ — „ „ 6 „
„ 0,025/1 „ — „ „ 3 „ (forte)
„ 0,003 „ — tubul cu 20 tabl,

BCU Cluj / Central University Library Cluj

FOLLICULIN HYGEA

Soluţie oleioasă de Dihidrofolliculin Benzoic:

Injecţii: 10.000. U. I. cutia cu 3. fiole 1. c.
„ 10.000. U. I. „ „ 6. „ 1. „
„ 50.000. U. I. „ „ 3. „ 2. „

Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R.

BUCUREŞTI

Pentru produse Chimico-Farmaceutice

Splaiul Unirii 127 **Telefon 4.22.44.**

Protecția gestației

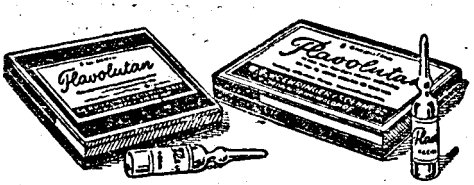
în avort iminent și habitual sterilitate în urma netransformării mucoasei uterine în faza pregravidă, hemoragii (hiperplasii glandulare, cistice, juvenile și climacterice)

Flavolutan

(Corpul galben dizolvat 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	**Fiole cu câte 5 mg**
cutii cu 1 și 3 fiole	cutii cu 1 și 5 fiole



BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

Reprezentant pentru România: **Rudolf Ferek, București III,** Strada Generat Eremia Grigorescu, 6

MIJLOACELE PENTRU COMBATEREA TUBERCULOZEI

de

D-r C. V. ANTONESCU
Şef de lucrări Inst. Farmacologie Cluj—Sibiu.
Medic asistent radiolog O. A. S. - Sibiu.

Intr'o lucrare anterioară „**Problema combaterii tuberculozei**" (Mişcarea Medicală Română No. 5—6, 1943), am căutat să emitem câteva sugestii în legătură cu problema combaterii tuberculozei la noi în ţară. Aruncând o privire fugitivă asupra celor realizate până în prezent, am dat în câteva puncte idei generale asupra celor ce trebuesc realizate pentru viitor, cu scopul de a ajunge la o eficace realizare a combaterii tuberculozei. In prezenta lucrare, acele idei, vom căuta să le desvoltăm cât ne permite cadrul unei lucrări limitate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Am pornit dela ideia „**Depistării precoce a infecţiunilor tuberculoase**", după cum bine a accentuat D-l D-r Irimescu şi pe urmele observaţiunilor lui Brauening, cu scopul de a jugula încă din acest stadiu infecţiunile tuberculoase. Numai procedând în acest fel, vom putea aştepta o scădere a procentului îmbolnăviţilor de tuberculoză şi să împiedecăm răspândirea infecţiunei.

Pentru a realiza o eficace depistare precoce a infecţiunilor tuberculoase, la punctul 1 al propunerilor mele văd un singur mijloc, acela de a crea cât mai urgent, organe şi mijloace necesare pentru examinarea în massă a populaţiunei ţării, un fel de recensământ medical. Cari ar fi organele şi ce mijloace trebue să utilizăm?

a) **Organul de execuţie,** trebue să fie o echipă medicală mobilă, compusă din: un medic specialist ftiziolog, un medic specialist radiolog, iar ca personal ajutător 2 studenţi în medicină (absolvenţi a cel puţin 4 ani de studii) şi o soră de ocrotire.

b) **Mijloace:** 1 aparat radiologic diagnostic portativ cu grup electrogen, instrumentarul şi materialul necesar examinării medicale, aplicării reacţiei la tuberculină după metoda Morro sau Scarzella-Popoviciu şi pentru analiza sputei; fişa individuală după modelul M. i., fişa familiară după modelul M. f., fişa procentuală pe comună după modelul M. c. şi fişa totalizării procentuale pe plasă după modelul M. p.

c) **Modul de lucru.** — Echipa volantă va fi pusă la dispoziţia Inspectoratului Sanitar Regional, care va organiza itinerarul de lucru pe

județe și plase sanitare, iar medicul de plasă va organiza itinerarul pe comune, în ordinea descrescândă a procentului bolnavilor de tuberculoză pulmonară confirmată pe comune (conform datelor pe cari le are la îndemână, în urma rapoartelor primite după vechea organizare).

Echipa va lucra sub conducerea medicului ftiziolog.

Echipa va examina întreaga populație din comună, începând cu aceea a copiilor, apoi va trece la examinarea adulților cari sunt în anturajul bolnavilor confirmați, după aceea va examina restul populației și în fine va examina bolnavii confirmați. Toți copiii, fără excepție vor fi supuși reacției la tuberculină. Examinarea sputei se va face la toți indivizii cari prezintă leziuni chiar numai suspecte. Toate datele individuale vor fi înscrise în **Fișa individuală.**

După terminarea examinărilor individuale, se va proceda la stabilirea situației sanitare familiare, complectând datele din **Fișa familiară.**

In afară de examinarea radioscopică, se va executa și câte o radiografie la toți indivizii cari prezintă leziuni, chiar numai suspecte. Această radiografie va purta No. de ordine a fișei individuale și va fi anexată acestei fișe.

Odată terminate lucrările de examinare și complectarea fișelor individuale și familiare, se va proceda la calcularea procentuală după modelul **Fișei procentuale pe comună,** care va fi complectată.

Fișele individuale, familiare și anexele lor, vor fi catalogate și lăsate într'o archivă a serviciului sanitar medical de circumscripție, de care depinde comuna respectivă.

Fișa procentuală pe comună, vor fi centralizate la serviciul sanitar de plasă, care va totaliza procentual pe plasă datele și va complecta **Fișa totalizărilor procentuale pe plasă,** a cărei original o va depune la Inspectoratul Regional Sanitar de care depinde, iar o copie o va reține în archiva proprie.

Procedând în acest fel, s'a realizat depistarea precoce a leziunilor tuberculoase și s'a creat mijloace prin care se pot urmări: evoluția sanitară a fiecărui individ și mișcarea grupei grafice a stării sanitare din punct de vedere al tuberculozei, pe comună, plase și județe.

Dar dacă ne vom opri aici, n'am realizat decât o mică parte din ceea ce dorim să creăm. Odată cunoscând starea sanitară a populației, vom ști de unde să începem cu lupta. Pentru a o duce la bun sfârșit, va fi necesar să organizăm cele propuse la punctul al 3-lea, — organele și mijloacele de tratare imediată a cazurilor depistate precoce. Pentru aceasta se va organiza un aparat sanitar auxiliar bine pregătit și conștiincios, care să lucreze sub conducerea medicului de circumscripție sanitară, supraveghind aplicarea tratamentului la domiciliu și cu totul gratuit, așa cum au fost stabilite de echipa volantă.

Inființarea **Dispensarului antituberculos de plasă** este propunerea dela punctul al 4-lea, el fiind înzestrat cu mijloace mobile pentru examinarea periodică a întregei populațiuni din plasa respectivă, în vederea depistării precoce a tuberculozei și pentru controlul ulterior și periodic al indivizilor indicați de către echipa volantă de recensământ. Pe măsura în care se înființează dispensariile, echipa volantă de recensământ va fi desființată. Echipa mobilă a dispensarului de plasă, va

(Md. 2).

Nr.....

Nr. fişei familiare:.....

FIŞA INDIVIDUALA

Numele:.....
Pronumele:.....
Data naşteri:.....
Etatea:.....

Comuna:.....
Judeţul:.....
Data examinării:.....

Temperatura:.....
Greutatea:.....
Talia:.....
Perimetrul toracic:.....
Reacţia la tuberculină:.....
Analiza sputei:.....

Nr. film:..... Dimens. film:.....

Descrierea imaginei radiologice:.....

Indic. medicale:*).....

*) Se va înscrie indicaţiuni referitoare la: spitalizare, tratament la domiciliu, supraveghere.

Nr.....

(M. F.)

Comuna.....
Judeţul:.....

BCU Cluj / Central University Library Cluj

FISA FAMILIARA

Numele şi Pronumele	Nr. fişei individuale	Starea sanitară	Date complimentare
Cap. fam.			% bolnavi:.....
Soţie			% tuberc. pozit:.....
Copii			% Koch pozit.:.....
			Nr. ospitalizaţilor:.....
			Nr. morţi tuberculoză:.....
Alţi membrii de familie			Data:.....

(M. C.)

Comuna : .....

Judeţul : .....

Data : .....

Fişa procentuală pe comună

Nr. examinaţilor 1				Nr. persoanelor cu leziuni precoce 2				Nr. persoanelor cu leziuni manifeste 3				% leziunilor precoce 4				% leziunilor manifeste 5				% reacţiei la tuberculină pozitiv 6				% Koch pozitiv în spută 7				% total (4+5) 8				% Spitalizaţilor 9			
Copii		Adulţi		Copii		Adulţi		Copii		Adulţi		Copii		Adulţi		Copii		Adulţi		Copii		Adulţi		Copii		Adulţi		Copii		Adulţi		Copii		Adulţi	
B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.

BCU Biblioteca Centrală Universitară Library Cluj

Plasa: .....

Județul: .....

(M. p.)

Data: .....

Fișa totalizării procentuale pe plasă

NUMELE COMUNEI	Nr. examinaților 1				% total al leziunilor tuberculoase 2				% Koch pozitiv în spută 3				% Spitalizaților 4				Date complimentare
	Copii		Adulți		Copii		Adulți		Copii		Adulți		Copii		Adulți		
	B.	F.	B	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B.	F.	B	F.	
																	Total exam; .....
																	Total cal. 2; .....
																	Total cal. 3; .....
																	Total cal. 5; .....

BCU Cluj / Central University Library Cluj

avea în atribuţiile sale şi alte plase, până la posibilitatea înfiinţării dispensariilor în toate plasele sanitare. In afară de aceste atribuţiuni, dispensarul antituberculos de plasă, va da consultaţiuni gratuite ambulatorii, va supraveghea de aproape executarea internării în sanatorii a bolnavilor indicaţi pentru aceasta şi va ţine sub control pe toţi indivizii cari părăsind sanatoriile se reîntorc la domiciliul lor. Acest dispensar va fi organul de distribuire a medicamentelor necesare pentru tratamentul la domiciliu.

Desideratul dela punctul al 5-lea este realizat în parte, prin instituţiile sanatoriale existente, dar a căror număr trebue augmentat, concomitent cu augmentarea capacităţii lor de spitalizare. Există un număr foarte mare de bolnavi cu leziuni tuberculoase manifeste şi surse de infecţiune permanentă, cari nu se pot bucura de un tratament sanatorial, din lipsă de locuri de spitalizare. Pentru descongestionarea actualelor sanatorii, se va proceda la înfiinţarea instituţiilor sanatoriale proprii Casei Naţionale a Asigurărilor Sociale. Până la realizarea posibilităţilor de înfiinţare a noilor instituţiuni sanatoriale, pentru a asigura o cât mai mare participare la beneficiul tratamentului sanatorial prin rotaţie, tendinţa terapeutică să se îndrepte mai ales în sensul sterilizării bacteriologice a bolnavilor, iar vindecarea leziunilor anatomice să se continue la domiciliul bolnavului, cu ajutorul organelor şi mijloacelor oferite de către Dispensariile antituberculoase de plasă. Indivizii, clinic vindecaţi vor fi menţinuţi sub control medical, cel puţin timp de 5 ani (dezideratele dela punctul al 6-lea şi 7-lea).

La punctul al 8-lea, propun legiferarea unei protecţiuni sociale a bolnavilor de tuberculoză pulmonară în cadrul câmpului muncii, complectată cu propunerea dela punctul al 9-lea, de a interzice cu stricteţa primirea în câmpul muncii a indivizilor cari poartă leziuni pulmonare suspecte sau a celora cari sunt suspecţi de o predispoziţie constituţională la contractarea afecţiunilor pulmonare de natură specifică. De sigur că această chestiune merită un studiu prealabil amănunţit, pentru a se găsi mijloacele materiale suficiente, cu concursul statului. Este nevoie de acest concurs, căci o complectă realizare nu se poate concepe, fără cele două condiţiuni propuse la punctele 10 şi 11, în speţă: **prohibirea consumului băuturilor spirtoase şi obligativitatea edilitarismului muncitoresc, prin crearea de colonii de locuinţe igienice şi ieftine pentru muncitorii din centrele mari industriale.**

Pe lângă toate acestea, este necesar ca statul să intervină energic, supunând la un sever control sanitar toţi funcţionarii publici, cari şi ei constitue un corp tributar, în mare măsură, infecţiunei tuberculoase.

Unele sunt chestiuni foarte delicate, dar trebuesc supuse unui studiu amănunţit şi apoi necondiţionat realizate. Altfel facem mult şi totuşi puţin, insuficient şi cu cheltuieli mari.

Apreciat de 30 de ani.

In cardiopatiile acute şi cronice

intravenos:

KOMBETIN

(Strophanthin Boehringer)

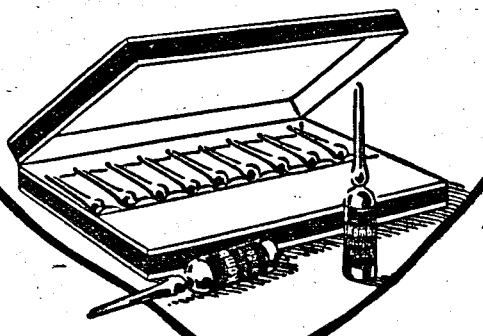
fiole de 0,5 mg

Biblioteca Centrală Cluj / Central University Library Cluj

intramuscular:

Myokombin

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



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

MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

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

Perlatan-Calcium

BCU Cluj / Central University Library Cluj

în turburările menopauzei

Compoziţie:

100 U. I. Perlatan
0,25 g Lactat de calciu
0,05 g Bromură de sodiu

Flacon cu 40 comprimate

De 3 ori pe zi 1 – 2 comprimate

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

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

CONTRIBUȚIUNI LA TRATAMENTUL MEDICAMENTOS AL TRACHOMULUI.

de

D-r CORIOLAN BUCUR
Medic la secția de ochi a spitalului de Stat Brăila

Introducerea sulfamidelor în arsenalul terapeutic al medicinii și atât de promptele și evidentele rezultate obținute cu aceste substanțe în unele afecțiuni locale sau generale, constituie fără îndoială, un început de epocă. Era deci firesc ca ele să deștepte, dela început, și interesul oftalmologilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Conjunctivita blenoragică, cu un decurs atât de tragic în cele mai multe cazuri, s'a bucurat în primul rând de atenția medicilor oculiști. Rezultatele obținute cu chimioterapia sulfamidică în combaterea ei, sunt mai mult decât încurajatoare.

Incercări serioase s'au făcut și în conjunctivita granuloasă.

Justificarea acestor încercări o constituie pe de o parte, gravitatea și marea răspândire a afecțiunii, pe de altă parte numărul foarte redus al mijloacelor terapeutice medicamentoase sau mai bine zis lipsa unui medicament specific pentru această afecțiune. Intr'adevăr, cu tot interesul de totdeauna și de peste tot a medicilor față de trachom, tratamentul lui medicamentos și astăzi este cel stabilit de Hipocrat: tratamentul cu sulfat de cupru.

De aceea încercarea sulfamidelor în combaterea acestei reductabile boli oculare apare ca o legitimă tendință de progres. Experințele s'au făcut cu diferite preparate sulfamidice de către mulți autori. Părerile cercetătorilor despre efectul acestor substanțe asupra trachomului au fost dela început diferite; pe când unii negau orice acțiune curativă a lor alții publicau rezultate foarte îmbucurătoare.

Dintre lucrările cele mai valoroase în această privință citâm pe acele ale lui Hanke și ale lui Lindner. Amândoi, lucrând separat, s'au folosit de preparatul sulfamidic peaminobenzolsulfonacetylamid, cunoscut sub numele de albucid, pe care l-au administrat în doze masive unor mari serii de bolnavi. Primul l-a administrat în doza 3×3 tablete zilnic adică 4,5 gr. timp de 7 zile consecutive, acest tratament a fost apoi repetat de mai multe ori la intervale de 8—10 zile,

dacă se ivea nevoia. Hanke pretinde că după 2—3 serii de tratament a vindecat cele mai multe cazuri de trachom florid dintre cari multe cu panus şi ulcere corneene. Numai în puţine cazuri a fost nevoit să repete seria de 4—5 ori.

Lindner a fost îndemnat să întreprindă cercetările sale de entuziasmul ce-l afişau unii autori americani pentru chimioterapia sulfamidică în trachom. El a dozat cantitatea de albucid după individ, administrând zilnic 0,03 gr. pe kgr. de greutate. Această doză zilnică împărţită în 3 părţi egale a administrat-o fără întrerupere timp de 3—4 săptămâni. In unele cazuri a fost nevoe de repetarea acestui tratament după un anumit interval. In acest fel a putut vindeca toate cazurile de trachom chiar şi pe cele cu complicaţii corneene; în panusul recent leziunile corneene au dispărut după 3—5 zile.

Dacă afirmaţiile lui Hanke, Lindner şi altor autori ar putea fi confirmate, grava problemă a trachomului ar fi rezolvată definitiv.

Sub impresia lor, am aplicat şi noi tratamentul sulfamidic în trachom la serviciul de ochi al spitalului de Stat din Brăila. Dar trebue să recunoştem, dela început, că rezultatele noastre nu corespund în totul celor publicate de autorii de mai sus. Este adevărat însă că noi am insistat mai ales asupra aplicării locale a albucidului sub formă de alifie 10%.

— Redăm mai jos cazurile clinice tratate şi rezultatele obţinute:

OBSERV. I. — Sold. P. G. 24 ani, intrând în serviciul nostru declară că simte o uşoară jenă oculară care a început cu numai 7 zile în urmă; alt simptom subiectiv nu acuză. Obiectiv însă starea lui oculară este cât se poate de manifestă: toată suprafaţa conjunctivelor presărată cu granulaţii trachomatoase de aspect clasic, pe alocurea confluente, aglutinate la nivelul fundurilor de sac. Cornea liberă la ambii ochi.

Se institue tratament local cu alifie albucid 10% aplicată de 2 ori pe zi, iar ca tratament general i se administrează 9 tablete albucid a 0,50 gr. la zi luate în 3 reprize timp de 7 zile; seria se repetă de 2 ori la interval de 8 zile. Deja după prima serie de tratament per os cu tablete albucid granulaţiile s'au redus mult ca volum şi s'au turtit; în fundurile de sac inferioare aproape dispărute. Celelalte 2 serii au influenţat mai puţin mersul boalei.

Totuşi s'a ajuns la o turtire foarte accentuată a granulaţiilor ce a mers până la un punct peste care nu s'a putut trece, oricât s'a insistat cu tratamentul.

OBSERV. II. — Sold. B. I. 36 ani. La O. D. pterigion, în rest nimic deosebit. La O. S. afecţiunea a început înainte cu 3 săptămâni debutând cu simptome subiective moderate. La examenul conjunctivelor se constată pe toată întinderea lor granulaţii caracteristice mascate în mare parte de o congestie pronunţată şi secreţie destul de abundentă. E vorba deci de un trachom supra-infectat.

I se aplică de 2 ori la zi alifie albucid 10%. După două zile conjunctivele în mare măsură descongestionate, secreţia dispărută, granulaţiile însă mai evidente şi bine reliefate. După alte 3—4 zile de tratament local chiar granulaţiile încep să se turtească; această turtire a lor merge progresând până la un anumit punct când tratamentul local, se pare, nu le mai influenţează decât în mică măsură. La o săptămână dela intrarea în spital se combină tratamentul cu administrarea pe cale bucală a unei doze zilnice de 4,5 gr. luată în 3 reprize timp de 7 zile consecutive. Rezultatul este dispariţia multor granulaţii trachomatoase şi o turtire manifestă a celorlalte.

OBSERV. III. — Bolnavul L. Gh. de 24 ani. Inainte cu 7 luni i s'a făcut curetaj conjunctival urmat de creionări. Revine cu următoarea stare oculară: printre rugozităţile şi micile frâuri cicatriciale evidente mai ales la nivelul conjunctivelor inferioare se observă granulaţii trachomatoase recente mai ales în regiunea glandei lacrimale a ochiului.

Corneea liberă. I s'a administrat numai alifie cu albucid 10% timp de 7 săptămâni de 2 ori la zi următorul rezultat: granulaţiile, deşi s'au turtit în mare măsură, n'au manifestat nici o tendinţă de dispariţie.

OBSERV. IV. — Bolnavul N. S. 36 ani. Afecţiunea a apărut înainte cu 3 ani. Intre timp a fost operat (probabil curetaj conjunctival). Conjunctiva tarsală a ambilor ochi cicatricială cu rugozităţi şi granulaţii. Fundurile de sac nu prezintă granulaţii, conjunctiva bulbară deasemenea.

Tratament local: alifie albucid 10% timp de 4 săptămâni. Către sfârşitul acestei perioade de tratament s'a administrat per os, timp de 3 zile, câte 9 tablete albucid. S'a observat că tratamentul local a făcut să dispară infecţiunea conjunctivală supradăogată şi a produs turtirea în mică măsură a granulaţiilor, dar numai după introducerea tratamentului general regresarea lor a fost evidentă.

OBSERV. V. — Sold. C. A. 26 ani. Bolnav de un an şi jumătate şi tratat în mai multe rânduri cu creionaj sulfat de cupru. Afecţiunea recidiva la puţin timp după încetarea tratamentului. La examenul obiectiv se constată o diseminare cu granulaţii trachomatoase pe toată întinderea conjunctivelor, mai ales la nivelul fundurilor de sac; câteva dintre ele în regiunea plicei semilunare.

I s'a aplicat numai tratament local. Rezultatul fiind incomplect a trebuit să se recurgă la curetajul conjunctival.

OBSERV. VI. — Bolnavul T. C. 41 ani. A început să simtă jenă la ochi cu o jumătate de an înainte. La examenul obiectiv, conjunctivele acoperite cu granulaţii gelatinoase; câteva granulaţii se observă şi la periferia conjunctivei bulbare. Corneea liberă.

I se administrează zilnic 9 tablete albucid în 3 reprize, timp de 3 zile. Local, alifie albucid 10%, continuându-se tratamentul local fără întrerupere timp de 4 săptămâni. După acest tratament combinat granulaţiile trachomatoase s'au turtit în aşa măsură încât abia mai erau vizibile. I s'a dat drumul cu indicaţia de a reveni după 2 luni pentru control.

OBSERV. VII. — Bolnavul D. D. 20 ani. Afecţiunea datează de 3 luni, după afirmaţia bolnavului. Conjunctivele prezintă caracterul clasic al unui trachom florid: granulaţii cu aspect gelatinos diseminată pe toată suprafaţa conjunctivală, confluente la nivelul fundurilor de sac superioare.

Tratament local: alifie albucid 10%, — pansăm unul dintre ochi intenţionând prin acest procedeu să prelungim contactul conjunctivelor cu medicamentul. Rezultatul: reducerea granulaţiilor ca vo'um fără ca să dispară. Nu s'a constatat un efect mai accentuat asupra granulaţiilor la ochiul pansat. In cele din urmă s'a recurs la raclajul conjunctivelor.

OBSERV. VIII. — Serg. S. T. 33 ani. Suferind din timpul copilăriei. Operat (probabil curetat) de 2 ori după cari intervenţii a avut lungi perioade de remisiune a boalei. La intrarea în serviciu se constată tabloul clasic al trachomului recidivat cu numeroase cicatrice, rugozităţi şi granulaţii la nivelul conjunctivelor tarsale, fundurile de sac fiind mult scurtate.

Tratament bucal: câte 9 tablete zilnic timp de 3 zile.

Tratament local: alifie albucid 10% administrată de 2 ori la zi timp de 6 săptămâni. Rezultat: turtirea granulaţiilor fără ca să dispară.

OBSERV. IX. — Bolnavul A. D. 27 ani. Aspectul clinic de conjunctivită granuloasă recidivată. S'a instituit acelaş tratament ca la precedentul rezultatul fiind asemănător.

Concluzii:

1) Preparatul albucid acţionează într'un mod evident asupra infecţiilor conjunctivite asociate suprimând, în scurt timp, secreţia conjunctivală şi descongestionând conjunctivele.

2) Se constată o manifestă turtire a granulațiilor trachomatoase; n'am observat însă în nici un caz dispariția lor totală (chiar atunci când s'a administrat bolnavilor 3 serii de câte 7 zile de tablete albucid per os paralel cu aplicarea locală a alifiei albucid 10%). Nu se poate preciza dacă această turtire se datorește unei acțiuni directe a albucidiului asupra granulațiilor trachomatoase sau este cauzată numai de o descongestionare a conjunctivei, reducându-se în acest fel, reliefarea lor.

3) In general turtirea granulațiilor este mult mai evidentă în fundul de sac inferior. Explicația acestui fapt, după părerea noastră, este stagnarea alifiei de albucid, timp mai îndelungat, la acest nivel.

4) Preparatul a fost foarte bine tolerat de către bolnavi atât în alifie (10%), cât și per os (tablete a 0,50 gr.) neînregistrându-se nici un caz de intoleranță.

5) După analiza cazurilor observate credem, că pentru a obține un rezultat maxim, se cere instituirea unui tratament după următoarea schemă: maximum 3 serii de 7 zile la interval de 8—10 zile în cari se administrează câte 9 tablete albucid a 0,50 gr. zilnic luate în trei reprize; paralel se face tratamentul local de 2 ori la zi cu alifie albucid 10%.

6) Administrarea locală a albucidului, deși este un prețios mijloc terapeutic adjuvant, nu duce singură niciodată la dispariția granulațiilor trachomatoase.

7) Efectul albucidului asupra trachomului va trebui să fie urmărit și în cazurile când acest tratament se aplică după cura chirurgicală a afecțiunii.

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)

pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni ale Căilor urinare

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

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

Muzeul Central Universitar

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

CONTRIBUȚIUNI LA TRATAMENTUL DIETETIC AL ENTEROCOLITELOR DISENTERIFORME IN ARMATĂ

UN PROCEDEU PENTRU O MAI RAPIDĂ RECUPERARE A EFECTIVELOR *)

de

Medic Lt.-Col. D-r V. CONSTANTINESCU
Medic Maior D-r AXENTE IANCU și **Medic Slt. D-r C. MANU**

Războaiele întotdeauna au constituit cel mai prielnic prilej pentru răspândirea diverselor boli contagioase în sânul armatelor combatante. Cu cât ne îndepărtăm mai mult de timpurile noastre dominate de măsurile de profilaxie ce au rezultat pe urma epocalei descoperiri a marelui Pasteur, cu atât mai mari și mai impresionante au fost ravagiile încrustate pe răbojul vremurilor apuse.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In războaiele de pe vremuri epidemiile reclamau mai multe jertfe în vieți omenești decât armele. In războiul din Crimeea la 10 morți prin răniri reveneau 36 sucombați din cauza epidemiilor. In războiul Italian (1859) raportul era de 10 : 33, iar în războiul din 1866 el era încă de 10 : 13, abia în războiul din 1870/71 a scăzut numărul morților de boli infecțioase sub cel al morților prin arme la 10 : 5. In războiul mondial 1914—1918 coeficientul din chestiune s'a redus și mai simțitor la 10 : 1.. La 1.531.000 căzuți prin răniri, numărul morților prin epidemii a fost abia de 155.000.

Enormele sacrificii suferite de diferitele armate din cauza epidemiilor rezultă și din următoarele cifre: La asediul Danzigului de către trupele aliate francujii au pierdut 20.000 soldați pe urma epidemiilor. Asedierea Torganului (1813) a reclamat 16.000 morți din partea

*) Lucrarea a fost făcută încă în anul 1941. Din motive independente de voința noastră însă ea vede lumina tiparului abia acum. Deși în ultimii 2 ani sulfamidele (în special sulfathiazolul dar și sulfapyridinéle) și-au cucerit un loc de frunte în tratamentul medicamentos al dizenteriei și enterocolitelor disenteriforme, totuși credem că laptelui acidulat trebue să-i fie rezervat un loc de cinste în tratamentul dietetic al acestor infecții intestinale chiar și la adult. Observațiunile noastre au fost comunicate de altfel în rezumat și la o întrunire medico-socială din Capitală. (Vezi Docent Universitar *D-r Axente Iancu*: Organizarea Medicală a plasamentului copiilor în familii crescătoare. Raport prezentat la Conferința pentru studiul problemei, Ocrotirea Copiilor, sub auspiciile Consiliului de Patronaj al Operelor Sociale și al Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale în ziua de 25 Iulie 1942).

asediatorilor. In războiul de scurtă durată din 1866 holera a obligat atât pe învingători cât şi pe cei învinşi să încheie repede pace, fapt care nu a împiedecat însă extinderea epidemiei şi asupra populaţiei civile germane prin intermediul armatelor venite acasă, reclamând 13.000 victime, în timp ce războiul mondial din 1914—1918 s'au îmbolnăvit abia 75 persoane civile de holeră, care s'au contaminat dela soldaţii bolnavi proveniţi din armata ce a operat în est. Cifrele acestea dovedesc în modul cel mai evident progresul pe care l-a realizat profilaxia boalelor infecţioase dela războiul de 6 săptămâni din 1866 şi până la cel din 1914—1918 [1]).

In secolul al 14-lea în Europa numai de ciumă au murit 25 milioane de indivizi, cam 1/4 parte din populaţia de pe atunci

Schedtler [2]) aminteşte tuberculoza ca aflându-se în zilele noastre în fruntea boalelor infecţioase cari se previn şi combat în timp de război şi acest fapt este motivat prin profilaxia şi combaterea cu succes a celorlalte boale infecţioase, ca: febra tifoidă, tifosul exantematic, difteria, holera malaria, etc. Autorul citează printre infecţiile transmisibile tuberculóza în primul rând din cauza marei cifre cari pe vremuri — chiar şi în războiul francezo-german din 1870/1871 făceau încă suficiente ravagii, de morbiditate şi mortalitate pe care le dă această boală; căci în timp ce în armata germană s'au îmbolnăvit de tuberculoză 5,3 : 1000, din care apoi au sucombat 14, 4%, cifrele corăspunzătoare pentru febra tifăidă sunt de 4,6 : 1000 cu o mortalitate de 10,1%, iar pentru dizenterie de 6,1 : 1000 cu cifră de letalitate de 5,6%. Toate celelalte boli infecţioase reprezintă abia fracţiuni din cele trei principale citate mai sus.

Deşi boalele infecţioase au fost prevenite cu multă pricepere şi cu multă eficacitate în cazul actualului război, totuşi mici neajunsuri în funcţie de considerabilele aglomeraţiuni omeneşti într'o permanentă deplasare se prezintă încă medicilor spre a fi rezolvate şi combătute.

In cadrul armatei a IV-a care se poate mândri cu o excelentă organizare a serviciului sanitar militar de care a dispus au avut de îngrijit între altele până la cucerirea Odesei mai multe cazuri de enterocolite dizenteriforme.

Posibilităţile mai mari de procurare a mijloacelor terapeutice, care le aveam la îndemână şi experienţa câştigată de către unul din noi în tratamentul entrocolitelor dizenteriforme la copii, ne-a îndemnat să încercăm laptele acidulat şi la ostaşii noştrii şi aceasta cu atât mai mult, cu cât în ultimul timp formaţia noastră dispunea de mai multe vaci care ne furnizau laptele necesar cercetărilor experimentale.

---

1) *D-r Prof. Hans Curschmann* Aus der Medizinischen Universitätsklinik zu Rostock i M. Über Seuchenvorbeugung im Kriege. *Medizinische Klinik* No. 42. 20 Oct. 1939, 35 Jg. pag. 1361.

2) *Docent D-r O. Schedtler* (Sanatorium Sonnenblick, Marbung a. L). Der Einfluss des Felddienstes auf Eintritt, Ausbreitung und Ablauf der Lungentuberkulose, *Med. Klinik* No. 43, 35 Jg. pag. 1389.

Laptele acidulat[3]), a fost introdus până în prezent abia în regimul alimentar al copilului.

In 1919 Marriott a raportat rezultate bune înregistrate pe copiii atreptici întrebuinţând lapte de vacă fermentat, începând tratamentul cu babeurre şi lapte acidulat părţi egale, iar mai târziu angmentând concentraţia hidrocarbonatelor. In 1920 tot Marriott[4]) recomandă întrebuinţarea precaută a laptelui de mamă şi a laptelui acidulat (cu acid lactic) părţi egale, în diareile infantile.

Rezultă deci că primul a fost **Marriot**, care a introdus laptele acidulat în regimul copilului.

Masquet[5]) în teza sa expune modul de preparare a diferitelor feluri de lapte acidulat ca: babeurre, lapte acidulat prin administraţia de acid lactic după metoda lui **Marriott** şi **Davidson**, lapte închegat („qaillés" sau „fromage" acid), lapte pulverizat („poudre de lait") care se poate prepara cu variabile şi foarte mici cantităţi de acid lactic: aşa se adaugă acid lactic în concentraţia de 0,07 : 100 în loc de 0,5—0,8 : 100 aciditate preconizată de autorii americani. Este suficient a aduga la un biberon de 100 gr. 1 linguriţă din soluţia de acid lactic 1,40 : 100.

După **Bernheim-Karrer**[6]), laptele acidulat reprezintă un aliment complet care poate fi administrat timp mai îndelungat, pe când laptele albuminos şi babeurre-ul provoacă repede carenţă. El este bogat în calorii, permite urcarea rapidă a concentraţiei hidraţilor de cărbune şi facilitează îngrijirea pielii determinând scaune uscate şi consistente şi prevenind în consecinţă eritemul fesier şi interigo. Autorul a administrat din el până la o cantitate echivalentă cu 1/7 din greutatea corporală fără să depăşească însă 800 gr. pe zi.

Behrens[7]) ocupându-se de laptele acidulat (cu acid citric) reaminteşte condiţiunile pe care trebuie să le întrunească un bun regim pentru sugarii, stabilite încă de către **Biedert** şi **Czerny**, în sensul cărora sugarul supus regimului să se desvolte bine, cei expuşi infecţiilor să nu le contracteze, iar cei bolnavi să devină sănătoşi; în afară de acestea regimul trebuie să mai fie accesibil şi marilor masse ale populaţiei.

Toate aceste calităţi ar reveni laptelui acidulat, citând autorul observaţiunile favorabile ale lui Weissenberg, S. Mayer, Aron şi constatările sale persoanale făcute pe 109 copii în vârstă dela 14 zile şi până la 5 luni, iar peste 5 luni numai pe 5 copii, care toate pledează în acelaşi sens.

---

3) *W. Mc. K. Marr ot*: The Artificial Feeding of Athreptic Infants. *J. A. M. A.* 73: 1173 (oct. 18), 1919.

4) cit de *Jesse R. Gerstley*: Infant Nutrition. Vll Lactic Acid Mülk: Has it Solved the Problems of Infant Nutrition? *Am J. Dis. Childr.* 45, 538 (March) 1933.

5) *V. J. Masquet*: *L'emploi des laits acides chezle nourrisson.* Thèse de Paris, 1928 no. 174, Ref. le *Nourrisson* 1101, 1929.

6) *J. Bernheim-Karrer*: Experiences d'alimentations chez les nourrisons dystrophiques avec le lait complet à l'acide lactique d'apres *Marriot. Schweizerische med. Wocheschrift*, Tome LIX. N-o 39, 28 Sept. 1929. Ref. La *Presse médicale* no. 11, 5 Fevrier 1930 vol. 23.

7) *D-r Richard Behrens*: Aus dem städtischen Kinder-u. Säuglings vollumich Weissenberg imbesonden Laezüglich ihrer prophylactischen Wirkung auf Rachitis. Trchio f. kinudehlsole 86 B5 Helf 2, Ian. 1929.

Mose şi Happe[8]) au făcut dovada experimentată că laptele acidulat produce o inhibiţie completă a desvoltării microbiene ca: coli, streptococul hemolitic, enterococ şi bacili tifici.

Brünn[9]) ocupându-se de disenteria amebiană a copilului aminteşte şi de tratamentul cu un lapte acidulat de către populaţia arabă; după dânsul în regiunile tropicale există un mare număr de disenterie bacilară, infecţia amoebiană, adeseori nu provoacă simptome disenterie, ci numai turburări gastro-intestinale generale. Caracterul principal este nucleul amöbei. Clinicește disenteria amoebiană se caracterizează prin debutul înşelător, evoluţia lentă, tendinţă la cronicitate. Din punct de vedere clinic au o importanţă cazurile cari dela început prezintă simptome diaerice. Disenteria bacilară se poate chiar clinicește deosebi de cea amoebiană prin evoluţia violentă şi aspectul celular al scaunelor. In scaunele disenteriei amoebiene nu se întâlnesc leucocite, pe când în cea bacilară cantităţi enorme de leucocite şi macrofagi. In terapeutica dietetică a dat rezultate foarte bune un lapte acid (Sauermilch), arab denumit „Lebben", care se aseamănă kefirului; iar în cea medicamentoasă: emetin ½ mgr. de 1 Kgr. In primul an nu vom depăşi 0,005, iar în al 2-lea an 0,015. Supradozarea este periculoasă. Emetina este contraindicată în disenteria bacilară!

Moro şi Finkelstein au propus eliminarea diluţiei de lapte, ⅓ 1 din practica sugarilor din cauza insuficienţei calorice şi a substanţelor grase. Un alt progres în alimentaţia artificială a fost ca diluţiile cu apă („Milch-Wasser-Zuckermischungen") au fost înlocuite cu diluţiile făcute cu decoct („Milch-Schleim-Zuckermischungen") Pentru mulţi copii este bună supa untoasă făinoasă (Buttermehlschuitze) care conţine multe calorii, dar nu toţi copiii o suportă. Beumer[10]) dă, începând cu 1921, tuturor sugarilor şi celor prematuri lapte complect cu un adaus de 2% mondamină şi 4—6% zahăr alimentar, plus 5—6 cm^3 acid lactic. Mamelor li se dă o soluţie de acid lactic de 10%, din care se pune 50—60 cm. la 1 litru lapte. Se administrează copiilor alimentaţi artificial în primele 4—5 luni. De aci înainte se abandonează acidul lactic. In caz că scaunele devin prea tari se va înlocui mondamina cu făina de grâu, iar zahărul nutritiv cu zahărul obişnuit. Copiii se desvoltă foarte bine. Sunt bătătoare la ochi scaunele acide, galbene, de un miros aromatic. Pe lângă această alimentaţie, nu se mai întâlneşte rachitismul grav. Pentru profilaxia rachitismului ajunge 1 linguriţă de ulei de peşte zilnic, adăugându-se 1 cmc. Vigantol la 100 gr. ol. jecoris aselli. In turburările digestive se administrează un regim de ceai de 12 ore după acea apă de orez (Reismehlsuppe) 6—8% şi se poate trece repede la laptele acidulat complect.

---

8) Cit de *Schiff*: Milchsäueremilch statt Buttermilch bei Ernährungsstörungen des Säuglings. Therapie d. Gegenwart. 1929, 2 Hefl.

9) *Artur Brünn*: Erfahrungen uber Omöbendysenterie bei kinderverein f. Innere Medizin und Kinderheilkde in Berlin Paediatrische Sektion, Setzung vom 18. III. 1929. Archiv, f. Kinderhke Bd. 87 Heft 1, April 1929.

10) Prof. *Beumer* (Gottingen): Milchsäuremilch für Säuglinge D. M. Wr. 2 1930.

In serviciul Prof. lui Rietschel[11]) colitele infecţioase (disenteria, febra paratifoidă etc), sunt tratate cu regimul diatetic, înregistrându-se rezultate bune dela supa de malţ, introdusă încă de către Widerhofer şi recomandată şi de Haubner. Efectul bun este atribuit reacţiunei acide intestinale, dat fiindcă atât microbii tifici cât şi cei disenterici sunt ucişi pe lângă un p.H. de 4,5 (Hess şi Scheer). Regimul cu mere crude a dat deasemenea bune rezultate. Selma Meyer preconizează laptele complect şi acidulat cu acid citric îndeosebi în tratamentul febrei tifoide şi paratifoide.

Prof Mettenheim[12]) un bun cunoscător şi mânuitor al regimurilor alimentare dietetice în special în diversele stări patologice ale copilului, la capitolul disenteriei nu aminteşte încă laptele acidulat, ci dă preferinţă supei de malţ a lui Kaller. La fel se procedează şi în serviciul de sub conducerea Prof. Rietschel[13]) la copii care au depăşit vârsta de un an.

Referitor la generalizarea laptelui complect acidulat în alimentaţia sugarilor sănătoşi şi tineri majoritatea pediatrilor germani sunt împotriva[14]). Prof. Bessau consideră „Saervollmilch-ul" ca fiind la modă, acceptă componenţa acidă ca procurând condiţiuni mai avantajoase în schimburile nutritive la nivelul mucoasei intestinale în luptă cu saprofiţii laptelui, consideră în schimb laptele nediluat ca fiind nefiziologic. Mai certă o carenţă relativă în factorul C. şi D. şi predispune la dispepsii. Beumer vede în el un mare progres al metodei alimentare recomandându-l ca alimentaţie artificială exclusivă pentru sugarii sănătoşi şi ca aliment de complectare a laptelui de mamă la noi născuţi, prematuri şi sugarii mai în vârstă. Brüning şi Degkwitz manifestă o atitudine rezervată. Duzăr este pentru difuzarea diluţiilor acidulate de lapte în locul laptelui complect pentru practica generală. Fanconi nu vede motivele pentru care să se renunţe la metodele alimentare de până aci; totuşi recunoaşte că laptele complect, acidulat a dat bune rezultate în anumite afecţiuni. V. Hainiss vede un risc mai mare în alimentaţia cu lapte complect în raport cu diluţiile de lapte. F. Hamburger se pronunţă în felul următor: Sauerwllmilchen mit Zucker und Mehl Kalorisch s'ark angereichert zu geben, gehör meiner Ansicht nach auch in das Gebiet harmloser Spielerei, solange man nicht Kalorisch überfüttert und nicht zu wenig Flüssigkeit gibt". Kleinschmidt vede în laptele acidulat, complect, un aliment concentrat, iar în cazul existenţei unor indicaţiuni pentru utilizarea acestuia el preferă sosul cu zară (Bittermilcheinbrenne) 2% unt, 3% făină,

11) Vezi Lydia Gerbach (serv. prof.-ului *D-r Rietschel*, Würzburg): Zur Klinik und Therapie der Colitis infectuosa im Kindesalter. Med. Klinik N. 45 9 Nov. 1932 pag. 1575.

12) *Prof. D-r H. b. Mettenheim* (Frankfurt a. M.): Zur Ernahrungstherapie im Kindesalter. Med. Klinik nr. 43 26 Oct. 1932 pag. 1502.

13) *Herman Burchard* serv. prof-lui *Bietschel*, Wizburg): Chronische Ernährungsstörungen jenseits des Säuglingsalters. Med. Klinik no. 12. 22 März 1935 vol 390.

14) După răspunsurile primite de *E. Müller* la o adresă circulară trimisă diferitelor clinici infantile. Kinderärztliche *Praxis*, 6 Jg. Iulie 1935, Heft 7, p. 325. Tsefls vol. 325.

5% zahăr, care a dat rezultate superioare. Suprimarea sosului şi menţinerea zarei poate fi utilizată imediat drept regim dietetic, (Heilnahrung) în caz de turburări alimentare intercurente. El este de părere că au trecut acele timpuri, când orice aliment pentru sugari a fost generalizat şi recomandat pentru toţi sugari deopotrivă. Moro a renunţat la întrebuinţarea lui în regimul copilului mic sănătos şi în cel al distroficilor. Rominger recunoaşte bunele rezultate obţinute în instituţii, fapt care nu trebue să constitue un îndemn pentru al introduce şi în practica particulară. Supraîncărcarea organismului tânăr cu săruri şi proteine concentrate în anumite împrejurări nu poate fi indiferentă. V. Reuss este pentru păstrarea calităţii lui drept („Heilnahrung") „aliment-medicament" pentru sugarii dispeptici sau cu tendinţă la dispepsii, fie că sunt alimentaţi artificial, fie natural. Stolte vede în generalizarea laptelui acidulat, complect, căruia i s'a mai adăugat zahăr şi făină, un regres. Vogt constată efecte bune în instituţii, unde ameninţă turburările digestive, nu vede efectul său de „Heilahrung", găseşte însă forţată generalizarea lui. Beumer pledează din nou în favoarea laptelui acidulat în alimentaţia artificială a copilului din primele 4—5 luni ale vieţii, el constituind un aliment complect, prevenind ba chiar vindecând şi putrefacţiile intestinale şi deci dispepsiile de lapte de vacă („Milchnährschaden"), reprezentând o metodă profilactică pentru combaterea diareilor copilului mic. Surplusul de proteine faţă de diluţiile de lapte în volum egal nu reprezintă decât vre-o 6 gr., în timp ce unor copii distofici se dau 2% plasmon ceeace ar reprezenta cam 12—20 gr. Efectul bun al laptelui acidulat a fost recunoscut de autorii: Vogt, Weissenberg, V. Pfaundler, Feer[15]) şi a; Weissenberg a preconizat şi Citrotibin Nährzucker-ul (zahăr + acid citric) care are încă inconvenientul că este prea scump. Acelaş cusur îi revine şi laptelui acidulat în pulbere (Sueretrochenmilch preparat) „Alete". Beumer a preconizat „Aciletten", nişte tablete de acid citric (Firma Benkiser Ludwigshafen), o tabletă conţinând cantitatea ce revine la 100 gr. lapte, Prescripţia de preparare este următoarea: cantitatea zilnică de lapte se fierbe timp scurt împreună cu 1—2% mandarină şi 5% zahăr şi se răceşte în apă. Amestecului răcit i Ie adaugă de fiecare 100 gr. 1 tabletă de acid citric Numărul potrivit de tablete se sfarmă şi se dizolvă într'o lingură de apă, iar soluţia se adaugă laptelui pe lângă agitarea continuă a acestuia. Deoarece zahărul alimentar nu îndulceşte, în caz de întrebuinţarea lui se mai adaugă de fiecare biberon şi câte o ½ tabl. de zaharină. Creşterea în greutate săptămânală nu poate fi sub 150 gr. şi nici peste 200 gr. Dozele zilnice aproximative sunt următoarele pentru un sugar sănătos:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

---

15) *Prof. D-r A. Beumer* (Göttingen): Uber die künstiche Ernährung des Säuglings, Medizinische Klinik, H 31, No. 32, 9 Aug. 1935, pag. 1035.

16) *Prof. D-r E. Feer*: Die Sauermilcharten in der Nahrung der Völker und in der modernen Medizin. Volume Jubilaire, *Louis E. C. Dapples*. Nestlé and Anglo-Swiss Holding Company Ltd. Vevey, 9 Sept. 1937.

2— 6 săptămâni	aproximativ	450—600 gr. pe zi
7—10 „	„	650 gr. „ „
11—16 „	„	700 gr. „ „

Începând cu luna a 5—6, se continuă alimentația cu cantități egale de lapte, renunțându-se la acidul citric, adăugându-i-se natural legumele și făinoasele.

Bohn[17]) consideră laptele uscat (integral, acidulat ca fiind cel mai echilibrat și mai digestibile printre felurile de lapte modificat. Gautier[18]) reprezintă opinia că laptele uscat și acidulat constitue printre produsele citate de lapte modificat pentru o serie întreagă de sugari alimentul ce convine mai mult în primele luni ale vieții, iar Exchaquet[19]), că laptele acidulat este superior celorlalte feluri de lapte modificat și le poate înlocui pe acelea aproape în toate cazurile.

Cardiacos în teza sa susținută la Facultatea de Medicină din Paris și bazate pe 15 observațiuni culese din serviciul de sub conducerea Prof. Nobécourt ajunge la concluzia că: laptele acidulat poate fi administrat sugarului sănătos care este împiedecat să profite de laptele de mamă, fiind un lapte integral și având o mare valoare calorică prin adițiunea hidraților de carbon. El poate înlocui laptele de mamă ori să-l complecteze în caz de ipogalactie. La ablactare el va constribui alimentul de transiție. El mai poate fi administrat copiilor cu atrepsie și ipotrepsie prezentând turburări digestive. El mai poate fi prescris și în marile infecțiuni și în marile suferințe ale stării generale.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In tratamentul diareilor Prof. Reuss constată eficacitatea antidiareică a regimului cu lapte acidulat („Sauermilch") și regimul de fructe crude („Rohobstdiät") sub formă de banane ori mere. După 6—12 ore regim de ceaiu sugarul primește timp de 1—2 zile câte 200 gr. pireu de mere („Apfelbrei") și eventual suspendat în 3/4 litri ceaiu (6 porți) înlocuind progresiv merele cu lapte acidulat. In dizenterie și colitele pronunțate, regimul de mere (1—2 zile) este complectat cu lapte cu maltz (lapte complect ori 2/3-a cu un adaus de 2% făină și 10% („Malzextrackt") extract de malț. Sugarilor dispeptici alăptați la sân, li se administrează înainte de fiecare prânz 20 gr. „Apfelbrei") (1 lingură de supă bună).

Scharff[22]) crede mai recent deasemenea și accentuiază iarăși

17) *A. Bohn*: Précisions sur le lait sec entier acidifié et son emploi chez les nourrisons. Le Nourrissons 25 e année No. 5 Sept. 1937.

18) *P. Gautier* (Genève): A propos de la poudre de lait acidifié. Ibidem.

19) *L. Exchaquet* (Lausanne): Remarques sur l'emploi du lait acidifié. Ibidem.

20) *D-r André Candiacos*: L'emploi du lait entier acidifié chez le nouvisson. Thèse de Paris 1937, 100 pag. Ref. Archives de médicine des enfants Tome 40 no. 7 Juillet 1937 vol. 478—479.

21) *Prof. D-r A. Reuss* (Wien): Uber kunstiche Säuglingsernährung Wien. Klinik Wochenschrift 16, 1937.

22) *D-r Jomgard Scharff* (Universitäts-Klinik Göttingen). Direktor: *Prof. D-r H. Beumer*: Zur Frage der Saurevollmilch als Säuglingnahrung. Med. Klinik No. 20, 20 mai 1938 pag. 675.

că laptele complect, acidulat, constitue un aliment de durată excelent pentru sugari, după cum el mai poate face oficiu și de aliment de trecere „Heilnahrung" în cele mai diverse afecțiuni (profilaxia rachitismului, distrofiile neasociate și necomplicate cu diaree, în anemii (ferul poate fi mai bine asimilat în tovărășia laptelui acidulat); aspectul dispepsiei laptelui de vacă („Milchnährschaden") pe lângă un astfel de regim alimentar nu se mai prezintă. In dispepsii și diarei, laptele acidulat nu este introdus dela început dintr'odată, ci abia după ce se aplică sistemul preconizat de Prof. Bessau: 1-a zi ceaiu cu glucoză; 2-a zi: apă de orez cu zaharină; în ziua a 3-a: zeamă de orez cu 3% zahăr; în ziua a 4-a: zeamă de orez cu 5% zahăr; începând cu ziua a 5-a în mod progresiv, zeama de orez va fi înlocuită cu lapte acidulat degresat și urcând zilnic cu câte 100 gr. Prezentându-se scaune normale, iar starea generală copilului fiind bună, se trece încetișor la regimul cu lapte acidulat exclusiv. Guillemot[23]) atribue efectul binefăcător al laptelui acidulat (kephyr, yogourt, kumys, leben, etc.) în primul rând acțiunii fiziologice a laptelui transformat prin microbi: Laptele devenind acid, a cărui cazeină este modificată și care s'a îmbogățit în diastază, acționează ca și aliment-medicament restabilind seria normală a actelor digestive succesive, favorizând apărarea proprie a intestinului. Autorul nu consideră însemnătatea artificială a tractului digestiv ca fiind indispensabilă. Mischke[24]) ia atitudine contra faptului că laptele acidulat să fie considerat ca și reprezentând regimul preferat pentru sugarii sănătoși. Generalizarea lui tot mai mult face să apară iarăși sindromele colice fetide și cele de spasmofolie cari dispăruseră aproape complect pentru câtva timp din patologia copilului de prima vârstă. In cazuri patologice însă pe lângă o indicațiune bine stabilită și pe lângă un control medical, laptele acidulat aduce totuș reale servicii.

O bună și destul de recentă punere la punct asupra felului de acțiune a laptelui acidulat și asupra indicațiunilor sale datorăm lui Fontana[25]) un colaborator al Prof. Giovanni de Toni din Modena. (actualmente în Genova).

Introducerea lui în dietetic infantilă de către Marriott se bazează pe noțiunea că un aliment este cu atât mai bine digerat de către sugar cu cât aciditatea sa se apropie mai mult de valorile între care oscilează optimul concentrației ionilor de hidrogen; în felul acesta s'ar potența activitatea enzimatică a stomacului prin fixarea acidului de către substanțele tampon, care în felul acesta săturate lasă liber acidul propriu

23) *L. Guillemot et M-me Jéramec*: Les laits fermentés. Leur utilisation dans le traitement des gastro-entérites infantiles. *La Presse médicale* Nr. 15, 22 Fevrier 1939 vol. 295.

24) *D-r Hildegard Mischke.* Kinderärztin in Bad Salzuflen: Zur modernen Säure vol. I milchernährung der Säuglinge, *Kinderärztliche Praxis* 10 Jg. Nob. 1939 Heft, 11 pag. 494.

25) *Dott. Fontana Francesco* (Instituto di Clinica pediatrica della R. Università di Modena, *Direttore Prof. G. de Toni*): L'alimentazione artificiale del lattante. *Policlinico infantile*, Nr. 5, 1941 pag. 169.

al sucului gastric, care exercită o acţiune antiseptică, ar produce o mai bună valorificaţie a laptelui şi a absorbţie mai bună a grăsimilor şi a sărurilor minerale; acidul adăugat ar mai determina o floculaţie mai fină a cazeinei, ar urca puterea digestivă a pepsinei, accentuând desintegrarea proteinelor, producând o mai bună disociere a grăsimilor şi augumentând secreţiunile intestinale. Ar mai exercita o acţiune împotriva proceselor de putrefacţie, ar face ca coagularea caseinei să devină cât mai fină oferind sucului gastric o suprafaţă de atac cât mai întinsă, ar mai urca solubilitatea substanţelor albuminoide; ar activa metabolismul sugarului alimentat cu el, ar esidrata albumina din lapte, ar produce condiţiuni favorabile pentru desvoltarea unei flore microbiene acidofile ar produce în stomacul copilului formarea lactatului de calciu, eliberând cazeina „che şi trova quindi allo stato" de suspensiune coloidală; determină între altele o predigestie a substanţei proteice şi a grăsimilor din lapte prin distrugerea membranei aptogene de natură proteică care învelesţe globulii de grăsime.

Indicaţiunile propuse de diferiţii autori: tratamentul proceselor biologice de origine digestivă, la sugarii alimentaţi artificial, în alimentaţia prematurilor şi debililor congenitaţi (în absenţa laptelui de mamă), în turburările digestive fără diaree, ca şi alimentarea complementară pe lângă laptele de mamă; în distrofiile grave în vărsăturile abituale, în dispepsii şi gastro-ententе, în ipotrofii şi atrofii, în maladiile infecţioase acute ale noilor născuţi şi ale sugarului (în absenţa laptelui de mamă) şi diareea acută, în cea toxică, în vărsăturile alimentare şi eczema, inapetenţă, anginâ, pneumonie, pielite; coeliakie, dispepsiile secundare ori parenterale, stările febrile prelungite, enteritele foliculare sâu entero-colitele disenteriforme; diateza exudativă, limfatism, nevropatie, pilorospasm.

La noi Prof. Gane[26]) şi colaboratorii s'au ocupat de laptele acidulat în alimentaţia copilului mic, înregistrând rezultate favorabile. Autorii se adresează exclusiv laptelui de vacă proaspăt. Pe secţia de puericultură a Eforiei Spitalelor Civile din Bucureşti, „Leagănul Sf. Ecaterina", de sub conducerea medicală a d-lui d-r I. Oreviceanu[27]) medic primar laptele acidulat este introdus de mulţi ani cu rezultate foarte mulţumitoare. A fost susţinută şi o teză cu rezultatul constatărilor făcute aci. în Ardeal, D-l Axente Iancu, consacră în lucrarea sa Actualităţi în Puericultură şi Padiatrie Cluj 1932, pag. 452, un capitol special regimul cu lapte acidulat[28]).

---

26) *Prof. D-r T. Gane, D-r O. Comen şi D-r V. Petrescu Coman:* Câteva cuvinte despre laptele acidulat în alimentaţia copilului la sân. Medicina Infantila. Anul I Nr. 3—4, 1939 vol. 201—206.

27) *D-r Ion Oreviceanu, D-r Maria Iovănescu-Robacki şi D-r Raul Robacki:* Laptele acidulat desmântânit. *Revista de Pediatrie,* de sub direcţia *prof-lui D-r Alfred Rusescu,* Anul I, No. 2, Sept.—Oct. 1942.

28) Vezi şi Docent universitar *C. Axente Iancu:* Cele mai recente regimuri alimentare (laptele acidulat şi cura de fructe) în terapeutica turburărilor de nutriţie ale sugarului. Conferinţă ţinută la 14 Ianuarie 1938 cu medicii participanţi la cel de al 3-lea curs de perfecţionare organizat în zilele de 12—21 Ianuarie 1938 Cluj.

Modul de preparare a laptelui acidulat a fost cel indicat de către Mathieu[29]) cu mici abateri.

Avem nevoie de următoarele articole: a) lapte de vacă proaspăt şi de bună calitate b) făină de orez sau mondamină sau chiar făină de grâu fină, c) zahăr şi d) acid lactic „officinalis" care trebue însă procurat numai dela farmacii, căci cel din comerţ conţine arsenic şi poate provoca accidente toxice.

Unui kilogram de lapte i se va adăoga cu precauţiunea cuvenită, pentru a evita formarea grunjilor 20 gr. (2%) de făină şi 50 gr. (5%) zahăr. Se va fierbe la un foc moale timp de 5 minute, agitând mereu; se va lăsa să se răcească la o temperatură de aproximativ 37° (se va vărsa pe faţa palmară a extremităţii distale a antebraţului stg câteva picături care să fie suportate şi să dea sensaţia de căldură), şi abia atunci se va adăuga, picătură cu picătură cantitatea cuvenită de acid lactic oficinal pur (0, 5—0, 7%), adică 4—6 cmc., laptele fiind agitat mereu între timp cu ajutorul unei linguri ori furculiţe, cu scopul de a evita formarea chiagurilor voluminoşi.

Din cauza condiţiilor excepţionale în care am fost nevoiţi să lucrăm, în spitalul de campanie, în laptele nostru acidulat nu s'a pus făină de loc, iar zahăr abia cu intermitenţă.

Cantitatea de lapte acidulat administrat pe zi în perioada regimului de trecere a fost de 250—300 gr. în două doze, una dimineaţa şi alta după amiază, doze care vor putea fi augmentate progresiv.

Am supus acestui procedeu terapeutic peste 50 de bolnavi. Reproducem extrasele din foile de observaţie aparţinătoare abia a 15 ostaşi bolnavi, restul fiind acestora aproape cu totul superpozabile.

1. **Tr. Mocanu Marin,** intră în spital în ziua de 15 Sept. 1941, cu dga. gastro-enterită disenteriformă.

Istoric: Bolnav de 2 săptămâni. Debut prin scaune frequente diareice la început, apoi muco-sanguinolente, dureri abdominale sub formă de crampe şi tenesme.

A avut 18—20 scaune pe zi.

In prezent 10—12 scaune pe zi, tenesmele şi crampele mai atenuate.

Ex. obiectiv: Tegumentele palide, ţesutul celular subcutanat redus. La palpaer sensibilitatea difuză în hipogastru şi fosa iliacă stângă. Nimic deosebit din partea cordului şi pulmonului. Temp.: 37° 5.

Tratament.: Până la 3 Oct. este tratat cu pastile contra diareii şi compr. anticolerină până la 3×1 pe zi. **Regim** hidric (ceai supă de orez) Starea bolnavului se menţine cam aceiaşi. Nr. scaunelor 7—8 pe zi.

3 Oct.: Pe lângă tratamentul anterior se administrează lapte acidulat **6 acid lactic la 1 kgr. lapte fiert şi răcit.** 250—300 cc. lapte în 2 reprize, dimineaţa şi după masă.

6. Oct.: **4—5 scaune pe zi, uşor sanghinolente.**

Durerile mult atenuate.

---

28) Docent universitar *Axente Iancu*: Tratamentul dietetic al turburărilor de nutriţie cronice şi acute la sugari. Conferinţă ţinută la 28 Noembrie 1937 la Bucureşti la *Cursul de Puericultură* organizat de *Institutul de Puericultură* de pe lângă *Facultatea de Medicină din Bucureşti.*

29) *Rene Mathieu:* Alimentation des ncurrissons bien portants et des nourrisons atteints de troubles de la nutrition par les laits acides, lait de vaches additionné d'acide lactisque. Laits en poudre acidifiés. Recueil Trimestriel de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale 1-ère ed. 2—1936.

9. Oct.: 1—2 scaune pe zi bolnavul se simte mult mai bine. Nu mai are dureri nici tenesme.

11 Oct.: Se începe realimentarea bolnavului cu făinoase.

16 Oct.: Scaune normale. Fiind slăbit i s'a acordat concediu medical de 20 zile.

2 **Căp. Neştian Dumitru.** Este internat în spital la 20 Sept. 1941, cu dgs. Varice, eczemă, reumatism?

La 30 Sept.: începe să aibă scaune diareice cu crampe, 10—15 pe zi. La 1 Oct. scaune muco-sanguinolente, 16—18 pe zi cu tenesme. Se începe tratamentul cu comprimate contra diarei, compr. tinct. anticolerină până la 3×1 pe zi şi lapte acidulat 250—300 gr. pe zi. Regim: ceaiu şi apă de orez.

5 Oct.: 10—12 scaune pe zi muco-sanghinolente crampele şi tenesmele persistă. Starea generală satisfăcătoare.

11 Oct.: 3—4 scaune pe zi diareice nu mai are nici crampe şi nici tenesme.

15 Oct.: Scaune normale. Pleacă în concediu medical.

3. **Sold. Delivoreanu Mihai,** internat în spital în 16 Sept. 1941, cu dgs. Plagă oarbă a antebraţului dr. prin schije. In 29 Sept. 1941, este evacuat la secţia de boli infecţioase prezentând scaune muco-sanguinolente cu tenesme şi colici abdominale, avea 15—17 scaune pe zi.

I se administrează sulfate de Mg. apoi comprimate contra diareii şi tra. anticolerină 3 × 1 tabl. la zi. Regim hidric.

3 Oct.: Se adaugă la tratament lapte acidulat de 2×200 gr. Nr. scaunelor 14—16.

5 Oct.: 8—10 scaune pe zi muco-sanguinolente, cu tenesme, şi colici mai atenuate.

7 Oct.: 5—6 scaune pe zi uşor sanguinolente aproape fără colici. Starea generală bună.

10 Oct.: 1—2 scaune pe zi uşor diareice fără tenesme nu mai are crampe.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Se înapoiază la secţia chirurgicală.

4. **Ilie Anghel, fruntaş.** Intră în spital la 9 Oct. cu Dgs. Enterită disenteriformă.

Bolnav de 8 zile. Debut prin scaune diareice apoi sanguinolente 14—16 pe zi, crampe şi tenesme.

In 10 Oct.: începe tratamentul cu lapte acidulat, are 12—14 scaune pe zi sanguinolente, cu tenesme şi crampe.

12 Oct.: 8—10 scaune pe zi.

15 Oct.: 5—6 scaune pe zi, crampele au cedat în parte.

17 Oct.: 3—4 scaune pe zi fără sânge, nu mai are colici, nici tenesme.

19 Oct.: 1—2 scaune pe zi uşor diareice. Starea generală relativ bună. Se începe realimentarea.

22 Oct.: Părăseşte spitalul. Scaune normale. Se înapoiază la P. S. a Unităţii.

5. **Isac Augustin, Soldat** intră în spital în ziua de 10 Oct. 1941. Dgs. Enterită disenteriformă.

Bolnav de 10 zile. Debut prin scaune diareice apoi după o zi muco-sanguinolente, cu tenesme şi colici abdominale.

In prezent 15—17 scaune pe zi.

10 Oct.: Incepe tratamentul cu lapte acidulat.

13 Oct.: 7—8 scaune pe zi muco-sanguinolente. Se simte mai bine, tenesmele şi colicile persistă.

15 Oct.: 3—4 scaune pe zi uşor sanguinolente.

17 Oct.: 2—3 scaune pe zi fără sânge nu mai are colici, uşoare tenesme.

19 Oct.: Scaune normale, 1—2 pe zi. E uşor slăbit.

22 Oct.: Pleacă în concediu medical de 15 zile.

6. **Caporal Dobrin Ioan,** intră, în spital în 5 Oct. 1941, cu dgs. enterită disenteriformă.

Boala actuală datează de o săptămână. Debut prin scaune diareice apoi după 24 ore muco-sanguinolente, tenesme şi colici abdominale.

In prezent 7—8 scaune pe zi muco-sanguinolente, tenesme, colici abdominale, inapetenţă. Starea generală mediocră.

6 Oct.: Incepe tratamentul cu lapte acidulat.

10 Oct.: 4—5 scaune pe zi uşor sanguinolente. Se simte mult mai bine.

15 Oct.: Mult ameliorat 2—3 scaune pe zi, fără sânge. Nu mai are colici nici tenesme. Incepe realimentarea.

Scaune normale. Inapoiat la Unitate.

7. **Căp. Panaite Mihai,** intră în spital în 11 Oct., cu diagnosticul Enterită disenteriformă.

Bolnav de 10 zile. Debut prin scaune diareice, apoi muco-sanguiolente, 17—20 pe zi, cu tenesme şi colici abdominale. In 6 Oct. la o ambulanţă divizionară i s'a făcut ser antidesenteric, aproximativ 60 cc. după care durerile au cedat, iar scaunele s'au rărit.

In prezent are 12—14 scaune pe zi sanguinolente, cu tenesme.

12 Oct.: Incepe tratamèntul cu lapte acidulat.

15 Oct.: 3—4 scaune pe zi uşor sanguinolente. Se simte mult mai bine.

17 Oct.: 2—3 scaune pe zi fără tenseme. Scaunele nu mai conţin sânge.

20 Oct.: 1—2 scaune pe zi uşor diareice. Bolnavul se simte bine, are poftă de mâncare. E uşor slăbit.

22 Oct.: Scaune normale. Părăseşte spitalul. Se înapoiază la P. S. Unităţii.

8. **Lupu Ilie,** fruntaş, intră în spital la 11 Oct. 1941. Dgs. Enterită disenteriformă.

Bolnav din 15 Sept., 1941, deci de aproape 1 lună. Debut prin scaune diareice, apoi muco-sanguinolente cu colici şi tenesme. A ajuns la 30—40 scaune pe zi. A făcut în două reprize injecţii cu serantidisenteric, odată 60 şi apoi la câteva zile 80 cm. După a doua injecţie s'a simţit mai bine. Colicele au cedat, scaunele s'au rărit.

In prezent: 12—13 scaune pe zi mucoase sanguinolente.

12 Oct.: Incepe tratamentul cu lapte acidulat.

13 Oct.: Bolnavul are iar scaune cu sânge 12—13 pe zi, colici. Se continuă totuşi tratamentul cu lapte acidulat.

15 Oct.: Scaune fără sânge. 11 pe zi. Bolnavul se simte mai bine.

16 Oct.: 4—5 scaune pe zi fără sânge, tenesme uşoare.

19 Oct.: 2—3 scaune pe zi diareice. Nu mai are colici nici tenesme. Se simte bine.

21 Oct.: Scaune normale. Este debilitat.

22 Oct.: Părăseşte spitalul pentru a se înapoia la Unitatea P. S.

9. **Sold. Vlad Aurel:** intră în spital în 11 Oct. 1941 cu dgs. enterită disenteriformă.

Boala actuală datează de 20 zile. Debut prin scaune diareice cu colici şi tenesme după 2 zile simptomele se accentuează scaunele devin mai freqvente, 25—27 pe zi şi iau un caracter muco-sanguinolent.

I-s'a administrat ser antidisenteric în 3 reprize făcând de fiecare dată aproximativ 40 cc. Ultima injecţie la 6 Oct.

Starea prezintă: 8—10 scaune pe zi, sanguinolente, are crampe şi tenesme.

Tegumentele mai palide. Ţesutul celulo-adipos şi muşchiular redus. Nimic deosebit din partea altor organe.

12 Oct.: Incepe tratamentul cu lapte acidulat.

15 Oct.: 6—7 scaune pe zi sanguinolente cu tenesme şi cu colici abdominale.

17 Oct.: 3—4 scaune pe zi uşor sanguinolente.

19 Oct.: 2—3 scaune pe zi aproape fără sânge. Colicele şi tenesmele mult atenuate.

21 Oct. 1—2 scaune pe zi uşor diareice.

22 Oct.: Debilitat, se înapoiază la P. A. a Unităţii.

10. **Ruşeţ Ioan, Soldat,** intră în spital în 10 Oct. 1941 Dgs. Furunculul cefei. Enterită disenteriformă.

Boala actuală datează de 2 săptămâni. A debutat prin scaune diareice cari după 4 zile au luat un caracter muco-sanguinolent cu tenesme şi colici abdominale. Avea 15—17 scaune pe zi, a fost internat în spitalul de campanie Nr. 5 unde i-s'a făcut ser antidisenteric în 2 reprize de fiecare dată aproximativ 60 cc. Ultima injecţie înainte cu o săptămână.

In prezent: 10—12 scaune pe zi muco-sanguinolente cu colici abdominale şi tenesme.

Tegumentele palide, ţesutul celular-grăsos şi muşchiular reduse.

In regiunea cefei prezintă un furuncul incizat. Nimic deosebit din partea altor organe.

11 Oct.: Incepe tratamentul cu lapte acidulat.

14 Oct.: 6—7 scaune pe zi, sanguinolente. Bolnavul se simte rău are dureri abdominale şi vărsături. La ex. obiectiv nimic deosebit.

15 Oct.: Starea generală mai bună continuă acelaş tratament.

17 Oct.: 3—4 scaune pe zi uşor sanguinolente. Nu mai are colici abdominale.

19 Oct.: 1—2 scaune pe zi fără sânge. Nu mai are tenesme. Se simte bine are poftă de mâncare.

21 Oct.: Scaune normale. Se începe realimentarea. Bolnavul este uşor slăbit.

22 Oct.: Părăseşte spitalul spre a se înapoia la Unitatea P. S.

11. **Sold. Iacob Stelian:** Transpus dela secţia chirurgicală cu dgs. enterită disenteriformă.

Intrat în spital la 1 Septembrie 1941, pentru plagă prin schijă a degetului mare dela piciorul drept.

Boala actuală datează din ziua de 27 Sept; debut prin scaune diareice apoi sanguinolente cu co'ici şi tenesme.

29 Sept.: Incepe tratamentul cu lapte acidulat; are 12—13 scaune pe zi.

2 Oct.: 7—8 scaune pe zi.

5 Oct.: 4—5 scaune pe zi, tot sanguinolente. Nu mai are dureri.

10 Oct.: 2—3 scaune pe zi uşor sanguinolente, fără tenesme.

17 Oct.: Scaune normale, 1—2 pe zi. Starea generală bună.

22 Oct.: Se înapoiază la Unitatea P. S.

12. **Serg. Nistor Chirică,** în 29 Oct.: Este trimis dela Secţia chirurgicală suferind de enterită disenteriformă.

A fost internat în spital la 16 Sept., cu Plagă prin schije a mânei stângi.

Boala actuală datează de 6 zile.

In prezent are 17—20 scaune pe zi muco-sanguinolente, colici şi tenesme.

30 Sept.: Incepe tratamentul cu lapte acidulat.

2 Oct.: 1941: 13—14 scaune pe zi.

5 Oct.: 10—12 scaune pe zi.

10 Oct.: 4—6 scaune pe zi uşor sanguinolente nu mai are crampe.

15 Oct.: 3—4 scaune pe zi fără sânge.

19 Oct.: 1—2 scaune pe zi uşor diareice. Starea generală bunişoară, uşor slăbit.

22 Oct.: Scaunele normale. Se înapoiază la Unitatea P. S.

13. **Serg. Cosma Vasile,** intră în spital în ziua de 4 Septembrie 1941 pentru plagă prin schijă la nivelul hemitoracelui stâng.

La 16 Sept. 1941 este internat la secţia medicală cu dgs. enterită disenteriformă.

Istoricul boalei actuale. Bolnav de 6 zile. Debut prin scaune diareice, apoi muco-sanguinolente cu crampe şi tenesme.

In prezent 18—20 scaune pe zi.

I-se face inejcţii cu ser antidisenterică 100 cc.

20 Sept.: Bolnavul nu mai are colici, 14—15 scaune pe zi, sanguinolente injecţii. Regim: hidric.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

26 Sept.: Aceiaşi stare. Regim hidric.

29 Oct.: Are din nou crampe, temperatura normală; se ridică la 17—18 scaune pe zi.

1 Oct.: Începe tratamentul cu lapte acidulat.

3 Oct.: Bolnavul refuză tratamentul cu laptе acidulat susţinând că-i face mai rău, are scaune mai dure, are colici şi vărsături.

4 Oct.: Injecţii cu 100 cc. ser antidisenteric.

6 Oct.: Numărul scaunelor s'a redus la 13—14 pe zi nu mai are crampe. E foarte slăbit.

8 Oct.: Reîncepe tratamentul cu lapte acidulat. Face şi injecţii calciu gluconat 10 cc. pe zi.

10 Oct.: 7—8 scaune pe zi uşor sanguinolente.

15 Oct.: 3—4 scaune pe zi fără sânge, nu mai are crampe nici tenesme.

20 Oct.: 1—2 scaune pe zi normale. Are poftă de mâncare. Se simte bine.

22 Oct.: Părăseşte spitalul. Se înapoiază la Unitatea P. S.

14. **Sold. Gromar Mihail,** intră în spital la 21 Sept. 1941 pentru plagă prin glonte a braţului stâng.

La 9 Oct.: este evacuat la pav. de boli infecţioase prezentând o enterită disenteriformă.

Istoricul boalei actuale: de peste 6 zile are scaune muco-sanguinolente cu colici şi tenesme.

In prezent are 14—15 scaune pe zi.

10 Oct.: Incepe tratamentul cu lapte acidulat.

14 Oct.: 6—7 scaune pe zi, durerile mult atenuate.

17 Oct.: Scaune fără sânge, 4—5 pe zi.

20 Oct.: 1—2 scaune pe zi uşor diareice, fără colici şi tenesme. Bolnavul este uşor slăbit.

22 Oct.: Scaune normale. Pleacă la unitatea P. S.

15. **Sold. Viem Ioan,** intră în spital la 3 Sept. 1941 cu Plaga prin glonte a piciorului stâng.

La 20 Sept.: Este transpus la pav. VI, suferind de enterită disenteriformă.

Istoric: De 5 zile are scaune muco-sanguinolente, 13—15 pe zi cu colici şi tenesme.

21 Sept.: Trat. injecţii, comprimate contra diareii şi anticolerină.

26 Sept.: 7—10 scaune pe zi.

29 Sept.: Incepe tratament cu lapte acidulat.

2 Oct.: 6—7 scaune pe zi colici şi tenesme.

5 Oct.: 4—5 scaune pe zi, durerile mai atenuate.

10 Oct.: 2—3 scaune pe zi.

15 Oct.: 1—2 scaune pe zi fără sânge, nu mai are dureri.

19 Oct.: Scaune normale. Bolnavul se simte bine, slăbit.

Concluziile cari se degajă din cele expuse ar fi următoarele:

In cazurile tratate după procedeele clasice, cu ceaiu, cu comprimate contra diareii şi anticolerină, apoi ser antidisenteric efectul terapeutic a fost vizibil potenţat prin intervenţia cu lapte acidulat.

Cazurile tratate exclusiv sau aproape exclusiv cu laptele acidulat s'au ameliorat văzând cu ochii dela o zi la alta, ameliorările au fost atât de izbitoare încât ostaşii înşuşi cereau acest aliment-medicament.

Laptele acidulat exercită o acţiune favorabilă asupra colicilor şi tenesmelor, dar mai ales asupra consistenţei scaunelor şi asupra numărului lor, reducându-le în mod simţitor.

Laptele acidulat permite o revenire mai rapidă la un regim de alimentare mai substanţiale şi o recuperare deci mai accelerată a for-

Cluj Central University Library Cluj

telor pierdute, fără să compromită însă primele rezultate terapeutice înregistrate în primele zile de înfometare.

Nu este exclus ca indivizii având o indiosincrazie față de lapte în general să manifeste eventual aceiași reacțiune și față de laptele acidulat; în acest caz ei ar fi excluși dela aplicațiunea acestei diete terapeutice ori li se va face o desensibilizare prin administrarea unor cantități extrem de mici, când regimul realimentării prin lapte acidulat va suferi o încetinire respectabilă.

Propunem ca în tratamentul entero-colitelor disenteriforme și al disenteriilor, procedeele utilizate până aci, ca: purgative (cura lui Hausmann întrebuințată cu rezultate atât de frumoase de către profesorii Hațieganu și Goia în clinica medicală pentru adulți dela Cluj și de către Prof. Goia și Axente Iancu în cea a copilului (vezi și Docent universitar D-r Axente Iancu. Sugestii terapeutice în disenteria copilului, Revista de endocrinologie ginecologie, obstetrică, Anul I, No. 5, August 1936 pag. 438—440), cura de mere rase, bacterio-fagul, serul antidisenteric, regimul idric, zeama de orez ori cereale, etc. să fie complectate cu laptele acidulat în perioada de trecere, cu un real profit pentru bolnav.

Procedeul aplicat de noi, deși contravine rezervelor formulate de unele concepții atât față de lapte, care este exclus fără discuție din dieta infecțiunilor intestinale cari ne preocupă aci, cât și temperarea năzuințelor de realimentare mai rapidă, prin modificările aduse laptelui de vacă prin acidulare permite o realimentare și deci o vindecare mai rapidă a bolnavului și o recuperare mai accelerată a efectivelor în caz de războiu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Laptele acidulat merită deci să fie încercat pe o scară mai întinsă, îndeosebi pe materialul uman ostășesc.

Bazându-ne pe literatura pe care am putut s'o consultăm, nu avem cunoștiință că această metodă să fi fost întrebuințată până acum în dietetica adultului.

Laboratoires du Dr. DEBAT-Paris

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL FARMACEUTIC

FLUCTUAT NEC MERGITUR

„LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

COLIBACILOZA IN PUERPERALITATE ŞI POST OPERATORIE

de

D-r AMELIA DEMETRESCU

Medic primar Disp. Asig. Sociale — Craiova

Femeile, prin modalitatea existenţei lor, diferită de a bărbaţilor prin ocupaţiunea lor, frecvent constipate, hrănindu-se adesea capricios, ptozice cu un trecut intestinal patologic, sunt predispuse adesea la localizarea, la nivelul organelor genitale, a unei infecţii autogene cauzată de colibacil. Mai mult decât atât, cele 3 stadii din puerperalitate, sarcina, facerea, lehuzia, mai mult, starea post operatorie oferă condiţii, predispozante de colibaciloză, aşa după cum le voi expune în observaţiile clinice de mai jos.

Colibacilul, gazdă obişnuită a intestinului gros, alături speţe microbiene, îşi exaltează virulenţa în anumite condiţii şi astfel devine patogen.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Astfel părăseşte intestinul, chiar prin mucoasă, fără a-i leza epiteliul şi trece în circulaţie, generalizându-se şi localizându-se fiind întâiu o colibacilemie, şi apoi o colibaciloză, cu manifestarea organului afectat.

Cauza esenţială în diseminarea lui este şi orice modificare în tranzitul intestinal, fie prin încetinire când constitue constipaţia atonică sau spazmodică, fie prin exces de contracţie, când constitue diareea enteritelor acute şi cronice, modificarea capabilă de a-i exalta virulenţa. Constipaţia, stază intestinală cronică, într'unul din segmentele cadrului colic, este caracterizată printr'o evacuare insuficientă, simultană cu o dificienţă funcţională: digestie neregulată a amidonului, proastă absorbţie a grăsimilor, fermentaţii putrede şi constitue condiţia predispozantă în exaltarea virulenţii colibacilului, făcându-l patogen.

Această stază intestinală se produce, la: 1) Femeile cu muşchiulatura abdominală deficientă: 2) La cele cu visceroptoză când prezintă cuduri manif etc., colonul transvers cade până aproape de simfiza pubiană, cu fiecare prin aderenţe de periviscerită.. Dacă această stază se accentuiază, se produce revoluţia produselor toxice cu pătrunderea microbilor intestinali în mucoasa intestinală înflamând-o şi producând infecţia intestinală. La aceasta se adaugă şi conţinutul rezervelor microbiene, vezicula biliară şi apendicele, accentuând infecţia. Deci constipaţia are un rol patologic însemnat în patogenia infecţiilor intestinale, constituind o primă cauză. In puerperalitate, constipaţia este

aproape lege şi se prelungeşte din sarcină în lehuzie, şi astfel favorizează atacul colibacilului, la nivelul organelor genitale. **Tarnier şi Vignal,** sunt primi care în 1889 au atribuit colibacilului rolul important în oarecare complicaţii infecţioase din sarcină şi lehuzie.

O altă cauză, în diseminarea colibacilului şi manifestarea genitală, **este anatomică,** şi anume prezenţa ligamentului lui **Clado,** neconstant după anatomişti, dar a cărui existenţă ar favoriza „Flirtul limfatic apendicolo-ovarian", cum îl numeşte profesorul **Vantrin.** In acest fel flora microbiană apendiculară, este transmisă ovarului prin limfatice iar în cazul unei ptoze colo-apendiculare, prin contact direct.

Degeorges socoteşte o **cauză chimică** în starea de alcaloză a conţinutului intestinal, care favorizează desvoltarea colibacilului.

Regimul alimentar constitue **o cauză biologică** a colibacilozei. In adevăr o alimentaţie care predispune la fermentaţie şi putrefacţii cu regim lactat excesiv şi exclusiv sau prea bogat în celuloză, sau lacto vegetarian, alcanizează mediul şi favorizează pulularea microbilor. Se adaugă diminuarea fluscului biliar, al cărui rol antiseptic, pentru intestin este bine cunoscut, care lucrează în acelaş sens.

Ori factori de stază intestinală şi circulatori sunt în::

1) **Puerperalitate, sarcină şi lehuzie,** colibaciloza sarcinei este frecventă; stază este în: 2) **tumorile genitale,** 3) **colecţiile peloviene** emoragie cu supuraţie, în 4) **congestiile uterine** repetate care acţionează prin compresiune, fie asupra intestinului, fie asupra uterului şi anexelor; 5), sedentaritatea explică frecvenţa acestor afecţiuni la un anumit mediu social.

Care sunt căile de propagare ale colibacilului din intestin în organele genitale?

1) **Calea Limfatică,** este cea mai plauzibilă în propagare. Colibacilii, dela nivelul intestinului, lezat, sunt culeşi de limfatici, care prin vecinătate, realizează infecţia la organele genitale, mai ales când acestea se găsesc cu leziuni torpide, fără ca totuşi să fi prezentat anterior, turburări intestinale apreciabile.

2) **Calea directă** prin care coli au traversat pereţii intestinului la nivelul leziunilor, minime prin efracţie şi contaminează fie direct, fie mergând prin cavitatea abdominală.

Femeile cu visceroptoză au uterul retroflectat, care se congestionează uşor, şi apăsând pe rect, contractă aderenţe, şi deci constitue un bun mediu pentru coli. **Schill** este de aceiaş părere şi pentru el, suprimarea aderenţelor, mai mult sau mai puţin, întinse între organe genitale şi porţiunea pelviană a intestinului, nu produce contaminarea directă.

3) **Calea ascendentă autogenă,** prin care coli vine direct şi din uretră sau ascendentă heterogenă, prin contact genital.

Demonstrarea infecţiei colibacilului din **rect** este foarte problematică şi ar fi confirmată, dacă s'ar găsi coli în vulvovaginita fetiţelor. Totuşi un factor predispozant ar fi oferit de anumite deficienţe anatomice la multipare şi anume:

1) **Un vagin larg deschis,** cu pereţii laxi.

2) O largă ruptură de perineu, post — partum, când acest

ultim se reduce la o lamă îngustă cutaneo-musculară, între orificiul anal şi cel vulvar.

3) Un prolaps uterin, precedat de cistocel şi rectocel. Pierra socoteşte mai frecventă calea ascendentă, decât se crede de obiceiu, legându-se de orificiul lui Leo care a găsit ouă de oxiuri şi alţi paraziţi intestinali, prezenţi în vagin.

Infecţia coli-bacilară produsă de urina încărcată cu coli, contaminează vulvo-vaginul la sfârşitul micţiunii. In urină coli se elimină, după ce a trecut prin sânge (care i-a scăzut virulenţa prin puterea sa antiseptică), fără să fie lezat un organ; bacteriuria, şi se poate ca tocmai la nivelul vaginului să găsească condiţii optime de pululare, anume: staza, căldura, reacţia mucusului vaginal, care devine alcalină, în anumite condiţii. Acestea sunt, în coit şi premenstrum. In mod normal, secreţia vaginală este acidă, conţinând 0,50% acid lactic şi are rol profilactic. Aceasta aciditate destul de ridicată al cărui phh este evoluat între 4,7 şi 6,2 poate la un moment, coit şi premenstrum, să fie modificate, aşa încât să permită pululare lui coli şi altor germeni.

Infecţia colibacilară heterogenă este produsă prin contact genital, colii fiind aduşi în vagin, cu lichidul seminal, dela un bărbat cu colibaciloză urinară.

4) Calea sanguină foarte greu de demonstrat pentru că foarte greu se face o hemocultură, în care să se deceleze coli.

Frisch lămureşte aceasta; — colii es din habitusul lor normal, intestinul, unde pululează, traversează pereţii capilarelor sanguine, şi luaţi de curentul circulator, constitue colibacilemia. Ţesutul sanguin este puţin antiseptic şi scade din virulenţa lor, aşa că se elimină fără să lezeze vreun organ, când constitue bacteriuria.

In cazul când virulenţa lor persistă şi lezează anumite organe constitue colibaciloza localizată la nivelul ficatului, angiocolită, la nivelul intestinului, punctul său de plecare, apendicita, la nivelul rinichiului, pielonefrită. Tot astfel ajunge la organele genitale, pe care le lezează sau nu, după cum sunt în stare de congestie funcţională sau patologică, în care caz este mascată de simptomatologia locală.

Ori care ar fi calea de propagare a colibacilului, şi ori care ar fi organul afectat, trebuie socotit întâi infecţia generală şi apoi cea locală, terapeutica vizând urmărirea colibacilului peste tot şi în primul rând, în organul afectat.

Starea puerperală oferă condiţii bune de grefare a colibacilului, staza intestinală şi circulatorie, aşa că nu rar sunt cazurile de colibaciloză în sarcină şi lehuzie, după cum voi arăta în observaţiile clinice. Deasemenea, prin acelaşi mecanism, starea post operatorie realizează condiţii cu determinarea colibacilozei.

Clinicește privită, colibaciloza este o infecţie generală, iar localizarea sa genitală este un simptom. Deci calibaciloza genitală nu este o entitate morbidă, bine definită. Incepe prin a fi întâi intestinală, şi apoi devine genitală, în anumite condiţii.

Cum se prezintă aceste bolnave?

Sunt femei slabe, plângându-se de oboseală la cel mai mic efort,

cu o uşoară febră de câteva deviziuni, pasageră, cu alternate de ameliorări şi recăderi, care le exasperează. Unele prezintă o leucoree abundentă şi persistentă, mirositoare, care nu cedează la tratament tenace.

Subiectiv acuză cefalei rebele frequente în constipaţie, limbă saburală, care nu cedează la laxative, digestii dificile, cu flatulenţă şi greutate abdominală. Intestinul funcţionează capricios, cu diaree alternând cu constipaţia, scaunele fetide. Rinichi cu dureri în lombe, nevoia frequentă de a urina, urinări dureroase, cu senzaţie de căldură şi frigere la sfârşitul micţiunii, turburare însoţită de febră. Sunt anxioase vagosimpatice.

Obiectiv prezintă abdomen flasc, post-partum, sau prin ptoza viscerală garguimente în regiunea coeco-colică, care denotă fermentaţii mai mult sau mai puţin putride, cu aerocolie. Local la vagin, o leucoree rebelă. Să fim cu băgare de seamă, faţă de o femeie, cu o astfel de leucoree şi care nu şi-a desvăluit cât de puţin trecutul său intestinal, căci trebuie să fie o colibaciloză, cum este cazul din observaţia noastră No. VI. Leucoreea aceasta este oglinda leziunii organului genital. Nu are caracter definit, putând fi albă, lăptoasă, vâscoasă, incoloră, glairoasă, cremoasă, gelatiniformă. Coli îl întâlnim pe diferite organe genitale, constituind diferite localizări, mai ales când acestea au fost afectate anterior, scoţându-le din starea lor torpidă, şi devenind acute.

Simptomele clinice dintr'o formă de acestea acută, cu febră oscilantă, intercalată de frisoane, cefalei, limbă saburală, diarei la o veche constipată, cu urinări dureroase, cu urini turburi, sunt un indiciu de colibaciloză. Acesta se complectează printr'un examen bacteriologic al urinei şi secreţiei vaginale sau prin culturi. Foarte greu se diferenţează o colibaciloză pe organe genitale cu trecut patologic, de una din puerperalitate sau numai din starea premenstruală. Şi în puerperalitate, iarăşi foarte greu se precizează o colibaciloză din sarcină sau lehuzie, de o infecţie puerperală cu colibacil.

Hartemann în „Buletinul Soc. de Ginecologie şi Obstetrită" 1935, citează cazul unei lehuze care a făcut o colibaciloză, luată drept infecţie puerperală cu coli. In timpul sarcinei, nu a avut niciun semn de pielită gravidică, prezenta urinele fără puroi, în schimb erau cu coli. In timpurile lehuziei prezenta lochii fetide, urine cu coli şi febră.

M. Guillemin socoteşte banal prezenţa colibacilului în colibacilozele neurinare, rinichiul ducând microbii, ca un curent de apă.

Hemocultura a fost negativă, prin aceasta nu se infirmă diagnosticul de colibacilemie, în sânge colii fiind foarte greu de decelat. Autorul se întreabă dacă cazul său prezenta colibaciloză pe un organism de mică rezistenţă în post-partum, sau uterul a constituit o întâlnire a colilor veniţi din intestin care au dat o infecţie puerperală cu colibacili. In practică este important distingerea colibacilozei, esenţialmente benignă, de o infecţie puerperală cu streptococ, clasificată de examenul bacteriologic al urinei. Colibaciloza localizată, fie sub formă de coli-

cistită, fie sub formă de apendicită sau de pielonefrită, influenţează sarcina, în sensul că produce avort şi facere prematură. Lehuzia — sau redeşteaptă o veche colibaciloză localizată, sau determină apariţia unei colibaciloze uterine, printr'una din căile descrise, şi atunci simptomul obiectiv care isbeşte, este fetiditatea lochiilor, care miros a fecale, pe lângă celelalte semne fizice sau funcţionale.

Starea post operatorie oferă aceleaşi condiţii, ca în puerperium, adică stază intestinală, produsă de anestezie, cu atonia peristalicei, exaltarea virulenţei microbiene, în speţă a lui coli, care evadează prin acelaşi mecanism şi declanşează colibaciloza. Cele nouă observaţii clinice din serviciul de Ginecologie şi obstetrică de pe lângă Spitalul Preda de sub conducerea D-nei Mateescu Ionescu, secundar fiind subsemnata, sunt interesante, din punctul lor de vedere.

OBSERV. I. — Femeia în vârstă de 30 ani, în puerperalitate, 2 gestă, sarcina luna 3-a, avortează incomplect la domiciliu. Internându-se i se face un raclaj de control, după care face o febră brusc ascensională, dela $37^{0}4$ dimineaţa, la $39^{0}5$ în seara aceleaşi zile, şi care tot aşa de rapid coboară prin administrarea bacteriofagului anti-coli per-os. Este cazul unei infecţii colibacilare foarte rapide, care nu a lezat niciun organ şi care s'a manifestat în scurt timp, avantajată de starea puerperală şi exagerată cu traumatismul operator; niciun semn de colibaciloză în ante-partum.

Părăseşte spitalul după 10 zile de internare, afebrilă, cu stare generală bună.

OBSERV. II. — O quintipară, 30 ani, gravidă luna V-a, care se internează cu dureri la urinare, afebrilă cu defecaţii diareice de 2 săptămâni, dureroase. Se tratează starea intestinală, cu repaus la pat, pentru sarcina, şi oral-bacteriofag antibacili. După 6 zile ese ameliorată în starea ei intero-urinară şi cu sarcina bine, teama noastră fiind avortul sau facerea prematură. Nu ne-a putut preciza trecutul ei intestinal, ante-partum, totuşi s'a agravat de două săptămâni, din cauza sarcinei.

OBSERV. III. — I Gestă, I pară, în vârstă de 20 ani, gravidă luna VII-a, se internează cu dureri şi simptome de colibaciloză, se termină prin facere prematură. Nu se poate preciza vreun trecut patologic intestinal, colibaciloza favorizată de sarcină s'a amendat la administrarea bacteriofagului anti-coli.

OBSERV. IV. — I pară, 21 ani, se internează cu febră, $38^{0}3$ şi care naşte în aceiaşi zi, un făt viu. Fiind febrilă dela domiciliu, i se face control uterin, profilactic. Temperatura urcă în seara intervenţiei, cu oscilaţii mari, în zilele următoare, $39^{0}1$ seara, $36^{0}3$—$36^{0}6$ dimineaţa, timp de 10 zile. Din prima zi a sosirii, primeşte bacteriofag anticoli per os, şi coli-yatren 1 m. După 16 zile părăseşte spitalul afebrilă, în stare generală bună, cu copilul sănătos, continuând tratamentul la domiciliu. In acest caz avem o colibaciloză în post-partum, redeşteptată sau continuată din timpul sarcinei, venind cu febră. Şi cum pacienta este analfabetică, nu poate să-ne precizeze trecutul intestinal, apropiat sau îndepărtat din ante-partum. Cedarea simptomelor, la tratamentul cu anti-coli, ne-a pus pe cale.

OBSERV. V. — I gestă, I pară, 29 ani la termen, funcţionară se internează cu dureri premergătoare dilataţiei, membranele intacte, febra $37^{0}7$. Facerea decurge dificil, în periodul de dilataţie prin rigiditate de col, care necesită incizii pe col Dührssen, iar suferinţa fătului accelerează periodul de expulzie a fătului, prin aplicare de forceps la strâmtoarea inferioară, cu ruptură lângă perineu, gradul III, iar în periodul placentar, emoragie fulgerătoare, profuză, prin distonie uterină, cu intermitenţe de contracţie şi de complectă inerţie. In ziua întâi, după această facere complicată, cu destule manopere operative, incizii pe col, forceps, control uterin, perineorafie posterioară, face febră ascensională, cu mari oscilaţii matinale şi vesperale,

intercalate de frisoane, care se continuă în următoarele 6 zile. Fiind atât de traumatizată, anemiată, şi un organism atât de capricios, i se instituе un tratament profilactic şi reconfortant. Totuşi, alternanţele de febră şi frisoane continuă, lochiile devin foarte mirositoare, se scot fişele perineorafiei, şi primeşte bacteriofag anti-coli. In următoarele 6 zile, febra scade rapid, în lisis şi părăseşte serviciul afebrilă, cu copilul sănătos, continuând tratamentul la domiciliu. Administrarea bacteriofagului a fost întârziată din cauza dificultăţii diagnosticului de febră puerperală prin coli, sau colibaciloza, deşteptată dintr'o veche stare intestinală, cu ocazia sarcini şi agravată cu facerea însăşi, şi de complicaţiile ei.

OBSERV. VI. — Bolnava în vârstă de 28 ani, virgină, se internează pentru febră 38°6 precedată de frizon, dureri în abdomenul inferior, exagerate la nivelul vezicei urinare, continuate la micţiune, care e ferbinte şi la defecaţii, limbă saburală, stare generală nesatisfăcătoare. Anterior internării, acuzase turburări menstruale, care erau abundente şi dureroase, precedente de o leucoree abundentă şi foarte mirositoare. Metroragiile de origină ovariană, erau de culoare închisă, fetide necedând la tratament adecvat, se recoltează urina steril, din vezică şi după 72 de ore, cultură de coli, indritue tratamentul în direcţia lor. Până la rezultatul culturilor, face frisoane mari, cu febră oscilatorie, 39°—36° care după administrarea bacteriofagului anti-coli, scad brusc. In acest caz este vorba de o colibaciloză localizată la organele genitale ale unei virgine, întâi fiind o colibacilemie cu bacteriurie şi în urmă a ajuns la organele genitale, printr'una din căile de propagare. Factorul favorizat este congestia menstruală, bolnava declară că nu a avut nici un trecut entero-renal sau urinar, ci doar **leucoreea** aceea persistentă şi abundentă, ca o oglindă a suferinţei genitale, uterul fiind uşor mărit de volum. In leucoreea aceea abundentă şi mirositoare ar fi trebuit să găsim coli, la examenul bacteriologic, care a fost cu neputinţă, din anumite motive ale bolnavei. Şi atunci veracitatea şi tenacitatea unui diagnostic precis dela început, de colibaciloză intestinală, la o virgină, ar fi fost mare. Mai ales că discuţiile în privinţa căii de propagare ascendentă a colibacilului din urina cu coli, la sfârşitul micţiunii sau din rect, nu au ajuns încă, la un sfârşit concludent.

OBSERV. VII. — O 3 gestă, 3 pară, 29 ani, la termen, se internează pentru pierderi de sânge abundente, afebrilă, facere neîncepută. Este o veche operată pentru un prolaps total, uterin, cu sterilitate secundară, pentru care i se face cu un an înainte, histeriopexie istmică cu colpoperineorafie posterioară. Facerea începe anormal, cu pierderi de sânge, diagnosticându-se placenta praevia, şi cum fătul este mare şi în prezentaţie pelviană, într'un uter aderent la peretele abdominal, perineu refăcut, i se face cezariana clasică, extrăgându-se făt viu. La două zile după operaţie în lehuzie, febricitează, 37°5, şi merge în ascensiune cu oscilaţii, până la a cincea zi, când primeşte bacteriofag anti-coli, staţionează trei zile între 37°—38°, după care coboară în lisis. Pleacă a 17 zi dela internare, sănătoasă cu copilul, continuând tratamentul anti-coli, la domiciliu. Este un caz interesant, lehuză şi operată. Organism gingaş, oare cum sănătos intestinal, bolnava mânca orice, adaptabil şi îngăduitoare, foarte afectată de moartea primilor 2 copii. Este vorba de o colibaciloză puerperală, în post-partum şi post-operatorie. Origina colibacilului şi calea lui de propagare nu am putut-o depista. Am făcut supoziţia căii eterogene prin contact genital, soţul având un trecut renal. Puerperalitatea, lehuzia şi anestezia din operaţie au favorizat localizarea colibacilului determinând colibaciloza genitală.

OBSERV. VIII. — I pară, 27 ani, la termen, afebrilă, se internează pentru dureri de facere, care începe anormal, prin rigiditate de col, pentru care se fac incizii Dührssen. Continuă anormal cu inerţie, făt mare, suferinţa lui şi a mamei, care se termină prin cezariană clasică. Ulterior operaţiei, febricitează, cu oscilaţii mari, lochii mirositoare urît ca fecalele, şi cu turburări intestinale. La administrarea bacteriofagului anti-coli, totul se amendează. Cazul este o gravidă cu un abdomen flasc şi destins

ca un obuz, debilă, cu un trecut intestinal, favorizat de o viscero-ptoză, cu atonie intestinală, ante-partum, această atonie este întreţinută de starea puerperală, cu stază şi exaltarea virulenţei florei microbiene intestinale. Anestezia operatorie şi lehuzia au declanşat invazia şi localizarea colilor la nivelul organelor genitale, constituind colibaciloza puerperală şi post-operatorie.

OBSERV. IX. — Bolnavă în vârstă de 32 ani, se internează de urgenţă cu starea generală foarte gravă fără puls, albă lividă, în nesimţire, având în cursul nopţei anterioare internării, o lipotimie cu pierdere de sânge, fiind cu lipsa menstruaţiei cu două luni înainte. Punctiile în Douglas şi raclajul explorator, ajutat de starea ei gravă, pun diagnosticul de sarcină extrauterină, cu inundare peritoneală. Se operează de urgenţă, după care, starea se menţine gravă, cu puls 140, febră 36°5 în seara zilei de operaţii. După o zi se îndreaptă pulsul 100, febra cu oscilaţii între 37°—38°, când simptome pe un membru inferior stabilesc o flebită stângă. La a 7-a zi dela începutul flebitei stângi, când coborîseră oarecum curbele febrei şi ale pulsului, de odată brusc iarăşi febricitează, cu oscilaţii mai mari, cu turburări urinare şi coli pozitivi, în culturile din urina recoltată steril care diagnostichează o colibaciloză genitală. Să analizăm puţin cazul. O şocată prin inundare peritoneală, şocată operator, cu complicaţii, flegmaţia alba dolens, mai face pe de-asupra şi colibaciloza, a cărei evoluţie a început cu colibacilemie.

Brindeau în „La practique de l'art des accouchements" Vol. II spune că, este rară localizarea bacilului coli, la pleură, meninge şi venă. Şi totuşi faptul este posibil. In cazul nostru, flebita a succedat intervenţiei operatorii, şi ei i-a urmat colibaciloza, privită în timp. Oare flebita, nu a fost prin coli, ale cărui simptome s'au suprapus colibacilozei, şi numai când fenomenele de flebită au început să scadă, au rămas aparente, cele de colibaciloză? Febra oscilantă din cursul flebitei, cu oscilanţii nu prea mari, s'a continuat în a 7 zi, după o scurtă remisiune, cu febra oscilantă, cu coli + (pozitiv) în urină, din colibaciloză.

Şi astfel, o bolnavă care prezintă o stare puerperală, sarcina, chiar dacă a evoluat anormal, condiţie favorabilă pululării colilor, a mai primit şi altă ocazie, anestezia operatoare, ca să declanşeze colibacilemia întâi, şi apoi colibaciloza genitală, în urmă, ca final.

Din toate aceste nouă cazuri clinice, simptomele de infecţie colibacilară, n'au fost confirmate de laborator decât 4, celelalte nu le-am putut verifica, din motive independent de voinţa noastră. Este important a remarca că în aceste cazuri clinice, în stare puerperală:: sarcine 4, lehuze 4, genitale 1, nu putem invoca, ca fiind singur în cauză numai coli, căci este în totdeauna în asociaţii microbiene. Insă faptul că el se găseşte în examenul bacteriologic mai des decât alţi microbi, şi se manifestă clinic, complect distinct, înseamnă că lui trebue să-i atribuim marea responsabilitate în localizarea infecţiei la organele genitale.

Din nouă cazuri, cinci sunt operate; la starea lor puerperală, stază intestinală, deci atacul dat de coli, se adaogă starea post-operatorie, cu stază intestinală prin anestezie. Aşa că colibaciul atacă organele genitale, condiţionat de patologia genitală sau puerperalitate, prin mecanismul expus, constituind sindromul entero-genital al lui Vautrin şi atacă şi în urma intervenţiilor operatorii. Pentru ginecolog, mai mult decât pentru bacteriolog, mersul clinic al acestui sindrom, entero-genital îl

Ferdinand. din Cluj • Biblioteca Universitară ROMÂNIA

interesează într'un mod deosebit, pentru a depista afecțiunea, care adesea este camuflată de altă afecțiune, care își supra pune simptomatologia.

Tratamentul afecțiunilor genitale prin colibacil, pe lângă o terapeutică locală, vizează una general, urmărind microbul în organism, peste tot unde se găsește, atăcându-l nu numai la origină, ci și în diversele lui manifestări, pe diferitele aparate.

BIBLIOGRAFIE

Colibaciloza în puerperalitate și post-operatorie.

1) *Brindeau A.* — La pratique de l'art des accouchements.
2) *Demelie L.* — La pratique de l'accoucheur en clientèle.
3) *Devraigne L.* — Pratique obstétricale.
4) *Favreau.* — Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétique—1932.
5) *Forgue E. et Georges Massabuau.* — Gynécologie.
6) *Guillemin A.* — Gynècologie et Obstétrique—1934.
7) *Hartemann J.* — Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique—1935.
8) *Limpach.* — Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique—1938.

PERHEPAR

Extract concentrat de ficat

Fiole, soluție și tablete

ACITOPHOSAN

Pentru combaterea gripei și răcelii.

2-8 tablete pe zi.

fabrica de produse chimice
fost gedeon richter s.a.r.

BUCUREȘTI, V, Strada LOGOFĂTUL TĂUT, 99. — Tel. 5.69.02

DETERMINAREA GRUPURILOR SANGHINE IN ARMATĂ

de

N. SCHIOPU

Medic asist. Lab. de Igienă Craiova

In primăvara anului 1942, Laboratorul de Igienă din Craiova, a fost solicitat de către Corpul I Teritorial, de a determina grupurile sanghine pentru unităţile acestui Corp în vederea pregătirii lor pentru front. La această solicitare, Laboratorul deşi aglomerat cu lucrări de igienă şi de depistare a boalelor contagioase şi sociale şi deşi redus ca personal, a răspuns cu tot entuziasmul. Pentru prima oară s'a pus problema determinării grupurilor sanghine în massă şi cerute în termen scurt. Deoarece activitatea Laboratorului de Igienă nu putea fi sistată pentru lucrările cerute curent, a trebuit ca răspunzând la toate aceste probleme, să rezolvăm şi problema determinării grupurilor sanghine. Puşi în această situaţiune, trebuia rezolvată problema materialelor necesare, a tehnicei celei mai precise, dar şi celei mai expeditive, precum şi aceia a personalului. După ce mai întâiu am convenit ca trupa ce urmează a i se determina grupurile sanghine să se prezinte la laborator la zile şi ore fixe, am meditat asupra tehnicei de urmat. Ne-am oprit asupra tehnicei de determinarea grupurilor sanghine prin proba Beth Vencent, cu recoltarea şi imediată determinare a grupului în laborator şi la temperatura obişnuită. Trupa, în formaţiuni de companii, în frunte cu comandantul, venea însoţită cu două tablouri dinainte întocmite şi unde erau trecuţi nominal ofiţeri, subofiţeri şi soldaţi, având fiecare un număr de ordine. După tatonări în primele două şedinţe, am reuşit să adaptăm tehnica de mai sus, metodei determinării rapide a grupurilor sanghine. Operaţiunea s'a efectuat de echipe a câte 6 oameni. De mai multe ori a funcţionat o singură echipă. Câteodată au funcţionat şi câte două echipe. Din fiecare echipă trebuia să facă parte neapărat unul din noi pentru citirea reacţiilor şi supravegherea operaţiunii. Un al doilea medic de asemenea a fost necesar, pentru recoltarea sângelui şi efectuarea reacţiei.

In general, oficiul acesta a fost făcut de medicii unităţilor respective. Când aceştia au lipsit, au fost înlocuiţi cu laborantul secţiei. Pe lângă cei doi medici care sunt de bază în operaţiunea determinării, au mai fost utilizaţi încă patru persoane şi aceştia dintre sanitarii,

brancardierii sau ofiţeri, subofiţeri şi chiar trupă, care se dovedeau cu oarecare abilitate şi care aveau următoarele atribuţiuni: Obişnuit, comandantul unităţii era repartizat pentru notarea rezultatelor dictate de noi pe tabloul respectiv; altul, obişnuit dintre grade inferioare avea misiunea de a introduce ostaşii în echipe de câte 10, după tabloul întocmit şi prezentat pentru recoltarea sângelui în ordinea înscrierii lor pe tablou; al treilea înarmat cu un tampon de vată cu desinfectantul obişnuit alcool, făcea oficiul desinfecţiei degetului de punctionat; cel de al patrulea făcea oficiul de a puncţiona cu acul Francke. O echipă în formaţia de mai sus şi rutinată, rezolvă factorii timp şi randament. Echipa poate lucra şi în formaţie de patru şi chiar cu mai puţini, evident cu un randament mai mic.

In ceea ce priveşte materialul necesar unei astfel de determinări, se împarte în două categorii: materialul tehnic neconsumabil şi materialul consumabil în cazul nostru serul Test şi citratul de sodiu.

Materialul tehnic necesar este următorul: un microscop şi o lupă necesare pentru citirea reacţiilor. Lame de sticle obişnuite, curăţate perfect în număr egal cu acel al numărului determinărilor de efectuat, prevăzându-se şi rezerve. Pipete Pasteur, au vârful întors şi rotunjit, sterilizate, numărul lor trebuind a fi dublu cu numărul determinărilor de efectuat, prevăzându-se şi rezerve. Un ac Francke pentru puncţionat.

Ca material consumabil şi cel mai important este procurarea şi pregătirea serului Test. Serul Test utilizat de noi a fost procurat prin recoltarea de sânge dela ostaşii cărora li se determinase grupul. Am ales totdeauna indivizii cu vârsta împrejurul lui 30 de ani, cu o stare a fizicului dintre cele mai bune, şi a căror probă de aglutinare a sângelui lor, era dintre cele mai evidente în timpul cel mai scurt posibil (chiar instantanee). Până la cunoaşterea unui stoc de indivizi suficient pentru recoltarea serului Test, ne-am servit de serul Test Cantacuzino, furnizat de Serviciul Sanitar al Armatei sau avut în depozitul nostru. Odată grupul stabilit şi identificaţi ca buni pentru recoltarea serului Test, am trecut la recoltarea sângelui prin puncţia venoasă, în cantităţi dela 10—30 cm.^{3} în eprubete sterile şi care sânge apoi era ţinut 24 ore la rece timp suficient după care urma decantarea serului tot în eprubete sterile. Serul era ţinut la rece, utilizarea lui nefăcându-se decât după minimum 48—72 ore. Inainte de a trece la folosirea lui, însă a trebuit să identificăm capacitatea de aglutinare prin titrarea lui. Serul recoltat trebue să fie citrin, fără elemente figurate şi fără urme de hemoliză. Serul care nu îndeplineşte aceste ultime condiţiuni, trebue îndepărtat. Titrarea serului am făcut-o numai odată şi la început, obţinând seruri de un titlu între cifrele 16—32. După aceea, noi am utilizat serurile verificate numai prin proba aglutinării. Serul de verificat era pus la proba aglutinării paralel cu serul Test Cantacuzino sau serul Test verificat de noi anterior. Probele făcute astfel pe zece indivizi au fost găsite de o suficientă verificare, dacă proba aglutinării era evidentă şi rapidă. Cu echipa în formaţia de mai sus şi cu materialul pregătit descris mai sus, am trecut la execuţia reacţiei. Primul timp în executarea reacţiei era acela a aranjării pe masa de lucru a 15—30 lame

în două sau trei rânduri din stocul pregătit, lamele fiind orientate în lungimea mesei de lucru, aşa ca capetele lor să corespundă dreptei şi stângei executorului probei. Pe fiecare lamă se înscrie cu creionul dermografic cifrele romane, II şi III, prima la stânga şi a doua la dreapta, prin aceasta indicând serul Test ce trebueşte aplicat în dreptul lor. Urmează apoi aplicarea serului Test deodată pe toate lamele întinse. Această operaţiune fiind terminată, se trece la determinarea propriu zisă:

Cel prezentat pentru determinarea grupului îşi spune sau i se dictează numărul de ordine din tabloul din care face parte. Acest număr de ordine este înscris pe lama cu serul Test aplicat ca mai sus. După desinfectarea degetului respectiv, şi punctionarea lui, se trece la executarea probei cu ajutorul pipetelor Pasteur sterilizate şi pregătite ca mai sus, utilizându-se pentru recoltare două pipete, fiind necesare câte una pentru fiecare ser Test. După ce s'a amestecat sângele recoltat cu serurile respective se predă medicului care execută citirea reacţiei şi care de regulă trebue să fie serologistul. Rezultatul probei este trecut în tabloul la numărul şi numele respectiv.

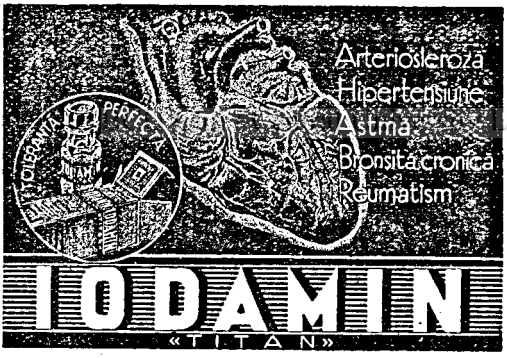
In acest mod s'au determinat grupul sanghin la 8068 oameni, ofiţeri, subofiţeri şi trupă, într'un timp pe care îl socotim scurt, deoarece pentru determinarea celor 8068 de reacţii nu a fost necesar mai mult de 70 ore de lucru efectiv şi intens.

Socotim că experienţa noastră poate fi folosită şi de alţii, care se vor mai găsi în asemenea situaţii. Experienţa ne arată însă ce muncă uriaşe este necesară pentru determinarea grupurilor sanghine a unei armate şi în timpi de pace şi în timp de războiu. Pe experienţa noastră ce va putea face un calcul aproximativ de personalul de specialitate necesar unei atari operaţiuni, precum şi de materialul şi timpul necesar. Notăm că ni s'a cerut şi am efectuat numai determinarea grupurilor sanghine. Dacă scopul pentru care s'au făcut aceste determinări este transfuzia, apoi în vederea acestei terapeutici nu este suficient numai determinarea grupurilor sanghine. Calitatea de dătători mai cere încă o serie de condiţiuni. Fără identificarea acestor condiţiuni, dătătorii universali sau homologi nu pot fi utilizaţi, fără riscuri destul de mari. Dătătorii buni vor fi însă numai aceia care vor îndeplini toate condiţiunile cerute de următoarele examene de laborator: 1. Cercetarea reacţiei Wassermann precum şi a unei reacţii de floculare Meinicke sau Kahn. 2. Examenul morfologic al sângelui, timpul de sângerare şi de coagulare. 3. Examenul sângelui pentru malarie, iar la cei suspecţi şi cu examenul negativ se va face şi punctia splenică şi sternală. 4. Viteza de sedimentare a globulelor roşii este de asemenea foarte importantă în alegerea dătătorilor de sânge. Toate aceste din urmă examene nu s'au cerut, nu s'au făcut şi nici nu se puteau efectua într'un timp aşa de scurt. In acest mod problema dătătorilor de sânge pentru scopul pentru care s'au efectuat determinarea grupurilor sanghine s'a rezolvat numai în parte.

Am arătat că s'au efectuat determinări a grupului sanghin la 8068 oameni aparţinând unităţilor din Craiova. Rezultatele procentuale pe grupe se repartizează în ordinea următoare, utilizând nomenclatura universală a lui Von Dungern şi Hirschfeld: Grupul O cu un număr

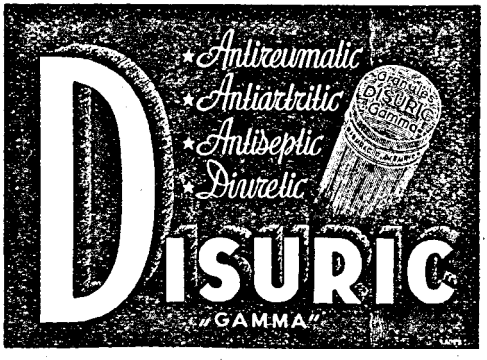
de 2754 reprezentând procentul de 34,13%; Grupul A 3487 cu procentul de 43,22%; Grupul B 1393 cu procentul de 17,27%; Grupul A, B 434 cu procentul de 3,37%. Cifrele procentuale sunt în limitele procentuale găsite de Profesorul D-r Reiner pe un total de determinări de 2000, făcute în mai multe localităţi. Profesorul Reiner găseşte că O variază între 22% până la 37,6%; A între 41,6% până la 49,5%; B între 13% până la 19,86%; A, B între 2,9% şi 11%. Majoritatea ostaşilor sunt de origină etnică română din toate regiunile din Oltenia. O mică parte sunt bănăţeni, ardeleni sau munteni. Dintre minoritari am remarcat foarte puţini germani. Datele de mai sus pot constitui relaţiuni preţioase pentru cercetătorii problemelor etno antropologice şi rasiale, grupul sanghin constituind fapte constituţionale ca făcând parte din patrimoniul ereditar al individului. Repartiţia grupurilor într'o populaţiune este în legătură cu compoziţia etno antropologică a rasei.

Studiul izoaglutinării pe care se bizuie practica determinării grupurilor sanghine împreună cu alte caractere, formează constituţia serologică a unei populaţiuni etnice, aşa cum este o constituţie morfologică sau neurohumorală.



MEDICAŢIUNE IODATĂ INTENSIVĂ

DISOLVANT ŞI ELIMINATOR AL ACIDULUI URIC



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

Sanatoriul Sft. Elisabeta-București

CONTRIBUȚIUNI LA TRATAMENTUL VĂRSĂTURILOR INCOERCIBILE

de

D-r CONSTANTIN STANCA
Conf. Universitar

Vărsăturile de sarcină aparțin unui grup de gestose, cari acompaniază și caracterizează prima jumătate a sarcinei patologice, dominând toate celelalte turburări prin fenomenele grave pe cari le poate produce în starea subiectivă și obiectivă a femeii.

Nici până astăzi nu li s'a putut da acestor vărsături o explicație etiologică, care să poată fi acceptabilă fără contro-verse. Deocamdată ne mulțumim cu hipoteze, cari încearcă să aducă o oarecare lumină în boala aceasta grea a gravidității.

Deaceea cred, că fiecare avem datoria, de a semnala orice încercare nouă de tratament, care ar putea aduce vre-o explicație în etiologia acestor vărsături.

Având în observația mea două cazuri de hipermeză gravidică gravă, îmi țin de datorință ca să atrag din nou atenția colegilor asupra tratamentului cu **Reticulină**, cu care am putut opri, ca și în alte cazuri precedente, despre cari am raportat altă dată fenomenele hiperemice.

I. — D-na D. L. de 31 ani, primigravidă. Ultima menstruație înainte cu 6 săptămâni. De 3 săptămâni varsă orice mănâncă, chiar și pe stomacul gol. Chinuită de sete și foame și de eforturile produse de vărsături, este nevoită să stea la pat.

Se internează la 15 Ian. 1943 în Sanator într'o stare de debilitate excesivă, apatică și foarte anemiată.

Puls 100. Temp. 37°1°C.

La **examenul genital** găsesc: Uter la dublu mărit în retrofexie versie, anexa stg. formează o tumoare chistică, cât o portocală, foarte mobilă și ușor sensibilă. Bolnava varsă și în cursul examenului medical. Se pune diagnosticul de sarcină în luna a II-a, chist ovarian drept, hipermeză gravidică gravă. In urină: urme de albumină, fără alte Clemente.

Imediat i s'a administrat subcutanat 2 fiole de Reticulină M. (4 cm^3).

Mare ne-a fost mirarea când după $\frac{1}{2}$ oră, femeia a încetat a mai vărsa; la ora mesei de seară, cere să i se aducă mâncare, căci i-a dispărut complect greața. A luat un iaurt cu pâine prăjită. Nici după masa de seara nu a mai vărsat, a dormit toată noaptea foarte bine.

Dimineaţa a băut o ceaşcă de cafea cu lapte şi pâine prăjită. Nu a vărsat. Peste zi s'a simţit bine. A stat în Sanatoriu 3 zile; nu i-s'a mai dat a doua injecţie cu Reticulină.

Plecând acasă, 12 zile s'a simţit foarte bine. In ziua de 28 Ian. însă începe iarăşi să aibe greţuri, a vărsat de două ori; i-am aplicat din nou o fiolă de Reticulină, după care s'a simţit iarăşi complect bine; a treia zi (30 Ian.) apar iarăşi greţuri şi salivaţie; în aceeaşi zi am mai administrat o injecţie cu reticulină, după care simptomele au dispărut complect şi definitiv.

II. — Cazul D-nei S. de 23 ani, cu vărsături incoercibile este cu totul asemănător celui de mai sus. O singură injecţie a putut amenda simptomele de vărsături şi greaţă pentru tot intervalul de timp cât a fost în observaţia mea.

Din studiul acestor cazuri se desprinde o constatare şi anume: Reticulina în doze mici a putut amenda complect şi imediat un proces intoxicativ de origine gravidică.

In încercările de a putea da o explicaţie plauzibilă acestui surprinzător efect în ambele cazuri, va trebui să ne folosim de studiile îndelungate şi documentate ale D-lui Prof. Moldovan şi elevilor D-sale.

Deoarece reacţiunea între antigen, anticorp şi anafilaxie se produce la nivelul endotelului capilar, credem că acţiunea pe care o exercită Reticulina asupra capilarelor placentare se bazează pe schimbările pe cari acest „hormon" le produce la nivelul acestor capilare.

Placenta fiind un organ extrem de important cu roluri diferite biologice, fizice, biochimice şi hormonale, interdependenţa între aceste trei funcţiuni trebue să fie una dintre cele mai perfecte stări de echilibru metabolistic.

Dacă schimburile gazoase, nutritive, toxice şi hormonale nu se pot asigura în modul cel mai ideal la nivelul capilarelor placentare, putem înregistra diferite fenomene morbide: greaţă, vărsături, vertige, urticarii, stări nervoase, insomnii, palpitaţii, debilitate generală, gusturi bizare, etc.

Faptul că în cazurile amintite injecţiile cu Reticulină au schimbat instantaneu starea gravă în care se aflau gravidele, producând o buleversare totală în umorile dela nivelul placentei, având ca rezultat o stare perfectă în vre-o câteva ore, arată că în Reticulină avem la dispoziţie un preparat cu care noi obstreticienii putem veni în ajutorul gravidei, uneori, cu cele mai mari speranţe de reuşită.

Oricât am încercat să definim mai precis modul de acţiune al Reticulinei în aceste două cazuri, nu ne-a reuşit, căci nici cercetările de până acum nu au putut lămuri decât parţial mecanismul acţiunei acestui preparat.

Din aceste cercetări se cunoaşte atât că Reticulina împiedecă, ba chiar anulează acţiunea principiului toxic ajuns în organism, păstrând, respectiv restabilind permeabilitatea şi tonusul normal al capilarelor.

Dacă admitem teoria pe baza căreia vărsăturile sunt determinate de toxine elaborate de chorionul tânăr, atunci trebue să admitem şi o insuficienţă în funcţiunea sistemului endotelial al membranei care desparte sângele matern de cel fetal; această membrană este de origină maternă şi este construită dintr'un strat endotelial, ca o continuare a endotelului vascular matern ce vine dinspre corpul uterin la locul pla-

centar; prin această membrană se fac schimburile între sângele matern și cel fetal, prin fenomenul de endo și exosmoză.

Se pune întrebarea: Oare nu insuficiența funcțională, respectiv tisulară a acestei membrane endoteliale face, ca diferitele materii „toxice" să străbată dela făt la mamă și să provoace acele vărsături cari adeseori aduc viața mamei în pericol?

Nu poate fi vorba aci de o neutralizare a toxinelor chorionale, — căci aceasta ar fi prea pasageră, dat fiind cantitatea prea mică de Reticulină pentru ca să anihileze o intoxicație gravidică.

Se poate admite că la baza fenomenului de dispariție, am putea spune instantanee, a fenomenelor de greață, și vărsături, stă o modificare în tonusul celulelor endoteliale, din membrana deciduală și în proprietatea lor de a opri sau permite trecerea diverselor materii elaborate de făt.

In sângele matern circulă pe lângă alți hormoni (prolan, folicultină, luteină) și o oarecare cantitate de pituitrină, îndeosebi în apropierea termenului nașterii.

Se știe că acțiunea protectoare a Reticulinei se anulează prin doze mari de pituitrină.

La începutul sarcinei cantitatea de pituitrină în sânge fiind neglijabilă, Reticulina și-a putut exercita perfect acțiunea.

Deoarece acțiunea Reticulinei este direct adresată endoteliului capilarelor și a țesuturilor vecine lor, rezultatul în insuficiența sistemului reticuloendotelial se amendează instantaneu după aplicarea Reticulinei.

In concluzie: Reticulina, acest „hormon" al sistemului reticuloendotelial, poate se modifice funcțiunea lezată dela nivelul membranei endoteliale chorio-deciduale din primele săptămâni ale gravidităței, făcând să dispară printr'un efect biologic asupra tonusului endotelial din țesuttul placentar, simptomele de greață și vărsături, **dacă ele sunt cauzate de o insuficiență reticulo-endotelială.**

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BIBLIOGRAFII

Prof. D-r Modovan: „Reticulina M.". — Cluj 1943, Inst. de Igienă Cluj.
D-r Vasile Plătăreanu: „Aparatul Cardiovascular". Ed. I. E. Toniță, Buc.
D-r Const. Stanca: Reticulina și întrebuințarea ei în Ginecologie și Obstetrică. — Reticulina M. Cluj 1943. — 152 pag.

TESTORMON

Extract total concentrat
de testicul de taur

indicat în:

Sindromul neurovegetativ al insuficienţei testiculare

CLIMACTERIUM VIRIL

Hipertrofia de prostată
Sindromul somato-psichic de involuţie
Hipertensiune arterială după 40 ani
Infantilism.
BCU Cluj / Central University Library Cluj
Sindromul hiperfoliculinic la femei
Congestia dureroasă a sânilor

Ambalaje a 5 fiole

LABORATORUL CRINOTERAPIC

Reprezentanţa generală

Cooperativa „Uzinele Sanitare Paulescu - Gerota - Sumuleanu"

Bucureşti, calea Griviţei Nr. 67

Telefon 4.98.08

Lucrare din Secția Medicală a Spitalului „Pavel și Ana Cristea" Bacău
Medic primar: D-r V. Mareș

TRATAMENTUL MENINGITEI CEREBRO-SPINALE EPIDEMICE CU SULFAPIRIDINA

de

N. I. ZAHARIA
Medic Secundar, Bacău

Cercetările lui **Paul Ehrlich** au deschis, la începutul acestui secol, era chimioterapiei. Dela experiențele fundamentale ale lui **Domagk**, în 1935, grupul sulfamidelor a trecut în domeniul medicinei curative, aducând o contribuție care nu-și găsește echivalentul decât în neosalvarsan. Se pare că în momentul de față dispunem contra spirochetelor și cocilor, de arme extrem de eficace. Și nu este exclus ca acțiunea sulfamidelor să fie extinsă și asupra unora dintre bacili (ca bacilii dizenterei de ex.).

La început, cercetările lui **Domagk** păreau să atribue acțiunea terapeutică numai substanțelor colorate (sulfonamidodiaminoazobenzol: protosil roș). In acelaș an însă (1935), **Tréfouel, Nitti** și **Bovet** au demonstrat că simplul radical incolor — p-aminofenilsulfonamid — este suficient pentru combaterea infecțiilor experimentale cu streptocococ. Cercetările ulterioare aveau să arate că de fapt acțiunea acestora din urmă este mai intensă, ca a primelor.

Din modificările în formula chimică a sulfamidelor albe a ieșit apoi întreaga serie de substanțe sulfamidice cari ne stau azi la dispoziție. Astfel adăugarea unui radical piridinic a dat sulfapiridina (descoperită de **Evans** și **Caisford** și întrebuințată de **Ewins** și **Philips** mai întâi, 1938, în pneumonie), a radicalului tiazol — sulfatiazolul (descoperită de **Hartmann** și **Merz**), a pirimidinei — sulfapirimidina *), etc. și seria încă nu e închisă.

Acțiunea cea mai pronunțată a acestor substanțe se exercită asupra următorilor coci: streptococ, gonococ, pneumococ, meningococ, mai puțin stafilococul; din grupul bacililor: colibacilul, bacilii dixenterici.

*) Acestea se găsesc în comerț sub diferite nume. Astfel, sulfapiridina: Dagenan, Eubasinum, Gonopneumocid, Sulfapyridin; Sulfatiazolul; Eleudron, Cibazol, Thyazomid; sulfapirimidina: Pyrimal.

In ceea ce priveşte meningococul, acesta este combătut cu maximum de eficacitate de sulfapiridină şi sulfatiazol, mai slab de sulfanilamidă. Aceste substanţe constitue, fără îndoială un progres enorm în terapia afecţiunilor meningococice şi în special a meningitei cerebro-spinale epidemice. In adevăr, mortalitatea în această din urmă afecţiune dă cu sulfamidele cifre de zece ori mai mici decât cu serul antimeningococic. Iată după Säker (1941), scara procentelor de mortalitate după sero- şi sulfamidoterapie:

Serul antimeningococic 50%; Prontosil 42%; Uliron 27%; Prontalbin 19%; Sulfapiridina 5,8%; Sulfatiazol 4,2%.

După Glanzmann (1943), mortalitatea în meningita meningococică scade aproape la zero, dacă tratamentul cu sulfapiridină sau sulfatiazol este aplicat la timp.

Observaţiile referitoare la cazuri tratate cu sulfamide au devenit extrem de numeroase în ultima vreme; o mică parte din ele sunt citate în bibliografia dela sfârşitul lucrării. Ele au dus la concluzia că posedăm azi în aceste substanţe, arme de o eficacitate admirabilă în combaterea meningitei epidemice. Cazurile observate de noi şi rezumate în rândurile ce urmează nu vor face decât să confirme cele de mai sus.

* * *

OBSERV. 1. — Valeria O., de 23 ani, din com. Domniţa Maria, se internează la 2 Aprilie 1943, cu stare generală alterată, torpoare, adinamie, obnubilaţie, delir, carfologie, incontinenţă de materii şi urină, cefalee violenţă, vărsături. La examen: nu răspunde la întrebări, prezintă crampe cefei puternică, poziţie în cocoş de puşcă, semnul lui Kernig, rigiditatea coloanei vertebrale, reflexe rotuliene uşor exagerate, pupile egale, în mioză; herpes labial. Viteza de sedimentare, 74. Temperatura normală. La 4 Aprilie, prima punctie lombară dă un lichid turbure; în acesta laboratorul găseşte: albumină 3 gr., glucoză 0, Pandy, Nonne-Appelt, intens pozitive; citologie, foarte numeroase polinucleare alterate; în centrifugat şi prin culturi, prezenţa meningococului [1]). Dela această dată se dă sulfapiridin [2]) câte 8 tablete pe zi, timp de 9 zile (în prima zi şi în ultimele două, se dau numai 6 tablete). Doza totală: 34 gr. In acest timp am mai făcut puncţii lombare de trei ori, injectând de fiecare dată 10, 15 şi 20 cc. ser antimeningococic polivalent.

După o mică ascensiune termică de trei zile, L. C. R. se limpezeşte. Fenomenele clinice se ameliorează treptat: bolnava începe să vorbească, delirul încetează din primele zile, vărsăturile se opresc. După o săptămână de tratament, crampa cefei diminuă, apoi în zilele următoare cedează complect. Starea generală se normalizează foarte repede. La 17 Aprilie bolnava intră în convalescenţă; la 22 Aprilie părăseşte spitalul complect vindecată.

OBSERV. 2. — Gheorghe A., de 41 ani, din com. Râpi, intră la 30 Martie 1943, cu crama cefei, cefalee, contractura coloanei vertebrale şi a extremităţilor, vărsături. Maladia a debutat acum 2 săptămâni(?); de atunci i s'au făcut diverse tratamente pentru lumbago şi reumatism muscular(!). Este afebril. La punctia lombară curge un lichid turbure în care se găseşte: albumină 2,20 gr., glucoză 0,40 gr., Pandy şi Nonne-Appelt, intens pozitive, în centrifugat şi prin culturi, prezenţa meningococului. De a doua zi se injectează intra-rachidian, ser antimeningococic polivalent 10—20 cc. timp de 6

1) Examenele de laborator au fost făcute de D-l D-r V. Crăciunescu şi D-ra A. Antonescu dela Laboratorul regional de Higienă Bacău, cărora le exprimăm şi pe această cale toată gratitudinea noastră.

2) Toate cele 11 cazuri ale noastre au fost tratate cu Sulfapyridin „Bayer", care exista atunci în Farmacia Spitalului.

zile. Dela 1 Aprilie se dă sulfapridin 6—8 tablete zilnic timp de 9 zile; doza totală: 30 gr.

In ziua de 4 Aprilie, lichidul e complect limpede; fenomenele meningeale au cedat şi ele, cefaleea a dispărut, iar crampa cefei a cedat mult. La 5 Aprilie, odată cu o uşoară ascensiune febrilă, apare un strabism divergent, pupila dreaptă în midriază, cu absenţa reflexelor pupilare şi scăderea vederii, precum şi accentuarea ptosisului care exista de mai înainte. Cu toată continuarea tratamentului sulfamidic, aceste fenomene cari trădau o oftalmologie bazilară nu au cedat. Febra cade însă la normal, iar crampa cefei cedează complect. Bolnavul părăseşte spitalul la 22 Aprilie, cu fenomenele oculare nemodificate.

Peste 5 zile însă, se întoarce din nou în spital cu fenomene de meningită limfocitară: cefaleea violentă, crampa cefei, absenţa febrei, L. C. R. turbure, limfocite în centrifugat, absenţa germenilor microbieni. Se instituie din nou tratamentul cu sulfapiridină (după o pauză de 16 zile), 4 gr. zilnic, în total 23 gr. Cefaleea şi crampa cefei dispar rapid, iar lichidul e complect limpede în a treia zi. Bolnavul părăseşte spitalul la 9 Mai, vindecat, fără a prezenta nicio modificare în starea oculară descrisă mai sus.

OBSERV. 3. — Elisabeta D., de 18 ani, din Păncești-Putna, se internează la 11 Aprilie 1943, pentru cefalee şi febră. Prezintă: crampa cefei, semnul lui Kernig, herpes labial, starea generală uşor alterată. Febra a prezentat timp de 8 zile variaţii neregulate între 37,5—38,5. Lichidul cefalo-rachidian este turbure intens. In acesta se constată: In centrifugat şi prin culturi, prezenţa meningococului; citologie, foarte numeroase polinucleare alterate. Se dă din prima zi de internare sulfapiridină, 3—6 tablete pe zi, timp de 8 zile, în total 31 gr. de substanţă. In acelaşi timp, cu ocazia punctiilor lombare, s'a înlocuit lichidul scos cu cantităţi echivalente de ser anitmeningococic polivalent 10—20 cc., în total 80 cc. In a 6-a zi dela internare, lichidul e complect limpede; devine uşor, turbure în ziua următoare (în acelaşi timp o ascensiune termică bruscă la 39,3), pentru ca din a 8-a zi să rămână definitiv limpede. Cefaleea şi crampa cefei au cedat din primele şase zile şi starea generală a devenit normală. Bolnava părăseşte spitalul la 25 Aprilie vindecată.

Biblioteca Cluj / Central University Library Cluj

OBSERV. 4. — Elena O., de 18 ani, din Bacău, se internează la 20 Aprilie pentru cefalee şi vărsături. La examenul neurologic se constată crampa cefei, poziţie în cocoş de puşcă, semnul lui Kernig, al lui Brudzinski. Herpes peribucal şi perinazal extrem de pronunţat. La punctia lombară, lichidul cefalo-rachidian net turbure; se găseşte meningococul, albumină 2,40 gr. la mie, glucoză 0,20 gr. la mie, Nonne-Appelt şi Pandy intens pozitive. Cu ocazia primelor patru punctii lombare se injectează intra-rachidian, de fiecare dată, ser antimeningococic polivalent câte 20 cc., în total 80 cc. In zilele următoare însă renunţăm cu totul la seroterapie. Din a treia zi dela internare, se instituie tratamentul sulfamidic cu sulfapiridină timp de 5 zile, câte 8 tablete zilnic (în a doua zi a luat 12 tablete); doza totală 22 gr. Vărsăturile încetează din a treia zi; cefaleea şi crampa cefei au cedat complect până în a 7-a zi, când şi L. C. R. a devenit complect limpede. Bolnava părăseşte spitalul la 2 Maiu, cu o surditate absolută (sechelă).

OBSERV. 5. — Constantin P., de 2 şi jum. ani, din com. Călugăra, Bacău, este adus la spital la 21 Aprilie, pentru somnolenţă, crampa cefei, cefalee. Maladia data de 5 zile. In momentul internării prezenta: poziţie în cocoş de puşcă, crampa cefei, rigiditatea coloanei vertebrale, abdomen contracturat, semnul lui Kernig; herpes labial. Temperatura 38. L. C. R. turbure. In acesta: direct în centrifugat şi prin culturi, prezenţa meningococului. In locul lichidului scos se injectează intrarachidian 15 cc. ser antimeningococic polivalent. Acelaşi lucru se repetă apoi în zilele următoare. Cantitatea totală de ser 55 cc. Din prima zi se dau câte două tablete (4 jumătăţi) sulfapiridină în 24 ore. Sulfamidoterapia e continuată 6 zile; doza totală 6 gr.

Febra cade complect din a 3-a zi; în a 4-a zi lichidul este complect limpede, iar fenomenele meningeale au retrocedat aproape complect, doar rigiditatea cefei mai persistă încă. La 1 Mai copilul părăseşte spitalul perfect vindecat.

OBSERV. 6. — Petre B., de 19 ani, din Păncești—Putna, intră în spital la 30 Aprilie pentru cefalee și vărsături. La examen prezintă: crampa cefei, poziție de cocoș de pușcă, semnul lui Kernig, ușoară agitație. Bolnavul e afebril. La puncția lombară se capătă un lichid turbure. În acesta laboratorul găsește: extrem de numeroase polinucleare alterate, prezența meningococului direct în centrifugat, albumină 1,20 gr., glucoză 0,20 gr., Nonne-Appelt intens pozitiv. Imediat se administrează sulfapiridină, câte 5 tablete pe zi, timp de 6 zile; doza totală 16 gr. Chiar din prima zi starea generală se îmbunătățește remarcabil: vărsăturile încetează, cefaleea diminuă și bolnavul doarme liniștit. Lichidul C. R. se clarifică de a doua zi chiar, pentru ca în a 3-a să fie complect limpede. Din a 4-a zi, cefaleea dispare, iar crampa cefei în a 6-a zi. Bolnavul părăsește spitalul la 8 Mai, vindecat. În acest caz nu a fost utilizat serul antimeningococic.

OBSERV. 7. — Ion F., de 20 ani, militar (soldat într'un regiment din Bacău), se internează în spital la 28 Aprilie pentru febră, stare generală gravă, obnubilație. E bolnav numai de 2 zile; în acest timp starea generală s'a alterat rapid. În ziua internării prezintă vărsături alimentare copioase. Se constată: crampa cefei pronunțată, cefalee, poziție în cocoș de pușcă, semnele lui Kernig și Brudzinsky; în același timp obnubilație, delir, agitație, neliniște motorică. În a treia zi puncția lombară dă un lichid foarte turbure, în care se găsește meningococul și extrem de numeroase polinucleare alterate. Se injectează imediat ser antimeningococic polivalent intra-rachidian și se administrează sulfamidoterapia bucală cu sulfapiridină, 8 tablete zilnic. Serul nu mai este repetat în zilele următoare, cu toate că punctiile lombare se fac zilnic, însă sulfapiridina este continuată în aceeași doză timp de 8 zile; doza totală 29 gr. De a doua zi chiar, lichidul e mai puțin turbure, cefaleea a diminuat mult, iar bolnavul e liniștit, nu mai delirează. Starea generală se îmbunătățește rapid, bolnavul devine conștient, răspunde la întrebări din a 3-a zi de tratament, fenomenele meningitice cedează treptat, crampa cefei persistând mai mult; în același timp febra cade la normal din a 4-a zi. După 5 zile, L. C. R. e complect limpede. Bolnavul intră în convalescență și părăsește spitalul complect vindecat la 13 Mai.

OBSERV. 8. — Ionel P., sugar de 9 luni, este adus la spital la 6 Mai, pentru febră, somnolență și bombarea fontanelei mari. Maladia datează de 5 zile; a început insidios, cu stare generală alterată, somnolență febră (până la 38,8), constipație. Cu două zile înainte de internare, o vărsătură alimentară; în ziua internării, o a doua vărsătură alimentară. La examenul somatic, nu se constată niciunul din semnele de meningită; semnul lui Kernig crampa cefei, etc., absente. Doar fontanela anterioară bombează puțin; la presiunea acesteia, copilul, altfel apatic și somnolent, se agită și plânge. Țesutul adipos subcutan, perfect păstrat. Puncția lombară dă un lichid extrem de turbure, smântânos. Laboratorul ne dă direct în centrifugat și prin culturi, prezența meningococului; citologie, extrem de numeroase polinucleare alterate; albumina 1,20 gr. la mie, glucoza 0, Pandy și Nonne-Appelt, intens pozitive. Febra 39,1. Imediat se injectează 5 cc. ser antimeningococic polivalent intrarachidian și se instituie sulfamidoterapia per os, o jum. tabletă în prima zi, apoi trei sferturi de tabletă zilnic timp de 13 zile. Doza totală 5,20 gr. Seroterapia polivalentă intrarachidian a mai fost repetată apoi în următoarele 3 zile, în cantități mici (6—10 cc.). Doza totală de ser a fost 31 cc. În ziua 3-a dela internare, copilul e liniștit, dormitează mai puțin, fontanele nu mai bombează, iar vărsăturile nu s'au mai repetat. Lichidul cefalo-rachidian e de abia turbure în ziua 4-a, iar în ziua 7-a devine complect limpede. Copilul devine viu și cu toată febra care se mai menține încă câtva timp, are aparență cu totul normală. Sulfamidoterapia se întrerupe odată cu căderea febrei la normal în a 13-a zi dela internare. La 3 zile dela încetarea sulfamidoterapiei, erupție maculo-congetivă de tip circinat, ușor pruriginoasă, cu mers ascendent dela membrele inferioare spre trunchiu, însoțită de ascensiune termică (38,7). Totul dispare în decurs de trei zile. Copilul părăsește spitalul la 28 Mai, vindecat.

OBSERV. 9. — Mihai G., de 2 ani, din com. Fântânele—Bacău, este adus la 12 Mai a. c. la spital pentru crampa cefei vărsături și stare gene-

Biblioteca Centrală Universitară Cluj

rală alterată. E bolnav de trei zile. La examen prezenta: crampa cefei foarte pronunțată, capul fiind puternic flexat pe spate, poziție în cocoș de pușcă, semnele Kernig și Brudzinski prezente, agitație, vărsături, constipație. La puncția lombară, L. C. R. turbure; se găsește meningococul și foarte frecvente polinucleare alterate. Se injectează 10 cc. ser antimeningococic intrarachidian și se începe tratamentul per os cu sulfapiridină, din care se dau 1 jum. tablete (6 sferturi) pe zi. Terapia sulfamidică se continuă timp de 9 zile, doza totală: 6,75 gr. Serul intra-rachidian nu se repetă decât în a 4-a, a 6-a și a 10-a zi; imediat după ultima injecție cu ser, copilul face o reacție anafilactică tipică: la un sfert de oră are frison puternic, febră (39,1), cefalee, agitație, vărsături. Aceste fenomene alarmante au cedat încet în decurs de 12 ore. Lichidul C. R. se limpezește din a 4-a zi, pentru a ajunge complect limpede în a 7-a. Fenomenele clinice se ameliorează rapid, crampa cefei dispărând complect până în ziua 8-a. Copilul părăsește vindecat spitalul la 28 Mai.

OBSERV. 10. — Mircea I., de 19 ani, din Buhuș—Neamț, intră la 31 Mai în spital pentru cefalee violentă, vărsături alimentare, constipație. Bolnav de trei zile. Prezintă: crampa cefei foarte pronunțată, semnele Kernig și Brudzinski prezente, somnoleță, agitație. Complectă afebrilitate. La puncția lombară, L. C. R. foarte turbure. In acesta laboratorul găsește: număr incomensurabil de polinucleare, direct în frotiuri prezența meningococului intraleucocitar, albumină 1,80 gr. la mie, glucoză 0, reacțiile Nonne-Appelt și Pandy intens pozitive. De a doua zi se dă sulfopiridină per os, în cantități descrescânde: 18, 14, 12, trei zile câte 10, apoi 8 tablete. In total 82 tablete sau 41 gr.(!) substanță în 7 zile. Nu s'a remarcat niciun fenomen de intoleranță. Nu a fost întrebuințată seroterapia în acest caz. L. C. R. începe să se limpezească chiar dela început, pentru ca în ziua 4-a de tratament să apară perfect limpede. Fenomenele clinice cedează mai lent. Scaunele apar normal și spontan din primele zile. Crampa cefei și cefalea au persistat cam o săptămână. Starea generală s'a refăcut însă rapid. Bolnavul părăsește vindecat spitalul la 19 Iunie.

Biblioteca Central University Library Cluj

OBSERV. 11. — Elena C., de 8 ani, elevă din Bacău, se internează în spital la 2 Iunie a. c., pentru cefalee, crampa cefei, constipație. Se observă la acea dată poziția în cocoș de pușcă, semnele lui Kernig și Brudzinski. Febra 38,7. La puncția lombară, lichid turbure în care se găsește meningococul intraleucocitar și liber. Nu se face seroterapie. Se dă din prima zi sulfapiridină pe cale bucală, câte 6—10 tablete pe zi, timp de 5 zile. Doza totală 19 gr. Lichidul se limpezește progresiv, așa că în a 4-a zi de tratament e complect limpede. Tot atât de rapid dispar și fenomenele clinice; bolnava intră în convalescență la 5 Iunie. Părăsește spitalul la 12 Iunie, complect vindecată.

* * *

In tabloul alăturat au fost rezumate modul de întrebuințare și dozele medicamentelor utilizate în cazurile descrise.

Din observațiile de mai sus dorim să atragem atențiunea asupra următoarelor puncte:

1. Printre cei 11 bolnavi trataţi, nu am înregistrat niciun deces; în afară de doi din ei (cazurile 2 și 4) cari au rămas cu sechele, toți s'au vindecat pe deplin. Rezultatele terapeutice pot fi socotite deci extrem de mulțumitoare. La 3 din ei (6, 10 și 11) nu s'a întrebuințat decât sulfamidoterapia orală cu sulfapiridină; vindecarea în aceste cazuri este evident datorită sulfamidei. La 5 din restul de 8 bolnavi (cazurile 1, 4, 5, 7 și 8), serul antimeningococic polivalent întrebuințat era cu termenul de eficacitate depășit cu aproape un an (în tablou este trecut sub denumirea de „ser ineficace"); și la aceștia se poate con-

sidera că acțiunea terapeutică se datorește în cea mai mare parte, dacă nu complect, sulfamidei *).

In general, atunci când a fost utilizat, serul a fost administrat în doze cu mult mai mici decât obișnuiam în asemenea cazuri și numai pe cale rachidiană. Afecțiunea terapeutică principală a revenit deci sulfapiridinei.

2. Dozarea sulfapiridinei în cazurile noastre s'a făcut la început prin tatonare, pentru a evita fenomenele de intoleranță. De aceea cantitățile administrate au fost la început mici (4 gr. pe zi la adult). Rezultatele au fost totuși, fără exagerare, admirabile.

Toleranța pentru medicament merge până la doze destul de mari (mai mult de 9 gr. pe zi la adult) și chiar la copii și sugari (cazurile 8 și 9). In afara ușoarelor fenomene cutanate la sugarul de 9 luni, nu am observat niciun alt fenomen de intoleranță la bolnavii tratați.

3. In ceea ce privește acțiunea tratamentului asupra tabloului meningitic, am putut observa că aspectul lichidului cefalo-rachidian și starea generală sunt cel mai repede influențate. Contracturile musculare, în special crampa cefei și uneori cefaleea și febra (aceasta din urmă în cazul 8) persistă cel mai mult.

* * *

Eficacitatea maximă a serului antimeningococic s'a dovedit a fi atunci când este utilizat pentru tipul de meningococ în cauză; cu alte cuvinte este totdeauna de preferat serul monovalent aceluia polivalent. Dar seroterapia monovalentă presupune o prealabilă identificare a tipului microbian, o cercetare laborioasă și care cere, mai ales, un oarecare răgaz de timp, care însă în asemenea cazuri e prea prețios pentru a fi pierdut. De aceea seroterapia polivalentă primează în practica de toate zilele, cu toate că serul monovalent îi este superior. Fără îndoială că în practică curentă și mai ales în regiunile fără laboratoare la îndemână, serul monovalent nu intră în discuție.

In al doilea rând, pentru a fi eficace, seroterapia trebue făcută masiv și pentru a evita accidentele serice de reinfecție, trebue administrată într'un timp scurt ce nu trebue să depășească 10 zile.

Insă tocmai seroterapia masivă e aceea care dă cel mai mare procent de accidente serice. Pe de altă parte, continuarea administrării de ser și după 10 zile, în cazul când maladia nu cedează, poate duce la accidente foarte grave. Noi înșine am observat o reacție violentă la bolnavul Mihai G. (cazul 9), la care am mai administrat ser după a 10-a zi dela prima injecție. Acest fapt mai adaugă un inconvenient, poate cel mai serios din toate: bolnavul căruia i-am introdus ser intrarachidian, rămâne sensibilizat pentru această cale pentru totdeauna. Utilizarea ulterioară a vreunei seroterapii intrarachidiene (de ex. antitetanice) va fi legată de pericole mari. Numai această posibilitate în

*) Serul a fost totuși întrebuințat chiar în aceste condițiuni pentrucă era singurul ce-l aveam la îndemână. In plus el realiza cel puțin o spălare a spațiilor subarachnoidiene, chiar dacă acțiunea sa specifică era, prin natura lucrurilor, mult redusă sau chiar nulă.

legătură cu viitorul bolnavului ar fi suficientă să ne facă să renunţăm la seroterapie în caz că lucrul s'ar dovedi posibil.

In ce ne priveşte, în aplicarea seroterapiei vom ţine cont de următoarele reguli:

a) Seroterapia o vom aplica numai în primele 7 zile de tratament;

b) Vom utiliza de predilecţie serul polivalent, renunţând, credem definitiv la serurile monovalente;

c) Vom aplica serul numai pe cale rachidiană, renunţând complect la celelalte căi;

d) Serul intrarachidian va fi făcut în cantităţi relativ mici (10-20 cc. maximum), înlocuind parţial lichidul cefalo-rachidian scos totdeauna din abunde[illegible] „vom reuşi astfel să evităm accidentele serice (boala serului) şi v[illegible] realiza pe de altă parte, cel puţin o spălătură a spaţiilor subarachnoidiene, în cazul când s'ar nega serului chiar şi cea mai mică acţiune specifică (ca în cele 5 cazuri ale noastre în cari am administrat ser cu termenul de eficacitate depăşit).

Administrarea sulfamidei devine însă obligatorie.

Credem însă că utilizarea rachidiană a serului va putea fi înlocuită cu sulfamide solubile din grupa sulfanilamidelor (Prontosil, Rubiazol, Soluseptazine); acestea chiar dacă nu au acţiunea intensă a sulfamidei administrate bucal*), vor avea însă un excelent rol de înlocuitor al L. C. R. extras neexpunând însă bolnavul la accidentele seroterapiei.

Socotim că este metoda de ales.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In ceea ce priveşte sulfamida de administrat per os, sulfapiridin şi sulfatiazolul sunt cele mai active. Cele 11 cazuri ale noastre stau şi ele mărturie pentru eficacitatea admirabilă a sulfapiridinei**).

In ceea ce priveşte dozele de utilizat, acesta vor varia dela caz la caz, după vârstă şi gravitatea bolii. Toleranţa la medicament este surprinzător de bună; dintre toate, sulfatiazolul pare a fi cel mai bine tolerat. Substanţa va fi aplicată precoce şi masiv, în doze fracţionate cari vor fi continuate şi în cursul nopţii. In prima zi se poate da 10 gr. (20 tablete) sulfatiazol (ceva mai puţină sulfapiridină), iar în zilele următoare se va scade treptat doza, paralel cu evoluţia boalei.

---

*) Nu se va utiliza sulfapiridina sau sulfatiazolul intrarachidian, cari pot da loc la incidente grave.

**) In ultimul timp am utilizat în două cazuri de meningită acută cu meningococ, sulfatiazolul (Cibazol); rezultatele au fost la fel de bune ca şi în observaţiile descrise:

Femeea Roza G., de 22 ani, care prezenta semne nu prea pronunţate de meningită, o febră de 38°4 şi L. C. R. turbure, cu meningococi, a ingerat în decurs de 5 zile, 40 gr. Cibazol (!) din care jumătate în primele două zile. Niciun fenomen de intoleranţă. Toate fenomenele clinice şi L. C. R. au revenit rapid şi complect la normal în 4 zile.

Gheorghe T., de $7\frac{1}{2}$ ani, vine în a 3-a zi de boală, cu cefalee, crampa cefei, semnul lui Kernig, febră (38°6), lichid turbure cu meningococi. In decurs de 6 zile primeşte 29 gr. Cibazol, 10 tablete pe zi. Lichidul e limpede din a 4-a zi; tot atunci au dispărut şi toate semnele clinice împreună cu febră.

Nu s'a administrat ser antimeningococic. decât în primul caz: 20 cc intrarachidian în prima zi, cu ocazia primei puncţii lombare.

Medicaţia va fi continuată puţin şi după dispariţia fenomenelor patologice.

Ca concluzie finală putem spune că în momentul de faţă, metoda cea mai preferabilă în tratamentul meningitei cerebro-spinale epidemice, este:

a) Sulfapiridină sau sulfatiazon per os, 4—10 gr. pe zi (8—20 tablete), variind după gravitatea cazului (doze corespunzătoare la copii), aplicate masiv şi din primele zile de boală;

b) Puncţia lombară, obligatorie am zice, cu evacuarea unei cantităţi apreciabile de lichid (20—40 cc.);

c) Inlocuirea parţială a L. C. R. extras, cu cantităţi mici de ser antimeningococic polivalent (şi numai în primele 10 zile de tratament), sau preferabil, cu sulfamide solubile, din grupa sulfanilamidelor (cu excluderea sulfamidelor cu radical piridinic, pirimidinic sau tiazol);

d) Tratamentul simptomatic obişnuit.

TABLOU

Nr. cazului	Numele	Serul	Vârsta	Sulfapiridină				Ser antimeningocic polivalent intra-rachidian. Doza totală	Observaţiuni
				Doza zilnică		Câte zile	Doza totală *)		
				Tablete	Grame				
1	O. V.	F.	23	8 × 1	4 g	9	34 g	45 cc.	Ser ineficace
2	A. G.	B.	6	8 × 1	4 g	9	30 g	75 cc.	6 cc. Ser în 4 z. A f. şi Solusept.
3	D. E.	F.	18	8 × 1	4 g	8	31 g	80 cc.	—
4	O. E.	F.	18	8 × 1	4 g	5	22 g	80 cc.	Ser ineficace
5	P. C.	B.	2½	4 × ½	1 g	6	6,25 g	55 cc.	Ser ineficace
6	B. P.	B.	19	5 × 1	2,50 g	6	16	—	—
7	F. I.	B.	20	8 × 1	4 g	7	29	10 cc.	Ser ineficace
8	P. I.	B.	9 l.	× ¼ **)	0,38 g	14	5,20 g	31 cc.	Ser ineficace
9	G. M.	B.	2	6 × ¼	0,75 g	9	6,75 g	26 cc.	—
10	I. M.	B.	19	10—18 × 1	5—9 g	7	41 g	—	—
11	C. E.	F.	8	4—10 × 1	2—6 g	5	19 g	—	—

BCU Cluj / Central University Library Cluj

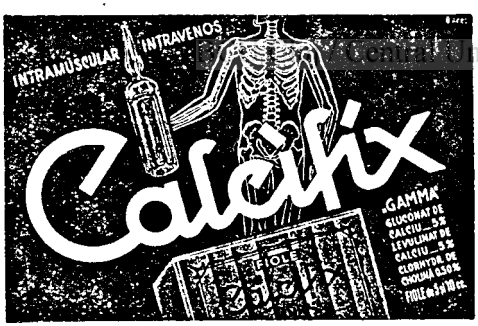
BIBLIOGRAFIE

Balş M.: România Medicală, 1943, p. 65. — *Domagk:* Dtsche Med. Wschr., 1925, p. 250. — *Domagk:* Ztschr. f. klin. Med., 1937. p. 132. — *Doxiades L.:* Dtsche Med. Wschr., 1943 Nr. 21/22. — *Durel R., Halpern B.-N., Dubost P.* şi *Allinne M.:* Presse Méd., 1939. p. 920. — *Glanzmann E.:* Schweiz. Med. Wschr., 1943. Nr. 19/20. — *Gsell O.:* Schweiz. Med. Wschr.,

*) De oarece doza zilnică a variat în cursul tratamentului la acelaş bolnav, doza totală nu corespunde exact cu cifra căpătată din înmulţirea zilelor de tratament cu doza cotidiana trecută în tablou.

** De fapt administrarea s'a făcut în cantităţi mai mici în cursul zilei, de oarece medicamentul a fost luat în poţiune.

1940, p. 342. — *Gsell O.:* Ibid., 1941, p. 1578. — *Hörlein:* Lancet, 1935, p. 840. — *Levaditi* şi *Vaisman:* Presse Méd., 1935, p. 2097. — *Mornet J.* şi *de l'Ecluse G.:* Presse Méd., 1938, p. 928. — *Muraz G.* şi *Chirle R.:* Presse Méd., 1939, p. 1327. — *Muraz G., Chirle R.* şi *Quéguiner A.:* Presse Méd., 1938, p. 1113. — *Nitti* şi *Bovet:* C. R. Soc. Biol., 1935, v. 119, p. 1277. — *Pongratz:* Dtsche Med. Wschr., 1937, p. 1015. — *Pulver W.:* Schweiz. Med. Wschr. 1940, 887. — *Säker G.:* Jkurse ärztl. Fortbild., 1941, v. 32, p. 29. — *Schwentker F., Gelman S.* şi *Long P.:* Journ. Am. Ass., 1937, p. 1407. — *Slobozianu H.:* România Med., 1938 p. 275. — *Tiffeneau R.* şi *Meyer J.-J.:* Paris Méd., 1937, p. 215. — *Tréfouel, Nitti* şi *Bovet:* C. R. Soc. Biol., 1935, v. 120, p. 756. — *Vonkennel J.:* Dtsche Med. Wschr., 1942, p. 953 şi 985. — *Willien L.:* Journ. Amer. Med. Ass., 1938, p. 630.



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.

ENTERITE — ENTEROCOLITE — DIAREE — DISENTERIE — PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

cultură lichidă pură de fermenți lactici

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

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ — SPALATURI — PANSAMENTE — GARGARISM

DAKYNOL

comprimate de 0 gr. 20

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

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

PASSICALMINE

Lichid

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

ANEMII — DEBILITATE — CONVALESCENȚE — SURMENAJ — INAPETENȚĂ — LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

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

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

DERMOPHYL

pomadă cu bază de ol. jecoris

În pansamente.

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

SOLVARTHROL

granulat efervescent

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

Babeș-Bolyai Central University Library Cluj

Noua chimoterapie anti-infecțioasă 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 infecțioase criptogenetice

ADULȚI: 6-10 comprimate pe zi.

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

Lucrare făcută în Spitalul de Campanie No. 16 — pe front — și comunicată la Cercul Medico-Farmaceutic român din Melitopol Ianuarie 1942

TRAUMATISMELE CAPULUI INSOȚITE DE LEZIUNI INTRACRANIENE ȘI CONSECINȚELE LOR

de

D-r D. ZEANA

Medic Primar-Chirurg

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Comunicarea mea de astăzi se sprijină pe relatarea unui număr de cazuri cu fracturi complicate ale craniului.

Voiu expune, pe scurt, cazurile din spitalul nostru, cu învățămintele reeșite din ele, menționând în treacăt și unele cazuri interesante cari sunt prezente în memoria mea.

In legătură cu aceste cazuri, voiu căuta să insist asupra aspectelor diferite de manifestare și de evoluție a boalei, asupra mijloacelor cu ajutorul cărora depistăm leziunile și complicațiunile, precum și asupra normelor terapeutice și operatorii.

OBSERV. 1. — Este vorba de soldatul B. D. de 33 ani, dintr'un batalion de vânători de munte, intrat în spitalul de campanie No. 16, în ziua de 11 Ian. 1942, cu diagnosticul de „plagă tangențială — prin schije — în regiunea parieto-occipitală stângă, cu fractura tablei externe și a tablei interne a craniului".

Bolnavul declară că a fost rănit de schije de brandt, în ziua de 5 Ian. 1942. In aceeași zi i se face operație — excizie, eschilectomie și drenaj — la ambulanța 37, de unde este dus la spitalul de campanie No. 7 și de acolo este evacuat la noi.

La primele examinări am constatat că nu prezintă turburări senzoriale, nici sensitive și nici motorii. Ușoara rigiditate a cefei, ușoara rezistență în extinderea genunchilor flectați, ca și ușoara jenă acuzată în ochi, au putut fi atribuite frigului suferit pe drum. Ne-a îngrijorat mai mult temperatura de 38°, care însă a fost acompaniată de un puls concordant, ritmic și bine bătut. Nicio turburare a sfincterelor.

La examenul local observăm o plagă transversală de aproximativ 4 cm. lungime, situată în regiunea parieto-occipitală stângă, plagă cu marginile neregulate, murdare, din profunzimea căreia curge un puroiu murdar. Hotărîm controlarea stării locale de urgență și, împreună cu d-l D-r Perția, am operat pe bolnav. Am mărit plaga prin incizii la dreapta și la stânga,

după anestezie locală cu novocaină, am depărtat părţile moi ale buzelor plăgii în sus şi în jos şi am dat pe un defect osos prin care pătrundem uşor cu un deget, cu marginile neregulate, iar din anterior venea puroiu în abundenţă. Ne-am dat seama că avem în faţa noastră o colecţie purulentă endocraniană şi am lărgit trepanaţia craniană, muşcând cu pensa de oase Louer, atât cât ca să putem exterioriza bine abcesul şi să netezim bine marginile osoase. Prin control digital, am constatat prezenţa unei cavităţi, după evacuarea puroiului, de mărimea unui ou de puică, substanţa cerebrală atinsă — abcesul fiind cerebral — iar în cavitatea abcesului mai multe eschile osoase, de mărimea zarurilor, neregulate, unele din ele proiectate în însăşi masa cerebrală. Extirpăm eschilele, tamponăm puroiul şi drenăm larg plaga.

Post operator, pansăm zilnic plaga cu soluţie Rivanol 1 la mie şi cu ser fiziologic, dăm bolnavului 6—8 pastile pe zi de Rubiazol şi-i facem şi injecţii cu urotropină şi cu ser hipertonic — clorur de sodiu 20%. Temperatura se menţine între 36,8—37,6 dimineaţa şi 37,8—38,6 după amiază. Apare prolabarea, în plagă, a unei porţiuni edematiate din lobul occipital, de mărimea unui ou de găină, pe laturile căreia se scurge puroiu din endocraniu. Pulsul devine bradicard, respiraţia se menţine bună, sensoriul intact, motilitatea liberă, bolnavul conştient în tot timpul. In ziua de 28 Ian. 1942, observând că masa cerebrală prolabată este pe cale de necrozare, am strivit-o la bază cu o pensă şi am înlăturat-o. Am spălat plaga cu mult ser fiziologic. Bolnavul a slăbit mult. Tot în acea zi, i-am făcut şi o puncţie lombară, prin care am extras un lichid clar — 3 c. c. — după care bolnavul s'a simţit mai uşurat. In 29 Ian. starea bolnavului s'a agravat, intră în comă şi sucombă în 30 Ianuarie.

La necropsie găsim un ramolisment extins al lobului occipital stâng şi meningită ventriculară.

OBSERV. 2. — B. R. de 34 ani, din Reg. 18 dorobanţi, rănit în ziua de 16 Ian. 1942, de schije de brandt, în cap. Prima îngrijire i s'a dat la postul regimentar, după aceea la ambulanţa 18. Ultimul pansament, înainte de a veni la spitalul nostru — 20 Ian. 1942 — i s'a făcut la spitalul german din Ciankoi.

Ca examen local prezenta în regiunea occipitală inferioară şi mijlocie, două plăgi, prin schije de brandt, de 3—4 cm. lungime, neregulate, murdare, din cari se scurge puroiu. Pe fişă găsim notat diagnosticul de „plagă în regiunea occipitală" şi la intervenţii „pansament". Bolnavul intră în comă şi sucombă în ziua de 22 Ian. 1942.

La autopsia cazului, am găsit două plăgi penetrante în regiunea occipitală inferioară, cu schije mari de brandt cari au perforat osul şi lobii cerebelului, plaga lobului cerebelos stâng fiind profundă şi cu eschile mici osoase împinse, proiectate, până spre porţiunea bulbo-protuberanţială, iar în lobul drept un hematom difuz. Am mai găsit hemoragie subarachmoidiană peribulbar şi perimedular, sub nivelul găurei occipitale. Schijele au fost încrustate, fixate în os.

Cazul de sigur, nu se putea salva prin intervenţie chirurgicală, având în vedere natura leziunilor ca şi sediul lor. Un punct asupra căruia vreau să insist însă, este faptul că rănitul a fost etichetat dela început ca un caz uşor şi a fost evacuat prin diferite etape ca atare.

Voiu mai enumera, pe scurt, câteva observaţiuni:

OBSERV. 3. — Un soldat lovit în cap cu patul puştii, ne-a fost adus, direct la spitalul nostru, în stare gravă, inconştient, cu pulsul bradicard (42—46 pe minut), cu echimoze palpebrale, cu rinoragie şi cu lichidul cefalo-rachidian net sanghinolent. Prezenta mai multe plăgi ale capului, dintre cari două mai mari (de 3—4 cm. diametru), în regiunea frontală dreaptă superioară, la explorarea căreia dăm de o fisură fină a osului frontal spre bază, şi a doua plagă controlată, în regiunea parietală dreaptă superioară, cu zdrobirea osului. Trepanăm la acest nivel, înlăturăm eschilele şi constatăm că dura este de aspect normal. Bolnavul prezintă o grosime excepţională a osului parietal. După două săptămâni se reface complect, îi revine şi memoria şi nu prezintă nicio complicaţie.

OBSERV. 4. — Soldat rănit prin schije de brandt în regiunea temporală dreaptă inferioară. Prezintă un defect osos care permite introducerea unui deget, cu eschile proiectate în masa cerebrală, cu ruptura arterei meningee mijlocii și cu retenția schijei. I s'a făcut toaleta plăgii, eschilectomie, extracția schijei, care era destul de mică ($1/2$—1 cm. diametru) și hemostoza. Bolnavul a sucombat. La necropsie am constatat un ramolisment cerebral al întregului lob temporal și o hemoragie difuză pe suprafața întregului hemisfer drept.

OBSERV. 5. — Soldat rănit în regiunea fronto-parietală dreaptă, tot de schije. La controlul plăgii am găsit eschile multiple, unele înfundate, cu ruptura durei mater și cu secțiunea encefalului la acest nivel, pe o lungime de 3—4 cm. Bolnavul inconștient și cu bradicardie. Imediat după intervenție, bolnavul și-a revenit. A doua zi însă a reintrat în amnezie. L-am lăsat în spital, cu fiind demobilizat.

OBSERV. 6. — Tot de schije în regiunea temporală stângă și inferioară, cu ușoară înfundare, fără iradiere spre bază, căruia i s'a făcut trepanație și eschilectomie, a evoluat spre vindecare rapid.

OBSERV. 7. — Ni-l dă un tânăr sublocotenent, cu fractura supra-sprâncenoasă stângă, cu înfundare. I s'a făcut control imedial al plăgii, trepanație și eschilectomie și a evoluat normal, spre vindecare rapidă.

OBSERV. 8. — La spitalul civil (rusesc) din Melitopol, am operat un prizonier rus internat acolo, care prezenta fenomene nete de hipertensiune intracraniană și de meningism, cu temperatura de 37,8—38.

In regiunea frontală stângă prezenta o cicatrice de 2—3 cm. diametru, datorită unei răniri cu două luni înainte. Bolnavul obnubilat, cu dureri mari la acest nivel, spontane și la percuție. Lichidul cefalo-rachidian clar.

Fac trepanație craniană la acest nivel, în anestezie locală cu novocaină și dau peste un abces al lobului frontal stâng, pe care îl exteriorizez bine și îl drenez. Bolnavul s'a vindecat în condițiuni bune.

OBSERV. 9. — Colegul meu dela secția I a spitalului, a operat un caz cu fractura cu înfundare în regiunea fronto-parietală dreaptă superioară. I s'a făcut trepanație, i s'au extras eschilele; dura a fost intactă. A doua zi bolnavul a sucombat. La necropsie s'a găsit, pe lângă o hemoragie difuză pe întreg hemisferul drept, un ramolisment cerebral foarte mare, al întregei zone perirolandice.

Acum după expunerea sumară a cazurilor noastre, vreau să fac o incursiune prin cunoștințele privitoare la problema aceasta. Trec peste capitolul referitor la frecvența fracturilor craniului, în raport cu fracturi ale altor oase, statisticile dând procente cari oscilează între 1% și 45%. In privința mortalității, de asemenea procentajul este notat între 27% și 69%. Statisticile diferiților autori nu concordă unele cu altele și în afară de așa zisa serie, bună sau rea, sunt în funcțiune de foarte mulți factori.

Voiu insista puțin asupra **tabloului anatomo-patologic.**

In fața unui caz care prezintă un traumatism al capului, ne interesează, din primul moment, dacă avem de-a-face cu o fractură, dacă acea fractură este a bolții, interesând sau nu toată grosimea osului, dacă fractura este cu înfundare, cu eschile împinse spre meninge și spre masa cerebrală, în fine dacă este și fractura bazei craniene.

Trebue să ținem seama că, în general, tabla internă a oaselor cutiei craniene, numită pentru aceasta și tabla sticloasă, în fracturi complecte, prezintă leziuni mai mari, mai extinse. De aci tragem concluzia că, în toate cazurile de fractură craniană, trebue să controlăm din primele momente, minuțios focarul de fractură. Primul nostru caz, mai ales, este edificator în această privință. La prima intervenție s'a făcut o toaletă a plăgii la suprafață, cu mențiunea că s'au extras și

eschile osoase, cu siguranță dela suprafață, din tabla externă. Leziunile au fost mult mai extinse la tabla internă, din care mai multe eschile au fost proiectate, prin ruperea durei mater în masa cerebrală.

Focarul de fractură poate fi sub forma de fisură, crăpătură, în unele cazuri de o lungime mare, trecând din boltă la baza craniului. Am avut, în spitalul de copii din Arad, un copil de 7 ani cu o crăpătură mare, verticală, trecând prin regiunea temporo-parietală stângă și care scobora la baza craniului, caz diagnosticat și radiografic. Copilul căzuse dintr'o căruță drept în cap. Punctia lombară ne-a dat un lichid net sanghinolent. S'a vindecat fără intervenție chirurgicală și fără sechele.

Un al doilea tablou anatomo-patologic, în fracturi ale craniului, îl constituie categoria fracturilor fragmentare și cominutive, cari prezintă pericol prin înfundarea unuia sau mai multor fragmente, prin lezarea meningelor și chiar a masei cerebrale, prin hemoragii intracraniene, datorite în cele mai multe cazuri ruperii arterei meningee mijlocii. Am avut în observațiune și în tratament mai multe cazuri cu fractură de craniu din această grupă. Voiu menționa însă un caz deosebit de interesant, care mi-a fost adus, lovit de un buștean, pe Lotru, la Soc. forestieră „Carpatina" din Brezoi-Vâlcea, în 1928. Prezenta o zdrobire a bolții craniene, cu sfacelarea tegumentelor. După două săptămâni, bolnavul prezenta un mare defect de tegumente și de os, pe toată calota craniană, creerul fiind descoperit. Am fost foarte mișcat de acest tablou pe care nu-l pot uita; îmi dădea impresia unui creer păstrat în borcan. Și totuși bolnavul a fost conștient până în ultimele clipe, fără fenomene septice grave, fără turburări sensitive sau motorii, slăbind mult și progresiv, căzând în ultimele zile într'o stare de stupoare, până la sfârșitul letal, la patru săptămâni după traumatism. L-am ținut numai cu pansamente umede cu ser fiziologic. Vorbeam cu el și mă uitam mirat și atent la scoarța lui cerebrală pe care nu puteam remarca nicio modificare care să demaște funcțiunea ei.

A treia categorie cuprinde cazurile de fractură craniană cu perforarea tablei osoase, prin glonț, schije, corpuri ascuțite, etc. De remarcat este că plăgile tangențiale, mai ales cele provocate de schije, prezintă mari pierderi de substanță osoasă.

Din categoria fracturilor provocate de un corp ascuțit și tăios, îmi permit să menționez un tânăr de 18 ani, care a fost lovit cu un briceag în partea parietală stângă. Vârful briceagului s'a înfipt, străbătând toată grosimea osului și s'a rupt aci. Nu l-am putut extrage, decât făcând o trepanație craniană în jurul acestui vârf de briceag.

Mai există o formă de leziune a craniului, care în general, este neglijată; este înfundarea, depresiunea osului, după contuziune și la nivelul aplicării forței contondente, la copii. Aceasta analog cu îndoirea oaselor lungi, la copil, sau cu fractura zisă „în lemn verde", incomplectă. Aceasta nu este o simplă înfundare ci, în cele mai multe cazuri, dacă nu chiar și eschile, ale tablei interne.

Din categoria acestei forme, am avut, la sanatoriul meu de chirurgie din R.-Vâlcea, un caz tipic de înfundare a bazei frontale

stângi, asemănător cu înfundarea unei porţiuni dintr'o minge de celuloid.

Leziunile vaselor intracraniene. — Hematome compresive se pot produce atât epidural cât şi intra-dural, subarachnoidian şi chiar şi intracerebral, ca şi intraventriculare, după sediul vaselor lezate (meningee mijlocie, sinusuri venoase, artere cerebrale, etc.). De remarcat leziunile vasculare şi cele ale encefalului, în partea opusă locului traumatizat, prin „contre-coup".

Leziunile nervilor cranieni. — Turburările motorii, sensitive şi sensoriale ale nervilor cranieni, ne pun pe calea precizării sediului leziunei, a traectului fracturii de bază, sau al compresiunii. Participarea nervilor, în traumatismele craniene, este periculoasă şi prin eventualul proces de neurită ascendentă, prin care infecţia merge spre interiorul cutiei craniene, spre meningo-encefal.

Turburări în evoluţia plăgilor în fracturile craniene complicate. — Substanţa cerebrală reacţionează la toate leziunile de natură traumatică, toxică, circulatorie sau inflamatorie, printr'o stare coloidală numită edem cerebral. Creerul se măreşte în volum, devine moale şi tinde să ocupe spaţii goale, în interiorul cutiei craniene, sau să hernieze, prin defectul osos, să prolabeze. Infecţiunile la encefalită, cu focare multiple de abcese, până la comunicarea cu ventriculii cerebrali şi la o meningită bazală mortală. Abcesul cerebral, acut şi cel cronic — latent — poate să apară după luni şi chiar după ani dela accident.

Epilepsia post-traumatică poate fi datorită: a) Unei leziuni a nervilor, ale căror cicatrici constitue un punct de plecare al atacului epileptic; b) Unei cicatrici aderente în zone epileptogene; c) Apoi plăgilor directe ale creerului, cu cicatrici pe scoarţa cerebrală, precum şi d) Turburărilor circulatorii congestive, cari măresc tensiunea intracraniană la iritabili.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

In principiu, trebueşte, în toate cazurile, să ţintim la stabilirea, la recunoaşterea leziunilor anatomo-patologice cari stau la baza manifestărilor clinice.

Pe noi, în legătură cu prezentarea cazurilor de astăzi, ne interesează mai ales plăgile de războiu ale craniului, prin glonţ şi prin schije. Şi aceste plăgi ne interesează în mod deosebit, atât prin aspectul lor anatomo-patologic şi clinic, fiind de cele mai multe ori penetrante şi cu retenţie de glonţ sau de schije, duble (în seton), eschiloase, dar mai ales prin leziunile organelor endocraniene (vase, nervi, meninge, encefal), cu complicaţiuni imediate sau tardive — meningita, encefalita, prolapsul cerebral, epilepsia datorită cicatricilor iritaţiilor, compresiunilor, din zona perirolandică, etc. Nu trebue în niciun caz, să ne mulţumim cu un examen sumar, de suprafaţă a plăgii, când este vorba de craniu. O plagă mică a tegumentelor capului poate avea ca corespondent, în schelet şi în conţinutul cutiei craniene, leziuni foarte serioase, leziuni cari în unele zone nu au echivalentul clinic care să ne atragă atenţia, cum este sfera lobului frontal şi mai puţin poate, a lobului occipital, aşa zisele zone mute.

Mecanismul producerii fracturilor de craniu este explicat de autori şi de experimentatori, prin diferite teorii: prin presiunea exterioară aplicată într'un anumit punct, unul din diametre se scurtează, celelalte se alungesc; rolul pe care îl joacă elasticitatea cutiei craniene, rolul liniilor de rezistenţă — aşa zişii stâlpi — între cari sunt zone slabe, rolul presiunei intracraniene, rolul bazei craniului, cu o serie întreagă de găuri cari îi micşorează rezistenţa, rolul coloanei vertebrale pe care cade centrul de greutate al corpului, mai ales în căderea pe vertex, în fine, o sumă întreagă de consideraţiuni de ordin structural şi mecanic, cari au o importanţă deosebită, mai ales din punct de vedere medico-legal.

Simptome şi diagnostic. — Chiar dacă nu avem leziuni vasculare, meningeale şi encefalice, cari prin simptomatologie netă ne demască fractura craniană, ca şi localizarea ei, prin lezarea, iritarea sau comprimarea nervilor cranieni, al căror sediu şi traect îl cunoaştem, sau a scoarţei cerebrale, pe care sunt presăraţi centrii motori, senzitivi şi senzoriali, o plagă a capului trebueşte controlată bine, în profunzimea ei şi cât mai de vreme posibil dela accident sau dela rănire. Multe plăgi ale capului, acompaniate de fractură, au fost nesocotite în gravitatea lor şi evoluţia boalei a dus la consecinţe din cele mai serioase.

In fracturile de bază, sufuziunile sanghine — echimozele — apărute la suprafaţă, scurgerea de sânge prin ureche, prin nas şi prin faringe, scurgerea de lichid cefalo-rachidian şi chiar de masă cerebrală, ne arată sediul, aspectul ca şi gradul leziunilor osoase.

Intr'o fractură de craniu, trebue făcut un examen neurologic complect şi în niciun caz să nu se neglijeze interogarea nervilor cranieni şi a zonei senzitivo-motorii, perirolandice, cari, pe lângă demascarea fracturii, ne arată gradul şi localizarea leziunilor.

Radiografia ne poate da relaţii, dar mult mai preţioase sunt datele furnizate de puncţia rachidiană şi de examenul lichidului extras, hipertensiune, lichid sanguinolent etc. In unele cazuri de fractură, mai ales în fracturi ale bazei craniului, s'a observat o glicosurie şi o hiperglicemie — diabet traumatic. — Aceasta mai ales când este interesat planşeul ventricolului IV.

Evoluţie şi tratament. — Ca şi fracturile altor oase, fracturile craniene, din punctul de vedere al evoluţiei, al tratamentului şi al sechelelor, se împart în fracturi închise şi fracturi deschise sau complicate. Dacă o fractură închisă prezintă pericole prin comoţia cerebrală, prin rupturi vasculare, meningeale şi contuziuni crebrale, cari în ultimă analiză duc la sindromul compresiunei cerebrale, prin fragmentele fracturii, sau prin hematome, în fracturile deschise pericolul meningitei, al abcesului cerebral, al osteitei, al trombo-flebitelor sinusurilor venoase, al herniilor encefalice, este incomparabil mult mai mare.

Fracturile bazei craniului, prin vecinătatea şi contactul cu diferitele cavităţi, naso-faringiene şi oto-mastoidiene, prin prezenţa vaselor mari şi a sinusurilor venoase, ca şi a nervilor cranieni, sunt mult mai grave şi dau un procent de mortalitate mult mai mare. De altfel, aceste fracturi sunt greu de abordat, direct, pe cale chirurgicală.

Ca regulă generală, repet, se recomandă un control serios şi cât

mai urgent a oricărei plăgi a capului, excizia buzelor plăgii şi tratarea focarului de fractură în raport cu leziunile găsite: ridicarea eschilelor, înlăturarea eschilelor mici — libere — vidarea hemotomului, pentru a elibera meningele şi creerul de compresiune, precum şi hemostaza riguroasă, mai ales când este ruptă artera meningee mijlocie; toaleta riguroasă a plăgii, mecanică şi chimică.

In cazurile cu fractură închisă, cu fenomene de compresiune, fără plagă a tegumentelor, intervenim la nivelul contuziunii, sau la nivelul indicat de turburările sensitivo-motorii şi tratăm leziunile găsite. Să nu neglijem, în tratamentul post-operator dacă este cazul, administrarea de sulfamide în doze mari, injecţiile de utropină de ser clorurat hipertonic (20%), etc.

In scara leziunilor, începând cu comoţia cerebrală, care pare a fi fără substrat anatomo-patologic, din care bolnavul îşi revine după câteva ore, sau rămâne, un timp oarecare, cu anumite turburări (de orientare în timp şi spaţiu, amnezie, sindromul Korsakoff), trecând prin contuzia şi compresiunea cerebrală, putem găsi leziuni grave ale masei cerebrale.

Primele noastre îngrijiri sunt îndreptate pentru remedierea stării de şoc şi controlul permanent al pulsului, al temperaturii respiraţiei şi tensiunei arteriale, pentru a surprinde începuturile unei hipertensiuni intracraniene şi ale unei leptomeningite, ale unei compresiuni prin fragment osos, sau prin hematon. Vom interoga des nervii cranieni, în special facialul, pupilele şi motilitatea membrelor. Punctia lombară trebue făcută cu precauţiune, în poziţie orizontală, după ce a trecut starea de şoc şi extragem numai 1—2 c. c. de lichid. Altfel putem expune bolnavul la complicaţiuni grave, chiar mortale, prin compresiunea protuberanţei şi a lobulilor bulbului cerebelos, căzuţi în gaura occipitală. Un lichid clar, la un bolnav cu fenomene de compresiune cerebrală, denotă că prezintă un hematom epidural. Când obţinem lichid net sanghinolent, nu extragem mult lichid, deoarece mărim pericolul unei hemoragii secundare, normă care se aplică de altfel şi în hemoragii în alte cutii anatomice, cum este hemotoraxul, unde sângele revărsat serveşte ca tampon faţă de focarul hemoragic.

Pentru liniştirea bolnavilor agitaţi, dăm cloral sau luminal, evitând narcoticele şi opiaceele, cari măresc scăderea sensibilităţii centrului respirator. Ca alimentaţie, lichide în cantităţi moderate.

Compresiunea cerebrală trece prin două faze:

a) Stadiul prim, de iritaţie, de debut, cu dureri de cap, vărsături, nelinişte, delir, congestia feţei, mioză, stază papilară, mărirea tensiunei sanghine şi bradicardie;

b) Stadiul doi, de paralizie, a compresiunei cerebrale complecte, când se instalează coma, respiraţia sforăitoare, tachicardie, incontinenţă inconştientă de scaun şi de urină, respiraţie tip Cheyne-Stokes, până se opreşte complect, inima continuând să mai bată câteva minute.

Când avem fenomene de compresiune cerebrală, trebue să intervenim de urgenţă, în timp util, înainte de a se fi produs turburări şi leziuni definitive ale encefalului, cari sunt ireparabile.

*

Din relatarea, chiar şi sumară, a cazurilor de fracturi craniene expuse, reese clar că încă nu s'a cristalizat o mentalitate chirurgicală în corpul medical. Cele mai multe cazuri au fost neglijate, temporizate sau insuficient tratate, deşi unele din ele, de o gravitate excepţională. De altfel această lipsă de mentalitate chirurgicală se observă în toate domeniile chirurgiei de urgenţă. Câte hernii nu ne vin încă după strangulare, câte apendicite în plină peritonită, câte ulcere gastro-duodenale după perforare, câte sarcini extra-uterine după ruptura acestora, ca să nu citez decât câteva din capitolele chirurgiei de urgenţă.

Dar un lucru care ne-a atras în mod deosebit atenţia, în fracturile craniene de războiu, mai ales în cele prin schije, este ramolismentul cerebral de dimensiuni mari pe care l-am găsit la unii răniţi cu leziuni în aparenţă de mică importanţă, ramolisment datorit probabil leziunilor vasculare de pe suprafaţa hemisferelor.

Demonstrativ, din acest punct de vedere, a fost cazul cu obs. No. 9, cu fractură cu înfundare în regiunea temporo-parietală dreaptă superioară, de mărimea unei piese de 250 lei, cu dura intactă, căruia i s'a făcut eschilectomie decompresivă. A doua zi, bolnavul sucombă şi la necropsie s'a găsit o hemoragie difuză pe aproape întreg hemisferul drept, cu ramolisment extins al întregei zone perirolandice.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

LINIȘTE NOAPTEA

prin

NOCTAL

Noctal-ul asigură somnul fără turburarea stărei generale Somnul după **Noctal**, caracterizat printr'o deșteptare vioaie și recomfortantă, se dovedește zilnic izvorul vigoarei și restabilirei la toți cei ce suferă de stări nervoase Marea limită de dosaj și degradarea unică, în felul ei, în substanțe inofensive din punct de vedere fiziologic, fac din **Noctal** preparatul de predilecție pentru toate vârstele și **toate ramurile medicinei curative.**

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK

BUCUREȘTI III. STR. GENERAL EREMIA GRIGORESCU, 6

J. D. Riedel-E. de Haën A. G. Berlin

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

TIROIDITĂ ACUTĂ VINDECATĂ CU SULFAMIDE

de

ST. M. MILCU

Diagnosticul şi terapia justă a tiroiditelor acute nu sunt lipsite de dificultăţi pentru medic şi de urmări pentru bolnav. Astfel o tiroidită netratată corect sau ignorată va evolua într'un număr de cazuri spre o scleroză tiroidiană mai mult sau mai puţin întinsă, exprimată clinic prin complexul funcţional al hipotiroidii benigne sau myxedemului dobândit.

Cu toate acestea, chiar în tratatele recente [1], [2]) locul rezervat tiroiditelor este foarte neînsemnat. Nu le găsim menţionate decât fragmentar în cadrul etiologii sau patogenii myxedemului.

Tiroidita poate apare ca o localizare secundară, în cadrul unei boli infecţioase. Astfel ea nu este o raritate, cum s'ar părea, în reumatismul acut, în erisipel, tifos, gripă şi mai ales în scarlatină. In aceste cazuri de obicei simptomele propriu zise ale tiroiditei nu pot fi deosebite de acelea ale infecţiunii în cauză, mai ales când leziunea este uşoară.

Tiroiditele acute primitive sunt mai rare şi mai uşor de recunoscut. Simptomele următoare sunt mai caracteristice, valabile cu intensitate variabilă şi pentru tiroiditele acute secundare; umflarea glandei tiroide, dureri în tiroidă cu iradiaţii cervicale dispnee, sufocaţii, disfagie, afonie, tachicardie şi uneori exoftalmie. (Harvier et Bariety [3]).

Alteraţiile trofice al tiroidei sunt un factor predispozant pentru localizarea infecţiunilor în glandă. Tiroidele atinse de endemia strumoasă le fac cu mai mare frecvenţă, în aceste cazuri afecţiunea se numeşte strumită spre deosebire de tiroidită care presupune evoluţia infecţiunii pe o glandă în prealabil sănătoasă.

Tratamentul tiroiditei sau al strumitei acute secundare se face în cadrul infecţiunii principale scarlatină, difterie etc. deşi ar fi poate de dorit să se aplice şi în aceste cazuri o medicaţiune care să apere glanda endocrină cea mai expusă unei localizări secundare.

---

1) Jores in Hand. d. Neurologie Endokrine Störungen 1937.

2) Marx Helmut Innere Sekretion Handb. d. inn. Med. 1941.

3) Harvier et Bariety Sympathique et glandes endocrines 1927.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Tratamentul tiroiditelor acute primitive este incert. Cu excepţia celor chirurgicale unde intervenţia operatorie este indicată, în celelalte forme ne reducem la repaus, la terapia nespecifică a infecţiunilor şi la administrarea în doze mici de iodură de potasiu (Parhon). Rezultatele sunt mediocre şi nu par a influenţa evoluţia infecţiunii tiroidiene. In cele câteva cazuri tratate de noi astfel, tocmai această slabă acţiune terapeutică ne-a reţinut cel mai mult atenţia.

Introducerea sulfamidelor în tratamentul infecţiunilor a schimbat, după cum vom vedea, simpla asistenţă în tratamentul tiroiditelor într'o terapeutică activă.

*

Am avut ocazia să tratez un bolnav de strumită acută, cu sulfamidă şi să obţin o vindecare în 6 zile [4]). Observaţia clinică a fost luată în condiţiuni [5]) care nu ne-a permis decât o cercetare clinică a cazului, nelipsită totuşi de elementele necesare pentru confirmarea diagnosticului şi verificarea rezultatului terapeutic.

Bolnavul I. P. în vârstă de 32 ani, originar din comuna Zăvideni judeţul Vâlcea, se internează pentru: dureri în gât şi în glanda tiroidă, greutate în deglutiţie, palpitaţii, transpiraţie intensă, febră, insomnie şi nelinişte continuă.

Acest complex simptomatic se constituise cu câteva zile în urmă.

Bolnavul nu a suferit recent de vreo boală infecţioasă. Este originar dintr'o regiune de guşe endemică şi are de multă vreme o mică guşe nodulară.

Bolnavul este de constituţie leptosomă, febril, are tegumentele colorate în palid-gălbui iar ţesutul adipos subcutan şi cel osteo-muscular mijlociu desvoltat.

In regiunea tiroidiană a gâtului proemină o tumoare care reproduce conturul anatomic al glandei tiroide. Nu sunt vizibile modificări trofice locale. Circomferinţa maximă a gâtului este de 38 cm. Glanda tiroidă în întregime—dar în special lobul drept—sunt mărite de volum. Hipertrofia lobului stâng şi al istmului este mai moderată. Suprafaţa tiroidei este uşor neregulată, dură şi dureroasă. Următoarele semne pot fi considerate ca indicatoare de hipertiroidie: tachicardie—120 de pulsaţii pe minut—tremurături fine ale extremităţilor, transpiraţie abundentă, agitaţie şi insomnie.

La examenul celorlalte glande endocrine—paratiroidă, timus, suprarenală, testicule—nu am găsit nicio modificare evidentă la examenul clinic. Se poate spune acelaşi lucru despre viscere, cu excepţia unei splenomegalii moderate.

Se administrează bolnavului 5 gr. de sulfamidă pe zi şi regim de lapte. Iată evoluţia tiroiditei în cursul tratamentului:

ziua	1-a,	circomferinţa	gâtului	38 cm.	puls	120,	temperatura	mx.	39[2]
„	2-a,	„	„	37,5	„	120,	„	„	38[1]
„	3-a,	„	„	37—	„	100,	„	„	37[7]
„	4-a.	„	„	36—	„	80,	„	„	37[1]
„	5-a,	„	„	36—	„	84,—	„	„	36[9]
„	6-a,	„	„	36	„	80,—	„	„	36[7]
„	7-a,	„	„	36	„	74,—	„	„	36[6]

4 Rubiazol în pastile a 0,50 gr.

5) Bolnavul a fost observat într'un spital de Campanie, pe front în Cotul Donului. Spitalul a fost sub comanda d-lui Col. D-r Gh. Căpruciu.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Durerile resimţite intens de bolnav în glanda tiroidă au scăzut din ziua 3-a de tratament pentru a dispare complect în ziua 5-a. Tremurăturile şi celelalte semne de hipertiroidie au dispărut după 6 zile de tratament.

Bolnavul părăseşte spitalul vindecat. Infecţiunea tiroidiană nu a recidivat.

Din observaţia cazului nostru reese lămurit rezultatul excepţional obţinut cu sulfamido-terapia, în această tiroidită, mai exact strumită acută. Rapiditatea vindecării şi a apariţiei modificărilor favorabile chiar după 24 de ore de tratament, iar pe de altă parte structura sulfamidei întrebuinţate ne face să bănuim că tiroidita a fost cauzată de o infecţiune streptococică.

La bolnavul nostru infecţiunea a evoluat pe o tiroidă alterată trofic prin factorul endemic. Existenţa unei guşi micro-nodulare a favorizat desigur apariţia în acest caz a infecţiunii glandulare.

Aplicaţia sulfamido-terapii în tiroiditele acute va aduce vindecarea şi mai ales înlăturarea urmărilor tardive cicatriciale: hipotiroidia benignă şi myxedemul.

REZUMAT

Infecţiunile acute ale tiroidei sunt rare ori diagnosticate, mai ales în formele secundare. Diagnosticul şi tratamentul lor efectiv, va evita apariţia tiroiditelor cicatriciale, care duc la myxedemul dobândit.

Intr'un caz de strumită acută—infecţiune evoluând pe o tiroidă cu guşa endemică—s'a obţinut o vindecare în 6 zile, cu 5 gr. de sulfamidă pe zi. Cu niciun alt tratament nu s'ar fi putut obţine o vindecare aşa de rapidă şi de durabilă.

Se recomandă sulfamido-terapia în tiroiditele acute.

ST. M. MILCU: Sur un cas de thyroïdite (strumite) aiguë guérie par sulfamides.

Il s'agit d'un jeune homme porteur d'une goître nodulaire de type endémique, qui avait fait sur la thyroïde une infection, probablement streptococique. Les signes cliniques de la thyroïdite ont été hors de doute: douleurs locales, dyphagie, afonie, étouffements, tachycardie, hyperthermie, sueurs profuses, insomnie et agitation.

L'administration de 5 gr. de sulfamide rouge par jour, a guéri le malade en 6 jours. Le resultat n'est pas comparable avec celui obtenu par le traitement iodique.

Les sulfamides doivent être introduites dans la thérapeutique des thyroïdites aiguës.

Spitalul militar din Craiova

UN CAZ DE PLEUREZIE CU CHOLESTERINĂ

de

D-r MARIUS PARASCHIVESCU şi D-r ION VASILESCU

Observaţia clinică No. 1980/943, Secţia medicală, Sp. z. i. No. 224 Craiova.

Bolnavul Munt. I. de 35 ani, plugar, intră în spital la 27 lunie 1943, cu diagnosticul de pleurezie exudativă stângă.

In *Ant. pers.*, congestie pulmonară în copilărie, in cele H. C. nimic de seamă.

Istoric. Suferă de pleurezie exudativă stângă din 1934. Iniţial a fost tratat într'un spital (Dej), când i s'au extras odată 3 l. lichid sero-citrin, apoi la câteva zile încă 2 l. In următoarele 2 luni i s'a făcut tot în acel spital toracenteză săptămânal, extrăgându-i-se de fiecare dată câte cca 2 l. lichid. In anul ce-a urmat i s'a făcut toracenteză în general la o lună, ambulatoriu, extrăgându-se de fiecare dată 1—2 l. lichid. In anii următori, din 1935 până'n 1943, i s'au făcut repetate toracenteze, ambulatoriu, la 2—3 luni, uneori la 4—5, de câte $1^1/_2$—2 l. lichid, care-a rămas sero-citrin în tot timpul. La ultima toracenteză însă, în Ianuarie 1943, a observat că culoarea lichidului extras din pleură a devenit roşiatică. Intre timp a făcut şi diferite tratamente în deosebi cu calciu, per os şi mai ales injecţii.

Starea prezentă. Tânăr bine desvoltat, tegumente normal colorate, ţesutul celulo-adipos şi muscular bine desvoltate. Pulmon: Matitate absolută a bazei stângi, începând dela vârful omoplatului cu mişcările respiratorii şi vibraţiile toracice diminuate. La auscultaţie asupra matităţii diminuare f. pronunţată a murmurului vezicular, care-i complect abolit în $^1/_2$ inf. a matităţii. Nu se percepe suflu pleuratic. Traube mat. Nimic anormal în restul câmpului pl.-pulm. Cord: Normal la percuţie, sgomote mai surde.

Tens. art. (V. L.): Mx 12 Mn 8. Puls 74', regulat.

Ficat: în limite normale.

Splină: nepercutabilă.

I s'a făcut la 28. VII o puncţie pleurală stângă; se străbate cu acul o pleură f. îngroşată, f. rezistentă şi se extrag 200 cmc. lichid brun, şocolatiu, vâscos, ce pare impregnat cu ceva oleios; lichidul fiind lăsat în repaos, depune destul de repede un strat de circa 1 deget grosime, format dintr'un prim strat de cca 5—6 mm. cu aspect şi culoarea de nisip fin, deasupra căruia se găseşte un alt strat mai gros, format din cristale gălbui, strălucitoare în paiete, din care

se văd destul de numeroase şi altele, împrăştiate în toată masa lichidului. Se fac examene de laborator ale acestui lichid, cu următoarele rezultate:

No, 5359/943. In lichidul examinat: Hematii frecvente. Leucocite polinucleare. 57% ; Leucocite limfocite, 43% ; Albumină, 38 gr. ‰; Floră microbiană, absentă. Se observă f. multe cristale de cholesterină.

Identificaţi asupra naturei cholesterinice a lichidului în această pleurezie, repetăm puncţia pleurală la 2 VII c., extrăgând 300 cmc. lichid, cu aceleaşi aspecte, atât în ce priveşte culoarea brună şocolatie amintind perfect o soluţie de protargol. cât şi în ce priveşte prezenţa a numeroase cristale de cholesterină ce se depun destul de repede ca şi la examenul anterior, într'un strat gros pentru a rămâne totuşi şi altele destul de numeroase, scânteind în masa lichidului.

Se complectează examinările de laborator cu următoarele rezultate:

No. 5414/943: No. globulelor roşii 14.0 0 pe mmc.; No. globulelor albe 3000 pe mmc.; Polinucl. neutrofile 57% ; Limfocite 43% ; Albumină 40 gr. ‰; Cl. Na, 6 gr. ‰; Cholesterină, 3 gr. 10‰; Flora microbiană = absentă.

La 7 VII c. se extrag din nou 850 cmc. lichid cu aceleaşi caractere din care se face:

Inoculare la cobai No. 5675 — Lab. spitalului z. i. 224 (Dr. Cărăuşu:)

Cobaiul a rămas sănătos, în timpul de 3 luni cât a fost observat—plaga de inoculare vindecându-se în 3—4 zile, după o uşoară reacţie termică, şi fără ca ganglionii respectivi, să fie prinşi niciun morrent.

S'a inoculat—pentru control—încă un cobai la Laboratorul de Higienă şi Bacteriologie, Craiova (D-ra D-r E. Bolintineanu) deasemenea cu aceleaşi rezultate negative.

Alte examinări făcute bolnavului au dat următoarele date: 1664/943. Cholesterina în sânge 1 gr. 65‰; Wassermann în sânge, B. Koch în spută = negative Radioscopia şi R.-grafia pl. pulmonare, No. 8059/943: opacitate hidrică 1/3 inf. pl. stg. Opacităţi fibro-nodulare vârful stâng.—D-r M Ionescu.

Bolnavul a prezentat după una din toracenteze când i s'a făcut o insuflaţie de 20 cmc. aer o scurtă febră de insuflaţie de 2—3 zile, în restul timpului fiind afebril. I s'a făcut obişnuitul tratament al pleurezii exudative şi-a eşit cu concediu medical de 90 zile la 17 VII — cu diagnosticul *Pleurezie cholesterinică stângă*—cu *pachipleurită.*

* * *

Despre pleureziile cu cholesterină, din care cazul de mai sus e unul din cele mai tipice prin toate caracterele sale, se poate spune în adevăr că sunt de-o extremă raritate.

Au fost semnalate încă din 1881 de Curton, apoi cazurile şi lucrările publicate de Faisans şi Andistère, Ruppert, Caussade şi în deosebi cele mai recente de Zunz şi Gowaerts, Coyon şi Fiessinger, Chauffard şi Girard, Stockmann, Angelini, etc. au contribuit la punerea la punct a acestei varietăţi de pleurezie.

Pleureziile cu cholesterină sunt în deosebi pleurezii cronice, de cele mai multe ori tbc., cu o evoluţie f. recidivantă extrem de lentă, uneori de ani şi chiar zeci de ani, adesea de tipul pleureziilor nesecate (intarissables) ale lui Dieulafoy.

Pachipleurita însoţeşte deasemenea de regulă acest fel de pleure-

BCU Cluj / Central University Library Cluj

zie. In ceiace priveşte lichidul găsit în astfel de cazuri, el este socotit ca fiind în general puţin abundent, sero-fibrinos, hemoragic sau purulent, alteori galben ca chihlimbarul sau brunatru de aspectul ciocolatei sau cafelei cu lapte, gros, vâscos. Se citează în unele observaţii că uneori au fost văzute macroscopic, paiete de cholesterină, plutind în lichid; alteori numai examenul microscopic a arătat prezenţa în lichid a numeroase cristale de cholesterină. In ceiace priveşte dosajul acestei substanţe în lichidul pleural s'au obţinut de regulă cifre ridicate —10—15—20 şi chiar 45 gr. la litru; — este de reţinut însă că după diferiţi autori aceste pleurezii cu cholesterină se diferenţiază de altele cum sunt cele chyliforme, în care cholesterina se găseşte deasemenea uneori la cifre destul de ridicate — nu atât prin bogăţia lor în cholesterină, cât mai ales prin faptul că acest lipoid reprezintă singur — în pleureziile cu cholesterină, aproape totalitatea corpilor graşi conţinuţi în lichidul pleural.

După datele clasice lichidul pleureziilor cholesterinice este f. sărac în elemente celulare, constituite mai ales din leucocite f. degenerate, iar diferite metode (coloraţii, însămânţări, inoculări) nu permit a evidenţia niciun agent microbian. Tuberculoza a fost totuşi totdeauna suspectată în acest fel de pleurezii; diferitele probe însă întreprinse şi'n această direcţie au rămas deasemenea negative. In ceia ce priveşte mecanismul formării cholesterinei din lichidul pleural, despre care se ştie dela lucrările lui Grigaut că există în orice pleurezie subacută într'o cantitate oarecare, crescută pe măsură ce revărsarea îmbătrâneşte, se admite în general că cholesterina se formează în acest fel de pleurezii (cholesterinice) „in situ" în pleură, printr'o lentă şi continuă degenerescenţă a leucocitelor, sub influenţa unei toxine microbiene sau a unui ferment leucocitar lipazic; pachipleurita, existentă de regulă împiedică rezorbţia de către pulmon a cholesterinei astfel formată. După alţii la această dezintegrare a elementelor leucocitare conţinute în lichid s'ar adăuga şi dezintegrarea endotelialei pleurale.

Formarea „in situ" a cholesterinei în pleureziile cholesterinice este admisă în deosebi pentru că'n astfel de cazuri cholesterinemia a fost găsită de obiceiu în limite normale, pe când cholesterina din lichidul pleural a fost găsită în cantităţi totdeauna mai mari, uneori f. mari chiar sau şi variind cantitativ, la acelaş bolnav, la puncţii succesive. Cazul pe care-l publicăm este unul din cele mai tipice de pleurezie cu cholesterină. Această afecţiune a survenit la un bolnav cu pleurezie cr. exudativă, f. recidivantă — cu evoluţie f. lentă, de aproape 9 ani, care a necesitat numeroase toracenteze.

Lichidul pleural în acest caz a fost de culoare brună-şocolatie, cu numeroase şi f. caracteristice cristale de cholesterină vizibile macroscopic atât în masa lichidului cât şi'n depozitul abundent ce se forma.

Examenele de laborator au arătat o cholesterinemie în limite normale (1 gr. $65^0/_{000}$) iar în lichidul pleural cholesterina 3 gr. $10^0/_{00}$.

Acest corp a fost singurul lipoid existent în lichid. Elementele celulare din lichid au fost exclusiv reprezentate prin hematii şi leucocite. In lichid nu s'a putut evidenţia la niciunul din examenele succesive făcute, niciun fel de floră microbiană, inoculările de cobai au rămas deasemenea negative. Insfârşit o pachipleurită destul de pronunţată a fost găsită însoţind pleurezia şi'n acest caz, care întruneşte astfel în totul şi f. exprimat toate caracterele pleureziei cu cholesterină.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Stări de epuizare şi excitaţie nervoasă — **Insomnie nervoasă** — **Depresiuni**

Turburări vaso-motoare

CALCIBRONAT

(Ca — Br — Lactobionat)

Ambalaje aluminate cu 10 tablete
1—3 tablete pe zi

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

Ampule de 5 şi 10 ccm.

SANDOZ

Bucureşti: Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani 102

SANDOZ S.A., Bâle, Suisse

INFLUENȚA FAVORABILĂ A UNEI SULFAMIDE ASUPRA UNUI CAZ DE PUSTULĂ MALIGNĂ A FEȚII (OEDEM MALIGN)

de

D-r QUITTER FELICIU
Medicul Circumscr. Slatina-Timișului

In ziua de 6 Aug. a. c. se prezintă la consultații femeea Iosefa M. de 30 ani, din Slatina Timișului, jud. Severin, cu următoarea simptomatologie:

O adenită cervicală submaxilară drept. cu un ușor oedem al reg., cu dureri vii și o ușoară disfonie și disfagie. Temp. 40°5 C. Eroziunei mici și abea vizibile din regiunea malară dreaptă nu-i se dă nici o importanță. O ușoară coloratie roșie a reg. amigdaliene drepte pare a stabili diagnosticul.

Se prescrie Prontosil, care este administrat în modul următor: în aceea zi 4 grame, iar în zilele următoare câte 3 grame în doze fractionate.

In seara aceleiași zi temp. 41°9 C., însă a doua zi dimin. 38°2 C, iar seara 37°6 C. Starea generală a bolnavei este destul de bună, în schimb oedemul din regiunea cervicală drpt., se întinde, cuprinzând până seara întreagă fața dreaptă.

In ziua de 8 Aug. starea bolnavei este modificată. Temperatura se menține în jurul lui 37° C. In schimb oedemul a trecut și pe partea stângă a feții, în special în regiunea pleoapelor.

Acest oedem este foarte pronunțat, dureros la atingere.

La ora 11 din seara zilei de 8 August este adusă la dispensar femeea Ioana H. de 59 ani tot din Slatina — Timișului, mama bolnavei de mai sus, cu dureri în ambele antebrațe, cari sunt foarte oedematiate. Temperatura 40°2 C. Pe antebrațul drept prezintă 1, iar pe cel stg. 2 leziuni cu toate caracteristicele pustulei maligne.

Bolnava este internată în aceeași noapte la primul spital de stat unde sucombă peste 2 zile. Boala a evoluat dela primele simptome până la sfârșitul ei fatal în mai puțin de 3 zile.

La o nouă vizită a primei bolnave, dimineața zilei de 9 Aug. se constată că fenomenele se păstrează nemodificate, adică temperatură 37°2 C. starea generală relativ bună, oedemul a rămas nemodificat. Pe locul micei eroziuni a apărut în schimb o pustulă, malignă cu toate caracteristicele ei locale.

Bolnava este și ea imediat internată în acelaș spital, unde supusă unui tratament cu ser anticarbonos (fără tratament local al pustulei (ese vindecată după 12 zile).

Ambele femei au jupuit o vită moartă de antrax în ziua de 4 Aug., bineînțeles fără a spune de această întâmplare.

Natura gravă a boalei ese pedeoparte din faptul că la prima bolnavă infecția apare după timpul minimal de incubație, adică după aprox. 42 ore, iar pe dealtăparte din sfârșitul fatal al mamei acestei bolnave, infectată din aceeași sursă de infecție, deși la această bolnavă boala apare mult mai târziu.

Influența favorabilă a sulfamidei reese din următoarele:

a) Oedemul malign evoluiază de cele mai deseori spre moarte, mai ales dacă tratamentul nu intervine imediat.

b) Orice formă a antraxului este caracterizată prin o evoluție febrilă foarte accentuată; cum s'a întâmplat și la prima bolnavă înaintea administrației Prontosilului.

c) Moartea mamei bolnavei; deși aceasta a avut o formă care este mult mai puțin gravă deobicei, și cu toate că tratamentul a intervenit în primele 24 ore dela apariția primelor simptome.

d) Influența favorabilă asupra temperaturei și mai ales asupra stării generale a bolnavei, cari la început însă erau cât se poate de grave, ceeace dovedește și incubația scurtă a boalei.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ULMARA

„Gamma"

FRICȚIUNE LICHIDĂ

Antireumatic,
Analgetic,
Revulsiv.

Reprezentanța pentru România: S. I. F. s. a. r.
București IV, Avram Iancu, 32
Telefon 6.51.51

Spitalul Central Arad — Secția de boli interne
Medic primar director D-r Pescariu Ioan

CONSIDERAȚIUNI PATOGENETICE IN LEGĂTURĂ CU UN CAZ DE PRIAPISM

de

D-r STOINESCU MIRCEA
Medic secundar de Spital

Se expune foaia de observație a unui caz de leucemie mieloidă, care a debutat cu priapism. In cursul rachianesteziei terapeutice făcute în două rânduri s'a observat reducerea aproape completă a erecției. Autorul crede că priapismul s'a produs în cazul de față prin mecanism dublu; tromboza corpilor cavernoși (teren leucemic) și excitație prin metastază leucemică medulară a centrului erector spinal.

BCU Cluj / Central University Library

In serviciul de boli interne al Spit. Centr. Arad, am avut ocazia să observăm, un caz de mieloză leucemică, debutând cu priapism. In legătură cu acest caz, ne-am permis, să facem, unele considerațiuni de patogenie.

OBSERV. — Bolnavul C. Gh. de 32 ani, ortodox, căsătorit, plugar, din com. Mândruloc, jud. Arad, este internat la 6 N-brie 1939. El se plânge de erecțiune dureroasă continuă.

Antec. heredo-colaterale: Fără importanță.

Antec. personale: Nu fumează, nu uzează de alcoolice, nu știe să fi fost bolnav vreodată. Neagă venericele.

Boala actuală: Este din primăvara anului curent, de când observă că slăbește în greutate progresiv. Consultând un medic, acesta îi găsește splina mărită. In ziua de 2 N-brie 1939, după un coit normal, a avut senzația necesității de a urina și defeca. A ieșit să-și satisfacă necesitățile. După circa 20 minute are o nouă erecțiune, un nou contact, în urma căruia erecțiunea nu a mai cedat, devenind treptat dureroasă și extrem de jenantă. Concomitent se instalează o disurie, urmată de retenție de urină, mai apoi apare constipație. Alarmat de starea sa, consultă un medic, care îi sondează vesica, apoi îi administrează o injecție de morfină. Erecția necedând, medicul, îi face o narcoză cu eter, dar fără rezultat. Disperat, se internează în spital.

Ex. obiectiv: Temp. 37,8°. De conformație slabă, greutatea 53 kgr. Tegumentele și mucoasele ceva mai palide, țesutul celular subcutanat redus.

Psihic normal. Sensoriu clar. Pupile normale. Reflexele osteotendinoase foarte vii la membrele inferioare. Clonus provocat rotulian şi achilian. Babinsky pozitiv bilateral. Mers normal. Retenţie de urină. Sensibilitatea cutanată şi profundă normală. Libido absent. Reflexele osteo-tendinoase la membrele superioare, normale. Penisul în erecţie dureroasă continuă, foarte turgescent cu corpii cavernoşi lignoşi, rigizi şi foarte sensibili la palpare. Glandul şi corpul spongios cu aspect normal. Ap. resp. normal. Ap. circ. normal. Tens. art.: 14—9 (v. L.). Ficatul uşor mărit de un deget, neted, nu e sensibil. Splina mărită de gradul I, dură, nesensibilă, suprafaţă netedă.

Examinări de laborator: Ex. urinei negativ. Ex. sanghin: Leucocite: 134.000. Globule roşii: 2.600.000. Plăcuţe: 400.000. Hemoglobina: 47%. Tablou sanghin: Hemohistioblaşti 10%, mieloblaşti 9%, promielociţi 4%, mielociţi neutrofili 12%, mielociţi eosinofili 1%, metamielociţi neutro. 9%, polinuclearneutrofile 61%, limfociţi 3%. Timpul de sângerare: 3 minute. Timpul de coagulare: 9 minute. R. Bordet Wassermann şi Meinicke negative. Ex. lichid cefalo-rachidian: lichid clar curge în picături ceva mai repezi, No. elem. celulare: 1,2 pe mmc. R. Pandy, R. Nonne Appelt: negative. Color. cu albastru metilen: extrem de rare elemente celulare formate din limfocite şi polinucleare. Color. cu Gram Ziehl diluat: absenţa florei microbiene.

Evoluţia bolii: 7 N-brie, febril, acuză dureri mari peniene, cari nu se calmează decât cu morfină. Insomnie. Retenţie de urină, constipat. Se sondează şi se face clismă evacuatoare. 6 N-brie aceeaşi stare locală şi generală. Temp. între 37° şi 38°, transpiră. Se face punctie lombară între vertebrele 3 şi 4 lombare, şi după ce se recoltează circa 3 cmc. lichid, se injectează sol. Novocoff. 8% 1 cmc. După circa 15 minute dela injecţie, apare o anestezie a jumătăţii inferioare a corpului, care se întinde până la 3 degete sub ombilic. Concomitent cu instalarea anesteziei, durerile peniene dispar, iar turgescenţa penisului cedează aproape complect, erecţiunea fiind aproape complect redusă în cazuri cavernoase păstrându-şi parţial rigiditatea. După o jumătate de oră dispare efectul rachianesteziei, durerile şi turgescenţa penisului se reinstalează cu intensitate foarte mare. Se administrează 1,5 cmc. Morfină 1%. 10 N-brie, Priapismul persistă, boln. urinează spontan. Se începe radioterapia profundă pe regiunea lombară, perineu, splină şi penis, câte 2 iradieri pe fiecare câmp (în total 8 şedinţe, la interval de 4 şi 2 zile). 20 N-brie. A primit azi a 5-a şedinţă de radioterapie. Durerile au diminuat mult de o zi. Se suprimă morfina şi se administrează antinevralgicele obişnuite. Turgescenţa penisului ceva mai redusă. Subfebrilitate. Leucocitoza: 72.000. 30 N-brie. Starea bolnavului mult ameliorată. Priapismul persistă încă, dar se remarcă o uşoară cedare a turgescenţei. Se face o nouă rachianestezie, injectându-se în spaţiul vertebrelor 10—11 dorsale sol. Novocoff 8%, 1 cmc. După 18 minute apare o anestezie complectă a jumătăţii inferioare a corpului, iar priapismul cedează din nou aproape complect. Durata anesteziei şi a cedării erecţiei este de 25 minute, după care bolnavul odată cu reapariţia erecţiei patologice intense, acuză dureri mari. 4 N-brie. Afebril de 2 zile. Leucocitoza: 52.000. Priapismul a cedat atât de mult încât penisul poate fi cu uşurinţă aplecat. Penisul s'a redus cu $^2/_3$ din volumul său. Dureri nu mai acuză. 7 N-brie. Penisul s'a redus la jum. din volumul său, are consistenţă semi-moale, poate fi plecat cu uşurinţă, reluându-şi însă imediat poziţia erectată: Dureri spontane nu mai sunt. Splina şi ficatul nemodificate. Leucocitoza a crescut la 121.000. Tabloul sanghin: Hemohistioblaşti 2%, mieloblaţi 8%, promielociţi 13%, metamielociţi 3%, mielociţi neutrofili 21%, mielociţi eosinofili 1%, mielociţi bazofili 6%, limfociţi 4%, polinucleare neutro. 42%. Reflexele osteo-tendinoase la membrele inferioare foarte vii, Babinsky pozitiv. Clonusul provocat a dispărut. La dorinţa sa, bolnavul e lăsat acasă în stare mult ameliorată. După 2 luni este revăzut. Priapismul a cedat complect. Bolnavul afirmă că are erecţiuni spontane însă incomplecte, cu libido, în timpul actului sexual. La 25 N-brie 1940, revine la spital, acuză balonare, transpiraţii nocturne. Obiectiv: Anemiat. Ficatul mărit de 1 deget, neted. Splina enorm mărită până la un lat de palmă de simfiza pubiană, dură, regulată. Leucocitoză: 204.800. Se fac 4 şedinţe de radio-

terapie, după care bolnavul ameliorat e lăsat la domiciliu, urmând să continue tratament radioterapic ambulator.

In rezumat, este vorba de un caz de leucemie mieloidă, debutând cu priapism.

In legătură cu **patogenia priapismului** E. Chauvin, relatează două observaţiuni clinice, însoţindu-le de consideraţiuni interesante asupra patogeniei sindromului priapic. Chauvin înlătură ca nefondate pe fapte anatomo-clinice, teoriile emise până în prezent: 1) **Teoria nervoasă;** 2) **Teoria jenei în circulaţia venoasă,** care nu explică localizarea mai frecventă în corpii cavernoşi (Teoria hematomului şi teoria trombozei corpilor cavernoşi), Chauvin afirmă că priapismul este datorit unei obstrucţii a capilarelor venoase prin sângele îngroşat şi vâscos. Erecţiunile anormal prelungite, patologice (mielopatii) sau fiziologice (excese genitale), ar fi la baza acestei condensări sanghine, favorizate probabil de unele stări anterioare, ca leucemia sau hiperviscozitatea sângelui din alte motive. Această explicaţie a patogeniei priapismului, are avantajul de a pune toate varietăţile de priapism în acelaşi cadru, suprimând deosebirile etiologice, pe cari nu le justifică nici simptomatologia şi nici evoluţia. In cazul nostru, **factorul declanşator** este evident, deoarece priapismul s'a instalat după un **coit repetat,** iar instalarea sa a fost **favorizată** de **leucemie.** Bolnavul nostru prezenta însă semne evidente de **iritaţie medulară;** hiper-reflexie, clonus şi Babinsky. Având în vedere rezultatul surprinzător al celor două rachianestezii făcute cu scopul de a calma durerile atroce şi în cursul cărora priapismul cedase de fiecare dată aproape complect, spre surprinderea noastră, credem că pe lângă **staza trombotică a corpilor cavernoşi,** să fi intervenit aci şi un **al doilea factor** în producerea priapismului, şi anume: **iperexcitabilitatea centrului erector** din măduva spinării. Această iperexcitabilitate s'a produs probabil prin **metastaze mieloide leucemice,** sau prin hemoragii în vecinătatea centrului erector. Ar fi vorba deci de un **mecanism dublu** care a produs priapismul: **tromboza corpilor cavernoşi (cauză sanghină) şi metastază medulară** care excită centrul erector (cauză nervoasă). Radioterapia aplicată pe corpii cavernoşi splină şi măduva terminală, a avut drept rezultat dispariţia priapismului prin topirea trombului din corpii cavernoşi şi probabil prin topirea mielomului leucemic metastatic.

Cazul nostru credem că aduce astfel o contribuţie la lămurirea atât de discutatei patogenii a priapismului.

BRONCHOTIOFAN-Sirop

Ephedrin
Bromoform
Coffein Natr. Benz.
Senega — Aconit

BOLILE CAILOR RESPIRATORII

- Bronsite
- Cathar
- Pneumonie
- Influență gripală
- Traheită
- Laringită

IPECODAL-Tablete

Codein Phosph.
Div. Doweri
Acid Acetylo-Sal.

BOLILE CATARALE ALE CĂILOR RESPIRATORII

- Anghină pect.
- Tuse
- Laringită

PULMOROBIN-Sirop

Codein Phosph.
Aethyl Morphin
Guaiacol Lichid
Kal. Sulfoguaiacol
Calc Glycerophosph
Calc. Lactophosph
Extr. Chinae Fluid
Tra Aconit

BOLILE PULMONARE

- Tuberculoză
- Bronșite acute
- Bronșite cronice
- Cathar pulmonar

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SULFAZOL-Tablete

Chlorhydrat de Sulfamidochrisoidina
Aminobenzensulfamida

S E P T I C E M I I

- Scarlatină
- Erizipel
- Endocardită lentă
- Avorturi septice
- Faceri complicate

FABRICA **HYGEA** — CLUJ S. A. R. • BUCUREȘTI
Pentru produse Chimice și Farmaceutice
Splaiul Unirii, 127 Telefon 4.22.44.

Laboratoires „HEMOSTYL" - Paris

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL FARMACEUTIC

FLUCTUAT NEC MERGITUR

„LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

ORGANIZAREA SANITARĂ RURALĂ A STATULUI

In ziua de 17 Septembrie a avut loc în amfiteatrul Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şedinţa Consiliului Sanitar Superior, în care s'a discutat problema *organizărei sanitare rurale a statului.*

Pe lângă membrii Consiliului au fost invitaţi la această şedinţă toţi medicii şefi de judeţe din ţară şi câte un medic de circumscripţie din fiecare judeţ. Aceştia au fost aleşi dintre medicii cu o mai frumoasă activitate şi cu o mai mare reputaţie.

PLANUL DE ORGANIZARE ŞI DE DESVOLTARE AL SERVICIULUI SANITAR RURAL

Expunerea d-lui prof. d-r P. TOMESCU, ministrul sănătăţii şi ocrotirilor scolale

Digitized by Central University Library Cluj

D. Profesor D-r P. Tomescu, luând cuvântul, a schiţat planul de organizare şi de desvoltare al serviciului sanitar rural, spunând, în rezumat următoarele:

Organizarea sanitară rurală a ţărei are în prezent 1446 de circumscripţii medicale, ceeace revine la o proporţie medie de un medic pentru 8050 locuitori. Această proporţie este însă foarte variabilă dela un judeţ la altul şi mai ales dela o regiune la alta.

Astfel, în judeţul Câmpu-Lung Bucovina avem un medic la 4757 locuitori, în Prahova un medic la 12.169 locuitori, iar în Teleorman un medic la 10.209 locuitori.

Această situaţie nu mai poate dăinui. Ea trebue ameliorată în timpul cel mai scurt posibil. In acest scop Ministerul Sănătăţii va întocmi un plan amănunţit de desvoltare a serviciului nostru sanitar rural, — în etape succesive, fixându-se pentru fiecare an numărul circumscripţiilor noui ce se vor crea. La întocmirea acestui plan se va ţine seama de actuala proporţie dintre medici şi populaţie, hotărîndu-se pentru fiecare judeţ numărul de circumscripţii noui ce se vor crea. Se va fixa apoi sediul acestor circumscripţii, ţinându-se seama de posibilităţile locale pentru găsirea de localuri potrivite pentru dispensarul medical şi pentru locuinţa medicului. Numai când aceste preparative vor fi gata, se va crea circumscripţia

In fixarea numărului de circumscripţii noui ce se vor crea, în fiecare an, se va ţine seama de randamentul Facultăţilor de Medicină, astfel ca să existe un paralelism perfect între numărul circumscripţiilor noui şi numărul tinerilor medici cari vor merge în mediul rural pentru a-şi face acolo stagiul lor obligator.

Pentru a păşi la executarea planului de desvoltare a serviciului sanitar rural, trebue mai întâi să consolidăm tot ceeace avem în prezent. In această direcţie este foarte mult de făcut. De aceea trebue întocmit un program de lucru simplu, precis şi realizabil.

Pentru ca cele 1446 de circumscripţii medicale rurale să funcţioneze în bune condiţiuni şi să poată desfăşura acţiunea sanitară intensă şi sistematică necesară apărării sănătăţii publice româneşti, trebuesc revizuite şi completate mijloacele lor de lucru.

Pentru ca medicul rural să-şi poată îndeplini marea lui misiune, trebue să aibă la reşedinţa circumscripţiei sale un dispensar civilizat instalat şi perfect dotat, trebue să aibă în fiecare comună un dispensar comunal în aceleaşi condiţiuni şi trebue să fie ajutat de un personal sanitar auxiliar conştiincios şi bine pregătit.

Pentru a vedea ce trebue realizat, vom examina situaţia actuală şi vom fixa programul de lucru, a cărui înfăptuire trebue să înceapă imediat.

I. PROBLEMA DISPENSARIILOR

1. Dispensarul de Circumscripţie rurală

In prezent avem în ţară 1446 circumscripţii sanitare rurale, dintre cari 590 sunt instalate în localuri proprii, iar 856 funcţionează în localuri închiriate.

Prima măsură pe care Ministerul Sănătăţii a luat-o, a fost renovarea dispensariilor proprii.

In mare parte această renovare a fost făcută. In toamnă se va face bilanţul acţiunei în această direcţie şi vom fixa lucrările cari urmează să se facă în cursul iernei şi primăverei viitoare.

O problemă mai greu de rezolvat este aceia a celor 856 dispensarii cari funcţionează în clădiri închiriate. Multe din ele sunt nepotrivite scopului căruia i-au fost destinate, altele sunt rău întreţinute, cele mai multe necesită reparaţiuni radicale.

Pentru a soluţiona problema a fost nevoie de promulgarea unei legi speciale, prin care s'a dat dreptul Ministerului Sănătăţii să renunţe la clădirile nepotrivite, să închirieze prin bună învoială cele mai corespunzătoare construcţii şi să poată face din bugetul statului, toate lucrările de reparaţii, amenajări şi instalaţii, astfel ca nouile dispensarii să fie bine instalate. Aceleaşi dispoziţiuni se vor aplica şi clădirilor închiriate pentru a servi pentru locuinţa medicilor.

Medicii şefi de judeţe şi medicii de circumscripţii trebue să realizeze imediat acest program. El trebue înfăptuit în două etape: 26 Octombrie 1943 şi 23 Aprilie 1944. Până la această ultimă dată, toate cele 856 Dispensarii de circumscripţii, cari funcţionează în localuri închiriate, trebue să fie instalate în clădiri perfect amenajate.

2. Dispensarul comunal

Pe lângă Dispensarul de circumscripţie, trebuesc organizate Dispensariile Comunale, în cari medicul lucrează odată sau de două ori pe săptămână, după un program adus la cunoştiinţa generală.

Dispensarul Comunal poate fi instalat după posibilităţile locale la primă-

ric, la baia populară, la școală și în mod excepțional într'un local închiriat sau propriu.

Prin vigilența medicilor de circumscripție, Dispensarele Comunale vor lua un aspect civilizat, fiind model de curățenie și de confort.

3. **Dotarea Dispensarelor**

Concomitent cu rezolvarea problemei clădirilor destinate Dispensariilor, trebue studiată și soluționată chestiunea dotărei acestor instituțiuni.

In adevăr, situația actuală nu mai poate continua. Ea este rea și în general cunoscută. Deci este inutil a o relata.

Este mult mai folositor să ne fixăm asupra programului de lucru pentru viitor.

a) Mobilierul Dispensariilor

Atât pentru Dispensarul de circumscripție cât și pentru Dispensarul Comunal trebue fixat un mobilier standardizat, frumos executat și perfect adaptat scopului la care va servi.

Dispensarul de circumscripție va avea cel puțin o sală de așteptare și o sală de consultații și tratamente medicale.

Sala de așteptare va fi simplu aranjată, dar înfrumusețată prin afișele de propagandă sanitară și printr'un vas cu flori.

Sala de consultații și de tratamente va avea noul mobilier format din: biroul medicului, o masă de examene medicale, un raft pentru bibliotecă și arhivă.

La acestea se adaugă mobilierul medical format din: masă de examene chirurgicale, dulap de instrumente și aparate, cântare pentru copii și adulți, etc.

b) Inventarul de aparate și instrumente

Dispensarul de circumscripție și cel comunal va avea un inventar de aparate și instrumente procurate de Ministerul Sănătății. Acest inventar a fost întocmit cu cea mai mare atenție, astfel ca medicii să aibă la dispoziție tot ceeace le este absolut necesar pentru practica lor profesională în mediul rural.

c) Farmacia Dispensarului

Biblioteca Centrală Universitară Library Cluj

Problema farmaciei de Dispensar a fost revizuită și radical modificată. Cu ajutorul specialiștilor, Ministerul Sănătății a creiat un tip special de Farmacie de Dispensar de circumscripție și de Farmacie de dispensar comunal.

Aceste farmacii au un inventar anumit de medicamente uzuale. Pe baza inventarului de medicamente s'au construit rafturile necesare și s'a comandat vesela și aparatura pentru ca farmaciile rurale să fie frumoase, practice și ușor de înțăptuit.

d) Biblioteca

Medicul fiind un profesionist care trebue să se țină în curent cu evoluția continuă a științei, are nevoie la serviciul său de o bibliotecă.

Ea este tot atât de necesară ca și aparatura medicală, activității pe care medicul trebue să o desfășoare.

De aceea, Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale a luat dispoziția ca fiecare circumscripție sanitară rurală să aibă biblioteca sa, dotată cu reviste și cărți medicale recente.

Pentru ca programul expus să poată fi realizat într'un mod unitar, s'a aranjat la Ministerul Sănătății tipul descris de Dispensar rural.

El va fi ameliorat în urma observațiilor sugestiilor și criticilor ce se vor aduce.

Odată rămas definitiv, va fi realizat în etape succesive la toate circumscripțiile sanitare din țară.

3. **Problema personalului sanitar auxiliar**

Actualul personal sanitar auxiliar este puțin, din punct de vedere numeric și nu are în general o pregătire temeinică.

O acțiune sistematică trebue întreprinsă pentru a remedia actuala situație.

Surorile de ocrotire sunt prea puține pentru a încadra toate serviciile sanitare rurale. Este neapărat necesar ca numărul lor să fie crescut, iar situația lor materială ameliorată.

Moaşele şi agenţii sanitari au o pregătire care variază foarte mult, în raport cu însuşirile lor individuale şi cu şcoala în care au învăţat. Pentru ca acest personal să aibă un nivel profesional mai ridicat, este necesar să se organizeze în oraşele de reşedinţă, cursuri periodice de informaţie. Medicii şefi de judeţe în colaborare cu medicii primari de specialitate, sunt rugaţi să organizeze aceste cursuri cât mai repede, împărţind personalul auxiliar dintr'un judeţ în mai multe serii.

Medicii de circumscripţie la rândul lor, trebue să caute să ridice nivelul intelectual al personalului lor punându-i în curent cu nouile descoperiri ale ştiinţei şi impunându-le o activitate disciplinată şi rodnică.

II. VIAŢA MEDICULUI RURAL

Pentru a atrage şi a fixa pe medici în mediul rural. Statul român trebue să le creeze un cadru civilizat pentru activitatea lor profesională, să le dea mijloace de lucru şi să le asigure posibilităţi de viaţă în raport cu îndelungata lor pregătire universitară şi cu situaţia lor socială.

Pentru ca viaţa medicilor să se poată desvolta în mediul rural în bune condiţiuni, Ministerul Sănătăţii a întocmit următorul program de acţiune, care este în curs de realizare şi care trebue integral înfăptuit:

1. **Locuinţele medicilor de circumscripţie rurală**

a) Prima problemă ce se pune unui medic în moentul când se instalează în mediul rural este aceia a locuinţei. Deci ea trebue rezolvată în primul rând.

Soluţia cea mai bună care principial s'a adoptat de mult, este construirea de dispensarii cu locuinţe pentru medici. Din nefericire construcţiile s'au făcut într'un ritm foarte lent, astfel că astăzi avem locuinţe pentru medici la 508 circumscripţii, rămânându-ne 938 circumscripţii fără locuinţe proprii. Dar nici cele 508 locuinţe proprii nu au fost întreţinute în bune condiţiuni în totalitatea lor. De aceea prima măsură ce a trebuit să luăm a fost repararea tuturor clădirilor, astfel ca ele să poată fi locuinţe confortabile şi atrăgătoare.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

b) A doua măsură ce se impune este începerea unei campanii sistematic de onstrutrucţii, astfel că în câţiva ani problema să fie rezolvată. Din nefericire, războiul ne împiedecă să dăm construcţiilor amploarea şi ritmul necesar. Ele totuşi se fac, având în lucru în fiecare judeţ unul sau mai multe dispensarii cu locuinţă pentru medic.

c) Neputându-se aştepta un timp îndelungat pentru soluţionarea problemei, Ministerul Sănătăţii a recurs la o formulă imediată, hotărînd închirierea celor mai frumoase case din satele noastre, nu numai pentru dispensarii dar şi pentru locuinţele medicilor. In acelaşi timp, printr'o lege specială s'a dat drept ministerului să repare aceste case din bugetul său, astfel ca ele să corespundă cât mai bine scopului pentru care sunt închiriate.

Revine medicilor şefi de judeţe şi medicilor de circumscripţii, sarcina de a găsi clădirile necesare serviciului sanitar şi personalului medical. Dacă nu s'ar putea găsi astfel de clădiri la reşedinţa actuală a circumscripţiilor, ele se vor putea muta acolo unde vor putea funcţiona în mai bune condiţiuni.

d) Ministerul Sănătăţii are în prezent încă o îndatorire în ceeace priveşte problema locuinţei medicilor în legătură cu obligaţia pe care o au medicii noui de a face un stagiu de 2 ani în mediul rural. In executarea acestei îndatoriri legale, medicii tineri se vor prezenta la stagiu. Statul este moralmente obligat să le ofere din prima zi o locuinţă modestă dar corespunzătoare situaţiei lor sociale. In trecut când medicul mergea la ţară din propria sa iniţiativă, îndatoririle Statului erau mai mici decât astăzi când stagiul în mediul rural constituie o obligaţiune.

Consecvent acestei idei, Ministerul Sănătăţii a luat dispoziţia ca la cele 209 circumscripţii vacante din Vechiul Regat să se mobileze în casa medicului o cameră confortabilă, în care el să poată locui în condiţii civilizate din prima zi a venirii lui la ţară. Pentru a ajunge la standardizarea mobilierului, s'a aranjat la Ministerul Sănătăţii modelul acestei camere, din care nu lipseşte biblioteca, vesela şi aparatul de radio.

Camera medicului va trebui montată în aceleaşi condiţiuni în cele 165 circumscripţii vacante din Basarabia şi Bucovina.

e) Cu acelaşi gând de a organiza cât mai bine viaţa medicului rural, am prevăzut pentru circumscripţiile vacante, personalul de serviciu atât de necesar şi uneori greu de găsit.

2. **Prima de reşedinţă**

Pentru a ameliora salarizarea medicilor rurali fixată la sume atât de mici de codul în vigoare, am introdus în lege şi în bugetul Statului, primele de reşedinţă: o primă generală de 2000 lei lunar, care este sporită la 10.000 lei lunar pentru medicii care lucrează în regiuni cu un nivel economic scăzut şi unde clientela particulară este redusă.

Ideia primelor de reşedinţă este menită să rezolve problema salarizării medicilor, cu condiţia ca ele să fie sporite la sumele indicate de împrejurări.

3. **Mijloace de transport**

Pentru ca medicul de circumscripţie să-şi poată desfăşura acţiunea lui salvatoare în mediul rural, trebue să dispună de mijloace de transport confortabile şi rapide.

Sporirea diurnei de deplasare dela 5000 lei la 8000 lei lunar, realizată în Aprilie 1943, nu poate fi decât o soluţie de moment, iar suma fixată este de sigur, prea mică.

Problema nu se poate rezolva decât prin acordarea unei prime speciale pentru echiparea medicului cu mijloace proprii de transport. Această primă va servi procurărei acestor mijloace care vor rămâne proprietatea particulară a medicului.

Prima trebue acordată din 5 în 5 ani, timp în care se poate socoti că investiţia făcută s'a amortizat.

Actuala diurnă de transport va servi pentru cheltuieli de întreţinerea automobilului sau trăsurei, achiziţionate din prima de echipare. Sperăm că în bugetul anului 1944—45, să putem prevedea prima de echipare cel puţin pentru o parte din actualii medici de circumscripţie.

Cluj Central University Library Cluj

4. **Avantagii pentru a fixa pe medici în mediul rural**

Pentru a fixa pe medici în mediul rural, trebue să le creem acolo avantagii de viaţă mult superioare acelora pe care le-ar putea găsi la oraş.

Urmărind această idee, terenurile cu care au fost împroprietărite o parte din circumscripţiile rurale, — au fost date în folosinţa medicilor, cu începere din anul 1942.

Credem că este necesar să mergem mai departe în această direcţie şi să împroprietărim pe medici acolo unde va fi posibil, adică în regiunile unde Statul are terenuri disponibile.

Totdeodată Ministerul studiază modalitatea acordării unor credite ieftine şi pe termen lung, pentru ca medicii să-şi construiască locuinţe proprii şi să achiziţioneze terenuri agricole. In modul acesta medicul devine proprietar, resursele sale sporesc, iar el îşi creiază un cadru de viaţă demn de înalta sa misiune socială.

5. **Medicii stagiari**

Criza actuală de medici în mediul rural va fi remediată prin legiferarea stagiului obligator de 2 ani la o circumscripţie rurală.

Pentru ca stagiul să aibă rezultatele ce urmărim, va trebui ca medicii să aibă o serioasă pregătire spirituală pentru misiunea lor şi o solidă pregatire tehnică pentru practica profesională.

Facultăţile de medicină vor trebui să studieze chestiunea şi să o soluţioneze.

Din experienţa făcută în ultimii doi ani, reies următoarele concluziuni de care vor trebui să se ţină seama:

a) Invăţământul igienei generale şi al igienei rurale trebue intensificat, dându-i-se totdeodată un caracter practic. El poate fi făcut în bune condiuni în plăşile sanitare model organizate în jurul centrelor universitare (cir. Tomeşti în jud. Iaşi, circ. Sălişte în jud. Sibiu).

Pentru acest învățământ, Ministerul Sănătății a atașat Institutului de Igienă din capitală, circumscripțiile: Tâncăbești, Periș și Movila.

b) Este necesar ca în cursul studiilor după anul al V-lea, studenții să facă un stagiu de două luni în mediul rural. Cum învățământul clinic nu se poate face iară practica de spital, tot astfel învățământul igienei nu poate fi redus la expuneri teoretice și la lecturi descriptive.

Odată cu introducerea stagiului ce propunem, urmează să fie modificate programele facultăților de medicină, astfel ca igiena și specialitățile boalelor sociale să se facă în primii 5 ani de studii, lăsându-se în ultimul an celelalte specialități.

In orice caz, absolvenții facultăților noastre vor trebui să aibă o mai solidă pregătire în domeniul igienei și medicinei rurale, întrucât majoritatea lor trebue să se dedice acestei specialități.

In rezumat, Statul este dator să dea medicilor rurali mijloace de lucru și posibilități civilizate de viață; Facultățile sunt datoare să-i pregătească temeinic, iar ei sunt obligați să pună în serviciul țării și al societății românești o muncă devotată pentru idealurile noastre naționale și sociale.

III. PROBLEMA SPITALELOR MIXTE

Actualele spitale mixte vor trebui desvoltate și consolidate ca centre de acțiune sanitară.

De aceia ele vor fi reorganizate, renovate și perfect dotate pentru a răspunde atât rolului lor curativ în mediul rural, cât și acțiunei preventive pe care vor trebui să o desfășoare.

Pentru ca personalul medical să aibă pregătirea necesară îndeplinirei unor obligațiuni atât de mari, am luat dispoziția legală ca medicii de spitale mixte să se recruteze numai dintre foștii interni și medici secundari.

Măsurile de consolidare a spitalelor mixte sunt în curs de executare și sperăm că într'un an proiectele vor fi realizate.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

IV. MIJLOACE DE REALIZARE A PROGRAMULUI EXPUS

Pentru realizare programului expus este nevoie de o puternică acțiune spirituală și de imoprtante mijloace materiale.

Această acțiune creatoare, răspândită pe tot întinsul țării, nu poate duce la rezultatele dorite decât prin inițiativa îndrăsneață și prin munca devotată a inspectorilor generali sanitari, a medicilor șefi de județe și a medicilor de circumscripții.

In special, inspectorii generali sanitari și medicii șefi de județe au rolul principal. Ei trebue să fie niște animatori curagioși, capabili să stimuleze generozitatea și să pună în mișcare energiile latente.

De aceea Ministerul Sănătății face un apel călduros către medicii sanitari de toate categoriile, rugându-i să desfășoare toată energia de care sunt capabili pentru transformarea serviciului medical rural din țara noastră.

Pe planul material, un rol important îl au Eforiile Sanitare Județene, menite să strângă fondurile necesare. In special mobilierul obișnuit care se poate face cu ușurință pe loc, trebue confecționat acolo, după modelele și planurile ce se vor pune la dispoziție.

Ministerul Sănătății va interveni cu fonduri și va procura toată dotarea cu mobilier medical, aparate, instrumente și medicamente.

Această colaborare care trebue desvoltată atât pe planul ideilor creatoare, cât și pe cel material, va aduce un progres real și rapid pentru organizarea serviciului sanitar rural în România.

V. ACTIVITATEA MEDICULUI DE CIRCUMSCRIPȚIE RURALĂ

Activitatea pe care trebue s'o desfășoare medicul de circumscripție este atât de variată și de intensă, încât aceia dintre colegii noștri care își îndeplinesc integral obligațiile lor, merită toată admirația și recunoștința noastră.

Sperăm că într'un viitor apropiat, toți medicii din mediul rural, vor desfășura cu mijloace noui acțiunea de ridicare a sănătății noastre publice în mediul rural.

Medicul rural trebue să activeze în trei domenii:

a) Ingrijirea bolnavilor la dispensariile de circumscripție și la dispensariile comunale. Prin această activitate binefăcătoare el alină multe suferințe, câștigând în acelaș timp încrederea și simpatia oamenilor.

b) Propaganda sanitară, care trebue făcută de medici împreună cu administrația locală și cu intelectualii satelor.

c) Acțiunea de medicină preventivă și de ocrotire socială, care cuprinde domenii întinse de activitate, dela combaterea boalelor epidemice, dela depistarea și îngrijirea boalelor sociale, până la ocrotirea mamelor și a copiilor.

Activitatea atât de intensă și de variată a medicului de circumscripție, trebue dusă în strânsă colaborare cu medicii primari de specialitate din orașul de reședință, cu medicul șef de județ și cu inspectorul general sanitar — sub egida Institutelor de Igienă, care trebue să aducă o contribuție din ce în ce mai mare pentru buna organizare sanitară a Statului.

DISCUȚIILE URMATE

D. prof. d-r *N. Gh. Lupu* a arătat că se va realiza în întregime planul de organizare al serviciului sanitar rural dacă se va urmări în mod susținut executarea lui.

De asemenea d-sa cere ca să se unifice complet sub conducerea Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale atât din punct de vedere administrativ cât și tehnic, toate organizațiile sanitare ale diverselor instituții.

D. prof. d-r *Gh. Banu* a cerut ca să se publice într'o lucrare de ansamblu planul pe 5 ani pentru reorganizarea serviciilor sanitare rurale. D-sa arată că Institutele de igienă vor juca un rol însemnat în acțiunea de consolidare a serviciului sanitar rural.

D. prof. d-r *L. Balit* exprimă satisfacția sa pentru programul de organizare fixat, și arată că el va fi sigur realizat.

D-sa cere de asemenea ca să se desfășoare o acțiune de organizare mai intensă în județele cu un nivel economic scăzut.

D. prof. d-r *Plăcinteanu* a spus că este necesar să se creeze mici maternități județene.

D. d-r *Râmneamțu* a expus necesitatea acestei acțiuni planificate pentru consolidarea sănătății publice în mediul rural.

D. prof. d-r *I. Stoichiția*, secretar general al Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale arată măsurile ce s'au luat până acum de Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, pentru creșterea randamentului serviciilor sanitare rurale.

De asemenea d-sa expune acțiunea desfășurată de căminele de zi și de școlile de gospodărie țărănești pentru îmbunătățirea condițiilor sanitare și sociale în mediul rural.

*

Trecându-se apoi la problema suprapunerii circumscripțiilor sanitare ale Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale cu cele ale Casei Naționale a Asigurărilor Sociale și cele ale Căilor Ferate s'a arătat de

BCU Cluj / Central University Library Cluj

către d. prof. d-r P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale necesitatea acestei suprapuneri care va contribui mult la raţionalizarea acţiunei sanitare în mediul rural şi urban.

D. d-r *Săvescu*, medic director al căilor ferate arată că propunerea Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale e binevenită şi d-sa va face tot posibilul spre a o realiza.

A urmat apoi examinarea normelor pentru înscrierea în colegiile medicale a medicilor.

D. d-r *Gh. Marinescu*, preşedinte al comitetului executiv al colegiilor medicilor arată că este necesar să se consolideze profesiunea medicală şi să se statutéze normele după care medicii vor exercita rolul lor social.

D-sa exprimă apoi convingerea că medicii vor putea desfăşura o activitate mai intensă şi mai folositoare prin raţionalizarea înscrierilor în colegiile medicilor, astfel ca să nu existe un desechilibru izbitor între numărul medicilor dela sate şi din oraşe.

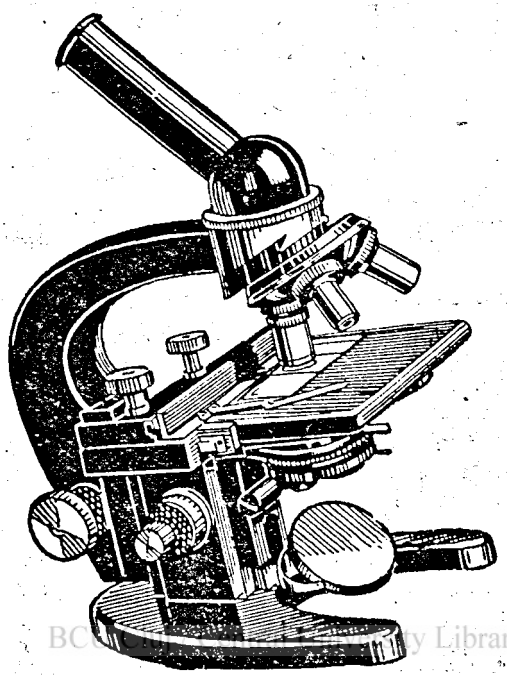
INCHEEREA DESBATERILOR

D. prof. d-r *Tomescu*, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, încheind discuţiunile, mulţumeşte membrilor Consiliului Sanitar Superior pentru contribuţia ce au adus în şedinţă la fixarea principiilor de organizare a serviciilor sanitare rurale.

D-sa roagă apoi pe membrii Consiliului Sanitar Superior pe medicii şefi de judeţe şi pe medicii de circumscripţie sanitară rurală să viziteze dispensarul medical instalat la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şi să examineze în mod amănunţit mobilierul, aparatele medicale, instrumentele şi farmaciile de dispensar, formulând observaţiile şi propunerile lor, pentru fixarea unei înzestrări şi a unui mobilier unitar la dispensarele sanitare rurale.

In ceiace priveşte planul de desvoltare al serviciului sanitar rural el va fi amănunţit întocmit, astfel ca să poată fi realizat în etape succesive, — în mai mulţi ani.

Acest plan va fi discutat în Consiliul Sanitar Superior şi va fi apoi publicat, pentru a servi în activitatea viitoare a Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şi în general a guvernului, în domeniul sanitar.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

ZEISS

MICROSCOAPE

PENTRU
TOATE LUCRĂRILE
ȘTIINȚIFICE

CATALOAGE ȘI INFORMAȚIUNI GRATUITE DELA

CARL ZEISS, JENA

sau dela reprezentanța generală pentru România.
Societatea Anonimă de Agentură-Comision-Import fost
Otto & Alfred Herzog, București I, Bul. Carol I. 48

CARL ZEISS
JENA

AL XIX-lea CONGRES ROMÂN DE OTO-RINO-LARINGOLOGIE

In prezența d-lui prof. d-r P. Tomescu, ministrul sănătății și ocrotirilor sociale, s'au deschis în ziua de 26 Oct. a. c., desbaterile celui de al XIX-lea congres român de oto-rino-laringologie de sub președinția d-lui d-r Virgil Racoveanu.

Desbaterile au avut loc în amfiteatrul cel mare al spitalului Colțea.

D. D-r **Virgil Racoveanu**, președintele societății române de oto-rino-laringologie și al congresului, în discursul de deschidere începe cu următoarele cuvinte:

In numele membrilor celui de al XIX-lea congres român de oto-rino-laringologie exprimăm sentimentele lor de adânc devotament și credință față de Majestatea Sa Regele Mihai I și față de Conducătorul Statului D-l Mareșal Ion Antonescu și aducem omagiul nostru d-lui prim ministru al țării Prof. Mihai Antonescu.

Biblioteca Centrală Universitară Library Cluj

Astăzi se împlinesc 35 ani de când o mână de vrednici tineri și entuziaști au pus bazele unei modeste Societății medicale care avea să fie societatea română de oto-rino-laringologie.

Tinerii medici din acea vreme constituiau nucleul specialității oto-rino-laringologie în jurul căruia s'a înființat apoi toată activitatea și desvoltarea specialității din țara noastră, deoarece după cum domniile Voastre știți, la epoca aceea nu există încă la Facultatea de Medicină un învățământ oficial de nas, gât și urechi, aceasta luând ființă abia după trecutul războiului mondial.

Două dintre cele mai reprezentative figuri din grupul tinerilor medici din acea vreme fondatori ai societății și care nu mai sunt de multă vreme printre noi, au fost cunoscute de cei mai mulți dintre Dv. mai târziu sub chipul a doi boeri bătrâni, partiarhali, cari erau de o neobosită activitate în sânul Societății, dela ale cărei lucrări și desbateri nu lipseau aproape niciodată chiar după ce depășiseră frumoasa vârstă de 70 ani.

E vorba de D-rii Costiniu și Orașcu

Evocă personalitatea lor și aportul considerabil adus în sânul Societății pentru ridicarea la un nivel ridicat al acestei ramuri medico-chirurgicale și în crearea de specialități oto-rino-laringologie.

Face un istoric al Societății, arătând perioadele de frământare prin care a trecut, apoi trece în revistă progresele pe care le face mereu

specialitatea câştigând teren în a se afirma tot mai mult ca o specialitate pur chirurgicală şi nu numai medicală cum era altădată.

Închee mulţumind şi arătând fratitudinea, omagiind în numele Congresului în special înaltele personalităţi care au onorat cu prezenţa lor deschiderea Congresului.

D. D-r **Lăzeanu Mihai,** secretarul general al societăţii, a expus darea de seamă pe anul expirat.

A luat cuvântul apoi **D-l Prof. D-r P. Tomescu, Ministrul** sănătăţii şi **ocrotirilor sociale,** care e rostit următoarea cuvântare:

Felicit societatea de oto-rino-laringologie pentru reuşita cu care a trecut peste toate animozităţile ce au stat în calea acestei însemnate organizaţiuni medicale de mare importanţă.

Ca ministru al sănătăţii ţin să vă prezint, d-lor congresişti, o situaţie la a cărei bună reuşită, ministerul cere concursul dvs. Avem, la noi în ţară prea puţine servicii de oto-rino-laringologie. Vrem ca în afară de lucrările dvs. ştiinţifice să vă preocupaţi şi de această problemă şi să ne daţi nouă, ministerului sănătăţii, cele mai potrivite indicaţii. Să cercetaţi şi să fixaţi dvs. judeţele ce trebuesc dotate în anul viitor cu servicii de nas-gât şi urechi. Să ne daţi, odată cu aceasta, şi lista medicilor celor mai eminenţi cărora să li se încredinţeze aceste servicii.

Dacă veţi putea rezolvi această problemă odată cu discuţiile academice ale congresului, vă asigur d-lor că veţi realiza cel mai mare câştig pentru noi.

D. **General D-r Capitanovici** aduce salutul serviciului sanitar al armatei spunând următoarele:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Specialiştii de oto-rino-laringologie au jucat un mare rol în armată şi în timp de război ca şi în timp de pace. Ţin să accentuez că în timp de campanie medicii oto-rino-laringologi au răspuns cu mult entuziam la chemarea patriei fiind întrebuinţaţi nu numai în specialitatea lor dar şi în chirurghie, aceasta din cauza nevoii mari de chirurg.

D-na D-r **V. Munteanu,** vorbeşte în numele ministerului culturii naţionale aducând salutul acestui departament şi cere medicilor de nas, gât şi urechi mai multă înţelegere pentru viaţa şcolară.

Acest salut al ministerului culturii naţionale nu este numai o gentileţe ci o adevărată înţelegere pentrucă s'a constatat la copii multe turburări de nas-gât şi urechi. Pentru remedierea acestui rău, ministerul culturii naţionale a organizat, de comun acord cu acela al societăţii, centre policlinice.

S'a constatat că, dintr'un număr de 2656 copii între 12—16—17 ani abia 33% sunt normali, restul, sunt atinşi de afecţiuni de nas, gât şi urechi. Nevoia de control a sănătăţii copiilor, control care trebue să înceapă cu cei din grădiniţe şi continuat la cursul primar, trebue intensificat la maximum.

Nu este admisibil ca aceşti copii ai neamului nostru să fie lăsaţi fără îngrijiri medicale ca până acum. De acum încolo copiii nu vor fi primiţi în şcoală fără un examen medical serios.

Trebue să se intervină de urgenţă pentru desvoltarea copiilor şcolari să se facă în mod normal.

D. Prof. D-r Ţeţu, aduce salutul facultăţii de medicină şi al d-lui Prof. D-r Vintilă Ciocâlteu, decanul facultăţii.

Facultatea de medicină, spune d-sa, este pe deplin conştientă de necesităţile lucrărilor societăţii române de oto-rino-laringologie. În calitatea mea de titular al catadrei de nas, gât şi urechi, voiu da tot sprijinul şi concursul meu medicilor de specialitate.

D-sa cere să se intensifice serviciile de oto-rino-laringologie, la sate unde maladiile fac cele mai mari ravagii.

D. Col. D-r Gilorteanu aduce salutul D-l Prof. D-r Corăcescu, preşedintele soc. de chirurgie. Urează ca desbaterile şi discuţiunile congresului să ducă la învăţăminte ştiinţifice şi practice, pentru binele şi folosul ostaşilor noştri.

D. D-r Corneliu Constantinescu, vorbeşte în numele societăţii de pedictrie şi puericultură arătând strânsa legătură între această specialitate medicală şi aceea de nas, gât şi urechi.

D-sa aduce salutul D-l Prof. D-r Gane urând congresului o reuşită frumoasă.

ORDINEA DE ZI:

Şedinţa de deschidere

Marţi 26 Octombrie 1943, ora 10 a. m.

a) D-r VIRGIL RACOVEANU, preşedintele congresului: Discursul de deschidere.

b) D-r MIHAI LAZEANU, secretarul general al congresului: Raport asupra activităţii ştiinţifice şi profesionale a Societăţii Române de Oto-Rino-Laringologie pe anul 1943.

c) Discursurile d-lor reprezentanţi ai autorităţilor şi organizaţiilor invitate.

d) D-r ŞTEFAN POPIAN: Raportul casierului.

Ora 16—20

e) Alegerea a 3 secretari de şedinţă pentru congres.

f) Alegerea membrilor activi, de onoare şi corespondenţi.

g) Alegerea comisiunii de verificare a gestiunii.

h) Alegerea comitetului pe anul 1944.

i) Alegerea subiectelor de raport şi a raportorilor pentru anul 1944.

LUCRĂRI DE OTOLOGIE.

1. Prof. D-r I. ŢEŢU, D-r M. GHIMPEŢEANU şi D-r I. MEŢIANU: Indicaţiunile antrotomiei la sugar.

2. Conf. D-r STROE AUREL, D-r MIRESCU ALEXANDRU şi D-ra Internă ŞUŢESCU: Meningită otogenă. Operaţie. Vindecare.

3. Conf. D-r V. TEMPEA şi D-r ILIESCU PAUL: Nevritele auditive profesionale.

4. Docent D-r D. I. VASILIU: Durerea în otitele supurate şi complicaţiile lor.

5. D-r MIHAI LAZEANU şi D-r MIRCEA TĂNĂSEANU: Oto-mastoidită cronică cu cholesteatom; tromboflebită sinuso-golfo-jugulară cu meningită seroasă şi septicemie. Operat: evidare, craniectomie cerebelă şi cerebeloasă, deschiderea sinusului venos lateral, ligatura şi rezecţia venei jugulare interne, deschiderea golfului prin operaţia Grunert. Vindecat. (Prezentare de bolnav).

6. D-r I. RADU (Arad): Consideraţiuni asupra tratamentului otitelor medii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

7. D-r D. BORŞ: Consideraţiuni în legătură cu paracenteza.

8. D-r ŞT. POPIAN: Două cazuri de otospongiosă familiară.

9. D-r V. ARTENI, D-r T. TEODORESCU şi D-r SABINA VASSU: Consideraţiuni asupra pansamentelor cu sulfamide pulbere în mastoidite.

10. D-r ŞTEFANIU ALEX., D-r POPOVICI CONST. şi D-r GHIŢULEASA ELVIRA: Evidare petromastoidiană spontană prin polip oto-mastoidian gigant.

11. D-r RODICA BELIAN şi D-r POPOVICI C.: Oto-mastoidită supurată acută, septicemie, abces pulmonar. Vindecare.

12. D-r MARTA ANTONIADE şi D-r V. BABOIE: Oto-mastoidită cronică cu abces extradural-şi subcutanat la o bolnavă cu lues.

13. D-r I. ŢEŢU şi D-r M. CIUREA: Mastoidită subacută fără semne de otită medie.

14. D-r MIHAI LAZEANU: Corp străin (schije de brandt) în spaţiul intercondilo-mastoidian cu turburări sensitivo-motorii ale feţei. Operaţie. Vindecare.

15. D-r E. CĂDARIU şi Extern MIHĂILESCU: Paralizie facială postoperatorie tardivă.

16. D-r C. POPOVICI şi D-r CORNELIA PĂUNESCU: Consideraţii etiologice în sindromul găurei rupte posterioare.

17. D-r HAVLIK FRANCISC: Forma craniului are influenţă asupra topografiei sinusului sigmoidian raportat la conductul auditiv extern?

Miercuri 27 Octombrie 1943, ora 9—12 şi 16—20

LUCRĂRI DE RHINOLOGIE

18. D-r VIRGIL RACOVEANU şi D-r CORNELIU CHELARU: Operaţia sinuzitei frontale pe cale externă şi conservarea aspectului estetic al regiunei operate.

19. Prof. D-r ŢEŢU şi D-r MEŢIANU I.: Tuberculoză a sinusului maxilar.

20. D-r VIRGIL RACOVEANU şi D-r CORNELIU CHELARU: Contribuţiuni la studiul polipozei nasale deformante.

21. D-r VASILE ARTENI: Avantagiile metodei „D-r Tempea" în rezecţia submucoasă a septului nasal.

22. D-r N. POPA şi D-r AUREL VAIDA-VOEVOD: Consideraţiuni în legătură cu un caz de sinuzită maxilară cazeoasă.

23. D-r RODICA BELIAN şi D-r M. ATHANASIU: Tumoră angiomatoasă a sinusului maxilar drept.

24. D-r MIHAI LAZEANU şi D-r VASILE BABOIE: Granulom cronic teleangiectatic al sinusului maxilar, operat prin metoda Dencker. Vindecat.

25. D-r VASILE BABOIE: Rinită cronică hipertrofică. Etmoidită cronică hiperplazică. Anosmie. Operaţie. Vindecare

26. D-r ŞTEFANIU ALEX. şi D-r POPOVICI C.; Sinusită fronto-etmoidală cronică fistulizată; vindecare după cură radicală cu inovaţie personală.

27. D-r MIRESCU ALEX. şi D-r GHIŢULEASA ELVIRA: Plagă a sinusului frontal şi etmoidului drept cu retenţie de corp străin, după rănire de război. Operaţie. Vindecare.

28. D-r REMUS DOCTOR şi D-r ANNY DOCTOR PERŢIA: Abces cerebral cu hemiplegie dreaptă survenit 10 ani după un abces al lobului frontal stâng de origină sinusală. Operaţie. Vindecare.

29. D-r EUGEN BODEA; Imperforaţie choanală membranoasă, unilaterală tratată prin diatermocoagulare.

30. D-r NICOLAE DUŢESCU: Tratamentul chirurgical al chistelor de origină dentară, evoluate în sinusul maxilar.

31. D-r I. MEŢIANU: Un caz de rinolit.

LUCRĂRI DE BUCO-FARINGO-LARINGOLOGIE

32. D-r VIRGIL RACOVEANU, D-r CORNELIU CHELARU, D-r AUREL MARIN şi D-r MIRCEA CERNESCU: Contribuţiuni la studiul tumorilor velo-palatine.

33. D-r VIRGIL RACOVEANU, D-r V. GEORGESCU, D-r CORNELIU CHELARU şi drd. EUGEN FILIP: Contribuţiuni la terapeutica chirurgicală a fibromului naso-faringian.

34. Prof. D-r I. ŢEŢU, D-rii: R. BELIAN, M. GHIMPEŢEANU şi Intern A. GILORTEANU: Fistulă laringo-faringiană traumatică, cu flegmon profund cervical.

35. D-rii M. CIUREA şi I. JUVARA: Periflebită de origină amigdaliană.

36. D-rii VIRGIL RACOVEANU şi CORNELIU CHELARU: Chirurgia plastică a buzei duble.

37. D-rii VIRGIL RACOVEANU şi CORNELIU CHELARU: Asupra unui caz de angiom gigantic al buzei superioare şi al feţei.

38. Conferenţiar D-r V. TEMPEA: Extirparea totală a amigdalelor după o metodă proprie.

39. D-rii ŞTEFANIU ALEX. şi JOVIN I.: Limfo-sarcom amigdalolingual vindecat prin radioterapie, urmat de sindrom Gerhardt.

40. D-rii VIRGIL RACOVEANU şi VINTILĂ GEORGESCU: Un caz de angiom profund al regiunei parotidiene.

LUCRĂRI DE BRONCHO-ESOFAGOSCOPIE ŞI DIVERSE

41. Prof. D-r D. PAULIAN şi D-r MIHAI LAZEANU: Spasmele cardio-frenice

42. D-rii ŞTEFANIU A. PITSCHAK CAROL şi ANASTASESCU: Cardiospasm cronic cu dilataţie esofagiană. Cardiomiotomie. Vindecare.

43. Prof. D-r ŢEŢU I. şi D-rii GHIMPEŢEANU M. şi METIANU I.: Consideraţiuni privitoare la corpii străini laringo-tracheo-bronşici la copii.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

44. Conf. D-r V. TEMPEA şi D-r V. ARTENI: Afecţiunile reumatismale de origină amigdaliană în mediul muncitoresc.

45. Conferenţiar D-r V. TEMPEA şi D-r V. ARTENI: Prezentări de cazuri.

46. D-r EUGEN BODEA: Prezentare de caz.

47. D-r MIRCEA ATHANASIU: Aparat pentru radiografii stereoscopice craniene, construcţie după Osterwald, cu modificare personală.

48. D-r POPIAN ŞTEFAN: Plagă oarbă parotidiană cu retenţie de schije şi ruperea canalului Stenon. Sutură cu fir de păr uman. Vindecare.

49. D-ra D-r M. ANTONIADE: Flegmon al lojilor parotidiene fistulizat în conductele auditive externe. Operaţie. Vindecare.

50. Prof. D-r I. ŢEŢU şi D-r I. METIANU: Osteomielită occipitală.

51. Prof. D-r I. ŢEŢU, D-r M. GHIMPEŢEANU şi Intern A. GILORTEANU: Consideraţiuni în legătură cu un caz de agranulocitoză vindecat.

52. D-rii V. RACOVEANU, V. GEORGESCU şi C. CHELARU: Contribuţiuni asupra unui caz de pavilioane auriculare rudimentare, cu absenţa urechei externe şi conservarea urechei medii şi interne.

53. D-r MIRCEA SUCIU SIBIANU: Noui examinări şcolare oftalmo-oto-rino-laringologice din timpul concentrărilor.

54. D-r MIRCEA SUCIU SIBIANU: Activitatea ambulatoriului oto-rino-laringologic Braşov şi măsuri ce se impun.

a) Diverse.

b) Inchiderea congresului.

Sulfamidă cu toleranţă optimă

SULFORONIN

Dr. Wander

Sulfanilyl — aminopiridină

Gonoree-Pneumonie-Meningită-Strepto-Stafilococie-Colibaciloză-Dizenterie

Tuburi cu 20 tablete a 0,5 gr.

Pneumonie
Bronchopneumonie
Gripă
Profilactic după operaţiuni

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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:
Dr. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice,
Bucureşti II, Bul. Bucureştii-Noi No. 90

Lecție inaugurală

CONSIDERAȚIUNI LA STUDIUL PATOGENIEI ȘI TERAPEUTICEI AZOTEMIILOR POST-SCARLATINOASE

de

Prof. D-r I. BĂLTEANU

Doamnelor și Domnilor,

Acum 4 ani, Domnul Conferențiar D-r Mironescu ales profesor titular la această catedră de curând înființată la Facultatea din București, își făcea lecția inaugurală, vorbind despre obiectul acestei discipline și de importanța cunoașterii lui atât din punctul de vedere al practicei medicale, cât și din punctul de vedere medico-social. Competința cu care a fost tratat acest subiect nu-mi îngăduie să revin asupra lui, după cum și recenta creiare a acestei catedre nu-mi poate da prilejul de a vorbi, după cum s'ar cuveni într'o lecțiune inaugurală, de istoricul acestui învățământ la Facultatea noastră. Deaceia mi-am ales să desvolt astăzi un subiect de clinică și anume: **Considerațiuni la studiul patogeniei și terapeuticei azotemiilor post-scarlatinoase.**

Acest subiect îmi îngăduie să scot în evidență legătura strânsă ce există între clinică și chimie biologică și în acelaș timp, utilizând pentru desvoltarea lui, rezultatele îndelungatelor cercetări, ce s'au făcut în Clinica de boale contagioase din Iași, îmi dă prilej să mă achit de o plăcută datorie de conștiință, față de colaboratorii mei dela această facultate.

Îi rog să vadă în alegerea acestui subiect o palidă, dar cordială dovadă de afecțiunea și recunoștința, ce le păstrez, pentru sentimentele de încredere și înțelegere cu care m'au înconjurat în tot timpul muncei noastre împreună.

Încă dela începutul secolului al XIX, când etiologia boalelor nu se cunoștea, Rhazes, Hoffmann, și mai apoi Braconnot, și Bouillaud susțineau că presupușii agenți morbifici, fie volatili, ar provoca în organismul pe care-l invadează, modificări similare cu

*) Din „Lecția inaugurală" la Catedra de Boli Infecto-contagioase, dela Facultatea de Medicină din București, 1943.

acelea produse de fermenţi, de unde şi denumirea de maladii fermentative, ce s'a atribuit de către Bressy, boalelor contagioase.

Toate aceste comparări au rămas simple ipoteze, deoarece pe atunci natura şi cauza fermentaţiilor era tot atât de obscură ca şi natura şi cauza infecţiunilor.

Tocmai mai târziu, când datorită descoperirilor pasteuriene, s'a ajuns la cunoaşterea adevăratei etiologii a infecţiunilor, s'a putut clarifica în parte modificările umorale de ordin biologic, ce constituie baza imunităţii, iar odată cu progresele biochimiei s'au evidenţiat şi turburările de ordin chimic pronunţate, cari survin în infecţiuni şi cari constau cu deosebire în alterări ale echilibru'ui acido-bazic.

Studiul amănunţit al acestora din urmă, a condus pe Ambard la concluzia că în geneza rezervei alcaline, pe lângă bicarbonatul de sodiu intervine în largă măsură şi clorura de sodiu şi ca o consecinţă imediată, arată rolul pe care-l joacă clorul în fiziopatologia renală şi efectul sanitar pe care-l are reclorurea organismului, impunându-se ca un tratament indispensabil în unele cazuri.

Cantitatea mare de clorură de sodiu pe care sângele o conţine (3/4 din substanţele minerale), precum şi regularitatea cu care caută organismul nostru să menţină neschimbată această concentraţie, sunt probe elocvente de importanţa pe care o are clorura de sodiu în schimburile ce se petrec în mediul nostru interior.

Prin faptul că molecula de Na. Cl. se disociază cu uşurinţa, ionii de clor sufăr importante deplasări în timpul fenomenelor fiziologice în al căror mecanism joacă un rol de seamă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Variaţiuni survenite în concentraţia clorului, fie printr'o **distribuţie anormală** (hipocloremie plasmatică cu clorpexie în globulele roşii), fie prin pierdere reală a organismului în clor (cloropenie = scădere a clorului atât în plasma cât şi în globule şi ţesuturi), pot influenţa profund fiziologia organismului în general ca şi funcţiunea fiecărui organ în parte.

In starea normală există un echilibru perfect între cantitatea de Na. Cl. care se elimină şi Na. Cl ce se ingerează. Organismul veghează cu stricteţe ca nimic din minimum de Na. Cl. necesar, să nu se elimine şi pe de altă parte se debarasează cu multă uşurinţă de orice surplus de Na. Cl. ingerat, care tar putea deveni inutil menţinerei echilibrului său clorurat. In asemenea condiţiuni, o stare de cloropenie prin eliminări crescute de clor pe cale renală e greu să survină, chiar atunci când regimul alimentar e declorurat, pentru că rinichiul, după cum se exprimă M. Rudolf, ajustează în mod automat eliminările sale la cantităţile ingerate.

In cazurile patologice însă, când survine eliminarea de clor pe căi anormale (vărsături, diaree şi transpiraţii) cloropenia se poate uşor instala.

Această cloropenie, nu constitue însă o turburare umorală izolată; mai curând sau mai târziu cloropenia ajunge la turburări grave dintre care cele mai de temut sunt: azotemia şi alterarea rezervei alcaline.

In ceiace priveşte azotemia prin cloropenie semnalată, pentru prima dată de Pasteur, Valery-Radot apoi de Gosset, Binet

și Petit Duteille, nu putem preciza, dacă ea reprezintă, după cum susține Blum, un mecanism de compensație de care organismul se servește pentru a lupta contra consecințelor pe care le-ar avea o scădere considerabilă a concentrației moleculare a sângelui său, după cum susține Rathery și Rudolf, ar reprezenta o retenție de uree datorită leziunilor renale produse de însăși cloropenie. Se pare că această din urmă ipoteză, ar fi mai aproape de adevăr.

Cum de foarte multă vreme, s'a constatat în bolile infecțioase turburări ale echilibrului acido-bazic, cari se traduc printr'o scădere a rezervei alcaline, acetonurile și acedifiere pronunțată a urinei, **ne-am propus să studiem turburări umorale ce pot surveni în scarlatină și să vedem, întrucât Na. Cl. contribuie la producerea lor și dacă se poate trage vreo indicație de ordin terapeutic.**

Pentru aceasta, am făcut un mare număr de determinări chimice la scarlatinoși; în afară de R. A. și câteodată, chiar Ph. sanguin, am determinat raportul $\frac{\text{Cl. gl.}}{\text{Cl. pl.}}$ care în majoritatea cazurilor, pare a constitui o importantă probă a luptei organismului contra alterărilor echilibrului acido-bazic, indicând: fie o stare de acidoză (compensată sau decompensată) atunci când trece peste 0.50, fie o stare de alcaloză, (compensată sau decompensată) când scade sub 0.50. Paralel cu aceasta, s'a făcut dozarea ureii în sânge și examenul citologic al sedimentului urinar.

Aceste determinări au fost făcute la începutul și sfârșitul boalei, în unele cazuri înainte și după administrarea tratamentului specific cu ser de convalescent, iar în cele mai multe cazuri de câte ori starea clinică a bolnavului o cerea.

Cercetările noastre se raportă la 180 bolnavi pe cari rezultatele obținute ne-au permis a-i clasa, după cum se vede din tabloul ce urmează, în trei grupe bine definite, ținând seama de cloremie, aceasta din urmă apreciată atât după valoarea absolută a Cl. gl. și Cl. pl., cât și după coeficientul dintre aceste două.

Prima grupă. In această grupă intră cam 28% dintre bolnavii urmăriți de noi, care prezentau o ușoară acidoză: R. A. variind între 54.8 și 44*) cloremia normală și raportul $\frac{\text{Cl. Gl.}}{\text{Cl. Pl.}}$ variind între 0.50 și 0.65 netrecând de 0.60, decât în 6% dintre bolnavi. Aceste cazuri aparțin timpului de scarlatină cu evoluția normală. In adevăr, nu se întâlnesc decât în 13% din ele, semne de nefrită, în general însă ureea este sub 0.50, netrecând această cifră decât în 4% din cazuri.

A doua grupă, cuprinde cam 40% dintre bolnavi studiați, la cari R. A. este scăzută, oscilând între 27—44 și raportul $\frac{\text{Cl. Gl.}}{\text{Cl. Pl.}}$ crescut, oscilând între 0.53 până la 0.84, trecând de 0.60 la 56% dintre ei.

Acestea sunt cazuri de **cloropexie tipică,** mergând până la oedeme în 20% din cazuri. Ureea se menține în general în limite normale, având o tendință de ridicare între 0.50—0.70% numai la 12% dintre bolnavii acestei grupe.

---

*) In general bolnavii examinați de noi, erau copii între 5—15 ani la cari R. A. variază în mod normal între 16—60.

După aceste cifre, se poate vedea clar, cum starea de acidoză corespunde la cloropexie globulară şi la o diminuare însemnată a clorului plasmatic, — Ionul Cl. având posibilitatea de a se fixa sub formă de clorhydrat de proteinele plasmatice şi deci de proteinele globulare, lasă ioni de Na disponibili pentru a neutraliza acizii organici. Cloropexia ar apărea deci în aceste cazuri, ca un mijloc de luptă a organismului contra acidozei nocive vieţii celulare.

Un tratament alcalinizat se impune în asemenea condiţiuni. Bicarbonatul de sodiu, administrat în aceste cazuri, ar putea să supleze deficientele organismului, să economisească rezervele sale şi reducând starea de acidoză şi cloropexie, ar împiedica prin această fixare toxinelor pe ţesuturi.

In adevăr, după cercetările făcute de diferiţi cercetători ca P. H. J. Berry, Osman şi Peters Comb, toxinele microbiene s'ar fixa pe celulele parenchimatoase, de predilecţie în mediul acid, pe când în mediul alcalin eliminarea toxinelor coloidale ar fi mult favorizate.

Pe de altă parte, când mediul interior are o reacţie alcalină, Cl. revine din globule în plasmă unde atingând concentraţiunea hormală favorizează diureza şi eliminarea ionilor acizi. Sus numiţii autori preconizează chiar, în primile zile de boală la cazurile de difterie şi scarlatină, administrarea de doze mari de alcaline până ce urina devine uşor alcalină.

A treia grupă, care prezintă un interes deosebit, cuprinde cazurile la cari se constată nu o **distribuţie anormală** a clorului, ci o **cloropenie** reală, adică o pierdere de Cl. atât în plasmă cât şi în globule.

In acest grup survin complicaţiile cele mai grave; se constată într'adevăr la 38% din aceşti bolnavi nefrite, cantitatea de uree variind între 0.60—3.55‰, fiind în 27% din cazuri deasupra lui 1 gr.‰.

Este totuşi indispensabil de a semnala că în această grupă, caracterizată prin cloropenie, se pot distinge două categorii de bolnavi bine diferenţiaţi, cari trebuesc absolut identificate prin determinările chimice, pentru ca terapeutica net diferită dela una de alta să poată fi aplicată cu succes.

Categoria I-a. In această categorie intră cam 44% din cazurile acestei grupe la cari se constată o **cloropenie** unită cu o stare de acidoză pronunţată şi adeseori necompensată. Rezerva alcalină variază la această categorie de bolnavi între 43—19, ureea e crescută ajungând în unele cazuri la 3.65‰.

Starea clinică a acestor bolnavi este gravă, manifestându-se cu simptome de intoxicaţie: paloarea tegumentelor şi uşoară carminare a mucoaselor, vărsături însoţite de oligurie până la anurie.

Această categorie de bolnavi cu cloropenie şi acidoză, este justiţiabilă de un tratament cu CO_3H, Na, care le poate fi de un real folos.

Ţinem să citâm cazul copilului M. V., care pe lângă cloropenia sa accentuală (C. Pl. = 2.19 — Cl. Gl. = 1.15) avea o R. A. extrem de scăzută (19.5), azotenie pronunţată, ureea ridicându-se la 3.55‰.

După un tratament cu doze zilnice repetate de câte 20 gr. CO^3H Na, starea generală s'a ameliorat repede: vărsăturile au încetat, diureza s'a restabilit, R. A. s'a ridicat la 85, ureea a scăzut la 0.80, iar după 8 zile de tratament la 0.52.

Este de remarcat că, două cazuri cu totul similare acestuia ca simptomatologie clinică şi determinări umorale, care s'au semnalat în clinica noastră cu trei ani în urmă, când nu se aplica acest tratament, au sucombat cu toate că li s'a aplicat toate tratamentele simptomatice şi specifice (ser de convalescent), iar unuia dintre ei şi decapsulare renală.

Aceste cazuri izbitor de demonstrative se multiplică încă prin restul de 30 bolnavi din această categorie, care prezentând aceleaşi turburări umorale şi clinice, însă mai puţin pronunţate, au beneficiat larg de tratamentul alcalin.

Categoria II-a, cuprinde cam 66% din cazurile acestei grupe, se caracterizează printr'o stare de **cloropenie** însoţită spre deosebire de prima categorie, de o stare de alcaloz; R. A. oscilând la aceşti bolnavi între 40—68.2.

In anumite împrejurări aceşti bolnavi pot ajunge la anurie prin lipsa de Na Cl.

Reclorurarea organismului, care la prima categorie ar fi fost nocivă şi chiar periculoasă, apare pentru această a II-a categorie nu numai salutară, dar indispensabilă.

Redăm pe larg istoricul clinic şi rezultatele terapeutice a două cazuri de azotemie cu anurie post-scarlatinoase, care îşi datoresc salvarea numai tratamentului de reclorurare.

Aceste două cazuri sunt similare cazurilor de anomalie asupra cărora a atras atenţia Dautrebande şi Ambard, ca fiind cazuri grave cu acetonă şi cu toate aceştea cu R. A. normală.

Este vorba de două cazuri de scarlatină cu evoluţie destul de benignă. Aceşti doi copii în vârstă, unul de 5 şi altul de 7 ani, au prezentat cel dintâi după 40 zile de boală (când părăsise spitalul) şi cel de al doilea după 20 zile de boală, o simptomatologie clinică, care anunţă o complicaţie renală gravă: inapetenţă, greţuri urmate de vărsături spontane, depresiune nervoasă, tegumente palide, buze roşii, febră, oligurie mergând până la anurie, însoţită în al II-lea caz de hematurie şi cilindrurie.

Determinările biochimice umorale arată o stare de **cloropenie** pronunţată; Cl Pl. fiind respectiv de 2.85 şi 2.55, iar cel globular 1.21 şi 1.03, urmată de o stare de **alcaloză** tradusă printr'o R. A. relativ ridicată, marcând respectiv 55.9 la primul caz şi 57 la al doilea, precum şi o stare de azotemie; ureia atingând respectiv 1.26‰ şi 1.58‰.

Dacă mai adăugăm că la cel de al doilea din aceşti bolnavi, examenul urinei arată prezenţa de hematii, cilindrurie, leucocite şi albuminurie, reese clar, că este vorba la acest bolnav de **nefrită azotemică ajunsă la anurie cu cloropenie,** iar la primul caz, fără alte semne de nefrită decât alterările umorale, ar fi vorba de **azotemie cu anurie prin cloropenie** aşa zisul **sindrom cloropenic autonom** descris de Rathery şi Rudolf.

Administrarea diureticelor purinice ca şi a glucozei şi lactozei au rămas fără efect.

Hipocloremia plasmatică şi globulară concomintente cu o R. A. mărită, ne-a determinat la reclorurarea organismului acestor bolnavi, **administrând Na. Cl. pe cale intravenoasă sub formă de ser hipertonic, pe cale subcutantă şi rectală ser fiziologic, iar ca alimentaţie supe de vegetale sărate.**

Excelentele rezultate ce ne-a dat acest tratament, care a dus la: revenirea la normal a cloremiei, rezervei alcaline şi a ureei în sânge cu restabilirea diurezei, urmată de o îmbunătăţire progresivă şi vădită şi stării generale ne dă dreptul să afirmăm că administrarea la timp şi cu prudenţă a Na. Cl. în scarlatină, duce la aceleaşi rezultate salutare ca şi în cazurile devenite clasice de cloropenie prin pierderea clorului pe căi anormale.

Insistăm asupra faptului că, trebuie intervenit la timp şi numai după ce s'a executat determinările privitoare la cloremia plasmatică şi globulară precum şi la controlul R. A. Dacă R. A. e scăzută chiar la bolnavi cu cloropenie, cum a fost în cele două cazuri, din prima categorie, ar fi o eroare să se admininistreze Na. Cl. fără a se fi luat prealabil precauţiunea de a da bolnavului CO^3H. Na. necesar, deoarece Na. Cl. ar agrava starea de acidoză prin ioni de Cl. rezultaţi din dedublarea lui. In cazurile însă cu anurie, azotemie şi cloropenie, cu R. A. ridicată sau normală, nu mai trebueşte să ezităm: Na. Cl. trebuie imediat administrat fie sub formă de ser fiziologic, fie sub formă de soluţie hypertonică.

Reclorurarea este astăzi unanim admisă, în cazurile de pierderi

BCU Cluj / Central University Library Cluj

pe căi anormale de Cl. (prin vomismente, diaree, transpirațiuni și în cloropenia post-chirurgicală). In cazurile de nefrite însă și mai ales în cazurile de scarlatină, din cauza acțiunei nefaste bine cunoscute a toxinei scarlatinoase asupra epiteliului renal, există încă discuțiuni asupra acestui tratament, de unde și ezitarea de a administra Na. Cl. în anuriile scarlatinoase. Un asemenea tratament apare și până astăzi în contradicție cu principiile terapeutice clasice, cari indică un regim declorurat și care trebuie să recunoaștem că, în marea majoritate a cazurilor de scarlatină, înregistrează bune rezultate.

Este drept că adeseori în azotemiile cu cloropenie în care diureza nu este decât foarte puțin scăzută, totul revine dela sine la starea normală, datorită regimului obișnuit cu condiția că bolnavul să continue a se hrăni fără să prezinte vărsături.

Ciucă și Nădejde au atras de mult atenția asupra unor asemenea cazuri, indicând că este vorba de hiperazotemie **fără turburări clinice corespunzătoare** și pe care Lemierre și P. Font-Reaulx le consideră ca **nefrite scarlatinoase precoce cu azotemie.**

Aceste cazuri revin la normal fără cea mai mică complicație.

Când însă insuficiența renală se adaugă la cea hepatică, starea de toxemie crește și vărsăturile pot surveni. Se produce atunci un cerc vicios din care organismul cu greu poate ieși. In adevăr, lipsa de sare consecutivă vărsăturilor, favorizează pe departe dezagregarea incompletă a proteinelor din organism, iar pe de altă parte duce la oligurie și anurie, mărind cantitatea de produse toxice, care are drept consecință agravarea toxemiei și intensificarea vărsăturilor.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Bolnavul nu poate să fie salvat de consecințele funeste ale acestui sindrom morbid, decât prin reclorurarea organismului, care îi furnizează electroliții de care este sleit.

De altfel în cursul ultimilor ani, Buchler, Riensenn și Broussman au arătat în mod experimental că sărurile au acțiune diuretică superioară acțiunei diureticilor obișnuite. Se știe de asemenea că acțiunea eufilinei sau teobrominei între altele este datorită proprietății ce ele au de a chema în plasmă electroliții din țesuturi, aceasta din urmă fiind factorul activ în efectul diuretic propriu zis.

Datorită acestei explicațiuni, se înțelege ușor de ce aceste diuretice pot acționa în cazurile de acidoză cu cloropexie (distribuție anormală de ioni Cl), — în timp ce ele rămân fără efect în cazurile de cloropenie, (pierdere reală de ioni Cl), când organismul este lipsit de electroliți suficienți în urma eliminărilor pe căi anormale.

Rezultatele bune obținute prin administrarea electroliților cari lipsesc, pentru a restabili echilibrul acido-bazic în cazurile de anurie expuse mai sus, vin să confirme încăodată lucrările experimentale.

Rezumând cele expuse până în prezent, rezultă că turburările survenite în echilibrul acido-bazic la scarlatinoși sunt frecvente și în același timp destul de variate, ținând seama de alterările ce pot surveni atât în stare de cloremie cât și în rezerva alcalină.

* * *

Care este mecanismul intim al patogeniei acestor turburări umorale survenite în scarlatină, este greu de precizat. S'au emis mai multe teorii şi ipoteze, fiecare închizând o parte de adevăr, dar nici una nepuţând să explice toate cazurile întâlnite.

*

Oricare ar fi mecanismul acţiunei electroliţilor în tratamentul intoxicaţiunilor, cele ce trebue să reţinem noi din punct de vedere practic sunt:

2) Existenţa perturbărilor frecvente şi variate pe care echilibrul acido-bazic le poate suferi în cursul scarlatinei precum şi rolul precumpănitor pe care clorura de sodiu îl joacă alături de CO_3HNA în menţinerea lui.

b) Că determinarea cloremiei şi a rezervei alcaline în scarlatină, apare de un serviciu real, decelând existenţa variaţiunilor în echilibrul acido-bazic, fie spre acidoză, fie spre alcaloză, care nu se pot diferenţia numai prin simptomatologie clinică. Aceasta pare cu atât mai important, cu cât aceste turburări umorale pot agrava evoluţia infecţiunei scarlatinoase, care în unele cazuri nu prezintă o gravitate specială prin ea însăşi.

c) Cunoscând în ce sens este turburat echilibrul acido-bazic se va putea institui tratamentul adequat şi anume CO_3HNa, deci alcalinizarea organismului în cazuri de acidoză şi Na. Cl. deci reclorurarea lui în cazuri de alcaloză cu cloropenie. Neprecizarea acestor schimburi ale echilibrului acido-bazic pot duce la întrebuinţări greşite de electroliţi, cari în loc de a fi de folos, pot agrava şi mai rău starea bolnavului.

De aceea, în tratamentul scarlatinei, trebue să controlăm totdeauna simptomatologia clinică cu determinările chimice repetate, pentru a putea surprinde cu un ceas mai de vreme instalarea acestor turburări umorale şi a putea astfel interveni la timp cu electrolitul care lipseşte şi în cantitatea care trebue.

In insuficiența cardiacă ușoară și în tratamentul ulterior curelor de glicosid

Diacard

Madaus

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Soluție de aur în combinație cu plante medicinale cardiotrope. Cu acțiune excelentă în leșinuri, greutăți cardiace, stări generale de slăbiciune și turburări de echilibru.

Dozarea: de 3 ori pe zi câte 15 picături, pentru prevenirea colapsului, câte 40 picături cu puțin zahăr.

Ambalaj original: 30 cmc.

Literatură și mostre prin reprezentanța generală

„TRANSMARE" S.A.R.

BUCUREȘTI 3
STR. NICOLAE GOLESCU No. 15
TELEFON: 5-83-10

FIGURI MEDICALE OLTENE *)

de

D-r V. GOMOIU

Români şi Romînce,

Mă adresez astfel, fiindcă pe ceilalţi eventuali auditori nu-i priveşte „Săptămâna Olteniei", nici „Figurile medicale Oltene". Pe noi însă trebue să ne intereseze egal fie care colţ de ţară, — ori cum s'ar numi şi în particular, — cu oamenii lui şi cu faptele lor. Căci, pe lângă atâtea calităţi, neprețuite, avem şi unele păcate, nesocotite, cum este acela că de multe ori ne supraevaluăm în raporturile dintre noi şi prea dese ori ne-am sub-estimat faţă de străini.

Câţi n'au afirmat oare că „suntem popor nou şi încă sălbatec"?! — voind prin aceasta să explice ori să justifice anumite stări neconvenabile. Dar nicio istorie nu pomeneşte de vre-o năvălire, undeva, a vreunei hoarde geto-dacă sau românească, pe când toate istoriile — începând cu a noastră — cunosc bine năvălirile, asupra strămoşilor noştri, a atâtor popoare care erau în adevăr sălbatice mai nainte de a se fi stabilit în Apus.

Astfel fiind, întrucât am fost noi mai sălbateci decât cei care au venit peste noi? — şi, de ce să fim noi, mai tineri de cât acei care ne-au găsit aici?! Da. Este adevărat că avem o organizare mai recentă, fiindcă repetatele năvăliri nu ne-au dat răgazul să ne gospodărim mai de vreme, iar năvălitorii ne-au jefuit mereu de bruma ce agonisisem şi cu prăzile luate dela noi, s'au înstărit ei.

După ce însă s'au potolit furtunile şi am reuşit să digerăm toate jivinele cu care ne-am pedepsit, am urcat aproape vertiginos pe scara progresului, ajungând — în scurt timp şi în atâtea direcţii — să ne măsurăm cu cele mai civilizate neamuri.

Firește că, dincolo de isteţimea Românului şi de nobleţea lui sufletească, nu avem prea multe blazoane artistice ori ştiinţifice, — dar, tocmai de aceia trebue să le prețuim mai mult şi să le cinstim pe cele câte le avem. De altfel. Poate că n'ar fi prea cuviincios

*) Conferinţă ţinută la Radio, la 29 Oct. a. c. în cadrul „Săptămâna Olteniei".

— şi, în tot cazul, n'ar ajunge — să ne lăudăm numai cu strămoşii, dar nici nu se pot nădăjdui fructe dela un copac fără rădăcini, şi de aceia, folosesc prilejul ce mi se oferă, pentru a desvălui două din rădăcinile copacului oltenesc, din ale cărui fructe m'am împărtăşit şi eu.

*

Cel mai vechi Olţean, al cărui nume a strălucit pe firmamentul ştiinţei medicale, s'a născut la 15 Iunie 1841, în curtea moşierului Sefendache din comuna Vânjuleţu-Mehedinţi, şi a primit dela mama sa numele comun Dumitru, iar ceilalţi l-au poreclit Grecu.

Aflându-se fără nici-o altă perspectivă decât a celor de teapa lui, a fost dăruit mosafirului Doctor Davila, care a fost surprins de isteţimea băieţandrului şi l-a admirat când a aprins ciubucul boierului.

Ajunşi însă la Bucureşti, Davila 'i-a schimbat soarta ce i se hărăzise, şi, — fiindcă Dumitru Grecu învăţase, în preajma copilului Sefendache, să citească şi să scrie, — a fost însumat, la 4 Mai 1865, în şcoala de feleri ostăşeşti (a lui Davila), unde a devenit elevul **Grecescu Demetru.**

Inzestrat cu inteligenţă sclipitoare şi cu puterea de muncă, Grecescu s'a remarcat dela început, — căci, în lista premiilor pe anul următor 1856/57, este menţionat ca monitor al caporaliei III, desemnat chiar de către colegii săi.

De aci nainte a urcat, una după alta şi fără întârziere, toate treptele erarhice ale vremii, — căci: după concursul de externat, a trecut în Aprilie 1860 pe cel de internat, iar în Decembrie acelaşi an a fost înaintat medic de batalion clasa II. In 1861, când s'a deschis secţia veterinară a şcoalei, — deşi era încă elev, — Grecescu a fost numit profesor ajutător de botanică şi asistent la catedra de anatomie comparată. In anii 1862/63 a trecut examenele de bacalaureat şi de licenţă şi a fost înaintat medic de batalion cl. I, apoi medic de regiment clasa II.

In Octombrie 1864 însă, pe baza concursului pentru bursă, a plecat la Paris, unde a continuat studiile, şi în 1868 a obţinut gradul de doctor, susţinând teza „De l'Achorion Schoenleini ou du champignon de la teigne faveuse", prin care s'a impus lumii ştiinţifice.

Revenind în ţară, a trecut concurs pe baza căruia a fost numit profesor provizoriu de botanică al Şcoalei naţionale de medicină, la care învăţase. In acelaşi timp a fost numit director al Grădinei botanice şi medic al spitalului de copii.

Curând după aceia, în 1869, a publicat „Câteva consideraţiuni asupra rolului microfitelor ce se cuprind în efluviurile ce dau naştere febrelor intermitente" iar în 1870 a publicat „Vegetalele cryptogamo-microscopice ale porumbului" şi „Vegetalele cryptogamo-microscopice vătămătoare fiinţelor superioare". Prin aceste lucrări Grecescu a atras încă mai multă atenţie asupra sa, şi apare ca un precursor al ştiinţei de astăzi.

Cu toate acestea, anii 1870—77 au însemnat o epocă de zbucium şi de amărăciune în viaţa sa, fiind ţinut departe de noua Facultate

de medicină, la ale cărei lefuri s'au înghesuit potentații sau favoriții vremii.

Imediat după războiul Independenții, — chiar în 1878, — Grecescu s'a retras din armată, unde ajunsese maior și era persona grata lui Davila, căruia i-a fost multă vreme secretar. Adevăr este însă că nici el nu și-a uitat niciodată binefăcătorul, — căci, ultima lui publicație a fost o „Schițare din viața și activitatea generalului Carol Davila"; — ba încă, tot inițiativei lui se datorește monumentul din fața Facultății de medicină, care a fost ridicat în onoarea lui Davila.

In anul 1880, doctorul Grecescu a fost definitivat ca profesor al Facultății de Medicină din București, și, în același an, a publicat o „Enumerație de plante ale României", iar în 1883 a întocmit pentru Ministerul Domeniilor un memoriu foarte documentat despre „Xiperxilemia sau ariceala viilor".

Cele mai importante lucrări — aș putea zice, adevărate monumente științifice — ale lui Grecescu, sunt însă „Conspectul florei României", publicat în 1898 și „Erbariul" pe care l-a constituit în decurs de 18 ani, cu mijloace proprii.

Recunoscându-i-se meritele, Doctorul Grecescu a fost primit ca membru activ al societății botanice din Franța, — membru activ al Societății imperiale de naturaliști din Moscova, — membru titular al Academiei internaționale de botanică geografică, — și, membru al Societății de științe matematice și naturale din Cherbourg, — iar Academia Română i-a acordat marele premiu Adamachi și l-a primit în sânul său, ca membru titular.

Biblioteca Centrală Universitară Library Cluj

Acesta era Profesorul Doctor Dimitrie Grecescu, pe care l-am văzut întâia dată în toamna anului 1900, când am început cursurile ca student. Un cap masiv, cu proiecția facială aproape patrată, — cu fruntea lată, sub care sclipeau încă doi cărbuni mari, iar sub nasul accentuat, proeminau buzele groase, ce făceau să explodeze cuvintele — rari și apăsate — pe care le pronunța. Un guler larg, cu colțurile îndoite, încins de o cravată neagră în formă de fluture, despărțea această figură, de restul corpului, care era fără siluetă, dar totd'auna la fel de simplu — și totuși, impecabil — învelit.

Ori. Dacă pe lângă nimbul atât de strălucitor al numelui lui Grecescu, — pe lângă figura impresionantă și proverbiala lui severitate la examene, — mai consideră cineva fastul ce însoțea fiecare prelegere, și cântărești ținta profesorului de o demnitate inegalată sub toate raporturile, — va înțelege lesne de ce nici un auditor nu și-ar fi permis să'și miște buzele ori să'și schimbe poziția în timpul cât vorbea Grecescu; — iar pe de altă parte, va justifica sau cel puțin își va explica apostrofele lui violente și neîndurarea față de oricine ar fi îndrăsnit să calce buna cuviință.

Cu toate acestea, — în ciuda culorii întunecate a pielii și a ținutei severe a oficiantului la catedră, — medicul și omul erau de o bunătate nebănuită și de o noblețe neasămuită, iar profesorul era în fond un adevărat părinte al studenților lui. — Așa se prezenta Grecescu în excursiile noastre botanice, duminicale: — călătoria împreună cu noi, dejuna pe iarbă alături cu noi, și împărțea din

mâncarea lui celor care nu aveau; — juca hora, de mână cu noi, iar dacă nu avea cine să cânte, scotea flautul şi cânta el, căci era un muzicant desăvârşit. Altmintreli, nu flecărea niciodată, iar timpul îngăduit de catedră şi de lucrările laboratorului, îl închina muzicei, literaturii şi picturii, căci, — în afară de plante, pe care le desena şi le picta ca un artist, — Grecescu a făcut o serie de schiţe, foarte preţuite de Grigorescu.

Grecescu avea relaţiuni puţine, dar frăţeasca lui prietenie cu Grigorescu, Vlahuţă şi Bernath-Lendway, n'a rupt-o de cât moartea.

In 1902, calendarul a impus lui Grecescu retragerea de la catedră, iar legea firei l'a scos dintre noi în Septembre 1910.

N'a avut niciun urmaş de sânge, care să-l plângă, dar sunt datori să'l pomenească moştenitorii sufleteşti.

*

Un alt oltean care a cinstit numele de român, s'a născut — după spusa lui — la 11 Mai 1840, la o depărtare de 40 km., de Turnu-Severin. A fost la început un Constantin oare care, fiul lui Dumitru sau al Dumitrei, — care însă, a învăţat să citească şi să scrie, însoţind la şcoală pe copiii lui Ion Maiorescu, care era pe vremea aceia profesor la Cerneţi (în Mehedinţi).

La etatea de 14 ani, voind — zicea el — să'şi creeze o situaţie mai bună, a luat lumea în cap şi a venit la Bucureşti, de oare ce aflase că aici se procopsise Grecescu.

In adevăr, prin mijlocirea acestuia, a ajuns până la Davila, care l'a primit în şcoala sa de felceri, pe ziua de 1 Octombrie 1865. Muncind fără preget — şi, chiar mai tenace de cât Grecescu, — elevul **Dimitrescu Constantin** a ajuns în unele privinţe să'şi întreacă protectorul. A trecut — umăr la umăr — concursurile de externat, internat şi medic batalionar, iar în 1861 a fost numit asistent la catedra de anatomie, la cea de clinică medicală şi la cea de materia medica, fiind în acelaşi timp însărcinat să predea şi cursul de mică chirurgie la secţia veterinară.

In Martie 1862 — fiind încă student — a publicat prima sa lucrare, despre o „Lipsă de desvoltare anatomică". In acelaşi an a trecut examenul de bacalaureat, pe cele de licenţă, cum şi concursul pentru bursă, obţinând notele „prea bine" şi „foarte bine", iar în Octombre 1862 a plecat la Paris pentru complectarea studiilor.

In anul 1864 — când Grecescu abia pleca la Paris, — Dimitrescu prezentase deja teza de doctorat tratând „Du bassin oblique ovalaire" şi, fără să mai aştepte liberarea diplomei, a revenit în ţară, iar la 15 Septembre acelaşi an, — deşi era încă militar, în activitate, — a fost numit secundar, adică chirurg, la spitalul Colentina.

Imprejurarea, — căreia îi zicem de obicei „noroc", — l'a pus în situaţia să opereze o hernie strangulată. Fiind vorba de primul chirurg produs din şcoala românească, iar de altă parte fiind-că la noi se practica prima dată o astfel de operaţie, — a asistat Turnescu profesorul de clinică chirurgicală, Polyzu profesorul de Anatomie, şi Capşa profesorul de moşit, care era şi magistru în chirurgie. In

vreme cu tânărul chirurg tăia straturile țesuturilor, unul după altul, conducându-se pe sonda canelată, — fostul său profesor îl ținea de cot și îi recomanda mereu „ne coupez plus, vous allez couper l'intestin". Tot împrejurarea — fericită pentru toți — a făcut că operatul n'a murit, iar vindecarea lui a fost sărbătorită printr'un banchet prezidat de Davila, în cinstea operatorului.

Acest succes a fost de ajuns ca să hotărască, în bună parte, soarta îndrăsnețului, — căci, după o lună (la 9 Octombre 1864, Constantin Dimitrescu a fost numit suplinitor al catedrei de patologie chirurgicală și medicină operatorie la Școala națională de medicină, din care ieșise abia de doi ani.

Anul 1847, a revărsat asupra lui Dimitrescu — ca dintr'un corn al abondenței — o serie întreagă de satisfacții, căci, a fost numit suplinitor la catedra de Anatomie topografică și medicină operatorie, cum și la cea de clinică chirurgicală, în locul foștilor săi profesori Polyzu și Tumescu, iar pe de altă parte a fost transferat dela Colentina la spitalul Colțea și a fost învestit cu atributele de medic primar al serviciului în care funcționase mai nainte ca intern. De atunci și-a adaugat Dimitrescu cognomele de „Severeanu", și cu acesta a semnat o serie de lucrări pe care le-a publicat în revistele medicale românești ce se înființaseră în acea vreme.

Inceputul anului 1870 i-a surâs și al doctorului C. Dimitrescu-Severeanu, — căci, în Aprilie, pe baza concursului depus, a fost definitivat ca medic primar al serviciului oculistico-chirurgical dela spitalul Colțea. Nu este mai puțin adevărat însă că transformarea Școalei naționale de medicină în Facultate de medicină (— petrecută în acel an), a răsturnat situația universitară a lui Dimitrescu-Severeanu, care — ca și Grecescu — a fost îndepărtat din toate însărcinările didactice cu care fusese onorat până atunci.

Dispunând astfel de timp suficient, a întreprins, în anii următori, o serie de călătorii pentru vizitarea spitalelor din străinătate, — și astfel, a fost cel dintâi care a introdus la noi pansamentele cu vată, după modelul lui Guérin, și metoda antiseptică a lui Lister.

Abia după războiul Independenții — în 1879 — C. Dimitrescu-Severeanu a fost numit din nou suplinitor al catedrei de medicină operatorie, la care a fost definitivat în 1884, pe baza concursului ce a depus, iar în 1886 s'a transferat la catedra de clinică I. chirurgicală, luând de aci înainte numele de C. D. Severeanu, sub care l'a cunoscut toată lumea.

In același an a luat parte la congresul de chirurgie din Berlin, unde a vorbit despre „Cusătura în etaje", iar anul următor (1887) a participat la Congresul din Paris, unde a comunicat procedeul său pentru „Decapitarea femurului în luxațiile coxo-femorale ireductibile".

De aci înainte Severeanu a urcat mereu pe scara satisfacțiilor — căci, în 1888 a fost ales deputat și în același timp a fost numit ajutor de primar al Capitalei, iar în 1889 a fost numit medic efor al spitalelor Civile.

Activitatea chirurgicală — practică și științifică — a rămas

însă mereu pe primul plan, — şi, în 1893, la Congresul de chirurgie din Paris, profesorul Severeanu a comunicat „Un procedeu nou pentru reducerea luxaţiilor vechi scapulo-umerale", prezentând şi un instrument special în formă de lingură; — în 1894, la Congresul din Roma, a comunicat „Contribuţiuni la studiul laparatomiei" — iar în 1897, la Congresul internaţional de la Moscova, a comunicat. „Un nou procedeu pentru operaţia buzei de iepure", — altă comunicare despre „Trei forme de cusătură în chirurgie", — şi alta despre „Utilitatea razelor X în chirurgie".

In anul 1901, când am intrat stagiar în serviciul său, profesorul doctor Severeanu era prea mare ca să'l pot măsura, dar în 1906 — când 'i-am fost intern şi am putut să'l privesc mai de aproapĕ, — 'mi-am dat seama că îmbătrânise, şi, publicaţie — pe care am făcut-o atunci împreună — despre „Volvulusul stomacului", a fost ultima sa lucrare ştiinţifică.

Totuşi, în acelaşi an a fost numit membru în Consiliul sanitar superior, şi a continuat profesoratul până în anul 1907, când legea omenească l'a obligat să se retragă la pensie.

Anii următori i-a suportat greu. A mai scris el câteva articole în ziarul „Danubiul", — a ţinut la Ateneu, o conferinţă „Despre astronomie", şi alta la Turnu-Severin, unde a povestit „Amintiri din copilărie", — a fost chiar senator, — şi cu toate acestea, se plictisea. In primăvara lui 1909, pe când încă mai eram intern la Colţea, l'am întâlnit în curtea spitalului, şi întrebându-l asupra nevoi care l'a determinat să se obosească până acolo, 'mi-a răspuns: „Nu ştiu mă băete; vezi tu, calul trage unde-a umblat 35 de ani; plecat de acasă, că mă plictisesc, şi picioarele mă aduseră aici".

In 1929, însă — când s'a fondat Societatea de Istoria Medicinei şi a fost ales preşedinte, — Severeanu şi-a regăsit drumul. N'a lipsit dela nicio şedinţă şi în fiecare a ţinut adevărate prelegeri asupra trecutului medicinei româneşti. Devenise cea mai preţioasă carte — exemplar unic — pe care, în loc să o citim, vorbea singură; octogenarul Severeanu era însăşi istoria, vie. Ne-ştiind să ornamenteze verbal, Severeanu povestea faptele pe şartul petrecerii lor, iar mărturisirile lui — brutal de sincere — ne-a desvăluit realitatea unor vieţi pe care le imaginasem cu totul altfel.

Nu ştiu dacă faptul se datoreşte originei bănuite, sau fizionomiei şi apucăturilor, sau preocupărilor profesionale, — dar, desenele caricaturale ale vremii au figurat pe Grecescu mereu printre ciuperci, stând de vorbă cu florile, iar pe Severeanu l'au reprezentat cele mai adesea desculţ şi lucrând la un foale ţigănesc.

Adevăr este că un talent artistic, înnăscut, şi apoi temeinic cultivat în direcţia chirurgiei, a ajutat pe Severeanu să opereze aşa de frumos şi să creeze atâtea procedee chirurgicale care au îmbogăţit ştiinţa, — dar, pentru rest nu s'a prea sinchisit. In schimb, se vede a fi fost o fire mai maleabilă sau un spirit mai practic, — căci, pe când Grecescu s'a bucurat de atâtea onorificenţe în afară, Severeanu a avut în ţară toate satisfacţiile, culminând cu avansarea să

la gradul de medic general în rezervă, şi cu marele cordon sau marea cruce a ordinului Steaua României, ce i s'a conferit în anul 1930.

De aceasta din urmă nu s'a bucurat însă multă vreme, — căci, ori câtă apă vie băuse, legea firii nu iartă nimănui, şi la 1 Noembre al aceluiaşi an 1930, Severeanu a trebuit să'i se supună, ca toţi ceilalţi. Părintele chirurgiei româneşti, — care asistase la naşterea ei şi contribuise atât de mult la desvoltarea ei, — a avut o înmormântare ca nimeni altul, dar urmaşii sunt datori să'i desgroape mereu numele.

*

Lista figurilor medicale oltene demne de amintire, este destul de lungă, — căci, ea trebue să cuprindă şi pe feciorul boerului Constantin **Busnogea** din Târgu-Jiu, care a fost premiant în toate clasele şi a învăţat medicina la Constantinopol, iar după aceia a ajuns medic general şi profesor universitar, şi a fondat prima revistă medicală românească (Medicul Românu).

Din această listă nu trebue să lipsească nici **Ianota Sergie** din Craiova, — nici **Nicolae Măldărescu** din Târgu-Jiu, care a fost profesor şi decan al Facultăţii de Medicină din Bucureşti, — nici generalul Doctor **Vercescu** din Cerneţi, — nici profesorul Doctor **Drăghescu** de la Bobaiţa (Mehedinţi), şi o mulţime alţii, dintre care, nici timpul nu va putea să şteargă pe feciorul preotului Constantineanu din Craiova, care a devenit profesorul doctor **Dimitrie Gerota**, atât de celebru în afară — prin lucrările lui — şi atât de regretat în ţară — pentru binefacerile lui.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cadrul acestei povestiri fiindu-mi însă târmurit, mă opresc, lăsând curs doar nădejdii că se va găsi cine să facă altădată — pentru toţi Românii de seamă, — ceia ce trebuia să fi făcut eu acuma măcar pentru toţi medicii olteni de vază.

IN CALCULOZA RENALĂ ȘI VEZICALĂ, PRECUM ȘI PENTRU IMPIEDICAREA NEOFORMĂRII DE CONCREȚIUNI
Rubia Teep
DOZAREA:
Ambalaj original cu 18 tablete
Literatură și mostre prin reprezentanța generală
„TRANSMARE" S.A.R.
BUCUREȘTI III STR. NICOLAE GOLESCU Nr 15
TELEFON: 5-83-40
Madaus

ANALIZE

Alimentație

REGIMURILE ALIMENTARE IN DIVERSELE MALADII

de

D-r I. DUMITRESCU-POPOVICI

Lucrare premiată de Academia Română
Ediția II, București 1943, Tip. „Troița".

D-l D-r Dumitrescu-Popovici, șef de serviciu în Spitalul Militar „Regina Elisabeta", din București, un emerit medic și o figură care ilustrează nu numai medicina militară dar și Corpul Medical al Bucureștilor, a tipărit ediția II-a a volumului său „Regimurile alimentare în diverse maladii", o revedere și complectare a primei ediții apărute în anul 1937 și premiată de Academia Română.

Calificarea primei sale ediții a dat-o lumea medicală, făcând-o să dispară repede din vitrinele librăriilor prin epuizare, iar Academia i-a cinstit calitățile prin Premiul acordat.

Deși autorul o scrie, spune dânsul, mai mult pentru bolnavi, pe care dorește să-i vadă admițând regimul în cunoștință de cauză, fiind bine documentați asupra rostului lui, totuș medicul practician va găsi în ia tot ceeace literatura franceză, germană și americană a adus nou în acest domeniu.

Principiile prea restrictive de altădată, care duceau de multe ori ia inaniție pe pacienți, nu-și mai au rostul să dăinuiască.

Cartea Domnului D-r Popovici Dumitrescu cuprinde trei părți:

In *prima parte*, autorul expune întâi noțiunile recente de fiziologie ce privesc digestia, asimilația și nutriția, pentru a expune apoi câteva cure și regimuri.

In *partea II-a*, după ce dă pe scurt câteva noțiuni a o serie întreagă de maladii și după ce citează examenile de laborator și clinice ce trebuesc cercetate și interpretate cu ocazia instituirei regimurilor, trece la descrierea regimurilor alimentare ale diverselor maladii.

Un capitol amplu îl constitue diversele afecțiuni ale tubului digestiv, afecțiunile de ficat ale căilor biliare, apoi ale gutei, artitrismului, diabetului, obezității, etc.

O parte de o importanţă deosebită, în special pentru pacienţi o constitue *partea III-a* a volumului. Ea cuprinde o serie de reţete culinare dietetice. Această parte se impunea pentru a face cu adevărat utile primele două capitole ale cărţii.

Modul de preparare a diferitelor principii alimentare au o valoare capitală în dietetică.

Medicul practician ca şi bolnavul vor găsi în această carte soluţia problemei, aşa de greu de rezolvat şi de împăcat a cerinţelor dietetice cu pretenţiile bolnavilor la un regim variat şi oarecum gustos.

Utilitatea acestei cărţi, am spus, a fost demonstrată de cererea ei de către publicul interesat şi de medici, iar valoarea ei a fost consacrată de Premiul cu care Academia a onorat această lucrare.

D-r Al. Teodoru

Farmacie

INVĂŢĂMÂNTUL FARMACEUTIC IN ROMÂNIA

de

Prof. I. VINTILESCU

Tip. „Cartea Românească", Bucureşti 1942

Intr'o *Schiţă istorică* D. Prof. I. Vintilescu, dela Facultatea de Farmacie din Bucureşti, expune: Inceputurile învăţământului farmaceutic în România, — Şcoala lui Davila; — Profesorii; — Anexarea şcoalei de farmacie de către Facultatea de Medicină; — Decăderea învăţământului; — Renaşterea lui; — Infiinţarea Facultăţii de Farmacie.

Pentru expunere autorul distinge trei faze: prima fază începe cu întemeierea Şcoalei de farmacie de către Davila la 1855 şi se întinde până la 1870 — este faza de întemeiere şi de concepţie, de autonomie, în care marele Davila şi-a pus la contribuţie toată puterea de creaţie, la fel ca pentru Invăţământul medical şi Şcoala de medicină. Faza II-a se întinde dela 1870 până la 1900, — este faza de decădere când Şcoala de farmacie este anexată la Şcoala de medicină. Faza III-a începe la 1900, cu renaşterea şcoalei şi a învăţământului de către Ştefan Minovici şi elevii săi prin constituirea Facultăţii de farmacie la 1923 şi cu concentrarea Invăţământului farmaceutic la 1934.

D-l Prof. I. Vintilescu a făcut prin acest studiu pentru Farmacie, în proporţii mai reduse, aceeaş operă de istorie pe care a făcut-o, în proporţii mari, pentru Medicină şi Invăţământul medical D. D-r V. Gomoiu.

Sunt redate în această lucrare numeroase acte, regulamente, documente, corespondenţă, de cel mai viu interes, în ceeace priveşte organizarea Şcoalei de farmacie după concepţiile lui Davila şi declinul acestei şcoale prin concepţiunile şi ambiţiile celor în cauză între cari se citează printre unii: D-r Măldărăscu şi Decanul Polizu; iar printre ceilalţi, D-rii Zaharia Petrescu, Dimitrie Grecescu marele botanist de mai târziu şi farmaciştii: Prusinsky, Gaudy, Hepites, Bruss, Trausch, Bernath, Ştefan Minovici — reformatorul, Georgescu, Poltzer.

M. C.

Float

LES ICTÈRES

PHYSIO-PATHOLOGIE, THERAPEUTIQUE
MOYENS D'EXPLORATION, SYMPTOMES

par

I. PAVEL

Bucarest, 1943.

D. D-r I. Pavel, Conferenţiar la Facultatea de Medicină din Bucureşti, într'o lucrare de amplă documentare face studiul aceste afecţiuni care cu excepţia icterului hemolitic se prezintă sub aspect unic dar este tributară la cauze şi mecanisme patogenice multiple, şi care cuprinde *Icterele*, în general.

Lucrarea este dedicată maestrului său veneratul mare clinician Prof. I. Nanu-Muscel, cu care a descoperit icterul funcţional prin spasmul sfincterului lui Oddi.

Această carte reprezintă termenul ultim a numeroase cercetări, care au început în anul 1927, adică odată cu apariţia marelui tratat *La vesicule biliaire et ses voies d'excretion*, scrisă în colaborare cu Prof. M. Chiray dela Facultatea de Medicină dela Paris, apărută în editura Masson, şi care au continuat neîntrerupt până în prezent, drumul fiind jalonat prin nenumeroase lucrări asupra afecţiunilor neulceroase ale duodenului; asupra icterului prin obstacol funcţional; asupra existenţei unei duodenite în cursul unor ictere; duodenită care a condus în urmă la studiul aprofundat al icterului cataral; a cărui evoluţie este comandată de către lezarea duodenului, a coledocului, a ficatului şi a pancreasului; asupra studiului icterului prin hepatită prin exploraţia duodenală a secreţiei biliare, care descopere diminuţia cantitativă şi calitativă a acestei secreţiuni; asupra fiziologiei biliare pigmentare în care autorul a propus ca mecanism patogenic un proces de filtraţie — resorpţie; asupra cauzei apariţiei sau neapariţiei icterului în cursul hepatitelor — chestiuni la care autorul a adus vederi şi concepţiuni personale unele constituind contribuţiuni originale de cea mai mare importanţă.

Sunt studiate pe rând cu date documentare şi relatări de observaţiuni personale:

1. *Exploraţia funcţională a icterelor* (proba tubagiului duodenal în ictere, curba icterometrică, exploraţia radiologică a duodenului).
2. *Icterele hemolitice.*
3. *Icterele prin obstacol mecanic.*
4. *Icterele prin obstacol funcţional* (etiologie, simptome, probe experimentale, origina locului de producere a reflexului care întreţine obstacolul funcţional, raporturile cu celelalte ictere, formele clinice, tratament).
5. *Sindromul icterului cataral* (simptomele, duodenita în cursul icterului cataral, relaţiile duodenitei, hepatitei, pancreatitei şi coledocitei cu icterul cataral, patogenie, tratament medical şi chirurgical).
6. *Icterele prin hepatită* (mecanismul de producţie al icterului în hepatită, concepţia personală asupra mecanismului; icterul grav).

O bogată bibliografie menţionată în cursul expunerii, în care predomină lucrările personale şi cele româneşti; precum şi limba franceză în care este publicată, vor asigura acestei lucrări de ultimă documentare şi de concepţie personală circulaţia universală, pe care o bine merită.

M. C.

Medicina socială

INDRUMĂTOR PENTRU MUNCA SANITARĂ ŞI SOCIALĂ LA SATE

Tip. „Presa", Bucureşti, 1943

Acest folositor *Indreptar pentru munca sanitară şi socială de desfăşurat la sate* apare sub egida Consiliului de patronaj al operelor sociale, a Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, precum şi a Ministerului Culturii Naţionale, firme care pun în evidenţă marea importanţă care i se acordă în noul Stat român.

El este destinat în primul rând, după cum remarcă D-na Maria Mareşal Antonescu în prezentarea ce-i scrie, învăţătoarelor, luminatoarele satelor noastre, închinate acţiunei sociale şi de igienă de desfăşurat în cuprinsul satelor şi în cadrul familiei săteanului.

O întreagă serie de autori iscălesc numeroasele articole, printre care remarcăm pe cele mai multe scrise de D-l Prof. dr. I. Stochiţia.

Tabla de materie cuprinde:

Cuvânt introductiv de Doamna *Maria Maresal Antonescu.*—Program de colaborare pentru munca sanitară şi socială la sate de *D-r I. Stoichiţa.*—Ocrotirea familiei de *D-r I. Stoichiţia.*—Registrul familiilor de *D-r P. Rămneanţu.*—Tehnica vizitelor la domiciliu de *Eliza Bu şan.*—Programul de activitate pe teren a învăţătoarelor de igienă şi gospodărie de *D-r I. Stoichiţia.*—Consultaţiile de puericultură de *D-r C. C. Gheorghiu.*—Igiena copiilor de vârstă preşcolară de *D-r I. Stoichiţia.*—Instrucţiuni pentru organizarea şi funcţionarea căminelor de zi. *Redactare a Biroului de Studii a Comitetului Municipal al Consiliului de Patronaj.*—Igiena copilului de vârstă şcolară de *D-r Cantemir Anghelescu.*—Norme pentru acţiunea de educaţie igienică şi de asistenţă medicală a tineretului extraşcolar de *D-r C. C. Gheorghiu* şi *D-r Cantemir Anghelescu.*—Comitetele locale ale Consiliului de Patronaj al Operelor Sociale şi acţiunea lor la sate de *Christina Calitzi Brătescu.*—Tehnica organizării şi a funcţionării cursurilor de igienă şi gospodărie pentru femei de *D-r I. Stoichiţia.*—Norme practice pentru asistenţa invalizilor, orfanilor şi văduvelor de război de *Lucia Nasta.*—Cantina şcolară de *Christina Calitzi Brătescu.*—Alte activităţi sanitare şi de ocrotire ale învăţătoarei de igienă şi gospodărie de *D-r Cantemir Anghelescu* şi *D-r Victor Pogorelţ.*—Curs rezumat de nutriţie pentru centrele de instrucţie ale învăţătoarelor de *Prof. D-r I. Niţulescu.*—Trei conferinţe pentru învăţătoarele de igienă şi gospodărie de *Preot C. Roşescu.*

Titlurile articolelor arată că cuprinsul lor poate interesa pe toţi cari urmăresc promovarea sanitară, culturală şi economică a satelor

noastre. Nu ne îndoim că acestei cărţi i s'a asigurat cea mai largă difuziune, fiind trimisă nu numai învăţătoarelor cărora le este destinată, dar tuturor învăţătorilor şi învăţătoarelor, preoţilor, primarilor şi celorlalte autorităţi culturale şi sociale dela sate.

M. C.

PROBLEME DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Tip. „Cartea Românească din Cluj" Sibiu, 1943

O lucrare masivă, de tratare a tuturor Problemelor cari interesează Sănătatea publică în primul rând pe cea dela Sate, căreia D-l Prof. I. Moldovan îi scrie următorul *„Cuvânt înainte":*

In anul 1932 Institutul nostru a publicat pentru *uzul medicilor sanitari instrucţiuni privind cele mai de seamă probleme ale sănătăţii publice.* Rostul acelei lucrări era să pună la îndemâna medicilor sanitari cunoştinţele mai importante din *domeniul preventiv* de care aveau nevoie în serviciul lor curent.

„Instrucţiunile" epuizându-se demult, am crezut necesar a le *reedita într'o formă mai completă, de astădată nu numai pentru a fi de folos medicilor în timpul serviciului, dar şi pentru a servi colegilor sanitari, care se pregătesc pentru concursuri.*

Mă folosesc de acest prilej, pentru a da expresie recunoştinţei mele profunde colegilor colaboratori, şi pentru a mulţumi mai ales colegului *Conf. D-r P. Râmneanţu* pentru osteneala pe care a avut-o îndeplinind sarcina foarte ingrată şi grea de Secretar de redacţie.

Tabla de materie cuprinde:

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cap. I. *Organizarea serviciului sanitar şi de ocrotire* (I. Moldovan).

Cap. II. A *Organizaţia centrală a ministerului Sănătaţii şi Ocrotirilor sociale* (I. Stochiţia). — B. *Funcţionarea serviciului sanitar judeţean* (P. Nistor).

Cap. III: *Inregistrarea biologică şi problemele mişcării populaţiei* (P. Râmneanţu).

Cap. IV: *Ocrotirea familiei* (S. Cupcea).

Cap. V: *Ocrotirea mamei* (Tr. Popoviciu).

Cap. VI: *Ocrotirea copilului* (C. Radu).

Cap. VII: *Igiena şcolară* (M. Zolog).

Cap. VIII: *Combaterea medico-socială a bolilor venerice* (A. Voina).

Cap. IX: *Combaterea tuberculozei* (L. Daniello).

Cap. X: *Asistenţa socială* (V. Manuila).

Cap. XI: A. *Ancheta epidemiologică* (I. Ardelean), — B. *Diagnosticul etiologic în epidemiologia bolilor infecţioase, cu consideraţiuni speciale asupra câtorva boli* (I. Ardelean). — C. *Ancheta epidemiologică în febra tifoidă* (N. Maier).

Cap. XII: *Probleme de igienă rurală* (M. Zolog şi N. German).

Cap. XIII: *Ancheta preliminară organizaţiei plăşii sanitare* (T. Ilea)

Cap. XIV: *Activitatea în plasa sanitară* (I. Prodan).

Cap. XV: *Igiena industrială* (L. Prodan).

Sunt tratate toate aceste probleme în conformitate cu concepţiile D-lui Prof. Moldovan, idei cari şi-au găsit expresia în cea mai mare

parte în legea sanitară din 1930, lege votată atunci dar neaplicată în complexul ei, ceeace a întârziat în răstimp asanarea ţării noastre pe terenul medico-sanitar.

M. C.

INDRUMĂTOR PENTRU ACTIVITATEA MEDICILOR ŞI STUDENŢILOR IN MEDICINĂ IN MEDIUL RURAL

Tip. „Presa", Bucureşti, 1943.

Pentru a favoriza *activitatea medicilor şi studenţilor în medicină în mediul rural*, D. Prof. D-r. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, a întocmit un *Indrumător* care va fi de mare folos mai ales pentru studenţii în medicină care sunt obligaţi a face un stagiu de vară în organizaţia sanitară rurală a Statului. Prin numeroase articole scrise de către specialişti sunt atacate multe probleme ale sănătăţii publice rurale.

Intr'un articol *Introductiv* D-l Prof. D-r Tomescu, arată că pe baza tradiţională a stagiilor de vară benevole s'a reglementat în anul 1941 stagiul obligator de vară al studenţilor din anii 2, 3 şi 4 în spitalele statului, al studenţilor din anii 5 şi 6 în mediul rural, pentru aceşti din ultimii ani de studii s'au ţinut în cele 3 centre universitare cursuri de iniţiere asupra problemelor medico-sociale ale statului românesc, acest stagiu rural era absolut necesar pe deoparte pentru a se înlocui medicii absenţi mobilizaţi pe front sau concentraţi, pe dealtă parte pentru ca studenţii să cunoască cu un moment mai de vreme problemele medicinei rurale româneşti, acest stagiu reprezentând pentru învăţământul igienei şi medicinei sociale stagiul de spital pentru învăţământul clinic.

Pentru a pune la dispoziţia studenţilor în medicină care activează în mediul rural câteva informaţii asupra marilor probleme de sănătate publică ale statului românesc, Ministerul Sănătăţii şi al Ocrotirilor Sociale a editat broşura de faţă — adaogă D-l Prof. Tomescu, care termină spunând că — „o închină studenţilor cari lucrează anul acesta în mediul rural şi acelora care le vor urma în anii viitori, în studenţii în medicină autoritatea de stat având colaboratori preţioşi în acţiunea pentru ridicarea stării sanitare a satelor româneşti".

Tabla de materie cuprinde:

Stagiul de vară al studenţilor în medicină în organizaţia sanitară rurală a Statului de *Prof. D-r P. Tomescu.*—Organizarea Sanitară Generală de *Prof. D-r I. Stoichiţia.*— Organizarea Sanitară Rurală de *Prof. D-r I. Stoichiţia.*—Legislaţia şi administraţia sanitară, technica activităţii pe teren de *D-r Pompiiiu Nistor.*— Educaţia igienică şi propaganda sanitară de *Prof. D-r I. Stoichiţia.*—Demografia de *Prof. D-r G. Banu.*—Eugenia de *Prof. D-r G. Banu.*—Mortalitatea infantilă de *Prof. D-r G. Banu.*— Desvoltarea şi alimentarea copilului. Turburările lui digestive şi tratamentul lor de *D-r Ovid Mihai Vasilco,*—Medicina socială a

vârstei şcolare de *Prof. D-r G. Banu.*—Noţiuni de Epidemiologie generală de *Prof. D-r D. Combiescu.*—Febra tifoidă de *Medic Colonel Popescu C.*—Tifosul exantematic de *Prof. D-r D. Combiescu.*—Difteria de *Prof. D-r I. Bălteanu.*—Scarlatina de *Prof. D-r I. Bălteanu.*—Tuberculoza în România cu privire specială la tuberculoza în mediul rural de *Conf. D-r M. Nasta.*—Bolile venerice de *Conf. D-r St. Teodorescu.*—Malaria. *Cursuri ţinute de Prof. D-r M. Ciucă A. Cantacuzino, D. Cornelson şi G. Lupaşcu.*—Pelagra de *D-r Ilie Cosmulescu şi D-r Constantin Daniel.*—Guşa endemică (Endemia tiroidiană) de *Prof. D-r I. Stoichiţia* şi *D-r Cantemir Anghelescu.*—Conjunctivita granuloasă. Trachomul de *D-r D. Lăzărescu.*—Oto-Rino-Laringologia de urgenţă de *Prof. D-r I. Ţeţu.*—Aprovizionarea cu apă potabilă şi îndepărtarea imundiciilor în mediul rural de *Dr Cantemir Anghelescu.*—Locuinţa şi gospodăria rurală de *D-r Eugen Răsmeriţă.*—Industrii, locuri insalubre, localuri publice de *D-r Eugen Răsmeriţă.*—Cancelaria medicului de circumscripţie de *D-r O. Oprean.*—Desinfecţiunea şi deparazitarea de *D-r Cantemir Anghelescu* şi *D-r Simion Mihălţianu.*

M. C.

Periodice noi

BULETINUL COLEGIILOR MEDICALE DIN BASARABIA

Imprimeria Chişinău, 1943.

Corpul medical din Basarabia se pregăteşte a relua firul cu *„Chişinăul medical"* dinainte de retragere, prin apariţia deocamdată a unui *„Buletin al Colegiilor medicale din Basarabia"* în care să se publice activitatea desfăşurată în toate filialele acestui corp constituit basarabean, corp regional care se bucură de o oarecare autonomie în sânul corpului medical românesc.

Acest Buletin apare prin înţelegerea superioară şi cu concursul activ al D-lui Dr. Lissievici, Inspector General Sanitar al Basarabiei, care într'un mod tot atât de fericit îşi găseşte emulul în D-l D-r O. Lupu, Conducătorul Corpului medical bucovinean.

Redacţia va fi asigurată de D-nii Doctori N. N. Constantinescu şi Gh. Munteanu, medici primari directori ai spitalelor din Chişinău.

„Continuăm..... dupe doi ani, unul de pribegie şi altul de refacere, suntem iarăşi la postul nostru"—scrie în fruntea primului număr apărut în Octombrie 1942 D. D-r N. N. Constantinescu.

In Adunarea generală a Colegiului medicilor din judeţul Lăpuşna ţinută în Mai 1942, Dare de Seamă publicată în No. 1 | 1942, D-l D-r Ceapă, preşedintele Colegiului, a fixat în termeni viguroşi care trebue să fie atitudinea medicilor din această regiune a ţării, ca profesionişti şi români;—s'a procedat la organizarea secţiei ştiinţifice a Colegiului;—şi s'a hotărît ca să se intervină la Ministerul Sănătăţii pentru a se elibera medicilor primari şi familiilor lor carnete cu reducere la cl. I.

In Adunarea generală a Colegiului din Lăpuşna, ţinută în Aprilie

1943, a cărei Dare de seamă a fost publicată în No. 2 | 1943, D-l D-r Constantinescu a expus activitatea ad-tivă a Comitetului, iar D-l D-r Munteanu activitatea ştiinţifică—ambele remarcabile, fiind date grelele condiţii de refacere în cari au lucrat în primul an.

Se mai înscrie la activul corpului medical basarabean organizarea unui *Ciclu de conferinţe* ţinut de profesorii Facultăţii de Medicină din Iaşi, a căror rezumate sunt publicate în Buletin.

Dintre comunicările făcute remarcăm pentru valoarea ei, care depăşeşte pe cea ştiinţifică, *Scurtul istoric asupra asistenţei şi ocrotirei Copilului în Basarabia, cu date statistice* al D-nei D-r A. Bonciu, din care reese că „îmbunătăţirile aduse de regimul sovietic erau numai o spoială, realitatea deosebindu-se prea puţin de tabloul îngrozitor arătat la cinematograf".

„Doamne, ajută-i"—urează într'o scrisoare D-l D-r Gomoiu, celor cari,—prin năzuinţele D-lui D-r Constantinescu,—„au înnodat capul acestui Buletin cu frumosul fir al trecutului".

Dar, D-zeu ajută pe cei cari se ajută singuri.

M. C.

Varia

Din curiozităţile medicinei

BCU Cluj / Central University Library Cluj

UN CEASORNICAR DIN CONSTANTINOPOL DEVINE DOCTOR LA IAŞI

Alexis Petit, de origine Alsaciană, fiu al unui chirurg din armata lui Napoleon victimă a celei de a doua Restauraţii (Iulie 1830), părăseşte Franţa la 1835, ducându-se la Constantinopol, de unde, după puţină vreme, pleacă la Odesa.— Acolo stă până în 1848, când hotărînd să se reîntoarcă în Franţa, trece prin Moldova, unde împrejurările îl fac să rămâie la Iaşi. — In 1870, el îşi scrie memoriile, din care traducem următorul pasaj, spre a servi la istoria medicinei la noi:

„...Luai deci hotărîrea de a mă reîntoarce în Franţa, trecând prin Moldova. — La Iaşi, am surprinderea de a găsi un fost ceasornicar din Constantinopol, purtând uniforma de Doctor militar!

Eu fui cel d'intâi care îi vorbi, în timp ce el nu se hotărî decât cu mare greutate a-mi răspunde.

— „Te rog să-mi spui, îi zisei eu, cum se face că te găsesc aici „îmbrăcat în uniforma de doctor militar?

— „Aceasta pare că te surprinde? răspunse el, după oarecare „ezitare.

Făcui un semn negativ cu capul, spunând:

— „Dumnezeule! Cine ştie curăţi şi drege un mecanism de cea„sornic, poate desigur repara şi maşinăria omenească. — Dar totuşi, ar „putea fi şi unele deosebiri...

— „Adevărul este, zise el, că totul nu este decât o chestiune de „voinţă şi cine vrea, poate. — Dar să mergem la mine acasă, spre a „discuta mai pe larg.

Il urmai acasă la dânsul... Abia intraţi şi primele lui vorbe fură următoarele:

— „Venirea d-tale în ţara aceasta cade pe capul meu ca un trăs„net, căci chiar fără a vroi mi-ai putea face mult rău. — Să-ţi propun „însă ceva. Doreşti şi d-ta să te faci medic? Spune?

Am început să râd, dar el:

— „Nu trebue să râzi! Răspunde?

— „Glumeşti?, spusei eu.

— „Vorbesc foarte serios... In acest moment, avem în oraş multă „febră tifoidă şi anghină; toţi confraţii mei pierd 80 de cazuri la sută, „în timp ce eu am salvat pe toţi acei pe care i-am căutat. — Pe săraci „îi îngrijesc gratuit, iar pe bogaţi îi fac să plătească pentru cei d'intâi.

— „Dar, spre a reuşi asemenea minuni, trebue să ai studii spe„ciale.

— „Desigur. Eu nu fac alta decât să urmez sfaturile scrise în „această lucrare.

Şi îmi întinse o carte, scrisă în limba franceză pe coperta căreia citii:

„*Manual-anuar al sănătăţii de F. V. Raspail,* adăogând:

— „Dacă doreşti să începi studiile, îţi dăruesc acest volum.

. . . . . .

La câteva zile, doctorul *S.* — căci aşa se numea vechiul ceasornicar, — vine la mine şi îmi spune:

— „Iţi dau un sfat. Pleacă, pleacă cât mai repede la Viena, ca „să-ţi iei şi d-ta diploma de doctor!

— „Glumeşti? Ii răspunsei eu, cum crezi că aşi putea căpăta o „asemenea diplomă, când nu ştiu răspunde nimica asupra chestiunilor „ce mi se vor pune.

— „Nu te preocupa de aceasta, interveni el, căci plătind 400 de „taleri vei găsi cincizeci de studenţi cari se vor însărcina să răspundă „pentru d-ta!

Incepui să bănuiesc că *S.*, avea gândul de a mă face să dispar temându-se de vreo indiscreţie asupra trecutului lui din partea mea şi de aceia refuzai categoric".

Emil Gheorghiu

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Biblioteca Universităţii Regele Ferdinand I. din Cluj • ROMÂNIA

CENZURAT

ANUL AL XVI-lea

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

No. 3-4/1943

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ

- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIŢIE LUNARĂ DE MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORII PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂŢI

D-nii: Agregat A. BABEŞ (Buc.), Prof. G. BANU (Buc.), Prof. V. BOLOGA (Sibiu), Prof. V. CIOCÂLTEU (Buc.), Prof. D. COMBIESCU (Buc.), Prof. E. CRĂCIUN (Buc.), Prof. I. DANIELLO (Sibiu), Prof. A. DOBROVICI (Buc.), Conf. ST. DRĂGĂNESCU (Buc.), 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 (Buc.), Prof. C. MIHAILESCU (Bucureşti), Conf. M. NASTA (Bucureşti), Prof. D. NEGRU (Sibiu), Prof. S. NICOLAU (Buc.), Prof. GH. NICULESCU (Bucureşti), Prof. I. NICULESCU (Bucureşti), Prof. P. NICULESCU (Buc.), 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), Prof. B. THEODORESCU (Bucureşti), Prof. P. TOMESCU (Bucureşti), Prof. I. TUDORANU (Iaşi), Prof. C. I. URECHIA (Sibiu), Prof. T. VASILIU (Sibiu).

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), Prof. I. ŢEŢU (Bucureşti), Prof. DAN TEODORESCU (Bucureşti), Conf. P. VANCEA (Iaşi), Doc. D. VASILIU (Bucureşti).

Din „SUMARUL" No.

următoare

V. GOMOIU: Medicina populară.

V. GOMOIU: Substratul unor complicaţii sau turburări postoperatorii în apendicectomii.

GH. BĂJEU: Consideraţiuni asupra frenicectomiei în tuberculoza pulmonară.

H. MAKELARIE şi C. IONESCU: Consideraţiuni asupra etiologiei şi patogeniei astmului bronşic.

I. BĂLĂNESCU şi M. COLIŢĂ: Concepţiile actuale ale chirurgiei în tratamentul tuberculozei pulmonare.

C. V. ANTONESCU: Problema combaterii tuberculozei.

NINA VORNICESCU şi N. ŞCHIOPU: Angină ulcero-necrotică scarlatinoasă complicată cu hemoragie arterială faringiană mortală.

Prof. V. PAPILIAN: Concepţia rasială şi concepţia etnică în studiul antropologic al românilor.

Prof. V. CIOCÂLTEU: Importanţa laboratorului în ştiinţa şi în practica medicinei.

Prof. E. CRĂCIUN: Patogenia icterului epidemic.

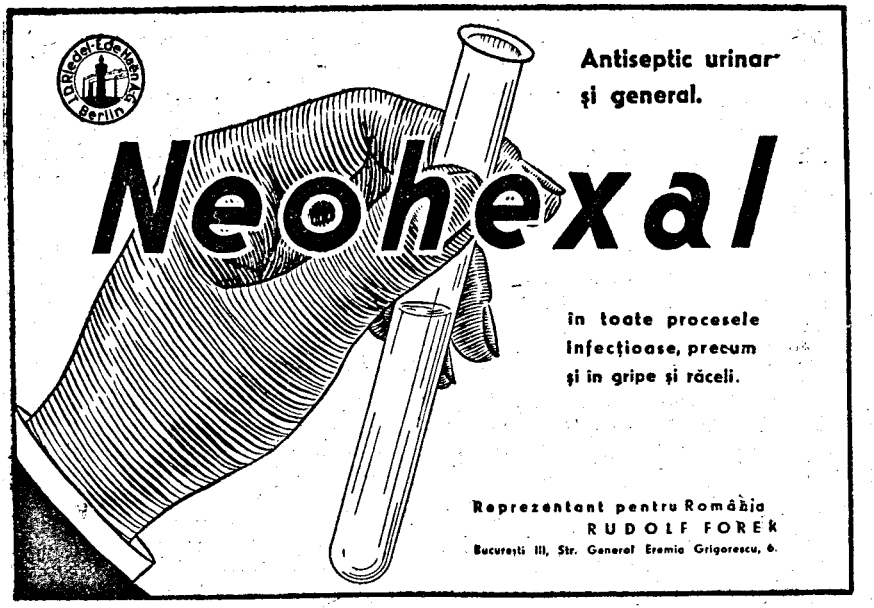
Prof. P. NICULESCU: Contribuţiuni româneşti la combaterea epidemiilor de războiu.

Prof. P. NICULESCU: Eroismul medicilor români în ultimele 2 războaie.

I. STOICHIŢIA: Educaţia igienică în cadrul acţiunei preventive.

N. I. ZAHARIA: Asupra fenomenelor de coagulare în serul bolnavilor de febră tifoidă şi tifos exantematic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



Institutul de Seruri și Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenței 103 — București VI

Depozit permanent de:

Seruri

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

Vaccinuri

Vaccin antistreptococic — Vaccin contra tusei convulsive (Bordet-Gengou)
» antistafilococic — » anticoli
» antigonococic — » antigripal (Pneumococ Streptococ, Pfeiffer Catarhalis)
» antipneumococic
» antitifo-paratific — Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic)
» antiholeric
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică și scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag) anticoli, antitific, antistafilococic antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet și Nègre) pur și diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
» precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacția Dick
Toxină pentru reacția Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citochol și Kohn
Antigen pentru reacția Freii
Medii de cultură solide și lichide
Secțiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice și chimice
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

*

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

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

BCU Central University Library

LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEŞTI
PRIMITE LA REDACŢIE

Prof. D-r AL. POP: Elemente de chirurgie. — Vol. I, Fasc. 2. Editura H. Welther, Sibiu, 1943.

EUG. CORNELEAC: Câteva norme în tracţiunea transcheletică. — Extr. Rev. de Chirurgie No. 5—6, 1942.

EUG. CORNELEAC: Zur Technik der Drahtextension. — Zentralblatt für Chirurgie, 69 Jahrgang, No. 49, 1942.

EUG. CORNELEAC: Note sur un cas de péritonite encapsulante. — Extr. din Revista Medico-Chir. dela Iaşi, Anul LIII, No. 3—4, 1942.

MARIUS TEODORESCU: Chirurgia de urgenţă. — Editura „Prometeu", Bucureşti, 1943.

Prof. D-r A. RUSESCU, I. CIUPAGEA şi N. RADULESCU-POPEA: Abcesul pulmonar la copil. — Tip. „Cultura", Bucureşti, 1942.

OVIDU CONSTANTINESCU: Realizările Italiei în lupta contra tuberculozei. Tuberculoza în România. — Inst. „Eminescu", Bucureşti, 1943.

Docent D-r C. C. DIMITRIU: Memoriu de ţiluri şi lucrări. Activitate didactică şi lucrări ştiinţifice. — Vol. I, (1915—1942). Bucureşti, Tip. „Cultura", 1942.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Mostre gratuite la cerere: MEDIROM s. a. r. *Str. Olari 23* Bucureşti IV

OESTROMENIN

preparatul sintetic cu acţiunea hormonului folicular (dioxidietilstilben) permite o terapie foarte economică a turburărilor ovariene. O formă de întrebuinţare deosebit de avantajoasă şi priincioasă o găsim în picăturile de Oestromenin, o soluţie de 0,035%, a cărei dozare se acomodează uşor trebuinţei individuale de hormoni. Afară de picăturile de Oestromenin (sticlă picătoare cu 20 cmc) se găsesc în comerţ tablete à 1 mg (ambalaj cu 20 bucăţi), fiole cu 1 şi 3 mg (ambalaje cu câte 5 buc.) precum şi pomadă de 0,1% (tub cu cca. 20 gr.)

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Darmstadt-Fabrică de Produse Chimice-Fondată 1827

Reprezentanţă generală: CHIMIROMAN, Bucureşti I.,
Str. T. G. Masaryk No. 32

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂȚII CASELOR FARMACEUTICE

	Pagina
CHIMIROMAN: Oestromenin „Merck“	5
RUDOLF FOREK: Neohexal, Decholin „Riedel“	2, 213
— — : Verodigen „Boehringer-Soehne“	148
— — : Artose „Boehringer-Soehne“	144
— — : Noctal „Riedel“	154
— — : Dorital „Boehringen-Soehne“	170
GEDEON RICHTER: Folicalciuovar, Calcimusc	153
HYGEA-CLUJ: Antiscorbin, Arsotal, Calcium Hygea, Pulmorobin, Sulfazol, Tonicum „Hygea“	10
— — : Calmarol, Coffyllin, Senna-Carbon	188
ICFAL: Tifobil, Agoton, Bronchosan, Calciretin, Hepafort D. Sedonervina	164
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: Veriazol	9
LUTEȚIA: Uralysol „Lobica“	196
— — : Rubiazol „Roussel“	12
— — : Terapia dermatozelor „Debat“	Cop. III
— — : Codoforme — Nealgyl — Neol „Bottu“	222
MEDIROM: Gargarisme — Antiseptol „Chauvin“	4
NEOFARM: Anemocit, Cerebrotonin	163
ROMIGEFA: Eleudron „Bayer“	134
S. I. F.: Gonadin	187
— — : Bronchoseptol „Lauriat“	147
— — : Calcifix — Anemoton „Gamma“	232
— — : Iodam'n Disuric	8
SANDOZ: Calcibronat	236
SPECIA: Dmelcos, Cuti-Dmelcos	Cop. IV
SPEPHAR: Bioferment, Cytotonine, Dakinol, Dermophyl, Passicalmine, Solvarthrol, Sulfamidol	208
STANDARD: Quadronal „Asta“	200
— — : Opocalcium, Agocholine „Zizine“	214
— — : Iodamin, Disuric „Gamma“	158
WANDER: Erigon, Codelum	221
— — : Cordisan „Sapic“, Cordisan Efedrina, Cerebrosan	226

BCU Cluj / Central University Library Cluj

BCU Cluj / Central University Library Cluj

† Medic Cpt. D-r SIMON TEOFIL

1903 — 1942

Născut în comuna Ragla, jud. Năsăud, în anul 1903, 15 August. Mort în Caucaz la 23 Aug. 1942, lovit de un glonte în cap în mijlocul râului Backsan, pe când își îngrijea răniții, dând ajutoarele necesare celor cari cu disperare îi cereau alinarea. Inmormântat în comuna Malka (Caucaz), unde se află cimitirul Diviziei.

A făcut cursul primar în comuna natală, iar liceul și bacalaureatul la „Liceul Grăniceresc Gh. Coșbuc" din Năsăud. Studiile universitare le-a făcut la București, și la 15 Decembrie 1931 și-a depus teza de doctor în medicină și chirurgie. Religia greco-catolică.

A făcut garnizoanele Bucureşti, Spit. Militar; Ploeşti, Spit. Militar; Ismail şi Bistriţa, de unde în anul când s'a cedat o parte a Ardealului, leagănul copilăriei lui, a refugiat venind la Bucureşti. A luat parte la 20 Iunie 1941 în prima campanie a războiului, plecând din Bucovina şi mergând până la Marea de Azov, la Berdiansk, unde în luptele grozave ce le-au avut la Malaya-Beresovka, când au fost înconjuraţi de ruşi, a fost distins cu decoraţia „Coroana României cu spade şi panglica de virtute militară" în gradul de cavaler. A făcut parte ca medic al Batalionului 8 Vânători Munte, Divizia 2 Munte. Intorcându-se în ţară pentru refacere la 2 Dec. 1941, după 6 luni au plecat în Caucaz la 15 Iulie 1942, unde în luptele pentru trecerea râului Backsan, a murit fiind decorat cu „Mihai Viteazul" şi avansat maior post mortem.

„M. M. R."

MEDICAŢIUNE IODATĂ INTENSIVĂ

DISOLVANT ŞI ELIMINATOR AL ACIDULUI URIC

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

Stimulent circulator Analeptic

BCU Cluj / Central University Library Cluj

cu acțiune centrală mărită și acțiune periferică energică.

Contra atoniei circulatorii consecutive maladiilor infecțioase, în intoxicații, pre- și postoperator, în stările de epuizare, în convalescență, în răul de röntgen.

In colaps, accidente de narcoză,
intoxicații,
paralizii vasculare, asfixie.

Lichid: Flacoane de 10 gr.
Tablete: Tuburi de 10 buc.
Fiole: Cutii de 5 buc. à 1,1 cmc.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN PE RIN
Knoll S. A. R., Str. Atena 29, București 3.

ANTISCORBIN

(Vitamina „C")
Injecţii — Tablete

Medicaţia Vitaminei „C"

ARSOTAL

Dragée

Anemie şi debilitate generală

CALCIUM HYGEA

(Calcium gluconat 10%)
Injecţii 5 cmc. — 10 cmc.

Medicaţie calcică
Decalcifieri
Hemoragii
Pneumonie Tbc.

PULMOROBIN

Sirop

Boli pulmonare
Tuberculoză
Bronşite
Cathar

BCU Cluj / Central University Library Cluj

SULFAZOL

Tablete
Chlorhydrat de sulfamido chrisoidină şi p—aminobenzen—sulfamidă (2 : 1)

Septicemii
(Preventiv în infecţiunile puerperale, boli infecţioase)

TONICUM HYGEA

Sirop

Medicaţie reconstituantă
Anemie — Astenie
Reconvalescenţă
Fortifiant celular

FABRICA HYGEA—CLUJ S. A. R. ✦ BUCUREŞTI
Splaiul Unirii, 127 ✦ Telefon 4.22.44.

Prof. D-r C. C. DIMITRIU

Noul Profesor de Clinică medicală de la Facultatea de Medicină din Iaşi — D-l D-r C. C. Dimitriu — Docent universitar şi Şef de lucrări al Clinicei I medicale dela Facultatea de Medicină din Bucureşti, este un elev al Şcoalei D-lui Profesor D-r D. Danielopolu în a cărui clinică s-a format, ocupând pe rând posturile de extern, preparator, asistent, şef de lucrări, subdirector, medic primar, Şef de secţie.

In aceste calităţi a desvoltat o intensă activitate de ordin didactic, făcând lucrări practice de semiologie medicală şi prezentări de cazuri clinice cu studenţii respectivi ai anilor de studii, inspirând teze de doctorat.

In calitate de Secretar General al Soc. medicale a Spitalelor din Bucureşti şi de Membru al Academiei de Medicină din România, a desvoltat o remarcabilă activitate ştiinţifică, făcând lucrări în domeniul fiziologiei umane, în domeniul patologiei medicale, în domeniul farmacodinamiei şi terapeuticei — lucrări de ordin clinic, experimental şi bio-chimic, publicate sau comunicate în numeroase reviste şi societăţi medicale româneşti şi streine — punând la contribuţie în cea mai largă măsură metoda viscerografică imaginată de maestrul său, D-r Profesor D. Danielopolu.

D. D-r C. Dimitriu continuă chemările la profesorat făcute în persoana D-lor Prof. D-ri N. Lupu şi B. Teodorescu dela aceaşi clinică, care se dovedeşte a fi astfel o înaltă şcoală românească de medicină.

Această şcoală spirituală de clinică medicală a început pentru cei din generaţia mea cu D-nii Prof. Gh. Buicliu şi I. Nanu-Muscel. Elevii i se situează pe linia tradiţională. Intre ei vine, acum, D-l D-r C. Dimitriu, pentru a cărui alegere felicităm călduros pe cei cari au făcut-o, constatând că nu se mai poate susţine cu probe pe 2 coloane că „nu s'a schimbat nimic" în ceea ce priveşte chemările de dată recentă ale profesorilor la facultăţile noastre de medicină.

M. Cânciulescu

Babeş-Bolyai University, Central University Library Cluj

RUBIAZOL

Chimioterapia atoxică şi fără accidente a streptocociilor simple şi asociate

Preventiv { Realizează o adevărată imunitate chimică contra **streptococului**

Curativ { Vindecă toate maladiile provocate sau agravate de **streptococ**

Acţionează şi asupra **stafilococilor** generalizate, **meningococilor** şi **colibacilurilor.**

Erisipel — Septicemie — Bacteriemie Gripă — Scarlatină — Pneumonie — Bronco-Pneumonie Pleurezie — Angine — Strepto-Difterie — Otite-Mastoidite — Meningite — Flegmoane — Dermatite Pieloneirite — Cistite — Colibaciloze.

NICI O TOXICITATE

1. Trebue intervenit imediat administrând doze suficiente.
2. Tratamentul trebue continuat încă câteva zile după dispariţia simptomelor infecţioase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

COMPRIMATE	FIOLE
Singure suficiente aproape în toate cazurile.	de 5 cc. = 0 gr. 25, injectabile exclusiv pe cale intramusculară.
Adulţi: 6 — 12 pe zi.	Adulţi: 2 — 3 pe zi.
Copii: Jumătate doză.	Copii: Jumătate doză.

In afecţiunile cu caracter grav, nu ezitaţi să administraţi doze de 15—20 comprimate pe zi, cea mai ridicată posologie putând fi depăşită fără nici un inconvenient.

Laboratoires du Dr. Roussel — Paris

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103.—Strada Toamnei—Bucureşti, III.

Telefon 221/38

BOALA LUI BEETHOVEN

Beethoven domină muzica universală. Este creatorul unei lumi care înaintea lui nu-şi găsise expresiunea într'o artă atât de expresivă şi de perfectă. Acest mare compozitor a avut o viaţă de martir. El devine surd pe la 1801, surditate atribuită unei **otite scleroase primitive.** Cu doi ani înainte de 1801, Beethoven se plângea de vâjîituri de urechi şi de dureri provocate când i se vorbea tare. „Acei ce-mi vorbesc încet, îi aud, însă cu greu pricep ce spun" scria Beethoven unui amic al său din Curlanda. Ideea de a rămâne surd îl preocupa. „Trebue să mă izolez de lume şi astfel se vor scurge cei mai frumoşi ani, fără ca să pot reda ceea ce talentul şi forţele mele promiteau atât de mult". Şi în altă scrisoare, spunea: „Aş ridica lumea întreagă, dacă aş putea să mă vindec. Dacă m'aş vindeca pe jumătate, aş veni să vă văd, scumpii mei prieteni şi astfel voi reînnoi pactul de amiciţie. Voi lupta cu soarta mea şi nu mă voi lăsa doborît!"...

Ce n'a făcut Beethoven pentru a combate surditatea! Ca ultimă instanţă s'a adresat unui călugăr Weiss, care exploata credulitatea publică şi neobţinând niciun rezultat, renunţă pentru totdeauna de a se mai căuta, convins că nicio putere omenească nu este capabilă să-i redea auzul.

Boala lui Beethoven care l'a răpus, a fost o **ciroză atrofică.** Simptomele apărură către 1825. La acea epocă Beethoven locuia un apartament într'o fostă mânăstire spaniolă, care se afla aproape de fortificaţiile Vienei. După o călătorie întreprinsă în 1826, pentru a vedea pe fratele său Iohann van Beethoven, care locuia la Gneixendorf, călătorie care avea drept scop să salveze pe nepotul său Carol, la întoarcere, din cauza vremei rele, Beethoven contractă o gripă şi nu mai părăsi camera. Primul medic care îl văzu, fu un chirurg al Spitalului Central din Viena Andreas Wavruch. Cum pe atunci chirurgii făceau şi medicină internă, tratamentul recomandat se rezuma în julepuri şi laxative, după formula „purgare" în orice caz. Abuzul de purgative îl slăbiră foarte mult. După o scurtă vreme, ascita devine evidentă şi doctorul Seibert propune o puncţie. Beethoven acceptă intervenţia şi, în timpul executării spuse medicului: „te-aş compara cu Moise, căci ai lovit cu toiagul şi scoţi apă din abdomenul meu". După puncţie, o ameliorare uşoară. Beethoven respiră mai uşor, însă lichidul se refăcu. După cinci zile o altă puncţie. Beethoven era foarte descurajat şi se hotărî să schimbe medicul, adresându-se unui fost prieten, cu care nu mai avea relaţii. Doctorul Malfatti văzându-l atât de slăbit, îi recomandă alcool, sub formă de punch. Ori, Beethoven era un băutor şi avea o ereditate încărcată, deoarece tatăl său murise într'o stare de mare mizerie atribuită alcoolismului.

La 27 Februarie 1827, i se făcu a patra puncţie, extrăgându-se o mare cantitate de lichid. Catastrofa se apropia şi, înainte de a muri Beethoven, adresându-se prietenilor săi, le spuse: „plaudite, amici, comoedia finita est".

La 28 Martie 1827, Beethoven îşi dădu obştescul sfârşit, la ora 5,45 după amiază.

Să revenim la boala lui Beethoven, amintind că ereditatea lui era încărcată: tatăl mort de urmările alcoolismului, iar mama de ftizie galopantă.

Beethoven a suferit în cursul vieții sale de variolă și de friguri tifoide.

Din documentele pe care le-am putut vedea la Viena, se deduce că Beethoven suferia de **ciroză atrofică a ficatului.**

Cuvântul de ciroză a fost creat de Laënnec la 1819, după ce luase cunoștiință de autopsia lui J. Edme, care semnala un caz de pleurezie hemoragică cu ascită și maladie a ficatului. Ficatul prezenta granulații de un galben arămiu.

Autopsia lui Beethoven, făcută de un asistent al muzeului de anatomie patologică din Viena, semnalează o situație asemănătoare cu cazul lui J. Edme.

Bright a fost primul care atrase atenția asupra originei etilice a cirozelor. Vinul, prin prelucrarea cunoscută cu adăogare de bisulfați, expune la ciroză. Beethoven era un băutor de vinuri, ca orice compozitor care are nevoie de stimulente. Bluck, marele compozitor german, ne spunea că grație cărora scrie opere bine inspirate. Din corespondența lui Beethoven, reese că prezenta de multă vreme turburări gastro-intestinale, atribuite în bună parte funcțiunei alterate a ficatului. Beethoven avea hemoroizi, atât de frecvenți la cirotici, precum și o circulație colaterală. In ce privește ascita, ea domină tabloul clinic și a apărut la Beethoven în mod lent și progresiv. Volumul abdomenului era considerabil, adevăratul „pântece de batracian".

El mai prezintă un oedem maleolar foarte vizibil și, acei care-l priveau compunând afară, de multe ori pe zăpadă, erau cuprinși de mirare, cum de risca frigul, când avea picioarele atât de umflate!

Probabil că moartea i se datora unui collaps cardiac, survenit din cauza repetatelor punctii și după o punctie care a evacuat prea mult lichid.

In protocolul autopsiei se descriu peteșiile care acopăr pielea, tenul pământos al feței, lichidul hemoragic din pleură, ficatul mic, redus la jumătate, nodulii cari-l acoperiau, depozitul nisipos din vezicula biliară și concrețiunile calcare din rinichi. Nu se pomenește niciun cuvânt de splină.

Bineînțeles că Wagner a examinat și **urechea,** care **era foarte mare,** cu o jumătate mai mare decât urechea normală. Conductul auditiv extern era îngroșat la nivelul timpanului și acoperit de scuame sedefii. Trompa lui Eustache era îngroșată, mucoasa tumefiată și puțin retractată la nivelul porțiunei osoase. Inaintea orificiilor și la nivelul amigdalelor se vedeau mici depresiuni cicatriciale. Celulele aparente mastoidiene erau acoperite de o mucoasă vascularizată. O abundentă vascularizație la nivelul stâncei și la nivelul culbeculuí, al cărui lamă era ușor colorată în roșul viu.

Medicii dau un număr important de melomani și de literați. Am crezut că ar putea să intereseze pe unii dintre ei scriind aceste rânduri consacrate boalei lui Beethoven.

Dacă din punct de vedere al morbidității Beethoven s'a comportat ca orice muritor, n'am putea spune același lucru invocând creația operelor sale nemuritoare.

Cum s'ar putea explica că o operă genială ca acestui mare compozitor, n'ar fi decât rezultatul unei fiziologii normale, la care este supusă materia care ne formează?

Cum putem oare explica acest misterios fenomen, un om chinuit de două afecțiuni, una care i-a luat auzul și alta viața, și totuși creațiunea sa a fost dintre cele mai perfecte! Cum? Fără a împinge la un misticism salvator, și totuși capabil numai aparent să ne dea o explicație, rămânem și azi înmărmuriți în fața operei lui Beethoven, care ne desvălue o lume plină de sentimente umane, de pasiune și de bunătate; ele se revarsă din belșug și în valuri asupra acelora cari o ascultă. Și aproape toată muzica sa a fost compusă în solitudinea cea mai tragică!

Emil Gheorghiu

TUBERCULOZA CA BOALĂ ŞI PROBLEMĂ SOCIALĂ *)

„In această lecţiune intenţionez să schiţez în linii foarte generale, **problema tuberculozei** aşa cum o concepem astăzi din punct de vedere medical şi social, ţinând seamă în cea de-a doua parte în mod mai deosebit de **situaţia din România.**

Să examinăm mai întâiu aspectul ei medical.

. . . . . .

După această incursiune în domeniul epidemiologiei tuberculoase, pe care am socotit-o necesară, fiindcă studiile publicate până în prezent la noi în legătură cu această problemă nu ţin seamă de constatările pe care le-am rezumat, permiteţi-mi să vă arăt în ce măsură este răspândită tuberculoza în România, care este frecvenţa ei în diferitele regiuni ale ţării şi — pe cât aceasta este posibil — ce tendinţă evolutivă are. Mă voi servi în acest scop de cifrele pe care colaboratorul meu D-r Bumbăcescu, le-a obţinut calculând mortalitatea medie pe anii 1935—1939, în baza datelor oficiale publicate în Buletinul Demografic al României.

Luând cifrele medii pe cinci ani, erorile ce ar fi putut surveni în statisticile singuraticilor ani sunt în cea mai mare parte eliminate şi datele noastre ne oglindesc o situaţie foarte apropiată de realitate. Aceasta, bineînţeles în ce priveşte proporţiile, căci cifrele absolute ale mortalităţii, credem că sunt subreale, dat fiindcă în statistica noastră multe tuberculoze, mai ales la copii şi bătrâni sunt trecute la rubrica pneumopatiilor, senilităţii sau altor diagnosticuri dubioase.

Mortalitatea de tuberculoză a României în perioada dela 1935—1939, a fost în medie **172,4 la 100.000 locuitori.**

Comparând statistica actuală a ţării noastre cu cea din alte ţări europene, constatăm că **suntem printre cele mai tuberculizate,** după cum se poate vedea din cifrele de mai jos:

Danemarca avea în 1935, 73 decese la 100.000 locuitori;. — Olanda avea în 1935, 73 decese la 100.000 locuitori. — Italia avea în 1935, 100 decese la 100.000 locuitori. — Norvegia avea în 1935, 111 decese la 100.000 locuitori. — Ungaria avea în 1935, 142 decese la 100.000 locuitori. — Finlanda avea în 1935, 165 decese la 100.000 locuitori. — România avea în 1935, 172 decese la 100.000 locuitori. — Bulgaria avea în 1935, 172 decese la 100.000 locuitori. — Polonia avea în 1935, 197 decese la 100.000 locuitori.

Dacă cercetăm **mortalitatea de tuberculoză din diferitele provincii** ale ţării, vedem că infecţiunea este foarte inegal repartizată.

Mortalitatea medie de tuberculoză (toate formele) între anii 1935—1936, pe provincii:

Muntenia are 193,8 decese la 100.000 locuitori. — Basarabia are 180,0 decese la 100.000 locuitori. — Oltenia are 177,4 decese la 100.000 locuitori. — Crişana-Maramureş are 175,9 decese la 100.000 locuitori. — Dobrogea are

*) Din «*Lecţia inaugurală*» a Cursului de *Clinică ftiziologică* ţinută la Fac. de Med. din Cluj-Sibiu în ziua de 24 Martie 1942 de către D-l Prof. D-r *L. Daniello,* titularul primei *Catedre de ftiziologie,* create la facultăţile noastre de medicină.

169,6 decese la 100.000 locuitori. — Banatul are 165,7 decese la 100.000 locuitori. — Moldova are 160,3 decese la 100.000 locuitori. — Bucovina are 157,8 decese la 100.000 locuitori. — Transilvania are 150.0 decese la 100.000 locuitori.

Raportând datele de mai sus la o hartă putem imediat constata că proporţia tuberculozei este mai mică în regiunile muntoase decât în cele de şes. Să vedem dacă factorii despre care se crede azi că influenţează răspândirea tuberculozei, joacă un rol şi în ţara noastră.

In ce priveşte **densitatea populaţiei şi raportul dintre ea şi proporţia tuberculozei,** găsim un raport direct cu excepţia provinciilor Bucovina şi Dobrogea.

Bucovina 82 157,8. — Muntenia 77 193,8. — Crişana-Maramureş 65 175,9. — Basarabia 64 180.0. — Moldova 64 160,3. — Oltenia 63 177,4. — Transilvania 52 150,0. — Banat 50 165,7. — Dobrogea 35 169,6.

Este foarte probabil că în regiunile de şes cu populaţie mai deasă, aglomeraţiuni mai mari şi mai numeroase, invazia tuberculozei s'a făcut mai curând şi infecţia s'a răspândit mai rapid decât în regiunile de munte cu populaţie rară şi căi de comunicaţie puţine. Poate că tuberculizarea acestor din urmă este abia în curs.

Deosebirea devine şi mai evidentă dacă comparăm regiuni mai mici, spre ex trei judeţe dintr'o regiune muntoasă cu alte trei dela şes.

Odorhei 44 73,8. — Trei-Scaune 41 100,7. — Ciuc 29 112,0. — Romanaţi 76 228,8. — Teleorman 76 205,8. — Vlaşca 60 235,2.

Dacă luăm în considerare al doilea factor cardinal ce influenţează răspândirea tuberculozei: **standardul igienic al populaţiei** constatăm de asemenea un raport direct între el şi proporţia de tuberculoză din provinciile noastre.

Nu încape nicio îndoială că acest standard este mult mai ridicat în Transilvania şi Bucovina decât în Muntenia şi Oltenia. Aceasta în primul rând în ce priveşte locuinţa, alimentaţia şi igiena generală. Dar şi proporţia instituţiilor de asistenţă medicală şi socială şi a ştiutorilor de carte este mai mare în cele dintâi decât în cele din urmă.

Biblioteca Centrală Universitară Libraru Cluj

Proporţia instituţiilor medicale şi de asistenţă (în anul 1930):

Transilvania 3.414.492 245. — Bucovina 919.997 69. — Muntenia 4.441.585 225. — Oltenia 1.649.589 29.

Proporţia ştiutorilor de carte (în anul 1930) în

Transilvania 68,3. — Bucovina 65,7. — Muntenia 57,6. — Oltenia 49,6.

Pentru a explica diferenţele de frecvenţă a tuberculozei între munte şi şes, s'ar putea invoca într'o anumită măsură şi climatul, deşi rolul lui este foarte probabil de ordin secundar.

Mult mai importantă ni se pare **influenţa paludismului** care în regiunile impaludate din Câmpia Dunăreană şi Basarabia este un puternic factor de tuberculizare prin faptul că diminuă considerabil rezistenţa organismului.

Am spus deja că în Bucovina şi Dobrogea, raportul dintre densitatea populaţiei şi frecvenţa tuberculozei este invers. Aceste excepţii dela regulă pot fi însă uşor explicate. In Bucovina deşi densitatea populaţiei este cea mai mare din ţară (82 la km.^{2}) proporţia tuberculozei este mică (157,8 $\%_{000}$), fiindcă efectele factorului densitate sunt larg compensate prin standardul igienic, care la ţăranii din Bucovina este mai ridicat decât în toate celelalte provincii.

In Dobrogea este invers. Densitatea populaţiei este cea mai mică din ţară (29 la km.^{2}), dar mortalitatea de tuberculoză este relativ mare (169 $\%_{000}$), fiindcă nivelul culturii igienice al populaţiei este foarte scăzut şi malaria face ravagii. Se mai adaogă poate şi un factor care viciază statistică: numărul mare de tuberculoşi osoşi din alte regiuni care sucombă în instituţiile de cură dela Tekirghiol şi Carmen Sylva.

Că între starea economică a populaţiei şi frecvenţa tuberculozei nu există o legătură directă, ne-o demonstrează Banatul, unde populaţia rurală este incomparabil mai bine situată decât în Transilvania şi unde mortalitatea de tuberculoză este totuşi mai mare (165,7 faţă de 150,0 $\%_{000}$).

Să vedem acum în ce fel se repartizează tuberculoza între mediul urban şi cel rural?

Proporţia este de 215,8 pentru mediul urban şi de 162,5‰ pentru mediul rural. In cifre absolute avem însă **7788 morţi la oraşe** faţă de **25.785 morţi la ţară,** fiindcă 85% a populaţiei constă din rural.

Proporţional, tuberculoza este deci la noi mult mai frecventă la oraşe decât la sate, şi această constatare concordă întru toate cu actuala concepţie epidemiologică, fiindcă la oraşe există aglomeraţiuni de populaţie care trăeşte în condiţiuni igienice puţin favorabile, de oarece la noi în multe oraşe, mai ales în vechiul regat, operaţiunile de asanare igienică încă n'au fost executate.

Un factor care a contribuit de sigur la tuberculizarea oraşelor noastre în ultimii 20 de ani, a fost **exodul de populaţie rurală spre centrele urbane** determinat de industrializare sau de alte cauze.

In unele oraşe lipsite încă de binefacerile urbanismului modern, mortalitatea tuberculoasă este înspăimântător de mare. Iată câteva cifre:

Mizil 353,7 decese la 100.000 locuitori. — Tg.-Ocna 385,6 decese la 100.000 locuitori. — Slobozia 412,0 decese la 100.000 locuitori. — Mangalia 461,0 decese la 100.000 locuitori. — Târnăveni 642,0 decese la 100.000 locuitori.

In marile centre urbane ale ţării, situaţia se prezintă astfel:

Brăila 334,8 decese la 100.000 locuitori. — Chişinău 291,0 decese la 100.000 locuitori. — Ploieşti 274,0 decese la 100.000 locuitori. — Bucureşti 270,9 decese la 100.000 locuitori. — Galaţi 242,6 decese la 100.000 locuitori. — Arad 232,5 decese la 100.000 locuitori. — Craiova 231,9 decese la 100.000 locuitori. — Oradea 230,5 decese la 100.000 locuitori. — Cluj 198,9 decese la 100.000 locuitori. — Timişoara 151,7 decese la 100.000 locuitori. — Sibiu 153,0 decese la 100.000 locuitori. — Braşov 149,4 decese la 100.000 locuitori. — Cernăuţi 89,5 decese la 100.000 locuitori.

Singur Cernăuţi au o mortalitate foarte redusă (89,5‰) şi acest fapt credem că se explică prin proporţia extrem de mare de evrei (50%) a căror mortalitate tuberculoasă este, după cum am arătat deja, numai pe jumătate aşa de mare ca a creştinilor.

Biblioteca Centrală Universitară Library Cluj

Dacă cercetăm răspândirea tuberculozei în diferitele provincii, numai în mediul rural, constatăm că în linii generale există o destul de mare concordanţă între datele astfel obţinute şi cele din statistica globală.

In anumite judeţe unde sunt oraşe mari, spre ex. în Ilfov, mortalitatea în mediul rural apare mult mai scăzută decât cea indicată de cifra globală. Avem însă şi cazul invers spre ex. în judeţul Turda. Aci mortalitatea este mai mare în mediul rural decât în oraşul Turda (194,4 faţă de 147,1‰). La prima vedere acest fapt s'ar părea paradoxul căci, judeţul Turda este într'o regiune muntoasă şi are o densitate mică de populaţie.

Intervine însă alt factor de mare importanţă: Moţii din judeţul Turda, sunt o populaţie migrantă, ce are un contact intens cu oraşele şi aceasta nu numai adulţii ci şi copiii. Mai intervine de sigur şi standardul igienic foarte scăzut al acestei regiuni.

Ar urma să vedem acum care este **tendinţa evolutivă a epidemiei tuberculoase,** căci ne aflăm cu toată siguranţa în faza epidemică a bolii, dacă nu pentru întreaga ţară de sigur pentru numeroase regiuni. In privinţa aceasta este însă foarte greu să ne facem o ideie justă că la noi înregistrarea statistică corectă a datelor privitoare la mortalitatea tuberculoasă a început abia în 1930.

Trasând curba pe 10 ani se poate constata o tendinţă de scădere, dar într'un ritm lent după cum se vede din comparaţia cifrelor următoare.

Mortalitatea de tuberculoză (toate formele, mediul rural şi urban întrunite):

In anul 1930, 170,0. In anul 1939, 161,9.

Considerate separat pe mediul rural şi urban, rezultă că în cel urban scăderea este cu ceva mai pronunţată decât în cel rural:

In anul 1930: mediul urban 228,7, mediul rural 158,6.

In anul 1939: mediul urban 210,4, mediul rural 151,1.

Faptul că în mediul rural tuberculoza scade mai încet, concordă cu experiența generală și, cum România este o țară agrară, se poate prevede o evoluție protrahată a epidemiei tuberculoase la sate.

Din cifrele de mai sus se poate trage concluzia că și în **România evoluția epidemiei tuberculoase se află într'o fază descendentă.** Este însă foarte probabil că apogeul n'a fost trecut de mult, așa că ne găsim abia la începutul diminuării spontane a frecvenții bolii. In unele regiuni rurale ale țării, probabil că intensitatea epidemiei sporește. Numeroase indicii ne arată de pe acum că pentru anii de război mortalitatea va înregistra o simțitoare urcare.

Ținând seamă de cifrele de mortalitate foarte ridicate constatate în anumite orașe (642‰) și de media rurală relativ ridicată (162,5‰ putem conchide că **epidemia tuberculoasă din România este de-o mare intensitate;** mai mare decât cele din Norvegia sau Japonia, care încă și-au avut apogeul în aceiași epocă cu a noastră. Dar să nu scăpăm din vedere faptul că dacă avem în România în prezent foarte multă tuberculoză, motivul nu este numai că suntem mai puțin civilizați decât țările din vestul Europei, ci mai ales împrejurarea că la noi invazia tuberculozei a început mai târziu, cum s'a întâmplat bunăoară și în Finlanda și probabil și în țările din vecinătatea noastră.

Care este Doamnelor și Domnilor semnificația practică a frecvenții atât de mari a tuberculozei în viața socială a României?

Ori cât ne-am feri de-o supraevaluare, trebue să recunoaștem că ea este foarte mare.

Cifra mortalității absolute de tuberculoză este de 33.674 pe an. In câțiva ani, această boală face deci atâtea victime cât un război.

Pierderile pentru națiune nu rezultă însă numai din morți ci și din numărul mare al îmbolnăvirilor. Cifra acestora se ridică cu multă probabilitate la 250.000 pe an, socotind numai formele deschise și ei constitue tot atâtea focare de contagiune.

Dacă mai ținem seamă de împrejurarea că toate aceste decese și îmbolnăviri se produc între 15 și 50 de ani, adică în vârsta productivă a individizilor, ne putem da seama ce pierderi enorme economice și biologice are de suportat an de an neamul nostru de pe urma tuberculozei.

Concluzia generală care se desprinde din aceste constatări este că una dintre obligațiunile cele mai imperioase pe care conducerea responsabilă a țării o are în momentul de față, este **organizarea unei viguroase campanii de combatere a tuberculozei.** Această acțiune ne este impusă de instinctul nostru de conservare națională și de simțul răspunderii biologice pentru viitorul neamului.

Cum se poate combate cu succes flagelul? Epidemiologia modernă ne indică metodele. Ele sunt:

Educația sistematică a populației menită să ridice gradul de cultură igienică a maselor și să creieze astfel premisa psihologică indispensabilă unei combateri a bolii și apoi.

Organizarea unei profilaxii specifice contra tuberculozei prin depistarea precoce a cazurilor, supravegherea permanentă, izolarea și tratarea lor.

Aceste operațiuni nu pot fi executate decât dacă dispunem de **o falangă de specialiști** bine pregătiți. Noua clinică ftiziologică va face toate sforțările pentru ca să-i formeze, trebue însă să vă dați și Dv. seama iubiți studenți că generația D-voastră este chemată să-și revendice onoarea de a combate cu eroism și succes ultima epidemie gravă ce bântue România".

DOLANTIN în analgezia obstetricală

V. Moșoiu, Brașov: Analgezia obstetricală cu Dolantin „România Medicală" Nr. 20 pg. 269.

Dolantin-ul posedă o acțiune net analgetico-spasmolitică și ușor hipnotică, cu bune aplicațiuni în facerile normale, a căror durată o scurtează mult, suprimând sau atenuând durerile fără a influența nociv mama sau fătul. Prin ușurința de administrare, prin lipsa de toxicitate asupra fătului și mamei, poate fi administrat foarte ușor în oricare din perioadele facerii, în orice împrejurări și deci se pretează foarte comod în facerile normale la spital sau domiciliu, oferind parturientelor beneficiile unei nașteri mai rapide și mai puțin dureroase.

ELEUDRON în tratamentul pneumoniilor la copii

Siegl, Spit. Behring Wiena: Th. Ggwt. 1942, No. 8, p. 281.

Față de pneumonie, Eleudron-ul se comportă de cele mai multe ori ca și sulfapyridina, deși defervescența după Eleudron se face de obiceiu în lyză. Complicațiunile, cum sunt abcesele pulmonare, pleuritele și empiemul nu pot fi evitate cu siguranță prin chimioterapie. Mortalitatea prin pneumonie era la sugari și copiii mici 17,5% (corijată 7,6%), pe vremuri la vârsta aceasta la sugari era 50—60% iar la copiii de 2—3 ani 30%. Eleudron-ul s'a administrat copiilor în primele 48 de ore în doză de 0,15 gr. pe kilogram pe zi, iar apoi în continuare 0,1 gr. Deoarece Eleudron-ul produce mult mai rar vărsături decât sulfapyridina, este întrebuințat acum din ce în ce mai mult.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PASTILELE REVASA în gripă și inflamațiile faringelui

K. H. Heydecke, Stettin: Metode noi de tratament al gripei și inflamațiunilor faringelui. Med. Klin. 1942 No. 33 pg. 779.

Pentru tratamentul curativ și preventiv al anginelor în instituții sub toate formele, au fost făcute încercări cu pastilele Revasa. La începutul anginei s'a constatat o regresare a fenomenelor inflamatorii, și pacienții au putut să-și continue munca, dacă pe lângă pastilele Revasa li se dădea și Aspirină. Pastilele Revasa (Surfen) sunt luate cu plăcere, deoarece au un gust plăcut. Administrarea lor trebue repetată de mai multe ori pe zi.

PRONTOSIL pentru prevenirea reumatismului infantil

D-r E. Fenz, Viena (Kinderarztl. Praxix 1942 No. 5).

Pentru prevenirea reumatismului la copii, Fenz propune să se evite căsătoriile între membrii familiilor reumatice, deoarece s'a dovedit, că turburările de origină artritică sunt o dominantă care se transmite ereditar, apoi obicinuirea prudentă cu frigul și locuințe uscate și bine aerisite, și alimentație bogată în vitamine, iar la orice angină să se dea principial Prontosil (de $3 \times 1/2$ până la 1 tabletă). Se pare că Prontosil-ul jugulează anginele streptococice, cari sunt originea reumatismului. La 500 de încercări făcute până acum, Fenz a avut întotdeauna rezultate bune, angina vindecându-se prompt cu Prontosil.

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 6 pagini de tipar*), faptele clinice 2 pagini*).

Paginile în plus vor fi plătite de autori, câte 800 lei pagina.

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

	50 ex.	100 ex.
1- 4 pag.	Lei 800 —	Lei 1000.—
5- 8 „	„ 1100.—	„ 1300.—
8-16 „	„ 1400.—	„ 1600.—

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Analizele lucrărilor originale vor fi scurte (cel mult 15 rânduri de tipar, aproximativ 30 rânduri scrise). Vor începe cu autorul, titlul lucrării în 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 800 pentru Medici,
„ 1.500 „ Instituţiuni
„ 2.000 „ Străinătate

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

Schimbarea adresei se va anunţa la timp.

*) Din cauza costului de imprimare al revistei şi în faţa creşterii continui a preţurilor — pentru a asigura apariţia regulată a revistei, Ad-ţia este nevoită a reduce gratuitatea la 6 pag. pentru articolele originale şi la 2 pag. pentru cazurile clinice, restul fiind plătit de autori.

CENZURAT

ANUL AL XVI-lea

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

No. 5-6/1943

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIȚIE LUNARĂ DE
MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORII PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂȚI

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

PENTRU PARTEA CHIRURGICALĂ CU SPECIALITĂȚI

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

Regele Ferdinand I din Cluj • Biblioteca Universitară • ROMANIA

Din „SUMARUL" No.

următoare

Prof. C. C. DIMITRIU: Lecția inaugurală.

H. MAKELARIE și CANDID IONESCU: Considerațiuni asupra etiologiei și patogeniei astmului bronșic.

N. I. ZAHARIA: Asupra fenomenelor de coaglutinare în serul bolnavilor de febră tifoidă și tifos exantematic.

A. DOBRESCU și A. FARAGO: Asupra tratamentului cu albastru de metilen în degerături de diferite grade.

C. V. ANTONESCU: Mijloacele pentru combaterea tuberculozei.

V. M. PLĂTĂREANU: Sindromul hipercolesterinemic acut.

G. DONICEANU: Sănătatea publică în mediul rural.

GH. BĂJEU: Plăgile prin arme de foc ale cordului.

Prof. EMIL C. CRĂCIUN: Despre problema medico-militară a alimentației în legătură cu patogenia hepatitei icterigene epidemice.

S. VRĂBETE: Un caz de astm coloidoclasic.

AMELIA DEMETRESCU: Facerea dirijată în lumina actuală. — Colibaciloza în puerperalitate și postoperatorie. — Statistica operațiilor pe 9 ani în serviciul de ginecologie și obstetrică dela Spitalul Preda din Craiova.

T. NICOLIN și N. SCHIOPU: Anemie prin autohemoliză.

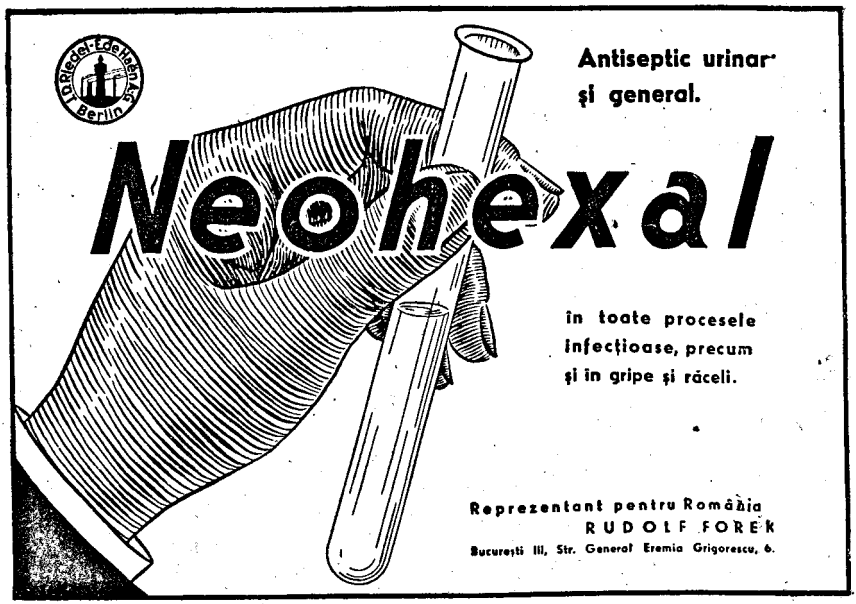
D. COSMA-Arad: Epidemie gravă de febră tifoidă la o unitate militară cauzată prin purtători și excretori de germeni.

Prof. C. I. PARHON: Privire generală asupra patologiei și fiziologiei epifizei. Corelațiunile acestui organ. Opoterapia epifizară. Probleme noi în raport cu acest organ.

Doc. V. CERCHEZ și V. V. CERCHEZ: Flictenele oculare și tuberculoza. Corelația dintre ele.

G. STOENESCU: Activitatea secției de contagioși dela Spitalul din R.-Vâlcea dela 1937—1942.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



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	Vaccin contra tusei convulsive (Bordet-Gengou)
» antistafilococic	» anticoli
» antigonococic	» antigripal (Pneumococ Streptococ, Pfeiffer Catarhalis)
» antipneumococic	
» antitifo-paratific	Bulion vaccin Polimicrobian
» antiholeric	(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, cel mai târziu după 3 luni dela data expirării eficacităţii.

LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEȘTI
PRIMITE LA REDACȚIE

Prof. M. KERNBACH: Orientarea medicinei moderne spre psichologie și alte științe spirituale. — Extr. Tip. „Cartea Românească" din Cluj-Sibiu, 1943.

Prof. M. KERNBACH: Spiritul științific și problemele fundamentale ale medicinei contemporane. — Extr. Sibiu, „Dacia Traiană", 1943.

AL. BĂDESCU și O. GĂNȚOIU: Principii moderne de obstetrică, aplicate într'o maternitate. — Extr. București, „Eminescu", 1943.

T. SANDU: Transfuzia de sânge în tratamentul tumorilor. — Sibiu, „Dacia Traiană", 1943.

Prof. AL. POP: Elemente de chirurgie. — Vol. I, Fasc. III, Sibiu, H. Welther, 1943.

V. PLĂTĂREANU: Gangrena gazoasă. — București, „Cartea Românească", 1943.

V. PLĂTĂREANU: Dare de seamă asupra activității serviciului de chirurgie de urgență și consultații chirurgicale. — București, Tipogr. „Vulturul", 1943.

V. PLĂTĂREANU: Atropin gegen nach- und nebenwirkungen der Operation. — Klinische Wochensch., Ianuar 1942.

V. PLĂTĂREANU: Les cheveux humains, matériel de suture des nerfs. — Extr. București, „Cultura", 1942.

V. PLĂTĂREANU: Considerațiuni asupra amputațiilor de război. — Extr. „Spitalul" No. 2/1943.

V. PLĂTĂREANU et A. VASILIU: L'importance de l'étude du tonus végetatif dans la chirurgie. — Académie des Sciences de Roumaine, Séance du 13 févr. 1941.

E. MERCK DARMSTADT

INHEPTON PER OS

este un lichid plăcut la gust, care conţine în afară de extract hepatic şi alte substanţe cu acţiune hematopoetică şi întăritoare. Inhepton per os se impune deosebit în grăbirea însănătoşirii după operaţiuni şi boale grave, în stările anemice şi de surmenaj, etc. Inhepton per os este economicos, deoarece se ajunge la rezultatul dorit de cele mai dese ori cu 2 flacoane, de multe ori chiar cu unul singur. Un flacon original conţine ca 180 gr.

E. Merck

Darmstadt-Fabrică de Produse Chimice-Fondată 1827

Reprezentanţă generală: CHIMIROMAN, Bucureşti I.
Str. T. G. Masaryk No. 32

BCU Cluj / Central University Library Cluj

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂȚII CASELOR FARMACEUTICE

	Pagina
A. BANCIU: Vaccin Antistreptobacilar „Nicolau-Banciu", — Lactoferment D-r Robin, — Vaccin microbacilar antiacneic D-r Sărățeanu	305
CHIMIROMAN: Inhepton per os „Merck"	25
CHIROPTICA: Recto-Serol, Heliobrom, Acykal „Merz"	341
CODEX: Testogan	362
— — : Myoston	362
RUDOLF FOREK: Kombetin „Boehringer-Soehne"	241
— — : Perlatan Calcium „Boehringer-Soehne"	269
— — : Iminol „Boehringer-Soehne"	295
— — : Noctal „Riedel"	296
— — : Decolin „Riedel"	342
— — : Neohexal „Riedel"	22
GEDEON RICHTER: Colutoid, Tiroida	342
ICFAL: Calcium „Icfal", Fosfovitadol, Hepatonal, Najosol, Metochin	286
INSTITUT „D-R I. CANTACUZINO": Seruri, Vaccinuri, Anatoxine, Filtrate microbiene, Principiu lytic, Tuberculină, Antigen metilic, Toxine, Antigene, Merdii de cultură, Diferite analize, Autovaccin, Autofiltrate	23
KNOLL: Calcium-Diuretin, Iod și Rhodan-Calcium-Diuretin	31
LUTEȚIA: Uralysol „Lobica"	Cop. III
— — : Biolactyl „Fournier Frères"	Cop. IV
— — : Codoforme — Nealgyl — Neol „Bottu"	270
— — : Terapia dermatozelor „Debat"	322
MEDIROM: Collo-Iode „Dubois"	268
— — : Benzotropin „Cephalo"	330
— — : Lavagine, Kalmo-Nervin „Cephalo"	24
ROMIGEFA: Betaxin „Bayer"	32
S. T. F.: Iodamin, Disuric „Gamma"	334
— — : Ovocalcium	304
— — : Silental	29
— — : Calcifix „Anemoton"	37
SANDOZ: Calcibronat	334
SPECIA: Septazine, Soluseptazine	242
SPEPHAR: Bioferment, Cytotonine, Dakinol, Dermophyl, Passicalmine, Solvarthrol, Sulfamidol	290
STANDARD: Thionaïodine, Naïodine „Logeais"	255
— — : Opocalcium, Agocholine „Zizine"	256
— — : Scilloral „Asta"	262
WANDER: Citamino, Sulforonin „D-r Wander"	285
— — : Cerebrosan, Carbowander	306

BCU Cluj / Central University Library Cluj

† Medic Maior D-r GROZE AUREL

Serviciul Sanitar al Armatei şi-a făcut cu prisosinţă datoria în războiul contra Rusiei Sovietice. Indeplinirea serviciului cu abnegaţie şi devotament, pentru salvarea numeroaselor vieţi, a cerut şi din partea medicilor militari activi şi de rezervă multe sacrificii şi jertfe pe altarul Patriei şi al civilizaţiei.

Dintre eroii sanitari morţi la datorie pe frontul Stalingradului se desprinde în chip deosebit figura luminoasă a eroului **Medic Maior D-r GROZE AUREL** dela Spitalul Militar Alba Iulia, mort la vârsta de 41 ani, în stepa Calmucă, în faţa Stalingradului, în urma unei boli contagioase contractată în timpul cât activa la Ambulanţa eroicei Divizii 20-a.

Medicul Maior D-r Groze Aurel, născut la Cacova, judeţul Alba, la 23 Martie 1901, ca fiu al unui învăţător de ispravă, care i-a infiltrat în inimă de mic copil, dragostea de ţară şi alese sentimente de idealism, care i-au caracterizat viaţa şi i-au luminat calea activităţii sale, spre binele patriei şi al suferinţei umane.

Studiile secundare şi le-a terminat la renumitele şcoli din Blaj, trecând apoi la Universitatea din Cluj, unde devine un distins elev al şcolii Prof. Haţegan. După studii strălucite este promovat doctor „Magna cum laude" în anul 1927.

Imbrăţişând cariera medico-militară, îşi începe activitatea sa strălucită la Reg. 33 Art., continuând-o la Reg. 4 Grăniceri.

Ca medic militar cu experienţă şi vază, soarta l-a adus la Aiud, la o unitate de pionieri de munte, de unde i-a rămas pentru toată viaţa, dragostea şi admiraţia faţă de aceste trupe de elită ale armatei române.

In anul 1932, este avansat la gradul de medic căpitan şi se căsătoreşte cu profesoara Margareta Nicolau, distinsă fiică a Generalului de vânători de munte Nicolau. Căsnicia sa ideală, care pe lângă soţie blândă şi înţelegătoare i-a adus şi o familie în care consta şi datoria faţă de ţară, nu erau simple cuvinte goale, i-a adus multă fericire şi mulţumire sufletească. Işi adora soţia şi avea o deosebită afecţiune şi admiraţie pentru socrul său.

Fiind un medic profesionist apreciat, în scurt timp îşi formează o clientelă devotată în populaţia românească din oraş şi satele din împrejurime, care găseşte în acest medic blând şi desinteresat materialiceşte, nu numai pricepere şi devotament, dar mai ales o înţelegere omenească care i-a format un nume de medic reputat.

In anul 1938, este mutat la cererea sa la Spitalul Militar Alba Iulia, unde depune o activitate din cele mai rodnice, contribuind la ridicarea pres-

tigiului acestui spital. Aici devine ofiţer superior, prin avansarea sa la gradul de medic maior în 1940, şi i se încredinţează conducerea serviciului medical şi radiologic.

Evenimentele turburi îi întrerup pentru un timp activitatea de spital, fiind chemat să organizeze o ambulanţă de vânători de munte şi să o pregătească pentru operaţiunile aşteptate pe zona de vest. Pentru cum a organizat şi a pregătit această formaţiune sanitară, obţine cele mai elogioase aprecieri din partea fostului său comandant, D-l General Dumitrache, eroul dela Nalcic.

După patru luni de muncă pe zonă, se reîntoarce la Spital cu inima sfâşiată de durere, din cauza ciopârţirei Ardealului său iubit şi cu speranţa revenirii la Baia Mare, de unde a fost nevoit să ia drumul Golgothei în fruntea Ambulanţei sale.

Începutul războiului contra Rusiei Sovietice, îl găseşte iar la datorie, la o unitate care pleacă spre front.

Deşi era pregătit pentru a îndeplini funcţiuni mai înalte, el maior, nu se dă la o parte să îndeplinească serviciul de medic de batalion, cu care ia parte la campania glorioasă, până sub zidurile Odesei, îndeplinindu-şi datoria cu mult devotament, îngrijind şi pansând răniţii cu blândeţea şi bunătatea ce-l caracteriza. Brav şi dotat cu un curaj deosebit, dovedit pe câmpul de luptă în toate acţiunile la care a luat parte regimentul pe care-l deservea. Nota comandantului său îl caracterizează astfel: „Mediccul Maior D-r Groze Aurel, a îndeplinit funcţia de medic al Batalionului I din Reg. 17 Infanterie, — urmându-l în toate acţiunile sale, căutând a fi cu postul său de prim ajutor în imediata apropiere de linia I-a, pentru a veni cât mai repede în ajutorul răniţilor. Pentru curajul şi exemplul demn de laudă ce l-a dat în timpul lupetlor dela 16—17 Iulie 1941, dând ajutor răniţilor sub focul infanteriei şi artileriei inamice a fost decorat cu medalia Meritul Sanitar de război cl. II-a".

In urma eforturilor şi greutăţilor îndurate la 25 August, cade bolnav şi este evacuat pentru o intervenţie chirurgicală urgentă. Soarta face să fie evacuat chiar la Spitalul de unde a plecat la datorie. Aici, operat şi îngrijit cu devotament, scapă cu viaţă şi restabilit îşi reia vechea activitate la spital, în calitate de medic şef, îngrijind cu multă dragoste şi înţelegere ostaşii răniţi evacuaţi la Spitalul Militar Alba Iulia.

A fost un adevărat părinte pentru răniţii şi bolnavii lui. A rămas memorabilă serbarea de Crăciun organizată de el pentru răniţii primului an de război.

In Febr. 1942, este chemat din nou la datorie, la Ambulanţa Div. 20-a, care s'a acoperit mai târziu cu atâta glorie la Stalingrad.

Dela început se remarcă ca un foarte bun organizator şi plin de idealism, cu multă bucurie în suflet îşi ia rămas bun dela prietenii săi, pentru a-şi conduce ambulanţa pe câmpul de luptă.

Scrisorile sale, dar mai ales răniţii cari se reîntorc dela unităţile pe care le-a deservit, vorbesc cu căldură despre devotata muncă, pricepere şi înţelegere a bunului doctor Groze, gata oricând a sări în ajutorul tuturora.

Vesel, entuziasmat, radia în jurul său numai blândeţe, plin de modestie, împlinind datoria cu devotament, mulţumit că era la datorie pe câmpul de luptă, unde putea aduce servicii ostaşilor şi camarazilor săi iubiţi, pe care în majoritate îi cunoştea de pe meleagurile Ardealului.

Ia parte la bătălia dela Charchov, unde pentru răsplata muncii sale este decorat cu ordinul Crucea Regina Maria cl. II-a şi Coroana României cu spade şi panglica de virtute, apoi urmează cu ambulanţa sa prin marşuri obositoare în imediata apropiere a unităţilor combatante, ajunge în stepa Calmucă până în faţa Stalingradului, unde ia parte la luptele glorioase din faţa cetăţii.

Ne scrie entuziasmat că a ajuns la Volga, i-a văzut apele şi speră că în curând să-şi ia zborul mereu înainte. In stepa Calmucă unde s'a stabilizat frontul, a cunoscut din plin mizeria câmpului de luptă. Lipsa de

adăposturi naturale i-a făcut să-şi instaleze formaţia sanitară în adăposturi săpate în pământ. Din groapa sa luminată cu un rest de lumânare ne scrie fără a se plânge că este mulţumit şi avea numai o dorinţă, să se poată reîntoarce în concediu pentru a se putea reface, simţindu-se puţin slăbit fiziceşte în urma suferinţelor îndurate. Lipsa apei potabile pe arşiţa soarelui chinuitor în stepa aridă, fără nicio plantaţie, făcea grea viaţa de campanie în adăposturile adânciţe în pământul negru al nemărginitei Rusii. Izbucneşte în curând o epidemie de febră, tifoidă, care dela populaţia băştinaşe trece şi la ostaşi şi Doctorul Groze este din nou la datorie pentru a stăvili şi combate această molimă. Dar, în lupta aceasta, după ce salvează atâtea vieţi, într'o zi de toamnă cade bolnav şi el. La început credea că e o boală trecătoare, dar după mai multe zile petrecute în bordeiul său de pământ, boala se agravează, şi în această stare este evacuat la un spital de campanie din Cotelnicowo, unde i se confirmă febră tifoidă. Graţie bunelor îngrijiri date de camarazii şi colegii săi, se părea că va scăpa şi, când speram cu toţii că Doctorul Groze este în afară de orice pericol şi aşteptam reîntoarcerea sa în ţară, pentru a se reface, în plină convalescenţă moare aproape subit într'o tristă şi înviforată zi, 13 Noembrie 1942, departe în stepa duşmănoasă dela malurile Volgei.

Camarazii, cari l-au îngrijit, ne povestesc de răbdarea nemărginită cu care şi-a îndurat suferinţele, adesea renunţa la laptele, ce îl primea, în dorinţă de a fi distribuit copiilor din acelaşi spital.

Suferinţele îndurate cu răbdare aproape îngerească înalţă moartea sa de cruciat până la valoarea unui simbol în faţa căruia se pleacă cu smerită reculegere toţi cei care l-au cunoscut şi l-au îngrijit.

Toţi cei ce-l aşteptam să se reîntoarcă în rândurile noastre, bogat în experienţă şi mândru de opera sa depusă pe meleaguri îndepărtate, ne plecăm frunţile copleşiţi de valoarea jertfei supreme făcută pentru ţară şi întreg neamul românesc.

Memoria sa va fi făclie vie, care ne va călăuzi în viitor — pe cei rămaşi în viaţă — spre drumul biruinţelor acestui neam.

Medic Lt.-Colonel D-r N. Igna

Universitatea Babeş-Bolyai University Library Cluj

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

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 6 pagini de tipar*), faptele clinice 2 pagini*).

Paginile în plus vor fi plătite de autori, câte 800 lei pagina.

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

	50 ex.	100 ex.
1- 4 pag.	Lei 800.—	Lei 1000.—
5- 8 „	„ 1100.—	„ 1300.—
8-16 „	„ 1400.—	„ 1600.—

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Analizele lucrărilor originale vor fi scurte (cel mult 15 rânduri de tipar, aproximativ 30 rânduri scrise). Vor începe cu autorul, titlul lucrării în 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.

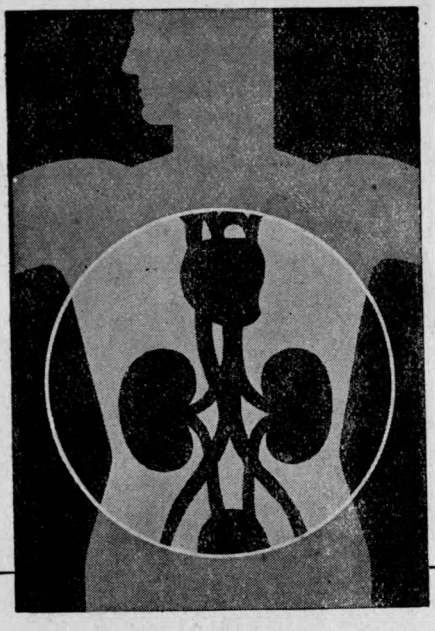
Abonamentul anual este de:

Lei 1.000 pentru Medici,
„ 2.000 „ Instituţiuni
„ 3.000 „ Străinătate

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

Schimbarea adresei se va anunţa la timp.

*) Din cauza costului de imprimare al revistei şi în faţa creşterii continui a preţurilor — pentru a asigura apariţia regulată a revistei, Ad-ţia este nevoită a reduce gratuitatea la 6 pag. pentru articolele originale şi la 2 pag. pentru cazurile clinice, restul fiind plătit de autori.



Pentru terapeutica individuală a inimei şi circulaţiei

Calcium-Diuretina

Medicament eficace cardiac şi vascular şi diuretic puternic.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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.

Administrându-se concomitent

tablete de

BETAXIN

(Vitamina B_1)

Dozele de insulină

în tratamentul

diabetului zaharat

pot fi reduse

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ambalaje originale:

Tuburi cu 20 şi 100 tablete de 3 mgr.

»Bayer« BAYER Leverkusen

Reprezentanţa generală pentru România:

„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53. – Tel. 6.01.80

PARTEA II.

(continuare)

PRINTRE BISTURIE ŞI FOARFECE

de

ANDREA MAJOCCHI

Edit. R. Cioflec, Bucureşti, 1943

Scriitorul italian, Andrea Majocchi, este deja cunoscut publicului cititor dela prima sa lucrare „Viaţă de Chirurg", care s'a bucurat de succes răsunător, fiind tradusă în multe limbi streine.

Printr'o expunere simplă, fără pretenţii literare, D-sa prezintă lucrurile aşa cum sunt, adresându-se sufletului, fără să facă acrobaţii stilistice, fără să se rătăcească prin meandrele abstracte ale savantelor analize psihologice. Autorul se apropie de cititor fără masca ipocriziei, cu bunătatea, cu înţelegerea captivantă şi fermecătoare a spiritelor bogat înzestrate de Creator.

Cartea „Printre bisturie şi foarfece", apărută recent în Editura R. Cioflec, ne este prezentată în versiunea românească de D-l Giusseppe Sabbarese.

Şi această carte a făcut ocolul pământului, ajungând repede la a 12-a ediţie a sa.

Autorul a cules faptele şi întâmplările din viaţa medicilor aşa cum s'au petrecut şi le-a istorisit aşa cum s'au desfăşurat în faţa ochilor săi atenţi şi iscoditori.

Citind pe Andrea Majocchi, simţi vibrând în suflet un tremur intim al emoţiei, aidoma cu senzaţia de plenitudine pe care ţi-o lasă alte două cărţi scrise tot de medici: „Cartea dela San Michele" a lui Axel Munthe şi „L'extraordinaire odissée d'un medecin", de V. Heiser.

„Prin citirea acestei cărţi — pe care o recomand tuturor vor afla şi neprofesioniştii că medicul nu consideră pe bolnav — după cum socotesc unii — numai un caz interesant sau un simplu factor economic, şi că, — în ciuda defăimătorilor sau a puţinilor absenţi ai datoriei, — medicina este un adevărat sacerdoţiu umanitar, şi că ea numără atâţia slujitori credincioşi, a căror sensibilitate nu s'a tocit şi a căror inimă nu s'a împietrit. In acelaşi timp, se va afla că, mai ales în chirurgie, nu totul este roz şi, că adeseori viaţa chirurgului este o adevărată tragedie, în care se cere bietului om să fie supraom" (D-r V. Gomoiu).

In capitolul intitulat „Jertfa", autorul ne înfăţişează o dramă zguduitoare.

„Femeile nu sunt nişte mici lighioane gingaşe, nişte unelte de plăcere şi voluptate, fântâni cu apă proaspătă la care trebue să se adape bărbatul atunci când setea de plăcere îl cuprinde.

Nu! Dacă încercaţi să vorbiţi rău de femeie, vă voiu arăta icoana sfântă a mamei voastre şi cuvintele rele vă vor dispărea de pe buze".

Dragostea de mamă şi sentimentul de maternitate înalţă femeia la culmi sublime, determinând-o la jertfe de o frumuseţe dumnezeiască.

Pia, o încântătoare fată de viţă nobilă, o făptură gingaşe, sentimentală, cu gust artistic desăvârşit şi cu un puternic sentiment religios, deşi bolnavă de tuberculoză pulmonară, rămâne totuşi însărcinată.

Cu toate că somităţile medicale propun un avort terapeutic pentru a o salva, totuşi sentimentul matern neînduplecat este mai puternic decât propria-i viaţă, hotărîndu-se să ducă până la sfârşit sarcina scumpă, „viaţa făpturii sale".

După naştere, boala progresează cu paşi repezi, bolnava aşteptându-şi, cu seninătate, sfârşitul apropiat.

„Am intrat în camera de culcare. Bolnava m'a văzut şi m'a salutat cu o privire. Faţa ei era învineţită, aproape cadaverică; respiraţia grea, pulsul foarte scăzut şi cu întreruperi.

„Criza era iminentă! A apărut apoi chipul înalt al soţului său.

„El ţinea ridicată în sus, o legătură albă de pânză şi de deasupra ei eşea, ca o floare, un obrăjor surâzător şi o mânuţă.

„Contesa a tresărit. Şi-a ridicat capul de pe pernă cu un efort supraomenesc... buzele învineţite au schiţat un surâs ceresc de nedescris...

„I-am auzit ultimele cuvinte, rostite aproape ca un suspin;

„Mimina... fii fericită... măicuţa ta te părăseşte... dar te va însoţi mereu... mereu..."

In capitolul „Imn soarelui", dedicat tuberculoşilor ososi dela Leysin din Elveţia, doctorul A. M. ne descrie viaţa bolnavilor din sanatoriile-vile, unde D-r Rollier face minuni, vindecând tuberculozele chirurgicale cu ajutorul binefăcător al soarelui. Iată un tablou sugestiv:

„Leysinul este un loc privilegiat, o căldare alpină la 1500 metri altitudine, o covată adăpostită de vânturi, dar binecuvântată de soare, încât lumina curgea în şuvoaie de raze actinice, raze binefăcătoare, care pătrund în ţesuturi şi nimicesc germenii tuberculozei".

In această staţie de helioterapie, adevărată oază de lux, de distracţie şi confort, sosesc bolnavi din toate colţurile lumii.

„Totul era luminat aici, totul lucrea, totul strălucea... un triumf de raze îţi lua ochii, te orbea... Soarele dela Leysin este un soare triumfător".

La sfârşitul zilei, după cura intensă, urmează cina şi ceasurile de petrecere.

Marea mulţime a bolnavilor „osseux" se îmbracă în cele mai elegante toalete şi costume, populând saloanele somptuoase ale vilelor sau rămânând în sălile de joc, de muzică sau conversaţie.

Din sala de muzică se furişează discret un cântec dumnezeesc.

„Ah! Această melodie o cunoşteam atât de bine, dar nimeni nu o interpretase cu atâta simţire, nimeni n'a ştiut s'o redea cu atât suflet, cu atâta putere de expresie. Glasul pianului răsuna tot mai puternic, mai înalt, mai maiestos, ca un val amăgitor de bucurie şi de căldură... într'un strigăt de mulţumire, într'o rugăciune..."

Medicul curant îşi deschide petalele inimii, sufere, la fel cu bolnavii săi, crede în vindecarea şi fericirea suferinzilor, le susţine pâlpâirea firavă din licărul vieţii, se bucură sau plânge, se entuziasmează sau se cutremură, identificându-se cu dorinţa de a trăi a oropsiţilor soartei.

„Mulţumirea şi fericirea medicului este aceea de a readuce pe bolnav la viaţă, de a-l putea vedea înflorind din nou, revenind la bucurie, la sănătatea deplină".

Sunt şi cazuri în care boala este mai tare ca rezistenţa bolnavului şi vrerea medicului.

In acest caz, se asistă neputincios la atâtea suferinţe şi atâtea cumplite dureri, ca în faţa propriei tragedii, în ochii medicului se permanentizează drama suferindului, iar coardele cele mai simţitoare ale sufletului sau vibrează, vreme îndelungată, ca un ecou trist, sguduitor pentru echilibrul şi liniştea fiinţei sale.

Autorul istoriseşte o tristă dramă petrecută sub ochii săi şi în familia unuia dintre cei mai dragi prieteni.

O boală diabolică, paralizia infantilă, fixează la pat pe una dintre fetiţele gemene ale inginerului Biachi.

Soarta a fost atât de crudă încât a turburat şi a risipit complect fericirea sfântă a părinţilor nemângâiaţi şi a copilei nefericite. Micul braţ, piciorul atât de vioiu înainte, zace acum ca ceva neînsufleţit pe pat".

Doctorul se înfioară... nu îndrăsneşte să dea părinţilor această tristă veste.

„Nicio boală nu m'a impresionat atât de mult ca aceasta şi de nici una nu m'am temut pentru copii mei.

„Micul mădular paralizat rămâne mort pentru mişcare, mic, atrofiat, atârnă cu ceva fără viaţă... un mădular de copil pe un trup de om mare... o diformitate înfiorătoare".

Cu acelaşi patetism turburător, A. M. continuă:

„Câtă nefericire vă dăruieşte ştiinţa, sărmani medici! Cât este de invidiat profanul... neştiutorul care habar n'are... care nu gândeşte la nesfârşitele putinţe de boală, la nenumăraţii duşmani cari dau roată neamului omenesc!"

Anii treceau şi cele două gemene creşteau. Cea sănătoasă devenise o domnişoară frumoasă.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

„Pe faţa ei puteai citi bunătatea şi plăcerea de a trăi, o bunătate blajină şi spontană care izvora din sănătate.

„Faţă de acest surâs de frumuseţe, Mariuccia alcătuia un contrast. Ea semăna tot atât de bine cu sora ei la trăsături, dar pe chip i se putea vedea expresia durerii. Privirea ei era tristă şi resemnată. Purta rochii lungi ca să-şi ascundă piciorul plăpând, aproape uscăţiv. Micul braţ, slab şi sbârcit, micul mădular paralitic şi atrofic şi-l ascundea cu grije, căci această rămăşiţă de mână, ca de copil, ce atârna tristă şi învineţită de-a-lungul trupului, o înfiora nespus... Aceasta era coşmarul ei..."

Emoţionante sunt scenele povestite de autor, când Mariuccia asistă la petrecerea de nuntă a sorei sale fericite.

„In suflete ne plutea mâhnirea... părerea de rău a medicului care şi-a închinat puterile să învingă boala şi nu a răpus-o, să aline o suferinţă cumplită şi nu a izbutit să vindece un beteşug şi a fost nevoit să se retragă învins şi nemângâiat".

„Medicii socotesc pe bolnavul care li se încredinţează ca pe un semen al lor, deci nu un obiect, ci un om, şi mai mult, un om suferind, un nefericit care pătimeşte şi cere din tot sufletul, alinare şi mângâiere.

Profesia de doctor nu este o îndeletnicire obişnuită, fiindcă nu este o simplă artă că aceia a sculptorilor sau a muzicanţilor, **ci o misiune, o menire sublimă"**.

D-l Giusseppe Sabbarese ne oferă o minunată traducere românească, fiind un exemplu pentru traducătorii autohtoni.

D-r M. IONESCU-ROMANAŢI

ASIGURAREA NAȚIONALĂ CONTRA TUBERCULOZEI IN MEDIUL RURAL

In sala de conferințe a Casei Naționale a Asigurărilor Sociale, a avut loc o comunicare făcută de D-l D-r C. Dăniță, Directorul general al Casei Naționale a Asigurărilor Sociale, care a vorbit despre „Asigurarea Națională contra tuberculozei în mediul rural".

Conferința face parte din ciclul de comunicări organizat de Institutul de Studii și Educație Muncitorească, de sub președinția D-lui Prof. D. R. Ioanițescu.

Inainte de a intra în fondul problemei, D-l D-r C. Dăniță, a expus mai întâi doctrina muncii și a asigurărilor sociale în noul Stat Național și Social.

In noua concepție a vieții de Stat se statornicește munca, drept singur mijloc de existență, de care atârnă nu numai viața individului, dar și a Nației însăși. Munca este obligatorie — a spus conferențiarul — și trebue prestată în toate domeniile și indiferent dacă este pusă în proprietatea familiară, întreprindere particulară sau Stat, ea îmbogățește patrimoniul național. In noua concepție nu poate fi vorba de o diviziune a muncii, diviziune atât de trâmbițată altădată. Munca este indivizibilă și trebue în întregime proteguită, fie că este fizică sau intelectuală, fie că este depusă în fabrici sau pe ogorul câmpului.

Pensia de bătrânețe nu mai este justificată exclusiv de suma cotizată, ci, este în raport cu munca pe care omul a depus-o în timpul vieții, pentru îmbogățirea patrimoniului național. Orice om fiind considerat muncitor, în mod normal urmează o curbă, începând aproximativ dela 16 ani, atinge apogeul cam între 25—50 ani, ca să descrească până la 65 ani, când se socotește ieșit din câmpul muncii. Ei bine, plusul de energie degajat prin muncă peste limita medie, în anii de vigoare a organismului, dă dreptul la asigurarea minimului de existență oricărui muncitor al țării, care a devenit invalid, fie din cauză de boală, fie din cauza procesului natural al vieții: bătrânețea.

Vorbind apoi despre asigurările sociale la sate, D-l D-r Dăniță a spus următoarele:

Problema extinderii asigurărilor sociale în mediul rural fiind adusă în fața D-lui Mareșal Ion Antonescu, d-sa a pus o rezoluție după care asigurările țărănești sunt o necesitate socială și trebuesc înfăptuite.

Ministerul Muncii însărcinând Casa Națională a Asigurărilor Sociale să studieze întreaga problemă, ca singura competentă în această materie, a ajuns la concluziile următoare:

1. Extinderea asigurărilor în mediul rural să se facă în etape.

2. Prima etapă să fie asigurarea întregii populații contra tuberculozei, plecându-se apoi imediat la asigurarea totală, pentru boală, maternitate și accident. Concomitent să se studieze planul pentru pensia de bătrânețe.

a) S'a ales prima etapă, asigurarea națională contra tuberculozei, fiindcă această boală nu este numai un îngrozitor rău individual, dar și un flagel social;

b) Războiul cu inevitabilele lui mizerii va aduce debilitatea organismului și o mărire foarte accentuată a cazurilor de tuberculoză;

c) Există în momentul de față o asigurare pentru tuberculoză, limitată numai la muncitorii asigurați, cu rezultate practice foarte bune;

d) Asigurarea totală pentru tuberculoză, ca primă experiență, se începe în trei județe: Hunedoara, Teleorman și R.-Sărat; aci în aceste centre se va face primul început în extinderea asigurărilor sociale în mediul rural și prima aplicare pe teren a ante-proiectului de asigurare națională contra tuberculozei, întocmit de Ministerul Muncii, care întrunește toate forțele existente de luptă contra acestui flagel.

* * *

MOARTEA PROFESORULUI EMILE FORGUE

In „Presse Médicale" din 6 Februarie 1943, printre alte decese, se semnalează **decesul Prof. E. Forgue,** Profesor onorar al Facultății de Medicină din Montpellier, membru corespondent al Institutului Franței și mare chirurg.

P. Forgue l'am văzut pentru ultima dată la Toulouse, unde asistase la deschiderea congresului de ginecologie, prezidat de D-l Prof. D-r C. Daniel. Avea un mare talent de orator și niciodată nu l-am văzut atingând culmi atât de înalte, tratând un subiect ingrat în aparență, dar care a emoționat publicul compus din congresiști. Era vorba de cancerul genital la femee, problemă pe care marele maestru francez o cunoștea în toate amănuntele. Profesorul Forgue ne-a făcut o lecție admirabilă, menținând tot timpul auditoriul sub o atenție încordată.

Fără îndoială el era o glorie, alături de Grasset, a Facultății de Medicină din Montpellier. Foarte erudit, Profesorul Forgue era în acelaș timp istoric, filosof, savant și mare scriitor. Cartea sa: **Au seuil de la Chirurgie,** editată de Gaston Doin în 1927, confirmă spusele noastre. Cele două volume clasice externe din **„Précis de Pathologie externe"** din colecția Testut, care au instruit atâtea generații, ajungând la ediția a 9-a, precum și volumul consacrat ginecologiei, în colaborare cu Massabuau, au făcut din Forgue un maestru universal.

Discipolii și elevii săi din lumea întreagă vor păstra o amintire eternă **aceluia** care a fost Profesorul Emile Forgue.

Emil Gheorghiu

Fiole
DE 5 cmc.
ȘI
DE 10 cmc.

Elixir
ANEMIE
LIMFATISM
SURMENAJ

Reprezentanța pentru România S. I. F. s. a. r. București IV, Avram Iancu 32

DIABETUL O PROBLEMĂ SOCIALĂ

Conferința D-lui Prof. D-r Wilhelm Falta la Societatea Anatomo-Clinică

In ziua de 21 Mai a. c., în Amfiteatrul Spitalului Brâncovenesc, D-l Prof. Wilhelm Falta dela Facultatea de Medicină din Viena, a ținut sub auspiciile Societății Anatomo-Clinice, o interesantă conferință, vorbind despre „Diabetul, o problemă socială".

D-l Prof. D-r W. Falta, după ce a fost salutat cordial de D-l D-r I. Stoia, președintele Societății Anatomo-Clinice și de D-l Prof. D-r Christide, primul efor al Așezămintelor Brâncovenești, și-a desvoltat conferința D-sale, spunând în esență următoarele:

După statistici, numărul diabeticilor în lumea introducerii insulinei a scăzut, iar durata vieții lor s'a prelungit. Anunțarea obligatorie a tuturor bolnavilor de diabet din partea medicilor, a adus ameliorare în problema diabetului.

In diabet, baza tratamentului o formează regimul, insulina rămânând un tratament substituțional, prin care turburările metabolismului se normalizează. Pentru diabetici este necesar un regim mixt, în aceiași cantitate zilnic și acomodat gustului personal al bolnavului în pericol acut — coma diabetică — dăm imediat insulină intravenos în doze mari.

Capacitatea de lucru la diabeticii gravi este redusă; ei n'au voie să facă eforturi fizice cari pot să aibă efecte catastrofale. Alegerea unei profesiuni potrivite este un lucru foarte important. Astfel de pildă, diabeticii nu pot fi buni soldați. Un diabetic trebue să aibă posibilitatea să mănânce regulat. Cauzele predispozante în diabet, sunt: abuzul de alcool și nicotină, enervare și emoții mari (un important număr de diabetici se recrutează din rândurile mecanicilor de locomotive), supraalimentația, mai ales cu grăsimi, ereditatea rassa (frecvent la evrei).

Diabeticii trebue să fie educați pentru un fel de viață potrivită organismului său, trebuind să fie supraveghiați, și după ce au terminat tratamentul.

Din cauza aceasta, ar fi ideală instituirea caselor speciale pentru tratament și îngrijirea diabeticilor la oraeșle mari. (Diabetikerheime).

* * *

† A. YERSIN

1863—1943

De curând a murit la Nha-Trang, în Indochina, celebrul bacteriolog Alexandre Yersin. Svițeran de origină, Yersin a făcut studiile medicale în Germania și în Franța. **Elev al Institutului Pasteur din Paris,** el colaborează cu Roux și între 1888 și 1890, publică lucrări consacrate difteriei, iar după 1890 se instalează la Saigon, unde Calmette fondase un institut sub ocrotirea lui Pasteur.

Yersin descoperi bacilul ciumei care făcea ravagii la 1893, la Hong-Kong, în China și grație serului său, multe vieți au putut fi salvate în Extremul-Orient și în Indochina franceză. Yersin fundase o școală de medicină colonială la Hanoi și mai târziu un laborator la Nha-Trang, pentru prepararea serului antipestos, de care se servește lumea colonială.

Emil Gheorghiu.

Babeș-Bolyai University Library Cluj

CENZURAT

ANUL AL XVI-lea

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

No. 7-8/1943

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIȚIE LUNARĂ DE
MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORII PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂȚI

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

PENTRU PARTEA CHIRURGICALĂ CU SPECIALITĂȚI

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

Din „SUMARUL" No.

următoare

Prof. D-r T. VASILIU: Anatomia patologică a reumatismului şi a proceselor allergice.

Prof. D-r T. VASILIU: Raport asupra învăţământului anatomiei patologice în facultăţile de medicină şi modificările ce s'ar impune.

N. I. ZAHARIA: Tratamentul meningitei cerebro-spinale epidemice cu sulfapiridină.

M. STOINESCU: Consideraţiuni patogenice în legătură cu un caz de priapism. — Un caz de miopatie congenitală şi familială.

GH. BUNGEŢIANU: Contribuţiuni la studiul biologic a două regiuni ale ţării.

TR. GEORGESCU: Contribuţiuni asupra traumatismelor abdominale.

D. ZEANA: Traumatismele capului însoţite de leziuni intracraniene şi consecinţele lor.

Prof. C. I. PARHON: Privire generală asupra patologiei şi fiziologiei epifizei.

Doc. V. CERCHEZ şi V. V. CERCHEZ: Flictenele oculare şi tuberculoza.

M. ŞCHIOPU: Infecţie puerperală şi septicemică post partum cu bacil piocianic şi cu mastită supurată bilaterală consecutivă.

ST. MAKELARIE şi C. IONESCU: Consideraţiuni asupra etiologiei şi patogeniei astmului bronşic.

A. DOBRESCU şi A. FARAGO: Asupra tratamentului cu albastru de metilen în degerături de diferite grade.

C. V. ANTONESCU: Mijloacele pentru combaterea tuberculozei.

V. M. PLĂTĂREANU: Sindromul hipercholesterinemic acut.

GH. BĂJEU: Plăgile prin arme de foc ale cordului.

N. ŞCHIOPU: Determinarea grupurilor sanguine în armată.

AMELIA DEMETRESCU: Facerea dirijată în lumina actuală. — Colibaciloza în puerperalitate şi post-operatorie. — Statistica operaţiilor pe 9 ani în serviciul de ginecologie şi obstetrică, dela Spitalul Preda din Craiova.

A. ZORAN, L. MIRCEA, S. RĂSVAN şi M. ZORAN TOADER: Contribuţiuni la studiul leucocitozei şi vaccinării în tusa convulsivă.

Conf. FL. SĂRĂŢEANU: Boala lui Fox-Fordyce, cu o observaţie clinică.

G. DONICEANU: Icterul cataral epidemic sau hepatita acută icterigenă infecţioasă epidemică benignă în campania din răsărit.

Biblioteca Universală Regele Ferdinand I din Cluj ROMÂNIA

Vitamina D

ASOCIATĂ COMPLEXULUI ENDOCRIN ŞI EXTRACT HEPATIC

INDICAT IN RACHITISM, CREŞTERE, LIMFATISM, DEBILITATE, ASTENIE, SURMENAJ, CONVALESCENŢA, INFECŢIE, FRACTURI, SARCINĂ, ALĂPTARE.

TUSSOFAG

SPECIFIC AL TUSEI

INDICAT IN TOATE AFECŢIUNILE BRONCHO-PULMONARE BRONŞITE CRONICE, EMFISEM PULMONAR PNEUMONIE, BRONCHO-PNEUMONIE, PLEURESIE, ASTM, BACILOSE INCIPIENTE.

SPLENO CALCIUM

irradié

Mostre gratuite la cerere
MEDIROM S. A. R.
BUCUREŞTI IV — STR. OLARI 23
TELEFON 2.39-46

CEPHALO

LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEŞTI
PRIMITE LA REDACŢIE

I. RADVAN: Pyo-pneumothorax amicrobien et vomiques curatives au cours d'une pneumopathie aigue. (Extras, Rev. St. Med. No. 1—2/1942).

M. LUTCHI, I. RADVAN şi I. GAROTESCU: Rezultatele curei heliomarine în tratamentul coadjuvant al plăgilor de război. (Extras din Revista Sanitară Militară No. 10—12/1942).

G. EUSTATZIU şi S. STAMAŢESCU: Fenomenul reacţivităţii cutanate locale. (Extras din Revista St. Medicale No. 1—2/1942).

G. EUSTATZIOU, M. STANESCO et P. STANCIULESCO: Dothiénentérie dépourvue de localisations intestinales. (Extrait du „Bull. de Inst. Balnéologie de Bucarest" No. 3—6/1941).

Prof. D-r I. BĂLŢEANU: Consideraţiuni la studiul patogeniei şi terapeuticei azotomiilor post-scarlatinoase. (Extras din „Revista St. Medicale" No. 3—4/1943).

V. COSTEA, M. MUNTEANU et C. ANDONI: Recherches sur l'action des sulfamides dans le traitement de la trichophitie. (Extrait de la „Revue Méd. Chir. de Iassy" Nr. 1—2/1943).

I. PASAROV: Cum şi de ce ne îmbolnăvim. Teză de doctorat, Sibiu. Tip. „Cartea Românească", Sibiu, 1943.

I. DUMITRESCU-POPOVICI: Regimurile alimentare în diversele maladii. Ediţia II, Tip. „Troiţa", Bucureşti, 1943.

Îndrumător pentru munca sanitară şi socială la sate. Tip. „Presa", Bucureşti, 1943. Publicat de Consiliul de patronaj al operelor sociale.

GR. IAMANDI şi C. GHEORGHIU: Noţiuni practice de sterilizare, desinfecţie, desinsectizare, deratizare, etc. Tip. „Al. Gheorghiu", Iaşi, 1943.

A. VOINA: Combaterea medico-socială a bolilor venerice. Extras din „Bul. Eugenic şi Biopolitic" No. 5—8/1942.

A. VOINA: Venerologia socială. Extras din „Revista de Igienă Socială" No. 1—2/1942.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

MAGNESIUM-PERHYDROL

Preparatul original de MgO_2

BCU Cluj / Central University Library Cluj

de zeci de ani clinic încercat

Tablete a 0,5 gr.

Substanță de 15 și 25%

E. Merck

Darmstadt-Fabrică de Produse Chimice-Fondată 1827

Reprezentanță generală: CHIMIROMAN, București I.
Str. T. G. Masaryk No. 32

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂȚII CASELOR FARMACEUTICE

	Pagina
A. BANCIU: Vaccin Antistreptobacilar „Nicolau-Banciu", — Lactoferment D-r Robin, — Vaccin microbacilar antiacneic D-r Sărățeanu	463
CHIMIROMAN: Magnesium-Perhydrol „Merck"	*43*
CODEX: Digibaine, Myoston	474
RUDOLF FOREK: Kombetin „Boehringer-Soehne"	367
— — : Pyridium „ „	411
— — : Artose „ „	419
— — : Neohexal „Riedel"	*42*
— — : Decolin „Riedel"	449
— — : Noctal „Riedel"	389
GEDEON RICHTER: Tiroida, Tannocarbon	433
ICFAL: Calcium „Icfal", Fosfovitadol, Hepatonal, Najosol, Metochin	406
KNOLL: Cardiazol-Dicodid	*47*
LUTEȚIA: Inotyol pudră „Lab. D-r Debat"	Cop. III
— —: Laxatif Gobey „Lab. Gobey"	420
— — : Hemostyl „Lab. de l'Hemostyl"	*45*
— — : Rubiazol-Collubiazol „Lab. D-r Roussel"	Cop. IV
MEDIRON: Tussofag, Splenocalcium	*41*
ROMIGEFA: Atebrin, Plasmochin	*48*
S. T. F.: Iodamin, Disuric „Gamma"	434
— — : Ulmara „Gamma"	434
— — : Silental	430
— — : Calcifix „Anemoton"	454
SANDOZ: Calcibronat	430
SPECIA: Dmelcos	368
SPEPHAR: Bioferment, Cytotonine, Dakinol, Dermophyl, Passicalmine, Solvarthrol, Sulfamidol	400
STANDARD: Opocalcium, Agocholine „Zizine"	412
— — : Mandelat „Asta"	390
— — : Quadro-nox „Asta"	429
— — : Iodamelis, Opo-iodamelis „Logeais"	382
WANDER: Antacid „Sapic", Sulforonin „D-r Wander"	443

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Laboratoires „HEMOSTYL" - Paris

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL FARMACEUTIC

FLUCTUAT NEC MERGITUR

„LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

CONDIȚIILE DE PUBLICARE, PUBLICITATE ȘI ABONAMENT

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

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeț.

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

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

Revistele generale, articolele de fond și lucrările originale vor fi publicate întregi, fără urmare într'un alt număr; ele nu vor depăși 6 pagini de tipar*), faptele clinice 2 pagini*).

Paginile în plus vor fi plătite de autori, câte 800 lei pagina.

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

	50 ex.	100 ex.
1- 4 pag.	Lei 800 —	Lei 1000.—
5- 8 „	„ 1100.—	„ 1300.—
8-16 „	„ 1400.—	„ 1600.—

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

BCU Cluj / Central University Library Cluj

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

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

Abonamentul anual este de:

Lei 1.000 pentru Medici,
„ 2.000 „ Instituțiuni
„ 3.000 „ Străinătate

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

Schimbarea adresei se va anunța la timp.

*) Din cauza costului de imprimare al revistei și în fața creșterii continui a prețurilor — pentru a asigura apariția regulată a revistei, Ad-ția este nevoită a reduce gratuitatea la 6 pag. pentru articolele originale și la 2 pag. pentru cazurile clinice, restul fiind plătit de autori.

La tuse intensă

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cardiazol-Dicodid-picături

KNOLL

Flacoane à 10 gr.

Dozare: sugari primesc de 2-3 ori pe zi 1-5 picături;
copii mai mari de 3 ori pe zi 5-10 picături;
adulți de 2-3 ori pe zi 15-20 picături.

KNOLL A.-G., Fabrici chimice, Ludwigshafen pe Rin

Knoll S. A. R., Str. Atena 29, București 3.

TRATAMENTUL PALUDISMULUI

cu

ATEBRIN

**este scurt: 5 — 7 zile
cu acţiune foarte intensă,
fără efecte secundare
neplăcute.**

PRIN GAMETICIDUL

PLASMOCHIN

**se obţine o cotă de re-
cidive cât mai redusă.**

»Bayer« BAYER Leverkusen

Reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53. — Tel. 6.01.80

METEOROLOGIA ŞI MEDICINA

de

EMIL GHEORGHIU

In unul din numerile anterioare ale revistei franceze „Revue des deux mondes", Profesorul **Pasteur-Vallery-Radot**, ne vorbeşte de raporturile existente între om şi cosmos. Orientalii cunosc de multă vreme influenţa fenomenelor meteorologice asupra stării fizice şi psihice. Este natural ca omul să fie impresionat de unele fenomene ale naturii şi de multă vreme există o „meteoropatologie". **Hippocrate** semnalează importanţa factorilor atmosferici asupra apariţiei maladiilor infecţioase. **Pasteur** a arătat rolul factorului meteorologic asupra maladiei viermilor de mătase, numită „la flacherie" şi tot el a insistat asupra frigului care face ca o găină, refractara cărbunelui, să contracteze maladia, după ce a fost scufundată într'o căldare cu apă rece.

Actualmente se studiază rolul soarelui ca agent cancerigen, precum şi al electricităţii în declanşarea cancerului.

Pasteur-Vallery-Radot descrie toţi factorii meteorologici, care au o influenţă necontestată asupra organismului, şi arată cum **Voltaire** semnalase acţiunea deprimantă a vânturilor care se abat asupra Angliei. De aceea animalele sufăr şi au aerul abătut, iar oamenii rezistenţi îşi pierd umoarea lor bună, însă rezistă efectului dezastruos al vântului. Din cauza vântului nefast, englezii au faţa severă şi spiritul dirijat către soluţii desesperate. Voltaire atribuia vântului de est tăierea capului lui Carol I şi detronarea altor suverani!...

Lionezii cunosc efectul vântului de sud. **Mouriquand** a pus în valoare efectele morbide ale acestor vânturi; ele se manifestă sub formă de dureri de cap, iritabilitate, lipsă de aer, dureri articulare, etc.

Astmaticii, tuberculoşii, epilepticii, copiii debili, fac complicaţii, uneori mortale, din cauza vântului de sud, iar animalele şi plantele sufăr şi ele din cauza acestui vânt.

Brumpt a arătat că paludismul creşte sub influenţa presiunei scăzute a barometrului. Se ştie de mult că persoanele care au o stare de nelinişte provenită din cauza unui sistem simpatic bolnav, sunt adânc influenţate de stărea atmosferică.

Rochaix şi Trillat au descris rolul pe care-l are starea higrometrică în creşterea şi răspândirea bolilor contagioase. In ceaţa atmosferică sau în picăturile de apă se încorporează microbii. Astfel se explică rolul miasmelor despre care vobeau acei cari trăiau înainte de Pasteur şi nu cunoşteau care este cauza adevărată a infecţiunilor.

Ionizarea atmosferei constitue un factor de o importanţă considerabilă. Se ştie că orice moleculă gazoasă este compusă din un nucleu încărcat cu electricitate pozitivă şi în jur se află particule încărcate cu electricitate negativă sau electroni.

In mod normal se stabileşte un echilibru între electroni şi nucleu. Dacă un electron încărcat cu electricitate negativă se detaşează din orbita moleculară şi se alipeşte la o altă moleculă, echilibrul este întrerupt şi încărcarea cu electricitate negativă primează. Astfel s'a introdus în moleculă un ion negativ. Molecula care a pierdut un electron, devine un ion pozitiv, deoarece încărcarea cu electricitate pozitivă este mai mare faţă de cea negativă.

Acest fenomen poartă numele de ionizare.

Aceste ionizări produc perturbaţii mari şi de care trebue să ţinem seamă. Astfel criza de astm, migrena, eczema, nevralgia, reumatismul se datoresc ionizărilor pozitive, iar tuberculoşii fac hemoptizii în staţiunile climaterice cu ionizare pozitivă.

Fizicienii au arătat că pământul degajă un câmp magnatic şi că există o diferenţă de potenţial între un punct din atmosferă şi pământ. Pământul fiind încărcat cu electricitate negativă şi aerul cu electricitate pozitivă, se exercită o acţiune evidentă asupra plantelor şi animalelor.

Pech a arătat care este rolul câmpului electric asupra epidemiilor şi maladiilor, ca tuberculoza, cancerul, etc.

In fine, rolul temperaturei externe este de mult studiat. Omul trebue să se adapteze la diferitele temperaturi şi la variaţiile de temperaturi.

Rolul frigului în declanşarea pneumoniei este bine cunoscut, precum şi efectul insolaţiilor care produc tulburări, uneori extrem de grave.

Uneori autorii au demonstrat că există indivizi cari prezintă o fotosensibilitate variabilă, dela caz la caz. Toate aceste consideraţiuni impun studiul climei, care are o aşa de mare influenţă asupra individului.

Moro, dela Heidelberg, a atras atenţia asupra modificărilor hormonale, care apar primăvara, fapt de mult cunoscut.

Activitatea crescută a hipofizei în timpul verei, explică creşterea copiilor în sezonul cald.

Microbii au o acţiune diferită după sezon şi starea umorală din timpul nopţii nu este aceea ca în timpul zilei.

Mai e nevoie să semnalez că influenţa mare a naturei este exploatată vara, când o lume întreagă caută efectul razelor ultraviolete sau infraroşii?

Medicina şi higiena viitorului se bazează şi pe considerente de „meteoropatologie", o ştiinţă nouă care se aplică azi după norme ştiinţifice, cu toate că nu s'a putut debarasa încă complect de empirism.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Noţiunile ce se degajă din articolul lui **Vallery-Radot**, dovedesc că multe probleme necunoscute învălue natura omenească şi că este mult de făcut pentru a explica rolul naturii asupra individului.

* * *

VOCAŢIA MEDICALĂ

dupe revista L'hopital Nr. 410, 411 (24 Année)

de

D-r H. MAKELARIE şi **Drd. N. N. CONSTANTINESCU**

Cu privire la vocaţiunea medicală, în mintea celor mai mulţi sunt idei false din punctul de vedere al alegerii tinerilor, pentru cariera medicală. Se preţuesc adesea, pentru aceasta tinerii, cari în şcoală au fost buni la matematici. Dar spiritul geometric n'are nimic a face spiritul de finețe şi discernământ, trebuitor unui medic. Cum ar putea care cineva supune unui sistem de reguli aritmetice, fenomenele cari dirijează şi produc schimbările organice ale fiinţei?

Dimpotrivă, şcolarii tari în versiunea latină au o formă de spirit mai adaptată necesităţilor meşteşugului medical.

Inteligenţa unuia de 15 ani va fixa sensul unei fraze latine, iar la 25 de ani va pătrunde natura unei maladii şi va putea înţelege, chiar, sufletul unui bolnav.

In concluzie, elevul cu note mediocre la literatură şi bune la matematici va fi îndreptat către o carieră administrativă. Din contră, elevul slab la matematice şi bun la literatură, va fi îndreptat către carierele libere. Aşa dar, ştiinţa medicală cere un candidat bun la literatură, ceea ce, presupune o inteligenţă clară şi o imaginaţie vie.

Astăzi putem merge mai departe ca altă dată, îndemnând pe candidaţi să ia o anumită cale în medicină după tipurile lor constitutive. Astfel:

muscularii pot deveni buni chirurgi,
tipul respirator va fi medicul practician de ţară sau de oraş,
tipul cerebral vă rămâne pentru cercetări de laborator, iar
tipurile digestive vor fi specialiştii medico-chirurgicali.

Aşa dar, o alegere inteligentă a tinerilor pentru medicină va schimba forma actuală a concursurilor şi rezultatul va fi formarea unui corp medical cinstit şi ştiinţific productiv.

Să vedem acum calităţile trebuitoare unui tânăr, ce se dedică carierii medicale. Aesculap cerea discipolilor săi virtuţi şi sacrificii, puţin comune epocii în care trăim; căci medicina cere o muncă grea în tot timpul vieţii, lucru pierdut din vedere de mulţi, cari se dedică acestei cariere. Ei au interese cu totul altele, decât de a deveni buni medici. Aşa de pildă mulţi aleargă după interese materiale, prestigiu, satisfacţii intelectuale, etc., având astfel concepţii greşite, după urma cărora, vor suferi toată viaţa, practicând o meserie pentru care nu sunt hărăziţi.

Şi tocmai, pentru ca drumul pe care şi-l alege tânărul, pentru a-l urma toată viaţa, să nu fie greşit, trebue să se insiste mult asupra vocaţiunii medicale.

In general, putem împărți aptitudinile, care formează vocațiunea medicală, în trei categorii: de ordin moral, intelectual și fizic.

In privința **moralului,** curajul și devotamentul vor face ca orice frică de riscurile contagiunii și morții să dispară, având în față — după cum spune doctorul Ducuing — singurul gând: „Soulager et guérir".

Răbdarea va da medicului puterea de a suporta strigătele celor suferinzi, ezitările și discuțiunile obositoare ale bolnavilor și de a aștepta momentul oportun pentru o intervenție, care nu trebue să se facă decât la timpul său.

Trebue să păsești, înainte de toate, în această carieră cu sânge rece, cu milă și mai ales să fii clarvăzător și prudent. Cel ce se dedică carierei medicale va avea idei generoase și un suflet puternic, capabil să reziste deziluziilor care pot veni atât de neașteptat.

Stăpânirea emotivității este o calitate, ce nu trebue să lipsească pentru a face pe viitorul medic util situațiunilor mai mult sau mai puțin tragice. Desigur, aceasta nu exclude, nicidecum, sensibilitatea datorită căreia medicul e omenos, purtându-se astfel blând cu cei suferinzi.

Urmând planul de mai sus, în privința **intelectului** se poate spune, că intuiția și curiozitatea sunt calitățile de fond ale viitorului medic.

Cinstea, modestia, lipsa de gelozie, vor interzice defăimarea confraților. Lipsa mândriei și discreția medicului vor face pe bolnav să-i încredințeze toate secretele suferinții lui. Un bun medic are acea curiozitate, de a căuta sentimentele și durerile unui bolnav și de a pătrunde în intimitatea individului.

Munca asiduă ce trebue depusă toată viața, trebue ajutată de o memorie bună. Medicul e curios să știe să vadă și să observe înlănțuirea și raporturile lucrurilor, să deducă și să tragă concluzii fără imaginație sau fantazie. Afară de acestea medicul trebue să se intereseze de durerile fiecăruia, știind să consoleze cu multă răbdare.

Nu trebue neglijat însă spiritul logic, acela care face ca fenomenele unei boli, să fie înlănțuite și orânduite cu rost.

Cu alte cuvinte Geoffroy Saint-Hilaire cu drept cuvânt spune: „etre en somme une manière de perfection".

Bunul simț e socotit o calitate de prim ordin a viitorului medic, fiind după mulți o calitate înnăscută.

Prin spiritul critic, viitorul medic va ști să aleagă din datele unei probleme, elementele demne de a fi reținute. Ce s'ar face oare medicul, care n'ar ști să aleagă din spusele unui bolnav!

Ca **fizic** nu va trebui să lipsească o sănătate cât mai bună și un sistem nervos solid pentru a rezista deșteptărilor târzii, meselor brusc întrerupte și atâtor impresii penibile. Apoi studentul în medicină frecventând spitalul, este supus contagiunii. Munca intensă pentru examene și concursuri, îl face în genere mai ușor primitor maladiilor infecțioase și tuberculozei. Așa dar se pune întrebarea, ce rezistență împotriva acestora va avea un organism deja slăbit, prezentând predispoziții morbide?

Bolnavul va trebui să vadă în medic rezultatul unei bune higiene şi a tuturor preceptelor pe care el le răspândeşte. Medicul mereu surâzător, va inspira bolnavului optimismul atât de trebuitor pentru moralul lui. Netăgăduit că un medic exagerat surâzător şi de optimist va da celui ce suferă, impresia că se bucură şi râde de suferinţa lui.

Prinurmare, tânărul cu vocaţie medicală va prezenta un echilibru armonios al darurilor intelectuale, morale şi fizice. Dar ceva mai mult, pe când în alte profesiuni responsabilitatea e răspândită pe mai multe capete, aici ea stă în întregime asupra medicului. Este după cum destul de frumos spune doctorul Roulland „un fardeau qui réclame de solides épaules".

Şi ca încheere putem spune, că vocaţia medicală, de care vorbim este tocmai iubirea meseriei medicale, adică acea impulsiune, care împinge fluturele către lumina orbitoare a unui far.

* * *

PE MARGINEA UNUI RĂSPUNS

In revista „Chirurgia" No. 2/1943, pagina 35—38, D-l Prof. D-r E. Apostoleanu, într'o „Cronică a evenimentelor ştiinţifice" se ocupă de câteva din „Lecţiile inaugurale", cari au avut loc de curând la Facultăţile noastre de medicină din Bucureşti şi Iaşi.

După ce face consideraţiuni judicioase asupra „Profesorului Universitar" şi asupra „Şcoalei elitelor", — consideraţiuni sprijinite pe numeroase citate care dovedesc o întinsă erudiţie din partea D-sale, autorul, conform programului expus în fruntea revistei ce conduce, se ţine de cuvânt „înţelegând să prezinte elitele, dar totodată... (să şi stigmatizeze neisprăviţii cu pretenţii)" şi cu „francheţă şi combativitate", se ocupă de lecţia inaugurală a D-lui Prof. Gh. Banu, al cărui text şi prezentare cu elogii făcută de subsemnatul în „Mişcarea Medicală Română" No. 9—10/1942, comentează.

Domnia-sa reproduce numai începutul şi sfârşitul prezentării noastre, iar din textul lecţiei pune între ghilimele pe nesfârşite trei pagini frânturi de frază, chiar numai cuvinte răsleţe, fără nicio legătură între ele, şi fără sensul legat de legarea lor în frază.

Procedând astfel — ceea ce nu este tocmai ştiinţific — natural că neînţelegând Domnia-sa, „lasă cetitorilor, să înţeleagă ei ce vor voi".

D-l Prof. E. Apostoleanu, socoteşte a stigmatiza, astfel, pe „neisprăviţii cu pretenţii" care am fi noi, care am făcut o prezentare elogioasă a acestei lecţii inaugurale, şi în al doilea rând, D-l Prof. G. Banu, autorul lecţiei. Este o prioritate care ne onorează, dar pe care o trecem autorului lecţiei, care o merită mai de grabă şi care în „Revista de Igienă Socială" No. 4—6/1943, revistă care îi aparţine, dă **Răspunsul** ce reproducem mai la vale:

In revista „Chirurgia", ce se intitulează „Publicaţie de cultură-ştiinţă, tehnică, analiză critică, biomedicală", d-l Prof. **E. Apostoleanu** face o „cronică a evenimentelor ştiinţifice", ocupându-se de un număr de lecţiuni inaugurale din ultimul timp, pe care are aerul de a le considera ca lipsite de claritate.

In cuprinsul a trei pagini, se ocupă şi de lecţia mea inaugurală. Am de dat un singur răspuns: nu este vina mea dacă un profesor universitar nu a sesizat înţelesul unor noţiuni, cum ar fi „cultura sănătăţii", „conştiinţa intereselor biologice", „profilaxia sanitară şi cultura igienică", „caracterul static al medicinei curative şi cel dinamic al medicinei preventive", etc. Aceste noţiuni şi formulări au căpătat de mult consacrarea definitivă în literatura ştiinţifică universală, iar necunoaşterea sensului lor nu mai este îngăduită nici medicului începător.

Că d-sa nu înţelege, îl priveşte. Este însă o iluzorie consolare, când se crede că, prin critică se poate acoperi incultura şi incompetenţa.

In ceea ce ne priveşte, reamintim D-lui Prof. E. Apostoleanu, că acest fel de chirurgie, umană, este inacceptabil, neţinând seamă de posibilităţile de apreciere şi de oportunitatea indicaţiilor D-sale. De altfel aceste rezerve le făceam încă de pe când prezentam publicului medical românesc revista D-sale (Mişcarea Medicală Română No. 9—10/1942), cu programul său frumos dar prezumţios.

Lecţia inaugurală în care D-l Prof. Gh. Banu, defineşte „Ştiinţa medicinei sociale" în înţelesul şi cuprinsul ei integral, să ne îngăduie D-l Prof. A. a continua să o considerăm magistrală; ea coprinde adevăruri multiple, cari neputând fi cuprinse în rânduri se citesc printre rânduri; mai face mărturie de profesia de credinţă a unui profesor la o catedră care vine să se aşeze aşa de târziu între multe catedre mărunte de mai mică importanţă pentru medicina românească şi de mai mică necesitate pentru sănătatea noastră publică.

De aceea repetăm că, pătrunşi în gradul cel mai înalt de rolul medicinei sociale (asupra căreia ne aplecăm necontenit) şi convinşi de calităţile de ordin medical ale noului profesor (pe care îl cunoaştem din nenumăratele sale lucrări, unele de circulaţie europeană), suntem îndreptăţiţi să punem cele mai frumoase speranţe în activitatea sa viitoare — pentru reabilitarea învăţământului nostru medical (care n'a fost întotdeauna la înălţime), pentru prestigiul medicinei româneşti (dintre şi dincolo de hotare), pentru folosul patrimoniului biologic al naţiunei române (care are de câştigat atât de mult dela medicina socială).

M. C.

* * *

AL XI-lea CONGRES NAŢIONAL DE CHIRURGIE

Al XI-lea Congres Naţional de Chirurgie va avea loc între 8—10 Noembrie a. c., la Bucureşti, în Amfiteatrul cel mare al Facultăţii de Medicină, având la ordinea de zi următoarele rapoarte:

1. Vitaminele în chirurgie: Raportori: Profesor I. Niţescu şi D-r Th. Burghele.
2. Chirurgia splinei: Raportori: Profesor Alexandru Pop şi Vl. Buţureanu.
3. Socul post-operator: Raportori: D-r A. Popovici şi Gh. Dinischiotu.

Domnii membrii cari doresc să facă comunicări, sunt rugaţi să-şi anunţe titlul comunicărei până la 15 Septembrie a. c.

Pentru orice informaţiuni a se adresa D-r TOPA, Secretar General, 11 Iunie 17.

CENZURAT

ANUL AL XVI-lea

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

No. 9-10/1943

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIȚIE LUNARĂ DE MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORII PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂȚI

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

PENTRU PARTEA CHIRURGICALĂ CU SPECIALITĂȚI

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

Din „SUMARUL" No.

următoare

Prof. T. VASILIU: Raport asupra învățământului anatomiei patologice în facultățile de medicină și modificările ce s-ar impune.

N. I. ZAHARIA: Tratamentul meningitei cerebro-spinale epidemi e cu sulfapiridină.

M. STOIENESCU: Considerațiuni patogenice în legătură cu un caz de priapism.

D. ZEANA: Traumatismele capului însoțite de leziuni intracraniene și consecințele lor.

C. V. ANTONESCU: Mijloacele pentru combaterea tuberculozei.

N. ȘCHIOPU: Determinarea grupurilor sanghine în armată.

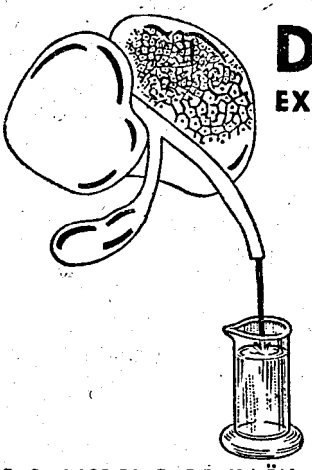
AMELIA DEMETRESCU: Facerea dirijată în lumina actuală. — Colibaciloza în puerperalitate și post-operatorie.

F. QUITTER: Influența favorabilă a unei sulfamide asupra unui caz de pustula malignă.

ST. MILCU: Tiroidită acută vindecată cu sulfamide.

V. CONSTANTINESCU, AXENTE IANCU și C. MANU: Contribuțiuni la tratamentul dietetic al enterocolitelor disenteriforme în armată.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

COLERETIC

COLAGOG

DIURETIC

J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK

UCUREȘTI 3, STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 6

HEPAGEN

Extract de ficat injectabil

Pentru tratamentul anemiilor în general

POSOLOGIE: 1–2 fiole zilnic intramuscular sau subcutanat

In cazuri grave se pot face 4–5 fiole odată la interval de 2–3 zile.

PREZENTARE: Cutia a 10 fiole a 2 cc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cooperativa „Uzinele Sanitare Paulescu - Gerota - Sumuleanu"

Bucureşti, Calea Griviţei Nr. 67

TELEFON 4.98,08

LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEȘTI
PRIMITE LA REDACȚIE

C. ANDREOIU: Chiste hidatice primitive ale marelui epiploon (Extr. „Spitalul" No. 7—8/1942. — Gangrenă gazoasă în urma unei injecții cu adrenalină (Extr. „Spitalul" No. 12/1942). — Calea transperitoneo-vezicală în tratamentul unor fistule vezico-vaginale (Revista de Chirurgie No. 5—6/1943).

E. BOLOGA: Un caz de acantoză nigricantă esențială (Ardealul Medical No. 8/1943). — Entitatea psihofizică (Ardealul Medical No. 1/1942). — Bio și Patografia (Ardealul Medical No. 9/1942). — Corelațiuni funcționale între piele și organele genitale la femee (Spitalul No. 6/1943). — Considerațiuni clinice la un caz de xeroderma pigmentosum (Ardealul Medical No. 10/1943). — Corelațiuni funcționale între piele și sistemul nervos (Spitalul No. 7—8/1943).

E. COLBAZI și E. BOLOGA: Eritem exudativ multiform secundar sifilitic (M. M. R. No. 3—4/1943. — Contribuțiuni la tratamentul pemfigusului vulgar (Ardealul Medical No. 9/1942). — Germaninul în tratamentul pemfigusului (Ardealul Medical No. 1/1943).

Prof. G. BENETATO: Transfuzia cu sânge conservat. Sibiu, Inst. grafic „Dacia Traiană", 1943.

Farm. E. CONSTANTINESCU: Istoricul farmacognoziei și farmacodinamică ca materii de învățământ în România. Buc., Tip. „Cultura", 1943.

Prof. G. TUDORANU: Clinici medicale. Cercetări și observații clinice. Iași, Edit. „Iașul Medical", 1943.

Prof. I. DRAGOIU și C. CRIȘAN: Elemente de Istologie și tehnică microscopică. Fasc. 3. Librăria H. Welther, Sibiu, 1943.

Prof. D-r P. TOMESCU: Doi ani de activitate la Ministerul Sănătății. Inst. grafic „Tiparul Românesc", Buc., 1943.

S. P. CUPCEA: Studii eugenice. (Ereditate și mediu. Ce este eugenia? Examenul prenuptial). Extras din Buletinul eugenic și biopolitic No. 7—12/940.

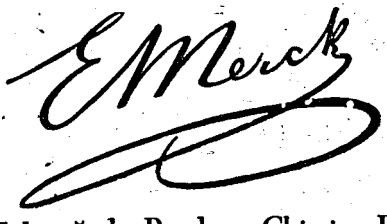
OESTROMENIN

4,4'-Dioxi-α, β-dietilstilben

Preparat sintetic cu acțiunile biologice ale hormonului folicular. Incercat în

turburări climacterice și în toate celelalte indicațiuni ale terapiei cu hormon folicular

Picături • Tablete ▪ Fiole



Darmstadt-Fabrică de Produse Chimice-Fondată 1827

Reprezentanță generală: CHIMIROMAN, București I.
Str. T. G. Masaryk No. 32

59

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂȚII CASELOR FARMACEUTICE

	Pagina
A. BANCIU: Vaccin Antistreptobacilar „Nicolau-Banciu", — Lactoferment D-r Robin, — Vaccin microbacilar antiacneic D-r Sărățeanu	479
CHIMIROMAN: Oestromenin „Merck"	50
CHIROPTICA: Recto-Serol, Heliobrom, Acykal „Merz"	562
R. FOREK: Veroligen „Boehringer-Soehne"	511
— — : Dorital „Boehringen-Soehne"	493
— — : Perlatan Calcium „Boehringer-Soehne"	512
— — : Noctal „Riedel"	538
— — : Decolin „Riedel"	56
— — : Neohexal „Riedel"	58
GEDEON RICHTER: Bellafit, Acitetramin	561
ICFAL: Calcium „Icfal", Fosfovitadol, Hepatonal, Najosol, Metochin	494
KNOLL: Veriazol	63
LUTEȚIA: Inotyol pudră „Lab. D-r Debat"	Cop. IV
— — : Laxatif Gobey „Lab. Gobey"	502
— — : Hemostyl „Lab. de l'Hemostyl"	Cop. III
— — : Rubiazol-Collubiazol „Lab. D-r Roussel"	61
MEDIROM: Gargarisme — Antiseptol „Chauvin"	492
ROMIGEFA: Prontosil „Bayer"	64
S. T. F.: Iodamin, Disuric „Gamma"	544
— — : Ulmara „Gamma"	574
— — : Silental	510
— — : Calcifix „Anemoton"	578
SANDOZ: Calcibronat	537
SPECIA: Novarssenobenzol „Billon"	480
SPEPHAR: Bioferment, Cytotonine, Dakinol, Dermophyl, Passicalmine, Solvarthrol, Sulfamidol	588
STANDARD: Opocalcium, Agocholine „Zizine"	524
— — : Thionaiodine, Naiodine „Logeais"	582
— — : Scilloral „Asta"	587
— — : Quadronal „Asta"	592
UZINELE SANITARE: Lipocorten	545
— — : Hepagen	57
— — : Testormon	546
WANDER: Cerebrosan, Avitaminozele C Citamino „D-r Wander"	569

Babeș-Bolyai University Library, Cluj

RUBIAZOL

ampoules *comprimés*

Il a fait ses preuves...

plus de 500 références bibliographiques prouvent l'activité et la parfaite tolérance de la carboxy-sulfamido-chrysoïdine

dans

ERYSIPÈLE • FIÈVRE PUERPÉRALE
GRIPPE • COMPLICATIONS GRIPPALES
MÉNINGITES • SEPTICÉMIES
ROUGEOLE, SCARLATINE, ANGINES
PHLEGMONS, OSTEOMYÉLITES
PLEURÉSIES PURULENTES
PLAIES INFECTÉES, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

FORMES EXTERNES

COLLUBIAZOL

COLLUTOIRE AU RUBIAZOL
calme instantanément la douleur

Angines • Rhino-Pharyngites
Stomatites

GYNÉCOLOGIE : Vaginites - Métrites du col etc., etc.

Laboratoires du Dr ROUSSEL - Paris

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL
FARMACEUTIC

FLUCTUAT NEC MERGITUR

„LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 2.21.38

Muzeul din Cluj • Biblioteca Centrală ROMÂNIA

CONDIȚIILE DE PUBLICARE, PUBLICITATE ȘI ABONAMENT

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

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeț.

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

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

Revistele generale, articolele de fond și lucrările originale vor fi publicate întregi, fără urmare într'un alt număr; ele nu vor depăși 6 pagini de tipar*), faptele clinice 2 pagini*).

Paginile în plus vor fi plătite de autori, câte 800 lei pagina.

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

	50 ex.	100 ex.
1- 4 pag.	Lei 800.—	Lei 1000.—
5- 8 „	„ 1100.—	„ 1300.—
8-16 „	„ 1400.—	„ 1600.—

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

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

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

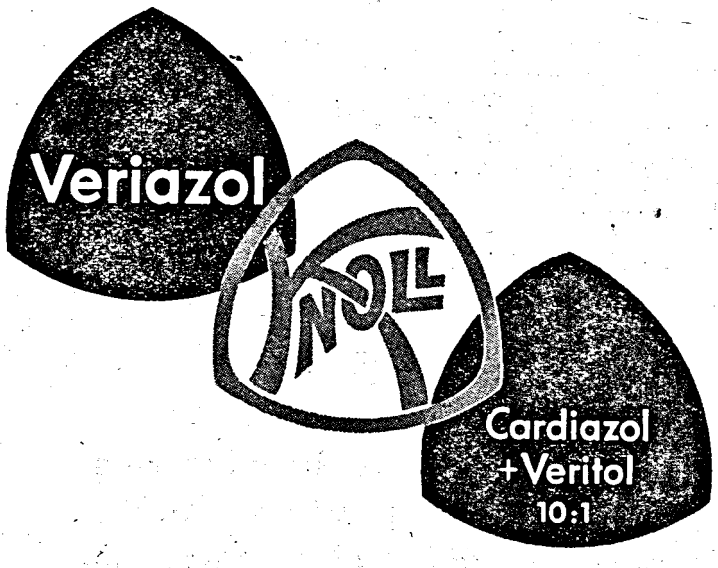
Abonamentul anual este de:

Lei 1.000 pentru Medici,
„ 2.000 „ Instituțiuni
„ 3.000 „ Străinătate

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

Schimbarea adresei se va anunța la timp.

*) Din cauza costului de imprimare al revistei și in fața creșterii continui a prețurilor — pentru a asigura apariția regulată a revistei, Ad-ția este nevoită a reduce gratuitatea la 6 pag. pentru articolele originale și la 2 pag. pentru cazurile clinice, restul fiind plătit de autori.



Stimulent circulator
Analeptic

cu acțiune centrală mărită și acțiune periferică energică.

Contra atoniei circulatorii consecutive maladiilor infecțioase, în intoxicații, pre- și postoperator, în stările de epuizare, în convalescență, în răul de röntgen.

In colaps, accidente de narcoză,
intoxicații,
paralizii vasculare, asfixie.

Lichid: Flacoane de 10 gr.
Tablete: Tuburi de 10 buc.
Fiole: Cutii de 5 buc. à 1,1 cmc.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN PE RIN
Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

PRONTOSIL

are o deosebită importanță

în

erisipel, angină, septocemie post partum și post abortum, septicemie după otită medie, scarlatină, infecțiune a căilor biliare, flegmoane, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ambalaje originale:

Tuburi cu 20 tablete de 0,5 gr.
Cutii cu 5 fiole de 5 cmc.

»Bayer« BAYER Leverku en

Reprezentanța generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. București I, Str. Brezoianu 53. – Tel. 6.01 80

CENZURAT

ANUL AL XVI-lea

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

No. 11-12/1945

MIŞCAREA MEDICALĂ ROMÂNĂ
- ACTA MEDICA ROMANA -

REVISTĂ CU APARIȚIE LUNARĂ DE MEDICINA ŞI CHIRURGIE GENERALĂ

COLABORATORII PRINCIPALI:

PENTRU PARTEA MEDICALĂ CU SPECIALITĂȚI

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

PENTRU PARTEA CHIRURGICALĂ CU SPECIALITĂȚI

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

Din „SUMARUL" No.

următoare

Prof. T. VASILIU: Raport asupra învățământului anatomiei patologice în Facultățile de Medicină și modificările ce s'ar impune.

GR. GR. IAMANDI: Contribuțiuni la studiul eosinofiliei helmintiazice.

AMELIA DEMETRESCU: Facerea în lumina actuală, facerea dirijată.

I. GHIȚEA: Raport asupra stării de sănătate a Moților din jud. Alba.

G. POLATOS și D. MATEI: Despre un semn de percuție pentru depistarea cavernelor.

Prof. D-r I. STOICHIȚIA: Organizarea plășilor sanitare și a serviciilor sanitare județene.

H. MAKELARIE: Asupra tratamentului fizioterapic al astmului prin aer comprimat la băile Kreţulescu din Câmpulung. — Diciologia medicală. — Asupra hemoragiilor uterine ce însoțesc expulsia placentei.

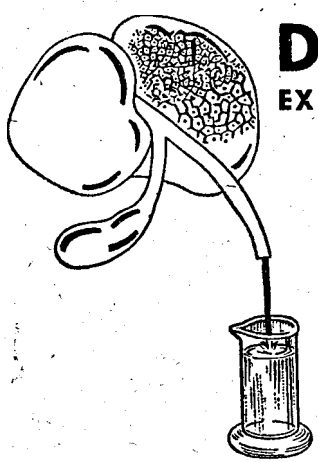
C. TODEA și I. PELEA: Un caz de tetanie paratireoprivă. — Un caz de hepatită icterigenă toxică.

Prof. E. RADU și R. HOLBAN: Aplicarea Roentgenterapiei în pleurezia sero-fibrinoasă.

M. POPLUCA: Organizarea serviciului sanitar militar, cu o privire specială asupra funcționării spitalului chirurgical Z. I. 162.

C. BARTH: Robert Koch.

BCU Cluj / Central University Library Cluj



DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

COLERETIC

COLAGOG

DIURETIC

J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK

BUCUREȘTI 3, STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 6

HEPAGEN

Extract de ficat injectabil

Pentru tratamentul anemiilor în general

POSOLOGIE: 1–2 fiole zilnic intramuşcular sau subcutanat

În cazuri grave se pot face 4–5 fiole odată la interval de 2–3 zile.

PREZENTARE: Cutia a 10 fiole a 2 cc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cooperativa „Uzinele Sanitare Paulescu - Gerota - Sumuleanu"

Bucureşti, Calea Griviţei Nr. 67

TELEFON 4.98,08

LUCRĂRI MEDICALE ROMÂNEȘTI
PRIMITE LA REDACȚIE

GH. ANDRONOVICI: Situația sanitară și raport de activitate pe anul 1942. (Inst. „Brawo", 1943, Iași).

I. RADVAN: Câteva precizări și probleme cu privire la adrenoterapie în maladia palustră. (Extr. din Rev. San. Mil. No. 4—6/1943). — Contribuție la studiul clinic al infecțiilor cu piocianic. (Extr. din Rev. San. Mil. No. 7—9/1943).

I. BALABAN și I. RADVAN: Rolul sistemului endotelial în patogenia și terapeutica boalei palustre. (Extr. din Rev. San. Mil. No. 7—9/1943).

Prof. G. BANU: Tratat de medicină socială. Vol. I. Medicina Socială ca știință. Eugenia. Demografia. (Casa Școalelor, 1944).

M-TERUL SĂNĂTĂȚII ȘI OCROT. SOCIALE: Îndrumător pentru activitatea medicilor și studenților în medicină în mediul rural. (București, Tip. „Presa", 1943).

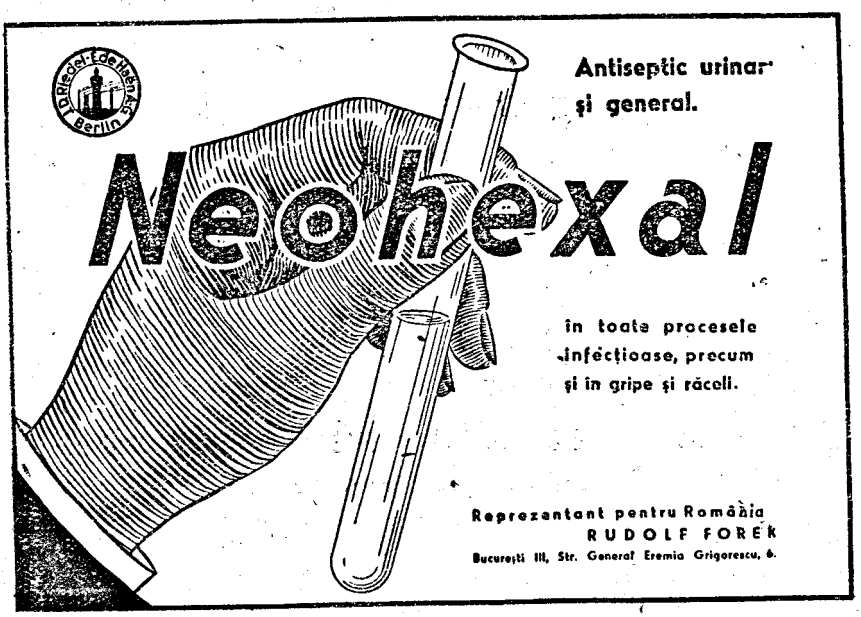
M. ZAVERGIU-TEODORU: Centrul de medicină preventivă în Casa Națională a Asig. Sociale. (București, Tip. Ștefănescu, 1943). — Scarlatina în România, 1879—1943. (București, Imp. „Văcărești", 1943). — Sifilisul heredo-sifilitic la copii. (București, Tip. Ștefănescu, 1942).

TH. MOISESCU: Manual de semiologie elementară a aparatului respirator. (București, Tip. „Horia", 194).

Inst. de Igienă și Sănătate publică Cluj—Sibiu: Probleme de sănătate publică. (Tip. „Cartea Românească din Cluj", Sibiu, 1943).

Buletinul Cons. de patronaj al operelor sociale. (Anul I, No. 2, 1943).

S. IRIMESCU: Perspective de viitor în combaterae tuberculozei. (Tip. „Furnica", București, 1943).



E. MERCK * DARMSTADT *

SIROP DE EPHETONINĂ

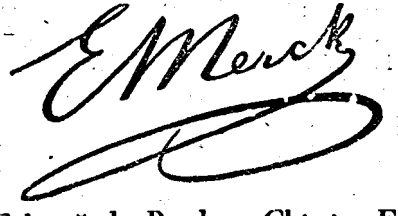
Cu acţiune excelentă expectorantă şi calmantă în tuse, tuse convulsivă şi bronşită.

Flacoane cu aprox. 170 gr.

E Merck

Darmstadt-Fabrică de Produse Chimice-Fondată 1827

Reprezentanţă generală: CHIMIROMAN, Bucureşti I.
Str. T. G. Masaryk No. 32



BCU Cluj / Central University Library Cluj

TABLA ALFABETICĂ A PUBLICITĂȚII CASELOR FARMACEUTICE

	Pagina
CHIMIROMAN: Sirop de ephetonină	69
RUDOLF FOREK: Kombetin „Boehringer-Soehne"	621
— — : Flavolutan „ „	614
— — : Perlatan Calcium „ „	622
— — : Noctal „Riedel"	679
— — : Neohexal „Riedel"	68
— — : Decolin „Riedel"	66
GEDEON RICHTER: Perhepar, Acitophosan	652
HYGEA-CLUJ: Antiscorbin, Bevitamin, Foliculin	613
— — : Bronchotiofan, Ipecodal, Pulmorobin, Sulfazol	693
KNOLL: Calcium-Diuretin, Iod și Rhodan-Calcium-Diuretin	73
LUTEȚIA: Inotyol pudră „Lab. D-r Debat"	644
— — : Laxatif Gobey „Lab. Gobey"	Cop. III
— — : Hemostyl „Lab. de l'Hemostyl"	694
— — : Rubiazol-Collubiazol „Lab. D-r Roussel"	71
MEDIROM: Gargarisme — Antiseptol „Chauvin"	626
ROMIGEFA: Dolantin	74
S. T. F.: Iodamin, Disuric „Gamma"	656
— — : Calcifix „Anemoton"	669
— — : Ulmara „Gamma"	689
— — : Silental	678
SANDOZ: Calcibronat	687
SPECIA: Anthiomaline	Cop. IV
SPEPHAR: Bioferment, Cytotonine, Dakinol, Dermophyl, Passicalmine, Solvarthrol, Sulfamidol	670
STANDARD: Opocalcium, Agocholine „Zizine"	628
— — : Mandelat „Asta"	627
— — : Quadronal „Asta"	680
TRANSMARE: Diacard „Madaus"	717
— — : Rubia Teep „Madaus"	725
UZINELE SANITARE: Hepagen	67
— — : Testormon	660
WANDER: Sulforomin „Wander", Pulmosept „Sapic"	709
CARL ZEISS-JENA: Microscoape „Carl Zeiss"	703

BCU Cluj / Central University Library Cluj

RUBIAZOL

ampoules comprimés

Il a fait ses preuves...

plus de 500 références bibliographiques prouvent l'activité et la parfaite tolérance de la carboxy-sulfamido-chrysoïdine

dans

ERYSIPÈLE • FIÈVRE PUERPÉRALE
GRIPPE • COMPLICATIONS GRIPPALES
MÉNINGITES • SEPTICÉMIES
ROUGEOLE, SCARLATINE, ANGINES
PHLEGMONS, OSTEOMYÉLITES
PLEURÉSIES PURULENTES
PLAIES INFECTÉES, etc.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

FORMES EXTERNES

COLLUBIAZOL

COLLUTOIRE AU RUBIAZOL
calme instantanément la douleur

Angines • Rhino-Pharyngites
Stomatites

GYNÉCOLOGIE : Vaginites - Métrites du col etc., etc.

Laboratoires du Dr ROUSSEL - Paris

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL
FARMACEUTIC

FLUCTUAT NEC MERGITUR

„LUTEȚIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 2.21.35

CONDIȚIILE DE PUBLICARE, PUBLICITATE ȘI ABONAMENT

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

Manuscrisele vor fi dactilografiate sau scrise citeț.

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

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

Revistele generale, articolele de fond și lucrările originale vor fi publicate întregi, fără urmare într'un alt număr; ele nu vor depăși 6 pagini de tipar*), faptele clinice 2 pagini*).

Paginile în plus vor fi plătite de autori, câte 800 lei pagina.

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

	50 ex.	100 ex.
1- 4 pag.	Lei 800.—	Lei 1000.—
5- 8 „	„ 1100.—	„ 1300.—
8-16 „	„ 1400.—	„ 1600.—

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

Babeș-Bolyai University Library Cluj

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

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

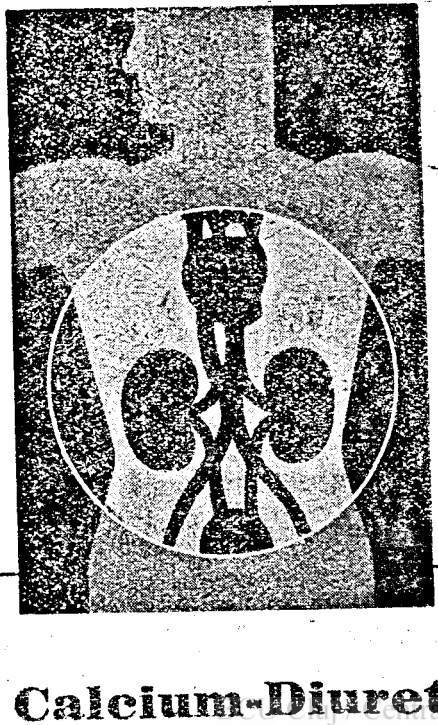
Abonamentul anual este de:

Lei 1.000 pentru Medici,
„ 2.000 „ Instituțiuni
„ 3.000 „ Străinătate

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

Schimbarea adresei se va anunța la timp.

*) Din cauza costului de imprimare al revistei și în fața creșterii continui a prețurilor — pentru a asigura apariția regulată a revistei, Ad-ția este nevoită a reduce gratuitatea la 6 pag. pentru articolele originale și la 2 pag. pentru cazurile clinice, restul fiind plătit de autori.



Pentru terapeutica individuală a inimei şi circulaţiei

Babeş-Bolyai University Library Cluj

Calcium-Diuretina

Medicament eficace cardiac şi vascular şi diuretic puternic.

Iod-Calcium-Diuretina

In deosebi pentru tratamentul turburărilor bătrâneţii.

Rhodan-Calcium-Diuretina

Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.

KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.

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

DOLANTIN

Analgeticul şi spasmoliticul desăvârşit

Proprietăţi spasmolitice neîntrecute puternică acţiune analgetică, bine tolerat în spasmele musculaturei netede şi în cele mai variate stări dureroase.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Ambalaje originale:

Tablete, soluţie, supozitoare, picături

»Bayer« BAYER Leverkusen

Reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53. – Tel. 6.01.80

Ferdinand I. din Cluj • Biblioteca Uni... ROMÂNIA