

Mișcarea Medicală

LUNARĂ

PUBLICAȚIE DE MEDICINĂ GENERALĂ
REVISTĂ ANALITICĂ ROMÂNEASCĂ

S U M A R U L

	<u>Pag.</u>
I.	
<i>Cronica</i>	
Profesorul Dr. N. Paulescu (1869—1931) —Necrolog de <i>Medic Colonel Prof. Dr. C. Mihailescu</i>	425
Câteva date noi asupra biologiei bacilului tuberculozei de <i>Docent Dr. M. Nasta</i>	429
Contribuțiile culturilor de țesuturi la studiul experimen- tal al cancerului de <i>Conferențiar Dr. E. Crăciun</i>	436
O nouă reacție pentru diagnosticul sifilisului—Reacția de conglomerare a lui Müller (M. B. R. II).	448
Cuvânt introductiv de <i>Prof. Dr. R. Müller (Viena)</i>	457
Despre baza și tehnica reacției de conglomerare Müller de <i>Dr. Leon Herman-Craiova</i>	459
Tuberculoza în universitate și măsurile pentru combate- rea ei de <i>Docent Dr. L. S. Daniello-Cluj</i>	465
Vechea terapeutică oculară românească de <i>Dr. I. Glă- van-Oradea</i>	475
Problema specialităților farmaceutice în lumina actua- lității în România (sfârșit) de <i>Docent Dr. M. Cănciulescu</i>	509
<i>Sommaire Inhalt</i>	427

II.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — CONGRESE

Primul congres național de tuberculoză, București, Iunie 1931

(Urmare pag. II-a cop.

SCRISUL ROMÂNESC — CRAIOVA.

Rapoarte

Tuberculoza în România de <i>Dr. S. Irimescu</i>	481
" copiilor de <i>Prof. Dr. Manicatide</i>	483
" în școlile din România de <i>Dr. S. Banu</i>	484
" în armată de <i>Prof. General Dr. Butoianu și</i> <i>Col. Dr. Bălănescu</i>	485
Tuberculoza pulmonară la C. F. R. de <i>Dr. L. Belciugățeanu</i>	485
" în mediul industrial de <i>Dr. M. Nasta</i>	486
Tratamentul chirurgical al morbului lui Pott de <i>Prof.</i> <i>Dr. I. Bălăcescu și Dr. I. Marian</i>	486
Colapsoterapia în tuberculoza pulmonară de <i>Dr. S. Bălănescu și Dr. H. Teodoreanu</i>	490
Incidente, accidente, complicații ale colapsoterapiei de <i>Dr. M. Popper și Dr. T. Veber</i>	490
Colapsoterapia chirurgicală de <i>Prof. Dr. A. Cosăcescu</i>	492
Indicații și contraindicațiile radiologice în colapsoterapia tuberculozei pulmonare de <i>Dr. A. Georgescu</i>	493
<u>Comunicări</u>	493

B.—SOCIETĂȚI ȘTIINȚIFICE

Societatea r. de biologie:

Secțiunea din Iași: Șed. din 28 Apr., 15 Iunie, 1930 și 28 Febr., 28 Martie, 28 Apr., 1931	495
Secțiunea din Cluj: Șed. din 26 Iunie, 28 Noemb., 30 Dec., 1930 și 3 Martie, 31 Martie, 1931	496
Secțiunea din București: Șed. din 5 Iunie, 3 Iulie, 20 Noembrie, 4 Dec., 18 Dec., 1930 și 3 Ian., 5 Febr., 1931	498

C.—MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

IN

CENTRELE NE-UNIVERSITARE

Soc. științelor medicale din Oradea: Șed. din 6 Iunie, 20 Iunie, 27 Iunie 1931	501
---	-----

D.—SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC

Specialitățile farmaceutice în România (<i>Caractere generale, speciale și specifice</i>) — Urmare și sfârșit.	509
---	-----

Abonamentul 250 lei pe an
Pentru studenți 150 lei

Mișcarea Medicală

L U N A R Ă

PUBLICAȚIE DE MEDICINĂ GENERALĂ
REVISTĂ ANALITICĂ ROMÂNEASCA

COMITET DE PATRONAJ:

PROF. C. ANGELESCU — PROF. I. CANTACUZINO — PROF. C. DANIEL
PROF. D. DANILOPOLU — PROF. D. GEROTĂ
PROF. C. LEVADITI — PROF. I. NANU-MUSCEL — PROF. A. TEHARI

DIRECTOR:

DOCENT DR. M. CÂNCIULESCU.

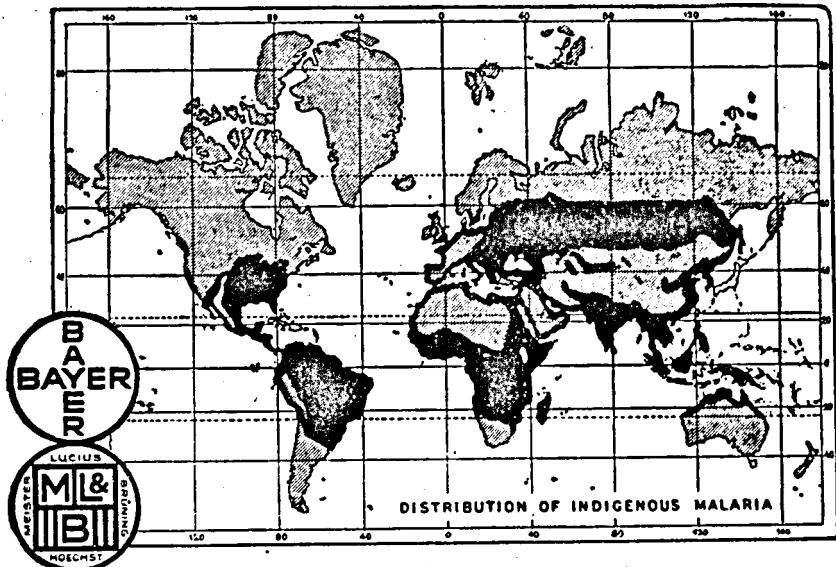
COLABORATORI:

Anat. Patologică: PROF. T. VASILIU.
Bacteriologie: CONF. D. COMBIESCU — D.
HESS.-LEONEANU.
Cancer: CONF. A. BABEȘ — CONF. I. JIANU
Chirurgie: PROF. I. IACOBOVICI — M.
BACULESCU — CONF. T. NASTA.
Chimie biologică: CONF. V. CIOCÂLTEU.
Dermato-Sifilografie: PROF. S. NICOLAU —
V. DRĂGOESCU.
Căi digestive: DOC PAVEL — CONF. SIMICI
Endocrinologie: PROF. C. PARHON.
Farmacie: DR. N. PETRESCU.
Farm.-Terapeutică: CONF. G. BĂLTĂCEANU
Genito-Urinare: DOC. A. DANIEL.
Ginec.-Obstetrică: DOC. E. MATEESCU-I.
Infecțioase: PROF. M. CIUCA — CONF. T.
MIRONESCU.
Laborator clinic: R. HIRSCH.

Med. Exper.: S. NICOLAU (INST. PASTEUR.)
Medicina legală: CONF. M. KERNBACH.
Medicina Militară: GL. A. VASILESCU —
COL. G. DIAMANDESCU.
Neurologie: CONF. ST. DRĂGĂNESCU —
CONF. D. PAULIAN.
Nutriție: DOC. I. DANIEL — CONF. G.
LITARZECK — CONF. C. RADOSLAV.
Oftalmologie: PROF. D. MICHAIL.
Pat. Internă: PROF. I. HATIEGANU.
Parasitologie: PROF. G. ZOTTA.
Pediatrie: PROF. M. MANICATIDE —
ANGHEL DANIEL.
Fizioterapie: PROF. P. NICULESCU.
Radiologie: PROF. D. NEGRU — DOC. A.
GEORGESCU — DOC. E. LAZEANU.
Tuberculoza: DOC. S. IAGNOV — DOCENT
M NASTA — T. VOICULESCU.

SECRETAR DE REDACȚIE: DR. I. ROSENSTEIN.





CHINOPLASMIN

REMEDIUL PENTRU VINDECAREA
TUTUROR FORMELOR PALUDISMULUI
CU NUMĂRUL CEL MAI REDUS DE RECIDIVE.

**Cel mai sigur PROFILACTIC cu toleranță perfectă
PER OS ȘI ÎN INECȚII**

AMBALAJE ORIGINALE:

Tablete: Cutii cu 12 tablete.
Drageuri: Flacon cu 24 drageuri.
Soluție: Cutii cu 5 fiole de 2 ccm.

Tratament: 3—4 tablete sau 1—2 fiole pe zi, timp de 3 săptămâni.
Profilaxie: 1 tabletă pe zi.

În cazurile de Idiosincrasie față de chinină și în febra hemogloburică se întrebunțează Plasmochinul simplu, în tablete sau fiole.

„Bayer-Meister-Lucius“

SECȚIA FARMACEUTICĂ — BIROUL ȘTIINȚIFIC
I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT
LEVERKUSEN a. Rh.

Specimene și literatură gratuit prin reprezentanții generali pentru România:

„PHARMA“-STUDERUS & Co.
BUCUREȘTI II, Strada Spiru Haret No. 5.

TELEFON 349 30

CRONICA

Cu trecerea Prof. Paulescu în rândul marilor noștri savanți dispăruți, Prof. I. Atanasiu, V. Babeș, Toma Ionescu, medicina românească încearcă o nouă grea pierdere.

Pe Prof. Paulescu — al cărui nume rămâne împletit cu al lui Lancereaux, — opera științifică vastă și descoperirea pancreinei (insulina autorilor americani), pe a cărei descoperire cu tot premiul Nobel acordat uzurpatorilor posteritatea nu va lipsi a i-o recunoaște, îl așează în rândul marilor savanți ai științei medicale.

Calitățile sufletești ale Prof. Paulescu animate de un suflu de largă generositate; ideile lui filosofice, cari scăpate dintr'o prismă cam strâmtă de credințe religioase își deschideau o vedere cu atât mai largă pe orizontul umanității; vederile sale clare, cari cereau omului un inbold moral și recomandau societății un sistem de organizare fiziologică pentru mai buna lor funcționare și fericire în viață, au făcut din Prof. Paulescu unul din marii gânditori ai omenirii.

Renunțarea benevolă la o situație strălucită în străinătate — care îi deschidea larg de pe atunci porțile celebrității și care prin posibilitățile de spital îi asigura continue mijloace de studiu și deci de noi descoperiri — pentru a veni în țară, cași renunțarea la specularea dar și afirmarea în străinătate a descoperirii principiului activ al pancreasului, sunt gesturi de mare patriot.

Conștiințiositatea, de servit ca exemplu semenilor săi, cu care a învățat atâtea generații de studenți fiziologia, baza medicinei, mai fac din Prof. Paulescu pe unul din cei mai mari profesori ai noștri.

Această *viață și operă a profesorului Paulescu*, ca bun român, profesor neîntrecut, savant cu reputație mondială, filosof adânc și mai pre sus de toate de mare om, le expune în primul articol d-l *Colonel Dr. C. Mihăilescu*, profesor de fiziologie la școala superioară de educație fizică, unul din cei mai apropiați elevi și colaboratori ai lui.

D-l *Docent Dr. M. Nasta*, președintele Asoc. Docenților Fac. de Medicină din București, din al cărei ciclu de conferințe „Actualitățile medicale” ce publicăm, face parte și aceasta și organizatorul atât de reușitului Congres de tuberculoză, ce a avut loc de

curând la București, prezintă în *Câte-va date noi asupra biologiei bac. tuberculos* noile cunoștințe despre polimorfismul, forma filtrabilă, utilizarea în scop diagnostic și terapeutic a extraselor acesteia, transmisiunea hereditară, ciclul evolutiv, etc., ale acestui bacil, ale cărui numai aspecte morfologice de bacil acido-alcoolo-rezistent și proprietăți ale extrasului său, tuberculina, erau cunoscute până anii trecuți.

D-1 *Conferențiar E. C. Crăciun*, bazat pe cercetările personale făcute în marile centre de studiu al cancerului în străinătate, expune chestiunea *Contribuției culturilor de țesuturi la studiul experimental al cancerului*.

La expunerea ca *Bază și tehnică a reacției de conglomerare Müller*, ce face D-1 *Dr. L. Herman* metodei învățate dela însuși maestru său, autorul D-1 *Profesor Dr. R. Müller de la Viena* la cererea noastră ne face onoarea a prezenta „Intr'un cuvânt introductiv” *Considerațiuni asupra poziției reacției de conglomerare în șirul de dezvoltare al reacțiunilor de specificitate*.

În numărul trecut al revistei într'o comunicare personală făcută la Congresul de tuberculoză asupra „Tuberculozei în mediul rural al Olteniei” am arătat după o statistică personală cum luminătorii satelor, preoții și învățătorii se sting de tuberculoză, căci jumătate dintre ei sunt atinși de o tuberculoză evolutivă, iar 2 treimi mor de tuberculoză pulmonară.

În *Tuberculoza în universitate* D-1 *Docent Dr. L. S. Daniello*, ftsiolog emerit dela fac. de medicină din Cluj, ne prezintă cifre îngrijitoare și pentru acești conducători de mâine ai țării; de aceea *Măsurile, ce propune, pentru combaterea ei* sunt de pus în practică cu un moment mai de vreme.

D-1 *Dr. Glăvan*, oculist dela Oradea, expune *Vechea terapeutică oculară românească*; D-sa afirmă că la Craiova a început să se afirme oftalmologia românească atât practic cât și teoretic sub imboldul dat de D-rul Fabricius, a cărui comemorare cu prilejul împlinirii a 100 ani dela naștere a făcut-o în No. din Octombrie 1930 al „Mișcării Medicale”.

La *Congresul de tuberculoză* ținut la București între 20—23 Iunie crt., s-au prezentat *Rapoartele documentate*, ce expunem și s-au făcut *Comunicări*, cari stabilesc cu precizie starea Tuberculozei în România.

În *Problema specialităților farmaceutice în lumina actualității în România*, autorul termină cu expunerea caracterelor generale, speciale și specifice, ce îmbracă această fază actuală a teraputiceii românești.

Dr. M. Cănciulescu.

SOMMAIRE

Le Professeur Dr. N. Paulescu-Necrologie par le *Prof. Dr. C. Mihăilescu*.

Quelques dates récentes sur la biologie du bacille tuberculeux par le *Docent Dr. M. Nasta*.

La contribution des cultures de tissus à l'étude expérimentale du cancer par le *Maître de conférences Dr. E. C. Crăciun*.

Une nouvelle réaction pour le diagnostic de la syphilis. La réaction de congglomération de Müller (M. B. R. II):

Sur la position de la réaction de congglomération dans le développement des réactions pour la syphilis par le *Prof. Dr. R. Müller (Vienne)*.

Sur la base et la technique de la réaction de congglomération de Müller par le *Dr. Leon Herman*.

La tuberculose dans l'université, moyens pour la combattre par le *Docent Dr. L. Daniello*.

Sur l'ancienne thérapeutique oculaire roumaine par le *Dr. I. Glăvan*.

Le problème des spécialités pharmaceutiques à la lumière de l'actualité en Roumanie par le *Docent Dr. M. Cănciulescu*.

* * *

I N H A L T

Professor Dr. N. Paulescu-Nekrolog von *Prof. Dr. C. Mihăilescu*
Einige neue Feststellungen über die Biologie der Tuberkelbazillen von *Doz. Dr. M. Nasta*.

Der Beitrag der Gewebe Kulturen beim experimentellen Studium des Krebses von *Dr. E. C. Crăciun*.

Eine neue Reaktion für Lues-Diagnose. Müller Ballung-Reaktion (M. B. R. II):

Über die Lage der Ballung-Reaktion bei der Entwicklung der Reaktionen für Syphilis von *Prof. Dr. R. Müller (Wien)*.

Über Grund und Technik der Müller-Ballung Reaktion von *Dr. Leon Herman*.

Die Tuberculose in der Universität—Bekämpfungs-Mitteln von *Doz. Dr. L. Daniello*.

Über die altertümliche rumänische Angentherapie von *Dr. I. Glăvan*.

Das Problem der pharmazeutischen Präparaten im Lichte der Gegenwart in Rumänien von *Doz. Dr. M. Cănciulescu*.

Iod- Calcium- Diuretin «KNOLL»

la
**hipertonie, stenocardie,
astm.**

După Prof. S. Askanazy, Koenigsberg: Potențarea efectului celor trei componente: Iod, Calcium, Diuretină.

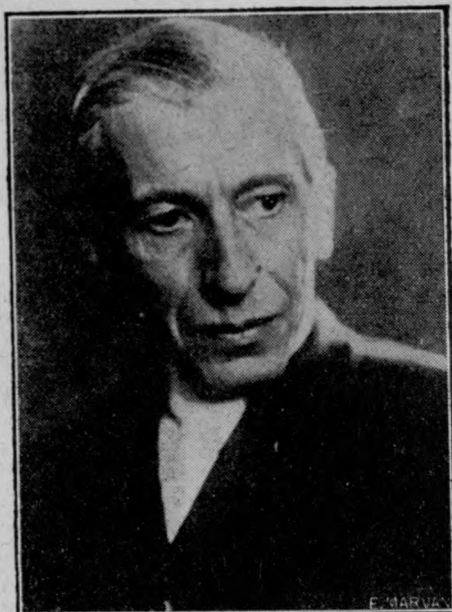
Rp. Tablete de Iod-Calcium-Diuretin
Ambal. original cu 10 și 20 bucăți

S. De trei ori pe zi 1 tabletă. Se va lua
mai bine zdrobită în puțin lichid.



KNOLL A.-G., Făbriici chimice, Ludwigshafen/Rhin.

Reprezentanță Generală și Depozit:
M. TATARSKY, BUCUREȘTI, B-dul Elisabeta, 39.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

PROFESORUL Dr. N. PAULESCU (1869-1931)

de

Medic Colonel Prof. Dr. C. MICHĂILESCU

Cu nemărginită durere, în numele elevilor și colaboratorilor dela fiziologie, aduc ultimul omagiu maestrului iubit și neprețuit, de care ne leagă o conviețuire intelectuală și sufletească de mai bine de 30 de ani, de când, venit dela Paris, ca profesor la catedra de fiziologie a facultății de medicină din București, a găsit în noi prima serie de elevi și de admiratori.

Ce viață sfântă, ce viață prețioasă, plină de muncă rodnică, curată și folositoare, ce viață de un înălțător exemplu a trăit scumpul nostru maestru!

Ne povestea de vremurile când, începând medicina la Paris, era *extern* la „*Hotel Dieu*”. Șeful său, vestitul *Lancereaux*, pe atunci era teribil. La 7 dimineața era în serviciu și vai de cei ce nu se găseau la post. Dar tânărul extern Paulescu era totdeauna înaintea lui lângă bolnavi. Sârguința, conștiinciositatea și inteligența lui au determinat pe *Lancereaux*, după plecarea dela *Hotel Dieu*, să-l ia cu dânsul la Spitalul „*Notre-Dame du perpetuel secours*” ca *intern*, *secundar* și apoi *colaborator* (1894).

Este de neînchipuit munca titanică și activitatea științifică uriașe desfășurate de *Prof. Paulescu* în acest spital. Numai atunci, când, trimis de el și venind la rândul-mi ca medic intern în acest spital, sanctuar al *carității* unite cu *știința*, am găsit miile de observațiuni clinice, adunate și clasate pe afecțiuni, miile de piese anatomice și histologice, deasupra cărora, la microscop, trupul plătând al D-rului *Paulescu* sta aplecat, reținut cu patimă, așa în cât cu lunile nu ieșea din spital, numai atunci mi-am dat seama de ce într'un timp așa de scurt *Paulescu* și-a putut forma bazele solide care i-au permis nu numai să asimileze opera vastă a lui *Lancereaux*, dar să și întreacă pe maestrul său!

Paulescu devenise sufletul spitalului și al grupului de medici format din: *Reynier, Bezançon, Thiroloix, Saingery, Dumont*, etc. cari, strânși în jurul lui *Lancereaux*, conduceau apreciatul periodic: „*Journal de médecine interne*”, transformat, după plecarea lui *Paulescu* și moartea lui *Lancereaux* în „*Journal médical français*” de astăzi.

Prestigiul și reputația *Prof. Paulescu* în spital și în lumea medicală de acolo erau așa de mari că numele lui era pronunțat cu sfîințenie și cuvântul lui era ascultat orbește. Ca un *omagiu de recunoștință* și de *încredere nemărginită*, conducătorii spitalului „*Notre Dame du Perpetuel Secours*”, formați din elita personalităților parisiene, au rezervat posturile de interni, de atunci și până în prezent, neîntrerupt, medicilor români recomandați de *Prof. Paulescu*.

Astfel, grație *Prof. Paulescu*, acest spital a devenit o pepinieră pe unde au trecut și unde s'au format mulți medici distinși dela noi din țară.

În acest ogor plin cu un material patologic uman enorm și variat, în care concepția lui *Lancereaux* trăsese deja căi largi și luminoase, în atmosfera de *credință înălțătoare*, de *curățenie morală de caritate și pietate creștină*, înțelese și practicate în cea mai pură accepțiune a cuvântului, cu un devotament fără margini și o complectă abnegațiune de slujitoarele *Dominicane*, inspirându-se din opera grandioasă și profund filosofică a Sfântului *Thomas d'Acquin*, s'a plămădit și s'a format personalitatea *Prof. Paulescu*, *exemplu rar, cristal cizelat, tipul ideal al savantului adevărat și al medicului creștin*.

Dotat cu o inteligență scilpitoare și cu un spirit de observație adânc, just și pătrunzător, care l'a ajutat să devie un mare clinician, posedând o putere de *discernământ*, de *critică* și de *sinteză* remarcabile, ajutat de o *voință de fier* care comanda slabelor sale resurse fizice o *muncă uimitoare, ordonată și continuă*, a putut în scurt timp să pătrundă și să domine imperiul vast al fenomenelor biologice și mecanismul complicat al boalelor.

Pentru adâncirea și clarificarea problemelor patologice, *Prof. Paulescu* a simțit nevoia studiului *fiziologiei și chimiei biologice*, pe cari le-a desăvârșit la Sorbona, de unde i s'a conferit titlul de „*doctor în științe*”.

Activitatea și opera *Prof. Paulescu* este vastă și multiplă. Ea nu poate fi analizată în cadrul limitat al acestei cuvântări, dar în linii mari se poate grupa în cinci domenii: fiziologic, medical, social, filosofic și didactic.

I. — IN DOMENIUL FIZIOLOGIEI, Prof. Paulescu are lucrări originale și descoperiri însemnate. Astfel: *Acțiunea sărurilor alcaline asupra materiei vii, acțiunea gelatinei în aneurisme, funcțiunile splinei, funcțiunile glandei tiroide, rolul hipofizei, al epifizei și capsulelor supra-renale, localizarea cerebrală a instințelor, patogenia febrei, acțiunea chininei în gușa exoftalmică* (Basedow).

Studiul eliminărilor renale, origina glicogenului și în urmă descoperirea științifică a insulinei (numită de el pancreină), sunt capitole care-i aparțin. În special rolul pancreasului în asimilație și acțiunea extractului pancreatic în diabet a fost stabilit de el prin experiențe minuțioase și numeroase în decurs de ani de zile, în șir, iar chestiunea *complect studiată* și pusă la punct, cu metoda și claritatea sa caracteristică a fost publicată în revistele streine: *C. R. de la Soc. de Biologie și Archives internationales de Physiologie* (1921).

Sir Sharpey-Schafer, profesor de fiziologie la Edinburg și vechi admirator, îl felicită călduros, iar *Prof. Scott*, din Filadelfia îl salută cu admirație și-i solicită favoarea de a pune în aplicare descoperirea sa în Statele-Unite, acordând autorului toate drepturile morale și materiale.

Profesorul Paulescu însă, bun patriot, renunță la aceste perspective, care ar fi tentat pe oricare altul, și, încrezător în dreptunile sale, preferă ca „pancreina” să plece din țara românească.

Ne având însă posibilitățile materiale și tehnice de a fabrica și comercializa imediat extractul pancreatic, brevetat de el sub numele de *pancreină*, acest lucru fu făcut peste un an și jumătate de niște medici canadieni, până aci necunoscuți, care-i furară descoperirea, fabricară produsul și-l lansară sub numele de *insulină*, bucurându-se de toate avantajile materiale și morale (Premiul Nobel), fără măcar să pomenească numele Prof. *Paulescu*.

Pentru firea sa blândă, eminentamente cinstită și încrezătoare, această lipsă de onestitate științifică a constituit o mare decepție, care l'a făcut să scrie:

„*Odinioară credeam și propovăduiam că un cercetător poate munci în liniște deplină, căci eram convins că data publicațiilor sale îl pune la adăpost de orice nedreptate.*

Din nefericire, azi, sunt silit să mărturisesc că m'am înșelat cu desăvârșire”.

La protestul său adresat la *Stokolm* și societăților savante, *Sir Sharpey-Schafer* (Edinburg) și Prof. *Achard* (Academia de medicină din Paris), răspund regretând că nu i se poate da satisfacția meritată de oare-ce societățile savante au apucat să se

pronunțe și nu se poate blama comisia premiului Nobel, care a acordat deja recompensa medicilor canadieni!

La noi în țară, singură „Societatea Științifică a Corpului sanitar militar”, într'o ședință memorabilă, la care a asistat și ilustrul dispărut, a protestat cu indignare în contra acestei nedreptăți.

Ar trebui ca cel puțin acum, după moartea sa, să se știe de toți că *tratamentul diabetului prin insulină este o descoperire științifică românească, datorită Prof. Paulescu.*

Afară de aceste importante cercetări și descoperiri, aproape nu există capitol de fiziologie, asupra căruia Prof. Paulescu să nu fi contribuit prin experiențele sale, a-l clarifica, a-l întregi sau a-l suprima.

Și... ceia ce este mai uimitor, este că toate aceste rezultate admirabile, Prof. Paulescu le obține prin mijloace simple, într'un laborator sărăcăcios, din care totuși, ideile geniale țâșneau ca scântea din cenușe, prin puterea lui de concepție, prin tenacitatea în urmărirea și observarea fenomenelor, prin admirabila capacitate de coordonare și de sinteză, care-l făcea să scoată din noianul experiențelor nesfârșit repetate și controlate, concluziuni clare, simple, aproape lapidare, deduse cu o logică din cele mai strânse și cu o precizie matematică.

Un caracter demn de relevat al maestrului nostru este meticulozitatea și probitatea științifică dusă până la scepticism. În observarea faptelor și interpretarea rezultatelor experimentale exercita cel mai sever auto-control. De aceea el a lucrat mai mult singur și nu s'a lăsat niciodată influențat de jugul concepțiilor și teoriilor la modă; iar pe noi, puținii săi colaboratori, ne-a ținut totdeauna din scurt și nu ne-a permis să avansăm nimic ce n'ar fi trecut prin severa sa cenzură.

II. — IN DOMENIUL MEDICAL, în afară de calitățile sale de *mare clinician*, pe cât de ager și de pătrunzător, pe atât de simplu, modest, bun și desinderesat, Prof. Paulescu lasă o operă scrisă nemuritoare:

Traité de Médecine, în 5 volume, începute în colaborare cu *Lancereaux* și continuate de el singur după moartea acestuia (1911), Ultimul volum este în manuscris și va fi publicat de elevii săi.

Această lucrare monumentală iese cu totul din comun prin *genialitatea concepțiunii ei, studiul boalelor pe bază etiologică și consecutiv clasarea și nomenclatura lor într'o formă nouă, adecuată, rațională și logică*; apoi prin *marele aport personal, original*, în *observațiuni, date și experiențe proprii*, printr'o expunere cât se poate de *completă și metodică*, într'un *stil clar și concis*, calități care fac din ea un monument, un diamant neprețuit, mult mai apreciat și cercetat în străinătate de cât la noi, merit să dăruiască dealungul timpului și să cinstească în concertul națiunilor numele și calitățile de medic român.

Clinician și medic de valoare, *Prof. Paulescu* a dorit toată viața lui să aibă un spital, unde să pună în valoare și să dea la

lumină concepțiile clare, simple și luminoase ale lui *Lancereaux*, pe care el l-a considerat ca „*cel mai mare medic pe care l-a avut omenirea*” și, alături de *Claude Bernard* și *Pasteur* l-a adorat în trinitatea celor mai mari genii ale medicinei.

Titlurile și operele științifice ale Prof. Paulescu, unite cu modestia înăscută și cu temperamentul său puțin combativ n'au fost arme suficiente și capabile să-i dea dreptul în București, la un serviciu de spital, serviciu care, însă, i s'a oferit la Paris, în urma morții lui *Lancereaux* și pe care el, tot din iubirea de țară, l-a refuzat.

Din când în când aduna pe elevii săi la dispensarul „*Saint Vincent de Paul*” dela Șosea și le făcea acolo *lecțiuni clinice*, de o originalitate, de o claritate, metodă și frumusețe rare. În ele se oglindește nu numai clinicianul consumat, unit cu savantul desăvârșit, dar și sufletul lui de *medic creștin*, vibrând de sublimul principiilor evanghelice!

„... Când veți intra în vre-un spital, desbrăcați-vă de patimile de cupiditate și de orgoliu, lepădați-vă și de trândăvie și dați-vă cu totul bolnavilor, căroră să le fiți recunoscători dacă îngrijindu-i vă vor permite să vă instruiți. În spital veți găsi și oameni de alte nații ca unguri, greci, oarei, nații chiar dușmane nouă și care duc în contra noastră o luptă pe viață și pe moarte. Or, toți acești oameni, buni sau răi, virtuoși sau vițioși, conaționali sau inamici, trebuie să primească în spital aceleași îngrijiri, fără să se țină seama de meritele sau nemernicia lor, fiindcă Dumnezeu vrea ca iubirea ce-i dătoresc oamenii, să se reverse asupra bolnavilor săraci. Și dacă voiți să fiți prefeți, culegeți fructele ce se vor desvolta din sămânța ce am semănat astfel în sufletele D-voastră, tinere și generoase, și urmând preceptele carității, îngrijiți pe bolnavul mizerabil, nu ca pe un om, nu ca pe un frate ce suferă, ci ca pe însuși Dumnezeu!”

III. — IN DOMENIUL SOCIAL, Prof. Paulescu și-a manifestat prin scris, — căci slaba lui ființă nu-i permitea manifestări mecanice, — o adâncă cunoaștere a firii omenești, a mecanismului și a așezămintelor sociale, pe care, cu puterea lui de înțelegere, armată de marea calitate a omului de știință, ce trecea totul prin filtrul metodei experimentale, le-a încadrat în „fenomene”, pe care le-a studiat ca și pe cele *fizio-patologice* din biologie, reușind să pue în ele o ordine și să ajungă, cu precizie și certitudine, ca și cum ar fi urmărit firul Ariadnei în labirintul multiplelor și variațelor lor manifestări, la *etiologia*, la cauzele lor și apoi la *patologia* și la *remediile* lor lor eficace. Astfel scrierea: „*Instincte sociale, patimi și conflicte, remedii morale*”, este o operă de profundă cugetare, în care mecanismul vieții sociale este admirabil disecat și evidențiat în funcția însușirilor naturale numite *instincte*. Prin deviația scopului instinctelor normale, maestrul arată și explică origina conflictelor sociale, ajungând la *patimi* și *viții*, așa după cum dela sănătate se alunecă și se ajunge la boală. Iar ca încoronare a operei, medicul social propune remediile: analizează sistemele

filosofice și doctrinele religioase încercate dela începutul omenirii și demonstrează, cu o strălucită argumentare că singurul remediu capabil de a înlătura conflictele sociale și a combate patimile este „iubirea”, principiul sublim al religiei creștine.

„*Cele patru patimi*”, operă de popularizare scrisă într'un stil simplu și convingător cum rare ori se întâlnește, constituie un tezaur de învățăminte în care se reflectă dragostea lui mare pentru neamul său și în general pentru omenirea neștiutoare și suferindă, frământată de jugul patimilor, căreia ca și *Christ*, inspiratorul și idealul său, maestrul îi propagă cumpătarea, îngăduința, bună-tatea și iubirea, deci practicarea virtuților creștine. El proclamă astfel, cu autoritatea lui științifică și morală, că *Doctrina creștină constituie o adevărată specialitate supremă a științei medicale*.

În scrierile sale asupra *Bisericii creștine* ca și asupra celorlalte religii și doctrine, *Prof. Paulescu* se arată un adânc cunoscător al acestor instituții, și un drept judecător. De și fervent, sincer și convins adept al religiei ortodoxe, a avut în toate scrierile și conferințele sale curajul de a expune și a susține *ideea unirii tuturor confesiunilor creștine într'o singură religie și biserică*, așa cum a fost la început una singură și după cum unul singur este întemeietorul ei, Isus Christos.

Chiar *antisemitismul* de care a fost acuzat în scrierile sale, nu este inspirat de ură sau de răzbunare în contra altor nații, ci are la bază tot *iubirea neșărmurită umanitară*, setea după *dreptate și adevăr*, dorința de *perfecționare a firii omenești* și de *înfrățire a popoarelor prin idealul iubirii creștine*, ținind la îndeplinirea desideratului evanghelic: „*pe pământ pace între oamenii de bună voință*”; iar ca român, dragostea fierbinte pentru neamul lui, pentru țara lui, pentru *credința străbunilor și urmașilor* lui.

IV.— ÎN DOMENIUL FILOSOFIC maestrul tăcut și modest lasă iarăși o operă nemuritoare, de profundă gândire, de atitudine și genialitate: *Noțiunile „suflet” și „Dumnezeu” în fiziologie*, operă măreață care formează trăsura de unire între fizic și metafizic, puntea aruncată către Dumnezeire pe baza observațiilor științifice făcute atât în lumea fizică din infinitul mare, în care se reflectează legile și armonia divină, cât și în lumea viețuitoare, în infinitul mic, unde caracterul de *finalitate*, așa de admirabil evidențiat de maestru neîntrecut, ne conduce în mod logic, rațional, la noțiunea de *cauză imediată sau secundară*, la *suflet*, și în ultima instanță la *cauza primară*, la *creator* prin aceleași căi, tot așa de sigure, prin care fisicienii și astronomii au ajuns la cunoașterea *eterului imponderabil*, pe care totuși niciodată și nimeni nu l-a putut constata prin simțuri!

Ce operă morală, ce piedestal educativ sufletească, ce drum limpede și luminos în noianul atâtor teorii utopice și sisteme filosofice încălcite ca aceea a materialismului ateu și imoral, care a dus omenirea pe marginea prăpastiei! Toți recunosc salvarea în educația morală sufletească, toți vorbesc la zile mari și la primejdii *suflet* și de *Dumnezeu*, dar nimeni n'a avut curajul, forța morală și

genialitatea, pogorâtă, *prin credință*, din Scânteia divină, ca filosoful Prof. Paulescu, de a *fixa în cadrul științei* ce este sufletul și ce este Dumnezeu, de a ne oferi și preciza cel mai nobil și util sistem filosofic, menit să aducă ființelor noastre *lumina adevărului etern* nu numai pe calea credinței — crede și nu cerceta — ci și pe calea raționamentului științific.

Papa Piu XI, informat de fiziologiștii italieni de această operă științifică și filosofică măreață, a însărcinat pe unul din cardinali să se intereseze de aproape cine este Prof. Paulescu, căruia i-a trimis omagiile și binecuvântarea sa.

V.— IN DOMENIUL DIDACTIC, maestrul dispărut, cu toată subreda lui sănătate, a fost un *prof. model*, savant, pasionat de știința lui și extrem de *conștiincios* în îndeplinirea datoriilor. Orele lui de curs aveau seriositatea, demnitatea și măreția unui oficiu sacerdotal. Era sever, dar drept și imparțial cu studenții pe care-i iubea ca pe copii săi. Nu cred să existe vre-un student care să se poată plânge că a fost respins la examen știind materia sau să se laude că l-a trecut fără să fi citit; or că vre-unui student i s'a făcut șicane sau a luat o notă mai mică fiind de altă confesiune.

Lecțiunile lui de deschidere, ca de ex.: *Despre stil în fiziologie* sau *Ce este chimia?* model de armonie între fond și formă, sunt adevărate *perle* ce împodobesc *diadema operei sale științifice*, tot atât de folositoare studenților ca și tinerilor medici. Nimic nu poți să tai, nimic nu poți să adaogi, ar fi să sgării o bijuterie!

Pentru uzul didactic Prof. Paulescu lasă și în acest domeniu o operă mare, nepieritoare, *Traité de Physiologie médicale*, în 3 volume, formând un tot armonios și complect, — după cum recunoaște și *Prof. Arthus* și oferind studenților mediciniști manualul cel mai clar, cel mai sistematizat și mai luminos pentru înțelegerea mecanismului normal al vieții materiale și spirituale, precum și pregătirea pentru înțelegerea turburărilor acestor funcțiuni normale, trecând pe nesimțite în domeniul patologiei.

Niciodată fiziologia umană nu și-a găsit o îndrumare mai exactă și o aplicare mai nimerită și mai strălucită către adevărul său scop și țel medical, către domeniul patologiei, ca în tratatul de fiziologie medicală al Prof. Paulescu!

* * *

Trecând în lăcașul de veci al Celui pe care l-a prea mărit, Prof. Paulescu poate fi mulțumit că și-a făcut pe deplin datoria în această existență vremelnică.

Nouă ne rămâne *icoana vie a savantului desăvârșit, modest și tăcut, a idealului de medic priceput, conștiincios și blând, a profesorului demn și de o probitate științifică excepțională, a omului corect și moral în societate, bun cetățean, bun patriot și bun creștin!*

CATEVA DATE NOUI ASUPRA BIOLOGIEI BACILULUI TUBERCULOZEI*)

de

Docent Dr. M. NASTA

Incă din primii ani care au urmat descoperirii lui Koch, au fost autori care au atras atenția asupra polimorfismului bacilului tuberculos, admitând că forma tipică de bacil acidorezistent nu este singura sub care acest bacil se poate întâlni în natură. Aspecte variate atât ca formă cât și ca afinități tinctoriale au fost semnalate de Mallassez și Vignal (1883), Metchnikoff (1883), Arloing și Courmont (1898), Auclair (1903). Acestor afirmațiuni însă nu li s-a dat altă importanță decât a unor constatări izolate fără prea importante consecințe pentru studiul tuberculozei. O soartă analoagă a avut și afirmațiunea lui Fontés de la Rio-de-Janeiro, care în 1910 a anunțat că filtrând pe un filtru Berkeley puroiul dintr'un ganglion cazeos al unui cobaiu, reușise să infecteze alți cobaii cu acest produs filtrat. E drept că la primele animale inoculate el nu constatașe decât o ipertrofie ganglionară generalizată, dar reinocularea prin pasagii a acestor ganglioni la alți cobai reușesc după un număr de treceri să determine la aceștia leziuni ganglionare tot mai accentuate, unele chiar cazeoase și conținând bacili acido-rezistenți.

Cum însăși autorul acestei descoperiri nu a împins mai departe cercetările, iar cei care în mod incidental au încercat să le controleze nu le-au putut confirma, *chestiunea a fost cu desăvârșire abandonată, până la 1922 când a căpătat grație lui Vaudremer un nou interes de actualitate.* Acest autor studiind modificările morfologice și ale acidorezistenței bacilului în diferite medii de cultură, a constatat că în unele din acestea, foarte sărace ca valoare nutritivă, ca de pildă simpla tiertură de cartofi, apar forme neacidorezistente, unele filamentoase, altele granulare și că filtrând aceste culturi pe filtrul Chamberland L₃ a putut reînsămânța cu succes acest filtrat. E drept că aceste culturi nu mai aveau caracterele bacilului Koch, era vorba de filamente anastomodate, lipsite de acidorezistența. Inocularea lor la cobai dădea numai o ipertrofie ganglionară, o îndurație locală trecătoare, dar după câteva luni se putea întâmpla ca o asemenea îndurație sau ganglion să supureze și din acest puroiu să se poată cultiva niște bacili

*) Conferință din ciclul „Actualităților medicale“ ținută în cadrul Asoc. docenților fac. de medicină din București la 9 Mai crt. în amfiteatrul spit. Colțea.

sau granule transformabile după un oare-care număr de culturi în bacili acidorezistenți.

Aceste afirmațiuni ale lui Vaudremer și ale colaboratorului său Hauduroy nu au putut fi confirmate în întregime de autorii, cari au căutat să le controleze pe cale experimentală. Totuși cum ele au provocat un mare număr de cercetări în numeroase laboratoare, au adus la descoperirea unei serii de fapte bine precizate și unanim admise astăzi de majoritatea cercetărilor. *In 1923, Valtis reluând experiențele lui Fontés confirmă în totul afirmațiunile savantului brazilian*, arătând că dacă se filtrează produse patologice tuberculoase sau culturi tinere de bacili tuberculoși, aceste filtrate determină la animalele inocuate o ipertrofie a ganglionilor limfatici, în care după lungi cercetări se pot găsi bacili acidorezistenți în număr variabil. Technica întrebuițată de Valtis și de autorii care au confirmat cercetările lui este următoarea. Produsele patologice sunt mai întâiu emulsionate și diluate într'o cantitate variabilă de ser fiziologic (10—15 c. c.), filtrate mai întâiu pe hârtia de filtru umedă, apoi odată sau de două ori printr'un filtru Chamberland L₂, nou, după ce în prealabil li s-a adăugat câteva picături dintr'o cultură de holera găinilor pentru a controla ulterior sterilitatea filtratului. Filtrarea se face sub o presiune negativă de 10 cm. de mercur și nu trebuie să dureze mai mult de 8—10 minute. Dacă însămânțarea filtratului arată că el este steril, se inoculează pe cale subcutanată sau intraperitoneală la cobaiu. *La animalele astfel inoculate, am spus că înafară de tabloul anatomoclinic caracteristic, asupra căruia vom reveni, se găsesc la examenul microscopic al ganglionilor bacili acidorezistenți. Cum aceștia sunt destul de rari, și punerea lor în evidență pe frottiurile de ganglioni necesită o foarte îndelungată și minuțioasă cercetare, de multe ori de mai multe ceasuri și pe un mare număr de lame, s'au imaginat de către alți autori procedee care să permită o mai ușoară și rapidă punere în evidență a bacililor.* Astfel Ninni, după prealabilă concentrare prin evaporare a produsului de inoculat, îl injectează în mici cantități în ganglionii supraclaviculari ai cobaiului. Cu chipul acesta se produce o generalizare rapidă a bacililor în tot sistemul ganglionar limfatic unde bacili pot fi găsiți în număr destul de mare după 10—15 zile dela inoculare. Sanctis-Monaldi inoculează produsul filtrat în canalul rachidian unde iarăși bacili pot fi găsiți după 10—20 zile în număr destul de mare fie direct în lichidul cefalorachidian fie în frotiuri din măduvă sau meninge luate din punctele, cari prezintă zone mai pronunțate de iperemie.

Acțiunea acestor produse filtrate asupra organismului cobaiului se traduce printr'o serie de modificări anatomoclinice caracteristice. Injecția lor în primul rând nu determină nici o leziune la locul de inoculare. În mai toate cazurile se produce o ipertrofie a întreg sistemului ganglionar mai pronunțată la ganglionii iliaci, mesenterici și tracheo bronșici. În acești ganglioni mai ales se găsesc între a 20-a și a 40-a zi cu cea mai mare frecvență bacili acidorezistenți. Uneori această ipertrofie e însoțită de adevărate leziuni

cazeoase, dând așa numita formă nodulară, cam în 3—4% din cazuri, mai des însă asistăm la cachexie progresivă a animalelor care începe cam la o lună, două, după inoculare și după o evoluție de mai multe luni se poate termina fie prin restabilirea, fie prin moartea animalului. În aceste cazuri avem de a face cu o infecție efemeră curabilă, animalele în afară de ipertrofia ganglionară și prezența de bacili, precum și de sensibilitatea la tuberculină despre care vom vorbi mai jos, nu prezintă nici un fel de turburare și supraviețuiesc infecțiunii.

Am văzut că în unele cazuri *produsele tuberculoase filtrate prezintă o toxicitate destul de mare pentru a determina la animalele inoculate o cachexie, uneori mortală*. Desigur că gradul acestei toxicități este variabil dela un produs la altul și că depinde și de cantitatea de virus filtrabil prezentă în diversele produse, deasemenea e probabil că și factori de rezistență individuală a animalelor de experiență să joace un rol în variabilitatea acestor rezultate. *Cercetările noastre întreprinse în colaborare cu D-nii Jovin și Blechmann ne-au permis însă să dovedim că în mod virtual această toxicitate există în toate produsele tuberculoase filtrate*, fie că e vorba de culturi sau de produse patologice. În scopul de a obține o diminuare de rezistență a animalelor inoculate cu produse tuberculoase filtrate, *ne-am adresat*, după mai multe încercări nereușite, intoxicații diverse, infecții asociate, etc., *la acțiunea razelor X*, care după cum se știe, și după cum avuseserăm ocazia să ne convingem prin cercetări anterioare pe cobaiul tuberculos, determină o foarte pronunțată leucopenie, (dela 11—13.000 pe mmc. la 5—6000), precum și o abolire a sensibilității la tuberculină. *Technica* întrebuintată de noi este următoarea: După inocularea filtratului, animalele sunt expuse la acțiunea razelor X, în trei ședințe consecutive la intervale de 5 zile, fiecare ședință comportând o iradiație de 8—10 minute, cu următorul regim: Tensiune secundară 150 kw., intensitate secundară 4 mA. distanța anticatodă piele 23 cm., filtru 6 mm. Al. câmp unic abdominal lateral stâng de 4×7 cm. doza 7—8 H. În aceste condițiuni am putut determina în mod constant moartea animalelor cu fenomene de cachexie pronunțată, cobaii pierzând uneori până la jumătate din greutatea lor primitivă. Evoluția acestei cachexii este foarte rapidă în 10—20 de zile, uneori după 2, de cele mai multe ori după 3 iradiații. Prin experiențe ulterioare am putut stabili că e nevoie pentru ca aceste accidente toxice să se producă să determinăm o leucopenie de 5—6000 de leucocite pe mmc., lucru pe care-l obținem mai rar după 2, întotdeauna după 3 iradiații. Deasemenea este necesar ca produsul patologic inoculat să fie în cantitate destul de mare 3—5 cc. când este vorba de pildă de o urină baciliferă.

Inocularea produselor filtrate mai determină și alte modificări în organismul animalelor inoculate. Astfel s'a constatat că după un oarecare timp dela injecție *cobaii reacționează la tuberculină*, sensibilitatea lor nefiind ce e drept prea marcată, e nevoie de doze variind între 1/50—1/10 cc. în injecție intradermică pentru a o pune

CEL MAI PUTERNIC TRATAMENT AL
S I F I L I S U L U I
PRIN INECȚIUNI INTRAMUSCULARE CU

BISMUTHION

COUTURIEUX

IN SOLUȚIUNE APOASĂ COLOIDALĂ
MULT MAI PREFERABILĂ SOLUȚIUNILOR ULEIOASE

LABORATOARELE CH. COUTURIEUX
18 AVENUE HOCHÉ, PARIS

TRATAMENTUL SPECIFIC AL
PALUDISMULUI CU

ARSIQUININE

LEMAITRE

COMBINAȚIE QUINO-ARSENICALĂ

Constituind după cele mai recente teorii patologice, te-
rapeutica cea mai rațională și cea mai eficace pentru
profilaxia și tratamentul paludismului, complicațiilor și
consecințelor sale

In pilule și în fiole pentru inecȚiuni intramusculare

Bonetti Frères, Belinzona (Suisse)

Literatura și eșantioane medicale la reprezentantul general
pentru România J. E. BUCUR, 8, Strada Mecet, București IV.

2 Préparations arsenicales:

NOVARSENOBENZOL BILLON

Dioxy-diamino-arsénobenzol-méthylène sulfozylate de soude
Injections intra-veineuses

ACÉTYLARSAN

Solution d'oxy-acétylaminophénylarsinate de diéthylamine
Injections sous-cutanées ou intra-musculaires

1 Composé bismuthique oléo-soluble

CARDYL

Campho-carbonate de Bismuth
Injections intramusculaires

3 Produits

dont l'emploi rationnel
permet de pratiquer
le traitement de la

SYPHILIS

dans toutes
ses modalités

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques "POULENC Frères" et "USINES DU RHONE"
86, rue Vicille du Temple. PARIS (13^e)

AG. GEN: J. DE CANTELAR, DOAMNEI 12, BUCAREST(1), TEL. 377 / 68

în evidență și de o durată variabilă, câteva săptămâni sau luni. Unii autori ca Debré, Lelong și Bonnet, au putut determina un *adevărat fenomen al lui Koch* prin injecții repetate de filtrate de cultură la cobai normali, iar alții, Popper și Răileanu, Sterling, Valtis au obținut *intradermoreacții pozitive cu filtrate tuberculoase, la animale inculate fie cu virus filtrabil, fie cu bacili Koch. Sângele acestor animale conține anticorpi pentru bacilul tuberculozei*, iar alți autori, Paraf, Boquet și Nègre, Arloing, etc., au constatat chiar că în unele cazuri animalele inoculate cu produse filtrate prezintă o *oare-care grad de imunitate față de o reinfecție cu bacili virulenți*. Sanctis Monaldi, Nasta și Blechmann au arătat de asemenea că animalele infectate cu virus filtrabil prezintă o *reacțiune leucocitară, ca număr și formulă, asemănătoare aceleia determinate de infecția tuberculoasă* și care nu se produce în urma injecției de tuberculină sau de filtrate încălzite la 80°.

Toate aceste modificări se produc nu numai când inoculăm unui animal un filtrat de produse tuberculoase dar și când se fac treceri dela un cobai la altul. De multe ori însă, după un oarecare număr de pasagii, mai multe sau mai puține, se poate constata o revenire la tipul de tuberculoză normală, animalele făcând șancru la locul de inoculare, leziuni cazeoase cu prezență de numeroși bacili. Această revenire la forma tipică a bacilului tuberculos, cum am mai spus nu e constantă. La cobaii expuși iradierei cu raze X și dela care se făceau pasagii după prima sau a doua ședință, am constatat că revenirea la tipul normal de tuberculoză avea loc uneori chiar dela prima trecere, iar la unii cobai a căror supraviețuire era destul de lungă, am putut constata chiar la prima inoculare apariția de leziuni cazeoase în ganglioni. Pe de altă parte Boquet și Valtis, tratând animalele lor cu injecții repetate de extract acetonic de bacili, au constatat apariția la locul de inoculare a filtratului a unui abces, conținând un mare număr de bacili. Deci fie spontan fie prin diferite artificii de tehnică se poate urmări revenirea la forma tipică a bacilului tuberculos, a virusului filtrabil.

Cunoaștem astăzi în parte și *proprietățile acestui virus, din din punct de vedere al rezistenței la diversii agenți fizici și chimici*. Astfel Valtis a constatat că virusul își pierde acțiunea patogenă după 10 zile la ghețar, iar pentru Arloing după 20—30 zile la temperatura camerei. Tot Arloing a arătat că dacă produsele filtrate sunt expuse curenților electrici de înaltă frecvență, sau razelor ultraviolete se constată mai întâiu o atenuare care se manifestă prin întârzierea tot mai mare și durată din ce în ce mai scurtă a sensibilității la tuberculină. Noi înșine, luând drept criteriu acțiunea toxică mortală pe care o exercită virusul tuberculos filtrabil asupra cobaiului expus razelor X, am arătat că acest virus e distrus printr'o încălzire de o oră și jumătate la 60°, prin acțiunea razelor ultraviolete (20') ca și prin aceia a antisepticelor (sublimat 1°/00, acid fenic 5%). Deasemenea își pierde acțiunea patogenă după o învechire de 30 zile la ghețar și în fine după 20—30 zile dela inoculare iradiația nu mai e capabilă să dea naștere la obicinuitele

accidente toxice, ceiace dovedește că acest virus este destul de labil și că după un oarecare timp de ședere în organism este foarte probabil distrus sau atenuat.

Un fapt de o considerabilă importanță biologică și precum vom vedea și practică, a fost pus în evidență de *Calmette și colaboratorii lui*, și aproape simultan și de *Arloing* dela Lyon, și anume *transmisiunea transplacentară a virusului filtrabil dela mamă la făt*. În adevăr inoculând la cobaițe pline produse tuberculoase filtrate, acești autori au găsit în ganglionii feților sau puilor, imediat după naștere bacili acidorezistenți.

Cum era de așteptat nu au lipsit nici *încercări de a cultiva această formă filtrabilă a bacilului tuberculos*. În afară de încercările lui *Vaudremer* și *Hauduroy* care nu au fost confirmate decât de *Togounowa* și *Kirchner*, au mai reușit în parte numai *Calmette*, *Valtis* și *Saenr* să cultive acest virus însămânțând produsele filtrate pe un mediu lichid cu bază de ou, de o preparațiune destul de complexă și delicată. Spunem, în parte numai de oarece acești autori au obținut ce e drept în mediile lor de cultură o înmulțire la început de granule neacidorezistente, care apoi căpătau acidorezistența și în fine luau înfățișare de bacili tipici acidorezistenți, însă toate încercările lor de a obține o trecere a acestor culturi pe alte medii într-o a doua generație au rămas fără rezultat. Inoculând aceste culturi, pe cale intravenoasă la iepure, *Calmette* și *Valtis* au determinat accidente toxice nervoase traducându-se sub formă de paralizii, uneori trecătoare, alteori permanente. Acest fapt e interesant de apropiat de propriile noastre experiențe, în care am obținut la iepurii inoculați pe aceiași cale cu filtrate tuberculoase și expuși ulterior razelor X, paralizii de cele mai multe ori definitive urmate de moartea animalelor.

Putem acuma bazați pe toate aceste fapte să ne punem în trebarea dacă suntem autorizați să admitem existența unei faze în ciclul evolutiv al bacilului *Koch* în care acesta, de dimensiuni destul de reduse pentru a trece prin porii filtrelor este în acelaș timp inzestrat și de proprietăți biologice particulare.

După unii autori lucrul acesta nu ar fi încă suficient de demonstrat și iată principalele obiecțiuni care se aduc acestui fel de a vedea. Sunt în primul rând autori care nu au putut verifica prezența de bacili acidorezistenți la animalele inoculate cu produse filtrate, numărul lor este însă mult mai mic decât al acelor din ce în ce mai numeroși care au confirmat faptul. Alți autori, destul de rari, e drept, susțin că au găsit elemente acidorezistente și în ganglionii cobailor normali. Lucrul e posibil, dar poate fi atribuit sau unei infecții spontane, sau unei asimilări prea largi a unor elemente acidorezistente oare-care cu adevărați bacili, după cum am avut și noi ocazia să ne convingem personal. Ceiace se vede la cobaiul normal sunt niște elemente foarte rigide și omogene, departe de a avea aspectul ușor sinuos și granular al bacilului *Koch*. Dar mai ales nu trebuie să uităm că prezența de bacili acidorezistenți nu este decât unul din elementele pe care se sprijină ipoteza unei

faze autonome filtrabile în evoluția bacilului Koch. Astfel am văzut că animalele astfel inoculate reacționează la tuberculină, prezintă o boală-care imunitate la reinfecții, au o formulă leucocitară cu o evoluție caracteristică ce nu se întâlnește la animale inoculate cu produse tuberculoase încălzite. Trecherile în serii dela animal la animal determinând reapariția aceluiași tablou anatomoclinic, mai ales a accidentelor toxice mortale, în experiențele noastre sunt o dovadă evidentă că avem de a face cu un element viu capabil de înmulțire iar nu cu acțiunea toxică a unui produs neanimat. În fine revenirea după mai multe pasagii în cursul cărora s'a manifestat numai o acțiune patogenă atenuată cu caractere speciale, la o tuberculoză tipică obicinuită realizează până la *evidență existența ciclului bacil Koch — formă filtrabilă — bacil Koch*.

Unii autori au crezut că aspectul particular al tabloului anatomoclinic ar fi datorit faptului că în produsul filtrat deși exista bacili ei sunt numai în număr extrem de mic. Or cercetări făcute în laboratorul lui Calmette au arătat că ori cât de mic ar fi numărul de bacili tipici, aceștia determină mereu o tuberculoză cu caracterele anatomice obicinuite: leziuni locale, caseificare, etc., cu singura deosebire că evoluția este mai întârziată.

De altfel și din punct de vedere pur morfologic un autor american *Morton Kahn* a putut urmări sub microscop plecând dela un singur element microbial, prin metoda lui *Chambers*, trecerea dela bacil la o pulbere fină, la granule, mai întâiu lipsite de acidorezistență, apoi acidorezistente, în fine la forma tipică de bacil.

Nu trebuie însă să uităm că această proprietate nu reprezintă o particularitate a bacilului Koch, ci este un fenomen care nu face decât să-l situeze în cadrul din ce în ce mai larg, grație recentelor descoperiri, a microbilor care prezintă în ciclul lor evolutiv o fază invizibilă filtrabilă. Asemenea elemente au fost puse încă de mult în evidență și bine studiate pentru spirocheți; încă din 1903 *Marchoux* și *Salimbeni*, apoi *Leishman* (1909), *Nicolle*, *Blaizot* și *Conseil* au semnalat faptul că imediat după ingestia de sânge infectant spirocheții recurenței nu se mai găsesc în corpul agentului transmisor, păduche sau ornitodorus, pentru a reapărea totuși în organismul omului infectat de acești paraziți. *Leishman* a arătat că la aceste ființe se găsesc însă granule pe care le-a considerat ca o formă de evoluție a spirocheților, iar *Novy*, *Mc Neal* și *Knapp* au arătat filtrabilitatea lor, provocând infecția la animale cu produse filtrate. Tot ei au descris același fenomen pentru *Trypanosoma Lewisii*, iar *Levaditi*, bazat pe observații morfologice, ca și alți cercetători americani au admis existența unei faze granulare pentru spirocheta sifilisului. În ultimul timp s'a semnalat existența de asemenea faze invizibile și filtrabile în ciclul evolutiv a unui mare număr de bacterii ca peripneumonia bovideelor, bacilul tifoid și paratific (*Feigin*), b. pestei (*Burnet*), streptococul (*Urbain* și *Hauduroy*), v. holerici, difteria, proteus X, etc.

Care este rolul pe care trebuie să-l atribuim în patologie acestei forme filtrabile a bacilului tuberculos. Curând după confirmarea

faptului de către primii cercetători s'a căutat prezența virusului filtrabil în mai toate produsele patologice care conțin bacili și s'a constatat coexistența alături de bacilii tipici și a formei filtrabile. Mai interesantă însă a fost observația că nu numai în produsele în care se găsesc bacili dar și în acelea în care examenul microscopic și uneori chiar și inocularea la cobaii nu permiteau să se pună în evidență prezența bacilului, s'a găsit totuși forma lui filtrabilă în sensul că animalele inoculate chiar cu materialul integral, nefiltrat nu prezentau alte leziuni sau modificări anatomoclinice, decât pe acelea proprii infecției cu ultravirus. Astfel Bonciu și Ionescu în sânge în tuberculoze acute, Valtis și Miscewicz în sânge în perioada menstruală, ca și Bernard și colaboratorii săi, Sergent și Priboianu în lichidul de ascită dintr'o ciroză atrofică, Priboianu și Lacomme în laptele unei femei tuberculoase, etc., etc., au pus în evidență prezența exclusivă a formei filtrabile. Interesante sunt deasemenea observații ca acelea ale lui Sergent și Durand, L. Bernard și colaboratori, cari au arătat că sputele unor bolnavi cu leziuni suspecte de tuberculoză pulmonară pot să fie multă vreme lipsite de proprietatea de a tuberculiza cobaiul, conferindu-i totuși o infecție cu caracter atipic și prezență în ganglioni de bacili acidorezistenți. În unele cazuri după o asemenea perioadă abacilară sputa a devenit capabilă de a tuberculiza deci era vorba de o fază premergătoare apariției de bacili tipici în expectorație. S'a mai pus în evidență existența ultravirusului tuberculos în leziuni ale căror relațiuni cu tuberculoza erau bănuite dar încă nu dovedite în mod experimental ca de pildă în unele afecțiuni cutanate, în limfogranulom (T. Vasiliu și Iriminoiu). În fine s'a putut atribui un rol important prezenței acestui virus la noi născuți sau născuți morți din mame tuberculoase, confirmare clinică a experiențelor de transmisiune transplantară a acestui virus. Studiind din acest punct de vedere 26 de copii sau feți provenind din mame tuberculoase, Calmette, Valtis și Lacomme, au găsit la 1 copil leziuni cazeoase tipice; 3 copii sau fete nu prezentau leziuni însă inocularea organelor lor la cobai a determinat o tuberculizare a acestora, în fine la 17 copii organele inoculate la cobai nu au determinat leziuni dar în ganglionii acestor animale s'au găsit bacili acido-rezistenți, era deci vorba de o infecție cu forma filtrabilă a bacilului tuberculos. Fapt curios, o bună parte din acești copii muriseră în primele săptămâni după naștere cu fenomene de cachexie, realizând sindromul de denutriție progresivă descris de Couvelaire și a cărui etiologie era până acuma necunoscută. În urma acestor constatări sunt multe probabilități ca aceste manifestări să fie datorite acțiunii toxice cachectisante a virusului tuberculos, așa cum au fost realizate în mod experimental de diverși autori și confirmate de propriile noastre cercetări. Aceste accidente însă nu se întâlnesc decât la un număr restrâns de copii și numai în primele săptămâni ale vieții. Cum însă nu este exclus ba chiar foarte probabil ca această transmisiune transplantară să se facă într'un mult mai mare număr de cazuri, trebuie să admitem că atunci când ea nu se face în mod precoce și masiv, este bine suportată de

organism și nu dă naștere la accidente, nici imediate, nici tardive. O dovadă că lucrurile se petrec astfel o găsim în experiența de ani de zile a izolării copiilor din mame tuberculoase care a arătat că acei copii care au supraviețuit primele săptămâni au în genere o dezvoltare normală și nu prezintă nici o manifestare de tuberculoză.

Din punct de vedere al profilaxiei principiile până acuma stabilite rămân dar în întregime în picioare, *izolarea imediată a copiilor născuți din mame tuberculoase se impune cu aceeași imperioasă necesitate și trebuie considerată de aceeași incontestabilă eficacitate.*

Existența unei asemenea infecții șefemere și fără acțiune nocivă (la copii nou născuți) cu virus filtrabil pare cu atât mai verosimilă cu cât diverși autori, Popper, Slobozeanu și Raileanu, și alți au arătat că mulți copii născuți din mame tuberculoase și care nu reacționau la intradermoreacția cu tuberculină, reacționau totuși la o intradermoreacție practică cu un filtrat de produs tuberculos.

S'a pus în mod firesc întrebarea, *dacă preexistența unei asemenea infecțiuni cu ultravirus nu ar fi o contraindicație pentru vaccinarea noilor născuți astfel contaminați, cu B. C. G.* Fără îndoială că dacă ar fi astfel ar însemna ca tocmai copiii cei mai expuși infecțiunii, ca fiind născuți din mame tuberculoase, și aceia la care vaccinarea ar fi mai imperios indicată să fie sustrași acestei măsurii profilactice. *Experiența a dovedit că această temere este nefundată, căci Saënz, Popper, Răileanu, Sanctis, Monaldi și alți au putut totți arăta că administrarea pe orice cale a B. C. G.-ului la cobaii prealabil infectați cu virus filtrabil este bine tolerată și nu dă loc la nici un fel de accidente nici locale nici generale.*

Rezumând această expunere a datelor clinice putem exprima cred în următoarele concluziuni locul pe care-l ocupă virusul tuberculos filtrabil în patologia tuberculozei:

În mai toate produsele patologice în care se găsesc bacili tuberculoși există și forma filtrabilă a bacilului tuberculozei. Într'un destul de mare număr de produse patologice în care nici prin examenul direct nici prin înocularea la cobaiu nu s'a putut pune în evidență existența bacilului Koch, animalele inoculate prezintă totuși semnele unei infecțiuni cu virus filtrabil caracterizate prin tabloul anatomoclinic al acestei infecțiuni și prezență de bacili. În unele cazuri e vorba de produse a căror natură tuberculoasă a fost ulterior confirmată prin apariția tardivă a bacililor tuberculoși tipici, în altele prezența formei filtrabile rămâne ca singura dovadă a etiologiei bacilare, mai de mult bănuită dar încă nu dovedită experimental. Din punct de vedere practic aceste constatări au desigur o mare importanță căci ele ne permit o confirmare bacteriologică precoce a diagnosticului în multe împrejurări, în cari n'am fi putut-o avea decât târziu dacă am fi așteptat apariția bacililor tipici în materialul examinat. Aplicând în acest scop de diagnostic metoda noastră de iradiere a cobailor inoculați am putut de multe ori să avem chiar foarte curând în 10—15 zile un diagnostic confirmat ulterior de evoluția boalei sau de înocularea la cobaiu. În consecință atât Sergent cât și Léon Bernard atrag atenția asupra faptului că de aci înainte nu mai

trebuie să considerăm ca negativă o inoculare la cobaii, până ce nu ne-am asigurat că animalul nu prezintă nici semnele infecțiunii cu forma filtrabilă a bacilului tuberculos. Deasemenea grație acestor cercetări se va putea confirma în multe cazuri, cum spuneam, etiologia tuberculoasă numai bănuită a multor afecțiuni, de unde de sigur vor decurge și indicațiuni terapeutice noi.

O noțiune deasemenea nouă introdusă de aceste cercetări în concepțiile noastre asupra tuberculozei este că *transmisiunea ereditară transplacentară a tuberculozei sub această formă de virus filtrabil este foarte frecventă.* Totuși din punct de vedere practic, acest fapt cum am mai spus nu modifică mult felul nostru de a vedea în materie de profilaxie a noului născut din mamă tuberculoasă, deoarece în afară de morțile survenite în primele săptămâni, acțiunea patogenă a acestui virus nu se mai manifestă ulterior în cursul dezvoltării acestor copii. *Avem toate motivele dar, să admitem că acest virus este destul de labil și în afară de cazurile de transmisiune masivă și probabil foarte precoce în cursul primelor luni ale sarcinei, rezistența lui este efemeră în organism care reușește prin mijloacele lui de apărare să distrugă sau să neutralizeze acțiunea patogenă a microorganismului.*

Bazați pe aceste fapte, și pe constatările noastre experimentale care ne-au arătat că după o durată de 30—40 zile de prezența în organism, acest virus nu mai e capabil să-și exercite acțiunea patogenă, *ne credem autorizați a nu admite, cum o fac unii autori, că acestui virus i s'ar putea atribui o existență autonomă în organism ca singur agent patogen al unor stări patologice. Credem din potrivă că atunci când în anumite produse patologice se întâlnește numai forma filtrabilă a virusului, trebuie mai curând să admitem că ea provine dintr'un focar din organism în care se găsesc bacili tuberculoși, de unde aceștia nu au fost încă imobilizați sau exteriorizați cu diversele produse, ca sputa sau sângele unde nu circulă, la un moment dat, decât elemente filtrabile, probabil mai difuzibile și înzestrate cu o proprietate de permeabilitate mai pronunțată.* Credem că în acelaș sens trebuie să interpretăm și diferitele localizări, cutanate, seroase, ganglionare, etc., în care s'a găsit numai ultravirus, și anume ca niște acțiuni la distanță, prin intermediul ultravirusului, plecat dela adevărate focare tuberculoase latente.

Chiar cu această rezervă însă, nu e mai puțin adevărat că aceste noi date asupra biologiei bacilului Koch au îmbogățit în mod simțitor cunoștințele noastre și în afară de aplicațiunile practice destul de importante, pe cari le comportă, ne permit să ne explicăm în mod satisfăcător multe din aspectele care constituiesc imensa varietate și polimorfismul anatomic și clinic sub care se prezintă infecția tuberculoasă.

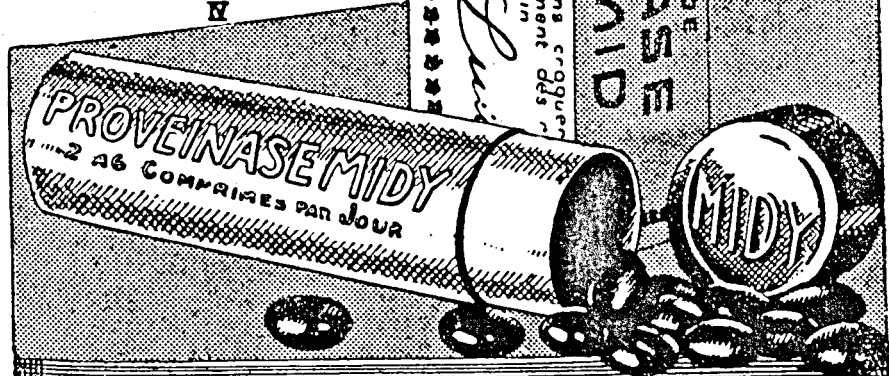
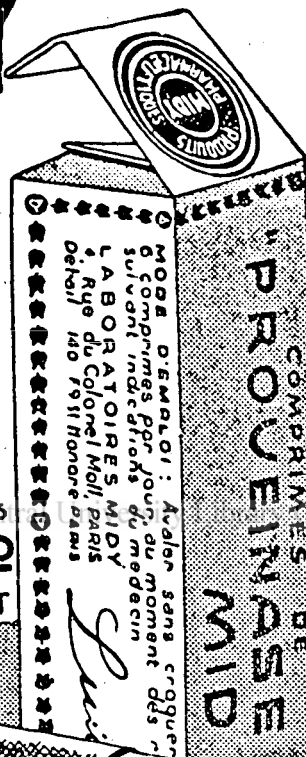
PROVEINASE MIDY

TRAITEMENT INTÉGRAL
DES AFFECTIONS VEINEUSES

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS

J. E. BUCUR & CO

8, STR. MECET BUCAREST
II



VARICES • PHLEBITES • ULCÈRES
VARIQUEUX • HÉMORROIDES
TROUBLES CONGESTIFS DE
LA MÉNOPAUSE ET DE LA PUBERTÉ

CONTRIBUȚIILE CULTURILOR DE ȚESUTURI LA STUDIUL EXPERIMENTAL AL CANCERULUI*)

de

Dr. E. C. CRĂCIUN

Dacă este adevărat că putem astăzi considera cancerul drept o maladie celulară, este nu mai puțin adevărat că, pentru a studia mai de aproape aspectul celular al cancerului, trebuie să ne adresăm de preferință culturilor de țesuturi. Aceasta este metoda care permite mai bine decât orice altă metodă azi existentă, un asemenea studiu, de oarece ne arată evoluția și chiar apariția cancerului celular în chip direct, ante oculos. De aci mulțimea de lucrări asupra cancerului cultivat în vitro, după metoda Harrison-Bunous-Carrel.

Asemenea cercetări inițiate de Carrel și Bunous în 1910, nu par însă că pot să dea explicația fenomenului fundamental al cancerisării și aceasta pentru mai multe motive cari sunt tot atâtea limite ale metodei.

Nu trebuie uitat că această metodă e incapabilă să precizeze relațiile intertisulare și mai ales influența factorului vasculo-nervos. Nu trebuie de asemeni să uităm că elementele cultivate în vitro, se află într'o stare de anume adaptare la condițiile foarte experimentale în cari se află. Tot ceace observăm în vitro reprezintă analogie, dar nu identitate cu ceace se petrece în vivo și în fine, nu trebuie să uităm că aceste cercetări sunt cu încă puțin întinse, că nu orice cancer poate fi cultivat pentru un timp și în condițiile voite, că virulența, adică puterea cancerigenă a unor asemenea culturi, nu a fost totdeauna probată în cursul ori la finele experiențelor. De altă parte noi nu cunoaștem încă precis cari sunt alimentele de cari are absolută nevoie anume celulă canceroasă, pentru a-și păstra intactă, fie virulența, fie alte proprietăți specifice, întocmai cum putem să o facem cu unele bacterii.

Cu alte cuvinte este încă prea multă empirie în observațiile noastre actuale asupra *morfologiei, fiziopatologiei și virulenței culturilor canceroase*, spre a putea trage concluzii decisive asupra naturii cancerului. Vom căuta totuși, în scurta expunere ce urmează, să amintim faptele cele mai importante ce pot fi grupate din acest triplu punct de vedere.

*) Conferință din ciclul „Actualităților medicale” ținută în cadrul Asoc. docenților fac. de medicină din București la 12 Maiu crt., în amfiteatrul spit. Colțea

* * *

Fragmentele de 1—2 mm. cubi de țesut canceros viu, cultivate în plasmă coagulată cu sau fără suc embrionar, încep a crește după 2—24 ore și se înconjoară în general de o bogată *colonie* de celule emigrate din fragmentul inițial, sau produse prin divisiuni celulare propriu zise.

Morfologia culturilor canceroase este foarte polimorfă, și această polimorfie constituie un caracter tipic. Sunt în general diferențe mai mari dela o celulă la alta în culturile canceroase decât în culturile de țesute normale omologe. Aceasta este mai ales adevărat pentru culturile de tumori conjunctive, cari ne sunt de altfel de mult cele mai bine cunoscute. Și dintre acestea, mult studiat a fost sarcomul găinii, de tip Peyton Rous, de oarece e o tumoră ușor de păstrat în laborator, greșele fiind pozitive aproape 100% și evoluând repede, în 2—3 săptămâni. Plasma de găină și suc embrionar omolog (ca mediu de cultură) sunt iarăși ușor de preparat. În ultimii 5—6 ani studiul tumorilor mamiferelor (și chiar ale omului), a făcut mari progrese grație plasmei heparinate, după cum remarcă Rhoda, Erdmann, Maximow, King, etc.

Fact e că între culturile canceroase și culturile de țesuturi normale omologe nu există diferențe calitative, ci doar cantitative. Sunt doar diferențe de talie, aspect, raport nucleo-plasmatic, abundența condriomului și a incluziilor lor grase, dispoziția și abundența vacuomului. În general celulele canceroase sunt mai mari și au o structură mai bogată decât celulele normale. Acelaș lucru în ce privește membrana ondulată ce se află în jurul așa ziselor macrofage canceroase.

Macrofagul reprezintă elementul amiboid și virulent al tumorilor conjunctive, după cum a dovedit Carrel, acest element are la periferia lui o lamă de cito-plasmă hialină, animată de foarte vii mișcări ce favorizează atât amiboismul cât și fagocitoza, ambele foarte importante pentru acest element.

O asemenea membrană ondulată există însă și la macrofagul normal, rezultat din cultivarea leucocitelor mononucleate din sânge. Roskin dela Moscova, reușește să coloreze această membrană ondulantă descrisă și studiată de Carrel, Borrel și Policard.

Coloniile de cancer conjunctiv mai conțin un element tot așa de caracteristic, anume fibroblastul, adică celula conjunctiva obișnuită.

Nu este nici o deosebire între fibroblastul țesutului normal sau al țesutului sarcomatos.

Este totuși adevărat că celulele canceroase se divid mai des decât celule normale; perioada intermitotică a primelor este deci mai scurtă decât a celor din urmă. Numai că, celulele canceroase se și distrug mai repede, fiind elemente bolnave, după Carrel, așa că excesul relativ de mitose nu compensează decât în parte rapiditatea de distrugere.

Morfologia coloniilor canceroase nu este nici ea foarte caracteristică; este vorba de colonii de tip conjunctiv (reticular radiat după W. H. Levis), sau epitelial (pseudomembrane pav-

mentoase) așa după cum este cazul și pentru elementele normale provenind din foile blastodermice respective. Tumorile epiteliale sau conjunctive cresc invariabil după tipul epitelial sau conjunctiv sau infiltrativ.

Intr'adevăr, Albert Fischer a demonstrat că celulele canceroase păstrează în vivo, proprietatea fundamentală cunoscută de a infiltra și distruge țesuturile normale vecine. Dacă lângă un fragment de țesut normal, viu sau ucis prin autolisă aseptică, fierbere, etc. primul invadează pe al doilea, elementele sale înlocuind toate elementele celuilalt aflate în ochiurile tramei fibro conjunctive respective. E o substituție, o colonizare de proche en proche, întocmai ca in vivo. Țesutul „suport” parasitat servește și de suport dar și de aliment; și de aceasta suportul viu (cord embrionar) e mai bun decât cel mort.

Insă alți autori, Kapel, Laser, Maximow, au arătat că și epitelile normale de ficat sau glandă mamară pot prezenta în vitro aceeași creștere infiltrativă, — numai că, în acest din urmă caz nu este vorba de o malignizare biologică, grefele făcute cu asemenea culturi rămânând negative.

Ceva mai particular este un alt caracter al coloniilor canceroase. Este vorba de rapida lor fibrinolisă, adică de lichefierea chiagului de fibrină ce servește de suport elementelor emigrate în afara fragmentului cultivat. Nu este vorba de o autolisă spontană, așa cum a fost descrisă de Dastre și Florescu, ci de o digerare a fibrinei prin fermenții proteolitici deosebit de activi ai celulelor canceroase. Această proteolisă are desigur o importanță pentru creșterea invadantă a cancerului, așa cum au arătat pentru cancerul clinic, Robin, Blumenthal, Fichera. Pentru culturi, fenomenul se manifestă ca o rapidă lichefiere a mediului de cultură, ceea ce pricinuește moartea și distrugerea culturii, de oarece elementele celulare ale metozoarelor nu pot trăi, după cum știm, în mediu lichid. Aceste elemente nu pot să se miște — și să trăiască — decât la limita între o fază solidă, cum este chiagul de fibrină — și o fază lichidă, reprezentată de serozitatea aflată în buretele de fibrină al chiagului. Când acest burete se topește, celulele cad în fundul lichidului și mor repede. Carrel făcuse din acest fenomen ceva caracteristic pentru culturile canceroase, știm azi că se întâmplă la fel în culturile epiteliale, cari ne sunt mai bine cunoscute în ultimul timp numai, dela Albert Fischer. Fenomenul este totuși mai intens pentru culturile de cancer, și în special pentru cele ce se disting prin virulență și creștere rapidă. În aceste cazuri, cultura se poate prezenta fie ca o stofă roasă de moli, fie ca o stofă arsă de acizi, după cum tumora (sarcomul) era de o varietate mai mult ori mai puțin activă.

În fine, ritmul de creștere al coloniilor canceroase e variabil; în general cancerul crește mai încet în vitro ca în vivo, pe când țesuturile normale embrionare se comportă invers. Această deosebire, în treacăt fie zis, ne arată odată mai mult câte deosebiri pot fi produse de chiar faptul cultivării în vitro.

Fisiopatologia celulelor canceroase în vitro este deosebit de importantă și ne va da sigur informații prețioase asupra genezii și proprietăților cancerului.

Lambert și Hanes au remarcat amiboismul deosebit de viu al celulelor neoplazice în vitro. Viteza lor de deplasare ar corespunde emigrării unei celule canceroase din centrul regiunii mamare până la vârful axilei în circa 14 zile — fapt coroborat de precocitatea și gravitatea clinică a adenopatiilor cancerului mamar. Acest amiboism este cu totul aparent în frumoasele filme făcute de Carrel și Ebeling. Celulele canceroase se deplasează extrem de rapid, mai iute decât leucocitele sau fibroblastele normale, cari le ciocnesc, le înglobează sau le aruncă în afară în chip foarte capricios și accidental. O altă particularitate pe care filmul o demonstrează este ușurința cu care celulele canceroase se contopesc, fuzionează, formând adevărate sinciții cu 4—60 nuclee, având până la 0,2 mm. diametru. Cu aceeași ușurință și rapiditate sincițiile se divid în elemente mai mici. Aceste fapte ne arată de ce plasticitate și de ce activitate sunt capabile celulele canceroase.

Știm că dinamismul celulei se bazează pe fermenții săi, deosebit de activi în cazul cancerului. Am vorbit mai înainte de fermenții proteolitici; vom aminti acum de glicolisă, fenomen clasic studiat de Warborg și elevii săi. Savantul german a dovedit că celulele canceroase distrug mai multă glicoză decât celulele normale embrionare și încă mai mult decât cele adulte — ceea ce merge paralel cu puterea de proliferare proprie acestor diferite țesute. În al doilea rând, și asta e încă mai important, celulele canceroase sunt capabile să trăiască fără oxigen și fără respirație, căci liberează calorile necesare proliferării lor prin simplă scisiune a moleculei de glicoză în 2 molecule de acid lactic. Glicolisa aceasta se petrece fără consumare de oxigen sau apă, deci fără oxidare sau hidratare, ci prin simplă scisiune moleculară. Fenomenul e facultativ, se poate măsura fie prin dispariția glicosei, fie prin producerea de acid, fie prin diferențele de microrespirație după principiul lui Brancroft. Și aci este de fapt o simplă diferență cantitativă, însă foarte marcată, între celulele canceroase și celulele embrionare. Cu cât țesutele devin mai adulte cu atât ele sunt mai obligat aerobiotice (și respiratorii).

Cercetările lui Warborg erau însă făcute pe simple fragmente de țesute în stare de supraviețuire — deci pe cale de autolisă. Rhoda Erdmann, Wind, Krontowsky și Bronstein, etc., au demonstrat că teoretic și practic e mai exact să facem asemenea determinări pe celule vii, cultivate în vitro, în chip aseptice, așa cum a cerut Blanchetière. Cu aceste 2 ultime condiții îndeplinite, cifrele obținute corespund într'adevăr celulelor canceroase vii, natural în condițiile cultivării în vitro.

Am spus în treacăt că celulele neoplazice au o fagocitoză deosebit de activă, ceea ce este datorit și marilor lor nevoi nutritive, proporționate cu metabolismul lor energetic deosebit de important.

În fine, în ce privește *agenții fizici și chimici* au o acțiune cu atât mai importantă de cunoscut, cu cât în acest fel putem cunoaște mai bine eventuale acțiuni, fisio și farmacodinamice.

Căldura de $+ 42^{\circ}$ distruge elementele normale și nu influențează celulele canceroase după Lambert și Hanes, ceea ce permite o isolare a celulelor carcinoatoase de stroma lor în vitro. Celulele canceroase sunt deosebit de sensibile la seleniu și clorurii alcalino-teroși, după Raffo, confirmând cercetările anterioare ale lui Kolle și Delbet. De altă parte radio și radium-terapia, au în metoda culturilor de țesute un test foarte util, a cărui importanță a fost evidențiată de studiile întinse făcute de Drew, Wood, Prime, Lacassagne, Ronffart, Krontowsky, etc.

* * *

Desigur că punctul cel mai important al cultivării cancerului îi reprezintă studiul *virulenței* sale cum și al condițiilor în care poate apare cancerul, sau al consecințelor acestei virulențe în direcția imunității anticanceroase.

Se speră — și sperăm — să se poată ajunge astfel la noțiuni clare și sigure în ce privește natura cancerului, etiologia lui, tratamentul lui specific pe cale de imuno-terapie.

Rezultatele sunt promițătoare și ne dau deja lumini noi, chiar dacă nu ne dau încă explicația și soluția definitivă a acestor mari desiderate ale cancerologiei moderne.

Nu trebuie însă nici să exagerăm garanțiile noastre, dar nici să nu le credem de tot neîntemeiate. Să ne aducem aminte că, acum 30—40 de ani, când Henri Morau și după el Leo Loeb, Ehrlich, Bashford, Jensen, au inaugurat studiul cancerului de greșă, — câte speranțe, dar și câte noi puncte de întrebare s'au iscat cu acest prilej. Să ne aducem aminte de asemeni ce limitate au fost rezultatele obținute prin citologie dela Virchow, — prin chimioterapie, dela Kolle, Delbet, Blair Bell; — prin bacteriologie, din timpuri vechi și până la Gye și Blumenthal — prin imunologie, dela Richet și Hericourt, până la Lumsden. Natura și devenirea cancerului sunt încă foarte departe de cunoaștere.

Și totuși culturile de țesuturi au adus și aci o importantă contribuție.

Un grup de cercetători au căutat să localizeze agentul cancerigen la nivelul unui anume element histologic. Studiile foarte ingenioase ale lui Carrel i-au permis să precizeze că, pentru sarcomul lui Rous, numai elementul amiboid este virulent, pe când fibroblastul nu. Adică, dacă inoculăm unei găini normale o cultură care conține numai macrofage, la locul inoculării se desvoltă o tumoră ce posedă caracterele morfologice și biologice ale sarcomului Rous. În aceeași direcție a lucrat Rhoda Erdmann, care a observat că pentru tumorile epiteliale stroma conjunctivă — fără a fi virulentă — menține virulente celulele epiteliale ce cuprinde.

Experiențele lui Carrel au fost confirmate pe altă cale. Anume o cultură de macrofage normale devin canceroase dacă li se adaugă

extract filtrat de sarcom Rous. Este prima oară când s'a reușit a se cancerisa în vitro elemente celulare normale, grație contactului cu un agent bine precizat — deși necunoscut în esență.

Dar același lucru se poate obține cu substanțe chimice, cum ar fi gudronul

Intr'adevăr Fischer a cancerizat macrofage normale crescându-le într'un mediu cu gudron, iar Loser întrebunțând ca mediu de cultură plasma unei găini tratată cu injecții de gudron intravenos. Și arsenicul poate avea o influență cancerigenă analogă. Unele din aceste tumori s'au putut trece în serie un timp îndelungat.

Cancerizarea în vitro, a unor elemente până atunci normale, a putut fi deci realizată de acești cercetători. Numai că, după cum o remarcă G. Roussy, în toate aceste cazuri tumora obținută era de tipul sarcomului Rous. Să nu uităm că această tumoră este foarte virulentă, extrem de rezistentă, ca vivacitate de virus, și de un tip care o face clasată la limita dintre neoplasiile adevărate și granulomele infecțioase. Așa că rezultatele aceste se aplică numai la o anume varietate de cancer și nu suntem deja siguri că este vorba de un cancer propriu zis; în orice caz e ceva destul de diferit de cancerul uman. Punctul central al cancerologiei, apariția cancerului uman, nu este deci cu nimic mai clar acum ca înainte de frumoasele cercetări ale lui Carrel, Fischer și Loser, cercetări cari au evident un interes biologic fundamental.

Cam la fel e starea lucrurilor în ce privește imunitatea anticanceroasă. Se întâmplă la fel cu inoculările de culturi canceroase ca și cu cele de fragmente de tumori de grefă; se obțin seruri anticelulare cari însă nu sunt nici foarte active, nici strict specifice — întocmai ca orice ser anticanceros. Evident, metodele de lucru nu sunt încă cele ideale, culturile noastre sunt încă foarte inegale, mediile de cultură nu au o constituție rațional determinată, testurile sunt insuficiente.

* * *

Și totuși dacă cineva urmărește cu atenție întinsele cercetări ce se fac aproape pretutindeni asupra culturilor de cancer uman sau experimental, ajunge fără îndoială la concluzia că noi cunoaștem mult mai bine cancerul acum ca înainte. Din ce în ce mai mult se strâng dovezile că este vorba de o maladie celulară, că autonomia și intensa proliferare sunt datorite unei vicieri a nutriției și modului de reacție a celului viu normale, tulburare poate de tip anticatalitic, tulburare ireversibil câștigată și fidel transmisă ereditar, inevitabil, tuturor celulelor ce nasc din celulele canceroase. Ereditatea cancerului dela celulă la celulă este patent demonstrată de culturile făcute de Carrel, Erdmann, Fischer, Kirnura și alții, culturi transplantate de sute de ori în curs de ani de zile, culturi ce au păstrat și detalii morfologice tipice și o virulență nealterată. Celula canceroasă este de fapt un element normal care a suferit o mutație și această mutație se transmite ereditar, caracterizată fiind de procedee vitale și de un potențial vital cu totul diferite.

Trebuie, în legătură cu aceasta, să amintim de o interpretare eronată a creșterii în vitro, interpretare până la un punct cu totul explicabilă pentru vremea când a fost enunțată. Puținii ani după descoperirea metodei, Champy, bazat pe importante fapte (pur morfologice), a crezut că poate afirma despre celulele cultivate îndelung în vitro, că acestea s'ar afla într'o stare precanceroasă prin chiar faptul că se află în afară de corp, sustrase influenței sale moderatoare. Ar fi deci în acest sens o stare analogă cu autonomia celulelor canceroase. Azi când tulpina de fibroblaste de embrion de găină, izolată de Carrel, a trecut de 18 ani de viață, după un imens număr de treceri și fără să fi căpătat proprietăți canceroase — azi concepția lui Champy nu mai poate rămâne valabilă. Cultivarea în vitro nu produce ipso factu celule canceroase. Acestea nu apar ca atari decât în condițiile experimentale bine definite și indicate mai sus.

Se poate spune că chiar dacă odată și odată s'ar dovedi că apariția cancerului se datorește unui virus, — fapt ce ne apare totuși puțin probabil azi — chiar atunci cancerizarea celulei va fi faptul princeps al maladiei canceroase și acest fapt poate fi studiat în condiții ideal de favorabile tocmai grație metodei culturilor în viitor.

UROFORMINE

GOBEY

COMPRIMES 0¹/₅₀
AMPOULES 2⁰⁰/₅

**ANTISEPSIE
GÉNÉRALE**

VOIES URINAIRES
VOIES BILIAIRES
MALADIES INFECTIEUSES
GRIPPES ETC...

Agent pour la Roumanie: Mr R. DUNOD
103, Strada Toamnei. — Bucarest

SOLMUTH

SARE DE BISMUT

in

SOLUȚIE ULEIOASA

1 ccm. = Og. O4 Bi

INDOLOR — PERFECT TOLERAT — INCOLOR



Intrunește rapiditatea de acțiune a soluțiilor apoase și eficacitatea profundă și prelungită a suspensiunilor uleioase.

Permite injectarea de doze reduse, metalul fiind complet folosit în muschiu contrar suspensiunilor cari produc depouri intramusculare.



BCU Cluj / Central University Library Cluj

Pentru adulți: săptămânal 2 fiole de 1 ccm.

Cuțta cu 12 fiole de 1 ccm. Let 220.— pentru public.

Pentru medic: cuțit cu 50 & 100 fiole

LABORATOIRES LECOQ & FERRAND

LEVALLOIS (Seine).

Reprezentant: AGECO S. A — București, Strada Sf. Ionică, 9.

Solmuth-ul a fost adoptat de către Casa Centrală a Asigurărilor Sociale unde se află de acum înainte permanent în depozit.

PIPERAZINE MIDY

GRANULES
EFFERVESCENTES

PIPERAZINE
MIDY

LE PLUS SÛR
DISSOLVANT
DE
L'ACIDE URIQUE

Antiseptique Urinaire

2 a 4 Cuillères a café
par jour

LABORATOIRES MIDY

4, Rue du Colonel
Moll
PARIS

Bi-borate
de soude

Citrate de
Lithine

Citrate de
Potasse

92%

40%

20%

8%

Solubilités comparées de l'acide urique

Agents généraux pour la Roumanie:
J E BUCUR & Co 8 Str. Meceș
BUCAREST IV.

O NOUA REACȚIE PENTRU DIAGNOSTICUL SIFILISULUI REACȚIA DE CONGLOMERARE A LUI MULLER (M. B. R. II)

de
Dr. LEON HERMAN

CUVÂNT INTRODUCȚIV
de Prof. Dr. R. MÜLLER (Viena)

I.

Über die Stellung der Ballungsreaktion in der Entwicklungsreihe der Luesreaktionen

von R. MÜLLER

Die Feststellung, dass durch alkohol extrahierbares Lipoid normaler Herzmuskel tierischer oder menschlicher Herkunft (*Landsteiner, Müller und Pötzl*) in gleicher Weise mit Luesserum reagiert wie spirochaetenhaltiger Extraktluetischer Neugeborener, den *Wassermann, Neisser und Bruck* bei ihrer ersten Mitteilung als „Antigen“ verwendeten, kann man als den Beginn einer neuen Periode in der Serodiagnostik der Lues bezeichnen. Abgesehen von neuen theoretischen Anschauungen hat vor allem die technische Durchführung der Reaktion durch dieses neuartige Antigen entscheidende Änderungen erfahren. Man kann sagen, dass alle der heute ausgeführten zahlreichen Methoden zum serologischen Luesnachweis Präcipitatreaktionen sind, die sich zwischen dem Serum und alkoholischen Organextrakt abspielen. Davon ist auch die W. R. nicht auszunehmen, nur sind bei den quantitativen Bedignungen der W. R. die entstehenden Präcipitate ultramikroskopisch klein und können nur auf dem Umweg der optisch nachweisbaren Adsorption zugesetzten Komplement's (Meerschweinchenserum) *indirekt* festgestellt werden. Neben dieser Methode gibt es *direkte* Flockungsmethoden d. s. solche, bei denen die physikalische Einstellung des Lipoidextraktes und die quantitativen Bedingungen derartige sind, dass schon mit *freiem Auge* oder doch mindestens mit der Lupe *sichtbare Flockungen* entstehen. Je nach der Art der entstehenden Präcipitate haben zart und zahlreich, dass sie als einzelne Individuen nicht erkannt werden können, sondern nur durch Trübung des Milieus, dann

spricht man von Trübungs-Reaktion. (Dold, Meinicke). Methoden, die mit freiem Auge oder mit Lupe gut sichtbare, gleichmässig verteilte Flocken ergeben, nennt man Flockungs-Reaktionen (Sachs-die Flockungsreaktionen verschiedene Namen. Sind die Flocken so Georgi, Kahn, etc.). Ist die Methode so eingestellt, das massige Flockenbildung eintritt, die im Laufe mehrer Stunden ein Sediment bildet, so dass die überstehende Flüssigkeit geklärt erscheint, so nennt man die Methode Klärungsreaktion (Meinicke). Schliesslich gibt es eine besondere Art von Flockenbildung, wobei die Flocken nach einiger Zeit zu einem einzelnen frei schwebenden Ballungskomplex konfluieren, die sogenannte Ballungs-Reaktion (R. Müller). Die verschiedenen Arten der genannten Reaktionen sind durch Variation der physikalischen Bedingungen bei der Antigenerzeugung begründet. Vor allem ist die Art der primären Extraktion verschieden. So wird der Herzmuskel entweder in feuchtem Zustande extrahiert oder es werden die Extrakte aus getrocknetem und mit Aether oder Aceton vorbehandeltem Muskel hergestellt. Ferner spielt die Art und Menge verschiedener verstärkender Zusätze (z. B. Cholesterin, Tolu balsam) eine Rolle. Eine der wichtigsten Faktoren bei der Antigenbereitung ist die Art, *wie man den primären alkoholischen Extrakt mit Kochsalzlösung verdünnt*. Es sind hier sehr grosse Unterschiede zu verzeichnen, ob man diese Verdünnung rasch oder tropfenweise oder rasch aber in mehreren Phasen (2 bis 3 phasig) vornimmt. Wenn man z. B. einen Extrakt in dem Verhältnis 1 : 6 verdünnt, so entstehen ganz verschieden aussehende und ganz different wirk same. Antigene, je nach dem ob ich die Verdünnung des Extraktes mit Kochsalz *einzeitig rasch* vornehme oder ob ich zu einem Teil des Extraktes zuerst einen halben Teil der Kochsalzlösung zufüge und nach einiger Zeit, während der eine intensive Trübung eintritt, erst die restlichen $5\frac{1}{2}$ ccm. zur sechsfachen Verdünnung ergänzt. Das letztere Produkt ist viel trüber als das einzeitig gemachte und meist auch entsprechend wirksamer. Es spielen ferner Konzentrations und Temperaturbedingungen eine Rolle und schliesslich mechanische Momente (wie schütteln, zentrifugieren, etc.), die die Reaktion beschleunigen können.

Man wird nun fragen, warum denn so verschiedene Arten von Flockungsreaktionen notwendig seien. Es hat sich gezeigt, dass einige von den genannten Methoden gegenüber den ursprünglichen Flockungsmethoden von Sachs-Georgi und Meinicke (sogenannte dritte Modifikation D. M.) bedeutende Fortschritte darstellen u. z. nach beiden notwendigen Richtungen: Erhöhung der Empfindlichkeit bei Luesseren und dadurch Erfassen von zahlreichen nur schwach reagierenden, sonst der Diagnose entgehenden Fällen und andererseits erhöhte Spezifität d. h. möglichst geringe Zahl positiver Ausfälle bei luesfreien, schweren Allgemeinerkrankungen (Fieber, metast. Tumoren, etc.).

Es muss nun gesagt werden, dass es heute noch keine Reaktion gibt, die als optimal für jeden Fall bezeichnet werden kann. Wenn man 100 verschiedene Fälle untersucht, so

werden 90 bis 95 Fälle mit den verschiedenen Methoden gleich reagieren; der Rest jedoch zeigt Divergenzen und wegen dieser Fälle ist es nach dem heutigen Stande der Wissenschaft notwendig eine Serumuntersuchung auf Lues mit mehreren Methoden durchzuführen. Nur dann wird auf der einen Seite womöglich kein diagnostizierbarer Fall von Lues der Diagnose entgehen und andererseits wird durch Divergenz der Resultate auf eventuelle Unspezifität eines Resultates aufmerksam gemacht. Bei solcher Divergenz mit verschiedenen Methoden entscheidet wiederholte Untersuchung, vor allem aber wird gerade hier die klinische und anamnestische Betrachtung des Falles von besonderer Bedeutung sein für die Wertung des serologischen Ergebnisses. Die grosse Wichtigkeit der hier skizzierten Fragen geht daraus hervor, dass das hygienische Komitté des Völkerbundes bereits 2 mal Konferenzen (Kopenhagen) abgehalten hat, bei denen die Autoren der verschiedenen Methoden in Klausurarbeit eine grosse Zahl von luetischen und nicht luetischen Fällen serologisch untersuchten. Bei der zweiten dieser Konferenzen (1928) zeigte die Gruppe der sogenannten *empfindlichen* Flockungs-Reaktionen — in erster Linie die Ballungs — ferner die Kahn-Reaktion besonders gute Resultate. Zu dieser Gruppe gesellte sich noch die citochol-Reaktion v. Sachs-Witebsky und die von Meinicke an seiner Trübungsreaktion entwickelte Klärungs-Methode. Soll das Resultat einer serologischen Untersuchung wirklichen Wert haben, so müssen nebst der W. R. *mindestens* 2 dieser empfindlichen Flockungs-Reaktionen herangezogen werden. Bei objektiver Wertung der Resultate der Kopenhagener Konferenz sollte wohl eine dieser Flockungs-Reaktionen die Ballungs-Reaktion sein. Besonders auch bei Untersuchung des Liquor-cerebrospinalis halte ich die Untersuchung ohne Anstellung der Ballungs-Reaktion für nicht genügend.

II.

Despre baza și tehnica Reacției de Conglomerare Müller

de Dr. LEON HERMAN (Craiova)

Această metodă este introdusă în cele mai multe țări din Europa și lucrările de control făcute atât în Germania cât și în Franța și Italia confirmă rezultatele cele mai elogiase.

În România metoda este cunoscută numai din lucrarea d-lor Prof. Dr. C. Tătaru și Doc. Dr. Konradi, publicat în Kl. Wochschr. No. 18 din 29 Aprilie 1928 și Clujul Medical No. 4/1928.

Domniile lor au meritul de a fi primii în țara românească și printre primii chiar în Europa, cari au controlat metoda pe 1224 de cazuri, foarte frumos clasificate. Concluziunile D-lor sunt tot atât de fericite. Mai recent D-l Dr. Cahane dela Dicio-Sânmartin, publică în România Medicală No. 6 din Martie 1931, o statistică foarte favorabilă, descriind totodată tehnica și avantajile reacțiunii lui Müller, mai ales pentru spitalele și laboratoarele din provincie. În această comunicare ce este numai o introducere la un studiu

mai complex mă voi limita să trașez pe principiile de bază ale metodei fără a insista asupra detaliilor de tehnică.¹⁾

Antigenul pentru reacțiunea de conglomerare a lui Müller (R. C. M.), este un extract de cord de bou, concentrat și cholesterinizat după anumite legi. Dacă la extractele alcoolice de cord adăugăm sol. de cholesterină după o scară progresivă și dacă apoi diluăm fiecare tub într'un anumit mod cu sol. de clorur de sodiu, putem observa o creștere progresivă a opacității (tuburării) soluțiilor din tuburi, care merge paralel cu cantitatea de cholesterină ce conține. Dacă continuăm cu cholesterinizarea se poate observa cum opacifierea descrește în aceeași măsură, așa încât după adăugarea de sol. de clorur de sodiu căpătăm în cele din urmă un antigen aproape complet clar.

Dacă continuăm și mai departe cu cholesterinizarea extractului ajungem într'o zonă în care opacitatea soluțiilor crește din nou brusc și paralel cu diluțiile. În această zonă, *denumită de R. Müller a II-a zonă optimă de opacifiere* se face cholesterinizarea extractului de cord pentru prepararea antigenului de conglomerare. Prin aceasta s'ar deosebi R. C. M. de alte metode cari întrebunțează tot extractele de cord cholesterinizate, la cari însă cholesterinizarea extractului se face în I-a zonă optimă de opacifiere, (adică înaintea punctului de clarificare completă prin cholesterinizare progresivă).

Acesta este principiul de bază pentru prepararea antigenului pentru R. C. Müller.

Al doilea moment important îl constituie modul deosebit de diluare a antigenului cu sol. de clorur de sodiu.

Müller, la prima descriere a metodei sale (M. B. R.), recomandă diluarea în proporția de 1 vol. extract pentru 7 vol. sol. Na Cl. Pentru a se realiza, în această diluție, particulele lipoide de mărimea necesară, trebuia ca antigenul diluat să mai matureze timp de 24 ore. În cursul acestui timp de maturație clorul de sodiu influența progresiv puterea de precipitare a particulelor lipoide până la găsierea *empirică* a punctului optim de reacțiune, în prezența serului sifilitic.

Această perioadă lungă de maturație a antigenului era din punct de vedere practic, incomodă.

Printr'o diluare în proporție mai mică a extractului s'a putut realiza o reducere apreciabilă a timpului de maturație. Aceasta este metoda simplificată a reacțiunii lui Müller (M. B. R. II), în care autorul recomandă diluarea extractului în proporția 1 vol. extract pentru 11/2 vol. sol. Na Cl (în loc de 7 vol.), ceea ce reduce și timpul de maturație la c/a 10—12 minute. După această perioadă de maturație se mai adaugă antigenului maturat 121/2 vol sol. Na Cl pentru a-i da și stabilitatea necesară, ceea ce este f. important. Prin aceste modificări s'a simplificat atât de mult metoda originală, încât astăzi aceasta (M. B. R. II) poate fi considerată printre cele

1) P. aceasta de considerat lucrările orig. ale lui R. Müller — Kl. Woch schr. No. 30 p. 1405/7 din 1930 și D. Med. Wochschr. No. 39/1929 cât și în nota explicativă ce însoțește fiecare flacon cu Extract (Ballungsreangenz).

mai simple metode serologice. Nici apareilleage-ul nu este altul decât acela ce se găsește în orice laborator. Cele câteva eprubete și pahare de o anumită dimensiune, în cazul când nu s'ar găsi, reprezintă o cheltuială mică despre care nici nu merită a se vorbi. Am găsit util a reliefa aceasta fiindcă din cauza perioadei lungi de maturaj cât și a celorlate incomodități la metoda originală (M. B. R.), persistă încă și astăzi în multe cercuri părerea că reacțiunea de conglomerare este o metodă complicată, ceea ce este cu totul nedrept mai ales pentru tehnica simplificată (M. B. R. II).

De altfel fără a pleda „pro domo”, ne permitem a observa, cu această ocazie, că o metodă — chiar dacă este mai complicată — devine totuși obligatorie într'un laborator, atunci când ea dă rezultate superioare celorlalte metode mai simple, mai comode, căci scopul final al unei analize este preciziunea rezultatului și nu de a oferi cercetătorului posibilitatea de a da un rezultat fără prea multă osteneală.

Un alt avantaj al R. C. M. II, este și că ea ne oferă posibilitatea unei citiri rapide și foarte ușoară a rezultatelor — c/a după 4 ore, timp care se poate reduce la $\frac{1}{2}$ oră prin tehnica centrifugării (M. B. R. Z.).

În cazuri de rezultat dubios sau de lipsă de ser suficient, extractul lui Müller ne oferă și posibilitatea unei alte tehnici (M. B. R. D.), și mai simplă în care se întrebuițează 0.10—0.15 ser și păstrându-se reacțiunea la temperatura camerei se citește rezultatul în ziua următoare.

Deosebit de recomandabilă devine metoda lui Müller din cauza rezultatelor admirabile pe cari le dă în lich. cef-rach, și pe cari nici o altă metodă de flocluație nu ne-o oferă astăzi în așa măsură.

Dacă la aceste mari calități ale reacțiunii lui Müller mai adăugăm și pe aceia, nu mai puțin importantă că la cazurile pozitive se poate citi un rezultat precis, evident și fără vre-o necesitate de apreciere subiectivă, prin aceia că flocoanele precipitate se conglomerază într'un balon destul de compact, care rămâne suspendată la suprafață sau liberă în coloana cu liquid, din tubul de reacțiune, cred că am arătat toate calitățile pentru care această metodă merită să fie considerată de cea mai mare valoare și să fie preferată față de similarele ei.

În cele ce urmează vreau să redau în mod succint momentele cele mai importante ale metodei. Pentru prepararea antigenului se ia un vol. extract (*Ballungs-Reagenz — dela Cassa Schering — Kalbaum A. G. Berlin*) și $1\frac{1}{2}$ vol. ser fiziologic 0.9% și alcalinizat cu Na carbonat 0.03% ($t^{\circ} + 17^{\circ}\text{C}$), se amestecă lichidele și se lasă în repaos pentru 10—12 minute (proces de maturaj), după aceasta se adaugă cele $12\frac{1}{2}$ vol. din același ser fiziologic alcalin, pentru stabilizarea antigenului. Acest antigen este gata pentru întrebuințare.¹⁾

1) Pentru dimensiunile exacte ale sticlăriei, etc., vezi, după cum s'a amintit mai sus *prescripția ce însoțește fiecare flacon cu extract.*

Pentru reacțiune se folosesc tuburile din sero-reacția Widal, în cari se pune câte 0.35 ser inactivat de examinat (când inactivarea serului se face abia după turnarea în tuburi a acestor minime cantități de ser, atunci sunt suficiente pentru aceasta 15 minute bae-marină la 56°).

Este totuși recomandabil, unde se poate să se ia și o a doua doză mai mică mică de ser (0.25). Diferența de rezultate este cel mai adesea minimă, totuși este bine să se lucreze cu 2 doze de ser pentru fiecare caz pentru a exclude orice eroare posibilă, de tehnică sau manipulație. Müller recomandă o doză mai mică de ser pentru tubul al doilea, pentru-că în felul acesta se dă în unele cazuri posibilitatea unei citiri cantitative a rezultatului.

După ce se amestecă bine serul cu antigenul preparat se pune toată etajera cu tuburile de reacțiune în baie-marină (55°) pentru 5—10 minute și apoi 4—5 ore la t° camerei. Cazuri intens pozitive vor prezenta conglomerarea netă chiar în cursul primei ore, cazurile slabe abia în ultimele ore (a 4-a—5-a oară). După aceste criterii se și apreciază notările de complect pozitiv (+ +) și sigur pozitiv (+). Cazurile negative rămân omogen coloidale. Dacă la sfârșitul reacțiunii (după 4—5 ore) apar nouri și flocoane fără formarea netă a unui balonaș, se poate nota rezultatul cu ± dubios, Coroborarea unor asemenea rezultate cu rezultatele obținute cu alte metode făcute simultan cât și cu datele clinice și anamnezice vor fi totdeauna utilizate pentru tranșarea diagnosticului.

R. Müller pentru a obține rezultate mai rapide, mai ales în cazuri de repetarea reacțiunii pentru control, recomandă, cum am amintit mai sus tehnica prin centrifugare (M. B. R. Z). În acest caz se amestecă 0.45 cc. ser în modul deja descris și se încălzește la bae marină. După scoaterea din bae-marină se centrifugează 5 minute (2500—3000 tururi), citirea rezultatelor se poate face în cursul primelor 30 minute. Și la metoda prin centrifugare se formează din precipitate un complex bulos, care plutește liber în coloana de lichid, dând prin aceasta posibilitatea unui control al primei citiri.

O metodă foarte comodă este în fine *metoda prelungită* (Da-uermethode, M. B. R. D.), la care se întrebuințează ser mai puțin (0.10, 0.15). După scoaterea din baie-marină rămân tuburile cu reacțiunea în repaos până în ziua următoare¹⁾ citirea după 16—24 ore. Foarte multe laboratoare preferă chiar această metodă. Pentru laboratoarele mari poate fi de mare folos, căci serurile ce intră la diverse ore din zi se pot pune toate simultan în lucru după amiază, iar în dimineața următoare se pot citi rezultatele. Dacă într'un laborator se practică și o a doua metodă de ex. Klarungs-R. a lui Meinicke, la care deasemenea rezultatele se citesc în ziua următoare și dacă aceste rezultate nu se potrivesc, se poate face pe

1) După cum ne comunică personal D-1 Prof. Dr. R. Müller, la *Metoda prelungită* încălzirea la bae-marină a amestecului Ser-Antigen, apare de prisos. Amestecul Ser-Antigen rămâne pur și simplu la temperatura 16-24 ore și reacțiunea se produce tot atât de frumos.

lângă o R. Wassermann tip și alte metode rapide-directe cum ar fi *Metoda Müller prin centrifugare* (M. B. R. Z.) sau *Reacțiunea lui Kahn*, așa că până la amiazi rezolvarea cazului este gata.

La cercetarea liq.-cefalo-rachidian se lucrează cu același antigen. Dozele sunt următoarele: 0.6 cc. Liq. C. R. și 0.3 antigen preparat. După 5 minute bae-marină, se lasă reacțiunea la t⁰ camerei. Citirea definitivă a rezultatelor, în ziua următoare. Cazuri intens pozitive formează balonul din primele ore. După timpul pe care-l necesită pentru constituirea balonașului dintr'un tub se poate stabili cantitativ intensitatea reacțiunei.

Cercetările de control ale metodei lui Müller făcute de diverși autori cu rezultate atât de favorabile sunt o cheazășie mai mult despre valoarea acestei reacțiuni.

Intr'un viitor articol voi avea onoare să comunic propriile-mi rezultate cu reacțiunea lui Müller, pe c/a 500—600 cazuri.

PREPARATO WASSERMANN

CU BAZA DE

Clorhidrofosfolactat de calciu

Sulfogalacolat de calciu

Principii balsamice și calmante



Este indicat în toate afecțiunile căilor respiratorii.



INTREBUINȚARE: 2—5 linguri pe zi, diluate în apă sau simplu.

PENTRU COPII dela 3—7 ani, 1/2 linguriță de cafea de 2 ori pe zi, ca mai sus.

PENTRU COPII dela 7—12 ani, o linguriță de cafea de 2 ori pe zi, ca mai sus.



COMPOZIȚIUNEA.—O lingură conține:

Clorhidrofosfolactat de Calciu . . . gr. 0,50

Sulfogalacolat de Calciu 0,30

Extract fluid de Aconit 0,01

Extracte Balsamice și Aqua Laurocerasi Q. S.

Gadil Wassermann

CU BAZA DE OLEU DE FICAT

DE MORUN, Lecitină, Iod, Gaiacol,

Eucalipt, Mentol.

NUMAI PRIN INECȚIUNI.

Cutii de câte 10 fiole de 1 c. c.,
2 c. c. — 5 c. c.

INTREBUINȚARE:

1 inecțiune pe zi, întrebuințând, după cazuri, fiole de 1, sau 2 sau 5 c. c., și întrebuințând acul obișnuit al seringii Pravaz.

INDICAȚIUNI:

Forme tuberculoase, Limfatism, Rachitism, Scrofula, etc. Cel mai bun în tuberculoza osoasă. Cel mai puternic auxiliar al nutrițiunii generale.

Eșantioane la cerere D-lor Medici, adresând:

Reprezentanța Depozitului pentru România: G. CENTONZE. — București, 6.

Strada Dr. Clunet, No. 3. — Telefon 360/95.

Hémostyl

Anémies

Du Dr.
ROUSSEL

Hémorragies

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules
de 10^{cc} de Sérum pur

A) Sérothérapie spécifique
des ANÉMIES (Carnot)

B) Tous autres emplois
du Sérum de Cheval:

HÉMORRAGIES (P. Weill)

PANSEMENTS (R. Petit)

Sirap ou Comprimés
de sang hémo-poïétique
total

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons, Littérature

97 RUE DE VAUGIRARD. PARIS

Agent pour la Roumanie: RENÉ DUNOD

103, Strada Toamnei — București

TUBERCULOZA IN UNIVERSITATE și MASURI PENTRU COMBATAREA EI¹⁾

de

Dr. L. S. DANIELLO

Docent la Facultatea de Medicină Cluj

Frecvența îmbolnăvirilor de tuberculoză printre studenți a fost semnalată după război la toate Universitățile din țară. Alarmați de acest fapt, Rectorii anului 1925, s'au întrunit la București pentru a discuta această problemă. S'a hotărât atunci, la propunerea D-lui Profesor Dr. Iuliu Hațieganu, înființarea a câte unui Dispensar antituberculos pe lângă fiecare Universitate și a unui Sanator studentesc interuniversitar.

Aceste măsuri n'au fost realizate decât la Cluj, incomplet de altfel și acolo, căci sanatorul n'a putut fi construit. A luat însă ființă *Dispensarul studentesc*, care funcționează neîntrerupt din anul școlar 1926—27. Constatările făcute în cursul activității acestei instituțiuni, ne permit astăzi, să dăm o serie de date exacte cu privire la răspândirea tuberculozei în rândurile studenției și să indicăm în acelaș timp măsuri concrete pentru combaterea medicală și socială a ei în mediul universitar.

Dat fiind, că în programul celui dintâi congres național de tuberculoză figurează un raport intitulat „Tuberculoza în România” și un coraport ce se ocupă cu tuberculoza în școală, ne-am crezut obligați să rezumăm cu această ocazie experiența ce ne-am câștigat-o în această privință la Universitatea din Cluj.

Ținem să menționăm aci, că problema combaterii tuberculozei printre studenți, preocupă azi în mare măsură și cercurile universitare străine. În Franța s'a procedat deja la înființarea Dispensarelor studentești²⁾, iar în Germania după exemplul Universității din München, este pe cale de înfăptuire introducerea examenului radiologic obligator al tuturor studenților noui înscriși.

Universitatea din Cluj, datorită inițiativei d-lui Prof. Dr. Iuliu Hațieganu, a realizat în bună parte aceste măsuri, în mod cu totul independent și mai curând decât încercările similare din străinătate. Ea a jucat deci în acest domeniu rolul unui percursor față cu aproape toate Universitățile europene, punând în acelaș timp bazele unei igiene universitare la noi.

1) Comunicare făcută la *Congresul de tuberculoză*, 21-23 Iunie 1931, București.

2) Vezi Jaquet, *Essai l'hygiène universitaire* Maloine 1928.

1) Utilajul Dispensarului studențesc și tehnica funcționării.

Dispensarul are 2 secții: antituberculoasă și antivenerică. Noi ne vom ocupa numai de cea dintâi. Până în 1928, nedispunând de local propriu, consultațiile Dispensarului se făceau la Clinica Medicală. Dela 1928, Dispensarul dispune, grație subvenției pe care i-a acordat-o Ministerul Sănătății, de un local propriu situat în subsolul Clinicii Medicale, transformat în acest scop.

Există acolo o sală de așteptare cu cabine de desbrăcare, o sală de consultație și o sală de radioscopie cu instrumentarul necesar.

În sala de consultații se află o arhivă de fișe și biroul surorii de ocrotire. Fișele se aseamănă în forma lor exterioară cu cele de tip Rockefeller, textul imprimat pe ele a fost adaptat cerințelor speciale ale Dispensarului studențesc. Pentru fiecare student examinat se completează fișa medicală; pentru cei găsiți tuberculoși se mai adaugă și o fișă socială, după ce în prealabil sora de ocrotire a întreprins o anchetă la domiciliul bolnavului procurându-și și în același timp datele necesare privitoare la situația lui socială. Fișele sunt clasate în ordine numerică pentru a putea fi găsite cu ușurință; numele tuturor celor înscriși la Dispensar sunt clasate într'o cărtotecă specială în ordine alfabetică. Fiecare student mai primește apoi un bilet care poartă pe lângă anumite alte indicațiuni și numărul fișei.

Rezultatul examenului fizic se înscrie grafic în schemele toracice imprimate pe fișe, semnele convenționale utilizate sunt cele indicate de Sahli, cărora în clinica medicală din Cluj li s-au adăugat oarecare completări.

Toți studenții prezentați la Dispensar sunt supuși în afară de examenul fizic și unui examen radiologic. Rezultatul radioscopiei este redat în fișă printr'un desen schematic.

Or de câteori este nevoie, practic în toate cazurile cu leziuni suspecte sau manifeste, radioscopia este completată printr'o radiografie.

Tuturor celor ce prezintă expectorația li-se practică un examen al sputei, recurgându-se ori de câteori este necesar la omogenizări sau inoculări la cobai. Din când în când se recurge și la alte mijloace diagnostice: reacția de sedimentare a hematiilor, tablou sanghin, etc.

Toate cazurile suspecte sunt ținute în observație și revăzute la anumite intervale.

Majoritatea tuberculozelor active descoperite sunt internate și tratate în secția de boli pulmonare a Clinicii. O parte a bolnavilor cu forme discrete necontagioase la cari o cură de reparare pare totuși necesară sunt trimiși în stațiunea climaterică Colibița. Dacă după terminarea tratamentului studenții se întorc în Universitate, ei rămân sub permanenta supraveghere a Dispensarului.

Alte afecțiuni descoperite la Dispensar (cardiopatii, afecțiuni oto-rinolaringologice, oculare, etc.), sunt precis diagnosticate cu ajutorul diferitelor servicii de specialitate cu care Dispensarul întreține strânse legături.

El colaborează de aproape cu serviciul consultațiilor medico-sportive pentru studenții universitari (condus de d-l Dr. Telia), dându-și avizul în privința aptitudinilor sportive a celor cari par suspecti din punct de vedere pulmonar.

Zilele de consultațiuni la Dispensar sunt Miercurea și Vinerea dela 1—3, el stă deci la dispoziția studenților 4 ore pe săptămână. Pentru examenele de început de an consultațiile se dau zilnic între aceleași ore, examinându-se grupuri de câte 50 studenți. Personalul medical al Dispensarului

constă dintr'un medic specialist ajutat de un preparator al Clinicei medicale și de o soră de ocrotire. Fondurile necesare, funcționării Dispensarului sunt furnizate în parte de Rectorat, care prevede în fiecare an o sumă oarecare în acest scop, (ea a variat între 30—50.000 lei), parte de Ministerul Instrucțiunii sau Sănătății cari ne-au acordat aproape în fiecare an câte o subvenție. Cheltuelile de înzestrare odată achitate, funcționarea și întreținerea se reduce la foarte puțin (imprintate, filme radiologice, material de laborator), căci personalul medical până în prezent nu este retribuit, iar sora de ocrotire are leafă dela Ministerul Sănătății. Taxele de întreținere la clinică și la stațiunea Colibița le suportă Universitatea din fonduri speciale.

Tinem să mai amintim aci, că Dispensarul se ocupă și de propaganda antituberculoasă printre studenți, organizând în fiecare an câte un ciclu de conferințe despre tuberculoză și combaterea ei.

2) Rezultatele practice ale activității Dispensarului.

Scopul urmărit de Dispensar este:

a) Depistarea tuturor cazurilor de tuberculoză printre studenți;

b) Tratarea convenabilă a celor bolnavi și împiedecarea răspândirii infecțiunii printre cei sănătoși.

Depistarea tuberculozei se face cu ajutorul consultațiilor gratuite pe cari le dă Dispensarul.

Între anii 1926—1929, au fost examinați la Dispensar numai studenții și studentele cari s'au prezentat din proprie inițiativă la consultații. Deși au fost destul de numeroși, ei reprezintă abia 13% din numărul total al studenților înscriși la Universitate. Din primul an de funcționare ne-am dat deci seama, că de o depistare a tuturor îmbolnăvirilor printre studenți cu acest procedeu nu poate fi vorba și am cerut introducerea unui examen obligator pentru toți studenții anului I.

Din motive de ordin tehnic și mai ales pecuniar acest postulat n'a putut fi realizat decât în parte, ne-a reușit să-l aplicăm cu începere din anul școlar 1929/30 pentru Facultatea de Medicină și Litere, iar în 1930/31, pentru Medicină și Științe.

În statistica de mai jos vom indica separat cifrele morbidității pentru cei prezentați benovol și pentru cei examinați obligator.

În baza cifrelor de mai sus ne putem permite anumite considerațiuni în legătură cu răspândirea tuberculozei printre studenți, formulând în acelaș timp propuneri în vederea combaterii ei.

Vom analiza întâi datele cari exprimă rezultatul examinării studenților prezenți benevol la Dispensar. Deși în cursul celor 5 ani de funcționare nu constituie decât 13% din totalul imatriculațiilor la Universitate, numărul tuberculozelor diagnosticate este impresionant. Dintre 2174 studenți și studente examinați, 116 prezentaau ftizii contagioase = 5,05%, 67 tuberculoze pulmonare fibroase active = 3,01%, iar 6 tuberculoze extrapulmonare active = 0,27%. În total am înregistrat deci 189 cazuri de tuberculoze manifeste, ceace face 8,68% a studenților examinați.

Dacă comparăm aceste date cu cele publicate de către Katten-

diedt*), care conduce Dispensarul Universității München, găsim diferențe considerabile mai ales în ce privește procentul tuberculozelor manifeste active.

Acest autor constată printre 2296 studenți prezenți benevol 16,60% a cazurilor leziuni discrete latente dar numai 2,37% tuberculoze manifeste active sau suspecte de activitate. Deosebirea dintre cifrele noastre și cele dela München nu este deci prea mare în privința tuberculozelor latente (21,89% : 16,16%), dar ea devine cu atât mai pronunțată când este vorba de formele fizice evolutive ale boalei. Pe câtă vreme Kattentiedt găsește abia 2,75%, noi avem 8,68%, adică aproape de 4 ori mai multe. Este greu să dai o explicație precisă acestei constatări, ni se pare însă probabil că frecvența mai mare a tuberculozelor avansate active printre studenții noștri s'ar putea datori fie pe deoparte condițiilor de viață și igienă generală mai inferioară, pe de altă parte depistării mai insuficiente a bacilozei incipiente, înainte și chiar în cursul studiilor universitare, în fine frecvenței în genere mai mari a tuberculozei la noi decât în Germania.

Dacă numai printre 13,7% din totalul studenților au putut fi depistate în curs de 5 ani 189 tuberculoze active, este ușor de imaginat că printre cele 9/10 inși neexaminați au trebuit să existe un mult mai mare număr de bolnavi. O evaluare exactă a lor nu este imposibilă. Multiplicând simplamente cu 10 cifra îmbolnăviților am obține desigur date inexacte căci frecvența tuberculozei este probabil mai mare printre cei prezenți benevol la dispensar din cauza anumitor simptome pe cari le aveau, decât printre cei neprezenți. Că și în această din urmă categorie există numeroși bolnavi, ne-o dovedește rezultatul examinării obligatorii, despre care vom vorbi imediat.

Înainte de a trece la acest capitol vrem numai să stabilim în baza constatărilor de mai sus că:

- a) Tuberculoza pulmonară este cu mult mai răspândită printre studențimea noastră decum se crede în general și decât în alte Universități străine;
- b) Că în deosebi formele grave sunt proporțional mai numeroase decât printre studenții germani;
- c) Că Dispensarul studențesc este o instituție necesară și utilă depistării tuberculozei în universitate;
- d) Că prin consultațiunile gratuite pe care le acordă celor ce se prezintă benevol, el nu descopere decât o mică parte a focarelor de contagiune;
- e) Pentru a putea cunoaște toate cazurile de tuberculoză contagioasă, se impune introducerea unui examen complet obligator pentru toți noii înscriși în Universitate.

Necesitatea acestei măsuri devine și mai evidentă dacă ținem seamă de rezultatele pe care ea le-a dat la Universitatea din Cluj, unde a fost aplicată în parte din 1927 și mai ales în cea din München unde ea se aplică în mod integral din acelaș an școlar.

*) B. Kattentiedt Zeitschr. f. Tuberc. Bd 55 H 3 și Bd 58 H 4.

S T A T I S T I C A

În bolnăviriilor de tuberculoză printre Studenții Universității din Cluj examinați la Dispensarul studentesc între anii 1926/27 — 1930/31

I.—Studenții prezentați benevol la consultațiile dispensarului

Anul școlar	Inscrisi total la Universitate		Examinați total la Dispensar		Dintre cei examinați au fost găsiți										Sucombați în cursul anului școlar
	2554	17,88%	475	14,85%	Sănătoși										
					Cu semne clinice sau Radiologice de tbc lat.	Cu tbc. fibroasă activă	Cu tbc. fibro-caseoasă	Cu tbc. extra-pulmonare	Cu afeccțiuni cronice netuberc.	Internați în clinică					
1926/27	2554	17,88%	475	14,85%	298 65,2%	99 21,66%	29 6,36%	28 6,12%	—	3 0,65%	47 10,1%	2			
1927/28	2471	14,85%	367	14,85%	281 76,56%	39 10,62%	13 3,53%	32 8,71%	2 0,54%	—	41 11,19%	5			
1928/29	3021	17,61%	532	17,61%	408 76,69%	89 16,72%	14 2,62%	17 3,19%	4 0,75%	—	28 5,26%	2			
1929/30	3738	12,86%	481	12,86%	312 68,86%	144 29,93%	4 0,83%	20 4,15%	—	1 0,2%	28 5,81%	1			
1930/31	4064	8,31%	338	8,31%	202 58,76%	105 31,06%	7 2,07%	15 4,43%	—	9 2,68%	18 5,33%	—			
Total	15847	13,7%	2174	13,7%	1497 69,21%	476 21,89%	67 3,01%	116 5,03%	6 0,27%	13 0,59%	162 7,45%	10			

II.—Studenții examinați în mod obligatoriu la înscriere

Anul școlar	Inscrisi total la Fac. Med. și Igiene (1929/30)		Examinați total la Dispensar		Dintre cei examinați au fost găsiți					
	512	79%	405	79%	Sănătoși					
					Cu semne clinice sau radiologice de tbc. lat.	Cu tbc. manificative sau fibrocaseoase sau fibr. pulmonare	Cu afeccțiuni cronice netuberculoase			
1929/30	512	79%	405	79%	181 44,69%	212 52,38%	9 2,22%	2 0,25%	2	0,49%
1930/31	422	86,72%	366	86,72%	190 51,9%	160 43,72%	9 2,81%	1 0,27%	6	1,63%
Total	934	82,54%	771	82,54%	371 48,11%	372 48,25%	18 0,34%	2 0,26%	8	1,04%

În cursul ultimilor 2 ani au fost examinați obligator 771 studenți și studente cari cerea să fie înscriși în anul I la Facultatea de Medicină, Litere și Științe. Toți acești tineri se considerau sănătoși și capabili să suporte greutatea împreună cu studiile universitare. Este sigur, că din punct de vedere sanitar, acești studenți constituiau un grup de indivizi întrucâtva selecționați, fie prin medicii școlari, fie prin ei însăși, căci numeroși debili sau suferinzi își vor fi ales alte ocupații mai ușoare. Proporția îmbolnăvirilor de tuberculoză printre ei poate fi deci considerată cu mare probabilitate mai mică decât în alte grupuri de populație, spre exemplu printre recruți sau muncitori de aceeaș vârstă.

Rezultatul examinării acestor studenți la Dispensar ne arată că printre ei se găsesc totuș 2,58% tuberculoze manifeste active, dintre cari 2,33% pulmonare și 0,25% extrapulmonare și 44,88% tuberculoze discrete, latente, în total 47,46%.

Din punct de vedere clinic aceste cazuri pot fi grupate după cum urmează:

Tuberculoze fibrocarioase cavitate întinse.	11
Tuberculoze fibrocarioase incipiente (infiltrate precoce).	7
Scleroze apicale.	4
Adenopatii hilare cu scleroze perihilare.	22
Adenopatii hilare voluminoase..	8
Adenopatii cu scleroze apicale.	3
Complexe primare calcificate simple.	76
Complexe primare calcificate cu simfise pleurale.	20
Simfise pleurale simple.	22
Pleurezie exudativă.	1
Tuberculoză osoasă.	1
Calcefieri hilare simple..	234

Nu vrem să ne ocupăm aci în mod mai detaliat de latura clinică a activității Dispensarului, menționăm numai frecvența relativ mare a infiltratelor precoce diagnosticate și importanța pe care o are tuberculoza latentă descoperită și supravegheată timp de 4—5 ani la Dispensar pentru studiul clinic al ftiziogenezei.

Ceeace ne interesează în primul rând la această statistică este frecvența survenirii tuberculozei printre studenți preținși sănătoși. Cifrele constatate la studenții în medicină și o parte a celor dela Litere și Științe ne permit să evaluăm cu o suficientă aproximație cifra globală a tuberculoșilor la Universitatea din Cluj, căci n'avem nici un motiv să presupunem o proporție mai mică de îmbolnăviri la celelalte Facultăți.

În baza unui calcul simplu putem astfel socoti că printre cei 4064 studenți înscriși în anul curent la Cluj, trebuie să existe aproximativ 80 tuberculoze manifeste active, cari reclamă tratament și măsuri de profilaxie.

Condițiile generale ale studenților celorlalte Universități din țară nefiind prea diferite de cele dela Cluj, în baza constatărilor făcute aci s'ar putea încerca chiar o evaluare aproximativă a numărului tuturor studenților tuberculoși din țară ajungându-se de igrur la o cifră apropiată de 800.

OPTALIDON „SANDOZ“



APaise LA DOULEUR

SANS STUPÉFIER

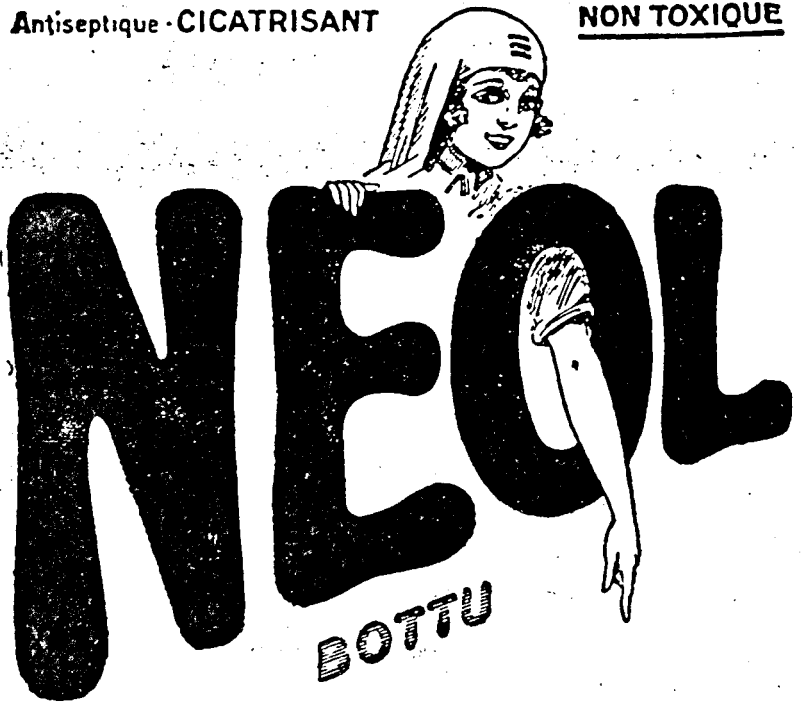
BCU Cluj / Central University Library Cluj



FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES, CI-DEVANT SANDOZ. BÂLE-SUISSE
Dépositaire à Bucarest: Drogueria D. NESTOR, Str. Şepcari 6

Antiseptique - CICATRISANT

NON TOXIQUE



guérit (Néol à 1/10)

BCU Cluj / Central University Library

ANGINES

cicatrise (Néol à 1/5)

ULCÉRATIONS

cutanées et muqueuses

épidermise (Néol à 1/5)

BRULURES par le FEU, le FROID
et tous les Agents physiques

L'eau néolée (Néol au 1'5) est utilisée journellement
dans tous les HOPITAUX de PARIS en remplacement de l'eau oxygénée

Laboratoires BOTTU. 35. rue Pergolèse. — PARIS (XVI-e).
Agent pour la Roumanie: Mr. R. DUNOD. 103, Strada Toamnei. — Bucarest

Considerând statistica de mai sus cred că nu mai trebuie să insist asupra necesității urgente de a întreprinde o cât mai energică campanie antituberculoasă printre studenți. Toată lumea inclusiv studenții, vor fi de acord ca să pretindă scoaterea tuberculoșilor contagioși din căminuri, laboratoare, seminarii și săli de cursuri unde ei trăesc astăzi în cel mai intim contact cu colegii lor a căror sănătate o primejduiesc în mare măsură. În același timp se impune însă asigurarea unei asistențe medico-sociale pentru studenții tuberculoși și a unei organizări mai igienice a vieții universitare în general pentru a preveni cât mai mult posibil reactivarea leziunilor latente favorizată de anumiți factori adjuvanți: cum sunt surmenajul, alimentația insuficientă, locuința necorespunzătoare, alcoolismul și îndeosebi lipsa de aeraj și exerciții fizice.

Indepărtarea surselor de contagiune din Universitate se va putea face numai în baza unei depistări cât mai perfecte și mai precoce a îmbolnăvirilor de tuberculoză.

Am arătat deja că prin consultații gratuite date celor ce se prezintă benevol, acest scop nu poate fi atins. Este absolut indicată și justificată introducerea unui examen fizic și radiologic obligator pentru toți tinerii cari cer să fie înscriși la Universitate sau cari vin dela o Universitate străină.

Această măsură a fost deja aplicată la Universitatea din München printr'o ordonanță ministerială dată la 2 Mai 1930. Interesant de notat că ea a fost dată în urma insistențelor repetate a Asociațiilor studențești cari printr'o moțiune votată în prealabil cereau scoaterea tuberculoșilor contagioși din sălile de cursuri.

Din punct de vedere tehnic executarea acestei măsuri nu s'ar lovi de piedici prea mari. Dispensarul ar putea termina aceste examinări de început de an în curs de 2—3 săptămâni văzând zilnic câte 40—50 studenți. Experiența făcută în ultimii 2 ani la Cluj, arată că o parte din studenți caută să se sustragă acestui examen cu toate că din partea Rectoratului au primit ordin să se prezinte la Dispensar. Pentru a putea exercita un control complet, imatricularea definitivă ar trebui condiționată de acest examen.

Bineînțeles că aceste examinări în massă ar reclama și mijloace materiale mai mari decât cele de cari dispune azi Dispensarul, fiindcă nu se poate pretinde din partea nimănui ca o muncă atât de însemnată să fie prestată în mod gratuit. Fondurile necesare ar putea fi însă cu ușurință procurate fără ca ele să greveze bugetul statului.

Prin acest examen obligator toate cazurile de tuberculoză manifestă activă ar putea fi împiedecate de a intra în Universitate, iar cele latente ar putea fi ținute în observație permanentă a Dispensarului. Este sigur că prin aceste măsuri frecvența enormă de îmbolnăviri tuberculoase întâlnită astăzi în Universitățile noastre ar fi redusă în câțiva ani la un minimum.

Problema asistenței medico-sociale a studenților tuberculoși pare mai dificilă de realizat, din cauza resurselor materiale pe care le necesită. Cazurilor de tuberculoză manifestă ar trebui să li se

ofere posibilitatea să facă un stagiu sanatorial de cel puțin 6 luni, o parte din tuberculozele latente surmenate în cursul anului școlar ar trebui trimise să se refacă peste vară într'o stațiune climaterică. Pentru cazurile suspecte de activitate și contagiozitate, dar capabile încă de muncă cum sunt de ex. o parte din cele tratate cu pneumotorace sau cele revenite ameliorate din sanator, ar fi necesar un cămin în care să li-se ofere pe lângă masuri speciale de profilaxie, o alimentație abundentă și posibilitatea unei relative cure de repaus.

Pentru realizarea tuturor acestor desiderate propun *înființarea unui fond universitar pentru combaterea tuberculozei* alimentat în cea mai mare parte printr'o cotizație specială percepută dela fiecare student la înscriere, parte printr'o sumă înscrisă în bugetul ordinar al Universității. Quantumul taxei studențești rămâne să fie stabilit în baza unor calcule speciale, cred însă că 200 lei anual ar putea fi vărsați fără prea mari sacrificii și ar ajunge să acopere în mare parte cheltuielile de mai sus.

Din acest fond universitar pentru combaterea tuberculozei se vor plăti taxele de cură sanatorială pentru studenții propuși de dispensar, iar o parte se va depune în fiecare an spre fructificare în vederea construirii unui Sanator¹ studențesc.

Ar putea apoi fi și la noi studiată *chestiunea împrumuturilor universitare acordate pe cuvânt de onoare studenților atinși de forme curabile* pentru a-și asigura un tratament convenabil și rambursabile după ce studentul își va fi creiat o situație.

Acest sistem de ajutorare se practică deja în multe Universități străine cu rezultate satisfăcătoare.

Ar mai rămâne un cuvânt de spus în privința *organizării unei igiene universitare* menite să joace un rol important și ca mijloc de prevenire al tuberculozei.

Cea dintâi măsură care ar trebui luată ar fi o *reducere a numărului studenților* pentru a evita aglomerația deopotrivă dăunătoare studiului și sănătății din laboratoare și căminuri.

S'ar impune apoi o *mai mare grijă în privința hranei și locuinței studenților*. La Cluj situație din acest punct de vedere este de altcum destul de satisfăcătoare existând acolo numeroase căminuri moderne și bine gospodărite. O *propagandă igienică sistematică* ar trebui întreprinsă printre studenți lămurindu-i în privința combaterii principalelor plăgi sociale (boli venerice, tuberculoză, alcoolism, etc.).

O și mai mare atențiune credem că trebuie atribuită *educației fizice în Universitate*. De mult împământenită și apreciată în aproape toate școlile superioare streine, ea este la noi complect neglijată, spre dauna fizică și morală a tinerimii. *Introducerea ei obligatorie în învățământul universitar* cât și înzestrarea Universităților cu utilajul sportiv necesar se impune ca ultimă urgență.

VECHEA TERAPEUTICĂ OCULARĂ ROMANEASCĂ

de

Dr. I. GLĂVAN

Medic Primar al Serviciului de boli de ochi al Spitalului din Oradea

În literatura noastră populară veche găsim o mulțime de obiceiuri și descântece întrebuițate pentru vindecarea afecțiunilor oculare, pentru că boalele ochiului au atras atenția oamenilor în toate vremurile, prin seriozitatea lor.

Ca să nu ne înapoem la timpurile prea îndepărtate de noi, e destul să amintim că acum 80—90 de ani tămăduitorii boalelor de ochi erau vracii, nu medicii, iar întreaga lor terapeutică oculară se mărginea la câteva ierburi, cu care pregăteau descântecele.

La 1831, exista la Craiova un oarecare *Constantin Hagi Belu*, venit de peste Dunăre, care se pretindea meșter în tămăduirea „bețeșugurilor de oki” și care cerea Divanului țării să dea ordin să fie scutit de taxele la care fusese impus de Zapciul orașului¹⁾.

*Caillat*²⁾, în călătoria pe care a întreprins-o prin Oltenia, a fost impresionat de felul cum se practica operația de cataractă în ținuturile Craiovei, înainte de 1850. Iată ce scrie în această privință: „J'ai trouvé à Craïova un 'ouvrier maçon, albanais d'origine, qui opère les cataractes par abaissement au moyen d'une tige métallique en fer de lance tout à fait semblable à l'aiguille de Celse. Il réussit assez souvent ses opérations pour chacun desquelles il se fait donner un ducat”, (op. cit. pag. 38).

Acești empirici, tămăduitori ai bolilor de ochi, s'au îndeletnicit cu această ocupație până în timpurile cu mult apropiate de noi. Singura regiune care a scăpat de ei mai de vreme a fost Oltenia, datorită așezării lui *Fabricius* la Craiova, la 1859. Acest oculist de seamă și chirurg cu renume a atras într-un scurt timp populația regiunii la Spitalul Central, unde funcționa ca medic primar și prin iscusița sa a reușit să creeze o atmosferă rea șarlatanilor tămăduitori ai bolilor de ochi și astfel a scăpat populația de ei.

În restul țării erau însă foarte mulți acești șarlatani și atât

1) *Conf. Dr. G. Z. Petrescu*: Medicina la Craiova în 1831.—Mișcarea Medicală No. 5—6, din 1931, pag. 348.

2) *Caillat*: Voyage médical, Paris, 1854.

Fialla, cât și *Vlădescu*, au avut mult de luptat, în special cu cei din București și împrejurimile lui.

Fialla scria, la 1862: „aici în București sunt două dame de distincție, care au renume pentru pomeni ce facă ei cu patimași de ochi. Noi medici n'amă lua asupra cunoștiinței năstre asemeni pomeni, știindă ce, rău, ce pericolă producemă. Țin minte doi ómeni, unul muncitoră, care fiindă afectatū de o irido-choroidită după pomada therapeutică unia de aceste cocóne a intratū în spitalulū Colță cu distrucția totală ambelorū bulbe, al doilea, unu meseriașū a avutū nenorocolū a scăpa chiaru după therapia milostivă unei de aceste cocóne”³⁾

Vlădescu, la 1876, după ce ajunsese profesor de oftalmologie la București, a întreprins o adevărată goană după acești șarlatani. A cerut ajutorul justiției din București și al Ministerului de Interne, să urmărească și să închidă pe cei ce se ocupau cu operațiile de ochi și cu lecuirea diferitelor boale.

Nu ne vom ocupa de remediile întrebuintate de acești empirici în diferite boale de ochi; ele nu erau multe, dar periculoase. Intre altele obiceiul de a spăla ochii bolnavi cu urină de bărbat, sau de fecioară (după regiune), dăinuște și până azi și noi l'am întâlnit în Oltenia în nordul Moldovei și al Ardealului. Acest obicei se practică din cele mai vechi timpuri.

Odată cu sosirea în țară a lui *Fabricius*, *Fialla* și *Kugel* și după introducerea în programul Școalei Naționale de Medicină a cursului de oftalmologie, am început să avem o terapie științifică a acestei specialități.

Una din boalele oculare cele mai de mult, *blenoragia oculară*, care se întâlnea destul de des, datorită obiceiului populației de a spăla ochii celor suferinzi cu urină, era tratată acum 70—80 de ani cu purgative, spălături cu apă rece și comprese foarte reci. Colirul nitrat de argint forte (întrebuintat numai în cazurile când boala nu ceda la spălături) se administra la fiecare sfert de oră. Se făceau canterizări conjunctivale cu creion de nitrat de argint și se aplicau lipitori la mastoide, în cazurile mai grave.

Vlădescu trata conjunctivita blenoragică, în cazurile când exista chemosis și blefarospasm, cu sacrificaii ale mucoasei și mai frecvent cu incizia comisurii pleoapelor. Aplica această terapie cu dublul scop: 1) decongestionarea energetică, prin tăerea micilor arteriole care sunt în raport cu conjunctiva, și 2) diminuarea presiunii pleoapelor pe ochi.

Ultima operație o înlocuia, când starea bolnavului o permitea, prin aplicarea de lipitori.

Când puroiul era în cantitate mai mare, cauteriza conjunctivele cu creion, de nitrat de argint și aplica asupra ochiului comprese reci cu gheață, despre care credea că sunt atât de eficace în cât pot vindeca singure oftalmia nouilor născuți.

* *Conjunctivita granuloasă*; boală cunoscută în mod oficial în țările noastre de pe la 1840; (D-rul *Cihac* a tratat la Spitalul militar

3) Monitorul Medical No. 6, din 1862.

din Iași, 5 cazuri de conjunctivită granuloasă, în anul 1843-44⁴⁾, a fost tratată în cele mai variate chipuri.

Socor aplica spălături largi de sublimat corosiv 1/2000 și cauteriza conjunctivele cu creion de nitrat de argint și de sulfat de cupru. Lăuda în special sulfatul de cupru pentru efectele sale minunate.⁵⁾

Vlădescu trata conjunctivita granuloasă cu sulfat de cupru și spălături cu acid boric.

Tratamentul chirurgical, combinat cu cel medicamentos, așa cum se practică și azi, a fost aplicat de *N. Manolescu*, începând dela 1888.

Cataracta despre care se găsesc multe dovezi că era operată de empirici prin scoborâre era operată de *Fabricius* prin extracție lineară, cu și fără iridectomie; rareori o opera și el prin scoborîre.

Fialla opera toate cataractele moi prin diiscizie, fie pentru a produce un traumatism minim, fie pentru că bolnavii erau indocili, după cum susținea el.

De obicei opera cataracta fără nici o anestezie, în cazuri rare însă cloroformiza bolnavul.

Vlădescu opera cataracta făcând un lambou cornean inferior, cu iridectomie sau fără.

Glaucomul era operat de *Fialla* prin iridectomie, dar s'a arătat de multe ori nemulțumit de rezultatele obținute; de altfel susținea la 1862, că aceleași rezultate slabe le-a văzut și în alte clinici din apus, iar în clinica lui *Jaeger*, unde lucrase mai mult timp, a avut ocazia să vadă aceleași rezultate la un mare număr de operați.⁶⁾

Grupul *conjunctivitelor*, în care intrau toate afecțiunile conjunctivale, afară de cea blenoragică, era tratat de *Kugel*, unul dintre cei mai învățați oculiști cari au luat parte la începuturile oftalmologiei române, prin fomentații cu apă la temperatura camerei de locuit. Gheața era proscrisă de el, căci producea keratite și irite.

Când dispărea edemul recomanda bolnavului astringente (zinc sulfuric 1%, soluție preparată cu apă distilată, nu cu ape aromatice ca la alții, alumen crud, piatră divină, sulfat de cupru, sau de cadmiu.

Colirele se administrau de 2—3 ori pe zi, în instalații sau pensulații.

În general sistematizase tratamentul conjunctivitelor în modul următor: în cazurile cele mai grave se administra nitratul de argint în pensulații (10 gr. la 2 uncii de apă), în cele ușoare sulfatul de zinc, iar în cele rebele sulfatul de cupru.

Recomanda bolnavilor să nu se ducă la cafenea, la teatru, în praf și să nu fumeze. Cerea cucoanelor să poarte voal pe față, iar bărbaților ochelari de culoare albastră-cenușie.

4) *Crăiniceanu*: Progresul Medical Român din 1890, pag. 120.

5) *Socor*: Buletinul Soc. de Medici și naturaliști din Iași 1888, pag. 44

6) Monitorul Medical pag. 6, din 1862.

Contra crustelor ce se formau pe marginea ciliară, în cazurile de blefarite, recomanda următoarea alifie:

Cerae alba. dr. unam et sem.

Sperm. cet. dr. tres.

Olei amygd. d. unc. un et sem.

Cu această alifie, numită și „coellestă” se ungeau marginile pleoapelor de mai multe ori pe zi.

Proscria administrarea colirelor seara și în preajma mesei.

Kugel trata *ulcerele corneene* cu instilații repetate de atropină.

Cocaina s'a întrebuințat la noi, în terapeuțica oculară, pentru prima dată la 1884, când *Manolescu* a întrebuințat-o în extracția cataractei, în soluție de 2%, instilând câte o picătură la fiecare 5 minute, timp de o jumătate de oră.

Fiiala a întrebuințat-o în acelaș an în soluție de 5%, în pensulații corneene, pentru extracția corpurilor străini depe cornee.

La 1863 apare primul studiu asupra diferitelor medicamente întrebuințate în oftalmologie. El e datorit *D-rului Hanselmann*,⁷⁾ din Craiova, care a studiat colirele cu acide și a statuat pentru fiecare 2 doze: una pentru aplicarea continuă (fomențațiuni), sau periodică (impinsulațiuni). Iată tabloul acestor medicamente.

a) Pentru impinsulațiuni:

30 gr. acid acetic la 6 uncii apă.

2 gr. acid lactic la 6 uncii apă.

37 gr. acid oxalic la 6 uncii apă.

1/4—1/2 gr. acid muriatic, sulfuric, nitric, fosforic, la 6 uncii apă.

48 gute dintr'o soluție de acid hidrocianic.

1 gr. glicerină pură și 6 uncii apă.

Dintre toate acestea cel mai bun colir l'a găsit pe cel cu acid hidrocianic, pe care l'a administrat cu o pensulă odată, sau de 2 ori pe zi, la oftalmia neonatorum și la cea varioloasă.

b) Pentru fomențațiuni:

18 gr. acid acetic la 6 uncii apă.

1 gr. acid lactic la 6 uncii apă.

22 gr. acid oxalic la 6 uncii apă.

7 gr. acid tartaric la 6 uncii apă.

3 gr. acid citric la 6 uncii apă.

Locul unde se aplicau alifiile, în cazurile de conjunctivite, era pielea dimprejurul pleoapelor, fiind întinse de medic cu degetele.

Lucrarea lui Hanselmann este prima care se ocupă cu studiul medicamentelor întrebuințate în oftalmologie, după cum am mai spus, și printre primele lucrări din domeniul oftalmologiei, scrise în românește. Ea prezintă o importanță cu atât mai mare, cu cât apare într'un oraș de provincie, atunci când în Capitala țării abia lua ființă catedra de oftalmologie.

^{7) Hanselmann}: Notițe terapeutice speciale la terapia ochiului — Monitorul Medical din 1863, pag. 260.

În adevăr clinica oftalmologică a fost prevăzută, pentru prima dată, în programul Școlii Naționale de Medicină din București, în semestrul de vară al anului 1860—61, fiind însărcinat cu predarea cursului *Fiiala*, profesor de anatomie generală și histologie al Școlii.

În anul următor 1861—62, cursul de oftalmologie a fost predat de *Vignali*, iar în anul 1863; acesta îmbolnăvinduse, clinica oftalmologică nici n'a mai fost trecută în programul Școlii de Medicină.

Abia în anul școlar 1863—64, este numit profesor de oftalmologie *Kugel* și cu el începe epoca de înflorire a oftalmologiei românești.

În aceste timpuri de frământări era însă un oculist de seamă în țară, care își câștigase un frumos nume și care publicase lucrări de oftalmologie în românește, până la această dată; acesta era *Fabricius*, medic primar al spitalului Central din Craiova.⁸⁾ În acest centru al vechilor Bani ai Olteniei și al Românilor de inițiativă a început să se afirme oftalmologia românească, atât pe terenul practic, cât și teoretic, sub îndrumul ce i l'a dat *Fabricius*.

În aceste împrejurări putem vedea limpede că prima lucrare de terapeutică oculară românească, a lui *Hanselmann*, a fost cu siguranță inspirată de *Fabricius*.

17% Extr. Oleo Jecoris chlorat, 47% Zn.O, 5% Bolus alba
11% Adeps lanae c. aqua, 20% Vaselin flav. americ.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Arsuri
Cicatrizarea plăgilor
Ulcerazioni cronice
Pansament ginecologic
Prurit, Intertrigo
Eczeme uscate
Pediatric
Eritheme Solare

Desitin
P o m a d ă

Acțiune bactericidă neiritantă (Chlor după Dakin).
Pansamentul nu se lipește. Nu se descompune
sub acțiunea organică. Apără plăgile împotriva
secrețiilor și exsudatelor.

Tuburi à 50 & 80 gr. & cutii ¼ kg.

Reprezentant: AGEKO S. A., Str. Sf. Ionică, 9, București.

8) *D. Glăvan*: Oculistul Dr. *Fabricius* — cu prilejul împlinirii a 100 ani de la nașterea lui — „Mișcarea Medicală“ No. 10 | 1930 pag. 243—247.

HEPATRAT este un **extract** de **ficat** de **vițel** preparat potrivit **formulei lui Cohn** și obținut sub forma unui extract sicc. din care

16 gr. = 1000 gr. ficat

Pentru a-i asigura o conservare perfectă și a înlătura astfel inconveniente inerente extractului sicc., păstrându-i totuși avantajile sale și activitatea sa, Hepatrat este prezentat în soluție fiziologică ușor glicerinată.

HEPATRAT fiind debarasat de albumine și lipoizi **nu este un extract de ficat total** și contrariu acestuia sau organului proaspăt, poate fi administrat și celor suferinzi de *maladia lui Bright, azotemie, gută, enterită, fără nici un inconvenient.*

HEPATRAT este indicat în **toate anemiile grave** (Biermer etc.), **secundare** (tuberculose, endocardită, nefrită etc.), **post hemoragice** (sarcini, operațiuni chirurgicale), **palustre** (insuficiență hepatică). Deasemeni în **anorexiile** la adulți și copii, în **astheniile profunde** precum și în **tratamentul radioterapic.**

PREZENTARE: Siróp în flac. de 100 ccm.

echivalând cu 1 kgr ficat crud.

POZOLOGIE: 2—3 linguri pe zi.

NORDMARK-WERKE, Hamburg 21

Reprezentant: AGEKO S. A., Strada Sf. Ionică, 9, București

II.

MIȘCAREA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

A. — CONGRESE

PRIMUL CONGRES NAȚIONAL DE TUBERCULOZĂ

București, 21, 22 și 23 Iunie 1931

I.

Rapoarte.

TUBERCULOZA IN ROMÂNIA

de

Dr. S. Irimescu

Raportul începe cu considerațiuni asupra condițiilor, pe cari o statistică a tuberculozei trebuie să le împlinească. Autorul socotește că studiul epidemiologic al tuberculozei trebuie să se refere la „însumarea cazurilor privite în timp și spațiu”, cifrele pe care le furnizează statistica trebuiesc supuse unei „tâlmăciri în lumina situațiilor economice și sociale” și aceasta numai după ce au suferit un examen riguros, iar cercetările statistice trebuiesc făcute evolutiv și progresiv. După acest sistem își interpretează și autorul datele asupra tuberculozei în România însoțindu-le totdeauna de cifre și date comparative din alte țări. Constatările raportului d-lui Dr. Irimescu, sunt impresionate chiar pentru cei mai în curent cu problema tuberculozei în România cât și pentru cei cari urmăresc tot ce D-l Dr. Irimescu a publicat în ultimii ani. Le rezumăm: Prima constatare este că „tuberculoza singură omoară la noi mult mai mult decât toate celelalte boale infecțioase și epidemice împreună.

Dacă în alte țări numărul bolnavilor scade, la noi este încă cu tendință la creștere: „Suntem încă în plină epidemie de tuberculoză”, spune D-l Dr. Irimescu și, ceace este mai grav, ea a reușit să cotopească și satele după ce la orașe își făcuse de mult vaduri.

Acest fel de constatări abundă în raport. Astfel: *Mortalitatea de tuberculoză la noi este în creștere în jurul cifrei de 3 la mie, în timp ce în alte țări ea a scăzut de mult sub unu la mie.* Socotind energiile productive ce se pierd prin boală și deces, autorul a ajuns la concluzia unei pagube de 17 $\frac{1}{2}$ miliarde lei anual.

Statisticele dovedesc în anul 1930, — cu toată aproximația și insuficiența lor — 78484 cazuri de tuberculoză sub diferite forme, în această cifră nefiind cuprinse decât cazurile declarate de medicii

oficiali, ceea ce reprezintă cifra de 4,36 la mia de locuitori. Au murit de tuberculoză în anul 1930, 19875, din cari 14611 la o vârstă între 15—45 ani. Ceea ce arată că procentul mortalității la bolnavii atinși de tuberculoză este aproximativ de 25%.

După o statistică pe 3 decenii comunicate raportorului de D-l Dr. Banu, se constată că procentul Ţeceselor de tuberculoză a oscilat între 11—13% din mortalitatea generală. Această cifră a variat după oraşe: Unele cu o mortalitate la tuberculoză de 0—9 la sută, altele cu un procent de 9—11% şi altele cu o mortalitate de 11—20 la sută din mortalitatea generală.

În mediul rural, tuberculoza ca cifre globale este raportată că a dat în 1927, 11725 morţi, în 1928, 12460 morţi, în 1929, 13620 morţi.

Mortalitatea de tuberculoză în acest mediu proporţional cu mortalitatea generală ajunge la cifra de 9,2% pe media anilor 1927—1929.

După frecvenţa localizării 81,3% sunt forme pulmonare, 2,1% forme osoase, 1,3% ganglionare şi 1,53% alte forme. *Desigur că toate aceste date statistice trebuiesc privite sub un mare beneficiu de inventar, spune D-l Dr. Irimescu.* Ca să dovedească dreptatea acestei afirmaţii în raport se găsesc arătate variaţii mari de cifre, după felul cum a fost condusă şi alcătuită statistica.

Raportul mai arată diferite date statistice din diferite părţi ale ţării şi crede că, conform normelor preconizate de Landouzy şi Brauardel, aceste cifre ar trebui multiplicare cel puţin cu 2 ca să obţinem o cifră apropiată de adevăr.

Raportorul face apoi o expunere completă a cauzelor „epidemiilor de tuberculoză” la noi, insistând asupra cauzelor sociale (suntem în prima fază a capitalismului rudimentar cu fabrici, uzini şi ateliere lipsite de igienă), asupra schimbului de populaţie („flux şi reflux”) între sate şi oraşe (care ajută la întinderea flagelului în mediul rural), asupra frecvenţei tuberculozei la copii şi a cauzelor de contaminare a acestora.

Raportul se încheie cu o completă expunere a mijloacelor de luptă împotriva tuberculozei; luând ca orientare activitatea desfăşurată în alte ţări cu rezultate din cele mai mulţumitoare (control şcolar, descoperirea la timp a tuberculoşilor, în faza activă şi nu evqlutivă, prin mijloace de investigaţie în dispensarii complet utilitate).

Toate aceste mijloace cer fonduri pe care statul până acum le-a pus la dispoziţie în proporţii ridicole faţă de nevoile şi tragismul problemei.

La aceste fonduri face apel şi de data aceasta D-l Dr. Irimescu în raportul D-sale. Prezenţa d-lui Prof. Dr. Cantacuzino, în fruntea Ministerului Sănătăţii îl îndreptăţeşte, caşi pe noi, să credem că raportul şi apelul D-lui Dr. Irimescu va avea succes.

TUBERCULOZA COPILOR

de

Prof. Dr. Manicătide

Dacă statisticile tuberculozei la adulți sunt incomplete, cele cari să privească tuberculoza la copii sunt cași inexistente.

Astfel că nu se poate ști cu precizie mersul acestei maladii la copii în ultimii ani. D-l Prof. Dr. Manicătide crede că numărul copiilor atinși de tuberculoză după războiu este mult mai mare decât înaintea războiului. Astfel într'o teză făcută de Dr. Elena Morariu în 1908, în clinica de copii din Iași se găsesc 3631 bolnavi primiți în clinică și 22838 tratați la policlinică, că au fost 496 și 1397 deci 13,7% și 6,12% bolnavi de tuberculoză (până la vârsta de 5 ani împliniți 2,2%, dela 5—18 ani 7,7%). După războiu în 10 ani din urmă (1921—1930) din 8425 bolnavi intrați în clinica de copii din București, 1883 sau 22,33% au fost atinși de tuberculoză în diferite forme.

La consultațiile gratuite din 30.957 de copii bolnavi prezențați au fost găsiți bolnavi de tuberculoză 2284 sau 7,4%.

Singura statistică specială pentru copii o publică d-l Prof. Proca în 1923; în ce se constată un procent de 21,2% din mortalitate generală.

În cazurile studiate de raportor, maladia s'a luat prin contagiune dela mamă în 42,2% din cazuri, dela tată în 41,5%, dela frați și surori în 113,3% dela bunici sau persoane bătrâne atinse de tuse în 2% din cazuri.

Asupra formelor anatomo-clinice, autorul găsește *adenopatia tracheo bronșică* la sugaci în 5% din cazuri — până la 6 luni, — în 7,9% până la 2 ani, 36,5% până la 5 ani și 28,0% până la 14 ani. Aceste cifre fiind raportate la numărul copiilor bolnavi de tuberculoză..

Forme miliare (ca meningită) s'au găsit în primul an 13,4%; în al doilea an 25,5%; până la 5 ani 43,2% și până la 15 ani 33,4%, raportat la numărul copiilor bolnavi. Dacă raportăm la numărul total de cazuri de tuberculoză găsim pentru primul an 49%, pentru al doilea numai 29%, până la 5 ani 13,6% și până la 15 ani 9% de forme miliare.

Tuberculoza pulmonară sub diferitele ei aspecte reprezintă pentru copiii până la 5 ani 37,5%, până la 15 ani 34,8%. *Pleurita serofibrinoasă* a fost constatată numai în 2,5% din copiii mai mici de un an și până la 2 ani, 3,2% pentru copiii până la 5 ani și 8,3% pentru copiii până la 15 ani. *Peritonita tuberculoasă* a fost la bolnavii aceștia numai în proporție la 3,3% dela 1—2 ani, 5,2% până la 5 ani și 8,3% dela 5—15 ani.

În ce privește mortalitatea statistică serviciului este incompletă, foarte mulți fiind luați acasă fie spre vindecare, fie în stare agravată. Ca observație generală din statistica serviciului se observă o mortalitate descrescândă cu vârsta copilului. În primele 6 luni o mortalitate de 78%, în al doilea semestru de 47%

și în al doilea an de 19,7%. Asupra rezultatelor terapeutice, D-l Prof. Maricatide a avut rezultate bune cu antigen metilic în formele de peritonită tuberculoasă și în pleureziile serofibrinoase.

Asemenea rezultate bune obținute și cu colapsoterapia. Raportul se încheie cu desideratul unui sanatoriu pentru tuberculoză medicală a copiilor în genul sanatoriului C. T. C. pentru tuberculozele chirurgicale.

TUBERCULOZA ÎN ȘCOLILE DIN ROMÂNIA

de

Dr. G. Banu

După un studiu complet și bine documentat privind problema sub toate aspectele ei, raportorul ajunge la următoarele concluziuni:

1) Pe un număr de 2149 copii de școală, din mediul rural și urban, de vârstă preșcolară și școlară, am găsit 49,1% purtători de infecțiune tuberculoasă latentă, 19,1% cu tuberculoză neevolutivă, 2% cu tuberculoză evolutivă și 30,8% netuberculoși.

2) Tuberculoza neevolutivă ganglio-osoasă a fost întâlnită în proporție de 7,3% din numărul total al examinațiilor, cea ganglio-pulmonară în proporție de 12%. În mediul rural frecvența tuberculozei neevolutive a fost de 17,8%; în cel urban, 18,2%.

3) Tuberculoza evolutivă ganglio-osoasă a dat un procent de 1,3%, iar cea ganglio-pulmonară 0,6%.

4) Frecvența pozitivității cutireacțiilor la elevi urmează o curbă paralelă aceleia a supraaglomerării locuinței părintești, crescând, dela 48,7% la cei cari dorm singuri într-o cameră, la 75,6% la cei ce o împart cu încă 8 persoane.

5) Pe când procentul general de subnutriții a fost de 41,1%, la copiii cu tuberculoză latentă neevolutivă el a fost de 62,4%, iar la cei cu tuberculoză evolutivă 76,2%.

6) Există un paralelism între înaintarea în vârstă a copiilor și creșterea procentului de infecțiune bacilară.

7) Băieții reacționează pozitiv la tuberculină în 57,9% din cazuri în mediul rural și 57,5% în cel urban; la fete, procentele sunt respectiv 58,4% și 64,5%.

8) În mediul rural proporția copiilor cu reacție pozitivă este mai scăzută (58,2%) de cât în cel urban (60,8%).

9) Ca factori etiologici ai tuberculozei la școlari, intervin: insalubritatea și supraaglomerarea locuințelor, bordeele, șomajul, defectuozitatea localului de școală, subnutriția, imperfecțiunea serviciului medical școlar, surmenajul, lipsa de educație igienică.

10) Ca măsuri profilactice se impun:

a) Măsuri sociale și educative: campanie de construcții eficiente, organizarea cantinelor școlare, clase speciale pentru subnutriți, educația igienică și alimentară a maselor;

b) Măsuri de ordin medical: examenul elevilor la intrarea în școală și în timpul școlarității, serviciu de infirmiere școlare bine pregătite, școli în aer liber, colonii rurale, preventorii, colonii de vacanță, vaccinație preventivă.

TUBERCULOZA ÎN ARMATA

de

Prof. G-ral Dr. Butoianu și Colonel Dr. Bălănescu I.

Serviciul sanitar al armatei desfășoară o frumoasă activitate pentru stăvilirea acestui flagel național. Recruții sunt supuși unei selecționări duble, astfel ca erorile să fie minime. Se scutesc astfel în fiecare an de armată 1000 de tineri cu tuberculoze pulmonare sau chirurgicale. S'au scutit astfel în ultimii 10 ani peste 10.500 tineri.

În timpul încorporării recruții găsiți buni, sunt supuși la noi controluri pentru a depista mai ales cazurile de tuberculoză incipientă.

Cutireacția practică la soldați a dat un procent de 75% reacții pozitive.

Grație acestor cercetări, la cari se adaugă și severe măsuri profilactice, se opresc contagiunea și înmulțirea cazurilor. Totuși tuberculoza face în armată destule victime. Din raport se constată că în fiecare an se descoperă circa 3500 cazuri noi de tuberculoză pulmonară și chirurgicală bine confirmate și mor anual 250—300 de oameni de această boală.

Pentru cazurile confirmate serviciul sanitar al armatei are pentru izolare 2 centre unde se pot caza 400—500 bolnavi, precum și 10 paturi la fiecare spital de corp de armată.

Pentru formele chirurgicale are 400 locuri la Constanța și se studiază organizarea unui alt centru la Budachi.

După expirarea termenului militar, sau după reformă, acești bolnavi trec în mijlocul populației civile propagând infecția. De aceia raportorii constată că este necesară o conlucrare între serviciile sanitare militar și civil, iar statul are obligația unui armament antituberculos complet pentru ca lupta împotriva acestui flagel național să aibe rezultate evidente.

TUBERCULOZA PULMONARĂ LA C. F. R.

de

Dr. L. Belciugățeanu

Raportul d-lui Dr. Belciugățeanu este o descriere impresionantă a ravagiilor pe care tuberculoza le face în personalul C. F. R-ului și îmbrățișează cu exemple plastice cauzele acestei stări. Constatarea principală pe care o face raportorul este că dela 1894 nu s'a făcut nimic în această direcție în afară de un dispensar la București, precum și convențiuni cu anumite sanatorii și preven-torii.

Cauzele întinderii flagelului sunt: lipsa de igienă în birouri, ateliere și cazărmi, lefurile de mizerie, concedierea lucrătorilor bolnavi, fără a aștepta termenul legal, lipsa de ajutor eficace în caz de boală.

Raportorul propune următoarele: Fixarea unui salariu care să acopere minimul de existență, să nu excludă călcând legea lu-

crătorii bolnavi, înainte de a li se da cuvenitul concediu de 9 luni, să se desființeze serviciul obligatoriu de 24 ore încontinuu, să se acorde funcționarilor o lună concediu prin rotație, să se aloce un buget care să fie destinat combaterii tuberculozei personalului C. F. R.

TUBERCULOZA ÎN MEDIUL INDUSTRIAL

de

Dr. M. Nasta

Raportul se ocupă pe larg de răspândirea tuberculozei în mediul industrial dând tabele statistice, studiază apoi cazurile în raport cu industriile și descrie asistența ce se dă tuberculoșilor de către organizația Asigurărilor Sociale. Raportorul conchide că tuberculoza dă un procent de 10% din totalul bolnavilor asigurați, iar printre cauzele de morbiditate tuberculoza figurează în al IV-lea rând. Autorul crede că industria românească la începuturile ei fiind, nu poate avea utilajul și confortul care să permită o bună igienă, iar caracterul specific al industriei noastre — ramurile cele mai importante fiind petrolul și lemnul — nu dau răgaz muncitorului pentru o viață mai stabilă, cu gospodării igienice și cu un fel de viață mai sănătoasă.

Lupta împotriva tuberculozei în mediul industrial crede raportorul, trebuie să se ducă prin: ameliorarea condițiilor de traiu, intensificare și generalizare a serviciilor de asistență și profilaxie medicală, depistarea și internarea precoce a bolnavilor, precum și izolarea celor mai greu bolnavi. Mai preconizează vaccinarea preventivă — cât mai răspândită — a viitorilor asigurați.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL MORBULUI LUI POTT

de

Prof. Dr. I. Bălăcescu și Dr. I. Marian

Raportul se ocupă mai ales de procedeele chirurgicale în tratamentul morbului lui Pott. După o completă descriere a procedeelelor, autorii ajung la următoarele concluziuni:

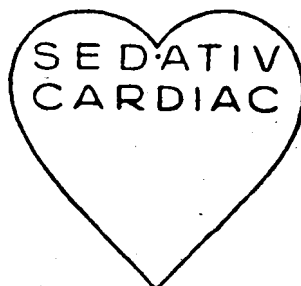
În tratamentul morbului lui Pott se urmărește ankiloza vertebrelor bolnave printr'o imobilizare perfectă a rachisului cece se obține foarte bine prin osteo-sinteză. Intervențiunea prin ea însăși nu este gravă, ea constituie un simplu mijloc de fixare a segmentului de coloana bolnavă permițând a evita imobilizarea bolnavului în pat pentru mult timp.

În cazurile în cari leziunea este incipientă, când nu există încă nici gibozitate, nici abcese sau paraplegie, se obțin rezultate frumoase, chiar când există leziuni radiografice profunde.

Existența unui abces la distanță nu compromite rezultatul cu o supraveghere strictă abcesul dispare fiind tratat prin puncțiuni și injecțiuni modificatoare. Gibozitatea nu ne pare, când este mare, un factor de dificultate operatorie, nici un factor de agravare al prognosticului post-operatoriu.

SPASMOSÉDINE

Phenylethylmalonyluree 0 gr. 015
Bromhidrat de chinină 0 gr. 05
Extract Crataegus stab. 0 gr. 05
Exclplent. 9 S.



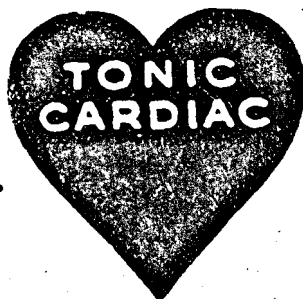
1-2 compr. glutini-
zate pe zi inaintea
meselor timp de 15
zile pe lună.

Turburări nervoase cardiace (palpitații, extrasistole, nestabilitate cardiacă). Hipertensiune arterială permanentă (cefalee, vertige, amețeli). Hipertensiune paroxystică (menopausă, histerectomie). Algii precordiale. Angină pectorală (tratament preventiv).

DIGIBAINÉ

BCU Cluj / Central University Library Cluj

**Asociațiune
Digitalină-Ouabaină.**



Doze mici (trata-
ment de întreținere)
15 picături pe zi.
Doze mijlocii
25-30 picături pe zi.

Cure tonicardiace continue. Insuficiență cardiacă dreaptă și mai ales stângă. Cardiopatii valvulare in perioada decompensațiunei. Miocardite toxice sau infecțioase. Diverse arythmii.

LABORATOIRES DEGLAUDE, PARIS
Reprezentant: AGECO S. A. București Strada Sft. Ionică No. 9.

TRATAMENTUL FITOTERAPIC AL STĂRILOR NEVROPATICE

Insomnii nervoase, anxietate, angoasă, vertigii, turburări nervoase ale vieții genitale, turburări funcționale ale cordului, vor fi în totdeauna ameliorate prin

PASSIFLORINE

medicament regulator al simpaticului și sedativ central, compus numai din extracte vegetale *atoxice*: *Passiflora incarnata*, *Salix alba*, *Crataegus oxyacantha*.

Reprezentantul Laboratoarelor: **G. REAUBOURG, Paris.**

Literatură și eșantioane:

GEORGES VERGLAS

1. Str. Precupeții Vechi—București, Sectorul 3

Domnii Medici sunt rugați să prescrie flacoane originale de

D O Z E:

COPII până la 3
ani o linguriță
la oră:

COPII dela 3 ani
în sus câte 2
linguri înaintea
meselor:

ADUȚI 3—4
linguri înaintea
meselor.



LABORATOR:
Str. Regală 11 bis
BUCUREȘTI
Telefon 19/59

Prin îngrijirea laboratorului, la farmacia și drogerii Lactofermentul Dr. Robin se găsește întotdeauna de fabricație recentă.

N. B.— La cerere se trimite D-ilor Medici 1 fl. original spre experimentare.

Lactofermentul Dr. ROBIN este o emulsiune pură de ferment latic VIU spre deosebire de preparatele care se prezintă sub formă de comprimate.

Ca ferment figurat viu, are calitatea de a transforma în acid lactic, diferitele substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal concurând în acest fel la nimicirea agenților microbieni patogeni. Se poate da cu succes în: Enteritele acute și cronice ale copiilor și adulților, în Diabet; Ciroze; Exeme; Acnee; Foliculite; Furunculoză, Urticaria; Guta, etc.

PRESCRIS DE SOMITAȚILE MEDICALE.

În formele cu paraplegie osteosinteza este indicată, fără însă a spune, că grefonul lucrează direct asupra paraplegiei, rămânând tot imobilizarea îndelungată și aparatul gipsat, care aduc dispariția fenomenelor nervoase.

Majoritatea bolnavilor operați, pot fi considerați din punct de vedere operator ca vindecați după un an dela intervențiune, dar vindecarea anatomică este mult mai delicată de judecat, chiar cu studiul radiografic. Demonstrația a fost făcută cu piesele bolnavilor morți de o afecțiune intercurentă.

Am avut ocaziunea să vedem piesele a doi bolnavi morți de o afecțiune intercurentă la 9 luni dela operație, unde am constatat distrugerea osoasă mai mare decât în timpul operației deși simptomele clinice nu arătau o agravare.

La copiii mici condițiunile anatomice par a fi defavorabile, pentru că au gibozități ascuțite și mărișoare, ce fac dificilă aplicarea grefonului, asemenea elasticitatea scheletului lor parțial cartilagos, împiedică în parte să se obțină după consolidarea grefei acel bloc absolut rigid dela adult, care suprimă orice imobilitate, orice durere și orice contractură. De aceia copiii trebuie să stea imobilizați în pat cel puțin un an după operație, în acest timp se face o sudură solidă a grefonului și se previne în acelaș timp mărirea gibozității, permițându-le mersul după acest timp numai cu aparatul orthopedic pe care-l va purta încă un an.

Grefonul nu împiedecă creșterea copilului.

Osteosinteza cu grefon tibial este cea preferabilă, grefon rigid, dacă gibozitatea nu este prea mare; unu, două sau mai multe grefoane subțiri în caz contrariu.

Operațiunea lui Albee nu poate pretinde că pune sigur pe operat la adăpost de complicațiunile posibile (abces agravarea gibozității sau turburări medulare) însă aceste complicațiuni ne par mai rare la bolnavii operați, în special mărirea gibozității este excepțională după operație. Aceasta este un mare avantaj, obținut printr'un tratament benign de durată mai scurtă decât simpla imobilizare; valoarea sa este mărită încă, având în vedere condițiunile sociale ale practicei de spital.

Osteosinteza nu poate modifica întru nimic tratamentul general, care rămâne baza curei.

Noi socotim în concluzie că metoda lui Albee, consistând într'o operațiune cu o tehnică ușoară, de o benignitate absolută, cu o eficacitate mai mult sau mai puțin mare asupra evoluției leziunilor corpurilor vertebrale, scurtând cu mult durata tratamentului, propriu zis, trebuie să fie luată în considerație în prima linie, când este vorba de a institui un tratament morbului lui Pott, la adult sau la copil.

COLAPSOTERAPIA ÎN TUBERCULOZA PULMONARĂ

de

Dr. I. Bălănescu și Dr. H. Theodorescu

După ce face o expunere generală asupra colapsoterapiei, raportorii expun rezultatele pe cari le-au obținut pe 520 cazuri îndelung urmărite la sanatoriul Filaret și Centrul Militar de tuberculoși. Din studiul tabelelor înlocuite pentru cei 520 bolnavi, reiese următoarele după 4—6 luni de tratament:

Rezultate favorabile 338 (65%).

Staționari 71 (13,6%).

Agravați 111 (21,3%).

Aceste date se schimbă, agravându-se după ce trec 2—3 ani de tratament ajungând cu rezultatele favorabile la 35—36%, cifră care cuprinde mai ales cei ce au urmat tratament în sanatoriu.

Concluziile practice pe cari le scot raportorii din acest studiu sunt următoarele:

Pneumothoraxul artificial constituie metoda terapeutică cea mai recomandabilă, care oprește pentru totdeauna, sau pentru foarte multă durată, la un număr mare de bolnavi, evoluția progresivă a tuberculozei pulmonare, atunci când este aplicată la începutul boalei, și după toate indicațiile.

Vom avea în vedere, că pneumothoraxul trebuie continuat mult timp — cel puțin trei ani — și că în numeroase cazuri, realizarea pneumothoraxului artificial cât și întreținerea lui, în bune condițiuni, este legată de o tehnică riguroasă, alături de o îndemănare manuală, pe care o dă practica zilnică.

Tratamentul tuberculozei pulmonare, prin pneumothorax artificial, trebuie să aibă și la noi, ca în toate celelalte țări, extinderea pe care o merită, urmând ca această metodă să fie cunoscută, practică și susținută de corpul medical.

El nu trebuie să fie practicat numai în sanatoriile de specialitate și numai de un număr redus de medici specialiști.

1) Să se găsească modalitatea cea mai bună, pentru ca medicii să poată cunoaște, în amănunțime, practica metodelor colapso-terapeutice apropiindu-și cunoștințele noi în domeniul fiziologiei.

2) Inzestrarea dispensariilor antituberculoase, cu instrumentariul strict necesar realizării pneumothoraxului (radiologie, aparat pentru pneumothorax, aparat „Potain”, etuvă „Poupinel”) și la nevoie un număr redus de paturi, pentru cazurile, cari ar necesita, repaus temporar, în urmă aplicării pneumothoraxului.

INCIDENTE, ACCIDENTE, COMPLICAȚII ALE COLAPSOTERAPIEI

de

Dr. M. Popper și Dr. T. Veber

În acest raport complet autorii studiază incidentele accidentale și complicațiile ce pot surveni în cursul constituirii și întreținerii pneumothoraxului artificial, urmărind evoluția unui bolnav dela prima

puncție și subliniind incidentele evoluționale. Acestea sunt în rezumat următoarele:

In momentul puncției pot surveni: rănirea pachetului vasculo-nervos, lesarea periostului costal, puncționarea și insuflarea plă-mânului, toate fără gravitate.

In timpul insuflației pot surveni, rar, accidente grave: reflexe pleurale sau embolii gazoase uneori mortale.

După insuflație incidentele și accidentele sunt mai numeroase: Insuficiența cardiacă acută a fost rareori observată. Asemenea și insuficiența respiratorie acută.

După insuflație, în ziua următoare se pot observa uneori ridicări febrile la 38—39°, „reacțiuni termice de insuflație” datorită unei rezorbții crescute de toxină, dar care după câteva zile dispar.

Dar ceace amenință mai mult rezultatele unui pneumotorax, sunt două complicații de temut: *pleurale și bilateralizarea leziunilor*.

Înainte de a studia aceste complicații, autorii expun turburările respiratorii cardiace și digestive, cari pot surveni în cursul unui pneumotorax.

Turburările respiratorii pe cari autorii le descriu, sunt următoarele: deplasarea mediastinului sau hernia mediastinală, insuficiența respiratorie a plămânului necolabat. Cele cardiace: hipertrofia cordului drept și insuficiențe cardiace. Cele digestive: senzație de apăsare asupra stomacului, care uneori îl împiedecă să se alimenteze scăzând astfel în greutate.

Raportul se oprește în deosebi asupra celor două mari complicații amintite: BCU Cluj / Central University Library Cluj

Complicații pleurale, pleureziile pe cari autorii le găsesc în 40—80% din cazuri atingând deci media de 60₀°. Autorii studiază aceste pleurezii pe cari le împart în: exudate idiopatice (torpide), exudate de tipul pleuresiilor sero-fibrinoase acute, febrile și pleurezii purulente în cari se înglobează și cele septice consecutive perforații lor pulmonare, și descriu pe larg simptomatologia, citologia și bacteriologia exudatelor, precum și tratamentele respective.

Evoluția ulterioară a leziunilor aduce după sine compromiterea frecventă a rezultatului terapeutic. De importanță minimă sunt cazurile de *leziuni evolutive în bontul pulmonar* sau de *hemoptisii de compresiune*. Importante sunt: *bilateralizarea leziunilor* sau *evoluția de leziuni în alte organe*.

Bilateralizarea este de temut fiindcă foarte rar plămânul necolabat poate fi sănătos. Când această bilateralizare nu este acută, ea are șanse de evoluție benignă. Când apariția de noi leziuni în plămânul necolabat survine după un interval mai mare de colaps al primului, se poate face pneumotorax bilateral alternant.

În ceace privește *localizările în alte organe*, aceste complicațiuni compromit orice rezultat terapeutic.

Astfel autorii au observat complicații renale letale după ce leziunile pulmonare ajunseseră la o stabilitate aproape complectă.

Alte localizări observate de raportori au fost cele laringee și cea mai gravă, localizarea intestinală.

Autorii conchid la eficacitatea pneumotoraxului, „cea mai puternică armă ce posedăm în lupta contra tuberculozei pulmonare, capabilă, aplicată la timp să scape dela o evoluție sigur fatală un mare număr de bolnavi.

COLAPSOTERAPIA CHIRURGICALĂ

de

Prof. Dr. A. Cosăcescu

După ce studiază în amănunte, indicațiile, tehnica și rezultatele freniectomiei, toracoplastiei și pneumolizei, raportorul ajunge la următoarele concluziuni:

Operațiunile sângerânde de colapsoterapie constituiesc un tratament de necesitate în tuberculoza pulmonară veche, ori de câte ori pneumotoraxul artificial a lui Forlanini — care rămâne tratamentul de alegere — este fără efect, este imposibil de realizat sau este cauză de complicațiuni generale; aceste eventualități sunt destul de dese.

Colaborarea chirurgului cu fiziologul este obligatorie pentru a preciza indicațiunile chirurgicale care trebuiesc să fie în raport nu cu un principiu rigid ci mai mult cu fiecare caz în parte.

Ori cum, operațiunea trebuie socotită ca un element terapeutic incidental; colapsoterapia lucrează indirect asupra leziunilor, ea nu le suprimă, ea nu poate da bolnavilor un rezultat imediat; rezultatele trebuiesc așteptate timp îndelungat și ca atare și înainte și după operație tuberculosul rămâne un bolnav medical.

Ca ordine de gravitate freniectomia este operația cea mai simplă, cea mai puțin traumatizantă și se poate aplica și bolnavilor ambulanți, care nu sunt internați.

Apicoliza în al doilea rând dă rar accidente grave.

Toracoplastia rămâne operațiunea cea mai traumatizantă, dar și cu rezultatele cele mai complete; cu tendința actuală de a fracționa operațiunea în mai mulți timpi, toracoplastia nu mai are caracterul impresionant al operațiilor totale într'un singur timp.

Incidentele și mortalitatea post operatorie, destul de impresionante la începutul aplicării tratamentului chirurgical mai ales după primele toracoplastii, au scăzut considerabil de când indicațiunile au fost bine stabilite; ele trebuiesc judecate nu în absolut, dar în raport cu rezultatele în adevăr remarcabile, cu vindecările pe care operațiunea le procură la un mare număr de bolnavi nevindecabili prin nici unul din celelalte mijloace terapeutice. Numai judecând astfel se poate face bilanțul obiectiv, care apare evident favorabil metodelor chirurgicale.

INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚIILE RADIOLOGICE ÎN COLAPSOTERAPIA TUBERCULOZEI PULMONARE

de

Dr. A. Georgescu

Este indiscutabil că colapsoterapia nu poate fi nici indicată, nici executată, nici urmărită științific fără radiologie, care alături de rezultatele examenelor clinice și de laborator, are valoarea cea

mai mare. Indicațiile și contra-indicațiile pe cari le dă radiologia în colapso-terapia le stabilește autorul în acest raport.

Radiologia stabilește cu precizie: 1) *Asupra unilateralității leziunilor*, și 2) *Asupra extensivității lor*, indicațiuni principale pentru stabilirea unui pneumotorax.

Radiologia mai stabilește și contra-indicațiile colapso-terapiei: Tuberculoza miliară, leziuni generalizate și difuze, formele fibroase dense, evolutive, bilaterale, formele cu congestie perihilară mare, aderențe întinse, scleroza plămânului opus, etc.

La executare și după aceea pneumotoraxul și radiologia arată: locul de elecție al puncției, forma pneumotoraxului, eventuala lipsă de contractilitate a regiunii bolnave, deplasarea sau hernia mediastinului, complicațiile pleurale sau cardiace (pleurezii, dilatația cordului drept).

La sfârșitul tratamentului, radiologia arată rezultatele acestuia.

În sfârșit radiologia dă indicații asupra pneumotoraxului bilateral, asupra frenicectomiei, toracoplastiei sau plombagiului.

Autorul conchide că radiologia este un factor esențial pentru a conduce tratamentul pe baze științifice.

II.

Comunicări.

la raportul I: Tuberculoza în România.

Prof. Titu Gane: Tuberculoza la copii.

Dr. M. Cănciulescu: Tuberculoza în mediul rural al Olteniei, (după o statistică personală).

Dr. L. Daniello: Tuberculoza în universitate și combaterea ei.

Dr. V. Demetrescu: Raport despre mersul tuberculozei în comuna Dumitrești, R.-Sărat.

Dr. L. Câmpeanu: Date climatologice referitoare la regiunea Brașovului și importanța climatului acestui ținut în legătură cu tuberculoza pulmonară.

Dr. Ghiulamila: Tuberculoza osoasă și articulară în România și tratamentul ei sistematic.

Dr. H. Lazarovici: Profilaxia tuberculozei în școli și prin școli, mijloacele sociale de luptă contra tuberculozei.

Dr. Cosmutza: Tuberculoza și economia națională.

Dr. O. Meller: Câteva caractere de phtisic ale pubertății.

Dr. N. Romanescu: Letalitatea prin tuberculoză în închișori (pe 11 ani).

la raportul II: Vaccinarea antituberculoasă a noilor născuți.

Dr. A. Iancu și L. Darius: Contribuțiuni la vaccinarea antituberculoasă cu B. C. G.

Dr. V. Veber și M. Blechmann: Vaccinațiunea antituberculoasă cu B. C. G. în cadrul profilaxiei sociale generale.

Dr. Athanasiu C., Bărbulescu I. și Ionescu G.: Vaccinarea antituberculoasă cu vaccinul B. C. G. în mediul rural. Rezultatele

obținute în jud. Ilfov la dispensarele antituberculoase din comunele Budești și Bolintin.

D-ri M. Nasta și A. Weinberg: Sensibilitatea la tuberculină și modificările formulei sanguine la copiii vaccinați pe cale bucală cu B. C. G.

la raportul III: **Tratamentul chirurgical al Morbului lui Pott.**

Dr. Ghiulamila: Asupra unor chestiuni fundamentale în tratamentul morbului lui Pott.

Dr. C. Leonte: Considerațiuni asupra tratamentului chirurgical al morbului lui Pott.

Dr. V. Climescu: Tratamentul morbului lui Pott în sanatoriul C. T. C.

la raportul IV: **Colapsoterapia.**

Dr. Gancevici: a) Observațiuni personale asupra exudatului în colapsoterapie; b) Putem conta ca mijloc de vindecare pe pneumotoraxul bilateral?

Dr. Tatușescu: Factorii terapeutici în pneumotoraxul artificial.

Dr. L. Daniello și M. Alexandrov: Rezultatele colapsoterapiei în 638 cazuri.

D-nii A. Crăciuneanu și M. Blechman: Pneumotoraxul artificial ambulatoriu în tratamentul tuberculozei pulmonare.

Dr. A. Schain: Câte-va cazuri de colapsoterapie.

D-ri A. Rusescu și C. Gheorghiu: Considerațiuni asupra 126 cazuri de pneumotorax terapeutic la dispensarul Tbc. al Casei Muncii C. F. R.

Dr. M. Alexandrov: Colapsoterapia bilaterală cu pneumotorace într'o parte și frenicectomie în alta.

Dr. M. Lindenbaum: Asupra unui caz de pneumotorax bilateral succesiv cu inextensiunea plămânului colabat.

D-ri M. Lopper și O. Meller: Prezentarea câtor-va cazuri de colapsoterapie bilaterală.

Dr. Liviu Câmpeanu: a) Valoarea frenicectomiei în tratamentul tuberculozei pulmonare; b) Considerațiuni asupra importanței toracoplastiei extrapleurale în tratamentul tuberculozei pulmonare.

Dr. C. Leonte: Considerațiuni asupra tratamentului chirurgical al tuberculozei pulmonare..

Dr. Collesar: Plombaj și toracotomie.

D-ri D. Mante și D. Hagiescu: Febra de insuflație în cursul pneumotoraxului artificial.

Dr. M. Blechmann: Asupra patogeniei fenomenului slăbire în cursul pneumotoraxului artificial.

Dr. A. Tocilescu: Presiunea intrapleurală în cursul pneumotoraxului artificial.

D-ri M. Nasta și A. Tocilescu: Rezultatele pneumotoracelui ambulatoriu la un dispensar al Casei Centrale a Asigurărilor Sociale.

Dr. C. Ranetti: Considerațiuni asupra colapsoterapiei.

Dr. I. R.

B.— SOCIETĂȚI ȘTIINȚIFICE

SOCIÉTÉ ROUMAINE DE BIOLOGIE

Section de Jassy

Séance du 28 Avril 1930

Parhon C. I. et Werner Gh.: Teneur en phosphore du cerveau et du cervelet chez les animaux ayant reçu des injections répétées d'adrenaline.

Radu V.: Les émissions nucléaires dans le canal déférent de l'*Armadilidium vulgare*.

Radu V.: Spermatogenèse chez *Armadilidium opacum* G. L. Koch.

BCU Cluj University Library Cluj Séance du 15 Juin 1930

Agapi G.: Pouvoir hémolytique des streptocoques isolés chez les scarlatineux.

Agapi G.: Sur la fréquence des streptocoques hémolytiques dans la gorge des scarlatineux.

Cernaianu C. et Popovici I.: Sur la diarrhée blanche bacillaire des poussins à *Bacillus pullorum* Rettger en Roumanie.

Cernaianu C.: Vaccination intradermique en un seul temps contre le charbon bactérien.

Séance du 28 Février 1931

Parhon C. I. et Briese M.: Présence de substance virilisante dans l'urine d'une jeune fille atteinte de virilisme.

Parhon C. I. et Derevici H.: Modifications du poids de la fréquence du pouls, du nombre des respirations, du pH et de la réserve alcaline du sang chez les animaux hyperthyroïdisés, tyrosinés, traités par des injections de parathormone ou soumis à un traitement combiné thyro-parathyroïdien.

Parhon C. I. et Derevici H.: Variations de la glycémie de la cholestérolémie, de la calcémie, de la kaliémie et de la phosphorémie sous l'influence du traitement thyroïdien ou thyroxinique des injections de parathormone ou de ces traitements combinés.

Popa Gr. et *Alecsandrescu N.*: Mecano-structure d'un os pathologique.

Popa Gr. et *Strat C.*: Evolution du muscle carré pronateur.

Zaharescu Karaman N.: et *Nastase A.*: La crise genitale des nouveau-nés.

Zaharescu Karaman et *Nastase A.*: La crise genitale des nouveau-nés provoquée par l'hormone sexuelle ovarienne.

Zaharescu Karaman et *Rosenthal (Z)*: A propos du test hormonal de la grossesse.

Séance du 28 Mars 1931

Parohn C. I. et *Kreindler A.*: Recherches chronaximétriques chez les animaux thyro-parathyroïdectomisés.

Parohn C. I. et *Werner Gh.*: Sur la teneur en cholestérol de la bile, de la peau, et des organes chez les animaux soumis au traitement thyroïdein, parathyroïdien ou à ces deux traitements combinés..

Parohn C. I. et *Werner Gh.*: Sur le phosphore total du cerveau et du cervelet, chez les chiens traités par le corps thyroïde ou la thyroxine par l'hormone parathyroïdienne ou soumis au traitement combiné thyro-parathyroïdien.

Septelici L.: Action du chlorure de sodium et de différents sels sur la spectro-réaction.

Séance du 28 Avril 1931

Parohn C. I. et *Cahane M.*: Le chlore plasmique le chlore globulaire, le chlore et le Cl Na du liquide céphalo-rachidien sous l'influence des injections d'hormone parathyroïdienne chez l'homme.

Parohn C. I. et *Cahane M.*: Sur la teneur en cholestérol et en eau de l'écorée surrénale chez quelques espèces de Mammifères.

Parohn C. I. et *Orenstein*: Action des lipides ovariens sur la cholestérolémie chez des femmes amenorrhéiques.

Parohn C. I. et *Iancovici L.*: Action de la gynékormone sur la durée de survie des animaux thyro-parathyroïdectomisés.

Parohn C. I. et *Ornstein*: Sur la cholestérolémie des femmes amenorrhéiques.

Section de Cluj

Séance du 26 Juin 1930

Michail D. et *Vancea P.*: Action de l'extrait de glande lacrymale sur l'oxydation tissulaire.

Michail D. et *Vancea P.*: Action des différentes opérations oculaires sur le réflexe oculo-vasculaire.

Michail D. et *Vancea P.*: Influence de l'intoxication naphthalinique sur l'oxydation tissulaire du cristallin.

Nitzescu I. I.: Action de diverse substances posthypophysaires sur la coagulation du sang.

Nitzescu I. I. et *Benetato Gr.*: Action des substances rétropituitaires, hypertensive et ocytocique, sur les graisses du sang.

Papilian V.: Sur les mouvements provoqués après la mort.

Papilian V. et *Comsia O.*: Les système végétatif et le pouvoir opsonique.

Séance du 25 Novembre 1930

Michail D. et *Vancea P.*: Action du froid, de la chaleur et de la diathermie en applications oculaires sur le réflexe oculo-vasculaire.

Nitzescu I. I. et *Benetato Gr.*: Action de l'asphyxie sur le sucre protéidique et le phosphore minéral du sang.

Nitzescu I. I. et *Popovici G.*: Hémorragie et protéido-glycémie. Contribution à l'étude de l'hyperglycémie post-hémorragique.

Nitzescu I. I. et *Popoviciu G.*: Nouvelles recherches sur l'action antirachitique de la molle osseuse. Influence des rayons ultra-violette.

Séance du 30 Décembre 1930

Benetato G.: Sur le mécanisme de l'hyperglycémie post-hypophysaire.

Michail D. et *Vancea P.*: Influence des différents traumatismes du cristallin sur l'intensité de ses oxydations tissulaires.

Nitzescu I. I. et *Munteanu N.*: Sur le mécanisme d'actions de la pituitrime. Action de l'extrait et des substances rétropituitaires sur l'acide lactique du sang.

Urechia C. I. et *Nagy I.*: Méthode rapide et sûre pour la coloration du tissu conjonctif dans le tissu nerveux.

Séance du 3 Mars 1931

Nitzescu I. I.: Sur la teneur en cuivre des organes des foetus humains.

Nitzescu I. et *Munteanu N.*: Action de l'éphédrine sur l'acide lactique du sang.

Thomas P. et *Gradinescu A.*: Action physiologique des pentoses sur l'appareil digestif.

Séance du 31 Mars 1931

Nitzescu I. I. et *Benetato G.*: Epreuve de l'hyperglycémie provoqué (tolérance pour le glucose) chez le Pigeon carencé en facteur B. antinévritique.

Nitzescu I. I. et *Benetato G.*: Action de l'extrait antéhypophysaire sur les graisses du sang.

Popilian V.: Nouvelles recherches concernant les mouvements provoqués après la mort.

Papilian V. et *Russu I. G.*: Effets de la ligature de la veine splénique sur le système réticulo-endothélial.

Section de Bucarest*Séance du 5 Juin 1931*

Nasta (M), Iovin (I) et Blechmann M.: Action des antiseptiques et des rayons ultraviolets sur le virus tuberculeux filtrable.

Séance du 19 Juin 1930

Condrea P.: Nouvelle maladie contagieuse de la Souris blanche. Agent pathogène. Maladie expérimentale.

Ionescu Mihăești C. et Dâmboviceanu A.: Modifications de certaines constantes du sérum de Cheval au cours de l'immunisation.

Nasta M.: Sur la pathogénie des cavernes pulmonaires chez le cobaye tuberculeux.

Theohari A., Parissichi C. et Băisoiu D.: Note sur un cas d'hémopthysie coïncidant avec la présence d'un foyer pulmonaire fuso-spirillaire; guérison par l'émétine.

Séance du 3 Juillet 1930

Manicatide M., Brătescu A. et Rozenkranz B.: Les modifications de l'équilibre protéique du sérum dans les tuberculoses infantiles.

Manicatide M. et Christian T.: La réserve alcaline du sang dans les troubles digestifs des nourrissons.

Marinesco G., Sager O. et Kreindler A.: L'excitabilité neuromusculaire dans le tabès.

Milcou St. M.: Peut-on classer le ganglion carotidien parmi les paraganglions?

Nasta M., Iovin I. et Blechmann M.: Action pathogène du virus tuberculeux filtrable pour le Lapin soumis à l'action des rayons x.

Soru E.: Différence de potentiel électrique entre l'épiploon et l'intestin normal ou lésé du Lapin.

Soru E.: Modification de la différence de potentiel électrique entre l'épiploon et l'intestin (normal ou lésé), après blocage de l'épiploon.

Séance du 20 Novembre 1930

Litarczek G., Aubert H. et Cosmulesco I.: Sur les modifications de l'affinité de l'hémoglobine pour l'oxygène, exprimées par la constante de dissociation $1/k$, chez quelques cardiaques et pulmonaires asystoliques.

Litarczek G., Aubert H., Cosmulesco I. et Nestoresco B.: Sur l'ectilité de l'accroissement de l'affinité de l'hémoglobine pour l'oxygène, chez deux pulmonaires en asystolie.

Istrati G. et Stefanescu V.: Présence d'agglutinines dans la circulation après vaccination par voie buccale.

Damboviceanu A. et Cosacesco Al.: Action précipitante in vitro,

sur une solution de chlorure de calcium, du sérum sanguin d'un chien atteint de fracture en voie de consolidation.

Damboviceanu A.: Metabolisme du calcium chez *Astacus fluviatilis* pendant la mue.

Marinesco G., Kreindler A. et Façon E.: Action de l'injection intrarachidienne de novocaïne sur la rigidité parkinsonienne.

Obregia A., Dimolescu et Badenski: Sur la réfractométrie du sérum sanguin dans l'alcoolisme aigu chez l'homme.

Séance du 4 Decembre 1930

Crăciun et Soresco: Perfusion cardiaque et preparation d'un serum anti-myocardique.

Daniel (I) et Popesco Buzeu M.: Sur l'action hypoglycemiante du soufre. Les eaux minerales sulfureuses.

Dumitrescu-Mante, Dulugea et Ionesco-Craiova: Bradycardie ictérique avec hiperpotasiémie.

Litarczek G., Aubry H., Cosmulesco I. et Nestoresco: Sur la relation qui existe entre les facteurs detriminant le taux de la consommation de l'oxigène par l'organisme.

Litarczek, Aubry, Cosmulesco et Nistoresco: Sur un facteur tissulaire (gluthation) qui pourrait influencer la tension en oxigène du sang veineux chez les lapins normaux ou anemiés par saignées.

Marinesco (G), Drăgănescu St. Kreindler et Bruch: Les réflexes vestibulo-végétatifs chez l'homme.

Simici D., Popescu M. et Craițăleanu A.: L'action du glucose commercial administré comparativement par les voies digestives et intraveineuse sur la teneur en glycogène du foie, du coeur et des musches.

Séance du 18 Decembre 1930

Crăciun E. et Nicolesco: Propriétés d'un serum anti-myocardique etudiées in vitro.

Daniel I. et Papazian B.: Contribution à l'étude de l'elimination extrarénale de l'eau à l'état normal.

Daniel I. et Papazian (R): Contribution à l'étude de l'elimination extrarénale de l'eau à l'état pathologique.

Soru E.: Le potentiel d'oxydo-reduction du tissu sain de la plante (*Petargonium zonale*) et de la tumeur cancéreuse.

Séance du 15 Janvier 1931

Brauner (R) et Popovici N.: De l'action des petits traumatismes sur la moelle osseuse.

Crăciun (E. C.) et Sorescu A.: Action d'un serum antimyocardique sur les cultures de tissu in vitro.

Teitel-Bernard (A.): Acton de l'insuline sur l'uterus isolé de la souris.

Teitel Bernard A. et Parhon (C): Action de l'insuline acetylée sur le volume de la rate et la pression arterielle du chien.

Danielopolu D., Marcou I. et Proca G.: Inhibition cardiaque

provoquée par la suppression fonctionnelle du sinus carotidien après l'interception des filets sympathiques du coeur.

Danielopolu D., Marcou I. et Proca G.: Sur le reflexe respiratoire sino-carotidien. Filets centripètes sino-carotidiens excitateurs et inhibiteurs.

Danielopolu D., Marcou I. et Proca G.: Sur le tonus respiratoire sino-carotidien. Mécanisme du fonctionnement des centres respiratoires.

Litarczek G., Aubert et Cosmulesco I.: Des facteurs qui peuvent influencer l'affinité de l'hémoglobine pour l'oxygène exprimée par le constante $1/k$. Le ph plasmatique.

Séance du 5 Fevrier 1931

Barber C.: Etude comparative des ceuches de certaines espèces microbiennes.

Busnítza I. et Menkes: Etude de la respiration intestinale des cobitidae au moyen de la radiographie.

Crăciun E. C.: Emploi de la vitro-pression pour l'examen macroscopique des lésions anatomiques.

Crăciun E. C.: Etude des milieux pour la culture de tissus in vitro. Préparation du plasma de Poule par ponction cardiaque.

Danielopolu D., Marcou I. et Proca G. G.: Sinus carotidien et contractions hétérotopes. Contractions hétérotopes provoquées par l'excitation du sinus ou par sa suppression fonctionnelle, les nerfs du coeur étant intacts.

M. M.

BOVRIL

Contient l'albumine
et la fibrine du boeuf
Stimule tout en nourrissant.

**Flacon de 1 oz (28 grs)
suffit pour 4 tasses de soupe**

Représentant: AGECO S. A., BUCAREST.

C.—MIȘCAREA MEDICALĂ
IN
CENTRELE NE-UNIVERSITARE

Mișcarea Medicală la Oradea.

SOCIETATEA ȘTIINTELOR MEDICALE

Ședința dela 6 Ianie 1931

Dr. DUMITREANU ZENO: *Câteva date asupra peștișorilor „Gambuzii”.*

Intre alte mijloace întrebuințate în campania contra malariei, peștișorii „Gambuzii” sunt de un-folos incontestabil.

Trăind cam tot timpul primăverii la suprafața apelor din bălți, ei distrug larvele de țânțari și constituie unul din cele mai bune mijloace utilizate în luptă contra malariei.

În județul Bihor s'a adus o bună cantitate de gambuzii de pe insula Veglia din Jugoslavia. Depuși în diferite crescătorii din județ, amenajate pentru acest scop nu s'au putut aclimatiza toți, în cât a murit o bună parte din ei, dar a rămas într'o crescătoare o cantitate suficientă. Aclimatizarea acestora s'a făcut mai ușor, înmulțirea lor a început, în cât având în vedere faptul că se reproduc foarte repede, conferențiarul crede că în câțiva ani județul Bihor va da cantități destul de mari de Gambuzii, pentru restul țării.

Peștișorii sunt mici (femeia de 3—4 cm. în lungime, bărbatul de 1—2 cm.), nasc puii vii și se înmulțesc foarte repede. Trăiesc iarna la fund, primăvara însă ies la suprafață și rămân aci multă vreme, cu care ocazie înțâlnesc larvele de țânțari și le distrug. Sunt foarte mobili și se lasă la fund repede când sunt în pericol, în cât sunt atacați cu greu de dușmanii lor. Trăiesc la o temperatură moderată, apa prea rece omorându-i ușor, cea prea caldă fiindu-le de asemenea vătămătoare. Pentru acest motiv transportul lor se face cu oarecare greutate, având nevoie de un însoțitor care să le schimbe și întrețină apa la o temperatură favorabilă vieții lor, altfel mor toți.

Conferențiarul dă bogate date biologice, în legătură cu viața și reproducerea acestor mici peștișori.

Dr. GERMAN VICTOR: a) *Diverticul duodenal.* b) *Cholelucistită adesivă.*

a) Bărbatul T. S. de 49 ani suferă de stomac de aproape 2 ani, având dureri independente de alimentație. Dejunul de probă dă cifre normale; totuși se presupune un ulcer gastric, bazându-se mai ales pe anamneză.

La primul examen radiologic se constată un bulb duodenal mic cu hipermotilitate și hipersensibilitate, fără nici un simptom de partea stomacului. La 4 luni mai târziu (4. IV. 1931), controlul radiologic arată o hipertonie gastrică, iar la data de 7 Mai 1931, prezintă sub bulbul duodenal o pată opacă, constantă, cam cât o nucă, deasupra căreia suspensia opacă se scurge cu ușurință prin bulbul duodenal îngust. Pata opacă persistă și după 24 de ore, iar restul din ea după 48 de ore.

Se face deci diagnosticul de diverticul duodenal a cărui raritate constă în faptul că este așezat la bulbul duodenal.

Autorul dă o serie de detalii de tehnică radiologică pentru a pune în evidență cât mai bine diverticulul.

b) D. F. lucrător, de 21 ani, prezintă clinic, o colecistită. La colecistografia făcută la 12 ore după administrarea intravenoasă a tetragestului, se observă o vezică biliară de aspect normal. La controlul de evacuare, după ingerarea a 100 gr. de unt, vesica este parțial evacuată, diformată, având formă de corn, cu peretele median și rigid, în $\frac{1}{3}$ mijlocie. E vorba deci de o peri-colecistită cu îngroșarea peretelui, și aderențe de vecinătate, ceiace a fost confirmat pe deplin la operație.

Dr. BRATU VALER: *Un caz de eclampsie în luna 3-a a sarcinei.*

Bolnava C. A., de 31 de ani, primipară, este internată în Institutul Obstretic din Oradea în stare de comă. Limba este mărită de volum, mușcată are edeme la membrele inferioare și temperatura de 39⁸ grade; pulsul este 115. Sondată imediat s'au extras 10 grame de urină roșie portocalie.

Din antecedente rezultă că bolnava acuza dureri ușoare de stomac, mai ales după masă, cefalee tenace și era somnolentă. Cu 38 de ore mai înainte bolnava a avut un acces de eclampsie, urmat de comă, neîntreruptă, iar de atunci și până la primirea în Spital a avut 17 accese. În spital a mai avut încă 15 accese de eclampsie.

I s'a făcut evacuarea uterului, după ce se precizase, după semnele obiective, cari corespundeau și cu antecedente, că era vorba de o sarcină în luna 3-a.

Bolnava a succumbat la al 33-lea acces, în perioada de convulsii tonice.

Dr. GALDAU DUMITRU: a) *Osteochondrită disecantă.* b) *Metastaze generalizate, în bazin, coloana vertebrală și craniu.*

a) Primul caz este al unui bolnav de 19 ani, care acuza dureri în regiunea coxo-femurală stângă de vreo 3 luni. Membrul inferior stâng se prezintă mai scurt, mișcărilor în el sunt libere, cu excepția celor de abducție, cari sunt limitate. Radiografia arată un segment al capului femural demarcat, fără alte distrucții în articulație, sau în osul iliac; deci toate semnele pledează pentru o osteochondrită disecantă.

b) Al doilea caz este de metastaze canceroase generalizate în întreg sistemul osos și fractura spontană a femurului drept. Cazul este cu atât mai instructiv cu cât tumora primară (cancerul mamelei) n'a putut fi descoperită decât după examenul radiologic al sistemului osos.

VIN BRAVAIS

(KOLA, COCA, CACAO, Tannates de
Caféine, Cocaine & Théobromine).

*Cel mai puternic tonic, nutritiv și stimulent în
afecțiunile cardiace, nervoase, anemie, rachitism,
chlorosă, debilitate, convalescență, etc.*

Literatură și eșantioane medicale :

J. E. BUCUR — BUCUREȘTI 4

Strada Mecet No. 8.

OPOTHERAPIA ASOCIATĂ PANGLANDINE

COUTURIEUX

EXTRACT GLANDULAR TOTAL

în capsule keratinisate.

*Indicațiuni: Mixoedemul, infantilismul, acromegalia, gigan-
tismul, la copii.— Obesitate, turburări gastro-intestinale, cir-
culatoare, nervoase, exoftalmie gută, maladia lui Adison,
turburări hypofisare, ovariene, senilitate precoce, la adulți.*

LABORATOIRES CH. COUTURIEUX, PARIS

18, Avenue Hoche.

Literatură și eșantioane medicale :

J. E. BUCUR — BUCUREȘTI 4

Strada Mecet No. 8.

Dr. ILIEȘIU TEODOR: *Eficacitatea injecțiilor cu lapte în reumatismul poliarticular.*

Conferențiarul prezintă o serie de bolnavi, intrați în serviciul medical cu reumatism poliarticular și tratați cu injecții, intramusculare de lapte.

Bolnavii sunt complet vindecați.

DISCUȚII:

La *cazurile D-rului German*: Dr. Găldău, Dr. Pop, Dr. Bratu, arată raritatea diverticulului duodenal și importanța depistării radiografice atât a diverticulului, cât și a colecistitelor adese.

La *cazul D-rului Bratu*: Dr. Costa e de părere că etiologia, atât de discutată, a eclamsiilor trebuie căutată în turburările funcționii glandelor cu secreție internă.

Remarcă importanța cazului prin raritatea apariției eclamsiei în luna 3-a.

Dr. German este deasemenea de părere că eclamsia e datorită turburărilor generale produse în organism.

Sedința dela 20 Iunie 1931

Dr. GLAVAN ION: *Concepția actuală a etiologiei Kerato-conjunctivitei flictenulare.*

Kerato-conjunctivita flictenulară, numită încă impetiginosă, scrofuloasă, limfatică, exematoasă, pustuloasă, etc., este caracterizată prin erupția, la nivelul corneei, sau a conjunctivei, a unor papule, fals numite „flictene”.

Numeroasele lucrări asupra conjunctivitei flictenulare au susținut (și se mai găsesc autori cari afirmă și azi), că boala ar fi datorită afecțiunilor de vecinătate (exema, impetigo, predculus capitis) scrofulozei, diatezei exudative, fără să aducă însă probe prea doveditoare ale acestor etiologii.

Părerea cea mai verosimilă și susținută azi cu probe indubitabile, este a celor ce susțin că **Kerato-conjunctivita flictenulară este o manifestație a unei tuberculoze atenuate.**

În lucrarea sa: „Rolul terenului în Kerato-conjunctivita exematoasă”, publicată în „Clujul medical” No. 7—8 dn 1921, și recenzată în revistele germane de specialitate, autorul afirmă că „Kerato-conjunctivita flictenulară nu este altceva decât o manifestare oculară a tuberculozei, de multeori primul semn dat de o tuberculoză latentă, viscerală”. Această afirmație se baza pe studiul făcut asupra unui mare număr de bolnavi din Clinica oftalmologică din Cluj, la care s'a constatat: în **antecedente** afecțiuni cari predispun la tuberculoză, sau chiar manifestări tuberculoase, pulmonare, osoase, ganglionare, etc. **Curba termică** era mult asemănătoare cu cea din tuberculoza torpidă, subacută, având ascensiuni până la 37⁰ în timpul apariției nouilor flictene. **Examenul radiosopic și radiologic** arată totodată adenopatii tracheo-bronchice, sau hilare, chiar în cazurile în cari bolnavii nu aveau semne clinice de tuberculoză, iar reacția la tuberculină era pozitivă apoape în toate cazurile. În ultimii 10 ani aceste examene au continuat să fie făcute pe un mare număr de cazuri și rezultatele au fost identice cu cele publicate anterior.

Prof. **Wekers** într'un studiu asupra Kerato-conjunctivitei flictenulare

(în „Archives d'ophtalmologie” din 1927), a confirmat în totul fiecare capitol din cele amintite mai sus, ajungând la aceleași concluzii la care Glăvan ajunsese cu 6 ani mai înainte. E de remarcat faptul că Wekers nu citează lucrările făcute în Clinica oftalmologică din Cluj, deci n'avea cunoștință de ele.

Părerea că Kerato-conjunctivita flictenulară este o manifestație a unei tuberculoze atenuate este susținută azi de școala oftalmologică din Cluj, după cum se poate vedea din interesantul tratat de oftalmologie, al șefului ei, Prof. Dr. Michail.

Dr. CRIȘAN ALEXANDRU: *Considerații asupra unui caz de pelagră.*

Cazul prezintă un interes deosebit nu numai prin forma, ci și prin raritatea lui în regiunea Bihorului.

E vorba de o femeie de 35 de ani, născută în județul Odorhei și care a trăit până la vârsta de 33 de ani, în comuna sa natală. Aci a dus o viață neigenică și s'a hrănit cu mălaiu și mămăligă.

Debutul boalei este acum un an, într'o primăvară, printr'un eritem al mâinilor, prurit al regiunii vulvare, ulcerații și arsuri în gură. La câțva timp în urmă i-au apărut ulcerații pe dosul mâinilor, pe degete, iar pe frunte, față, regiunea presternală, a apărut o erupție eritematoasă accentuată. A avut tot timpul turburări digestive și arsuri la stomac.

La examenul obiectiv se constată că toate fenomenele descrise de bolnavă apăruseră și anul acesta, bolnava era mult debilitată, în cât nu mai putea să umble. Dosul mâinilor prezenta ulcerații, iar picioarele erau edemațiate și ulcerate și pe fața dorsală.

După trei săptămâni de regim roburant, în care alimentele verzi și crude ocupau locul cel mai de seamă, bolnava s'a ameliorat mult, dar fenomenele gastro-intestinale persistau încă.

Conferențiarul dă date interesante asupra repartiției pelagrei în Ardeal, unde cazurile mai frecvente sunt răspândite în câmpia Transilvaniei și județele din secuime. În regiunea Bihorului se văd cazuri provenite din satele cele mai sărace.

Dr. TANASESCU D.: *Considerații asupra unui caz atipic de reumatism.*

Expune observația clinică a unui soldat la care maladia reumatismală a evoluat atipic: fără dureri articulare și febră.

Turburările gastro-intestinale și purpura hemoragică discretă pe care le-a prezentat au fost motivul ca medicul curant să se gândească la un reumatism.

Boala s'a terminat cu leziuni pronunțate la cord, produse în scurt timp dela debutul ei.

Dr. CHIDIOȘAN G.: *Abces extradural al cerebelului.*

Bolnava S. I. de 10 ani, a fost adusă în spital în stare generală gravă, cu diagnosticul de amigdalită, trimisă fiind de medicul de circumscripție.

La examenul obiectiv se constată: Amigdalele hiperemice și hipertrofiate, ganglionii submaxilari, în partea stg. sensibili la presiune; are vegetații adenoidale, ambele timpane distruse, iar din ureche se scurgea o secreție purulentă. În partea inf. a urechei medii stg. se văd câteva granulații mici. Are nistagmus orizontal spontan. Pupilele dilatate, cu reacții leneșe. Fundul ochiului e normal.

La 8. VI, are secreție purulentă abundentă în urechea stg. Nistagmus spontan în toate direcțiile, pupilele delatate mult, fără reacții și cefalee intensă. La intervenția chirurgicală se găsește un sinus superficial bombând către aditus ad antrum; până la antrum nu se găsesc celule mastoidiene, în aditus puțină secreție purulentă, care merge către cerebel. Îndepărtând lamina internă a cerebelului, care e foarte subțire, se zărește o secreție abundentă de puroi fetid. Pe dura mater nu se văd alterații.

DISCUȚII:

La cazul D-rului Glăvan: Iau parte la discuție D-rii: Munteanu, Matei, Mircea, Ionescu, amintind că școala germană a susținut totdeauna că Kerato-conjunctivita flictenulară a fost socotită ca o maladie datorită, foarte probabil, tuberculozei.

La cazul D-rului Crișan Alex.: Dr. Glăvan susține că pelagra e datorită avitaminozei, nu alimentației cu porumb, probă că are în serviciu o bolnavă ce s'a alimentat exclusiv cu pâine și are hemeralopie și pelagră, ambele având ca origină lipsa de vitamine în alimentație. D-rii: Chidioșan, Matei, Filip, Găldău, dau relații asupra prezenței pelagrei în nordul Ardealului, susținând că sunt cazuri destul de multe, cu toate că oficialitatea este de altă părere.

Sedința dela 27 Iunie 1931

Dr. BRATU VALERIU: *Un caz de cefalopagie occipitală.*

Bolnava R. M., de 34 de ani, intră în Institutul de obstetrică din Oradea, la 18 Iunie 1931, cu 2 feți morți, expulzați în parte, unul până la gât, celălalt până la regiunea toracică, prezentația fiind la ambii pelviană, așa în cât era de degajat craniul unuia din umărul și craniul celuilalt. Prin procedeul Mauriceau a putut să efectueze această operație cu destulă greutate, fără nici o contuzie perineală.

Capetele ambilor feți erau unite prin regiunea occipitală, un făt fiind mai mare decât celălalt.

Această anomalie este incompatibilă cu viața. Creeri feților sunt separați printr'un meninge comun, în rest cei doi feți nu mai au nici o altă anomalie.

Din antecedentele personale și heredo-colaterale ale mamei rezultă că a mai avut 2 sarcini gemelare, iar mama ei a avut deasemeni gemeni.

Dr. GHITEA IOSIF: *Profilaxia difteriei văzută prin prizma cercetărilor celor mai recente.*

Unul dintre factorii cari contribuie la rezistența organismului este bariera ce o prezintă mucoasa aparatului buco-faringian, care, în stare normală, împiedecă invaziunile microbiene. Când această mucoasă a suferit un traumatism, sau o inflamație, agenții patogeni se pot grefa ușor.

Un rol de seamă îl are în determinările morbide masivitatea infecțiunii și virulența materialului infectant. S'a constatat că există o rezistență puternică și stabilă a organismului, care e bazată pe anumite proprietăți umorale și anume pe existența anticorpilor specifici față de anumite boli și cari protejează individul de doze mari microbiene, sau de toxine. Această receptivitate, bazată pe proprietăți umorale se poate depista prin reacția lui Schik.

Positivitatea ei variază cu vârsta: până la 6 luni copii sunt în mare parte imuni față de difterie; dela 6 luni la 2 ani prezintă maximum de receptivitate (90—95%), urmând ca dela această vârstă procentul de receptivitate să se micșoreze treptat.

S'a văzut că într'o colectivitate, în care s'a declarat o epidemie, devine imuni la sfârșitul ei mare parte dintre copiii cari n'au prezentat nici un simptom morbid, datorită faptului că s'au imunizat prin infecții mici, repetate și din ce în ce crescânde.

Profilaxia necesară: 2 feluri de măsuri, generale și speciale. Cele generale cuprind declararea obligatoare și precoce a bolnavilor, izolarea isvorului de infecție, până când datele furnizate de laborator îl declară neinfecțios. Măsurile speciale se realizează prin desinfectarea purtătorilor de germeni cu o soluție de iod iodurat, sero-profilaxia preventivă cu 50 unități antitoxice pe kilogram, vaccinația cu anatoxina Ramon.

În afară de epidemii trebuie să se vaccineze copii toți dela 1—2 ani; iar dela 2 ani în sus numai copii găsiți receptivi prin reacția lui Schick.

Imunitatea conferită în mod pasiv se declară imediat, însă e de scurtă durată (3 săptămâni), cea produsă prin vaccin se declară lent ca în săptămâna 6^a să fie completă; durata ei este mult mai lungă ajungând la 10—12 ani.

Dr. MUNTEANU LEONTE: *Opt ani de propagandă anti-sifilitică la Școala de Jandarmi din Oradea-Mare.*

Timp de 8 ani conferențiarul a examinat sângele tuturor elevilor ce se aflau în cele 3 școli de jandarmi din Oradea, în total 12.124 de jandarmi reangajați și soldați în termen.

Din totalul examinațiilor (12.124), erau jandarmi în termen: 5360, dintre care 240 bolnavi, adică 4.47% sifilizați. Restul de 6764 era constituit din jandarmi reangajați, între cari 422 erau bolnavi, adică 6.10% sifilizați.

La reangajați cifra de sifilizați a scăzut din 1923, până în 1931, dela 11.86% la 4.47%. Scăderea se explică și prin faptul, că elevii examinați în 1923, erau în majoritate jandarmi bătrâni, iar cei din 1931 sunt aproape exclusiv jandarmi tineri.

Grupând totalul reangajaților după vechimea în serviciu se constată că:

a) Printre reangajații sub 4 ani de serviciu se găsesc 4.47% sifilizați; (exact cifra găsită și la jandarmii în termen).

b) Printre reangajații cu 5—6 ani de serviciu se găsesc 7.50% sifilizați; (acești ani par a fi cei mai critici de infecțiune).

c) Printre reangajații cu peste 6 ani de serviciu se găsesc 8.20% sifilizați.

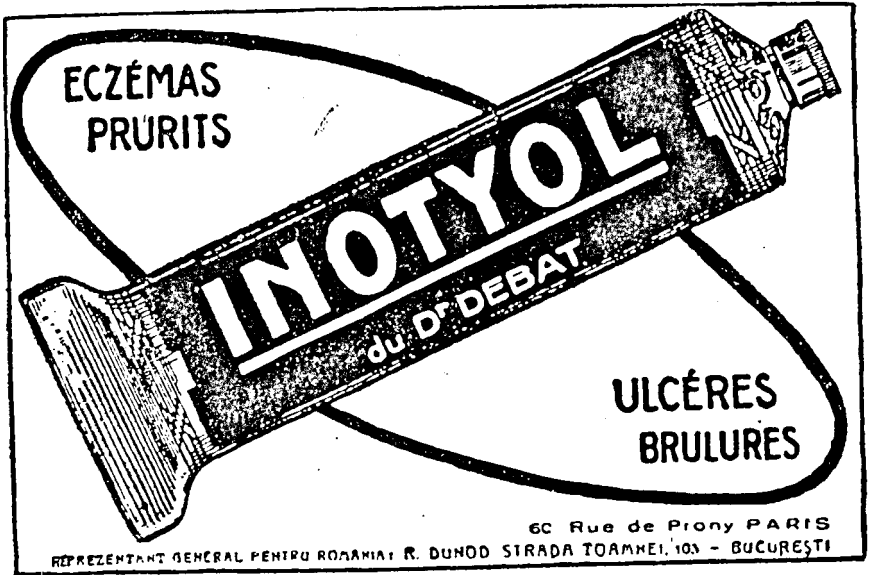
Grupând bolnavii în tratați și netratați, până la intrarea în școală, se constată că dintre 100 de soldați în termen, bolnavi, numai 32 au fost tratați, iar 68 sosesc absolut netratați la școală. Dintre reangajați 60% sosesc cu un tratament incomplet.

DISCUȚII:

La cazul *D-rului Bratu*: Iau parte la discuții D-rii Marcovits Paul, Costa, relevând importanța cazului prezentat și făcând unele considerații asupra lui.

La *comunicarea D-rului Munteanu*: Iau parte la discuții D-rii: Ionescu Mircea, Gașpar, Ghitea, Găldău, relevând importanța faptului că sifilisul descrește între jandarmi. Se discută modul de examinare care se face azi jandarmilor dela posturile din sate, de către medicul de circumscripție.

Dr. Glăvan



SIROPUL
NEUROTONIC
GHEORGHIU

TONICUL NERVILOR ȘI AL MUȘCHILOR

APROBAT DE
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
cu No. 16.091 1929 conform Jurnalului Consiliului Sanitar Superior
din 23 Martie 1929

INDICAȚIUNI TERAPEUTICE:
*Surmenaj intelectual, fizic și moral, Anemie,
Melancolie, Timiditate, Neurastenie, Impotență, etc.*

TONIC și APERITIV
CONȚINUTUL 200 C. M. C.

DEPOZIT
FARMACIA ȘTEFAN GHEORGHIU

CRAIOVA — JUSTIȚIEI, 32 TELEFON 8/4

III.

SPECIFICUL MEDICAL ROMÂNESC

PROBLEMA SPECIALITĂȚILOR FARMACEUTICE IN LUMINA ACTUALITĂȚII IN ROMANIA

(urmare)

C. — Latura economică

Această latură printr'o deformație de perspectivă a ajuns să servească în prezent de bază piramidei, ce reprezintă specialitățile farmaceutice și să le constituie azi suprema rațiune de a fi.

Reclama, concurența, fraudă și determină tot atâtea unghiuri.

Pentru-ca să aducă tutulor *câștig*, se folosesc în prezent presupusele virtuți terapeutice ale acestor preparate: fabricanților să le aducă avere, publicului să ofere un comestibil (Arzneihunger) eftin, intermediarilor (reprezentanți și debitanți) să le creeze isvoare de venituri.

Ajungând să constituie un simplu articol de consum, pentru cari se bat farmaciștii și droguștii¹⁾, *reclama*, care este sufletul comerțului, trebuia să capete un avânt atât de însemnat.

Intradevăr nu se poate imagina ceva mai ingenios ca reclama, care a făcut să prindă și care apoi contribuie să susțină o specialitate farmaceutică.

Sume importante sunt afectate anual pentru acest scop în bugetul fiecărei case sau sucursale de fabricație locală.

Reclama se exercită asupra corpului medical și asupra publicului.

Corpului medical i se adresează direct sub forma redusă a eșantilloanelor medicale trimise prin poștă cu scrisori de recomandare (acea literatură obsedantă, care ca să nu fie aruncată la coș dela început și-a impus de cât-va timp sacrificiul timbrării unei scrisori închise), sau aduse în geamantane odată de două ori pe an de acei simpatici și inteligenți voiajori comerciali, cărora caracterul medical al mărfii lor le-a dat dreptul a se intitula reprezentanți

1) Un autor le prevede în viitor un frumos succes de automate sau apararea lor de către localurile de consum.

științifici²⁾; și indirect aceste specialități atrag atenția corpului medical prin reclamele, ce-și fac în periodicile medicale³⁾.

Față de public reclamă se exercitează prin acele indicațiuni întinse puse pe ambalaj, din cari cetindu-le mai fiecare îns își găsește și lui una; precum și uneori prin periodicile nemedicale⁴⁾.

Prin reclama eficace, cu care sunt însoțite forțând legea cererii și ofertei, produsele farmaceutice au creiat o ramură de activitate nouă în țară, de care inițiativa particulară se ocupă cu asiduitate și economia unui stat tot mai mult se preocupă.

În afară de capitalurile considerabile investite (în fabrici, laboratoare, sucursale de produse farmaceutice), fabricația acestora necesită mână de lucru considerabilă, care cuprinde personal central (direcție, lucrători) și periferic (voiajori comerciali cu oficiul de plasatori — printre cari în ultimul timp pletera medicală își trimite tot mai numeroși reprezentanți; și debitanți — printre cari farmaciști, droguști și depozitari anume).

Fiecare fabricant fiind nevoit a-și asigura invenția, de pe urma acestor mărci depuse statele își creiază venituri frumoase; iar atunci când fabricația anumitor produse ia o extensiune considerabilă sau când anumite fabrici se cartelează sau fuzionează — precum în Germania cele de produse chimice, atunci statele se văd obligate a le face înlesnire și a interveni în favoarea lor în schimbul cu alte state.

La rândul lor statele importatoare le lovesc cu taxe pentru permise de intrare în țară, cu taxe vamale, cu taxe de favoare (se mai zice), sau cu alte restricțiuni de ordin economic; dar îngrădirile nu pot merge prea departe, fără a suscita în țările de origină măsuri de caracter represiv.

Au ajuns astfel specialitățile farmaceutice să creeze avantajii statelor și când rămân pe loc și când se exportează și când se importează; și prin aceasta să-și câștige drepturi și să-și asigure anume favoruri.

Particular și stat și-au dat astfel mâna și le-au asigurat avântul atât de formidabil, la care asistăm azi.

Dar panta aceasta, periculoasă, pe care au alunecat a trebuit să suscite 2 fenomene naturale: concurența și reacțiuni de apărare din partea celor lezați.

Concurența, care se manifestă acerb prin însăși reclama atât de costisitoare, le va ruina pe unele și va da lovitura de grație

2) Dela acești reprezentanți ai caselor farmaceutice ar putea Onor. M-ter al sănătății publice să aște numărul membrilor cari compun corpul medical românesc.

3) Cea mai mare parte din revistele medicale străine își datoresc existența numai acestor reclame; cu revistele medicale românești casele farmaceutice sunt mai parcimonioase, pentru că «aportul lor nu le este indeajuns de profitabil», a declarat unul dintre cei mai distinși membri ai corpului farmaceutic străin.

Unele case farmaceutice își permit luxul și la noi de a suporta în întregime cheltuielile unei reviste medicale personale, în coloanele căreia să-și facă reclama produselor lor.

4) Cași altă dată pilulele Pink, Urodonalul și Gustinul (cum se rîngăie amestecul lîtinat al lui Gustin) și-au căpătat la noi fama prin reclamele sugestive făcute în marele cotidian.

altora, cari pe drumul selecționării naturale, pe care fatal s'au angajat, se vor dovedi mai puțin înzestrate cu virtuți terapeutice.

Mișcarea de auto-apărare a instituțiilor lezate a început la rândul să se manifeste, atât în țările eminentemente producătoare precum Germania, în balanța comercială a căreia la export acest articol atârna greu;

dovadă acest Memorandum înaintat către Ministerul de interne al Reichului de către Societatea farmaceutică germană și Societatea germană de medici *).

Iată ce spune în esență acest memoriu:

„Sunt prea multe specialități farmaceutice, chimice sau biologice. Este imposibil medicului german să se recunoască în extrema varietate a produselor pentru a putea să uzeze de ele cu o selecție judicioasă. Ii este imposibil să cunoască bine aceste preparate și nu are vremea să facă cu ele o experiență personală, care trebuie să fie la baza unei ordonanțe conștiințioase.

Desigur că medicul nu este obligat să învețe pe dinafară numele nenumăratelor specialități și să le întrebuințeze.

Dar în aprecierea situației medicilor în fața acestei super. producții trebuie să se țină de factori psihologici de prim ordin. Întâiu, un medic nu ar putea să rămână stoic în fața posibilităților noi pe cari poate să i le deschidă un bun preparat farmaceutic. Conștiința sa medicală îi ordonă să nu neglijeze nici o posibilitate de progres; va căuta deci să se țină la curent. Ceace a devenit acum imposibil. Prin acest punct de conștiință profesională au influență asupra sa frumoasele făgădueli pe cari i le repetă fără răgaz propaganda insistentă, halucinantă, făcută de casele farmaceutice. Pe de altă parte propaganda găsește mijloacele să ajungă până la marea public și medicul are uneori mult de lucru ca să reziste presiunii (Arzneihunger) bolnavului său care vrea un anumit medicament.

Medicii caselor de asigurare trebuie să cedeze adesea la insistențele bolnavului și observatori anumiți afirmă că enorma cantitate a „sedativelor” liberată de către casele de boală nu este decât expresia pozitivă a unei neliniștitoare manii a specialităților, care bântue în rândul asiguraților.

Vechi medicamente, perimate, trec sub denumiri noi. Este greu de vorbit în majoritatea cazurilor acestora de progres. Multiplicitatea mărcilor nu trebuie să ne inducă în eroare: cele 10 sau 12 nume diferite pentru un medicament nu sunt decât un izvor de confuzie pentru medic.

Pentru medicamentele compuse, o serie de combinații infinite este posibilă: industria farmaceutică exploatează larg aceste posibilități. Astfel în doi ani (vara 1926—vara 1928), 35 noi preparate sau mai bine noi combinații de antinevralgice și somnifere au fost lansate cu aparența de nouitate la fiecare 3 săptămâni.

Această superproducție comportă obligația unei propagande intense și foarte costisitoare, ceace este o cauză a scumpirii medicamentelor. O mulțime din aceste medicamente sunt ținute „secrete”: altele sunt de compoziție inegală; altele în sfârșit nu corespund deloc compoziției anunțate.

În Statele-Unite ale Americii, o instituție care are ca scop să exercite un anumit control asupra specialităților, există de 25 ani: este Council on

*) Siècle Médical No. 72 Mai 1930 pag. 5.

Pharmacy and Chemistry. Este o instituție cu caracter particular, dar bucurându-se de o mare autoritate, care examinează din punct de vedere chimic, biologic și clinic toate noutățile medicinale lansate în Statele Unite și-și dă părerea asupra fiecăreia din ele.

Revistele medicale nu fac loc publicității decât în favoarea preparatelor aprobate de Council on Pharmacy.

Scopul acestei instituții este de altfel: lupta împotriva preparatelor „secrete”; eliminarea numelui maladiei din nomenclatura produselor; suprimarea excesului de limbaj al propagandei farmaceutice.

În Olanda există un „Rijks-Instituut voor pharmakotherapeutisch Onderzoek”, având aceleași scopuri.

În Norvegia, a fost promulgată o lege recentă pentru salvagardarea bolnavului și medicului din competițiunea întreprinderilor farmaceutice.

Memoriul vede remediul neajunsurilor farmaceutice în Germania, în anumite dispoziții legislative inspirate de o mare largime de vederi și mai ales în dezvoltarea unei instituții analoage lui Council on Pharmacy.

În Germania există de altfel de 3 ani o comisiune farmaceutică cu caracter particular, constituită din colaborarea benevolă și desinteresată a câtorva clinicieni farmaciști și farmacologi. Această comisiune a examinat dela constituirea sa foarte multe medicamente, cu unicul scop de a vedea clar în avalanșa specialităților fabricate în Germania. Dă avizul pur consultativ medicilor.

Câteva reviste, puțin numeroase, țin seama de acest aviz în aprobarea publicității farmaceutice. Ar trebui dezvoltată această organizație care să rămână neoficială; dar în ansamblul unei reglementări care se va face, va trebui ca părerea consultativă a acestei comisiuni să aibe suficientă autoritate pentru a pune în mod practic în afară de lege hereziile farmaceutice atât de numeroase în zilele noastre”;

cât și în țările eminentemente importatoare, precum România, în balanța comercială, a căreia la import acest articol atârână și mai greu;

dovadă acest **Memoriu înaintat Onor. Minister al S. publice de către Cercul Medico-farmaceutic din Craiova, în Iunie 1926:**

„...voim a vă atrage atențiunea respectuos asupra întinderii ne mai pomenite, ce ia din zi în zi, în sensul speculei ilicite, traficul cu așa zisele specialități medicinale.

O sumă de profesioniști, recrutați uneori dintre medici și chimiști, dar de cele mai multe ori dintre farmaciști, înțeleg ca părăsind terenul dificil al profesiunii lor să-și găsească un mijloc de existență mult mai larg și mai comod, speculând suferința omenească. Și atunci, fără jenă se lucrează pe față, ca într-o vâlșie adevărată, la lumina limpede a zilei.

De câți-va ani, cabinetele medicale și tot comerțul de medicamente este dominat de o afluență ne mai pomenită de preparate gata zise specialități, cari prin reclama, ce le lansează, sunt prezentate publicului ca tot atâtea produse noi, ca tot atâtea proaspete invenții originale, în combaterea diferitelor boli.

Și se merge mai departe pe această cale, D-le Ministru, căci aproape nu sunt boale, chiar dintre acelea pe care știința le consideră încă drept incurabile ca: sifilisul, tuberculoza, epilepsia, cărora acești fabricanți de spe-

cialități, să nu le găsească repede câte un panaceu vindecător pe care să-l recomande sgomotos, nu autorităților științifice, nici clinicilor, nici asociațiilor medicale, ci direct publicului suferind, învederând eficacitatea produselor lor cu scrisori de mulțumire dela alți pacienți vindecați anterior sau cu gravuri când obscene, când ridicole, care umplu paginile de reclamă ale ziarelor de mare tiraj dând astfel suferinței un aspect de dureroasă batjocorire.

În realitate toate aceste preparate, cu numiri care de care mai sugestive, nu conțin în ele nimic nou, nimic original; ele sunt de obicei simple amestecuri de substanțe de toți cunoscute și de mult întrebuițate în teapeutică.

Ori a lua aceste substanțe cunoscute, a le împacheta în ambalaje atrăgătoare și a le prezenta direct bolnavului, spunându-i că ai descoperit un leac în vindecarea boalei lui, aceasta este o acțiune care credem că urmarește numai un câștig ușor, în speță ilicit, căci înșală buna credință a celui suferind; de aceea insistăm, nu de vre-o invenție originală e vorba, ci de substanțe medicamentoase divers împachetate și divers botezate.

D-nule Ministru, ridicându-ne în fața acestor practici, înțelegem a lua poziție în contra specialităților din două puncte de vedere principale și deosebite:

1) Credem că simplul fapt de a fi amestecat, de a fi botezat cu alte numiri și de a fi împachetat diverse substanțe medicinale deja cunoscute, nu poate da dreptul celui ce le împachetează a le prezenta publicului ca o specialitate a sa și nici corect nu este a revendica pentru sine efectele terapeutice ale unor substanțe descoperite de alții și de alții puse la îndemâna teraputeiceii dinnainte.

Credem că o specialitate, spre a se putea prezenta ca atare, trebuie să conțină neapărat o substanță medicamentoasă nouă, altminteri ea nu are nici un interes pentru teraputeică, rămânând o simplă chestiune de speculă în detrimentul sănătăței publice.

2) Credem că reclama de gazetă n'are ce căuta în chestiune de medicament. A privi nepăsători cum un fabricat de specialități caută să-și plaseze o marfă banală, ocolind cu dinadinsul forurile competente cum sunt: asociațiile medicale cu caracter științific, clinicile teraputeice, etc., adresându-se direct prin ajutorul reclamei de gazetă bolnavului nu numai neștiutor dar și disperat de stăruința boalei, este a abandona pe cel cu desăvârșire slab în puterea celui ce voiește a-l specula. Căci un fabricant de specialități, chiar când e medic dar cu atât mai mult când e farmacist, n'are căderea și nici priceperea de a da consultațiuni medicale, adică a stabili diagnoze și a fixa tratamente dela distanță prin ajutorul reclamei de gazetă și prin broșuri explicative, cu limpede înțeles de speculă, pe care le trimite la cerere franco și gratis ori cui.

Expunându-vă această situațiune, pe care o credem vătămătoare, vă rugăm:

1) A nu mai permite introducerea în comerț a specialităților decât numai în cazul când el ar conține o substanță nouă, necunoscută încă în teraputeică.

2) A interzice cu desăvârșire reclamele în orice fel de ziare afară de revistele profesionale științifice.

Credem că prin aceste măsuri s'ar sustrage publicul de sub influența

fabricanților de specialități și s'ar lăsa îngrijirea bolnavilor pe seama exclusivă a medicilor, singurii care sânt în măsură a o face”;

dovadă iară-și **Chemarea repetat adresată de către o instituție românească, Lab. Dr. Racoviță „Atome” din Iași, corpului medical românesc:**

„Dupe cum medicul străin nu este indispensabil căutării bolnavului român, tot așa produsele medicale străine nu sunt toate indispensabile în tratarea bolnavului român” —

„Șomerul român pentru cetățeanul român este mai aproape decât șomerul străin; pentru a nu întinde tot mai mult rețeaua mizeriei peste tot ce este putere de muncă: producător — muncitor umil și intelectual, în țara noastră la grea răspântie, desbrăcați-vă de haina străinismului și întrebuințați în limita posibilității reale produsele muncii naționale” —

„Dacă dreptul profesiunii medicale ar deveni internațional, dupe o propunere sugestionată Ligei Națiunilor, practica și existența medicului român n'ar fi oare serios periclitată de concurența medicului străin?”;

dovada încă **Indemnul oficial adresat prin circulara No. 57088/930, de către Ministerul Sănătății publice medicilor funcționari:**

„Având în vedere criza acută financiară în care se află țara și care reclamă o maximă economie în toate ramurile vieții noastre economice, avem onoarea a vă ruga d-le inspector general sanitar, să binevoiți a pune în vedere tuturor d-lor Medici din inspectoratul D-voastră prin ordin circular, să reducă la strictul necesar prescrierea specialităților străine cari ne fac tributarii străinătăței cu sute de milioane anual în mod inutil. Avem laboratoarele, specialitățile noastre indigene, cari concurează cu specialitățile străine, dacă este cazul să se prescrie o specialitate.. și s'ar face o adevărată înaltă politică națională”.

Caracterul lor economic a mai făcut ca pe spatele specialităților farmaceutice să se grezeze, ca pe orice organism economic, *fraude speciale*, precum:

la însă-și origine specialitățile își împrumută fără jenă unele altora formulele, căroră doar le variază dozele și le schimbă numele; de aci și posibilitatea supra-producției lor fantastice, cu nomenclatura ingenioasă a figurilor de rebusuri;

la însu-și locul de origine, în care se fabrică, specialitățile își asigură un alibi, întru cât unele dintre laboratoarele indigene își prezintă produsele pe altă limbă*), iar sucursalele străine de fabricație locală își iau libertatea de a pune pe ambalaj marca fabricii dela locul de origine;

în debit, specialitățile se prezintă cu cea mai mare naturaleză în locul simlarelor lor cerute de public sau indicate de medic, absente în momentul acela din rafturi; iar pe rețete de lângă prețul indicat lipsește foarte dese-ori numărul și data înregistrării;

medicii, după ce și-au văzut casa îndestulată cu medicamente și au scăpat astfel de un tribut destul de costisitor plătit farmaciei, se dedau asupra eșantioanelor medicale la această practică nepermisă: le vând, și această operație o fac direct cu bolnavul

*) la noi a persistat mania prezentării pe franțuzește.

sau cu un farmacist colaborator; în primul caz câștigul este mai mare:

cunosc cazul special al unui ingenuos confrate, care ca să le poată vinde cu preț mai ridicat, pretindea că le are în stare de concentrație, din această cauză și mai scumpe și sub o formă atât de redusă; ceace a îndreptățit pe un țăran să-l refuze ca fiind falsificat când, cerând altă dată într'o farmacie acelaș preparat, i s'a dat într'o cantitate și mai mare și cu un preț mai efin;

în cazul al doilea câștigul deși mai redus, ca trebuind să fie împărțit pe din două, dar crește pentru medicul, care nu mai are ce perde când a intrat pe această pantă de înjosire, cu rabatul convenit asupra tuturilor rețetelor sale:

cunosc cazul particular de altfel nu atât de rar, al unui și mai practic confrate, care trimițându-și toți bolnavii la aceeași farmacie își asigură un frumșel venit lunar; care comod venit lunar n-a mai fost îngăduit altui confrate pentru rețetele sale scăpate din mână, iar nu îndreptate anume, confrate care avea pretenția a percepe acest bir și dela ceilalți farmaciști ai orașului său decât dela farmacistul său „en titre”;

altă fraudă este comisă de către personalul instituțiilor sanitare, care având la îndemână aceste preparate gata străine sau eșite din laboratoarele de stat, le sustrag și le speculează:

cine nu are cunoștință de specula, care încă se practică pe scara întinsă la noi, cu neosalvarsanul de către personalul subaltern al spitalelor sau dispensarelor, care își tratează bolnavii cu medicamentul lui;

iar alții, printre cari și corpul medical a ținut să-și trimită reprezentanți, neputându-și petrece individual marfa, au recurs la mijlocul unor asociații menite să opereze în stil mai mare; iată ce se citea acum câte-va zile într'un mare cotidian:

Abuzul cu preparatele farmaceutice străine; sancțiunile aplicate de Ministerul Sănătății:

Ministerul sănătății a fost înștiințat dela o vreme că diferite produse de specialitate din cele mai cunoscute și aprobate și de consiliul superior sanitar, sunt falsificate și puse în vânzare cu prețuri derizorii față cu cel aprobat spre vânzare de către minister.

D-l prof. I. Cantacuzino luând imediat măsuri pentru descoperirea vinovaților; a constatat prin intermediul inspectoratelor sanitare regionale că la mijloc este o îndrăsneată operație înlesnită de complicitatea inconștientă a unora dintre farmaciști și că la mijloc nu este vorba de o falsificare a produselor farmaceutice streine. Anume este vorba numai de abuzul ce se face cu diversele eșantioane de specialități pe care fabricele respective le trimit ca reclamă medicilor din întreaga țară.

Unii din acești medici fac o afacere rentabilă vânzând aceste eșantioane unei bande organizată de basarabeni, care a și fost identificată și care la rândul ei a pus în consumație aceste eșantioane prin intermediul unor farmaciști, cu deosebire din Moldova, al căror nume este și el cunoscut ministerului sănătății.

Cum cantitatea de medicamente pe care o conțin aceste eșantioane nu este egală cu o rețetă medicinală, fapta celor ce s'au pretat la acest abuz

constitue un atentat la sănătatea publicului, fapt ce a determinat ministerul sănătății să întreprindă o severă anchetă sancționând pe vinovați.

În acest sens un inspector general sanitar a plecat la Iași unde se află centrul de activitate al acestei bande.

Și pentru-ca însuși patrimoniul nostru național să crească cu acest uz, mulțumiți personal declarându-ne dacă oficializarea fraudei nu l-ar transforma în abuz, să menționăm că se vorbește — când nici nu ar trebui să se ofere materie pentru însinuare, că anume specialități străine pătrund în țară cu bilete adică taxe de favoare, precum și că un așa proiectat „indice”, care să stabilească odată ce trebuie să vândă farmaciștii și ce anume droguști, din vină proprie s-a lăsat a fi compromis.

D. — Latura socială și națională.

Prin *latura lor medicală specialitățile farmaceutice* destinate în primul rând bolnavului, acelaș peste tot și totdeauna, *îmbracă dela sine un caracter general.*

Calitățile intrinseci recunoscute acestor combinații sinergice asigură specialităților mânuite cu pricepere de către medici un real avantaj pentru bolnavi; luată însă la întâmplare sau recomandate fără nici-un discernământ specialitățile fac răul imens de a da unui bolnav iluzia falsă a unei îngrijiri medicale serioase, în timp ce îl fac a perde un timp prețios.

Prin denaturarea scopului lor prim au ajuns astfel specialitățile destinate să aducă un *bine social*, să provoace un adevărat *rău social*.

Prin *latura lor economică* la care cointeresat participă cu inițiativa particulară și un întreg șir de intermediari, printre cari statul însuși, specialitățile îmbracă și un *caracter național* de netăgăduit și constituiesc un *bun național*.

Caracterul medico-social li-l asigură medicul.

Caracterul economic-național li-l împrumută statul.

Precum în fața unui bolnav medicul nu va avea în vedere naționalitatea lui, tot astfel în fața unei specialități farmaceutice un medic nu va avea în vedere decât virtuțile sale terapeutice și încă un șir de considerente făcute asupra avantajilor, ce acel preparat oferă bolnavului său: avantajii de cost, de formă mai accesibilă boalei și gustului, de soliditate de ambalaj, de ușurință de procurat, administrat și conservat, etc.

Dar medicul va mai trebui să-și amintească — dela Pasteur, că dacă medicina ca orice știință n-are patrie, el, medicul — om de știință, are una și atunci „în limita posibilității reale”, produsele medicale străine nefiind toate indispensabile tratării bolnavului naționalității sale, medicul român ca și al oricărei naționalități va fi dator să reducă la „strictul necesar prescrierea specialităților străine”, dând când se poate și o permie posibilitatea avantajilor de asigurat bolnavului său preferință produselor muncii sale naționale.

* * *

IN CONCLUZIE: am recunoscut specialităților farmaceutice mai multe fețe, dupe punctul de vedere din care sunt privite: medicală, farmaceutică, economică și socială-națională.

Dar, după proprietățile elementelor de basă și dupe sensul acțiunii sinergice rezultate trebuie să mai deosebim acestor produse o bază, generică, care le caracterizează și în vârf, de la sine confecționat, care le individualizează.

O analogie cu piramida de ordin bio-tipologic a lui Pende, piramidă cu care aseamănă acest autor pe orice individ uman, va putea fi astfel susținută și pentru aceste produse animate de o viață latentă.

Prof. Pende dela Genua compară pe un individ, bio-tip uman, cu vârful unei piramide patrunghiulare, a cărei bază reprezintă patrimoniul familial și ale cărei 4 fețe reprezintă habitusul, temperamentul, caracterul, inteligența.

În studiul specialităților farmaceutice dupe această metodă *basă*, așezământul constituțional, reprezintă *calitățile fundamentale de ordin farmacoterapic moștenite* dela diversele elemente, cari intră în compoziția unei specialități;

latura farmaceutică reprezintă *habitusul exterior* sau fața lor morfologică cu aspectul ambalajului, forma farmaceutică, posologia, costul etc.;

latura medicală reprezintă *caracterul general medical* al acestor produse, pe care li-l asigură însăși rațiunea lor supremă de a fi, caracter dictat lor de instinctele lor terapeutice fundamentale, de tendința de a face bine, de voința de a combate boalele, de puterea de adaptibilitate dupe bolnav, de calitățile lor intrinseci de ordin umanitar;

latura economică le reprezintă *temperamentul*, adică acel dinamism vital la individ (dictat de grupa sanguină, rezerva alcalină, felul metabolismului bazal, formula endocrino-vegetativă și neuro-musculară etc.), *dinamism comercial* la aceste produse farmaceutice (dictat de tendința speculării lor prin apetitul nemăsurat ce manifestă lumea pentru aceste produse) care când se exercită favorabil menține pe individ cași pe specialități în calea menirii lor, iar când se manifestă anormal le abate din drum;

latura socială și națională (prin îngustime de orizont), reprezintă *cadrul umanitar* de cea mai elementară *inteligență* (inteligență din partea celor cari le dirijează, aceste produse ne putându-se conduce singure) în care aceste produse trebuie a se menține; produsele acestea, cari au pretenția a se pune în serviciul umanității suferinde nu trebuie să constituiască brevetul de exploatat al nimănu; cu atât mai puțin nu trebuie să servească de obiect de exploatare de către și între state, iar bun național nu trebuie să se considere decât în cadrul binelui social general, dupe cum orice națiune nu se mai poate exclude azi din cadrul societății tutulor națiunilor;

vârful piramidei de specialități îndreptat către bolnav, le va asigura fie-căreia individualitatea sa proprie, iar tutulor *caracteru; particular de ordin terapeutic*.

Metoda bio-tipologică a lui Pende își are mijloacele sale de

studiu și un scop în vederea căruia a fost realizată: acest scop își propune a da posibilitate societății să recupereze și utilizeze pe orice individ corijându-i tarele; iar individului să-i permită realizarea adevăratei sale personalități pentru o orientare profesională cât mai potrivită cu aptitudinile lui.

Mijloacele de pus în practică pentru ca și specialitățile să-și realizeze adevărata lor personalitate le-am indicat: ele sunt reglementarea reclamei și a vânzării, pedepsirea abaterilor, suprimarea fraudelor, înmulțirea (la noi crearea) de instituțiuni, cari să le studieze acțiunea farmacodinamică, experimentarea pe cât posibil personală de către medici datorită să le cunoască măcar formula.

Indrumnate pe calea unei selecționări naturale, trierea lor va ajunge să o facă nici medicul, ci *propria lor virtute terapeutică.*

Astfel vor putea și specialitățile să-și atingă scopul; și, din bunul individual sau din bunul național exploatat azi să devină bunul social de realizat mâine.

* * *

În cursul acestei expuneri a *problemei specialităților farmaceutice la lumina actualității* am căutat a pune în evidență și *caracterele ei speciale în România*: un iureș sălbatec de preparate străine, care lovește în economia țării; o reclamă scandaloasă, care ofensează demnitatea profesională; o schimonosire balcanică a limbei, care ca și diplomele «bune pentru Orient» jicnește simțul național; un acces prea liber la masa consumatoare a publicului; un element de dispută între farmaciști și droghști; un corp medical nu îndeajuns de prevenit, care suferă ascendentul acestor musafiri nepoștiți.

Aceste condițiuni au făcut că:

în prezent în România specialitățile farmaceutice scutese pe bolnav și de medic și de farmacist.

Este o constatare de fapt, pe care a provocat-o în cea mai mare parte și *lipsa unei organizări definitive a corpului medico-farmaceutic românesc pe terenul profesional și științific.*

* * *

Dacă am adăoga la aceste caractere speciale unele de cuprins adânc, mai specific, precum: credulitatea exagerată a publicului român, care prin lipsa unei educațiuni medicale generale nu-și cunoaște medicii și nu este pretențios cu leacurile; tolerarea deosebită de către opinia publică și autoritățile noastre de stat a tutulor defraudărilor, pentru cari și cele de ordin medico-farmaceutic; o indiferență oficială endemică pentru problemele sanitare la noi; o întârziere prin dibuiri și improvizații, ce pun persoane bine intenționate dar nu îndeajuns de pregătite în rezolvarea și a altor reforme nu numai în a celor pe terenul sănătății publice, — am putea oare-cum desprinde și anume *caractere specifice* cari asigură la noi acestei probleme, cel puțin în momentul de față, un aspect și mai particular și justifică tratarea ei în cadrul „*Specificului medical românesc*” al revistei „*Mișcarea Medicală*”.

Dr. M. Cănciulescu. ♣